



DIO

I.

POVIJEST, TEORIJA I ISTRAŽIVANJA



1.
POGLAVLJE

Pregled kognitivne terapije poremećaja ličnosti

O terapiji pacijenata s različitim poremećajima ličnosti piše se u kliničkoj literaturi od početaka pisane povijesti psihoterapije. Freudovi klasični slučajevi Anne O (Breuer i Freud, 1893-1895/1955) i Čovjeka štakora (Freud, 1909/1955) mogu se ponovno dijagnosticirati uz današnje kriterije kao poremećaji ličnosti. S razvojem prvog Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje (DSM-I) Američke psihijatrijske udruge (1952) pa do današnje verzije istog priručnika (DSM-IV-TR; Američka psihijatrijska udruga, 2000), definicije i parametri za razumijevanje ovih ozbiljnih i kroničnih stanja postupno su se proširivali i dorađivali. Opća literatura o psihoterapijskom tretmanu poremećaja ličnosti pojavila se tek nedavno, ali brzo raste. Glavna teorijska orijentacije u literaturi o tretmanu poremećaja ličnosti bila je, sve donedavno, psihoanalitička (Chatham, 1985; Goldstein, 1985; Horowitz, 1977; Kernberg, 1975, 1984; Lion, 1981; Masterson, 1985; Reid, 1981; Saul i Warner, 1982; Waldinger i Gunderson, 1987).

KOGNITIVNO-BIHEVIORALNI PRISTUP POREMEĆAJIMA LIČNOSTI

U novije vrijeme, bihevioralni (Linehan, 1987a, 1993; Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon i Heard, 1991) i kognitivno-bihevioralni terapeuti (Fleming i Pretzer, 1990; Freeman, Pretzer, Fleming i Simon, 1990; McGinn i Young, 1996; Pretzer i Beck, 1996) osmislili su i razvili kognitivno-bihevioralni terapijski pristup poremećajima ličnosti. Kad su prvi put uvedeni u liječenje afektivnih poremećaja, kognitivni pristupi preuzeli su ideje “ego analitičara”, koje

KOGNITIVNA TERAPIJA POREMEĆAJA LIČNOSTI

su proizišle iz radova Adlera, Horney, Sullivana i Frankla. Premda su njihove terapijske inovacije smatrane radikalnima od strane psihoanalitičara, najranije kognitivne terapije bile su umnogome “terapije uvidom”, po tome što su se u terapiji koristile izrazito introspektivne tehnike načinjene tako da promijene pacijentovu vanjsku “ličnost” (Beck, 1967; Ellis, 1962). Beck, Ellis i njihovi suradnici bili su među prvima koji su koristili širok raspon bihevioralnih terapijskih tehnika, uključujući strukturirane, in vivo domaće zadatke. Oni su uporno naglašavali utjecaj kognitivnih i bihevioralnih tehnika ne samo na simptome, već također na kognitivne “sheme” ili kontrolirajuća vjerovanja. Sheme predstavljaju upute koje usmjeravaju žarište, smjer i kvalitetu svakodnevnog života i posebnih događaja.

Teoretičari kognitivne terapije i psihoanalitičari koncepcijski se slažu u shvaćanju da je obično produktivnije prepoznati i promijeniti “bazične” probleme u tretmanu poremećaja ličnosti. Ove se dvije perspektive razlikuju u svome gledištu na prirodu ovih bazičnih struktura, a razlika je u tome što psihoanalitička perspektiva gleda na ove strukture kao na nesvjesne, koje pacijentu nisu lako dostupne. Kognitivna perspektiva drži da su produkti ovih procesa velikim dijelom u području svjesnog (Ingram i Hollon, 1986), a uz posebne strategije da mogu postati još dostupnije svijesti. Disfunkcionalni osjećaji i ponašanje (prema teoriji kognitivne terapije) velikim su dijelom u funkciji određenih shema koje stvaraju dosljedno pristrane procjene i, s tim u vezi, sklonost činjenju kognitivnih pogrešaka u određenoj vrsti situacija. Osnovna premisa modela kognitivne terapije jest da je upravo atribucijska pristranost, a ne motivacijska pristranost ili pristranost u reagiranju, glavni izvor disfunkcionalnog afekta i ponašanja kod odraslih (Hollon, Kendall i Lumry, 1986; Zwemer i Deffenbacher, 1984). Drugi su radovi pokazali da su klinički značajni kognitivni modeli povezani s psihopatologijom kod djece na način koji odgovara kognitivnim i afektivnim modelima veza koji se obično nalaze kod odraslih (Quay, Routh i Shapiro, 1987; Ward, Friedlander i Silverman, 1987) i da učinkovita kognitivna terapija može slijediti slične postavke kod djece i odraslih (DiGiuseppe, 1989).

Rijetko su kad problemi ličnosti glavna pritužba pacijenata koji dolaze na liječenje. Obično teškoće s depresijom, anksioznošću ili vanjskim situacijama natjeraju bolesnika na liječenje. Bolesnici s poremećajima ličnosti često primjećuju teškoće s kojima se susreću u ophođenju s drugim ljudima kao neovisne o njihovu ponašanju ili sudjelovanju. Oni često opisuju da su žrtve drugih ili, šire, “sustava”. Ovi bolesnici obično nemaju ideja o tome kako su oni postali takvima kakvi jesu, kako oni pridonose svojim vlastitim problemima ili kako da to promijene. Drugi bolesnici su u velikoj mjeri svjesni autodestruktivnih elemenata svojih problema (npr. pretjerana ovisnost, inhibiranost ili pretje-

I. DIO / 1. Pregled kognitivne terapije poremećaja ličnosti

rano izbjegavanje), no nisu svjesni aspekata ličnosti ili uloge osobne volje u promjeni.

Heuristični znakovi koji mogu upućivati na mogućnost problema na osi II uključuju sljedeće scenarije:

1. Sam pacijent ili njemu bliska osoba navodi: “Oh, on/ona to radi oduvijek, otkad je bio/bila malo dijete” ili pacijent kaže: “Ja sam oduvijek takav”.
2. Pacijent ne surađuje s terapijskim programom. Premda je nesuradnja česta kod mnogih problema, zbog različitih razloga, ustrajna nesuradnja treba potaknuti daljnje istraživanje obilježja na osi II.
3. Čini se da je terapija iznenada stala bez pravog razloga. Kliničar koji radi s ovakvim pacijentom može često pomoći pacijentu da umanjí probleme anksioznosti ili depresivnosti, da bi ga u daljnjem terapijskom radu zaustavio poremećaj ličnosti.
4. Izgleda da je pacijent potpuno nesvjestan učinaka vlastitog ponašanja na druge. Ovi pacijenti opisuju reakcije drugih, ali ne navode provokacije ili disfunkcionalna ponašanja kojima bi oni mogli pridonijeti.
5. Pacijent hvali na riječima zadatke u terapiji iskazujući interes i namjeru da se promijeni, ali ne slijedi dogovorene aktivnosti. Važnost promjene se priznaje, no pacijent uspijeva izbjeći bilo kakve stvarne promjene.
6. Pacijentovi problemi ličnosti njemu/njoj se čine prihvatljivi i prirodni. Pacijent vidi svoje probleme kao temeljni aspekt svog “selfa” (sebstva, jastva) i daje izjave kao što su: “To je ono što sam ja; takav sam oduvijek bio/bila. Ne mogu ni zamisliti da budem drugačiji”.

Akcije koje terapeut vidi kao dokaze poremećaja na osi II mogu predstavljati funkcionalno ponašanje pacijentu u različitim životnim situacijama. Međutim, ovakvo funkcioniranje u jednoj situaciji može uzrokovati velike osobne probleme u drugim područjima – na primjer, kompjutorska programerka, perfekcionista, radi marljivo na poslu, no uz malo zadovoljstva poslom. Na poslu je bila pod pritiskom zbog kašnjenja u završetku zadatka, te općenito izolirana od drugih zbog rada do kasno u noć i tijekom vikenda, kako bi posao napravila prema svojim “standardima”. Njezine kompulzivne crte ličnosti bile su u školi nagrađivane jer su joj učitelji davali najbolje ocjene, najviše pažnje i najveća priznanja za izniman uspjeh, utemeljen na njezinu preciznom i izvanrednom radu. Drugi pacijent, 66-godišnji vojni veteran s opsesivno-kompulzivnim i ovisnim poremećajem ličnosti, rekao je: “Najbolje vrijeme u mom životu bila je vojska. Nisam morao brinuti o tome što obući, što raditi, kamo ići ili što jesti.”

Njegova usmjerenost na pravila i suglašavanje s redom pomogli su u uspješnoj karijeri u vojnoj službi, no činili su civilnu prilagodbu mnogo težom.

Kad se uzme kronična priroda problema pacijenata s poremećajima ličnosti i cijena koju plaćaju glede izolacije, ovisnosti o drugima ili vanjskih sankcija, može se pitati zbog čega se ovakva disfunkcionalna ponašanja održavaju. Ona mogu izazvati probleme na poslu, u školi, u osobnom ili obiteljskom životu. U nekim primjerima, njih potkrepljuje društvo (npr. izreka “uvijek učini najbolje”). Često, prisilne sheme za koje bolesnik “zna” da su pogrešne najotpornije su na promjenu. Čini se da su dva čimbenika najvažnija u objašnjavanju ustrajnog pridržavanja disfunkcionalnih shema. Prvo, kao što je DiGiuseppe (1986) istaknuo, problem može dijelom biti posljedica teškoća koje ljudi imaju (uključujući i znanstveno usmjerene terapeute) u “promjeni paradigme” od kad točne hipoteze prema manje poznatoj. Drugo, kao što je naveo Freeman (1987; Freeman i Leaf, 1989), ljudi često pronalaze načine kako da se prilagode i izvuku koristi iz u osnovi pristranih shema koje ograničavaju ili otežavaju njihovu dugoročnu sposobnost nošenja s izazovima života. Što se tiče promjene paradigme, DiGiuseppe (1989) preporučuje terapijsko korištenje različitih primjera pogrešaka koje određena shema izaziva, kako bi se njezin pristrani učinak vidio u učincima na važna područja bolesnikova života. Nadalje, treba opetovano razjašnjavati posljedice nepristranih alternativnih mogućnosti.

Drugi problem nije tako lako rješiv. Kad bolesnici prilagode svoje živote kako bi kompenzirali svoju anksioznost, na primjer, promjena neminovno zahtijeva suočavanje s anksioznošću i promjenu njihove ranije prilagodbe. Ovakav je stav obično teško prihvatiti. Uzmite, na primjer, kompulzivnu kompjutorsku programerku koju smo spomenuli. Uzimajući u obzir pacijentičinu anamnezu i opću prilagodbu u životu, nećemo od nje očekivati da traži ili prihvati domaće zadatke koje uključuju rizik od pravljenja pogrešaka ili izvođenje zadataka tako da budu jedva prihvatljivi. Prije nego se ona prihvati ovakvih terapijskih zadataka, terapeut treba očekivati da prethodno preoblikuje njezina početna očekivanja o ciljevima terapije, vremenskom tijeku i postupcima u terapiji; da joj pomogne da postigne neke brže i praktičnije ciljeve; te da razvije suradni odnos s uzajamnim povjerenjem i poštovanjem.

Nesretna životna anamneza može pridonijeti prisilnoj kvaliteti pristranih shema i razvoju poremećaja ličnosti. Jedan nam primjer dolazi iz podataka koje su iznijeli Zimmerman, Pfohl, Stangl i Coryell (1985). Oni su istraživali uzorak žena koje su bile hospitalizirane zbog akutne depresivne epizode, dijagnosticirane kao poremećaj na osi I u DSM-III. Kad su svoj uzorak podijelili u tri skupine, koje su se razlikovale prema težini negativnih životnih događaja ili psihosocijalnih stresora (os IV), sve su tri skupine bile slične na mjerama simptoma depresije. Unatoč sličnosti po simptomima kojima se prezentiraju, ove

su se tri skupine značajno razlikovale prema težini i problemima u liječenju. Među pacijenticama koje su pokušale samoubojstvo tijekom istraživanja, kod 30% učestalost pokušaja suicida bila je četiri puta viša u skupini s visokim stresorom u odnosu na one s niskim. Poremećaji ličnosti bili su prisutni kod 84,2% onih iz skupine s visokim stresorom, 48,1% u skupini s umjerenim stresorima i svega 28,6% u skupini s niskim stresorima. Istraživači su interpretirali rezultat da su učestali negativni životni događaji povezani s poremećajem ličnosti i težinom, na način da su smatrali da je to barem jednim dijelom zbog kroničnosti događaja i bolesnikovih reakcija na ovu kroničnosti. Ako se neuobičajena učestalost negativnih događaja pojavi u nečijem životu, velika je vjerojatnost razvoja pesimističnih tendencija o sebi, svijetu i budućnosti. I suprotno tome, osobe koje su uspješno izbjegle ili pobjegle od životnih stresora mogu živjeti u sigurnom osobnom svijetu i mogu imati niske stope klinički uočljivih poremećaja ličnosti.

Učinkovitost kognitivne terapije u bilo kojem trenutku ovisi o stupnju u kojem su bolesnikova očekivanja terapijskih ciljeva u suglasju s onima njegova terapeuta (Martin, Martin i Slemmon, 1987). Uzajamno povjerenje i prihvaćanje bolesnikovih zahtjeva od strane terapeuta važni su (Wright i Davis, 1994), kao što su važni u svim medicinskim uvjetima (Like i Zyzanski, 1987). Zajednička priroda postavljanja ciljeva jedno je od najvažnijih obilježja kognitivne terapije općenito (Beck, Rush, Shaw i Emery, 1979; Freeman i sur., 1990). Jedno od najvažnijih promišljanja u radu s pacijentima s poremećajima ličnosti jest očekivanje anksioznosti koju će izazvati terapijski proces koji dovodi u pitanje njihov identitet i osjećaj selfa. I premda njihova struktura shema može biti nenagrađujuća i usamljena, promjena znači da se ovi pacijenti nalaze na novom terenu, koji im je stran. Od njih se traži ne samo da promijene jednostavan slijed ponašanja ili da promijene svoju percepciju, već da odustanu od onoga što jesu i kako se vide već niz godina, u različitim okolnostima. Bitno je shvatiti da će ovo zasigurno izazvati anksioznost, te oba, i pacijent i terapeut, moraju znati za ovu mogućnost. Da bi se odgovorilo na ovakvu situaciju, mogu se koristiti različiti načini rješavanja anksioznosti (npr. Beck i Emery, s Greenbergom, 1985), uključujući smiren, pouzdan i uvjeravajući pristup od strane terapeuta (vidjeti 5. poglavlje).

Strategije koje učinkovito djeluju kod pacijenata s poremećajima ličnosti mogu se definirati kao tripartitni pristup. Korištenje strogo kognitivnog pristupa i pokušati logično odijeliti pacijente od njihovih iskrivljavanja neće funkcionirati. Abreakcije pacijenta na samoj seansi na zamišljanja i prisjećanja, same za sebe, također neće biti učinkovite. Razvoj toplog, podupirućeg i dostupnog odnosa s pacijentom nije dovoljan za promjenu bihevioralnih, kognitivnih i afektivnih elemenata disfunkcionalnih shema. Mi smatramo da je

bitno djelovati na sva tri područja (kognitivnom, bihevioralnom i afektivnom) i koristiti tri komponente liječenja (kognitivnu, ekspresivnu i odnosnu).

KLINIČKA I EMPIRIJSKA ISTRAŽIVANJA

Kad je objavljeno prvo izdanje ove knjige, istraživanja uloge kognicije kod poremećaja ličnosti i učinkovitosti kognitivne terapije kao tretmana za poremećaje ličnosti, bila su u povojima. Postojalo je mnogo kliničkih opisa vezanih uz kognitivnu terapiju poremećaja ličnosti, no mali broj empirijskih istraživanja. Proteklih godina, situacija se značajno popravila. Još uvijek postoji potreba za novim empirijskim istraživanjima, no danas imamo zavidan broj empirijskih istraživanja kognitivnih postavki poremećaja ličnosti i učinkovitosti kognitivne terapije kao metode tretmana osoba s poremećajima ličnosti.

Valjanost kognitivnog shvaćanja poremećaja ličnosti

Kognitivno shvaćanje poremećaja ličnosti novijeg je datuma, te su, sukladno tome, dosad objavljena malobrojna istraživanja valjnosti ovih shvaćanja. U dva ranija istraživanja ispitivan je sveukupan odnos između disfunkcionalnih kognicija i poremećaja ličnosti. O'Leary i suradnici (1991) ispitivali su disfunkcionalna vjerovanja i pretpostavke kod graničnog poremećaja ličnosti. Ispitanici s graničnim poremećajem ličnosti imali su značajno više rezultate pri mjerenju ukupnog stupnja disfunkcionalnih vjerovanja u odnosu na zdrave pojedince kontrolne skupine, a njihovi su rezultati bili među najvišima od svih dijagnostičkih skupina objavljenih do tada. Nadalje, njihovi rezultati nisu bili u vezi s prisutnošću ili odsutnošću istodobno prisutne velike depresije, anamneze ranijih velikih depresija ili kliničkim stanjem. U drugom istraživanju, Gasperini i suradnici (1989) istraživali su odnos između poremećaja raspoloženja, poremećaja ličnosti, Upitnika automatskih misli (Automatic Thoughts Questionnaire – ATQ) i Sheme samokontrole (Self Control Schedule – SCS), putem faktorske analize. Oni su utvrdili da je prvi čimbenik koji se pojavio u faktorskoj analizi čestica iz ATQ-a i SCS-a odražavao prisutnost “sklopa B” poremećaja ličnosti (narcistični, histrionični, granični i antisocijalni), dok je drugi čimbenik odražavao prisutnost “sklopa C” poremećaja ličnosti (kompulzivni, ovisni, izbjegavajući i pasivno-agresivni). Premda “sklop A” poremećaja ličnosti (paranoidni, shizoidni i shizotipni) nije bio povezan ni sa nijednim od čimbenika koji su se pokazali u faktorskoj analizi, malo je ispitanika u ovom istraživanju dobilo dijagnoze iz sklopa A, te odsutnost veze može biti posljedica upravo ove činjenice. Oba ova rana istraživanja daju potporu općem pri-

jedlogu da disfunkcionalne kognicije igraju ulogu kod poremećaja ličnosti, no ona imaju ograničeno značenje za shvaćanja prikazana u ovoj knjizi jer u njima nije ispitivan specifičan odnos između disfunkcionalnih kognicija i poremećaja ličnosti kakav su pretpostavili suvremeni autori.

U novijim je istraživanjima ispitivan odnos između sklopa vjerovanja za koja se pretpostavlja da igraju ulogu kod svakog od poremećaja ličnosti (Beck, Freeman i suradnici, 1990; Freeman i sur., 1990) i dijagnostičke kategorije. Arntz, Dietzel i Dreesen (1999) su utvrdili da podljestvica Upitnika vjerovanja poremećaja ličnosti (Personality Disorder Beliefs Questionnaire) za koju se pretpostavilo da sadrži vjerovanja karakteristična za granični poremećaj ličnosti zaista i razlikuje ispitanike s graničnim poremećajem ličnosti od ispitanika s poremećajima ličnosti iz sklopa C. Beck i sur. (2001) su koristili sličan instrument, Upitnik osobnih vjerovanja (Personality Belief Questionnaire), koji sadrži devet ljestvica osmišljenih za ocjenu vjerovanja za koja se smatra da igraju ulogu kod svakog od devet poremećaja ličnosti iz DSM-III. Oni su utvrdili da kod izbjegavajućeg, ovisnog, opsesivno-kompulzivnog, narcističnog i paranoidnog poremećaja ličnosti, ispitanici s određenim poremećajem ličnosti daju prednost vjerovanjima za koja se smatra da igraju ulogu kod tog poremećaja i pokazuju značajno više rezultate na odgovarajućoj podljestvici u odnosu na psihijatrijske bolesnike bez poremećaja ličnosti. Drugi poremećaji ličnosti nisu bili uključeni u ovo istraživanje zbog malog broja ispitanika. Ovi rezultati potvrđuju hipotezu da su disfunkcionalna vjerovanja povezana s poremećajima ličnosti na načine koji su u suglasju s kognitivnom teorijom, ali ne pružaju osnovu za zaključivanje o uzročnosti ili učinkovitosti kognitivne terapije kao metode tretmana za osobe s poremećajima ličnosti.

Učinkovitost kognitivne terapije kod poremećaja ličnosti

Kognitivna se terapija pokazala učinkovitom metodom liječenja za različite poremećaje na osi I. Međutim, istraživanja učinkovitosti kognitivno-bihevioralnog pristupa u tretmanu osoba s poremećajima ličnosti su malobrojnija. Tablica 1.1 daje pregled dostupnih dokaza vezano uz učinkovitost kognitivno-bihevioralnih intervencija kod osoba kojima je dijagnosticiran poremećaj ličnosti. Iz ove je tablice odmah vidljivo da postoje brojni nekontrolirani klinički prikazi koji potvrđuju da kognitivno-bihevioralna terapija može biti učinkovita metoda tretmana poremećaja ličnosti. Međutim, mnogo je manje kontroliranih istraživanja ishoda koja bi poduprla ovakve pretpostavke, što je neke dovelo do toga da su se zabrinuli oko rizika povezanih s brzim širenjem teorije i prakse koja nadmašuju empirijska istraživanja (Dobson i Pusch, 1993). Nasreću, ipak posjedujemo određenu empirijsku potporu za današnju kliničku praksu.

Tablica 1.1 Učinkovitost kognitivno-bihevioralnog tretmana poremećaja ličnosti

Poremećaj ličnosti	Nekontrolirana klinička izvješća	Istraživanja jednog slučaja	Istraživanja poremećaja ličnosti na ishod liječenja	Kontrolirana istraživanja ishoda
Antisocijalni	+	-	+	a
Izbjegavajući	+	+	±	±
Granični	±	-	+	±
Ovisni	+	+	+	
Histrionični	+		-	
Narcistični	+	+		
Opsesivno-kompulzivni	+	-		
Paranoidni	+	+		
Pasivno-agresivni	+		+	
Shizoidni	+			
Shizotipni				

Napomena. + kognitivno-bihevioralne intervencije pokazale su se učinkovitim; - kognitivno-bihevioralne intervencije nisu se pokazale učinkovitim; ± različiti rezultati. ^aKognitivno-bihevioralne intervencije bile su učinkovite kod ispitanika s antisocijalnim poremećajem ličnosti samo kad su osobe na početku bile depresivne.

Učinci komorbiditeta poremećaja ličnosti na liječenje poremećaja na osi I

Mnogo ljudi s poremećajima ličnosti dođe na liječenje jer traže pomoć vezano uz poremećaje na osi I i nisu posebno zainteresirani za liječenje poremećaja na osi II. Je li moguće liječiti problem na osi I bez uzimanja u obzir poremećaja na osi II? Vrlo je malo istraživanja koja su ispitala učinkovitost kognitivno-bihevioralnog tretmana poremećaja na osi I kod osoba kojima je također dijagnosticiran i poremećaj ličnosti. U velikom broju istraživanja utvrđeno je da prisutnost dijagnoze na osi II u velikoj mjeri umanjuje učinkovitost liječenja. Na primjer, Turner (1987) je utvrdio da se bolesnici sa socijalnom fobijom, bez poremećaja ličnosti, značajno poboljšavaju nakon 15-tjednog grupnog liječenja socijalne fobije i održavaju uspješnost na praćenju nakon godine dana. Međutim, bolesnici s dijagnozama poremećaja ličnosti uz socijalnu fobiju pokazali su malo ili nimalo poboljšanja nakon liječenja i na praćenju nakon godine dana. Slično tome, Mavissakalian i Hamman (1987) su utvrdili da je 75% agorafobičnih ispitanika koji su ocijenjeni niskim vrijednostima karakteristika poremećaja ličnosti dobro reagiralo na vremenski ograničeno bihevioralno i farmakološko liječenje agorafobije, dok je samo 25% ispitanika koji su ocijenjeni da imaju visoke vrijednosti karakteristika poremećaja ličnosti reagiralo

na isto liječenje. Druga istraživanja su pokazala da ispitanici s poremećajima ličnosti, uz probleme na osi I reaguju na kognitivni-bihevioralni tretman, ali reaguju mnogo sporije (Marchand, Goyer, Dupuis i Mainguy, 1998).

Međutim, druga istraživanja pokazuju da je utjecaj komorbidnih poremećaja ličnosti na liječenje poremećaja na osi I mnogo složenije od ovoga. Neka su istraživanja pokazala da prisutnost dijagnoze poremećaja ličnosti ne utječe na ishod (Dreesen, Arntz, Luttel i Sallaerts, 1994) ili da ispitanici s dijagnozama poremećaja ličnosti imaju mnogo težu simptomatologiju, no reaguju jednako dobro na liječenje (Mersch, Jansen i Arntz, 1995). Druga su istraživanja pokazala da dijagnoze poremećaja ličnosti utječu na ishod jedino pod određenim okolnostima (Fahy, Eisler i Russell, 1993; Felske, Perry, Chambless, Renneberg i Goldstein, 1996; Hardy i sur., 1995), da klijenti s poremećajima ličnosti češće prijevremeno prekidaju liječenje, no da oni koji ustraju u liječenju mogu biti liječeni jednako učinkovito (Persons, Burns i Perloff, 1988; Sanderson, Beck i McGinn, 1994), te da su neki poremećaji ličnosti prediktor lošijeg ishoda, ali da drugi to nisu (Neziroglu, McKay, Todaro i Yaryura-Tobias, 1996). Kuyken, Kurzer, De Rubeis, Beck i Brown (2001) su utvrdili da nije prisutnost dijagnoze poremećaja ličnosti sama za sebe bila ta koja je utjecala na ishod, već da je prisutnost neprilagođenih izbjegavajućih i paranoidnih vjerovanja predviđala lošiji ishod liječenja.

Zanimljivo je da neka istraživanja pružaju dokaze da liječenje usmjereno na poremećaje na osi I ima korisne učinke i na komorbidne poremećaje na osi II. Na primjer, u njihovu istraživanju liječenja agorafobije, Mavissakalian i Hamman (1987) su utvrdili da četvero od sedmero ispitanika koji su na početku zadovoljavali dijagnostičke kriterije za pojedinačne dijagnoze poremećaja ličnosti prije tretmana, nakon tretmana nisu više zadovoljavali kriterije za dijagnoze poremećaja ličnosti. Za razliku od toga, ispitanici kojima je bilo dijagnosticirano više od jednog poremećaja ličnosti nisu pokazali takvo poboljšanje.

Kad ih uzmemo zajedno, rezultati ovih istraživanja govore da je kognitivno-bihevioralno liječenje poremećaja na osi I, kad je istodobno prisutan i poremećaj na osi II katkad neučinkovito, katkad učinkovito, a katkad dolazi do poboljšanja poremećaja na osi II. Malo se zna o čimbenicima koji određuju hoće li liječenje poremećaja na osi I biti učinkovito ili ne. Jedno od velikih ograničenja ovih istraživanja koja su ispitivala učinkovitost kognitivno-bihevioralnog liječenja poremećaja na osi I kod osoba koje su također imale i poremećaj ličnosti jest da pristupi u liječenju korišteni u ovim istraživanjima obično nisu uzimali u obzir prisutnost poremećaja ličnosti. Time ostaje neodgovorenim pitanje bi li protokoli liječenja osmišljeni tako da u obzir uzmu i prisutnost poremećaja ličnosti pokazali veću učinkovitost.

Nekontrolirana istraživanja kognitivno-bihevioralnog liječenja poremećaja na osi II

Velik je broj istraživanja bio usmjeren posebno na kognitivno-bihevioralni tretman osoba s poremećajima ličnosti. Turkat i Maisto (1985) su koristili niz istraživanja u obliku prikaza pojedinačnih slučajeva da bi istražili učinkovitost individualiziranog kognitivno-bihevioralnog tretmana poremećaja ličnosti. Njihova istraživanja daju dokaze da se neki klijenti s poremećajima ličnosti mogu uspješno liječiti, no istraživači nisu bili uspješni u liječenju mnogih od ispitanika u ovom istraživanju.

U jednom novijem istraživanju pokušala se provjeriti učinkovitost pristupa intervencijama kakav zagovaraju Beck i suradnici (1990) korištenjem niza pojedinačnih slučajeva uz opetovana mjerenja (Nelson-Gray, Johnson, Foyle, Daniel i Harmon, 1996). Devetorici ispitanika iz ovog istraživanja bio je dijagnosticiran veliki depresivni poremećaj, te jedan ili više istodobno prisutnih poremećaja ličnosti. Svaki je ispitanik ocjenjivan prije terapije, poslije terapije, te nakon 3 mjeseca praćenja, na razinu depresije i broj dijagnostičkih kriterija koji su zadovoljeni za njegov primarni poremećaj ličnosti. Nakon 12 tjedana liječenja, šest od osam ispitanika koji su završili tromjesečno praćenje pokazalo je značajno smanjenje u razini depresivnosti, dva su ispitanika pokazala značajno smanjenje na obje mjere simptomatologije poremećaja ličnosti, dva nisu pokazala poboljšanje ni na jednoj mjeri, a četvero ih je imalo mješovite rezultate. Kao što autori navode, 12 tjedana je mnogo kraći tijekom liječenja od onoga za koje bi Beck i suradnici (1990) očekivali da bi bili potrebni za većinu klijenata s poremećajima ličnosti.

Konačno, Springer, Lohr, Buchtel i Silk (1995) navode da kratkotrajna kognitivno-bihevioralna grupna terapija dovodi do značajnog poboljšanja u uzorku hospitaliziranih ispitanika s različitim poremećajima ličnosti, a da kasnija analiza podgrupe ispitanika s graničnim poremećajem ličnosti pokazuje slične rezultate. Oni također navode da su klijenti ocijenili grupu kao korisnu za njihov život izvan bolnice.

Formalna istraživanja ishoda kognitivno-bihevioralnog liječenja poremećaja na osi II

Najmanje su tri poremećaja ličnosti istraživana kontroliranim istraživanjima ishoda. U istraživanju liječenja ovisnika o opijatima metadonskim programom održavanja, Woody, McLellan, Luborsky i O'Brien (1985) su utvrdili da su ispitanici koji zadovoljavaju dijagnostičke kriterije iz DSM-III za veliku depresiju i antisocijalni poremećaj ličnosti reagirali dobro i na kognitivnu terapiju i na suporitivno-ekspresivnu psihoterapiju sistematiziranu prema Luborskom

(Luborsky, McLellan, Woody, O'Brien i Auerbach, 1985). Ispitanici su pokazali statistički značajno poboljšanje na 11 od 22 korištene varijable ishoda, uključujući psihijatrijske simptome, upotrebu droge, zaposlenost i nezakonite aktivnosti. Ispitanici koji su zadovoljavali kriterije za antisocijalni poremećaj ličnosti, ali ne i za veliku depresiju, pokazali su slabo reagiranje na terapiju i poboljšali su se na samo 3 od 22 varijable. Ovakav obrazac rezultata održao se i nakon 7 mjeseci praćenja. Premda su ispitanici kojima nije dijagnosticiran antisocijalni poremećaj ličnosti reagirali na liječenje bolje od sociopata, depresivni sociopati imali su tek neznatno lošije rezultate od nesociopata, no nedeprisivni sociopati su imali značajno lošije rezultate.

Rana istraživanja liječenja izbjegavajućeg poremećaja ličnosti pokazala su da i kratkotrajno uvježbavanje socijalnih vještina i uvježbavanje socijalnih vještina u kombinaciji s kognitivnim intervencijama imaju podjednaku učinkovitost u povećanju učestalosti socijalnih interakcija i smanjivanju socijalne anksioznosti (Greenberg i Stravynski, 1985; Stravynski, Marks i Yule, 1982). Na početku, podjednaka učinkovitost ova dva modela liječenja u ovom je istraživanju intepretirana da pokazuje "nedostatak vrijednosti" kognitivnih intervencija (Stravynski i sur., 1982). Međutim, valja naglasiti da su ova dva modela liječenja bila jednako učinkovita, da je sva liječenja proveo jedan terapeut (koji je istodobno bio i glavni istraživač), te da je korištena samo jedna od brojnih mogućih kognitivnih intervencija (rasprava o iracionalnim vjerovanjima). U sljedećem istraživanju, Greenberg i Stravynski (1985) navode da strah osobe s izbjegavajućim poremećajem od podsmjeha čini se da pridonosi prijevremenom prekidu u mnogim slučajevima, te oni sugeriraju da bi intervencije koje mijenjaju odgovarajuće aspekte klijentove kognicije mogle značajno pridonijeti učinkovitosti intervencija. U jednom novijem istraživanju ishoda (Felske i sur., 1996) utvrđeno je da su se bolesnici s izbjegavajućim poremećajem ličnosti značajno poboljšali uz kognitivno-bihevioralni pristup liječenju koji je utemeljen na izlaganju. Međutim, ovi su bolesnici bili lošijeg funkcioniranja od bolesnika sa socijalom fobijom koji nisu zadovoljavali kriterije za izbjegavajući poremećaj ličnosti. Unatoč njihovu poboljšanju tijekom liječenja, bolesnici s izbjegavajućim poremećajem i dalje su bili lošijeg funkcioniranja od onih sa socijalnom fobijom koji su liječeni istom metodom. Autori smatraju da komorbidna depresija može jednim dijelom objasniti ovakvo ograničeno reagiranje na liječenje.

Dijalektička bihevioralna terapija je kognitivno-bihevioralni pristup liječenju koji su Linehanova i njezine kolege razvili posebno za liječenje graničnog poremećaja ličnosti (Linehan, 1987a, 1987b, 1993). U ovom pristupu, kombinira se kognitivno-bihevioralna perspektiva s konceptima koji su proizašli iz dijalektičkog materijalizma i budizma. Rezultat je složeni teorijski model

i suvremeni kognitivno-bihevioralni pristup liječenju usmjeren na rješavanje problema. On uključuje naglasak na suradnji, uvježbavanju vještina i razjašnjavanju slučajnosti i upravljanju, uz velik broj obilježja osmišljenih za rješavanje pitanja za koja se drži da su važna u liječenju osoba s graničnim poremećajem ličnosti (za detaljniji prikaz ovog pristupa liječenju vidjeti Linehan, 1993).

U nizu radova (Linehan i sur., 1991; Linehan, Heard i Armstrong, 1993; Linehan, Tutek i Heard, 1991) Linehanova i njezini suradnici izvijestili su o kontroliranoj usporedbi učinaka dijalektičke bihevioralne terapije s učincima “uobičajenog liječenja” u zdravstvenom sustavu u zajednici na uzorku kronično parasuicidalnih graničnih bolesnika. Nakon jedne godine liječenja, bolesnici u dijalektičkoj bihevioralnoj terapiji imali su značajno nižu stopu odustajanja i značajno manje samoozljeđujućeg ponašanja od ispitanika na “uobičajenom liječenju” (Linehan i sur., 1991). Ispitanici u dijalektičkoj bihevioralnoj terapiji također su imali značajno bolje rezultate na mjerama interpersonalne i socijalne prilagodbe, srđžbe, radnog uspjeha i anksioznih ruminacija (Linehan i sur., 1992). Međutim, ove dvije skupine pokazale su tek umjereno ukupno poboljšanje u depresivnosti i drugim simptomima i nisu se u tim područjima značajno razlikovale (Linehan i sur., 1991). Tijekom jednogodišnjeg praćenja, ispitanici u dijalektičkoj bihevioralnoj terapiji imali su značajno bolje opće funkcioniranje. Tijekom početnih šest mjeseci pokazivali su manje parasuicidalnog ponašanja, manje srđžbe i bolju socijalnu prilagodbu (samoočjenski). Tijekom drugih šest mjeseci, imali su manje dana hospitalizacije i bolju socijalnu prilagodbu (ocjena ispitivača).

Ovi rezultati su dosta ohrabrujući ako se uzme u obzir da ovi bolesnici ne samo da su zadovoljavali dijagnostičke kriterije za granični poremećaj ličnosti, već su bili i kronično parasuicidalni, imali su anamnezu višestrukih hospitalizacija na psihijatriji i nisu bili sposobni održati posao zbog svojih psihijatrijskih simptoma. Ovi su ispitanici bili jasno više oštećeni od mnogih osoba koje zadovoljavaju dijagnostičke kriterije za poremećaje ličnosti, ali nisu parasuicidalni, rijetko ih se hospitalizira i sposobni su uspješno zadržati zaposlenje.

Usporedba s drugim pristupima liječenju

Postoje samo ograničena istraživanja koja uspoređuju kognitivnu terapiju s drugim pristupima u liječenju osoba s poremećajima ličnosti. U jednom istraživanju liječenja ovisnika o heroinu sa i bez antisocijalnog poremećaja ličnosti Woody i sur. (1985) su utvrdili da su i kognitivna terapija i suportivno-ekspresivna psihoterapija učinkovite za antisocijalne ispitanike koji su bili depresivni na početku liječenja, no da nijedan pristup nije bio učinkovit s antisocijalnim ispitanicima koji nisu bili depresivni. U jednom velikom, multicentričnom istraživanju ishoda, Suradni program za liječenje depresije Nacionalnog insti-

tuta za mentalno zdravlje (National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Program) nađen je ne-značajan trend da kognitivna terapija ima prednosti pred drugim pristupima liječenju u bolesnika s poremećajima ličnosti. Bolesnici s poremećajima ličnosti imali su malo bolji rezultat od drugih bolesnika u kognitivnoj terapiji, te lošiji rezultat od drugih bolesnika u interpersonalnoj psihoterapiji i na farmakoterapiji (Shea i sur., 1990). Međutim, ovaj trend nije bio statistički značajan. U jednom malom istraživanju usporedbe liječenja paničnog poremećaja (Black, Monahan, Wesner, Gabel i Bowers, 1996) nađeno je da kognitivna terapija dovodi do većeg sniženja rezultata na samoocjenskim mjerama karakteristika poremećaja ličnosti u odnosu na psihotropni lijek (fluvoksamin) i na placebo. Konačno, Hardy i sur. (1995) su utvrdili da osobe s poremećajima ličnosti iz sklopa B imaju značajno lošiji ishod u interpersonalnoj psihoterapiji nego u kognitivnoj terapiji (oni nisu ocjenjivali poremećaje ličnosti u sklopu A i C). Ova četiri istraživanja su poticajna, no ona zasigurno ne pružaju dostatne temelje za donošenje bilo kakvih zaključaka o tome kakva je kognitivna terapija u usporedbi s drugim metodama liječenja osoba s poremećajima ličnosti.

Učinak poremećaja ličnosti na kliničku praksu iz "stvarnog života"

U kliničkoj praksi, većina terapeuta ne prati standardizirani protokol liječenja homogenog uzorka osoba koje dijele zajedničku dijagnozu. Umjesto toga, kliničari se suočavaju s različitim klijentima i provode individualizirani pristup u liječenju. Jedno istraživanje učinkovitosti kognitivne terapije pod ovakvim uvjetima "iz stvarnog života" daje nam važnu potporu za kliničku primjenu kognitivne terapije u klijenata kojima je dijagnosticiran poremećaj ličnosti. Petersons i sur. (1988) su proveli zanimljivo empirijsko istraživanje klijenata koji su bili u kognitivnoj terapiji depresije, u privatnoj praksi. Ispitanike je činilo 70 uzastopnih osoba koje su potražile liječenje kod dr. Burnsa ili dr. Persons u njihovim privatnim praksama. Obojica su bili priznati kognitivni terapeuti koji su naveliko podučavali i objavljivali, a u ovom su istraživanju obojica terapeuta provodili kognitivnu terapiju kako je i inače provode. To je značilo da je liječenje bilo s otvorenim završetkom, individualizirano a ne standardizirano, a po potrebi su korišteni i lijekovi, te bolničko liječenje.

Primarni interes istraživanja bio je utvrditi prediktore odustajanja i ishod liječenja kognitivne terapije depresije. Međutim, za naš je cilj zanimljivo istaknuti da je 54,3% ispitanika zadovoljavalo kriterije iz DSM-III za dijagnozu poremećaja ličnosti i da su istraživači smatrali prisutnost dijagnoze poremećaja ličnosti potencijalnim prediktorom i prijevremenog prekida i ishoda terapije. Ovi su istraživači utvrdili da bolesnici s poremećajima ličnosti značajno

KOGNITIVNA TERAPIJA POREMEĆAJA LIČNOSTI

češće prijevremeno napuštaju terapiju u odnosu na bolesnike bez poremećaja ličnosti, no oni bolesnici s dijagnozama poremećaja ličnosti koji ustraju u terapiji do završetka liječenja pokazuju značajan napredak. Ustvari, klijenti s poremećajima ličnosti koji ustraju u liječenju nisu se značajnije razlikovali po stupnju poboljšanja od bolesnika bez poremećaja ličnosti. Slične rezultate objavili su i Sanderson i sur. (1994) u istraživanju kognitivne terapije generaliziranog anksioznog poremećaja. Ispitanici kojima je dijagnosticiran istodobno prisutan poremećaj ličnosti mnogo su češće napuštali liječenje, no liječenje je bilo učinkovito u smanjivanju anksioznosti i depresivnosti kod onih koji su završili minimalan tijek liječenja.

IMPLIKACIJE ZA KLINIČKU PRAKSU

U protekla dva desetljeća svjedoci smo napretka u teoriji i praksi kognitivne terapije poremećaja ličnosti koji nadilaze empirijska istraživanja (Dobson i Pusch, 1993). Premda ovakav nesklad pruža temelje za opravdanu zabrinutost, teško je moguće da će se obustaviti teorijski i klinički rad dok se ne završi više empirijskih istraživanja. Kliničar u praksi susreće se s teškom situacijom jer ne može odbiti pružiti liječenje cijeloj jednoj skupini poremećaja koja je prisutna u gotovo 50% klijenata u ambulantnim uvjetima. Nasreću, postoji sve više dokaza da kognitivno-bihevioralni tretman može biti učinkovit za klijente s poremećajima ličnosti. Kao što će biti prikazano u sljedećim poglavljima, razvoj i potvrda ovih strategija liječenja poremećaja ličnosti u žarištu je interesa kognitivne terapije.