

Teczka Pracy

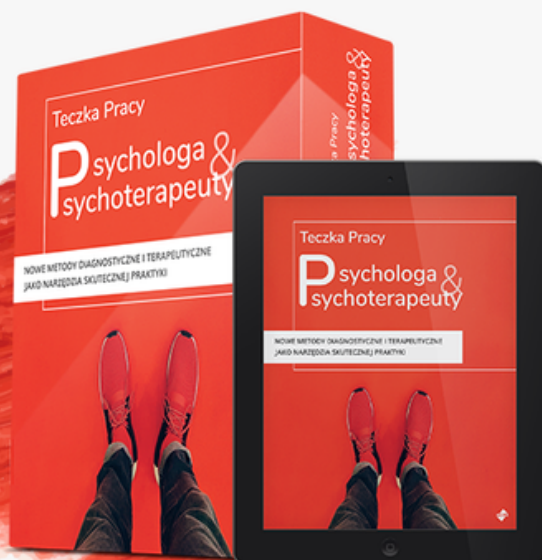
Psychologa & psychoterapeuty

NOWE METODY DIAGNOSTYCZNE I TERAPEUTYCZNE
JAKO NARZĘDZIA SKUTECZNEJ PRAKTYKI



Kompleksowe wsparcie w codziennej praktyce

– baza wiedzy, specjalistyczne narzędzia,
opracowania trudnych przypadków



Teczka pracy psychologa i psychoterapeuty

Baza wiedzy zawarta na ponad 2500 stron, z przykładami
zastosowania zbudowana w oparciu o wyniki badań
i zweryfikowana w pracy ekspertów.

Specjalistyczne narzędzia: kwestionariusze diagnostyczne, karty
pracy, ćwiczenia, skrypty sesji terapeutycznych.

**Opracowania trudnych przypadków z konkretnymi
rozwiązaniami** zaczerpniętymi z praktyki gabinetu
psychologa i psychoterapeuty.

Nowoczesne i skuteczne metody uwzględniające wyzwania
i problemy współczesnego człowieka.

www.TeczkaPsychologa.pl

7.5.7. Terapia schematów w leczeniu pacjentów z zaburzeniem osobowości z pogranicza

dr n. med. Anna Klatkiewicz

WPROWADZENIE

Zaburzenie osobowości z pogranicza (BPD) jest jednym z zaburzeń często spotykanych wśród pacjentów objętych pomocą psychiatryczną lub psycho-terapeutyczną. Rozpowszechnienie tego zaburzenia wśród pacjentów objętych ambulatoryjną opieką psychiatryczną wynosi około 10%, a wśród pacjentów oddziałów stacjonarnych – około 20% [7]. Najczęściej zaburzenie to rozpoznaje się u kobiet (około 75% diagnoz BPD). Jego przebieg jest bardzo zróżnicowany.

22

Z reguły na podstawie historii choroby pacjentki możemy zidentyfikować przewlekłą niestabilność od wczesnej dorosłości (z epizodami ciężkiego upośledzenia kontroli afektu) i impulsywność. Niestety, jest to również grupa pacjentów, która często podejmuje próby samobójcze i inne zachowania autoagresywne.

Na szczęście jednak, mimo iż skłonność do silnych emocji i impulsywności oraz skrajności relacji u tych osób niejednokrotnie utrzymuje się przez całe życie, większości z nich około 30.–40. roku życia udaje się osiągnąć większą stabilizację relacji i funkcjonowania zawodowego [7]. Jest to efektem prawdopodobnie dość częstego w tej grupie osób sięgania po pomoc psychiatryczną i psychoterapeutyczną.

Wśród form pomocy psychoterapeutycznej skutecznych wobec pacjentów z BPD wskazuje się przede wszystkim: terapię schematów, terapię FTP, terapię psychodynamiczną Kernberga i terapię dialektyczno-behawioralną.

DIAGNOZA PACJENTA Z ZABURZENIEM OSOBOWOŚCI Z POGRANICZA

Zanim jednak omówimy terapię pacjenta z tym rozpoznaniem, należy wspomnieć o konieczności przeprowadzenia rzetelnej diagnozy na podstawie obowiązujących kryteriów diagnostycznych. Obecnie obowiązującymi kryteriami są DSM-5 sformułowane przez American Psychiatric Association, a w Europie – klasyfikacja ICD-10.

Zgodnie z klasyfikacją ICD-10 zaburzenie to mieści się w kryterium osobowości chwiejnej emocjonalnie (F 60.3), w którym wyróżnia się dwa typy: typ impulsywny i typ pograniczny osobowości chwiejnej emocjonalnie – osobowość pograniczna (borderline).

Typ impulsywny (F 60.31) można rozpoznać, gdy są obecne przynajmniej 3 z następujących objawów (jednym z nich musi być 2):

1. Zauważalna tendencja do nieoczekiwanego działania bez rozważania jego konsekwencji.
2. Zauważalna tendencja do kłótliwego zachowania i konfliktów z innymi, szczególnie gdy impulsywne zachowania są udaremniane lub krytykowane.
3. Skłonność do wybuchów gniewu i przemocy, z niezdolnością kontroli wybuchowych reakcji.
4. Trudności w utrzymywaniu jakiegokolwiek kierunku działań, który nie przynosi natychmiastowej nagrody.
5. Niestabilny i „kapryśny” nastrój.

Natomiast typ pograniczny osobowości chwiejnej emocjonalnie – osobowość pograniczna (borderline) (F 60.32) można zdiagnozować wtedy, gdy są obecne przynajmniej 3 objawy typu impulsywnego, razem z przynajmniej dwoma z następujących:

1. Zaburzony i niepewny obraz własnego JA, celów i wewnętrznych preferencji (włączając seksualne).
2. Skłonność do angażowania się w intensywne i niestabilne relacje, często prowadzące do emocjonalnego kryzysu.
3. Nadmierne wysiłki uniknięcia porzucenia.
4. Powtarzające się groźby lub akty samouszkodzające.
5. Chroniczne uczucie pustki.

Podczas diagnozy uzupełnieniem powyższych kryteriów diagnostycznych jest Wywiad Diagnostyczny dla Pacjentów z Osobowością z Pogranicza (*Diagnostic Interview for Borderlines – Revised, DIB-R*) (w karcie pracy dołączonej do artykułu).

Należy jednak pamiętać, iż Polska znajduje się obecnie w pięcioletnim okresie przejściowym, w którym obowiązują jeszcze kryteria ICD-10. Jest to okres przygotowania do wdrożenia klasyfikacji ICD-11 opublikowanej 18 stycznia 2018 r. na stronach WHO i obowiązującej od 1 stycznia 2022 r. Kryteria zaburzenia osobowości z pogranicza określone w ICD-11 korespondują z tymi zawartymi w DSM-5 – wydanymi przez APA. APA zapowiadało zupełnie nowe podejście do diagnozy zaburzeń osobowości, jednak ostatecznie zachowano dotychczasowe ramy definicyjne, a zapowiadane nowe, wymiarowe podejście zawarto w sekcji trzeciej: Nowe metody i modele, w podrozdziale: Alternatywny model zaburzeń osobowości DSM-5.

Ważne!

ICD-11 wprowadza tutaj zmianę, gdyż kryteria ustalono w oparciu o ogólne psychodynamiczne podstawy, a w szczególności o trudności związane ze strukturą *self* i zaburzenia relacji [9]. Zaburzenia osobowości zostały zawarte w kategorii „Zaburzenia osobowości i inne związane z nimi cechy” [5], w ramach której zrezygnowano z podziału kategorialnego, gdyż uznano go za trudny w zastosowaniu i niejednoznaczny, na rzecz modelu wielowymiarowego [7]. Zgodnie z tym założeniem należy najpierw ustalić stopień ciężkości zaburzenia osobowości (brak zaburzenia – trudności osobowościowe – łagodny – umiarkowany – ciężki – nieokreślony) – kategoria: „zaburzenie osobowości” 6D10. Następnie można dookreślić „wiodące cechy lub wzorce osobowości” (6D11), ujęte w pięć dysfunkcyjnych cech-domen: Negatywny afekt, Izolacja, Dysocjalność, Rozhamowanie i Anankastyczność [4]. Te dwie kategorie dają pełny opis zaburzenia osobowości.

Konkretny pacjent może zatem mieć przypisaną samą kategorię 6D10, gdy obserwuje się u niego długotrwałe (minimum 2 lata) problemy w funkcjonowaniu w zakresie różnych aspektów *self* (tożsamość, poczucie własnej wartości, trafność postrzegania siebie, ukierunkowanie na siebie) i/lub dysfunkcję interpersonalną (rozumianą jako zdolność do rozwijania i utrzymania bliskich i wzajemnie satysfakcjonujących relacji, umiejętności rozumienia perspektyw innych, radzenia sobie z konfliktami w związkach). Jednocześnie nie można

postawić samego rozpoznania 6D11 [10]. ICD-11 skupia się zatem na zinternalizowanych, jak i zewnętrznych trudnościach pacjentów z zaburzeniami osobowości. Wymiar „wiodące cechy lub wzorce osobowości” (6D11) umożliwia dookreślenie wzorca funkcjonowania pacjenta.

Dodatkowo ICD-11 daje możliwość zastosowania dodatkowego wskaźnika – „wzorca borderline”, tzw. deskryptora borderline, który jest wyłomem od ujęcia wymiarowego. Został wprowadzony, gdyż zwolennicy starej nomenklatury borderline nie zgodzili się na jego usunięcie, ponieważ według nich termin ten jest potrzebny do wyjaśniania takich zachowań, jak samookaleczenia; do wykluczania pacjentów ze standardowego leczenia z powodu innych diagnoz czy też ze względu na pewną kliniczną całość (nie przystaje do innych zaburzeń i pozwala na wyróżnienie osób, które w innym wypadku pozostałyby niezdiagnozowane) [4].

Ważne!

„Wzorzec borderline” został oznaczony jako 6D11.5 i odnosi się do pacjentów, których wzorzec zaburzeń osobowości charakteryzuje się niestabilnością relacji międzyludzkich, obrazu siebie i afektów oraz wyraźną impulsywnością [10]. Cechy te przyczyniają się do burzliwości związków tworzonych przez tę grupę pacjentów, gdyż stapiają się oni z partnerem, by za chwilę dystansować się od innych.

Również strefa intymna może zostać wykorzystana do regulacji bliskości, która rzadko bywa stabilna i trwała. Bliskość raczej wiąże się tu z nieufnością i stratą poczucia bezpieczeństwa. Partnerzy raz są odrzucani, a raz spostrzegani jako odrzucający. Ten sposób tworzenia relacji został również opisany w pkt 2 w DSM-5 jako „Niestabilne i burzliwie przebiegające związki międzyludzkie, charakteryzujące się wahaniami między skrajnymi stanami – idealizowaniem lub pozbawieniem wartości” [7, s. 734]. Zatem problemy relacyjne i trudności z funkcjonowaniem self tej grupy pacjentów są podkreślane zarówno w klasyfikacji DSM-5, w ICD-10, jak i najnowszej klasyfikacji ICD-11.

W tej ostatniej wzorzec niestabilnych i intensywnych relacji międzyludzkich obejmuje:

- gorączkowe wysiłki, aby uniknąć rzeczywistego lub wyimaginowanego porzucenia;

- zaburzenie tożsamości;
- skłonność do pochopnego działania w stanach silnego negatywnego afektu prowadzącą do zachowań potencjalnie autodestrukcyjnych;
- nawracające epizody samookaleceń;
- niestabilność emocjonalną z powodu wyraźnej reaktywności nastroju;
- chroniczne uczucie pustki;
- nieadekwatny intensywny gniew lub trudności w jego kontrolowaniu;
- przejściowe objawy dysocjacyjne lub cechy psychotyczne w sytuacjach wysokiego pobudzenia afektywnego [10].

ICD-11 wychodzi poza kryteria opisowe dotyczące zachowania i podkreśla znaczenie wewnętrznych przyczyn w postaci uporczywych trudności w relacjach i deficytów w zakresie przeżywania samego siebie.

Ważne!

Należy również pamiętać, iż postawienie diagnozy zaburzenia osobowości z pogranicza wymaga przeprowadzenia najpierw diagnozy różnicowej, gdyż psychopatologia BPD częściowo pokrywa się z innymi zaburzeniami, jak:

- depresja (87% przypadków),
- napady paniki (51%),
- symptomy zaburzeń lękowych (75%).

Okolo 90% pacjentów z BPD spełnia kryteria jeszcze innego zaburzenia psychicznego [3].

Opis przypadku

30-letnia pacjentka X zgłosiła się do terapii z powodu: czynów autoagresywnych, zmienności nastrojów, częstego poczucia smutku lub pustki, poczucia „rozwalenia” (jak mówiła o sobie), trudności w zakończeniu relacji z partnerem i generalnie tendencji do wybierania „nieodpowiednich mężczyzn” na partnerów życiowych. Opowiadając o swoim życiu, mówiła o wielu faktach, które wskazywały na wyraźne upośledzenie życia społecznego. Miała w swojej historii wiele pozrywanych relacji z „byłymi” przyjaciółmi i przyjaciółkami, nie było w jej życiu praktycznie żadnej długotrwałej stabilnej relacji, poza rodzicami. Wchodziła w swoim życiu w wiele

krótkotrwałych relacji seksualnych z mężczyznami i kobietami. Obecnie była bardzo zmęczona wielokrotną próbą zakończenia relacji z partnerem, który jednocześnie był jej pracodawcą. W relacji z rodzicami była bardzo impulsywna. Pacjentka zgłaszała również ogromne problemy z samooceną i poczuciem własnej wartości. Marzyła o byciu zaopiekowaną przez kogoś, kto mógłby jej poświęcić pełną uwagę.

Pacjentka ukończyła studia wyższe i wiele kursów przygotowujących ją do życia zawodowego. Wysokie zarobki były dla niej ważne.

Stosowała różne używki: przede wszystkim piła często alkohol, szczególnie gdy dłużej była sama lub przed snem, paliła marihuanę, zdarzało się jej sięgać po dopalacze lub cięższe narkotyki, szczególnie na imprezach z nowo poznanymi znajomymi.

Pacjentka pochodziła z prostej rodziny, jej rodzice nie mieli ukończonych studiów wyższych. Mama pacjentki pochodziła z rodziny silnie przemocowej, w której uznawana była za „najgłupszą” i wobec której stosowano kary cielesne. Chcąc dać pacjentce lepszy start i umożliwić wykształcenie, w odczuciu pacjentki nakładała na nią silną presję osiągnięć, jednocześnie nie doceniając jej zaangażowania. Pacjentka czuła, że nigdy nie może spełnić oczekiwań mamy i zasłużyć na jej uwagę. Mówiła o niedostępności emocjonalnej rodziców, szczególnie matki. Miała poczucie, że mama oczekuje od niej ciągłej uwagi, dopominając się o nią poprzez manifestację swojego złego stanu zdrowia i zmęczenia. Złościła się na ojca o to, że uwagę poświęcał matce, a nie jej.

TERAPIA SCHEMATÓW W ZABURZENIU OSOBOWOŚCI TYPU BORDERLINE

Terapia schematów jest podejściem integracyjnym opartym na modelach poznawczych. Badania pokazują, iż zastosowanie terapii schematów skutkowało wyleczeniem zaburzenia BPD u 52% badanych pacjentów, a 2/3 ogólnej liczby pacjentów objętych badaniem odczuło znaczącą poprawę stanu zdrowia [6].

Terapia schematów została oparta o model trybów schematów Jeffreya E. Younga, na jego terapii schematów, a także na doświadczeniach terapii poznawczej i metodach doświadczeniowych Aaron T. Becka i Arnouda Arntza [1]. Terapia ta znajduje swoje zastosowanie nie tylko wobec objawów skategoryzowanych

w DSM-5 czy ICD-10, ale odnosi się również do patologicznych cech osobowości leżących u podstaw problemów z budowaniem bliskich relacji, karzącym sumieniem czy niewłaściwym przepracowaniem traumy z dzieciństwa. Właśnie dlatego efektem terapii ma być poprawa funkcjonowania pacjenta we wszystkich wymienionych aspektach oraz wzrost poziomu automatycznego przetwarzania informacji.

Badania nad skutecznością tej terapii potwierdzają, iż jej efektem jest złagodzenie wszystkich problemów związanych z BPD, poprawa jakości życia pacjentów i wzrost samooceny. Ponadto stwierdza się złagodzenie wszystkich psychopatologicznych cech BPD, zarówno tych przejawiających się na zewnątrz, jak i tych głębszych – związanych z osobowością. Terapia ta zmniejsza również koszty społeczne BPD.

Terapia schematów trwa mniej więcej od 1,5 roku do 4 lat (lub dłużej). Początkowo powinny odbywać się 2 sesje w tygodniu, jednak w późniejszej fazie terapii częstotliwość spotkań można zmniejszyć do 1 na tydzień.

Ważne!

Biorąc pod uwagę współwystępowalność BPD z innymi zaburzeniami, należy przed podjęciem terapii schematów leczyć (jeśli u danego pacjenta występują): zaburzenie afektywne dwubiegunowe, psychozę (rozumianą jako zaburzenie psychotyczne, a nie krótkotrwały, reaktywny epizod psychotyczny często pojawiający się w przebiegu BPD) oraz ADHD. Nie można również zaczynać terapii schematów, jeśli jednocześnie z BPD rozpoznaje się u pacjenta:

- epizod depresji dużej,
- nadużywanie substancji wymagające odtrucia w warunkach szpitalnych lub
- *anorexia nervosa*.

Przeciwskazaniem do terapii schematów jest również obecność zaburzeń rozwojowych, takich jak autyzm lub zespół Aspergera.

Zatem założeniem o kwalifikacji pacjenta do terapii schematów jest to, że choć w rozwoju mogły wystąpić zakłócenia lub opóźnienia, to jednak zasadniczo pacjent nie powinien odbiegać od normy na płaszczyźnie neurologicznej.

PODSTAWOWE POJĘCIA DOTYCZĄCE TERAPII SCHEMATÓW

SCHEMAT – „uporządkowany wzorzec wiedzy, rozwijający się w dzieciństwie, który znajduje wyraz w określonych zachowaniach, uczuciach i myślach. Nie da się go zmierzyć bezpośrednio, ale można go oszacować, analizując historię życia osoby i obserwując, w jaki sposób radzi sobie ona ze swoim temperamentem i talentami” [2]. Zdrowe schematy mają szansę ukształtować się, gdy dziecko ma zaspokojone podstawowe potrzeby (potrzeba bezpieczeństwa, więzi z innymi, autonomii, poczucia własnej wartości, wyrażania własnego JA, realistycznych granic), dzięki czemu może wykształcić pozytywny obraz siebie i innych osób oraz przychylności świata jako całości. Rozwój dysfunkcyjnych schematów i dysfunkcyjnych strategii radzenia sobie następuje w efekcie interakcji temperamentu dziecka i niezaspokojenia potrzeb dziecka z powodu braków w otoczeniu dziecka lub/i w związku z występowaniem przeżyć traumatycznych (np. strata rodzica, wykorzystanie seksualne).

W BPD wyróżnia się następujące schematy:

- opuszczenie/niestabilność więzi,
- nieufność/skrzywdzenie,
- deprywacja emocjonalna,
- wadliwość/wstyd,
- zależność/niekompetencja,
- podatność na zranienie lub zachorowanie,
- niedostateczna samokontrola i samodyscyplina,
- podporządkowanie się,
- zahamowanie emocjonalne,
- bezwzględna surowość.

U pacjentów BPD uaktywniać się mogą jednocześnie różne schematy.

TRYB SCHEMATÓW – „zestaw schematów i procesów, który w określonych sytuacjach dominuje w myślach, uczuciach i działaniach osoby, spychając inne schematy w cień” [1, s. 33]. Pacjent z BPD stale i w niekontrolowany sposób przeskakuje z jednego trybu w drugi, co objawia się przechodzeniem w krótkim czasie z jednej silnej emocji w inną. Young wyróżnił w BPD pięć charakterystycznych trybów schematów:

- **ODŁĄCZONY OBROŃCA.** Pacjent w tym trybie sprawia wrażenie spokojnego i względnie dojrzałego. W rzeczywistości jednak tryb ten służy unikaniu doświadczania i ujawniania swoich uczuć (strachu – Porzucone Dziecko; poczucia niższości – Karzący Rodzic; złości – Impulsywne Dziecko), które uważane są za niebezpieczne, podobnie jak wyrażanie własnej opinii. Pacjent używa tego trybu w obawie utraty kontroli nad swoimi uczuciami oraz by bronić się przed domniemanym skrzywdzeniem lub porzuceniem. Tryb ten dystansuje lub odpycha innych, którzy mogliby ukarać lub porzucić pacjenta za jego słabości. Gdy pacjentowi nie udaje się utrzymać dystansu, może wpadać w złość, która – jeśli jest mocno wyartykułowana – to można ją uznać za odrębny tryb: **ROZZŁOSZCZONEGO OBROŃCĘ**, którego gniew skierowany jest przeciwko terapeutce (lub innej osobie), w odróżnieniu od gniewu Karzącego Rodzica, który skierowany jest przeciwko pacjentowi. Zadaniem terapeuty jest każdorazowe rozpoznawanie tego trybu i jego omijanie, gdyż uniemożliwia on skuteczną pracę nad rzeczywistymi przeżyciami i problemami.
- **PORZUCONE/SKRZYWDZONE DZIECKO**, nazywany często „Mała... (tu imię pacjenta). W trybie tym pacjent jest smutny, zrozpaczony, niepokieszony, często wpada w panikę. Możemy tu zaobserwować zmianę głosu pacjenta na dziecięcy, tak samo jak zmianę zachowania na zachowanie dziecka w wieku 4–6 lat. Pacjent znajdujący się w tym trybie czuje się osamotniony, nikomu nie ufa i ma poczucie, że nikt się o niego nie troszczy. Pacjent prezentuje tu myślenie czarno-białe, oczekując natychmiastowego wsparcia i rozwiązania jego problemów. Zadaniem terapeuty jest dopuszczanie Porzuconego Dziecka podczas sesji, wspieranie i potwierdzanie ważności uczuć, przy dbaniu o zachowanie poczucia bezpieczeństwa i stopniowe odnoszenie ich do przeszłych doświadczeń (np. doznanej przemocy).
- **ZŁOSZCZĄCE SIĘ/IMPULSYWNE DZIECKO.** Pacjent w tym trybie pokazuje się jako sfrustrowane i niecierpliwe, około 4-letnie dziecko, często przejawia agresję słowną, czasem fizyczną. Wściekłość jest odpowiedzią na poczucie niezaspokojenia potrzeb i praw. Pacjent chce, aby wszyscy dowiedzieli się o tym, jak został skrzywdzony. W tym celu atakuje innych, okalecza się, próbuje się zabić, może opuszczać sesje lub porzucić terapię. Cechą tego trybu jest impulsywność w zaspokajaniu swoich potrzeb. Celem terapii jest nauczenie pacjenta przyznawania się do swoich potrzeb i zaspokajania ich w zdrowy sposób.
- **KARZĄCY RODZIC.** Pacjent znajdujący się w tym trybie drwi, szydzi, mówi z dezaprobatą, poniżając samego siebie, uważając, że zasługuje na karę.

Nie obchodzą go wówczas uczucia lub celowo je psuje, odmawia sobie radości, może nawet próbować odebrać sobie życie, odrzucając wszelką aktywność na rzecz zdrowego rozwoju (ryzyko przedwczesnego zakończenia terapii). Zadaniem terapeuty jest tutaj wygaszanie niezdrowych reguł i zachowań oraz zastępowanie ich bardziej właściwymi zasadami i normami.

- **ZDROWY DOROSŁY.** Pacjent znajdujący się w tym trybie ma odwagę, by okazywać uczucia i panować nad ich wyrażaniem. Zadaniem terapii jest rozwijanie tego trybu – początkowo poprzez pełnienie tej roli przez terapeutę, jednak stopniowo powinna być ona przejmowana przez pacjenta.

FAZY TERAPII

Celem terapii schematów jest zmiana wzdłuż trzech odrębnych ścieżek: odczuwania, myślenia i działania. Odpowiadają im trzy poziomy reprezentacji wiedzy w ramach schematu: wiedza uzewnętrzniona (myślenie), wiedza ukryta „odczuwana” (reprezentacje emocjonalne i uczucia) i reprezentacje operacyjne (działanie). Należy tu uwzględniać trzy obszary doświadczeń pacjentów: życie poza terapią, doświadczenia nabyte podczas terapii i doświadczenia z przeszłości.

Terapia rozpoczyna się od przygotowania zestawienia problemów pacjenta w takiej formie, w jakiej on ich doświadcza. Jednocześnie należy pacjentowi wyjaśnić model trybów schematu. Podczas wstępnych sesji omawia się również zasady uczestnictwa w terapii oraz ustala dostępność terapeuty i osoby, do których pacjent może się zwrócić w sytuacji kryzysowej, gdy terapeuta jest niedostępny. Jedną z zasad specyficznych dla terapii schematów jest nagrywanie sesji i przekazywanie tych nagrań pacjentowi z zaleceniem odsłuchania ich przed kolejną sesją, co ma wzmacniać efekty terapii. Zabieg ten pomaga zrozumieć pacjentowi, co było treścią sesji.

Wyróżnia się siedem odrębnych faz terapii, jednak ich kolejność nie jest sztywno ustalona, co oznacza, że niektóre można pominąć, a inne powtórzyć.

1. Faza wstępna i konceptualizacja przypadku

Faza ta obejmuje 6–12 sesji i służy zebraniu pełnego wywiadu diagnostycznego, ocenie poziomu funkcjonowania pacjenta i nasilenia objawów BPD oraz

stworzeniu konceptualizacji przypadku opartej na modelu trybu schematów. W fazie tej terapeuta ma za zadanie zbudować bezpieczną i zdrową relację terapeutyczną z pacjentem, opartą na koncepcji ograniczonego powtórnego rodzicielstwa, czyli namiastki więzi rodzic – dziecko (terapeuta ma dawać pacjentowi dużą dozę bezpieczeństwa i wsparcia).

Konceptualizacja przypadku pacjentki X

- **ZDROWY DOROSŁY:**
 - Uczestniczy regularnie w terapii.
 - Dbą o podjęcie/utrzymanie nowej pracy i dobrych relacji w pracy.
- **ODŁĄCZONY OBRONCA:**
 - Dużo śpi.
 - Uderza się pasem lub uderza głową w ścianę.
 - Pije alkohol i pali marihuanę lub stosuje inne narkotyki.
- **KARZĄCY RODZIC:**
 - „Jesteś temu winna”.
 - „Jesteś beznadziejna”.
 - „Jesteś niewystarczająca/nie taka”.
 - „Musisz zasłużyć na miłość”.
 - „Nie zasługujesz na zaufanie”.
 - Uderza się pasem lub uderza głową w ścianę.
- **MAŁA X:**
 - Porzucona, przerażona, samotna, bez perspektyw na przyszłość.
 - Żądająca całkowitej uwagi i opieki.
 - Pragnąca, by ktoś za nią podejmował decyzje.
 - Źle znosząca samotność (np. w postaci samotnego spędzenia wieczoru lub weekendu).
- **ZŁOSZCZĄCA SIĘ/ZBUNTOWANA X:**
 - Wybuchy złości.
 - Impulsywne kontakty seksualne zarówno z kobietami, jak i mężczyznami.
 - Imprezy kilkudniowe z narkotykami.

- Szantaże emocjonalne.
- Czasem agresja słowna i fizyczna wobec partnera i rodziców, rzadziej innych osób.
- Zrywanie relacji.

2. Terapia objawów zaburzeń z osi I

Jeśli obserwuje się wystąpienie objawów zaburzeń z osi I, należy najpierw skierować pacjenta na ich leczenie. Jeśli na dalszym etapie terapii pojawią się objawy wymagające uprzedniego leczenia, należy wrócić do fazy 2.

Przypadek pacjentki X

Pacjentka X została dodatkowo skierowana na konsultację psychiatryczną w celu diagnozy/wykluczenia epizodu depresji. Depresja została wykluczona. Przystąpiono do fazy 3 terapii schematów. W trakcie terapii wystąpiła jeszcze jedna konieczność podjęcia konsultacji psychiatrycznej, w wyniku której pacjentka przejściowo otrzymała wspomaganie antydepresyjne w postaci minimalnej dawki farmakoterapii (miało to miejsce wtedy, kiedy pacjentka pierwszy raz w życiu przez dłuższy czas nie decydowała się wejść w związek partnerski).

Zażywanie substancji psychoaktywnych nie spełniało kryteriów uzależnienia, jednak w trakcie trwania terapii było to regularnie monitorowane w związku z okresową zwiększoną ilością spożywanego alkoholu. Nigdy jednak nie spełniało to kryteriów uzależnienia od alkoholu lub innych substancji.

3. Radzenie sobie z kryzysem

Faza ta może zostać pominięta, jeśli na początku terapii nie ma sytuacji kryzysowej. Jeśli pojawia się kryzys, wymaga to natychmiastowej interwencji ze strony terapeuty.

Przypadek pacjentki X

Podjmując terapię, pacjentka nie była w sytuacji kryzysowej, więc faza ta została pominięta. Jednak w trakcie terapii zdarzyły się 4 sytuacje, w których

z pacjentką została ustalona dodatkowa sesja w tygodniu. Zawsze miało to związek z czynami autodestruktywnymi (bicie się pasem i uderzanie głową w ścianę) podejmowanymi pod wpływem gwałtownych kłótni z partnerem lub rodzicami.

4. Interwencje terapeutyczne w odniesieniu do trybów schematów

Jest to główna faza terapii, która może trwać do kilku lat. Rozpoczyna się ona po tym, gdy terapeuta wyjaśni metodę pracy, a pacjent potrafi prawidłowo opisać działanie trybów schematów. Wykorzystać tu można różne techniki:

- Techniki doświadczeniowe: praca z wyobrażeniami, wyobrażeniowa zmiana skryptów, technika odgrywania ról, technika dwóch krzeseł i wielu krzeseł, doświadczanie i wyrażanie emocji, pisanie listów.
- Techniki poznawcze: dziennik poznawczy dla trybów, dialog sokratejski, skalowanie przekonania, ocena na wielu skalach, dwuwymiarowa reprezentacja domniemanych zależności, diagram kołowy, metoda rozprawy sądowej, testowanie przeszłości, karty przypominające, dziennik pozytywnych wydarzeń.
- Techniki behawioralne: eksperymenty behawioralne, nabywanie nowych umiejętności i odgrywanie ról, strategie rozwiązywania problemów, omawianie niebezpiecznych zachowań, omawianie nowych zachowań.

Przypadek pacjentki X

Pacjentce długo zajęło nauczenie się, iż nie zawsze to, co jej się wydaje, że jest oceną, krytyką lub zachowaniem skierowanym przeciwko niej, w rzeczywistości nie musi takie być. Wyzwaniem było nauczenie opiekowania się Małą X i jej ochrona bez konieczności uciekania się po pomoc do osób, od których i tak jej nie mogła dostać. Wcześniej w takich sytuacjach oskarżała się i wchodziła w tryb Karzącego Rodzica.

5. Leczenie traumy z dzieciństwa

Do fazy tej można przystąpić, gdy pacjent najpierw wzmocni tryb Zdrowego Dorosłego oraz zbuduje relacje pozaterapeutyczne, które będą stanowiły dla

niego źródło wsparcia. Tej fazy nigdy nie należy pomijać, nawet wówczas, gdy wydaje się, iż dana osoba radzi sobie dobrze i że trauma została zaakceptowana. Wykorzystać tu można następujące techniki: wyobrażeniowa zmiana skryptów, odgrywanie ról (sytuacje z przeszłości), technika dwóch lub wielu krzeseł, pisanie listów, nowa interpretacja przeszłych zdarzeń i integracja do nowych schematów, testowanie przeszłości, testowanie nowych zachowań na kluczowych postaciach z przeszłości.

Przypadek pacjentki X

Pacjentka przepracowała wiele trudnych wspomnień z relacji z karcącą i krytykującą ją matką. Nauczyła się bronić przed jej negatywnymi komentarzami nawet w teraźniejszości, bez wybuchów złości, oraz stawiać granice jej oczekiwaniom.

6. Zmiana wzorców zachowań

To etap najdłuższy i kluczowy. Mimo że pacjent nie pozostaje już pod wpływem ciągle zmieniających się trybów i częściej pozostaje w trybie Zdrowego Dorosłego, to wdrażanie nowych zachowań nie zawsze przychodzi łatwo.

Przypadek pacjentki X

Pacjentka na tym etapie długo pracowała nad tym, aby nie zrywać relacji pod wpływem niespełnienia jej oczekiwań. Uczyła się spokojnie komunikować swoje uczucia, w spokoju wysłuchać perspektywy drugiej strony i dalej budować relację.

Trudnym wyzwaniem dla pacjentki (po bardzo burzliwym rozstaniu) było nie-angażowanie się natychmiast w kolejny związek, na rzecz zbudowania relacji ze sobą oraz nauczenia się zaspokajania swoich potrzeb i nazwania tego, czego tak naprawdę oczekuje od związku. Pacjentka uczyła się sprawdzać, czy relacje, w które się angażuje, są wzajemne, uczyła się odróżniać zaspokajanie potrzeb seksualnych od prawdziwej bliskości.

Dużym wyzwaniem dla pacjentki było również wzięcie odpowiedzialności za zaspokojenie swoich potrzeb, bez kierowania oczekiwań ich ciągłego zaspokajania przez rodziców, szczególnie przez mamę.

7. Zakończenie terapii

Terapia powinna być zakończona w momencie, gdy:

- pacjent nie spełnia już kryteriów diagnostycznych BPD,
- pacjent zbuduje względnie stabilną sieć społeczną,
- pacjent znajdzie jakąś sensowną aktywność, która zapełni mu dni (najlepiej podjęcie pracy zawodowej),
- albo gdy po minimum roku terapii schematów nie ma żadnych postępów.

Przypadek pacjentki X

Pacjentka zakończyła terapię po 6 latach, nie spełniając już kryteriów diagnostycznych BPD. Odzyskała kontakt z dawnymi przyjaciółmi (3 osoby), nawiązała jedną nową relację przyjacielską ze starszą od siebie o 19 lat kobietą, która częściowo dawała jej oparcie, którego brakowało jej ze strony mamy, nauczyła się pozostawać w spokojnej relacji z rodzicami, ograniczając wobec nich swoje oczekiwania, których nie byli oni w stanie spełnić, oraz po dłuższym okresie samotności (która już była efektem terapii, gdyż wcześniej pacjentka była nieustająco w różnych związkach) znalazła dostępnego i zrównoważonego partnera mieszkającego w tym samym mieście i po roku znajomości zamieszkała z nim (wcześniej działało się to średnio po 3 randce) i zaszła w upragnioną ciążę. Życie zawodowe pacjentki trwało przez cały okres terapii, jednak pod koniec udawało się jej angażować w swoją pracę w sposób równomierny. W związku ze staraniami o ciążę pacjentka zrezygnowała ze wszystkich używek. Planowała do nich nie wracać, aby móc bardziej zadbać o swój organizm.

ZAKOŃCZENIE

Podsumowując, należy zwrócić uwagę na to, iż pacjenci po zakończonej terapii mają satysfakcjonujące relacje z ludźmi, podejmują i utrzymują pracę zawodową. Jednocześnie osoby, które w przeszłości miały diagnozę BPD, zachowują pewien stopień podatności na zranienie w sytuacjach podobnych do ich traumatycznych przeżyć z dzieciństwa (np. w sytuacji śmierci bliskiej osoby). Badania z dziedziny obrazowania mózgu sugerują, iż u osób wyleczonych z BPD reakcje emocjonalne ulegają normalizacji [1]. Istnieją jednak (ukryte) obszary podatności na zranienie. Cenne wydaje się, żeby pacjent mógł uzyskać

pomoc od swojego wcześniejszego terapeuty, gdy potrzebuje pomocy. W takiej sytuacji z reguły wystarczy kilka sesji, by pacjent wrócił do wcześniejszego stanu stabilności.

Pamiętać trzeba również, iż jest to praca bardzo wymagająca dla terapeuty. Stąd zaleca się, by jednocześnie nie przekraczać liczby 4–5 pacjentów z BPD, przy czym mowa tu o pacjentach, u których udało się już przezwyciężyć najbardziej problematyczne aspekty funkcjonowania.

BIBLIOGRAFIA

1. Arntz A., Genderen H., *Terapia schematów w zaburzeniu osobowości typu borderline*, GWP, Sopot 2020.
2. Arntz A., Kuipers H., *Cognitieve gedragstherapie bij de borderline persoonlijkheidsstoornis*, [w:] van Tilburg W., van den Brink W., Arntz A. (red.), *Behandelingsstrategieën bij De borderline persoonlijkheidsstoornis*, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten 1998, 42–64.
3. Bassett D., *Borderline personality disorder and bipolar affective disorder. Spectra or spectre? A review*, „Aust N Z J Psychiatry” 46, 2012, 327–339.
4. Brud P.P., *Przegląd kryteriów diagnostycznych, cech i typów osobowości borderline wraz z próbą ich porządkowania*, „Studia Psychologica: Theoria et Praxis” 21 (2), 2021.
5. Gaebel W., Zielasek J., Reed G.M., *Zaburzenia psychiczne i behawioralne w ICD-11: koncepcje, metodologie oraz obecny status*, „Psychiatr Pol” 51, 2017, 169–195.
6. Giesen-Bloo J., Dyck R., Spinhoven P., Tilburg W., Dirksen C., Asselt T., Kremers I., Nadort M., Arntz A., *Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomised trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy*, „Archives of General Psychiatry” 63, 2006, 649–658.
7. Krawczyk P., Świącicki Ł., *ICD-11 vs. ICD-10 – przegląd aktualizacji i nowości wprowadzonych w najnowszej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób WHO*, „Psychiatr Pol” 54, 2020, 7–20.
8. *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5*, American Psychiatric Association, Edra Urban & Partner, 2018.

9. *World Health Organization: International Classification of Diseases, 11th Revision. The global standard for diagnostic health information. 2020.* Available from: <https://icd.who.int/en>
10. *World Health Organization: International Classification of Diseases, 11th Revision. The global standard for diagnostic health information. 2020.* Available from: <https://icd.who.int/en>, za: Krzysztof-Świdorska A., Małek D., *Osobowość typu borderline w ICD-11 i DSM-5 – relacyjna natura kryteriów zaburzenia*, „Psychiatr Psychol Klin” 22(3), 2022, 175–179.
11. Zanarini M.C., Gunderson J.G., Frankenburg F.R., Chauncey D.L., *The Revised Diagnostic Interview for Borderlines: Discriminating BPD from other Axis II disorders*. J Personal Disord, 1989, 3: 10–18.

NOTATKI

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

KARTA PRACY

Wywiad Diagnostyczny dla Pacjentów z Osobowością z Pogranicza (*Diagnostic Interview for Borderlines – Revised, DIB-R*) (Zanarini M.C., Gunderson J.G., Frankenburg F.R., Chauncey D.L.).

Wywiad ujmuje następujące kwestie:

Emocje:

1. Przewlekła/duża depresja
2. Przewlekłe poczucie bezradności/beznadziejności/braku własnej wartości/winy
3. Przewlekła złość/częste wybuchy złości
4. Przewlekły lęk
5. Przewlekła samotność/nuda/poczucie pustki

Procesy poznawcze:

1. Dziwne myślenie/niezwykłe doświadczenia percepcyjne
2. Neurojeniowe przeżycia o charakterze paranoicznym
3. Doświadczenia quasi-psychotyczne

Wzorce działań impulsywnych:

1. Nadużywanie substancji psychoaktywnych/uzależnienie
2. Dewiacje seksualne
3. Samookaleczenia
4. Manipulacyjne próby samobójcze
5. Inne wzorce zachowań impulsywnych

Relacje interpersonalne:

1. Brak tolerancji na samotność
2. Obawy przed porzuceniem/pochłonięciem/unicestwieniem
3. Przeciwwzależność/poważny konflikt dotyczący pomocy lub opieki
4. Burzliwe relacje
5. Zależność/masochizm

6. Deprecjacja/manipulacja/sadyzm
7. Pretensje/roszczeniowość
8. Pogarszanie się stanu w trakcie terapii
9. Problemy związane z przeciwprzeniesieniem/„specjalne” relacje terapeutyczne

Konceptualizacja przypadku – pacjent/pacjentka (imię)

W poniżej wymienionych trybach wypisz razem z pacjentem sposoby manifestowania się danego trybu w jego myślach, zachowaniach i emocjach. Zastanów się razem z pacjentem, czy poszczególne tryby chce on nazwać „po swojemu”, tak aby było mu się najłatwiej z nimi utożsamić i ułatwić ich rozpoznawanie oraz dalszą pracę nad nimi.

- **ZDROWY DOROSŁY**

-

- **ODŁĄCZONY OBROŃCA**

-

-

-

- **KARZĄCY RODZIC** (tu można wpisać imię mamy lub taty, jeśli któryś z rodziców był wyraźniej krytykujący i karzący)

-

-

-

-

-

- **MAŁA X**

-

-

-

-

-

- **ZŁOSZCZĄCA SIĘ/ZBUNTOWANA X**

-

-

-

-

-