

Dr. Marsha M. Linehan

**Tratamentul  
cognitiv-comportamental  
pentru tulburarea de personalitate  
de tip borderline**

Traducere din limba engleză de Bianca Savu

## Cuprins

Cuvânt înainte	5
<b><u>Partea I / Teorie și concepte</u></b>	
<b>Capitolul 1 / Tulburarea de personalitate de tip borderline: concepte, controverse și definiții</b>	9
CONCEPTUL DE TULBURARE DE PERSONALITATE DE TIP BORDERLINE	10
Definiții: patru abordări	10
CRITERIILE DE DIAGNOSTIC: O REORGANIZARE	17
CONCEPTUL DE COMPORTAMENTE PARASUICIDARE	18
ZONA DE SUPRAPUNERE A TULBURĂRII DE PERSONALITATE BORDERLINE ȘI COMPORTAMENTULUI PARASUICIDAR	20
Neregularitatea emoției: depresia	20
Neregularitatea emoției: furia	20
Manipularea și alți termeni descriptivi	21
TERAPIA PENTRU TULBURAREA DE PERSONALITATE BORDERLINE: SCURTĂ DESCRIERE	22
Diferențele dintre DBT și terapiile cognitive și comportamentale standard	24
Este tratamentul eficient? Datele empirice	25
COMENTARIILE FINALE	27
<b>Capitolul 2/ Fundamentarea dialectică și bio-socială a tratamentului</b>	29
DIALECTICA	29
De ce dialectică?	29
Perspectiva dialectică asupra lumii	31
Persuadarea dialectică	33
TULBURAREA DE PERSONALITATE BORDERLINE CA EȘEC DIALECTIC	34
„Divizarea“ borderline	34
Dificultăți cu sinele și cu identitatea	35
Izolarea și alienarea interpersonală	35
CONCEPTUALIZARE DE CAZ: ABORDAREA COGNITIV-COMPORTAMENTALĂ DIALECTICĂ	35
Definiția „comportamentului“	35
Trei moduri de comportament	36
Emoțiile ca reacții complete ale sistemului	36
Egalitatea intrinsecă a modurilor de comportament considerate a fi cauze ale funcționării	36
Sistemul individ-mediului: un mod tranzacțional	37
Reprezentare vizuală a sistemului mediu-persoană	38

<b>TEORIA BIO-SOCIALĂ: O TEORIE DIALECTICĂ ASUPRA DEZVOLTĂRII TULBURĂRII DE PERSONALITATE BORDERLINE</b>	39
Generalități	39
Tulburarea de personalitatea borderline și dereglarea emoțională	40
Tulburarea de personalitate borderline și mediul invalidant	45
Tipuri de familii invalidante	50
Dereglările emoționale și mediile invalidante: un cerc tranzacțional vicios	51
Dereglările emoționale și comportamentele borderline	52
<b>IMPLICAȚIILE TEORIEI BIO-SOCIALE PENTRU TERAPIA CU PACIENȚI BORDERLINE</b>	54
Mizele generale și abilitățile învățate	54
Evitarea „blamării victimei“	55
<b>COMENTARIILE FINALE</b>	56

**Capitolul 3 / Tipare comportamentale: Dileme dialectice în tratamentul pacienților borderline** 57

<b>VULNERABILITATEA EMOȚIONALĂ VERSUS INVALIDAREA DE SINE</b>	58
Vulnerabilitatea emoțională	58
Invalidarea de sine	61
Dilema dialectică pentru pacient	63
Dilema dialectică pentru terapeut	65
<b>PASIVITATEA ACTIVĂ VERSUS COMPETENȚA APARENTĂ</b>	66
Pasivitatea activă	66
Competența aparentă	68
1. Competența pacientului este extrem de variabilă și condiționată	69
2. Eșecul individului borderline de a-și comunica limpede vulnerabilitatea altor persoane importante din viața sa, inclusiv terapeutului	70
3. Reacția individului borderline la relațiile interpersonale	71
Dilema dialectică pentru pacient	71
Dilema dialectică pentru terapeut	71
<b>CRIZE NEÎNCETATE VERSUS DOLIU INHIBAT</b>	72
Crize neîncetate	72
Doliu inhibat	74
Dilema dialectică pentru pacient	77
Dilema dialectică pentru terapeut	78
<b>COMENTARIILE FINALE</b>	78

**Partea a II-a / Prezentare generală a tratamentului și obiectivelor DBT**

<b>Capitolul 4 / Prezentarea generală a tratamentului: Pe scurt despre ținte, strategii și presupuneri</b>	81
<b>ETAPE CRUCIALE ÎN TRATAMENT</b>	81
Pregătirea scenei: Atragerea atenției pacientului	81
Rămânerea în cadrul dialectic	82
Aplicarea strategiilor de bază: Validarea și rezolvarea problemelor	82
Echilibrarea stilurilor de comunicare interpersonală	84
Combinarea strategiilor de consultație oferită pacientului cu intervențiile ambientale	84
Tratarea terapeutului	84
<b>MODALITĂȚI DE TRATAMENT</b>	84
Psihoterapie individuală în ambulatoriu	85
Antrenarea abilităților	85
Grupul de terapie suportivă axată pe proces	86
Consultația telefonică	86
Ședințe de consultanță de caz pentru terapeuți	87
Tratamente suplimentare	87

<b>PRESUPUNERI DESPRE PACIENȚII BORDERLINE ȘI TERAPIE</b>	<b>88</b>
1. Pacienții fac tot ceea ce pot	88
2. Pacienții doresc să-și îmbunătățească situația	88
3. Pacienții trebuie să facă mai mult, să se străduiască mai mult și să fie mai motivați să se schimbe	88
4. Este posibil ca pacienții să nu-și fi cauzat singuri toate problemele, dar trebuie să le rezolve oricum	89
5. Viața indivizilor borderline, suicidari este insuportabilă așa cum este ea trăită în prezent	89
6. Pacienții trebuie să deprindă comportamente noi în toate contextele relevante	89
7. Pacienții nu pot să eșueze în terapie	89
8. Terapeuții care îi tratează pe pacienți borderline au nevoie de sprijin	89
<b>CARACTERISTICI ȘI ABILITĂȚI ALE TERAPEUTULUI</b>	<b>90</b>
Atitudinea de acceptare <i>versus</i> schimbare	90
Atitudinea de centrare fermă <i>versus</i> flexibilitatea plină de compasiune	91
Atitudinea de îngrijire <i>versus</i> exigența binevoitoare	92
<b>ACORDURI ALE PACIENȚILOR ȘI TERAPEUȚILOR</b>	<b>93</b>
Acordurile pacienților	93
Acordurile terapeutului	95
<b>ACORDURILE DE CONSULTANȚĂ ALE TERAPEUTULUI</b>	<b>96</b>
Acordul dialectic	96
Acordul de consultație oferită pacientului	97
Acordul de consecvență	97
Acordul de respectare a limitelor	97
Acordul de empatie fenomenologică	97
Acordul de imperfecțiune	98
<b>COMENTARIILE FINALE</b>	<b>98</b>
<b>Capitolul 5 / Ținte comportamentale în tratament: Comportamente ce trebuie amplificate și, respectiv, reduse</b>	<b>99</b>
<b>SCOPUL GENERAL: AMPLIFICAREA TIPARELOR COMPORTAMENTALE DIALECTICE</b>	<b>99</b>
Gândirea dialectică	99
Gândirea dialectică și terapia cognitivă	101
Tipare comportamentale dialectice: Stilul de viață echilibrat	102
<b>ȚINTE COMPORTAMENTALE PRINCIPALE</b>	<b>102</b>
Reducerea comportamentelor suicidare	102
Descurajarea comportamentelor ce interferează cu terapia	106
1. Comportamente ce interferează cu primirea terapiei	108
2. Comportamentele ce interferează cu ceilalți pacienți	109
3. Comportamentele ce îi epuizează pe terapeuți	109
Comportamente ce consolidează terapia din partea pacientului	112
Comportamentele ce interferează cu terapia din partea terapeutului	112
1. Comportamente ce creează dezechilibru terapeutic	113
2. Comportamente ce denotă lipsa de respect față de pacient	114
<b>DIMINUAREA COMPORTAMENTELOR CE INTERFEREAZĂ CU CALITATEA VIEȚII</b>	<b>115</b>
<b>CREȘTEREA ABILITĂȚILOR COMPORTAMENTALE</b>	<b>117</b>
Abilitățile mindfulness „de bază”	117
1. „Ce”-urile de bază	118
2. „Cum”-urile de bază	119
Abilități de tolerare a distresului	120
Abilități de reglare emoțională	120
1. Identificarea și etichetarea afectului	121

2. Identificarea obstacolelor din fața schimbării emoțiilor	121
3. Reducerea vulnerabilității în fața „minții emoționale“	121
4. Creșterea evenimentelor emoționale pozitive	122
5. Creșterea atenției (mindfulness) față de emoțiile curente	122
6. Acționarea în sens contrar	122
7. Aplicarea tehnicilor de tolerare a distresului	122
Abilități de eficacitate interpersonală	122
Abilități de autogestionare	123
1. Cunoașterea principiilor de schimbare și menținere comportamentală	123
2. Stabilirea de obiective realiste	124
3. Abilități de analiză comportamentală a mediului	124
4. Abilități de gestionare a situațiilor neprevăzute	124
5. Tehnici de control asupra mediului	124
6. Planuri de prevenire a recăderilor	125
7. Abilitatea de a tolera progresul limitat	125
Există și alte programe comportamentale de antrenare a abilităților?	125
<b>DIMINUAREA COMPORTAMENTELOR LEGATE DE STRESUL POSTTRAUMATIC</b>	126
Acceptarea ideii de traumă și/sau abuz	127
Reducerea stigmatizării, autoinvalidării, autoculpabilizării	127
Reducerea negării și a reacțiilor intruzive la stres	128
Sintetizarea „dihotomiei abuzului“	129
Creșterea respectului de sine	129
<b>ȚINTE COMPORTAMENTALE SECUNDARE</b>	130
1. Creșterea modulării emoționale și descreșterea reactivității emoționale	130
2. Creșterea validării de sine și descreșterea invalidării de sine	131
3. Sporirea deciziilor și judecăților realiste și descreșterea comportamentelor generatoare de crize	131
4. Creșterea experimentării emoționale și descreșterea doliului inhibat	131
5. Sporirea rezolvării active de probleme și descreșterea comportamentelor activ-pasive	131
6. Creșterea comunicării precise a emoțiilor și competențelor; descreșterea dependenței comportamentului de dispoziție	132
<b>COMENTARIILE FINALE</b>	132
<b>Capitolul 6 / Structurarea tratamentului în jurul comportamentelor-țintă: Cine tratează ce și când</b>	133
<b>TEMA GENERALĂ: ȚINTIREA COMPORTAMENTELOR DIALECTICE</b>	133
<b>IERARHIA ȚINTELOR PRIMARE</b>	134
Țintele de tratament și agenda ședinței	135
Țintele de tratament și modurile de terapie	135
Terapeutul principal și responsabilitatea pentru atingerea țăintelor	135
<b>PROGRESUL ÎN TIMP CĂTRE ȚINTE</b>	136
Etapa pre-tratament: orientare și angajament	136
Etapa 1: Achiziționarea capacităților de bază	136
Etapa 2: Reducerea stresului posttraumatic	137
Etapa 3: Creșterea respectului de sine și atingerea obiectivelor individuale	138
<b>STABILIREA PRIORITĂȚILOR ÎN CLASELE DE ȚINTE ÎN TERAPIA INDIVIDUALĂ ÎN AMBULATORIU</b>	139
1. Reducerea comportamentelor suicidare	140
2. Diminuarea comportamentelor ce interferează cu terapia	140
3. Diminuarea comportamentelor ce interferează cu calitatea vieții	142
4. Creșterea abilităților comportamentale	142
5. Reducerea stresului posttraumatic	143
6. Creșterea respectului de sine și atingerea obiectivelor individuale	143
7. Folosirea priorităților-țintă pentru organizarea ședințelor	144

8. Rezistența pacientului și terapeutului față de discutarea comportamentelor-țintă	145
9. Țintele terapiei individuale și jurnalul	147
<b>ANTRENAREA ABILITĂȚILOR: IERARHIA ȚINTELOR</b>	<b>148</b>
<b>GRUPUL DE TERAPIE SUPORTIVĂ AXATĂ PE PROCES: IERARHIA ȚINTELOR</b>	<b>148</b>
<b>CONSULTAȚIILE TELEFONICE: IERARHIA ȚINTELOR</b>	<b>150</b>
<b>APELURI TELEFONICE CĂTRE TERAPEUTUL PRINCIPAL</b>	<b>150</b>
Apeluri telefonice către antrenorul de abilități și ceilalți terapeuți	152
<b>COMPORTAMENTELE-ȚINTĂ ȘI MIZA ȘEDINȚEI: CINE DEȚINE CONTROLUL?</b>	<b>152</b>
<b>MODIFICAREA IERARHIEI ȚINTELOR ÎN ALTE CADRE</b>	<b>153</b>
Responsabilitatea pentru reducerea comportamentelor suicidare	153
Responsabilitatea pentru alte ținte	154
Specificarea țăintelor pentru alte moduri de tratament	154
<b>CONFLICTELE TERITORIALE CU PRIVIRE LA RESPONSABILITĂȚILE PE ȚINTE</b>	<b>155</b>
<b>COMENTARIILE FINALE</b>	<b>156</b>

## Partea a III-a / Strategiile tratamentului de bază

<b>Capitolul 7 / Strategii dialectice de tratament</b>	<b>159</b>
DEFINIREA STRATEGIILOR DIALECTICE	160
ECHILIBRAREA STRATEGIILOR DE TRATAMENT: DIALECTICA RELAȚIEI TERAPEUTICE	161
PREDAREA TIPARELOR COMPORTAMENTALE DIALECTICE	163
STRATEGII DIALECTICE SPECIFICE	164
1. Intrarea în paradox	165
2. Utilizarea metaforelor	166
3. Tehnica „Avocatul diavolului“	168
4. Extinderea	169
5. Activarea „minții înțelepte“	170
6. A face limonadă din lămâi	171
7. Permitearea schimbării naturale	172
8. Evaluarea dialectică	173
COMENTARIILE FINALE	174
<b>Capitolul 8/ Strategii de bază. Partea I: Validarea</b>	<b>175</b>
DEFINIREA VALIDĂRII	176
1. Observare activă	177
2. Reflectarea	177
3. Validarea directă	177
DE CE SĂ VALIDĂM?	178
STRATEGII DE VALIDARE EMOȚIONALĂ	179
1. Furnizarea de ocazii pentru exprimare emoțională	181
2. Predarea abilităților de observare și etichetare emoțională	181
3. Citirea emoțiilor	182
4. Comunicarea validării emoțiilor	184
STRATEGII DE VALIDARE COMPORTAMENTALĂ	185
1. Predarea abilităților de observare și etichetare comportamentală	186
2. Identificarea lui „trebuie“	186

3. Contracararea lui „trebuie“	187
4. Acceptarea lui „trebuie“	188
5. Mișcarea spre dezamăgire	188
<b>STRATEGII DE VALIDARE COGNITIVĂ</b>	188
1. Obținerea și reflectarea gândurilor și presupunerilor	189
2. Diferențierea evenimentelor de interpretări	189
3. Găsirea „seminței de adevăr“	190
4. Recunoașterea „minții înțelepte“	190
5. Respectarea valorilor diferite	190
<b>STRATEGII DE ÎNCURAJARE</b>	190
1. Luarea în considerare a celui mai bun scenariu	192
2. Furnizarea de încurajări	193
3. Concentrarea pe abilitățile pacientului	193
4. Contrazicerea/modularea criticii din exterior	194
5. Furnizarea de laude și reasigurări	194
6. A fi realist, dar a gestiona direct frica de nesinceritate	194
7. A sta aproape	195
<b>COMENTARIILE FINALE</b>	195
<b>Capitolul 9/ Strategii de baz. Partea a II-a: Rezolvarea problemelor</b>	196
<b>NIVELURI DE REZOLVARE A PROBLEMELOR</b>	196
Primul nivel	196
Al doilea nivel	196
Al treilea nivel	197
<b>DISPOZIȚIA ȘI REZOLVAREA PROBLEMELOR</b>	197
<b>VEDERE DE ANSAMBLU ASUPRA STRATEGIILOR DE REZOLVARE A PROBLEMELOR</b>	198
<b>STRATEGII DE ANALIZĂ COMPORTAMENTALĂ</b>	199
1. Definirea comportamentului problematic	201
2. Conducerea unei analize în lanț	202
3. Generarea de ipoteze despre factorii ce controlează comportamentul	207
<b>STRATEGII DE INSIGHT (INTERPRETARE)</b>	207
Ce și cum să interpretezi: reguli pentru insight	209
1. Evidențierea	211
2. Observarea și descrierea tiparelor recurente	211
3. Comentarea implicațiilor comportamentului	212
4. Evaluarea dificultăților în acceptarea sau refuzarea ipotezelor	212
<b>STRATEGII DIDACTICE</b>	213
1. Furnizarea de informații	214
2. Furnizarea materialelor de lectură	214
3. Oferirea de informații membrilor familiei	214
<b>STRATEGII DE ANALIZARE A SOLUȚIILOR</b>	215
Nivelurile de analiză	215
1. Identificarea obiectivelor, nevoilor și dorințelor	216
2. Generarea soluțiilor	217
3. Evaluarea soluțiilor	218
4. Alegerea unei soluții pentru implementare	219
5. Depanarea soluției	219
<b>STRATEGII DE ORIENTARE</b>	220
1. Furnizarea inducerii rolului	220
2. Exersarea noilor așteptări	221

	221
Nivelurile de angajament	221
Angajament și reangajament	222
Nevoia de flexibilitate	223
1. „Vânzarea” angajamentului: evaluarea punctelor pro și contra	224
2. Jucarea rolului de „Avocatul diavolului”	224
3. Tehnicile „Piciorul în ușă” / „Ușa în față”	224
4. Conectarea angajamentelor actuale cu cele anterioare	225
5. Evidențierea libertății de alegere și a absenței alternativelor	225
6. Utilizarea principiilor modelării	226
7. Generarea speranței: încurajarea	226
8. Acordul privind temele	226
<b>COMENTARIILE FINALE</b>	<b>227</b>
<b>Capitolul 10/ Proceduri de schimbare. Partea I: Proceduri pentru consecințe</b>	<b>228</b>
<b>JUSTIFICAREA PROCEDURILOR PENTRU CONSECINȚE</b>	<b>230</b>
Distincția dintre gestionarea consecințelor și respectarea limitelor	231
Relația terapeutică în calitate de consecință	231
<b>PROCEDURI DE MANAGEMENT AL CONSECINȚELOR</b>	<b>232</b>
1. Orientarea către managementul consecințelor: Prezentare generală a sarcinilor	234
2. Consolidarea comportamentelor adaptative relevante pentru țintă	236
3. Eliminarea comportamentelor maladaptative relevante pentru țintă	237
4. Utilizarea consecințelor aversive... cu grijă	239
5. Determinarea puterii consecințelor	246
6. Utilizarea consecințelor naturale în locul celor arbitrare	248
Principiile modelării	249
<b>PROCEDURI DE RESPECTARE A LIMITELOR</b>	<b>250</b>
Justificarea respectării limitelor	250
Limite naturale <i>versus</i> limite arbitrare	251
1. Monitorizarea limitelor	253
2. Sinceritatea cu privire la limite	253
3. Extinderea temporară a limitelor la nevoie	254
4. Fermitatea consecventă	254
5. Combinarea liniștii, validării și rezolvării problemelor cu respectarea limitelor	255
<b>DOMENII DIFICILE PENTRU RESPECTAREA LIMITELOR CU PACIENȚII BORDERLINE</b>	<b>255</b>
Apelurile telefonice	255
Comportamente suicidare	256
<b>COMENTARIILE FINALE</b>	<b>256</b>
<b>Capitolul 11 / Proceduri de schimbare. Partea a II-a: Antrenarea abilităților, expunerea și modificarea cognitivă</b>	<b>258</b>
<b>PROCEDURI DE ANTRENARE A ABILITĂȚILOR</b>	<b>258</b>
Orientarea și angajarea în antrenarea abilităților: prezentare generală a sarcinilor	259
Proceduri de dobândire a abilităților	260
1. Instrucțiunile	261
2. Modelarea	262
Proceduri de consolidare a abilităților	262
1. Repetiția comportamentală	263
2. Consolidarea noilor abilități	263
3. Feedback și coaching	264
Proceduri de generalizare a abilităților	265

1. Programarea generalizării	265
2. Consultarea între ședințe	266
3. Furnizarea înregistrărilor ședințelor pentru analiză	266
4. Sarcinile de repetiție comportamentală in vivo	267
5. Schimbările de mediu	268
<b>PROCEDURI BAZATE PE EXPUNERE</b>	269
Orientarea și angajamentul față de expunere: prezentare generală a sarcinilor	270
1. Oferirea unei expuneri neconsolidate	273
2. Blocarea tendințelor de acțiune asociate cu emoțiile problematice	277
3. Blocarea tendințelor de exprimare asociate cu emoțiile problematice	278
4. Sporirea controlului asupra evenimentelor aversive	279
Proceduri structurate de expunere	280
<b>PROCEDURI DE MODIFICARE COGNITIVĂ</b>	280
Orientarea către procedurile de modificare cognitivă	282
<b>PROCEDURI DE CLARIFICARE A CONSECINTELOR</b>	282
1. Evidențierea consecințelor actuale	283
2. Comunicarea consecințelor viitoare în terapie	284
Proceduri de restructurare cognitivă	285
1. Predarea autoobservării cognitive	286
2. Identificarea și înfruntarea stilului și conținutului cognitiv maladaptativ	286
3. Generarea stilului și conținutului cognitiv adaptativ alternativ	286
4. Elaborarea liniilor directe ale momentelor în care pacientul să aibă încredere în interpretări ori să le pună la îndoială	287
<b>COMENTARIILE FINALE</b>	289
<b>Capitolul 12 / Strategii stilistice: Echilibrarea comunicării</b>	291
<b>STRATEGII DE COMUNICARE RECIPROCĂ</b>	292
Putere și psihoterapie: cine face regulile?	292
1. Receptivitatea	294
2. Dezvăluirea de sine	295
3. Angajamentul afectuos	300
4. Autenticitatea	304
Nevoia de invulnerabilitate a terapeutului	305
<b>STRATEGII DE COMUNICARE IREVERENȚIOASĂ</b>	307
Strategiile dialectice și ireverența	308
1. Reformularea într-o manieră neconvențională	309
2. Plonjarea acolo unde îngerii se tem să pășească	309
3. Folosirea unui ton de confruntare	310
4. Dejucarea cacealmalei pacientului	310
5. Oscilarea intensității și utilizarea tăcerii	310
6. Exprimarea omnipotenței și a lipsei de putere	310
<b>COMENTARIILE FINALE</b>	311
<b>Capitolul 13 / Strategii de management de caz: Interacțiunea cu comunitatea</b>	312
<b>STRATEGII DE INTERVENȚIE AMBIENTALĂ</b>	313
Managementul de caz și respectarea limitelor	314
Condiții ce impun intervenția ambientală	314
1. Furnizarea de informații independent de pacient	316
2. Pledoaria pentru pacient	317
3. Intrarea în mediul pacientului pentru a-i acorda sprijin	317

<b>STRATEGII DE CONSULTAȚIE OFERITĂ PACIENTULUI</b>	<b>317</b>
Rațiunea și spiritul consultației oferite pacientului	318
„Echipa de tratament“ <i>versus</i> „toți ceilalți“	319
1. Inițierea pacientului și a rețelei în abordarea consultației	321
2. Consultația oferită pacientului referitoare la cum să gestioneze relația cu alți specialiști	322
Cazuri în care un alt tratament subminează terapia	325
Gestionarea apelurilor de criză	326
Participarea la conferințele de caz	327
3. Consultația oferită pacientului privitoare la gestionarea familiei și prietenilor	327
Argumente împotriva abordării consultației	328
<b>STRATEGII DE SUPERVIZARE/CONSULTARE A TERAPEUTULUI</b>	<b>330</b>
Nevoia de supervizare/consultare	331
1. Întâlnirea de discuție asupra tratamentului	333
2. Respectarea acordurilor de supervizare/consultare	334
3. Încurajarea	335
4. Asigurarea echilibrului dialectic	336
Rezolvarea problemelor legate de „divizarea personalului“	336
Abordarea comportamentului non-etic sau distructiv al terapeutului	338
Păstrarea confidențialității informațiilor	338
<b>COMENTARIILE FINALE</b>	<b>338</b>
<b><u>Partea a IV-a / Strategii pentru sarcini specifice</u></b>	
<b>Capitolul 14 / Strategii structurale</b>	<b>343</b>
<b>STRATEGII DE CONTRACTARE: ÎNCEPEREA TRATAMENTULUI</b>	<b>343</b>
1. Efectuarea evaluării diagnostice	345
2. Prezentarea teoriei biosociale a comportamentului borderline	346
3. Inițierea pacientului în tratament	347
4. Inițierea rețelei în tratament	348
5. Revizuirea acordurilor și limitelor de tratament	348
6. Angajamentul în terapie	349
7. Efectuarea de analize ale comportamentelor-țintă majore	350
8. Începerea dezvoltării relației terapeutice	350
Avertismente în lumea reală	351
<b>STRATEGII DE ÎNȚIERE A ȘEDINȚEI</b>	<b>352</b>
1. Întâmpinarea pacientului	352
2. Recunoașterea stării emoționale actuale a pacientului	352
3. Repararea relației	353
<b>STRATEGII DE ȚINTIRE</b>	<b>353</b>
1. Revizuirea comportamentelor-țintă de la ședința precedentă	354
2. Utilizarea priorităților-țintă pentru organizarea sesiunilor	355
3. Participarea la etapele terapiei	355
4. Verificarea progresului în alte modalități de terapie	356
<b>STRATEGII DE ÎNCHEIERE A ȘEDINȚEI</b>	<b>356</b>
1. Asigurarea unui timp suficient pentru încheiere	357
2. Convenirea temelor pentru săptămâna următoare	357
3. Rezumatul ședinței	357
4. Oferirea unei înregistrări a ședinței	357
5. Încurajarea	357
6. Alinarea și liniștirea pacientului	358
7. Rezolvarea problemelor	358
8. Crearea unor ritualuri de încheiere	358

STRATEGII DE ÎNCETARE	359
1. Începerea discuției privind încetarea: diminuarea ședințelor	359
2. Generalizarea bizuirii interpersonale pe rețeaua socială	359
3. Planificarea activă a încetării	360
4. Efectuarea recomandărilor adecvate	361
COMENTARIILE FINALE	361
<b>Capitolul 15 / Strategii speciale de tratament</b>	<b>362</b>
STRATEGII DE CRIZĂ	362
1. Atenția acordată afectului în locul conținutului	363
2. Explorarea problemei acum	363
3. Concentrarea pe rezolvarea problemei	364
4. Concentrarea asupra toleranței la afect	366
5. Obținerea angajamentului față de un plan de acțiune	366
6. Evaluarea potențialului suicidal	366
7. Anticiparea unei recidive a reacției la criză	366
STRATEGII PENTRU COMPORTAMENTUL SUICIDAR	367
Comportamente suicidare anterioare: protocolul pentru terapeutul principal	370
1. Evaluarea frecvenței, intensității și gravității comportamentului suicidal	371
2. Efectuarea unei analize în lanț	372
3. Discutarea soluțiilor alternative <i>versus</i> toleranță	372
4. Concentrarea pe efectele negative ale comportamentului suicidal	372
5. Consolidarea reacțiilor non-suicidare	372
6. Obținerea angajamentului față de un plan comportamental non-suicidar	373
7. Validarea durerii pacientului	373
8. Raportarea comportamentului actual la tiparele generale	373
Amenințări cu parasuicidul sau suicidul iminent: protocolul pentru terapeutul principal	373
1. Evaluarea riscului de suicid sau parasuicid	374
Medicamente cu risc letal: utilizarea fișelor de planificare a crizei	377
Alte mijloace cu risc letal	378
2. Îndepărtarea obiectelor cu risc letal sau convingerea pacientului să o facă	379
3. Instruirea empatică a pacientului să nu recurgă la suicid sau parasuicid	380
4. Menținerea poziției că sinuciderea nu este o soluție indicată	380
5. Generarea afirmațiilor și soluțiilor pline de speranță	381
6. Când riscul de sinucidere este iminent și ridicat: păstrarea contactului și respectarea planului de tratament	381
Factori de risc și comportamentul operant <i>versus</i> comportamentul respondent	381
Intervenția involuntară	383
7. Anticiparea unei recidive a impulsurilor suicidare	384
8. Limitarea confidențialității	384
ACTUL PARASUICIDAR ÎN CURS DE DESFĂȘURARE: PROTOCOLUL PENTRU TERAPEUTUL PRINCIPAL	384
1. Evaluarea și reacția în caz de urgențe	384
2. Respectarea regulii de 24 de ore	386
COMPORTAMENTE SUICIDARE: PROTOCOLUL PENTRU TERAPEUȚII COLATERALI	386
1. Menținerea pacientului în siguranță	386
2. Trimiterea la terapeutul principal	386
Principii de management al riscului cu pacienți suicidari	387
STRATEGII PENTRU COMPORTAMENTE CE INTERFEREAZĂ CU TERAPIA	388
1. Definirea comportamentului ce interferează	389
2. Efectuarea unei analize în lanț a comportamentului	390

3. Adoptarea unui plan de rezolvare a problemelor	390
4. Reacția față de pacientul care refuză să-și modifice comportamentul ce interferează	390
<b>STRATEGII TELEFONICE</b>	<b>391</b>
1. Acceptarea apelurilor telefonice ale pacientului în anumite condiții	392
2. Programarea apelurilor telefonice inițiate de pacient	394
3. Contactele telefonice inițiate de terapeut	395
4. Oferirea de feedback în ședințe despre comportamentul din timpul apelului telefonic	395
<b>STRATEGII AUXILIARE DE TRATAMENT</b>	<b>396</b>
1. Recomandarea unui tratament auxiliar la nevoie	396
2. Recomandarea unei consultații externe pentru pacient	398
<b>PROTOCOLUL MEDICAȚIEI</b>	<b>399</b>
Protocolul când farmacoterapeuții sunt profesioniștii auxiliari	399
1. Separarea farmacoterapiei de psihoterapie	399
2. Consultația oferită pacientului pe probleme de farmacoterapie	399
3. Tratarea abuzului de rețete	400
Protocolul când terapeutul principal este și farmacoterapeutul	400
1. Cunoașterea cercetărilor recente	401
2. Abordarea istoricului pacientului și a riscului de abuz de substanțe	401
3. Evitarea administrării medicamentelor cu risc letal pentru persoanele suicidare	401
4. Dezamorsarea luptelor pentru putere prin recomandare	401
Protocolul din spital	401
1. A bate fierul cât e cald. Evitarea in ternărilor în unitățile de psihiatrie	401
2. Recomandarea spitalizării de scurtă durată – în anumite condiții	402
3. Separarea rolului terapeutului principal de rolul medicului curant din unitatea de internare	403
4. Consultația oferită pacientului cu privire la aspecte ale tratamentului în unitatea de internare	403
Linii directoare când pacientul dorește spitalizarea, iar terapeutul nu e de acord	404
<b>STRATEGII RELAȚIONALE</b>	<b>404</b>
1. Acceptarea relației	406
2. Rezolvarea problemelor relaționale	407
3. Generalizarea relațiilor	408
<b>COMENTARIILE FINALE</b>	<b>408</b>
<b>ANEXA 15.1 PUNCTELE SCALEI DE EVALUARE A LETALITĂȚII</b>	<b>409</b>
<b>Lecturi recomandate</b>	<b>413</b>
<b>Bibliografie</b>	<b>415</b>
<b>Mulțumiri</b>	<b>428</b>
<b>Index</b>	<b>430</b>

# 1

## Tulburarea de personalitate de tip borderline: concepte, controverse și definiții

În ultimii ani, interesul pentru tulburarea de personalitate de tip borderline (TPB) a luat amploare. Interesul e legat, în parte, de doi factori:

1. Indivizii care satisfac criteriile pentru diagnosticare invadează centrele medicale și cabinetele profesioniștilor din sănătate. Se aproximează că 11% din numărul total al pacienților externi și 19% dintre cei interni îndeplinesc criteriile pentru TPB; dintre pacienții<sup>1</sup> cu o formă sau alta de tulburare de personalitate, 33% dintre cei din ambulatoriu și 63% dintre cei internați par să îndeplinească criteriile pentru TPB (Widiger & Frances, 1989).
2. Variantele de tratament disponibile par să fie îngrozitor de inadecvate. Studiile de monitorizare sugerează că disfuncțiile inițiale ale acestor pacienți pot fi extreme, iar ameliorările clinice semnificative sunt lente, necesitând ani de zile; ameliorarea e marginală mulți ani după evaluarea inițială (Carpenter, Gunderson & Strauss, 1977; Pope, Jonas, Hudson, Cohen & Gunderson, 1983; McGlashan, 1986a, 1986b, 1987).

Pacienții borderline sunt atât de numeroși, încât majoritatea practicienilor trebuie să fi tratat cel puțin unul. Ei se prezintă cu probleme severe și cu nefericire intensă. Este dificil să fie tratați cu succes. Nu-i de mirare că mulți clinicieni din domeniul sănătății mentale se simt copleșiți și nepotrivți și se află în căutarea unui tratament care să promită o oarecare alinare.

Curios, tiparul comportamentului cel mai des asociat cu diagnosticul TPB, adică actele intenționate de autovătămare și tentative de suicid, a fost relativ ignorat ca fiind ținta tratamentului. Gunderson (1984) a sugerat că acest comportament ar fi cel mai apropiat de a reprezenta „specificul comportamental“ al pacientului borderline. Datele empirice îl susțin: între 70 și 75% dintre pacienții borderline au un istoric de cel puțin un act de autovătămare (Clarkin, Widiger, Frances, Hurt & Gilmore, 1983; Cowdry, Pickar & Davis, 1985). Aceste acte pot varia în intensitate, de la cele care nu au nevoie de tratament

<sup>1</sup> Psihoterapeuții folosesc de regulă fie termenul de „pacient“, fie pe cel de „client“ pentru a se referi la un individ care beneficiază de psihoterapie. În această carte, folosesc termenul „pacient“; în alte lucrări, folosesc „client“. Se poate argumenta pentru folosirea fiecăruia dintre termeni. Motivul utilizării celui de „pacient“ poate fi găsit în prima definiție a acestuia (ca substantiv) oferită de către *Original Oxford English Dictionary on Compact Disc* (1987): „cel care suferă; persoana care suferă cu răbdare“. Deși rară acum, definiția se potrivește perfect cu indivizii borderline pe care îi întâlnesc la psihoterapie. Sensurile mai comune ale termenului („cel care se află sub tratament medical în vederea vindecării unei boli sau răni“, „persoană sau lucru care suferă în urma unei anumite acțiuni sau față de care sunt realizate anumite acțiuni“) sunt mai puțin aplicabile, de vreme ce TCC nu se bazează numai pe un model al bolii și nici nu-l consideră pe pacient ca fiind pasiv ori ca persoană asupra căreia se acționează.

medical (zgârieturi ușoare, lovirea capului, arsura de țigară etc.) la cele care au nevoie de îngrijiri într-o secție de terapie intensivă (supradoze, autoînjunghieri, asfixie).

Comportamentul suicidar al pacientului borderline nu dă greș mereu. Ratele de sinucidere estimate în rândul pacienților cu TPB variază, dar tind să fie în jur de 9% (Stone, 1989; Paris, Brown & Nowlis, 1987; Kroll, Carey & Sines, 1985). Într-o serie de pacienți cu TPB internați și monitorizați între 10 și 23 de ani de la externare (Stone, 1989), pacienții care prezintă toate cele 8 criterii DSM-III pentru TPB la indexarea la internare au o rată de suicid de 36%, în comparație cu 7% la persoanele care întrunesc 5–7 criterii. În același studiu, indivizii cu TPB și cu istoric de parasuicid anterior au rate de sinucidere de două ori mai mari decât ale celor fără tentative anterioare. Chiar dacă avem o literatură substanțială atât despre suicid și despre comportamentul de autovătămare, cât și despre TPB, practic nu există nicio comunicare între cele două zone de cercetare.

Indivizii care se rănesc intenționat sau care încearcă să-și ia viața și populația cu TPB au un număr mare de caracteristici comune, pe care le voi descrie în acest capitol. Merită menționată o zonă de suprapunere: majoritatea celor cu comportament de autovătămare non-fatal și majoritatea celor care îndeplinesc criteriile pentru TPB sunt femei. Widiger și Frances (1989) au evaluat 38 de studii ce raportați genul pacienților care satisfăceau criteriile pentru TPB, iar femeile reprezentau 74% din populație. Similar, autovătămarea intenționată, incluzând tentativele de sinucidere, sunt mai frecvente în rândul femeilor decât în al bărbaților (Bancroft & Marsack, 1977; Bogard, 1970; Greer, Gunn & Koller, 1966; Hankoff, 1979; Paerregaard, 1975; Shneidman, Faberow & Litman, 1970).

O paralelă demografică demnă de luat în seamă e și relația de vârstă pentru TPB, respectiv pentru comportamentul non-fatal de autovătămare. În circa 75% din cazurile de comportament autovătămător sunt implicate persoane cu vârste între 18 și 45 de ani (Greer & Lee, 1967; Paerregaard, 1975; Tuckman & Youngman, 1968). Pacienții borderline tind să fie mai tineri (Akhtar, Byrne & Doghramji, 1986), iar trăsăturile TPB scad în severitate și prevalență la vârsta mijlocie (Paris *et al.*, 1987). Aceste asemănări demografice, împreună cu altele, discutate mai târziu, propun interesanta posibilitate ca studiile de cercetare realizate pe aceste două populații, chiar dacă întreprinse separat, să fi fost de fapt studii pe eșantioane suprapuse. Din păcate, majoritatea studiilor despre comportamentul suicidar nu raportează diagnosticele din Axa II.

Tratamentul descris în această carte e integrativ cognitiv-comportamental, o terapie dialectic-comportamentală (DBT), dezvoltată și evaluată cu femei care nu doar că îndeplinesc criteriile pentru TPB, ci au și un istoric de comportamente suicidare non-fatale multiple. Teoria pe care am construit-o e aplicabilă și pentru bărbați și pacienții borderline non-suicidari, la fel și planul de tratament descris în această carte. Însă e important ca cititorul să înțeleagă că baza empirică a eficienței planului de tratament descris aici se limitează la femei cu TPB și cu istoric de comportament parasuicidar cronic (autovătămare intenționată, inclusiv tentative de sinucidere). Acest grup reprezintă poate cea mai afectată parte a populației borderline, cu siguranță majoritatea.

Planul e gândit să fie flexibil, astfel încât, pe măsură ce pacientul progresează, să fie făcute schimbări în aplicarea tratamentului. Nu e improbabil ca planul de tratament să fie eficient și pentru indivizii mai puțin tulburați, însă o atare extindere acum s-ar baza pe speculație, nu pe cercetări empirice bine controlate ale tratamentului.

## CONCEPTUL DE TULBURARE DE PERSONALITATE DE TIP BORDERLINE

### Definiții: patru abordări

Conceptul formal de TPB e relativ nou în domeniul psihopatologiei. El nu a apărut în *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) publicat de Societatea Americană de Psihiatrie până

la DSM-III, în 1980. Chiar dacă a fost recunoscută mult mai devreme familia de trăsături specifice ce constituie fenomenul de diagnosticat, mare parte din interesul pentru această populație a apărut din statutul oficial recent căpătat – nu fără controverse ori dispute. La nomenclatura „oficială” și la criteriile pentru diagnosticare s-a ajuns printr-un compromis politic și prin atenția pentru datele empirice.

Probabil că partea cea mai controversată a fost decizia de a folosi termenul „borderline” în denumirea oficială a tulburării. Termenul în sine a fost popular mulți ani în comunitatea psihanalitică, folosit pentru prima dată de Adolf Stern în 1938 pentru a descrie un grup de pacienți externi care nu au avut de câștigat de pe urma psihanalizei clasice și care nu păreau a se încadra în categoriile psihiatrice pe atunci standard de „nevrotic” sau „psihotic”. În vremea aceea, psihopatologia era înțeleasă ca petrecându-se ca un continuum de la „normal” la „nevrotic” și „psihotic”. Stern a etichetat acest grup de pacienți ca suferind de un „grup de nevroze de graniță”.

Mulți ani, termenul a fost folosit colocvial de psihanalisti pentru a-i descrie pe pacienții care, deși au avut probleme severe în a funcționa, nu s-au încadrat în alte categorii de diagnostic, fiind dificil de tratat prin metodele analitice convenționale. Diverși teoreticieni i-au considerat ca aflându-se în zona de frontieră dintre nevroză și psihoză (Stern, 1938; Schmeideberg, 1947; Knight, 1954; Kernberg, 1975) sau între schizofrenie și non-schizofrenie (Noble, 1951; Ekstein, 1955), respectiv normal și anormal (Rado, 1956). Tabelul 1.1 oferă o mostră a primelor definiții ale termenului. De-a lungul anilor, termenul „borderline” și-a modificat sensul în comunitatea psihanalitică, desemnând atât o structură specifică de organizare a personalității, cât și un nivel intermediar de severitate a funcționării personalității. Termenul redă clar această a doua noțiune.

### Tabelul 1.1 Condițiile borderline: Primele definiții și relații

#### Stern (1938)

1. Narcisism – idealizare și devalorizare disprețuitoare simultane față de analist și alte persoane importante.
2. Sângerare psihică – paralizie în situații de criză, letargie, tendința de a renunța.
3. Hipersensibilitate neregulată – reacții exagerate în fața criticii ușoare sau a respingerii, atât de mare, încât sugerează paranoia, dar lipsită de starea maniacală.
4. Rigiditate psihică și corporală – stare de tensiune și rigiditate a posturii ușor sesizabilă de către un observator obișnuit.
5. Reacții negative în terapie – anumite interpretări ale analistului, menite a fi de ajutor, sunt resimțite ca descurajatoare sau ca manifestări ale lipsei de afecțiune și de apreciere. Pot fi urmate de depresie sau accese de mânie, uneori de gesturi suicidare.
6. Sentiment de inferioritate constitutiv – unii prezintă melancolie, alții, personalitate infantilă.
7. Masochism – adeseori însoțit de depresie severă.
8. Insecuritate organizată – neputința constitutivă evidentă de a tolera mult stres, mai ales în zona interpersonală.
9. Mecanisme proiective – tendință puternică de externalizare, ducându-i uneori pe pacienți aproape de ideea maniacală.
10. Dificultăți în verificarea realității – mecanisme empatiche defectuoase în relațiile cu ceilalți; capacitate slabă de a unifica reprezentările de obiect parțiale ale altei persoane într-o percepție adecvată și realistă a întregii persoane.

#### Deutsch (1942)

1. Depersonalizare care nu este străină sinelui sau deranjantă pentru pacient.
2. Identificări narcisiste cu ceilalți, care nu sunt asimilate sinelui, ci simulate repetat.

3. Agățare permanentă de realitate.
4. Sărăcie în relațiile-obiect, cu tendința de a adopta calitățile celeilalte persoane ca mijloc de a păstra afecțiunea.
5. Mascarea tendințelor agresive prin pasivitate, împrumutând un aer de amiabilitate moderată, ce se poate transforma ușor în răutate.
6. Goliciune interioară, pe care pacientul încearcă să o remedieze aderând la diverse grupuri sociale sau religioase, indiferent de opiniile grupului respectiv.

#### Schmideberg (1947)

1. Incapabil să tolereze rutina și regularitatea.
2. Tinde să încalce prea multe reguli și convenții sociale.
3. Întârzie adeseori la consultații și nu e de încredere pentru plăți.
4. Incapabil de reasociere în timpul ședințelor.
5. Slab motivat să urmeze tratamentul.
6. Nu reușește să dezvolte o analiză de sine semnificativă.
7. Duce o viață haotică în care mereu se întâmplă câte ceva îngrozitor.
8. Dacă nu este înstărit, comite tot soiul de infracțiuni mărunte.
9. Nu poate stabili cu ușurință contacte emoționale.

#### Rado (1956) („tulburare extractivă“)

- |  |                     |
|--|---------------------|
| 1. Nerăbdare, nu tolerează frustrarea. | 5. Parazitism.      |
| 2. Accese de mânie.                    | 6. Hedonism.        |
| 3. Iresponsabilitate.                  | 7. Stări depresive. |
| 4. Excitabilitate.                     | 8. Foame afectivă.  |

#### Esser și Lesser (1965) („tulburare histeroidă“)

1. Iresponsabilitate.
2. Nestatornicie a locului de muncă.
3. Relații haotice și nesatisfăcătoare, care niciodată nu devin profunde și nu durează în timp.
4. Istoric de probleme emoționale în copilăria mică și tipare de obiceiuri tulburate (enurezis la vârstă înaintată, de pildă).
5. Sexualitate haotică, adeseori combinând frigiditatea cu promiscuitatea.

#### Grinker, Werble și Drye (1968)

Caracteristici comune pentru toți pacienții borderline:

1. Furia ca singur sau principal afect.
2. Lipsă a relațiilor afective (interpersonale).
3. Absență a unei identități de sine consistente.
4. Depresia ca specific al vieții.

##### *Subtipul I: Granița psihotică*

Comportament inadecvat, inadaptativ  
 Identitate de sine și simț al realității deficiente  
 Comportament negativ manifestat prin furie  
 Depresie

##### *Subtipul II: Sindromul central borderline*

Oscilare a implicării în raport cu ceilalți  
 Mânie disimulată  
 Depresie  
 Identitate de sine inconsecventă

*Subtipul III: „De parcă“ adaptativ, lipsit de afecțiune, defensiv*

Comportament adaptativ, adecvat

Relații complementare

Afecte puține, lipsă de spontaneitate

Apărare a retragerii și intelectualizare

*Subtipul IV: Granița cu nevroza*

Depresie anaclitică

Anxietate

Asemănări cu caracterul nevrotic, narcisist

Tabel adaptat din *The Borderline Syndromes: Constitution, Personality and Adaptation*, de M.H. Stone, 1980, New York: McGraw Hill. Copyright © 1980 McGraw-Hill. Adaptat cu permisiunea editurii.

Gunderson (1984) a rezumat patru fenomene clinice relativ distincte responsabile pentru interesul psihanalitic menținut de-a lungul anilor pentru populația borderline:

1. Unii pacienți care aparent funcționau bine, mai ales conform testelor psihologice structurate, erau totuși catalogați ca manifestând stiluri de gândire disfuncționale („gândire primitivă“ în termeni psihanalitici) în teste nestructurate.
2. Un grup numeros de indivizi care inițial păreau potriviți pentru psihanaliză tindeau să aibă rezultate foarte slabe în urma tratamentului și adeseori solicitau încheierea analizei și a spitalizării.<sup>1</sup>
3. A fost identificat un grup de pacienți care, în contrast cu majoritatea, tindeau să-și deterioreze comportamentul în programele de sprijin cu spitalizare.
4. Acești indivizi generau în mod specific furie intensă și sentimentul de neputință în personalul medical care se ocupa de ei.

Împreună, aceste patru observații indicau existența unui grup de indivizi care nu se descurcau bine cu formele tradiționale de tratament, în ciuda indicatorilor pozitivi de pronostic. Stările emoționale atât ale pacienților, cât și ale terapeuților păreau să se deterioreze când acești indivizi începeau psihoterapia.

Diversitatea populației denumită „borderline“ a dus la numeroase sisteme conceptuale pentru organizarea sindroamelor comportamentale și a teoriilor etiologice asociate termenului. În contrast cu acel continuum unic propus de gândirea psihanalitică, teoreticienii orientați către biologie au conceptualizat TPB pe mai multe paliere de continuum. Din perspectiva lor, tulburarea reprezintă un set de sindroame clinice, fiecare dintre ele cu propria etiologie, cu propriul curs și rezultat.

Stone (1980, 1981) a consultat extensiv literatura și a conchis că tulburarea este legată de mai multe dintre tulburările din Axa I în termenii caracteristicilor clinice, ai istoricului familial, ai răspunsurilor la tratament și ai markerilor biologici. El sugerează, de pildă, trei subtipuri borderline: unul legat de schizofrenie, unul de tulburarea afectivă și un al treilea legat de tulburări organice ale creierului. Fiecare subtip se manifestă într-un spectru ce pornește de la cazuri „neechivoce“ sau „centrale“ ale subtipului spre forme ușoare, mai dificil de identificat, cazuri cărora li se aplică termenul de „borderline“ (Stone, 1980). În ultimii ani, tendința din literatura teoretică și de cercetare a fost de a vedea sindromul borderline ca localizat în principal în continuumul tulburărilor afective (Gunderson & Elliott, 1985), în ciuda faptului că datele strânse aruncă îndoieli asupra acestei poziții.

O a treia abordare în pentru înțelegerea fenomenului borderline a fost cea etichetată drept „eclectic-descriptivă“, a lui Chatham (1985). Aceasta, urmând a fi cuprinsă în DSM-IV (Asociația Americană

<sup>1</sup> Și în comunitatea psihanalitică, și în cea cognitiv-comportamentalistă, atenția față de TPB a început în al treilea deceniu al disciplinei terapeutice, din aceleași motive. Tehnicile de tratament, care altfel sunt foarte eficiente, funcționează mai slab când pacienții îndeplinesc criteriile pentru TPB.

de Psihiatrie, 1991) și apărând în lucrările lui Gunderson (1984), se bazează pe o utilizare definițională a tipurilor de criterii borderline. Caracteristicile definiției au fost derivate în mare prin consens, chiar dacă azi folosim date empirice pentru a rafina definițiile, într-o anumită măsură.

De pildă, criteriile lui Gunderson (Gunderson & Kolb, 1978; Gunderson, Kolb & Austin, 1981) au fost dezvoltate inițial în urma unei survolări a literaturii de specialitate și a unei distilări a 6 trăsături pe care majoritatea teoreticienilor le descriu ca fiind specifice pacienților borderline. Zanarini, Gunderson, Frankenburg și Chauncey (1989) au revizuit recent criteriile pentru TPB pentru a obține o mai bună diferențiere între TPB și alte diagnostice din Axa II. Chiar și în această ultimă versiune, metodele de a selecta noi criterii nu sunt clare, părând să se bazeze mai degrabă pe criterii clinice decât pe concluzii derivate empiric. Criteriile pentru TPB listate în DSM-III, DSM-III-R și DSM-IV au fost stabilite prin consensul comitetelor formate de către Asociația Americană de Psihiatrie și s-au bazat pe combinarea orientărilor teoretice ale membrilor comitetelor, pe datele despre cum anume folosesc psihiatrii practicieni termenul și pe datele empirice la zi.

Cele mai recente criterii folosite pentru a defini TPB, și anume DSM-IV și Interviul de Diagnostic pentru Persoanele Borderline – Revizuit (DIB-R), sunt listate în Tabelul 1.2.

**Tabelul 1.2. Criteriile de Diagnostic pentru TPB**

DSM-IV<sup>1</sup>

1. Eforturi frenetice de a evita abandonul, real sau imaginar (a nu se include comportamentul suicidal sau de automutilare, acoperit de Criteriul 5).
2. Tipar de relații interpersonale instabile și intense, caracterizate de alternarea extremelor idealizării și devalorizării.
3. Perturbare a identității: imagine de sine persistentă și vădit perturbată, distorsionată sau instabilă (ca sentimentul de a nu exista sau de a întruchipa răul).
4. Impulsivitate în cel puțin două zone cu potențialul autovătămării (cheltuirea banilor, sexul, abuzul de substanțe, furatul din magazine, șofatul imprudent, mâncatul excesiv etc.; nu includ suicidul și automutilarea, acoperite de Criteriul 5).
5. Gesturi, comportament sau amenințări recurente cu sinuciderea ori comportament de automutilare.
6. Instabilitate afectivă: reactivitate evidentă a stării de spirit (disforie episodică intensă, iritabilitate, anxietate etc.) ce durează câteva ore, de regulă, arareori mai mult de câteva zile.
7. Senzație cronică de vid.
8. Furie inadecvată, intensă sau lipsa controlului la furie (crize de furie frecvente, mânie constantă, lupte fizice recurente etc.).
9. Simptome disociative severe trecătoare, legate de stres sau idealizare paranoidă.

Interviul de Diagnostic pentru Persoanele Borderline – Revizuit (DIB-R)<sup>2</sup>

**Secțiunea afectivă**

1. Depresie cronică/majoră
2. Neajutorare / lipsă de speranță / sentimentul lipsei de valoare / învinovățire cronică
3. Furie cronică / acte de furie frecvente
4. Anxietate cronică
5. Singurătate / plictiseală / senzația de vid cronică

<sup>1</sup> Din *DSM-IV Options Book: Work in Progress 9/1/91*, Grupul de Lucru pentru DSM-IV, Asociația Americană de Psihiatrie, 1991, Washington, DC. © 1991 pentru Asociația Americană de Psihiatrie. Retipărită cu permisiune.

<sup>2</sup> Din „The Revised Diagnostic Interview for Borderlines: Discriminating BPD from Other Axis II Disorders”, de M.C. Zanarini, J.C. Gunderson, F.R. Frankenburg și D.L. Chauncey, 1989, *Journal of Personality Disorders*, 3(1), 10-18. ©1989 pentru Guilford Publications, Inc. Retipărit cu permisiune.

## Secțiunea cognitivă

6. Gândire ciudată / experiențe perceptive neobișnuite
7. Experiențe paranoide nondelirante
8. Experiențe cvasipsihotice

## Secțiunea Tipare de acțiune impulsivă

9. Abuz / dependență de substanțe
10. Devianță sexuală
11. Automutilare
12. Eforturi suicidare manipulative
13. Alte tipare impulsive

## Secțiunea Relații interpersonale

14. Netolerarea singurătății
15. Tema de abandon/dispariție/anihilare
16. Contradependență / conflict serios în privința ajutorului sau a îngrijirii
17. Relații furtunoase
18. Devalorizare/manipulare/sadism
19. Pretenții
20. Probleme de contratransfer / relații de tratament „special“

O a patra abordare pentru înțelegerea fenomenului borderline, bazată pe o teorie bio-socială a în-vățării, a fost propusă de Millon (1981, 1987a). Millon e unul dintre cei mai articulați dizidenți în raport cu utilizarea termenului „borderline“ pentru a descrie această tulburare de personalitate. În schimb, el a sugerat termenul de „personalitate cicloidă“ pentru a sublinia instabilitatea comportamentală și a stării de spirit, pe care o consideră centrală pentru această tulburare. Din punctul său de vedere, tiparele personalității borderline sunt rezultatul deteriorării altor tipare de personalitate, mai puțin severe. Millon pune accent pe istoricul diferit al indivizilor borderline și sugerează că la TPB se poate ajunge în numeroase moduri.

Teoria pe care o prezint în această carte se bazează pe o teorie bio-socială, în multe feluri similară celei a lui Millon. Amândoi scoatem în evidență interacțiunile reciproce ale studiilor de biologie și sociale pentru etiologia bolii. În contrast cu Millon, nu am dezvoltat o definiție independentă pentru TPB. Totuși, am organizat numeroase tipare de comportament asociate cu un subset al indivizilor borderline: cei cu istoric de tentative multiple de rănire, mutilare sau sinucidere. Aceste tipare sunt discutate în detaliu în Capitolul 3; ele sunt schițate ilustrativ în Tabelul 1.3.

### **Tabelul 1.3. Tipare de comportament în BDP**

1. *Vulnerabilitatea emoțională*: tipar de dificultăți permanente în reglarea emoțiilor negative, incluzând sensibilitate crescută la stimulii emoționali negativi, intensitate emoțională ridicată și revenire lentă la starea emoțională de referință, precum și conștientizarea și experimentarea vulnerabilității emoționale. Poate include tendința de a învinui mediul social pentru așteptări și cereri nerealiste.
2. *Invalidarea de sine*: tendința de a se invalida sau de a nu reuși să-și recunoască reacțiile emoționale, gândurile, credințele și comportamentele proprii. Standarde și așteptări nerealist de ridicate de la propria persoană. Poate include rușine intensă, ură de sine și furie direcționată asupra sinelui.
3. *Crize continue*: tipare de evenimente exterioare frecvent stresante, negative, de întreruperi și blocaje, provocate fie de modul de viață disfuncțional al individului, fie de un mediu social inadecvat, fie de destin sau din întâmplare.

4. **Durere inhibată:** tendința de a inhiba și supracontrola reacțiile emoționale negative, mai ales pe cele asociate cu mâhnirea și pierderea, incluzând aici tristețea, furia, vina, rușinea, anxietatea și panica.
5. **Pasivitate activă:** înclinație spre un stil de a rezolva problemele interpersonale pasiv, incluzând eșecul de a se implica activ în rezolvarea propriilor probleme de viață, adeseori însoțit de tentative de a solicita rezolvarea problemelor de către ceilalți; neajutorare și lipsă de speranță deprinse.
6. **Competență aparentă:** tendința individului de a apărea mult mai competent decât în realitate, de obicei din cauza lipsei competențelor de a generaliza peste stările de spirit preconizate, peste situații și timp, respectiv lipsa indiciilor nonverbale adecvate pentru stresul emoțional.

În general, nici teoreticienii behavioriști, nici cei cogniviști nu au propus categorii definiționale sau de diagnostic pentru comportamentele disfuncționale comparabile cu cele descrise aici. Acest lucru e cauzat în primul rând de preocuparea behavioriștilor pentru teoriile inferențiale ale personalității și organizării personalității, precum și de preferința lor pentru înțelegerea și tratarea fenomenelor comportamentale, cognitive și afective asociate cu diverse tulburări decât față de tratarea „tulburărilor” în sine. Cogniviștii, în schimb, au dezvoltat formulări etiologice ale tiparelor comportamentale borderline. Acestea prezintă TPB ca fiind rezultatul unor scheme cognitive disfuncționale apărute în prima parte a vieții. Teoriile cognitiviste pure sunt, în multe privințe, asemănătoare teoriilor psihanalitice mai orientate spre zona cognitivă. Diferitele orientări față de fenomenologia borderline sunt schițate în Tabelul 1.4.

**Tabelul 1.4. Orientări majore pentru TPB**

Dimensiuni	Psihanalitică	Biologică	Eclectică	Bio-socială	Cognitivă
1. Teoreticieni majori	Adler, Kernberg, Masterson, Meissner, Rinsley	Akiskal, Adronis, Cowdry, Gardner, Hoch, Kasanin, D. Klein, Kety, Polatin, Soloff, Stone, Wender	Frances, Grinker, Gunderson, DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV ale lui Spitzer	Linehan, Millon, Turner	Beck, Pretzer, Young
2. Ce se înțelege prin „borderline”	Nivel psiho-structural sau conflict psihodinamic	VARIANTĂ UȘOARĂ a uneia dintre tulburările majore	Tulburare de personalitate particulară	Tulburare de personalitate particulară	Tulburare de personalitate particulară
3. Datele pe care se bazează diagnosticul	Simptome, structuri intrapsihice deduse, transfer	Simptome clinice, istoric genetic al familiei, răspuns la tratament, markeri biologici	Combinății de simptome și observații comportamentale, date obținute din teste psihodinamice și psihologice (WAIS, Rorschach)	Observarea comportamentului, interviuri structurate, date ale testelor ancorate comportamentalist	Observarea comportamentului, interviuri structurate, date ale testelor ancorate comportamentalist
4. Etiologia tulburării	Educația, natura, soarta	Natura	Nespecificat	Natura, educația	Educația

5. Structura populației borderline	Omogenă: structură intrapsihică	Eterogenă: simptome descriptive	Eterogenă: eșan-tion total	Omogenă: fiecare subtip	Eterogenă
6. Importanța diagnosticului în subtip	Neimportant, cu excepția lui Meissner	Important	Oarecum impor-tant	Important	Nespecificat
7. Baza pe care este făcută subtipologia	-	Etiologie	Grinker și Gun-derson: clinică; DSM: clinică și etiologică	Tipare com-portamentale	Nespecificat
8. Tratament recomandat	Psihanaliză modificată, psihoterapie confruntativă	Chimioterapie	Nespecificat	Comporta-ment modifi-cat / terapie cognitiv-com-portamentală	Terapie cognitivă modificată

### CRITERIILE DE DIAGNOSTIC: O REORGANIZARE

Criteriile pentru TPB, așa cum sunt definite curent, reflectă un tipar al instabilității și neregularității comportamentale, emoționale și cognitive. Aceste dificultăți pot fi rezumate în cele cinci categorii listate în Tabelul 1.5. Am reorganizat întrucâtva criteriile uzuale, însă compararea celor 5 categorii pe care le discut în continuare cu criteriile din DSM-IV și DIB-R (Tabelul 1.2) arată că a fost vorba numai despre o reorganizare, nu și despre o redefinire.

1. Indivizii cu borderline au în general experiența neregularităților emoționale. Reacțiile emoționale sunt deosebit de puternice, iar individul are de obicei dificultăți cu depresia episodică, anxietatea și iritabilitatea, precum și cu furia și exprimarea ei.
2. Indivizii borderline au de obicei neregularități interpersonale. Relațiile lor pot fi haotice, intense și marcate de dificultăți. În ciuda acestor probleme, le e greu să renunțe la o relație; în schimb, se pot lansa în eforturi intense și frenetice de a-i împiedica pe cei importanți să îi părăsească. Din experiența mea, persoanele borderline, mai mult decât majoritatea populației generale, se descurcă bine când se află în relații stabile, pozitive și se descurcă rău altminteri.
3. Indivizii borderline prezintă tipare de neregularități în comportament, evidențiate prin conduita impulsivă extremă și problematică și prin suicid. Tentativele de vătămare, mutilare sau sinucide-re sunt comune pentru această populație.
4. Persoanele borderline prezintă uneori neregularități cognitive. Pe scurt, forme non-psihotice de gândire întreruptă, inclusiv depersonalizare, disociere și delir sunt provocate uneori de situații stresante și dispar, de obicei, odată cu diminuarea stresului.
5. Neregularitățile cu privire la simțul sinelui sunt comune. Nu e neobișnuit ca un individ borderline să raporteze că nu are niciun simț al sinelui, că se simte pustiit și că nu știe cine este. De fapt, pu-tem considera TPB ca fiind o tulburare permanentă atât a ordonării, cât și a experienței sinelui – idee propusă și de Grotstein (1987).