



# Razvijanje terapijske suradnje kod osoba s poremećajima ličnosti

---

Irena Stipešević Rakamarić, dr. med. spec. javnog  
zdravstva, subspec. iz alkoholizma i drugih ovisnosti,  
ZZJZ Varaždinske županije

# OSNOVNE PRETPOSTAVKE



- **Dobra terapijska suradnja** je pozitivno prediktivno povezana s **dobrim ishodima** tretmana.
- **Napetosti ili prekidi** u suradničkom odnosu terapeuta i osobe s PL u podlozi vode prema prijevremenom prekidu tretmana i **lošem ishodu**, što nepovoljno utječe i na pacijenta i na terapeuta.

# OSNOVNE PRETPOSTAVKE



Terapijska suradnja podrazumjeva kvalitetu **odnosa** terapeut – pacijent, u kojem pacijent redovito dolazi, prihvaća i ispunjava **zadatke** dogovorene tijekom tretmana, uz postojeći **konsenzus oko ciljeva** tretmana.

# OSNOVNE PRETPOSTAVKE



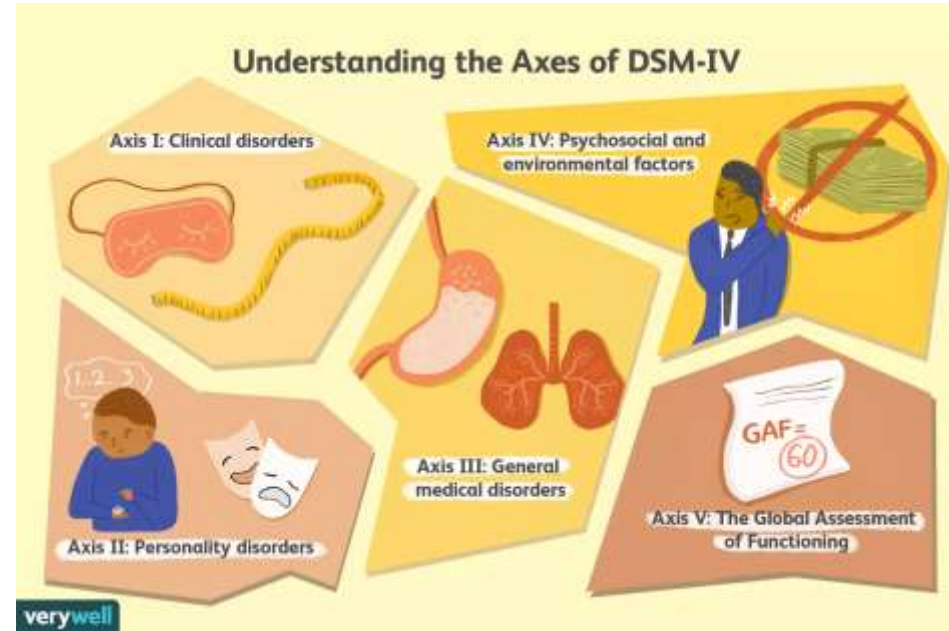
- Rad s osobama s PL nosi osobiti rizik za **poteškoće** u razvijanju terapijske suradnje budući da te osobe imaju **višestruke kronične i pervazivne probleme u interpersonalnim odnosima**, što će se zasigurno odraziti i na **odnos prema terapeutu**.

Za razvoj  
terapijske suradnje  
kod osoba s  
poremećajem  
ličnosti treba **dulje  
vrijeme i dodatni  
napor.**



# Pacijent ulazi u KBT psihoterapijski tretman najčešće s problemima na osi 1, ponekad i na osi 4

- Poremećaji raspoloženja
- Konzumacija psihoaktivnih tvari
- Anksioznost
- Poremećaji prehrane
- Poremećaji spavanja
- Poremećaji prilagodbe
- Somatoformni poremećaji
- Psihotični poremećaji i SCH
- Poremećaji seksualnog i spolnog identiteta





# Važno!

Uočiti poremećaje na osi 2 radi postavljanja prioriteta rada na dobroj terapijskoj suradnji

# NAM pacijenta i terapeuta vezane uz terapijski odnos

---

- ❑ Negativnih misli i osjećaja pacijenta vezano uz terapijski odnos i terapijski proces terapeuti **NISU svjesni** u oko 55% slučajeva
- ❑ Svijest terapeuta o negativnim mislima i osjećajima pacijenta prema njemu i terapijskom procesu mogu, nadalje, **stvoriti problem**, ako terapeut **nije dovoljno otvoren i fleksibilan**
- ❑ Maladaptivan odgovor terapeuta na takve situacije odražava se u **rigidnosti i defanzivnom pristupu**

# Dva modela prekida terapijskog odnosa (Muran, Safran)

## □ 1) POVLAČENJE – suptilno

- ZADRŽAVANJE INFORMACIJA, ne-govorenje, ne-iznošenje bitnih detalja, npr. ne može se sjetiti NAM (a može), ali izbjegava reći zbog nedostatka povjerenja ili straha da će biti ponižen
- INTELEKTUALIZIRANJE
- PRETJERANI RAZGOVOR O DRUGIMA , PREBACIVANJE ODGOVORNOSTI NA DRUGE OSOBE ILI INSTITUCIJE
- MIJENJANJE TEME RAZGOVORA
- SAMOPOTCJENJIVANJE i sumnja u uspjeh liječenja (ja to ne mogu, nikad neću uspjeti)
- Povlačenje u ponašanju može biti *karakteristično kod osoba za koje se do tada činilo da dobro surađuju, npr. kod opsesivno- kompuzivnog PL ili izbjegavajućeg PL*

# Dvije vrste prekida terapijskog odnosa (Muran, Safran)

---

- **KONFRONTACIJA** - Otvorena
- - pritužbe na različite aspekte terapije
- - kritiziranje terapeuta
- - propuštanje seansi ili kašnjenje
- - neizvršavanje zadataka (DZ)
- - **dramatične reakcije** (pacijent izjuri iz ambulante udarajući vratima ili ostavlja bijesne/ prijeteće poruke preko telefona)
- - emocionalno **zlostavljanje, nasilje prema terapeutu**, verbalno/fizičko
- Konfrontacijski prekidi terapijske suradnje su karakteristični za *granični, narcisoidni ili paranoidni PL*

Koja god vrsta prekida bila, kliničari trebaju biti „budni” i prepoznati da se radi o prekidu zbog poremećaja ličnosti i usvojiti stav da su prekidi suradnje obično **odlične prilike** da angažiraju pacijenta, na KOLABORATIVNI način, da **PRIMIJETI I UČI IZ VLASTITOG STILA PONAŠANJA**. Učiti iz toga treba i terapeut.

U bilo kojem pa i ekstremnom slučaju, terapeut može i treba **razumjeti** moguće razloge za ovakvo ponašanje, te u isto vrijeme, jasno **prozvati** takvo ponašanje kao proces koji ometa terapiju i koji se ne može dopustiti, ako se želi nastaviti s terapijom

U slučajevima dramatičnog prekida suradnje, ili bilo kojeg prekida suradnje, pomaže **konzultacija s kolegama**, jer pomaže u razvoju vlastitog nerazumijevanja nesuradnje, stvaranju ideja za učinkovite mogućnosti koje preusmjeravaju terapiju u produktivnijem smjeru te pružanju emocionalne potpore i prikladne zaštite.

# ČIMBENICI KOJI DOPRINOSU NESURADNJI

---

- Pacijentu manjkaju vještine potrebne za suradnju – socijalne vještine
- Terapeutu manjkaju vještine potrebne za suradnju (zbog ograničenog iskustva s određenom vrstom/dobi/težinom pacijenata – bitna kontinuirana edukacija)
- Terapeut potcjenjuje ulogu pacijentove kulture ( nešto što je u nekoj kulturi sasvim prihvatljivo, u drugoj može zadovoljavati kriterije za poremećaj ličnosti)
- Vjerovanja drugih važnih osoba mogu kočiti promjenu i poticati disfunkcionalno ponašanje pacijenta (npr. predrasude o tretmanu , „ne treba to tebi” , „iznosiš naše tajne”, „samo čudaci idu na terapije”)

# ČIMBENICI KOJI DOPRINOSE NESURADNJI

---

- Pacijentove ideje i vjerovanja u neuspjeh tretmana- bitan kratkoročan cilj treba biti otkrivanje NAM o tretmanu
- Pacijentova uvjerenja da bi njihove promjene mogle biti pogubne za druge važne osobe
- Pacijent vjeruje da će suradnja u terapiji uništiti njegovu ličnost ili osjećaj sebe/prijetnja njegovom identitetu (bolja je lošija, a poznata varijanta sebe, nego bolja, a nepoznata)
- Pacijent i terapeut „dijele” neku određenu disfunkcionalnu ideju
- Loše razumijevanje KBT modela

# ČIMBENICI KOJI DOPRINOSE NESURADNJI

---

- Loše odabrano vrijeme za određenu intervenciju; brzanje , forsiranje na rasporedu i pretjerivanje u strukturi
- Vremenska ograničenja zdravstvenog sustava
- Ciljevi terapije ostaju neizgovoreni jer se podrazumijevaju, umjesto da se jasno izgovore i definiraju
- Nedovoljno jasni i neuobličeni terapijski ciljevi
- Nerealni terapijski ciljevi
- Nesuglasje terapeuta i pacijenta o TC , odnosno frustracija ne-napretka
- Osjećaj prisile na liječenje i nedostatak motivacije
- Pacijentovo vjerovanje da je terapija pasivan ili čudotvoran proces-riješenja problema su „izvan njih”

# Sklop A PL– čudan/ekscentričan

Klaster poremećaja ličnosti	Poteškoće u terapijskoj suradnji	Mogućnosti terapijskog angažmana
Shizotipni	Pretjerana sumnjičavost/paranoja Duboka interpersonalna nelagoda Bizarno mišljenje/vjervovanja	Obratiti pozornost na neizrečeno, na ono što nedostaje Želja za povezivanjem s terapeutom, češće razmišljanje o terapeutu izvan seansi
Shizoidni	Nesposobnost ostvarivanja bliskih veza Emocionalna distanciranost Hladnoća, nedostatak otvorenog konflikta i komunikacije	U podlozi duboka potreba za povezivanjem s malobrojnim i pažljivo odabranim osobama, senzibilnost
Paranoidni	Očekuju nanošenje štete ili iskorištavanje, zamke Preosjetljivost na kritiku, uvredljivost, defanzivnost Tendencija povlačenja ili ulaženja u konfrontaciju	U podlozi duboka potreba za afirmacijom

# Sklop B PL- dramatičan

Klaster poremećaja ličnosti	Karakteristične poteškoće u terapijskoj suradnji	Mogućnosti i prilike za terapijski angažman
Antisocijalni	Kontrolirajući, tendencija da lažu i manipuliraju, nedostatak empatije ili obzira prema drugima, koriste pseudosuradnju radi stjecanja privilegija (npr. u penalnom s.)	Mogu se angažirati u terapijskom procesu ako im je to u interesu ili simptomi na osi 1 izazivaju veliku patnju
Granični	Kognitivna i emocionalna nestabilnost Ekstremna zahtjevnost i pritisak na terapeuta da se ponaša kako inače ne bi. Sklonost „acting- out” i prekoračenju granica u transferu	Žude za odnosom. Dobro reagiraju na toplinu, podršku i toleranciju. Terapeut treba znati kanalizirati bijes i agresivnost.
Histrionični	Stalni pokušaji šarmiranja i zabavljanja Emocionalna labilnost Nedostatak kognitivnog fokusa	Žude za odnosom. Dobro reagiraju na toplinu i podršku.
Narcisoidni	Potreba za stalnim pozitivnim feedbackom Prijezir prema drugima i osjećaj vlastite grandioznosti	Dugoročno odgovaraju na empatiju i prihvaćanje.

# Sklop C – tjeskoban/uplašen

Klaster poremećaja ličnosti	Poteškoće u terapijskoj suradnji	Mogućnosti terapijskog angažmana
Izbjegavajući	Strah od kritiziranja i odbacivanja Sklonost sramu i samoponižavanju Oklijevanje u samootkrivanju – u iznošenju informacija	Dobro reagiraju na toplinu i suosjećajnost. Žudi za odnosom unatoč vulnerabilnosti.
Ovisnički	Ne vrednuje nimalo neovisnost i samostalnost odnosno inicijativu. Takvih ciljeva se uplaše. Skloni su submisivnosti koja vodi u pseudosuradnju.	Prijateljski raspoloženi i suradljivi . Velika vjerojatnost da će ostati u tretmanu.
Opsesivno-kompulzivni	Stalna potreba za kontrolom, perfekcionistički stavovi prema sebi i drugima. Strah od kritike terapeuta, ograničeni afekt, tvrdoglavost	Savjesnost. Ponekad intelektualiziranje može biti od pomoći. Trudit će se biti „dobar pacijent”
Pasivno-agresivni	Skloni argumentiranju, podriivanju autoriteta, pružanju otpora u izvršenju društvenih i profesionalnih odgovornosti, ljutitom pesimizmu, zavisti, balansiranju između slaganja i protivljenja, pretjerivanju oko osobne nesreće	Loše mogućnosti budući da ne vjeruju u uspjeh tretmana i ponašaju se sukladno tomu.

# Sadomazohistička ličnost

---

- Pacijent se površinski čini da se slaže sa terapeutom, ali deklarativno, dok terapeutove opservacije doživljava kao verbalni atak zbog kojeg ili mazohistički pati u tišini i ne pokazujući nikakav napredak u terapijskom procesu, ili:
- Pacijent se „isključuje” na samokažnjavajući i za terapeuta kažnjavajući način poput pokušaja suicida npr. novo propisanim lijekovima baš kad se činilo da napreduje u terapijskom procesu


# Sinteza


---

Pacijent obično dolazi zbog intenzivnih simptoma na osi 1. i potražuje KBT psihoterapiju koja je vremenski ograničena i usmjerena na promjenu ponašanja.

Terapeut treba budno paziti na potencijalne prekide, prijetnje i napetosti u terapijskom odnosu i prepoznati PL u pozadini problema.

Uspostavu i održavanje terapijske suradnje postavlja kao jedan od prioritetnih ciljeva i obazrivo prepoznaje karakteristične sheme ponašanja.

- 
- KBT provodi prema svim načelima dobre prakse uključujući u obzir pacijentove crte ličnosti i u okvirima PL iskorištavajući mogućnosti koje specifični poremećaj otvara, bez da prijeđe dopuštene granice, a istovremeno anticipirajući poteškoće.
  - Ostaje usmjeren na problem zbog kojeg je zatražena pomoć, ali koristi prekide i napetosti u suradnji da bi pacijentu pomogao da prepozna svoje crte i prihvati adaptivnije odgovore.

- 
- Dugoročna remisija kod PL moguća je isključivo kroz dulji rad na promjeni ličnosti u kojem se primjenjuju KB tehnike, ali se to nikada ne postavlja eksplicitno kao terapijski cilj, a osobito ne u početku.
  - U cilju održavanja dobre suradnje, promjene u ponašanju se nude kao adaptivniji oblici postojećeg patološkog ponašanja, a ne kao radikalne promjene ličnosti.
  - Terapeut treba biti svjestan da nemaju svi PL isti kapacitet za promjenu.

# Literatura

---

- Beck, Freeman, Davis i sur.: „Kognitivna terapija poremećaja ličnosti”
- Judith Beck : „Kognitivna terapija za složene probleme”
- D. S. Bender: „The Therapeutic Alliance in the Treatment of Personality Disorders” – Journal of Psychiatric Practice Vol 11, No2
- W.J.Livesley: „Principles and Strategies for Treating Personality Disorder”- Can J Psychiatry , Vol 50, No 8
- Alvin i sur: „Understanding Persoality Disorder: A report by the British Psychological Society”