

Aaron T. Beck
Arthur Freeman
Denise D. Davis
i suradnici

Kognitivna terapija poremećaja ličnosti

Prijevod drugog izdanja

Prijevod

Goran Arbanas, dr. med., spec psih.

Recenzenti

prof. dr. sc. Ivanka Živčić Bečirević

mr. sc. Nada Anić



NAKLADA SLAP

Sadržaj

Dio I. POVIJEST, TEORIJA I ISTRAŽIVANJA

1. POGLAVLJE	Pregled kognitivne terapije poremećaja ličnosti	3
2. POGLAVLJE	Teorija poremećaja ličnosti	17
3. POGLAVLJE	Procjena poremećaja ličnosti	52
4. POGLAVLJE	Opći principi i posebne tehnike	69
5. POGLAVLJE	Odnos u kognitivnoj terapiji s bolesnicima s poremećajima ličnosti	92

Dio II. KLINIČKA PRIMJENA

6. POGLAVLJE	Paranoidni poremećaj ličnosti	115
7. POGLAVLJE	Shizoidni i shizotipni poremećaj ličnosti	138
8. POGLAVLJE	Antisocijalni poremećaj ličnosti	162
9. POGLAVLJE	Granični poremećaj ličnosti	187
10. POGLAVLJE	Histrionični poremećaj ličnosti	216
11. POGLAVLJE	Narcistični poremećaj ličnosti	241
12. POGLAVLJE	Ovisni poremećaj ličnosti	268
13. POGLAVLJE	Izbjegavajući poremećaj ličnosti	293
14. POGLAVLJE	Opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti	320
15. POGLAVLJE	Pasivno-agresivni poremećaj ličnosti (negativistični poremećaj ličnosti)	341
16. POGLAVLJE	Sinteza i pogled u budućnost	362
	LITERATURA	371
	KAZALO	399



Procjena poremećaja ličnosti

Poremećaji ličnosti je izazovan, ali važan cilj kliničke procjene i intervencija. Uz značajna oštećenja i patnju povezanu s ovim poremećajima, teorijska razmatranja i empirijski rezultati upućuju na to da poremećaji ličnosti, neprilagođene crte ličnosti ili s njima povezane kognitivne sheme povećavaju rizik od poremećaja na osi I, te utječu na razvoj, održavanje i iskazivanje simptoma na osi I (usp. Beck, Freeman i suradnici, 1990; Gunderson, Triebwasser, Phillips i Sullivan, 1999). Dakle, procjena prisutnosti i vrste patologije ličnosti može pružiti važne podatke o uzrocima komorbidnih stanja i pomoći u odlukama o liječenju važnim za os II i os I. Osim toga, kad je napredak u liječenju usporen ili zaustavljen, može upućivati na prisutnost nedijagnosticiranog poremećaja ličnosti ili nedostatne procjene i razumijevanja patologije ličnosti.

Ovo poglavlje počinjemo pregledom pojmovnih i metodoloških pitanja vezanih uz procjenu patologije ličnosti, nakon čega slijedi pregled često korištenih postupaka i instrumenata za procjenu. Posebna je pažnja posvećena upitnicima za samoprocjenu koji su razvijeni od prvog izdanja ove knjige za procjenu kognitivne osnove poremećaja ličnosti.

POJMOVNA I METODOLOŠKA PITANJA

Procjena poremećaja ličnosti zahtijeva radno znanje o općoj definiciji poremećaja ličnosti i kriterijima za svaki specifični poremećaj. Zbog toga što su specifični kriteriji za različite poremećaje na osi II obrađeni na drugim mjestima u ovoj knjizi, o njima ovdje ne govorimo. Opće kriterije za dijagnozu poremećaja

ličnosti važno je napomenuti, a osobito stoga što se mogu previdjeti ili podcijeniti ako se kliničari zaokupiraju prvenstveno sadržajem strukture ličnosti bolesnika.

Prema definiciji četvrtog izdanja Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje (DSM-IV; Američka psihijatrijska udruga, 1994), poremećaj ličnosti je “trajni obrazac unutarnjeg iskustva i ponašanja koji značajno odstupa od očekivanja kulture osobe, koji je pervazivan i nefleksibilan, te ima početak u adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi, stabilan je tijekom vremena i dovodi do teškoća ili oštećenja” (str. 633). Ovakav obrazac očituje se u dva (ili više) od sljedećih područja: (1) kognicija (tj. načini doživljavanja i interpretiranja sebe, drugih ljudi i događaja), (2) afektivitet (tj. opseg, intenzitet, stabilnost i primjerenost emocionalnog odgovora), (3) interpersonalno funkcioniranje i (4) kontrola poriva.

Na temelju ove definicije, kliničari trebaju na umu imati dva važna pitanja kad određuju da li je opravdana dijagnoza poremećaja ličnosti:

1. Da li odgovarajuća unutarnja iskustva i ponašanja predstavljaju nefleksibilne, pervazivne i dugotrajne obrasce, a ne samo prolazne ili epizodične učinke povezane s bolesnikovim trenutačnim psihijatrijskim stanjem?
2. Da li ovi dugotrajni obrasci stvaraju značajne smetnje ili značajno oštećenje funkcioniranja u više područja (npr. socijalnom i radnom)?

Ova je procjena na koncu prepuštena kliničaru jer nisu predložene niti empirijski određene jasne vrijednosti za utvrđivanje granica između patološke i normalne ličnosti, između poremećaja ličnosti i poremećaja na osi I, odnosno između različitih poremećaja ličnosti (Zimmerman, 1994).

Kategorijalni ili dimenzionalni pristup

Premda DSM-IV predstavlja kategorijalni pristup prema kojemu su poremećaji ličnosti kvalitativno različiti klinički sindromi, on prihvaća potencijalnu vrijednost dimenzionalnog pristupa u formulaciji i mjerenju poremećaja ličnosti. Jedan takav pristup je jednostavno kvantificiranje stupnja u kojemu su određeni kriteriji za svaki poremećaj ličnosti prisutni, te prikaz ove informacije u obliku profila. Alternativni dimenzionalni pristup jest kvantificiranje crta ličnosti koje su važne za poremećaje ličnosti, a nalaze se na kontinuumu od normalnog do patološkog. Ovaj dimenzionalno-karakterijalni (crte ličnosti) pristup u skladu je sa sve prihvaćenijim gledištem da poremećaji ličnosti imaju

“nejasne” i većim dijelom proizvoljne granice između pojedinih poremećaja i prema normalnoj ličnosti (Pfohl, 1999).

Strategije koje se koriste za procjenu patologije ličnosti ovise dijelom o izboru kategorijskog, odnosno dimenzionalnog pristupa. Iz pragmatičnih razloga, kao što je navođenje dijagnoza na osi II u kliničkom izvješću, kliničari često odabiru kategorijski pristup. Kategorijski pristup također ima prednost jasnoće i lakoće u komunikaciji, te je dobro poznat među kliničarima (Widiger, 1992). Međutim, navodi se nekoliko nedostataka kategorijskog pristupa, kao što su (1) visok stupanj komorbiditeta i miješanih dijagnoza kakve se vide među poremećajima ličnosti, (2) nedostatak jasnih granica za razlikovanje među bolesnicima sa i bez određenog poremećaja ličnosti, (3) vremenska nedosljednost dijagnoza poremećaja ličnosti, te (4) upadljiv nedostatak suglasja o odgovarajućoj formulaciji različitih poremećaja ličnosti (L. Clark, 1999). Drugi često opisivani problem kategorijskog pristupa kakav se koristi u DSM-u jest politetički način dolaženja do dijagnoza. Dijagnoze se postavljaju na temelju prisutnosti minimalnog broja kriterija od ukupnog, šireg popisa prototipskih kriterija. Dakle, različite osobe mogu dobiti istu dijagnozu na osi II i istovremeno imati različite profile kriterija za taj poremećaj. Kategorijska (prisutan/odsutan) procjena također pruža manje kliničkih podataka od dimenzionalne procjene, koja može dati idio-grafski profil bolesnika.

Psihometrijski, dimenzionalna procjena ličnosti dosljedno je pokazala bolju pouzdanost od kategorijske procjene (Heumann i Morey, 1990; Pilkonis, Heape, Ruddy i Serrao, 1991; Trull, Widiger i Guthrie, 1990). U praksi, nema razloga zašto se kategorijski i dimenzionalni pristup ne bi integrirali. Na primjer, dimenzionalni pristup može dati detaljan podatke o bolesnikovu profilu funkcioniranja ličnosti, a isti ti podaci mogu se iskoristiti za postavljanje kategorijske dijagnoze na osi II.

Razlikovanje poremećaja na osi I i na osi II

Istodobna prisutnost poremećaja na osi I i na osi II je česta. Na primjer, van Velzen i Emmelkamp (1996) su dali pregled literature o depresivnim, anksioznim i poremećajima hranjenja i utvrdili su da otprilike polovina bolesnika s ovim dijagnozama istodobno ima i poremećaj ličnosti. Problem istodobnih dijagnoza osobito je prisutan u procjeni poremećaja ličnosti. Kliničari mogu pogrešno pretpostaviti da je oštećenje ili smetnja povezana s poremećajem na osi I zapravo dokaz kriterija na osi II. Na primjer, doživljaj sebe kao socijal-

no neprikladnog može biti manifestacija izbjegavajućeg poremećaja ličnosti, depresije ili socijalne fobije, da nabrojimo samo nekoliko mogućnosti. Zbog toga što je poznato da depresija dovodi do negativne tendencija u trenutačnoj slici o sebi i na retrospektivne navode (Clark i Beck, s Alford, 1999), potrebno je pažljivo ispitivanje i klinička dorađenost da bi se razlikovalo dijagnostičko značenje ovog simptoma. Ovaj problem vjerojatno se najčešće pojavljuje kad pokušavamo razlikovati simptome depresije i anksioznosti od simptoma poremećaja ličnosti iz sklopa “anksiozno-ustrašenih” (sklop C: izbjegavajući, ovisni i opsesivno-kompulzivni poremećaji ličnosti; vidjeti Peselow, Sanfilip i Fieve, 1994). Slični problemi pojavljuju se i zbog preklapanja kriterija među različitim poremećajima ličnosti. Na primjer, paranoidne ideje su definirajući kriterij paranoidnog poremećaja ličnosti, ali se također vide i u stresnim situacijama kod graničnog poremećaja ličnosti (kriterij 9).

Dimenzije ličnosti višeg i nižeg reda

Postoje snažni dokazi za tri do pet dimenzija ličnosti višeg reda (npr. neuroticizam, ekstraverzija, introverzija, suradljivost, savjesnost i otvorenost za iskustva; Costa i McRae, 1992). Međutim, ovi konstrukti su tako široki i visoko u hijerarhiji crta ličnosti da im manjka primjenjivosti u većini kliničkih situacija. Osim toga, do njih se nije došlo sa svrhom objašnjavanja patologije ličnosti, i pokušaji da se uključe u različite poremećaje ličnosti nemaju teorijsku osnovu (Millon i Davis, 1996).

Bilo je mnogo pokušaja da se odrede dimenzije ličnosti nižeg reda koje su važne u procjeni poremećaja ličnosti. Kad su istraživači koristili tehnike faktorske analize za utvrđivanje dimenzija ličnosti nižeg reda, obično bi utvrdili između 15 i 22 dimenzije koje su od značenja za poremećaje ličnosti. U mnogim slučajevima, ove dimenzije pokazuju ponovljivost, sličnu onoj koja se nalazi kod dimenzija višeg reda. Na primjer, L. Clark (1999) je utvrdio značajnu konvergentnu valjanost između tri upitnika samoprocjene crta ličnosti nižeg reda: Plan za neprilagođenu i prilagođenu ličnosti (Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality, SNAP; L. Clark, 1993), Dimenzionalna procjena patologije ličnosti – bazični upitnik (Dimensional Assessment of Personality Pathology – Basic Questionnaire, DAPP-BQ; Livesley, 1990), i Multipli upitnik ličnosti (Multiple Personality Questionnaire, MPQ; Tellegen, 1993). Vjerovanja i sheme poremećaja ličnosti predstavljaju dimenzije nižeg reda, koje su posebno korisne u kognitivnoj terapiji poremećaja ličnosti.

POSTUPCI PROCJENE

Samoocjenski upitnici

Samoocjenski upitnici najpraktičniji su način za učinkovito prikupljanje odgovarajućih podataka za poremećaje ličnosti. Brojni upitnici patologije ličnosti razvijeni su tijekom protekla dva desetljeća, i većina njih opsežno je prikazana na drugim mjestima (Millon i Davis, 1996; J. Reich, 1987; Widiger i Frances, 1987). Neki od ovih instrumenata načinjeni su za ocjenu poremećaja ličnosti kako su definirani na osi II u DSM-u; dva od češće korištenih jesu Millonov klinički višeosni inventar (Millon Clinical Multiaxial Inventory, MCMI-III; Millon, Millon i Davis, 1994) i Revidirani dijagnostički upitnik ličnosti (Personality Diagnostic Questionnaire – Revised, PDQ-R, Hyler i Rieder, 1987). Drugi su osmišljeni za ocjenu crta ličnosti odgovarajućih poremećaja ličnosti. Važni primjeri ovakvih instrumenata jesu DAPP-BQ (Livesley, 1990), SNAP (L. Clark, 1993), te Winsconsinški inventar poremećaja ličnosti (Winsconsin Personality Disorders Inventory, WISPI; Klein i sur., 1993). Drugi su pak načinjeni posebno za ocjenu kognitivnih dimenzija odgovarajućih poremećaja ličnosti: Upitnik osobnih vjerovanja (Personality Belief Questionnaire, PBQ; Beck i Beck, 1991) i Upitnik shema (Schema Questionnaire, SQ; Young i Brown, 1994). Ovi upitnici prikazani su detaljnije kasnije u ovom poglavlju.

Kad se usporede s drugim postupcima (npr. strukturirani klinički intervjui), upitnici za samoprocjenu zahtijevaju manje edukacije i manje vremena od kliničara, za svoju primjenu. Oni također daju rezultate koji se mogu usporediti s grupnim normama i mogu se koristiti za pripremu profila. Osim toga, za najčešće korištene upitnike koji su ranije navedeni utvrđeno je da imaju dobru pojavnu valjanost, dostatnu prema dobroj unutarnju konzistentnost i pouzdanost ponovnog mjerenja, te dosta dobru teorijsku valjanost. Utvrđivanje kriterijske valjanosti je problematična jer ne postoji “zlatni standard” za ocjenu poremećaja ličnosti. Međutim, ovaj problem vrijedi jednako tako i za sve postupke procjene.

Pitanje kriterijske valjanosti je važno i zaslužuju dodatnu raspravu. Shvaćajući da zlatni standard najvjerojatnije nije realan u području procjene poremećaja ličnosti, Spitzer (1983) je predložio OLOVNI standard (olovni, engl. LEAD – što je akronim od longitudinalan, ekspertan, svi podaci / all data/). Olovni (LEAD) postupak utjelovljuje integraciju stručne kliničke procjene, većeg naglaska na pouzdanosti, korištenja višestrukih izvora podataka (uključujući ranije podatke o liječenju, podatke od kliničara, te intervjue s važnim osobama), te praćenje bolesnikova stanja i dijagnoze tijekom vremena. Premda su drugi uočili praktične probleme u primjeni ove metode (Loranger, 1991), upotreba olovnog (LEAD) standarda u istraživanjima dala je neke po-

učne podatke. Pilkonis i sur. (1991) su utvrdili da je na dijagnoze do kojih se došlo olovnim (LEAD) postupkom manje utjecalo simptomatsko stanje bolesnika, u odnosu na dijagnoze do kojih se došlo isključivo na temelju podataka iz strukturiranog kliničkog intervjua. Zasad nedostaje usporedba samoocjen-skih upitnika i olovnog standarda. Međutim, ne očekuje se da će oni dati bolje rezultate od strukturiranih intervjua. Na temelju sadašnjih rezultata, kliničare iz prakse upozorava se na opasnost od oslanjanja isključivo (ili čak kao glavnog izvora) na samoocjen-ske upitnike pri dijagnosticiranju osi II.

Strukturirani klinički intervjui

Razvijeno je nekoliko strukturiranih kliničkih intervjua za procjenu poremećaja ličnosti i s njima povezanih dimenzija ličnosti. Kao i samoocjen-ski upitnici, i oni su detaljnije opisani na drugom mjestu (npr. Millon i Davis, 1996; J. Reich, 1987; Widiger i Frances, 1987), a ovdje samo sažeto prikazani. Napose, van Velzen i Emmelkamp (1996) daju sažeti prikaz najčešće korištenih i istraži-vanih strukturiranih intervjua. Ovi uključuju Strukturirani klinički intervjui za DSM-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV, SCID-II; First, Spitzer, Gibbon i Williams, 1995; preveden i na hrvatski jezik: SKID-II, Naklada Slap, Jastrebarsko), Revidirani pregled poremećaja ličnosti (Personality Disorder Examination – Revised, PDE-R; Loranger, Susman, Oldham i Russakoff, 1987), Strukturirani intervjui za poremećaje ličnosti iz DSM-IV (Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders, SIDP-R; Pfohl, Blum, Zimmerman i Stangl, 1989). Sva tri intervjua pokazala su općenito primjerenost, a u nekim slučajevima izvrsnu, pouzdanost, kad su ih primjenjivali dovoljno educirani kliničari. Važnost kliničke educiranosti i stručnosti ne može se dovoljno naglasiti.

Što se tiče krajnjih produkata strukturiranih intervjua, procjene pouzda-nosti uvijek su bile bolje za dimenzionalne rezultate nego za kategorijalne di-jagnoze (L. Clark, 1999; Pilkonis i sur., 1995). PDE-R je posebno koristan za izračun dimenzionalnih rezultata za svaki poremećaj na osi II, ali je za njego-vu primjenu također potrebno najviše vremena. Premda SKID-II ne daje di-menzionalne rezultate, on ima prednost razmjerno kratkog vremena primjene (prosječna vrijednost od 36 minuta, za razliku od 60-90 minuta za SIDP-R, od-nosno 2 sata i 20 minuta za PDE-R; van Velzen i Emmelkamp, 1996). SKID-II je istraživani više od drugih intervjua. Jedno od novijih istraživanja utvrdilo je koeficijente pouzdanosti među ispitivačima od 0,90 do 0,98 za dimenzionalne procjene (Maffei i sur., 1997). Utjecaj kliničkog iskustva i educiranosti na di-jagnoze u SKID-II-u istraživali su Ventura, Liberman, Green, Shaner i Mintz (1998). Oni su utvrdili da klinički iskusniji intervjueeri imaju bolju pouzdanost među ispitivačima i veću ukupnu dijagnostičku točnost od neiskusnijih inter-

vjuera, no i jedni i drugi su uspjeli postići visoku pouzdanost između ispitivača i visoku dijagnostičku točnost nakon primjerenog uvježbavanja.

Korištenje heteropodataka

I samoocjenski upitnici i strukturirani klinički intervjui ovise o tome da bolesnici moraju biti sposobni i spremni točno navesti svoja unutarnja iskustva i dugotrajne modele ponašanja. Međutim, kliničko iskustvo, kognitivna teorija i empirijski rezultati svi naglašavaju moguću pojavu nekoliko vrsta tendencija u izvješćima o sebi. Dijelom, ove tendencije proizlaze iz učinka psihijatrijskog stanja na iskaze o sebi. Na primjer, pokazalo se da je depresija povezana s negativnom tendencijom u percepciji sebe, vlastitog svijeta i budućnosti (Clark i sur., 1999). Ovakva iskrivljenja vjerojatno će napuhati sliku o simptomima na osi II povezanim s ovim domenama (npr. izbjegavajuće i ovisno; Loranger i sur., 1991; Peselow i sur., 1994). Bolesnici s drugim obilježjima ličnosti (npr. opsesivno-kompulzivni) mogu navoditi manje disfunkcionalnih ponašanja zbog brige oko socijalne poželjnosti ili zbog toga što smatraju da samootkrivanje nije u njihovu najboljem interesu. Mogućnost disimulacije mora se uvijek uzeti u obzir kod prikupljanja podataka o sebi od bolesnika s antisocijalnim tendencijama i u forenzičkim uvjetima. Konačno, često se navodi da bolesnici sa ili bez značajne patologije ličnosti mogu pretjerivati u opisivanju svoje patnje ili oštećenja jer mahito žude za pomoći ili su nezadovoljni pažnjom ili liječenjem koje dobivaju (Loranger, 1999).

Kliničari često imaju mogućnost dopuniti iskaze bolesnika o sebi podacima koje prikupe od ljudi koji dobro poznaju bolesnika, kao što su članovi obitelji, prijatelji ili suradnici na poslu. Premda ovi ljudi nemaju tako dobar pristup bolesnikovu unutarnjem iskustvu kao što to ima sam bolesnik, a također i njihova opažanja mogu biti pristrana u određenom stupnju, oni često pružaju uvid u bihevioralne obrasce kojih bolesnik nije svjestan ili ih nije voljan navesti (Zimmerman, Pfohl, Stangl i Corenthal, 1986).

S obzirom na razlike između opažanja bolesnika i drugih izvora podataka, te s obzirom na prije navedene izvore pristranosti u izvješćima bolesnika o sebi, nije čudno da su neka istraživanja utvrdila tek umjerenu korelaciju između ova dva izvora podataka o ličnosti (Zimmerman, Pfohl, Coryell, Stangl i Corenthal, 1988; međutim, vidjeti Peselow i sur., 1994, koji su utvrdili snažnu povezanost). Nekoliko istraživanja je utvrdilo da su iskazi drugih ljudi o disfunkcionalnim crtama ličnosti veći od odgovarajućih crta kad ih navode bolesnici (Peselow i sur., 1994; Zimmerman i sur., 1986, 1988). Kad postoje razlike između izvješća o sebi i opažanja drugih ljudi, kliničar se treba okrenuti drugim izvorima podataka (kliničko promatranje, dokumentacija o liječenju,

dokumentacija stručnjaka koji su ranije bili uključeni), te koristiti vlastitu kliničku procjenu da bi pomirio ove razlike.

Nestrukturirani klinički intervjui

U praksi, velik broj kliničara koristi nestrukturirani intervjui za procjenu patologije ličnosti. Važno je napomenuti da istraživanja koja uspoređuju strukturirane i nestrukturirane intervjue pokazuju slabo slaganje između dijagnoza do kojih se došlo ovim dvama procesima (Steiner, Tebes, Sledge i Walker, 1995). Kliničko iskustvo i učenost intervjueira osobito su važni za točnost procjene bez strukturiranog intervjua.

Bez obzira na to koristili strukturirani ili nestrukturirani klinički intervjui, važno je utvrditi ne samo izraženost crta/kriterija poremećaja ličnosti, već također i pervazivnost, ustrajnost i stupanj oštećenja povezan s ovim obilježjima. Protokol za intervjui SKID-II, na primjer, zahtijeva da ispitivač pita za brojne primjere situacija u kojima je određeni kriterij prisutan. Također je važno postavljati pitanja kojima se ocjenjuje prisutnost nekog obilježja ličnosti u odsutnosti patologije na osi I (npr. trenutačne epizode velike depresije).

Neki aspekti svake procjene intervjuiom su neteoretične (npr. prepoznavanje problema koji su prisutni i opća psihosocijalna anamneza), no na druge aspekte utječe teorijska orijentacija ispitivača. Na primjer, kod terapije usmjerene na sheme prva procjena uključuje intervjui usmjeren na životnu anamnezu u kojoj kliničar traga za razdobljima aktivacije ranijih shema i uspostavlja tematske veze između tih iskustva i trenutačnih problema (Young, 1994). Tehnike intervjuiranja kod standardne kognitivne terapije također se mogu koristiti za procjenu kriterija ili dimenzija poremećaja ličnosti. Tehnike za prepoznavanje bolesnikovih bazičnih vjerovanja i pretpostavki mogu se naći u različitim priručnicima kognitivne terapije (npr. Beck, Rush, Shaw i Emery, 1979; J. Beck, 1995). Na primjer, kliničar može pitati o bolesnikovim automatskim mislima vezanim uz situacije sadašnjeg problema, prepoznati značenje koje je u podlozi, a koje se pripisuje ovim mislima, te istražiti razvojne prethodnike kognitivnih tema koje bolesnik navodi kao dugotrajne.

KOGNITIVNE MJERE PATOLOGIJE LIČNOSTI

Kognitivna teorija poremećaja ličnosti naglašava važnost shema i bazičnih vjerovanja kao organizacijskih struktura i općih psihičkih reprezentacija koje usmjeravaju obradu podataka i ponašanje. Zbog toga, procjena shema i s nji-

ma povezanih vjerovanja i pretpostavki opravdava posebnu pažnju u kognitivnoj terapiji. I zaista, važno je da se uzmu u obzir različiti izvori podataka kod procjene bolesnikovih nefunkcionalnih vjerovanja, a ovaj proces treba se stalno ponavljati tijekom terapije. Bolesnikova razvojna anamneza, trenutna problemi i simptomi, kao i ponašanje u intervjuu, svi predstavljaju znakove nefunkcionalnih vjerovanja. I sam terapijski odnos je važan kontekst za procjenu nekih vjerovanja poremećaja ličnosti. Osim toga, razvijena su i testirana dva važna upitnika za samoprocjenu: PBQ (Beck i Beck, 1991) i SQ (Young i Brown, 1994). Oba ćemo ovdje prikazati.

Upitnik osobnih vjerovanja (Personality Belief Questionnaire – PBQ)

PBQ je prirodni izdanak kognitivne teorije poremećaja ličnosti. Na temelju kognitivne teorije i kliničkih opažanja, Beck i suradnici (1990) su predložili prototipni sadržaj shema za većinu poremećaja na osi II. U dodatku, Beck i sur. (1990) navode specifična vjerovanja i pretpostavke za koje se smatra da su povezane sa svakim od poremećaja. Ovaj sadržaj shema kasnije je uključen u PBQ. PBQ sadrži devet ljestvica koje se mogu primijeniti odvojeno ili zajedno i koje odgovaraju deveterima poremećajima ličnosti na osi II prema DSM-III-R. Devet ljestvica PBQ sadrži 14 čestica svaka, što ukupno čini 126 čestica. Svaka ljestvica sadrži sljedeću uputu: “Molimo vas da pročitate rečenice koje slijede i ocijenite koliko vjerujete svakoj od njih. Pokušajte procijeniti što osjećate vezano uz svaku izjavu, veći dio vremena”. Mogući odgovori su u rasponu od 0: “uopće ne vjerujem u to” do 4: “potpuno vjerujem”. Do sredine 1990-ih PBQ je bio rutinski korišten u dvama centrima za ambulantnu kognitivnu terapiju, Centru za kognitivnu terapiju Sveučilišta Pennsylvania i u Beckovu institutu za kognitivnu terapiju i istraživanje u Greater Philadelphia. U Tablici 3.1 prikazana su vjerovanja iz PBQ-a koja su najčešće prihvaćana za svaki od šest poremećaja ličnosti.

Rana verzija PBQ-a dala je dokaze dobre unutarnje konzistencije za različite podljestvice kod studenata (Trull, Goodwin, Schopp, Hillenbrand i Schuster, 1993). Istraživanja na psihijatrijskim ambulantskim bolesnicima pokazala su jednako dobru pouzdanost unutarnje konzistencije, s Cronbachovim alfa koeficijentom u rasponu od 0,81 za antisocijalni do 0,53 za paranoidni (Beck i sur., 2001). Korelacije ponovljenog mjerenja u podskupini od 15 bolesnika tijekom razdoblja od 8 tjedana bila su u rasponu od 0,57 za izbjegavajuću ljestvicu do 0,93 za antisocijalnu ljestvicu (Beck i sur., 2001). Trull i sur. (1993) su utvrdili razmjerno visoku unutarnju povezanost između podljestvica (medijan $r = 0,40$) i umjerenu povezanost između PBQ-a i oba – Revidiranog upitnika poremećaja ličnosti (Personality Disorder Questionnaire – Revised, Hyler i Rieder, 1987) i Minnesota multifazičnog inventara ličnosti – poremećaja ličnosti

Tablica 3.1 PBQ vjerovanja najsnažnije povezana s pojedinim poremećajima ličnosti

Izbjegavajući poremećaj ličnosti

- “Ja sam socijalno nesposoban i socijalno nepoželjan na poslu ili u socijalnim okolnostima.”
- “Ako mi se ljudi približe, otkrit će ‘pravog’ mene i odbacit će me.”
- “Trebam izbjegavati situacije u kojima privlačim pažnju, te biti što je moguće više neupadljiv.”
- “Biti prepoznat kao inferioran ili nesposoban bilo bi nepodnošljivo.”
- “Drugi su ljudi obično kritični, nezainteresirani, zli ili odbacujući.”

Ovisni poremećaj ličnosti

- “Ako me ne vole, ja ću uvijek biti nesretan.”
- “Najgora moguća stvar jest biti napušten.”
- “Ja sam bespomoćan kad sam prepušten sam sebi.”
- “U svakom trenutku moram imati pristup do onoga koji mi pomaže ili me podupire.”
- “Ja sam u osnovi sam – ako se ne uspijem vezati uz neku snažniju osobu.”

Opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti

- “Detalji su iznimno važni.”
- “Važno je sve činiti savršeno.”
- “Ljudi bi trebali raditi stvari na moj način.”
- “Meni treba red, sustav i pravila kako bih ispravno napravio posao.”
- “Ako nemam sisteme, sve se raspada.”

Narcistični poremećaj ličnosti

- “Za mene ne vrijede pravila koja se odnose na druge ljude.”
- “Imam sva prava očekivati velike stvari.”
- “Zbog toga što sam tako superioran, imam pravo na poseban tretman i privilegije.”
- “Drugi ljudi ne zaslužuju divljenje ili bogatstvo koje imaju.”
- “Zbog toga što sam tako nadaren, ljudi bi se trebali maknuti kad ometaju moje napredovanje.”

Paranoidni poremećaj ličnosti

- “Ljudi će me iskoristiti ako im to dopustim.”
- “Drugi će me pokušati iskoristiti ili mnome manipulirati ako se ne pazim.”
- “Stalno moram biti na oprezu.”
- “Kad se ljudi ponašaju prijateljski, vjerojatno me pokušavaju iskoristiti.”
- “Drugi ljudi će me namjerno pokušati poniziti.”

Granični poremećaj ličnosti

- “Neugodni osjećaji će se pojačati i izmaći kontroli.”
- “Ja se ne znam nositi s problemima kao drugi ljudi.”
- “Ljudi često kažu jednu stvar, a misle nešto drugo.”
- “Kad mi se ljudi približe, otkrit će ‘pravog’ mene i odbacit će me.”
- “Osoba s kojom sam blizak možda je nepouzdana ili nevjerna.”
- “Ja sam bijedan i slab.”
- “Ne mogu vjerovati drugim ljudima.”
- “Cijelo vrijeme moram biti na oprezu.”
- “Meni treba netko tko će mi biti dostupan cijelo vrijeme da mi pomogne obaviti ono što trebam ili za slučaj da se dogodi nešto loše.”
- “Ljudi će me iskoristiti ako im dam priliku.”
- “Svaki znak napetosti u vezi znak je da je veza loša; zbog toga je trebam prekinuti.”
- “Ja sam bespomoćan kad sam prepušten sam sebi.”
- “Ljudi će obratiti pažnju samo ako djelujem na ekstremne načine.”
- “Ljudi će me napasti ako ja njih ne napadnem prvi.”

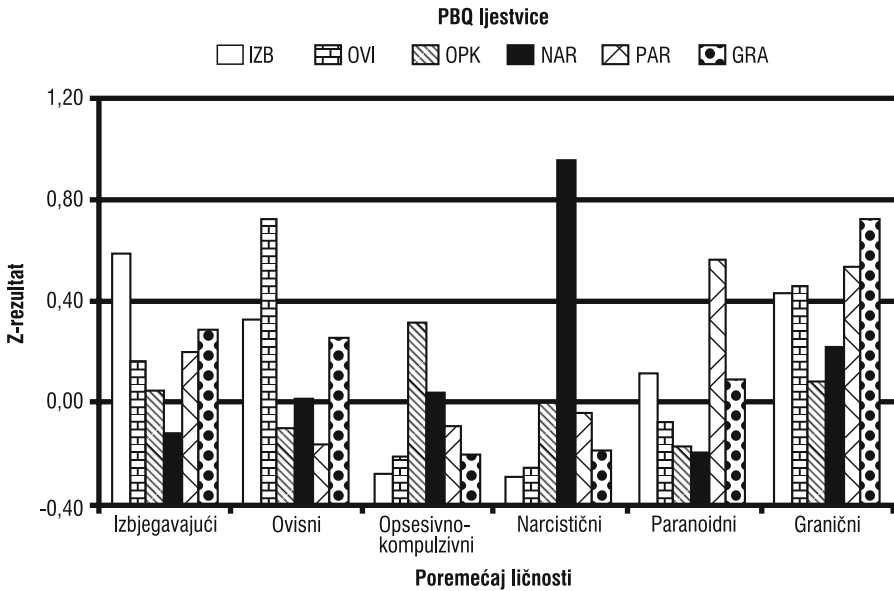
Napomena. S izuzetkom graničnog poremećaja ličnosti (GPL), navedeno je pet PBQ vjerovanja koja su najviše razlikovala kriterije poremećaj ličnosti od drugih poremećaja ličnosti. Navedeno je svih 14 vjerovanja za koja su Butler i sur. (2002) utvrdili da razlikuju GPL od drugih poremećaja ličnosti.

(Minnesota Multiphasic Personality Inventory – Personality Disorder, MMPI-PD; Morey, Waugh i Blashfield, 1985). Beck i sur. (2001) su također neočekivano utvrdili visoku međusobnu povezanost između brojnih ljestvica u PBQ-u. Postoji nekoliko razloga za ovakav rezultat. Neki od sklopova vjerovanja možda nisu pojmovno tako različiti kao što to predlaže kognitivna terapija. Moguće je da su neke zajedničke promjene kod različitih sklopova vjerovanja posljedica čimbenika općeg distresa. Također, ovi rezultati mogu odražavati određeni stupanj preklapanja između samih dijagnoza na osi II (Beck i sur., 1990).

U novije su vrijeme Beck i sur. (2001) istraživali valjanost kriterija pet ljestvica PBQ-a. U ovom istraživanju ispitivana je valjanost izbjegavajuće, ovisne, opsesivno-kompulzivne, narcistične i paranoidne ljestvice PBQ-a kod ambulantnih psihijatrijskih bolesnika s odgovarajućim dijagnozama do kojih se došlo SKID-II-om. Provedeno je više analiza između ispitanika da bi se testiralo hoće li bolesnici s određenom dijagnozom na osi II dobiti viši rezultat na odgovarajućoj ljestvici u PBQ-a od bolesnika s nekom drugom dijagnozom na osi II. Dvadeset od 25 (80%) pretpostavki istraživanja bilo je potvrđeno, a dodatna tri testa (12%) bila su na razini značajnosti. Nakon toga je provedeno nekoliko analiza pojedinih ispitanika da bi se testirala hipoteza da bolesnici s određenom dijagnozom na osi II dobivaju više rezultate na odgovarajućoj ljestvici u PBQ-u u odnosu na druge ljestvice. Rezultati su i opet bili potvrđujući za razlikovnu valjanost ovih ljestvica u PBQ-u, pri čemu je 19 od 20 (95%) predviđanja potvrđeno. Rezultati po pojedinim ispitanicima su posebno informativni i vezi s mogućnosti PBQ-a da pruži pouzdane profile bolesnika za vjerovanja na osi II. Na Slici 3.1 su rezultati prikazani grafički. Kao što se može vidjeti, u svakom pojedinom slučaju, bolesnici s određenim poremećajem ličnosti dobili su najviše rezultate na ovoj PBQ ljestvici koja je teorijski povezana s tom dijagnozom.

Sklopovi vjerovanja navedeni u Dodatku u Beck i sur. (1990) nisu uključivali sklopove vjerovanja za granični poremećaj ličnosti (GPL). U to vrijeme, smatralo se da ovi bolesnici potvrđuju različita vjerovanja povezana s više različitih poremećaja ličnosti. Zbog toga je provedeno empirijsko istraživanje i utvrđeno je da 14 vjerovanja iz PBQ-a mogu razlikovati bolesnike s GPL-om od bolesnika s drugim poremećajima ličnosti (Butler, Brown, Beck i Grisham, 2002; a svih 14 vjerovanja iz PBQ-a navedeno je u Tablici 3.1). Ovi su rezultati potvrđeni u dva neovisna uzorka od 42 bolesnika s GPL-om po uzorku. Ovako empirijski dobivena vjerovanja GPL-a kasnije su uključena u ljestvicu graničnih vjerovanja. Na Slici 3.1 grafički su prikazani prosječni rezultati različitih poremećaja ličnosti na ovoj ljestvici.

Dokaze prognostičke valjanosti PBQ-a dali su Kuyken, Kurzer, DeRubeis, Beck i Brown (2001). Ovi su istraživači utvrdili da izbjegavajuća i paranoidna ljestvica u PBQ-u predviđaju ishod kognitivne terapije za depresivne bolesnike, pri čemu su viši rezultati na ovim ljestvicama upućivali na lošiji ishod. U



Slika 3.1 Srednje vrijednosti rezultata PBQ ljestvice za šest poremećaja ličnosti. PBQ, Upitnik osobnih vjerovanja; IZB, izbjegavajući; OVI, ovisni; OPK, opsesivno-kompulzivni; NAR, narcistični; PAR, paranoidni; GRA, granični.

novije vrijeme, PBQ je podijeljen u dva paralelna oblika, od kojih svaki ima 63 čestice. Preliminarni rezultati upućuju na dobru unutarnju konzistenciju i dobru pouzdanost ponovnog testiranja za podljestvice u obje paralelne verzije (Butler i Beck, 2002).

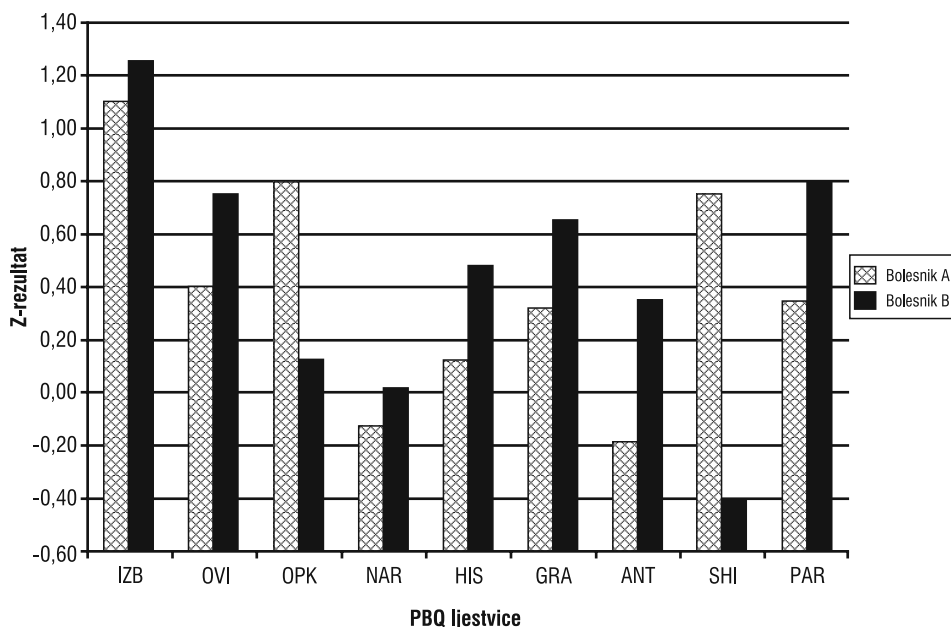
PBQ se može klinički koristiti na dva načina: da se dobije kognitivni profil i da se utvrde specifična nefunkcionalna vjerovanja na koja se može usmjeriti terapija. Standardizirani rezultati na PBQ-u mogu se prikazati na način da se dobije idiografski profil vjerovanja poremećaja ličnosti za svakog bolesnika. Na Slici 3.2 prikazani su PBQ profili za dva bolesnika, od kojih oba imaju dijagnozu izbjegavajućeg poremećaja ličnosti na osi II i velikog depresivnog poremećaja na osi I. Bolesnik A je 32-godišnji rastavljeni muškarac koji živi sam i radi kao računalni tehničar. On većinu slobodnog vremena provodi čitajući i gledajući TV. Kad nije depresivan, dio vremena provodi radeći na vlastitim projektima u kući. Postao je depresivan nakon što se preselio u drugi dio države, radi novog posla u velikom gradu. Na ranijem poslu stekao je nekoliko prijatelja. Međutim, nije ostao u vezi s ovim ljudima i nije pokušavao steći nove prijatelje nakon preseljenja. Rastavio se pred pet godina, ali od tog vremena nije izlazio. Bolesnik B je 23-godišnja zaručena žena koja živi sa svojim roditeljima i radi u cvjećarnici. Nema bliskih prijatelja. Njezinoj depresivnoj epizodi prethodila je veza sa za-

KOGNITIVNA TERAPIJA POREMEĆAJA LIČNOSTI

ručnikom u kojoj su prekidali i ponovno se mirili, konflikti s majkom, koju ona opisuje kao kontrolirajuću, te starijim bratom, koji također živi s njima i ima dugotrajnu anamnezu nezaposlenosti, zloporabe alkohola i dominirajućeg ponašanja. Obitelj u cjelini je pretjerano uključena i izolirana.

Pregled ova dva profila na PBQ-u na Slici 3.2 pokazuje slično povišenje na ljestvici izbjegavanja, no važne razlike na nekoliko drugih ljestvica. Bolesnik A pokazuje razmjerno snažno prihvaćanje vjerovanja povezanih s opsesivno-kompulzivnim i shizoidnim poremećajima ličnosti, dok bolesnica B prihvaća vjerovanja karakteristična za ovisni, granični i paranoidni poremećaj ličnosti. Dakle, premda su oba bolesnika sramežljiva i kronično osamljena, sebe vide kao socijalno neprihvatljive, a druge kao vjerojatno kritične i odbacujuće. Bolesnica B ovisi o potpori male grupe (njezina obitelj i zaručnik) i sklona je sumnjičavosti i jako je pogođena kad ove potpore nema, dok je bolesnik A odbacio potrebu za ljubavlju, a naglašava detalje, red i pravila, i preuzeo je usamljenički životni stil.

Na Slici 3.2 vidi se vrijednost korištenja dimenzionalnog pristupa (profil), a ne samo kategorijalnog pristupa u procjeni patologije ličnosti. Na ovaj način dobije se mnogo više kliničkih podataka o svakom bolesniku. Osim toga, ovi



Slika 3.2 PBQ profili dva bolesnika s izbjegavajućim poremećajem ličnosti. PBQ, Upitnik osobnih vjerovanja; IZB, izbjegavajući; OVI, ovisni; OPK, opsesivno-kompulzivni; NAR, narcistični; HIS, histrionični; GRA, granični; ANT antisocijalni; SHI, shizoidni; PAR, paranoidni.

su podaci jako važni za razumijevanje konkretnog slučaja i donošenje kliničkih odluka. U primjeru bolesnika A i B, kognitivni aspekti dvije strukture ličnosti upućuju na to da će vjerojatno biti potrebni različiti pristupi u liječenju izbjegavajućeg poremećaja ličnosti i istodobno prisutne depresije.

Upitnik shema (Schema Questionnaire, SQ)

Za razliku od PBQ-a, koji je načinjen tako da direktno odgovara poremećajima na osi II, SQ je primjer dimenzionalnog pristupa ličnosti koji je u pojmovnom smislu neovisan o nozologiji osi II. Umjesto toga SQ (koji se katkad naziva i Youngov upitnik shema /Young Schema Questionnaire, YSQ/; Young i Brown, 1994) je načinjen da mjeri rane neprilagođene sheme (RNS) koje se pojavljuju u više DSM kategorija. RNS Young (1994) definira kao “iznimno široke, pervazivne teme koje se tiču same osobe i njezinih odnosa s drugima, koje se razvijaju tijekom djetinjstva i razrađuju tijekom cijelog života, te koje su u velikom stupnju nefunkcionalne” (Young, 1994, str. 9). RNS se opisuju kao duboko usađeni obrasci koji su od središnjeg značenja za osjećaj selfa osobe. Young (1994) je utvrdio 16 shema organiziranih u pet područja:

Odvajanje i odbacivanje (napuštanje/nestabilnost, nepovjerenje/zlostavljanje, emocionalna deprivacija, manjkavost/sram i socijalna izolacija/otudjenje)

Oštećena autonomija i funkcioniranje (ovisnost/nesposobnost, osjetljivost na “slučajne” događaje, uplitanje/nedovoljno razvijen self, te neuspjeh)

Oštećene granice (ovlaštenje/dominacija i nedovoljna samokontrola/samodisciplina)

Usmjerenost na druge (podložnost, samožrtvovanje i žudnja za prihvaćanjem)

Pretjerani oprez i inhibicija (osjetljivost na događaje na koje se može utjecati/negativnost, pretjerana kontrola, nepopustljivi standardi, te kažnjavanje)

SQ je upitnik s 205 čestica za samoprocjenu koji je razvijen da bi se mjerilo ovih 16 shema. U novije vrijeme, Young (2002a) je povećao broj klinički opaženih RNS na 18.

Schmidt, Joiner, Young i Telch (1995) su ocjenjivali psihometrijska svojstva SQ-a. Oni su našli potvrdu za 13 shema u faktorskoj analizi, pri korištenju uzorka studenata. Među hospitaliziranim psihijatrijskim bolesnicima, dokazi faktorske valjanosti utvrđeni su za 15 shema koje je predložio Young. Također su utvrđena tri faktora višeg reda koje zahvaćaju neke elemente od nadređenih tema predloženih po Youngu: odvajanje, pretjeranu vezanost i pretjerane standarde. Kasnija faktorska analiza SQ-a u većem kliničkom uzorku velikim

je dijelom ponovila ove rezultate (Lee, Taylor i Dunn, 1999), te je utvrđeno istih predloženih 15 faktora uz 16. faktor vezan uz strah od gubitka kontrole.

Kasnije je razvijana i testirana i skraćena verzija SQ-a. Upitnik shema – kratki oblik (Schema Questionnaire – Short Form, SQ-SF) sastoji se od 75 čestica koje su izabrane iz SQ-a jer se odnose na rane neprilagođene sheme koje su utvrđene faktorskim istraživanjima originalnog instrumenta. Za svaki od 15 faktora koji su potvrđeni, odabrano je 5 SQ čestica koje su najviše pridonosile, za uključivanje u SQ-SF. Kasnija faktorska analiza SQ-SF-a u uzorku psihijatrijskih bolesnika u dnevnoj bolnici utvrdila je 15 faktora koji blisko odgovaraju shemama (15) koje je predložio Young (Wellburn, Coristine, Dagg, Pontefract i Jordan, 2002). Unutarnja konzistencija odgovarajućih podljestvica bila je umjerena prema dobroj (Cronbachovi alfa koeficijenti bili su u rasponu od 0,76 do 0,93). Većina ljestvica pokazala je značajnu pozitivnu korelaciju s mjerama trenutačnih psihijatrijskih smetnji. Kod multiple regresijske analize, pet podljestvica je pridonijelo jedinstvenoj varijanci anksioznosti: napuštanje, osjetljivost na ozljedu, neuspjeh, samožrtvovanje i emocionalna inhibicija. Ovakvi rezultati koji povezuju sheme s trenutačnim psihijatrijskim stanjem u suglasnosti su s teorijom shema (Young, 1994). Naravno, budući da su korelacijski i transverzalni, oni ne utvrđuju direktnu uzročnost. Kao kod svih samoocjenjskih mjera ličnosti, na rezultate na SQ-SF mogu utjecati učinci stanja i crta. Međutim, novija istraživanja upućuju na to da je značajan udio varijance rezultata na SQ-SF-u u vezi s razmjerno stabilnim (nalik na crte) shemama (Wellburn, Dagg, Coristine i Pontefract, 2000). U ovom istraživanju primjenjivani su SQ-SF i Kratki inventar simptoma (Brief Symptom Inventory, BSI) kod 84 psihijatrijska bolesnika prije i nakon završetka 12-tjedne intenzivne grupne terapija u dnevnoj bolnici. Ovi su bolesnici pokazali značajna poboljšanja psihijatrijskih simptoma pri završetku liječenja. Njihovi rezultati na 12 od 15 SQ-SF ljestvica nisu se promijenili u istom razdoblju. Ovi rezultati upućuju na to da su s njima povezane sheme razmjerno trajni konstrukti, nalik na crte, i da nisu tek epifenomeni vezani uz trenutačne smetnje.

Young i Brown (1994) su nam dali ljestvični oblik za oblikovanje SQ profila pacijenata. Teorija shema također naglašava ulogu načina nošenja s problemima i modela shema (Young, 2002a). Prema teoriji shema, ljudi se nose sa svojim shemama na različite načine u različitim trenucima. Young i suradnici su predložili tri neprilagođena stila nošenja koje su utvrdili u blažem obliku u nekliničkoj populaciji, a u ekstremnim i nefleksibilnim oblicima u kliničkoj populaciji: prekomjerna kompenzacija, predaja i izbjegavanje. Modalitet sheme se definira kao trenutačno emocionalno stanje i reakcije koje su trenutačno aktivne kod dotične osobe. Aktivacija nefunkcionalnog modaliteta dovodi do snažnih emocija ili nefleksibilnih stilova nošenja s problemima koji tada mogu prevladati i utjecati na funkcioniranje osobe. Modaliteti se mogu podijeliti po

sljedećim grupama: dječji modalitet (osjetljivo dijete, srdito dijete, impulzivno/nedisciplinirano dijete i sretno dijete), neprilagođeni modeli nošenja s problemima (pokorni gubitnik, udaljeni zaštitnik i prekomjerni kompenzator), neprilagođeni roditeljski modalitet (kažnjavajući roditelj, zahtjevni roditelj) i zdravi odrasli modalitet. Načinjeni su samoocjenski upitnici za ocjenu stilova i modaliteta rješavanja problema nastali na osnovi teorije shema i postoje i u obliku za on-line primjenu (Young, 2002b), no zasad nema objavljenih psihometrijskih podataka o njima.

Važno je naglasiti da Young predlaže da se osobe mogu premješati iz jednog modaliteta shema u drugi i da, kad se ovakva promjena dogodi, različite sheme i odgovori rješavanja problema koji su ranije bili utišani mogu postati aktivni. U stupnju u kojemu je ovo točno, to bi značilo da su rezultati na SQ-u i SQ-SF-u razmjerno nestabilni. Međutim, kao što je prije navedeno, istraživanja su pokazala da se velik broj SQ-SF ljestvica pokazao stabilnima u kliničkoj populaciji čak i kad su mjere neposrednog psihijatrijskog stanja pokazivale značajna poboljšanja u istom vremenskom periodu (Wellburn i sur., 2000).

ZAKLJUČAK

Planiranje liječenja počinje točnom procjenom i konceptualizacijom slučaja. Kod procjene patologije ličnosti postoji nekoliko ključnih momenata koje valja imati na umu. Prvo, neophodno je upoznati se s općim i specifičnim kriterijima za poremećaje ličnosti. Drugo, kliničari moraju pažljivo ocijeniti pervazivnost, ustrajnost i stupanj oštećenja povezan sa specifičnim kriterijima, crtama ili kognitivnim korelatima patologije ličnosti (npr. disfunkcionalna vjerovanja i sheme). Razlikovanje epizodičnih ili prolaznih psihijatrijskih stanja od trajnih crta ličnosti osobito je važno kad se uzme u obzir razmjerno visok stupanj komorbiditeta između poremećaja na osi I i osi II. Treće, zbog veće posrednosti u dijagnosticiranju na osi II u odnosu na dijagnoze na osi I, neiskusni kliničari moraju posebno imati na umu mogućnost pretjeranog patologiziranja.

Izbor strategija procjene ovisi o nekoliko čimbenika. Dimenzionalni pristup konceptualizaciji i mjerenju patologije ličnosti zadobio je veliku nadmoć tijekom proteklih desetljeća zbog količine kliničkih podataka koji se njime može dobiti, te zbog konceptualnih i empirijskih problema povezanih s kategorijalnim pristupom. Jedan od češćih dimenzionalnih pristupa jest kvantifikacija stupnja u kojemu su prisutni (ili odsutni) različiti poremećaji na osi II. Metode mjerenja u ovom pristupu uključuju sumiranje broja kriterija koji su zadovoljeni za pojedini poremećaj, procjenom strukturiranim intervjuom (npr. PDE-R;

Loranger i sur., 1987); korištenjem inventara za samoprocjenu s česticama sročnim za direktnu procjenu specifičnih kriterija iz DSM-a (npr. PDQ-R; Hyler i Rieder, 1987) ili čestica koje procjenjuju patologiju za specifični poremećaj kroz više domena (npr. MCMI-III; Millon i sur., 1994), odnosno korištenjem inventara za samoprocjenu koji su usmjereni na pojedine ključne domene kao što su nefunkcionalna vjerovanja (npr. PBQ; Beck i Beck, 1991).

Alternativni dimenzionalni pristup uključuje procjenu crta ličnosti ili crtama sličnih konstrukata (npr. ranih neprilagođenih shema) koje su važne za poremećaje ličnosti. Upitnici samoprocjene glavna su metoda mjerenja ove vrste dimenzionalnog modela. Psihometrijski dobri upitnici koji procjenjuju sveobuhvatan asortiman odgovarajućih crta ličnosti uključuju SNAP (L. Clark, 1993); DAPP-BQ (Livesley, 1990) i WIPSI (Klein i sur., 1993). Za kliničare koji se koriste pristupom usmjerenim na sheme, za procjenu ranih neprilagođenih shema bit će dobri SQ i SQ-SF. Terapeuti koji žele procijeniti više nijansi svake sheme obično će prednost dati SQ-u (Young, 2002b).

Postoje određene prednosti kategorijalnog pristupa procjeni, uključujući konceptualnu jasnoću, jednostavnost komunikacije, te poznatost kliničarima. Osim toga, u mnogobrojnim kliničkim situacijama zahtijeva se da dijagnostički dojam bude zabilježen na osi II u dijagnostičkom izvješću, a istraživanja poremećaja ličnosti ovise o pouzdanim i valjanim dijagnozama. U usporedbi s nestrukturiranim intervjuima, strukturirani klinički intervjui kao što je SKID-II, mogu značajno unaprijediti točnost i pouzdanost dijagnoza poremećaja ličnosti uz razmjerno male vremenske zahtjeve za pacijenta i za kliničara. Pri korištenju bilo kojeg strukturiranog intervjua za dobivanje pouzdanih i valjanih dijagnoza važni su odgovarajuća edukacija i nadzor kvalitete.

Kliničari mogu poželjeti povezati kategorijalni i dimenzionalni pristup procjeni. Strukturirani intervjui može pomoći kategorijalnim odlukama o prisutnosti ili odsutnosti poremećaja ličnosti. Upitnici za samoprocjenu mogu dati idiografske profile koji se “uklapaju” u kliničku sliku, potpomažu konceptualizaciji slučaja i planiranju liječenja. Za potrebe kognitivne konceptualizacije, instrumenti kao što su PBQ, SQ ili SQ-SF daju profile ličnosti koje kognitivni terapeuti smatraju osobito korisnima.

Ključni kognitivni elementi koje treba uzeti u obzir pri procjeni poremećaja ličnosti jesu karakterističan pogled na sebe i druge, disfunkcionalna vjerovanja, glavne strategije i raspoloženje, te specifični stilovi obrade podataka. Poznavati prototipne kognitivne profile svakog poremećaja ličnosti može pomoći kliničaru kad formulira individualne slučajeve. Međutim, važno je imati na umu da se velik broj bolesnika s patologijom ličnosti razlikuje od prototipnog modela, te pažljivo treba razotkriti varijacije, kao i dosljednosti, kako bi se napravila potpuna procjena.



Opći principi i posebne tehnike

Bolesnici s poremećajima na osi I vraćaju se na svoje premorbidne kognitivne modele nakon što se poremećaj povuče. Na primjer, većina bolesnika koji se oporave od depresije više se ne krive za svaku nezgodu, manje su skloni razmišljati da su manjkavi ili inferiorni, te prestaju iznositi negativna predviđanja o budućnosti. Neki bolesnici, međutim, nastavljaju pokazivati ovakve karakteristike i priznaju da su oni “uvijek” razmišljali na takav način. Međutim, oni više nisu klinički depresivni.

Modalitet osi II razlikuje se od modaliteta osi I na različite načine. Učestalost i intenzitet disfunkcionalnih automatskih misli koji se mogu opaziti za vrijeme akutnog poremećaja vraćaju se na normalu kad se bolesnik vrati na svoje uobičajeno kognitivno funkcioniranje. Premda bolesnici mogu odmah prepoznati i testirati svoje nefunkcionalne automatske misli tijekom “normalnog neurotičnog razdoblja”, ove pretjerane ili iskrivljene interpretacije i s njima povezani ometajući afekt nastavlja se događati u posebnim situacijama. Vrlo inteligentna i sposobna žena, na primjer, automatski ima misao “ja to ne mogu” kad god joj se ponudi mjesto koje zahtijeva visok stupanj intelektualnog funkcioniranja.

Najuvjerljivije objašnjenje za razlike između osi I i poremećaja ličnosti jest ono da su ekstremna pogrešna vjerovanja i interpretacije koje su karakteristične za neki simptomatski poremećaj razmjerno plastična - i, ustvari, postaju umjereniji kako se depresija povlači, čak i bez terapijskih intervencija. Međutim, ustrajna nefunkcionalna vjerovanja poremećaja ličnosti su “strukturalizirana”, tj. ona su ugrađena u “normalnu” kognitivnu organizaciju. Dakle, potrebno je značajno više vremena i truda da se stvore takve strukturne promjene koje su neophodne za promjenu poremećaja ličnosti nego za promjenu nefunkcionalnog mišljenja kod, na primjer, afektivnih poremećaja.

Terapeuti obično koriste “standardne” kognitivno-terapijske tehnike da ublaže akutne epizode na osi I (Američka psihijatrijska udruga, 2000) kao što su depresija (Beck, Rush, Shaw i Emery, 1979) ili generalizirani anksiozni poremećaj (GAP; Beck i Emery, s Greenbergom, 1985). Ovakav je pristup učinkovit u rješavanju disfunkcionalnih automatskih misli i pomaže dovesti do kognitivnog pomaka iz depresivnog (ili GAP) modaliteta obrade natrag u “normalni” modalitet. Testiranje automatskih misli i vjerovanja tijekom depresivne ili anksiozne epizode dobra je praksa za rješavanje ovih kognitivnih procesa tijekom razmjerno tihih razdoblja. Bolesnici koji su promatrani tijekom ovih tihih razdoblja opisivani su u ranijoj psihijatrijskoj i kolokvijalnoj terminologiji kao “neurotični”. Karakteristike “neurotske ličnosti” obično su opisivane kroz izraze kao što su “nezreli” ili “djetinjasti”: emocionalna labilnost, pretjerane reakcije na odbacivanje ili neuspjeh, nerealno niska ili visoka slika o sebi, te – iznad svega – snažna egocentričnost.

Disfunkcionalna vjerovanja djeluju i dalje jer ona čine supstrat bolesnikove orijentacije na realnost. Zbog toga što se ljudi oslanjaju na svoja vjerovanja u interpretaciji događaja, oni ne mogu odbaciti svoja vjerovanja sve dok ne ugrade nova prilagođena vjerovanja i strategije na njihovo mjesto. Kad se bolesnik vrati na svoj premorbidni stupanj funkcioniranja, on se ponovno oslanja na strategije koje je običavao koristiti. Vjerovanja koja su u podlozi obično su manje disfunkcionalna u ovoj fazi nego tijekom depresije ili GAP-a, no također su manje podložne daljnjoj promjeni nego tijekom akutne faze.

I bolesnik i terapeut trebaju prihvatiti da su ova tvrdokorna rezidualna vjerovanja (sheme) duboko ukorijenjena i da ne reagiraju tako lako na tehnike koje se koriste u standardnom antidepresivnom ili antianksioznom liječenju. Čak i kad se bolesnik uvjeri da su njegova temeljna vjerovanja disfunkcionalna ili čak i nerealna, on ne može učiniti da one jednostavno nestanu njihovim pukim propitivanjem ili “željom” da nestanu.

Potrebna je dug, a katkad i mučan, proces da bi došlo do promjena u ovim karakternim strukturama bolesnika. Ova “karakterološka faza” liječenja obično je dugotrajna i rjeđe prekidana dramatičnim poboljšanjima.

KONCEPTUALIZACIJA SLUČAJA

Posebna konceptualizacija svakog pojedinog slučaja bitno je za stvaranje okosnice za razumijevanje bolesnikova neprilagođenog ponašanja i disfunkcionalnih stavova. Posljedično tome, terapeut bi trebao formulirati slučaj ranije, najbolje tijekom procesa procjene. Naravno, kako pristižu novi podaci, tera-

peut mijenja formulaciju prema njima. Neke se hipoteze potvrđuju, druge se mijenjaju ili odbacuju, a treće se unose u stvoreni plan.

Dijeljenje ovakve formulacije s bolesnikom može pomoći u procesu prikupljanja podataka; ono pruža bolesniku smjernice na koja iskustva da se usmjeri, te koja objašnjenja i vjerovanja koja su u podlozi da prepozna. Bolesnik i terapeut mogu nakon toga testirati koliko se svježi materijal “uklapa” u preliminarnu sliku. Kako se prikupljaju novi podaci, terapeut preformulira slučaj na temelju ovih novih podataka.

Crtanje dijagrama bolesniku može mu pokazati kako da uklopi nova iskustva u cjelokupni plan. Često pomaže kad bolesnik ponese dijagrame sa sobom kući. Neki terapeuti koriste školsku ploču ili kartice kako bi se bolesniku pokazalo kako njegovo pogrešno interpretiranje realiteta proizlazi iz njegovih vjerovanja. Ovisna ličnost koja terapeutu kaže “trebam pomoć” kad je suočena s novim izazovom, na primjer, treba vidjeti vezu između ove misli i bazičnog vjerovanja: “Ja nisam sposoban išta učiniti bez pomoći” ili “Ja sam bespomoćan”. Opetovano, sustavno opovrgavanje putem osmišljavanja i provođenja “biheviornalnih eksperimenata” može na koncu načeti ova nefunkcionalna vjerovanja i postaviti temelje za prilagođenije stavove, kao što su “ja mogu obaviti različite zadatke bez pomoći” i “ja sam na različite načine sposoban”.

U Tablici 4.1 prikazana je strukturalna formulacija problema para koji ima u velikoj mjeri sličan sklop vjerovanja, no koji se razlikuju u nekim bitnim stvarima. Problemi zbog kojih su došli detaljnije su prikazani na drugom mjestu (Beck, 1988). Ukratko, Gary, koji ima narcistični poremećaj ličnosti, ima povremene izljeve nasilja prema Beverly, koju optužuje da ga izaziva cijelo vrijeme što ne izvršava neke obveze. Gary vjeruje da je jedini način na koji može kontrolirati Beverly, koja ima ovisni poremećaj ličnosti, da je udari, kako bi “zaštjela”. Beverly, s druge strane, vjeruje da ona mora kontrolirati Garyjeve neprestane propuste koji ima kao muž i otac tako da ga “podsjeća” na priekorani način na njegove propuste. Ona vjeruje da je to jedini način na koji ona može izvršiti svoje obveze kao domaćica i majka. Ispod ovog njezina stajališta bilo je njezino duboko vjerovanje da ona uopće ne može funkcionirati ako se na nekoga ne osloni.

Gary je odrastao u kućanstvu u kojemu je vrijedilo pravilo “tko jači, taj kvači”. Njegov otac i stariji brat su ga zastrašili i doveli do uvjerenja da je on “slabić”. On je kompenzirao ovu sliku o sebi preuzimanjem njihove interpersonalne strategije: jer, najbolji način suzbijanja sklonosti ljudi da dominiraju ili ponižavaju jest da se njih zastraši – ako je potrebno i prijetnjama silom. Početna formulacija, koja se izrodila iz kasnijih zajedničkih i individualnih intervjuova bila je sljedeća: Garyjeva osnovna shema je “ja sam slabić”. Ovakav

Tablica 4.1 Kognitivna obrada iz bazičnih shema: primjer

	Beverlyna vjerovanja	Garyjeva vjerovanja
Treba	“Gary bi trebao pomoći kad ga zatražim.”	“Beverly bi trebala pokazivati više poštovanja.”
Mora	“Ja moram kontrolirati ponašanje drugih.”	“Ja moram kontrolirati ponašanje drugih.”
Posebna uvjetovana vjerovanja	“Ako mi Gary ne pomogne, ja neću moći funkcionirati.”	“Ako im pružim šansu, ljudi će me odbaciti.”
Strah	“Bit ću napuštena.”	“Bit ću odbačen.”
Temeljna shema	“Ja sam bespomoćno dijete.”	“Ja sam slabić.”

doživljaj sebe prijetio je da izroni kad god bi on sebe doživljavao kao ranjivog na ponižavanje. Da se zaštititi, on je učvrstio vjerovanje “moram kontrolirati druge ljude”, koje je bilo u osnovi očeva ponašanja. Kasnije ćemo se vratiti na metode koje se koriste kod ovakvih vjerovanja. U biti, terapeut je mogao pratiti Garyjevo ponašanje do ovih vjerovanja.

Beverly je slično vjerovala da “mora kontrolirati Garyja”. Njezin imperativ proizišao je iz straha da je nesposobna da obavi svoje dužnosti bez pomoći. Njezina temeljna shema je “ja sam bespomoćno dijete”. Uočavate kako je Garyjevo ponašanje (“ne pomaže”) obrađeno od strane njezine temeljne sheme (“bez pomoći od drugih, ja sam bespomoćna”), što je dovelo do lošeg osjećanja kod Beverly. Ona je reagirala na ovaj onesposobljavajući osjećaj okrivljavanjem Garyja i bijesom.

Putem maštanja i obnavljanja ranijih iskustava bespomoćnosti, terapeut je mogao aktivirati ove bazične sheme i pomoći Beverly da prepozna da njezino aktivno uključivanje u poduzimanje da Gary počne pomagati proizlazi iz njezine slike o sebi kao o bespomoćnom djetetu. Posljedično, njezino neprikladno “prigovaranje” bilo je pokušaj sprječavanja njezina duboka osjećaja bespomoćnosti. Interakcija Garyja i Beverly pokazuje kako strukture ličnosti oba partnera mogu pojačavati probleme jedno drugoga i pokazuje važnost promatranja problema ličnosti kako se iskazuju u određenim okolnostima, kao što je bračna situacija.

PREPOZNAVANJE SHEMA

Terapeuti bi trebali koristiti podatke koje prikupe da dođu do bolesnikovih koncepata o sebi, kao i pravila i definicija po kojima žive. Često terapeut treba otkriti bolesnikove koncepte o sebi na temelju njihovih manifestacija u njihovim opisima u različitim situacijama.

Na primjer, bolesnik može davati izjave poput sljedećih: “Napravio sam budalu od sebe kad sam kondukeru dao pogrešan iznos”, “Ne znam kako sam završio srednju školu i pravni fakultet. Uvijek nešto zbrljam”, te “Mislim da ne mogu dobro opisati te situacije”. Terapeut može odabrati niz koji upućuje na to da na bazičnoj razini bolesnik doživljava sebe kao nesposobnog ili neadekvatnog. Terapeut također brzo procjenjuje ima li ikakve valjanosti u bolesnikovu opisivanju sebe. Naravno, kad je bolesnik depresivan, ovakvo široko i opće poopćavanje (temeljnih vjerovanja) pojavljuje se u potpuno rascvjetanom obliku: nakon što bolesnik opiše neku problematičnu situaciju, on/ona zaključuje s napomenom kao što je: “To pokazuje koliko sam beskoristan, nesposoban ili antipatičan”.

Terapeut može razotkriti uvjetovane pretpostavke putem izjava koje točnije opisuju uvjete pod kojima se iskazuje negativna slika o sebi. Na primjer, ako osoba ima misli kao što su: “Bob ili Linda me više ne vole” pod uvjetima u kojima druga osoba pokazuje manje od uobičajene prijateljske reakcije, terapeut može doći do formule koja je u podlozi, kao što je: “Ako drugi ljudi ne iskazuju velike znakove interesa ili ljubavi, to znači da im nije stalo do mene”. Naravno, kod nekih ljudi i pod određenim okolnostima može biti i istine u takvoj formuli, i kod njih je potrebno usmjeriti se na manjkavosti u socijalnim vještinama ili grub interpersonalni stil. Osobe s problemima ličnosti, međutim, obično primjenjuju ovu formulu htjeli-ne htjeli, slučajnim odabirom, po principu sve ili ništa, u svim primjerenim situacijama, čak i kad postoje druga moguća objašnjenja ili uvjerljivih dokaza koji su suprotni ovom vjerovanju.

Slično tome, terapeut pokušava rasvijetliti bolesnikove poglede na druge ljude. Određeni iskazi paranoidne ličnosti, na primjer, mogu upućivati na to da je bazična shema ta da su drugi ljudi neiskreni, manipulirajući, puni predrasuda i slično. Ovakva shema može se očitovati u izjavama kao što su: “Doktor mi se nasmijao. Ja znam da je to kurtoazni profesionalni smiješak koji koristi sa svakim jer je anksiozan što ima toliko pacijenata” ili: “Službenik je moj ček provjeravao tako sporo jer mi ne vjeruje” ili: “Moja žena je večeras prema meni posebno pažljiva. Pitam se što želi iz mene izvući”. Ovakvi bolesnici često dolaze do ovakvih zaključaka bez bilo kakvih dokaza koji ih podupiru ili čak i kad postoje snažni dokazi za suprotno.

Kad su ove osobe u akutnom paranoidnom stanju, kroz njihovu glavu prolaze opće misli kao što su: “On me pokušava zavarati” ili “Svi su oni tu da me uhvate”. Temeljne su sheme “Ljudima se ne može vjerovati” i “Svi imaju neiskrene motive”. Posljedični obrazac proizvoljnih zaključaka odražava kognitivnu tendenciju, te se kaže da je “pokrenut shemom”.

OPIS TEMELJNIH CILJEVA

Ljudi obično imaju široke ciljeve koji su im jako važni, ali ne moraju ih biti potpuno svjesni. Terapeutov je posao da prevede bolesnikove izrečene žudnje i ambicije u njihove temeljne ciljeve. Na primjer, bolesnik može reći “kad sam došao na zabavu osjećao sam se loše jer je svega nekoliko ljudi došlo do mene i pozdravilo me” ili “dobro sam se proveo jer me mnogo ljudi okružilo i željelo znati kako je prošao moj put”. Iz širokog spektra opisa velikog broja različitih situacija, terapeut može zaključiti da su temeljni ciljevi nešto poput “meni je jako važno da me svi vole”. Ciljevi proizlaze iz temeljnih shema; u konkretnom slučaju to bi bilo izrečeno kao “ako me se ne voli, ja ne vrijedim ništa”.

Drugi bolesnik, na primjer, rekao je da se osjećao loše jer nije dobio najbolju ocjenu na ispitu. On se također osjećao i malo nezadovoljan kad se nije mogao sjetiti imena nekog znanstvenika tijekom razgovora s prijateljem. Osim toga, toliko se uzbudio da je proveo besanu noć nakon što mu je rečeno da će dobiti stipendiju za školu. Njegov cilj, koji nije izrekao sve dok ga se nije pitalo za iskustva, bio je “biti poznat”. S ovim ciljem u vezi je sljedeća uvjetovana pretpostavka: “Ako ne postanem slavan, tada će moj život biti protraćen”.

I druge vrste ciljeva mogu se zaključiti na vrlo sličan način. Zamislite osobu koja odbija bilo koju vrstu pomoći, ustraje da ima potpunu slobodu u kretanju i nesklona je uključivanju u bilo koju vrstu “odnosa”. Kad terapeut izdvoji zajedničku temu “moram imati prostora”, može testirati ovu žudnju promatranjem bolesnikovih reakcija u terapiji i u drugim situacijama. Ako bolesnik, na primjer, zahtijeva fizičku distancu tijekom razgovora, odmah završava intervju, te iskazuje želju da radi na svojim problemima sam, to su pokazatelji temeljnog cilja autonomije. Uvjetovana pretpostavka može biti “Ako postanem previše ovisan o bilo kome ili previše intiman, više ne mogu biti slobodan”. Uz ovu misao povezano je vjerovanje da “ako nemam potpunu slobodu u djelovanju, onda sam bespomoćan”.

Nakon što terapeut prikupi sve podatke i dođe do temeljnih pretpostavki, uvjetovanih vjerovanja i ciljeva, tada može formulirati slučaj prema kognitiv-

nom modelu (npr. formulacija Garyjeva i Beverlyna slučaja o kojoj smo prije govorili).

NAGLASAK NA ODNOSU TERAPEUT-BOLESNIK

Suradnja

Jedan od osnovnih principa kognitivne terapije je usađivanje osjećaja suradnje i povjerenja kod bolesnika. Izgradnja odnosa je vjerojatno važnija kod kroničnih poremećaja ličnosti nego kod akutne simptomatske faze. U razdoblju akutnih smetnji (obično depresije i/ili anksioznosti), bolesnik je najčešće motiviran da isproba terapeutove prijedloge i biva nagrađen razmjerno brzim smanjenjem patnje. Kod kroničnih poremećaja ličnosti, promjene se zbivaju daleko polaganije i dobrobit nije tako jasno vidljiva. Ipak, terapeut i bolesnik imaju puno posla za napraviti na dugoročnom projektu promjene ličnosti.

Bolesnike često valja motivirati da obave domaću zadaću. Bolesnikova motivacija obično opada nakon što se povuče akutna epizoda, odnosno nakon što se povuku neugodni osjećaji (anksioznost, tuga, srdžba) koji su bili poticaj za akciju. Nadalje, poremećaj ličnosti sam po sebi često ometa provođenje zadataka. Izbjegavajuća ličnost može misliti “Zapisivanje svojih misli je previše bolno”; narcistična: “Ja sam prepametan za ovakvo što”; paranoidna: “Moje bilješke mogu se iskoristiti protiv mene” ili “Terapeut me nastoji iskoristiti”.

Terapeut treba ovakve vrste “otpora” smatrati “vodom koja ide na njegov mlin” i treba ih analizirati na jednak način kao što se koristi bilo koji drugi materijal ili podaci.

Vođeno otkriće

Jedan od aspekata umjetnosti kognitivne terapije jest i prijenos osjećaja pu-stolovine – u odgonetanju i pronalaženju podrijetla bolesnikovih vjerovanja, istraživanju značenja traumatskih događaja i pristupanja u bogat svijet mašte. Inače, terapija može prijeći u ponavljajući proces koji s vremenom postaje jako dosadan. Ustvari, mijenjanjem načina na koji se pružaju hipoteze, korištenje različitih izraza i riječi, kao i oslikavanje važnih momenata metaforama i anegdotama pomoći će da ovaj odnos postane edukativno ljudsko iskustvo. Određeni stupanj “lepršavosti” i primjereno korištenje humora također mogu dodatno doprinijeti ovom iskustvu.

U kroničnoj fazi, terapeut troši više vremena s bolesnikom na odgonetanju značenja iskustva, kako bi utvrdio bolesnikove specifične osjetljivosti i ranjivosti i kako bi odredio zbog čega pretjerano reagira u određenim situacijama. Kao što je rečeno u 2. poglavlju, značenje je velikim dijelom određeno temeljnim vjerovanjima (“ako me tko kritizira, to znači da me ta osoba ne voli”). Da bi se utvrdilo značenje, terapeut treba postupno napredovati, korak po korak.

Korištenje “transfernih” reakcija

Bolesnikove emocionalne reakcije na proces terapije i na terapeuta su od središnjeg značenja. Uvijek pripravan, ali ne i izazivajući, terapeut je spreman istražiti ove reakcije da bi dobio više podataka o bolesnikovu sustavu misli i vjerovanja. Ako se ne istraže, moguće iskrivljene interpretacije će ustrajati i mogu ometati suradnju. Ako se one otvore, obično pružaju bogat materijal za razumijevanje značenja i vjerovanja koja su iza bolesnikovih idiosinkratičnih ili opetujućih reakcija. Što se tiče kontratransfera, iznimno je važno ostati neosuđujući i empatizirajući, ali objektivan u reakcijama na bolesnikove neprilagođene obrasce. Rad s poremećajima ličnosti obično zahtijeva veliki napor, planiranje i rješavanje stresa na strani terapeuta. U 5. poglavlju detaljnije obrađujemo sve strategije formuliranja pitanja nesuradnje i nošenja s emocionalnim reakcijama na terapiju kod bolesnika i terapeuta.

POSEBNE TEHNIKE

Planiranje i primjena posebnih strategija i tehnika mora uzeti u obzir ne samo specifičnu patologiju bolesnika, već također i jedinstvene metode uključivanja i korištenja podataka o njima. Različiti bolesnici uče na različite načine. Osim toga, metode koje su uspješne u jednom trenutku s određenim bolesnikom mogu biti neučinkovite u drugom trenutku. Terapeuti moraju koristiti svoju najbolju procjenu u stvaranju planova liječenja i odabiru najkorisnijih tehnika iz širokog spektra dostupnih, ili osmisliti nove. Katkad je potrebno koristiti se i pokušajem i pogreškom. Ponekad je introspekcija najuspješnija; drugi put su odgovarajući izbor ventilacija ili uvježbavanje vještina.

Najučinkovitija primjena tehnika ovisi ne samo o jasnoj formulaciji slučaja i stvaranju prijateljskog radnog odnosa, već također o umijeću terapeuta. Umjetnost terapije uključuje razumno korištenje humora, anegdota, metafora i samootkrivanja terapeutovih iskustava te standardne kognitivne i bihevioralne tehnike. Vješt terapeut zna kada izvući osjetljiv materijala, povući se kad je to

potrebno i suočiti s izbjegavanjem. On može uzburkati monotono izlaganje ili ohladiti preuzbuđeno iznošenje. Mijenja svoje riječi, stil i modalitet izražavanja.

Važna je i fleksibilnost u svakoj seansi: terapeut može mijenjati svoj pristup od aktivnog slušanja prema usmjeravanju i izazivanju, do stvaranja novih stilova ponašanja. Očekuje se da su terapeuti koji čitaju ovu knjigu već svladali temeljne principe kognitivno-bihevioralne psihoterapije. Oni su obrađeni u knjigama Becka i suradnika (1979). Mi smo tehnike svojevolumeno podijelili na one koje su primarno “kognitivne” i one koje su “bihevioralne”. Moramo imati na umu da nijedna tehnika nije potpuno kognitivna ili potpuno bihevioralna. Osim toga, kognitivne strategije mogu dovesti do promjene ponašanja, a bihevioralne metode obično potiču određeno kognitivno restrukturiranje.

Među najučinkovitijim instrumentima u tretmanu poremećaja ličnosti su takozvane iskustvene tehnike, kao što su ponovno proživljavanje događaja iz djetinjstva i zamišljanje. Ovakve dramske tehnike čini se da otvaraju kanale za novo učenje – ili odučavanje. Osnovno je pravilo da kognitivna promjena ovisi o određenoj količini afektivnog iskustva.

Kognitivne i bihevioralne tehnike igraju dopunjujuću ulogu u tretmanu poremećaja ličnosti. Glavni je zadatak razviti nove sheme i promijeniti stare. Na koncu, naravno, kognitivne će tehnike biti najodgovornije za većinu promjena koje se dogode. Kad bolesnici imaju poremećaje ličnosti kognitivni rad, kao i bihevioralni, zahtijeva više točnosti i ustrajnosti od uobičajenog. Zbog toga što specifične kognitivne sheme ovih bolesnika nastavljaju biti disfunkcionalne, čak i kad se razvije prilagođenije ponašanje, obično je potrebna veća raznolikost i dulje trajanje kognitivnog ispravljanja.

KOGNITIVNE STRATEGIJE I TEHNIKE

Slijedi popis kognitivnih tehnika između kojih terapeuti mogu birati u liječenju poremećaja na osi II. Budući da je nekoliko od ovih metoda opisano u liječenju depresije (Beck i sur., 1979), ovdje ih nećemo detaljnije prikazivati. Međutim, detaljnije ćemo opisati specifične tehnike za probleme na osi II. Ovaj je popis reprezentativan i nipošto potpuno iscrpan.

Neke od kognitivnih tehnika koje su od pomoći u liječenju poremećaja ličnosti jesu (1) vođeno otkrivanje, koje omogućuje bolesniku da prepozna stereotipne disfunkcionalne obrasce interpretacija; (2) traganje za idiosinkratičnim značenjima, budući da ovi bolesnici često interpretiraju svoja iskustva na neuobičajene ili ekstremne načine; (3) imenovanje netočnih zaključaka ili iskrivljenja, kako bi bolesnik bio svjestan predrasuda ili nerazumnosti određene

nih automatskih modela mišljenja; (4) suradni empirizam – rad s bolesnikom na testiranju valjanosti bolesnikovih vjerovanja, interpretacija i očekivanja; (5) ispitivanje objašnjenja za ponašanje drugih ljudi; (6) vaganje – prevodenje ekstremnih interpretacija u dimenzionalne izraze kako bi se suzbilo uobičajeno dihotomno razmišljanje; (7) ponovno označavanje – ponovno pripisivanje odgovornosti za akcije i ishode; (8) namjerno pretjerivanje – razvijanje neke ideje do ekstrema, što dovodi situaciju do velikog olakšanja i potiče ponovnu procjenu disfunkcionalnog zaključivanja; (9) ispitivanje prednosti i nedostataka održavanja ili promjene vjerovanja ili ponašanja, te razjašnjavanje primarnih i sekundarnih dobiti; (10) de-katastrofiranje – omogućavanje bolesniku da prepozna i odupre se sklonosti razmišljanja isključivo na način najgoreg mogućeg ishoda dane situacije.

“Kognitivno ispipavanje”

Iste tehnike koje se koriste u izazivanju i procjeni automatskih misli kod depresije ili GAP-a (Beck i sur., 1979; Beck i sur., 1985) korisne su i u rješavanju problema ličnosti. Da budemo precizni, terapeut i bolesnik prepoznaju situacije koje osvjetljavaju probleme ličnosti i usmjeravaju se na kognitivnu podlogu ovih situacija. Uzmimo na primjer da se Lois, osoba s izbjegavajućim poremećajem uznemiri kad se čini da je kolege na njezinu radnu mjestu ignoriraju. Prva kognitivna “sonda” trebala bi pokušati izazvati njezine automatske misli (Beck, 1967). Ako je bolesnica dobro uvježbana u prepoznavanju automatskih misli, ona će na primjer reći, “pomislila sam da me ne vole”.

Kad bolesnica ne uspije otkriti automatske misli, može ju se potaknuti na zamišljanje iskustva “kao da se to događa upravo sada”. Kad se oživi ovo iskustvo, kakvo jest, ona će vjerojatno doživjeti i automatske misli kao što bi ih doživjela i u stvarnoj situaciji. Naravno, ona će imati mnoštvo mogućnosti u budućim susretima da se uvjeri u automatske misli kako se one pojavljuju bez pripreme. Kad bolesnik može očekivati neko određeno “traumatsko” iskustvo, korisno je da se unaprijed pripremi tako da se započne usklađivati sa svojim tijekom misli prije ulaska u odbojnu situaciju (“Pitam se hoće li me Linda danas za ručkom ignorirati”). Naša pacijentica, Lois, na taj je način pripremljena da prepozna važne misli o odbacivanju. Shvaćanjem da se Linda doima hladnom, ona može prepoznati negativne misli: “Ona me ne voli, nešto sa mnom ne valja”. Naravno, automatske misli ne moraju uvijek biti disfunkcionalne ili nerealne i, kao što ćemo vidjeti, trebaju se testirati.

Najvažnije je osnovno značenje događaja. Na primjer, Lois se može osloboditi doživljaja Lindina odbacivanja mišlju “pa što onda? ni ja ne volim nju” ili

“ona nije moja prijateljica”. Međutim, kad bolesnik ima posebnu ranjivost na odbacivanje, već je započet slijed reakcija koji može kulminirati produženim osjećajem tuge.

Katkad je bolesnik sposoban odbaciti lančanu reakciju pomoću introspekcije. Često, putem vještog propitivanja, terapeut može doći do važne početne točke (temeljne sheme). Također, može koristiti ovu vježbu kao način pokazivanja posebnih zabluda ili pogrešaka u procesu zaključivanja i pretpostavljanja kod bolesnika. Pogledajte sljedeći razgovor između terapeuta i Lois, koja se uznemirila zbog toga što je Linda, njezina prijateljica, bila zadubljena u razgovor s njihovim zajedničkim suradnikom s posla, za vrijeme ručka:

TERAPEUT: Koja vam je misao prolazila glavom za vrijeme ručka?

LOIS: Linda me ignorira. /Selektivno usmjeravanje, personaliziranje/

TERAPEUT: Što je to značilo?

LOIS: Da se ja ne slažem s ljudima. /Pripisivanje na sebe, pretjerano poopćavanje/

TERAPEUT: Što to znači?

LOIS: Ja nikad neću imati prijatelja. /Apsolutno predviđanje/

TERAPEUT: Što znači “nemati prijatelje”?

LOIS: Ja sam sasvim sama. /Temeljna shema/

TERAPEUT: Što znači biti sasvim sam?

LOIS: Da ću zauvijek biti nesretna. (Počinje plakati.)

Zbog toga što je bolesnica počela plakati, terapeut zaustavlja niz pitanja jer smatra da je došao do temelja, osnovne sheme (“ja ću zauvijek biti nesretna”). Pojava snažnih osjećaja govori ne samo da je izložena temeljna shema, već da je disfunkcionalno mišljenje dostupnije promjeni. Ovakva vrsta propitivanja, pokušaja ispipavanja dubljeg značenja i pristup temeljnoj shemi, nazvan je tehnikom “strelice prema dolje” (Beck i sur., 1985). Kasnije, terapeut i bolesnik će željeti ispitati dalje, da se uvjere postoje li i druge temeljne sheme.

U ovom konkretnom slučaju, Loisin problem proizlazi iz njezina vjerovanja: “Ako ljudi ne reagiraju na mene, to znači da me ne vole” i “Ako me jedna osoba ne voli, to znači da sam antipatična”. Kad pođe u kafić u zgradi u kojoj radi, ona je jako osjetljiva na to koliko su prijemljivi drugi radnici – da li željno očekuju da ona sjedne kraj njih, uključuju li je u razgovor, da li reagiraju na njezine odgovore. Zbog toga što ima izbjegavajući poremećaj ličnosti i sklona je izbjegavanju ulaženja u situacije gdje je moguće odbacivanje, ona naginje tome da ne sjedne za stol ljudima koje poznaje, a osobito s Lindom. Jedan od načina kako se nositi s ovim jest da je izravno suoči s problemom, kao što je pokazano u sljedećem razgovoru.

KOGNITIVNA TERAPIJA POREMEĆAJA LIČNOSTI

Lois se uznemirila nakon što je sjela za stol s grupom žena koje su vodile živ razgovor. Terapeut ispipava značenje ovog događaja.

TERAPEUT: Pretpostavimo da vas ljudi ne dočekaju raširenih ruku, što onda?

LOIS: Ne znam. Mislim da bih osjećala da me ne vole.

TERAPEUT: Ako pokažu da im se sviđate, što onda?

LOIS: Nisam sigurna. Ja zaista nemam mnogo zajedničkog s njima. Ja ne volim iste stvari kao i one.

TERAPEUT: Biste li i jednu od njih izabrali za svoju blisku prijateljicu?

LOIS: Mislim da ne.

TERAPEUT: Vi zapravo niste zainteresirani da se sprijateljite ni s jednom od njih. Dakle, važno je značenje, važnost koju vi pridajete tome “da vas vole” ili “da vas ne vole”, a ne praktičnoj važnosti koju ima za vas. Jesam li u pravu?

LOIS: Mislim da da.

Zbog toga što se njezine temeljne sheme vrte oko pitanja vole li je, gotovo svaki susret Lois s drugim ljudima uključuje testiranje njezine prihvatljivosti, kao da se radi o pitanju života i smrti. Izlaganjem temeljne sheme tehnici strelice prema dolje, terapeut može izložiti i temeljno značenje “biti ignoriran” i pokazati da ovo vjerovanje o bitnosti da se svakome sviđi jest disfunkcionalno.

Jednom kad temeljna vjerovanja postanu dostupna (svjesna), bolesnik im može pristupiti realno, logičnim zaključivanjem, da ih izmijeni. Dakle, Lois je u mogućnosti oduprijeti se automatskoj misli “oni ne mare za mene”, racionalnom reakcijom: “Nije važno da li je njih briga za mene. Ja s njima nemam ništa zajedničko”. Bolesnici su skloni pridati apsolutno značenje događajima i promatrati ih na način sve ili ništa. Uloga terapeuta jest pokazati bolesniku da se značenje događaja ili ljudi može promatrati na kontinuumu. Dakle, Lois može vidjeti da kad ona poreda svoje poznanike na kontinuumu “koliko su joj važni”, da su joj oni mnogo niže na ljestvici od pravih prijatelja. Jednom kad napravi ovakvu objektivnu procjenu, više ne mora biti toliko zabrinuta oko toga hoće li se dopasti znancima.

Naravno, u većini situacija usputni poznanici obično su neutralni, a ne odbacujući, no zbog toga što su bolesnici skloni tumačenju neutralnosti kao odbacivanja, oni moraju prepoznati temeljna vjerovanja i doživjeti s njima povezano raspoloženje kako bi mogli promijeniti ovaj disfunkcionalan način razmišljanja. Tehnike za nošenje s negativnim automatskim mislima i temeljnim vjerovanjima objašnjene su na drugom mjestu (Beck i sur., 1979; Freeman, Pretzer, Fleming i Simon, 1990).

Sučeljavanje sa shemama

Pri razgovoru ili razjašnjavanju shema s bolesnikom, dijagnostičke oznake paranojni, histrionični, narcistični ili granični mogu uvesti predrasude u terapeutovu gledanju na bolesnika. Bolesnikov stil može se prevesti u operative izraze. Shizoidni stil, na primjer, može se opisati i o njemu razgovarati kao da je bolesnik “veliki individualist” ili da nije “ovisan o drugim ljudima”. O ovisnom poremećaju ličnosti može se razgovarati na način da “ima snažno vjerovanje u vrijednost vezanja za druge” ili “pridavanja velikog značenja važnosti da se bude više društvena osoba”. U svakom slučaju, bolesniku se može ponuditi neosuđujući opis prilagođen tako da odgovara odgovarajućem sustavu vjerovanja.

Sveobuhvatni terapijski program bavi se svim kognitivnim, bihevioralnim i afektivnim shemama. Gustoća, dubina, aktivnost i valencija ciljnih shema (2. poglavlje) čimbenici su koji određuju terapijsku kombinaciju. Korištenjem bolesnikovih kognitivnih sklonosti ili iskrivljenja kao znakova koji upućuju na sheme, terapeut prvo pomaže bolesniku da prepozna disfunkcionalna pravila koja dominiraju njegovim/njezinim životom, a nakon toga radi s bolesnikom da naprave promjene ili modifikacije potrebne za prilagođenije funkcioniranje. Terapeut ima nekoliko mogućnosti u radu sa shemama. Izbor određene mogućnosti ovisi o ciljevima i formulaciji slučaja.

Prvu ćemo mogućnost nazvati “restrukturiranje shema”. Ovo se može povezati s gradskom obnovom. Kad se zaključi da je određena struktura ili više struktura nezdrav, donosi se odluka da se sruše stare strukture, te se korak po korak na njihovu mjestu načine nove strukture. Ovo je cilj mnogih terapijskih pristupa već godinama (osobito psihoanalize i dinamskih izvedenica psihodinamskih škola). Ne mogu se sve disfunkcionalne sheme restrukturirati, niti je pokušaj njihova restrukturiranja uvijek razuman cilj, s obzirom na vrijeme, energiju ili prisutne vještine kod bolesnika (ili terapeuta).

Primjer potpuna restrukturiranja shema bila bi transformacija osobe s paranojnim poremećajem ličnosti u potpuno povjerljivu osobu. Posebne sheme o potencijalnoj i neminovnoj opasnosti od drugih bile bi uklonjene, a na njihovu mjestu bila bi druga vjerovanja o općem povjerenju u ljude, malo vjerojatnim mogućnostima da ih se napadne i ozlijedi, te vjerovanje da će najčešće biti drugih koji će nuditi pomoć i umirenje. Očito, to je najteža i najdugotrajnija mogućnost liječenja, te treba postići kompromis između pretjerano aktivnih shema koje se odnose na nepovjerenje i više dobrohotnih shema. Drugim riječima, restrukturiranje se sastoji od ublažavanja disfunkcionalnih shema i razvoja prilagođenijih shema.

Mnogi bolesnici nisu nikad stvorili odgovarajuće sheme da uključe iskustva koja su u suprotnosti s njihovim disfunkcionalnim bazičnim vjerovanjima. Stoga su nesposobni integrirati nova pozitivna iskustva i zbog toga i dalje filtriraju događaje kroz njihove odranije postojeće sheme. Kao rezultat toga, njihova životna iskustva se oblikuju na takav način da potvrđuju bolesnikova disfunkcionalna – obično negativna – vjerovanja o sebi i o drugim ljudima. Još teže oštećeni bolesnici, osobito oni s graničnim poremećajem ličnosti, imaju jedno ili više područja u kojima prilagođene sheme jednostavno ne postoje. Zbog toga oni moraju izgraditi prilagođene strukture da bi mogli pohraniti nova konstruktivna iskustva.

Za stvaranje novih shema ili uklanjanje loših mogu se koristiti različite tehnike. Kako bi se postigao cilj organizacije i pohrane novih opažanja mogu se na kreativan način koristiti dnevnic. Na primjer, osoba koja vjeruje “ja sam nesposoban” može u bilježnicu pod više kategorija označenih kao “posao”, “društvo”, “roditeljstvo”, “kad sam sam” voditi bilješke. Svakoga dana u svakom od područja bilježe se mali primjeri sposobnosti. Terapeut može pomoći bolesniku da prepozna primjere sposobnosti i prati da se oni redovito bilježe. Bolesnik također može kontrolirati ovaj dnevnik da bi si pomogao u odupiranju svojim apsolutnim vjerovanjima u negativne sheme u vrijeme stresa ili “neuspjeha” kad se poznatije negativne sheme jače aktiviraju.

Druga vrsta dnevnika može se koristiti za ublažavanje negativnih shema i potporu potrebi alternativnih shema. U dnevniku predviđanja bolesnici zapisuju predviđanja o tome što će se dogoditi u određenim situacijama, ako se njihove negativne sheme pokažu točnima. Kasnije, oni bilježe što se stvarno dogodilo i uspoređuju to sa svojim predviđanjima.

Na primjer, jedna žena s opsesivno-kompulzivnim poremećajem ličnosti vjerovala je da svakog dana nju čekaju strašne katastrofe i da je ona potpuno nesposobna da se s njima nosi. Ona je pisala dnevnik u koji je unosila svaku katastrofu koju je predvidjela, u prvi stupac. U drugi stupac pisala je da li se katastrofa dogodila ili ne te sve nepredviđene katastrofe koje su se zaista dogodile. U trećem stupcu ocjenjivala je svoju sposobnost nošenja sa stvarnim “katastrofama”. Nakon mjesec dana, ova je žena ponovno pregledala svoj dnevnik i utvrdila da se od pet predviđenih katastrofa samo jedna stvarno dogodila i da je ona bila sposobna riješiti ju uz 70% sposobnosti.

U trećoj vrsti dnevnika aktivnije se analiziraju svakodnevna iskustva u pitanju starih i novih shema. Bolesnici koji su počeli vjerovati nešto po novim, prilagođenijim shemama mogu procjenjivati kritične trenutke tijekom tjedna. Na primjer, bolesnica koja je vjerovala da je ne vole kad razočara druge analizirala je svoja svakodnevna iskustva u kojima se ovo staro vjerovanje aktivira.

Jednom prilikom kritizirala je zaposlenika zbog slabog uratka na poslu. U svojoj dnevnik napisala: “Činilo se da ga smeta što sam kritizirala njegov uradak. Uz svoju staru shemu smatrala bih da je to užasno i da mi govori da se mene ne može voljeti. Sada mogu vidjeti da je moja odgovornost da ispravljam svoj posao i ako se on na mene ljuti, to je u redu. Da bih bila poželjna, ne moraju svi biti zadovoljni sa mnom sve vrijeme”.

Na ovakve načine “dnevnik shema” može pomoći u izgradnji prilagođenih shema, osigurati da nova iskustva potkrepljuju nove shema i pomoći poništiti stare neprilagođene sheme prilikom obrade novih događaja i reformuliranja starih događaja. Vrste “funkcionalnih shema” koje će se razviti ovisе, naravno, o prirodi bolesnikovih problema i o dijagnostičkoj kategoriji.

Premda preobrazba osobe s poremećajem ličnosti u potpuno zrelu osobu, koja funkcionira na vrhuncu svojih sposobnosti, čini se da bi trebao biti ideal, rijetko se postiže tijekom terapije. Međutim, većina bolesnika nastavlja sazrijevati nakon što se terapija završi i mogu se konačno i približiti tom idealu.

Druga mogućnost na kontinuumu promjene jest “modifikacija shema”. Ovaj proces uključuje manje, primjerene promjene u bazičnom načinu reagiranja na svijet u odnosu na rekonstrukciju. Primjerena metafora bilo bi re-noviranje stare kuće. Klinički primjer bila bi promjena odgovarajućih shema paranoidne osobe u pitanju povjerenja u manje nepovjerljiva i sumnjičava vjerovanja i eksperimentiranje poticanjem bolesnika da vjeruje nekim ljudima u određenim situacijama i da procjenjuje rezultate.

Treća mogućnost na ovom kontinuumu je “reinterpretacija shema”. To uključuje pomaganje bolesniku da razumije i reinterpretira svoj životni stil i svoje sheme na funkcionalnije načine. Na primjer, histrionična osoba može prepoznati disfunkcionalnost vjerovanja da je ljubav i divljenje apsolutna potreba. Međutim, ova osoba može i dalje primati ljubav kao izvor gratifikacije – na primjer, izborom da bude odgajateljica u dječjem vrtiću koju će djeca ljubiti i grliti. Kad narcistična osoba želi da je se poštuje i divio joj se, postizanjem titule (npr. profesor ili doktor), ona može zadovoljiti svoju želju za položajem a da je ne vode kompulzivna vjerovanja koja se tiču vrijednosti ugleda.

Mary, 23-godišnja računalna programerka (nakratko spomenuta u 1. poglavlju), došla je na terapiju zbog “ogromnog pritiska na poslu, nemogućnosti da uživa u životu, perfekcionistačkog pristupa gotovo svim zadacima i opće izoliranosti od drugih” (Freeman i Leaf, 1989, str. 405-406), te problema sa spavanjem i suicidalnih ideja. Ne samo što je ona dobivala malo zadovoljstva iz svoga posla, već je stalno kasnila u njegovu završavanju. Njezine opsesivno-kompulzivne crte ličnosti bile su nagrađivane u školi i kod kuće. Bez školske strukture u njezinu životu, posao je zarobio sve njezino vrijeme i ona više nije

bila nagrađivana za svoj perfekcionizam. Navela je da kad je trebala dodatno vremena da završi neki zadatak, učitelji su joj ga uvijek davali, znajući da će konačni proizvod biti vrijedan čekanja.

Držala je da je bitno održati svoje “visoke standarde”. Pokušaji promjene ovih hipervalentnih shema suočeni su s velikim otporom. Željela je prestanak stresa koji je osjećala, ali nije htjela odustati od pravila i standarda koje je smatrala važnima. Jedna od mogućnosti o kojoj se raspravljalo u terapiji bilo je da nađe novi posao koji bi joj omogućio da koristi svoje “visoke standarde”. Nakon kraćeg traženja posla, pronašla je mjesto u sveučilišnom istraživačkom centru, gdje je jedan od zahtjeva posla bio da radi “polagano i pažljivo” bez obzira na vrijeme. Njezini suradnici na poslu smatrali su njezin stil u skladu s ciljevima njihova projekta. Nastavljena terapija bila je usmjerena na promjenu njezinih pravila u socijalnim situacijama i u radnoj domeni.

Ako se uzme u obzir da će se s promjenom shema pobuditi anksioznost, bolesnici moraju biti upozoreni na ovu mogućnost kako se ne bi uznemirili kad se ona pojavi. Depresivni bolesnik koji je kod dolaska ocijenjen da ima granični poremećaj ličnosti upitao je: “Zbog čega se trudite naučiti me kontrolirati moju anksioznost? Ja sam depresivan; ja uopće nisam anksiozan”. U tom trenutku terapeut je rekao bolesniku za potrebu da svlada vještine smanjivanja anksioznosti. Ove vještine, naglašeno je, bit će bitan čimbenik uspješne terapije. Jedan bolesnik, kako je navedeno u 1. poglavlju, na ovakvo je objašnjenje reagirao sljedećom izjavom: “Dobro je imati takvu sigurnost i ne razumijem zbog čega bih ikada od toga odustao”. Ako bolesnici nisu sposobni nositi se s anksioznošću, oni će se lako poskliznuti natrag u stare nefunkcionalne obrasce i napustiti terapiju. (Vidjeti Beck i sur., 1985, za detaljniju raspravu o liječenju anksioznosti.)

Donošenje odluka

Jedno od područja u kojima terapeuti često ulaze u “vanjski svijet” svojih pacijenata s poremećajima ličnosti jest pomaganje u donošenju odluka. Za vrijeme liječenja problema ličnosti, potreban je zajednički rad kako bi se pomoglo bolesniku da nauči kako da donese neke važne odluke koje su u početku bile odgođene. Tijekom akutne faze depresivnog ili anksioznog poremećaja, terapeut se usmjerava na pomaganje bolesniku da se pripremi i vrati u model suočavanja s neposrednim problemima, koji se tijekom depresije čine nerješivima (i zaista, ovakav osjećaj može biti popratna pojava depresije): “Trebam li danas ustati iz kreveta?”, “Kako ću odvesti djecu do škole?”, “Što da kupim u trgovini?” Jedna depresivna odvjetnica, na primjer, nije mogla odlučiti kojemu slučaju da se prvo posveti kod dolaska u ured. Njoj je trebala pomoć u

odlučivanju o prioritetima, te popisivanju što se sve treba napraviti u svakom pojedinom slučaju. Simptomi depresije mogu ometati čak i donošenje najjednostavnijih svakodnevnih odluka. Važne dalekosežne odluke – na primjer, u pitanju bračnih problema, odgoja djece ili promjene posla – trebaju se odgoditi dok se depresija ne povuče.

Nakon što se akutni simptomi povuku, terapeut se može usmjeriti na kroničnije ili dugoročnije probleme u vezi s brakom, poslom i slično. Potrebno se dotaknuti i odluka za koje se čini da posebno diraju bolesnike – kao što su one u području interpersonalnih odnosa. Neki se bolesnici zakoče do neaktivnosti, drugi donose odluke impulzivno kad su suočeni s pitanjima izbora posla, partnera, braka ili rastave, te rođenja djece (kao i mnogo jednostavnijih pitanja). Pomaganje u problemima ličnosti može pomoći u rješavanju realnijih problema i odluka. Proračunati postupci uključeni u odlučivanje često su zakočeni bolesnikovim problemima ličnosti. Izbjegavajuće i pasivno-agresivne ličnosti sklone su odugovlačenju; histrionične su sklonije impulzivnosti; opsesivno-kompulzivni su zatočeni u perfekcionizmu; a ovisni tragaju za nekim drugim tko će odlučiti; narcistični se usmjeravaju na to kako će oni izgledati u svjetlu odluke; antisocijalni se usmjeravaju na neposredne osobne ciljeve.

Jasno je da terapeut ne može liječiti probleme ličnosti u zrakopraznom prostoru. Kognitivni problemi nalaze se na putu sposobnosti osobe da se nosi s “realnim situacijama”. I obrnuto, pomažući bolesniku da nauči i ugradi nove strategije nošenja s problemima, terapeut može neutralizirati neke neprilagođene strategije koje su odraz poremećaja ličnosti. Uključivanjem novih strategija odlučivanja može povećati samopouzdanje ovisnih, poboljšati odlučnost izbjegavajućih, učiniti histrionične više svjesnima svojih akcija, te povećati fleksibilnost opsesivno-kompulzivnih. Dakle, novi modeli odlučivanja mogu promijeniti stilove ličnosti svakog od poremećaja.

Terapeuti se mogu koristiti praktičnim tehnikama opisanim u različitim djelima o donošenju odluka. Jedna od metoda koju su uspješno koristili D’Zurilla i Goldfried (1971), na primjer, sastoji se od niza koraka kao što su definiranje problema, odlučivanja o ciljevima, puštanju mašti na volju da bi se stvorile ideje i tako dalje.

Jedna od metoda utvrđivanja nerealnih značenja koja utječu na ljude kad su suočeni s izborom ili-ili, jest da se za svaku mogućnost u posebnom stupcu navede popis što je za, a što protiv. Uz pomoć terapeuta, bolesnik navodi prednosti i nedostatke svake mogućnosti i pokušava ocijeniti važnost svake od čestica.

Na primjer, Tom, koji se mučio u donošenju odluka, odlučio je prekinuti pravni fakultet zbog nelagode koju je osjećao pri polaganju ispita i zbog straha da neće zadovoljiti svoja očekivanja. Njegova navika stalnog razmišljanja o

uspješnosti stvorila je veliku napetost. Potaknulo ga se da razmišlja o odustajanju kroz svoje vjerovanje da je to jedini način da se umanjí napetost. Kako bi mu se pomoglo u donošenju objektivne odluke, terapeut i Tom su napravili četiri stupca i ispunili ih zajedno, kako je prikazano u Tablici 4.2. U prvom stupcu navedeni su razlozi za odustajanje, odnosno nastavak. U drugom stupcu, ocijenio je važnost ovih odluka. U trećem stupcu nalaze se razlozi protiv, a u četvrtom važnost ili vrijednost ovih razloga.

Nakon što je Tom napisao ovakav popis sa svojim terapeutom, mogao je pitanje odustajanja vidjeti mnogo objektivnije. Osjetio je određeno olakšanje kad je shvatio da su njegov perfekcionizam i opsesivnost stvarni izvori njegove muke, a ne teškoće pravnog fakulteta, te da mu terapeut može pomoći s ovim mučnim problemom ličnosti koji ga muči veći dio njegova života.

Valja naglasiti da odluke koje mogu biti razmjerno jednostavne za jednog bolesnika postaju značajne drugome, jer se tiču specifičnih pitanja te ličnosti. Tako Agnes, ovisna ličnost, nije imala problema u odlučivanju hoće li napraviti zabavu, no mučila se oko odluke da li da sama ode na izlet. Phil, samostalna osoba, s druge strane, bio je sposoban planirati izlet sam, ali je bio zakočen kad je trebalo nazvati prijatelja za upute.

BIHEVIORALNE TEHNIKE

Trostruki su ciljevi korištenja bihevioralnih tehnika. Prvo, terapeut katkad mora raditi na direktnoj promjeni ponašanja koje je po sebe loše. Drugo, bolesnicima mogu manjkati vještine, te terapija treba uključivati komponentu uvježbavanja tih vještina. Treće, bihevioralni zadaci se mogu koristiti kao domaće zadaće da se pomogne testirati kogniciju. Bihevioralne tehnike koje su od pomoći (premda ih ovdje ne opisujemo detaljno) uključuju (1) promatranje aktivnosti i stvaranje planova, što omogućuje retrospektivno prepoznavanje i prospektivno planiranje promjena; (2) planiranje aktivnosti za učenje i zabavu, da bi se povećala osobna učinkovitost i ocijenio uspjeh i ugoda koja proizlazi iz promjene iskustva (ili nedostatak istih); (3) bihevioralno uvježbavanje, oponašanje, trening asertivnosti i igranje uloga za razvoj vještina prije prvih pokušaja reagiranja na učinkovitiji način, bilo u poznatim problematičnim situacijama ili u novim situacijama; (4) vježbanje relaksacije i tehnika bihevioralnog ometanja, za upotrebu u trenucima kad anksioznost postane važan problem tijekom pokušaja promjene; (5) izlaganje uživo, pri čemu terapeut odlazi s klijentom na problematično mjesto, kako bi mogao pomoći klijentu da se nosi s disfunkcionalnim shemama i aktivnostima koje (iz bilo kojeg razloga) nisu bile dohvatljive u uobičajenim uvjetima savjetovanja; te (6) zadavanje stupnjevitih zadataka, kako bi bolesnik mogao iskusiti

Tablica 4.2 Tomov proces odlučivanja

za odustajanje	vrijednost	protiv	vrijednost
“Više neću morati toliko brinuti.”	60%	“Ja sam u terapiji kojom će mi se pomoći da smanjim perfekcionizam, koji je uzrok moje muke.”	40%
“Tako mogu utvrditi želim li biti odvjetnik.”	10%	“Ne moram donositi nepovratne odluke da to shvatim ... mogu to utvrditi i ako se nastavim školovati.”	30%
“To bi bilo veliko olakšanje. Bit ću slobodan i neko vrijeme se zabavljati.”	40%	“Prvo ću osjećati olakšanje, no kasnije ću biti jako tužan.”	30%
za ostanak	vrijednost	protiv	vrijednost
“Pripremao sam se za pravni fakultet; ostala mi je još samo godina i pol.”	40%	ništa	–
“Možda mi se zaista sviđa praktični pravnički posao. (Zapravo me ispiti uništavaju.)”	30%	ništa	–
“Čak i ako mi se ne sviđa pravo, to je dobra odskočna daska za mnogo različitih poslova (čak i do dekana!).”	30%	ništa	–
“Neki od kolegija su mi izvrsni.”	20%	ništa	–
“To što sam perfekcionista, u pravnom je poslu dobro.”	20%	ništa	–

promjenu u procesu korak-po-korak, pri čemu se težina svake komponente prilagođava, a vještina se svladava u fazama.

Igranje uloga se može koristiti za razvoj vještina i prevladavanje inhibicija, kao “trening asertivnosti”. Kad igranje uloga uključuje emocionalno nabijene teme, obično se aktiviraju disfunkcionalne kognicije. One se tada mogu “pro-raditi”, kao i bilo koje druge automatske misli.

Kod igranja zamijenjenih uloga, terapeut “pokazuje” prikladno ponašanje. Također, terapeut može jednostavnije pokazati perspektivnu druge osobe. Ovakvo igranje zamijenjenih uloga je važna komponenta uvježbavanja empatije.

Jedna 18-godišnja žena bila je u stalnom stanju srdžbe prema svom ocu, kojega je smatrala “kritizirajućim, zlim i kontrolirajućim”. Tvrдила je: “On pokušava voditi moj život umjesto mene i ne odobrava ništa što ja učinim.” U početku, nakon davanja odgovarajuće upute, terapeut je igrao ulogu oca prema nedavnom događaju u kojemu je otac ispitivao o uzimanju droga, a pacijentica se naljutila. Tijekom igranja uloga, ona je imala ove misli: “Ti me ne voliš!”, “Pokušavaš me pregaziti!”, “Nemaš prava to činiti!”. Kasnije su zamijenili uloge. Bolesnica se jako trudila napraviti sve dobro – vidjeti situaciju očevim očima. Tijekom igranja uloga bila je na rubu suza i objasnila: “Sada vidim da je on zapravo zabrinut za mene i da iskreno brine”. Ona je bila toliko zarobljena u svojoj perspektivi da nije mogla vidjeti njegovu.

PONOVNO PROŽIVLJAVANJE ISKUSTAVA IZ DJETINJSTVA

Korištenje sadržaja iz djetinjstva nije bitno za liječenje akutne faze depresije ili anksioznosti, ali je važno za liječenje kroničnog poremećaja ličnosti. Otkrivanje sadržaja iz djetinjstva otvara vrata razumijevanju podrijetla neprikladnih obrazaca. Ovakav pristup može proširiti gledišta i povećati objektivnost. Jedan bolesnik koji je neprestano kritizirao sebe, unatoč ustrajnim dokazima za neopravdanost i disfunkcionalnost svojih vjerovanja, bio je u mogućnosti umanjiti svoju samokritičnost kad je ponovno doživio neke od scena kritike iz djetinjstva. “Ja sada kritiziram sebe, ne zbog toga što je to ispravno, već zbog toga što me moja majka uvijek kritizirala i ja sam to preuzeo od nje”.

Igranje uloga i igranje zamijenjenih uloga ključnih interakcija iz prošlosti može aktivirati emocije i dovesti do “mutacije” shema ili bazičnih vjerovanja. Ponovno izazivanje “patogenih” situacija određenog razvojnog razdoblja često pruža mogućnost restrukturiranja stavova koji su se stvorili tijekom tog razdoblja. Slučajevi slični ovima uvelike slične “ratnoj neurozi”: bolesnici moraju izraziti svoju emocionalnu katarzu kako bi promijenili svoja snažna vjerovanja (Beck i sur., 1985).

Igrajući neku osobu iz prošlosti, bolesnici mogu vidjeti svoje “loše” roditelje (ili braću i sestre) na dobroćudniji način. Mogu početi osjećati empatiju ili sažaljenje za roditelje koji su ih traumatizirali. Mogu vidjeti da oni sami nisu, niti su bili, “loši”, već da su razvili nefleksibilnu sliku lošega jer su njihovi roditelji bili uzrujani i iskaljivali svoju srdžbu na njima. Također mogu vidjeti da su njihovi roditelji imali rigidne nerealne standarde koje su samovoljno nametali. Posljedično tome, bolesnici mogu ublažiti svoje stavove prema sebi.

Ponašanje njihovih roditelja postaje razumljivije, i oni mogu vidjeti da njihova gledišta o sebi nisu utemeljena na logici i razumu, već su proizvod nere-

alnih reakcija njihovih roditelja. Izjava jednog od roditelja: “Ti si beskoristan”, uzima se kao pravovaljana i ugrađuje se u sustav vjerovanja bolesnika – čak i kad sam roditelj ustvari ne vjeruje da je taj iskaz opravdan. Razlog za “ponovno proživljavanje” specifičnih epizoda iz djetinjstva može se sagledati kroz širi koncept učenja koje ovisi o stanju. Da bi se “u realnosti procijenila” valjanost shema koje potječu iz djetinjstva, ova se vjerovanja moraju dovesti na površinu. Ponovno proživljavanje ovih epizoda omogućuje pojavu dominantnih struktura (“vrućih shema”) i čini ih dostupnijima. Na taj način, bolesnik ih može ispraviti.

UPOTREBA ZAMIŠLJANJA

Korištenje mašte kod anksioznih poremećaja opisano je detaljnije na drugom mjestu (Beck i sur., 1985). Iste se metode mogu koristiti kod poremećaja ličnosti – da omoguće bolesniku da “ponovno proživi” ranije traumatske događaje i na taj način restrukturira iskustva i, posljedično, iz njih izvedene stavove.

Razlog za ovaj postupak zahtijeva određeno obrazloženje: jednostavan razgovor o traumatskom događaju može pružiti intelektualni uvid u to zbog čega bolesnik ima negativnu sliku o sebi, na primjer, no ne mijenja tu sliku. Da bi se promijenila ova slika, neophodno je vratiti se u prošlost, te ponovno “proći” tu situaciju. Kad se te interakcije ponovno ožive, aktivira se pogrešno tumačenje – zajedno s afektivitetom – i može doći do kognitivnog restrukturiranja.

Jedna 28-godišnja neudana žena uspješno je liječena od paničnog poremećaja tijekom 12 seansi. Međutim, bilo je jasno da ovo simptomatsko stanje postoji u okviru izbjegavajuće ličnosti. Bolesnica je odlučila da želi daljnje liječenje svog poremećaja ličnosti, nakon što se povuče panični poremećaj.

Bolesnica je ispričala tipičnu izbjegavajuću anamnezu. Običavala je izbjegavati socijalne situacije i posljedično tome, imala je malo kontakata s osobama oba spola – premda je željela udati se. Nadalje, bila je i više nego kvalificirana za različite poslove koje je radila, no oklijevala je preuzeti posao koji je zahtijevao više odgovornosti.

Tijekom prvih nekoliko seansi s terapeutom, dobila je standardnu kognitivnu terapiju za probleme ličnosti. Tijekom jedne seanse, nakon što je dobila domaći zadatak koji nije u cijelosti izvršila, rekla je svome terapeutu da se osjećala posebno uznemirenom što nije napravila zadatak. Terapeut ju je pitao gdje se taj osjećaj nalazi. Pacijentica je odgovorila da ga osjeća negdje u “trbuhu”. Nakon toga terapeut ju je pitao ima li ona sliku toga što je uznemiruje. Tada je odgovorila sljedeće: “Vidim sebe kako dolazim na seansu.

Vi ste veći od života; vi ste kritizirajući i ponižavate me; vi ste poput nekog velikog autoriteta.”

Terapeut ju je tada pitao kad se to prije dogodilo. Odgovorila je da je to doživljavala mnogo puta tijekom djetinjstva kad je imala neugodne susrete sa svojom majkom. Njezina je majka dosta pila i često je bila razdražljiva prema djeci kad bi popila. Jednog dana ona je došla ranije kući iz škole, a majka ju je napala što ju je probudila.

Terapeut ju je zamolio da ponovno oživi to iskustvo u mašti. Bolesnica je nakon toga imala sljedeću fantaziju/maštu: “Došla sam kući i pozvonila. Majka je došla do vrata. Pogledala me je. Bila je veća od života. Pogledala je prema meni i zavrištala prema meni zbog toga što sam je probudila. Rekla je ‘Kako se usuđuješ prekinuti moj san!’ Rekla mi je da sam loša i zla.”

Pacijentica je iz ovog iskustva (i mnogih sličnih iskustava) izdvojila sljedeće: “Ja sam loše dijete” i “Ja sam loša jer uznemiravam svoju majku”.

Terapeut je pokušao izmamiti i druga objašnjenja za majčino ponašanje od onog da je pacijentica bila loše dijete. Pacijentica je rekla da je majka mnogo pila, bila razdražljiva i lako je znala pobjesnjeti; pa ipak, pacijentica se nije mogla odmaknuti od osjećaja da je sebe smatrala odgovornom za majčino ponašanje.

Terapeut je pokušao pozvati bolesničin “odrasli dio” pri nošenju s ovim snažnim događajem. On je “pokazivao” pacijentici što bi bio primjeren odgovor majci kad bi dijete imalo zrelost i vještine odrasle osobe. Bolesnica je vježbala ove odgovore, a terapeut je igrao ulogu majke. Sa svakom vježbom bila je sve manje nesigurna, sve dok nije bila sposobna reći uz određeni stupanj uvjerenja: “To nije moja krivnja – ti si nerazumna i napadaš me bez pravog razloga. Ja nisam napravila ništa loše.”

Nakon toga bolesnica je pokušala ovu situaciju obnoviti u mašti, ponovno zvoneći na vrata, no ovoga puta – umjesto da se uplaši i osjeća bespomoćna – odgovorila je majci (u mašti) na asertivan način, rečenicama koje smo prije naveli.

Ova “prorada”, pomoću igranja uloga, poticanja mašte i provjere i procjene vjerovanja, nastavila se nešto više od godine dana. Tijekom tog vremena, stupanj uvjerenja bolesnice u njezina vjerovanja značajno se promijenio. Istovremeno, ona je pokazivala značajnu promjenu simptoma. Postala je značajno manje samokritična i na koncu je mogla napustiti svoj posao za koji je bila previše školovana i preuzela mnogo višu poziciju, koja je odgovarala njezinoj školskoj spremi.

Maštu smo također uspješno koristili kod muškarca s izbjegavajućom ličnošću koji je radio u obiteljskoj firmi svoje žene. Problem s kojim se javio bio

je da je ženinoj rodbini bilo dosta toga što ne obavlja poslove koje treba. On je kazao terapeutu: “Moj punac /koji je istodobno bio i njegov šef/ me ne voli. Znam da će me kritizirati, pa ja jednostavno ništa ne radim. Uvijek se bojim da će me kritizirati.” Terapeut je zatim zamolio da zamisli njihov zadnji susret i da ga detaljno opiše. Bolesnik je imao sliku šefa koji se nadvija nad njim i kaže: “Tako si me razočarao. Zar ne vidiš kakve si probleme napravio?” Osjećaji koje je ova slika izazvala – sram, tuga i želja da se povuče – bili su isti koje je doživljavao kao dijete kad ga je njegova majka grdila zbog neuspjeha u školi. Kao dijete, nitko mu nije pomagao u školskom radu; kad bi bio loš, majka bi mu rekla: “Ti si jedino dijete koje je loše. Sada moram ići u školu i razgovarati s učiteljem.”

Bolesnik je mogao razlikovati prošlost od sadašnjosti, tj. mogao je “vidjeti” na iskustvenoj razini da premda reagira na svog šefa na način kako je ranije reagirao na majku, da su to različiti ljudi i da on više nije dijete. Njemu ne bi bilo moguće postići ovaj stupanj “emocionalnog uvida” jednostavnom verbalnom usporedbom između sadašnjosti i ranijih iskustva, između njegovih reakcija na šefa i reakcija na majku.

Strategije opisane u ovom poglavlju detaljnije se razrađuju u sljedećim poglavljima u okviru posebnih poremećaja ličnosti.