

KURITÁRNÉ SZABÓ ILDIKÓ

## Határtalan fájdalom

*A határeseti (borderline) személyiségzavar*

Az utóbbi években változik a terápiás segítséget kereső betegek összetétele. Egyre gyakrabban jelennek meg borderline személyiségzavarban szenvedő betegek a klinikai ellátóhelyeken, miközben klasszikus neurotikus betegekkel ritkábban találkozunk. A borderline típusú problematika nem véletlenül lett korunk betegsége. Az egyén pszichopatológiája a társadalom metaforája, amely tükrözi, leképezi a jelen kor problémáit. Az összefüggés fordítva is érvényesül: a kultúra és társadalom jellegzetességei a személyiség (de)formálódásának sajátos módjait teszik lehetővé. A borderline vonások, a kidolgozatlan identitás, az értékek és normák zavarossága, a hasítás, az érett kapcsolatkézség hiánya, a haszontalan vagy ártalmas pótkielégülések hajszolása, a nem megfelelő agressziókezelés, a csak a saját igényeket szem előtt tartó emberi kapcsolatok, a határátlépésekre való hajlamosság mind az értékválsággal küszködő modernitás jelenségei. Az etiológiai jelentőséggel rendelkező gyermekkori traumatizáció kérdésköre az elkövető-áldozat-cserbenhagyó szemtanú társadalmi szinten is megoldatlan jelenségére rímel, és szembesít a szereplők felelősségének kérdésével. A borderline betegek nehézségeire a mai kor nem képes korrektív megoldásokat kínálni, inkább elmélyíti a problémát. A belülről vezéreltség és önszabályozás deficitjeinek kipótlására megtartó közösségek és stabil struktúrák nem állnak rendelkezésre, a fogyasztói társadalom az álmegoldásokat kínáló azonnali szükségletkielégítés ösztönzésében érdekelt, s nem pedig annak szabályozása irányába hat.

Az amerikai pszichoanalitikus hagyományokból kinövő borderline (határeset) kifejezés tágabb értelemben a pszichózisok és a neurózisok közötti közepes súlyosságú tartományba sorolha-

tó mentális zavarokat jelöli. Ma szűkebb értelemben használjuk e fogalmat, s egy specifikus személyiségzavart értünk a borderline kifejezés alatt. Főleg fiatal nők körében gyakori és feltűnő e körkép előfordulása. Az élhetőbb életért folytatott heves küzdelem intenzív, instabil érzelmekben, kaotikus, viharos kapcsolatokban és öndestruktív viselkedésformákban fejeződik ki. Kicsit idősebb életkorukra a betegek többsége esetében csillapodnak a szélsőséges kilengések, sőt a legújabb körlefolys-vizsgálatok szerint már a betegségkezdet utáni néhány éven belül jelentősen rendeződnek a betegek. Bár a pszichopatológia magtünetei fennmaradnak, az aktív diszfunkcionális megküzdési módok és a tünetviselkedések az évek során csillapodnak.

### Klinikai kép

A mentális zavarok diagnosztikus kézikönyve, a DSM-IV a következő kritériumok közül bármely ötnek a teljesülését írja elő a borderline személyiségzavar diagnózisának megállapításához:

1. Kétségbeesett igyekezet a valós és képzelt elhagyatás elkerülésére
2. Instabil, intenzív kapcsolatok (idealizálás-lebecsülés váltakozása)
3. Identitászavar: bizonytalan önkép és önérték
4. Impulzivitás legalább két önveszélyeztető területen: költokezés, szexualitás, pszichoaktív szerhasználat, autóvezetés, falás
5. Ismétlődő öngyilkossági viselkedés, szándékos öncsonkítás
6. Érzelmi labilitás
7. Belső üresség krónikus érzete
8. Intenzív harag, kontrollhiány
9. Paranoid és disszociatív tünetek

A kritériumlista a következő fő problémakörök köré rendezhető: a szelfet és a szoros interperszonális kapcsolatokat érintő problémák, valamint az érzelemreguláció és a viselkedésszabályozás zavarai (impulzivitás).<sup>1</sup>

A borderline betegek ellentmondásos aspektusokkal terhelt identitásérzettel rendelkeznek. Értékeik, céljaik, ideáljaik inkonzisztensek, gyorsan változnak a különböző helyzetekben és kontextusokban. Ez abban mutatkozhat meg például, hogy szögesen ellentmondó véleményt fogalmazhatnak meg a korábban kedvelt személlyel, közösséggel, ideológiával kapcsolatban, ha csalódás, vélt vagy valós sérelem érte őket. Funkciójuk jelentősen fluktuál: számukra kritikus helyzetekben elveszítik a felnőtt működéshez szükséges képességeiket, és szorongó, tehetetlen vagy követelőző kisgyermekként reagálhatnak. Az önmagukról alkotott képükből hiányzik a kontinuitás. Az aktuális

1 Kuritárné Szabó Ildikó: *Borderline személyiségzavar. Tünettan, etiológia, terápia*, Budapest, Medicina, 2008.

történések keltette szélsőséges, intenzív érzelmi-hangulati állapotuk függvényében mindenhatónak mutatják be magukat, míg máskor értéktelen, rossz, defektusos, összetört énállapotukat prezentálják. Az adott állapottal azonosulnak, a „minden teljesen rossz” érzést nem csillapítják a megelőző kellemes, szeretetteljes élmények emlékei, a megalapozatlan magabiztosságot és optimizmust nem fékezik korábbi tapasztalatok. Hiányzik az önzéreltségi képessége, ezért hajlamosak az egyetlen specifikus szereppel, szélsőséges politikai, vallási, szexuális csoporttal való túlzott identifikációra.

Megrendítően fájdalmas a szubjektív önmegélésük, mely nem csupán a sikertelen próbálkozások okozta kiábrándulásból fakad, hanem olyan minőségeket hordoz, ami egészséges ember számára valószínűleg kevésbé ismert. Az üresség, élettelenység, dermedtség, zsidbadtság, az értelmetlen vagy hamis létezés és a feleslegesség érzése sok borderline beteg szavakba alig önthető krónikus élménye.

Az éretlen szelf az interperszonális kapcsolatokban sem működik jól. Személyiségdeficitjei következtében ráutalt a kapcsolati partner gondoskodó fizikai jelenlétére, akitől a hiányzó képességeinek betöltését várja. Megmentőt keres, aki megnyugtatja, ha feszült, élményekkel látja el, ha gyöttri az üresség, aki mindig rendelkezésére áll, értelmet ad az életének, definiálja az identitását. Kevésbé képes a másik embert mint önálló léttel és bonyolult motivációkkal rendelkező személyt látni. A saját félelmei és szükségletei töltik be a kapcsolati teret, a másik személyes határainak figyelembevételére nincs kapacitása. A csüngő-kapaszkodó borderline viszonyulás, az adok-kapok egyensúlyának hiánya hamar tönkreteszi a kapcsolatokat, elhasználja a partner erőforrásait. Az egészséges ember intimitáson és kölcsönösségen alapuló kapcsolatokban tud tartósan megmaradni.

Borderline-specifikus konfliktusnak tartjuk az elhagyatástól való félelmet, ami leginkább az eredeti, a későbbi intim kapcsolatokat nagyban meghatározó szülő-gyermek kapcsolat kedvezőtlen tapasztalataiból származik; abból, hogy a gondozó nem állt a gyermek rendelkezésére, érzelmileg elérhetetlennek bizonyult. A borderline betegek kielezeten figyelnek a vélt vagy valós elhagyási szándék legkisebb jelére, s a partner viselkedésének legapróbb mozzanatait e félelem tükrében értelmezik. Rosszul tolerálják az egyedüllétet, ennek elkerülésére határsértő és öndestruktív viselkedéseket produkálhatnak, szándékos fizikai önsértést követhetnek el, vagy öngyilkossággal fenyegetőznek, ha a könnyörgés és a dühkitörés már nem segít. A szeparáció évnvesztés-jellegű élményeket mobilizál, az aktuális elhagyatás felébreszti a fájdalmas múltat és elárasztja a beteget a feldolgozatlan gyermekkori sérelmekkel. A személy nem csupán a jelen helyzetre reagál, hanem a reflektálatlan, feldolgozatlan gyermekkori tapasztalatok kelnek életre a felnőttkori, elsősorban intim kapcsolati helyzetekben. Érzelmileg kevésbé bevonódott,

informális helyzetekben a borderline betegek megfelelően működhetnek, de a jelentős kapcsolatok területén visszatérő súlyos krízisállapotokkal küzdenek.

Az érzelmek, akárcsak a kapcsolatok, intenzívek és instabilak. Látszólag jelentéktelen történésekre is extrém érzelmi reakciókat adnak. Az alaphangulatuk depresszív, morózus, irritált, amelyet epizodikusan intenzív szorongások és dühös állapotok szakítanak meg. A haragot tipikusan a partner viselkedésére adott jogos reakciónak élik meg, a saját felelősségüket ebben kevésbé ismerik fel. A dühkitörések mellett legalább ennyire gyakori az önmaguk ellen fordított agresszió. Ritkább a felhangoltság és a jókedv, amely sokszor nem kellően megalapozott, és keserves csalódásba csap át. A borderline betegek hamar összeomlanak, mert nem tudják olyan hatékonyan védeni az önképüket, mint a magukat tökéletesnek megélt grandiózus nárcisztikus személyek, akik mindig másokat okolnak a saját hibázaikért, kudarcaikért, és az önkritikának nincs helye a személyiségükben. Én magam a súlyos borderline szenvedést diagnosztikus értékűnek tartom, a némileg hasonló tünetprofíllal rendelkező, de más személyiségzavarban szenvedő betegektől való megkülönböztetésben ez az egyik legbiztosabban differenciáló értékű jelzés, melynek mélységeit a szakember is megéli a beteggel folytatott interjú során.

A drámai érzelmi reakciókat elsősorban interperszonális helyzetek aktiválják. A felelős mechanizmus az egyik magyarázó modell szerint az interperszonális hiperszenzitivitás, egy másik hipotézis szerint pedig az érzelemszabályozás veleszületett és a családon belüli tapasztalatok révén még tovább károsodott képessége.

A borderline betegek nem rendelkeznek megfelelő érzelemszabályozó képességgel. Az egészséges emberek az érzelmi élmények széles tartományát élik át, döntően pozitív hedonikus tónus jellemzi mindennapjaikat, s képesek intenzív érzelmek mellett is célirányos aktivitásra a rugalmas figyelmi kontrollnak köszönhetően. A borderline betegek tehetetlenek a mindent elsőprő és szubjektív meggyőződésük szerint soha el nem múló fájdalmas élményekkel szemben. Csillapításukra patológiás érzelemszabályozási módokat alkalmaznak, valamilyen fizikai akciót hajtanak végre, mivel lélektani eszközök nem állnak rendelkezésükre. Magányosságukat és értéktelenség-érzésüket válogatatlan szexuális partnerekkel csillapíthatják, a túlradó érzelmek kezelésére az alkohol, drog, receptre felírt gyógyszer nyújtotta enyhüléshez menekülnek, amitől függővé válhatnak. Az élettelen szelfet veszélyes, kockázatkereső tettekkel stimulálják, a lelki fájdalmat az önsebzés fizikai fájdalmával írják felül. A belső űrt egyesek étellel, falásrohamokkal töltik ki. Sok a multiimpulzív beteg, a személyiségproblémához társuló egyéb mentális és viselkedészavar. A kellemetlen következményekkel nem számolnak, ezen impulzív viselkedésformákat nem tekintik problémának, hanem megoldásának tartják, nem tekintik problémának. Gyakori az

öngyilkossági gondolat, szándék és kísérlet, amelyet a szenvedésként való megszabadulás lehetőségeként élnek meg. Az öngyilkossági elhalálozás hasonló a depressziós betegek öngyilkossági arányaihoz. Diagnosztikus értékűnek tartjuk a szándékos fizikai önsértés jelenlétét, amelyet nem a meghalás vágya vezérel, s ami szinte kizárólag a borderline betegek viselkedésének specifikuma. Falcolnak, elnyomják a csikket a karjukon, a fejüket a falba vagy a földbe verik, vagy szándékosan megégetik magukat, hogy úrrá legyenek a mindent elárasztó lelki fájdalomukon, vagy így próbálnak visszatérni a realitásba a disszociált állapotokból. Az önsértő viselkedés ritkán irányul a társas környezet manipulációjára, sokkal inkább titkolt és szégyellt patológiás érzelmszabályozási formának tekinthető.<sup>2</sup>

### Etiológia

A mentális zavarok soktényezős kóroktannal rendelkeznek, biológiai, pszichológiai és szociokulturális tényezők egyaránt szerepet játszhatnak a kialakulásukban. A borderline betegeknek is feltételezhető neurobiológiai sérülékenység, amely lényegében igazoltnak tekinthető a korábban tárgyalt fő tünetcsoportok vonatkozásában (interperszonális hiperérzékenység, érzelmszabályozás, impulzív agresszivitás), de az önmagáról és a kapcsolatokról alkotott kép torzításaiért és azon magasabbrendű humán funkciók elégtelen fejlődéséért, amelyek az érett másik (a gondozó) közreműködése nélkül nem bontakoznak ki, inkább a korai környezet hibái és diszfunkciói felelősek. A borderline betegek döntő többsége – empirikus kutatások által sokszorosán bizonyított módon – súlyos korai, családon belüli ártalmakat szenvedett el. Természetesen lehetnek olyan esetek is, amikor a biológiai sérülékenység a legfontosabb kóroki tényező; én magam is talákoztam olyan borderline beteggel, akinek a gyermekkorában nem igazolódtak súlyos averzív élmények. A borderline betegek többsége azonban a neurotikus kórképekben szenvedő betegekhez képest több és súlyosabb ártalmat szenvedett el gyermekkorában. Neurotikusok családjában a legalapvetőbb érzelmi szükségletek kielégítésre kerülnek, a tipikus ártalmak – túlkövetelés, tiltások, korlátozások, feltételhez kötött szeretet – nem veszélyeztetik a személyiség alapjainak megszilárdulását. A borderline kórképben szenvedők körében azonban jelentős, 60–70% körüli azoknak az aránya, akiknél a gyermekkorai, családon belüli súlyos, ismétlődő, elhúzódó multiplex abúzus tekinthető a legfőbb kóroki tényezőnek. A családon belüli bántalmazás minden határsértések legsúlyosabbika. A szülő a gondozására bízott gyermek kiszolgáltatottságával, védtelenségével, bizalmával él

2 Kuritárné Szabó Ildikó: A borderline szuicidalitás jellegzetességei. *Psychiatria Hungarica*, 2008/1. 22–33.

vissza, nem csillapítja a distressz állapotait, hanem éppen ellenkezőleg, rettegést kelt és fájdalmat okoz neki, s így alapjaiban veszélyezteti gyermeke személyiségfejlődését.

Az összes pszichiátriai betegségformához képest a borderline betegek előtörténetében a leggyakoribb a szexuális abúzus. A szexuális bántalmazás általában nem vákuumban történik, hanem többnyire egy súlyosan diszfunkcionális családi kontextusban zajlik, amelyet fizikai, verbális és érzelmi bántalmazás, elhanyagolás, kaotikus családi működésmód jellemez. Saját empirikus kutatásunk, amely a gyermekkori traumatikus előzményeket méri fel borderline betegek körében, az amerikai adatokhoz hasonló arányú gyermekkori intrafamiális bántalmazásra derített fényt hazai mintán. Csoda-e, ha ilyen előtörténet után a segítő szakemberek többsége által nem szívesen vállalt borderline betegek maguk is kaotikus, olykor a kezelő személyes határait megsértő, kiszámíthatatlan viselkedésformákat produkálnak?

A traumaeredetű borderline betegek a traumától mentes társaikhoz képest súlyosabb tünetprofil és rosszabb pszichoszociális funkciószintet mutatnak. Sajátos pszichoterápiás stratégiát és kapcsolatkezelési módot igényelnek a családon belül szexuálisan bántalmazottak, mert ők, miközben vágnak a megmentésre, félnek a közelségtől, hisz velük szemben a visszaélést az a személy követte el, akihez kötődtek, s akire ráutaltak voltak. Az inceszt tabu megsértése, a gyermek testi-lelki integritásának eltiprása következtében éppen a gondoskodó személyek (a terápia során a terapeuta) válnak veszélyes figurává, vagy egyes esetekben a gondoskodó személyhez fűződő kapcsolat inadekvát szexualizálása következhet be. A terápiás folyamat során sokat kell dolgozni a bizalom és a biztonság megeremtésén, mielőtt a traumafeltárással foglalkoznánk, s a bizalom-bizalmatlanság problémái a folyamat során ismételten fellángolnak, sokszor az eredeti viszonyban megélt élet-halál minőséggel felruházva.<sup>3</sup>

A nagyon korán kezdődő szexuális abúzusra a beteg gyakran amnéziás, s csak a pszichoterápia során derül ki bizonyos jelekből, főként ha módosult tudatállapottal is dolgozunk, hogy mi áll a problémák hátterében.<sup>4</sup> Nem ritka kivétel a többszörös elkövető. Volt olyan betegem, akit három férfi, az apja, a nagypapa és a nagybátyja is molesztált, óvodás korától a legsúlyosabb, behatolással járó együttlétek áldozata volt. A család egyébként látszólag normálisan él, semmi nem utal arra, hogy a konszolidált felszín mögött milyen dráma zajlik. A betegem anyja maga is az apja szexuális bántalmazásának túlélője volt, feldolgozatlan traumája szerepet játszott abban, hogy a lányát nem védte meg a saját sorsának ismétlődésétől.

3 Herman, Judith: *Trauma és gyógyulás*, Budapest, Háttér Kiadó–NANE, 2003.

4 Kuritárné Szabó Ildikó: Gyermekkori traumatizáció és reziliencia. *Pszichoterápia*, 2011/6. 423–433.

A bántalmazás transzgenerációs átvitele több formában történhet. Egyesek ismétlik a gyermekkori kapcsolati mintát, és áldozattá válnak a felnőtt kapcsolataikban; sokan önmagukat tesszük áldozattá a fizikai önbántalmazás és önelhanyagolás révén. Mások odaengedik a gyermeküket a bántalmazó férjnek, élettársnak. A valamikori áldozatok egy kisebb része maga is bántalmazóvá válik. Büntetés-végrehajtási intézetekben is találkozhatunk elkövetővé lett áldozatokkal, akik súlyos határátlépéseket követnek el, fizikai és/vagy szexuális bűncselekményekért ülnek, s talán soha nem derül ki, hogy ők maguk is (fel nem ismert és kezelésben nem részesült) áldozatok voltak valaha.

A súlyos testi-lelki-érzelmi elhanyagolás is patogén tényező. Az a gyerek, akit soha nem tiszteltek, nem szerettek, és akinek nem volt része megbízható érzelmi támogatásban és odafigyelésben, önmagát sem tudja szeretni (és másokat sem). Diszfunkcionális tapasztalatokat raktározott el az intim kapcsolati elvárásokat szabályozó implicit memóriában, amelyek életre kelvén tönkreteszik a felnőttkori kapcsolatokat. Így a beteg nem jut korrektív kapcsolati élményekhez, s a régi mintázatok ismétlődése, amelyeknek a létrehozásában a saját szerepét nem ismeri fel, egyre inkább megerősítik az alapvető (csak részben tudatos) meggyőződéseit. Ezért van szükség pszichoterápiás kezelésre, ahol a terapeuta a kapcsolati történéseket gondosan monitorozza és tudatosan kezeli. Terapeutaként nem a beteg viselkedése és elvárásai által meghívott válaszokat produkáljuk, hanem gondosan őrködünk a terápiás viszonyulás megőrzésén.

A társadalmi, gazdasági, kulturális hatások nagyrészt a családi szocializáció közvetítésével képződnek le a személyiségben, majd az intézményes szocializáció, a kortárs csoportok és a média mint szocializációs ágens fejt ki hatását a személyiségformálásban.<sup>5</sup> Nagy kérdés, hogy mi vár arra a mai generációra, akiknek a szülei a túlélésért vagy az önmegvalósításért küzdenek, s önkiszákmányoló életmódjuk miatt alig jut idejük és belső energiájuk a szülői feladatoknak való odaszentelődesre. Az anyák feladták a családi életre koncentrált hagyományos szerepüket, az apák sok családból hiányoznak, vagy alig vannak jelen. A felgyorsult életritmus kevés lehetőséget nyújt közösen megélt, megtartó együttes élmények megélésére. A valaha törvényalkotó apa távolléte a normabeépülés és az identifikáció zavaraihoz, a nemi identitás elégtelen kimunkálásához és kapcsolati problémákhoz vezethet. Az identifikációs kínálat nemcsak az otthon falai között szűkös, hanem a tágabb társas térben is. Megfelelő idealizálható patriarchális tekintélyszemélyek nem állnak rendelkezésre. A hiányzó felnőtt-modellt celebek és filmhősök képviselik a gyerekek számára, akik a belső és az interperszonális világból sokszor a legprimitívebb működésmódokat testesítik meg. Az idealizálásra felkínált sztárok nem adnak át valódi értékeket és iránymutatást.

5 Kuritárné Szabó Ildikó: *Borderline személyiségzavar*, i. m.

A korai kapcsolati élményekből származó intrapszichikus sérülékenységet nem orvosolják, hanem inkább felerősítik a társadalmi, kulturális jelenségek. A személyiség strukturális gyengesége és impulzivitása megtartó közösségek és kiszámítható környezeti feltételek között talán szubklinikus szinten maradhatna, de a gyorsan változó modern világban ezek a stabil szerveződések és értékek nem állnak rendelkezésre. A borderline identitásdiffúzió a modern társadalmak értékválságára is reflektál. A hedonizmus, individualizmus és narcizmus kultúrája nem a vágyak és késztetések szabályozásában érdekelt, hanem épp ellenkezőleg: felerősíti a korlátlan ösztönkielési tendenciákat. A jóléti kínálat mesterségesen felpörgetett igényeket kelt, s materiális dolgok megvásárlása révén pszichológiai deficitet be-töltésének hamis ígéretével kecsegtet. A belső űr kitöltésére szó-rakoztató iparágak szerveződnek, a lelki és kapcsolati hiányok pótlására álmegeklési megoldások vesznek körül minket. A szelf definiálására pénzen megvásárolható áru-identitást kínálnak, az erő, kompetencia, fizikai vonzerő szintén valamely termék megvásárlásával érhető el. A pszichológiai szelf kidolgozatlansága ellen a test tökéletesítése a felkínált út, amely evészavarokhoz vezet a kapcsolatok után vágyódó fiatal nők körében. Hiányoznak a proszociális és transzperszonális értékek, manapság a pszichopátiás tendenciák több előnnyel kecsegtetnek. A viselkedést az előnyszerzésre törekvés, nem pedig a morális parancsolatok vezérlik. A saját viselkedés a saját perspektívából tekintve jogos, szükségszerű; a károkozás nem vétek, a másik fél megérdemli azt, amit kapott. A kudarcokért kizárólag a másik hibáztatandó; az áldozatok felelősek a saját rossz sorsukért. Az empátia, lojalitás, büntudat interiorizált, lelkiismeretre alapozott fogalma lassan szinte ismeretlenné válik. Társadalmi méreteken tapasztaljuk a hasítást, miszerint embercsoportok teljesen jókra és teljesen rosszakra oszthatók, ami szabad utat nyit az egyre fokozódó agresszióknak.

### Kezelés

A személyiségzavarok elsődleges kezelési módja a pszichoterápia. Gyógyszerek nem gyógyítják a személyiségzavart, legfeljebb a súlyos tünetek mérséklését szolgálják. Az utóbbi évtizedekben több speciálisan a borderline személyiségzavar kezelésére kidolgozott pszichoterápiás módszer látott napvilágot. A módszerek hatékonyságát a mai tudományosság kritériumainak megfelelő randomizált, kontrollált hatástanulmányok igazolták. Már egy év pszichoterápia segítségével jelentős javulás érhető el, noha a mélyreható változás eléréséhez ettől hosszabb terápia szükséges. A sikeres terápiás megközelítések és a kórlefolyással kapcsolatos kedvező eredmények láttán manapság sokkal optimistábban

tekintünk a borderline személyiségzavarban szenvedő betegek prognózisára, mint néhány évvel korábban.<sup>6</sup>

A terápiás elmélet és módszertan, a terapeutai attitűd és a kapcsolatkezelésre vonatkozó szabályok sokat változtak az eredetileg alkalmazott pszichoanalitikusan orientált megközelítésekhez képest. Tekintetbe vesszük a beteg deficitjeit, nem „hibáztatjuk” őket a számos nehézségért, s hiányosságait nem értelmezzük ellenállásnak. A legtöbb terápiás modell nagy figyelmet fordít a beteg élményeinek elismerésére, hitelesítésére. Kezelési prioritások alapján dolgozunk, kezdetekben a terápiás kapcsolat és a bizalom kiépítése mellett a diszfunkcionális viselkedésmódok kontroll alá vonására fókuszálunk. A múlt feltárása helyett a jelen, az itt és most problémák állnak a kezelés fókuszában. Nagyra értékeljük a kapcsolati tapasztalatból történő tanulást, a múltból származó rigid mintázatok korrekatív „átírását”. Sajátos megközelítést igényel a sokszor fel sem ismert traumaeredetű borderline szindróma kezelése. Itt a terápiás kapcsolat viszontagságainak fokozódásával kell számolni. A valamikori áldozatnak meg kell értenie, hogy bárki is követte el a múltban vele szemben a visszaélést, mégiscsak ő az egyetlen, akinek tennie kell és tennie lehet a problémái megoldásáért.

6 Kuritárné Szabó Ildikó: Bizonyítékokon alapuló optimizmus. Kórlefolyás-vizsgálatok és pszichoterápiás hatástanulmányok borderline betegek körében. *Pszichoterápia*, 2010/6. 385–397.