

Agnieszka Arendarska, Marzenna Kucińska, Sylwia Pieńkowska

## **OSOBOWOŚĆ Z POGRANICZA (BPD — BORDERLINE PERSONALITY DISORDER): PODEJŚCIE POZNAWCZO-BEHAWIORALNE, TEORIA I LECZENIE. PRZEGLĄD NAJWAŻNIEJSZYCH KONCEPCJI.**

### **BORDERLINE PERSONALITY DISORDER — COGNITIVE-BEHAVIOURAL APPROACH, THEORY AND THERAPY. A LITERATURE REVIEW**

Centrum CBT – Centrum Psychoterapii Poznawczej i Behawioralnej, Warszawa  
Kierownik Poradni Centrum CBT Sp. z o.o. — Joanna Michałowska

*Autorki prezentują integracyjne podejście w psychoterapii poprzez przedstawienie wybranych modeli pracy klinicznej z pacjentami typu „borderline”.*

**borderline personality disorder  
personality disorder  
cognitive-behavioral therapy**

*Artykuł zawiera zarówno omówienie poszczególnych koncepcji teoretycznych BPD, jak i wynikających z nich implikacji dla praktyki klinicznej.*

**Summary.** The aim of this paper is to compile the elaborated in last years cognitive-behavioural theories regarding patients with borderline personality disorder (BPD) and the practical implications of these theories. Presented clinical models of the BPD reflect development of cognitive-behavioural conceptualizations, ranging from classical A. Beck's model of depression treatment to approaches which regard disorders as an effect of complicated cognitive and emotional interchange between a person and her/his environment. Through this presentation of conceptualization and models of cognitive-behavioural therapy (CBT) described by A. Beck, M.M. Linehan, R. Turner, J. Young, A. Arntz and M. Reinecke, the Polish-speaking students can acquaint with the present output of the CBT regarding the borderline disorder patients.

### **I. Wczesne koncepcje zaburzeń osobowości z pogranicza: modele teoretyczne i leczenie**

W dawnej literaturze psychiatrycznej i psychologicznej można wyraźnie zauważyć, jaki zamęt powodowała patologia, nazywana przez nas obecnie zaburzeniami osobowości typu borderline. Odpowiedzialne za to były funkcjonujące równoległe różnorodnie etykiety diagnostyczne, odmienne podejścia teoretyczne oraz skupianie się klinicystów na różnych aspektach zaburzeń.

Termin „zaburzenia z pogranicza” użyty został po raz pierwszy w 1938 roku przez Adolpha Sterna [1], psychoanalityka, który — wraz z H. Deutsch, M. Schmeideberg oraz J. Froschem [2, 3, 4] — uważał, że patologia ta to swoiste zaburzenie osobowości, charakteryzujące się narcyzmem, bólem psychicznym, nadwrażliwością, sztywnością psychiki i ciała, negatywną reakcją terapeutyczną, poczuciem mniejszej wartości, masochizmem, organicznym brakiem poczucia bezpieczeństwa, używaniem mechanizmów projekcyjnych i zaburzeniami w ocenie rzeczywistości.

Helena Deutsch [2], opisując tę patologię, stworzyła termin osobowość „jak gdyby”; jednostki z taką osobowością posługiwały się depersonalizacją, były bierne, puste, zdolne jedynie do powierzchownych związków i często przejmowały cechy tych osób, z którymi wchodziły w relacje.

Na odrzucenie rutyny i regularności, potrzebę i łatwość łamania konwencji społecznych, słabą motywację do leczenia, znaczące naruszenie settingu terapeutycznego, brak wglądu, chaotyczność zachowania i skłonność do popełniania drobnych przestępstw (w okresach napięcia i destabilizacji w życiu) — zwróciła z kolei uwagę Melitta Schimideberg [3], opisując patologię z pogranicza jako stabilną postać zaburzeń osobowości, charakteryzujących się brakiem stabilności.

Inni badacze, np. John Frosch [4], posługiwali się terminem „charakter psychotyczny”. Traktowali zaburzenia osobowości z pogranicza jako mniej ostrą postać schizofrenii lub schizofrenię z pogranicza, jak G. Zilboorg [5] lub P. Federn [6], czy też uważali je za wynik słabości ego oraz stan pośredni między neurotycznym a psychotycznym poziomem funkcjonowania.

Podobnie jak w sferach teoretycznej i diagnostycznej, tak i wśród klinicystów nie było jednomyślności co do tego, czy pacjenci z osobowością typu borderline wymagają intensywnej psychoterapii psychoanalitycznej, czy tylko terapii podtrzymującej, a może hospitalizacji lub farmakoterapii?

Z burzliwych dyskusji teoretyków i praktyków wyłoniło się kilka głównych nurtów i koncepcji terapii pacjentów z osobowością z pogranicza. Od połowy zeszłego stulecia do ostatniej jego dekady pojawiły się różne modele teoretyczne, z których dwa miały znaczące implikacje kliniczne: model konfliktu i model deficytu.

Model konfliktu — według teorii relacji z obiektem, której przedstawicielami są głównie Otto Kernberg [7, 8], James Masterson [9] oraz ich współpracownik Donald Rinsley [10] — zakłada, że zaburzenia osobowości z pogranicza są efektem konfliktu intrapsychicznego, który miał miejsce we wczesnym dzieciństwie, oraz wyrazem wczesnych prób radzenia sobie z nim. Jego podłożem jest dziecięca agresja, przed którą — np. wobec braku innych, dostępnych wzorów adaptacyjnych — dziecko próbuje się chronić za pomocą struktury obronnej, która zostaje w trakcie rozwoju utrwalona (pograniczna struktura obronna). Utrwalone sposoby obrony opierają się na bardzo pierwotnych, prymitywnych mechanizmach obronnych. Należą do nich zaprzeczanie, idealizacja, dewaluacja, onnipotentna kontrola i identyfikacja projekcyjna. Gdy dziecko znajduje się w trudnej do „ogarnięcia” przez siebie relacji (np. czuje się „porzucone” przez niedostępną — realnie lub psychicznie — matkę, karane przez nią za próby zbudowania autonomii etc.), przeżywa wściekłość, depresję, przerażenie i pustkę. Mechanizmy obronne „oddalają lęk przed zniszczeniem [...] [uwewnętrznionego] obiektu przez [te] agresywne skłonności” [11, str. 29]. Dzięki temu konflikt zostaje zepchnięty z pola świadomości, prymitywne mechanizmy obronne osłabiają ego, uniemożliwiają też konsolidację tożsamości i rozwój dojrzałych relacji z obiektem.

W tym modelu terapia ma — między innymi — pomóc zmodyfikować patologiczną strukturę obronną po to, aby pobudzić integrację tożsamości i przezwyciężyć słabość ego. Terapeutyczne metody są konfrontacyjne — konfrontują pacjenta z działaniem jego mechanizmów obronnych, klaryfikują je i interpretują; podobnie działa się w stosunku do negatywnego przeniesienia (rzutowania na terapeutę wrogich, nienawistnych uczuć,

doświadczanych w innych ważnych relacjach w przeszłości). Ważny w tym podejściu jest aspekt ustanawiania granic, które mają zapobiegać wybuchowi sił niszczących self i obiekty — osiąga się to w relacji terapeutycznej poprzez podkreślanie terapeutycznej neutralności, stałości struktury terapii (setting) czy też zewnętrznej struktury (hospitalizacja).

Model deficytu pochodzi z psychologii self, której głównym twórcą jest Heinz Kohut [za: 11]. Pacjenci z osobowością z pogranicza to jednostki, które przejawiają poważne deficyty w tworzeniu self, ale nad tym deficytem nadbudowują sztywną strukturę obronną. Self to, według Kohuta, aktywna, wewnątrzpsychiczna struktura, która jest ośrodkiem inicjatywy i odbiorcą wrażeń. Dziecko rozwija się poprzez interakcję między jego wrodzonym potencjałem a reaktywnością rodziców. Niemowlę potrzebuje, aby rodzice zapewнили mu spójność i regulację self; poprzez empatyczne dostrojenie rodzice integrują i przetwarzają doświadczenia dziecka. „Zasadniczą rolę w zahamowaniu rozwoju self oraz jego osłabieniu mają niepowodzenia (poważne i przedłużające się) matki (rodziców) w empatyzowaniu z dziecięcymi potrzebami obiektu self [...]. Nie dochodzi wówczas do niezbędnych uwewnętrznień przeobrażających, które przekształcają archaiczne narcystyczne potrzeby idealizacji, lustrzanego odzwierciedlenia i postrzegania bliźniaczego” [11, str 31, 32]. Nie mamy tu do czynienia z instynktowną agresją (jak u Kernberga), lecz ze wściekłością (narcystyczną) dziecka, którą przeżywa ono na skutek dezintegracji, spowodowanej niepowodzeniami empatii rodziców [Goldstein, 2003].

Leczenie pacjentów z osobowością z pogranicza zgodne z zasadami psychologii self nie jest konfrontacyjne: terapeuta próbuje stworzyć związek terapeutyczny, w którym uaktywniłyby się pierwotne rozwojowe potrzeby pacjenta; opiera się na empatii i zainteresowaniu jego subiektywnymi przeżyciami bardziej niż na ich interpretacji. Wobec przeniesień pacjenta — zarówno idealizujących, jak i deprecjacyjnych — zaleca się utrzymywanie postawy neutralnej. Terapeuta dostarcza pacjentowi brakujących doświadczeń rozwojowych, niejako — zastępczo — funkcji rodzicielskich.

Być może nie jest przypadkiem, że akurat w sprawie osobowości z pogranicza zarówno teoretycy, jak i klinicyści prezentują niezwykle odmienne stanowiska. Od samego początku, gdy tylko problemem zaburzeń osobowości z pogranicza zainteresowali się klinicyści, pojawiły się niezgodności nawet w samym ich opisie. Być może brały się one stąd, że każdy z badaczy mówił o nieco innych pacjentach. Kernberg, na przykład, zetknął się z problematyką borderline w szpitalach psychiatrycznych, podczas gdy Kohut — w swoim gabinecie, na kozetce. Warto przy tym zauważyć, że do niedawna leczeniem pacjentów z osobowością typu borderline zajmowali się głównie przedstawiciele nurtów psychodynamicznych lub też trafiali oni do szpitali psychiatrycznych, gdzie poddawano ich farmakoterapii, jak innych psychotyków. Generalnie zaś sądzono, że jest to typ zaburzeń niezwykle oporny na leczenie, wymagający od terapeutów ogromnego wysiłku i nakładu pracy, która zresztą często — częściej niż przy innych zaburzeniach — okazywała się mało efektywna.

Bardzo ważnym zagadnieniem było więc pytanie o to, czy dałoby się wypracować taki model — taki sposób rozumienia problemów osobowości z pogranicza — który pozwoliłby na zintegrowane, spójne teoretycznie i możliwe do zastosowania w praktyce klinicznej podejście do zaburzeń, w sferze intrapsychicznej oraz interpersonalnej, somatycznej i społecznej związanych nieodłącznie z życiem osób z diagnozą osobowości typu borderline.

Wydaje się, że badacze z nurtu behawioralno-poznawczego, którzy w ostatniej dekadzie XX wieku zainteresowali się konceptualizacją zaburzeń osobowości i konsekwencjami, jakie poznawczo-behawioralne podejście może mieć dla praktyki klinicznej, poczynili na tym polu znaczące postępy. Jest to tym ważniejsze i obiecujące, że z samych założeń tego nurtu psychologii wynika konieczność ewaluacji i udoskonalania procesu terapeutycznego. Możemy więc spodziewać się coraz większej liczby doniesień o rzeczywistych rozmiarach problemów w terapii osób z osobowością z pogranicza, coraz lepszych sposobów radzenia sobie z wyzwaniami, jakie niesie taka terapia, a prawdopodobnie — coraz bardziej efektywnych specyficznych rozwiązań klinicznych. Pragniemy dalej pokazać niektóre modele terapii pacjentów z osobowością typu borderline, pochodzące właśnie z nurtu terapii poznawczo-behawioralnych (C-BT).

## II. Podejście poznawczo-behawioralne: założenia ogólne

Podstawowe założenia, specyficzne dla poznawczych modeli, opisane zostały przez Becka i wsp. [12, 13]. Oto one:

- sposób myślenia wpływa na zachowania człowieka;
- myślenie można monitorować i zmieniać;
- modyfikując procesy myślenia można zmieniać sposób reagowania emocjonalnego jednostki, co w rezultacie może przynieść zmiany w jej zachowaniu;
- myślenie, emocje i zachowanie są ze sobą w relacji transakcyjnej (zmiana jednego czynnika pociąga za sobą zmianę dwóch pozostałych, a te ostatnie powodują z kolei zmianę zwrótną w pierwszym czynniku);
- istnieje zależność między treścią poznawczą (tym, co człowiek myśli) i procesem poznawczym (sposobem, w jaki używa tych informacji) a pojawieniem się symptomów emocjonalnych i zaburzeń zachowania.

Z tych założeń teoretycznych wynikają ważne implikacje dla praktyki klinicznej. W ujęciu modelu poznawczo-rozwojowego w leczeniu zaburzeń osobowości typu borderline należy skupić uwagę na zmianie treści poznawczych i sposobów przetwarzania informacji przez pacjenta. Pozwoli mu to nauczyć się umiejętności regulacji afektu oraz bardziej adaptacyjnych zachowań społecznych, co w konsekwencji zmniejszy jego poziom napięcia. Ta terapia, podobnie jak inne terapie poznawczo-behawioralne, jest zorientowana na problem, jest strategiczna, aktywna i ustrukturalizowana. Wielu autorów [14, 15, 16, 17] podkreśla wagę poznawczej analizy relacji terapeutycznej, modelującego wpływu związku terapeutycznego między pacjentem a terapeutą oraz znaczenia tego związku dla zmiany dezadaptacyjnych i/lub destrukcyjnych schematów poznawczych pacjentów z osobowością typu borderline.

We wszystkich modelach poznawczo-behawioralnych przyjmuje się biopsychospołeczny model myślenia o zaburzeniach osobowości. Oznacza to, iż ujawnienie się konkretnego zaburzenia osobowości związane jest z interakcją czynników biologicznych, psychicznych oraz społecznych. Takie ujęcie znacząco różni się od dotychczasowych ujęć psychodynamicznych, które koncentrowały się na roli wewnętrznych sił popędowych, afektów, wewnętrznych reprezentacji obiektów i relacji. Zwrócenie uwagi i docenienie czynników

biologicznych i społecznych pozwala na włączenie bardzo zróżnicowanych interwencji terapeutycznych, uwzględniających np. farmakoterapię, treningi umiejętności, interwencje środowiskowe [18].

### III. Podejście poznawczo-behawioralne: modele teoretyczne i implikacje kliniczne

#### 1. Klasyczne modele poznawczo-behawioralne

Modele klasyczne rozwinięte przez Arona Becka, Jamesa Pretzera czy Mary Ann Layden [13] stanowią adaptację modelu pierwotnie związanego z leczeniem depresji [19]. Zakłada on, iż osobowość jest zespołem strategii przystosowawczych, służących łagodzeniu konfliktu między biologicznym dążeniem do przeżycia i prokreacji a środowiskowymi zagrożeniami i wymaganiami życia codziennego [13]. Zaburzenia osobowości związane są z nadmiernym rozwojem pewnych wzorców zachowań, indywidualnie dziedziczonych i rozwiniętych w okresie dorastania, przy niedostatecznym rozwinięciu się innych. Zaburzenia osobowości typu borderline zdaniem autorów rozwijają się u osób z obniżoną biologiczną odpornością na stres, dysfunkcyjnymi przekonaniami, zniekształceniami poznawczymi i indywidualną historią uczenia się specyficznych wzorców zachowań.

Beck wyróżnił następujące kluczowe przekonania specyficzne dla pacjentów z osobowością typu borderline: „Świat jest niebezpieczny i wrogi. Jestem słaby i łatwo mnie zranić. Jestem nie do zaakceptowania”. Pacjent w konsekwencji istnienia negatywnych przekonań rozwija tzw. przekonania pośredniczące, w rodzaju: „jeśli świat jest wrogi, a ja słaby i podatny na zranienie, to muszę znaleźć kogoś, kto mnie ochroni”, „jeśli jestem nie do zaakceptowania, to ludzie mnie opuszczą” itp., i aby nie przeżywać trudnych stanów — wypracowuje strategie kompensujące, np. prowokowanie odrzucenia. Zdaniem Becka trudności w terapii pacjentów z zaburzeniami osobowości wynikają z faktu, iż odkrywane przekonania są bolesne, a uświadamianie tego typu myśli w sposób bezpośredni wywołuje lęk, poczucie zagrożenia, smutku związanego z osamotnieniem, zawstydzenia sobą oraz pewności niemożności bycia zaakceptowanym i kochanym. Nie mogąc znieść tych uczuć, nie mając dostatecznych umiejętności poradzenia sobie z nimi we wczesnym etapie terapii, pacjenci tacy wypadają lub prowokują wyrzucenie z terapii (np. nie dotrzymując warunków zawartego kontraktu terapeutycznego).

#### *Implikacje kliniczne modeli opartych na koncepcji Becka*

Ponieważ jednostka w rozwoju osobniczym kształtuje własne, specyficzne przekonania kluczowe oraz peryferyjne (zwane też pośredniczącymi), celem terapii jest zidentyfikowanie ich, we współpracy z nią, oraz zrozumienie kontekstu sytuacyjnego, w jakim powstały. Przekonania kluczowe powstają we wczesnym okresie rozwoju i pełnią wówczas funkcję adaptacyjną. Następnym krokiem w terapii jest rozpoznanie bodźca, który obecnie je aktywuje. Może to być bodziec wewnętrzny (np. myśl lub emocja) lub zewnętrzny (np. czyjś podniesiony ton). Kolejnym ważnym pytaniem jest, jaki rodzaj strategii wypracował pacjent, aby poradzić sobie z istniejącym problemem. Często u pacjentów z osobowością typu borderline obserwuje się następujące strategie zaradcze:

- prezentowanie siebie wobec innych jako osoby dobrze radzącej sobie;
- unikanie sytuacji problemowych;

- uzależnianie się od substancji psychoaktywnych;
- idee samobójcze i zachowania autodestrukcyjne, samouszkodzające;
- nadkompensacja (perfekcjonizm, niepokazywanie słabości, próba bezwzględnego kontrolowania siebie).

Klasyczny model terapii poznawczej koncentruje się na zmianie w obszarach automatycznych myśli, leżących u ich podstaw założeń i nieadaptacyjnych schematów, oraz zastąpieniu wykorzystywanych dotychczas strategii kompensujących efektywnymi umiejętnościami. W terapii kładzie się nacisk na [19, 20]:

- strategie oparte na konceptualizacji poznawczej zaburzenia osobowości typu borderline oraz dopasowane do nich strategie behawioralne [12];
- dobrą, silną więź między terapeutą a pacjentem, stanowiącą podstawę efektywnej współpracy;
- uczenie umiejętności rozwiązywania konkretnych problemów i osiągania realnych celów (specyficznym określonych dla danego pacjenta);
- zmianę schematów poznawczych;

Sesje są ustrukturalizowane; między terapeutą a pacjentem istnieje ścisła współpraca.

W ostatnich latach podkreślana jest także waga eksploracji i modyfikacji znaczeń przypisywanych ważnym wczesnym doświadczeniom. Zwraca się także uwagę na końcową fazę terapii, związaną z zapobieganiem nawrotom problematycznych zachowań w przyszłości. Pacjenci z zaburzeniami osobowości muszą umieć samodzielnie zaobserwować bodźce aktywujące ich kluczowe przekonanie i dysfunkcyjne zachowania oraz wypracować niezbędne strategie radzenia sobie w tych sytuacjach.

Niestety, ten klasyczny model terapii poznawczo-behawioralnej okazał się stosunkowo mało efektywny w terapii pacjentów z osobowością typu borderline — wielu z nich nie kończyło terapii, powracało do zachowań autodestrukcyjnych, podejmowało próby samobójcze czy nadużywało substancji psychoaktywnych [21]. Z tego względu podjęto próby poszerzenia modelu klinicznego o czynniki biospołeczne, czego wyrazem są modele Ralfa Turnera [22] oraz Marshy Linehan [16].

## 2. Model Turnera

Ralf M. Turner, wymieniany jako jeden z przedstawicieli biospołecznego ujęcia zaburzeń borderline, swoje podejście określa jako integracyjne. Nazywa je terapią dynamiczno-poznawczo-behawioralną, gdyż integruje współczesne podejścia poznawcze i psychodynamiczne [22]. Jego zdaniem u podstaw wystąpienia zaburzenia osobowości typu borderline leżą dysfunkcje w sferach emocjonalnej, poznawczej i behawioralnej. Do dysfunkcji tych zalicza on: w sferze emocjonalnej — niestabilność, nagłą i częstą impulsywność, zmienność schematów zawierających depresję, lęk, poirytowanie i wybuchy złości; w sferze poznawczej — niestabilny obraz ja, deficyty w zdolnościach do samokontroli, brak zdolności do podtrzymywania stałej perspektywy w ważnych relacjach oraz występowanie epizodów mikropsychotycznych; w behawioralnej — obejmują próby samobójcze, samookaleczanie, nadużywanie substancji psychoaktywnych i wybuchy agresji.

Kluczem do terapii jest zrozumienie osobistych schematów pacjenta odnoszących się do JA i do relacji. Turner rozumie schematy, podobnie jak Beck, jako wyuczone w dzieciństwie i okresie dojrzewania odpowiedzi na sposób traktowania i oceniania. Ich wykorzystanie jako dominującego wzoru reakcji w odniesieniu do dorosłych relacji powoduje trudności interpersonalne i zaburzenia w rozumieniu siebie. Rozpoznanie wzorców wchodzenia w role i relacje (role-relations schemas: RRS) jest możliwe dzięki uważnemu wnioskowaniu na podstawie relacji terapeuty z pacjentem. Związane jest to z założeniem, iż RRS powstają w okresie rozwoju przedwerbalnego, co oznacza, że są ukryte dla bezpośredniego poznania. Stres jest czynnikiem wyzwalającym dekompensację oraz krótkotrwałe epizody psychotyczne wymagające hospitalizacji, gdyż aktywizuje głębokie schematy pozostające ze sobą w sprzeczności. Przykładem może być rozwinięty u jednostki, z lęku przed zranieniem, i motywujący do obrony schemat „jestem wybrakowana”. Zawarte w nim jej przekonania o swojej niepełnowartościowości, niemożności bycia kochaną i nieuchronnym odrzuceniu przez innych (jeśli ujawni przed nimi prawdziwą siebie) budzą strach przed dekompensacją i własną słabością. Ten lęk motywuje do aktywacji schematu „jestem świetna”, zawierającego przekonania o wyjątkowości i atrakcyjności dla innych, byciu akceptowaną i pożądaną przez innych. Schemat „jestem świetna” związany jest z wysoką samooceną i pewnością siebie i motywuje jednostkę do podejmowania zachowań i wyzwań bardzo ryzykownych, niekoniecznie społecznie akceptowanych i zagrażających. Z kolei przeżywanie wówczas uczucia niepewności, niepokoju mogą ponownie aktywować schemat „jestem wybrakowana”. W ten sposób jednostka tkwi w konflikcie między potrzebą bycia kochaną i zaopiekowaną a przekonaniem, że jest emocjonalnie bezwartościowa, co oznacza, że znajduje się nieustająco w emocjonalnej zmienności i nierównowadze. Emocjonalna niestabilność wydaje się w tym kontekście kompromisową obroną przed zdominowaniem przez ten konflikt, który mógłby doprowadzić w najlepszym wypadku do epizodów derealizacji lub w gorszym — do chaotycznego stanu dekompensacyjnego [22].

Zdaniem Turnera [22] w analizie schematów można zaobserwować typowe zniekształcenia poznawcze pacjenta, takie jak np. myślenie dychotomiczne, etykietowanie, personalizację, uzasadnianie emocjonalne, czytanie w myślach, przepowiadanie przyszłości czy odrzucanie pozytywów.

#### *Implikacje kliniczne modelu Turnera: terapia dynamiczno-poznawczo-behawioralna*

W planowaniu leczenia pacjentów z osobowością typu borderline Turner odnosi się ściśle do klasycznego modelu leczenia Becka i wsp. [19], wzbogacając go jedynie technikami wyobrazeniowymi w postaci kierowanych fantazji czy specyficznych doświadczeń, celem uzyskania poruszenia emocjonalnego (evocating flooding). Turner proponuje następujące elementy terapii, uwzględniane w modelu dynamiczno-poznawczo-behawioralnym:

- psychoedukacja pacjenta dotyczy roli, jaką odgrywają ukryte i jawne przekonania i schematy poznawcze w odniesieniu do problemów życiowych;
- uczenie pacjenta rozpoznawania i systematycznego obserwowania stanów negatywnych oraz wyobrażeń, które kierują uczuciami i zachowaniem;
- trening rozwiązywania problemów, zawierający ich zdefiniowanie, przewidywanie konsekwencji, ewaluację strategii alternatywnych i uzyskanie informacji zwrotnych;

- stosowanie techniki odgrywania ról i scenek do angażowania pacjenta w czynności związane z wpływaniem na swoje samopoczucie, wykorzystywaniem nowych strategii radzenia sobie i nabytych umiejętności rozwiązywania problemów.

W opisywanych przykładach terapii dynamiczno-poznawczo-behawioralnej zwraca uwagę tempo odkrywania przez pacjenta znaczenia głębokich przekonań, które zdaniem Turnera nie może być zbyt szybkie, gdyż w razie braku bardziej efektywnych sposobów radzenia sobie z emocjami i stanami frustracji, stres związany z aktywowanymi schematami może doprowadzić do dekompensacji. Niezbędne jest takie prowadzenie terapii, w którym pacjent ucząc się coraz efektywniejszych sposobów regulacji emocjonalnej oraz rozwiązywania problemów dojrzewa niejako do zmierzenia się z trudnymi stanami, które wywołane są współistnieniem sprzecznych i często bardzo negatywnych przekonań. Ten sposób myślenia wydaje się zgodny z podejściami psychodynamicznymi.

### 3. Model Marshy M. Linehan

U podstaw teorii powstawania, rozwoju i leczenia zaburzeń osobowości typu borderline zaproponowanej przez M.M. Linehan, podobnie jak w modelu Turnera, leżą założenia wywodzące się z koncepcji określanej mianem „biospołecznej”. Koncepcja ta głosi, że zaburzenie osobowości z pogranicza ma uwarunkowania zarówno biologiczne, jak i społeczne, nabyte w procesach rozwoju i wychowania. Pierwotną przyczyną zaburzeń osobowości borderline jest deficyt w zakresie umiejętności regulacji emocji [23]. Deficyt ten ma charakter biologiczny, wrodzony i wiąże się z wyjątkową emocjonalną podatnością na zranienie (emotional vulnerability). Człowiek (dziecko) próbuje radzić sobie z tym deficytem, a jeśli z przyczyn społecznych (głównie rodzinnych w początkowym okresie rozwoju) próby te okazują się bezowocne, jeśli wysiłki dziecka zawodzą, rozwijają się objawy charakterystyczne dla osobowości z pogranicza. Są to: (1) rozregulowanie i niestabilność emocjonalna (owocująca napadami depresji, lęku czy rozdrażnienia, a także — problemami ze złością i ekspresją złości), (2) niestabilność zachowań (skrajne i „problemowe” zachowania impulsywne, np. próby lub akty samobójcze, samouszkodzenia, autodestrukcyjne zachowania), (3) poznawcze rozregulowanie (niestabilność) (np. depersonalizacje, dysocjacja, urojenia — często związane ze wzrostem stresu, a mijające zazwyczaj, gdy stres łagodnieje), wreszcie (4) niestabilność interpersonalna (chaotyczne, intensywne i trudne związki, podejmowanie intensywnych i gwałtownych wysiłków, aby zabezpieczyć się przed porzuceniem przez znaczące osoby).

Te cztery grupy objawów są w gruncie rzeczy przeformułowaniem kryteriów opisu osobowości z pogranicza, który możemy znaleźć w DSM-IV. W biospołecznej teorii Linehan tworzą one jednak pewien syndrom, który można określić jako szczególną dysfunkcję emocjonalną; w syndromie tym poszczególne grupy objawów (kryteriów) mają różną konfigurację. Linehan podkreśla, że to interakcja między czynnikami biologicznymi (w dziecku) i społecznymi (w otoczeniu, zwłaszcza w najbliższej rodzinie — środowisku wychowawczym dziecka) wpływa na rozwój i wzmocnienie owej emocjonalnej podatności na zranienie, która z kolei może zwrotnie wpływać na reakcje otoczenia na zachowanie dziecka itd. Zaburzający czynnik środowiskowy to niekorzystne — wadliwe, nieadekwatne, błędne lub negujące — reakcje na przeżycia emocjonalne dziecka i na ekspresję tych



przeżyć. Środowisko, które w taki sposób (błędnie, negująco) reaguje na przeżycia dziecka, Linehan nazywa „negującym” (invalidating environment). Wzrastanie w takim negującym środowisku jest, wg M.M. Linehan, zasadniczym czynnikiem powodującym zaburzenia u dziecka, które jest — z przyczyn biologicznych — niestabilne emocjonalnie. Jego „osobiste doświadczenia, a w szczególności doświadczenia emocjonalne, i interpretacje zdarzeń są często traktowane jako nieznaczące (złe — „invalid”) reakcje — są one karane, trywializowane, odsuwane na bok albo niezauważane; a także/lub są przypisywane społecznie nieakceptowanym cechom [dziecka], takim jak nadpobudliwość, niezdolność do realistycznego spostrzegania zjawisk, brak motywacji, pragnienie wyrządzenia krzywdy albo manipulowanie, brak dyscypliny, nieumiejętność przyjęcia właściwego nastawienia; werbalny opis osobistych doświadczeń dziecka jest często spostrzegany jako nieodpowiedni” [15, str. 409].

W rodzinach, będących takim negującym środowiskiem, kładzie się często nacisk na kontrolowanie ekspresji emocjonalnej, nadmiernie podkreśla się łatwość rozwiązywania osobistych problemów, a także nie toleruje się wyrażania negatywnych emocji. Cierpienie emocjonalne — według przekonania panującego w tych rodzinach — spowodowane jest „po prostu” brakiem odpowiedniej motywacji, zbyt małą dyscypliną albo niedostatecznym staraniem się. Jednostki, wychowujące się w negującym środowisku, mają także skłonność do stosowania kar jako sposobu na skuteczniejsze kontrolowanie zachowania. „Taki scenariusz zwiększa jeszcze emocjonalną podatność na zranienie jednostek z osobowością borderline, [a z kolei] ich reakcja behawioralna zwrótnie wpływa na negujące środowisko” [15 str. 411].

W konsekwencji powstają wzory transakcyjne, które wzmacniają emocjonalną niestabilność, i wzory reakcji behawioralnych, które możemy zaobserwować u dorosłych osób z osobowością z pogranicza. Jednostki te nigdy nie nauczyły się, jak adekwatnie nazywać i odpowiednio regulować swoje pobudzenie emocjonalne, jak tolerować stres, ani też — kiedy ufać, a kiedy nie ufać swoim reakcjom emocjonalnym, wewnętrznym stanom i zachowaniu otoczenia.

#### *Implikacje kliniczne modelu Linehan: dialektyczna terapia zachowania (DBT)*

Zaproponowany przez Linehan model terapii wyłonił się ze standardowego modelu terapii poznawczo-behawioralnej (C-BT). Marsha Linehan próbowała dostosować istniejące modele terapii C-BT do wyzwania, jakie niesie leczenie osób, które mają za sobą liczne próby samobójcze oraz przejawiają inne poważne dysfunkcje w codziennym funkcjonowaniu.

Postawa filozoficzna, na której Linehan oparła swoją pozycję terapeutyczną — nazwaną przez nią „dialektyczną terapią zachowania”, łączy w sobie tradycje kontemplacyjne Zachodu i tradycje medytacyjne Wschodu (zwłaszcza japońskiego buddyzmu zen), ze szczególnym uwzględnieniem dwóch równoważnych wartości: akceptacji i zmiany. „Dialektyka” ma tu dwoiste znaczenie. Z jednej strony odnosi się do zasadniczej natury rzeczywistości i oznacza zasadę równowagi pomiędzy krańcami kontinuum „akceptacja — zmiana”, a także specyficzną (dialektyczną, perswazyjną) metodę dialogu i relacji. Z drugiej strony — odnosi się do metod, jakimi posługują się terapeuci, aby uruchomić proces zmiany.

Wydaje się nam, że szczególnie w odniesieniu do pacjentów z zaburzeniami osobowości z pogranicza dialektyczny opis rzeczywistości — i podkreślanie jego wagi w terapii — ma dużą nośność. „Całościowość”, wzajemne powiązania pomiędzy pozornymi sprzecznościami i ciągle zachodzący proces zmiany — charakteryzujące ów opis — pozwalają stworzyć instrumentarium, adekwatnie odzwierciedlające wewnętrzne procesy poznawcze i emocjonalne jednostek z zaburzeniami z pogranicza. Dialektyczne spojrzenie pokazuje, na przykład, że we wszystkim, we wszelkich przejawach rzeczywistości (również w wewnętrznej, intrapsychoicznej rzeczywistości) można odnaleźć biegunowość, „tezę i antytezę”, proces zaś zmiany wynika z syntezy tych biegunowych sił.

Strategie terapeutyczne, wynikające z dialektycznego sposobu ujmowania rzeczywistości, to perswazja dialektyczna oraz dialektyczna konceptualizacja przypadku. Terapeuta stosujący strategię perswazji dialektycznej do osiągnięcia zmiany u pacjenta wykorzystuje raczej opozycję (sprzeczność, biegunowość), zawartą w relacji terapeutycznej, niż formalną, bezosobową logikę. Wspólnie z pacjentem poszukuje nowych znaczeń i określeń dla jego subiektywnej rzeczywistości; zastanawiają się nad tym, „co jeszcze pozostało poza zrozumieniem?...” [15]. Pozwala to dotrzeć bliżej do istoty rozważanych zjawisk. Daje też pacjentowi możliwość nadania własnego znaczenia przeżyciom, których — w negującym środowisku — często nie mógł nawet adekwatnie nazwać. Perswazja dialektyczna to strategia, która ma swój wyraz w specyficznych dialektycznych technikach takich, jak: (1) wykorzystywanie paradoksów, (2) posługiwanie się metaforą, (3) odgrywanie roli „adwokata diabła”, (4) „przesada” (terapeuta przyjmuje to, co pacjent mu komunikuje, jeszcze poważniej i bardziej serio, niż on sam), (5) przekształcanie negatywów w pozytywy, (6) aktywowanie „wiedzącego umysłu” pacjenta, (7) zgoda na naturalne zmiany i niespójności (nawet w środowisku terapeutycznym), i (8) zadawanie pytania: „Co jeszcze pozostało do zrozumienia?...”.

Podejście dialektyczne wpływa również na konceptualizację przypadków objętych DBT. Po pierwsze — ułatwia ono traktowanie zaburzeń osobowości jako dysfunkcji systemowej: oznacza to, że zaburzenie definiowane jest w odniesieniu do normalnego funkcjonowania, że istnieje continuum między zdrowiem a patologią oraz że zaburzenia wynikają ze złożonych przyczyn [15]. Po drugie — dialektyczne ujęcie w biospołecznej teorii BPD podkreśla wagę wzajemnego wpływu i wymiany pomiędzy jednostką a otoczeniem, a jednocześnie przyjmuje, że wpływ ten oraz wymiana są w stałym procesie przepływu i zmiany systemu jednostka — środowisko.

W dialektycznej terapii zachowania można wyróżnić cztery fazy: fazę wstępną, I fazę — skoncentrowaną na wytworzeniu więzi, poczuciu stałości oraz poczuciu bezpieczeństwa, fazę II — polegającą na przepracowaniu przywołanych wydarzeń z przeszłości, oraz fazę III — będącą syntezą uprzednich doświadczeń terapeutycznych we wstępnej, pierwszej i drugiej fazie DBT.

Każda z faz terapii ma specyficzne cele.

W fazie wstępnej chodzi o skłonienie pacjenta do leczenia się (współpracy, sojuszu terapeutycznego) oraz uzyskanie consensusu co do celów terapii.

Pierwsza faza nastawiona jest na cele takie, jak: spadek zachowań samobójczych, zmniejszenie zachowań zaburzających terapię, zmniejszenie zachowań zaburzających

jakość życia, wzrost sprawności behawioralnej. Ów wzrost sprawności behawioralnej zoperacjonalizowany jest jako:

- nabywanie podstawowej uważności (mindfulness; termin pochodzący z praktyki medytacyjnej — wg autorek niniejszego artykułu nierównoznaczny z uwagą)
- wzrost skuteczności w kontaktach interpersonalnych
- umiejętność sprawniejszej regulacji emocji
- odporność na stres
- kierowanie własnym zachowaniem.

Faza druga — emocjonalne przepracowanie przeszłości — ma na celu zmniejszenie efektów stresu pourazowego.

Cele trzeciej fazy można określić jako pracę nad wzrostem szacunku do siebie oraz pracę nad stawianiem sobie, i osiąganiem, celów indywidualnych.

W dialektycznej terapii zachowania stosuje się dwie grupy strategii korygujących niejako oddziaływanie negującego środowiska. Zgodnie z zasadą dialektyki są one nastawione na stymulowanie i wdrażanie zmian oraz na akceptację istniejącego stanu rzeczy.

W pierwszej grupie mieszczą się procedury, związane z rozwiązywaniem bieżących problemów: przeprowadzanie analizy behawioralnej, osiąganie wglądu, analiza możliwych rozwiązań (w tym: treningi umiejętności, warunkowanie, ekspozycja, modyfikacja przekonań), procedury edukacyjne, ukierunkowujące na cel oraz prowokujące zaangażowanie.

Druga grupa strategii wiąże się z nadawaniem sensu doświadczeniom, uznawaniem ich istnienia i znaczenia. Dotyczy to zarówno przeżyć emocjonalnych, jak i poznawczej rzeczywistości pacjentów; ponadto, i jest to charakterystyczne dla poznawczo-behawioralnego podejścia, strategie te uwzględniają (często ukryty) głęboki sens zachowań pacjenta oraz wagę jego kompetencji i zaradności.

DBT jest raczej systemem terapeutycznym niż — nawet bardzo złożoną — procedurą. Nadaje się do wykorzystywania zarówno w dużych ośrodkach badawczo-terapeutycznych, jak i w małych centrach, gdzie można ją dostosować do rzeczywistych możliwości zespołów terapeutycznych. Obejmuje pracę indywidualną z pacjentami, sesje terapii grupowej, treningi umiejętności, konsultacje telefoniczne, a także obowiązkowy system superwizji dla terapeutów, pracujących z pacjentami z BPD. Setting terapeutyczny także ustalany jest w zależności od potrzeb pacjentów oraz możliwości zespołu.

#### *Badania — ewaluacja DBT*

Dzięki staraniom M.M. Linehan i jej współpracowników podejście DBT jest obecnie jednym z lepiej zweryfikowanych empirycznie. Poniżej podajemy wyniki badań ewaluacyjnych.

W 1991 roku zbadano dobraną losowo grupę pacjentek, podejmujących ustawicznie próby samobójcze ze zdiagnozowanym zaburzeniem osobowości typu borderline. Poddano je DBT; leczenie trwało rok, ocena przeprowadzana była co 4 miesiące. Grupę kontrolną stanowiły osoby poddane zwykłym oddziaływaniom pozaszpitalnym, w społeczności. Podczas większości pomiarów w ciągu całego roku pacjentki, które objęto DBT, przejawiały mniej zachowań samobójczych, były też mniej groźne z medycznego punktu widzenia, częściej pozostawały w terapii indywidualnej i miały mniejszy wskaźnik hospitalizacji [24].

W 1993 roku przeprowadzono zrandomizowane badanie, sprawdzające skuteczność DBT w porównaniu z tradycyjną metodą terapii pacjentów z zaburzeniami typu borderline. Przeanalizowano przypadki 39 kobiet, które przejawiały w przeszłości zachowania samobójcze, spełniających jednocześnie kryteria dla BPD zgodne z wywiadem diagnostycznym Gundersona oraz zawarte w DSM-III. Zostały one losowo przydzielone do grupy poddawanej DBT lub do grupy leczonej metodą tradycyjną. Kuracja trwała 1 rok. Przeprowadzono badania follow-up w 6 i 12 miesięcy po zakończeniu terapii. Po 6 miesiącach osoby poddane DBT przejawiały znacząco mniej zachowań samobójczych, wykazywały mniejszy poziom złości oraz lepsze przystosowanie społeczne (oceniane przez nie same). Po kolejnych 6 miesiącach miały znacząco niższą liczbę dni hospitalizacji oraz wykazywały lepsze przystosowanie społeczne, oceniane przez badającego [21].

W 2002 roku w Holandii przeprowadzono badania, w których wzięły udział 92 pacjentki poddawane DBT oraz 20 pacjentek z grupy kontrolnej, nie objętej leczeniem za pomocą DBT. DBT okazała się skuteczna, jeśli chodzi o utrzymywanie się w terapii oraz redukcję samookaleczających oraz samouszkodzających zachowań impulsywnych, zwłaszcza wśród tych osób, które samouszkodzeń dokonywały często [17].

#### 4. Model Younga

Jeffrey Young jest autorem teorii wczesnych dysfunkcyjnych schematów (early maladaptive schemas — EMS [25]). Uważa, że stałe wzorce myślenia (EMS) tworzą się w okresie dzieciństwa. Powstają w wyniku doświadczeń z tzw. ważnymi osobami (rodzice, opiekunowie, rówieśnicy) we wczesnym okresie rozwoju. Ponieważ wykształcają się tak wcześnie, często, gdy dziecko nie rozwinęło jeszcze odpowiednio struktur językowych — mają charakter wiedzy ukrytej [26], a więc są niezwerbalizowane i często nieuświadomiane.

Według Younga specyficznymi dla osobowości borderline schematami są: (1) porzucenie/niestabilność w relacjach, (2) brak zaufania/nadużycie, (3) emocjonalna deprivacja (ludzie nie zaspokajają moich potrzeb emocjonalnych), (4) niemożność bycia kochanym, poczucie wstydu z powodu posiadania jakiegoś nieokreślonego defektu (gdy ludzie odkryją, jaki jestem naprawdę odrzucą mnie) oraz (5) niedostateczna samokontrola i samodyscyplina.

Young opisał sposób, w jaki ludzie przystosowują swoje dezadaptacyjne wczesne schematy do kolejnych sytuacji życiowych. W klasycznym modelu terapii poznawczo-behawioralnej Beck określał schematy jako sztywne i niezmiennie w ciągu całego życia, natomiast Young charakteryzuje je jako podlegające rozwojowi i zmianie. Jego zdaniem wczesne dezadaptacyjne schematy wywierają wpływ na zachowanie człowieka za sprawą trzech procesów poznawczych: podtrzymywania schematów, unikania schematów i ich kompensacji.

Podtrzymanie schematu polega na wzmacnianiu istniejących już schematów poprzez działanie zniekształceń poznawczych oraz dysfunkcyjnych wzorców zachowań. Young zwraca uwagę, iż obecne w dorosłym życiu dysfunkcyjne wzorce zachowań miały charakter adaptacyjny w czasie dzieciństwa, straciły go jednak wraz ze zmianą realiów. Przykładem może tu być kobieta ze schematem typu deprivacja emocjonalna, która wybiera

na partnera mężczyznę skrytego, niedojrzałego, skoncentrowanego na sobie. Czyniąc to, czuje się bezpiecznie, gdyż jest to postawa jej bliska i znana z poprzednich doświadczeń. W ten sposób wzmacnia postrzeganie siebie jako osoby, której potrzeby emocjonalne nie są zaspokojone. Dysfunkcyjny wzorzec zachowania, jakim jest wybór partnera skrytego, podtrzymuje jej dezadaptacyjny schemat emocjonalnej deprivacji.

Unikanie schematu to proces oparty na warunkowaniu awersyjnym, dzięki któremu ludzie wystrzegają się sytuacji wywołujących w nich przykre, negatywne emocje. Można wyróżnić unikanie poznawcze, emocjonalne lub behawioralne. Unikanie poznawcze to automatyczne bądź zależne od woli blokowanie myśli i wyobrażeń, które mogą wywołać dany schemat. W pierwszym przypadku mamy do czynienia z zapominaniem, w drugim — dana osoba nie chce o tym pamiętać. Unikanie emocjonalne polega na próbach zaprzeczania i blokowania negatywnych uczuć przeżywanych podczas aktywacji schematów. Na przykład niektórzy pacjenci z osobowością typu borderline samookaleczają się, aby zagłuszyć trudny do zniesienia ból w momencie aktywacji wczesnego schematu. Unikanie behawioralne odnosi się do unikania w życiu realnym sytuacji lub okoliczności, które mogą wywołać bolesne schematy (np. izolowanie się społeczne).

Ostatni z wymienionych przez Younga procesów, za pomocą których EMS wpływają na zachowanie człowieka, to kompensacja schematu. Polega ona na zachowaniu przeciwnym do treści ukrytych schematów poznawczych. Np. osoba ze schematem emocjonalnej deprivacji (opisana wyżej) w związku osobistym będzie bardzo wymagająca w stosunku do partnera.

#### *Implikacje kliniczne modelu Younga: terapia skoncentrowana na schematach*

Celem terapii w modelu skoncentrowanym na schematach jest identyfikacja schematów i ich zmiana. Opisany przez Younga protokół terapeutyczny obejmuje: zinventoryzowanie objawów i problemów podawanych przez pacjenta, badanie kwestionariuszowe i psychoedukację w zakresie istniejących schematów oraz identyfikację pojawiających się schematów, a następnie zmianę tych z nich, które wydają się kluczowe dla występującego zaburzenia.

To ostatnie zadanie realizowane jest zarówno podczas sesji, jak i poza nią, za pomocą takich technik, jak wyobrażenia, dyskusowanie wydarzeń z przeszłości i teraźniejszości, badanie relacji terapeutycznej, lektury, badanie treści snów i inne. Podczas pracy z pacjentem ważne jest wychwytywanie zachowań kierowanych schematami (w zależności od funkcji będą to zachowania podtrzymujące, unikające oraz kompensujące schemat). Po etapie związanym z identyfikacją przejawów istniejących schematów następuje etap konceptualizacji, czyli powiązania zgłoszonych problemów, doświadczeń dzieciństwa, dojrzewania, dorosłych wzorców zachowań, emocji, obserwacji z relacji terapeutycznej z wczesnymi dysfunkcjonalnymi schematami. Efektem konceptualizacji jest wyróżnienie pierwszo- i drugorzędnych schematów, oraz związanych z nimi schematów podrzędnych, i ustalenie planu zmiany poprzez wybór schematu kluczowego, który będzie przedmiotem modyfikacji.

Następnie Young proponuje cztery rodzaje interwencji prowadzących ku zmianie schematu:

Po pierwsze są to interwencje emocjonalne, stosowane na początku pracy w celu uelastyczenia schematu i tym samym zwiększenia jego podatności na zmianę. Wprowadza się je, kiedy w doświadczeniu pacjenta uaktywnia się jakiś ważny wczesny schemat dezadaptacyjny, pogłębiając za ich pomocą jego świadomość w zakresie przeżywanych wówczas stanów.

Drugi rodzaj interwencji służących zmianie schematu to interwencje interpersonalne. Obszarem ich wykorzystania jest relacja terapeutyczna, w której ujawniają się schematy pacjenta. Interwencje interpersonalne to (1) bezpośrednia rozmowa terapeuty z pacjentem o schematach pojawiających się w relacji terapeutycznej, testowanie prawdziwości pojawiających się wówczas przekonań pacjenta, oraz (2) zachowania terapeuty niezgodne ze schematem pacjenta (np. terapeuta prezentuje postawę troski i zainteresowania pacjentem, co jest niezgodne z wczesnym schematem pacjenta typu „emocjonalna deprivacja”, z którego wynika oczekiwanie, iż terapeuta z różnych przyczyn nie zaspokoi jego emocjonalnych potrzeb). Ważnym rodzajem interwencji interpersonalnych jest także terapia grupowa, podczas której możliwe jest wykorzystanie wszystkich opisanych powyżej interwencji, a więcej interakcji sprzyja zarówno aktywacji istniejących schematów, jak i ich weryfikacji i modyfikacji.

Trzecia grupa interwencji wymienianych przez Younga jako przydatne w zmianie dezadaptacyjnych schematów to techniki poznawcze. Pacjenci uczą się wykorzystywania technik poznawczych w sytuacjach życiowych, w których przejawia się wpływ wczesnych schematów dezadaptacyjnych, np. stosowanie racjonalnej argumentacji czy wychwytywanie zniekształceń poznawczych.

Ostatnim z czterech wymienianych przez Younga typów technik służących modyfikacji schematów są interwencje behawioralne. Zajmują one w terapii najwięcej czasu, bo ich celem jest zmiana utrwalonych, głęboko zakorzenionych nawyków. Dotyczą one zmiany konkretnych zachowań lub zmian pewnych elementów środowiska pacjenta.

Warto podkreślić, iż niezależnie od fazy leczenia, pojawienie się u pacjenta poruszenia emocjonalnego, charakterystycznego dla aktywacji wczesnego dezadaptacyjnego schematu, wskazuje nam moment, w którym poznawcze interwencje modyfikujące są najskuteczniejsze.

## 5. Model Arntza

Arnoud Arntz [27] uzupełnił model terapii skoncentrowanej na schematach, zaproponowany przez Younga, opisem rozwoju schematów poznawczych. Podobnie jak Young wymienia 5 podstawowych schematów, występujących u pacjentów z osobowością typu borderline, dotyczących: (1) poczucia alienacji, (2) niemożności bycia kochanym, (3) odrzucenia przez innych, (4) poczucia opuszczenia, (5) przekonanie, że jest się osobą złą i zasługującą na karę. Zdaniem Arntza dziecko, które doświadcza różnego rodzaju nadużyć (seksualnych, fizycznych, emocjonalnych), posługując się charakterystycznym dla tego wieku uproszczonym myśleniem dychotomicznym (między 6. a 12. r.ż.), myśli, że tak się dzieje, bo ono jest złe, słabe (łatwo je zranić) i bezradne. Innych ludzi postrzega jako wrogich, nadużywających, odrzucających. Ponieważ przeżywa bardzo sprzeczne i silne uczucia, które, popychając je ku innym, narażają je jednocześnie na odrzucenie i zranienie — nabiera przekonania, że emocje są czymś niebezpiecznym, czego najlepiej unikać.

W interakcji z oczekiwaniem nadużycia czy opuszczenia przez innych wczesne schematy dotyczące „ja”, „innych”, „emocji” i „relacji” powodują unikanie bliskich relacji, wywołują lęk przed doświadczaniem emocji i skrzywdzenia, co prowadzi do wykształcenia się postawy ciągłej czujności (nadwrażliwości) na ewentualne niebezpieczeństwo. Zwykle ta czujność i dychotomizacja pojawia się, jeśli bodziec jest kojarzony z wcześniej ukształtowanymi schematami, nie występuje zaś — jeśli brak takiego odniesienia.

Schemat kształtowania się osobowości borderline wg Arntza:

Doświadczenia nadużyć w okresie dzieciństwa ⇒	⇒ ukształtowanie się przekonań kluczowych (schematów) typu ⇒	⇒ nadmierna czujność ⇒ oczekiwanie nadużycia lub opuszczenia przez innych	+ dychotomiczne myślenie	= zaburzenia osobowości typu borderline
	Ja jestem: zły podatny na zranienie bezzadny			
	Inni są: wrodzy nadużywający, odrzucający			
	Emocje są niebezpieczne. Być w relacji to mieć kogoś, kto może mi pomóc.			

#### *Implikacje kliniczne modelu Arntza: uwzględnienie rozwoju schematów*

Arntz podkreśla, podobnie jak Young, że celem leczenia osób z zaburzeniami osobowości w modelach CBT są zmiany schematów. Kładziony jest nacisk na zmianę w obszarze przekonań kluczowych i pośredniczących oraz strategii kompensujących. Przedmiotem pracy jest funkcjonowanie pacjenta w relacji terapeutycznej, w obecnych relacjach i życiu oraz w relacjach w przeszłości. Analiza tych ostatnich pozwala określić wydarzenia, które ukształtowały istniejący schemat i zrozumieć jego pierwotnie adaptacyjną funkcję. Terapeuta staje się w tym modelu aktywnym nauczycielem, w zakresie tego, jak przekonania się tworzą i jak wpływają na nasze zachowanie i samopoczucie, zachęcającym i stwarzającym warunki do eksperymentowania z nowymi zachowaniami i weryfikacji dotychczasowych założeń na temat siebie, świata, ludzi i związków.

#### 6. Model poznawczo-rozwojowy Marka Reineckiego

Model poznawczo-rozwojowy Reineckiego, mimo że zawiera liczne elementy niespotykane w standardowych poznawczych modelach psychopatologii i psychoterapii, mieści się w szerokim spektrum teorii poznawczych [28] ze względu na jego teoretyczne założenia

i wynikające z nich implikacje kliniczne. Poza paradygmatami podejść poznawczych, Reinecke uwzględnia w modelu zaburzeń osobowości typu borderline sposób rozumienia problemów klinicznych właściwy psychopatologii rozwojowej. Ta perspektywa zakłada, że zaburzenia procesów rozwojowych w dzieciństwie narażają jednostkę na ryzyko rozwoju psychopatologii w późniejszym życiu [29, 30, 31, 32, 33]. Reinecke [28] opisuje dwa podstawowe czynniki, konieczne do wystąpienia zaburzeń osobowości typu borderline. Po pierwsze są to defekty w rozwoju umiejętności prawidłowej regulacji emocjonalnej, a po drugie — uformowanie się, rozwój i aktywacja dezadaptacyjnych schematów oraz dezadaptacyjnych strategii przetwarzania informacji.

Reinecke [28] wymienia następujące trzy schematy dezadaptacyjne, charakterystyczne dla osób z zaburzeniami osobowości typu borderline: (1) świat jest postrzegany przez nie jako groźny i wrogi, (2) ludzie są według nich niechętni, zaniedbują je i odrzucają, (3) uważają, że nie zasługują na miłość i są niezdolni do efektywnego radzenia sobie z wyzwaniami życia codziennego („jestem bezradny/a i podatna na zranienie”).

Dezadaptacyjna strategia przetwarzania informacji występująca u pacjentów z osobowością typu borderline ma postać myślenia dychotomicznego. Zgodnie z poznawczym modelem psychopatologii, w kolejnych etapach rozwoju pacjent, formułując swoje głębokie przekonania o sobie, innych i świecie, posługuje się uwagą w sposób selektywny i zapamiętuje te wydarzenia, które są zgodne z jego schematami. Ponieważ świat jest przerażający i niebezpieczny, a pacjent myśli, iż nie jest zdolny sam poradzić sobie z wyzwaniami życia — szuka w innych ludziach oparcia, opieki i przewodnictwa. W ten sposób powstaje adaptacyjne przekonanie pośredniczące: jeśli będę miał bliską relację z kimś, wówczas będę się czuł w życiu bezpiecznie. Powoduje to swoisty rodzaj nadwrażliwości tych pacjentów na sygnały o ewentualnym rozstaniu czy porzuceniu. W takich sytuacjach reagują oni gniewem i usiłowaniami utrzymania relacji z drugą osobą za wszelką cenę. Ponieważ nie rozwinęli efektywnych sposobów regulacji afektu, co pozwoliłoby im znaleźć samoukojenie, w efekcie redukują odczuwane napięcie za pomocą zachowań impulsywnych. W tym kontekście gwałtowne wyrażanie złości, gniewu (np. w postaci samouszkodzeń czy wybuchów agresji) należy rozumieć jako desperackie wysiłki w kierunku utrzymania relacji z ważną osobą. Dezadaptacyjność zachowań i schematów poznawczych występujących u pacjentów z osobowością typu borderline jest wynikiem wspomnianych już wcześniej deficytów w regulacji emocjonalnej oraz zdeorganizowanego stylu przywiązania, występującego we wczesnych relacjach.

W literaturze odnoszącej się do problematyki psychopatologii rozwojowej zwraca się uwagę na związek pomiędzy brakiem bezpiecznej więzi w relacji rodzice–dziecko we wczesnym etapie rozwojowym a późniejszym wystąpieniem zaburzeń emocjonalnych, problemów interpersonalnych oraz niskiego poczucia własnej wartości [34, 35, 36, 37, 38, 39]. Podkreśla się, że ta wczesna relacja między opiekunami a dzieckiem, i wytworzony wówczas styl przywiązania, staje się podstawowym wzorcem wchodzenia w relacje interpersonalne na resztę życia [28, 40, 41, 42]. Mówiąc o zdeorganizowanym stylu przywiązania, autorzy piszą o takim typie relacji, w której rodzic jest nieprzewidywalny dla dziecka: teraz jest obecny, a za chwilę go nie ma; jest bardzo opiekuńczy i troskliwy, a za chwilę — zdystansowany emocjonalnie, odrzuca albo krzywdzi. W rezultacie takiej postawy rodzica dziecko nie wie, czy może zbliżyć się do niego, czy też stanowi on zagrożenie. Dziecko, próbując zrozumieć to, co się dzieje, staje się czujne na wszelkie



sygnały wysyłane przez rodzica i zwykle widzi relację z nim jako niestabilną, potencjalnie niebezpieczną. Siebie postrzega w tej relacji jako kogoś, kto nie zasłużył na miłość rodzica. Zdaniem Reineckiego taki rodzaj myślenia i postrzegania rzeczywistości sprzyja rozwojowi schematów charakterystycznych dla zaburzeń osobowości typu borderline.

Kolejnym ważnym elementem leżącym u podstaw rozwoju zaburzenia osobowości z pogranicza jest występowanie deficytów w zakresie regulacji emocjonalnej. Umiejętności niezbędnych do regulowania emocji nabywamy zwykle w dzieciństwie. Podstawowym źródłem uczenia się są dla nas: osobiste doświadczenie oraz modelowanie, czyli obserwacja, jak opiekun radzi sobie ze swoimi emocjami. Opiekun w komunikowaniu się z dzieckiem (np. werbalnym — „przestraszyłeś się”, i niewerbalnym — wzięciu za rękę i sprawdzeniu, czy jest się czego bać) uczy je, jak rozpoznawać i nazywać przeżywane stany emocjonalne oraz jakie strategie radzenia sobie z danym stanem zastosować (np. gdy dziecko jest smutne — pociesza je, gdy jest zmęczone — pozwala mu odpocząć). Jednocześnie dziecko obserwuje, jak zachowuje się opiekun, kiedy doświadcza np. trudnych emocji i widzi, że jeśli jest on zmęczony — odpoczywa, a gdy np. pojawia się jakiś problem — próbuje go racjonalnie rozwiązać. Dziecko stara się naśladować swego opiekuna i w ten sposób uczy się jego sposobów regulacji emocjonalnej. Rodzic szybko zmieniający postawę opiekuńczą na karzącą, wprowadza chaos i nieprzewidywalność, a tym samym nie stwarza warunków umożliwiających dziecku nauczenie się efektywnej regulacji emocjonalnej.

Dzieci posiadające deficyty w rozwoju neuropoznawczych systemów związanych z regulacją emocjonalną i behawioralną, zdaniem Reineckiego mogą mieć szczególną trudność w nauczeniu się efektywnej regulacji emocjonalnej w warunkach zdeorganizowanej więzi z opiekunem. Wiele badań wskazuje na to, że pacjenci z osobowością typu borderline doświadczyli w swoim życiu przemocy, traumy i utraty. Ich rodziny pochodzenia są charakteryzowane jako chaotyczne i dysfunkcjonalne [28, 43, 44, 45]. Występują w nich poważne problemy emocjonalne [46]; niektórzy badacze określają te rodziny jako „zaniedbujące”, a atmosferę tam panującą — jako nieprzewidywalną i wrogą [28, 47, 48]. Takie środowisko może wzmacniać dezadaptacyjne zachowania, pierwotnie związane z deficytami w samoregulacji emocji.

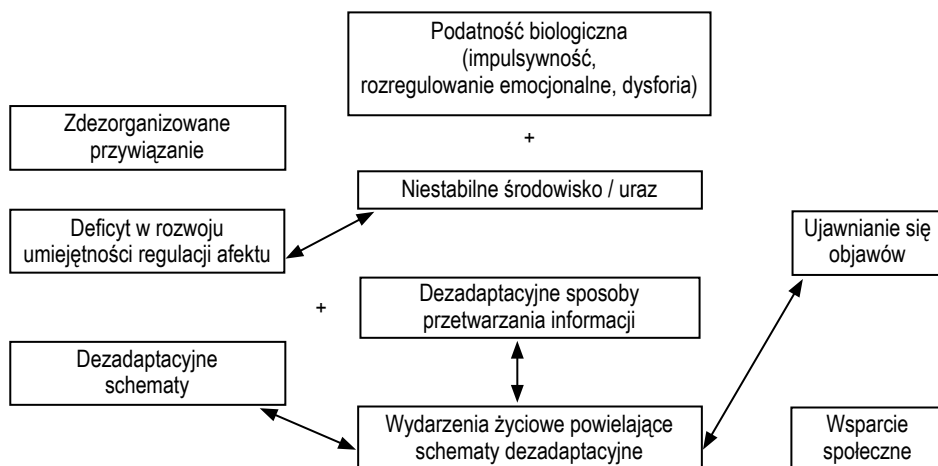
Poznawczo-rozwojowy model zaburzeń osobowości typu borderline według M. Reineckiego (rysunek na następnej stronie).

#### *Implikacje kliniczne modelu Reineckiego: terapia rozwojowo-poznawcza*

Model poznawczo-rozwojowy zaburzeń osobowości typu borderline stawia przed terapią tego typu pacjentów trzy podstawowe cele [28]:

- rozwój umiejętności regulacji afektu,
- identyfikację i zmianę specyficznych dezadaptacyjnych schematów oraz
- rozwój bardziej spójnego, stabilnego i bezpiecznego poczucia „ja”.

Cele te osiągnąć można przy wykorzystywaniu psychoedukacji i innych klasycznych technik poznawczych i behawioralnych, ukierunkowanych na zmniejszenie nasilenia depresji, niepokoju i złości. Dodatkowo w metodach pracy terapeutycznej pojawiają się interwencje inspirowane podejściem rozwojowym, które pozwalają pacjentowi zrozumieć jego problemy z niestabilnym, niespójnym poczuciem tożsamości i wzorcami relacji z innymi.



Rysunek na podstawie Reinecke M., Ehrenreich J.[28]

Aby jednak zmiana była możliwa, niezbędne jest stworzenie dobrej relacji terapeutycznej, umożliwiającej współpracę, co w przypadku pacjentów z osobowością typu borderline jest szczególnym wyzwaniem. W tworzeniu relacji terapeutycznej Reinecke [14] podkreśla znaczenie zachowania przez terapeutę postawy radykalnej neutralności wobec pacjenta. Ich zdaniem zbyt ciepła postawa, wzorowana na podejściu rogeriańskim, wywołuje silne uczucia u pacjenta, związane z idealizacją terapeuty i w konsekwencji przeżywaniem bardzo silnego lęku przed odrzuceniem. Z drugiej strony postawa zbyt wycofania się terapeuty czy zbyt koncentracji na problemie, z pominięciem relacji terapeutycznej i osoby pacjenta, może zostać odebrana jako postawa odrzucająca. Jedynie zachowanie przez terapeutę neutralnej pozycji zmniejsza ryzyko aktywizacji wczesnych schematów Ja, co pozwala pacjentowi uczestniczyć w relacji terapeutycznej w sposób bardziej racjonalny, z utrzymaniem kontroli nad przeżywanymi w niej emocjami.

Należy również zachować szczególną ostrożność pracując nad doświadczeniami związanymi z nadużyciami lub zaniedbaniami. Dotyczy to zwłaszcza tych, które miały miejsce we wczesnych okresach życia pacjenta, gdyż wzbudzają one zwykle silny, trudny do opanowania przez niego afekt. Tego typu przeżycie może wystraszyć go i podważyć jego zaufanie do terapeuty, a ewentualne wypadnięcie z terapii wiąże się zwykle z silnym poczuciem skrzywdzenia i bycia ofiarą terapeuty. Reinecke [14] podkreśla, iż należy zadbać o to, by okazać pacjentowi, że się akceptuje jego doświadczenie, ale kwestionować znaczenie, jakie pierwotnie nadał on temu doświadczeniu.

W dobrym kontakcie terapeutycznym i klimacie akceptacji i wsparcia pacjent jest w stanie przeżyć świadomie aktywację schematu oraz pracować nad jego zmianą. Możliwa jest wtedy uważna analiza stanu emocjonalnego i towarzyszących mu myśli i zachowań. Dzięki temu identyfikowane są bodźce aktywujące schematy i wpływ schematu na zachowanie przejawiające się w bezpośredniej relacji z terapeutą. Możliwe jest prześledzenie przeszłych wydarzeń i relacji, które ukształtowały dany schemat i w których dany schemat pełnił funkcje adaptacyjną. W ten sposób uwidacznia się adaptacyjność schematu w przeszłości

oraz jego dezadaptacyjny wpływ na obecne relacje. Dzięki takiemu rozdzieleniu pacjent jest w stanie racjonalnie ocenić i zrozumieć poszczególne elementy schematu (myśli, emocje i swoje reakcje) oraz zmienić je tak, by były adekwatne do obecnej rzeczywistości.

Analiza przejawiania się schematu w obecnych relacjach z ważnymi osobami (w tym relacji z terapeutą) jest jedną z podstawowych strategii identyfikacji i zmian schematu. Towarzyszy mu zwykle analiza rozwoju schematu w ciągu życia pacjenta (podobnie jak w modelu Arntza) oraz różnorodne interwencje inspirowane podejściem rozwojowym (np. technika „developmental review”). Po zbudowaniu właściwej relacji i zrozumieniu przez pacjenta, w jaki sposób ukształtował się jego schemat, do jakich realiów był dostosowany, jaką pełnił funkcję, oraz jakie są obecnie aktywujące go bodźce, można przystąpić do dalszej pracy nad zmianą schematu na poziomie konkretnych zachowań. Dobrze zrozumienie przez pacjenta, dlaczego tak a nie inaczej reaguje (poznawczo, emocjonalnie i zachowaniem) oraz zaufanie do terapeuty pomagają znaleźć alternatywne zachowanie, lepiej dopasowane do obecnych realiów, i je wykorzystać. Z kolei doświadczenie nowego zachowania zwrótnie powoduje zmianę dotychczasowego schematu na bardziej adaptacyjny.

Reinecke [14] proponuje przyjęcie następującej hierarchii interwencji podejmowanych podczas pracy z pacjentem z osobowością typu borderline:

- ryzyko samobójstwa i wszystko, co z tym może być związane, czyli myśli, tendencje i próby samobójcze, należy omawiać z pacjentem w pierwszej kolejności;
- zaburzenia i problemy w relacji terapeutycznej, która stanowi niezbędną podstawę współpracy nad zmianą;
- autodestrukcja, czyli zachowania i myśli autodestrukcyjne, nadużywanie narkotyków, alkoholu, leków; ważne jest szukanie ich znaczenia, czyli odpowiedzi na pytanie, czemu służą te zachowania, co je wywołuje (jakie myśli i emocje poprzedzają bezpośrednio zachowania autodestrukcyjne), analiza ich konsekwencji (negatywnych i pozytywnych);
- schematy poznawcze i procesy; praca nad nimi jest możliwa dopiero wtedy, kiedy relacja terapeutyczna jest dobra i nie ma ryzyka zaburzeń wymienionych powyżej. Należy wybrać do pracy taki schemat, który jest najsilniej obecny w funkcjonowaniu pacjenta (np. na podstawie badania za pomocą kwestionariusza).

Czasem możemy włączyć w terapię członków rodziny — i dzięki temu pacjent może ćwiczyć niektóre nowe umiejętności i zachowania w domu, wobec bliskich. W badaniach stwierdza się wysoki wskaźnik emocji ujawnianych w rodzinach pacjentów z osobowością typu borderline. Bliscy pacjenta są zwykle zmęczeni jego awanturowaniem się — z jednej strony, i bardzo silnie z nim związani — z drugiej. Mogą także wykazywać próby nadmiernej kontroli jego zachowań.

Reinecke zwraca także uwagę na istotne znaczenie „trzymania granic” przez terapeuta. W reakcji na zachowania pacjenta terapeuta nie może reagować lękowo. Powinien umieć zachować postawę radykalnej neutralności. Wobec pojawienia się ryzyka prób samobójczych i/lub autodestrukcyjnych, terapeuta musi być konsekwentny w podejmowaniu działań zabezpieczających i powinien to zawrzeć w kontrakcie terapeutycznym (zobowiązanie się pacjenta do zaniechania prób samobójczych tzw. umowa na niezabijanie się). Należy także ustalić w kontrakcie wstępną zgodę na wykonywanie prac domowych. Struktura terapii powinna być jasna i prezentowana pacjentowi wyraziście, jeśli tego potrzebuje.

Cele, wokół których skupia się praca terapeuty, to:

- monitorowanie czynników wyzwalających labilność pacjenta,
- pokazanie pacjentowi jego ambiwalencji wobec tych czynników,
- identyfikacja dychotomicznego myślenia pacjenta,
- identyfikacja nawykowych wzorców myślenia, działania i przeżywania emocji charakterystycznych dla pacjenta,
- nauka regulacji emocjonalnej w razie pojawienia się silnych emocji w terapii oraz
- identyfikacja schematów i praca nad ich zmianą.

Istotnym elementem terapii zaburzeń osobowości typu borderline jest doprowadzenie jej do końca i praca nad zapobieganiem nawrotom. Temat separacji i rozstania jest jednym z centralnych tematów terapii — celem jest tu zmiana znaczenia, jakie pacjent przypisuje separacji. Pierwotnie odbiera on rozstanie jako porzucenie, a po rekonstrukcji poznawczej — jako coś, co pozwoli zacząć nowy etap życia. Ta rekonstrukcja poznawcza znaczenia przypisywanemu rozstaniu wydaje się mieć kluczowe znaczenie dla obecnych i przyszłych związków pacjenta.

### Podsumowanie

Niniejszy artykuł prezentuje wybrane, poznawczo-behawioralne, modele psychoterapii pacjentów z osobowością typu borderline. Wydawać by się mogło, że pacjenci ci są niezbyt dobrymi kandydatami do terapii poznawczo-behawioralnej. Związane jest to z jednej strony z krótkim czasem jej trwania, a z drugiej — z niską świadomością pacjenta w zakresie przeżywanych stanów i bodźców wywołujących je, trudnościami w dostosowaniu się do zasad terapii, łatwością w wypadaniu z terapii, wysokim ryzykiem samobójstwa lub samouszkodzenia, ogólnym rozregulowaniem emocji i zachowania, oraz dużym nasileniem problemów występujących w funkcjonowaniu. Niezależnie od istniejących problemów podejście poznawczo-behawioralne wydaje się dostarczać wielu inspirujących wskazówek do zmiany w zakresie zniekształceń i deficytów poznawczych występujących w zaburzeniu osobowości typu borderline.

Przedstawione modele prezentują spójne konceptualizacje i wynikające z nich procedury terapeutyczne. Jak wspomniano wcześniej, wszystkie uwzględniają interakcyjność wielu czynników leżących u podstaw zaburzenia osobowości z pogranicza. Z analizy zaprezentowanych modeli wynika, iż w celu sformułowania adekwatnej konceptualizacji tego typu zaburzenia niezbędne jest określenie charakterystycznych dlań schematów poznawczych, zaangażowanych w nie procesów myślowych, oraz uwzględnienie czynników biologicznych i środowiskowych, które wystąpiły w trakcie rozwoju. Takie spojrzenie na mechanizm działania czynników ryzyka rozwoju zaburzenia osobowości typu borderline pozwala sformułować bardziej wnikliwe implikacje kliniczne, niż opisywane wcześniej proste modele behawioralne lub poznawcze.

W poznawczo-behawioralnym podejściu do terapii pacjentów z osobowością z pogranicza uwzględnia się w różnym stopniu zmiany behawioralne i poznawcze. Model M.M. Linehan adresowany jest do pacjentów prezentujących nasilone zaburzenia zachowania, modele zaś skoncentrowane na schemacie wydają się mieć lepsze zastosowanie w leczeniu pacjentów z mniej nasilonymi objawami w tej sferze. Paradygmat terapii poznawczo-behawioralnej oznacza konieczność pracy nad zmianą w obu tych sferach funkcjonowania:

zarówno myślenia, jak i zachowania. Z tego powodu prezentowane modele czynią swoim celem (1) zmiany wynikające bezpośrednio z uczenia umiejętności efektywnych sposobów regulacji emocjonalnej, uczenia rozwiązywania obecnych problemów życiowych i wspierania w wykorzystywaniu tych umiejętności w życiu, oraz (2) zmiany w procesach poznawczych na różnych ich poziomach, a zwłaszcza na najgłębszym z nich — na poziomie kluczowych schematów dotyczących własnej osoby, innych i świata.

Efektywna regulacja emocjonalna wydaje się podstawową umiejętnością, której nabywanie umożliwi pacjentom z osobowością typu borderline realne zmniejszenie przejawów dezadaptacyjnych zachowań wynikających z nieumiejętności radzenia sobie z trudnymi emocjami. Chodzi tu o zwiększenie odporności na frustrację i właściwe przeżywanie silnych stanów emocjonalnych (pozytywnych i negatywnych), umiejętność modyfikacji własnego pobudzenia fizjologicznego związanego z emocjami, umiejętność odwracania uwagi od silnych emocji pojawiających się w terażniejszości oraz umiejętność ukierunkowania na osiągnięcie założonych celów niezależnie od stanu emocjonalnego [16]. Przekłada się to bezpośrednio na poprawę umiejętności radzenia sobie w konfliktowych sytuacjach interpersonalnych oraz w obszarze własnych emocji, a to oznacza zmniejszenie się zachowań i nastawień agresywnych wobec innych i siebie.

Zgodnie z założeniem terapii poznawczo-behawioralnej, u podstaw reakcji emocjonalnych i zachowań leżą przekonania stanowiące elementy schematów poznawczych. Bez świadomości ich wpływu na swoje reakcje i umiejętności ich modyfikacji, pacjent jest narażony na ryzyko aktywowania tych samych dezadaptacyjnych wzorców zachowań interpersonalnych przez przyszłe trudne doświadczenia życiowe. Niezbędna jest zmiana wewnętrznych głębokich przekonań i procesów poznawczych (schematów) na takie, które pozwalają na bardziej adekwatne postrzeganie świata, ludzi i własnych zasobów, i umożliwiają adaptacyjne reagowanie. Zwykle jednak proces zmiany jest w znacznym stopniu utrudniony przez destrukcyjne wzorce bliskich relacji, jakie pacjent przynosi w relację terapeutyczną, oraz częste współwystępowanie innych zaburzeń, takich jak depresja czy uzależnienia, bez których wyleczenia terapia zaburzeń osobowości może okazać się nieskuteczna lub wręcz niemożliwa. Istnieje zatem wysokie ryzyko pojawienia się problemów w terapii poznawczo-behawioralnej tego typu pacjentów oraz wielu trudnych uczuć doświadczanych przez prowadzącego terapeutę.

Mamy nadzieję, iż przedstawione konceptualizacje i modele terapii pomogą w lepszym zrozumieniu i poradzeniu sobie z wyzwaniami, jakie stawia przed terapeutami leczenie pacjentów z osobowością typu borderline. Terapia poznawczo-behawioralna otwiera perspektywę wykorzystania spójnego paradygmatu terapeutycznego, bezpośrednio prowadzącego do uzyskania wielowymiarowej zmiany poznawczego, emocjonalnego i behawioralnego funkcjonowania pacjenta.

### Piśmiennictwo

1. Stern A. Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanal. Quart.* 1938; 7: 467–486.
2. Deutsch H. Some form of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *Psychoanal. Quart.* 1942; 11: 301–321.

3. Schmideberg M. The treatment of psychopaths and borderline patients. *Am. J. Psychother.* 1959; 1: 45–70.
4. Frosch J. Psychotic character versus borderline. *Int. J. Psycho.-Anal.* 1988; 69: 347–456.
5. Zilboorg G. Ambulatory schizizophrenia. *Psychiatry* 1941; 4: 149–155.
6. Federn P. Ego psychology and the psychoses. London: Imago; 1953.
7. Kernberg O.F. Borderline personality organization. *J. Amer. Psychoanal. Assoc.* 1967; 15: 641–685.
8. Kernberg O.F. The treatment of patients with borderline personality organization. *Int. j. Psychoanal.* 1968; 49: 600–619.
9. Masterson JF. The narcissistic and borderline disorders: integrated developmental approach (hardcover). New York: Brunner/Mazel; 1981.
10. Masterson JF, Rinsley DB. The borderline syndrome: the role of the mother in the genesis and psychotic structure of the borderline personalisty. *Int. J. Psychoanal.* 1975; 56: 163–177.
11. Goldstein EG. Zaburzenia osobowości z pogranicza. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne. Gdańsk: GWP; 2003.
12. Beck JS. Cognitive therapy: basic and beyond. New York : New York: Guilford Press; 1995.
13. Beck AT, Freeman A I in.: Cognitive therapy of personality disorders. New York: New York: Guilford Press; 1990.
14. Reinecke M: Borderline personality disorder. Wykład w Centrum CBT—Centrum Psychoterapii Poznawczo-Behawioralnej, Warszawa 2003.
15. Linehan MM, Kehrer C. Borderline personality disorder. W: Barlow D, red. *Clinical handbook of psychological disorders (2nded.)*. New York: New York: Guilford Press; 1993, s. 396–441.
16. Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York; New York: Guilford Press, 1993.
17. Verheul R, van den Bosch LMC, Koeter MWJ, de Ridder MAJ, Stijnen T, van den Brink W. Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder. *Brit. J. Psychiatry* 2003; 182: 135–140.
18. Lieb K, Zanarini M, Schmahl Ch, Linehan MM, Bahus M. Borderline personality disorder. *Lancet* 2004: 364–453.
19. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy for depression. New York: Guilford Press, New York; 1979.
20. Pretzer J. Cognitive-behavioral approaches to the treatment of personality disorders. W: Perris C, McGorry P, red. *Cognitive psychotherapy of psychotic and personality disorders: handbook of theory and practice*. Chichester, England: John Wiley&Sons, Ltd.; 1998, s. 269–291.
21. Linehan MM, Heard H, Armstrong HE. Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch. Gen. Psychiatry* 1993; 50: 971–974.
22. Turner RM: Borderline personality disorder. W: Freeman A, Dattilio FM, red.: *Comprehensive casebook of cognitive therapy*. New York: Plenum Pres; 1992.
23. Cierpiąłkowska L. Psychologia zaburzeń osobowości. Wybrane zagadnienia. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM; 2004.
24. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard H. Cognitive-behavioral treatment of chronically Parasuicidal borderline patients. *Arch. Gen. Psychiatry* 1991; 48: 1060–1064.
25. Young J. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach, 3rd ed., Sarasota, Florida: Professional Resource Press;. 1999.
26. Dowd ET: Psychoterapia poznawcza — stan obecny i kierunki rozwoju. *Psychoter.* 2000; 2 (113), 23–35.

27. Arntz A. Do personality disorder exist? On the validity of the concept and its cognitive-behavioral formulation and treatment. *Behav. Res. Ther.* 1999; 37: 97–134.
28. Reinecke M, Ehrenreich J. A cognitive-developmental formulation of BPD. W: Freeman A, Stone M, Martin D, red. *Comparative treatments of borderline personality disorder*. New York: Springer Publishing Company; 2005, 151–184.
29. Cichetti D. Development psychopathology: past, present, and future. W: Cichetti D, red. *Emergence of a discipline: Rochester symposium on developmental psychopathology*. Vol. 1, Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1989.
30. Garber J, Dodge K. *The development of emotional regulation and dysregulation*. Cambridge: Cambridge University Press; 1992.
31. Rutter M, Garmezy N. *Developmental psychopathology*. W: Herrington E, Mussen P, red. *Handbook of child psychology*. Vol. 4: Socialization, personality and social development. New York: Wiley; 1983.
32. Sroufe L. An organizational perspective on the self. W: Cichetti D, Beeghly M, red. *The self in transition: Infancy to childhood*. Chicago: University of Chicago Press; 1990.
33. Geiger T, Crick N. A developmental psychopathology perspective on vulnerability to personality disorders. W: Ingram R, Price J, red. *Vulnerability to psychopathology*. New York: Guilford Press; 2001, s. 57–102.
34. Ainsworth MSD. Attachment beyond infancy. *Am. Psychol.* 1989; 44: 709–716.
35. Bowlby J. Loss, sadness and depression. *Attachment and loss*, vol. 3. London: Hogarth Press; 1980.
36. Bowlby J. 1988: Developmental psychiatry comes of age. *Am. J. Orthopsychiatry* 1988; 145: 1–10.
37. Rutter M. Clinical implications of attachment concepts. Retrospect and prospect. *J. Child Psychol. Psychiatry* 1995; 36: 549–571.
38. Kuyken W. A developmental psychopathology approach. W: *Cognitive and behavioral practice*, vol 6. *Assoc. Advanc. Beh. Ther.* 1999; 6: 78–83.
39. Scrimali T. Podejście konstruktywistyczne i kompleksowe w psychoterapii poznawczej. *Psychoter.* 2000; 2 (113): 5–21.
40. Liotti G. The inner schema of borderline states and its correction during psychotherapy: A cognitive-evolutionary approach. *J. Cogn. Psychother.* 2002; 16 (3): 349–366.
41. Dozier M, Stovall K, Albus K. Attachment and psychopathology in adulthood. W: Cassidy J, Shaver P, red. *Handbook of attachment*. New York: Guilford Press; 1999, s. 497–519.
42. Reinecke M, Rogers G. Dysfunctional attitudes and attachment style among clinically depressed adults. *Behav. Cogn. Psychother.* 2001; 29: 129–141.
43. Herman J, Perry J, van der Kolk B. Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry* 1989; 146: 490–495.
44. Paris J. *Borderline personality disorder: A multidimensional approach*. Washington: American Psychiatric Press; 1994.
45. Zittel C, Westen D. Conceptual issues and research findings on borderline personality disorder: What every clinician should know. *Psychother. Pract.* 1998; 5: 20–34.
46. Zanarini M, Frankenberg F. Pathways to the development of borderline personality disorder. *J. Person. Dis.* 1997; 11: 93–104.
47. Gunderson J, Kerr J, Eklund D. The families of borderlines: A comparative study. *Arch. Gen. Psychiatry* 1980, 37: 27–33.
48. Links P. *Family environment and borderline personality disorder*. Washington: Psychiatric Press; 1990.

49. Reinecke M, Freeman A. Cognitive therapy. W: Gurman AS, red. Essential psychotherapies. The New York: Guilford Press; 2003.

Adres: Centrum CBT – Centrum Psychoterapii Poznawczej i Behawioralnej  
ul. Piękna 68, 00-672 Warszawa