

Elementarz psychoterapii skoncentrowanej na przeniesieniu w pracy z pacjentem borderline

Frank E. Yeomans, John F. Clarkin i Otto F. Kernberg



Dolnośląskie Centrum
Psychodynamiczne

Elementarz psychoterapii skoncentrowanej na przeniesieniu w pracy z pacjentem borderline

Frank E. Yeomans,
John F. Clarkin i Otto F. Kernberg



Dolnośląskie Centrum
Psychodynamiczne

Elementarz psychoterapii skoncentrowanej na przeniesieniu w pracy z pacjentem borderline

Frank E. Yeomans,
John F. Clarkin i Otto F. Kernberg



Dolnośląskie Centrum Psychodynamiczne
Wrocław 2024

Tytuł oryginału

A primer of transference-focused psychotherapy for the borderline patient

Autorzy

Frank E. Yeomans, John F. Clarkin i Otto F. Kernberg

Tłumaczenie, redakcja i korekta tekstu

Anna Rudkowska-Mytych, Monika Mielcarek red-kor

Projekt graficzny i typograficzny oraz okładka

Marcin Szewczyk-Wilgan

typograficznie.pl

Skład i łamanie

DTP Studio Michał Kośnik

Wydawca

Dolnośląskie Centrum Psychodynamiczne

Andrzej Trzęsicki, Piotr Musiał Spółka Jawna

NIP 8992997784

Al. Lipowa 22/2, 53-124 Wrocław

psychodynamika-dcp.pl

Copyright © by Dolnośląskie Centrum Psychodynamiczne, Wrocław 2024

Wydanie pierwsze

ISBN 978-83-971561-0-4

Przetłumaczone i opublikowane w języku polskim w porozumieniu z Rowman & Littlefield Publishing Group, Inc. Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie, udostępnianie i rozpowszechnianie całości lub fragmentów publikacji bez pisemnej zgody obu wydawnictw zabronione.

Autorzy dołożyli starań, aby wszystkie informacje zawarte w tej książce były aktualne w momencie jej publikacji i zgodne z ogólnymi standardami psychiatrycznymi i medycznymi oraz aby informacje dotyczące dawkowania leków, planów leczenia i sposobów podawania były zgodne ze standardami ustalonymi przez Amerykańską Agencję ds. Żywności i Leków (FDA) oraz środowisko medyczne. W miarę postępu badań i praktyki medycznej standardy terapeutyczne mogą jednak ulec zmianie. Co więcej, w szczególnych sytuacjach może być konieczne zastosowanie specyficznych metod terapeutycznych, które nie zostały uwzględnione w tej książce. Z tych powodów oraz ze względu na to, że czasami występują błędy ludzkie i proceduralne, zalecamy czytelnikom stosowanie się do zaleceń lekarzy bezpośrednio zaangażowanych w opiekę nad pacjentami lub członkami ich rodzin.

Spis treści

Od wydawcy 11

Wstęp 13

CZĘŚĆ I. Kim są pacjenci? Problemy diagnostyczne

1. Jak definiuje się zaburzenie osobowości typu borderline (ang. *borderline personality disorder*, BPD)? 16
2. Czym jest organizacja osobowości borderline (ang. *borderline personality organization*, BPO) oraz w jaki sposób zapewnia szersze rozumienie i ramy konceptualne niż zaburzenie osobowości borderline (BPD)? 17
3. Jak rozumiana jest dyfuzja tożsamości? 20
4. Na czym polega „prawidłowe testowanie rzeczywistości”? 20
5. Jak można wyjaśnić działanie prymitywnych mechanizmów obronnych? 20
6. Jak teoria relacji z obiektem odnosi się do zaburzeń osobowości typu borderline i terapii skoncentrowanej na przeniesieniu (TFP)? 22
7. Jak rozumiane są mechanizmy obronne w kategoriach relacji z wewnątrznie zinternalizowanymi obiektami? 26
8. Czym różni się rozwój wewnętrznej struktury psychicznej u osób bez zaburzenia osobowości borderline (BPD) w porównaniu do osób z BPD? 29
9. Czym jest struktura psychiczna? 31
10. Czy istnieją takie okoliczności, w których dorośli bez zaburzenia borderline funkcjonują na rozszczepionym poziomie organizacji psychicznej? 31
11. Jakiej dynamiki interakcji – wewnątrz oraz pomiędzy diadami relacji z obiektem – można oczekiwać w prymitywnie zorganizowanej rozszczepionej psychice? 32
12. Jak dokonujemy oceny organizacji osobowości z pogranicza (BPO) i zaburzeń osobowości z pogranicza (BPD)? 33
13. Co determinuje formowanie się organizacji osobowości typu borderline? 35

CZĘŚĆ II. Jaka jest istota leczenia?

- 14. Czym jest TFP? 40
- 15. Jakie są kryteria kwalifikujące do TFP i dyskwalifikujące pacjentów z możliwości skorzystania z tej formy terapii? 41
- 16. Czy obok wyraźnie określonych kryteriów wykluczenia istnieją inne determinujące czynniki prognostyczne? 42
- 17. Jakich zmian można się spodziewać po TFP? 44
- 18. W jaki sposób TFP modyfikuje tradycyjny model psychoterapii psychodynamicznej w celu stworzenia leczenia dostosowanego do specyfiki pacjentów borderline? 45
- 19. Jakie są główne alternatywne sposoby leczenia BPD i BPO? 47

CZĘŚĆ III. Strategie terapeutyczne

- 20. Czym są strategie terapeutyczne? 50
- 21. Jakie strategie terapeutyczne możemy wyróżnić? 50

CZĘŚCI IV oraz IV-A. Metody leczenia

- 22. Jakie są metody leczenia? 58
- 23. Czy terapia rozpoczyna się na pierwszej sesji? 59
- 24. Co składa się na adekwatną ocenę diagnostyczną? 60
- 25. Czy możliwe jest włączanie innych osób, oprócz pacjenta, do procesu diagnostycznego? 60
- 26. Co mówić pacjentowi po wstępnej diagnozie? 62
- 27. Kiedy z pacjentem ustalany jest kontrakt? 64
- 28. Jakie założenia teoretyczne kryją się w kontrakcie terapeutycznym? 65
- 29. Jakie są uniwersalne elementy kontraktu terapeutycznego? 70
- 30. Jakie są elementy kontraktu specyficzne dla indywidualnego pacjenta? 71

31. Jak sprawić, żeby lęk przed możliwością popełnienia samobójstwa przez pacjentów nie rozpraszał mnie w pracy? **74**
32. A co z pacjentami, którzy bardzo często dzwonią do terapeuty? **77**
33. Jakie rozmowy telefoniczne są odpowiednie? **78**
34. Co należy zrobić, jeśli pacjent narusza kontrakt terapeutyczny? **79**
35. Kiedy i w jaki sposób terapeuta przechodzi od fazy omawiania kontraktu i settingu do terapii jako takiej? **81**
36. Jakie są najbardziej powszechne sposoby interwencji terapeuty mających chronić ramy terapii? **81**
37. Czym jest wtórna korzyść i dlaczego ważne jest jej wyeliminowanie? **83**

CZĘŚĆ IV-B. Wybór priorytetowego problemu do rozwiązania

38. W jaki sposób podjąć decyzję, do której treści się odnieść, jeśli terapeuta w trakcie sesji uzyskuje wiele informacji? **86**
39. Jak rozumieć ekonomiczne, dynamiczne i strukturalne zasady, które ukierunkowują uwagę terapeuty? **86**
40. Jakie są trzy kanały komunikacji? **88**
41. Jaka jest hierarchia priorytetów w odniesieniu do materiału prezentowanego na sesji? **90**
42. W jaki sposób terapeuta używa wskazanej hierarchii w trakcie sesji? **91**
43. Który z punktów listy jest szczególnym wyzwaniem dla terapeuty? **93**
44. Czy istnieje wyraźny rozdział między odnoszeniem się do przeszkód w terapii a odnoszeniem się do pracy analitycznej samej w sobie? **94**

CZĘŚĆ IV-C. Pozostałe taktyki

45. W jaki sposób terapeuta utrzymuje równowagę pomiędzy badaniem niespójności między obrazem rzeczywistości pacjenta a własnym i znajdowaniem wspólnych aspektów rzeczywistości? **98**
46. Dlaczego jest tak ważne, by mieć świadomość zarówno pozytywnych, jak i negatywnych aspektów przeniesienia? **103**

CZĘŚĆ V. Techniki terapeutyczne

- 47. Jakich technik używa się w psychoterapii skoncentrowanej na przeniesieniu (TFP)? **108**
- 48. Jak w TFP rozumie się klaryfikację? **108**
- 49. Jak w TFP rozumie się konfrontację? **110**
- 50. Jak rozumie się interpretację? **111**
- 51. Jakie wyróżnia się poziomy interpretacji? **112**
- 52. Jak należy podawać interpretacje pacjentowi? **116**
- 53. W jaki sposób terapeuta dokonuje analizy prymitywnych obron w przeniesieniu? **119**
- 54. Czym jest techniczna neutralność i jak ją stosować w TFP? **123**
- 55. W jaki sposób terapeuta obserwuje swoje przeciwprzeniesienie i włącza zdobyte w ten sposób informacje do procesu terapii? **126**

CZĘŚĆ VI. Przebieg terapii po zawarciu kontraktu

- 56. Jakie fazy TFP możemy wyróżnić? **128**
- 57. Czy postępy w terapii są zwykle liniowe? **128**
- 58. Jakie problemy mogą się pojawić we wczesnej fazie terapii?
I – Testowanie settingu/kontraktu **129**
- 59. Problemy we wczesnej fazie terapii II –
W wypowiedziach pacjenta jest niewiele istotnych treści,
ważne informacje przejawiają się raczej w jego działaniach **132**
- 60. Problemy we wczesnej fazie terapii III – Terapeucie trudno
poradzić sobie z tym, że stał się dla pacjenta aż tak ważny **134**
- 61. W jaki sposób terapeuta radzi sobie
z wybuchami emocjonalnymi pacjenta? **136**
- 62. Jak rozpoznać postępy w TFP? **138**
- 63. Jakie są oznaki, że pacjent zbliża się do końca terapii, i w jaki sposób
terapeuta konceptualizuje zakończenie terapii i rozmawia o nim? **139**

CZĘŚĆ VII. Kilka typowych ścieżek leczenia

64. Czy możliwe jest określenie kilku typowych ścieżek leczenia, które ilustrowałyby zasady TFP, w miarę jak terapia postępuje? **144**

CZĘŚĆ VIII. Powszechne trudności w leczeniu

65. Jak terapeuta radzi sobie z zagrożeniem rezygnacji pacjenta z terapii? **164**
66. Czy pacjenci z doświadczeniem seksualnego i/lub fizycznego wykorzystania w dzieciństwie mogą skutecznie podjąć terapię TFP? **167**
67. Czy hospitalizacja jest wskazana w trakcie leczenia? **169**
68. Czy terapeuta powinien odwiedzić pacjenta w szpitalu, jeśli ten został przyjęty na hospitalizację? **172**
69. Jaka jest rola farmakoterapii w TFP? **172**
70. Kto powinien przepisywać leki? **177**
71. Jakie są najbardziej typowe znaczenia leków w przeniesieniu? **178**
72. Jak radzić sobie z kryzysami powstałymi w związku z przerwą w leczeniu? **178**
73. Jak terapeuta radzi sobie z intensywnym przeniesieniem erotyzowanym? **179**

CZĘŚĆ IX. Wymagania do prowadzenia TFP

74. Jakie są podstawowe umiejętności konieczne do prowadzenia omawianego leczenia? **182**
75. Jakie formy i poziomy superwizji są konieczne/zalecane? **185**

CZĘŚĆ X. Praktyczne kwestie dotyczące wdrażania leczenia

- 76. Jak można skorzystać z konsultacji w zakresie TFP u pacjentów z BPO lub zorganizować grupę superwizyjną? **188**
- 77. Jak zorganizować zastępstwo na czas nieobecności terapeuty? **188**
- 78. Co zrobić, jeśli jestem zatrudniony w klinice, która nie sprzyja prowadzeniu terapii z częstotliwością dwa razy w tygodniu? **189**
- 79. Czy istnieją dane empiryczne potwierdzające skuteczność TFP? **189**

Nota końcowa **194**

Bibliografia **195**

Literatura polecana **200**

■ Od wydawcy

Szanowni Państwo,
z wielką radością przekazujemy w Państwa ręce tę wyjątkową książkę. Podobnie jak umiejętność czytania otwiera przed nami nowe światy, poszerzając horyzonty i sprawiając, że rzeczywistość staje się bogatsza, tak zgłębianie tego elementarza dostarcza nowych narzędzi i perspektyw w pracy psycho-
terapeutycznej. Dzięki niemu proces diagnostyczny i terapeutyczny nabiera głębi i precyzji, umożliwiając bardziej efektywną pomoc pacjentom.

Wrocław, sierpień 2024 r.

Andrzej Trzęsicki
Dolnośląskie Centrum Psychodynamiczne

Dla Clary M. Yeomans

Wstęp

Praca z pacjentami borderline jest uważana za jedno z największych wyzwań w dziedzinie zdrowia psychicznego. Nieustające wysiłki w badaniu tej patologii oraz w udoskonalaniu metod terapeutycznych na szczęście zaowocowały bardziej efektywnym podejściem do leczenia. Psychoterapia skoncentrowana na przeniesieniu (ang. *transference-focused psychotherapy*, TFP) jest najbardziej rozwiniętym, opartym na psychodynamicznych tezach, leczeniem zaburzeń osobowości borderline oraz szerszej kategorii – organizacji osobowości borderline. TFP oferuje podejście, które zasadniczo przyjmuje zorientowany indywidualnie etos pracy psychoanalitycznej, ale jest ono tak usystematyzowane, że mogą się go nauczyć i stosować je terapeuci z innych kierunków szkolenia.

Jesteśmy wdzięczni naszemu wydawcy, Jasonowi Aronsonowi, za złożenie propozycji opisanego sposobu leczenia w formie, która będzie bardziej przystępna dla studentów i klinicystów (którzy mogli mieć wątpliwości co do uwzględnienia podejścia często uznawanego za ezoteryczne i abstrakcyjne) oraz doświadczonych terapeutów psychodynamicznych, którzy potrzebują pomocy w leczeniu pacjentów borderline. Jest też wiele innych osób, którym chcielibyśmy podziękować: naszym pacjentom, których wysiłek jest największy, którzy zarówno nas uczą, jak i uczą się od nas; naszym studentom, zwłaszcza tym z ośrodków: White Plains, New York; Quebec; Munich; Amsterdam; Leiden, Holandia; Maastricht, Holandia; Lozanna, Szwajcaria, zadającym nam pytania i przedstawiającym problemy, które pomogły nam rozwinąć nasz sposób myślenia; szefowi naszego departamentu, dr. Jackowi Barchasowi, który bardzo nas wspierał w ramach Personality Disorders Institute (PDI) w Weill Cornell School of Medicine; naszym kolegom z PDI, którzy zapewnili nam wymagającą i wspierającą atmosferę akademicką, w ramach której mamy nadzieję kontynuować generowanie idei i udoskonalanie metod leczenia; oraz naszym sekretarkom – Lillian Conklin, Ninie Huzie i Louise Taitt, które niezwykle mocno nas wspierały i towarzyszyły nam przy pracy.