

John T. Salvendy

KRÓTKOTERMINOWA PSYCHOTERAPIA GRUPOWA PACJENTÓW Z CIĘŻKIMI
ZABURZENIAMI OSOBOWOŚCI Z POGRANICZA
SHORT-TERM GROUP PSYCHOTHERAPY WITH SEVERE BORDERLINES

Oryginalna praca ukazała się w *Group Analysis*. 1989; 22: 309-316. Tłumaczenie za zgodą autora i wydawcy Jerzy A. Sobański, redakcja tekstu Katarzyna E. Klasa.

Abstract:

The practice for treating borderline patients in groups of short duration is quite novel. The author discusses different pros and cons of different settings in such a treatment. He concludes that further experimentation with techniques and altering variables in the brief group treatment of borderline patients is needed.

Streszczenie:

Leczenie pacjentów z zaburzeniami osobowości z pogranicza za pomocą krótkoterminowej psychoterapii grupowej jest rozwiązaniem dość nowym. Autor omawia rozmaite za i przeciw takiej metody leczenia. Proponuje on dalsze badania technik i zestawów zmiennych dotyczących krótkoterminowej terapii grupowej pacjentów borderline.

keywords: group psychotherapy, short-term treatment, severe borderline

słowa klucze: psychoterapia grupowa, leczenie krótkoterminowe, ciężkie zaburzenie osobowości, osobowość z pogranicza

Długoterminowa grupowa psychoterapia była przez kilka dziesiątków lat stosowana w leczeniu pacjentów, obecnie diagnozowanych jako borderline, z mieszanymi wynikami. Opinie co do tego, czy tacy pacjenci polepszają się w grupach homogenicznych, złożonych wyłącznie z jednostek borderline [1] lub - jak sugerował Pines w osobistej rozmowie - w grupach mieszanych z neurotykami i osobami z zaburzeniami osobowości [2] były podzielone. Kliniczne rezultaty były dwuznaczne, lecz w trakcie tego procesu wykrystalizował zbiór technik. Wśród zmodyfikowanych form było także, zastosowane ostatnio, leczenie w grupach krótkoterminowych.

Praktyka leczenia pacjentów borderline w krótkoterminowych grupach jest raczej nowością, wyrosłą z terapeutycznego zainteresowania, które skoncentrowało się na tej, stanowiącej wyzwanie, populacji pacjentów w ciągu ostatnich kilku lat.

Pacjenci borderline są bardzo dobrze znani ze swych intensywnie ambiwalentnych relacji, które źle znoszą. Długoterminowa psychoterapia indywidualna reprezentuje dla nich taką właśnie sytuację. Niestabilne stany wielu osób z ciężkimi zaburzeniami typu borderline także uniemożliwiają im regularne branie udziału w długoterminowych grupach psychoterapeutycznych. Co więcej (pokrewnie do "urlopu od leków" w farmakoterapii), zarówno pacjent, jak i terapeuta indywidualny może uzyskać ulgę przez czasowy odpoczynek jeden od drugiego. Podczas tego czasu (miejmy nadzieję) pacjentom tym może być oferowany mniej przerażający typ terapii, w formie czasowo ograniczonej psychoterapii grupowej. Krótkie doświadczenie grupowe, z jego ograniczonymi celami i bardziej rozcieńczoną sytuacją przeniesieniową jest prawdopodobnie łatwiej tolerowane przez tych wrażliwych pacjentów. Co więcej, czasowo ograniczone doświadczenie grupowe pozwala na korektywną realizację mniej traumatycznych relacji i umożliwia uczestnikom polepszenie ich poziomu komunikacji interpersonalnej w środowisku, które nie jest zbyt przerażające. Podczas, gdy grupa dostarcza obfitość okoliczności dla terapeutycznego ponownego odtworzenia zaburzonego związku, liczba obecnych osób i krótki czas trwania leczenia zapobiega ustaleniu szkodliwych, nadmiernych uwikłań emocjonalnych z poszczególnymi członkami grupy czy z terapeutą.

Charakterystyka pacjentów

Chociaż pacjenci borderline są teraz postrzegani jako heterogenna grupa jednostek, zawierająca całe spektrum [3] o pewnych wspólnych cechach, dla celów niniejszej pracy autor używa kryteriów Gunderson i Singer [4] oraz DSM III [5]. Osoby takie charakteryzuje obecność intensywnej wrogości lub depresyjnego afektu, zauważalna nieobecność przyjemności, historia impulsywnych, często autodestrukcyjnych zachowań, krótkie doświadczenia psychotyczne w sytuacjach stresowych i zaburzone relacje interpersonalne, oscylujące pomiędzy przejściowymi powierzchownymi a intensywnie zależnymi wzorcami. Wykazują oni prymitywne, niestabilne struktury osobowości i często mają trudności z testowaniem rzeczywistości, separacją-indywiduacją i tożsamością self (self-identity). Jednostki te mają nienasyconą potrzebę szczególnej uwagi i komunikują poczucie uprawnienia, które wywołuje u innych reakcje gniewu [6] Są oni nadzwyczaj wrażliwi na odrzucenie i krytykę, podejrzliwi i nieufni.

Względne korzyści z długoterminowej psychoterapii grupowej dla niektórych z tych pacjentów były przez wiele lat ewidentne. Terapeuta jako przerażająca figura władzy zagraża o wiele mniej w grupie, niż w terapii indywidualnej [7]. Intensywność doświadczeń emocjonalnych, szczególnie negatywnych przeniesień jest często zmniejszona w grupie [1]. Główna korzyść z grupy dla wielu pacjentów borderline leży w oferowaniu bardziej kontrolowanej regresji terapeutycznej [8]. Zadaniem terapeutycznym jest pomóc im w doświadczaniu i obserwacji ich

własnych zaburzonych percepcji i prymitywnych mechanizmów obronnych w wystarczająco zmienionej ilości, tak by mogli polepszyć swoje zdolności ego w celu modyfikowania i neutralizowania patologicznych reakcji.

Pacjenci opisywani w niniejszej pracy tworzą szczególnie ciężko zaburzoną podgrupę. Około połowa z nich była bezrobotna, a pozostali mieli od średnich do ciężkich problemów z wykonywaniem pracy i relacjami w pracy. Wszyscy przeszli uprzednio - w różnym stopniu - terapię indywidualną lub rodzinną i/lub farmakoterapię, a niektórzy wszystkie te formy leczenia. Każdy członek grupy miał co najmniej jedną próbę samobójczą i co najmniej jeden epizod hospitalizacji. Problemy pacjentów koncentrowały się na kruchym, zależnym i podatnym na zranienie obrazie siebie. Mieli słabe relacje z członkami rodziny; intensywna potrzeba wsparcia i docenienia naprzemiennie oscylowała z wściekłym oburzeniem za postrzegane nadużycie, dominację lub opuszczenie. Ich interakcje prześląkała silna ostrożność wobec niebezpieczeństw bliskości i intymności. Na porządku dziennym była aura zagrażającego zatracenia, nawracających nieszczęść i ostrych kryzysów sytuacyjnych. Funkcjonowanie i osąd w zwykłych, codziennych sytuacjach były zaburzone w różnym stopniu, a solidność we wszystkich sferach życia była niska.

Struktura organizacyjna

Program ograniczonej w czasie psychoterapii grupowej, oceniający skuteczność tej metody w leczeniu ciężkich zaburzeń typu borderline w grupie homogenicznej odbywał się w ambulatoryjnym oddziale psychiatrycznym w szpitalu klinicznym w Toronto. Każdy pacjent biorący w nim udział został starannie przygotowany indywidualnie w trakcie dwóch ponad pięćdziesięciominutowych sesji prowadzonych przez inne osoby niż desygnowani koterapeuci. Staranne przygotowanie tych trudnych pacjentów przed rozpoczęciem leczenia było kluczowym dla uniknięcia zjawiska wczesnego, masywnego porzucania terapii. Pomagało także przeciwdziałać istotnemu brakowi zaufania. Zasady grupy były podane wprost, a dodatkowo na pierwszej sesji grupowej rozdano ich wersję pisemną. Pacjenci byli proszeni o przychodzenie na czas i regularnie, komunikowanie się werbalnie, unikanie przemocy fizycznej, siedzenie podczas sesji i tak dalej.

Terapia grupowa była oferowana w szesnastu cotygodniowych sesjach, trwających 105 minut. Członkowie grupy byli proszeni o informowanie terapeutów, czy i kiedy mieli inne, równoległe kontakty terapeutyczne, zwykle z powodu kwestii bezpieczeństwa.

Technika i proces

Używano kombinacji techniki zorientowanej na wgląd, kognitywno-behawioralnej i wspierającej, z naciskiem na tu i teraz. Terapeuci wykorzystywali aktywne, fokalnie-interpretujące podejście, doradzane przez Dies [9].

Rozszczepianie było głównym mechanizmem obronnym w grupie, zatem głównym zadaniem psychoterapii z tymi pacjentami było podsycanie integrowania rozszczepienia pomiędzy dobrymi a złymi zinternalizowanymi reprezentacjami self oraz obiektu. Obiektem takiego rozszczepienia byli koterapeuci i w mniejszym stopniu inni członkowie grupy. Wiele efektów, znanych z długoterminowych grup pacjentów borderline, takich jak groźba acting out'u i silna wrogość, występujących naprzemiennie z potrzebą wsparcia, pojawiło się także w grupie krótkoterminowej. Dla kilku członków grupy żadna ilość dawania i wsparcia nie była wystarczająca. Inni oscylowali dużo szybciej niż pacjenci neurotyczni, między ekstremalnymi percepcjami siebie nawzajem lub terapeutów.

W psychoterapii grupowej z ciężkimi pacjentami borderline przymierze terapeutyczne jest jednym z głównych celów - raczej w rozumieniu korektywnego doświadczenia niż warunku wstępnego [10]. Duża ilość pracy terapeutycznej skupiała się na zagadnieniach separacji-indywiduacji i uczuć głębokiej bezradności, dezintegracji, wściekłości i braku zaufania z jednej strony, a potrzeby idealizacji z drugiej. Większość członków grupy (będących w wieku ok. 20 - 30 lat) miała silnie wrogie, zależne relacje ze swoimi rodzinami. Powszechne były wściekłość, ogólnie nieusystematyzowane paranoidalne uczucia typu projekcyjnego, wraz z poczuciem posiadania małej kontroli nad swoim życiem. Liczne interakcje koncentrowały się na korektywnych okazjach wiążących się z przepracowywaniem tych intensywnych przeniesień w osłabionej formie w grupie.

We wczesnych interwencjach, treść była przedkładana ponad proces, gdyż był on na tym etapie dużo bardziej przerażający. Dla celów leczniczych nacisk był raczej położony na pozytywne, niż na negatywne przeniesienie. Jednak, gdy obecne było negatywne przeniesienie, było ono wcześniej interpretowane [11], aby uniknąć zniechęcenia lub rozwoju nadmiernie wrogiego afektu. Idąc za radą Glatzer [12], terapeuci pokazywali empatyczną neutralność i ciepło, lecz nie natrętne zainteresowanie. W przeciwieństwie do technik pracy z lepiej funkcjonującymi pacjentami neurotycznymi, zapytania odnośnie samych terapeutów otrzymywały niezwłoczną odpowiedź i często wytwarzało to dynamikę, która czyniła interpretację możliwą [13]. Przeważającym afektem pacjentów była złość - skierowana na członków ich rodzin, przyjaciół, nauczycieli, kolegów, pracodawców, lekarzy ogólnie oraz ich psychoterapeutów. Część tej urazy była związana z realną lub postrzeganą zależnością pacjentów (często podsycaną przez ich jawne lub "ukartowane" zachowanie) od tych znaczących innych. Takie wrażenie często pozostawiało członków grupy z alarmującym poczuciem podatności na zranienie, z którym próbowali sobie radzić w sposób impulsywny lub bierno-agresywny. Ponieważ jednostki te często doświadczały łatwo uwalnianej regresji, terapeuci przeciwdziałali wszelkiej tendencji do regresji terapeutycznej.

Spójność grupy była względnie rzadko osiągnięta i podobnie jak u Munroe-Blum i Marziali'ego [14] konieczne było zapewnienie istotnej ilości terapii indywidualnych w grupie.

Chociaż kilku pacjentów było zdolnych do dawania i bycia w ograniczony sposób wspierającymi, wydawali się oni być zbyt załężnieni, by identyfikować się z innymi w sposób spójny z powodu fantazjowanego ryzyka, związanego z ich kruchym poczuciem self. Zgodnie z MacAskill [15] autor stwierdził, że ponowne odegranie sytuacji rodzinnej i wgląd historyczny były postrzegane przez pacjentów jako zbyt bolesne, podczas gdy dawanie nadziei i opiekowanie się przez terapeutę lub innego członka grupy były postrzegane jako najbardziej pomocne. W celu zaangażowania pacjenta i umożliwienia uczenia interpersonalnego, terapeuci musieli ustalić dobrą równowagę pomiędzy indywidualną empatią, a procesem interpersonalnym tu i teraz. Przymierze pacjenta z terapeutą miało tendencję do krzepnięcia szybciej niż ze współpacjentami, w kierunku których często brały górę silne uczucia rywalizacji z rodzeństwem. Niezależnie od tego terapeuci musieli często radzić sobie z wyrażaniem przez pacjentów nieufności, ostrożności i wściekłego, negatywnego przeniesienia parentalnego. Polepszona komunikacja nie zawsze jednak prowadziła do łatwiejszej akceptacji, czasem umożliwiała tylko żywszą kłótnię. Członkowie grupy byli wyraźnie bardziej defensywni i dużo bardziej oporujący (prawdopodobnie także mniej nastawieni psychologicznie), niż zazwyczaj są pacjenci neurotyczni.

Dyskusja

Ogólne wrażenie kliniczne mówiło, że polepszenie w obszarze komunikacji interpersonalnej, relacji i samooceny sięgało od minimalnego do umiarkowanego dla różnych członków grupy. Najmniejszą poprawę uzyskali pacjenci, którzy mieli najbardziej nasiloną nieufność, częste lub stale obecne myśli quasi-urojeniowe, oraz pacjenci, którzy przejawiali zachowania o charakterze acting out (tzn. dokonali prób samobójczych), zamiast komunikować swój stres werbalnie. Mniejsza część członków grupy była zdolna do rozwinięcia bardziej dorosłego stylu niezależnych ról wobec swoich rodziców czy partnerów. Niektórzy uzyskali więcej zaufania, a kilku polepszyło zdolność wyrażania siebie z mniejszą intensywnością. W konsekwencji stali się bardziej akceptowani społecznie. Kilku nauczyło się raczej słuchać uważnie innych, niż postrzegać ich pierwotnie jako proste projekcje swoich najgorszych lęków.

Zaburzenia w komunikacji, często o charakterze nieufności i paranoidalności, są dużo bardziej powszechne, niż w grupach pacjentów o innym typie zaburzeń. Wielu członków grupy ma przesadną potrzebę emocjonalnego i zorientowanego na wypadki wsparcia typu kryzysowego od terapeuty, poza opcjami dostępnymi w grupie. Członkowie grupy prosili, a często żądali, aby radzono i pomagano im w zmaganiach z członkami rodziny, przyjaciółmi, kolegami, nauczycielami, personelem opieki społecznej i innymi osobami w bardzo konkretny sposób. Z powodu swojej kruchości, mieli oni duże trudności w przenoszeniu swojego wglądu z grupy na zewnętrzne sytuacje życiowe.

W obliczu silnych reakcji emocjonalnych na prowadzących, kluczowym wydaje się staranny dobór pacjentów i terapeutów z uwzględnieniem ich stylów osobowości i technik pracy terapeutów. Potrzeba bycia jednocześnie niezmiennym i elastycznym ma ogromne znaczenie.

W przyszłości niezbędne może być przetestowanie ograniczonych w czasie terapii grupowych pacjentów borderline dla celów rozwoju umiejętności komunikacji interpersonalnej w połączeniu z terapią indywidualną lub rodzinną oraz/lub farmakoterapią, gdyż potrzeby tej populacji pacjentów są zbyt duże aby polegać tylko na jednej wspólnej sesji grupowej tygodniowo. W doświadczeniu autora, w każdym z szesnastotygodniowych spotkań grupowych, przeciętnie jeden członek był hospitalizowany z powodu ostrych myśli samobójczych, a dwóch innych kontaktowało się ze swoimi poprzednimi terapeutami indywidualnymi poszukując wsparcia. Znacząca część grupy wyrażała potrzebę dalszej, równoległej pomocy. Gdy ocenia się skuteczność tego leczenia, należy jednak pamiętać, że dla wielu pacjentów, zaangażowanie w mniej lub bardziej regularne uczęszczanie, przychodzenie na czas i pozostawanie w terapii aż do jej zakończenia stało się osiągnięciem samym w sobie.

Nasze kliniczne doświadczenie nasuwa poważne wątpliwości odnośnie korzyści oferowanej pacjentom borderline przez homogeniczne grupy krótkoterminowe. Taka grupa zwykle charakteryzuje się niską zdolnością radzenia sobie ze stresem, małą możliwością konstruktywnego wzorowania się na innych, oraz niezdolnością szybkiego rozwijania norm grupowych, które są niezbędne do jednoczenia i spójności grupy. Wydaje się, że jeden pacjent borderline w heterogenicznej grupie złożonej z osób z zaburzeniami nerwicowymi i z umiarkowanie do średnio nasilonymi zaburzeniami charakteru, nie utrudniałby formowania grupy oraz mógłby otrzymać istotnie więcej wsparcia a także mieć więcej okoliczności do wzorowania się na zdrowszych współtowarzyszach. Interakcje w takiej grupie nie wykazują zazwyczaj paranoidalnego rysu, tak charakterystycznego dla grup złożonych wyłącznie z pacjentów z zaburzeniem osobowości typu borderline. Co więcej, indywidualni członkowie mieliby wyższe progi tolerancji - co skutkowałoby większą receptywnością i mniej przerażającym charakterem otoczenia, co z kolei zmniejszałoby defensywność i zachęcało do otwierania się.

Ani same homogenne, ani heterogenne krótkoterminowe grupy psychoterapeutyczne nie mogą być rozwiązaniem w leczeniu pacjentów z ciężkimi zaburzeniami osobowości typu borderline, jednak te ostatnie, użyte z rozważą mogą stać się ważnym dopełnieniem we wszechstronnym leczeniu zaburzeń typu borderline. Co więcej, specyficzne rodzaje interwencji mogą wynikać z dalszych eksperymentów z technikami i zmian zmiennych w krótkoterminowym leczeniu grupowym pacjentów borderline.

Autor chciałby podziękować Dr S. Camenietzki za jego pomocne rady. Składowe badawcze tego przedsięwzięcia były częściowo wspierane przez grant NIMH No MH40286-02, przeznaczony dla Dr Elsa Marziali, konsultanta metodologicznego autora.

Piśmiennictwo

1. Spontnitz H. The borderline schizophrenic in group psychotherapy: the importance of individualization. *International Journal of Group Psychotherapy*. 1957; 33 (1): 29 - 47.
2. Salvendy JT. Training, leadership and group composition: a review of the crucial variables. *Group Analyses*. 1985; 18 (2):132 - 141.
3. Aronson TA. Historical perspectives on borderline concept: a review and critique. *Psychiatry*. 1985; 48: 209-22.
4. Gunderson JG, Singer MT. Defining borderline patients: an overview. *Amer Jou Psychiatry*. 1975; 132(1): 1-10.
5. DSM-III (1980), 3rd edn. Amer Psychiatr Assoc, pp. 321-3.
6. Kaplan CA. The challenge of working with patients diagnosed as having a borderline personality disorder. *Nursing clinics of North America*. 1986; 21(3): 429-38.
7. Scheidlinger S, Pyrke M. Group psychotherapy of women with severe dependency problems. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1961; 31 (4): 776 -b785.
8. Horwitz L. Group psychotherapy for borderline and narcissistic patients. *Bull Menninger Clinic*. 1980; 44(2): 181-200.
9. Dies RR. Leadership in short-term group therapy: manipulation or facilitation? *Int Jou Group Psychother*. 1985; 35(3): 435-55.
10. Masterson JF. *Psychotherapy of the borderline adult*. New York: Brunner/Mazel, 1976.
11. Waldinger RJ. Intensive psychodynamic therapy with borderline pstients: an overview. *American Journal of Psychiatry*. 1987; 144 (3): 267 - 274.
12. Glatzer HT. The working alliance in analytic group psychotherapy. *Int Jou Group Psychother*. 1978; 28:147-61.
13. Stone WN, Gustafson JP. Technique in group psychotherapy of narcissistic and borderline patients. *International Journal of Group Psychotherapy*. 1982; 32 (11): 29 - 47.
14. Munroe-Blum H, Marziali E. Time limited group psychotherapy for borderline patients. *Can Jou Psychother*. 1988; 33: 364 - 369.
15. MacAskill ND. Therapeutic factors in group psychotherapy with borderline patients. *Int Jou Group Psychother*. 1982; 32(1):61-73.

Autor jest nauczycielem psychoterapii grupowej w Department of Psychiatry, University of Toronto. Jest kierownikiem Psychiatric Outpatients Services w St Michael's Hospital i przewodniczącym-założycielem Canadian Group Psychotherapy Association.

Zapraszamy Czytelników do dyskusji na naszym Forum - wątek dyskusyjny dla tego artykułu:

http://www.psychiatriapsychoterapia.pl/index.php?a=forum_list&p=view&id=462