

Nancy McWilliams

**PSIHOANALITIČNA
DIAGNOSTIKA**

*Razumevanje osebnostne zgradbe
skozi klinični proces*

Nancy McWilliams

**PSIHOANALITIČNA
DIAGNOSTIKA**

*Razumevanje osebnostne zgradbe
skozi klinični proces*

Poslovenil Branko Gradišnik

Strokovni pregled:

dr. Bojan Varjačič Rajko, klinični psiholog in psihoterapevt

Besedotvorno svetovanje:

prof. dr. Marko Snoj, jezikoslovec in etimolog



UMco

Ljubljana, 2017

Nancy McWilliams
PSIHOANALITIČNA DIAGNOSTIKA

Razumevanje osebnostne zgradbe skozi klinični proces

PSYCHOANALYTIC DIAGNOSIS
Understanding Personality Structure in the Clinical Process

Copyright © 2011 The Guilford Press. A Division of Guilford Publications, Inc.

© za Slovenijo UMco d. d., 2017. Vse pravice pridržane.

Poslovenil: Branko Gradišnik
Izdajatelj in založnik: UMco, d. d.
Zbirka Preobrazba

Urednik: dr. Samo Rugelj
Pomočnici urednika: Renate Rugelj, Diana Volčjak
Strokovni pregled: dr. Bojan Varjačić Rajko
Besedotvorno svetovanje: prof. dr. Marko Snoj
Oblikovanje ovitka: Žiga Valetič
Angleško-slovenski terminološki slovarček: Branko Gradišnik
Postavitev: Klara Jarc
Tisk: Primitus d.o.o.
Naklada: 400 izvodov, 1. natis
Ljubljana, 2017

Motiv na naslovnici: Pastir reši zapuščenega Ojdipa
Avtor: Antoine-Denis Chaudet (1763–1810). Kip stoji v muzeju Louvre v Parizu.

Knjižno delo je izšlo v okviru programa za leto 2016, ki ga sofinancira
Javna agencija za knjige Republike Slovenije.

Brez pisnega dovoljenja založbe je prepovedano reproduciranje, distribuiranje, javna
priobčitev, predelava ali druga uporaba tega avtorskega dela ali njegovih delov v
kakršnem koli obsegu ali postopku, skupaj s fotokopiranjem, tiskanjem ali shranitvijo v
elektronski obliki, v okviru določil Zakona o avtorski in sorodnih pravicah.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

159.964

MCWILLIAMS, Nancy

Psihoanalitična diagnostika : razumevanje osebnostne zgradbe
skozi klinični proces / Nancy McWilliams ; poslovenil Branko
Gradišnik. - 1. natis. - Ljubljana : UMco, 2017. - (Zbirka Preobrazba)

Prevod dela: Psychoanalytic diagnosis

ISBN 978-961-6954-72-3

288395776

UMco d. d., Leskoškova 12, 1000 Ljubljana
tel.: 01/ 520 18 39, e-pošta: bukla-urednistvo@umco.si, www.bukla.si

V hvaležen spomin
Howardu Gordonu Rileyju,
Millicent Wood Riley,
Jane Ayers Riley

O avtorici

Nancy McWilliams, dr. sc., poučuje na Podiplomski šoli praktične in akademske psihologije na Univerzi Rutgers v New Jerseyju, v Flemingtonu pa ima tudi zasebno ordinacijo. Bila je predsednica Odseka za psihoanalizo pri Ameriškem psihološkem združenju in je tudi članica uredniškega odbora revije *Psychoanalytic Psychology*. Njene knjige so prevedene v dvajset jezikov. Hodi na obsežne predavateljske turneje tako v domovini kot po svetu. Med priznanji, ki jih je prejela, so nagrada Rosalee Weiss za prispevek k praksi, ki ga podeljuje Odsek neodvisnih praktikov Ameriškega psihološkega združenja, častno članstvo v Ameriškem psihoanalitičnem združenju ter štipendija Roberta S. Wallersteina za gostujočo profesuro v psihoterapiji in psihoanalizi na Univerzi Kalifornija v San Franciscu. Kot promoviranka Vsedržavnega psihološkega združenja za psihoanalizo dr. McWilliamsova deluje tudi v Newjerseyjskem centru za psihoanalizo in psihoterapijo in pri Nacionalnem učnem programu Nacionalnega inštituta za psihoterapijo v mestu New York.

Vsebina

Predgovor	19
Zahvale	29
Uvod	31
Pripomba glede terminologije	32
Pripomba glede tona	35
PRVI DEL	
POJMOVNA VPRAŠANJA	37
Uvod v prvi del	37
1 Zakaj diagnostika?	39
Psihoanalitična diagnostika v primerjavi z deskriptivno psihiatrično diagnostiko	42
Načrtovanje zdravljenja	46
Prognostične implikacije	48
Zaščita porabnikov	49
Posredovanje empatije	51

Preprečevanje bega iz terapije	54
Obstranske koristi	54
Omejena uporabnost diagnostike	58
Priporočano nadaljnje branje	59
2 Psihoanalitična diagnostika značaja	61
Freudova klasična gonska teorija in kako je razvojno uhajala iz smeri	63
Psihologija jaza	71
Objektnoodnosno izročilo	76
Sebstvena psihologija	84
Sodobno odnosnostno gibanje	88
Drugi psihoanalitični prispevki k ugotavljanju osebnosti	91
Povzetek	92
Predlogi za nadaljnje branje	93
3 Razvojne ravni osebnostne organiziranosti	95
Zgodovinski kontekst:	
diagnostika ravni značajske patološkosti	98
Kraepelinska diagnostika: nevroza proti psihozi	99
Egopsihološka diagnostika:	
simptomaska nevroza, nevrotični značaj, psihoza	102
Objektnoodnosna diagnostika: izrisovanje mejine	108
Pregled	
nevrotičnega-mejnostnega-psihotičnega spektra	114
Značilnosti osebnostne zgradbe na nevrotični ravni	115
Značilnosti osebnostne zgradbe na psihotični ravni	119

Značilnosti mejnostne osebnostne organiziranosti	126
Povzetek	133
Predlogi za nadaljnje branje	134
4 Implikacije razvojnih ravni organiziranosti	136
Terapija s pacienti na nevrotični ravni	138
Psihoanaliza in psihiatrične terapije brez dogovorjenega konca	139
Kratkotrajne obravnave in nepsihodinamske terapije	141
Terapija s pacienti v psihotičnem pasu	143
Izrecna varnost, spoštovanje, poštenje	144
Poučevanje	149
Identificiranje sprožilcev	153
Terapija pri mejnostnih pacientih	157
Varovanje mej in potrpežljivost vpričo čustvene intenzivnosti	159
Ubesedovanje kontrastnih čustvenih stanj	163
Interpretiranje primitivnih obramb	164
Pacient naj postane supervizor	167
Podpiranje individuacije in preprečevanje regresije	170
Interpretirajte med trenutki spokojnosti	171
Posluš za to, kar sporoča kontratrasfer	172
Interakcija med zoritvenimi in tipološkimi dimenzijami značaja	176
Povzetek	179
Predlogi za nadaljnje branje	180

5 Prvotni obrambni procesi	182
Skrajni umik vase	187
Tajenje	189
Omnipotentna kontrola	192
Skrajno precenjevanje (idealiziranje) in razvrednotovanje (devalviranje)	195
Projekcija, introjekcija in projektivna identifikacija	198
Razcepljanje jaza	206
Somatizacija	208
Vzdejanjanje	211
Seksualiziranje (instinktualizacija)	214
Skrajna disociacija	217
Povzetek	220
Predlogi za nadaljnje branje	220
6 Drugotni obrambni procesi	222
Potlačitev (represija)	223
Regresija	227
Osamitev afekta	230
Intelektualizacija	232
Racionaliziranje	233
Moralizacija	234
Predeljevanje	236
Razresničenje	237
Obračanje proti sebi	240
Premestitev	242
Reaktivna tvorba	244
Preobrnitev	246

Identifikacija	249
Sublimacija	254
Humor	255
Sklepne pripombe	256
Povzetek	258
Predlogi za nadaljnje branje	259

DRUGI DEL

TIPI ZNAČAJSKJE ORGANIZIRANOSTI 261

Uvod v drugi del	261
Razlogi za takšno ureditev poglavij	262
Značaj, značajska patologija in situacijski dejavniki	264
Meje osebnostnega spreminjanja	266

7 Psihopatske (antisocialne) osebnosti 268

Gon, afekt in temperament v psihopatiji	270
Obrambni in prilagoditveni procesi v psihopatiji	272
Odnosnostni vzorci v psihopatiji	276
Psihopatogeno starševstvo	279
Transfer in kontratransfer s psihopatskimi pacienti	282
Terapevtske implikacije ob diagnozi psihopatije	283
Razlikovalna diagnoza	292
Psihopatska osebnost v primerjavi s paranoidno	293
Psihopatska osebnosti v primerjavi z disociativno	293
Psihopatska osebnost v primerjavi z narcistično	294
Psihopatska osebnost v primerjavi z zasvojenostjo	295
Povzetek	295
Predlogi za nadaljnje branje	296

8 Narcistične osebnosti	297
Gon, afekt in temperament pri narcističnosti	301
Obrambni in prilagoditveni procesi pri narcističnosti	304
Odnosnostni vzorci pri narcističnosti	306
Narcistično sebstvo	311
Transfer in kontratransfer z narcističnimi pacienti	313
Terapevtske implikacije ob diagnozi narcistične osebnosti	316
Razlikovalna diagnoza	322
Narcistična osebnost in narcistične reakcije	322
Narcistična osebnost v primerjavi s psihopatsko	323
Narcistična osebnost v primerjavi z depresivnostno	324
Narcistična osebnost v primerjavi z obsesivno-kompulzivno	324
Narcistična osebnost v primerjavi s histerično	325
Povzetek	326
Predlogi za nadaljnje branje	326
9 Shizoidne osebnosti	328
Gon, afekt in temperament v shizoidni duševnosti	331
Obrambni in prilagoditveni proces v shizoidni duševnosti	334
Odnosnostni vzorci pri shizoidni duševnosti	335
Shizoidno sebstvo	340
Transfer in kontratransfer s shizoidnimi pacienti	343
Terapevtske implikacije ob diagnozi shizoidne osebnosti	347
Razlikovalna diagnoza	351

Stopnja patološkosti	351
Shizoidna osebnost	
v primerjavi z obsesivno in kompulzivno	353
Povzetek	354
Predlogi za nadaljnje branje	355
10 Paranoidne osebnosti	357
Gon, afekt in temperament pri paranoji	360
Obrambni in prilagoditveni procesi pri paranoji	363
Odnosnostni vzorci pri paranoidni duševnosti	367
Paranoidno sebstvo	371
Transfer in kontratransfer s paranoidnimi pacienti	374
Terapevtske implikacije	
ob diagnozi paranoidne osebnosti	375
Razlikovalna diagnoza	385
Paranoidna osebnost v primerjavi s psihopatsko	385
Paranoidna osebnost v primerjavi z obsesivno	386
Paranoidna psiha v primerjavi z disociativno	387
Povzetek	387
Predlogi za nadaljnje branje	388
11 Depresivnostne in manične osebnosti	389
DEPRESIVNOSTNE OSEBNOSTI	390
Gon, afekt in temperament pri depresiji	393
Obrambni in prilagoditveni procesi pri depresiji	396
Odnosnostni vzorci pri depresivnostni duševnosti	400
Depresivnostno sebstvo	405
Transfer in kontratransfer z depresivnostnimi pacienti	409

Terapevtske implikacije	
ob diagnozi depresivnostne osebnosti	413
Razlikovalna diagnoza	420
Depresivnostna osebnost v primerjavi z narcistično	421
Depresivnostna osebnost v primerjavi z mazohistično	422
HIPOMANIČNE (CIKLOTIMIČNE) OSEBNOSTI	423
Gon, afekt in temperament pri maničnosti	424
Obrambni in prilagoditveni procesi pri maničnosti	425
Odnosnostni vzorci pri manični duševnosti	426
Manično sebstvo	427
Transfer in kontratransfer z maničnimi pacienti	428
Terapevtske implikacije	
ob diagnozi hipomanične osebnosti	428
Razlikovalna diagnoza	431
Hipomanična osebnost v primerjavi s histerično	432
Hipomanična osebnost v primerjavi z narcistično	432
Hipomanična osebnost v primerjavi s kompulzivno	433
Maničnost v primerjavi s shizofrenijo	434
Maničnost v primerjavi z motnjo pozornosti	435
Povzetek	435
Predlogi za nadaljnje branje	437
12 Mazohistične osebnosti	439
Gon, afekt in temperament pri mazohizmu	444
Obrambni in prilagoditveni procesi pri mazohizmu	446
Odnosnostni vzorci pri mazohistični duševnosti	451
Mazohistično sebstvo	455
Transfer in kontratransfer z mazohističnimi pacienti	457

Terapevtske implikacije	
ob diagnozi mazohistične osebnosti	461
Razlikovalna diagnoza	468
Mazohistična osebnost v primerjavi z depresivnostno	469
Mazohistična osebnost v primerjavi z disociativno	470
Povzetek	471
Predlogi za nadaljnje branje	472
13 Obsesivne in kompulzivne osebnosti	473
Gon, afekt in temperament pri obsesiji in kompulziji	476
Obrambni in prilagoditveni procesi pri obsesiji in kompulziji	479
Spoznavske obrambe pred goni, afekti in željami	480
Vedenjske obrambe pred goni, afekti in željami	482
Reaktivna tvorba	483
Odnosnostni vzorci pri obsesivni in kompulzivni duševnosti	485
Obsesivno in kompulzivno sebstvo	489
Transfer in kontratransfer z obsesivnimi in kompulzivnimi pacienti	493
Terapevtske implikacije ob diagnozi obsesivne ali kompulzivne osebnosti	497
Razlikovalna diagnoza	502
Obsesivna osebnost v primerjavi z narcistično	503
Obsesivna osebnost v primerjavi s shizoidno	504
Obsesivno-kompulzivna stanja v primerjavi z organskimi boleznimi	504
Povzetek	505
Predlogi za nadaljnje branje	506

14 Histerične (zdaj histrionične) osebnosti	508
Gon, afekt in temperament pri histeriji	511
Obrambni in prilagoditveni procesi pri histeriji	514
Odnosnostni vzorci pri histerični duševnosti	519
Histerično sebstvo	521
Transfer in kontratransfer s histeričnimi pacienti	526
Terapevtske implikacije ob diagnozi histerične osebnosti	531
Razlikovalna diagnoza	533
Histerična osebnost v primerjavi s psihopatsko	534
Histerična osebnost v primerjavi z narcistično	535
Histeričnost v primerjavi z disociativnimi stanji	536
Histeričnost v primerjavi s fiziološkimi problemi	537
Povzetek	538
Predlogi za nadaljnje branje	539
15 Disociativne psihike	540
Gon, afekt in temperament v disociativnih stanjih	549
Obrambni in prilagoditveni procesi v disociativnih stanjih	551
Odnosnostni vzorci pri disociativnih stanjih	555
Disociativno sebstvo	559
Transfer in kontratransfer pri disociativnih pacientih	561
Terapevtske implikacije pri diagnozi disociativnosti	565
Razlikovalna diagnoza	571
Disociativna stanja v primerjavi s psihozami	574
Disociativna stanja v primerjavi z mejnostnimi	575
Disociativna psihika v primerjavi s histerično	577

Disociativna stanja v primerjavi s psihopatskimi	577
Povzetek	578
Predlogi za nadaljnje branje	580
Dodatek: Kaj naj vsebuje diagnostični intervju	581
Demografski podatki	581
Trenutne težave in kako so se začele	581
Življenjska zgodba	581
Detstvo	582
Latenca	582
Adolescenca	582
Odraslost	583
Sočasni vtis, ki ga daje oseba (mentalni status)	583
Sklepne teme	584
Inference	584
Viri	585
O prevajalčevi patognomiki in drugih zanimivih besedah	657
Angleško-slovenski terminološki slovarček	667
Kazalo avtorjev	683
Tematsko kazalo	699

Predgovor

Ko sem prvotno napisala *Psihoanalitično diagnostiko*, sem iz svoje učiteljske izkušnje vedela, da študentom in psihoterapevtom na začetku kariere primanjkuje stik z domnevanjsko (ang. *inferential*), sorazmernostno, kontekstualno in biopsihosocialno vrsto diagnostike iz časa pred ero, ki jo je ustoličilo Ameriško psihiatrično združenje leta 1980, ko je objavilo tretjo izdajo *Diagnostičnega in statističnega priročnika o duševnih motnjah* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*, v nadaljevanju omenjanega kratično kot DSP in z zadevno rimsko številko, ki označuje zaporednost izdaje). Še posebej sem si želela ohraniti pri življenju senzibilnost, nastalo v desetletjih kliničnega izkustva in dialoga znotraj pogleda, ki vidi v človeških bitjih kompleksne celote, ne pa zgolj zbir komorbidnih simptomov. Videla sem tudi, kako zbegani so lahko celo psihodinamsko orientirani študentje, ko skušajo biti kos idiomatiki, metafori in teoretskim poudarkom, ki sestavljajo psihoanalitično izročilo v tolikšni raznolikosti, da je težko ohraniti jasno glavo. Očitna je bila potreba po sintezi analitične teorije, ki jo skozi zgodovino, kakor si prizadeva doumeti posameznike, ki so njeni pacienti, ves čas žene naražen in v notranje razkole.

V začetku 1990. let sem gojila tudi šibko upanje, da bo knjiga imela kak vpliv na mentalnozdravstveno politiko in na pojmovanje psihoterapije, kakršno narekuje skupna kultura – oboje je namreč doživljalo vznemirljive spremembe. Nisem bila te sreče: obseg in globina poznejše spremembe človeku dobesedno zapreta sapo. Kopica navzkrižno povezanih razlogov je botrovala temu, da so psihodinamske – in celo širše pojmovano humanistične (glej Cain, 2010) – metode razumevanja in zdravljenja ljudi še izgubljale na ceni, tako da po mojem sploh ni več prave možnosti, da bi bil pacient z znatnejšo značajsko patologijo, ki je bil od nekdaj glavni zdravljeneц psihodinamske obravnave, še lahko deležen zaresne in trajne pomoči znotraj sistema javnega zdravstva. Kognitivno-vedenjsko gibanje se še naprej razvija, ob tem da postajajo nekateri izmed njegovih predstavnikov spričo teh sprememb prav tako vsi iz sebe, kot se je to že prej zgodilo z analitičnimi terapevti; moj kolega Milton Spett, ki je kognitivno-vedenjsko orientiran, mi je v odzivu na ta trend – v elektronski pošti z dne 28. maja 2010 – potožil: »Namesto pacientov zdravimo – motnje.«

To spremembo so v veliki meri zakrivili politični in ekonomski dejavniki (glede politične zgodovine paradigmatškega preobrata na področju mentalnih bolezni »od širših, etiološko opredeljenih enot, ki so bile sovisne z normalnostjo, h kategoričnim boleznim, ki temeljijo na simptomih«, se poučite v Mayes, Horwitz, 2005 /str. 249/). Vsaj za Združene države Amerike velja, da so korporacijski interesi – najbolj opazno zavarovalnic in farmacevtske industrije – v nonšalantnem zamahu preoblikovali in tako tudi preopredelili psihoterapijo, tako da je zdaj usklajena z njihovimi cilji, se pravi s čim večjim dobičkom. Zniževanje stroškov na kratek rok je povzročilo zasuk v dolgoletnem napredovanju prizadevanj, da bi se pomagalo posameznikom s kompleksnimi osebnostnimi

problemi – pa ne zato, ker bi nam manjkalo znanja za to delo, ampak ker so zavarovalničarji najprej prodali zaposlovalcem svoje »plansko upravljanje«, češ da bo omogočalo »vseobsežno« kritje mentalnozdravstvenih stroškov, potem pa na lastno pest sklenili, da ne bodo vključevali stanj, ki jih vsebuje tako imenovana »druga os«.*

Po drugi strani pa imajo kemofarmacevti velik prid od tega, da psihološke probleme izolirajo v nepovezane, razčlovečene ali reificirane bolezni in potem prodajajo medikacijo, ki naj bi jih zdravila. Posledica je, da poudarek ne velja več globinskemu zdravljenju trdovratnih osebnostnih muk, temveč le omejenim prizadevanjem, namenjenim spreminjanju vedenja, če se zaradi njega zatika gladko funkcioniranje na delu ali v šoli. Ko sem pisala prvo različico te knjige, se še nisem zavedala, kako zelo se bo v letih po njenem izidu še poslabšala prognoza za k osebi (ne pa k simptomom) orientirano terapijo (podrobneje tarnam nad tem v McWilliams, 2005a).

Klima, v kateri terapevti v moji deželi trenutno prakticirajo, je veliko bolj neprijazna, kot je bila leta 1994. Današnje prak-tike oblegajo trpini, potrebni intenzivne in dolgotrajne oskrbe (mar lahko kdo prepričljivo dokaže, da se psihopatologija v kontekstu sodobnih družbenih, političnih, ekonomskih in tehnoloških sprememb *zmanjšuje*?). Od njih se pričakuje, recimo, da bodo pacienta sprejeli na vsakih 14 dni enkrat, morda pa celo še bolj poredkoma, obenem pa se jim nalaga toliko primerov, da z njimi kratko malo niso zmožni navezati iskrenega stika in jim posamično izkazovati potrebno skrb. Utapljajo se v papirologiji, ko so celo kar se da neambiciozno zdravljenje prisiljeni opravičevati pred brezimnimi plačniki iz

* Druga os: DSP razvršča bolezni/nezdravosti v pet osi; na drugo so nanizane osebnostne motenosti in intelektualne nezmožnosti. (Op. prev. Vse opombe so prevajalčeve.)

zavarovalniških firm, svoja prizadevanja, da bi pomagali pacientom izoblikovati sebstvo, ki bi bilo zmožno delovanja, pa morajo prilagajati geslom, kakršno je »napredovanje v smeri željenega ravnanja«. Pod takšnim pritiskom utegnejo biti formalne »diagnoze« pogosto cinične po duhu in torej tudi po funkciji, kajti kliniki morajo paciente etiketirati na način, ki sploh dovoljuje kritje stroškov zdravljenja, obenem pa jim kolikor mogoče prihraniti stigmatizacijo.

Ironija je, da je v stanju, kakršno vlada zdaj, še toliko bolj in ne morda manj pomembno, da ima psihoterapevt hevrističen, čeravno znanstveno razsvetljen posluš za celostno duševnost vsakega od pacientov. Kdor želi učinkovati kratkoročno, mora biti zmožen na hitro predvideti, ali se bo obravnavana oseba na sočutno pripombo odzvala z olajšanjem, z razvrednotovanjem terapevta ali s samouničujočim občutjem, da ni razumljena. Zato je torej dandanes še toliko bolj kot v letu 1994 nujno, da ponovno uveljavimo vrednost osebnostne diagnostike, ki je domnevanjska, kontekstna, sorazmerna, upoštevati pa zmore subjektivno doživljanje pacienta. O tej skrbi priča tudi moja vloga pri razvijanju priročnika psihodinamske diagnostike (*Psychodynamic Diagnostic Manual*, PDM, plod sodelovanja delovne skupine »PDM Task Force«, 2006), a v navedenem dokumentu je bilo to, kar bi bilo mogoče povedati o kateremkoli tipu osebnostne organiziranosti, omejeno na nekaj odstavkov, medtem ko lahko tule to razdelujem bolj celovito.

Mogoče je, da gre posreden vir vsesplošnega psihoanalitičnega izročila iskati v jezu, ki vse bolj ločuje akademske strokovnjake na eni strani ter terapevte na drugi. Neka mera napetosti med tema skupinama obstaja sicer že od nekdaj, predvsem zaradi razlikujočih se senzibilnosti posameznikov, ki jih privabljata ta ali ona vloga. Vendar pa se je razkorak še zelo povečal zaradi vse hujših pritiskov na akademske

poklice, kjer se morajo zaposleni potegovati za štipendije in v ta namen na hitro množiti svoje raziskovalske objave. Celo tisti profesorji, ki bi si želeli imeti prakso manjšega obsega, bi si v današnji akademski klimi pljuvali v lastno skledo, še sploh če se potegujejo za stalno profesuro. Zato je kaj malo akademskih strokovnjakov, ki bi sploh vedeli, kako je, če človek intenzivno dela s hudo in/ali kompleksno motenimi posamezniki. Brezno med raziskovalcem in praktikom pa se še širi spričo rasti strokovnih psiholoških šol, kjer imajo študentje, ki jih mika praksa, kaj malo priložnosti, da bi vzpostavili vzajemno koristno izmenjavo z mentorji, ki so zavezani svojemu raziskovalstvu.

Eden od nasledkov te vse večje razpoke je, da na šolah psihodinamske formulacije osebnosti in psihopatologije, ki so vzniknile bolj iz kliničnega izkustva in naturalističnega opazovanja kot pa iz laboratorijev akademskih psihologov, vse prepogosto prikazujejo kot nekaj zastarelega, kar nima teže in kar je empirija že povozila. Sedanji kritiki, ki idealizirajo specifično zdravljenje, utemeljeno v evidentiranem gradivu, se ponavadi ne menijo za desetletja raziskovanja analitičnih konceptov – Fisher in Greenberg v svojih knjigah iz let 1985 in 1996 ocenjujeta več kot 2500 tovrstnih raziskav – in drago nas stane, da obstaja tako malo randomiziranih nadzorovanih preverjanj psihodinamske terapije s časovno nedefiniranim iztekom. Poleg tega pa je k negativnim stereotipom, ki se jih zdaj oklepajo njihovi neklinični kolegi, prispevala aroganca mnogih analitikov, ki so v času, ko je bila psihoanaliza v zenitu, menili, da si je njihova izkušnja z vsakim pacientom posebej preveč navzkrižna z drugimi, da bi jo bilo mogoče podvreči raziskovanju. Še kadar danes to ali ono zgledno empirično raziskovanje pokaže, da je analitična obravnava učinkovita (glej npr. Leichsenring & Rabung, 2008; Shedler, 2010), se moramo otepati s škodo, ki

nam jo povzroča politična dediščina premnogih analitikov, ki so s prezirom gledali na samo možnost raziskovanja analitičnega procesa. Tako so bolj in bolj izrazito preoblikovanje klinične psihologije v pozitivistično »znanost«, prizadevanja zavarovalnic, da oklestijo stroške, ekonomski interesi farmacevtske industrije in odpor nekaterih analitikov do kakršnekoli raziskave izidov vsi skupaj ustvarili razmere za nastop »veleviharja«, ki zdaj biča psihodinamsko psihologijo in psihoterapijo.

Ne glede na vse te tegobe pa so me k revidiranju knjige spodbudile še druge reči. Po tistem, ko je prvič izšla, so začeli kognitivni (spoznavni) in afektivni nevroznanstveniki odkrivati genske, fiziološke in kemične temelje psiholoških stanj. Raziskovanje detstva*, še posebej pa navezanosti, ki jo je pojmovno spočel John Bowlby, nam je odprlo nove vpogleda v razumevanje osebnostnega razvoja. Objektloodnosno gibanje je s svojo preusmeritvijo k odnosu do objekta navdihnilo pomemben premik paradigme znotraj velikih segmentov psihoanalitičnega občestva. Tudi kognitivni in vedenjski terapevti zdaj, ko je gibanje dozorelo in ko imajo kot praktiki opraviti z bolj kompleksnimi pacienti, razvijajo koncepcije o osebnosti, ki so osupljivo podobne že obstoječim psihoanalitičnim. Sicer pa se tudi sama še kar naprej učim. O sullivanskih, neokleinovskih in lacanovskih teorijah vem več, kot sem vedela leta 1994. Koristile so mi kritike učiteljev, ki predpisujejo *Psihoanalitično diagnostiko*, odmevi študentov, ki po njej študirajo, in pripombe kolegov praktikov, ki jo prebirajo. Imam tudi

* Dandanes je izraz *dete* po krivici zapostavljan, najbrž ker se zdi, da je južnjaški. A medtem ko v hrvaščini in srbščini pomeni otroka nasploh, je pri nas omejen predvsem na otroka v času prvotne nebogljenosti, torej za dojenčka ipd. Raba slednjega bi v današnjih razmerah pomenila pač čezmerno zapostavljanje »zalivančkov«. Iz tega logično sledi tudi izraz detstvo za »zgodnje otroštvo«.

dvajset let več kliničnih izkušenj kot pa takrat, ko sem začela knjigo snovati.

Uspeh prve izdaje v Severni Ameriki me ni ravno presenetil. Ko sem jo pisala, sem slutila, da še zdaleč nisem edina oseba, ki se ji zdi, da študentom psihoterapije manjka takšno pisanje. To, kako so jo sprejeli v zamejstvu, pa me je res osupnilo, še sploh, ker so jo tako toplo pozdravili terapevti v tako različnih si deželah, kot so Romunija, Koreja, Danska, Iran, Panama, Kitajska, Nova Zelandija in Južna Afrika. V domovini je postala tako priljubljena, da me zdaj vabijo kot predavateljico v mentalnozdravstvena subkulturna okolja, ki se jih res nisem nadejala – takšna poslušalstva so na primer psihiatri Ameriških letalskih sil, evangeličanski pastoralni svetovalci, jetniški psihologi in izvedenci za zasvojenost – in ker je knjiga imela takšen učinek onkraj severnoameriških meja, sem prišla v stik s terapevti po vsem svetu, prek katerih sem se seznanila z osebno dinamiko, ki jo najbolj pogosto srečujejo tamkaj. V Rusiji so mi govorili, da je njihov narodni značaj mazohističen; na Švedskem, da je shizoiden; na Poljskem je menda posttravmatski; v Avstraliji je zoperodvisnost (ang. *counterdependent*), v Italiji histeričen. V Turčiji so mi terapevti, ki delujejo v tradicionalnih vaseh, opisovali pacientke, ki so bile po opisih sodeč osupljivo takšne kot tiste seksualne inhibiranke, ki jih je zdravil Freud: različica histerične osebnosti torej, ki je iz sodobnih zahodnih kultur tako rekoč izginila. Ta izpostavljenost psihoterapevtiki po vseh koncih sveta je izkušnja, od katere se v glavi zvrtil – in ki je, kot upam, obogatila pričujočo revizijo.

Na prigovarjanje kolegov, ki delujejo v bolj tradicionalnih in kolektivističnih kulturah, v katerih se čustveno trpljenje pogosto izraža skozi telo (takšni primeri so recimo plemena severnoameriških Indijancev, ali pa skupnosti v vzhodni in južni Aziji), sem torej razširila razdelek o somatizaciji, kjer

tudi pojasnjujem koristnost rabe koncepta osebnostnega tipa, organiziranega okrog te obrambe. Pregled obramb sem nasploh revidirala, saj sem med primitivnejše mehanizme vključila somatizacijo, vzdejanjanje (ang. *acting-out*) in seksualizacijo. Da se knjiga ne bi čezmerno zdebelila in da ne bi celo prispevala k tendenci patologiziranja ljudi iz kultur, v katerih je somatizacija normativna, sem sklenila, da somatizirajočim osebnostim ne bom dodelila posebnega poglavja. Kdor se nadeja zvedeti kaj več o zdravljenju ljudi, ki redno in problematično obolevajo v telesu, pa še o drugih, katerih osebnosti tukaj niso obravnavane (kakršni so sadisti in sadomazohisti, fobiki in zoperfobiki /ang. *counterphobic*/, odvisnostni /ang. *dependent*/ in zoperodvisnostni ljudje, pasivno agresivni in kronično anksiozni), si lahko pomaga s PDM.

V nekaterih delih druge izdaje sem spremenila prav malo, če ne štejem poskusov, da bi pisala bolj kleno. Držala sem se pač načela, da nima smisla menjati konja, ki se je že obnesel. Kje drugje pa sem bila pri popravljanju bolj ambiciozna, saj sem morala upoštevati nove empirične ugotovitve in teoretične perspektive. Psihoanalitična razvojna opažanja zdaj segajo daleč naprej od Mahlerjeve, sodobna nevroznanost pa začneja identificirati klinično pomembne možganske procese, ki smo jih poprej lahko opisovali zgolj s prispodobami. Raziskovalci navezanosti širijo naše (raz)umevanje razmerja in kujejo novo izrazje (npr. »mentalizacija« /ang. *mentalization*/ in »reflektivno funkcioniranje« /ang. *reflective functioning*/), ki zadevajo v črno, kar se tiče procesov, ki so osrednjega pomena za vsesplošno mentalno zdravje. Nevroznanstveniki so že odpravili nekatera izmed naših zmotnih prepričanj (npr. to, da je najprej misel in potem šele čustvo ali pa da je spomin na skrajno travmo priklicljiv /Solms & Turnbull, 2002/) in v veliki meri razširili naše znanje o temperamentu, gonu, impulzu,

afektu in spoznavi (kogniciji). Randomizirani nadzorovani preizkusi zdaj obsegajo tudi nekatera psihoanalitično opredeljena zdravljenja, izvajajo pa se tudi nove metaanalize že obstoječih študij.

Vseeno pa sem ohranila mnoge sklice na starejšo literaturo, tako klinično kot empirično. Osebnost je po svoji naravi dokaj stabilen fenomen, tako da imamo v zvezi z njo na voljo celo zakladnico utemeljenih in uporabnih opažanj iz časa desetletja nazaj, ki si zaslužijo spoštovanje, ne pa ignoriranja. Tipično ameriška predpostavka, češ da je tisto, kar je »novo«, samoumevno boljše od vsega prej, mi ni bila nikoli blizu; glede na dejanske pritiske, ki so jim izpostavljeni sedanji intelektualci, in glede na to, kako ozka je postala večina akademske učenosti, se mi zdi prav malo verjetno, da bi lahko bilo sedanje delo vselej enako premišljeno in daljnosežno kot pri piscih, ki so živeli v manj ihtavem, manj priganjaškem času.

Zahvale

V prvi izdaji *Psihoanalitične diagnostike* sem se že zahvalila svoji klienteli in dobesedno celotnemu občestvu, ki ga sestavljajo moji kolegi in kolegice. Še bolj kot tedaj pa drži zdaj, da je ta knjiga proizvod celotne »mnenjske klime« (če si lahko spodobim pri W. H. Audenu njegovo ganljivo podobo o Freudu). V prvi knjigi sem poudarila, da pri tem, kako sem organizirala osebnotne ravni in tipe, ne gre za »mojo« taksonomijo, temveč zgolj za prizadevanje po mojih najboljših močeh, da bi predstavila glavno strujo psihoanalitičnih idej. Glede na sedanje kontroverze med analitiki o tem, ali je diagnoza sama po sebi sploh kaj vredna (kar je bila tema internetnega kolokvija iz leta 2009 v organizaciji International Association for Relational Psychoanalysis and Psychotherapy /Mednarodnega združenja odnosne psihoanalize in psihoterapije/), si ne morem domisljati, da bi sploh lahko zastopala diagnostično težišče psihoanalitičnega gibanja. Pa vendar ta knjiga obsega veliko več od tistega, kar menim sama. Že nekaj dni prosim prakticirajoče bralstvo, naj mi po elektronski pošti pošiljajo svoje kritike katerihkoli že izjav v prvi izdaji, ki se ne ujemajo z njihovimi kliničnimi izkušnjami. Veliko je terapevtov, med njimi tudi takšnih s prakso v drugih deželah in v okoljih, zelo

različnih od mojega, ki so mi pisali, da pričujoče pojmovanje podpira tudi njihovo klinično izkušnjo. Nekateri so se odzvali vabilu h kritiki, in ko sem ponovno pisala razna poglavja, sem vključila mnoge izmed njihovih predlogov.

Poleg tistih, ki sem jih imenovala že leta 1994, so tu še ljudje, ki so prispevali k reviziji, in tudi teh je preveč, da bi se jim lahko poimensko zahvalila vsem. Moram pa posebej omeniti vsaj Richarda Chefetza, ki je namenil veliko svojih ur kritiki poglavja o disociaciji in ki me je poučil o sodobnih odkritjih v travmatologiji. Podobno sem hvaležna tudi Danielu Gatzembideu (pa tudi Brenni Bry, ki vodi moj oddelek kot radikalna, a psihoanalizi naklonjena skinnerjevka, in ki mi ga je tako preudarno dodelila kot »stažista«). Daniel mi je redno pošiljal povzetke o pomembnih raziskavah in teoriji. Kar pa se tiče psihoanalitične modrosti in finega posluha, sem se tako kot že vseskozi naslanjala na prijatelja Kerryja Gordona. Timu Pattersonu se zahvaljujem, ker je s svojim orlovskim vidom zaznaval zatipkanke. Nazadnje pa bi se želela zahvaliti nekaterim kolegom in kolegicam, ki so z mano tako prijateljsko iskrene in ki so name vplivale v vseh teh letih po prvi izdaji: to so Neil Altman, Sandra Bem, Louis Berger, Ghislaine Boulanger, pokojni Stanley Greenspan, Judith Hyde, Deborah Luepnitz, William MacGillivray, David Pincus, Jan Resnick, Henry Seiden, Jonathan Shedler, Mark Siegert, Joyce Slochower, Robert Wallerstein, Bryant Welch in Drew Westen. Hvala tudi mnogim, ki jim ne izrekam poimenskega priznanja, a so si njihove zamisli našle pot v mojo knjigo. Kar pa se tiče napak in slabega razumevanja, za to dvojce se imam zahvaliti – sebi.

Večina tistega, kar ima slediti, je zbrana psihoanalitična modrost, kakor se je nabrala skozi čas. Vseeno pa gre za moj sežetek te modrosti, sežetek, ki odraža moje idiosinkratične sklepe, tolmačenja in ekstrapolacije. Tako se utegne zdeti razvrščanje značajskih zmožnosti v dvoosni sistem, na primer, ki se meni zdi tako jasno izpeljan iz psihoanalitičnih teorij in metafor, za lase privlečeno tistim analitikom, ki vidijo raznolike človeške osebnosti v drugačnih podobah, skozi druge spektre. Na to lahko odgovorim edinole, da mi je to grafično upodabljanje koristilo, kadar sem razmeroma nepripravljene seznanjala študente z listjem in travo analitičnih konceptov, ki nastajajo že več kot sto let.

Glavni cilj te knjige je izboljšati prakso, ne pa razreševati kateregakoli izmed pojmovnih in filozofskih problemov, ki jih v psihoanalitični literaturi kar mrgoli. Bolj mi je do tega, da bi bila pedagoško koristna, kot pa do takšnega ali drugačnega mojega »nespodbitnega prav«. Poglavja, ki bodo sledila, bodo spet in spet dajala poudarek razmerju med psihodinamskimi formulacijami in umetnostjo psihoterapije. Onkraj tega namreč, da je treba posredovati temeljne terapevtske usmerjenosti, med katere štejem radovednost, spoštovanje,

sočutnost, predanost, poštenje in pripravljenost priznati lastne napake in omejenosti, ne verjamem v učenje katerekoli posebne tehnike, če je ne spremlja prizadevanje po doumetju duševnosti osebe, ki ji je konkretna tehnika namenjena.

Bralstvo je morda že kdaj naletelo na argument, da se psihoanalitične zamisli ne obnesejo pri ljudeh, ki so globoko depresivni, ki trpijo pod hudimi življenjskimi bremeni, kakor tudi ne pri ljudeh iz manjšin, zasvojenih, revežih in še drugih. Če se tej knjigi posreči posredovati vse bogastvo in raznolikost analitično opredeljenih terapij, potem bo tudi popravila to zmoto, pa čeprav osi, po katerih organiziram diagnostične informacije, obsegata zgolj del tistega, kar nam lahko olajša razumevanje katerega že biti klienta.

PRIPOMBA GLEDE TERMINOLOGIJE

Psihoanalitično izročilo je deležno vsesplošnega razumetja tudi zaradi osupljivo cikličnih prizadevanj po prečiščenju izrazoslovja. Najsi so imeli ljudje, ki so skovali ta ali oni psihološki termin, kakršnekoli namene že z njim, s časom se etikete, ki naj bi označevale nekatera stanja, neogibno navzamejo negativnega prizvoka. Terminologija, ki je nastala striktno z namenom, da bi bila deskriptivna – pravzaprav da bi nadomestila prejšnje vrednostno obtežene besede –, se navzame vrednostnih podtonov in se začne uporabljati, še sploh iz ust laikov, na načine, ki patologizirajo, označujejo kot patološko. Očitno so nekatere teme ljudem po sami naravi stvari v spotiko, in najsi se še tako skrbno trudimo, da bi o njih govorili brez vrednostnih prizvokov, se besede, ki jih uporabljamo, z leti navzamejo pejorativnih tonov.

Današnje »antisocialno osebnostno motenost«, da pokažemo to na zgledu, so leta 1835 poimenovali »moralna blaznost«.

Pozneje je postala »psihopatija«, potem »sociopatija«. Vsaka sprememba je bila poskus, da bi vznemirljiv pojav pridobil opisno poimenovanje brez obsojajočega prizvoka. A pojav sam ima to moč, da vznemirja, in to je prej ali pozneje okužilo vsako besedo, skovano z namenom, da bi pojem ostal zunaj dosega moraliziranja. Nekaj podobnega se je dogajalo pri zaporednih premenah »inverzije« v »odklon« (ang. *deviation*), potem v »homoseksualnost« in nazadnje v »gejstvo«, a glej, ljudje, ki jih erotika znotraj istega spola moti, spet uporabljajo izraz »gej« kot zmerljivko. Verjetno se bo enako zgodilo z »razvojno prikrajšanim«, ki se je razvil iz »retardiranega« (ali zaostalega v razvoju). Vsak pojav, ki ljudi iz kakršnegakoli vzroka že vznemirja, spodbudi to jalovo iskanje izrazov, ki ne bi stigmatizirali. To se dogaja tudi z nepsihološkim izrazjem; endemično je na primer v kontroverzah o politični korektnosti. Eden od nasledkov tega na neuspeh obsojenega projekta sanitizacije jezika je, da zveni terminologija psihološkega izročila toliko bolj negativno, obsojajoče in čudaško, kolikor starejša je sama tradicija. Pospeseno izrabljanje, pačenje in predsodkarska raba psihoanalitičnih izrazov tako znotraj mentalnozdravstvene stroke kot zunaj nje so pravi strup za psihološko izročilo.

Pravi paradoks pa je spet, da je psihoanaliza obremenjena s slabim glasom tudi zaradi svoje privlačnosti. Ko postane kak pojem popularen, se ne navzame zgolj obsojajočih podpomenov, temveč tudi preproščine. Domnevam, da bralec, ki mu je psihoanaliza nekaj novega, težko prebere pridevnik »mazohističen«, ne da bi v tem videl zgražanje nad tem, da tako označena oseba ljubi bolečino in trpljenje. Takšno odzivanje bralca je razumljivo, vendar ignorantsko; zgodovina psihoanalitičnega koncepta mazohizma je polna človečnih, uvidevnih, uporabnih in neredukcionističnih opažanj o tem, zakaj se nekateri ljudje spet in spet vdajajo dejavnostim, ki so jim

mučne, pa čeprav se zavedno često prav junaško trudijo, da bi se jim ognili. Enako je mogoče reči glede mnogih drugih izrazov, ki so si jih prisvojili tako neanalitični kliniki kot izobrazena javnost, s tem da so, prepričani, da vedo, o čem govorijo, govoričili o njih bodisi zviška bodisi zaletavo.

Pojmi se, ko preidejo v splošno rabo, tudi razvodenijo. Izraz »travma« je v poljudni rabi izgubil svoj katastrofalni prizvok, tako da ga lahko pogosto slišimo uporabljenega namesto »neprijetnosti« ali »poškodbe«. Enako ni več mogoče ločevati med »depresijo« in kratkotrajno melanholijo (Horowitz & Wakefield, 2007). Potem ko so začeli izraz *anxiety* (tesnoba) v angleščini uporabljati za vse mogoče, od tega, kako se človek počuti med poslovnim kosilom, pa do tega, kako bi se počutil pred strelskim vodom, je bilo treba izumiti izraz »panična motnja« (ang. *panic disorder*), s katero smo dobili spet posluš za tisto, kar sta vsebovali poprej popolnoma uporabni sintagmi »tesnoba nevroza« in »tesnoba napad«. Glede na vse zgoraj povedano sem se morala kar mučiti s tem, kako sploh predstaviti to ali ono gradivo v knjigi. Na osebni ravni skušam upoštevati trenutne preference skupin glede tega, kako naj bodo poimenovane, in spoštovati občutljivost pacientov, ki se ne strinjajo z nekaterimi diagnostičnimi etiketami. Kjer je sedanja terminologija DSP postala norma, kar se tiče diskusije o tem ali onem pojavu, jo uporabljam, razen če ne zabisuje starejših, bogatejših koncepcij. Na ravni znanstvenika pa se mi zdi vsak čas novo poimenovanje prav jalovo v primerjavi s tem, da uporabljamo že obstoječa poimenovanja. Nadomeščanju »mazohističnega« s »samoporaznim« (ang. *self-defeating*) ali »histeričnega« s »histrioničnim« utegnejo dajati prednost ljudje, ki se želijo ogibati izrazja, ki vsebuje psihodinamske predpostavke, vsekakor pa se zdijo takšna predrugačevanja manj smiselna tistim med nami, ki mislimo analitično in

predpostavljamo, da pri oblikovanju značaja delujejo neza-vedni procesi.

Moja nekoliko protislovna odločitev glede tega, kakšen naj bo jezik v knjigi, je bila taka: uporabljati predvsem tradicionalno psihoanalitično nomenklaturu, ki pa jo bom v upanju, da bo s tem zmanjšana šklepetavost strokovnega žargona, občasno nadomestila z novejšimi izrazi, če ti vsaj približno ustrezajo. Ker bi rada bralstvo seznanila z upravičenjem glede vsakega poimenovanja, ki rabi kot značajski atribut, se na splošno naslanjam na dobro znan psihoanalitični jezik, le da ga skušam narediti bolj prijaznega do uporabnika. Tistim, ki boste to brali, pa nimate psihodinamske izobrazbe, utegne besedilo zaradi tega zveneti anahronistično ali celo domnevno pristransko; takšne lahko samo prosim, naj poskušajo vsaj začasno v dvomu spregledovati analitični tradiciji reči, ki bi utegnile sicer zbuditi njihovo kritičnost, ob tem pa tehtati eventualno uporabnost koncepcij, ki jih razgrinjam.

PRIPOMBA GLEDE TONA

Oporekati se da malone vsemu, kar utegne kdo izreči glede posameznih značajskih vzorcev in pomenov, in sicer ne glede na to, ali nasploh sprejemate psihoanalitično metodo. Mnogi pojmi, ki zavzemajo središčno mesto v analitičnem mišljenju, ne le niso bili sistematično raziskani in ovrednoteni, ampak so v sebi tako odporni pred operacionalizacijo in uporabo, da si je težko zamisliti, kako bi kdaj sploh lahko bili empirično preskušeni (glej Fischer & Greenberg, 1985). Mnogi akademski strokovnjaki psihoanalizo raje postavljajo v okvir hermenevtike kot pa znanstvenega izročila, deloma prav zaradi tega, ker se toliko njene snovi tako upira raziskovanju

z znanstvenimi metodami, kakor ga opredeljujejo mnogi sodobni akademski psihologi.

Moje zmote gredo bolj v smeri pretiranega popreproščanja kakor pa zamegljevanja, bolj v to, da nekatere ideje razstiram z večjo nonšalanco, kakor pa bi se utegnilo zdeti ustrezno marsikateremu preudarnemu strokovnjaku. A besedilo je namenjeno praktikom na začetku poti in prav nič mi ni do tega, da bi tesnobo, ki neogibno prežema praktikovo vajeinstvo, še poglobljala z vpeljevanjem neskončnih kompleksnosti. V luči skrbi, ki jo naše polje v zadnjem času izraža glede esencializma in absolutnih proklamacij, si v drugi izdaji vendarle prizadevam krotiti svoje morebitne tendence k vseveljavnosti. Nepredvidljive nianse vsakega terapevtskega razmerja, v katerega se spustimo, učijo prav vsakega med nami, da vpricho misterija človekove narave opešajo celo najelegantnejše formulacije, kakršne so nam sicer v največje zadovoljstvo. Zato rej zaupam, da bo bralstvo pustilo tovrstna moja tolmačenja za sabo – in ga k temu še spodbujam.

POJMOVNA VPRAŠANJA

UVOD V PRVI DEL

Naslednjih šest poglavij vsebuje upravičenje značajske diagnostike, pregled nekaterih pomembnejših psihoanalitičnih teorij in tega, kaj je katera od njih prispevala k modelom osebnostne zgradbe, raziskavo individualnih razlik, ki jih na splošno pojmujeemo kot utelešenja različnih zoritvenih izzivov, komentarje glede terapevtskih implikacij tovrstnih vprašanj in prikaz obramb, kakor so že povezane z značajsko zgradbo. Skupaj ta poglavja nudijo metodo mišljenja o tistih ustaljenostih pri posamezniku, ki jih razumemo kot osebnost. Kulminacija tega razdelka je povzetek diagnostičnih možnosti znotraj dvoosnega koordinatnega sistema. Čeprav gre za shemo, ki je – tako kot vsi poskusi posploševanja – po eni strani samovoljna, po drugi pa preveč preprosta, si z njo uspešno pomagam, ko terapevte seznanjam z osrednjimi dinamskimi formulacijami in njihovo klinično vrednostjo. Prepričana sem, da je ta način tolmačenja osebnosti impliciten v velikem delu psihoanalitične literature. Tu in tam se pokaže tudi kaka eksplicitno podobna formulacija (ta npr. M. H. Stone, 1980, ki je enako vpeljal koordinati v zvezi z genskimi tendencami). Drugi analitiki so poskrbeli za druge vizualne ponazoritve

diagnostičnih možnosti (tako npr. Blanck & Blanck, 1974, str. 114–117; Greenspan, 1981, str. 234–237; Horner, 1990, str. 23; Kernberg, 1984, str. 29; Kohut, 1971, str. 9).

Še posebno v minulih dveh desetletjih pa nove načine pojmovanja osebnostnih razlik navdihujejo raziskovalci, ki preučujejo otročičke, odnosne vzorce, travmo in nevroznanost. Moja shema obsega mnoga izmed njihovih odkritij, obstajajo pa tudi nekatera pojmovanja, ki izvirajo iz sodobnih empiričnih raziskav, a so njihovi zorni koti bistveno drugačni. Ni moj namen, da bi oporekala drugim vrstam organiziranja razvojnih, strukturnih in temperamentnih konceptov, vsa moja skrb velja temu, da bi novinci, ki se prvič znajdejo v tej zmešnjavi, dobili sežeto in dovolj izluščeno podobo.

Zakaj diagnostika?

Za mnoge ljudi, med njimi tudi nekatere terapevte, je diagnostika umazana beseda. Vsi smo že bili kdaj priče zlorabljanja psihodiagnostičnih formulacij: tako utegne spraševalec, ki ne prenese negotovosti, na temelju pravkar opravljene anamneze komu prilepiti popreproščeno diagnozo; klinik, ki ne prenese občutenja tuje bolečine, se lingvistično distancira od človeka v stiski; ali pa je kak »zgaga« za kazen deležen etikete psihopata. Nozologija se lahko imenitno obnese pri podkrepitvi predsodkov, kakršni se kažejo v rasizmu, seksizmu, heteroseksizmu in številnih drugih oblikah (in to se pogosto tudi dogaja). V ZDA zavarovalnice določajo, koliko terapevtskih ur gre kateri od diagnostičnih kategorij, pri čemer često oporekajo terapevtovi presoji, in zato je tu diagnostični proces še posebej podvržen koruptivnim vplivom.

Eden od ugovorov je tudi, da so diagnostični nazivi hočeš nočeš slabšalni. Paul Wachtel* (ki mi je to osebno sporočil dne 14. marca 2009) je diagnoze označil npr. kot »žaljivke s finim pedigreejem«. Jane Hall piše, da so »etikete za na zvezke, ne za na ljudi« (1998, str. 46). Vsega hudega vajeni terapevti

* Paul Wachtel je znan integrativistični terapevt, utemeljitev modela ciklične psihodinamike, avtor (*Inside the Session: What Really Happens in Psychotherapy*). Malo naprej omenjena Jane Hall je priznana analitičarka in avtorica (*Deepening the Treatment*).

pogosto rečejo kaj takega, vseeno pa menim, da jim je pri študiju pomagalo izrazje, ki je znalo individualne razlike povzeti v skupno implikacijo, ki se je tikala zdravljenja. Potem ko se naučiš raznavati klinične vzorce, ki so že desetletja predmet opažanj, lahko seveda vržeš knjige v kot in se navdušuješ nad enkratnostjo posameznika. Diagnostične nazive je mogoče uporabljati za popredmetenje in žaljenje ljudi, a če se mi posreči z dovolj spoštovanja sortirati individualne razlike, se bralstvo pri diagnostični terminologiji ne bo nalezlo rabe, ki bi bila v podporo superiorizmu nad drugimi. Ne, pridobili si bodo rudimentarno besedišče, ki jim bo omogočalo mentalizacijo različnih subjektivnih možnosti, kar je kritičnega pomena tako za osebno kot za poklicno rast.

Zlahka se da dokazovati, da je diagnosticiranje lahko zlorabno. A da se da kaka reč zlorabiti, to še ni upravičenje, da bi jo bilo treba zavreči. Mnogotera so zla, ki nastajajo v imenu dragocenih idealov – ljubezni, rodoljubja, krščanstva, česar koli že – pa teh sprevračanj zagotovo ni kriva prvotna vizija. Pomembno pa je tole vprašanje: ali skrbno, nezlorabno poseganje po psihodiagnostičnih pojmih povečuje možnosti, da bomo klientu pomagali?

Diagnostika, kadar jo izvajamo z občutkom in z ustrezno strokovnostjo, ima vsaj pet medsebojno povezanih prednosti: (1) prav pride pri načrtovanju zdravljenja, (2) obnese se, kar se tiče prognoze, (3) prispeva k varovanju uporabnikov mentalnozdravstvenih storitev, (4) terapevtu pomaga pri izražanju vživetnosti (čuta empatije), (5) vlogo ima pri manjšanju verjetnosti, da bodo nekateri ljudje, ki se zlahka ustrašijo, zbežali pred zdravljenjem. Poleg tega pa so od diagnostičnega procesa še dodatne koristi, ki posredno lajšajo zdravljenje.

Ko govorim o diagnostičnem postopku, sem mnenja, da bi morali, razen če gre za krizo, začetne ure s klientom preživeti

med zbiranjem čimširših objektivnih in subjektivnih informacij. Sama imam navado (glej McWilliams, 1999), da prvo uro s pacientom namenim podrobnostim o problemu, njegovem izražanju in njegovem poreklu. Na koncu ure preverim, ali je dotičnemu prijetna misel, da bova sodelovala. Tedaj pojasnim, da lahko bolje razumem problem, če ga obravnavam v širšem kontekstu, in si izgovorim dovoljenje, da bom, ko se dobiva naslednjič, izpeljala kompletno anamnezo. Ko pride ta ura, ponovim, da bom spraševala vse mogoče, prosim za dovoljenje, da si lahko delam zaupne zapiske, in povem pacientu, da mu ni treba odgovoriti na nobeno vprašanje, če bi mu bilo to neprijetno (to se redkokdaj zgodi, a ljudem je, kot kaže, ta opazka všeč).

Ne verjamem dokazovanju, češ da se bo, če pustimo razmerju čas, tako ali tako ustvarilo zaupanje, tako da bo prej ali pozneje prišlo na plano vse, kar kaj pomeni. Ko se pacient zbliža s terapevtom, mu utegne postati težje, ne pa lažje prihajati na svetlo s tem ali onim aspektom osebne zgodovine ali vedenja. Na snidenjih Anonimnih alkoholikov (AA) je vse polno ljudi, ki so bili leta in leta v terapiji ali pa so se oglašali pri vseh mogočih svetovalcih, pa jih ni niti eden kdaj pobaral, ali zlorablajo kako substanco. Za potrebe tistih, ki mislijo, da mora biti diagnostična seansa zgled avtoritarnosti in papeške odmaknjenosti, pa naj poudarim, da ni nobenega razloga, zakaj se ne bi smel globinski intervju voditi v ozračju iskrenega spoštovanja in čuta za enakost (glej Hite, 1996). Če bo strokovno temeljit, nam bodo pacienti praviloma hvaležni. Neka ženska, ki sem jo intervjuvala, potem ko je zamenjala že nekaj terapevtov, je pripomnila: »Še nikoli se ni nihče tako zelo zanimal zame!«

PSIHOANALITIČNA DIAGNOSTIKA V PRIMERJAVI Z DESKRIPTIVNO PSIHIATRIČNO DIAGNOSTIKO

Odkar sem napisala prvo različico te knjige, je postala psihiatrična deskriptivna diagnostika, ki je temelj sistemov DSP in ICD (*International Classification of Diseases*, Mednarodna klasifikacija bolezni, slov. MKB), še celo bolj merodajna – do te mere, da DSP že kar redno imenujejo »biblija« mentalnega zdravja, študentje pa se je morajo učiti, kakor da bi imela samoumeven epistemski status. Čeprav lahko inferenčna/kontekstualna/sorazmerna/subjektivno uglaševana diagnoza sobiva z deskriptivno psihiatrično diagnostiko (Gabbard, 2005; PDM Task Force, 2006), pa postaja opredeljevanje, kakršno opisuje ta knjiga, vse bolj izjema in ne pravilo. Osebo me pogled na to stanje plaši. Naj torej na kratko omenim svoje zadržke glede opisne in kategorijske diagnostike, povezane z DSP. Morda se bodo nekateri od njih polegali po prihodu DSP-V, vendar pa pričakujem, da bodo vesplošne posledice tega, da smo se po letu 1980 uklonili kategorični, na lastnostih temelječi taksonomiji, ostale še dolgo.

Prvič, DSP ne premore implicitne opredelitve duševnega zdravja oziroma čustvene čilosti (ang. *wellness*). Psihoanalitično klinično izkustvo se od tega razlikuje po svoji predpostavki, da naj terapevti ne samo pomagajo pacientom spremeniti problematično vedenje in mentalno stanje, temveč naj jim skušajo pomagati, da se bodo sprejeli skupaj z omejitvami, kakršne že imajo, in izboljšali svojo splošno odpornost, občutek lastne učinkovitosti, tolerance do široke pahljače misli in afektov, občutje kontinuitete ali trajnosti (ang. *continuity*), realistično samospoštovanje, zmožnost za bliskovitost, moralni čut in zavest o (od njih) ločeni subjektiviteti drugih. Ljudje, ki jim manjkajo te zmožnosti, si jih še ne znajo zamišljati, in zato osebno ne tožijo zaradi tega, ker bi jim manjkale, temveč

samo izražajo željo, da bi se bolje počutili. Tako utegnejo iskati zdravilo za kako konkretno motnjo, ki jo je najti na prvi osi, a njihovi problemi lahko daleč presegajo njeno simptomatiko.

Drugič, dejstvo je sicer, da so nastanku teh izdaj botrovala iskrena prizadevanja, da bi se povečala veljavnost in zanesljivost, a oboje je pri DSP že vse od leta 1980 razočarljivo (glej Herzig & Licht, 2006). Poskus, da bi se psihopatologija preopredelila v tem smislu, da bi bile nekatere vrste raziskovanj lažje izvedljive, je hočeš nočeš pripeljal do opredelitev kliničnih sindromov, ki so med sabo umetno ločeni in zato ne zmorejo zaobseči kompleksnega izkustva pacienta. Medtem ko je zdaj, ko obstajajo drugi učinkoviti načini pojmovanja psihopatologije, prizadevanje po zatrtju psihoanalitične pristranskosti razumljivo, pa je eliminacija zanimanja za to, kako klient subjektivno doživlja svoje simptome, pripeljalo do nastanka enodimenzionalne, od subjektivnega izkustva odtrgane različice duševnega trpljenja, ki predstavlja klinične fenomene približno tako, kot lahko posreduje kako skladbo opisovanje njenega ključa, tempa in dolžine. Ta kritika se naša še posebej na tisti del DSP, ki obsega osebnostne motnje, a velja tudi glede obravnave tistega, kar ljudje izkušajo kot tesnobo in potrto ipd., tu pa so diagnosticirani glede na pojave, ki jih je mogoče opazovati od zunaj, na primer po pospešenem srčnem utripu ali pa po spremembah v prehranjevalnih in spalnih navadah, ne pa glede na to, ali se tesnoba tiče ločitve ali izničenja in ali je depresija anaklitična ali introjektivna (Blatt, 2004) – tovrstne razlike pa so ključnega pomena za klinično razumetje in pomoč.

Tretjič, čeprav govorijo o sistemu DSP pogosto kot o »medicinskem modelu« (ang. *medical model*) psihopatologije, ga ni zdravnika, ki bi remisijo (ponehanje) simptomov enačil z okrevanjem od bolezni. Popredmetenje (oziroma razčlovečenje) »motenjskih« kategorij, ki se bije z velikim delom

kliničnega izkustva, ima znatne, čeprav nenameravane negativne posledice. Predpostavka, da se psihološki problemi najbolje pojmujejo kot ločeni simptomatski sindromi, je spodbudila zavarovalniške firme in vlade, da so opredelile najnižji skupni imenovalec spremembe in vztrajale, da več od tega ne bodo krile, tudi kadar je razvidno, da so izražene težave samo konica čustvene ledene gore, ki bo v prihodnje povzročala še trčenja, če se ne bomo menili zanjo. Kategorijsko obravnavanje je koristilo tudi farmacevtskim družbam, ki jim je v interesu, da se seznam medsebojno ločenih »motenj« daljša in daljša, saj lahko za vsako od njih tržijo specifična medicinska sredstva.

Četrtrič, ko se oziramo nazaj, se izkazuje, da so bile po letu 1980 mnoge izmed odločitev glede tega, kaj uvrstiti v izdaje DSP in kam kaj razvrstiti, samovoljne in nedosledne, nanje pa so vplivale povezave sodelujočih s farmacevtskimi firmami. Tako so na primer prav vse pojave, ki so se kakor koli dotikali razpoloženj, vtaknili v razdelek z razpoloženskimi motnjami, s tem pa je izginila diagnoza depresivnostne osebnosti, ki je dotlej preživela vse preizkušnje časa. Posledica je, da zdaj mnoge osebnostne probleme napačno tolmačijo kot med sabo ločene epizode ene same razpoloženske motenosti. Še en zgled: če človek pazljivo prebira opise DSP nekaterih motenj s prve osi, ki so pojmovane kot kronične in trdovratne (na primer splošna /generalizirana/ anksiozna motnja, somatoformna motnja), mu sploh ne more biti jasno, zakaj torej ne veljajo za osebnostne motenosti.

Celo kadar je upravičenje glede vključitve ali izključitve kakega stanja jasno in ga je mogoče zagovarjati, se utegne rezultat od tam, od koder gleda klinik, zdeti arbitraren. Od DSP-III naprej je merilo za uvrstitev, da obstajajo raziskovalni podatki o zadevni motnji. Sliši se po pameti, a ima tudi prav čudne posledice. Tako je že pred letom 1980 bila disociativna

osebnost dovolj raziskana, da so podatki upravičevali kategorijo motnje mnogoterne osebnosti v DSP – pozneje so to preimenovali v motnjo disociativne identitete – zato pa je bila zelo slabo raziskana disociacija v otroštvu. In tako kljub dejstvu, da med kliniki, ki zdravijo disociativne odrasle, vlada široko soglasje, da se pri človeku, ki ni imel kake disociativne motnje že v otroštvu, sploh ne more razviti disociativna identiteta, v DSP (vsaj leta 2010, ko to pišem) ni diagnoze, ki bi se nanašala na disociativne otroke. V znanosti je značilno, da pride najprej naturalistično opažanje, potem šele sledijo preverljive hipoteze. Nove psihopatologije (npr. internetna zasvojenost, še posebno s pornografijo, pri čemer gre za različico kompulzije, ki ni mogla biti znana, dokler je ni omogočila tehnologija) opazijo najprej kliniki, potem šele jih je mogoče raziskati. Tovrstne dileme se pojavljajo zato, ker izdaje DSP po letu 1980 kliničnemu izkustvu ne dopuščajo več, da bi znatneje vplivalo nanje.

Nazadnje bi želela pripomniti še nekaj, kar se nanaša na tiho učinkovanje kategorijske diagnostike na družbo. Takšna diagnostika utegne prispevati k posebni obliki samoodtujitve, k reifikaciji sebstvenih stanj, glede katerih človek implicitno zavrača odgovornost. »Imam socialno fobijo,« je zgolj bolj alienirana, bolj razosebljena oblika izjave: »Tako sramežljiv(a) sem, da je prav mučno.« Ko se je patent za prozac iztekkel, so pri firmi Ely Lilly po istem receptu izdelali rožnato tabletko, jo imenovali serafem in ustvarili novo »bolezen«: predmenstrualno disforično motnjo (PMDM) (Cosgrove, 2010). V dneh pred menstruacijo postane razdražljiva marsikatera ženska, a eno je reči: »Oprosti, da sem danes popadljiva – prihajajo pozdravčki,« drugo pa je oznaniti: »Imam PMDM.« Ženska v prvem primeru doživlja svoje vedenje kot nekaj svojega, njena izjava povečuje možnosti za prisrčen stik z drugimi, obenem pa se v njej izraža spoznanje, da je včasih pač težko, medtem

ko druga izjava implicira, da gre za zdravljivo obolenje, postavlja ograjo med žensko in tem, kar izkuša, in jo podpira v infantilni veri, da je prav vsaka reč odpravljiva. Mogoče gre zgolj za moj idiosinkratični zorni kot, vsekakor pa me plaši ta neopazni premik v samoumevnostih, ki si jih deli družba.

NAČRTOVANJE ZDRAVLJENJA

Izročilno upravičenje diagnostike je v tem, da je treba zdravljenje načrtovati. Predpostavka je torej, da sta si psihoterapija in medicinsko zdravljenje vzporednici – in v medicini je razmerje med diagnozo in terapijo (če gre vse tako, kot bi moralo iti) premo. Pri psihoterapiji ta vzporednica včasih obstaja, včasih ne. Ni težko videti, kako dragocena je lahko posrečena diagnoza pri stanjih, glede katerih nam je na voljo specifična metoda zdravljenja, s katero se vsi strinjamo. Za zgled naj bo diagnoza, da gre za zlorabljanje substanc (implikacija je, da je treba psihoterapijo voditi usklajeno s kemičnim razstrupljanjem in rehabilitacijo) ali za bipolarno obolenje (implikacija: nuditi obenem z individualno psihoterapijo tudi medikacijo).

Čeprav se je v zadnjih 15 letih oblikovalo precej intervencij, osredinjenih na reševanje značajskih problemov, je najsplošnejši recept za osebnostne motenosti še zmeraj dolgoročna psihoanalitična terapija. A analitične obravnave, všteti psihoanalizo, niso uniformne procedure, ki bi jih šlo uporabljati po enem in istem kopitu, ne da bi upoštevali pacientovo osebnost. Celo kar se da klasičen analitik bo bolj gledal na meje v primeru, da je pacient histeričen, bolj bo težil k afektu, če bo šlo za obsesivnega klienta, pri shizoidnem pa bo bolj toleranten do molčanja. Terapevtovo prizadevanje, da bi se življal, samo po sebi še ne zagotavlja, da bo tisto, kar bo doživljal posamezen pacient, res živjetost (ang. *empathy*) – da bi vedeli,