

Klaudia Sójta, Anna Skowrońska, Dominik Strzelecki

PSYCHOTERAPIA POZNAWCZO-BEHAWIORALNA W LECZENIU ZABURZEŃ OSOBOWOŚCI CHWIEJNEJ EMOCJONALNIE TYPU BORDERLINE

COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY IN BORDERLINE PERSONALITY DISORDER (BPD) TREATMENT

Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychotycznych

**cognitive-behavioural therapy
borderline personality disorder
treatment**

Streszczenie

Zaburzenie osobowości typu borderline jest istotnym problemem zdrowia psychicznego o poważnym przebiegu, wiążącym się z licznymi szkodami w wielu aspektach funkcjonowania jednostki nim dotkniętej. Jego rozpowszechnienie w populacji generalnej szacowane jest w granicach od 1,6 do 5,9%, przy czym wśród pacjentów psychiatrycznych wzrasta nawet kilkukrotnie. Obraz kliniczny obejmuje zaburzony, niestabilny obraz siebie, własnych celów i preferencji, upośledzoną kontrolę impulsów, zaburzenia przetwarzania emocji, powtarzające się trudności w zakresie relacji międzyludzkich. Biorąc pod uwagę powyższą charakterystykę, wprowadzenie skutecznych interwencji terapeutycznych w leczeniu zaburzeń osobowości o typie chwiejnym emocjonalnie stanowi dla klinicystów poważne wyzwanie. Przez dekady powszechny wydawał się wśród nich pogląd, iż nie istnieją skuteczne metody oddziaływania, które mogą przynosić długofalową poprawę funkcjonowania pacjentów z diagnozą osobowości typu borderline. Badania prowadzone na przestrzeni trzech ostatnich dekad dostarczyły nowych koncepcji teoretycznych, stanowiąc podwaliny do konstruowania interwencji terapeutycznych o udowodnionej empirycznie skuteczności. Celem niniejszej pracy jest przedstawienie roli, jaką terapie nurtu poznawczo-behawioralnego odgrywają w leczeniu zaburzeń osobowości borderline. Przedstawiono w skrócony sposób trzy podejścia teoretyczne w rozumieniu osobowości z pogranicza oraz przytoczono badania nad skutecznością protokołów terapeutycznych opierających się o powyższe modele.

Summary

A borderline personality disorder is a serious, chronic mental health problem with a severe course, associated with multiple negative consequences. Its prevalence in the general population is estimated between 1,6 and 5,9%, and multiplies among psychiatric patients. This disorder is characterized by a disturbed, unstable image of oneself, one's goals and preferences, impaired impulse control, emotional dysregulation, repeated self-injury, chronic suicidal tendencies, and recurrent difficulties with interpersonal relationships. Given these characteristics, implementing effective therapeutic interventions is a challenge for clinicians. Until recently, there seemed to be a widespread view that

there was no effective therapy that could ensure long-term improvement of the psychological functioning of patients with this diagnosis. Research conducted over the past three decades has provided new theoretical concepts, laying the foundation for therapeutic interventions of empirically proven effectiveness. The aim of this paper is to present the role that cognitive-behavioral therapy plays in the treatment of borderline personality disorder. It briefly presents three conceptualizations of borderline personality and reviews the current literature on the effectiveness of therapeutic protocols based on these theoretical models.

Wstęp

Zaburzenie osobowości z pogranicza jest istotnym problemem zdrowia psychicznego, o przewlekłym, ciężkim przebiegu, wiążącym się ze szkodliwymi, wielowymiarowymi konsekwencjami na poziomie jednostkowym, systemowym, społecznym, gospodarczym i medycznym [1]. Jego rozpowszechnienie w populacji generalnej szacowane jest między 1,6 a 5,9% [2]. Natomiast częstotliwość występowania w grupie pacjentów psychiatrycznych wzrasta do 20% wśród leczonych ambulatoryjnie [3] i nawet do 40% hospitalizowanych stacjonarnie [4]. Rozpoznanie zaburzenia osobowości o typie chwiejnym emocjonalnie trzykrotnie częściej dotyczy płci żeńskiej [5]. U podstaw obowiązujących kryteriów diagnostycznych leży szeroko opisywana dysregulacja emocjonalna, przejawiająca się zwiększoną reaktywnością na bodźce nacechowane emocjonalnie, większą intensywnością reakcji oraz dłuższym czasem ich wygaszania [6]. Obraz kliniczny dopełniają zaburzenia w zakresie kontroli impulsów, niestabilność i niepewność obrazu ja, własnych celów i wewnętrznych preferencji i chroniczne uczucie pustki [7]. Omawiane trudności prowadzą do powtarzających się dysfunkcji w sferze interpersonalnej, a także istotnie podnoszą ryzyko zachowań autodestruktywnych, w tym gestów parasamobójczych oraz prób samobójczych [8].

Współwystępowanie zaburzeń osobowości z pogranicza z innymi jednostkami psychiatrycznymi, tj. zaburzeniami afektywnymi jedno- i dwubiegunowymi, zaburzeniami odżywiania, zaburzeniami lękowymi, w tym przede wszystkim zespołem stresu pourazowego, zespołami uzależnienia od substancji psychoaktywnych, zaburzeniami psychotycznymi czy też innymi zaburzeniami osobowości jest zjawiskiem powszechnym [9].

Jak wynika z powyższej charakterystyki wprowadzenie skutecznych interwencji terapeutycznych w leczeniu zaburzeń osobowości o typie chwiejnym emocjonalnie stanowi dla klinicystów poważne wyzwanie. Przez dekady wśród nich powszechny wydawał się pogląd, iż nie istnieją skuteczne metody oddziaływania, które mogą przynieść długofalową poprawę funkcjonowania pacjentów z diagnozą osobowości typu borderline [10]. Badania prowadzone na przestrzeni trzech ostatnich dekad dostarczyły jednak nowych koncepcji teoretycznych, stanowiąc podwaliny do konstruowania interwencji terapeutycznych o udowodnionej empirycznie skuteczności [11].

Zaburzenie osobowości z pogranicza — leczenie

Przeprowadzony przez Hancock-Johnson, Griffithsa i Picchioniego systematyczny przegląd doniesień dotyczących oddziaływań farmakologicznych w leczeniu zaburzeń

osobowości borderline wykazał utrzymującą się lukę w zakresie solidnie ugruntowanych naukowo dowodów skuteczności tychże metod [12]. Najnowsze badania z zakresu farmakoterapii w zaburzeniach osobowości chwiejnej emocjonalnie weryfikowały skuteczność leków przeciwpsychotycznych drugiej generacji, stabilizatorów nastroju, leków przeciwdepresyjnych oraz antagonistów receptorów opioidowych. Nie przyniosły one jednoznacznych wyników, mogących stanowić podstawę do formułowania wytycznych leczenia omawianego zaburzenia. Istnieje zatem konieczność poszerzenia zakresu dowodów zasadności farmakoterapii w oparciu o szeroko zakrojone, randomizowane badania kontrolowane, metodą podwójnie zaślepionej próby.

Za podstawową formę leczenia zaburzenia osobowości o typie chwiejnym emocjonalnie uznaje się psychoterapię [13]. Wytyczne National Institute for Clinical Excellence odnoszące się do interwencji psychologicznych zostały sformułowane w sposób ogólnikowy. Wskazują one na konieczność posługiwania się spójną koncepcją teoretyczną, prowadzenia oddziaływań terapeutycznych przez okres nie krótszy niż 3 miesiące oraz dostosowania częstotliwości sesji do indywidualnej charakterystyki pacjenta. Sugerują także preferowany wybór dialektycznej terapii behawioralnej w odniesieniu do kobiet z historią powtarzających się zachowań autodestruktywnych, w tym prób samobójczych [14].

Aktualnie wymienia się dwa nurty terapeutyczne: psychodynamiczny oraz poznawczo-behawioralny, które mają solidne podstawy teoretyczne oraz opracowane protokoły pracy, umożliwiające empiryczną weryfikację ich skuteczności [15]. Wskazuje się dwa modele psychodynamiczne spójne z rekomendacjami NICE w zakresie leczenia zaburzeń osobowości borderline. Jest to terapia oparta na mentalizacji [16] oraz terapia skoncentrowana na przeniesieniu [17].

W paradygmacie poznawczo-behawioralnym najlepszym ugruntowaniem w dowodach naukowych odznaczają się trzy konceptualizacje osobowości z pogranicza: koncepcja dialektyczno-behawioralna [18], model aktywnego stylu schematów Younga [19] oraz klasyczny protokół terapii poznawczej [20].

Terapia dialektyczno-behawioralna

Terapia dialektyczno-behawioralna jest podejściem terapeutycznym, rozwijanym przez Linehan od końca lat 80. XX w. Powstało ono w odpowiedzi na brak kompleksowej, ustrukturyzowanej i skutecznej strategii w leczeniu pacjentów z zaburzeniem osobowości typu borderline, należących do grupy o wysokim ryzyku samobójczym [21]. Rozumienie natury zaburzeń osobowości z pogranicza opiera się na modelu biospołecznym, który za podstawowy czynnik etiologiczny uznaje dysfunkcję systemu regulacji emocji. Przejawia się ona m.in. poprzez natychmiastową i wzmoczoną odpowiedź organizmu na stymulację emocjonalną oraz wydłużony czas wygaszania reakcji. Dysregulacja ta uznawana jest za wypadkową interakcji między biologicznymi tendencjami a niesprzyjającymi warunkami środowiskowymi, w jakich rozwija się jednostka. Charakter trudności doświadczanych przez pacjentów z zaburzeniami osobowości typu borderline jest zatem wtórny do omawianej dysfunkcji w zakresie przetwarzania emocji [22]. Linehan doświadczanie emocji uznaje za kompleksową odpowiedź organizmu na bodźce. Składa się ona z reakcji bio-

chemicznych, poznawczych, behawioralnych, fenomenologicznych oraz związanych z ekspresją ruchowo-mimiczną. Niemożność kontrolowania lub modulowania któregoś z obszarów powoduje rozregulowanie systemu przetwarzania emocjonalnego [21]. Zachowania autoagresywne, w tym próby samobójcze, są więc formą nieskutecznej próby regulacji emocji [23]. Jej konsekwencją jest także niezdolność do utrzymywania stabilnych relacji interpersonalnych, skłonność do zachowań impulsywnych, w tym agresywnych i obecność zniekształceń poznawczych (m.in. myślenia dychotomicznego) [22]. Drugi czynnik związany z patogenezą zaburzeń osobowości borderline dotyczy unieważniającego środowiska. Charakteryzuje je tendencja doignorowania, trywializowania ekspresji myśli i emocji jednostki, nieuznawania i niereagowania na jej podstawowe potrzeby emocjonalne. Wraz z upływem czasu, osoby wzrastające w deprecjonującym środowisku, tracą zaufanie do siebie, przyjmują postawę samopodważającą, przejawiają trudności w rozpoznawaniu własnych stanów emocjonalnych, czego konsekwencją jest u nich brak odpowiednich umiejętności regulacji emocji [24].

Uwzględniając powyższe czynniki etiologiczne w leczeniu osób cierpiących na zaburzenie osobowości z pogranicza od terapeuty oczekuje się przyjęcia postawy dialektycznej, której konsekwencją jest systemowe, holistyczne ujęcie doświadczanych przez pacjentów trudności. Dialektyczny proces terapeutyczny mieści w sobie pozornie niekompatybilne stanowiska, takie jak akceptacja i zmiana, a następnie dąży do ich bilansowania i syntezy [25].

Podstawowy protokół terapii dialektyczno-behawioralnej, który najczęściej poddawany był badaniom weryfikującym skuteczność interwencji, składa się z czterech nieodłącznych elementów:

- psychoterapii indywidualnej obejmującej cotygodniowe, 60-minutowe sesje, podczas których omawiane są bieżące trudności, usystematyzowane pod kątem pierwszeństwa w ich eliminacji: 1) zachowania autodestruktywne i tendencje samobójcze, 2) zachowania zagrażające terapii, 3) zachowania kolidujące z jakością życia,
- grupowego treningu umiejętności, obejmującego cotygodniowe 2,5-godzinne spotkania,
- doraźnych konsultacji telefonicznych dostosowanych do indywidualnych potrzeb pacjentów oraz możliwości terapeutów, w celach wdrażania nowo nabytych umiejętności zaradczych,
- konsultacji zespołowych dla terapeutów w postaci cotygodniowych superwizji.

Powyższe standardy mają zapewnić warunki do realizacji pięciu podstawowych obszarów kompleksowego leczenia, tj.:

- Poprawy zdolności zaradczych poprzez trening umiejętności regulowania emocji, zwiększania zakresu tolerancji niepokoju emocjonalnego, kiedy zmiana jest możliwa lub mało prawdopodobna, uposażenia w techniki radzenia sobie z kryzysem w celu zastępowania zachowań autodestrukcyjnych, poszerzania umiejętności interpersonalnych, w tym nauki strategii rozwiązywania konfliktów, a także nauki technik uważnościowych, wspomagających ugruntowanie w rzeczywistości.

- Zwiększania motywacji do zmian dezadaptacyjnych wzorców poprzez zastosowanie intensywnej analizy behawioralnej, technik ekspozycyjnych oraz procedur modyfikacji poznawczej.
- Dostarczania nowych możliwości poradzenia sobie z problemem, tj. konsultacji telefonicznej.
- Strukturyzacji środowiska terapeutycznego w celu wzmacniania adaptacyjnych wzorców zachowań.
- Doskonalenia kompetencji oraz utrzymywania motywacji terapeutów poprzez stałą, regularną superwizję grupową [18].

Pierwsze kontrolowane randomizowane badania dotyczące skuteczności terapii dialektyczno-behawioralnej wykazały jej przewagę nad standardowymi metodami leczenia (TAU: treatment-as-usual) zaburzenia osobowości z pogranicza, co odzwierciedlał istotny spadek zachowań autodestruktywnych, w tym samobójczych, skrócenie czasu hospitalizacji oraz zmniejszenie liczby pacjentów rezygnujących z procesu terapeutycznego [26]. Wyniki przemawiające za wyższą skutecznością dialektycznej terapii behawioralnej w porównaniu z TAU znalazły potwierdzenie w badaniach prowadzonych przez niezależne zespoły badawcze, na różnych populacjach pacjentów [27–29]. Warto zauważyć, że istnieją również dowody sugerujące, iż omawiany efekt jest specyficzny dla oddziaływań dialektyczno-behawioralnych w porównaniu z innymi, aktywnymi formami psychoterapii, prowadzonymi przez wyszkolonych specjalistów (tj. podejście skoncentrowane na kliencie czy terapię środowiskową prowadzoną przez profesjonalistów) [18, 30, 31].

Terapia schematu

Terapia schematu jest eklektycznym podejściem terapeutycznym wywodzącym się z nurtu poznawczo-behawioralnego, łączącym w sobie elementy teorii przywiązania, relacji z obiektem, Gestalt i konstruktywizmu. Została stworzona w odpowiedzi na niepowodzenia w leczeniu pacjentów cierpiących na głębokie zaburzenia osobowości przy użyciu standardowych technik terapii poznawczo-behawioralnej [32].

Etiologia pogranicznego zaburzenia osobowości upatrywana jest w trzech rodzajach czynników. Po pierwsze, związana jest z wrodzonymi predyspozycjami temperamentalnymi, tj. labilnością oraz reaktywnością emocjonalną. Drugim czynnikiem jest środowisko, w którym dziecko wzrasta. Autorzy wskazują na cztery specyficzne cechy środowiska rodzinnego powiązane z genezą osobowości chwiejnej emocjonalnie: 1) brak poczucia bezpieczeństwa i stabilności, 2) deprivacja potrzeb emocjonalnych, 3) nadmierny krytycyzm i odrzucenie, 4) wymagania bezwzględного podporządkowania. Ostatnim z omawianych czynników jest rozdźwięk pomiędzy potrzebami dziecka wynikającymi z czynników temperamentalnych a stylem wychowania i postawą rodzicielską opiekunów.

Young postrzega zaburzenie osobowości typu borderline jako wpisane w kontinuum z osobowością mnogą. Ze swoich obserwacji klinicznych wyciągnął wnioski sugerujące, że u pacjentów o pogranicznej strukturze osobowości pojawiają się zazwyczaj wszystkie obszary nieadaptacyjnych schematów. W pierwotnych założeniach nie udało się wyjaśnić

zmienności stanów afektywnych charakterystycznej dla omawianego zaburzenia. Skłoniło go to do wzbogacenia koncepcji teoretycznej o konstrukt trybów schematów. Aktualnie praca z trybami schematów jest postrzegana jako kwintesencja leczenia głębokich zaburzeń osobowości.

Young wyróżnia pięć głównych trybów schematów charakterystycznych dla pacjentów z zaburzeniem osobowości borderline:

- tryb opuszczonego i skrzywdzonego dziecka, związany z przeżywaniem cierpienia, bólu emocjonalnego, krzywdy,
- tryb złościącego się i impulsywnego dziecka, dominujący w sytuacjach doświadczenia deprywacji potrzeb. Charakterystycznym dla trybu stanem emocjonalnym jest gniew,
- tryb odłączonego obrońcy, uznawany za typowy dla funkcjonowania pacjentów. Połączony jest z przeżywaniem emocjonalnego odrętwienia i pustki. Ściśle związany z takimi strategiami, jak: wycofanie społeczne, nadmierna niezależność, stosowanie substancji psychoaktywnych w celu ukojenia, fantazjowanie, zachowania kompulsywne (np. napadowe objadanie się) czy poszukiwanie stymulacji,
- tryb karzącego rodzica, związany z internalizacją postaw dewaluujących, podważających, nadmiernie krytycznych i karzących. Prowadzi do powielania doświadczenia nadużycia, jakie pacjent zadaje samemu sobie. Przejawia się m.in. w autokrytyce i zachowaniach destruktywnych, w tym tendencjach samobójczych,
- tryb zdrowego dorosłego, najsłabiej rozwinięty aspekt funkcjonowania pacjentów. Powinien spełniać trojaką rolę: chronić i afirmować skrzywdzone dziecko, ustalać realistyczne granice wobec rozszluszczonego i impulsywnego dziecka oraz moderować dysfunkcyjne tryby rodzicielskie.

Jako główny cel leczenia zaburzeń osobowości o typie chwiejnym emocjonalnie terapia schematów wyznacza zinternalizowanie przez pacjentów trybu zdrowego dorosłego. Uznaje się, że proces terapeutyczny, aby stworzyć wystarczające warunki do efektywnego modelowania adaptacyjnych postaw, powinien trwać co najmniej dwa lata.

Istnieją cztery kategorie interwencji terapeutycznych dostosowanych do założeń modelu aktywnego stylu schematów: 1) ograniczone powtórne rodzicielstwo, 2) strategie doświadczeniowe (głównie praca z wyobrażeniami i krzesłami), 3) techniki poznawcze i psychoedukacja, 4) behawioralne przełamywanie wzorców [33].

Protokół terapii schematów w leczeniu zaburzeń osobowości typu borderline składa się z trzech etapów, które stanowią odzwierciedlenie wczesnego rozwoju psychicznego dziecka, tj. tworzenie więzi i regulacji emocjonalnej, zmiana trybów schematu, rozwój autonomii. Na każdym z tych etapów stosuje się, w różnej konfiguracji, wszystkie cztery strategie zmiany, które mają kluczowe znaczenie dla sukcesu terapeutycznego [34].

Pierwsze doniesienia weryfikujące skuteczność leczenia zaburzeń osobowości z pogranicza w oparciu o protokół terapii schematów pojawiły się w 2005 roku. Dotyczyły systematycznej analizy efektywności leczenia zastosowanego wobec sześciu pacjentów z diagnozą osobowości borderline przez 36 miesięcy oraz ponownej oceny po roku od zakończenia procesu terapeutycznego. Wyniki wskazywały na obniżenie objawów de-

presyjnych i poprawę funkcjonowania psychospołecznego u wszystkich osób biorących udział w badaniu, zarówno w trakcie terapii, jak i podczas badania ewaluacyjnego [35]. Powyższe obserwacje zostały potwierdzone w innych randomizowanych badaniach przeprowadzonych przez zespoły niezależnych badaczy, na różnych próbach pacjentów [19, 36]. Giesen-Bloo i in. dokonali porównań skuteczności interwencji terapii schematów oraz terapii skoncentrowanej na przeniesieniu, i dowiedli, że obie metody leczenia przynoszą istotną redukcję specyficznych dla osobowości typu borderline objawów psychopatologicznych, jak również podnoszą jakość życia pacjentów. Terapia schematów okazała się jednak bardziej efektywna w odniesieniu do wszystkich zastosowanych miar [19]. Farrell, Shaw i Webber rozszerzyli oddziaływania terapeutyczne o 8-miesięczną grupową terapię schematu, obejmującą 30 sesji, a następnie porównali jej skuteczność z podstawowym protokołem leczenia, uzyskując istotną redukcję w zakresie doświadczanych objawów. Na końcowym etapie terapii 94% pacjentów korzystających z rozszerzonego schematu leczenia nie spełniało kryteriów rozpoznania osobowości chwiejnej emocjonalnie o typie borderline [36].

Terapia poznawczo-behawioralna

Terapia poznawczo-behawioralna jest podejściem psychoterapeutycznym odznaczającym się jasnymi i precyzyjnymi protokołami leczenia oraz mającym największą bazę dowodów empirycznych potwierdzających zasadność jej zastosowania wobec szerokiego zakresu zaburzeń psychicznych [37]. Konceptualizacje zaburzeń osobowości zaczęły pojawiać się dwie dekady później niż te stworzone dla zaburzeń afektywnych czy nerwicowych. Zakładały one, że kluczowe schematy poznawcze pacjentów z zaburzeniami osobowości są nadmiernie zgeneralizowane, nieelastyczne, bezwzględne i odporne na zmiany. Beck i in., bazując na modelach teoretycznych, stworzyli listę dysfunkcyjnych przekonań charakterystycznych dla poszczególnych zaburzeń osobowości. Lista ta nie obejmowała zaburzeń osobowości o typie chwiejnym emocjonalnie. Autorzy zasugerowali, iż przekonania pacjentów zdiagnozowanych pod kątem omawianego zaburzenia wykraczają poza standardową kategoryzację [38]. W późniejszych latach model poznawczy poszerzany był o nowe założenia dotyczące charakterystycznych dla pogranicznej struktury osobowości schematów poznawczych. Arntz [39] wysunął hipotezę, że te podstawowe przekonania pacjentów z zaburzeniem osobowości typu borderline mają swoją etiologię w traumatyzujących doświadczeniach z okresu dzieciństwa, w szczególności nadużyciach emocjonalnych, fizycznych, seksualnych oraz zaniedbaniu. Powodują one stagnację poznawczo-emocjonalną, która warunkuje najważniejsze założenia i cechy poznawcze pacjentów. Z tego względu istotne znaczenie w procesie terapeutycznym przypisywał strategiom doświadczeniowym [39]. W dalszych pracach Arntz, Dietzel i Dreesen [40] zaproponowali listę 20 założeń charakterystycznych dla osób cierpiących na zaburzenia osobowości z pogranicza, które dotyczyły takich obszarów, jak poczucie samotności, zależność, podatność na zranienie, niemożność zasłużenia na miłość, poczucie pustki, brak wewnętrznego poczucia kontroli, nieufność. Założenia Arntz i in. pozostają spójne z późniejszymi wnioskami Butlera, Browna, Becka i Grisham [41].

Arntz opisał protokół leczenia zaburzeń osobowości borderline, który składał się z pięciu etapów pracy: 1) budowania strategii współpracy, 2) uzyskiwania kontroli nad objawami, 3) korekcji błędów poznawczych, 4) pracy nad przetwarzaniem emocjonalnym negatywnych wczesnodziecięcych doświadczeń, 5) utrzymywania postępów [39].

Pierwszym randomizowanym badaniem kontrolowanym przeprowadzonym do oceny skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu zaburzeń osobowości borderline był projekt BOSCOT (The Borderline PD Study of Cognitive Therapy). Porównywał on efektywność leczenia TAU z TAU wzbogaconym o 30 indywidualnych sesji terapeutycznych prowadzonych w oparciu o klasyczny protokół terapii poznawczo-behawioralnej. Pacjenci z grupy objętej terapią poznawczo-behawioralną zgłaszali mniej prób samobójczych, mniej lęku oraz ujawniali mniej dysfunkcyjnych treści poznawczych. Badania nie wykazały istotnych różnic między grupami w zakresie liczby dni hospitalizacji, częstości samookaleceń czy poziomie funkcjonowania interpersonalnego [42]. Kolejne badanie porównawcze przeprowadzone na grupie pacjentów z diagnozą osobowości borderline wykazało, że terapia poznawczo-behawioralna prowadzi do szybszej poprawy w zakresie redukcji relacjonowanego poczucia beznadziei, obniżenia poziomu impulsywności oraz lepszej oceny relacji terapeutycznej w porównaniu z terapią skoncentrowaną na kliencie [43].

Podsumowanie

Zważając na rozpowszechnienie zaburzeń osobowości typu borderline, charakter ich przebiegu oraz wieloaspektowe, negatywne konsekwencje, poszukiwanie efektywnych interwencji terapeutycznych o szerokiej dostępności wydaje się nieodzowne. Kolejne meta-analizy potwierdzają korzystny wpływ psychoterapii na ciężkość oraz przebieg zaburzenia, wskazując jednocześnie na najwyższą efektywność dwóch nurtów terapeutycznych, tj. psychoterapii opartej na mentalizacji oraz terapii dialektyczno-behawioralnej [44]. W chwili obecnej ta ostatnia dysponuje największą bazą empirycznie ugruntowanej skuteczności. Obiecujące wydają się także wyniki dotyczące efektywności leczenia w oparciu o terapię schematu, jednak z uwagi na niespełna 15-letni okres praktyki we wdrażaniu tej formy leczenia zaburzeń osobowości borderline, nadal brakuje solidnych, jednoznacznych badań dowodzących jej skuteczności. Sformułowane w nurcie poznawczo-behawioralnym modele rozumienia genezy pogranicznej struktury osobowości oraz opracowane dla nich transparentne protokoły interwencji terapeutycznych, stwarzają możliwość poddawania ich empirycznej weryfikacji. Aktualnie prowadzone są wielośrodkowe, randomizowane badania kontrolowane porównujące skuteczność terapii poznawczo-behawioralnych z TAU w leczeniu pacjentów z zaburzeniami osobowości borderline [45,46]. Kolejnym krokiem prowadzącym do lepszego zrozumienia mechanizmów leżących u podstaw poprawy stanu zdrowia pacjentów cierpiących na zaburzenia osobowości borderline jest identyfikacja poszczególnych czynników leczących. Dokonując analizy charakterystyk procesów psychoterapeutycznych prowadzonych w nurcie poznawczo-behawioralnym, uważa się, że do najistotniejszych elementów determinujących skuteczność podejmowanych oddziaływań zaliczają się: 1) przejrzystość stosowanych modeli teoretycznych, 2) solidna relacja

terapeutyczna, mająca podstawę w jednoczesnej akceptacji pacjenta i empatycznej konfrontacji motywującej do zmian, 3) szeroki wachlarz technik oferowanych pacjentowi w celu usprawnienia procesów regulacji emocji i kontroli impulsów, 4) możliwość kontaktu z terapeutą w sytuacjach kryzysowych [19].

Piśmiennictwo

1. van Asselt AD, Dirksen CD, Arntz A, Severens JL. The cost of borderline personality disorder: societal cost of illness in BPD-patients. *Eur. Psychiatry* 2007; 22(6): 354–361.
2. Chapman J, Jamil RT, Fleisher C. Borderline Personality Disorder. [Updated 2022 Oct 25]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430883/>
3. Korzekwa MI, Dell PF, Links PS, Thabane L, Webb SP. Estimating the prevalence of borderline personality disorder in psychiatric outpatients using a two-phase procedure. *Compr. Psychiatry* 2008; 49(4): 380–386.
4. Marinangeli MG, Butti G, Scinto A, Di Cicco L, Petruzzi C, Daneluzzo E i wsp. Patterns of comorbidity among DSM-III-R personality disorders. *Psychopathol.* 2000; 33(2): 69–74.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Washington, DC: 2013.
6. Putnam KM, Silk KR. Emotion dysregulation and the development of borderline personality disorder. *Dev Psychopathol.* 2005; 17(4): 899–925.
7. Gunderson JG, Lyons-Ruth K. BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: a gene-environment-developmental model. *J. Pers. Disord.* 2008; 22(1): 22–41.
8. Brodsky BS, Groves SA, Oquendo MA, Mann JJ, Stanley B. Interpersonal precipitants and suicide attempts in borderline personality disorder. *Suicide Life Threat. Behav.* 2006; 36(3): 313–322.
9. Skodol AE, Gunderson JG, Shea MT, McGlashan TH, Morey LC, Sanislow CA i wsp. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): overview and implications. *J. Pers. Disord.* 2005; 19(5): 487–504.
10. Skodol AE, Buckley P, Charles E. Is there a characteristic pattern to the treatment history of clinic outpatients with borderline personality? *J. Nerv. Ment. Dis.* 1983; 171(7): 405–410.
11. Storebø OJ, Stoffers-Winterling JM, Völlm BA et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020; 5(5): CD012955.
12. Hancock-Johnson E, Griffiths C, Picchioni M. A focused systematic review of pharmacological treatment for borderline personality disorder. *CNS Drugs.* 2017; 31(5): 345–356.
13. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2001.
14. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Borderline personality disorder: treatment and management. NICE clinical guideline. London: Gaskell and the British Psychological Society; 2009.
15. Zanarini MC. Psychotherapy of borderline personality disorder. *Acta Psychiatr. Scand.* 2009; 120(5): 373–7.
16. Fonagy P, Luyten P, Bateman A. Translation: mentalizing as treatment target in borderline personality disorder. *Personal. Disord.* 2015; 6(4): 380–392.

17. Diamond D, Yeomans FE, Stern B, Levy KN, Hörz S, Doering S. i wsp. Transference focused psychotherapy for patients with comorbid narcissistic and borderline personality disorder. *Psychoanal. Inquiry* 2013; 33(6): 527–551.
18. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL i wsp. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* 2006; 63(7): 757–766.
19. Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, Dirksen C, van Asselt T i wsp. Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch. Gen. Psychiatry* 2006; 63(6): 649–658.
20. Davidson KM, Tyrer P, Norrie J, Palmer SJ, Tyrer H. Cognitive therapy v. usual treatment for borderline personality disorder: prospective 6-year follow-up. *Br. J. Psychiatry* 2010; 197(6): 456–462.
21. Linehan MM. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Theory and method. *Bull. Menninger Clin.* 1987; 51(3): 261–276.
22. Shearin EN, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: theoretical and empirical foundations. *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.* 1994; 379: 61–68.
23. Linehan MM, Shearin EN. Lethal stress: a social-behavioral model of suicidal behavior. W: Fisher S, Reason J, red. *Handbook of life stress, cognition and health*. Chichester, UK: John Wiley&Sons; 1988.
24. Wagner A, Linehan M. Biosocial perspective on the relationship of childhood sexual abuse, suicidal behavior, and borderline personality disorder. W: Zanarini M, red. *The role of sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1997, s.203–223.
25. Salsman N, Linehan M. Dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder. *Primary Psychiatry* 2006; 13(5): 51–58.
26. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch. Gen. Psychiatry* 1991; 48(12): 1060–1064.
27. Linehan MM, Tutek DA, Heard HL, Armstrong HE. Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *Am. J. Psychiatry* 1994; 151(12): 1771–1776.
28. Koons CR, Robins CJ, Tweed JL i wsp. Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behav. Ther.* 2001; 32(2): 371–390.
29. Verheul R, van Den Bosch LM, Koeter MW, de Ridder MA, Stijnen T, van Den Brink W. Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *Br. J. Psychiatry* 2003; 182: 135–140.
30. Turner RM. Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cogn. Behav. Pract.* 2000; 7(4): 413–419.
31. Neacsiu AD, Lungu A, Harned MS, Rizvi SL, Linehan MM. Impact of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts on emotional experience, expression, and acceptance in borderline personality disorder. *Behav. Res. Ther.* 2014;(53): 47–54.
32. Young JE, Klosko JS. *Reinventing your life: How to break free from negative life patterns*. Dutton; 1993.
33. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press; 2003.
34. Kellogg SH, Young JE. Schema therapy for borderline personality disorder. *J. Clin. Psychol.* 2006; 62(4): 445–458.

35. Nordahl HM, Nysaeter TE. Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry* 2005; 36(3): 254–264.
36. Farrell JM, Shaw IA, Webber MA. A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry* 2009; 40(2): 317–328.
37. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clin. Psychol. Rev.* 2006; 26(1): 17–31.
38. Beck AT, Freeman A i wsp. *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press; 1990.
39. Arntz A. Treatment of borderline personality disorder: a challenge for cognitive-behavioural therapy. *Behav. Res. Ther.* 1994; 32(4): 419–430.
40. Arntz A, Dietzel R, Dreessen L. Assumptions in borderline personality disorder: specificity, stability and relationship with etiological factors. *Behav. Res. Ther.* 1999; 37(6): 545–557.
41. Butler AC, Brown GK, Beck AT, Grisham JR. Assessment of dysfunctional beliefs in borderline personality disorder. *Behav. Res. Ther.* 2002; 40(10): 1231–1240.
42. Davidson K, Norrie J, Tyrer P, Gumley A, Tata P, Murray H i wsp. The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial. *J. Pers. Disord.* 2006; 20(5): 450–465.
43. Cottraux J, Note ID, Boutitie F, Milliery M, Genouihlac V, Yao SN i wsp. Cognitive therapy versus Rogerian supportive therapy in borderline personality disorder. Two-year follow-up of a controlled pilot study. *Psychother. Psychosom.* 2009; 78(5): 307–316.
44. Storebø OJ, Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, Kongerslev MT, Mattivi JT, Jørgensen MS i wsp. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020; 5(5): CD012955.
45. Wetzelaer P, Farrell J, Evers SM, Jacob GA, Lee CW, Brand O i wsp. Design of an international multicentre RCT on group schema therapy for borderline personality disorder. *BMC Psychiatry* 2014; 14: 319.
46. Fassbinder E, Assmann N, Schaich A, Heinecke K, Wagner T, Sipos V i wsp. PRO*BPD: effectiveness of outpatient treatment programs for borderline personality disorder: a comparison of Schema therapy and dialectical behavior therapy: study protocol for a randomized trial. *BMC Psychiatry* 2018; 18(1): 341.

Adres: dominik.strzelecki@umed.lodz.pl



Fundacja Rozwoju Terapii Rodzin Na Szlaku zaprasza do udziału w dorocznej konferencji pt.

***„Kiedy nie wiem, co powiedzieć...
Miejsce niewiedzenia
w warsztacie psychoterapeuty”.***

Konferencja będzie 11 marca 2023 r., w spotkaniu bezpośrednim w Krakowie. Przewidziana jest także możliwość dostępu online.

Jak zachować się, kiedy w dialogu docieram do miejsca, w którym nie wiem, co powiedzieć? Co zrobić? Co myśleć? Co począć? (Czy z niewiedzeniem można coś począć?) A może unikać? (Czy warto unikać?) Czy niewiedzenie jest naszym wrogiem, sygnałem niekompetencji, kulą u nogi? Czy może być sprzymierzeńcem, lojalnym partnerem, mądrym doradcą?

Odwołując się do doświadczeń w pracy z parami i rodzinami oraz badań fenomenologicznych, będziemy szukać odpowiedzi na te pytania, a także nowych pytań. Pytań, które pomogą nam pomagać pomimo, a może nawet dzięki niewiedzeniu. Zainspirowani słowami prof. Małgorzaty Opoczyńskiej „Dialog zaczyna się, gdy nie wiem, co powiedzieć” (Opoczyńska, 2007), zapraszamy do dialogu o tym, jak czerpać z doświadczenia niewiedzenia i jak uprawiać „Psychoterapię między wiedzeniem i niewiedzeniem” (Drath, de Barbaro, 2022).

Prelegentami będą:

Wojciech Drath, Anna Tanalska-Dulęba, Bartłomiej Taurogiński.

Konferencję podsumuje **prof. Bogdan de Barbaro.**

Najniższa cena obowiązuje do końca roku.

Więcej informacji i zgłoszenia: www.naszlaku.org/niewiem/

Zapraszamy!