

Anna Klatkiewicz

RELACJA TERAPEUTYCZNA W TERAPII PACJENTÓW Z ZABURZENIEM OSOBOWOŚCI TYPU BORDERLINE

THERAPEUTIC RELATIONSHIP IN THE THERAPY OF PATIENTS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Katedra Geriatrii i Gerontologii, Pracownia Terapii Zajęciowej
Kierownik: prof. dr hab. Mariola Pawlaczyk

**therapeutic
relationship
trust
BPD**

Jednym z kluczowych czynników leczących w terapii pacjentów z zaburzeniem osobowości typu borderline jest nawiązanie dobrej relacji terapeutycznej. Autorka przybliży warunki niezbędne dla nawiązania takiej relacji, wskazując m.in. na profesjonalne wykształcenie, empatię terapeuty, a także niezbędne wsparcie supervisorów i zespołu terapeutycznego. Jakość nawiązywanej relacji z pacjentami BPD zależy od wielu czynników. W artykule poddano analizie czynniki, które w istotny sposób wpływają na przebieg procesu psychoterapii i decydują o jego wynikach.

Summary: The therapeutic relationship is crucial in a long-term therapy. Some authors claim that it is the most important factor of the treatment. What are its determinants? What factors decide about the fact whether it is formed or not? What is the importance of creating a relationship with a BPD patient? Is forming a therapeutic relationship, based on trust, with a BPD patient a condition of the therapy or its significant phase and success? What are the difficulties and constraints in constructing therapeutic relationships with those patients? What is the experience of therapists in different aspects of the therapeutic relationship with this type of patients like? Which reactions of a psychotherapist support forming a good relationship and which ones make it difficult? The aim of this article is to search for the answers to these questions, basing on a selection of publications, contemporary research and the experience of psychotherapists. The factors related to BPD patients, simplifying forming a therapeutic relationship and hindering this process, are going to be described. Benefits possible to be achieved by a BPD patient with disturbed interpersonal relationships, who manages to build a secure therapeutic relationship are going to be also analyzed.

Wprowadzenie

Praca terapeutyczna z pacjentami z zaburzeniem osobowości typu borderline (BPD) nie należy do łatwych z powodu ich trudności w relacjach interpersonalnych, dysfunkcyjnej regulacji emocji, konfrontacyjności i agresywności. Personel w kontakcie z nimi często odczuwa złość, rozczarowanie, bezradność, obawia się o bezpieczeństwo własne i innych, uważając ich za niebezpieczniejszych od pozostałych [1]. Według badań część personelu wierzy, że pacjenci z BPD kontrolują ich zachowanie i celowo sabotują leczenie. Skutkuje to mniejszym empatyzowaniem z nimi, wycofywaniem się z kontaktu, obwinianiem ich za ich zachowania i obniżeniem optymizmu terapeutycznego [1]. Osoby z BPD opisują

personel psychiatryczny jako niepomocny, negatywnie nastawiony, wrogi, nieprzyjazny, niesympatyczny i odrzucający [2]. Pomocnymi cechami osobowości w radzeniu sobie z tą grupą pacjentów są: entuzjazm, elastyczność, samokrytycyzm, otwartość, kreatywność, pewność siebie, cierpliwość, spokój, empatia, opiekuńczość, umiejętność słuchania, uczciwość, profesjonalizm [3].

Celem artykułu jest przybliżenie warunków nawiązywania relacji terapeutycznej z pacjentami z BPD. Jej jakość zależy od wielu czynników, m.in. od specyficznie skonstruowanych uwewnętrznionych przez pacjentów obrazów obiektów i siebie oraz matryc relacji z innymi, aktywowanych przeniesień i *przeciwprzeniesień*, umiejętności zaufania, zdolności terapeuty do konstruowania i pacjenta do reagowania na interwencje terapeutyczne.

Specyfika tworzenia reprezentacji terapeuty przez pacjentów z BPD

Intrapsychiczne reprezentacje ważnych we wczesnym dzieciństwie relacji stanowią matrycę tworzenia relacji w dorosłości. Pacjenci odtwarzają te wzory w relacji z terapeutą. Analiza relacji terapeutycznej pozwala uświadomić je sobie, a następnie zmieniać. Jest to proces podobny do tego, jaki zachodzi w czasie wychowywania dziecka. Terapeuta jest dla pacjenta obiektem identyfikacji, źródłem edukacji i potwierdzenia [4]. Pacjent osiąga cele poprzez proces symbolizacji terapeuty i terapeutycznej relacji, co stabilizuje bardziej adaptacyjne wzory relacji do siebie i innych. Pacjenci aktywnie używają reprezentacji relacji psychoterapeutycznej oraz obserwowanego i interpretowanego przez nich funkcjonowania terapeuty, kontynuując proces internalizacji relacji pomiędzy sesjami. Obrazy te przywołują, kiedy chcą poprawić swój emocjonalny komfort, poczuć się zrozumiani, gdy chcą wyregulować zakłócone funkcjonowanie [5]. Najczęściej aktywują uwewnętrzną relację z terapeutą w sytuacjach: stresujących, dłuższych przerw pomiędzy sesjami, po zakończeniu terapii, kiedy doświadczają psychicznego bólu lub zmagają się z trudnymi problemami. Oznacza to, iż pacjenci mentalnie wprowadzają terapeutę do swojego życia pomiędzy sesjami i kontynuują pracę terapeutyczną nawet w sytuacji absencji terapeuty.

Osoby z różnymi zaburzeniami mają inne wzorce relacji. W odniesieniu do osób z BPD Schore mówi o niestabilnej wewnętrznej reprezentacji, która zakodowała rozregulowaną relację z niedostrojonymi innymi [6]. U pacjentów tych dochodzi do deterioracji z właściwych, dokładnych, w pełni uformowanych figur do niedokładnych, nieodpowiednich, zawiłych obrazów [7]. Jednocześnie grupa ta charakteryzuje się tworzeniem najbardziej wrogiej reprezentacji terapeuty. Pacjenci z zaburzeniami osobowości nawiązują relację terapeutyczną trudniej niż pacjenci z zaburzeniami afektywnymi. Dzieje się tak, ponieważ ich zaburzenia mają z założenia naturę społeczną, co może kolidować ze zdolnością spostrzegania terapeuty jako osoby pomocnej.

W badaniach porównawczych osób z różnymi zaburzeniami osobowości, z zaburzeniami depresyjnymi i bez zaburzeń osobowości odnośnie do tworzenia reprezentacji terapeuty, okazało się, że osoby z BPD najbardziej wątpią w skuteczność terapii [7], choć najsilniej oczekują, aby terapeuta był z nich dumny. Pacjenci ci, jako jedyni, zgłaszali fantazje zranienia go. Ponadto im osoby z BPD odczuwają mniej satysfakcji z życia, tym bardziej pomiędzy sesjami tęsknią za terapeutą. Sprzeczność ta skutkuje tworzeniem burzliwych relacji z nim.

Percepcja siebie i pacjenta z punktu widzenia terapeuty

Specyfika funkcjonowania pacjentów z BPD, a szczególnie ich zaburzone i niezintegrowane reprezentacje siebie i innych, oraz części libidinalnych i agresywnych, wpływa na ich tendencję do spostrzegania siebie i innych jako całkowicie złych lub dobrych. Boją się oni zobaczyć w „dobrym obiekcie” wady, by go nie zniszczyć. W relacjach interpersonalnych również przejawiają tendencję do spostrzegania dychotomicznego („dobry” — „zły”), przez co w terapii rozwijają gwałtowne i niszczące przeniesienie [8], szybko zmieniając wartość. Analiza procesu przeniesienia jest ważnym narzędziem poznania i zidentyfikowania specyficznej konfiguracji wewnętrznych relacji z obiektem.

Prymitywne przeniesienie pacjentów z BPD może interferować ze zdolnością terapeuty do troszczenia się o pacjenta i wzbudzania niezbędnej aktywności. Intensywne przeniesienie może indukować w terapii proces przeciwprzeniesienia, utrudniając adekwatne spostrzeganie siebie i pacjenta. Najczęściej na początku kontaktu terapeutycznego pacjent z BPD wierzy, że terapeuta będzie w pełni odczuwał i zaspokajał jego potrzeby, co przeciwprzeniesieniowo terapeuta może odczuwać jako czucie się pożytecznym, potrzebnym, dobrym człowiekiem. Jednocześnie terapeuta może odczuwać presję, aby być pomocnym pacjentowi, którego będzie widział jako potrzebującego, pozbawionego pomocy, uległego. Po jakimś czasie może dojść do zmiany przeżywania terapeuty przez pacjenta. Pojawia się obraz terapeuty jako krytycznego, wrogiego, celowo karzącego go za czucie się autonomicznym. Przeciwprzeniesieniowo terapeuta zacznie doświadczać negatywnych myśli o sobie i swoich kompetencjach. Może poczuć się niepotrzebny, nieefektywny, a pacjenta będzie widzieć jako zbyt niezależnego, oddalonego i niewystarczająco podatnego. Może temu towarzyszyć złość na pacjenta. Zależności te potwierdza badanie Rosenkrantz i Morrisona [8], wykazujące zależność percepcji siebie terapeuty i pacjenta od aktywowanej częściowej reprezentacji obiektu. Gdy pacjent aktywował satysfakcjonujący obiekt, terapeuta spostrzegał siebie jako bardziej aktywnego i potężnego, niż gdy pacjent aktywował reprezentację wycofującego się, pozbawiającego obiektu. Jednocześnie terapeuta spostrzegał pacjenta korzystniej, gdy pozostawał pod wpływem projekcji pacjenta — jako obiektu zaspokajającego, niż gdy był spostrzegany jako niezaspokajający. Zależności te uwydatniają się wraz z poziomem zaburzenia pacjenta. Gdy pacjent z BPD funkcjonuje na wyższym poziomie, terapeuta pozostający pod wpływem projekcji „dobry, zaspokajający terapeuta” spostrzega siebie samego pozytywniej, jako lepszego, potężniejszego, niż gdy pracuje z pacjentem o niższym poziomie funkcjonowania. Zależności tej jednak nie stwierdzono, gdy terapeuta pozostawał pod wpływem projekcji „zły, niezaspokajający terapeuta”. Jednocześnie, gdy terapeuta pozostawał pod wpływem projekcji pacjenta „dobry, zaspokajający terapeuta”, pacjent z BPD o wyższym poziomie funkcjonowania był spostrzegany przez terapeutę bardziej pozytywnie niż pacjent o niższym poziomie funkcjonowania. Zależności takiej nie stwierdzono w sytuacji pozostawania terapeuty pod wpływem projekcji pacjenta „zły, niezaspokajający terapeuta”.

Zaufanie jako fundament dobrej relacji terapeutycznej w pracy z pacjentem z BPD

Podstawowym warunkiem nawiązania przymierza terapeutycznego jest zaufanie do terapeuty i procesu terapii [9]. Bez zaufania wszelkie interwencje terapeutyczne są

nieskuteczne. Dla tej grupy pacjentów zaufanie terapeutcie wiąże się ze wzbudzeniem nadziei na uzyskanie pomocy w radzeniu sobie z trudnościami. Zanim pacjent zaufa terapeutce, terapeuta nie może wprowadzać eksperymentów ani interpretacyjnych strategii terapeutycznych. Zaufanie stanowi podstawę do otwarcia się i mówienia szczerze o swoich trudnościach.

Istotnymi warunkami zaufania terapeutce okazują się takie czynniki, jak: postrzeganie terapeuty jako dostępnego, rozumiejącego, słuchającego, opiekuńczego, profesjonalnego. Ważne jest, aby był on szczery, traktował pacjenta jak osobę dorosłą, utrzymywał spokój i nie reagował nadmiernie. Pacjenci zaufają terapeutce dopiero, gdy uznają go za wystarczająco doświadczonego, profesjonalnego, elastycznego, empatycznego i wiarygodnego. Zbudowanie relacji terapeutycznej opartej na zaufaniu z pacjentem z BPD zajmuje dużo czasu. Musi on czuć, że terapeuta zna jego historię, wytrzymałość, wzorce radzenia sobie, wie, jakiego wsparcia potrzebuje. Dla wielu pacjentów pomocne jest doświadczenie empatycznego zrozumienia od terapeuty i przyznanie, iż na danym etapie rozwoju, w obliczu traumatycznych i stresujących sytuacji, których doświadczali, wypracowane mechanizmy radzenia sobie były najlepsze, na jakie mogli sobie pozwolić. Bycie dostępnym, w granicach profesjonalnie ustalonego kontraktu, stanowi ważny czynnik wspierający pacjentów w obliczu doświadczanych kryzysów, kiedy czują się oni bezbronni i podatni na zranienie, kiedy mają pomysły na zaprzestanie kontaktu. W sytuacjach tych pacjenci z BPD potrzebują ciągłości kontaktu, bezpiecznego miejsca, struktury, kierunku, przy jednoczesnym okazywaniu im cierpliwości, uprzejmości, życzliwości i szczerości. Uczciwość wzmacnia zaufanie i jest związana z powstawaniem nadziei. Stabilność i zaangażowanie terapeuty jest dla pacjentów z BPD „kotwicą”, która ich podtrzymuje, kiedy nie są w stanie poradzić sobie. Pacjenci ci, mimo pragnienia, aby terapeuta był dla nich dostępny o każdej porze, są w stanie zrozumieć, że jest to niemożliwe. Dlatego ważne jest określenie sposobu i pory kontaktowania się z terapeutą, tak by w kryzysie mogli się uspokoić i powstrzymać od impulsywnych działań. Pacjenci podkreślają, że w sytuacjach, kiedy nie są w stanie zachować własnych granic i skontrolować impulsywnych zachowań, wspierająca jest myśl o możliwości skontaktowania się z terapeutą o określonej porze, co podtrzymuje ich nadzieję, że jest ktoś, kto im pomoże zapanować nad swoimi impulsami i pomaga im pomieścić emocje. Określanie zasad i struktury kontaktu pełni funkcję terapeutyczną — wzmacnia pacjenta w pracy nad przyjmowaniem odpowiedzialności i wymusza uznawanie rzeczywistości (ograniczenie magicznego myślenia o onnipotencji terapeuty, jego możliwości bycia ciągle dostępnym, gotowym do uratowania i ochrony). Te ustalenia są niezbędne również dla terapeuty, by mógł się oddzielić od problemów pacjenta i zapobiec wypaleniu zawodowemu.

Pacjenci z BPD podkreślali, że dzięki tak zachowującemu się terapeutce uwierzyli, że ktoś się o nich troszczy, naprawdę ich słucha, stara się zrozumieć ich stany umysłu, emocji, ich obecną rzeczywistość i akceptuje ich. Dla tych pacjentów doświadczenie emocjonalnego i fizycznego bezpieczeństwa jest istotnym elementem zaufania i czynnikiem terapeutycznym. Sposobami na zbudowanie takiej relacji jest kontenerowanie burzliwych zmian nastroju pacjenta, utrzymywanie settingu, przestrzeganie kontraktu i odnoszenie się do niego w przypadku łamania go przez pacjenta, wzmacnianie brania odpowiedzialności za swoje działanie, podkreślanie dobrowolności leczenia i możliwości wyboru. Pacjenci

wskazywali, iż rozmowy z terapeutą pomagały im się skupić na czymś innymi niż tylko ich niepokój, zaangażować się w rozmowę, szczególnie gdy czuli, że jest dla nich przestrzeń, ale nie ma przymusu, jest próba zrozumienia i cierpliwość do wysłuchania. Koniecznym warunkiem zbudowania zaufania przez pacjenta z BPD jest zachowanie profesjonalizmu przez terapeutę, gdyż w tej grupie jest wiele ofiar przemocy fizycznej, psychicznej lub molestowania seksualnego. Będą oni więc uwodzić, prowokować i przez długi czas testować terapeutę, obserwując jego zachowanie i reakcje na prowokacje.

Reakcje pacjentów z BPD na wyrażającego zrozumienie terapeutę

Uważa się, iż dezorganizacja wczesnego przywiązania jest ważnym czynnikiem w rozwoju BPD, szczególnie w aspekcie tworzenia dramatycznej, zdysocjowanej i niezintegrowanej reprezentacji siebie i innych oraz upośledzenia zdolności do autorefleksji. Zanim ten zdeorganizowany uwewnętrzniony model wczesnego przywiązania ulegnie przepracowaniu, każda interwencja terapeutyczna, która nie jest pytaniem o zmiany, lecz służy jedynie rozwojowi rozumienia pacjenta, może wywoływać tymczasową dezorganizację w jego metakognitywnym funkcjonowaniu¹ [10]. Dzieje się tak, gdyż system przywiązania jest aktywowany przez każdego, kto czuje się oceniany przez ważną i spostrzeganą jako lepszą od siebie drugą osobę. Aby podtrzymać dobry obraz siebie, upośledzeniu ulega aspekt integracyjny funkcjonowania metapoznawczego. Sugeruje się, iż każda interwencja wspierająca zmiany w zachowaniu lub stanie umysłu z większym prawdopodobieństwem uaktywni system motywacyjny pacjenta niż zdeorganizowany wewnętrzny system reprezentacji wczesnego przywiązania [11].

Powyższe założenia potwierdzono w badaniu sprawdzającym reakcje pacjentów na różne interwencje terapeutyczne [12]. Wzięło w nim udział 19 kobiet z BPD, które zdecydowały się uczestniczyć w 3-miesięcznej intensywnej psychoterapii. Badano reakcje na interwencje wyrażające zrozumienie terapeuty różnych aspektów ich funkcjonowania (emocjonalnego, poznawczego, behawioralnego i podtrzymującego), w kontekście ich obecnej kondycji psychicznej, wpływów środowiskowych i różnorodnych sytuacji. Terapeuci wyrażali akceptację i zrozumienie trudności pacjentek aktywnie, komunikując im je wprost, bez wykazywania ich dezadaptacyjności. Wszelkie inne interwencje terapeuty, niezawierające wspomnianych właściwości, uznano za interwencje neutralne. Ocena metapoznawczego funkcjonowania pacjenta opierała się na rozwiązywaniu zadań, będących potencjalnym źródłem niepokoju. Zmiany w czasie terapii, zachodzące w funkcjonowaniu metapoznawczym pacjentów, podzielono na trzy obszary: rozumienia własnego stanu umysłu, rozumienia czyjegoś stanu umysłu i samopoczucia psychicznego, rozumienie strategii używanych przez ludzi do regulowania stanów mentalnych. Pierwsze dwa obszary obejmują: uznawanie istnienia różnych stanów psychicznych, ich identyfikację, zauważanie zależności pomiędzy poszczególnymi stanami psychicznymi, zdolność do różnicowania doznań subiektywnych i wydarzeń rzeczywistych, zdolność do integracji

¹ Funkcjonowanie metakognitywne pacjenta oznacza m.in. uświadamianie sobie przez niego własnego przechodzenia mentalnego od przesłanek do wniosków, formułowania uogólnień na temat siebie i świata. Procesy metakognitywne odpowiadają za planowanie czynności niższego rzędu, za nadzór i kontrolę nad ich przebiegiem oraz za analizę informacji zwrotnych i wyciąganie wniosków z doświadczeń.

różnych stanów psychicznych i nadawania im znaczenia. Obszar rozumienia strategii używanych przez ludzi do regulowania swoich stanów mentalnych obejmuje: zdolność określania problematycznych stanów psychicznych i chęci ich zmiany, stosowanie strategii radzenia sobie z nimi pierwszego stopnia (relaksacja, zmiana środowiska, rozproszenie uwagi), stosowanie strategii radzenia sobie drugiego i trzeciego stopnia (wymagających bardziej złożonych operacji umysłowych, mających na celu opanowanie danego stanu, np. umyślnego wewnętrznego podważania zaufania) [13].

W omawianym badaniu interwencje terapeuty sklasyfikowano według kategorii: neutralna, uprawomocnienie emocjonalne, uprawomocnienie behawioralne, uprawomocnienie poznawcze, strategie wsparcia. W rezultacie pacjentki udzielały więcej niż jednej odpowiedzi na każdą interwencję terapeuty. Najwięcej odpowiedzi udzielały na interwencje neutralne (938 odpowiedzi z ogólnej liczby odpowiedzi 1686), następnie na interwencje z kategorii uprawomocnienia emocjonalnego (432), behawioralnego (149), poznawczego (117) i strategii wspierających (50). Pacjentki w reakcjach na interwencje terapeuty prezentowały metakognitywną identyfikację w 19,4% odpowiedzi, z czego 20,3% stanowiło reakcję na interwencje neutralne. Niewiele pacjentek wykazywało w swoich reakcjach: zdolność do rozróżniania stanów subiektywnych od rzeczywistych wydarzeń (9 reakcji), zależności pomiędzy poszczególnymi stanami umysłu (65), zdolność do integrowania (15), zdolność do nadawania znaczenia problematycznym stanom umysłu (39). Dlatego w tym zakresie nie stwierdzono zależności pomiędzy rodzajem interwencji terapeuty a zdolnością pacjenta do uruchamiania tych funkcji metapoznawczych.

Zdolność określania problematycznych stanów psychicznych i chęci ich zmiany zaobserwowano w 75 reakcjach (4,5%), z czego 6,8% — po neutralnych interwencjach. Zdolność identyfikacji stanów psychicznych wykazywana była najczęściej po interwencjach uprawomocnienia emocjonalnego i behawioralnego, podobnie jak dostrzeganie zależności pomiędzy stanami mentalnymi.

Interwencje uprawomocniające mogą być zatem doświadczane przez pacjentów z BPD jako sygnał emocjonalnej bliskości terapeuty. Spostrzegana dostępność terapeuty, dostarczającego sygnałów uprawomocniających doświadczenia pacjenta z BPD, może aktywować jego system przywiązania i wprowadzać w stan stresu. Jednocześnie aktywowany jest wewnętrzny model działania pacjenta. Aktywacja tych systemów może doprowadzić do uświadomienia sobie przez pacjenta obu zdysocjowanych doświadczeń i dramatycznych, złożonych i niezintegrowanych reprezentacji siebie i innych [10]. Jednakże pojawienie się niezintegrowanych reprezentacji w świadomości pacjenta może przejściowo upośledzać zdolności metapoznawcze pacjenta. Dopiero później, kiedy sojusz terapeutyczny jest już zawarty i solidny, możliwy jest rozwój doświadczenia korekcyjnego, z pomocą bezpiecznej relacji terapeutycznej. Interwencje uprawomocniające przynoszą wtedy oczekiwany efekt i wspierają, a nie upośledzają ćwiczenia przez pacjenta zdolności metapoznawczych. Zmiany te zachodzą w efekcie długotrwałej relacji terapeutycznej, pozwalającej pacjentowi doświadczyć bezpiecznego przywiązania, co wspiera motywację do rozwoju bardziej adaptacyjnych wzorców zachowania i myślenia.

Naruszenia relacji w pracy z pacjentem z BPD

Profesjonaliści, konsultujący zgłoszenia o naruszeniach etycznych w pracy terapeutycznej, zwracają uwagę na powtarzalność skarg pacjentów z BPD na naruszenie neutralności

seksualnej [14]. Jednak przy ich analizie okazuje się, że nie było kontaktu cielesnego, a praca polegała na rozmowie terapeutycznej.

Przestrzeganie granic etycznych jest niezbędnym warunkiem budowania zaufania i tworzenia przestrzeni do pracy nad trudnymi, intymnymi tematami. Granice te muszą być elastyczne, jak każde zdrowo funkcjonujące ego. Jak określili to Gabbard i Lester, „paradoksem sytuacji analitycznej jest to, że granice profesjonalnej terapii muszą być zachowane, aby jej uczestnicy posiadali wolność ich psychicznego przekraczania” [15, s. 42]. Silnie oddziałujące doświadczenia intrapsychiczne i interpsychiczne (regresja, doświadczenie empatycznej relacji, identyfikacja projekcyjna) mogą być wyrażone i wykorzystane terapeutycznie tylko wtedy, gdy przestrzegane są granice kontaktu terapeutycznego.

Jednak osoby z BPD mają problemy z przestrzeganiem tych granic. Trudność w utrzymaniu dobrej relacji terapeutycznej pogłębia wzorzec niestabilnych relacji. Zdaniem Meissnera [16] zła jakość relacji z obiektem jest najbardziej krytyczną dymensją BPD. Doświadczenie wewnętrznej pustki, poczucie emocjonalnego głodu, intensywne pragnienie bycia emocjonalnie „nakarmionym” i zaopiekowanym to codzienne przeżycia osób z BPD. Jeśli ważna osoba nie zaspokaja tych potrzeb w sposób satysfakcjonujący dla osoby z BPD, doświadcza ona masywnych uczuć złości, wściekłości i uruchamia potężne destruktywne impulsy przeciwko obiektowi. Nietolerowanie frustracji przyczynia się do olbrzymich trudności z utrzymaniem stałości obiektu i relacji. Jednocześnie osoby z BPD bardzo pragną być w relacji, choć panicznie boją się symbiotycznego zlania.

Według Kernberga brak opieki macierzyńskiej tych pacjentów jest kluczowym czynnikiem doświadczenia wewnętrznej pustki i niezdolności do tolerowania okresów separacji, co przyczynia się do trudności w utrzymaniu i korzystaniu z relacji terapeutycznej, opierającej się na wymianie werbalnej. Dlatego wielu pacjentów z BPD przekazuje bezpośrednio lub subtelnie, że potrzebuje czegoś więcej niż relacja terapeutyczna [17]. Ponieważ pacjenci ci nie zakończyli z powodzeniem procesu separacji–indywidualizacji, inne osoby nie mogą być przez nich postrzegane jako mające odrębną tożsamość, w konsekwencji postrzegają terapeutę jako przedłużenie siebie i kiedy nie spełnia ich oczekiwań, nie rozumieją tego i złością się. Są oni wyczuleni na wszelkie błędy terapeuty, brak dostrojenia i często czynią mu za to wyrzuty. Przyczynia się to do trudnego położenia terapeuty, który musi wkładać dużo wysiłku, aby empatyzować z pacjentem. Jednocześnie doświadczenie pokazuje, że zaspokajanie potrzeb tych pacjentów również nie jest dobrym rozwiązaniem, gdyż z powodu silnego lęku przed fuzją nie wytrzymują dużej bliskości. I to właśnie w takich sytuacjach wysuwają oskarżenia o przekraczanie granic relacji terapeutycznej.

Istotne jest więc przestrzeganie etycznych obowiązków wobec pacjentów z BPD oraz ustanowienie i utrzymanie odpowiedniej relacji terapeutycznej, aby ochronić ich, zachowując integralność leczenia. Obowiązki te obejmują przede wszystkim:

- Omówienie ram terapeutycznych na początku leczenia. Terapeuta musi wykazać się dużą wrażliwością i wyrozumiałością na potencjalne reakcje pacjenta, który może poczuć się rozczarowany, iż związek z terapeutą nie będzie tak wyjątkowy, jak oczekiwał. Zasady dotyczące kwestii opłat, harmonogramu spotkań, czasu trwania sesji, odwoływania sesji itp., muszą być doprecyzowane. Nawet drobne naruszenia przez pacjentów z BPD tych zasad, przemilczane przez terapeutę, mogą doprowadzić do poważniejszych wykroczeń.

- Jednocześnie pacjenci ci w sytuacjach kryzysu mogą potrzebować dodatkowej sesji lub kontaktu telefonicznego — opuszczenie wtedy pacjenta jest poważnym naruszeniem.
- Konieczność ciągłego monitorowania uczuć przeciwprzeniesieniowych w pracy z pacjentami z BPD, gdyż mogą oni być w jednej minucie bardzo uwodzicielscy, a w drugiej zachowywać się nieustępliwie, okazywać wściekłość i krytykę. Chęć poczynienia specjalnych ustaleń dla pacjenta może wynikać z reakcji przeciwprzeniesieniowych, dlatego należy pracę z tymi pacjentami często superwizować.
 - Zachowanie szczególnej ostrożności w ujawnianiu siebie przez terapeutę, które może być problematyczne w pracy z pacjentami z BPD, gdyż boją się oni bliskości, a tak mogą interpretować takie zachowanie terapeuty, nawet jeśli domagali się informacji. Pacjenci ci (przeżarci bliskością) mogą poczuć się przytłoczeni użyciem zaimka „my” w odniesieniu do terapeutycznej relacji pacjenta z terapeutą.

Ważne jest dokumentowanie przebiegu każdej sesji i zastosowanych technik terapeutycznych (z powodami ich wprowadzenia). Chroni to terapeutę w sytuacji oskarżenia go przez pacjenta o przekroczenie granic relacji terapeutycznej [14].

Predyktory przedwczesnego zakończenia psychoterapii

Osiągnięcie satysfakcjonującego związku terapeutycznego dla pacjentów z zaburzeniami osobowości jest bardzo trudne, gdyż notorycznie próbują oni naruszać warunki settingu. Uwidacznia się to w pracy z pacjentami z BPD — prawdopodobieństwo drop-outu wynosi 50–60% (głównie we wczesnej fazie terapii) [18]. Według badań zwiastunami przedwczesnego zakończenia terapii przez pacjentów z BPD są: młody wiek pacjenta, wysoki poziom wrogości, lęku, złości i impulsywności [19]. Gunderson [18] podkreśla znaczenie subiektywnego doświadczenia z zawieraniem relacji terapeutycznych. Pacjenci rezygnujący przedwcześnie mówią na początku o braku satysfakcji z poprzedniej relacji terapeutycznej, poczuciu bycia krytykowanym przez innego terapeutę, małym wsparciu rodziny i wykazują niską motywację do podjęcia terapii. Znaczenie mają też: trudności w nawiązaniu satysfakcjonującego kontaktu z pracownikami ośrodka, trudności organizacyjne i w dotarciu na terapię, problemy z wejściem w społeczność terapeutyczną [19]. Kolejne czynniki to: trudności w zmianie dysfunkcyjnych mechanizmów radzenia sobie, zewnętrzne niesprzyjające okoliczności, presja rodziny. Ponieważ wśród predyktorów przedwczesnego kończenia terapii pojawiają się problemy w relacjach interpersonalnych z członkami społeczności, powstaje pytanie o możliwość uczestnictwa tych pacjentów w terapii grupowej, gdyż mogą oni prowokować podziały i manipulacje. Konieczna jest praca zespołowa, przeciwdziałająca pęknięciom w obrębie ram terapeutycznych i wzmacniająca spójność procesu leczenia.

Badania nad predyktorami przedwczesnego kończenia terapii przez pacjentów z BPD przeprowadzili Martino, Menchetti, Gozzi i Berardi [20]. Roczny program składał się z terapii grupowej, kontaktów z psychiatrą, psychologiem i pielęgniarką psychiatryczną oraz ocen psychometrycznych na początku terapii, po 6 miesiącach, po roku i rok po zakończeniu terapii. Pacjenci oceniali: relacje z profesjonalistami, oczekiwaną skuteczność proponowanego leczenia, motywację do zaangażowania się w długoterminową terapię, potrzebę zmiany, stopień stresu i cierpienia, prawdopodobieństwo wystąpienia niekorzyst-

nych okoliczności lub barier w uczestnictwie w terapii. Zakwalifikowano 39 osób (w tym 84,6% kobiet), o średniej wieku 37 lat, z długą historią leczenia psychiatrycznego (średnio 11,3 roku w opiece psychiatrycznej). Większość (29 osób, czyli 74,4%) miała diagnozę z kręgu zaburzeń osobowości typu B II osi DSM IV (dramatyczno-niekonsekwentne), 21 (53,8%) — typu C II osi (objawowo-lękowe), 11 (28,2%) typu A II osi (dziwaczno-ekscentryczne).

Z 39 pacjentów — 19 (48,7%) uczestniczyło w całym programie, a 20 (51,3%) zrezygnowało przed jego zakończeniem, z czego 14 (36%) w pierwszych dwóch miesiącach. Większość z nich miała diagnozę z kręgu zaburzeń osobowości typu B II osi — 17 pacjentów z tych 20 miało diagnozę BPD. Pacjenci rezygnujący przedwcześnie byli młodszy od tych, którzy ukończyli program oraz mieli krótszą historię leczenia psychiatrycznego. Osiągali oni wyższy wynik w skali niestabilności planowania (szczególnie osoby z BPD), niższy wynik dotyczący motywacji do uczestnictwa w procesie psychoterapii, niżej też oceniali jakość relacji terapeutycznej, oczekiwane efekty terapii i czynniki zewnętrzne mogące utrudniać uczestnictwo w programie. Najsilniejszy wpływ na przedwczesne kończenie terapii miała diagnoza BPD w połączeniu z niższą satysfakcją początkową z podjęcia leczenia. Znaczącymi czynnikami decydującymi o przedwczesnym zakończeniu terapii była subiektywnie oceniana przez pacjentów niższa jakość relacji terapeutycznej i okoliczności zewnętrzne.

Osoby z BPD przedwcześnie przerywają proces leczenia, gdyż ich objawy predysponują do percepcji relacji terapeutycznej jako niesatysfakcjonującej [20]. W celu nawiązania sojuszu terapeutycznego zaleca się precyzyjne określenie celów terapii i warunków ich osiągnięcia. Należy szczegółowo omówić sposoby poradzenia sobie z zewnętrznymi przeszkodami w uczestnictwie w terapii oraz wpływ na pozostawanie pacjenta w terapii osób najbliższych.

Podsumowanie

Nawiązanie dobrej relacji terapeutycznej, opartej na profesjonalnym wykształceniu, empatii, wsparciu superwizora i zespołu terapeutycznego, jest jednym z kluczowych czynników leczących w terapii pacjentów z BPD. Jej wypracowanie, często przebiegające chaotycznie, przynosi im poczucie ulgi. Zbudowanie przez nich zaufania trwa długo, ale czas potrzebny na ustanowienie dobrej, dającej poczucie bezpieczeństwa, relacji terapeutycznej, jest ważnym narzędziem zmiany, a jej osiągnięcie — sukcesem terapeutycznym. Choć praca z tą grupą pacjentów jest trudna i wymagająca, jest również fascynująca, a dla nich bardzo cenna. Zasługują oni na nasz największy profesjonalny wysiłek.

Piśmiennictwo

1. Markham D, Trower P. The effects of the psychiatric label borderline personality disorder on nursing staff's perceptions and causal attributions for challenging behaviours. *Br. J. Clin. Psychol.* 2003; 42(3): 243–256.
2. Castillo H. A dangerous diagnosis. *Ment. Health Today* 2003; 02: 27–30.
3. Fallon P. Travelling through the system: the lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* 2003; 10(4): 393–401.

4. Pine F. *Developmental theory and clinical process*. New Haven, CT: Yale University Press; 1985.
5. Dorpat TL. Internalization of the patient analyst relationship in patients with narcissistic disorders. *Int. J. Psychoanal.* 1974; 55: 183–188.
6. Schore AN. Interdisciplinary developmental research as a source of clinical models. W: Moskowitz M, Monk C, Kaye C, Ellman S. *The neurobiological and developmental basis for psychotherapeutic intervention*. Northvale, NJ: Jason Aronson; 1997, s. 1–71.
7. Bender DS, Farber BA, Sanislow ChA, Dyck IR, Geller JD, Skodol AF. Representation of therapists by patients with personality disorders. *Am. J. Psychother.* 2003; 57(2): 219–236.
8. Rosenkrantz J, Morrison TL. Psychotherapist perceptions of self and patients in the treatment of borderline personality disorder. *J. Clin. Psychol.* 1992; 48(4): 553–560.
9. Langley GC, Klopper H. Trust as a foundation for the therapeutic intervention for patients with borderline personality disorder. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* 2005; 12: 23–32.
10. Liotti G. Trauma, dissociation and disorganized attachment: Three strands of single braid. *Psychother.* 2004; 41: 472–486.
11. Liotti G, Intercialagli B. Disorganized attachment, motivational systems and meta-cognitive monitoring in the treatment of a patient with borderline syndrome. W: Cortina M, Marrone M. *Attachment theory and the psychoanalytic process*. London: Whurr 2003.
12. Prunetti E, Framba R, Barone L, Fiore D, Sera F, Liotti G. Attachment disorganization and borderline patient's meta-cognitive responses to therapists expressed understanding of their states of mind: A pilot study. *Psychother. Res.* 2008; 18(1): 28–36.
13. Semerari A, Carcione A, Dimaggio G, Falcone M, Nicolo G, Procacci M, Alleva G. How to evaluate meta-cognitive functioning in psychotherapy? The Meta-cognition Assessment Scale and its application. *Clin. Psychol. Psychother.* 2003; 10: 238–261.
14. Philips DG. Dangers of boundary violations in the treatment of borderline patients. *Clin. Soc. Work J.* 2003; 31: 315–326.
15. Gabbard GO, Lester EP. *Boundaries and boundary violations in psychoanalysis*. New York, Basic Books 1995, s. 42.
16. Meissner WW. *The borderline spectrum: Differential diagnosis and developmental issues*. Northvale, NJ: Jason Aronson; 1984.
17. Gabbard GO, Wilkinson SM. *Management of counter-transference with borderline patients*. Northvale, NJ: Jason Aronson; 2000.
18. Gunderson JG, Frank AF, Ronningstam EF, Walter S, Lynch VJ, Wolf PJ. Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1989; 177: 38–42.
19. Chiesa M, Drahorad C, Longo S. Early termination of treatment in personality disorder treated in a psychotherapy hospital: A quantitative and qualitative study. *Br. J. Psychiatry* 2000; 177: 107–111.
20. Martino F, Menchetti M, Gozzi E, Berardi D. Predictors of dropout among personality disorders in a specialist outpatients psychosocial treatment: A preliminary study. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2012; 66: 180–186.

Adres: annaklat@ump.edu.pl