

Pregled glavnih teoretičnih in terapevtskih psihoanalitičnih pristopov do borderline osebnostne motnje

Ettore Jogan

Ko govorimo o psihoanalitičnem pristopu do borderline patologije, moramo najprej izpostaviti nekatere splošne smernice, katere moramo upoštevati, ko se lotimo terapevtske obravnave teh oseb, ki imajo to strukturo. Razen pripadnikov kleinove šole, ki precej vztrajno zagovarjajo klasični pristop do borderline problematike, večina psihoanalitikov trdi, da je bolj primerna za borderline patologijo psihoanalitična psihoterapija, kot pa tradicionalna, klasična psihoanaliza. Ta trditev sloni na precej tehtnih argumentih. Moramo se zavedati, da je klasični pristop primeren predvsem za nevroze ali pa za problematične osebe, kjer je Jaz precej dobro in zrelo strukturiran. Zato lahko taka oseba doživlja v tradicionalnem setingu tudi precej močne regresije, v funkciji terapevtskega procesa, brez težjih posledic. Drugačna pa je situacija na nivoju borderline, kjer je Jaz še zelo nezrel in nerazvit. V tem primeru bi lahko imela še dodatna regresija, ki se pojavi v terapevtskem procesu v tradicionalnem setingu, dosti bolj nevarne posledice: in sicer da bi lahko prišlo do jatrogene psihoze. Terapevt mora biti s temi pacienti tudi kot realna oseba dosti bolj prisoten in angažiran, postaviti se mora tudi kot novi objekt, ki naj bi predstavljal možnost novih identifikacij, mimo transfernega objekta, kjer se bodo odigravale vse patološke dinamike primarnih objektnih odnosov. Bolj priporočljivo je, da take paciente vidimo nasproti in ne na kavču. Frekvenca seans naj bi bila precej elastično odmerjena, odvisno od splošnih zmožnosti pacienta in terapevta (po navadi se govori o dveh, treh seansah na teden).

Do sedaj smo omenili nekaj splošnih navodil za psihoterapevtski pristop do borderline patologije. Preden se pa nekoliko poglobimo v specifično terapevtsko problematiko borderline patologije, si moramo za trenutek osvežiti bistvo te patologije, tako da se bomo jasno zavedali, v teku psihoterapije, s kakšnimi problemi in težavami se bomo soočali in spopadali in torej na kakšen način jih bomo skušali reševati (Jogan 1999,2003).

Naj navedem le nekaj potez teh patološko strukturiranih oseb (po Kernbergu 1975): krhkost in nezrelost Jaza, in torej nezmožnost obvladanja impulzov, nezmožnost sublimacije. Interiorizirani so patološki in primitivni objektni odnosi s pretiranimi idealizacijami in pretiranimi preganjalnimi doživljanji (nivo shizo-paranoidne pozicije), splitting, projekcije in projektivne identifikacije, zanikanja, velika oralna agresivnost, nihanje med impotenco in onnipotenco, sadomazohistične dinamike. Searles(1986) poudarja velike težave v separacijskih procesih, nihanje med močno odvisnostjo do objekta in velikim zaničevanjem do objekta, kot poizkus ekstremnega separacijskega napora.

Vsi ti elementi nam kažejo, da take osebe delujejo na precej primitivnem nivoju, kjer najdemo zelo primitivne oblike objektnih odnosov in zelo primitivne

oblike obrambnih mehanizmov. Zelo splošno vzeto, bi moral biti cilj psihoanalitične terapije ta, da tako osebo spravi na bolj zrel in napreden nivo psihičnega delovanja, da utrdi njegov Jaz, da izboljša njegove objektne odnose, in da doseže bolj uravnovešeno in integrirano osebno delovanje.

V zadnjih desetletjih je borderline patologija zelo močno angažirala številne psihoanalitike, pripadnike različnih šol in teoretskih mišljenj. Vsaka šola in posamezni avtorji so osvetlili in poglobili določene vidike te patologije in so torej ustrezno lastni teorizaciji privilegirali neki določen terapevtski pristop.

Skušal bom prikazati najbolj važne psihoanalitike, ki pripadajo različnim teoretskim tokovom in ki so na različne načine pristopili do patologije borderline. Vsi avtorji so si edini, da predstavlja patologija bordeline defekten psihološki razvoj in da se je pri razvojnih procesih že v zgodnjem otroštvu nekaj zataknilo in sicer pri procesih separacije in individualizacije. Usmeritev pri študiju in pri razlagi teh razvojnih procesov je pa precej različna pri raznih teoretskih tokovih.

Kar se tiče posameznih avtorjev, ki so vidni predstavniki raznih teoretskih smeri, bi začel s Kernbergom, ki združuje kulturo ameriške psihologije Jaza z bistvenim doprinosom angleške šole objektnih odnosov Melanie Klein. Za Kernberga je bistvena problematika borderline pacienta zelo močna predgenitalna regresija, torej oseba ne dosega ojdipskih pozicij, z intenzivno agresivnostjo, fiksirano predvsem na oralnem in analnem nivoju. Ta močna regresivna agresivnost naj bi povzročala zelo primitivne in patološke objektne odnose in zelo primitivne obrambne mehanizme, tako da celotna psihična struktura deluje na zelo primitivnem nivoju. S tem da Kernberg daja ogromno važnost oralni in analni agresivnosti (ki bi spadala v samo konstitucijo osebe), se že teoretsko opredeli in sicer da bi bila po njegovem zelo važna neka primarna agresivnost, ki je že po naravi v osebi vgrajena in ki proizvaja patološke objektne odnose preko patoloških projekcij in projektivnih identifikacij, šibi Jaz in ustvarja splošno nestabilnost. Tu smo v sklopu kleinianske tradicije, kjer dobiva važno vlogo primarna agresivnost, primarna zavist, kot derivati gona smrti. Čeprav Kernberg priznava do neke mere tudi vpliv okolja pri psihičnem zorenju otroka, ostaja pri njem kot bistveni element precej močna prirojena agresivnost. Borderline oseba bi se lahko precej istovetila z delovanjem na shizo-paranoidni poziciji Melanie Klein, ko otrok deluje še z mehanizmi splitinga, projektivne identifikacije, zanikanja, idealizacije in preganjalnosti.

Pri terapevtskem pristopu ima Kernberg precej rigidno držo. Bistvena je pri njegovem terapevtskem obravnavanju še vedno interpretacija. In tu ponuja nekaj nasvetov: od vsega začetka naj terapevt interpretira predvsem negativni, agresivni transfer s pretežnim poudarkom na aktualno stanje v terapevtskem odnosu (tukaj in sedaj) in zanemarjanjem prehitrih genetskih rekonstrukcij. Terapevt naj skozi interpretira patološke obrambne mehanizme, ki se pojavljajo v transferju. Terapevt bi moral postaviti tudi jasne omejitve za možne actinge, ki so pri teh pacientih kar pogosti. Z interpretacijami bi moral terapevt posredovati pacientu vse izkrivljene predstave o objektu v transfernem podoživljanju. Mimogrede bi si moral terapevt prizadevati, da se razvija bolj pozitiven in bolj zrel odnos do terapevta samega.

Interpretacija primitivnih obrambnih mehanizmov, ki se razvijejo v transferju, bi morala privedi postopoma do premostitve teh primitivnih obramb in primitivnih objektnih odnosov in pomagati pacientu, da se dokoplje do zrelejše psihične strukture. Po mnenju Kernberga bi morale take interpretacije delovati konstruktivno, ko je Jaz še kar ohranjen in uspe sodelovati s terapevtom. Če je Jaz pa bolj slabo organiziran, bodo take interpretacije delovale destruktivno in prišlo bo lahko do psihotične dekompenzacije.

Kernberg ima, kot vidimo, veliko zaupanje v interpretacijo, ki naj bi bila bistveni inštrument terapevtskega postopka. Njegov pristop pa moramo kritično sprejeti, ker je ta še kar rigiden in torej izključuje celo vrsto teoretičnih in kliničnih elementov, ki so v pacientu in v odnosu terapevt-pacient prisotni. Naj navedemo le nekaj bistvenih elementov, ki jih Kernbergov pristop bolj malo upošteva. Zelo močna ranljivost teh pacientov dolgo časa težko prenaša interpretacije, ki se nanašajo na agresivnost, kar lahko pri njih izzove še večjo preganjalnost. Take interpretacije lahko doživljajo kot moralistične obtožbe. Primitivni obrambni mehanizmi, kot so splitting, zanikanje, projekcije in projektivne identifikacije, so izraz šibkega Jaza in nestrukturiranega selfa, ki nista še zmožna obdržati raznih čustev in miselnih predstav. In torej je nemogoče, da bi tako krhka psihična struktura sprejela projekcije in projektivne identifikacije samo s tem, da ji vrnemo te vsebine z interpretacijo. Take interpretacije bodo možne šele po dolgem terapevtskem procesu, ko bomo dosegli že dovolj organizirano strukturo selfa in Jaza, da bodo lahko projektivni aspekti psihe lahko spet integrirani v celotno doživljanje osebe. Iz teh kritičnih opazk do Kernbergovega pristopa izhaja ugotovitev, da bi moral terapevt postopati dosti bolj elastično do teh pacientov. Upoštevati bi moral njihovo ranljivost, njihov nivo strukturacije selfa in Jaza, njihovo fazo zorenja, napredovanja ali pa regresije v terapevtskem postopku. Rosenfeld, zelo važen predstavnik kleinianske šole, je imel v začetku svojega dela s težkimi pacienti ravno tako rigiden pristop, a ga je proti koncu svojega življenja precej omilil, ko je povdarjal, da je treba biti empatično razpoloženi do teh pacientov in predvsem spoštljivi do njihove ranljivosti. Torej posredovati je treba pacientu toliko, kolikor je v tistem momentu zmožen sprejeti. Upoštevati je treba njegovo krhkost, ne smemo pa apriorno obravnavati njegovo agresivnost.

Ko kritično razmišljamo o Kernbergovem pristopu, se moramo zavedati, da izhaja ta terapevtski pristop iz določenih teoretskih predpostavk, ki so predvsem kleinianskega izvora. Za ta teoretični pristop je bistvena za to patologijo močna prirojena agresivnost, kot smo že prej omenili, ki vzdržuje patološke objektne odnose in patološke obrambne mehanizme na nivoju shizo-paranoidne pozicije. V tem teoretičnem modelu niso še zapopadeni procesi zorenja selfa in strukturacije selfa preko izkušnje objektnih odnosov in preko narcistične linije zorenja, ter procesi separacije in individuacije selfa, ki so postali predmet obravnave drugih teoretičnih šol in tokov.

V sklopu kleinianske tradicije, pa čeprav v precej originalni verziji, lahko upoštevamo ameriškega psihoanalitika Grotsteina(1987), ki pravi, da bomo vedno našli v borderline osebnosti dva različna, ločena dela: eden je bolj zrel del in sicer nevrotičen del, drugi je bolj regresiven, torej psihotičen. Po navadi se

psihoterapevtski proces začenja z bolj nevrotičnim delom osebnosti in je torej v tej fazi terapevtski proces popolnoma enakovreden klasičnemu pristopu, ki se bazira na interpretaciji nezavednih dinamik in konfliktov, na interpretaciji transfernih doživljanj, skratka na podoživljanju in obravnavi transferne infantilne nevroze. Prej ali slej pa bo v takem terapevtskem odnosu izbruhnil na dan psihotičen del osebe ali »psihotični dvojček«, kot ha imenuje Grostein. V psihotičnem transferju, ko se bodo meje Jaza in selfa razblinile, ko bo propadla meja med zunanjim in notranjim svetom, ko bo postal terapevt izrazito preganjalni objekt, bo pacient zaživel svojo infantilno psihozo, že doživeto katastrofo fragmentacije in zrušenje selfa, ki jo je kot otrok doživel morda na tih in skoraj neopazen način. Kot potrdilo tej tezi Grostein navaja primer pacientke, ki je zašla med psihoterapijo v psihotično krizo, ki je imela svoje korenine v travmatičnih separacijah v otroštvu in ki so se pojavile na psihotičen način v transferju.

Povsem drugačen teoretični in terapevtski pristop do borderline patologije srečamo pri avtorjih, ki so se poglobili predvsem v narcistično linijo zorenja človeške psihe. Tu srečamo nekatere avtorje francoske šole kot je Grunberger(1971), v Ameriki pa predvsem Kohuta(1971,1978) in njegovo šolo »psihologije selfa«.

Za te avtorje ni vzrok regresivnega delovanja borderline osebe pretirana predgenitalna agresivnost, ki ne dopušča zrelejših, ojdipskih pozicij, ampak je ves problem patologije osredotočen na nezrelem, krhkem in nestrukturiranem selfu, ki je zaradi notranjih ali zunanjih travmatičnih faktorjev ostal ranljiv in nezrel, nezmožen neke zdrave integracije in ločenosti, in tudi ne kakih bolj zrelih libidičnih doživljanj. Tak ranljiv in krhek self, ki je na meji fragmentacije in psihotične katastrofe, uporablja vse mogoče primitivne obrambne mehanizme, med katerimi tudi agresivnost, ki naj bi bila obrambno-narcističnega značaja, da si na kakšen način zagotovi preživetje in da ne zdrkne v psihotično brezno.

V takem teoretičnem pristopu bo tudi terapevtski proces in ves odnos terapevta do pacienta precej drugačen od pristopa, ki nam ga je nakazal Kernberg. Terapevt ne bo več koncentriran na »prirojeno« predgenitalno agresivnost, ampak bo sprejel v svojo oskrbo ta ranljivi in krhki self z vsemi primitivnimi obrambnimi mehanizmi, in ga bo skušal na razne načine utrditi, mu pomagati pri premoščanju travmatičnih elementov in doživljanj, mu pomagati pri separacijskih procesih, ko se bo moral soočati s hudimi tesnobami in paničnimi reakcijami. Kar se tiče teoretičnega in terapevtskega pristopa je šel najbolj daleč Kohut, ki je povdaril važno funkcijo self-objekta pri graditvi zdravega narcizma in sicer dobro strukturiranega, ločenega in integriranega selfa.

Za Kohuta ima borderline osebnost, podobno kot patološka narcistična osebnost, zelo primitivno strukturiran self, ki je po eni strani zelo ranljiv in krhek, in po drugi strani se skuša zatekati v dimenzijo omnipotence (n.pr. »grandiozni self« pri narcističnih osebah), kot način kompenzacije za lastno šibkost. Vsi pojavi in sicer simptomi, obrambni mehanizmi in objektni odnosi, tipični za borderline patologijo, so izraz tega nezrelega in neintegriranega selfa. Po Kohutovem mišljenju nosi odgovornost za tako patološki deficitaren self predvsem pomanjkanje empatije s

strani primarnih objektov in torej njihove funkcije kot self-objekta, ki je nujno potrebna za fiziološki in normalni razvoj selfa.

Terapevtski pristop do pacienta v sklopu te teoretične zasnove je zelo poseben in zelo specifičen. Terapevt bi moral delovati predvsem kot self-objekt, da bi s svojo pozorno in občutljivo empatično funkcijo sprožil maturacijske procese selfa, in istočasno analitično predelal vse ovire in obrambne mehanizme, ki se pojavljajo na tej poti. V tem pristopu se predpostavlja, da je utrpel pacient, v svojem psihološkem razvoju, predvsem pomanjkanje te empatične funkcije s strani primarnih objektov. V tem pristopu zadobijo agresivnost, idealizacija in preganjalnost ter splitting popolnoma drugačen pomen kot pri Kernbergu. Vsi ti pojavi so posledica nezrelega in neintegriranega selfa, ki v svoji veliki ranljivosti in nezrelosti išče vsaj delne kompenzacije, seveda tudi s patološkimi mehanizmi.

Po kleinianskem pristopu, ki sem ga izpostavil s Kernbergom, po pristopu self-psihologije Kohuta in drugih avtorjev, ki so se osredotočili predvsem na narcistično linijo zorenja, bi se zaustavil še na tretji skupini psihoanalitikov, ki spadajo v širši okvir teorije objektivnih odnosov in ki se močno opirajo na delo Winnicotta(1965) in na koncepte Mahlerjeve(1975). Tu mislim predvsem na Searlesa(1986), Boyerja(1982), Giovacchinija(1982,1989), Meissnerja(1984), Modella(1993), Greena(1983). Še posebno pozornost bi posvetil Searlesu, ki je z veliko angažiranostjo celo življenje delal z zelo težkimi pacienti, tako z borderline kot s psihotiki, in je dal bistven doprinos, bodisi na kliničnem kot na teoretičnem področju, k poglobitvi psihoterapevtske obravnave teh zelo težkih patologij.

Vsi ti psihoanalitiki, in torej tudi Searles, izhajajo iz teoretične zasnove objektivnih odnosov in torej mislijo, da se človeška psiha gradi in zori predvsem preko primernih medčloveških odnosih. Zato moramo iskati vzrok za patološki razvoj psihe v patoloških objektivnih odnosih, v katerih se razvija otrok in torej v osebnih patoloških in travmatičnih izkušnjah. V tem teoretičnem pristopu izgine koncept patološkega gona, kot n.pr. pretirana agresivnost in torej destruktivnost, in pojavi se koncept »patološke ali travmatične izkušnje«. V tem konceptu ni zapopadena izključna odgovornost za travmatično doživljanje zunanjim faktorjem, ampak je poudarjena istočasna »odgovornost« na subjektivnih faktorjih in na zunanjih elementih; torej gre za neko neposrečeno srečanje med subjektom in objektom.

Prav zaradi te teoretične opredelitve, ki zelo upošteva odnos z objektom in njegovo dinamiko, so vsi ti avtorji, med njimi tudi Searles, zelo pazljivi in občutljivi na kontratransferno doživljanje v terapevtu, ko dela s tako težkimi pacienti.

Searles izpostavi en element, ki je zanj bistven za borderline patologijo in sicer da je v smislu Mahlerjeve tradicije borderline oseba nezmožna normalne separacije in individualizacije. Za Searlesa se pri borderline osebi prav na tem nivoju odigravajo največji problemi in konflikti. Ti pacienti niso zmožni normalne odvisnosti do objekta, niso zmožni prenašati izgub, niso zmožni normalnega žalovanja in normalne separacije. Lahko nihajo med pretirano odvisnostjo do objekta in agresivnim oddaljevanjem od objekta: vse te dinamike so zelo burne in dramatične. Zaradi teh neizpeljanih separacijskih procesov imajo borderline osebe bolj krhko in nedefinirano

identiteto, zelo pogosto razpršeno na številne, a omejene in delne identitete: tudi tu lahko zelo razcepljeno prehajajo iz ene identitete v drugo in kaj hitro lahko zamenjujejo vlogo. Searles da slutiti, da imajo lahko borderline osebe take težave zaradi lastnih problemov in težav pri zorenju, a zelo pogosto so te težave povezane s patološko strukturo staršev in torej primarnih objektov. Te borderline osebe so bile v otroštvu pogosto izpostavljene patologiji obeh ali vsaj enemu izmed staršev, ki so bili že sami po sebi borderline ali pa celo psihotično usmerjeni, in torej že oni sami z nedovršenimi separacijskimi procesi in z dvoumnimi identitetami. Taki starši so patološko vplivali na psihični razvoj otroka, tako da je bil otrok prisiljen dozorevati z zelo patološkimi identifikacijami. Searles zelo pogosto opaza, v zgodbi teh pacientov, matere, ki so same nezmožne posremiti otroka v separacijsko fazo in ga zaradi lastnih problemov in tesnob držijo v simbiotičnem odnosu. Iz Mahlerjeve teorije vemo, da take matere precej dobro delujejo, dokler otrok rabi simbiozo, a so katastrofalne, ko bi otrok rabil separacijo.

Giovacchini bi pri tako patoloških starših ali materah dodal, da taki starši, zaradi lastnih travmatičnih podoživljanj, uporabljajo nezavedno svoje otroke kot prehodne objekte, ki naj bi terapevtsko delovali na njihovo patologijo, in tako nezavedno prenašajo transgeneracijsko travmatično stanje.

Idealni potek uspešnega psihoterapevtskega procesa pri borderline pacientu naj bi bil za Searlesa sledeči: Psihoterapevt bi moral preko empatične funkcije dovoliti pacientu, da zaživi čimbolj pozitivno, fiziološko simbiozo, ki je verjetno še nikoli ni izkusil. Šele potem bosta pacient in terapevt silila v smer fiziološke separacije, potem ko bo pozitivna simbiotična izkušnja v terapevtskem odnosu dala pacientu dovolj sigurnosti, da bo občutil tudi sam potrebo po separaciji. (Winnicott(1969) bi rekel, da bo pacient čutil potrebo , da postopoma spremeni »objekt-okolje« v »ločeni objekt«).

Seveda je tak potek samo idealen, ker v realnosti potekajo stvari dosti bolj komplicirano in problematično, v kolikor pacient razvije v terapevtskem odnosu vso svoje transferno doživljanje, ki se odvija na precej primitivnem nivoju in s precej primitivnimi obrambnimi mehanizmi. Ta transferna dinamika pa zelo obremeni terapevta v kontratransfernem smislu, ker se odvija na zelo intenzivnih emocionalnih premikih, tudi na predverbalni komunikaciji, z močnimi projekcijami in projektivnimi identifikacijami in lahko stimulira precej primitivne, skoraj psihotične dele psihe terapevta samega.

Mislim, da je primerno, da se поблиže seznanimo z različnimi komponentami borderline transferja in pa kontratransfernih doživljanj pri terapevtu, ki se ukvarja s tako patologijo, kot nam zelo živo in nazorno prikaže Searles.

V začetku psihoterapije bomo pri borderline pacientu zelo pogosto naleteli na obrambne mehanizme, kot so emocionalna okrnjenost in površnost, občutki eksistenčne praznine ter amnezija, kar se tiče otroških izkušenj in doživljanj. Ti obrambni mehanizmi, ki kažejo na neko čustveno in splošno psihološko otopelost, pokrivajo zelo burna in močna čustva, predvsem z negativno oznako, kot n.pr. jezo, sovraštvo, maščevalnost in še občutke krivde, ki se po navadi nanašajo na negativno

doživljanje primarnih objektov. Maščevalnost in jeza sta potlačena v nezavedno in sta povezana s tesnobami separacije in žalovanja.

V transferju bo pacient pogosto pokazal terapevtu, in bo seveda tudi z njim podoživljal, patološke objektne odnose iz patoloških izkušenj s primarnimi objekti. Te patološke aspekte primarnih objektov lahko shematično razdelimo v dve skupini, ki sta na dveh ekstremnih pozicijah: na eni strani najdemo starše, ki so patološko odsotni, in na drugi strani pa dobimo starše, ki so patološko odsotni (v tem razgljabljanju se Giovacchini popolnoma strinja s Searlesom). Osebno bi dodal še, da ko gre za borderline usmerjene starše, ti lahko nekoherentno nihajo med enim polom in drugim in sicer med pretirano prisotnostjo ali pretirano odsotnostjo, kar lahko ustvarja otroku bolečo zmešnjavo. Tu seveda ne mislimo na fizično odsotnost ali prisotnost staršev, ampak na njihovo psihološko in čustveno odsotnost, oziroma prisotnost. Searles in tudi Giovacchini poudarjata, da dobimo pogosto v anamnezi borderline pacientov zelo patološke starše: gre za borderline osebnosti, depresivne osebe, patološke in nezrele značaje, shizoidne osebnosti, zelo odvisne osebe, in pa več ali manj odkrite psihotike. Torej otrok, ki živi v takem patološkem družinskem okolju, bo od vsega začetka prisiljen, preko travmatičnih psiholoških doživljanj, da gradi patološke objektne odnose in patološke obrambne mehanizme, ki bodo sami po sebi zavirali boljši, bolj zrel in bolj zadovoljiv psihološki razvoj. Seveda bo ves potek psihološkega razvoja še bolj težaven in patološki, če bo imel otrok, ki živi v tako patološkem okolju, še dodatne, osebne težave in šibkosti.

V primeru psihološko odsotnih objektov bo pacient razvil v terapevtskem odnosu, v transferju, doživljanja oddaljenosti, emocionalne hladnosti in neangažiranosti, občutke eksistenčne praznine in pomanjkanje življenske energije. Objekt pa se pogosto predstavlja kot psihološko in čustveno mrtev (Green), ki ne daje nobene prave stimulacije, niti življenjske sile in niti kake oblike navdušenja. Taki objektni odnosi ustvarjajo neko atmosfero eksistenčne praznine in sivine, občutek golega preživetja, kjer sploh ni razgibanih emocionalnih izkušenj, ni užitka in ni nekega življenskega zagona.

V nasprotnem primeru pa, ko gre za patološko prisotne objekte, ali »vsiljive objekte« (Giovacchini), bo pacient razvil v transferju do terapevta čisto drugačne značilnosti: pacient bo moteč, zoprn, antipatičen, vsiljiv, siten, obtoževalen in zahteven, kakor razvajen otrok. Prisotnost pacienta in njegova komunikacija bodo za terapevta pogosto prava psihološka muka. Ta tip odnosa v transferju ponazarja patološke objektne introjekte pacienta, v kolikor je on sam doživel, na lastni koži, tak moreč in dušeč odnos s starši (včasih z enim, včasih pa celo z obema). Gre za starše, ki sami niso dosegli individuacije, in so svoje patološke simbiotične in paranoidne odnose prenesli na otroke (tu gre za travmatični transgeneracijski prenos), in tako tudi njim onemogočili normalno separacijo, ali pa celo uporabili otroke, kot trdi Giovacchini, da bi za njih delovali kot prehodni objekti in da bi terapevtsko delovali na njihovo ponotranjeno patologijo.

Zelo važni so nekateri drugi elementi, ki se nam pokažejo v transferju pri obravnavi borderline pacientov. Eden izmed teh elementov je obrambni mehanizem splittinga in pa temu povezan mehanizem zanikanja. Nekateri avtorji so mnenja, da so

ti primitivni obrambni mehanizmi bolj izraz nekega primarnega defekta Jaza, ki ni zmožen bolj zrelih integracijskih funkcij, kot pa aktivni obrambni sistem. Na vsak način pa je očitno pri pacientu borderline, da so idealizirani objektni odnosi ločeni od negativnih objektnih odnosov in so vzajemno zanikani. To doživljamo tudi na kontratransfernem nivoju, ko nas pacient borderline doživlja pozitivno, ali celo infantilno idealizira v določeni fazi, in nas bo potem doživljal popolnoma negativno, celo preganjalno, v drugi fazi. Zelo verjetno sta splitting in zanikanj povezani tudi s travmatičnimi doživljanji in sicer da je splitting, torej stroga ločitev med dobrim in slabim, edina možna rešitev, da se kaj dobrega ohrani in da se vse negativno in travmatično drži z močnim zanikanjem pod kontrolo. Splitting in zanikanje sta tudi funkcionalna pri zelo kompleksnih in bolečih doživljanjih prehajanja iz simbioze v separacijo in sicer da je v fazi, ko je separacija še zelo boleča, zanikanje funkcionalna obramba za premostitev teh težkih tesnob.

Identiteta borderline osebnosti je po navadi zelo krhka in še nedograjena. To se bo tudi jasno pokazalo v transferju. Ta nedefinirana identiteta je posledica še nedokončanega procesa separacije sebe od objekta, notranjega sveta od zunanjega, in pa še nešteti identifikacij, ki bolj kaotično delujejo v pacientu. Kar se tiče teh neorganiziranih in številnih identifikacij, se mi zdi predvsem važno, da se v transferni in kontratransferni dinamiki soočamo z deli pacienta, ki predstavljajo njegov self, in pa z deli, ki predstavljajo njegovo doživljanje objekta. Pogosto se pacient konfuzno identificira z določenimi aspekti objekta, tako da nam je težko prepoznati, če nam govori on sam ali pa njegov ponotranjen objekt. Zelo nestabilen in neintegriran self, hitro in nenadno prehajanje iz enega počutja v drugo, neustaljena identiteta, so posledica zelo številnih in konfuznih, delnih identifikacij.

Searles navaja še druge komplikacije, ki jih bo moral terapevt pretrpeti, ko bo terapevtsko delal z borderline pacienti. Predvsem se bo moral soočiti z njihovo agresivnostjo, ki bo včasih zelo močna in težko vzdržljiva. Ker ima borderline pacient, kot smo videli, velike težave v procesu separacije, bo imel tudi velike težave v doseganju primerne bližine in primerne razdalje z objektom. Zato ga bo strašila bodisi prevelika bližina kot prevelika oddaljenost: prvo bo doživljal kot nevarno in pogubno simbiotično stapljanje, ki lahko popolnoma izniči njegov self, drugo pa kot panično situacijo osamljenosti in zapuščenosti. Bolj subtilna, zafrkljiva agresivnost, ki se v transferju izraža do terapevta, po navadi izraža bojazen pred simbiotičnim smrtonosnim stapljanjem. Bolj odkrita, težka agresivnost, pa se pokaže do terapevta, ko začuti pacient ločenost terapevta, katere ni še zmožen sprejeti, in ga na vse načine napada, da bi ga obdržal pod svojo vsemogočno kontrolo.

Na koncu pa Searles priporoča še veliko potrepežljivost pri borderline pacientih, ker so, kot toliko drugih pacientov, zelo močno navezani na svoj patološki sistem in so zelo ambivalentni do svoje patologije: po eni strani bi se je hoteli rešiti, po drugi strani pa bi to za njih predstavljalo veliko izgubo. Naj pomislimo samo na dejstvo, da to patologijo vzdržujejo zelo patološki objektni odnosi, ki predstavljajo zelo močno vez. Searles citira primer ponotranjene slabe matere (»bad mother«), ki je zelo prisotna v borderline pacientih in v psihotikih, ko gre za patološko mater, katero je skušal otrok od vsega začetka psihološko vzdrževati in popravljati, zato da bi bila

zanj vsaj nekoliko sprejemljiva. In do take patološke matere bo otrok, in pozneje odrasel borderline človek, čutil veliko navezanost in odgovornost. Zato bo tako patološka objektna dinamika prišla na površje v transferju s terapevtom. Prišlo bo še dodatnih komplikacij, ko bo hotel v določeni fazi psihoterapije pacient popolnoma zamenjati vloge: in sicer silil bo terapevta, da zaigra vlogo slabe, patološke matere, on pa bo skušal zaigrati vlogo terapevta. Prišlo bo do paradokсне situacije (Searles 1979), ko bo pacient skušal »zdraviti« terapevta, potem ko bo odkril njegove šibke točke in skoraj psihotične elemente, katere niti osebna analiza mu jih ni uspela osvetliti in predelati.

V literaturi sem zadnje čase srečal zanimiv pristop do borderline patologije, ki se mi zdi, da prinaša nove in dodatne osvetlitve te osebne patologije in ki nam posreduje nove terapevtske prijeme. Ta pristop izhaja iz psihoanalize, iz fenomenologije in iz nevroznosti, to pomeni iz integracije spoznav v teh raznih vedah in metodoloških pristopih. V Italiji je glavni predstavnik te miselne struje Corrales(2001) in njegovi sodelavci; v tem delu predavanja bi se hotel nekoliko podrobneje ustaviti na njegovih teoretičnih razmišljanjih in na njegovih terapevtskih nasvetih. Ta avtor posveča posebno pozornost, pri osebah s težko patologijo, med temi tudi borderline, »temeljnim afektivnim in emocionalnim stanjem«. V ta temeljna afektivna in emocionalna stanja lahko vključimo doživljanja kot so lahkotnost, občutek obtežitve, občutek žalosti ali življenske vedrine, občutek topline, občutek hladne odsotnosti. To so splošna ali »temeljna« psihološka počutja, ki se ne še diferencirajo v specifične afekte in emocije, kot so ljubezen, mržnja, zavist, gnev, jeza, sovražstvo, itd. Z metaforo bi lahko ponazorili ta »temeljna afektivna stanja« kot je barvano ozadje pri neki umetniški sliki, ki daje ton, atmosfero in ritem predmetom in osebam, ki izstopajo v ospredju te slike.

Borderline oseba je že v tem temeljnem afektivnem stanju močno prizadeta: lahko kaotično niha od zelo intenzivnih emocionalnih doživljanj do zelo otopelih in zamrznjenih psihičnih stanj. Ne more doseči neke kontinuitete in konstantnosti, njegove predstave selfa in objekta so precej kaotične, nekoherentne in nepredvidljive. Borderline oseba ni sposobna urejevati s svojim osebnim smislom svoja izkustva, ne zna jih povezovati v neko važno osebno pripovedovanje. Ni sposobna določene psihične funkcije, ki obnavlja naše izkušnje, jih umirja, jim daja nekaj energetskega zagona, kar nam vse skupaj služi zato, da gradimo neko kontinuiteto v naši osebnosti in da poskrbimo za konstantni proces integracije našega selfa. Vse to bi spadalo v nekoliko bolj obširno funkcijo »Nachtraeglichkeit« v Freudovem(1895) smislu (t.j. retropektivno obnavljanje preteklosti). Borderline osebe neprestano izgubljajo svoja čustvena in miselna doživljanja, kot da bi psihično »krvaveli«. To jih pogosto privede do bolečega občutka praznine, tako da si borderline oseba pogosto skuša pridobiti določene kompenzacije, in sicer da išče notranje in zunanje stimulanse (drogo, alkohol, seksualna promiskuiteto), da bi napolnili spet to praznino z intenzivnimi emocijami. To zelo nihajoče in razcepljeno temeljno afektivno stanje je v borderline osebi povezano s pomanjkanjem interioriziranja stabilnega in konstantnega dobrega objekta, ki naj bi imel neko integrativno stabilizacijsko funkcijo, kar bi lahko dajalo

neki kontinuiran smisel osebnemu doživljanju in osebnemu pripovedovanju. Nasprotno pa ima borderline oseba ponotranjen »travmatičen« nepredvidljivi objekt (Correale), ki vzdržuje neprestano kronično disociacijo in kronični nemir. Ta kronična disociacija in razcepljenost sta za Correaleja bistveni značilnosti za borderline patologijo.

Sintetično bi lahko rekli, da pri borderline osebi prevladuje odnos s »travmatičnim objektom«, kar povzroča kronični nemir in kronično disociacijo, izgubljanje in krvavitev svojega notranjega sveta in iskanje kompenzacije s čutno hiperstimulacijo. Vsa ta dinamika nam daje misliti, da je pri taki osebi od otroštva naprej aktivna neka budna psihična funkcija, ki se bori za preživetje. Take osebe iščejo neprestano nove in stimulantne izkušnje, nove in stimulantne objekte, v upanju da bi se oddaljili od travmatičnega podoživljanja in da bi »nekje drugje« dobili pozitivni, idealni objekt. Po navadi niso sposobni, da bi uživali v bolj umirjenem in konstantnem emocionalnem okolju. Ta borba za preživetje skuša omejiti travmatično situacijo, a istočasno ti obrambni mehanizmi okrnejo in zožijo psihične sposobnosti in aktivnosti v splošnem smislu in tudi v ožjem, kognitivnem smislu. Take osebe so pretežno osredotočene na sedanost, na trenutne čustvene izkušnje, nimajo dostopa do širšega psihičnega obzorja in dogajanja. V osebnem izkustvu prevladuje pri borderline osebi emocija narcistične jeze, ki izhaja iz realnih ali namišljenih izkušenj zapuščenosti in odvrnjenosti. Zelo pogosto se nam te osebe predstavljajo v vlogi žrtve, iz česar izvira njihov aroganten protest, češ da jim je vse dovoljeno, in torej zahtevajo od okolja, in tudi v transferju od terapevta, neko zelo drago odškodnino. Če se zaustavimo na kognitivnih sposobnostih, moramo ugotoviti, da borderline oseba s težavo organizira percepcijo. Zelo kompleksne situacije in scene vzbujajo pri percepciji borderline osebe tesnobo ali celo paniko, zato jih taka oseba poenostavi, odseka kompleksnosti, obuboža zaznave. V borderline osebi deluje dosti bolj epizodični spomin napram semantičnemu. Taka oseba zaznava predvsem podrobnosti, detajle, ne dojame pa celote. Borderline oseba ni sposobna povezovanja raznih izkušenj, kar bi dalo neki globlji smisel poteku življenja in zato ni niti sposobna imeti nekega pravega koncepta časovnih razmerij. Ni sposobna nekega povezovalnega spomina, ampak deluje samo na epizodičnem spominu, ki sloni na nekih akutnih in močnih emocionalnih izkušnjah.

Kar se tiče genetske rekonstrukcije patogeneze te patologije se Correale strinja z ostalimi psihoanalitiki, in sicer da ima borderline oseba predvsem probleme pri procesu separacije in invividuacije. To pa lahko izhaja bodisi iz njegove osebnostne večje ranljivosti na neempatične odgovore primarnih objektov, ali pa iz izrazito neempatičnih in neprimernih odgovorov s strani primarnih objektov na otrokove separacijske in individuacijske procese. Taka travmatična izkustva sprožijo pri otroku agresivne reakcije, kaotična emocionalna izražanja, ki so potem težko verbalno in miselno opredeljiva. Taki neprimerni objekti ne morejo biti interiorizirani, ker niso imeli neke konstruktivne funkcije pri psihološkem zorenju, zato si tak otrok težko ustvari dober in konstanten notranji objekt.

Ko se Correale osredotoči na tehnične terapevtske probleme pri obravnavi borderline oseb in na kontratransferna doživljanja terapevta, povdarja nekatere

tipične probleme, ki jih srečamo v psihoterapevtskem procesu z borderline osebami. Na nivoju kontratransferja si mora terapevt pričakovati, da bo pacient v transferju prej ali slej doživel tudi njega kot »travmatični objekt«. Značilnosti tega odnosa so: nezaupljivost, sumničenje, občutek ogroženosti in preganjanja, skratka neki nivo paranoidnosti. Včasih lahko pride čisto do »psihotičnega transferja«. Drugi, zelo pogost problem, ki se pojavlja v psihoterapevtski obravnavi borderline osebe je, da tak pacient zelo dolgo časa ne sprejema ali sploh ne prenaša interpretacij, ki naj bi mu pomagale premostiti splitting in ki naj bi mu pomagale pri integraciji raznih razcepljenih notranjih doživljanj. Interpretacije tak pacient doživlja kot ogrožujoče, moreče, vsiljive, obtoževalne ali kot pedagoško moralistično pogojevanje.

Dokler je pacient v taki situaciji, je za Correaleja neprimerno, da bi terapevt vztrajal na interpretacijah, ki bi lahko samo povečale odpor pacienta in torej možnost negativnih terapevtskih reakcij. V taki situaciji in tudi sicer je priporočljivo, da se terapevt osredotoči na pacientovo »temeljno afektivno stanje«, in sicer, da skuša s svojimi posegi in besedami umiriti pacientova čustva, ki so premočna, in ojačiti čustva, ki so preveč otopela, tako da skuša graditi pri pacientu neko bolj umirjeno in konstantno čustveno dimenzijo. Na splošno Correale povdarja, da bi se moral terapevt, z borderline pacientom, dosti bolj posvetiti s svojo empatično prisotnostjo »temeljnim afektivnim stanjem« pacienta. Ker ima borderline oseba hude težave pri interiorizaciji pozitivnega objekta ali pozitivnega objektnega odnosa, bo tudi kako pozitivno izkustvo v terapevtskem procesu težko zadržal in ponotranjil. Tudi take izkušnje bo pacient izgubljal, težko mu bodo ostali v spominu, tako da imamo lahko v kontratransferju mučen vtis, da nekaj pozitivnega v terapiji gradimo, a da se nam to neprestano podira, in torej da moramo neprestano začeti znova.

Zato da izboljšamo to »temeljno afektivno stanje« pacienta, preden lahko bolj specifično obravnavamo vse patološke objektne odnose, ki se bodo razvili v transferju, nam Correale posreduje nekaj nasvetov in idej, kako naj bi se terapevt bolje približal takim pacientom. Čeprav naj bi terapevt še vedno ohranjal do neke mere svojo pozicijo nevtralnosti in abstinence, bi moral biti v svojem psihičnem pristopu nekoliko bolj aktivno prisoten:

- 1) Terapevt bi moral pokazati čimveč avtentične radovednosti za pacientovo notranje dogajanje
- 2) Omogočiti in vzpodbujati bi morali pri pacientu pripovedovanje lastnih psiholoških doživljanj. Pripovedovanje bi moralo pomagati pacientu pri povezovanju izkustev in pri graditvi boljšega koncepta časa. Terapevt bi moral pomagati pacientu pri tem pripovedovanju z dodatnimi opazovanji in povezavami
- 3) Zelo važna je empatija terapevta in sicer v bolj specifičnem smislu, to je, da skuša terapevt ovrednotiti vse žive elemente v pacientu, tudi njegovo agresivnost (čeprav je lahko v terapevtskem odnosu zelo moteča)
- 4) Terapevt bi se moral na zelo diskreten način včasih pokazati v čimbolj naravni in avtentični bitnosti, zato da se lahko tudi pacient dokoplje do teh prvin z neko pozitivno identifikacijo in s pomočjo konkretnega primera v

- terapevtu. Vemo tudi, da tako težki pacienti delujejo pretežno na konkretnem mišljenju, in je torej pogosto simbolični, triadični nivo težko dosegljiv.
- 5) Pri vsem tem bi moral terapevt posredovati svojo konstantno prisotnost, vzbuditi občutek kontinuitete, zato da lahko pacient postopoma ponotranji neki konstruktiven, siguren konstanten objekt, kar je eden izmed bistvenih ciljev psihoterapevtske obravnave.
 - 6) Pri graditvi konstantnega objekta, večje kontinuitete selfa in boljšega koncepta časovnega poteka moramo biti pozorni tudi na »zgodovino« terapevtskega poteka samega in ta zgodovinski potek posredovati občasno tudi pacientu, kar mu bo dodatno pomagalo v tem smislu.

Klinični primer

Na koncu tega teoretičnega razmišljanja bi vam še rad posredoval nekaj odlomkov iz mojega terapevtskega dela s precej težko pacientko, tako da bi v praksi osvetlil nekatere teoretične koncepte, ki sem jih prej obravnaval (Jogan 2001).

Gre za punco, ki je bila stara 23 let, ko je prišla k meni na individualno psihoanalitično obravnavo. V intenzivni psihoterapiji je bila približno 9 let, z različno frekvenco seans: v začetku sva začela z dvema tedensko, potem sva prišla postopoma na štiri, in ko je pacientka doživljala najbolj kritične momente sem dodal še peto seanso in še kako kratko srečanje izven dogovorjenih terminov. Pacientka mi je vedno sedela nasproti. Nisem si upal jo povabiti na kavč, ker sem se bal, da bi lahko dodatna regresija v tradicionalnem setingu lahko poslabšala njeno zelo patološko psihološko stanje. Pacientka je živela v močni depresiji, delovala je na zelo regresivnem borderline nivoju. Pred začetkom psihoterapije je doživela tudi odkrite psihotične dekompenzacije. Pred in med psihoterapskim procesom je redno jemala psihofarmake pod psihiatrično kontrolo.

Prvo srečanje s pacientko me je precej presunilo: bila je majhne postave, hodila je nekoliko nerodno, njena obleka je bila precej zanemarjena, pokrita je bila s temnim, oguljenim plaščem, oči je držala pretežno povešene, pogled je bil skoraj prestrašen. Ko je hodila od glavnih vrat do moje sobe po hodniku v mojem stanovanju, je drsela z rameni potisnjenimi ob zid, kakor da bi se branila pred kakim možnim napadom in kakor da bi hotela postati čimbolj neopazna. Dosti je molčala, govorila je zelo malo. Z veliko težavo sem po nekaj srečanjih nabral toliko podatkov, da sem si lahko ustvaril vsaj okvirno sliko o njeni situaciji. Že nekaj let je bolehalo za težko depresijo, njeno obnašanje je bilo regresivno, skoraj avtistično. Doživljala je močno fizično in psihično utrujenost, tako da je morala pogosto, tudi podnevi, leči v posteljo in celo spati. Med prejšnjimi psihotičnimi dekompenzacijami je doživljala paranoidne blodnje in halucinacije. Njena družina je bila precej patološka, v njenem kontekstu so se razvijale precej destruktivne dinamike. Pacientka je prišla v Trst iz nekega drugega mesta in to zaradi kompleksne motivacije, delno zavedne in delno nezavedne. Na zavednem nivoju je bila izbira Trsta pogojena od želje, da bi začela študij psihologije na univerzi, kar je predstavljalo, v njenem osebnem doživljanju,

neko splošno iskanje pomoči za svoje zelo hude psihološke tegobe. Na nezavednem nivoju pa je mestu Trst poverila neko pozitivno vlogo, ker je nekaj mesecev prej delala v tem mestu kot prostovoljka v psihiatrični bolnici. V skupini mladih kolegov je doživela zelo pozitivno izkušnjo, kar je bilo precej izjemno za njeno pretežno slabo psihološko počutje v zadnjih letih. Čeprav sem doživel pacientko, kot prvi vtis, skoraj kot človeško razvalino, sem v tej njeni izbiri mesta Trst in v tem globljem pomenu te izbire zaznal v pacientki nekaj živega, samoobrambnega, zdravega: borila se je za svoj obstoj in se skušala oddaljiti in osamosvojiti od svoje patološke družine. Ta mali plamen žive energije v osebi, ki je živela na zelo regresivnem in pasivnem nivoju, me je očaral: sprejel sem jo v terapijo v upanju, da bi lahko pacientka to skrito moč v terapiji lahko razvila, razširila in ojačila. Nasplošno skušamo pri težkih pacientih iskate skrite in skoraj pokopane žive elemente. Sposobnost terapevta je prav ta, in sicer da lahko take prvine zazna, ko so komaj dojemljive, in da potem na teh komponentah dela.

Začetna faza terapije je obstajala v tem, da je pacientka iskala simbiozo v terapevtskem odnosu (kakor predvideva Searles) in tu so bili prisotni konstatni vsiljivi napadi na seting (o čemer govori Giovacchini). Pacientka je v tej fazi zelo pogosto prihajala k meni izven dogovorjenih terminov za seanse, poskušala je dobiti dodatna srečanja, nešteto je bilo telefonskih klicev izven seans. V tem je izražala neobvladljivo oralno odvisnost, podoživljala je zelo boleča izkustva zapuščenosti a istočasno mi je v transferju posredovala to vsiljivo dinamiko, ki jo je že sama doživela s strani svojih staršev. Nasplošno je morala delovati kot odlagališče projektivnih identifikacij slabih delov staršev in njihovih negativnih dinamik. Čeprav mi je bilo težko sprejemati in zadržati to njeno intruzivnost, sem upal, da se bo ta njena potreba postopoma umirila. In to se je v glavnem pozneje tudi zgodilo. Ob tej intruzivnosti lahko na kratko komentiramo, da lahko težki pacienti svoja travmatska in konfliktna izkustva pogosto udejanjijo s »pozunanjenjem« teh izkustev, tako da jih pokažejo terapevtu v transferju z obnašanjem, s svojimi actingi, in ne s svojimi psihičnimi predstavami ali razmišljanji.

Zelo problematičen in napet trenutek v terapiji je bil takrat, ko se je skušala pacientka ločiti in nekoliko osamosvojiti od mene. Poskušala se je pomikati iz simbioze v večjo separacijo in individuacijo. Skupaj sva razmišljala, da bi bilo dobro, če bi poskušala preiti na skupinsko terapijo z neko kolegico, h kateri sem jo jaz napotil. A ta kolegica se je nekako »ustrašila« patologije te pacientke, tako da je ni sprejela v svojo terapevtsko skupino. V tem primeru je pacientka to izkušnjo doživela kot novo travmo in sicer z močnimi doživljanji odvrnitve in zapuščenosti. Čeprav se nisem strinjal s kolegico, ki je agresivne poteze pacientke dojemala kot pretežno destruktivne, in sem torej pacientko doživljal dosti manj patološko in ne destruktivno, me je pacientka dolgo časa obtoževala, da sem popolnoma na strani kolegice, da izražam neko »mafijško« strokovno solidarnost s kolegico in da popolnoma zanemarjam njeno doživljanje, njeno travmatično rano in njeno slabo počutje. Tu me je pacientka doživela kot separiran objekt in zato sem postal preganjal, ker nisem silovito obsojal kolegice in njenega početja. Nisem bil simbiotično usmerjen z njenim doživljanjem, to je nisem bil v popolni sintoniji z njenimi občutki. Agresivno je

doživljala mene in kolegico kot patološko solidaren starševski par, ki zaradi svojih lastnih interesov in ravnotežij žrtvuje njo, pacientko-hčerko. Tu je šlo očitno za transferno podoživljanje svojih prejšnjih izkušenj s starši. In tu se je zopet ta transferna dinamika pokazala v obnašanju, v actingih: mene je konkretno verbalno napadala, loputala je pri meni z vratmi, prekinjala je seanse z izbruhi močne jeze, kolegico pa je skušala celo fizično napasti. Prišlo je prav do prave »transferne psihoze« (Etchegoyen 1986, Searles 1986 in Rosenfeld 1987), ko pacient ni več sposoben razlikovati fantazijo od realnosti, preteklost od sedanjosti, primarni objekt od sedanjega, realnega objekta (terapevta). Te situacije ni bilo mogoče obdelati z interpretacijami, še manj pa z genetskimi interpretacijami. Šele kasneje, ko se je emocionalno razburjenje pacientke nekoliko pomirilo, si je lahko nekako sama dala interpretacijo, da je pač doživela mene in kolegico kot svoj čas mamó in očeta, ko sta v njuni patološki solidarnosti pogosto zanemarjala in žrtvovala njo, hčerko. Ko pride do takih intenzivnih »transfernih psihoz« v psihoterapiji, se znajdemo pred zelo težkim tehničnim problemom: mi lahko jasno zaznamo, da nas pacient v svojem transfernem podoživljanju doživlja kot zelo negativne in preganjalne, a na tako konkreten način, da se on absolutno ne zaveda, da je to pojav transferja. Zato mu to transferno doživljanje ne moremo posredovati ali osvetliti z interpretacijo, prav zaradi tega njegovega konkretnega mišljenja, in to še posebno ne, ko je v fazi največje emocionalne razburjenosti. Mislim, da mora vsak terapevt zdržati napad pacienta in potem organizirati neko osebno strategijo, da lahko počasi, skupaj s pacientom, skuša prepoznati transferne elemente v tem travmatičnem podoživljanju, mimo konkretnega mišljenja. V tem specifičnem kliničnem primeru sem skušal premostiti to oviro tako, da nisem pacientki ponujal takoj transfernih interpretacij, kar bi lahko po mojem lahko še dodatno poslabšalo situacijo in povečalo njen agresivni odpor, ampak sem skušal razširiti njeno in moje čustveno in miselno obzorje tako, da ne bi doživljala mene in kolegico samo kot preganjalni starševski par, ampak da bi lahko začela misliti, da sem osebno stalno skrbel za njeno dobro počutje in izboljšanje njenega stanja, in da nisem bil osredotočen na »mafijске interese« svoje stroke.

V zvezi s tem dogajanjem moram poudariti, da imajo pogosto agresivne manifestacije pri težkih pacientih precej konstruktiven in ne destruktiven pomen. Z agresivnostjo nam ti pacienti pokažejo svoje travmatične izkušnje, z agresivnostjo se ti pacienti skušajo oddaljiti od zelo patoloških objektnih odnosov in z agresivnostjo skušajo graditi in uveljavljati svoj krhek self. Agresivnost, kot primarni gon preživetja, je za njih edino skrajno sredstvo, ki ga imajo na razpolago. Pogosto je bila v preteklosti ta agresivnost označena kot »negativna terapevtska reakcija«, ki naj bi izvirala iz destruktivnega gona smrti ali iz primarne zavisti.

S to pacientko sem postopoma doživel neko bolj umirjeno situacijo, ko sva uspela nekoliko bolje premostiti simbiozo in separacijske procese. V tej fazi je pacientka lahko delila z mano, v svojem pripovedovanju, bolj vsakodnevna, emocionalno precej umirjena doživljanja, kjer je bila zelo važna moja prisotnost in moje zanimanje za njeno življenje. V tem kontekstu sva gradila in vzdrževala neko pozitivno afektivno atmosfero. Mislim si, da je v tem obdobju pacientka iskala neko

umirjenost in toplino, kar bi lahko vključili v Correalov koncept »temeljnega afektivnega stanja«.

Gabbard(1994) pravi, da nimamo danes nekega ustaljenega in jasno začrtanega terapevtskega pristopa do borderline pacientov. Vsak terapevt se bo opiral na teorije in tehnike, ki mu bolj ležijo, ali pa bo skušal črpati, kar se mu zdi najboljše, iz raznih teorij in terapevtskih pristopov. Osebnostno se opiram predvsem na teorijo objektivnih odnosov, kot ste lahko razumeli, a skušam črpati znanje in izkušnje tudi iz drugih teorij. Zadnja teoretična sugestija, ki se nanaša na »temeljna afektivna stanja« teh težkih pacientov, pa se mi zdi še posebno zanimiva in perspektivna.

Literatura:

- Correale A. in drugi avtorji (2001): *Borderline – lo sfondo psichico naturale*
Izdala Zal. Borla, Rim
- Etchegoyen R.H. (1986): *Los fundamentos de la tecnica psicoanalitica*
Izdala Zal. Amorrortu Editores, Buenos Aires
- Freud S. (1895): *Progetto di una psicologia. O.S.F. Vol.4*
Izdala Zal. Bollati Boringhieri, Torino
- Gabbard G.O. (1994): *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*
Izdala Zal. American Psychiatric Press, Inc.
- Giovacchini P.L. (1989): *Countertransference. Triumphs and Catastrophes.*
Izdala Zal. Jason Aronson
- Giovacchini P.L., Boyer B.L. (1982): *Technical factors in the treatment of the severely disturbed patient*
Izdala Zal. Jason Aronson
- Green A. (1983): *Narcissisme de vie, narcissisme de mort.*
Izdala Zal. Editions de Minuit, Paris
- Grotstein J.S., Solomon M.F., Lang J.A. (1987): *The borderline patient*
Izdala Zal. American Psychiatric Press, Washington
- Grunberger B. (1971): *Le narcissme*
Izdala Zal. Payot, Paris
- Jogan E. (1999): *Specifičnosti psihoterapije oseb z borderline osebnostno strukturo*
Predavanje na Seminarju, Ljubljana
- Jogan E. (2001): *Un analista »al limite« per una paziente al limite*
Predavanje na seminarju Centro Veneto di Paicoanalisi, Trst
- Jogan E. (2003): *Psihoterapijska obrada težkih pacijenata*
Predavanje na seminarju, Zagreb
- Kernberg O.F. (1975): *Borderline conditions and pathological narcissism*

- Izdala Zal. Jason Aronson, N.Y.
- Kohut H. (1971): *The Analysis of the Self*.
Izdala Zal. Hogarth Press, London
- Kohut H. (1978): *The Search of the Self*.
Izdala Zal. Int. Univ. Press, N.Y.
- Mahler M., Pine F., Bergman F.A. (1975): *Psychological birth of the human Infant*
Izdala Zal. Basic Books, N.Y.
- Meissner W.W. (1984): *The Borderline Spectrum*
Izdala Zal. Jason Aronson, N.Y.
- Modell A.H. (1993): *The private self*.
Izdala Zal. London Harvard University Press
- Rosenfeld H.A. (1987): *Impasse and Interpretation*
Izdala Zal. Tavistock Publications, London, N.Y.
- Searles H.F. (1986): *My work with borderline patients*
Izdala Zal. Jason Aronson, N.Y.
- Searles H.F. (1979): *Countertransference and Related Subjects*
Izdala Zal. Int. Universities Press, N.Y.
- Winnicott D.W. (1965): *The maturational processes and the facilitating Environment*
Izdala Zal. Hogarth Press, London
- Winnicott D.W. (1969): *The use of an object*
Int. J. Psychoanal., 50, 711-716.