

Leczenie pogranicznych zaburzeń osobowości.

Część II: psychoterapia

Treatment of borderline personality disorder. Part II: psychotherapy

Tytus Koweszko, Anna Mosiołek

Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia, Klinika Psychiatrii Oddziału Fizjoterapii
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego im. prof. Jana Mazurkiewicza

STRESZCZENIE

W ostatniej dekadzie w piśmiennictwie nt. leczenia zaburzeń pogranicznych szczególną skuteczność przypisuje się dwóm podejściom terapeutycznym: psychodynamicznemu i poznawczo-behawioralnemu. Metaanalizy Leichsenringa i Leibinga wskazują, że oba nurty terapeutyczne dają wyraźne efekty i poprawę funkcjonowania, jak również pozwalają na zmiany wzorców zachowań u osób z osobowością pograniczną. Należy jednak pamiętać, że techniki w nurcie psychodynamicznym niosą za sobą pewne zagrożenia dla niespójnych pacjentów pogranicznych. Eklektyczne podejście, w którym stosowane są różne techniki na różnych etapach leczenia, może przynieść maksymalne korzyści pacjentom, jak również ułatwiać pracę terapeutów. W przypadku osobowości pogranicznej również komfort pracy terapeuty jest niezwykle istotny, ponieważ silne reakcje przeciwprzeniesieniowe mogą spowodować szkody, zarówno dla leczonego, jak i leczącego.

Słowa kluczowe: pograniczne zaburzenie osobowości, psychoterapia psychodynamiczna, dialektyczna terapia behawioralna

NAJWAŻNIEJSZE

Dialektyczna terapia behawioralna jest formą psychoterapii rozwiniętą specyficznie na potrzeby leczenia osób z pogranicznym zaburzeniem osobowości.

HIGHLIGHTS

Dialectical Behavior Therapy is a form of psychotherapy that was specifically developed to treat people with borderline personality disorder.



Tytus Koweszko
Psycholog, specjalista terapii środowiskowej, psychoterapeuta w trakcie szkolenia w Collegium Medicum UJ. Pracuje w Klinice Psychiatrii WUM i w Mazowieckim Specjalistycznym Centrum Zdrowia oraz w prywatnym gabinecie psychoterapii. Zajmuje się diagnozą psychologiczną i psychoterapią w podejściu eklektycznym. Zainteresowania: codzienne dostrzeganie zjawisk niecodziennych.

ABSTRACT

During the last decade, the effectiveness of two therapeutic schools, i.e. psychodynamic and cognitive-behavioral ones, was mostly analyzed in relation to borderline personality disorder (BPD). Leichsenring's and Leibing's meta-analyses indicated that both concepts are able to prove clear therapeutic effects and improve the functioning, as well as allow to change patterns of the borderline behavior. However, it should be kept in mind, that psychodynamic techniques may result in some adverse consequences because of internal incoherence of BPD patients. The integrative psychotherapeutic school can bring maximum benefits for patients, as well as facilitate the work of therapists. In a case of BPD, the comfort of the therapist is also extremely important, as strong countertransference reactions may in fact cause harm for both patients and therapists.

Key words: borderline personality disorder, psychodynamic psychotherapy, Dialectical Behavior Therapy, DBT

WSTĘP

Rozwój metod terapii pacjentów z osobowością pograniczną (BPD, *borderline personality disorder*), zapoczątkowany w drugiej połowie XX wieku, był procesem stopniowego uczenia się na błędach i obfitował w szereg negatywnych doświadczeń w wielu ośrodkach. Stopniowo modyfikowano poszczególne techniki terapeutyczne, rezygnując z nieskutecznych form oddziaływania i dodając nowe. Psychoterapia tej grupy pacjentów jest procesem – co pozostaje truizmem – trudnym, burzliwym i zmiennym. Zmienność dotyczy nie tylko charakteru zaburzeń pacjentów, ale również obrazu relacji terapeutycznej. Pacjenci pograniczni często mają stosunkowo dobrze rozwinięte umiejętności społeczne, sprawiają również wrażenie osób pozornie dobrze funkcjonujących, a obraz i głębokość ich patologii ujawniają się dopiero w dalszych etapach trwania terapii [1]. Osoby z BPD wymagają często wielokierunkowych, holistycznych oddziaływań, jednocześnie zmniejszających nasilenie objawów afektywnych, impulsywności, pojawiającej się dezorganizacji psychotycznej oraz kontaktu terapeutycznego ukierunkowanego na poprawę funkcjonowania w zakresie nawiązywania i podtrzymywania relacji interpersonalnych, redukcji pustki i uczucia napięcia. Mając to wszystko na uwadze, można stwierdzić, że terapia osób z zaburzeniem pogranicznym staje się poważnym wyzwaniem zarówno dla lekarza, jak i terapeuty.

Podstawą leczenia jest właściwa diagnoza i wspólne z pacjentem opracowanie planu terapeutycznego. Główną cechą pogranicznego zaburzenia osobowości jest niestabilność relacji interpersonalnych, celów, potrzeb i wizerunku oraz impulsywność. Mimo że psychoterapia jest potrzebna do wystąpienia trwałej poprawy, praktyka kliniczna wskazuje, że farmakoterapia jest także wskazana w leczeniu szeregu objawów. Pacjentów z pogranicznym zaburzeniem osobowości cechuje między innymi nadmierna impulsywność, dysregulacja afektu oraz rozszczepienie postrzegania siebie. Według Aleksandrowicza niska skuteczność oddziaływań psychoterapeutycznych wo-

bec pacjentów z BPD wynika głównie z faktu, że w relacje z terapeutą wnoszą oni te wszystkie cechy, które dominują w ich obrazie zaburzeń [2]. Zgodnie z dotychczasowymi wynikami badań stan jedynie 50–60% pacjentów ulega poprawie na skutek leczenia, a i tak zmiana ta nie jest całościowa [3].

PSYCHOTERAPIA OSÓB Z ZABURZENIAMI POGRANICZNYMI

Pomimo niewątpliwych trudności w leczeniu psychoterapia jest najpopularniejszą formą pomocy pacjentom z BPD. Według badań Lamberta i Oglesa (2004) różne formy terapii psychologicznej mają znaczący i zarazem pozytywny wpływ na leczenie zaburzeń pogranicznych [4]. Oddziaływania psychoterapeutyczne na BPD są ukierunkowane na korygowanie doświadczenia emocjonalnego poprzez osiągnięcie równowagi między dostępem do własnych emocji a chęcią ich odczuwania, przy jednoczesnej umiejętności odkrywania ich znaczenia [5]. Zmiana tych aspektów funkcjonowania może znacznie poprawić relacje interpersonalne i społeczne oraz postrzeganie rzeczywistości u pacjentów, co przyczynia się do ograniczenia patologii.

Terapeuci pracujący z osobami z BPD napotykają na liczne trudności wynikające nie tylko ze zmiennego obrazu zaburzeń, ale także ze złożonych patologicznych potrzeb chorego. Według Adlera (1985) pacjenci z BPD doświadczają silnej potrzeby opieki i troski ze strony terapeuty. Mają tendencję do tworzenia projekcji terapeuty, co uniemożliwia im postrzeganie go jako realnej jednostki. Jedynie zaspokojenie potrzeby opieki może pozwolić choremu na oddzielenie osoby terapeuty od obrazu samego siebie [1]. Jednocześnie, zdaniem Kernberga, koncentrowanie się w terapii na zapewnianiu pacjentowi poczucia bezpieczeństwa, chociaż jest elementem niezbędnym, to może się okazać również niebezpieczne, a nawet destrukcyjne z punktu widzenia celu terapii [23]. W dłuższej perspekty-

wie czasowej skutkuje bowiem wzmocnieniem patologicznych mechanizmów obronnych, słabym funkcjonowaniem ego i zaburzeniami tożsamości [6].

Według Benjamin (1996) rosnąca potrzeba wsparcia i próby wkroczenia w życie prywatne terapeuty prowadzą nieuchronnie do poczucia odrzucenia i rozczarowania. Łamanie granic poprzez żądanie osobistych informacji na temat terapeuty, próby o zwiększanie częstotliwości spotkań terapeutycznych lub próby nawiązania kontaktu pomiędzy sesjami powodują, że terapeuta odmawia, co czyni go mniej opiekuńczym i wspierającym w oczach pacjenta. To z kolei prowadzi do dewaluowania osoby terapeuty i przeżywania przez pacjenta silnej złości. W takich sytuacjach dochodzi do zachowań o charakterze manipulacyjnym, takich jak próby samobójcze czy samookaleczenia. Jest to sytuacja trudna dla terapeuty, mogąca wywoływać silne reakcje przeciwprzeniesieniowe, które mogą prowadzić do frustracji i poczucia bezradności, a także niejednokrotnie przekładają się na jego pracę z innymi pacjentami. Nasilenie objawów depresyjnych, wrogość i postępujący rozpad osobowości powodują, że utrzymanie przymierza terapeutycznego i poczucia wsparcia przy jednoczesnym utrzymywaniu granic jest zadaniem niezwykle trudnym i wyczerpującym.

Pacjenci z BPD mają tendencję do sabotowania terapii. W okresach pozornej poprawy często dopuszczają się zachowań autodestrukcyjnych. Wynika to m.in. z uświadomienia sobie przez pacjenta, że wsparcie ze strony terapeuty jest ograniczone kontraktem terapeutycznym. Sposobem na uniknięcie poczucia odrzucenia i opuszczenia jest utrzymywanie granic i koncentrowanie się na celu terapii. Pozwala to na wyjaśnienie pacjentowi, że ograniczone wsparcie ma na celu poprawę jego funkcjonowania i nauczenie się przez niego nawiązywania poprawnych relacji interpersonalnych [1].

W ostatniej dekadzie w literaturze przedmiotu szczególną skuteczność przypisuje się dwóm podejściom terapeutycznym – psychodynamicznemu i poznawczo-behawioralnemu. Metaanalizy Leichsenringa i Leibinga (2003) wskazują, że oba nurty terapeutyczne dają wyraźne efekty i poprawę funkcjonowania, jak również pozwalają na zmiany wzorców zachowań u osób z osobowością pograniczną [4]. Należy jednak pamiętać, że techniki z nurtu psychodynamicznego w tym przypadku niosą za sobą pewne zagrożenia. Zaburzony rozwój emocjonalny, brak spójnej struktury osobowości i rozszczepienie w postrzeganiu własnego „ja” to podstawowe czynniki, z powodu których stosowanie tradycyjnych technik analitycznych może spowodować niekontrolowaną regresję pacjenta. Szkody tym wywołane mogą być bardzo trudne do naprawienia, a niejednokrotnie nawet nieodwracalne. Dlatego w pracy z pacjentami z BPD stosuje się raczej zmodyfikowane techniki psychodynamiczne [1].

MENTALIZATION-BASED THERAPY (MBT)

Mentalization-based therapy (MBT) jest techniką terapeutyczną opartą na psychoanalitycznej teorii więzi Bowlby'ego. Teoria ta koncentruje się na pierwotnym doświadczaniu bezpiecznego przywiązania. To właśnie stworzenie bezpiecznej, w poczuciu pacjenta, relacji z terapeutą pozwala na ustanowienie podstawy, która jest konieczna do powstawania zdrowych wzorców przywiązania, silnej funkcji ego oraz umiejętności wchodzenia w relacje z rzeczywistością zewnętrzną [7]. Częste doświadczanie przez pacjentów z BPD traumy w okresie dzieciństwa prowadzi do silnej dezorganizacji więzi oraz braku kontroli emocjonalnej. Według Batemana i Fonagy'ego głównym celem terapii MTB jest ustabilizowanie ekspresji emocjonalnej, a co za tym idzie, wytworzenie trwałych wewnętrznych reprezentacji [8]. W celu zbadania skuteczności leczenia przy zastosowaniu technik MBT (1999) Bateman i Fonagy przeprowadzili projekt badawczy na oddziale dziennym. Uzyskane wyniki porównywali z efektami tradycyjnego leczenia psychiatrycznego. W rezultacie dzięki proponowanej terapii MBT osiągnięto istotne statystycznie zmniejszenie symptomów depresyjnych, znaczną poprawę funkcjonowania społecznego i interpersonalnego, jak również mniejszą liczbę samobójstw i samookaleczeń oraz hospitalizacji [9]. Wnioski te potwierdził UK National Institute for Clinical Excellence (NICE). Długoterminowej skuteczności MBT dowiedziono ponadto w badaniach o charakterze longitudinalnym [10].

W innym ujęciu terapii psychodynamicznej BPD, proponowanym przez Kernberga, szczególną uwagę należy zwrócić na zaburzone relacje interpersonalne [22]. Jest to terapia o charakterze ekspresyjnym, która wymaga od terapeuty posługiwania się w swojej pracy przede wszystkim takimi narzędziami jak konfrontacja i interpretacja. Umożliwia to pokazywanie sprzeczności w postrzeganiu rzeczywistości i zwiększanie spójności obrazu samego siebie [1]. Najbardziej znany model terapii osób z BPD, oparty na pojęciu konfliktu, przedstawiony został w pracach Kronenberga i Mastersona. Dowodzą oni, że intensywne leczenie terapeutyczne, nastawione na modyfikację osiowej patologii tego zaburzenia, daje lepsze wyniki niż terapia podtrzymująca ukierunkowana na przystosowanie chorego do życia. Według Kronenberga konieczne jest wprowadzenie struktury leczenia, ponieważ pacjenci pograniczni mają trudności z czasem, obojętnością i często odchodzą od ustalonych procedur. Zakłada on w ramach terapii jednoczesną współpracę z bardziej ustrukturalizowanymi instytucjami, takimi jak szpitale i oddziały dzienne [11].

Czasami terapia pacjenta wymaga wprowadzania dodatkowej osoby wzmocniającej strukturę, a jej obecność ma charakter scallający i odciążający terapeutę oraz utrzymujący pacjenta w kontakcie z rzeczywistością [12]. Dodatkowa osoba (koterapeuta) ma za zadanie ukierunkowanie uwagi pacjenta na „tu i teraz”. Takie podejście rodzi obawę przed rozszczepieniem pacjenta i może

prowadzić do podziału na terapeutę „dobrego” i „złego”, jednak przy zgranym zespole terapeutycznym, jaki powinni tworzyć terapeuta i koterapeuta we współpracy z lekarzem, to zagrożenie jest minimalizowane [13]. Na podstawie tych założeń Kernberg, Clarkin i Yeomans (1990) opracowali terapię skoncentrowaną na przeniesieniu (TFP, *transference focused psychotherapy*). Jest to technika oparta na koncepcji relacji z obiektem autorstwa Kernberga [14]. Założeniem TFP jest budowanie spójności „ja” poprzez pracę na „tu i teraz”, tj. na relacji przeniesieniowej pacjenta, na uświadamianiu sobie przez niego wewnętrznych konfliktów i poznawaniu własnych emocji przy jednoczesnej ich kontroli [15].

W celu zweryfikowania skuteczności wspomnianej techniki terapeutycznej Clarkin wraz ze współpracownikami (1999) przeprowadził badanie na 23 pacjentkach leczących się w New York-Presbyterian Hospital, u których zdiagnozowano BPD. Badanie miało na celu ocenę skuteczności terapii TFP. Pacjentki zostały poddane rocznej terapii, odbywającej się dwa razy w tygodniu. Do końca programu badawczego z 23 pacjentek pozostało 17, a 6 zostało wykluczonych. Po zakończeniu terapii oceniono liczbę samobójstw oraz hospitalizacji i interwencji medycznych spowodowanych samouszkodzeniami. Żadna z uczestniczek badania nie popełniła samobójstwa, a liczba prób samobójczych spadła w porównaniu z rokiem wcześniejszym z 53% do 18%. W roku poprzedzającym terapię 64,7% pacjentek było hospitalizowanych, a w trakcie trwania projektu badawczego jedynie 29,4%. Co prawda liczba samouszkodzeń nie zmieniła się w znaczący sposób, jednak ogólny stan zdrowia pacjentek był lepszy, co ograniczyło liczbę interwencji medycznych [14]. W celu dalszej analizy użyteczności uzyskanych wyników Clarkin i Kernberg przeprowadzili badanie porównawcze, w którym przez okres jednego roku wzięło udział 26 pacjentek poddanych terapii TFP i 17 leczonych różnymi innymi metodami. 6 z nich uczestniczyło w odbywającej się raz w tygodniu terapii indywidualnej, z czego 3 u prywatnych terapeutów i 3 w przychodni poradni. 7 badanych było objętych dialektyczną terapią behawioralną w ramach oddziału dziennego szpitala, a 4 pacjentki korzystały z różnych form leczenia zarówno w ramach struktur szpitala, jak i poza nimi. Pomimo początkowego podobieństwa obu grup, po zestawieniu wyników pojawiły się istotne różnice. W grupie poddanej terapii TFP stwierdzono poprawę ogólnego funkcjonowania oraz mniejszą liczbę hospitalizacji i interwencji medycznych [15]. Wyniki mogą napawać optymizmem, należy jednak pamiętać, że badania zostały przeprowadzone na niewielkiej grupie.

PODEJŚCIE BEHAVIORALNO-POZNAWCZE

Obok modeli psychodynamicznych w leczeniu zaburzeń z pogranicza powszechne jest stosowanie technik bazujących na podejściu poznawczo-behawioralnym. Według Pretzera (1990)

pacjenci z osobowością pograniczną mają tendencję do myślenia w kategoriach czarno-białych. Oceniają zarówno siebie, jak i innych w sposób skrajny, a zmiany oceny zachodzą nieoczekiwanie, często z błahego na pozór powodu. Dychotomiczne postrzeganie niesie za sobą intensyfikację reakcji emocjonalnych. Ten schemat funkcjonowania jest obecny również w relacji terapeutycznej. Nieumiejętność pośredniego wyrażania emocji i odczuwania powoduje, że pacjentowi towarzyszy permanentny lęk i w każdej chwili spodziewa się doznania kolejnego rozczarowania i krzywdy. Określa on ludzi jako doskonałych lub dogłębnie złych.

Dlatego ważnym elementem terapii jest poznawcza analiza takich ocen i zdefiniowanie używanych przez pacjenta pojęć. Wymaga to utrzymania przymierza terapeutycznego, do czego niezbędna jest jasność zasad współpracy, uczciwość i asertywność terapeuty. Znaczący wydaje się również aspekt behawioralny polegający na precyzyjnym określaniu celów terapii i weryfikowaniu zachowań pacjenta w trakcie jej trwania. Pozwala to na dostrzeżenie faktycznych zmian w jego funkcjonowaniu, co ma dodatkowo działanie motywujące [1].

W literaturze przedmiotu znaczące miejsce w nurcie poznawczo-behawioralnym zajmuje dialektyczna terapia behawioralna (DBT, *dialectical behavior therapy*). Ma ona na celu nabycie przez pacjenta umiejętności regulowania emocji poprzez zmianę wzorców zachowań w procesie leczenia [16]. M. Linehan [17, 18] opracowała *Behavior Therapy* (DBT) – program 12 kroków, którego celem jest nauczenie osoby z zaburzeniami borderline tzw. równowagi neurobiologicznej, poprzez szkolenie w zakresie kompetencji społecznych, relacji interpersonalnych, zmniejszenia impulsywności, emocjonalności, a także redukcji zachowań agresywnych. DBT jest techniką najczęściej stosowaną w leczeniu klinicznym. Pomimo wcześniejszych doniesień, potwierdzających skuteczność DBT, ostatnie raporty American Psychiatric Association wskazują jednak na brak znaczącego wpływu terapii DBT na redukcję liczby samobójstw i samouszkodzeń u pacjentów z BPD. Wcześniejsze wyniki badań, prowadzonych na niewielkich grupach, są podawane w wątpliwość przez prace nowsze, które zostały przeprowadzone na większych grupach pacjentów, m.in. w badaniach Verhuela (2003), Linehan (2006), Clarkina, Levy'ego, Lenzenwegera i Kernberga (2007), McMaina (2009) [10]. Pomimo ostatnich doniesień terapia DBT zajmuje nadal znaczącą pozycję we współczesnym leczeniu zaburzeń osobowości pogranicznej, zarówno w Stanach Zjednoczonych, jak i w Wielkiej Brytanii.

Inną popularną technikę w nurcie poznawczo-behawioralnym stanowi terapia skoncentrowana na schemacie (SFT, *schema-focused therapy*) stworzona przez Jeffreya Younga (1994, 1996). Jest to zmodyfikowana wersja terapii poznawczo-behawioralnej Aarona Becka. Zakłada ona, że w dzieciństwie wy-

tworząc się trwałe schematy warunkujące późniejsze funkcjonowanie jednostki. Oddziaływania terapeutyczne mają na celu zmianę tych schematów poprzez rozładowywanie złości, przełamywanie nieprawidłowych wzorców zachowań oraz zmianę sposobu myślenia [19]. Arntz wraz ze współpracownikami (2006) przeprowadzili w Amsterdamie badania mające na celu porównanie skuteczności terapii SFT i TFP. Przez okres trzech lat pacjenci uczestniczyli w sesjach terapeutycznych odbywających się dwa razy w tygodniu. 44 z nich poddano leczeniu przy zastosowaniu SFT, a 42 – przy użyciu TFP. Obie grupy były zbliżone pod względem obrazu zaburzeń oraz pochodzenia socjodemograficznego. Analiza uzyskanych wyników wskazuje zarówno na kliniczną, jak i statystyczną poprawę u pacjentów przy zastosowaniu obu technik terapeutycznych, w każdym roku trwania projektu. Trzy lata terapii spowodowały redukcję objawów psychopatologicznych charakterystycznych dla BPD oraz poprawę poziomu jakości życia i ogólnego funkcjonowania. Szczegółowa analiza uzyskanych danych wskazuje jednak, że terapia skoncentrowana na schemacie okazała się skuteczniejsza niż technika w podejściu psychodynamicznym [20].

W innych badaniach przeprowadzonych przez Clarkina i współpracowników (2007) porównywano skuteczność TFP, DBT i SFT. Badanie zostało przeprowadzone w Nowym Jorku i hrabstwie Westchester. Uczestniczyło w nim 90 pacjentów spełniających kryteria zaburzeń pogranicznych według DSM-IV. Badani mieli od 18 do 50 lat. Uzyskane wyniki wskazują na znaczącą poprawę poziomu ogólnego i społecznego funkcjonowania oraz istotną statystycznie redukcję poziomu lęku i depresji we wszystkich trzech grupach. Ponadto grupy poddane leczeniu przy użyciu technik TFP oraz DBT uzyskały znaczne obniżenie poziomu samobójstw, złości oraz poprawę ogólnego funkcjonowania. Co ciekawe, tylko TFP okazała się skuteczna w redukcji agresji słownej, bezpośredniej oraz drażliwości [21].

WNIOSKI

Mnogość badań i znaczące różnice w uzyskiwanych wynikach nie pozwalają na jednoznaczne określenie, jaki rodzaj terapii jest najskuteczniejszy w leczeniu zaburzeń z pogranicza. Łączy je natomiast poprawa poziomu funkcjonowania i ograniczenie psychopatologii przy zastosowaniu oddziaływań psychoterapeutycznych w porównaniu z ich brakiem, jak również z samym leczeniem psychiatrycznym. Zmienny obraz osobowości borderline skłania do konkluzji, że eklektyczne podejście, w którym stosowane są różne techniki na różnych etapach leczenia, może przynosić maksymalne korzyści pacjentom, jak również ułatwiać pracę terapeutów. W przypadku BPD komfort pracy terapeuty jest również niezwykle istotnym elementem. Silne reakcje przeciwprzeniesieniowe i nieumiejętne korzystanie z technik terapeutycznych mogą bowiem spowodować szkody, zarówno dla leczonego, jak i leczącego. Można się spo-

dziewać, że najbliższe lata przyniosą rozwój obu podejść terapeutycznych, w tym być może nawet ich syntezę.

PIŚMIENNICTWO

1. Million T, Davis R, Million C, Escovar L, Meagher S. Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie. Instytut Psychologii Zdrowia; Polskie Towarzystwo Psychologiczne; Warszawa 2005: 601-605.
2. Aleksandrowicz J. Nerwice: psychopatologia i psychoterapia. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; Warszawa 1988: 122-123.
3. Levy KN. *Psychotherapies and lasting change*. *American Journal of Psychiatry* 2008; 165: 556-559.
4. Clarkin JF, Levy KN. *Psychotherapy for patients with borderline personality disorder: focusing on the mechanisms of change*. *Journal of Clinical Psychology* 2006; 62 (4): 405-410.
5. Preston J. *Zintegrowana terapia krótkoterminowa*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; Gdańsk 2005: 247.
6. Goldstein EG. *Zaburzenia z pogranicza*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; Gdańsk 2003: 120.
7. Mander G. *Psychodynamiczna terapia krótkoterminowa*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; Gdańsk 2006: 19-22.
8. Bateman A, Fonagy P. *Mentalization based treatment for borderline personality disorder*. *World Psychiatry* 2010; 9: 11-15.
9. Levy KN, Wasserman RH, Scott LN, Yeomans FE. *Empirical evidence for Transference-Focused Psychotherapy and Other Psychodynamic Psychotherapy for Borderline personality disorder*. W: Levy RA, Ablon JS (red). *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy*. *Current Clinical Psychiatry*, cz. 1, Humana; Nowy Jork 2009: 93-119.
10. Levy KN, Yeomans FE, Denning F, Fertuck EA. *Commentary: UL National Institute for Clinical Excellence guidelines for the treatment of borderline personality disorder*. *Personality and Mental Health* 2010; 4: 54-58.
11. Goldstain EG. *Zaburzenia z pogranicza*. GWP; Gdańsk 2003.
12. Górska D. *Uwarunkowania dysregulacji emocjonalnej u pacjentów z zaburzeniami osobowości pogranicznej*. Bogucki Wydawnictwo Naukowe, 2006.
13. Kernberg OF, Selzer MA, Koenigsberg HA, Carr AC, Appelbaum AH. *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients*. Basic Books; New York 1989.
14. Clarkin JF, Foelsch PA, Levy KN, Hull JW, Delaney JC, Kernberg OF. *The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: a preliminary study of behavioral change*. *Journal of Personality Disorders* 2001; 15 (6), 487-495.
15. Clarkin JF, Levy KN, Shiavi JM. *Transference focused psychotherapy: development of a psychodynamic treatment for severe personality disorders*. *Clinical Neuroscience Research*. Elsevier B.V. 2005 (www.elsevier.com/locate/clires).

16. Lynch TR, Chapman AL, Rosenthal MZ, Kuo JR, Linehan MM. Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology* 2006; 62(4): 459-480.
17. Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comtois KA, Welch SS, Heagerty P, Kivlahan DR. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend* 2002; 67(1): 13-26.
18. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, Korslund KE, Tutek DA, Reynolds SK, Lindenboim N. 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. Madej A. Techniki i metody poznawczo-behawioralne w terapii schematu zaburzeń osobowości. *Psychoterapia* 2010; 4(152): 53-66.
20. Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, Dirksen C, van Asselt. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: psychotherapy. *Archives of General Psychiatry* 63; 649-658.
21. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. A multiwave RCT Evaluating three treatments for borderline personality disorder. *American Journal Psychiatry* 2007; 164: 922-928.
22. Koenigsberg HW, Kernberg OF, Haas G, Lotterman A, Rockland L, Selzer M. Development of a scale for measuring techniques in the psychotherapy of borderline patients. *J Nerv Ment Dis* 1985; 173(7): 424-431.
23. Kernberg OF, Michels R. Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry* 2009; 166: 505-508.

Adres do korespondencji:

Tytus Koweszko
Klinika Psychiatrii Oddziału Fizjoterapii
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie
Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia
im. prof. Jana Mazurkiewicza
05-802 Pruszków, ul. Partyzantów 2/4
tel.: (22) 758-63-71, fax: (22) 758-75-70
e-mail: koweszko@gmail.com