

Ewa Cwalina

## PRZEGLĄD TERAPII POZNAWCZO-BEHAWIORALNYCH STOSOWANYCH W LECZENIU ZABURZEŃ OSOBOWOŚCI TYPU BORDERLINE

### REVIEW OF COGNITIVE-BEHAVIOURAL THERAPIES APPLIED IN THE TREATMENT OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDERS

Miejski Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień im. bł. Rafała Chylińskiego w Łodzi  
Kierownik: lek. med. Krzysztof Kumański

**cognitive-behavioural therapy  
borderline**

*W artykule przedstawiono przegląd podejść terapeutycznych wyrosłych na gruncie terapii poznawczo-behawioralnej, będących próbą leczenia osobowości typu borderline. Czytelnik może zapoznać się z modelem Becka i Freemana oraz modelem Arntza. Ponadto została przedstawiona metoda aktywnego stylu schematów Younga, terapia dialektyczno-behawioralna oraz grupowy program leczenia STEPPS.*

**Summary.** The article presents a review of the therapeutic approaches developed on the basis of cognitive-behavioural therapy, attempting to treat borderline personality disorder. The reader may become familiar with the model of Beck and Freeman as well as the model of Arntz which were built based on the rules of traditional cognitive-behavioural therapy. Moreover the schema therapy of Young, dialectical-behaviour therapy and the group treatment program STEPPS were all presented, which by accepting certain techniques and assumptions of cognitive-behavioural therapy, integrate them with other therapeutic approaches.

### Wstęp

Zaburzenia osobowości są „głębokimi zaburzeniami charakteru i sposobu zachowania się jednostki, obejmującymi zazwyczaj kilka wymiarów (cech) osobowości i prawie zawsze związanymi z zakłóceniami funkcjonowania psychospołecznego” [1].

W międzynarodowej statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych ICD-10, zaburzenia osobowości typu borderline (z pogranicza) są definiowane jako takie, w których niejasny lub zaburzony jest obraz samego siebie, własnych celów i wewnętrznych preferencji. Występuje stałe uczucie pustki wewnętrznej, skłonność do wchodzenia w intensywne i niestabilne związki, co prowadzi często do kryzysów emocjonalnych objawiających się usilnymi próbami uniknięcia porzucenia, powtarzającymi się groźbami samobójstwa i zachowaniami autoagresywnymi. Typ borderline jest w ww. klasyfikacji zaliczany do osobowości chwiejnej emocjonalnie, którą charakteryzuje wyraźna tendencja do działań impulsywnych, bez uwzględniania ich konsekwencji, oraz niestabilność emocjonalna. Ponadto czytamy, że „zdolność do planowania przyszłości bywa znikoma,

a wybuchy gwałtownego gniewu często prowadzą do zachowań gwałtownych lub behawioralnych eksplozji” [2, s. 172].

Terapia poznawcza została rozwinięta przez A. Becka „we wczesnych latach 60. XX wieku jako usystematyzowana, krótkoterminowa i zorientowana na terażniejszość forma psychoterapii depresji, nastawiona na rozwiązywanie aktualnych problemów oraz zmianę nieprzystosowawczych wzorców myślenia i zachowania” [3].

W chwili obecnej możemy wyróżnić dwie generacje terapii poznawczo-behawioralnej. Pierwsza jest skoncentrowana na „tu i teraz”, na celu i zadaniu (znalazła zastosowanie w leczeniu zaburzeń z Osi I), natomiast druga — na relacji terapeutycznej (kontakcie), w której głównym zadaniem terapeuty jest stworzenie bezpiecznej bazy dla pacjenta (została ona stworzona w odpowiedzi na brak skuteczności leczenia zaburzeń Osi II terapią pierwszej generacji) [4].

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie koncepcji wyrosłych na gruncie terapii poznawczo-behawioralnej, które są próbą skutecznego i efektywnego leczenia osobowości typu borderline.

### **Model Becka i Freemana**

Beck i Freeman [za: 5] opracowali model leczenia zaburzeń osobowości odwołujący się do koncepcji ewolucji i wiążący zaburzenia osobowości z pierwotnymi strategiami ewolucyjnymi. Strategie te ludzie rozwijali w toku ewolucji, aby ułatwić sobie osiągnięcie podstawowych celów ewolucyjnych, tj. przetrwanie i reprodukcję. Nieelastyczne, nieprzystosowawcze, kompulsywne stosowanie tych strategii jest charakterystyczne dla osób z zaburzeniami osobowości. Beck i Freeman przedstawili schematy (kluczowe przekonania), które kształtują doświadczenie i zachowanie jednostek. Ich głównym zadaniem jest wnoszenie ładu w doznania napływające ze świata, innymi słowy porządkowanie bodźców i nadawanie im znaczenia. Osoby z zaburzeniami osobowości często funkcjonują na zasadzie „błędnego koła poznawczo-interpersonalnego”. Polega to na tym, że dany schemat jest aktywowany w konkretnej sytuacji interpersonalnej i prowadzi do pojawienia się NAM<sup>1</sup>, co determinuje odpowiednie emocje i zachowanie. Często nakładają się na to błędy poznawcze, które prowadzą do zniekształcenia percepcji i pamięci, a w konsekwencji umocnienia pierwotnej automatycznej myśli. Schematy mogą być aktywne lub uśpione, wąskie lub szerokie, sztywne lub elastyczne, widoczne lub ukryte. Aktywny schemat ma wpływ na to, jak dana osoba przetwarza informacje. Schematy mogą się wzajemnie wyzwać i hamować. A. Beck [za: 6] zaproponował, aby podstawowe przekonania na swój temat stanowiły centrum konceptualizacji pacjentów z zaburzeniami osobowości. Wyróżnił tu dwie grupy przekonań:

Przekonania związane z bezradnością, np.: Jestem słaby. Jestem bezradny. Jestem bezsilny. Jestem uwięziony.

Przekonanie, że jest się osobą niegodną miłości innych, np.: Jestem nic nie wart. Jestem wadliwy. Jestem nie dość dobry. Jestem nie do pokochania.

Przekonania te stają się również celem interwencji terapeutycznej. Jeśli zostaną prawidłowo zidentyfikowane, prowadzą terapeutę poprzez wczesne doświadczenia pacjenta

<sup>1</sup> Negatywne automatyczne myśli

do jego strategii kompensacyjnych i nieadaptacyjnych reakcji wyzwalanych przez bieżące wydarzenia [7]; obrazuje to schemat konceptualizacji poznawczej opracowany przez J. Beck [8]. Terapeuta powinien spodziewać się, że terapia u tych pacjentów może wywołać u tych pacjentów lęk, ponieważ obejmuje zmianę podstawowych schematów, a nie pojedynczych zachowań, a tym samym w pewien sposób podważa ich dotychczasowe poczucie tożsamości [9].

Pacjenci z BPD<sup>2</sup> dzielą dużo sztywnych przekonań charakterystycznych dla innych typów zaburzeń osobowości. Przekonania te prowadzą ich do nieprzystosowawczych zachowań i skrajnych reakcji emocjonalnych. Ważne, aby w toku terapii pokazać pacjentowi związek między uaktywnionym w konkretnej sytuacji przekonaniem a jego negatywnym myśleniem, emocjami i zachowaniem. Podczas terapii prowadzący kładzie nacisk na wspólne ustalanie celów, rozwiązywanie problemów, zmianę dysfunkcyjnych myśli i przekonań, zmianę nieprzystosowawczego zachowania i zapobieganie nawrotom poprzez nauczenie pacjenta, jak być terapeutą dla samego siebie. J. Beck [6] podaje, że terapia trwa od 9 miesięcy do 2 lat. W innej swojej publikacji [10] zaznacza również, że często w toku terapii niezbędne okazuje się przeinterpretowanie znaczenia wspomnień z dzieciństwa pacjenta, gdyż bez tego elementu jest on w stanie zmienić swoje przekonania jedynie na poziomie intelektualnym, a nie na emocjonalnym. Takie interwencje pozwalają danej osobie na przetwarzanie informacji o sobie samej i innych w bardziej dokładny i mniej emocjonalny sposób oraz umożliwiają korzystanie z większej liczby strategii adaptacyjnych.

### Model Arntza

Z myślą o osobach z zaburzeniami osobowości borderline A. Arntz [za: 9] zaproponował nowe podejście, które łączyło terapię poznawczą A. Becka, zorientowaną na „tu i teraz”, z pracą nad przetwarzaniem dawnych doświadczeń przemocy. Założył, że sposób przetworzenia uprzedniej traumy warunkuje najważniejsze założenia i cechy poznawcze pacjenta, celem zaś terapii jest modyfikacja wniosków wyciągniętych z przeżyć z dzieciństwa, które wciąż na niego oddziałują. Dokonuje się to poprzez zmianę schematów leżących u podstaw jego problemów psychicznych. Pacjent wraz z terapeutą formułują hipotezy dotyczące przekonań (na temat siebie, innych, świata), które tworzą rdzeń schematów.

Przekonania te dotyczą trzech tematów (wg Pretzera):

„Świat jest niebezpieczny i wrogi”.

„Jestem bezsilny i podatny na zranienie”.

„Jestem z natury nie do przyjęcia”.

W wyniku takiego zestawu przekonań pacjent wierzy, że żyje w niebezpiecznym świecie, w którym nie może ufać ani sobie, ani innym. Postrzega siebie jako bezsilnego, jednocześnie będąc pewnym, że nie może polegać na innych, gdyż ci nie są godni zaufania, a może nawet niebezpieczni. Wyzwała to nadmierną czujność wobec otoczenia i nieufność, słabe zaś poczucie tożsamości i myślenie dychotomiczne prowadzi do gwałtownych, skrajnych reakcji emocjonalnych. Wg Pretzera modyfikacja myślenia czarno-białego jest głównym celem terapii pacjentów z BPD [za: 9]. A. Arntz [za: 9] określa pacjentów z BPD

<sup>2</sup> Borderline personality disorder

jako porzucone dzieci we wrogim świecie. Nie może więc dziwić przeżywana przez nich rozpacz oraz niestabilność emocjonalna, tak charakterystyczne dla tego zaburzenia.

A. Arntz opracował (opierając się na koncepcji A. Becka i swoim doświadczeniu klinicznym) listę 20 przekonań charakterystycznych dla osób z BPD. Dotyczyły one samotności, pustki, braku kontroli, pewności, że jest się złym człowiekiem, braku zaufania oraz podatności na zranienie [za: 11]. Autor ten powołuje się na badania [12, s. 421], które mówią, że 71–81% pacjentów z BPD podaje w wywiadzie, iż w dzieciństwie doświadczali nadużyć w formie przemocy fizycznej i seksualnej. Inni relacjonują, że byli świadkami przemocy domowej, przeżyli utratę rodzica lub był on emocjonalnie niedostępny, a także wzrastali w atmosferze poważnego konfliktu między rodzicami. W tak niekorzystnej sytuacji wychowawczej dzieci uczą się, że:

Nie mogą okazywać prawdziwych uczuć, muszą przywdziewać maskę.

Okazywanie emocji i wyrażanie opinii łączy się z karą.

Nie ma miejsca na ich opinie czy uczucia, liczy się tylko zdanie opiekuna.

Konsekwencją tego jest też to, że dzieci nie wiedzą, nie mają szansy się nauczyć, jak w adekwatny, asertywny sposób wyrażać swoje uczucia i opinie.

Biorąc powyższe informacje pod uwagę badacze wysunęli hipotezę, że zaburzenia borderline są konsekwencją długotrwałych traumatycznych wydarzeń z okresu dzieciństwa. Ponadto, brak bezpiecznych opiekunów w sytuacjach dla dziecka traumatycznych może zaowocować w przyszłości zahamowaniem rozwoju umiejętności doświadczania i rozumienia emocji, a także zaburzeniem rozwoju tożsamości. Przemawia za tym fakt, że pacjentów z BPD charakteryzuje myślenie jednopłaszczyznowe, czarno-białe, charakterystyczne dla wczesnych etapów rozwoju dziecka. Trudne doświadczenia przeżyte w dzieciństwie wpływają na ukształtowanie nieprawidłowego obrazu więzi łączącego się z brakiem bezpieczeństwa. Ponadto, przewidywane odrzucenie przez opiekuna prowadzi do postrzegania siebie jako osoby złej i niezdolnej do miłości, a innych jako odrzucających. W życiu dorosłym owocuje to dążeniem do minimalizowania lub wyolbrzymiania potrzeb związanych z więzią [13].

W zaproponowanym przez Arntza podejściu terapia trwa od półtora roku do czterech lat, dynamika tego procesu jest zmienna, występują okresy kryzysu, zaostrzenia objawów, a także względnej poprawy. Kontakt terapeutyczny jest dostosowywany do tej dynamiki.

Leczenie składa się z pięciu etapów:

#### Tworzenie relacji

Jest to trudny etap ze względu na dużą ambiwalencję uczuć pacjentów. Z jednej strony pragną oni pomocy i akceptacji, a z drugiej obawiają się zranienia i odrzucenia. Praca nad konkretnymi problemami następuje dopiero po nawiązaniu więzi opartej na zaufaniu. Sprzyjają temu okoliczności, w których pacjent ma poczucie własnej kontroli (zwiększa się jego poczucie bezpieczeństwa), czyli np. sam decyduje o planie sesji, wybiera metody proponowane przez terapeutę, uzgadnia sygnał, którym będzie komunikował, że poruszany temat na razie jest dla niego zbyt trudny. Zachowania terapeuty związane z nadmierną bliskością (kontakt fizyczny), konfrontacją, brakiem jasności mogą nasilać lęk u pacjentów. W razie wystąpienia kryzysu na tym etapie terapeuta nie koncentruje się na działaniu, lecz

na wysłuchaniu pacjenta. Ważnym elementem jest również realistyczne wyznaczenie granic przez terapeutę i konsekwentne ich przestrzeganie.

#### Praca z symptomami zaburzenia

Celem tej fazy nie jest całkowita likwidacja symptomów choroby, lecz podnoszenie jakości życia pacjenta. Długoterminowym celem tej fazy jest radzenie sobie z emocjami w bardziej adekwatny sposób. Stopniowo w trakcie terapii przenoszony jest nacisk z problematycznego zachowania na motywy leżące u jego podłoża. Należy pamiętać, że istotnym elementem pracy na tym etapie jest modyfikacja zachowań autoagresywnych, stanowiących zagrożenie dla pacjenta. Terapeuta stara się poważnie traktować takie zachowania i wyjaśniać z pacjentem ich podłoże, pozwala na okazywanie uczuć i szuka możliwych dróg modyfikacji tych zachowań. Ważne, aby pacjent zrozumiał, że proponowane zmiany nie mają charakteru przymusu, lecz są szansą na zwiększenie jego wewnętrznej wolności w zakresie ekspresji emocji.

#### Modyfikacja błędów myślowych

Jeśli relację terapeutyczną na tym etapie cechuje już zaufanie, to terapeuta może zaproponować pacjentowi prowadzenie dzienniczka, w którym za pomocą ustrukturalizowanych metod (opracowanych dla terapii depresji) może on korygować błędy poznawcze (w szczególności myślenie dychotomiczne). Jest to szczególnie ważne, gdyż błędy poznawcze prowadzą do nieporozumień, stanowiących pożywkę dla intensywnych emocji, i zarazem uaktywniają dysfunkcyjne schematy.

#### Praca w obrębie traumy i zmiana schematu

Odkrycia kliniczne wskazują, że pacjent musi przeinterpretować traumatyczne doświadczenia, aby możliwy był rozwój i zmiana przekonań podczas terapii. Pacjenci, pomimo obawy i oporu, wracając do trudnych wydarzeń z ich życia poszukują wsparcia w poradeniu sobie z nimi. Pracę należy rozpocząć od oczyszczenia zdarzenia traumatycznego i jego kontekstu (ustalić fakty). Proces ten musi się odbywać powoli, stopniowo i podlegać kontroli pacjenta. Następnie należy dokonać rekonstrukcji interpretacji tych wydarzeń w świetle obecnej sytuacji pacjenta. Istotą tego zabiegu jest zmiana ich rozumienia, które pacjent ukształtował sobie w dzieciństwie i które stało się podłożem dysfunkcyjnych przekonań. Przekonania i zachowania, które były uzasadnione i przystosowawcze w okresie dzieciństwa, stały się dysfunkcyjne dla człowieka dorosłego. Wykorzystuje się w takim wypadku techniki wyobrazeniowe i psychodramę, gdyż zmiana musi nastąpić u pacjenta na poziomie dziecka, używając terminologii analizy transakcyjnej. W ten sposób pacjent ma szansę wyrazić swoje emocje i opinie, czego nie mógł zrobić jako dziecko. Poprzez eksperymenty behawioralne można przenosić do teraźniejszości i testować obawy pacjenta związane z konsekwencjami wyrażenia własnego zdania i uczuć. Ważne, aby prowadziło to do zmiany przekonań we wspomnianych wcześniej trzech podstawowych obszarach. W ten sposób pacjent może zrozumieć, jak wydarzenia z dzieciństwa wpływają na jego obecne oczekiwania i jakie niosą konsekwencję dla jego myśli, emocji i zachowań.

Również na tym etapie można powrócić do eliminowania symptomów chorobowych, jeśli nie udało się to wcześniej.

### Zakończenie leczenia

Terapeuta musi uściślić, że celem leczenia nie jest stanie się zupełnie inną osobą, lecz nabycie umiejętności niezbędnych do zadowalającego funkcjonowania. Dobrą oznaką zakończenia leczenia jest zmniejszenie liczby symptomów, lepsza kontrola emocji, racjonalna postawa i większe zaufanie do terapeuty i innych, oraz zdolność do indywidualnego zastosowania umiejętności nabytych podczas terapii. Zakończenie leczenia planuje się dużo wcześniej, tak, aby pacjent mógł się na to psychicznie przygotować. Oferuje się pacjentowi również możliwość powrotu na sesje (podtrzymujące) [12].

### Metoda aktywnego stylu schematów Younga

Model ten zakłada, że zaburzenia borderline są efektem traumatycznych doświadczeń przemocy, opuszczenia i braku bezpieczeństwa w dzieciństwie. Koncepcja ta tłumaczy, że gwałtowne zmiany w zachowaniu pacjentów i inne stany patologiczne są rodzajem regresji do silnych emocji doświadczanych w dzieciństwie. Styl (tryb) schematów jest wzorcem myślenia, odczuwania i reagowania, opierającym się na określonym zbiorze schematów, i jest stosunkowo niezależny od ich stylów [9].

Model ten możemy zaliczyć do drugiej generacji terapii poznawczo-behawioralnej [4]. Został on stworzony na podstawie modelu opracowanego przez A. Becka oraz ruchu konstruktywistycznego. Różni się od standardowego podejścia poznawczo-behawioralnego większym naciskiem na znaczenie relacji terapeutycznej (terapeuta jest refleksyjny, wchodzi w osobisty kontakt z pacjentem), analizowanie wczesnych doświadczeń z dzieciństwa, częstsze korzystanie z konfrontacji niż z ukierunkowanego odkrywania. Autorem tego modelu terapii jest J. Young choć z pewnością współpracując z innymi osobami opracował 18 schematów i przedstawił specyficzne strategie terapeutyczne w podejściu do każdego z nich. Schematy są pogrupowane w 5 szerszych kategorii związanych z podstawowymi potrzebami występującymi w dzieciństwie:

1. rozerwanie więzi – odrzucenie,
2. osłabienie autonomii – osiągnięcia,
3. osłabienie granic,
4. ukierunkowanie na innych,
5. nadmierna czujność – zahamowanie.

W obrębie każdego ze schematów zachodzą 3 procesy (podtrzymywanie, unikanie, kompensacja), związane z funkcją adaptacyjną w okresie dzieciństwa. Z czasem jednak stają się nieprzystosowanymi stylami radzenia sobie, wzmocniającymi schematy [14].

Pacjenci z BPD mają prawie wszystkie z 18 schematów (4 najbardziej dominujące), co stwarza terapeutom trudność wynikającą z potrzeby symultanicznej pracy z ich liczbą schematów. Ponadto pacjenci ci szybko przeskakują z jednego schematu w drugi, co pociąga za sobą szybką zmianę jednego intensywnego stanu emocjonalnego w kolejny.

Możemy wyróżnić u nich cztery główne style schematów:

### Styl Opuszczonego/Porzuconego Dziecka

Ten styl poznawczy zazwyczaj kształtuje się u dziecka w wieku 3–4 lat. W związku z tym przeważają w nim komunikaty niewerbalne, emocje są wyrażane poprzez zachowanie, są niezmodulowane (czyste). Charakterystyczny afekt dla tego stylu to smutek, bezradność, przerażenie, podatność na zranienie. Porzucone Dziecko jest bezradne i osamotnione, desperacko poszukuje opiekuna, idealizując go i ze wszelkich sił przeciwdziałając przedwidywanemu porzuceniu. Pacjent poszukuje ukojenia i opieki. Zadaniem terapeuty jest pocieszenie Porzuconego Dziecka poprzez dostarczenie mu rodzicielskiego wsparcia. Terapeuta stara się, aby pacjent odczytał, zaakceptował i zaspokoił swoje podstawowe potrzeby emocjonalne, bezpiecznej więzi, miłości, empatii, spontaniczności i otwartości.

### Styl Rozzłoszczonego/Impulsywnego Dziecka

Ponieważ w innych stylach pacjent często tłumi swoje potrzeby i emocje, ten styl jest aktywowany, kiedy nie jest on w stanie dłużej znieść frustracji i agresywnie, impulsywnie dąży do ekspresji emocji i zaspokojenia swoich potrzeb. Złość jest reakcją na niezaspokojenie potrzeb. W tym stylu pacjent jest wzburzony, roszczeniowy, obelżywy, próbuje manipulować, jest lekkomyślny. Pojawiają się również groźby i zachowania samobójcze. Zadaniem terapeuty jest skorzystanie ze strategii ustalania granic i nauczenie pacjenta bardziej adekwatnych sposobów radzenia sobie ze złością.

### Styl Karzącego Rodzica

Jest to najbardziej destrukcyjny styl dla pacjenta. Jego funkcją jest karanie pacjenta za wyrażanie swoich potrzeb i uczuć. Styl ten jest internalizacją jednego lub obojga rodziców, a także ich uczuć (np. wściekłości, odrazy, nienawiści, nieprzebaczenia), jakie żywili do swojego dziecka. Oznaką korzystania z tego stylu jest: odraza do siebie, krytyka siebie, wyparcie się siebie, samookaleczenie, fantazje samobójcze, zachowania autodestrukcyjne. Trafnie opisują to G.Babiker i L.Arnold: „w akcie samookaleczenia osoba ta jest zarówno prześladowcą, wymierzającym karę ciału, jak i ofiarą oraz karanym” [15]. Pacjent w tym stylu staje się własnym karzącym, odrzucającym rodzicem. Zadaniem terapeuty jest pomóc mu w odrzuceniu przekazu karzącego rodzica i zbudowaniu szacunku do siebie.

### Styl Braku Obrońcy

Większość pacjentów z BPD najczęściej funkcjonuje używając tego stylu. Polega on na odcięciu potrzeb emocjonalnych i odizolowaniu się od ludzi. Styl ten został wypracowany w dzieciństwie w celu przetrwania traumatycznych doświadczeń. Ma on za zadanie chronić pacjenta przed przywiązaniem, gdyż nawiązanie więzi w jego wyobrażeniu łączy się z bólem, opuszczeniem, karą, przemocą. W tym stylu pacjent zachowuje się submisyjnie (starając się uniknąć kary), nie okazuje emocji (bądź są one mechaniczne), ma uczucie pustki, depersonalizacji, znudzenia, zdarza się, że nadużywa substancji psychoaktywnych, zgłasza skargi somatyczne, kompulsywnie się objada. Pacjenci korzystają z tego stylu, gdy ich emocje zostaną poruszone — jest to sposób na odcięcie się od nich. Strategią terapeuty jest pomóc pacjentowi w doświadczeniu, odczuciu emocji oraz ich narastaniu (unikając ich

blokowania) tak, aby potrafił on przerwać swoją izolację i otwarcie wyrazić swoje potrzeby. Część terapeutów błędnie stara się umacniać ten styl u pacjenta, gdyż wydaje się on wtedy tzw. dobrym pacjentem. Jednak takie działanie owocuje brakiem postępów w terapii.

Jeden styl może uruchamiać kolejny. W ten sposób tworzą się błędne koła, w których pacjenci z BPD są uwięzieni. Praca terapeutyczna polega na rozpoznawaniu stosowanego przez pacjenta schematu i adekwatnej odpowiedzi na niego. Aby terapeuta mógł uniknąć negatywnych emocji w stosunku do pacjenta, powinien na niego patrzeć jak na wrażliwe dziecko, poszukujące rodzica. Wobec rozdźwięku między tym, co terapeuta może zaofiarować pacjentowi, a tym, czego on potrzebuje — powstaje napięcie i konflikt w relacji terapeutycznej. Pacjent może więc postrzegać stawianie granic jako zimne i okrutne, gdyż w każdej osobie (także terapeutach) pragnie odnaleźć substytut dobrego rodzica. Terapeuta do pewnego stopnia powinien akceptować taką rolę, gdyż unikanie jej może aktywować w pacjencie styl Rozzłoszczonego Dziecka, co w konsekwencji może prowadzić do przerwania terapii.

W metodzie aktywnego stylu schematów Younga zostało wprowadzone pojęcie ograniczonego rodzicielstwa (limited reparenting). Można powiedzieć, że pacjent z BPD na terapię przychodzi jako małe dziecko i pod wpływem procesu terapeutycznego dojrzewa stając się Zdrowym Dorosłym. Z tego też powodu szacuje się, że leczenie powinno trwać dwa lata lub dłużej. Głównym celem tej terapii jest włączenie/ uaktywnienie u pacjenta trybu Zdrowego Dorosłego. Jest to możliwe dzięki modelowaniu tego stylu przez terapeutę oraz poprzez:

- otaczanie zrozumieniem i ochroną Porzuconego Dziecka,
- pomoc Porzuconemu Dziecku w tym, aby potrafiło brać i dawać miłość,
- walkę przeciwko Karzącemu Rodzicowi i próbę usunięcia go,
- ustalanie granic w zachowaniu Rozzłoszczonego Dziecka i naukę adekwatnych sposobów wyrażania potrzeb i emocji,
- stopniową zamianę stylu Braku Obrońcy na styl Zdrowego Dorosłego.

Terapia składa się z trzech etapów i odzwierciedla rozwój wczesnodziecięcy:

#### Nawiązanie więzi i regulacja emocjonalna

Terapeuta zachęca pacjenta do funkcjonowania w trybie Porzuconego Dziecka, gdyż wtedy najłatwiej jest mu nawiązać z nim więź opartą na opiekuńczości i trosce, sam zaś staje się dla niego stabilną bazą i wychowującym opiekunem (zgodnie z koncepcją ograniczonego rodzicielstwa). Podczas sesji terapeuta jest aktywny, zachęca pacjenta do wyrażania potrzeb i emocji w sposób otwarty (w ten sposób terapeuta uaktywnia styl Porzuconego Dziecka). Fakt, że pacjent w czasie sesji może wyrażać także negatywne emocje, jest istotny dla przerwania cyklu podporządkowania i obojętności, w którym tkwi. Jeśli pacjent w trybie Porzuconego Dziecka wyrazi w pełni swoje potrzeby i emocje, nie będzie niezbędne przechodzenie do trybu Rozzłoszczonego Dziecka, a następnie Karzącego Rodzica (który karze nieposłuszne, złoścące się dziecko).

Terapeuta uczy pacjenta radzić sobie z różnymi stylami oraz koić dystres związany z obawą porzucenia. Kiedy nawiązana już zostanie więź, uczy go korzystać z technik

pozwalających mu regulować emocje (mindfulness<sup>3</sup>, wyobrażenie bezpiecznego miejsca, relaksacja, monitorowanie NAM, flash-cards, edukacja). Jest to ważne w ograniczaniu zachowań autodestrukcyjnych i impulsywnych. Terapeuta w sposób jasny musi ustalić granice uwzględniając własne prawa, a także potrzeby pacjenta oraz ostrość jego objawów. Należy też ustalić plan radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych (samookaleczenia, próby samobójcze, nadużywanie substancji psychoaktywnych). Autorzy twierdzą, że jeśli w momencie kryzysu terapeuta jest w stanie empatycznie odpowiedzieć na uczucia pacjenta (pacjent często wtedy czuje się zły, porzucony, bezwartościowy, wykorzystany, niekochany), to pozwala to rozwiązać kryzys.

J. Young dokonał rozróżnienia motywów, które popychają osoby z BPD do prób samobójczych, w zależności od aktywacji danego stylu:

- Karzący Rodzic – chęć ukarania,
- Porzucone Dziecko – chęć zakończenia cierpienia, nieznośnej samotności,
- Rozzłoszczone Dziecko – pragnienie odwetu na innych, zranienie innych,
- Brak Obrońcy – chęć przerwania bólu emocjonalnego przez zadanie sobie bólu fizycznego, przerwanie stanu odrętwienia.

Dzięki takiemu rozróżnieniu terapeuta, gdy rozpozna uaktywniony styl, jest w stanie w sytuacji kryzysowej adekwatnie na niego odpowiedzieć.

#### Zmiana stylu schematów

Z doświadczenia Younga i badań wynika, że do tego etapu dochodzi się w drugim roku terapii. W miarę postępu terapii, gdy stan pacjenta stabilizuje się, terapeuta rozpoczyna symboliczną pracę opartą na nietraumatycznych wspomnieniach z jego dzieciństwa. Dopiero później przechodzi do wspomnień bolesnych. Praca na tym etapie dotyczy dialogu stylów. Każdy ze stylów staje się postacią w wyobraźni pacjenta i prowadzi dialog z innym stylem. Terapeuta stale modeluje zachowanie Zdrowego Dorosłego i pomaga stylem komunikować się ze sobą i negocjować postawy korzystne dla pacjenta. Najtrudniejszym zadaniem jest wyeliminowanie stylu Karzącego Rodzica. Kiedy zostanie to dokonane, postęp w terapii następuje szybko.

#### Autonomia

Terapeuta czuwa nad tym, aby pacjent zakończył toksyczne relacje i nawiązał zdrowe. Pacjent zostaje ukierunkowany na samorealizację, stara się określić swoje życiowe cele, do których mógłby dążyć i które dadzą mu poczucie spełnienia. Ponadto zadaniem pacjenta jest rozbudowanie zainteresowań, zdrowych kontaktów społecznych, dopracowanie spraw zawodowych. Terapeuta stopniowo przygotowuje go do zakończenia terapii poprzez zmniejszenie częstotliwości spotkań, aż do ich ustania, aczkolwiek na stałe pozostaje dla niego bezpieczną bazą. Pacjent musi mieć świadomość, że w razie potrzeby może odnowić kontakt [17].

---

<sup>3</sup> wg R. Baer pozbawiona oceny obserwacja strumienia wewnętrznych i zewnętrznych bodźców, w momencie, w którym powstają [16].

### Terapia dialektyczno-behawioralna (DBT)

Terapia ta została rozwinięta przez M. M. Linehan w późnych latach osiemdziesiątych XX w. Z myślą o osobach cierpiących na zaburzenia osobowości typu borderline. Motywacją do stworzenia nowego podejścia w leczeniu pacjentów z BPD było skrócenie czasu ich hospitalizacji i próba uzyskania kontroli nad zachowaniami samobójczymi [za: 18]. DBT jest terapią poznawczo-behawioralną opartą na teorii tłumaczącej istotę zaburzeń nieprawidłową regulacją emocjonalną [19]. DBT opiera się na teorii biopsychosocjalnej w rozumieniu podłoża BPD. Linehan twierdzi, że BPD rozwija się u dziecka, które jest biologicznie podatne na problemy w zakresie regulowania emocji i znajduje się w środowisku toksycznym społecznie. Biologicznie podatne dzieci są bardziej wrażliwe na bodźce emocjonalne i wolniej powracają do stanu równowagi. Środowisko, które trywializuje, wini, odrzuca — przypisuje społecznie niepożądane cechy indywidualnym zachowaniom, myślom i emocjom dziecka, pomimo iż mają one swój sens i są logiczne w kontekście faktów, akceptowanych norm i długoterminowych celów.

BPD objawia się zaburzonym funkcjonowaniem w 5 sferach:

- regulacji emocji,
- zachowania,
- tożsamości,
- poznawczej i interpersonalnej.

Zaburzenia poznawcze u osób z BPD są związane ze sztywnym myśleniem, irracjonalnymi przekonaniem, nastawieniem paranoicznym i dysocjacjami. Jeśli dodamy do tego zaburzenia w regulowaniu afektu to z pewnością przełoży się to na zachowania autoagresywne, parasamobójcze i impulsywne [20].

Celem terapii jest rozwój umiejętności tolerowania i regulacji emocji oraz uprawomocnienia reakcji emocjonalnych (metoda opracowana dla pacjentów autodestrukcyjnych). W tej koncepcji przedmiotem terapii są autodestrukcyjne zachowania, kontrola impulsów i nieadekwatne reakcje emocjonalne. Terapeuta przyjmuje dialektyczną postawę, co oznacza, że z jednej strony akceptuje ból emocjonalny, z drugiej zaś modyfikuje czynniki poprzedzające stres oraz sposób radzenia sobie z cierpieniem pacjenta [9]. Innymi słowy terapeuta okazuje akceptację i zrozumienie dla przeżyć pacjenta (dawanie autonomii), a zarazem motywuje go do zmiany zachowań patologicznych (wychowywanie i kontrola) [21]. Celem takiego działania jest scalenie, synteza odczuć pacjenta z BPD w taki sposób, aby, akceptując obecny stan rzeczy, pragnął zmiany wybranych elementów swojego funkcjonowania [22].

DBT łączy standardy terapii poznawczo-behawioralnej z filozofią Wschodu, medytacją, a także zawiera elementy charakterystyczne dla podejścia strategicznego, Gestalt, psychodynamicznego, zorientowanego na pacjenta, a także terapii paradoksalnej. W ciągu rocznych badań porównujących DBT z leczeniem takim jak zazwyczaj, Linehan odkryła, że DBT znacząco redukuje liczbę prób samobójczych, skraca czas leczenia szpitalnego oraz zwiększa podatność na leczenie [21]. Koons zauważył, że DBT było bardziej skuteczne, niż zwykłe leczenie, w redukcji myśli samobójczych, depresji, poczucia bezradności i złości [23].

DBT stawia sobie trzy priorytety:

- redukcję zachowań parasamobójczych i zachowań autoagresywnych.
- redukcję zachowań kolidujących z procesem terapeutycznym (np. porzucanie terapii).
- redukcję zachowań obniżających jakość życia pacjenta [24].

W przypadku stosowania innych terapii pojawiały się trudności na gruncie:

- procedury zorientowanej na zmianę zachowań pacjenta, która często przez leczących się była kwestionowana, a nawet prowadziła do przerwania terapii lub atakowania terapeuty,
- nauki i wzmacniania nowych umiejętności, ponieważ było to wyjątkowo trudne do zrealizowania w trakcie terapii indywidualnej, gdyż pojawiały się priorytetowe tematy dotyczące zachowań samobójczych,
- bezwiednego wzmacniania przez pacjentów terapeuty w jatrogennych postawach i leczeniu oraz karaniu go za podejmowanie efektywnych strategii terapeutycznych (np. podjęciem próby samobójczej) [25].

Szeroko omawianym problemem jest wzajemne negatywne oddziaływanie pomiędzy pacjentem z zaburzeniami borderline a personelem leczącym. Personel często doświadcza poczucia złości i frustracji w związku z brakiem skuteczności stosowanych metod terapeutycznych, a także zaburzonymi zachowaniami pacjenta, które mogą być interpretowane jako celowe manipulacje czy zachowania wrogie. Uczucia i postawy zrodzone z takiej interpretacji są przenoszone na pacjentów i potwierdzają ich dysfunkcyjne założenia, umacniają brak zaufania do personelu i prowokują wymierzenie kary. W takich okolicznościach istnieje większe ryzyko pojawienia się zachowań autoagresywnych, impulsywnych czy prób samobójczych [26]. Zarówno w terapii proponowanej przez J. Younga, jak i w DBT nowatorskie jest podejście do pacjenta, jako do szczerze potrzebującego pomocy. Takie podejście wyzwała u terapeuty prawdziwe współczucie i przekierowuje uwagę na znaczenie relacji terapeutycznej [27].

W odpowiedzi na ww. problemy w ramach DBT wypracowano alternatywny schemat leczenia dla pacjentów z BPD. Składa się on z 4 modułów:

- terapii indywidualnej,
- grupowego treningu umiejętności społecznych,
- kontaktu telefonicznego,
- konsultacji terapeutycznej (superwizji).

W skład treningu grupowego wchodzi:

- trening uważności (mindfulness),
- trening regulacji emocji,
- trening tolerancji stresu,
- trening umiejętności interpersonalnych.

Pacjent w sytuacjach kryzysowych ma możliwość kontaktu telefonicznego z terapeutą. Kontakt taki pomaga mu w zastosowaniu nabytych umiejętności, a także unikaniu samo-okaleczenia między sesjami. Aby ominąć problem wzmacniania zachowań autoagresywnych poprzez rozmowę telefoniczną, została ustalona zasada, że jeśli pacjent dokonał już

takiego aktu, to nie może dzwonić do terapeuty przez następne 24 godziny, co oznacza, że może jedynie zadzwonić w sytuacji, gdy czuje, że mógłby coś takiego zrobić. Ponieważ terapeuci pracujący z osobami z BPD są szczególnie narażeni na wypalenie zawodowe, specjalne miejsce w ich pracy zajmuje konsultacja merytoryczna. Pomaga to terapeutom być świadomym swoich własnych zachowań, które mogą wpływać na terapię, na bieżąco analizować problemy pojawiające się w leczeniu oraz czerpać wsparcie w kwestii utrzymania struktury terapii (zgodności z założeniami) [22].

Celem leczenia jest nauczenie pacjenta przechodzenia od myślenia emocjonalnego do myślenia racjonalnego, co pozwala na zrównoważenie podejmowanych decyzji. Kontrakt zawierany jest z pacjentem na rok i uwzględnia cotygodniowy udział w terapii indywidualnej i treningu grupowym. Cele leczenia są dość ustrukturalizowane i wynikają z etapu leczenia. Początkiem jest zobowiązanie pacjenta do podjęcia terapii, a następnie:

na etapie 1 – zapewnienie mu stabilności i bezpieczeństwa (zredukowanie kryzysów prowadzących do zachowań parasamobójczych), nawiązanie więzi, praca nad ograniczeniem zachowań kolidujących z procesem terapeutycznym oraz obniżających jakość życia pacjenta, wprowadzenie umiejętności pozwalających mu na większą tolerancję stresu, sprawniejszą regulację emocji i samokontrolę, podniesienie efektywności interpersonalnej oraz reagowanie bez osądzania;

na etapie 2 – ekspozycja i przepracowywanie emocjonalnych wydarzeń z przeszłości, co ma prowadzić do zaakceptowania minionych wydarzeń, zredukowania poczucia stygmatyzacji i samoobwiniania się, redukcji mechanizmów związanych z zaprzeczeniem i intruzjami, charakterystycznymi dla PTSD<sup>4</sup>;

na etapie 3 – zwiększenie szacunku do siebie i rozwiązanie problemów dnia codziennego, co ma prowadzić pacjenta do niezależnego, sprawnego funkcjonowania;

na etapie 4 – zniwelowanie poczucia niekompletności i osiągnięcie zdolności podtrzymywania radości, zadowolenia z życia [28].

### **Grupowy program leczenia STEPPS<sup>5</sup>**

Jest to poznawczo-behavioralny trening umiejętności przygotowany dla pacjentów z osobowością borderline — został opracowany przez Bartel i Crotty w 1992 r. U podłoża tego leczenia leży założenie, że osoby z zaburzeniami borderline mają defekt w zakresie regulacji natężenia emocji. W związku z takim założeniem oraz po to, aby nie budzić u pacjentów negatywnych skojarzeń związanych z terminem borderline — na krawędzi, autorzy programu zaproponowali omawiane tu zaburzenia nazwać zaburzeniami intensywności emocji. Program STEPPS składa się z dwóch faz:

faza 1 — dwudziestotygodniowy trening podstawowych umiejętności,

faza 2 — roczny zaawansowany program STAIRWAYS<sup>6</sup> ze spotkaniami dwa razy w miesiącu.

Podczas tego treningu pacjenci zyskują:

---

<sup>4</sup> Posttraumatic Stress Disorder.

<sup>5</sup> Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving.

<sup>6</sup> Setting Goals, Trusting and Taking Risks, Anger Management, Impulsivity Control, Relationship Behavior, Writing a Script, Assertiveness Training, Your Choices, Stepping Out [29].

- Świadomość dotyczącą istoty choroby.

Polega to na zapoznaniu się z kryteriami DSM-IV i porównaniu ich ze swoimi odczuciami. Ponadto uczestnicy treningu zapoznają się z koncepcją filtrów poznawczych, w czym pomocne są im odpowiednie kwestionariusze. Po zidentyfikowaniu swoich nieprzystosowanych filtrów poznawczych pacjenci starają się dostrzec związek pomiędzy nimi, kryteriami DSM-IV a przeżywanymi przez nich uczuciami, ich zachowaniem i myślami.

- Umiejętność kontrolowania emocji.
- Umiejętność kontrolowania zachowania.

Cechą charakterystyczną tego treningu jest również grupa wsparcia, którą tworzy sobie osoba lecząca się (w skład tej grupy może wchodzić rodzina, znajomi). Dzięki temu osoby z grupy wspierającej mogą lepiej zrozumieć istotę zaburzenia, a także posiadać umiejętności, które pozwalają lepiej radzić sobie z zaburzeniami osoby cierpiącej na BPD. Zadaniem takiej grupy jest wspieranie uczestnika i wzmocnianie nowo nabytych umiejętności. Taka organizacja leczenia pozwala uniknąć nieporozumień na linii: osoby z zewnątrz – terapeuta, które często prowokuje pacjent przenosząc swój wewnętrzny konflikt na zewnątrz. Dzięki temu można osiągnąć spójny system działania, który sprzyja przyswajaniu i stosowaniu nowych umiejętności [29].

### Podsumowanie

BPD dotyczy 1,8–2% populacji [30]. Grupa ta jest ogromnie zróżnicowana (ze względu na niestabilność i zmienność symptomów) [12], co może rodzić wątpliwości, czy postawiona diagnoza i wybrany sposób leczenia są właściwe. Niemniej jednak ostatnio prowadzone badania wskazują, iż skuteczność terapii poznawczej [31], terapii dialektyczno-behavioralnej [32] oraz terapii aktywnego stylu schematów Younga [za: 33] w leczeniu osób z BPD jest duża (w porównaniu z innymi formami leczenia), American Psychiatric Association zaś zaleca m.in. właśnie terapię dialektyczno-behavioralną w połączeniu z farmakoterapią zorientowaną na symptomy jako najlepszą formę leczenia dla pacjentów z BPD [34].

### Piśmiennictwo

1. Jakubik A. Zaburzenia osobowości. W: Bilikiewicz A, red. Psychiatria. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1992, s. 343–355.
2. Światowa Organizacja Zdrowia. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD–10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius; 1992, s. 172.
3. Beck JS. Terapia poznawcza. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2005, s. 1.
4. James IA. Schema therapy: The next generation, but should it carry a health warning? Beh. Cogn. Psychother. 2001; 29: 401–407.
5. Milion T, Davis R, Milion C, Escovar L, Meagher S. Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP; 2005.
6. Beck JS. Cognitive therapy of personality disorders. W: Salkovskis PM, red. Frontiers of cognitive therapy. New York: The Guilford Press; 1996, s.165–181.

7. Beck AT, Butler AC, Brown GK, Dahlsgaard KK, Newman CF, Beck JS. Dysfunctional beliefs discriminate personality disorders. *Beh. Res. Ther.* 2001; 39: 1213–1225.
8. Beck JS. Complex cognitive therapy treatment for personality disorder patients. *Bull. Menn. Clin.* 1998; 62 (2): 170–194.
9. Beck AT, Freeman A, Davis DD. *Terapia poznawcza zaburzeń osobowości*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2005.
10. Beck JS. Cognitive therapy for personality disorders. *Psychiatr. Lim.* 1996; 13 (2): 5–8.
11. Butler AC, Brown GK, Beck AT, Grisham JR. Assessment of dysfunctional beliefs in borderline personality disorder. *Beh. Res. Ther.* 2002; 40: 1231–1240.
12. Arntz A. Treatment of borderline personality disorder: A challenge for cognitive–behavioural therapy. *Beh. Res. Ther.* 1994; 32 (4): 419–430.
13. Clarkin JF, Posner MI. Defining the mechanisms of borderline personality disorder. *Psychopathol.* 2005; 38: 56–63.
14. McGinn LK, Young JE. Schema-focused therapy. W: Salkovskis PM, red. *Frontiers of cognitive therapy*. New York: The Guilford Press; 1996, s.182–207.
15. Babiker G, Arnold L. *Autoagresja – mowa zranionego ciała*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2003, s.184.
16. Bates T. *Mindfulness*. Warszawa: materiały warsztatowe. Centrum Terapii Poznawczo-Behawioralnej, Warszawa; 2006.
17. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy. A practitioner’s guide*. New York: The Guilford Press; 2003.
18. Simonsen E. The borderline conditions – an introduction from a Scandinavian perspective. *Acta Psychiatr. Scand.* 1994; 89 (supl. 379): 6–11.
19. Stenhouse L, van Kessel K. Cognitive therapy and dialectical behavior therapy: An integrative approach to the conceptualization of borderline personality disorder. *New Zeland J. Psychol.* 2002; 12, 1: 112–119.
20. Katz LY, Cox BJ, Gunasekara S, Miller AL. Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2002; 43 (3): 276–282.
21. Shearin EN, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: theoretical and empirical foundations. *Acta Psychiatr. Scand.* 1994; 89 (supl. 379): 61–68.
22. Palmer RL. Dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Adv. Psychiatr. Treat.* 2002; 8 (1): 10–16.
23. Koons CR, Robins CJ, Tweed JL, Lynch TR, Gonzalez AM, Morse JQ. Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Beh. Ther.* 2001; 32: 371–390.
24. Tredget JE. The aetiology, presentation and treatment of personality disorders. *J. Psychiatr. Mental Health Nursing* 2001; 8: 347–356.
25. Dimeff L, Linehan MM. Dialectical behavior therapy in a nutshell. *Calif. Psychol.* 2001; 34: 10–13.
26. Swenson CR, Sanderson C, Dulit RA, Linehan MM. The application of dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder on in-patient units. *Psychiatr. Quart.* 2001; 72 (4): 307–324.
27. Pieters G, Vermote R. In-patient treatment of borderline personality disorder: convergences and divergences between a psychoanalytical and cognitive — behavioral approach. *Acta Neuropsychiatr.* 2002; 14: 81–84.

28. Linehan MM, Cochran BN, Kehrer CA. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. W: Barlow D, red. *Clinical handbook of psychological disorders. A step-by-step treatment manual*. New York: The Guilford Press; 2001; s. 470 – 522.
29. Blum N, Pfohl B, John DS, Monahan P, Black DW. STEPPS: a cognitive-behavioral systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder – a preliminary report. *Compr. Psychiatry* 2002; 43 (4): 301–310.
30. Widiger TA, Weissman MM. Epidemiology of borderline personality disorder. *Hosp. Comm. Psychiatry* 1991; 42: 1015–1021.
31. Brown GK, Newman CF, Charlesworth SE, Crits-Christoph P, Beck AT. An open clinical trial of cognitive therapy for borderline personality disorder. *J. Person. Disord.* 2004; 18: 257–271.
32. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, Korslund KE, Tutek DA, Reynolds SK, Lindenboim N. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* 2006; 63: 757–766.
33. Giesen-Bloo J, Van Dyck R, Spinhoven P, Van Tilburg W, Dirksen C, Van Asselt T, Kremers I, Nadort M, Arntz A. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder. Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch. Gen. Psychiatry* 2006; 63: 649–658.
34. Oldham JM. Borderline personality disorder: a treatment dilemma. *J. Psychiatr. Pract.* 2004; 10 (3): 204–206.

Adres: Ewa Cwalina  
ul. Zachodnia 52, 95-054 Ksawerów