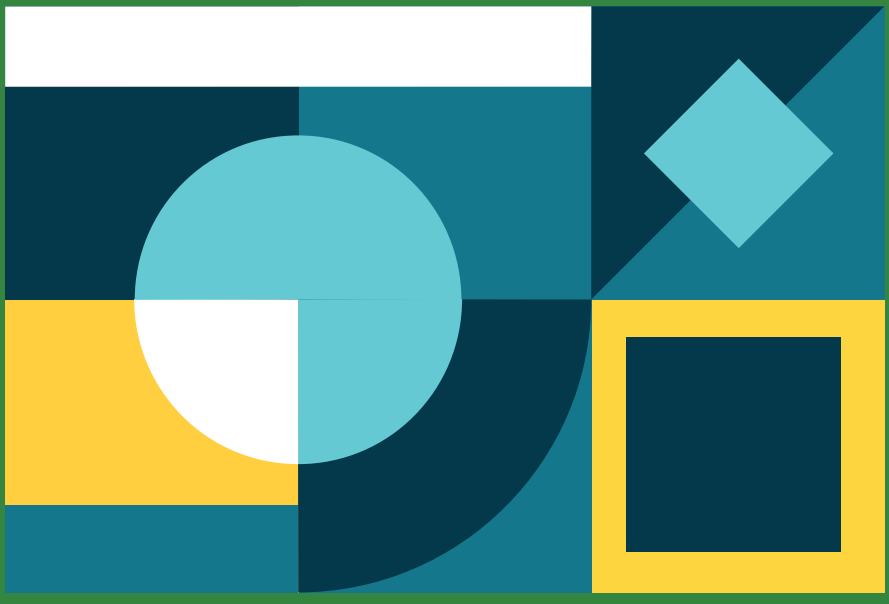
Wdrażanie zasad psychoterapii skoncentrowanej na przeniesieniu

Ogólna opieka psychiatryczna w zaburzeniach osobowości

Pod redakcją
Richarda G. Hersha i Chiary De Panfilis



Springer

Dolnośląskie Centrum Psychodynamiczne

Wdrażanie zasad psychoterapii skoncentrowanej na przeniesieniu

Springer

Dolnośląskie Centrum Psychodynamiczne

Wdrażanie zasad psychoterapii skoncentrowanej na przeniesieniu

Ogólna opieka psychiatryczna w zaburzeniach osobowości

Pod redakcją
Richarda G. Hersha i Chiary De Panfilis



Dolnośląskie Centrum Psychodynamiczne
Wrocław 2026

Tytuł oryginału
Implementing transference-focused psychotherapy principles:
General psychiatric care for personality disorders

Redaktorzy
Richard G. Hersh (Katedra Psychiatrii Columbia Vagelos College of Physicians & Surgeons w Nowym Jorku, USA)
Chiara De Panfilis (Katedra Medycyny i Chirurgii, Zakład Neuronauk Uniwersytetu w Parmie, Włochy)

Tłumaczenie
Judyta Kozicka – rozdział 13, indeks
Magdalena Mucha – przedmowa, rozdziały 1–6
Renata Niemczynowicz – rozdziały 7–12

Redakcja i korekta tekstu
Monika Mielcarek red-kor

Projekt graficzny i typograficzny oraz okładka
Marcin Szewczyk-Wilgan
typograficznie.pl

Skład i łamanie
Aleksandra Hajduk-Wojas

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 2026
Copyright © by Springer Nature Switzerland AG, 2024

Wydanie pierwsze
ISBN 978-83-971561-6-6

First published in English under the title "Implementing Transference-Focused Psychotherapy Principles", by Richard G. Hersh and Chiara De Panfilis, 1st edition. This edition has been translated and published under licence from Springer Nature Switzerland AG. Springer Nature Switzerland AG takes no responsibility and shall not be made liable for the accuracy of the translation.

Wszystkie prawa zastrzeżone. Zabrania się przedrukowywania, kopiowania czy wykorzystywania jakiejkolwiek części książki w jakiejkolwiek formie – czy to za pomocą środków elektronicznych, mechanicznych, czy innych znanych teraz lub wynalezionych w późniejszym okresie, w tym przez kopiowanie, nagrywanie lub przechowywanie treści, włączając w to gromadzenie i przechowywanie informacji – bez zgody uzyskanej na piśmie od wydawców.

Użycie ogólnych nazw opisowych, nazw zastrzeżonych, znaków towarowych, znaków usługowych itd. w niniejszej publikacji nie oznacza, nawet w przypadku braku wyraźnego wskazania, że nazwy te są zwolnione z odpowiednich przepisów ochronnych i regulacji, a tym samym są dostępne do ogólnego użytku.

Wydawcy, autorzy i redaktorzy przyjmują, że zawarte w tej książce porady i informacje są uznawane za prawdziwe i dokładne w momencie publikacji. Ani wydawcy, ani autorzy, ani redaktorzy nie udzielają żadnej gwarancji, wyraźnej ani dorozumianej, co do treści zawartych w niniejszym opracowaniu ani co do ewentualnych błędów lub pominięć. Wydawcy zachowują neutralność w odniesieniu do roszczeń jurysdykcyjnych dotyczących publikowanych lokalizacji i afiliacji instytucjonalnych.

Spis treści

Wykaz skrótów ***7***
Od wydawcy ***11***
Przedmowa ***15***

Część I. Koncepcje i modele

1. Richard G. Hersh, Chiara De Panfilis
   Wprowadzenie w kierunku stworzenia podejścia psychoterapii skoncentrowanej na przeniesieniu (TFP) do zastosowania w dziedzinie zdrowia psychicznego ***21***
2. John F. Clarkin, Eve Caligor, Julia Sowislo, Diana Diamond, Frank Yeomans
   Rozwój i ewolucja psychoterapii skoncentrowanej na przeniesieniu (TFP). Fundamenty rozszerzenia zastosowań terapeutycznych ***55***
3. Michael Rentrop, Maria Lidia Gerra, Chiara De Panfilis
   Świadoma psychoedukacja w psychoterapii skoncentrowanej na przeniesieniu (TFP) ***87***

Część II. Zasady psychoterapii skoncentrowanej na przeniesieniu (TFP) w określonych warunkach leczenia zdrowia psychicznego

4. Chiara De Panfilis, Paolo Ampollini, Giulia Ciccone, Francesca Palombi, Sergio Dazzi
   Psychoterapia skoncentrowana na przeniesieniu (TFP) w ramach środowiskowej, wielodyscyplinarnej, ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej ***137***
5. Tennyson Lee, Jo-Anna Van den Bosch
   Wykorzystanie zasad psychoterapii skoncentrowanej na przeniesieniu (TFP) w ramach Narodowej Służby Zdrowia w Wielkiej Brytanii ***175***
6. Eulàlia Ripoll, Maya Krischer, Joan Vegué Grilló
   Zastosowanie zasad psychoterapii skoncentrowanej na przeniesieniu (TFP) w warunkach szpitala z oddziałem dziennym dla dorosłych i młodzieży ***209***
7. Birger Dulz, Bernhard Grimmer, Mathias Lohmer, Olga Wlodarczyk, Gerhard Dammann
   Korzystanie z zasad psychoterapii skoncentrowanej na przeniesieniu (TFP) w terapii krótkoterminowej oraz w warunkach przedłużonej psychoterapii na oddziale szpitalnym ***251***

8. Miguel Angel Gonzalez Torres, Luis Valenciano
Zasady psychoterapii skoncentrowanej na przeniesieniu (TFP) dla specjalistów ds. zdrowia psychicznego pracujących w trybie zaostrzonej opieki ***295***
9. Maria Jesus Rufat, Joan Vegué Grilló
Korzystanie z zasad psychoterapii skoncentrowanej na przeniesieniu (TFP) w zintegrowanym systemie opieki ***325***
10. Bernhard Grimmer, Benjamin Kraus, Maya Krischer, Christiane Rösch, Sandra Vohl
Terapia grupowa oparta na zasadach psychoterapii skoncentrowanej na przeniesieniu (TFP) ***359***

Część III. Zasady psychoterapii skoncentrowanej na przeniesieniu (TFP) w pracy z określonymi populacjami pacjentów

11. Fritz Lackinger
Korzystanie z zasad psychoterapii skoncentrowanej na przeniesieniu (TFP) w leczeniu pacjentów psychiatrii sądowej ***393***
12. Richard G. Hersh, Mark Petrini, Elisa Bergonzini, Maria Moscara
Zastosowanie zasad psychoterapii skoncentrowanej na przeniesieniu (TFP) w leczeniu współwystępowania zaburzeń somatycznych i zaburzeń osobowości ***453***
13. Alfons Icart, Teresa Ribalta
Wykorzystanie zasad psychoterapii skoncentrowanej na przeniesieniu (TFP) w interwencji rodzinnej dla adolescentów z zaburzeniami osobowości ***495***

Literatura uzupełniająca ***529***

Indeks rzeczowy ***531***

Wykaz skrótów

ACT (*assertive community treatment*) – zespoły leczenia środowiskowego
AIT (*adolescent identity treatment*) – leczenie tożsamości nastolatków
AMPD (*alternative model for personality disorders*) – alternatywny model zaburzeń osobowości
APA (American Psychiatric Association) – Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne
APDQ (*Attitude to Personality Disorder Questionnaire*) – kwestionariusz postaw wobec zaburzeń osobowości
BDI-II (*Beck Depression Inventory II*) – inwentarz depresji Becka II
BIS-11 (*Barratt Impulsiveness Scale*) – skala impulsywności Barratta
BPC (British Psychoanalytic Council) – Brytyjska Rada Psychoanalityczna
BPD (*borderline personality disorder*) – zaburzenia osobowości typu borderline
BPD-CL (*The Borderline Personality Disorder Checklist*) – lista kontrolna zaburzenia osobowości typu borderline
BPO (*borderline personality organization*) – organizacja osobowości typu borderline
BPQ (*Borderline Personality Questionnaire*) – kwestionariusz osobowości borderline
CAPU (*child and adolescent psychiatry unit*) – oddział psychiatrii dzieci i młodzieży
CAT (*cognitive analytic therapy*) – terapia poznawczo-analityczna
CBT (*cognitive-behavioral therapy*) – terapia poznawczo-behawioralna
CCPDQ (*Clinical Confidence with Personality Disorder Questionnaire*) – kwestionariusz kompetencji w pracy z pacjentami z zaburzeniami osobowości
CGI-BPD (*Clinical Global Impression for Patients with Borderline Personality Disorder*) – kliniczna globalna ocena nasilenia objawów u pacjentów z zaburzeniem osobowości typu borderline
CMHT (*Community Mental Health Team*) – środowiskowy zespół ds. zdrowia psychicznego
CPB-SSM – Centre Psicoteràpia Barcelona – Serveis Salut Mental
CTQ (*Childhood Trauma Questionnaire*) – kwestionariusz traumy wczesnodziecięcej
CUSP – Centre for the Understanding of Personality
D-A-CH (D = Niemcy, A = Austria, CH = Szwajcaria) – kraje niemieckojęzyczne
DAPP (*Dimensional Assessment of Personality Pathology*) – wymiarowa ocena patologii osobowości
DBT (*dialectical behavioral therapy*) – dialektyczna terapia behawioralna
DIB-R (*Diagnostic Interview for Patients with Borderline Disorder – Revised*) – poprawiona wersja wywiadu diagnostycznego dla pacjentów z zaburzeniami osobowości typu borderline

DMH (*department of mental health*) – ośrodek zdrowia psychicznego

DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) – *Diagnostyczny i statystyczny podręcznik zaburzeń psychicznych*

DST (*disorder specific treatment*) – leczenie specyficzne dla zaburzenia

ECP (*therapy delivered by experienced community psychotherapists*) – terapia prowadzona przez doświadczonych psychoterapeutów środowiskowych

ELFT – Tower Hamlet's East London NHS Foundation Trust

EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing*) – terapia odwrażliwiania i ponownego przetwarzania informacji za pomocą ruchów gałek ocznych

FO – Fundació Orienta

FSSV (*Fragebogen zu selbstverletzendem Verhalten*) – kwestionariusz dotyczący zachowań samookaleczających

GPM* (*general psychiatric management*) – ogólne leczenie psychiatryczne

GPM (*good psychiatry management*) – dobra praktyka psychiatryczna

IATSO (International Association for the Treatment of Sex Offenders) – Międzynarodowe Towarzystwo ds. Leczenia Przestępców Seksualnych

IMT (*integrative multidisciplinary treatment*) – integratywne leczenie multidyscyplinarne

IIP-D (*Inventory of Interpersonal Problems*) – inwentarz problemów interpersonalnych

IPDE (*International Personality Disorder Examination*) – międzynarodowe badanie zaburzeń osobowości

IPO-A (*Inventory of Personality Organization for Adolescents*) – inwentarz organizacji osobowości dla adolescentów

ISTFP (International Society for Transference-Focused Psychotherapy) – Międzynarodowe Towarzystwo Psychoterapii Skoncentrowanej na Przeniesieniu

IT (*institutional therapy*) – terapia instytucjonalna

LPFS (*level of personality functioning scale*) – skala poziomu funkcjonowania osobowości

KIP (*kathatymic imaginative psychotherapy*) – katatymiczna psychoterapia wyobrażeniowa

MBT (*mentalization-based treatment*) – terapia oparta na mentalizacji

MBT-ASPD (*mentalization-based therapy for antisocial personality disorder*) – terapia oparta na mentalizacji dla pacjentów z antyspołecznym zaburzeniem osobowości

MHC (*mental health center*) – centrum zdrowia psychicznego

MHT (*Mental Health Trust*) – fundusz zdrowia psychicznego

NHS (National Health Service) – brytyjska Narodowa Służba Zdrowia

NICE (National Institute for Health and Care Excellence) – Narodowy Instytut Zdrowia i Doskonałości Klinicznej

* W literaturze anglojęzycznej skrót ten oznacza dwa różne pojęcia, których identyfikacja następuje na podstawie kontekstu [przyp. red.].

NPD (*narcissistic personal disorder*) – narcystyczne zaburzenie osobowości
NPO (*neurotic level of personality organization*) – neurotyczny poziom organizacji osobowości
NYSPI – New York State Psychiatric Institute
OAS-M (*Overt Aggression Scale Modified*) – zmodyfikowana skala jawnej agresji
OPD (*Operationalized Psychodynamic Diagnostic*) – zoperacjonalizowana diagnoza psychodynamiczna
OPD-KJ (*Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter*) – wywiad do oceny operacyjnej diagnostyki psychodynamicznej w dzieciństwie i okresie dojrzewania
ORT (*the object relations theory*) – teoria relacji z obiektem
PDI (Personality Disorders Institute) – Instytut Zaburzeń Osobowości
PID-5 (*Personality Inventory for DSM-5*) – kwestionariusz osobowości dla DSM-5
PKM (Psychiatrische Klinik Münsterlingen) – Klinika Psychiatryczna Münsterlingen
PTSD (*post-traumatic stress disorder*) – zespół stresu pourazowego
RF (*reflective functioning*) – funkcje refleksyjne
RFRS (*Reflective Functioning Rating Scale*) – skala funkcjonowania refleksyjnego
RFQ (*Reflective Functioning Questionnaire*) – kwestionariusz funkcji refleksyjnej
RP (*relapse-prevention programs*) – programy zapobiegania nawrotom
RSFS (*Reflective Self Functioning Scale*) – skala funkcjonowania refleksyjnego *self*
SCID-II (*Semi-Structured Clinical Interview for Axis II of DSM-IV*) – półstrukturalny wywiad mający na celu ocenę zaburzeń osobowości według DSM-IV, dotyczący osi II
SCID-5-PD (*Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders*) – ustrukturalizowany wywiad kliniczny do badania zaburzeń osobowości według DSM-5
SCL-90-R (*Symptom Checklist-90 – Revised*) – poprawiona wersja kwestionariusza objawowego SCL-90
SCM (*structured clinical management*) – ustrukturyzowane zarządzanie kliniczne
SerPD (*service for pathological dependences*) – ośrodek leczenia uzależnień
SFT (*schema-focused therapy*) – terapia schematów
SHQ (*Self Harm Questionnaire*) – kwestionariusz samouszkodzeń
SI (*structural interview*) – wywiad strukturalny
SLAM – South London and Maudsley NHS Trust
SPD (*severe personality disorder*) – poważne zaburzenie osobowości
SPM (*structured psychiatric management*) – ustrukturyzowane leczenie psychiatryczne
SPT (*supportive psychodynamic therapy*) – wspierająca terapia psychodynamiczna
SSN (Servizio Sanitario Nazionale) – włoska Narodowa Służba Zdrowia
STEPPS (*systems training for emotional predictability and problem solving*) – systemowe szkolenie z zakresu przewidywalności emocjonalnej i rozwiązywania problemów
STIPO (*Structured Interview for Personality Organization*) – strukturyzowany wywiad na temat organizacji osobowości

STIPO-F (*Forensically Supplemented Structured Interview on Personality Organization*) – strukturyzowany wywiad na temat organizacji osobowości uzupełniony o elementy sądowe

STIPO-R (*Structured Interview for Personality Organization – Revised*) – poprawiona wersja strukturyzowanego wywiadu na temat organizacji osobowości

SUN – Service User Network

TAU (*treatment as ustal*) – leczenie stosowane zwyczajowo

TFFP (*transference-focused forensic psychotherapy*) – psychoterapia sądowa skoncentrowana na przeniesieniu

TFP (*transference-focused psychotherapy*) – psychoterapia skoncentrowana na przeniesieniu

TFP-A (*transference-focused psychotherapy for adolescents*) – psychoterapia skoncentrowana na przeniesieniu dla młodzieży

TFP-PF (*transference-focused psychotherapy for parental functions*) – psychoterapia skoncentrowana na przeniesieniu w pracy nad funkcjami rodzicielskimi

YSR (*Youth Self-Report*) – kwestionariusz samoopisu młodzieży

WHOQOL-BREF (*World Health Organization Quality of Life Questionnaire*) – skrócona wersja kwestionariusza oceny jakości życia opracowanego przez WHO

ZAN-BPD (*Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder*) – skala Zanarini do oceny zaburzenia osobowości typu borderline

Od wydawcy

Z olbrzymią satysfakcją oddajemy w ręce polskich czytelników książkę *Wdrażanie zasad psychoterapii skoncentrowanej na przeniesieniu. Ogólna opieka psychiatryczna w zaburzeniach osobowości*. To kolejna publikacja w rozwijanej przez wydawnictwo Dolnośląskiego Centrum Psychodynamicznego serii poświęconej psychoterapii skoncentrowanej na przeniesieniu (ang. *transference-focused psychotherapy*, TFP).

Dotychczasowa polskojęzyczna literatura dotycząca TFP koncentrowała się przede wszystkim na przedstawieniu teoretycznych podstaw tej metody leczenia oraz jej stosowaniu w ramach pełnego procesu psychoterapeutycznego. Niniejsza pozycja podejmuje zagadnienie równie ważne, a dotąd niemal nieobecne na naszym rynku wydawniczym – pokazuje, w jaki sposób wiedzę i zasady wypracowane w ramach TFP można wykorzystać w codziennej opiece psychiatrycznej nad pacjentami z zaburzeniami osobowości.

Publikacja ta odpowiada na rzeczywiste i coraz wyraźniej dostrzegane potrzeby polskiej służby zdrowia. Osoby z zaburzeniami osobowości korzystają bowiem nie tylko z psychoterapii, lecz także z usług poradni zdrowia psychicznego, oddziałów psychiatrycznych, zespołów leczenia środowiskowego, izb przyjęć oraz innych placówek działających zarówno prywatnie, jak i w ramach świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Ich leczenie bywa długotrwałe i złożone, ale też wymagające emocjonalnie dla całych zespołów medycznych. Wymaga ono wszak zarówno wiedzy diagnostycznej, jak i spójnego rozumienia podopiecznego, jasno określonych zasad postępowania oraz umiejętnego reagowania na kryzysy i trudności pojawiające się w relacji terapeutycznej.

Szczególna wartość tej książki polega na tym, że nie ogranicza ona zasad TFP wyłącznie do gabinetu psychoterapeuty. Pokazuje, że sposób myślenia wypracowany w tym podejściu może porządkować leczenie również wtedy, gdy pełna psychoterapia skoncentrowana na przeniesieniu nie jest dostępna lub z różnych powodów nie może być prowadzona. Zasady dotyczące diagnozy strukturalnej, ustalania ram leczenia, formułowania kontraktu, rozumienia relacji pacjenta z personelem medycznym, pracy z intensywnymi emocjami oraz ograniczania niebezpiecznych zachowań mogą się składać na

wspólny język psychiatrów, psychologów, psychoterapeutów, pielęgniarek i pozostałych członków zespołu terapeutycznego.

W polskim piśmiennictwie brakowało dotąd pozycji, która w tak bezpośredni sposób łączyłaby koncepcje TFP z realiami ogólnej opieki psychiatrycznej. Dlatego wierzymy, że publikacja ta będzie pomocna nie tylko dla psychoterapeutów zajmujących się leczeniem zaburzeń osobowości, lecz także dla wszystkich profesjonalistów spotykających się z takimi pacjentami w swojej codziennej praktyce klinicznej. Może ona wspierać budowanie bardziej konsekwentnego, bezpiecznego i zintegrowanego modelu leczenia, a zarazem chronić zespoły medyczne przed chaosem, niespójnością działań oraz przeciążeniem emocjonalnym.

Wydając tę książkę, kontynuujemy rozwijanie portfolio wydawnictwa DCP, obejmującego wartościowe pozycje poświęcone psychoterapii o wysokich standardach klinicznych, zakorzenionej w rzetelnej teorii i opartej na dowodach naukowych. Zależy nam na udostępnianiu polskim czytelnikom książek, które nie tylko poszerzają wiedzę, lecz także realnie wpływają na jakość diagnozy, leczenia i organizacji opieki nad pacjentem. Mamy zatem nadzieję, że przedstawione w tej publikacji podejście przyczyni się do szerszego wykorzystywania zasad TFP w polskiej psychiatrii, a przede wszystkim do oferowania bardziej świadomej, spójnej i skutecznej opieki nad osobami z zaburzeniami osobowości.

Wrocław, sierpień 2026 r.

Andrzej Trzęsicki
Dolnośląskie Centrum Psychodynamiczne

Przedmowa

Upłynęło wiele czasu, odkąd Otto Kernberg zaczął rozwijać swoje strukturalne rozumienie zaburzeń osobowości, opierając się na pogłębiającym się pojęciu i ewolucji teorii relacji z obiektem. Pracując w renomowanej Fundacji Menningera w Stanach Zjednoczonych w latach 50. i 60. XX w., autor rozważał problem pomocy pacjentom, których krucha siła ego nie pozwalała na zastosowanie ówcześnie praktykowanego w przeważającej części przypadków modelu psychoanalitycznego. Zamiast porzucić ten model, podjął się zadania zrozumienia i doprecyzowania jego istoty oraz zmodyfikowania sposobu jego stosowania w odniesieniu do populacji leczonych osób, którą obecnie określamy mianem „zorganizowanej na poziomie borderline".

Przez wiele lat praca Kernberga koncentrowała się na leczeniu pacjentów w długoterminowej psychoterapii indywidualnej, której celem była zmiana strukturalna ich osobowości. W ujęciu praktycznym zmiana strukturalna oznacza, że oprócz redukcji objawów możemy oczekiwać modyfikacji fundamentalnego, subiektywnego poczucia siebie i innych. Tego rodzaju metamorfoza może prowadzić do głębokiej poprawy jakości życia danej osoby.

Kernberg i jego współpracownicy z Instytutu Zaburzeń Osobowości (Personality Disorders Institute, PDI) przy Weill Cornell Medical Center opisali rozwijającą się wtedy formę leczenia, która z czasem w licznych publikacjach została nazwana „psychoterapią skoncentrowaną na przeniesieniu" (ang. *transference-focused psychotherapy*, TFP). Modelem tym zainteresowali się terapeuci w wielu krajach na całym świecie. W 2012 r. jego zwolennicy utworzyli Międzynarodowe Towarzystwo Psychoterapii Skoncentrowanej na Przeniesieniu (International Society for Transference-Focused Psychotherapy, ISTFP). Z czasem model zaczął być nauczany w coraz większej liczbie programów szkoleniowych z zakresu psychiatrii, psychologii i innych form terapii. Niestety niektóre z tych programów miały ograniczone możliwości prowadzenia długoterminowej psychoterapii indywidualnej. Zamiast jednak uznać, że model nie jest odpowiedni względem ich warunków klinicznych, osoby szkolące się w tym podejściu zwróciły uwagę nauczycielom, że być może owe koncepcje i techniki mogą być stosowane znacznie szerzej niż tylko w kontekście psychoterapii indywidualnej. Ta informacja zwrotna

doprowadziła do rozwoju tzw. stosowanej TFP (*applied TFP*), której różne warianty przedstawiamy w niniejszej książce.

Stosowana TFP opiera się na założeniu, że model terapii skoncentrowanej na przeniesieniu składa się z wielu komponentów, które w klasycznej formie leczenia funkcjonują jako spójna całość, choć mogą być również wykorzystywane oddzielnie w określonych kontekstach klinicznych. Komponenty te opierają się na teorii relacji z obiektem, która ujmuje wewnętrzne reprezentacje siebie i innych (*self*–obiekt) jako podstawowe elementy struktury psychicznej. Elementy te determinują rozmaite doświadczenia siebie i innych, jakie dana osoba przeżywa w różnych momentach w odpowiedzi na okoliczności zewnętrzne. Gdy poszczególne komponenty TFP są stosowane w poszczególnych kontekstach klinicznych, wyjściowa postawa wobec pacjenta pozostaje w dużej mierze niezmieniona – szczególną uwagę poświęca się relacji terapeutycznej, ponieważ zakłada się, że w przeniesieniu odtwarzają się wczesne doświadczenia relacyjne. Zrozumienie tego, co dzieje się „tu i teraz" w diadzie terapeutycznej, może pomóc w tolerowaniu zakłóceń relacji oraz w wyrażaniu empatycznej troski wobec pacjenta.

Ta koncepcja struktury psychicznej, która zostanie szerzej omówiona w rozdziale 2, doprowadziła do opracowania jasno określonego zestawu strategii, taktyk i technik terapeutycznych, które mogą być stosowane w pełnej formie w „klasycznym TFP" (długoterminowej terapii indywidualnej) albo selektywnie w innych kontekstach klinicznych. Należy przy tym wskazać, że zrozumienie, iż elementy TFP mogą być wykorzystywane bez konieczności realizowania pełnego modelu terapii, umożliwiło klinicystom kreatywne posługiwanie się poszczególnymi komponentami w zależności od potrzeb danego kontekstu czy to w terapii krótkoterminowej, leczeniu stacjonarnym lub na oddziałach dziennych, psychoterapii grupowej, farmakoterapii, czy w klasycznych konsultacjach internistycznych i wielu innych. Richard G. Hersh i Chiara De Panfilis przedstawiają kompleksowy przegląd rozwoju stosowanej TFP w rozdziale 1 prezentowanego tomu.

Choć oczywiste jest, że większość form stosowanej TFP nie realizuje ambitnych celów „klasycznej TFP" w zakresie zmiany struktury psychicznej jednostki, rozwój tego podejścia umożliwił klinicystom pracującym poza intensywną psychoterapią indywidualną korzystanie z koncepcji wewnętrznych reprezentacji siebie i innych oraz koncepcji istotności zachowania odpowiedniej struktury w każdej formie kontaktu klinicznego. Zwiększyło to zdolność specjalistów do empatii wobec doświadczeń pacjentów, poprawiło komunikację oraz pozwoliło na utrzymanie jasnych i adekwatnych ram pracy. Odpowiednia

struktura w TFP jest przy tym chroniona przez kontrakt terapeutyczny, który uwzględnia rzeczywistość zewnętrzną, czyli zachowanie pacjenta oraz jego sytuację życiową zarówno w trakcie terapii, jak i poza nią. To właśnie odróżnia TFP od bardziej tradycyjnej psychoanalizy, która koncentruje się wyłącznie na rzeczywistości wewnętrznej i powstrzymuje od strukturyzowania rzeczywistości zewnętrznej. Elementy tego kontraktu mogą być więc skutecznie stosowane w każdym kontekście, w którym wykorzystywane są zasady TFP.

Powstanie niniejszej książki zostało zainicjowane przez zmarłego Gerharda Dammanna, jedną z czołowych postaci w rozwoju stosowanej TFP. To bowiem Dammann i jego współpracownicy opublikowali pionierskie prace podkreślające wartość aplikowania zasad TFP w pracy z pacjentami na oddziałach zaostrzonej opieki. Chiara De Panfilis i Richard G. Hersh kontynuowali tę tradycję i zgromadzili w tym dziele teksty najważniejszych osób zaangażowanych w rozwój stosowanej TFP. Wśród autorów tej publikacji znajdują się czołowi przedstawiciele środowiska TFP nie tylko w Ameryce Północnej, lecz zwłaszcza w Europie Zachodniej, gdzie systemy opieki zdrowotnej częściej zapewniają dostęp do szerokiego zakresu opartych na dowodach metod leczenia oraz do różnych poziomów opieki potrzebnych pacjentom z poważnymi zaburzeniami osobowości.

Rozwój i rozszerzanie wpływu modelu Ottona Kernberga są świadectwem głębi tej koncepcji. Wieloletnie refleksje badacza nad naturą zaburzeń osobowości i sposobami ich leczenia łączyły bowiem główne elementy psychoanalizy i psychiatrii. Niniejszy tom stanowi jak dotąd najlepszy dowód na to, że wpływ jego pracy może być widoczny w licznych kontekstach leczenia, znacznie wykraczających poza gabinet terapii indywidualnej. Znamienne jest, że podejście wywodzące się z jego wczesnych obserwacji poczynionych w trakcie pracy na długoterminowych oddziałach szpitalnych, które w praktyce już nie istnieją w Stanach Zjednoczonych, znajduje dziś twórcze zastosowanie w szpitalach, na oddziałach dziennych i w innych kontekstach klinicznych na całym świecie.

Frank Yeomans
Katedra Psychiatrii Weill Cornell Medical College na Uniwersytecie Cornella
Columbia Vagelos College of Physicians & Surgeons
Nowy Jork, NY, USA

Stephan Doering
Katedra Psychoanalizy i Psychoterapii Uniwersytetu Medycznego w Wiedniu
Wiedeń, Austria

Indeks rzeczowy

acting in 342, 419
acting out 67, 237, 269, 316, 366,386, 388, 400, 404, 419, 432, 436, 472, 477, 496, 502, 505, 507, 513
agresja 60–67, 101, 238, 257, 371, 400, 401, 404, 405, 437, 509
alternatywny model zaburzeń osobowości (AMPD) 27, 66, 67, 99

badanie
  międzynarodowe badanie zaburzeń osobowości (IPDE) 232
brytyjska Narodowa Służba Zdrowia (NHS) 175–207
  fundusze zdrowia psychicznego 176, 178
  Knowledge and Understanding Framework (KUF) 178
  model leczenia 190, 191
  środowiskowe zespoły ds. zdrowia psychicznego (CMHT) 176, 180, 186, 187, 195–198
  zasady funkcjonowania 176, 177
  zastosowanie zasad TFP w różnych kontekstach leczenia 176
    Belfast Self Harm Personality Disorder Service 188, 189
    DeanCross 183–185, 188
    Lewisham PD Service 185–188
    SLAM Mental Health of Older Adults 191, 195
    Tower Hamlet's East London NHS Foundation Trust (ELFT) 194
Brytyjska Rada Psychoanalityczna 181

centrum zdrowia psychicznego 139, 142, 155, 156

deficyt 399, 415
diagnoza 177, 178, 189, 190
  opisowo-fenomenologiczna 412
  proces diagnostyczny 212, 213, 239, 416
  psychodynamiczna 395–397
  rozszerzona faza diagnostyczna 262, 264, 265
  zoperacjonalizowana diagnoza psychodynamiczna (OPD) 264, 265, 278
dobra praktyka psychiatryczna (GMP) 32, 90, 148–152
DSM-5
  Diagnostyczny i statystyczny podręcznik zaburzeń psychicznych 22, 99, 498
  zaburzenia osobowości w DSM-5 66, 67
dysregulacja
  emocjonalna 105, 199, 505
  zachowania 514

empatia 59–62, 74, 154, 404, 413
eksploracja 93, 94
  eksploracja (badanie) vs. adaptacja 149, 150
ekspresja emocjonalna 508, 515
epidemiologia 455, 485

farmakoterapia 112–114, 180, 310, 314

funkcja
kontenerująca 186, 260, 261, 288, 369, 415, 436, 437, 437, 444, 500
matczyna funkcja trawienna 435
refleksyjna 414, 415
rodzicielska 500–502, 512, 524
fuzja 408, 409

hiszpańska państwowa służba zdrowia
Centre Psicoteràpia Barcelona – Serveis Salut Mental (CPB-SSM) w Barcelonie 210, 326–353
BPOTP 326–338, 341–345, 347–353
cele programu 333–335
organizacja pracy zespołu w oparciu na zasadach TFP 333–335
wskaźniki oceny skuteczności 347
program 210–216
wskazania do leczenia 211, 212
wskaźniki oceny skuteczności 227
zasady TFP i konkretne modyfikacje 221
indywidualna TFP w programie 221–224
terapia grupowa oparta na TFP w programie 222, 223
RSBPO 331, 335–337, 347
Fundació Orienta (FO) 496–498
rejon obsługiwany przez ośrodek w Barcelonie 211, 212
Trastorno límite de la personalidad – TLP Group 188
hospitalizacja 308, 309, 469
cele 311, 467
stacjonarna w modelu TFP 298
warunki 299
wskazanie do hospitalizacji 254, 255, 257–259
indywidualna terapia TFP w warunkach stacjonarnych 267, 280
kontakt terapeutyczny 310
określenie głównego obszaru leczenia 253, 254
przyjęcie dobrowolne lub przymusowe 304, 307, 308
wykorzystanie zasad TFP w hospitalizacji psychiatrycznej 309–313

impulsy
destrukcyjne 369
kontrola impulsów 115, 218, 397, 402, 408, 409, 413
wzorce impulsywne 106
instrumentalizacja 404, 408, 411
Instytut Zaburzeń Osobowości (PDI) 15, 56, 81
integracja 409
pseudointegracja 402, 403
interpretacja 73–77, 372, 374
próbna 77
interwencja
„Family Connections” 91, 503
rodzinna 46, 502
cele 501, 504
forma nauczania 503, 519
strategie 506, 508
wskaźniki oceny skuteczności 520, 521
wytyczne dla rodzin 503
inwentarz
depresji Becka II (BDI-II) 233
organizacji osobowości dla adolescentów (IPO-A) 232
problemów interpersonalnych (IIP-D) 233
karty fotograficzne 383
klaryfikacja 119, 192, 222, 225, 226, 241, 282, 374, 375, 383, 387, 417, 418, 428, 473

komunikacja
kanały komunikacji 182, 193, 230, 266, 370, 377, 382, 383, 485, 508
monitorowanie 193
koncentracja na rzeczywistości zewnętrznej 41, 153, 168
konfrontacja 222, 225, 226, 282, 327, 374, 387
kontenerowanie 160, 508; *patrz też* funkcja kontenerująca
kontrakt terapeutyczny 225, 234, 237–241, 265, 266, 269, 272, 273, 310, 332, 337, 340, 341, 416, 459, 507, 511
korzyści wtórne z choroby 70, 235, 240, 297, 316, 337, 338, 416
kwestionariusz
dotyczący zachowań samookaleczających (FSSV) 233
funkcji refleksyjnej (RFQ) 213
kompetencji w pracy z pacjentami z zaburzeniami osobowości (CCPDQ) 197
objawowy SCL-90, wersja poprawiona (SCL-90-R) 213
oceny jakości życia opracowany przez WHO, skrócona wersja (WHOQOL--BREF) 329
osobowości borderline (BPQ) 521
osobowości dla DSM-5 (PID-5) 213
postaw wobec zaburzeń osobowości (APDQ) 196, 197
samoopisu młodzieży (YSR) 233
samouszkodzeń (SHQ) 521
traumy wczesnodziecięcej (CTQ) 213, 329

leczenie
integratywne leczenie wielodyscyplinarne (IMT) 30, 34
interwencja kryzysowa i ostre leczenie psychiatryczne w warunkach stacjonarnych 186, 187, 214, 253, 268, 285
ogólne leczenie psychiatryczne (GPM) 23, 26, 32, 43, 80, 115, 116
specyficzne dla zaburzenia (DST) 37
strukturyzowanie leczenia 117
tożsamości adolescenta (AIT) 30, 31
ustanawianie ram leczenia 184, 190
właściwe leczenie psychiatryczne 141–143
włączanie rodziny pacjenta do leczenia 337, 338

materiały dydaktyczne 228, 243, 289, 317, 348, 376, 486
mechanizmy
psychospołeczne 100, 109
obronne 60–62, 67, 68, 76, 100, 101, 109, 142, 146, 387, 403, 427, 467
prymitywne 159, 344, 498
medycyna wewnętrzna 486
mentalizacja 60, 75, 115, 119, 121, 163, 187, 211, 215, 218, 400, 403, 413
model
biopsychospołeczny 107
osiowy 405–412
analiza czynu przestępczego 397–399
doświadczenie choroby i warunki wstępne leczenia 407
integracja a instrumentalizacja seksualności 408, 411
integracja tożsamości i kontrola impulsów 408, 409
narcystyczna regulacja i rozwój superego 408–410
tożsamość, superego i seksualizacją 408

narcyzm
cechy narcystyczne 104
narcystyczne zaburzenia 410
regulacja narcystyczna 408–410
zaburzenie osobowości (NPD) 64, 89, 104, 185, 470
nauczanie
leczenia psychodynamicznego 71, 252, 288, 289
sposoby nauczania zasad TFP 191, 1985, 228, 243, 289, 348, 376, 454, 486
neutralność techniczna 39, 58, 73, 123, 193, 194, 220, 222, 225, 236, 366, 372–374, 388, 417, 508, 509
niemiecka państwowa służba zdrowia
Program Uniwersyteckiego Szpitala Dziennego w Kolonii 230–233, 378, 379
cele programu 234
modyfikacje TFP 235–237, 241, 242
wskaźniki oceny skuteczności 243
Nowojorski Instytut Psychiatryczny (NYSPI) 252
nozologia 60, 61

ocean borderline 501
ocena
kliniczna globalna ocena nasilenia objawów u pacjentów z zaburzeniem osobowości borderline (CGI-BPD) 213, 329, 520
pacjenta 47, 66, 69, 70, 122, 145, 329, 330, 336
wymiarowa ocena patologii osobowości (DAPP) 232
Oddział Psychiatrii Dzieci i Młodzieży 139, 142, 155, 156
odgrywanie *patrz acting out*
odpowiedzialność 88, 94, 124, 216, 218, 222, 225, 235, 236, 287, 310, 406, 513, 516
opieka
ambulatoryjna opieka po zakończeniu leczenia 414
oparta na zasadach TFP
aktywność terapeuty vs. reaktywność oraz neutralność 150
cele 137–148
doświadczenie korektywne vs. doświadczanie i rozumienie 143, 144, 150
elastyczność, pragmatyzm i eklektyzm 153
fazy interwencji i hierarchiczne cele 157–168
ocena zastosowania zasad TFP 145, 146
środowiskowa wielospecjalistyczna ambulatoryjna opieka psychiatryczna 138
wspieranie zapewnienia optymalnej opieki medycznej 472
współczesny standard opieki 42, 141, 178, 214, 255, 297, 330, 362, 379, 384, 483, 502
wzorce korzystania z opieki 456
zarządzanie przejściami pomiędzy poziomami opieki 332, 333
organizacja osobowości
borderline (BPO) 65, 69, 70, 209, 326, 495
a testowanie rzeczywistości 65, 66
cecha konstytutywna 65
poziom 70, 71
neurotyczna organizacja osobowości 60, 63, 64, 69, 70
poziomy organizacji osobowości 59, 60, 63–65
rozszczepione organizacje osobowości 118
zintegrowane organizacje osobowości 118

pacjenci
  cele pacjenta 338–340, 380, 381
  w starszym wieku 198–200
parasamobójczość 22, 188
patologia osobowości 56, 57
  implikacje dla parametrów leczenia 63
  model 59–61
  natura patologii 149
  nozologia 60
personel
  kontrakt pomiędzy personelem a nastoletnim pacjentem 238
  kontrakt pomiędzy personelem a rodzicami 239, 240
  postawy personelu medycznego 457, 458
perwersja
  egosyntoniczna perwersja złośliwa 411
  sprawca perwersyjny 404, 405
  transgresywna 411
podejście
  generalistyczne 23
  poznawczo-behawioralne (CBT) 30, 31, 89, 116, 180, 187, 201, 298, 394, 395
  wielomodalne podejście terapeutyczne 37, 593
podstawowy moduł sądowo-psychiatryczny 406, 407
proces separacji-indywiduacji 378, 499, 506, 517
program
  przekrojowy 214, 226–228
  psychoedukacyjny *patrz* psychoedukacja
projekcja 434, 435
prototypy 399–402
przeciwprzeniesienie
  monitorowanie przeciwprzeniesienia 35, 40, 166, 190, 220, 417, 420, 458, 509
  reakcje przeciwprzeniesieniowe 203
przeniesienie
  analiza przeniesienia 58, 194, 225, 412, 417
    w relacji terapeutycznej 121
  idealizujące 372, 429, 430
  instytucjonalne 327
  paranoidalne 344, 370, 427, 428
  pobudzająco-scalające 430, 431
  praca z pozytywnym i negatywnym przeniesieniem 371, 372
  psychopatyczne 426
  sadomasochistyczne 428, 429
  seksualno-sadystyczne 426, 430, 431
przestępczość
  analiza przestępstwa 397–399
  jawna przestępczość borderline 402, 403
  leczenie sprawców oparte na TFP, rys
  historyczny
    uzasadniona krytyka oraz podejście psychodynamiczne 395–397
    zwrot behawioralny i jego ograniczenia 394, 395
  odwrócenie ról w sytuacji terapeutycznej i w kontekście przestępstwa 421
  osoby nieletnie dopuszczające się czynów przestępczych – leczenie w tradycji psychoanalitycznej 397
  wzajemnie obronne diady relacyjne w sytuacji terapeutycznej i w kontekście przestępstwa 424, 425
psychiatria
  konsultacja psychiatryczna 464, 471
    początek konsultacji psychiatrycznej 468
    zorientowana na TFP 468, 476, 481
  konsultacyjna (CL) 488, 489
  sądowa 393–445
psychoedukacja 94, 95
  oparta na GPM 116

struktura programu psychoedukacyjnego 95–97
w zaburzeniu osobowości borderline 89, 92, 99
bliscy pacjentów 92, 103
ćwiczenia rozgrzewkowe 97
grupa i ramy leczenia 97, 98
ocena programu 124, 125
program psychoedukacyjny oparty na zasadach TFP 94
rozwój programu 107, 108
wspólne podejmowanie decyzji terapeutycznych z pracownikami ochrony zdrowia psychicznego 94
wzmacnianie nadziei na zmianę 93
zarządzanie kryzysem 121–124
zwiększenie wiedzy o chorobie 93
psychopatia
sprawcy psychopatyczni 397, 401–404
psychopatologia *patrz też* model osiowy
konteksty psychodynamiczne i prototypy 399–401
opisowa 397, 398
prototypy i ich cechy 401, 402
psychoterapia
bezpośrednia 184
grupowa 280–283
oparta na TFP 280, 281
indywidualna 215–221, 225
krótko- i długoterminowa psychoterapia stacjonarna 251
indywidualna TFP w warunkach stacjonarnych 188, 280
interwencja kryzysowa i ostre leczenie psychiatryczne w warunkach stacjonarnych 214, 268, 285, 286
przebieg hospitalizacji stacjonarnej opartej na TFP 261
określenie głównego obszaru leczenia 253
wskazania do stacjonarnej TFP 255
wskaźniki oceny skuteczności 288, 289
sądowa 405, 434, 435
pacjent psychiatrii sądowej
konteksty instytucjonalne 434–437
kontekst ograniczeń 436
sądowa skoncentrowana na przeniesieniu (TFFP) 396, 412, 415, 417–419, 423, 433, 441
dominująca diada relacji z obiektem 418–420
ramy leczenia i procedura techniczna 415–417
podręcznik 442–445
ramy leczenia w TFFP i procedura 415–417
strategie 416–424
skoncentrowana na przeniesieniu (TFP) *passim*
dla młodzieży (TFP-A) 233–245
grupowa oparta na zasadach TFP
w programie pobytu na oddziale dziennym 219, 220
integracja teoretyczna 31
krytyka 39–42
model indywidualnej i grupowej psychoterapii TFP-G 334
model leczenia i podejście kliniczne 36
formułowanie przypadku 70
model zmiany 68
struktura leczenia 71
nauczanie i superwizja 79
początki TFP 57, 58
podejścia terapeutyczne 71, 72
stosowana psychoterapia skoncentrowana na przeniesieniu 88, 89, 95, 96

podejście 28, 29
rozwój 461, 462
rozwój 16, 17, 21, 48, 56, 57, 77, 81
wykorzystanie podstawowych elementów TFP 72
zastosowanie
w określonych populacjach pacjentów i kontekstach leczenia 80, 81
w pracy nad funkcjami rodzicielskimi (TFP-PF) 495–497, 504–513, 519–524
w specyficznych środowiskach ochrony zdrowia psychicznego 44
w środowiskowych zespołach zdrowia psychicznego 22, 186, 187
wspierająca terapia psychodynamiczna (SPT) 22, 23, 413, 414

refleksyjność 151, 163
regulacja 409, 410
relacja
miłosna 274
model relacji polegający na pozostawaniu w kontakcie 91
pasożytnicza 501
romantyczna 369
seksualna 274, 369
terapeutyczna
asymetria 300, 301
z obiektem *patrz* teoria relacji z obiektem
rola
odgrywanie ról 421
pozostawanie w roli chorego 421
rozszczepienie
diady oparte na rozszczepieniu 104, 117
mechanizmy obronne oparte na rozszczepieniu 164, 220

samobójstwo 269
tendencje samobójcze
ostre 269
przewlekłe 278
samookaleczanie 105, 106, 244, 479
seksualność 274, 411
łagodnie neurotyczna 411
seksualizacja 404, 408
setting analityczny *patrz* kontrakt terapeutyczny
skala
funkcjonowania refleksyjnego (RFRS) 413, 415
funkcjonowania refleksyjnego *self* (RSFS) 403
impulsywności Barrata (BIS) 213, 329, 521
jawnej agresji, zmodyfikowana (OAS-M) 233
Likerta 197
poziomu funkcjonowania osobowości (LPFS) 63, 66
sojusz terapeutyczny 71, 337, 339
specjalista ds. zdrowia psychicznego 192, 301, 521
wspólne podejmowanie decyzji ze specjalistami ds. zdrowia psychicznego 122
substancje uzależniające 271–274
postępowanie w przypadku używania substancji psychoaktywnych 271, 272
suicydalność *patrz* samobójstwo
superego 404
regulacja 408–410
rozwój 408–410
superwizja 191, 192, 219, 234
model superwizji 192–194
oparta na TFP 156, 191, 192
ukierunkowana na TFP 191–193, 195, 198
syndrom pustego gniazda 516

szkolenie
młodych psychiatrów w TFP 194, 195
systemowe w zakresie przewidywalności emocjonalnej i rozwiązywania problemów (STEPPS) 23, 91, 115, 116, 180, 218, 334, 336, 343, 363
szpitalny oddział ratunkowy (SOR) 304
przyjęcie dobrowolne lub przymusowe 304, 307, 308
wykorzystanie zasad TFP 309–316
wypis z oddziału ratunkowego wraz z zaleceniami terapeutycznymi 304, 307
wypisanie ze szpitala wbrew zaleceniom lekarskim medycznym 312
szwajcarska państwowa służba zdrowia
Klinika Psychiatryczna Münsterlingen 361
Program Münsterlingen
cele programu 361
wskaźniki oceny skuteczności 369

świadoma zgoda 338, 339
świadczenie konsultacyjne 454

teoria relacji z obiektem 41, 45, 57–58, 61–64, 66–69, 81, 99, 165, 181, 232, 242
diady relacji z obiektem 74, 80, 222, 236, 241, 242, 366, 423–426, 432, 512, 523
dominujące 75, 236, 277, 278, 418, 420
psychoanalityczna 252
terapia
behawioralna 394
dialektyczna behawioralna (DBT) 22, 25, 30, 334, 336, 343, 363, 413, 414, 458, 503, 505, 506, 523
Gestalt 383
grupowa 256, 359–392
ambulatoryjna terapia grupowa 362, 367 368
komunikacja z wykorzystaniem trzech kanałów 370, 371
oparta na TFP 256, 280–283
stacjonarna terapia grupowa 368
cele 365–367
wskaźniki oceny skuteczności 375
przydatność programu 370
tryb grupy o założeniu podstawowym 365, 373, 374, 388
tworzenia par 364
walki i ucieczki 287, 459
zależności 364
wykorzystanie wolnych skojarzeń w grupie 370
instytucjonalna (IT) 213
odwrażliwiania i ponownego przetwarzania informacji za pomocą ruchów gałek ocznych (EMDR) 218, 334, 343
oparta na dowodach 42, 93, 116
oparta na mentalizacji (MBT) 115, 180, 181, 184–189, 212, 216, 217, 255
dla pacjentów z antyspołecznym zaburzeniem osobowości (MBT-ASPD) 398
poznawczo-analityczna (CAT) 180, 181, 197
schematów (SFT) 23, 26, 115, 116, 142, 180, 181, 255, 316
współpraca w terapii 116
testowanie rzeczywistości 60, 61, 64–66, 101, 107, 109, 145, 210, 306, 328, 399, 408–411, 414, 423, 465, 466
towarzystwo
Międzynarodowe Towarzystwo ds. Leczenia Przestępców Seksualnych (IATSO) 396
Międzynarodowe Towarzystwo Psychoterapii Skoncentrowanej na Przeniesieniu (ISTFP) 15, 27–29, 70, 80, 148, 180. 181, 187, 188, 233, 234

Towarzystwo Psychoanalityczne Irlandii Północnej 188
tożsamość 408, 409
integracja tożsamości 216, 409
rozproszenie tożsamości 209–211
tradycja
psychoanalityczna 57, 58, 181, 393, 394
w leczeniu osób dopuszczających się czynów przestępczych 393, 394
psychodynamiczna 395, 396
diagnostyka psychodynamiczna 441
konteksty psychodynamiczne i prototypy 399–402
trauma rozwojowa 108, 110

ustrukturyzowane zarządzanie kliniczne (SCM) 186

wartości moralne 60–62, 70, 101, 146, 328
włoska Narodowa Służba Zdrowia (SSN) 138, 139
ambulatoryjne służby psychiatryczne 138
okręg zdrowia psychicznego Valli Taro e Ceno 139, 142, 143, 147, 155
wsparcie
wspieranie przestrzegania zaleceń przez pacjenta 476
źródła wsparcia instytucjonalnego/rządowego 317, 326, 369
współwystępowanie
zaburzeń psychicznych 140, 328
zaburzeń somatycznych i zaburzeń osobowości 453–494
problemy zdrowotne i patologia osobowości 454, 455
współwystępowalność somatyczna 453
wywiad
diagnostyczny dla pacjentów z zaburzeniami osobowości typu borderline, wersja poprawiona (DIB-R) 213, 329
do oceny operacyjnej diagnostyki psychodynamicznej w dzieciństwie i okresie dojrzewania (OPD-KJ) 232
półstrukturalny wywiad mający na celu ocenę zaburzeń osobowości według DSM-IV, dotyczący osi II (SCID-II) 212, 329
strukturalny 145
strukturyzowany wywiad na temat organizacji osobowości (STIPO) 145, 146, 232, 401, 442
strukturyzowany wywiad na temat organizacji osobowości uzupełniony o elementy sądowe (STIPO-F) 441, 442
strukturyzowany wywiad na temat organizacji osobowości, wersja poprawiona (STIPO-R) 70, 146, 188, 212, 265, 329, 334, 336
ustrukturalizowany wywiad kliniczny do badania zaburzeń osobowości według DSM-5 (SCID-5-PD) 70, 146, 188, 212, 265, 329, 334, 336

zaburzenie osobowości 59, 89, 156, 157, 453
poważne zaburzenie osobowości 139–144, 147–154, 156, 160, 165, 168, 170, 252, 254, 296, 301, 302, 309
typu borderline (BPD) 56, 62, 94–107, 362
choroby współistniejące 111, 112, 258, 459–461
opiekunowie pacjentów z BPD 91, 92
rozwój zaburzenia 107
rozwój wiedzy o zaburzeniu 92, 93
u młodzieży 231–234
zarządzanie kryzysowe 119, 121–124

z wiązki B 125
zachowania
autodestrukcyjne *patrz też* samookaleczanie
przewlekłe autodestrukcyjne wzorce zachowania 106, 114
parasuicydalne 22, 271, 462
zakład karny 414, 416, 417, 427, 437–439, 441, 445
zarządzanie kryzysowe 119, 121–124
zespół stresu pourazowego (PTSD) 26, 37
zespoły leczenia środowiskowego 25
zmęczenie współczuciem 298