

**┌ KATARZYNA WŁOCH-HYLA ─┐**

Psychoterapeutka. Absolwentka całonocnego szkolenia w zakresie psychoterapii, obecnie kształci się w szkoleniu zaawansowanym w obszarze psychoanalizy jungowskiej. Ma bogate doświadczenie w interwencji kryzysowej, prowadzeniu grup, psychoterapii dzieci i osób dorosłych w szerokim kontekście trudności i zaburzeń.

*Im większe w człowieku wewnętrzne rozbiecie, poczucie własnej słabości, niepewności i lęku, tym większa tęsknota za czymś, co go z powrotem scali, da pewność i wiarę w siebie.*

**Antoni Kępiński**

# Borderline. Cz. II

---

Diagnoza pod kątem zaburzeń osobowości wzbudza niepokój i jest kontrowersyjna dla wielu pacjentów. Patrzenie na człowieka wyłącznie przez pryzmat zaburzonej (chorej) osobowości jest szkodliwe, podobnie jak rozpatrywanie zaburzenia tylko w zakresie kryteriów diagnostycznych. Chorego często dotyka stygmatyzacja, a samemu zaburzeniu osobowości towarzyszy szereg mitów, z którymi należałoby się rozprawić.

**C**złowiek jest istotą złożoną, skomplikowaną i jednoznaczną, a kryteria zaburzeń osobowości określają zaledwie zbiór objawów, nie biorąc pod uwagę całej ludzkiej złożoności psychicznej. Pacjenci proszą bardzo często o określenie i definicję zaburzenia i bywa to konieczne, chociażby w celach podjęcia leczenia w obszarze Funduszu Zdrowia. Jednak z drugiej strony, stwierdzenie „ma pan zaburzenia osobowości...” sprawia, że osoba może doświadczać stygmatyzacji, z którą będzie musiała funkcjonować. Nabiera to szczególnego znaczenia w przypadku osób z borderline. One czują się wystarczająco bezwartościowe, kiepskie, nieudolne, a diagnoza jedynie to potwierdza i ukonkretnia. Wśród niektórych specjalistów zaburzenie osobowości z pogranicza używane jest do etykietowania tak zwanych trudnych pacjentów, co jeszcze sytuację pogarsza. Zdarza się to, gdy mimo leczenia stan pacjenta się nie polepsza lub gdy pacjent nazbyt często i gwałtownie wyraża złość wobec lekarza. Warto pamiętać, że osoby z pogranicznym zaburzeniem osobowości stanowią bardzo niejednorodną grupę, w której będą ludzie wybuchowi i gwałtowni, bezpośrednio okazujący wrogość czy złość i tacy, którzy są cisi, wycofani

i zahamowywani. Właśnie dlatego diagnoza musi opierać się o wywiad i obserwacje i być prowadzona przez specjalistę z dużym doświadczeniem, otwartością i życzliwością dla pacjentów niezależnie od nasilenia objawów. Kolejnym kłopotem jest nadmierna chęć do dokonywania oceny człowieka, a nie jego zachowania. Osoby z zaburzeniem osobowości mogą zachowywać się w sposób raniący innych ludzi, co jest nieakceptowalne dla otoczenia. Mogą wywierać nacisk, zachowywać się autoagresywnie, agresywnie, co niejednokrotnie może sprawiać wrażenie manipulacji, ale nie zawsze musi nią być, czasami są to jedyne dostępne sposoby radzenia sobie z chorobą.

### Symptomy zaburzenia osobowości borderline

U osób z borderline występują charakterystyczne zaburzenia tożsamości, które objawiają się bardzo kruchym i niestabilnym obrazem siebie oscylującym od wysokiego po bardzo zaniżone poczucie własnej wartości. Niespodziewane i nagłe zamiany w wyobrażeniach dotyczących samych siebie ukazują się w postaci zmian w realizowanych celach życiowych,

► **Tab. 1.** Objawy pozwalające postawić trafną diagnozę

ICD-10 Osobowość chwiejna emocjonalnie: typu borderline	DSM-IV TR Zaburzenie osobowości borderline
<b>Typ borderline</b>	1. Podejmowanie nieustannych wysiłków na rzecz uniknięcia prawdziwego lub wyobrazonego opuszczenia (nie należy włączać prób samobójczych i samouszkodzeń – Kryterium 5)
1. Niejasny lub zaburzony obraz samego siebie, własnych celów i wewnętrznych preferencji (w tym również seksualnych)	2. Niestabilne i intensywne wzorce relacji interpersonalnych charakteryzujące się oscylowaniem od skrajnej idealizacji do skrajnej dewaluacji
2. Skłonność do angażowania się w intensywne i niestabilne związki, często prowadzące do kryzysów emocjonalnych	3. Zaburzenia tożsamości: znaczący i trwały brak stabilności obrazu i poczucia „ja”
3. Usilne próby uniknięcia doświadczenia porzucenia	4. Impulsywność przejawiająca się przynajmniej w dwóch potencjalnie autodestrukcyjnych obszarach: wydawanie pieniędzy, seks, nadużywanie substancji psychoaktywnych, kradzieże w sklepach, obżarstwo (nie należy włączać zachowań wskazanych w Kryterium 5)
4. Powtarzające się groźby podjęcia zachowań samobójczych lub działań samouszkodzających (często bez wyraźnych czynników wyzwalających)	5. Zachowania autodestruktywne: groźenie samobójstwem lub okaleczeniem się, próby samobójcze, samookaleczenia
5. Stałe poczucie pustki wewnętrznej	6. Niestabilność emocjonalna z powodu reaktywności emocjonalnej (np. epizody dysforii, tendencje do irytacji i lęku trwające kilka godzin, ale nie więcej niż kilka dni)
<b>Typ impulsywny</b>	7. Utrzymujące się poczucie pustki
1. Wyraźna skłonność do kłóliwego zachowania i do konfliktów z innymi, w szczególności gdy impulsywne działania są udaremniane lub krytykowane	8. Nieadekwatna do sytuacji, silna złość lub wyraźne trudności z jej opanowaniem (np. częste okazywanie rozdrażnienia, stałe uczucie złości, powtarzające się fizyczne bójkę)
2. Wyraźna skłonność do działań impulsywnych bez uwzględnienia ich konsekwencji	9. Przemijające objawy paranoidalne lub poważne objawy dysocjacyjne związane ze stresem
3. Łatwość wybuchania gniewem lub przemocą, z niezdolnością do panowania nad gwałtownymi zachowaniami	
4. Trudności powstrzymania się od działań, które wiążą się z natychmiastową nagrodą	
5. Nastroj niestabilny, kapryśny	
Muszą wystąpić przynajmniej trzy objawy z typu impulsywnego i trzy z typu borderline	Musi wystąpić przynajmniej pięć z powyższych objawów

Dla borderline charakterystyczna jest impulsywność, która jest wyrażana na dwa sposoby. Po pierwsze, osoba ujawnia całe spektrum zachowań ryzykownych i samodestrukcyjnych; po drugie, podejmuje próby samobójcze i działania samouszkodzające.

planach, systemie wartości, aspiracjach zawodowych i rodzinnych, a także zwykłych ocenach dotyczących sytuacji życiowych. Zamiany mogą obejmować również preferencje seksualne, a bywa, że również orientację. Osoba, które deklaruje się jako heteroseksualna może stwierdzić, że jest biseksualna lub homoseksualna. Relacje z ludźmi również charakteryzuje gwałtowność i niestabilność. Rola osoby, która potrzebuje pomocy może bardzo prędko zmienić się w rolę mściciela, który bezwzględnie będzie karał osoby z otoczenia za zaniedbanie czy złe traktowanie – niezależnie czy jest ono faktyczne czy raczej wyobrażeniowe. Jeśli nie ma stałych relacji społecznych, opieki i wsparcia niezależnie od nasilenia objawów osoby z zaburzeniem osobowości borderline przeżywają złość i frustrację w poczuciu, że nie istnieją dla świata. Wpływa to na wydajność w pracy czy obowiązki szkolne. Dodatkowo symptomy współwystępujące z powyższymi, to systematyczne odnoszenie porażek w sytuacjach, których efektem powinien być sukces. Takie zachowanie odzwierciedla powiedzenie o rzucaniu sobie samemu kłód pod nogi. Przykładem może być zerwanie kontaktu ze szkołą tuż przed zakończeniem roku, przeżywanie głębokiego smutku po tym, gdy widać wyraźną poprawę dzięki terapii, a także gdy relacja partnerska rozwija się w kierunku większej bliskości, zależności i zaangażowania. Dla borderline charakterystyczna jest impulsywność, która jest wyrażana na dwa sposoby. Po pierwsze, osoba ujawnia całe spektrum zachowań ryzykownych i samodestrukcyjnych; po drugie, podejmuje próby samobójcze i działania samouszkodzające. Do zachowań ryzykownych można zaliczyć: hazard, rozrzutność, niebezpieczną aktywność seksualną, nadużywanie substancji psychoaktywnych i alkoholu, a także objadanie się. Ponieważ nie ma żadnych pozytywnych czy sprawdzonych umiejętności radzenia sobie z emocjami, pojawiają się próby samobójcze czy samouszkodzenia w różnej formie. W skutek samobójstwa i poważnych uszkodzeń związanych z cięciem czy podpaleniem umiera około 10% osób. Funkcje samouszkodzenia są bardzo szerokie i należy je rozumieć indywidualnie. Jednej z pacjentek tylko akt cięcia skóry przynosi emocjonalną ulgę. Dla innych to reedukacja nieprzyjemnych uczuć, odzyskiwanie kontroli, zmniejszenie napięcia, odzyskanie poczucia realności, polepszenie nastroju choć na chwilę, ukaranie siebie czy doświadczenie przyjemności. To zaledwie kilka z funkcji. Z jednej

strony, wszelkie działania autodestrukcyjne są odpowiedzią na doświadczenie straty czy odrzucenia, z drugiej – oczekiwaniem ze strony otoczenia wzięcia większej odpowiedzialności za swoje działania i ich skutki. Samouszkodzenia pojawiają się również podczas doświadczeń dysocjacyjnych<sup>1</sup> i przynoszą osobie szczególnego rodzaju ulgę, która wiąże się z przekonaniem o tym, że jest się zdolnym do odczuwania albo mogą reprezentować zadośćuczynienie za to, że jest się bardzo złym człowiekiem.

### Samookaleczenia czy samouszkodzenia?

#### WAŻNE

Od lat 90. XX wieku nie mówimy o samookaleczeniu (ponieważ to słowo ma negatywny wydźwięk), lecz o samouszkodzeniu, które jest (czego wiele osób nie rozumie) działaniem przystosowawczym służącym do radzenia sobie z emocjonalnym bólem. Ponadto słowo „samookaleczenie” nie jest adekwatne i wzbudza niepotrzebne sensacje. Samouszkodzenie nie służy temu, by wyrządzić sobie krzywdę – tylko regulowaniu emocji. Oznacza to, że ma cechy przystosowawcze.

Większość ran zadawanych samemu sobie nie przynosi poważnego uszczerbku na zdrowiu, a na trwałe pozostawia co najwyżej blizny. Te nie prowadzą do okaleczenia ciała. Okaleczyć oznacza „odciąć lub drastycznie zmienić, pozostawiając w niekompletnym stanie lub „doprowadzić do trwałego kalectwa”. Barent Walsh pisze: *„Zgadzam się z twierdzeniem, że termin „samookaleczenie” jest uwłaczający, stygmatyzuje dane zachowania, a nawet nadaje mu posmak sensacji, dlatego w swojej książce posługuję się terminem „samouszkodzenie”<sup>2</sup>*

Systematycznie podejmowane próby samobójcze generują wysoki poziom lęku i to właśnie on sprawia, że trafiają do terapii. Osoby z zaburzeniem borderline wykazują szczególnie wysoką niestabilność emocjonalną, u podłoża której leżą głębokie i reaktywne zaburzenia emocjonalne. Intensywne epizody lęku, irytacji czy dysforii trwają zazwyczaj kilka godzin, ale nigdy nie więcej niż kilka dni. Taki dysforyczny stan u osoby z borderline przeplata się okresami wyraźnej złości, rozpacz, paniki, z raczej rzadkimi uczuciami dobrego samopoczucia, radości i zado-

wolenia. Taki stan jest przejawem skrajnej rekcji na stres. W okresach nasilonego stresu mogą ujawniać się przejściowe myśli paranoidalne oraz objawy dysocjacji, które trwają od kilku minut do kilku godzin. Są przede wszystkim odpowiedzią na faktyczne lub wyimaginowane odrzucenie. Wyimaginowany lub rzeczywisty powrót bliskiej osoby może powodować reemisję. Cierpienie potęgowane jest chronicznym poczuciem pustki, a także łatwym nudzeniem się i kompulsywnym poszukiwaniem nowych wrażeń czy form aktywności. Do tego pojawi się nieadekwatna złość i trudności z jej kontrolowaniem w sytuacjach, gdy pojawia się podejrzenie, że opiekun czy partner wycofuje się z relacji, zaniedbuje ją lub unika. Przeżywanie i wyrażanie złości powoduje pojawianie się poczucia winy, wstydu i pogłębia znacząco przekonanie o tym, że jest się bardzo złym człowiekiem, który nie zasługuje na nic dobrego.

## Wywiad

Podczas zbierania wywiadu z osobą, u której istnieje podejrzenie osobowości borderline zbiera się poszerzony wywiad. Pytania dotyczą działań autodestrukcyjnych, takich jak głodzenie się, napady bulimiczne lub napady kompulsywnego jedzenia, samouszkodzenia i ich rodzaj (drapania, gryzienie, cięcie, wbijanie igieł lub szpilek), groźby i gesty samobójcze. Dopytuje się o sytuacje, w jakich te zachowania mają miejsce oraz o ich częstotliwość i nasilenie. W wywiadzie dopytuje się o zachowania impulsywne, takie jak nadużywanie alkoholu, narkotyków i wszelkich substancji psychoaktywnych, kradzieże w sklepach, lekkomyślną jazdę samochodem oraz kompulsywne zachowania seksualne. Kolejne dotyczą własnego wizerunku i postrzegania siebie, orientacji seksualnej, całego szeregu długoterminowych planów oraz intensywności relacji.

## Różnorodność osobowości borderline

W obrazie klinicznym współwystępują cechy osobowości narcystycznej, negatywistycznej, zależnej i histrionicznej. Obraz kliniczny w zależności od intensywności występujących cech osobowości staje się tak zróżnicowany, że wyodrębniono cztery podstawowe typy osobowości pogranicznej.

### Typ 1. Zniechęcona z cechami osobowości unikającej, depresyjnej albo zależnej.

Charakteryzuje osobę podatną na wpływy innych osób, lojalną i podporządkowaną, wycofującą się. Często doświadcza stanu zagrożenia, przygnębienia i bezbronności. W sytuacjach życiowych jest nieporadna, bezsilna i bezradna.

### Typ 2. Autodestrukcyjna z cechami osobowości depresyjnej lub masochistycznej.

Osoba zwrócona do wewnątrz, co oznacza, że trudne odczuwane emocje wyraża wobec

samej siebie, złość kieruje przeciwko sobie. Nie potrafi okazywać emocji innym ludziom, nie zjednuje ich i nie darzy sympatią. Ma silne tendencje samobójcze, jest katastroficzna, złowroga i napięta.

### Typ 3. Impulsywna z cechami osobowości histrionicznej lub antyspołecznej.

Osoba z silnym lękiem dotyczącym utraty bliskich osób. Cechuje ją zmienność nastroju i drażliwość. Jest kapryśna, wymagająca, powierzchowna. Czasami zachowuje się uwodzicielsko i nonszalancko. Ma silne skłonności samobójcze w obliczu możliwości utraty partnera czy innej osoby, która ma wobec niej funkcję opiekuna.

### Typ 4. Drażliwa z cechami osobowości negatywistycznej.

Osoba charakteryzuje się dużym nasileniem niepokoju, drażliwości oraz niecierpliwości. Jest przepełniona pesymizmem, szybko się obraża, rozczarowuje innymi ludźmi i jest wobec nich pełna urazy.

Każde z zaburzeń osobowości jest opisywane przez Millona w aspekcie strukturalnym i funkcjonalnym na czterech poziomach: behawioralnym, fenomenologicznym, intrapsychoicznym i biopsychoicznym. Osobowość z pogranicza, podobnie jak schizotypowa i paranoidalna, charakteryzuje się znacznym deficytem struktury, czyli należy do grup o najbardziej patologicznej organizacji. Na poziomie behawioralnym cechują ją pewna nerwowość, która wyraża się w niestałym poziomie energii z gwałtownymi i nieoczekiwanymi wybuchami, a także w nagłych zmianach w zakresie kontroli i hamowania impulsów agresywnych. W relacjach interpersonalnych jest ambiwalentna. Na poziomie fenomenologicznym funkcjonuje w sposób zmienny poznawczo, a w ramach struktury widoczny jest niespójny obraz siebie. Na poziomie intrapsychoicznym jednostka funkcjonuje na podstawie mechanizmu regresji. Struktura organizacji osobowości jest rozszczepiona. Na poziomie biopsychoicznym widoczny jest przede wszystkim zalegający nastrój – osoba nie potrafi poradzić sobie z ciągle zmieniającym się nastrojem, a wymogami rzeczywistości.

## PAMIĘTAJ

Amerkańskie Towarzystwo Psychiatryczne szacuje, że zaburzenie osobowości borderline występuje u około 2% populacji, ale zaledwie 10% leczy się ambulatoryjnie, a 20% to pacjenci oddziałów psychiatrycznych. Te osoby stanowią od 30% do 60% całej populacji pacjentów, którzy leczeni są w warunkach szpitalnych i ambulatoryjnych z powodu problemów osobowościowych. Jest zatem liczna grupa osób niepodlegających leczeniu, zmagająca się w samotności z problemami natury psychicznej.

U osób z borderline występują charakterystyczne zaburzenia tożsamości, które objawiają się bardzo kruchym i niestabilnym obrazem siebie oscylującym od wysokiego po bardzo zaniżone poczucie własnej wartości.

**P R Z Y K Ł A D <sup>3</sup>:**

Pani Ewa jest studentką trzeciego roku architektury, ma 26 lat i zgłosiła się na terapię z powodu trudnych przeżyć, o których na pierwszym spotkaniu nie mówiła. Ubiera się bardzo wzywająco i nosi bardzo mocny, diaboliczny makijaż. Mówi, że jej życie jest jak zepsuta karuzela, na której coś ciągle wypada – wtedy doświadcza bólu i dużego cierpienia, który po jakimś czasie się kończy i wszystko znowu jest dobrze. Pani Ewa od kilku lat jest w związku z partnerem, którego poznała w czasie szkoły średniej. On po maturze wyjechał do pracy w Szwecji, a ona została w Polsce, żeby studiować. Widują się zaledwie kilka razy do roku i zwykle są to święta. Rozmawiają ze sobą za pomocą internetowych komunikatorów i taki kontakt jest zupełnie wystarczający, bo co najmniej dwa razy w miesiącu kłócą się na śmierć i życie. Ciągłe ze sobą zrywają i do siebie wracają, stało się to normą, więc pani Ewa przestała się tym przejmować. Pacjentka mieszka z ojcem, który jest pracownikiem naukowym, nazywanym przez nią „głupim profesorkiem”. Matka jest na wysokim stanowisku w jednym z berlińskich banków. Nie pamięta, żeby bywała w domu więcej niż kilka dni w roku, czasami trochę więcej czasu spędzali razem w wakacje. Matka jest bardzo zamożna, stać ją na wykupienie dla nich wakacji na Hawajach, ale nigdy nie poszła na wywiadówkę. Rodzice ciągle mówią, że ją kochają, ale to nieprawda. To przez nich nigdy nie zaznała spokoju i właśnie za to ich nienawidzi. W domu czuje się tak jak w klatce i nieustannie walczy z ojcem, który zachowuje się tak, że ma ochotę go zabić. Pyta ją, czy chodzi na zajęcia, czy zaliczyła egzaminy albo w poranek niedzielny zaprasza ją na śniadanie. Wtedy ona wszczynają awanturę, krzycząc, że jest głupi, że go nienawidzi i kiedyś zbije. Studiowanie jej nie idzie, ponieważ wykładowcy się jej czepiają. Popada z nimi w konflikty. Nie rozumieją jej i ciągle czegoś oczekują, nie wspierają w trudnych chwilach, wtedy bierze dziekancki i robi sobie wolne. Nie wyobraża sobie, że miałyby pójść do pracy. Często powtarza zdanie: „Rodzice się zaharowują i co z tego mają? Ja nie będę taka głupia”. Najlepiej byłoby, gdyby wyprowadziła się z domu. Kiedyś zamieszkała w akademiku, ale nie udało się jej dogadać ze współlokatorkami. Twierdzi, że to był pokój idiotek i dlatego się nie udało. Początkowo, gdy wspólnie piły i ćpały wszystko było w porządku. Oddawała im całe swoje pieniądze, żeby tylko było

dobrze. Teraz już nie jest taka głupia. Twierdzi, że nie ma szczęścia do ludzi i ciągle spotyka takich niewydarzonych. Podobnie jest z chłopakami. Zakochuje się szybko i to uczucie równie szybko mija, dzieje się tak, gdy chłopak okazuje się inny niż na początku znajomości. Czasami jest jej głupio, bo przecież ma partnera, ale tłumaczy to sobie tym, że nie może żyć jak zakonnica. Musi kogoś mieć, bo w przeciwnym razie oszaleje. Kluczowym powodem rozpoczęcia terapii było ultimatum postawione przez partnera, który stwierdził, że wreszcie musi coś ze sobą zrobić. Odwiedziła go w święta, pokłócili się, więc ona zaczęła go popychać i bić. Wtedy spadł ze schodów i złamał rękę. Pani Ewa mówi, że była przerażona, napiła się alkoholu i najadła tabletek. Ledwo ją odatowano. Twierdzi, że chciała się zabić, bo czuła ogromną winę, tak jak wtedy, gdy jej siostra wyjechała za granicę i zamieszkała w Londynie. Pacjentka była pewna, że to przez nią, bo ciągle dokuczwała siostrze i opowiadała rodzicom kłamstwa, a oni zawsze ją obwiniali. Była zła na siostrę, bo wolała koleżanki niż kontakt z nią. Pacjentka niedawno przebywała w szpitalu i ma do zapłacenia pokaźny rachunek, a boi się o tym powiedzieć ojcu. Nie wie skąd wziąć pieniądze, bo tym razem partner uparł się, że nie zapłaci za jej leczenie. Pacjentka zastanawia się, czy faktycznie nie jest zbyt impulsywna, a jeśli tak, to może warto to zmienić. W trakcie kolejnych spotkań opowiada o relacjach z najbliższymi i wydarzeniach, które budzą w niej naprzemiennie poczucie winy i krzywdy oraz lęk i wściekłość.

### Leczenie

Największą skuteczność leczenia osobowości borderline przypisywana jest wspólnie podejściu poznawczo-behawioralnemu, psychodynamicznemu oraz dialektycznej terapii behawioralnej. *Behavior Therapy* to program składający się z 12 kroków, które mają nauczać osoby chore tak zwanej równowagi neurobiologicznej. Stosuje się szkolenia w zakresie poszerzania kompetencji społecznych, zmniejszania i kontroli impulsywności, redukcji zachowań agresywnych i autoagresywnych oraz nawiązywania zdrowych relacji interpersonalnych. Prowadzone badania nie potwierdzają jednoznacznie, jaki rodzaj leczenia jest najbardziej skuteczny w leczeniu borderline.



Wnioski dotyczą raczej poziomu poprawy funkcjonowania i ograniczenia psychopatologii przy zastosowaniu działań terapeutycznych w porównaniu z ich brakiem. Dotyczy to również leczenia psychiatrycznego. Niektóre metody leczenia opracowywane są, aby przezwyciężyć nadwrażliwość interpersonalną i utrzymać związek terapeutyczny. Reżim w stosowaniu leków może być kłopotliwy ze względu na działania uboczne, które występują nawet u 80% leczonych farmakologicznie. Zaburzenia współistniejące, a zwłaszcza nadużywanie substancji psychoaktywnych, powodują trudności w reemisji. Obraz osobowości borderline jest bardzo różnorodny, co skłania do refleksji, że podejście eklektyczne jest najlepszym rozwiązaniem. Stosowanie różnych technik na różnych etapach leczenia może przynieść pacjentom najlepsze korzyści. Podstawowym sposobem leczenia jest psychoterapia indywidualna i grupowa, natomiast farmakoterapia stanowi dodatek, który ma zmniejszyć i złagodzić konkretne symptomy, takie jak zaburzenia nastroju czy lęk. Bardzo ważne jest również to, jakie nastawienie będą mieli najbliżsi chorego. Czy okażą determinację, wsparcie i wyznaczą granice, których tak bardzo chory potrzebuje? Trzeba pamiętać, że leczenie borderline jest długoterminowe. Cele terapii obejmują między innymi budowanie świadomości własnych uczuć i potrzeb, poznawanie świata wewnętrznego, psychoedukację, radzenie sobie z autoagresją i agresją, uczenie się regulowania emocji i budowania stabilnych relacji z innymi

oraz stabilnego obrazu siebie.

W trakcie leczenia pojawi się szereg trudności – niezależnie czy będzie to prywatna psychoterapia, czy leczenie szpitalne. Pacjenci borderline są niezwykle wrażliwi na opuszczenie czy odrzucenie, często wyimaginowane i bardzo gwałtownie na nie reagują (akty uszkodzenia ciała, próby samobójcze czy porzucenie terapii i oskarżenia terapeuty). Dodatkowo terapeuci pracujący z osobami z tym zaburzeniem muszą mocno zadbać o siebie poprzez zachowanie dystansu, granic i jasno opracowanego kontraktu. O powodzeniu psychoterapii zdecyduje poziom determinacji chorego i to, czy będzie miał wystarczająco siły, by zaangażować się w relację terapeutyczną na długi czas. Czasami na wiele lat. Czy wytrwa w zmienności nastrojów i czy znajdzie terapeutę, który będzie w stanie te nastroje wytrzymać. To trudne zadanie dla obu stron. O swoich zmaganiach z borderline można przeczytać w książce Rachel Reiland *Uratuj mnie*.

### **Zdrowe granice są niezbędne**

Relacja z osobą ciepłą na zaburzenia osobowości, jest bardzo trudna. Aby przestać tkwić w nieustannym kole obwiniania się, niemożliwych do spełniania oczekiwań czy bezradności, trzeba jasno wyznaczyć granice i zna-

Od lat 90. XX wieku nie mówimy o samookaleczeniu (ponieważ to słowo ma negatywny wydźwięk), lecz o samouszkodzeniu, które jest (czego wiele osób nie rozumie) działaniem przystosowawczym służącym do radzenia sobie z emocjonalnym bólem.



leżć sposób komunikacji, który je utrzyma.

Warto wziąć pod uwagę wskazówki:

1. Możesz pomagać, dawać wsparcie, ale pamiętaj, że masz własne ograniczenia.
2. Mów, że istnieją realne limity zachowań, które jesteś w stanie akceptować.
3. Określ stanowczo swoje limity, konsekwentnie postępuj zgodnie z nimi i powtórz to kilkakrotnie jeśli trzeba.
4. Staraj się nie stracić poczucia rzeczywistości, „tu i teraz” w kontakcie z chorą osobą w jakimkolwiek nie byłaby stanie i jakkolwiek by się nie zachowywała.
5. Nie pochłaniaj bólu osoby chorej, odzwierciedlaj.
6. Łagodnie, ale stanowczo powtarzaj osobie chorej, że jest w stanie poradzić sobie z regulowaniem emocji dzięki umiejętnościom zdobytym podczas terapii.
7. Zachęcaj do pojęcia terapii!
8. Szanując swoje granice, uprawomocnij uczucia osoby z borderline.
9. Powtarzaj, że tylko osoba z borderline jest w stanie zapanować nad swoimi reakcjami, dzięki temu oddasz jej odpowiedzialność za samą siebie.

W sytuacjach skrajnych, które niejednokrotnie się pojawiają, takich jak gwałtowna awantura, bezpośrednia agresja czy erupcja silnych emocji musisz ochronić siebie albo inne osoby z otoczenia (np. dzieci) dlatego, że jesteś sam dla siebie ważny i cenisz swoje emocje, a nie dlatego, że chcesz ją skrytykować czy ukarać. Z takiej sytuacji należy jak najprędzej się wydostać, aby nie pogłębiać krzywdy i cierpienia swojego i zaoszczędzić tego np. dzieciom. Pozwolić osobie chorej na wzięcie

odpowiedzialności za to, co robi, wyrazić swoje uczucia i obawy, mimo, że spotka się to z gwałtowną reakcją. Nie wolno godzić się na prowokacyjne zachowania, szantaż czy wyzwiska. Nie należy rozmawiać z osobą, gdy jest ogarnięta wściekłością, ponieważ żadne argumenty tego nie zmieniają – lepiej się wycofać, a gdy emocje opadną argumentować zasadność podjęcia leczenia. ■

#### Bibliografia:

- ◆ Pod red. Cierpiałowska L., Soroko E., *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej*, Poznań 2017.
- ◆ Mason P., Kreger R., *Borderline. Jak żyć z osobą o skrajnych emocjach?*, Gdańsk 2019.
- ◆ Kreisman J. J., Straus H., *Nienawidzę Cię! Nie odchodź! Zrozumieć osobowość borderline*, Kraków 2018.
- ◆ Kreisman J. J., *Na huśtawce emocji. Jak rozmawiać z bliskimi z osobowością borderline*, Kraków 2020.

#### Przypisy:

- <sup>1</sup> Dysocjacja, czyli rozdzielnie. Jest to pojęcie w psychologii określające szeroki zakres doświadczeń, dla których wspólne jest poczucie oddzielenia od rzeczywistości.
- <sup>2</sup> Walsh B., *Terapia samouszkodzeń*, Kraków 2014.
- <sup>3</sup> Na podstawie *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej*.