

PSYCHOTERAPIA 1 (144) 2008  
strony: 17–25

Tomasz Gajda, Małgorzata Kostecka

## ZABURZENIA OSOBOWOŚCI — JAK JE ROZUMIEĆ I JAK LECZYĆ. PERSPEKTYWA PSYCHODYNAMICZNA

### PERSONALITY DISORDERS — HOW TO UNDERSTAND AND TREAT THEM. A PSYCHODYNAMIC PERSPECTIVE.

Katedra i Klinika Psychiatryczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego  
Kierownik: prof. dr med. Waldemar Szelenberger

*Autorzy, wychodząc od przedstawienia zaburzeń osobowości według koncepcji Kernberga, zgłaszają trzy zastrzeżenia wobec pojęcia zaburzeń osobowości: metodologiczne, etyczne i dotyczące statusu symptomatologii. W artykule przedstawione są również propozycje leczenia zaburzeń osobowości.*

#### personality disorders borderline

**Summary.** In the article we propose to rethink the very base of the personality disorders category for psychotherapeutic theory and practice. We focus on the borderline category, with all its internal ambiguities and contradictions that seems to reflect problems with the whole diagnostic group. We divide our objections in three groups, namely: methodological ones (in the presence of – as is generally assumed - purely descriptive network of psychiatric notions *a priori* applied to psychological models), ethical (regarding contemporary omission of the need for structural differentiation between neurosis and psychosis in the field of applied psychotherapy), and those concerning the internal logic of the diagnostic criteria of the borderline category (which relates to the question of status of the symptom – considered either as directly linked with a particular psychopathology or taken in its phenomenological diversity, without immediate implication for diagnosis). Despite our objections, we conclude with some indications for psychotherapy with people diagnosed as ‘borderline’.

Wychodząc z dwóch różnych koncepcji teoretycznych, a co za tym idzie – innych rodzajów praktyki psychotherapeutycznej, pisząc wspólny artykuł musieliśmy dojść do wypracowania stanowiska, w którym spotkałyby się nasze punkty widzenia. Oba aspekty — psychoanalityczny oraz psychodynamiczny wraz z refleksją humanistyczno-egzystencjalną — są zatem obecne w prezentowanych rozważaniach.

Tym wypracowanym wspólnym mianownikiem okazało się uświadomienie sobie przepaści, jaka istnieje między opisową, podporządkowaną statystyce medycznej kategoryzacją psychopatologiczną, a diagnozą, która respektuje zarówno wiedzę o pacjencie budowaną na podstawie wstępnej konsultacji, jak i modyfikowaną później w trakcie terapii, ze szczególnym uwzględnieniem materiału, który do wiedzy o pacjencie wnosi sama relacja terapeutyczna. Stąd układ naszego artykułu jest następujący:

- krótkie przedstawienie dominującego obecnie — w podejściu psychodynamicznym — paradygmatu zaburzeń osobowości z pogranicza (jako że rozpoznanie tej właśnie formy zaburzeń osobowości jest najczęściej spotykane w praktyce klinicznej),

- omówienie zastrzeżeń, jakie kategoria ta budzić musi z punktu widzenia praktyki terapeutycznej,
- na koniec, ponownie z perspektywy psychodynamicznej, pobieżne przedstawienie propozycji psychoterapii dla osób z tej grupy rozpoznania.

Najbardziej rozpowszechnioną w teorii i praktyce klinicznej pracy z pacjentami z rozpoznaniem zaburzeń osobowości z pogranicza wydaje się obecnie koncepcja Kernberga, wedle której zasadnicze dla formowania się struktury borderline jest zaburzenie wczesnego etapu internalizacji relacji z obiektem na skutek niemożności uporania się z agresją i lękiem przed jej niszczącym wpływem. Ów konflikt opanowywany jest poprzez uruchamianie mechanizmu rozszczepienia, czego efektem jest nieskonsolidowana tożsamość. Tożsamość pozostaje rozproszona i zubożone są takie jej funkcje, jak umiejętność neutralizowania złości, kontrola impulsów, panowanie nad lękiem i zdolność do sublimacji. Rozwój nie posuwa się poza fazę pierwotnej organizacji i instancja wewnętrznej kontroli pozostaje niezintegrowana ze strukturą psychiki. Wyrazem takiej sytuacji są typowe dla tych pacjentów zmienne, chwiejne nastroje i zachowania — z łatwością przechodzą od nadmiernego samooskarżania się do pozwalania sobie na wszystko.

Przedstawivszy pokrótce tę chyba najczęściej uznawaną koncepcję formowania się osobowości z pogranicza, nie możemy nie spostrzec, jak bardzo niejednorodną grupą jest ta kategoria zaburzeń osobowości i jak w związku z tym nie sposób mówić o jednym optymalnym modelu oddziaływań psychologicznych.

To, co chcielibyśmy uczynić w dalszej części przedmiotem naszych rozważań — to obecność kategorii zaburzeń osobowości w praktyce psychoterapeutycznej. Krok w takim kierunku, choć nie jest bezpośrednią odpowiedzią na pytanie o techniczne wskazówki prowadzenia psychoterapii pacjentów z takimi rozpoznaniem, skłonni jesteśmy uważać za nieodzowny i konieczny.

„Do tej pory we francuskiej literaturze psychiatrycznej pojęcie osobowości z pogranicza (borderline) wykorzystywane było rzadko, a kiedy posługiwano się nim — jego desygnaty były nieostre i niejasne. Nie zostało ono nigdy dokładnie określone ze ścisłością terminów, do których odwołują się praktycy dla oznaczenia zwyczajowych klasyfikacji, ponieważ wynika nie z cech klinicznych czy etiopatologicznych, lecz ze sposobu podejścia, które jest charakterystyczne dla myślenia wedle kategorii” — w taki sposób odnosi się do pojęcia zaburzeń z pogranicza autor przeglądowej pracy poświęconej dziejom tego rozpoznania, opublikowanej w latach siedemdziesiątych na łamach francuskiego „L'Evolution Psychiatrique [1]”.

Mówiąc bardziej przejrzyście, pomijając kryteria opisowe, nie zostały nigdy sprecyzowane wyraźne kryteria różnicowe tej kategorii zaburzeń.

Pomimo rosnącego rozpowszechnienia takiej diagnozy, aktualne pozostają nadal zarzuty niejasności i zastrzeżenia co do trudności w sformułowaniu taktyki terapeutycznej wobec pacjentów z osobowością typu borderline.

Być może należałoby więc zaryzykować w tym miejscu sformułowanie pytania: jak interpretować trudność psychoterapeutów z tą grupą rozpoznania, jaką są zaburzenia osobowości, której casus borderline stanowi wyraźną ilustrację?

<sup>1</sup> Timisit M. (1971). *Les 'états-limites'. Evolution des concepts*. L'Evolution Psychiatrique, 36 (4), s. 679

Innymi słowy — wart rozważenia jest związek pomiędzy diagnozą, formułowaną w terminach zrodzonych z potrzeby formalizowania rozpoznań i szeroko pojętej statystyki, a tym, co może z niej wynikać dla praktyki psychoterapeutycznej. Czy na podstawie zmieni-nych, pochodzących z czysto opisowego modelu diagnostyki, można zidentyfikować istotne dla procesu terapii elementy, które stanowiłyby punkty odniesienia dla tak niejednorodnej i — siłą rzeczy — mało precyzyjnie określonej grupy, jaką stanowią rozpoznania zaburzeń osobowości? Wreszcie — czy kolejne przeszkody, jakie kategoria zaburzeń osobowości nastęrcza w jasnym określeniu idei pracy z owymi pacjentami, mogłyby stać się podstawą poddania pod dyskusję użyteczności kategoryzacji, wypracowanych na podstawie klasyfikacji ICD-10, dla działań terapeutycznych?

Nasuwają się nam trzy podstawowe, niewykluczające się, zastrzeżenia wobec pojęcia zaburzeń osobowości: pierwsze z nich ma charakter metodologiczny, drugie jest zastrzeżeniem etycznym, trzecie zaś to zastrzeżenie związane z logiką samej diagnozy.

1. Zastrzeżenie metodologiczne skłonni jesteśmy mieć do sytuacji, w której dokonuje się przesunięcia siatki pojęciowej z jednego obszaru znaczeniowego — na inny obszar, nietożsamy z tym pierwszym. Chodzi o sytuację, w której konstrukcja jednej klasyfikacji pozostaje jakościowo różna od konstrukcji drugiej — i konsekwencje tego dla określenia obszaru zaburzeń psychotycznych i obszaru zaburzeń neurotycznych. Z taką właśnie sytuacją mamy do czynienia wówczas, gdy pole działań terapeutycznych zostaje podporządkowane podziałowi, który wypracowany został w imię uniwersalnej kodyfikacji „Międzynarodowej statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych” — systemu ICD-10.

Nie przypadkiem — czego dostrzeżenie nie wymaga szczególnej wnikliwości — histeria, kategoria będąca głównym przedmiotem rozważań Janeta, Charcota, Breuera i Freuda, zniknęła praktycznie tak z pola zainteresowań współczesnych teoretyków wielu nurtów, jak i poszukiwań praktyków. Gdy wziąć jeszcze pod uwagę fakt, że ICD-10 przesuwła tak zwaną osobowość histrioniczną (o ile możemy poszukiwać w niej śladów tego, co stanowiło o tym rozpoznaniu przed laty) z grupy zaburzeń nerwicowych do grupy zaburzeń osobowości — losy histerii wydają się znamienne dla zmian we współczesnej nozologii. Podobnie zresztą, jak odpowiednik nerwicy obsesyjnej, z jej symptomatologią, pojawia się w tej samej grupie jako osobowość anankastyczna.

Mamy więc do czynienia współcześnie, w przypadku zaburzeń osobowości, z nowymi formami symptomów neurotycznych, czy też chodzi tu o zmiany, które na drodze przemian kulturowych dotknęły samej istoty nerwicy? Czy nie należałoby odwołać się w tym miejscu do zasady brzytwy Ockhama, obligującej do powstrzymania się od mnożenia bytów? Stąd to nasze zastrzeżenie nazywamy metodologicznym.

Ugruntowana kryteriami ICD-10 siatka wskaźników diagnostycznych dla zaburzeń osobowości, skonstruowana na podstawie pojęć opisowych, oparta na obserwacji objawów — zgodnie z klasycznym podejściem medycznym — nie określa wprost tego, jak rozumiany miałby być model psychiki. Szukanie adekwatnego podejścia terapeutycznego do zaburzenia, określanego według zasad takiej klasyfikacji, stawia przedstawicieli różnych nurtów i szkół przed koniecznością jego dopasowania do właściwego im rozumienia człowieka.

Jeśli dokładnie przyjrzeć się logice różnicującej kategorie psychozy i nerwicy, jaką formułuje psychoanaliza — to dotyczy ona właśnie poziomu, na którym Freud umieszcza

modele swojej metapsychologii. To nie jego arbitralna decyzja, czy kryterium statystyczne decydowało o kształcie klasyfikacji, nad którą pracował, lecz jej ścisły związek z modelem aparatu psychicznego, jaki w ciągu pracy klinicznej rozbudowywał.

Nawet uwzględniając zastrzeżenie autorów klasyfikacji ICD-10, że ograniczają ją oni obecnie do „opisu typów lub podtypów osobowości, które nie wykluczają się wzajemnie” — otwarte pozostaje pytanie o status i rozumienie owego „osobowościowego” podłoża. W końcu — jaki model „osobowości” moglibyśmy zaproponować, jeśli poprzestalibyśmy na danych wyłącznie o obserwacyjnym charakterze?

2. Zastrzeżenie etyczne dotyczy formułowania zasad interwencji terapeutycznych bez uwzględnienia sytuacji klinicznej, z którą mamy do czynienia. Nieodłączny związek relacji terapeutycznej z rozpoznawaniem tego, co stanowi o istocie zaburzenia — zastępuje we współczesnej klasyfikacji lista behawioralnych kryteriów. Od czasu kuracji Anny O. motorem dla *talking cure* było mówienie pacjenta, i to jej tok przesunął rozumienie tego, co stanowiło skargę, w kierunku formułowanych wstępnie rozpoznań. To freudowskie odkrycie przeniesienia stanowi o specyfice szerokiego pola psychoterapii.

Jeśli zrezygnować z naiwnego rozpatrywania zjawiska przeniesienia, jako prostego powtórzenia przez pacjenta relacji z przeszłości, to należy je przyjąć jako pozostające w związku z kliniczną strukturą tego, kto zwraca się do nas ze swoim cierpieniem. Zasadnicza zgoda co do istotnej odmienności przeniesienia, pojawiającego się w terapii pacjentów psychotycznych oraz neurotycznych, jest ważkim argumentem za zdecydowanym rozróżnieniem obu tych grup. Idea ciągłości, proponowana w miejsce klasyfikacji strukturalnej, odpowiada za znalezienie się pomiędzy nerwicą a psychozą kontinuum zaburzeń, zdolnego pomieścić m.in. kategorię zaburzeń osobowości z pogranicza.

Wobec propozycji takiego modelu rodzą się pytania: Czy terapia, jaką proponujemy osobom z takim rozpoznaniem, powinna brać pod uwagę stabilizowanie potencjalnego zagrożenia rozwinięciem pełnoobjawowej — w znaczeniu pojawienia się objawów wytwórczych — psychozy, czy też chodzi nam o korekcję „dysfunkcji” pacjenta, wyznaczoną przez podporządkowanie się kulturowemu ideałowi normalizacji? Czy interwencje terapeutyczne w przypadku osób z tej grupy rozpoznań powinny opierać się na przyjętej praktyce uznania wagi przeniesienia, czy też dotyczyć wyłącznie prób korygowania „wzorców zachowań”?

Pole nerwic i pole psychoz układają się bowiem jako dwa odrębne obszary, związane z działaniem terapeutycznym, każde z właściwą sobie specyfiką przeniesienia i — wedle orientacji psychodynamicznej — także przeciwprzeniesienia. Bez możliwości dokonania zasadniczej zmiany, która przesunęłaby pacjenta z jednego pola na drugie — interwencje terapeuty podporządkowane muszą być z konieczności temu, co danemu polu właściwe. Punktem wyjścia pracy terapeutycznej, przyjmującej takie zasady, jest — na samym wstępie — zorientowanie się, kto w istocie: pacjent psychotyczny czy też neurotyczny — pomimo wyjściowej diagnozy zaburzenia osobowości — zwraca się do nas ze swoim cierpieniem. Ten wstępny warunek określamy mianem etycznego, jako że nadaje on zasadnicze ramy każdemu działaniu, niezależnie od wybranego podejścia terapeutycznego.

W związku z tak rozumianą koniecznością wstępnej orientacji, skłonni jesteśmy zalecać daleko idącą rozważę i roztropność w formułowaniu ostatecznych wniosków. Byłoby nonszalancją powiedzieć — pół biedy, jeśli pomyłka popełniona zostanie w tym punkcie

na „korzyść” psychozy i w trakcie leczenia poprowadzi terapeutę w stronę przyjęcia takiej linii działań, która zaleca daleko posuniętą ostrożność w formułowaniu jakichkolwiek interpretacji i wyklucza podważanie identyfikacji, która do tej pory podtrzymywała funkcjonowanie pacjenta. To, co wówczas można by zakładać — to porzucenie przez pacjenta terapii, w krótszej czy dłuższej perspektywie. To, co może być najbardziej niepokojące — to sytuacja, gdy wstępne rozumienie pacjenta psychotycznego skłania terapeutę do mylnego ocenienia go jednak jako neurotyka, a co za tym idzie — do przyjęcia takich reguł pracy terapeutycznej, które w efekcie doprowadzić mogą do rozwinięcia się objawowego epizodu psychozy. Sytuacja ta dotyczyć może w szczególności tych kategorii diagnostycznych, w ramach grupy zaburzeń osobowości, do których należą tak zwane schizoidalne i schizotypowe zaburzenia osobowości.

To z tego względu tak istotne jest dla nas odnoszenie się z rezerwą do propozycji kontinuum łączącego zaburzenia psychotyczne i neurotyczne oraz odwołanie się do zasady ostrożności we wdrażaniu jakichkolwiek działań, wynikającej z respektu dla ich kategorycznej odmienności.

Wprowadzenie w życie takiej reguły ma rzecz jasna swoje ograniczenia. Przede wszystkim ograniczenia czasowe — skoro trudno jest przewidywać, jak długi kontakt jest początkowo potrzebny dla zyskania wstępnej orientacji w tym, z kim tak naprawdę przyjdzie nam się spotykać i pracować.

Trudnością, którą rodzi taki diagnostyczny, a zarazem etyczny postulat, jest także niejednorodny charakter grup pacjentów, z którymi mamy do czynienia na oddziałach stacjonarnych — pacjenci przyjmowani według klucza porównywalnych rozpoznań objawowych, w istocie mogą reprezentować diametralnie różne rozpoznania w myśl diagnostyki różnicowej, o której tutaj mowa.

3. Trzecie z wysuwanych przez nas zastrzeżeń dotyczy statusu symptomatologii — czy traktować ją jako bezpośredni wyraz zaburzenia, czy też jako fenomenologiczny obraz objawów, który nie przesądza o formułowanej diagnozie. W naszym rozumieniu pierwsze z tych rozwiązań sprowadza się do zmiany używanego języka — co prawda użytecznego dla celów systematyki, jednak niewystarczającego w pracy terapeutycznej. To zastrzeżenie dotyczy samej idei diagnozy opisowej, która stała się punktem wyjścia narodzin i rozwoju kategorii zaburzeń osobowości. Jeśli posłuchać prowadzonych obecnie dyskusji na temat pacjentów, można odnieść wrażenie, że określenia „głęboko zaburzony” czy „niewielkiego stopnia zaburzenia” zdominowały język, którym opisuje się rzeczywistość kliniczną. Czym jednak jest to „natężenie”, głębokość stopnia „zaburzenia” pacjenta — czy rozumie się przez nie dezorganizację funkcjonowania właściwą psychozie, czy powinno być ono zarezerwowane dla określenia problemów, które kiedyś nazywano objawami nerwicowymi? Wydaje się, że to właśnie niejasny charakter tej etykiety odpowiada za jej popularyzację, co uczyniło ją do tego stopnia uniwersalną, że w efekcie — znaczeniowo pustą.

Wygodny argument zmian socjokulturowych, które miałyby odpowiadać za przesunięcia w polu psychopatologii, pomija to, co jest istotą nozologii wypracowanej na przełomie dziewiętnastego i dwudziestego stulecia. W 1910 roku, w tekście poświęconym *Dzikiem psychoanalizie* [2]<sup>2</sup>, Freud przestrzega przed naiwnym, bezpośrednim wiązaniem fenome-

<sup>2</sup> S. Freud, *O „dzikiej” psychoanalizie*. W: S. Freud, *Technika terapii*. Warszawa: KR; 2007, s. 103-110.

nologii obserwowanych objawów ze stawianą diagnozą, i nie w repertuarze symptomów swoich pacjentów poszukuje klucza do ostatecznego określenia natury ich skarg. W duchu niemieckiej szkoły klinicznej nie zatrzymuje się na poziomie rozpoznania symptomatologii i wraz z rozwojem swojej koncepcji buduje rozumienie modelu rzeczywistości psychicznej pacjentów.

Ale, wracając do argumentu zmian kulturowych czy przemian obyczajowych odpowiedzialnych za przemieszczenia i metamorfozy w obszarze diagnostycznym patologii emocjonalnej, warto chwilę się przy nich zatrzymać, bo być może dla niektórych są one wytłumaczeniem nasilenia występowania pewnych zaburzeń, a ustępowania innych, wytłumaczeniem równoważnym z rozumieniem ich istoty. Zarówno literatura, film i inne media, jak i bezpośrednie uczestniczenie w codzienności pokazują, że przemiany te dotyczą przede wszystkim obszaru wartości oraz ekspansji zachowań i przejawów dotyczących sfery seksu i agresji, a także zaprzeczania śmierci i jej deprecjonowania. Rozpad tradycyjnych systemów wartości, filozofia New Age, kładąca nacisk na szukanie możliwości zaspokojenia niczym nieograniczonego potencjału jednostki, bliższa realizacji zasady hedonizmu niż orientacji na rzeczywistość, brak wyraźnych granic wyznaczających, co wolno, a czego nie, zacierające się role w rodzinie — są bez wątpienia namacalnym utrudnieniem prawidłowego przebiegu procesów rozwoju, psychodynamicznie rozumianych jako procesy separacji i indywidualizacji, oraz sprzyjają formowaniu się zaburzeń tożsamości, zakłócają bowiem prawidłowy proces identyfikacji. Muszą więc znajdować swoje odbicie w tym, co współczesne kryteria diagnostyczne próbują ująć w terminach nowych kategorii klinicznych. Niemniej jednak czynniki te nie mogą być traktowane jako dowody w pełni wyczerpujące nasze poszukiwania odpowiedzi na pytanie o genezę i istotę cierpienia zgłaszających się po pomoc pacjentów.

Zwróćmy uwagę, jakie słowa wypowiedziała w 2006 roku profesor Nancy Andreasen, jedna z autorów klasyfikacji DSM: „coraz wyraźniejsza jest tendencja do diagnostyki dokonywanej za pomocą »check-list«, ze szkodą dla tego, co najbardziej interesujące w wyjątkowości każdego pacjenta [...]”<sup>3</sup>.

Kierunek przyjęty przez współczesną praktykę psychoterapeutyczną jest pod coraz większym wpływem tendencji do standaryzowania procedur. Droga od mnożonych kategorii diagnostycznych — formułowanych w terminach obserwacyjnych — do stosowanych odpowiednich schematów terapeutycznych nieuchronnie prowadzi do formalizacji działań, dlatego, niezależnie od stosunku do psychoanalitycznego odkrycia, nie sposób uniknąć pytań, przed którymi stawia nas tradycja freudowskiej nozografii. Skoro wykorzystanie w praktyce terapeutycznej klasyfikacji opartej wyłącznie na obserwacyjnych kryteriach diagnostycznych niesie tyle ograniczeń, może warto rozważyć użyteczność takich wskaźników w pracy terapeutycznej?

Sami twórcy wskazówek diagnostycznych do klasyfikacji ICD-10 podkreślają w autorskim wstępie, że rewizja stosowanych w grupie zaburzeń osobowości „kryteriów może pomóc w wykazaniu, że potrzebne jest nowe podejście do zaburzeń osobowości”<sup>4</sup>. Można zaryzykować twierdzenie, iż rozszerzająca się kategoria zaburzeń osobowości jest

<sup>3</sup> za: M.-H. Doguet-Dziomba, *Pour un manifeste de la psychiatrie de XXI siècle*. La Cause Freudienne 2007, 65, s. 22

<sup>4</sup> WHO. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Viesalius — IPIŃ, Kraków-Warszawa; 2000, s. 25.

swoistym efektem ubocznym projektu takiej taksonomii, która usiłuje sprowadzić rolę klinicysty diagnosty do roli rejestratora danych wynikających z obserwacji. Ostatecznie pojawia się w jej ramach spekulatywny konstrukt „osobowości” — co z kolei pociąga za sobą konieczność zaangażowania po stronie określonej perspektywy teoretycznej, która miałaby ją dookreślić. Jakikolwiek sformułowanie propozycji oddziaływania terapeutycznego musi w efekcie zakwestionować wyłącznie obserwacyjne kryteria wyjściowej klasyfikacji.

Ilustracją niepokojącego zjawiska, które redukuje istotę zaburzenia osobowości do jednowymiarowego, statystycznego ujęcia, jest artykuł, który pojawił się na łamach „American Journal of Psychiatry” w czerwcu bieżącego roku [5]<sup>5</sup> pod tytułem „Ocena trzech rodzajów postępowania wobec zaburzenia osobowości z pogranicza”. Clarkin i współautorzy prezentują w nim badanie, w którym zarówno kwalifikacja do rozpoczęcia psychoterapii, jak i pomiar efektywności oddziaływań terapeutycznych zostały sprowadzone do kwestionariuszowej oceny intensywności objawów zaburzenia.

Tak sformalizowane podejście prowadzi do odwrotu od tradycyjnie rozumianej refleksji w diagnostyce klinicznej i podporządkowuje oddziaływania terapeutyczne powierzchownemu ujmowaniu problemu, z którym mamy do czynienia.

Czy trzy zastrzeżenia, które kolejno wymieniliśmy co do kategorii zaburzeń osobowości, przekonują o bezradności psychoterapii wobec osób opatrzonych diagnozą „borderline”? Naszym zdaniem — nie. Sformułowane wcześniej nasze uwagi dotyczą raczej tego, w jaki sposób powinniśmy się odnieść do problemu zaburzeń osobowości. W miejsce przejmowania wprost opisowych rozpoznań i uniwersalnych etykiet — proponujemy powrót do takiego rozumienia pracy klinicznej, w której w związku z przeniesieniem, rozwijanym przez pacjenta, za każdym razem dokonuje się weryfikacji wstępnego rozpoznania. To właśnie zasada dokładnego zorientowania się w rzeczywistości psychicznej, która znajduje wyraz w przeniesieniu pacjenta, a także, według podejścia psychodynamicznego, w przeciwprzeniesieniu, wyznacza dopiero zakres pola działań terapeutycznych.

Dlatego to, czy pomoc, którą zaproponujemy, będzie udzielana w takim czy innym modelu psychoterapeutycznym, w warunkach ambulatoryjnych czy oddziału stacjonarnego — pozostaje, w takim podejściu, problemem bardzo istotnym, choć — jak wynika z naszych rozważań — drugoplanowym.

Na koniec przytoczone zostaną pewne propozycje terapeutyczne, ujęte w modelu właściwym dla podejścia psychodynamicznego. Jak już było powiedziane, najbardziej rozpowszechnione rozumienie zaburzeń z obszaru pogranicza formułuje Kernberg. Biorąc pod uwagę zastrzeżenia zgłoszone przez nas wobec tej kategorii rozpoznań, na pewno zbyt rygorystyczne przestrzeganie settingu i celów psychoterapii oferowanych przez niego wydaje się nie do końca słuszne.

Przypomnijmy w ogromnym skrócie zasady terapii proponowane przez Kernberga. Według niego konsekwentne przestrzeganie reguł kontraktu sprzyja budowaniu granic ego i stanowi ograniczenie dla zachowań typu acting-out. Analizując zjawiska przeniesieniowe i emocje przeciwprzeniesieniowe, indukowane przez projekcyjną identyfikację, terapeuta

<sup>5</sup> Clarkin J.F. i wsp. *Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multivariate study*. American Journal of Psychiatry, 2007: 164, s. 922-928

ma pozostawać neutralny wobec ataków pacjenta i jego zmiennych zachowań. Podstawowe techniki terapeutyczne to konfrontacja, klaryfikacja i interpretacja.

Wydaje się, że wobec tak szerokiego spectrum zaburzonych zachowań, sztywne tkwienie na swojej niewzruszonej pozycji może nasilać patologię pacjenta i zamiast wzmacniać ego — osłabiać je. W propozycji Kernberga mało jest miejsca na empatię, a jeśli nawet przyjąć, że empatia to nieodłączna cecha każdego terapeuty, to to, czego spodziewa się pacjent z tego kręgu diagnostycznego, to empatia wyrażana w bezpośrednim kontakcie. Inaczej pacjent może odbierać nas jako niewrażliwych, nieczułych, raniących, niezaangażowanych.

Kernberg podkreśla co prawda rolę współodczuwania, podlegającej mechanizmowi rozszczepienia agresji pacjenta, ale ponieważ odbywa się to drogą konfrontowania jego uczuć, często jest ono dla niego trudne do przyjęcia i może skłaniać do dramatycznego odreagowywania poprzez zachowania destrukcyjne, naruszające zasady kontraktu. Mylne więc wydaje się założenie, że pacjent zawierając kontrakt powinien go przestrzegać, trzymanie się granic wymaga bowiem ich posiadania, a to przecież najczęstszy deficyt, z jakim w terapii tych osób mamy do czynienia.

Nasuwa się, kiedyś już sformułowana, uwaga, że bywa, iż setting chroni interesy terapeuty, a mniej służy pacjentowi. Wobec nieprzewidywalnych, burzliwych, pełnych złości zachowań, a także rozpacz i przerażenia niemożnością odczuwania siebie, sztywne przestrzeganie settingu odracza możliwość nawiązania głębszej relacji i wciąż prowokuje pacjenta do wymuszania na terapeutę „prawdziwych”, ludzkich zachowań. Stąd postulat elastycznej postawy i traktowania relacji terapeutycznej jako wzorca uzdrawiającego, dającego poczucie bezpieczeństwa kontaktu.

Również jednoznaczne sformułowanie celów terapii wydaje się nieuprawnione. Oczywiście zawsze celem jest pełniejsze i bardziej satysfakcjonujące poruszanie się w rzeczywistości wewnętrznej i zewnętrznej, ale niezbędne jest dostosowanie proponowanej techniki do możliwości ego pacjenta i skuteczności stosowanych przez niego obron. Zbyt eksploratywne podejście może prowadzić do nadwątlenia zasobów pacjenta i być traumatyzującym powtórzeniem doświadczenia naruszenia granic, częstego w historii życia osób z tej grupy rozpoznania.

Wydaje się, że dość uniwersalne sformułowanie, iż celem terapii jest zrozumienie pacjenta, dostarczenie mu wsparcia i skorygowanie fałszywych przekonań, opisanych w języku struktury osobowości, otwarcie przed nim możliwości innych relacji i modyfikowanie tych zamierzeń zgodnie z przebiegiem terapii powinno być obligatoryjne.

To bardzo pobieżne, a zarazem krytyczne, opisanie poglądów Kernberga i zasad proponowanej w ramach tego ujęcia psychoterapii nie ma na celu przekonania o wyższości owej koncepcji (mimo jej niedostatków) nad innymi. Współlistnieją bowiem takie znane ujęcia zaburzeń osobowości z pogranicza, jak choćby Kohuta — proponujące znacznie mniej rygorystyczne i sztywne podejście do pacjenta, bo przede wszystkim oparte na empatii, czy koncepcja Mastersona — podkreślająca znaczenie wczesnodziecięcego opuszczenia i doświadczenia depresji oraz związane z tym zaspokojenia zależności, a zarazem lęk przed autonomią.

Pełny przegląd tych i innych propozycji, i teoretycznych, i terapeutycznych, można znaleźć w pracy Edy Goldstein na temat zaburzeń z pogranicza [6]<sup>6</sup>. Może warto w tym

<sup>6</sup> Goldstein E.G. Zaburzenia z pogranicza; Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2003, str. 189.



miejscu przytoczyć jej propozycję perspektywy integracyjnej w leczeniu, która bierze pod uwagę pozycję rozwojową pacjenta: zasady leżące u podstaw tej perspektywy obejmują:

elastyczną strukturę leczenia,  
znaczenie empatii,  
stworzenie opiekuńczego otoczenia,  
zróżnicowane podejście do przeniesienia,  
docenienie roli wsparcia i gratyfikacji,  
docenienie roli przeżyć reparacyjnych,  
modyfikacje negatywnych obiektów introjekcji i patologicznych mechanizmów obronnych,  
poszerzenie treści interpretacji,  
odpowiedzialność terapeuty za przeciwprzeniesienie,  
diagnozowanie i leczenie rodziny oraz środowiska społecznego” [6, s. 89].

Jak widać z przytoczonego cytatu rozpiętość celów, technik i postaw jest bardzo szeroka i zawsze musi zależeć od konkretnego pacjenta. Bliskie jest to pogładowi Yaloma, że każdy pacjent wymaga innej terapii. Inaczej mówiąc, nie da się sformułować precyzyjnego i mającego charakter standardu postępowania psychoterapeutycznego, ale, jak próbowaliśmy pokazać, trawestując wypowiedź klasyka psychoanalizy, to nie pacjenci są z pogranicza, ale nasze niespójne z ich możliwościami i oczekiwaniami działania sytuują nas na pograniczu chęci pomocy innemu, chronienia siebie i obrony wyznawanej przez nas koncepcji.

### Piśmiennictwo

1. Timisit M. Les ‘états-limites’. Evolution des concepts. L’Evol. Psychiatr. 1971; 36 (4): 679.
2. Freud S. O „dzikiej” psychoanalizie. W: Freud S. Technika terapii. Warszawa: KR; 2007, s. 103–110.
3. Doguet-Dziomba M-H. Pour un manifeste de la psychiatrie de XXI siècle. La Cause Freudienne 2007; 65: 22.
4. WHO. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Kraków-Warszawa: Viesalius — IPiN; 2000, s. 25.
5. Clarkin JF i inn. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. Am. J. Psychiatry 2007; 164: 922–928.
6. Goldstein EG. Zaburzenia z pogranicza. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2003, s. 89.

Adres: Katedra i Klinika Psychiatryczna  
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego  
ul. Nowowiejska 27, 00-665 Warszawa

## **Dofinansowanie naukowych wyjazdów zagranicznych**

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego informuje o możliwości uzyskania przez członków zwyczajnych Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego dofinansowania ich udziału w zjazdach, sympozjach i konferencjach naukowych odbywających się za granicą. Zasady przyznawania dofinansowania określają załączone „Zasady”. Komitet „Konferencje Naukowe PTP” ZG PTP gromadzi na ten cel środki na koncie:

Polskie Towarzystwo Psychiatryczne Konferencje Naukowe, ul. Kopernika 21B 31-501 Kraków, w Banku PKO SA, Oddz. w Krakowie, Rynek Gł. 31, nr rachunku: 12401431-7001815-2700-401112-001.

Zarząd zachęca członków towarzystwa do korzystania z tej możliwości, a także do pozyskiwania sponsorów dla tej działalności.

Wnioski o dofinansowanie należy składać na adres komitetu na ręce prof. dr. hab. med. Jacka Bomby.

### **Zasady dofinansowania przez Zarząd Główny wyjazdów na zjazdy, sympozja, konferencje naukowe za granicą z funduszu „Konferencje Naukowe PTP”**

1. Z refundacji kosztów udziału w zjazdach, konferencjach, sympozjach naukowych za granicą korzystać mogą członkowie zwyczajni Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

2. Refundacja nie może przekroczyć równowartości 1000 USD

3. Refundacja może być rozliczona jako:

a. stypendium ZGPTP (tzn. jako opodatkowany przychód)

b. delegacja – przy czym jej koszty nie mogą przekroczyć kwot określonych w pkt. 2.

4. Wniosek o dofinansowanie powinien wyprzedzać termin zjazdu i zawierać:

a. potwierdzenie członkostwa zwyczajnego z datą przyjęcia do PTP, dokonane przez sekretarza oddziału, oraz opłacenia składek członkowskich dokonane przez skarbnika oddziału

b. informację o imprezie

c. kopię streszczenia zgłoszonego doniesienia

d. kopię potwierdzenia przyjęcia doniesienia do programu zjazdu

5. Dofinansowanie może być przyznane tylko jednemu autorowi w przypadku prezentacji prac zbiorowych.

6. Osoby korzystające z dofinansowania składają Zarządowi Głównemu sprawozdanie ze sponsorowanego wyjazdu w takiej formie, by mogło być opublikowane w czasopiśmie towarzystwa.

7. Niniejsze zasady zostały przyjęte przez Zarząd Główny na posiedzeniu w dniu 7 kwietnia 1995 r.

8. W dniu 6 czerwca 2006 Zarząd Główny zmienił treść pkt 2 Regulaminu. Stypendium nie może przekraczać 1000 USD, niezależnie od miejsca konferencji.