

# Aspecte privind abordarea terapeutică a pacienților diagnosticați cu tulburare de personalitate borderline

Maria Estela MIHOC \*

## Rezumat:

*Toți clinicienii sunt de acord cu faptul că terapia cazurilor de tulburare de personalitate borderline este extraordinar de provocatoare și solicitantă emoțional. Din cauza crescutei implicări temporale și emoționale și a complexității procesului terapeutic, mulți practicieni evită să lucreze cu pacienți cu un astfel de diagnostic. Se știe despre aceștia că sunt susceptibili să părăsească terapia, să treacă la act în mod autodistructiv, să formuleze cereri neobișnuite pentru un tratament special din partea psihoterapeuților, să îi provoace să își transgreseze limitele profesionale și să-i chinuie cu telefoane neobosite la diverse ore din zi și din noapte. Drept urmare, reprezintă o condiție necesară ca terapeutul care se angajează într-o psihoterapie intensivă cu pacienți borderline să fie experimentat sau să fie supervizat de către colegi experți.*

*Deși abordarea terapeutică a pacientului diagnosticat cu tulburare de personalitate borderline variază în funcție de nevoile acestuia, au putut fi conturate de-a lungul timpului o serie de principii tehnice care se aplică la majoritatea pacienților borderline. Ne propunem așadar ca în acest articol să prezentăm câteva repere utile în desfășurarea travaliului terapeutic cu pacienți diagnosticați cu tulburare de personalitate borderline.*

## Cuvinte cheie:

*borderline, tulburare de personalitate, psihoterapie, strategii terapeutice*

## Abstract:

*All the clinicians agree that the treatment of the borderline personality disorder cases is extremely challenging and emotionally demanding. Because rearing time and emotional involvement and the complexity of the therapeutic process, many practitioners are reluctant to work with patients with such a diagnosis. It is known about them that they are likely to leave therapy, switch to the self-destructive act, make unusual demands for special treatment by psychotherapists, causing them to transgression the professional boundaries and his relentless struggle with phones at different times of day and night. Therefore, it is a prerequisite for the therapist who engages in intensive psychotherapy with borderline patients to be tested or to be supervised by expert colleagues.*

*Although the therapeutic management of patients diagnosed with borderline personality disorder varies depending on their needs, it have been shaped over time a series of technical principles that apply to enough borderline patients. We therefore propose to present in this article some useful guidelines in the conduct of therapeutic process with patients diagnosed with borderline personality disorder.*

## Key words:

*borderline, personality disorder, psychotherapy, therapeutic strategies*

---

\* Psiholog – Psihoterapeut, Cabinet Individual de Psihologie Mihoc Maria Estela  
contact@psiholog-bacau.net, [http://www.psihoterapie.psiholog-bacau.net/tulburarile\\_de\\_personalitate.htm](http://www.psihoterapie.psiholog-bacau.net/tulburarile_de_personalitate.htm)

## Tulburarea de personalitate borderline<sup>1</sup> – Istoric și evoluție conceptuală

Căutând să identificăm originea clasificării americane a bolilor psihiatrice, ne vom întoarce în timp până în anul 1849, când Isaac Ray, director al spitalului Butler din Rhode Island, a prezentat o lucrare care propunea un sistem uniform de denumire, clasificare și înregistrare a bolilor mentale. Ulterior, în anul 1933, Academia de Medicină din New York va realiza primul manual de statistică a bolilor mentale adoptat de Asociația Americană de Neurologie, iar în anul 1952 Asociația Psihiatrică Americană (APA)<sup>2</sup> va hotărî publicarea unui sistem de clasificare și codificare a bolilor psihice sub denumirea "Diagnostic and Statistical Manual" (DSM)<sup>3</sup>. Abia în anii 1970, odată cu apariția celui de-al treilea manual DSM, vor fi postulate primele criterii de diagnostic explicite pentru entitățile clinice cunoscute, fapt ce va reprezenta o veritabilă revoluție în clasificarea bolilor mentale. Din acest moment, odată cu introducerea sistemului de evaluare multiaxială, va fi recunoscută distincția și intercondiționarea reciprocă dintre tulburările psihice și structurile personalității, abordarea terapeutică a tulburărilor de personalitate devenind unul din obiectivele psihiatriei și psihologiei clinice și bucurându-se de tot mai multă atenție în ultimii ani.

Termenul „borderline” a fost întrebuințat prima dată pentru a descrie acei pacienți care nu erau suficient de bolnavi pentru a fi diagnosticați ca schizofreni, dar care erau prea tulburați pentru a urma un tratament psihanalitic clasic. În 1949, Hoch și Polatin, pentru a eticheta starea acestui grup, au introdus categoria «**schizofrenie pseudonevrotică**», caracterizându-i pe acei indivizi care prezentau un model simptomatic de «pannevroză», «pananxietate», «pansexualitate». În 1953, Robert Knight caracterizează acest grup prin descrierea deficiențelor în funcționarea Eului, prin inabilitatea de a planifica în mod realist, de a se apăra împotriva impulsurilor primitive și prin predominanța procesului de gândire primar asupra celui secundar. În anul 1968, Grinker et al. au adus o anumită rigoare diagnostică sindromului, analizând statistic aproximativ 60 de astfel de pacienți și sugerând ulterior că există patru grupe de pacienți borderline, evoluând pe un continuum de la un capăt psihotic către unul nevrotic. Astfel, ei au diferențiat un grup psihotic (I), un grup cu afecte negative predominante și cu dificultăți în a menține relații interpersonale stabile (II), un grup caracterizat printr-o lipsă generală a identității, care are drept rezultat nevoia de a împrumuta identitate de la alții (III) și un grup nevrotic (IV). Încercând să găsească numitorii comuni ai sindromul borderline, prezenți în fiecare din cele patru subtipuri, aceiași autori au identificat patru trăsături cheie comune (mânia ca afect principal sau unic, defecte în relațiile interpersonale, absența unei identități consistente a Sinelui și depresia generală) și au stabilit că sindromul borderline este în mod clar distinct de schizofrenie, toți acești pacienți necunoscând în timp deteriorări către schizofrenia franca. Otto Kernberg (1967, 1975) a

---

<sup>1</sup> În text, **tulburare de personalitate borderline = TPB**

<sup>2</sup> În text, **Asociația Psihiatrică Americană = APA**

<sup>3</sup> În text, **Diagnostic and Statistical Manual = DSM**

Încercat caracterizarea din punct de vedere psihanalitic a pacienților borderline și, folosind o abordare combinată între psihologia Eului și teoria relațiilor de obiect, a introdus termenul de «**organizare a personalității de tip borderline**» pentru a delimita acel grup care prezenta patternuri caracteristice de slăbiciune a Eului (lipsa de toleranță a anxietății, lipsa de control al impulsului, lipsa de canale de sublimare dezvoltate), trecerea către procesul de gândire primar (regresarea la o gândire cvasipsihotică în absența structurii sau sub presiunea unor afecte puternice), mecanisme de apărare primitive (clivajul, idealizarea primitivă, forme timpurii de proiecție, mai ales identificarea proiectivă, negarea, omnipotența și devalorizarea) și relații de obiect problematice (relații de obiect internalizate patologice). Conceptul impus de Kernberg este distinct de caracterizările fenomenologice existente care identifică o tulburare de personalitate specifică, termenul său cuprinzând multe tulburări de personalitate diferite, întrucât, în viziunea sa, pacienții cu tulburare de personalitate narcisică, antisocială, schizoidă, paranoidă, infantilă și ciclotimică, sunt toți caracterizați ca având o organizare de personalitate de tip borderline subiacentă. În 1990, Gunder, Zanarini et al. au identificat trăsături discriminatorii clare bazate pe cercetarea focalizată pe caracteristici descriptive ale sindromului borderline: gândire cvasipsihotică, automutilare, eforturi suicidare manipulative, preocupări despre abandon / înghițire, anihilare, cerințe mari / sentimentul de a fi îndreptățit, regresii în tratament, dificultăți transferențiale. În anul 2000, Asociația Psihiatrică Americană publică ediția a IV-a, revizuită, a DSM-ului, în care sunt prezentate criteriile actuale de diagnostic a TPB.

### **Abordări terapeutice și strategii în tratamentul pacienților diagnosticați cu TPB**

Ghidul de practică pentru tratamentul pacienților cu TPB al APA (2001) recomandă ca formă de abordare terapeutică optimă a acestor pacienți combinația dintre medicație și psihoterapie. Cele două tipuri de tratament acționează în mod complementar, psihoterapia urmărind modificarea funcționării întregii persoane și fiind esențială pentru a-i ajuta pe pacienții diagnosticați cu TPB să atingă stabilitatea, iar farmacoterapia ținând rezolvarea simptomelor specifice.

Același Ghid de practică al APA notează că există două psihoterapii validate empiric utilizate în tratamentul TPB: terapia psihanalitică / psihodinamică și terapia comportamentală dialectică (TCD).

Toți clinicienii sunt de acord cu faptul că terapia cazurilor de TPB este extraordinar de provocatoare și solicitantă emoțional. Din cauza crescutei implicări temporale și emotionale și a complexității procesului terapeutic, mulți practicieni evită să lucreze cu pacienți cu un diagnostic cunoscut de TPB. Se știe despre aceștia că sunt susceptibili să părăsească terapia, să treacă la act în mod autodistructiv, să formuleze cereri neobișnuite pentru un tratament special din partea psihoterapeuților, să îi provoace să își transgreseze limitele profesionale și să-i chinuie cu

telefoane neobosite la diverse ore din zi și din noapte. Drept urmare, reprezintă o condiție necesară ca terapeutul care se angajează într-o psihoterapie intensivă cu pacienți borderline să fie experimentat sau să fie supervizat de către colegi experți.

Deși abordarea terapeutică a pacientului diagnosticat cu TPB variază în funcție de nevoile acestuia, o serie de principii tehnice se aplică destul de larg la majoritatea pacienților borderline. Ne propunem în continuare să prezentăm câteva repere în desfășurarea travaliului terapeutic cu pacienții diagnosticați cu TPB.

## **1. Alianța terapeutică**

O problemă majoră în psihoterapia indivizilor borderline este natura precară a alianței terapeutice (Adler, 1979; Gabbard et al., 1988; Horwitz et al., 1996; Kernberg, 1976; Masterson, 1976; Modell, 1976; Zetzel, 1971).

Pe parcursul tratamentului, datorită relațiilor de obiect haotice ale pacienților, aceștia au o mare dificultate în a-și vedea terapeutul ca pe o figură care îi ajută și care lucrează în colaborare cu ei în direcția unor scopuri recunoscute mutual. Este probabil ca aceștia să îl vadă pe terapeut fie ca pe un adversar, fie ca pe un salvator idealizat. În aceste condiții, în momentul în care procesul devine deosebit de dificil, este util ca terapeutul să îi reamintească pacientului scopurile stabilite în comun și să îl reorienteze către acestea. Unul din mesajele care trebuie să fie repetate pacientului este acela ca terapia nu este obligatorie ci este un proces ales de către el pentru a atinge scopuri specifice care îi scad suferința. Întrucât pacienții uită frecvent de aceste scopuri, recapitularea lor îi ajută să își amintească de faptul că terapeutul este un aliat care lucrează în colaborare cu ei.

Proiectul Mc Lean asupra angajării în psihoterapie a pacienților borderline (Franck, 1992) subliniază faptul ca 60% din primii 60 de pacienți studiați și-au întrerupt terapia în decursul a 6 luni, 77% din aceste cazuri de abandon fiind caracterizate de dificultatea dezvoltării unei alianțe între terapeut și pacient. Un alt studiu derulat asupra unor pacienți borderline care au întrerupt terapia prematur (Gunderson et al, 1998) a surprins faptul că mai mult de jumătate din cei care au abandonat terapia au plecat mâniași după o confruntare timpurie făcută de terapeut. S-a subliniat astfel importanța utilizării unor tehnici mai suportive pentru construirea alianței în primele faze ale terapiei, precum și recunoașterea realității traumei timpurii sub forma abuzului în copilărie la mulți dintre acești pacienți (Gunderson și Chu, 1993; Gunderson și Sabo, 1993). Eroarea căreia cad pradă mulți analiști și terapeuți dinamici, orientați mai curând către strategii expresive decât suportive, este de a forța interpretările de transfer asupra unor pacienți nepregătiți, care sunt orientați către externalizare și acțiune mai degrabă decât către reflecție, compromițând astfel alianța terapeutică. În mod ideal, terapeutul, înainte de a oferi o interpretare a dinamicii inconștiente, va trebui să creeze un mediu conținător prin validarea empatică a experienței pacientului. Prin validarea și recunoașterea efectelor traumei timpurii asupra

capacității pacientului de a forma relații de încredere la vârsta adultă, practicienii vor construi o alianță terapeutică mai puternică.

### **Stabilirea cadrului terapeutic și precizarea limitelor**

Din cauza naturii haotice a vieții pacientului borderline, stabilitatea îi trebuie asigurată și impusă din surse exterioare cât mai devreme în cursul procesului terapeutic. În acest sens, este indicat ca terapeutul să îi prezinte încă din primele întâlniri (sub forma unui contract terapeutic la care va face referire ulterior pe parcurs) cadrul constant în care se va desfășura psihoterapia. Vor fi clarificate aspectele ce țin de relația psihoterapeutică (ce este și ce nu este psihoterapia, prin ce diferă relația terapeutică de alte relații), aspectele legate de plata ședințelor, frecvența, regularitatea și durata limitată a acestora, politica legată de consecințele absențelor de la ședințele programate.

Pe lângă stabilirea acestor condiții care vor face viabilă psihoterapia, terapeutul va informa pacientul despre limitările existente în interiorul cadrului de intervenție. Acesta va menționa clar că nu ține de rolul său să se implice în acțiunile din viața pacientului în afara ședințelor, că disponibilitatea sa este limitată și că nu se așteaptă să primească telefoane între ședințe decât în caz de urgență. De multe ori, aceste informații intră în disonanță cu așteptările pacientului ca psihoterapeutul să fie un salvator omnipotent, mulți pacienți borderline privind limitele profesionale obișnuite ca pe o deprivare crudă și cu scop punitiv din partea terapeutului.

Lipsa unui simț consistent al identității face ca pacienții borderline să fuzioneze ușor cu un altul și până la un punct să își dorească asta. Ei pot cere în timp demonstrații mai concrete de grijă din partea terapeutului (îmbrățișări, ședințe extinse, scăderi tarifare, disponibilitate permanentă). În astfel de situații clinicianul poate resimți dificultăți în a menține distanța emoțională și a manifesta o lipsă de reacție totală la cererile emoționale ale pacientului. Mai ales terapeuții începători pot trăi sentimente de vinovăție în ce privește stabilirea și menținerea limitelor și pot începe să depășească limitele profesionale în numele flexibilității sau al prevenirii suicidului (Gabbard, 1989; Gutheil, 1989). Paradoxul legat de implementarea limitelor este că, deși mulți dintre pacienți cer o mai mare libertate, atunci când psihoterapeutul le-o acorda, ei se simt în mod paradoxal mai rău. Un studiu efectuat de Menninger și Colson (1995) a evidențiat că în cazurile cu evoluție negativă, un numitor comun a fost eșecul clinicianului de a pune limită comportamentelor de acting out. Este necesar ca terapeutul să se asigure că cei doi actori ai actului terapeutic se mențin într-o stare de separare, în ciuda eforturilor de fuziune pe care le poate face pacientul, întrucât în lipsa unor limite clar susținute terapeutul se poate simți responsabil pentru comportamentele sau emoțiile pacientului atunci când acesta încearcă să îl responsabilizeze. Waldinger (1987), rezumând succint grupul de comportamente care necesită implementarea de limite, le menționează pe cele care amenință siguranța terapeutului sau a pacientului și pe cele care periclitează psihoterapia însăși. Casement (1985) realizează distincția

utilă între „cererile libidinale” ale pacientului și „cererile legate de nevoile de creștere”. Dacă primele nu pot fi gratificate fără a pune serios în pericol tratamentul și fără realizarea unor compromisuri etice serioase, cele din urmă nu pot fi frustrate fără a se împiedica creșterea.

### **Facilitarea colaborării**

Prin definiție, pacienții diagnosticați cu TPB manifestă dificultăți în a coopera, a colabora și a prelua responsabilitatea pentru comportamentele proprii. Acest lucru e în mod special adevărat pentru pacienții care intră în terapie cu scopul expres de a se simți mai bine și nu pentru a face schimbări în viața lor. Ei vor ca sentimentele lor de abandon să dispară, grijile să se diminueze și problemele cotidiene să fie rezolvate. Dorința lor secretă este ca viața lor haotică și ruinată de respingere să fie reglată de către o persoană fermă și care să se manifeste ca un părinte bun, ideal. Ei cred că este responsabilitatea altcuiva să facă totul mai bine pentru ei și îl delegă pe clinician pentru acest lucru.

Stabilirea limitelor și contractul terapeutic scris sunt două strategii puternice pentru a angaja pacientul în psihoterapie. De obicei aceste strategii sunt folosite cu pacienții diagnosticați cu TPB cu un nivel scăzut de funcționalitate, care au intenții suicidare sau săvârșesc trecerea la act în forme diverse. Contractele pot fi utilizate pentru a facilita aderența la tratament, reglând prezența la întâlniri, manifestarea comportamentelor compulsive sau agresive și complianța la medicație.

O altă strategie care facilitează angajarea în procesul terapeutic este construirea unui mediu care să îl conțină pe pacient, prin îndeplinirea funcției de conținere a clinicianului. Aceasta se refera la primirea și păstrarea proiecțiilor pacientului fără a le absorbi sau răspunde la ele până în momentul oportun, în care vor fi reorientate înapoi către pacient, astfel încât acesta să poată integra aceste părți proprii lui, pe care anterior nu le putea tolera.

### **Menținerea flexibilității**

Pentru a aborda în mod adecvat un pacient diagnosticat cu TPB, clinicianul trebuie să manifeste o atitudine flexibilă.

Raportându-se la cunoașterea faptului că pacienții borderline cu un nivel înalt de funcționare, cu un Eu puternic și cu un grad mai mare de gândire orientată psihologic vor beneficia de pe urma unei psihoterapii orientată expresiv mult mai mult decât cei mai aproape de limita psihotică, care necesită un accent suportiv, terapeutul își va regla atitudinea și demersurile astfel încât să mențină o alianță terapeutică optimă.

Dincolo de aceasta, datorita faptului că prin comportamentul său pacientul borderline încearcă în mod subtil să le impună celorlalți un mod anumit de a răspunde și de a simți, clinicianul va fi nevoit să își ajusteze intervențiile în funcție de starea de moment a relației cu acesta. Terapeutul va trebui să-și permită suficientă flexibilitate pentru a răspunde spontan la

forma de relație de obiect care îi este impusă, „dansând pe muzica pacientului”, păstrând însă în același timp atitudinea și limitele profesionale. Astfel va asigura menținerea acestuia în relație, acumulând o bogăție de informații despre dificultățile caracteristice lui în relațiile interumane, informații pe care le va putea utiliza ulterior în scop terapeutic.

Dacă asigurarea constanței este parte integrantă din strădania terapeutului de a crea un mediu conținător pentru pacient, răspunsul empatic la nevoile în schimbare ale pacientului este un factor critic în menținerea alianței terapeutice.

### **Transfer și contratransfer**

Deoarece relațiile interpersonale tind să fie neobișnuit de incomode pentru pacientul cu TPB, aspectele legate de realizarea transferului și contratransferului ar trebui să fie o grijă considerabilă a clinicianului. Transferul acestor pacienți acoperă o gamă care se întinde de la neajutorare, dependență și fantezii de fuziune la dispreț total.

Contratransferurile comune clinicienilor includ stări de mânie, vină, antagonism, teamă, respingere, sentiment de manipulare, fantezii de salvare. Psihoterapeutul poate deveni mândru din cauza cerințelor absolutiste ale pacientului, a dependenței lui exagerate sau a comportamentelor de trecere la act. În astfel de situații el trebuie să își monitorizeze și să își controleze gândurile și reacțiile față de acest tip de pacient, care este extrem de sensibil la elementele de paralimbaj ale interlocutorilor. Terapeutul poate răspunde la ostilitatea pacientului spunând „Am impresia că încerci să mă determini să mă înfurii pe tine în loc să mă lași să te ajut. Să vedem dacă putem înțelege ce se întâmplă.”, sau o poate limita prin afirmații de tipul ”Nu sunt sigur că vom face progrese dacă continui să țipi. Este important să îți controlezi mânia ca să o poți exprima într-un mod mai puțin provocator.”

### **Recunoașterea și reintegrarea aspectelor Sinelui care au fost negate sau proiectate în alții**

Deoarece clivajul și identificarea proiectivă sunt mecanismele de apărare primare ale pacienților cu TPB, sentimentul de a fi incomplet sau fragmentat e un fenomen de nucleu în psihopatologia borderline.

Prin mecanismul clivajului pacientul poate să-și nege comportamentul avut în urma cu o lună, manifestându-se ca și cum altcineva ar fi răspunzător pentru acel comportament. Lipsa de continuitate poate apărea de la săptămână la săptămână sub forma unor schimbări dramatice în felul în care el se prezintă terapeutului. Sarcina acestuia din urmă este de a lega aceste aspecte fragmentate ale Sinelui pacientului și de a interpreta anxietățile subiacente.

Prin identificarea proiectivă, pacientul borderline își proiectează în terapeut sau în alte persoane Sinele intern și reprezentările de obiect. Terapeutul va încerca să îl ajute să înțeleagă că el plasează în mod inconștient propriile sale aspecte în alții, pentru a ține astfel sub control acele părți personale care îl deranjează.

### **Promovarea mentalizării**

Pacienții borderline tind să își considere propria percepție asupra realității ca fiind absolută, (reprezentând reflectarea acurată a realității obiective) și nu o construcție personală, subiectivă, bazată pe propriile sentimente, credințe interne și experiențe trecute. Ei sunt convinși în majoritatea cazurilor că viziunile lor asupra celorlalți sunt corecte, întrucât sunt incapabili să reflecteze asupra lumii interne a altora. Ca atare, datorită retrării unor relații de obiect interne din trecut bazate pe traumă, pacientul borderline nu mai poate gândi sau reflecta limpede și dezvolta adesea convingeri aproape delirante, „obligându-l” pe terapeut să joace un rol în drama sa interioară. Intensitatea și persistența cu care pacienții borderline își exprimă convingerile cu caracter cvasidelirant îi poate determina uneori pe unii psihoterapeuți să se îndoiască de ei înșiși.

O cale de a promova mentalizarea este aceea în care clinicianul încurajează clientul să își exprime fantasmele privind starea interioară a terapeutului, ori de câte ori observă schimbările sentimentelor pacientului de la un moment la altul. Sunt utile întrebările sub forma „Cum crezi / gândești că mă simt eu în legătura cu ... ?”

### **Permiterea transformării clinicianului în obiectul rău**

Una dintre provocările cele mai mari în psihoterapia pacienților borderline este cea de a tolera și de a conține mânia intensă, agresivitatea și ura pacientului. Întrucât acești pacienți au internalizat un introiect detestat și posibil abuziv pe care încearcă cu disperare să-l externalizeze prin identificare proiectivă în dimensiunile transferențiale și contratransferențiale ale diadei, terapeutii se simt frecvent acuzați în mod fals. Pacienții borderline au tendința de a recrea cu terapeutul o relație de obiect internă sado-masochistă din copilărie pentru că, într-un mod paradoxal, găsesc că e previzibil, familiar și liniștitor să recreeze această relație. Când terapeutul rezistă tentativei pacientului de a recrea această relație, adesea pacienții pot amplifica provocarea încercând și mai mult să îl transforme (Fonagy, 1998). Reacțiile de apărare ale terapeutului în fața acestei agresivități pot varia de la a încerca să fie cât mai ponderați și echilibrați ca răspuns, la a face interpretări de transfer care să-l forțeze pe pacient să își ia înapoi ostilitatea în loc de a o proiecta în terapeut, a face comentarii ostile sau a exploda de mânie în fața pacientului.

A permite transformarea în obiectul rău nu înseamnă că terapeutul își pierde orice sens al cadrului profesional, ci că funcționează ca un container care acceptă proiecțiile pacientului, încearcă să le înțeleagă și să le păstreze pentru pacient până când acesta e din nou în stare să țină aceste aspecte pentru sine. Starea ideală pentru terapeuți este cea descrisă de Gabbard și Wilkinson (1994), în care terapeutul își permite să fie „supt” în lumea pacientului în timp ce își păstrează abilitatea de a o observa în acțiune în fața ochilor săi.

## **Inițierea și finalizarea terapiei**

### ***a) Inițierea terapiei: confruntarea cu instabilitatea, ambivalența, mânia pacientului și gestionarea acestora***

Datorită instabilității și ambivalenței pacienților cu TPB, intervierea acestora reprezintă o provocare pentru clinician.

Labilitatea și instabilitatea vor fi prezente nu numai la nivel emoțional și cognitiv ci și în relația cu clinicianul. Instabilitatea privind relația terapeutică poate fi gestionată prin concentrarea în mod empatic asupra sa, prin focalizarea și urmărirea discuției, reducerea izbucnirilor și controlarea diversunilor. În intervierea acestui tip de pacient este recomandată utilizarea întrebărilor deschise în locul celor închise sau țintite. (Sperry, 2006). Întrucât instabilitatea afectează raportul, clinicianul trebuie ca în mod continuu să conștientizeze prezența și efectul său.

Într-o manieră similară celei în care relaționează cu ceilalți, acești pacienți își vor dirija mânia către clinicieni. Clinicienii cu experiență se așteaptă ca pacienții cu TPB să relaționeze în acest fel la începutul terapiei și știu că acest tip de interacțiune va spori tensiunea în relația terapeutică, astfel încât își canalizează eforturile pentru gestionarea acestei tensiuni și asigurarea resurselor pentru a păstra o alianță terapeutică la un nivel de lucru activ.

Gestionarea ambivalenței presupune confruntarea afirmațiilor contradictorii ale pacientului în timp ce se manifestă o înțelegere a stărilor sale ambivalente. El poate să descrie cu entuziasm o nouă relație într-un moment și apoi să o devalorizeze în momentul imediat următor când își amintește unele lucruri neplăcute despre relație. În general, confruntarea terapeutică poate neutraliza mecanismele de clivaj și de identificare proiectivă, moderând atât idealizarea cât și devalorizarea. Confruntarea terapeutică îl va ajuta de asemenea să realizeze că ambivalența sa este rezultatul unei percepute lipse de suport și înțelegere din partea celorlalți. În final, confruntarea terapeutică permite pacientului să realizeze – dureros – măsura în care a permis altora să influențeze în mod profund starea lor de bine (Waldinger, 1987). Confruntarea terapeutică nu este indicată atunci când există evidențe ale unui abuz fizic sau sexual în copilăria pacientului, cel puțin în primele faze ale tratamentului, existând o literatură vastă care prezintă modul în care tratamentul este modificat în astfel de situații (Gunderson & Chu, 1993).

### ***b) Finalizarea terapiei***

Finalizarea terapiei poate fi deosebit de dificilă și stresantă pentru pacientul cu TPB. Întrucât abandonul este esența dinamicii patologiei borderline, modificarea schemei de abandon reprezintă obiectivul central al tratamentului. E esențial ca planul de tratament să includă dispoziții care să ajute la rezolvarea pierderilor interpersonale. A spune „la revedere” și a purta doliu sunt abilități pe care majoritatea pacienților cu TPB nu și le-au dezvoltat niciodată, astfel încât terapia devine spațiul în care se asigură dezvoltarea acestor abilități și experiența emoțională corectivă. Terapia trebuie de asemenea să prevadă modul în care pacientul se va

descurca cu pierderea anticipată a clinicianului în faza de final a tratamentului. Pierderile trebuie recadrate ca „pierderi necesare”, iar abandonul ca „amintire” care este prețuită și nu uitată, acestea fiind văzute ca oportunități de dezvoltare.

De obicei, hipersensibilitatea pe care mulți pacienți suferinzi de TPB o experimentează anticipând pierderea poate fi în parte ameliorată prin ședințe de „înțârcare” care se petrec cu o frecvență din ce în ce mai redusă. Această rărire a ședințelor permite pacientului să își conțină temerile de abandon, îi oferă oportunitatea să folosească obiecte tranzacționale și să dezvolte un simț al constanței de sine între sesiuni.

Întrucât pacienții cu TPB pot reveni cu ușurință la tiparele lor dezadaptative, faza finală a tratamentului trebuie să se focalizeze masiv pe prevenirea recăderilor. Scopul acestei faze este reprezentat de conceperea în maniera colaborativă a unui plan de autoterapie sau de self management care să îl ajute pe pacient să prevadă dificultățile susceptibile să apară imediat după finalizarea terapiei și să gestioneze situațiile problematice. Clinicianul va recomanda acestor pacienți să își asigure o oră pe săptămână în care să continue progresul făcut în tratamentul formal. Pacienții sunt încurajați să gândească în perspectivă, analizând evenimentele săptămânii următoare, prezicând situațiile care pot fi deranjante și să plănuiască moduri adecvate de a acționa în momentele respective. Terapeuții își vor ajuta clienții să își răspundă la următoarele întrebări: „Ce pot să fac dacă constat că revin la vechiul tipar comportamental?”, „Ce ar trebui să fac dacă încep să cred iar în vechile credințe mai mult decât în cele noi?”, „Ce trebuie să fac dacă am o recădere?”

## Bibliografie

1. Holdevici Irina (2009) Psihoterapia cognitiv comportamentală în tulburările de personalitate, pp 563-705. **Tratat de psihoterapie cognitiv-comportamentală**, Editura Trei, București
2. Nireștean Aurel, Lăzărescu Mircea (2007) **Tulburările de personalitate**. Editura Polirom, Iași.
3. Nireștean Aurel (2006) **Tulburările de personalitate – Interpretări doctrinare și condiții de comorbiditate**, University Press, Târgu Mures
4. Nireștean Aurel (2006) Tulburările de personalitate – repere manageriale, pp 59-63. Covrig Carmen, Zichil Gelu, Turcu Iustinian, Chiriță Roxana, Lăzărescu Mircea, Chiriță Vasile, (2006). **Calitatea vieții în psihiatrie**. Editura Vicovia, Bacău.
5. Mășu Cristina, Ioniță Rodica, Ștefănache Andreea, Puiu Gabriela, Patrichi Bogdan, Manea Mirela (2006) Managementul terapiei tulburării de personalitate borderline, pp 78-85. Covrig Carmen, Zichil Gelu, Turcu Iustinian, Chiriță Roxana, Lăzărescu Mircea, Chiriță Vasile, (2006). **Calitatea vietii in psihiatrie**. Editura Vicovia, Bacău.
6. Radu Vrasti (2011) **DSM 5, o sarcină peste termen sau o privire fugară asupra dezvoltării lui**. Psihiatru.Ro
7. Dominique Page, Richard Toth, Aziz Salamat (2008), Tulburarea de personalitate de limită. Ovide Fontaine, Philippe Fontaine (2008) **Ghid clinic de terapie comportamentală și cognitivă**, Editura Polirom, Iași
8. Glen O. Gabbard (2007) Tulburări de personalitate borderline, pp 400-447. **Tratat de psihiatrie psihodinamică**. Editura Trei, București
9. John M. Oldham, M.D., Chair, Glen O. Gabbard, M.D., Marcia K. Goin, M.D., Ph.D., John Gunderson, M.D., Paul Soloff, M.D., David Spiegel, M.D., Michael Stone, M.D., Katharine A. Phillips, M.D. (2001). **Practice Guideline for the Treatment of Patients with Borderline Personality**, APA Practice Guidelines
10. John G. Gunderson, M.D., Paul S. Links, M.D. (2008). **Borderline Personality Disorder – A Clinical Guide**, 2<sup>nd</sup> ed. American Psychiatric Publishing. Inc
11. Arthur Freeman et al. (2005). **Encyclopedia of cognitive Behavior Therapy**, Springer Science + Business Media Inc.
12. Len Sperry (2006) **Cognitive Behavior Therapy of DSM-IV-TR Personality Disorders**, Taylor & Francisc Inc.
13. John F. Clarkin, Ph, Frank E. Yeomans, MD, Ph, Otto F. Kernbera, MD, (2006) **Psychotherapy for Borderline Personality - Focusing on Object Relations**, American Psychiatric Publishing, Inc.
14. Jerold J. Kreisman, MD, Hal Straus () **Sometimes I Act Crazy – Living with Borderline Personality Disorder**. John Wiley & Sons, Inc