

Agnieszka Popiel<sup>1,2</sup>

## Zaburzenie osobowości z pogranicza – współczesne standardy psychoterapii

### Borderline personality disorder – current psychotherapy guidelines

<sup>1</sup> Centrum Badań Klinicznych i Doskonalenia Psychoterapii, SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Warszawa, Polska

<sup>2</sup> Klinika Terapii Poznawczo-Behawioralnej, SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Warszawa, Polska

Adres do korespondencji: Dr hab. Agnieszka Popiel prof. USWPS, Klinika Terapii Poznawczo-Behawioralnej Uniwersytetu SWPS, ul. Chodakowska 19/31, 03-815 Warszawa, tel.: +48 22 517 99 66, e-mail: apopiel@swps.edu.pl

#### Streszczenie

Zaburzenie osobowości z pogranicza dotyczy około 1–1,5% populacji, charakteryzuje się przewlekłością (od okresu adolescencji do dorosłości) i jest związane ze znaczącym ryzykiem samobójstwa (około 10%). U części osób następuje samoistna poprawa, ocenia się jednak, że specjalistyczna terapia kilkukrotnie przyspiesza ten proces. Psychoterapia stanowi rekomendowaną formę leczenia, ale konieczne jest uszczegółowienie metod i zasad jej stosowania. Dostępne dane z badań odnoszące się do skuteczności (w różnym stopniu na tę skuteczność wskazujące – od silnego udokumentowania do wyników kontrowersyjnych, wymagających replikacji) dotyczą bowiem przede wszystkim niektórych metod psychoterapii: dialektycznej terapii behawioralnej i terapii schematów (należących do podejścia poznawczo-behawioralnego) oraz terapii opartej na mentalizacji i terapii zorientowanej na przeniesienie (zaliczanych do podejścia psychodynamicznego/psychoanalitycznego). Celem artykułu jest zestawienie rekomendowanych metod psychoterapii zaburzenia osobowości z pogranicza opracowanych przez instytucje odwołujące się do zasad medycyny/terapii opartej na danych empirycznych (*evidence-based practice*), a za podstawę praktyki uznające metody, których skuteczność wykazano w badaniach empirycznych (*evidence-based treatments*). W pracy przytoczono zalecenia Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (American Psychiatric Association), Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego (American Psychological Association), brytyjskiego Narodowego Instytutu Zdrowia i Doskonałości Klinicznej (National Institute for Health and Clinical Excellence) i innych organizacji. W podsumowaniu omówiono wspólne dla wielu zaleceń zasady prowadzenia psychoterapii zaburzenia osobowości z pogranicza, odnoszące się do diagnozy, zarządzania ryzykiem, struktury, superwizji, planowania czasu terapii czy jej zakończenia. Według wytycznych amerykańskich i brytyjskich farmakoterapia odgrywa w leczeniu zaburzenia osobowości z pogranicza rolę drugoplanową, należy ją jednak uwzględnić w spójnym planie postępowania z pacjentem, dlatego omówiono także główne zalecenia związane z leczeniem farmakologicznym.

**Słowa kluczowe:** psychoterapia, zaburzenie osobowości z pogranicza, leczenie, standardy, wytyczne, farmakoterapia

#### Abstract

Borderline personality disorder affects about 1–1.5% of the population. It is characterised by chronicity (from adolescence to adulthood) and a significant suicide rate (about 10%). Spontaneous improvement can be observed in some patients; however, it is estimated that specialised therapy accelerates this process several times. Psychotherapy is the recommended treatment for those with borderline personality disorder; however, it is necessary to specify the methods and principles of its application. Data from research on effectiveness (ranging from strong support to modest/controversial results requiring replication) focus on a few psychotherapy methods: dialectical behavioural therapy, schema therapy (belonging to the cognitive-behavioural approach), as well as mentalisation-based therapy and transference-oriented therapy (belonging to the psychodynamic/psychoanalytical approach). The aim of the article is to present the recommended psychotherapy methods for patients with borderline personality disorder included in the guidelines developed by institutions referring to the principles of evidence-based practice – a tripartite approach where the basis of practice is recognising methods whose effectiveness has been demonstrated in empirical studies (*evidence-based treatments*). We also referred to the recommendations of the American Psychiatric Association, the American Psychological Association, and the National Institute for Health and Clinical Excellence. In the summary, the principles for psychotherapy in borderline personality disorders, common to many recommendations, including the diagnosis, risk management, therapy time planning, structure, discontinuation of psychotherapy and supervision, are also discussed. According to the guidelines (American Psychiatric Association, American Psychological Association and National Institute for Health and Clinical Excellence), pharmacotherapy plays a supportive role in the treatment of borderline personality disorder, but it should be considered in the coherent treatment plan and case management – therefore the main recommendations for pharmacological treatment are also discussed.

**Keywords:** psychotherapy, borderline personality disorder, treatment, guidelines, pharmacotherapy

## WSTĘP

Niezależnie od kontrowersji dotyczących diagnozy nozologicznej zaburzeń osobowości w ogóle [por. różnice między systemami diagnostycznymi ICD-10, ICD-11, DSM-IV i DSM-5 (American Psychiatric Association, 2000, 2013; Bohus i Kröger, 2011; Popiel, 2011; Popiel i Keegan, 2017)] wiele osób cierpi z powodu uogólnionych kłopotów z regulacją emocji, które przejawiają się dużą labilnością emocjonalną, częstym doznawaniem ekstremalnych stanów smutku i gniewu, próbami opanowania skrajnych stanów przez samouszkodzenia czy angażowanie się w intensywne i niestabilne relacje interpersonalne oraz niestabilnością poznawczą w postrzeganiu siebie i innych.

Opisanie najczęstszych objawów w kategoriach diagnostycznych pozwoliło (mimo kontrowersji) na stworzenie narzędzi diagnostycznych, a to z kolei na prowadzenie badań mających na celu ocenę uwarunkowań, przebiegu zaburzeń, kosztów indywidualnych i społecznych oraz skuteczności metod terapii. Ma to decydujące znaczenie w określaniu rokowania i formułowaniu zaleceń dla specjalistów odnośnie do postępowania z osobami cierpiącymi na zaburzenie osobowości z pogranicza (*borderline personality disorder*, BPD).

BPD dotyczy około 1–1,5% populacji, charakteryzuje się przewlekłością (od okresu adolescencji do dorosłości) i jest związane ze znaczącym ryzykiem samobójstwa (około 10%). U części osób (około 4%/rok) następuje samoistna poprawa, ocenia się jednak, że specjalistyczna terapia kilkukrotnie przyspiesza ten proces (za: Hermens, 2011). Literatura przedmiotu jest bardzo bogata, ale w wielu aspektach – zwłaszcza w zakresie postępowania terapeutycznego – mimo postępu dokonanego w ostatnim dwudziestolecu brak jednoznacznych konkluzji na temat skutecznych metod terapii, a porównanie metodologii prowadzącej do opracowania zaleceń wskazuje na obszary, które wymagają dalszego zaangażowania profesjonalistów (Oud *et al.*, 2018; Simonsen *et al.*, 2019; Tolin *et al.*, 2015). Jest to sytuacja istotnie różna niż w przypadku zaleceń odnoszących się do metod psychoterapii opartych na danych empirycznych w innych zaburzeniach, zwłaszcza lękowych i depresji, gdzie badania pozwoliły na wyodrębnienie metod znacznie przewyższających warunki kontrolne, dzięki czemu istnieją bardziej precyzyjne rekomendacje co do czasu trwania terapii i konkretnej metody. Należy podkreślić, że w Polsce nie opublikowano dotychczas zaleceń odnośnie do postępowania terapeutycznego w BPD, które mogłyby stanowić wytyczne dla opieki zdrowotnej.

### PSYCHOTERAPIE OPARTE NA DANYCH EMPIRYCZNYCH A PRAKTYKA OPARTA NA DANYCH EMPIRYCZNYCH

Celem niniejszego artykułu jest zestawienie rekomendowanych metod psychoterapii BPD opracowanych przez instytucje odwołujące się do zasad medycyny/terapii opartej na danych empirycznych (*evidence-based treatments*). Przegląd zaleceń dotyczących postępowania w zaburzeniach osobowości

w różnych krajach europejskich zaprezentowali Simonsen i wsp. w 2019 roku. Niniejsze opracowanie koncentruje się na **zaburzeniu osobowości z pogranicza**. Uwzględniono zalecenia dostępne w krajach europejskich i Australii oraz wskazówki Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (American Psychiatric Association) i Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego – 12. Grupy Roboczej (American Psychological Association, Division 12, Society for Clinical Psychology). Większość zaleceń została opublikowana w ostatnim dwudziestolecu – rozpiętym, jak sugerują amerykańskie towarzystwa, co najmniej między dwoma sposobami rozumienia metod opartych na danych naukowych.

Artykuł Chambless i Hollona z 1998 roku zakładał ocenę metod terapii jako „dobrze udokumentowanych” lub „prawdopodobnie skutecznych” bazującą na liczbie i jakości badań nad efektywnością danej metody. Autorzy przyjęli, że skuteczność leczenia musi być wykazana w kontrolowanych badaniach, co do których uzasadnione jest stwierdzenie, iż obserwowane korzyści wynikają z efektów leczenia, a nie z przypadku lub czynników zakłócających. Najlepiej pokazują to badania kliniczne z randomizacją (*randomised controlled trials*, RCT) – schematy grupowe, w których pacjenci są losowo przydzielani do leczenia będącego przedmiotem zainteresowania albo jednego, albo więcej warunków. Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne, korzystając z propozycji Chambless i Hollona, przypisuje każdą metodę do jednej z trzech kategorii: 1) dowody silne – wsparcie z dwóch dobrze zaprojektowanych badań przeprowadzonych przez niezależnych badaczy; 2) dowody umiarkowane – wsparcie z jednego dobrze zaprojektowanego badania lub kilku mniej rygorystycznie, lecz akceptowalnie zaplanowanych badań; 3) dowody kontrowersyjne – niespójne wyniki lub kontrowersje związane z mechanizmami terapii. Po latach badań, wraz z rosnącą rolą metaanaliz i przeglądów systematycznych, Tolin i wsp. (2015) zaproponowali zmodyfikowane kryteria, obejmujące dwa główne kroki: przegląd [wskazanie metody leczenia, ocena istniejącego przeglądu systematycznego z uwzględnieniem schematu PICOTS (*population, intervention, comparator, outcome, timing, setting* – populacja, interwencja, grupa kontrolna, wyniki, czas, miejsce leczenia) i ryzyka błędu (niskiego, wysokiego, niejasnego)], a następnie ocenę danych przez grupę ekspertów i określenie rekomendacji jako „bardzo silnej”, „silnej” albo „słabej”. Opisany system opracowywania wytycznych znany jest w medycynie jako GRADE (Leśniak *et al.*, 2015). Autorzy sądzą, że dopiero gdy dysponuje się wiedzą na temat siły wsparcia empirycznego dla danej metody (*empirically supported treatment*, EST), można uwzględnić pozostałe dwie składowe praktyki opartej na danych naukowych (*evidence-based practice*, EBP): cechy pacjenta i doświadczenie klinicysty.

### WYTYCZNE DOTYCZĄCE STOSOWANIA PSYCHOTERAPII W ZABURZENIU OSOBOWOŚCI Z POGRANICZA

Uznanie konkretnej metody za metodę opartą na danych naukowych to efekt postępowania badawczego, które przez

analogię do medycyny powinno realizować zasady **dobrej praktyki klinicznej\***.

Na stronie internetowej 12. Grupy Roboczej Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego wymieniono terapie uznawane za skuteczne, potencjalnie skuteczne lub kontrowersyjne zgodnie z omówionymi wcześniej wytycznymi Chambless i Hollona (1998) czy Tolina i wsp. (2015). Pod hasłem „zaburzenie osobowości z pogranicza” autorzy podają cztery rodzaje psychoterapii (pokrywające się z metodami uwzględnionymi w zaleceniach, które zebrano w tab. 1). Są to:

- dialektyczna terapia behawioralna (*dialectical behavioural therapy, DBT*), M. Linehan – silne wsparcie, dobrze udokumentowana (Linehan, 2007);
- terapia schematów (*schema therapy, ST*), J.E. Young – prawdopodobnie skuteczna (Arntz i van Genderen, 2020);
- terapia oparta na mentalizacji (*mentalisation-based therapy, MBT*), A. Bateman i P. Fonagy – prawdopodobnie skuteczna (Allen *et al.*, 2014);
- psychoterapia skupiona na przeniesieniu (*transference-focused psychotherapy, TFP*), O. Kernberg – wymagane dalsze badania.

Dwie pierwsze metody należą do terapii poznawczo-behawioralnych (Popiel i Pragłowska, 2008), dwie ostatnie – do psychodynamiczno-psychoanalitycznych. Treści zawarte na cytowanej stronie internetowej nie mają charakteru zaleceń, ponieważ 12. Grupa Robocza ogranicza się do wymienienia rodzaju terapii, nazwania zaburzenia, w którego leczeniu ją zbadano, i określenia siły danych empirycznych, pozostawiając użytkownikowi wyciągnięcie dalszych wniosków, na których może zostać oparta praktyka. Analogiczną funkcję mogą pełnić przeglądy systematyczne z metaanalizami – z najbardziej aktualnych wymienić warto przegląd z metaanalizą bazy Cochrane (Storebø *et al.*, 2020) czy pracę Ouda i wsp. (2018). Cztery wymienione wyżej terapie Oud i wsp. (2018) określają mianem specjalistycznych, ponieważ mają one kilka cech wspólnych: wszystkie bazują na teoriach odnoszących się do etiologii i mechanizmów podtrzymujących BPD oraz występują w formie opublikowanych protokołów dotyczących faz leczenia BPD i technik terapeutycznych, a także zarządzania relacją terapeutyczną (choć protokoły te są znacznie słabiej ustruktrowane niż analogiczne protokoły dla zespołu stresu pourazowego czy zaburzeń lękowych).

Proces tworzenia wytycznych dla praktyki (szczegółowo opisany w artykule Leśniak i wsp., 2015) ma na celu realizację postulatów *evidence-based practice*. Analiza zaleceń opracowanych przez różne agencje rządowe (np. w Australii

lub Danii) i pozarządowe (np. w Anglii) czy stowarzyszenia (np. w USA i Szwajcarii) pozwala zauważyć podobieństwo wniosków, do których dzięki zbliżonej metodologii dochodzą autorzy rekomendacji z różnych kręgów kulturowych i geograficznych. Wobec braku standardów opracowanych w Polsce może to być zachętą do skorzystania z powyższych zaleceń w trakcie planowania postępowania z pacjentami z BPD.

Większość dostępnych zaleceń podkreśla pierwszoplanową rolę psychoterapii ambulatoryjnej – leczenie farmakologiczne traktuje się jako wspomagające, a wskazania do hospitalizacji rezerwuje dla stanów bezpośredniego zagrożenia życia.

W tab. 1 zawarto zestawienie zaleceń dotyczących postępowania diagnostycznego i terapeutycznego w BPD.

Należy podkreślić, że pełne dokumenty rekomendacji są znacznie szersze od skrótowych opisów w tabeli – obejmują istotne kroki postępowania wraz z uzasadnieniem empirycznym.

Autorzy rekomendacji uwzględnionych w tabeli każdorazowo dokonali przeglądu badań i metaanaliz dotyczących psychoterapii BPD. Formułując na pozór bardzo elastyczne zalecenia, trzeba mieć na uwadze, że owa elastyczność zakłada wiedzę na temat ustruktrowanych (specjalistycznych) terapii psychologicznych, przeszkolenie terapeuty (a optymalnie – zespołu) i superwizję pracy terapeutycznej.

Przegląd dostępnych zaleceń pozwala wyodrębnić najważniejsze, podkreślane przez wielu autorów cechy charakterystyczne dla każdego etapu postępowania z pacjentami z osobowością z pogranicza. Są one związane z diagnozą kliniczną, oceną ryzyka, planem terapii, zakończeniem terapii i superwizją.

## Diagnoza kliniczna

Niezależnie od podejścia psychoterapeutycznego podstawą prowadzenia psychoterapii jest znajomość psychopatologii. Narzędzia służące do sformułowania diagnozy to: wywiad kliniczny w formie swobodnej i/albo wywiad ustruktrowany do oceny zaburzeń osobowości [w Polsce przykładowo Ustrukturalizowany Wywiad Kliniczny do Badania Zaburzeń Osobowości z Osi II DSM-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, SCID-II) lub Ustrukturalizowany Wywiad Kliniczny do Badania Zaburzeń Osobowości według DSM-5 (Structured Clinical Interview for DSM-5, SCID-5)] (First *et al.*, 2018) oraz dodatkowe testy psychologiczne do oceny osobowości i psychopatologii (Furnham *et al.*, 2014) czy skale oceny objawów – takie jak dostępna w języku polskim BPD-Checklist – pod warunkiem regularnego powtarzania umożliwiające również ocenę postępów leczenia (Bloo *et al.*, 2017).

Większość zaleceń wymienionych w tabeli wskazuje na kombinację wywiadu swobodnego i ustruktrowanego. Wywiady diagnostyczne powinny się odbyć na początkowym etapie terapii – przed ustaleniem celów i planu.

W zaleceniach zdroworozsądkowo podkreśla się znaczenie omówienia diagnozy z pacjentem. W delikatny, niestygmatyzujący sposób należy dążyć do wyjaśnienia, na przykładzie

\* Wbrew potocznemu rozumieniu termin „dobra praktyka kliniczna” odnosi się do prowadzenia badań klinicznych, przede wszystkim w medycynie, ale także w naukach społecznych – gdy badania zakładają interwencje na ludziach. Dokumentem regulującym zasady dobrej praktyki klinicznej jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 maja 2012 r. w sprawie Dobrej Praktyki Klinicznej (Dz.U 2012 poz. 489). Z kolei potoczny termin „dobra praktyka” – rozumiany jako zasady postępowania psychoterapeutycznego – to szerokie pojęcie dotyczące najczęściej zasad nauczanych w programach studiów magisterskich i/lub ujętych w kodeksie etycznym stowarzyszenia naukowego, do którego należy psychoterapeuta.

Rok publikacji	Kraj, instytucja	Zalecenia dotyczące diagnozy	Rekomendowana psychoterapia
<b>Ameryka Północna</b>			
2001/ aktualizacja 2010	<b>USA, American Psychiatric Association</b> Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. American Psychiatric Association. Am J Psychiatry 2001; 158 (10 Suppl): 1–52	Diagnoza kliniczna z pierwszoplanową oceną ryzyka samobójstwa	Terapia poznawczo-behavioralna (DBT) i terapia psychodynamiczna/psychoanalityczna trwająca dłużej niż rok. Wspólne cechy obejmują budowanie silnego sojuszu terapeutycznego oraz monitorowanie zachowań autodestrukcyjnych i samobójczych, uprawnienie cierpienia i doświadczenia pacjenta, a także pomoc we wzięciu odpowiedzialności za własne czyny. Elastyczność jest kluczowym aspektem skutecznej terapii
<b>Australia i Nowa Zelandia</b>			
2012	<b>Australia, National Health and Medical Research Council</b> Clinical practice guideline for the management of borderline personality disorder. Melbourne 2012	Diagnoza zgodnie z kryteriami rozpoznawania BPD w połączeniu z wywiadami (np. SCID-II)	Osobom z BPD należy zapewnić ustruktrowane terapie psychologiczne zaprojektowane z myślą o BPD i prowadzone przez co najmniej jednego odpowiednio przeszkolonego terapeutę, pracującego pod superwizją. Planując terapię psychologiczną dla osób z BPD, terapeuta powinien dostosować częstotliwość sesji do potrzeb i okoliczności danej osoby; trzeba rozważyć przynajmniej jedną sesję tygodniowo. Pracownicy służby zdrowia powinni informować osoby z BPD o istnieniu specyficznych dla BPD ustruktrowanych form psychoterapii – jeśli dostępna jest więcej niż jedna, należy zaoferować pacjentowi wybór
<b>Europa</b>			
2008	<b>Holandia, Trimbos-instituut</b> Practice guideline on diagnosis and treatment of adult patients with a personality disorder. Utrecht 2008	Diagnoza zgodnie z kryteriami rozpoznawania BPD w połączeniu z wywiadami (np. SCID-II)	Decydują nasilenie objawów i preferencje pacjenta. Istnieją wyraźne dowody na to, że DBT, SFT, MBT, TFP są skuteczne u pacjentów z BPD
2009	<b>Niemcy, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde</b> S2 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörungen. Steinkopff Verlag 2009	Diagnoza zgodnie z kryteriami rozpoznawania BPD w połączeniu z wywiadami (np. SCID-II)	DBT, ST, MBT, TFP – ze szczególnym wskazaniem DBT
2011	<b>Hiszpania/Katalonia</b>	Diagnoza zgodnie z kryteriami rozpoznawania BPD w połączeniu z wywiadami (np. SCID-II)	Zalecana DBT, a z mniejszą siłą rekomendacji – MBT
2009/aktualizacja 2018	<b>Zjednoczone Królestwo, National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)</b> National Collaborating Centre for Mental Health: Borderline personality disorder: treatment and management. Leicester 2009	Diagnoza zgodnie z kryteriami rozpoznawania BPD	Decydują nasilenie objawów i wybór pacjenta, dokonywany na podstawie pisemnej informacji o proponowanej metodzie psychoterapii. Zaleca się DBT, CT, CBT, ST, MACT, MBT, IPT. W przypadku nasilenia samouszkodzeń rekomenduje się rozważenie DBT. Zwraca się uwagę na jasne określenie założeń (podzielanych przez pacjenta i zespół leczący), intensywność i czas trwania terapii, pracę terapeuty pod superwizją
2011/aktualizacja 2019	<b>Dania, Danish Health Authority</b> Nationale kliniske retningslinjer: Behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type	Ustruktrowane wywiady kliniczne (np. SCID-II)	Decydują nasilenie objawów i preferencje pacjenta. Istnieją wyraźne dowody na to, że psychoterapia – CBT, DBT, SFT, MBT, TFP – jest skuteczna u pacjentów z BPD. Rekomenduje się terapię w formie jednodomodalnej lub wielomodalnej (np. połączenie terapii indywidualnej i grupowej)
2018	<b>Szwajcaria, Swiss Society of Psychiatry and Psychotherapy</b> Euler S, Dammann G, Endtner K et al.: Borderline personality disorder: the treatment recommendations of the Swiss Society of Psychiatry and Psychotherapy (SSPP). L'information psychiatrique 2020; 96: 35–43	Ustruktrowane wywiady kliniczne (np. SCID-II), metody oceny według ICD i DSM	Podstawową formą leczenia jest psychoterapia ambulatoryjna: 1–2 sesje tygodniowo przez 1–3 lata. Psychoterapia specyficzna dla zaburzenia (BPD) może być również stosowana w szpitalnych oddziałach psychoterapeutycznych
<p><b>BPD</b> (borderline personality disorder) – zaburzenie osobowości z pogranicza; <b>CBT</b> (cognitive behavioural therapy) – terapia poznawczo-behavioralna; <b>CT</b> (cognitive therapy) – terapia poznawcza; <b>DBT</b> (dialectical behavioural therapy) – dialektyczna terapia behavioralna; <b>IPT</b> (interpersonal therapy) – terapia interpersonalna; <b>MACT</b> (manual-assisted cognitive therapy) – terapia poznawcza wspomagana podręcznikiem; <b>MBT</b> (mentalisation-based therapy) – terapia oparta na mentalizacji; <b>SFT</b> (schema-focused therapy) – terapia skoncentrowana na schemacie; <b>ST</b> (schema therapy) – terapia schematów; <b>TFP</b> (transference-focused psychotherapy) – psychoterapia skoncentrowana na przeniesieniu.</p>			

Tab. 1. Zestawienie zaleceń dotyczących postępowania diagnostycznego i terapeutycznego w zaburzeniu osobowości z pogranicza – według kontynentu i roku publikacji

problemów zgłoszonych przez daną osobę, że są to objawy BPD. Trzeba wytłumaczyć pacjentowi, co oznacza to rozpoznanie, zapewnić, iż BPD można leczyć, i przekazać rzetelne informacje (polecić wiarygodną stronę internetową, taką jak <https://ptdbt.pl/dlapacjenta/> czy <https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/borderline-personality-disorder/>, a także przestrzec przed znaczną ilością mylących informacji na temat BPD dostępnych online). Bardzo ważne jest budowanie od początku relacji terapeutycznej opartej na zaufaniu – zachęcanie do zadawania pytań, angażowanie pacjenta w partnerskie formułowanie celów i udział w terapii. Warto wspólnie omówić plusy i minusy poinformowania rodziny, partnera lub opiekunów pacjenta o diagnozie.

Rozpoznanie BPD zakłada potwierdzenie niestabilności emocjonalnej pacjenta w wielu obszarach funkcjonowania, z czym łączy się ryzyko działań samouszkodzających i samobójczych lub utraty zdrowia z powodu towarzyszących zaburzeń związanych z używaniem substancji. Odpowiedzią na to ryzyko są kolejne zalecenia ogólne, obecne w wielu rekomendacjach: monitorowanie stanu pacjenta w pierwszych 12 miesiącach terapii, a następnie ocena co do konieczności kontynuacji po upływie roku, kształtowanie relacji terapeutycznej, regularne przeglądy celów terapii oraz uzgadnianie planu awaryjnego na wypadek kryzysu.

### Ocena ryzyka – plan zarządzania kryzysami

Kryzysy są nieuchronnie wpisane w obraz kliniczny BPD, a ocena ryzyka powinna być częścią pełnej oceny potrzeb pacjenta. Należy rozróżnić między ryzykiem długoterminowym a bardziej bezpośrednim oraz identyfikować zagrożenia dotyczące zarówno samej osoby z BPD, jak i innych osób (pod uwagę trzeba wziąć też dobro dzieci pozostających na utrzymaniu pacjenta). Wspólnie z uczestnikiem terapii należy określić ryzyko i opracować plan działania na wypadek kryzysu. Plan powinien uwzględniać zagrożenia długoterminowe i bardziej bezpośrednie oraz zmiany w relacjach osobistych (również w relacji terapeutycznej), a także odnosić się do ogólnej strategii leczenia.

Jeżeli u pacjenta w przeszłości często występowały kryzysy samobójcze oraz jeśli terapeuta pracuje samodzielnie, omawiane tu elementy pracy terapeutycznej wymagają szczególnej uwagi. Zaleca się, aby w środowiskowej placówce zdrowia psychicznego zarządzaniem ryzykiem zajmował się multidyscyplinarny zespół pracujący pod superwizją (zwłaszcza w przypadku mniej doświadczonych członków zespołu). Ważne, aby zespół leczący wykazywał spójność w rozumieniu mechanizmów, celów i sposobu prowadzenia terapii.

### Plan terapii

Plan terapii należy omówić wspólnie z pacjentem. W zależności od wykształcenia terapeuty planowana terapia powinna obejmować jedną z metod, których skuteczność w leczeniu BPD została potwierdzona (por. tab. 1). Metodę sugerowaną przez terapeuta (albo metodę, w której jest on przeszkolony)

trzeba przedyskutować z pacjentem – tak aby poznał on także postępowanie alternatywne i mógł dokonać wyboru. Jeżeli terapeuta nie zamierza zastosować żadnej z metod opartych na danych naukowych (lub nie ma kwalifikacji, by to zrobić), pacjent powinien zostać o tym poinformowany i świadomie podjąć decyzję.

Niezależnie od modalności wspólne cechy terapii BPD, które uznano za skuteczne, zakładają:

- stosunkowo długofalowy charakter leczenia (1–3 lata);
- dobrą strukturyzację terapii;
- wyraźny obszar koncentracji (np. zachowania problematyczne, samookaleczenia, wzorce relacji interpersonalnych) i jasną hierarchię celów (najpierw bezpieczeństwo pacjenta, potem relacja terapeutyczna, pozostałe cele są realizowane później);
- włożenie znacznego wysiłku w poprawę współpracy/przestrzegania zaleceń oraz dbałość o spójność teoretyczną (zarówno z perspektywy terapeuty, jak i pacjenta), podzielana przez członków zespołu leczącego (wspólne stanowisko psychiatry prowadzącego leczenie farmakologiczne i psychoterapeuty);
- stworzenie silnego związku między terapeutą a pacjentem, co pozwala terapeutce na przyjęcie bardziej aktywnej postawy (rozwojowi relacji terapeutycznej – pozytywnej, bezpiecznej, opartej na współpracy, z jasnymi regułami i oczekiwaniami z obu stron – poświęca się z założenia więcej czasu niż w terapii innych zaburzeń, np. lękowych);
- aktywną postawę terapeuty z naciskiem na uprawomocnienie emocji pacjenta i wspieranie go;
- dobrą integrację psychoterapii z innymi usługami dostępnymi dla pacjenta i częste korzystanie z dodatkowych form pomocy, takich jak terapia grupowa, kontakty telefoniczne (na ściśle określonych warunkach, zgodnie z zasadami terapii), dołączenie farmakoterapii, okresowe hospitalizacje.

### Zakończenie terapii

Jednym z kryteriów BPD, poza niestabilnością w relacjach, jest nadwrażliwość na odrzucenie. Można założyć, że w miarę trwania terapii w wymienionych zakresach będzie następować poprawa (w przypadku BPD trzeba mieć na uwadze spodziewane tempo poprawy – o ile u pacjenta leczonego psychoterapią poznawczo-behawioralną z powodu zaburzeń lękowych należy spodziewać się poprawy po kilku, kilkunastu spotkaniach, o tyle terapię BPD uznaje się za nieskuteczną, jeśli zmiana nie zaszła po roku). Nie zmniejsza to znaczenia stopniowego i partnerskiego zakończenia terapii (lub, jeśli to konieczne, przekazania pacjenta w ręce innego terapeuty czy do innego ośrodka) w formie akceptowanej przez obie strony.

### Superwizja

Korzystanie z superwizji to element obecny w większości standardów szkolenia i kodeksów etycznych tworzonych przez stowarzyszenia psychoterapeutów. Niezależnie

od wymogu zewnętrznego (ukończenie studiów psychoterapeutycznych, uzyskanie czy odnowienie certyfikatu) potrzeba wsparcia/superwizji, gdy w pracy terapeutycznej pojawiają się problemy, a psychoterapeuta jest zaangażowany emocjonalnie, wydaje się oczywista. Superwizja – dzięki spojrzeniu z dystansu przez bardziej doświadczonego profesjonalistę – nie tylko może uchronić pacjenta przed nieuzasadnionymi interwencjami uwikłanego psychoterapeuty, ale też pomaga terapii uporać się z trudnościami, a zatem przynosi korzyści obu stronom (Popiel i Pragłowska, 2013).

## FARMAKOTERAPIA – ZALECENIA, PRAGMATYKA I KRZYŻYS

Mimo że szczegółowe omówienie farmakoterapii nie jest przedmiotem niniejszego artykułu, należy wspomnieć o roli leków w kompleksowym leczeniu BPD. Dostępne prace można pogrupować na zalecenia (a raczej rozdziały poświęcone farmakoterapii w omawianych wcześniej wytycznych), przeglądy badań (np. Stoffers-Winterling *et al.*, 2020), także te dotyczące postępowania w kryzysie (Borschman *et al.*, 2012), oraz analizy pragmatyki (Timäus *et al.*, 2019). Jest to odzwierciedlenie przedstawianego przez Kazdina (2008) kontinuum od *evidence-based treatments*, przez *evidence-based practice*, do *practice-based evidence*.

Obraz psychopatologiczny BPD zachęca do rozważenia stosowania każdej z grup leków i pozornie wydaje się to postępowanie uzasadniać. Badaniom poddano substancje należące do niemal wszystkich grup leków psychotropowych: leków przeciwdepresyjnych (fluwoksamina, amitryptylina, fenzelazyna, fluoksetyna) i przeciwpsychotycznych (olanzapina, haloperidol, aripiprazol, ziprasidon, risperidon, chlorpromazyna), stabilizatorów nastroju (karbamazepina, walproinian, lamotrygina, topiramata), benzodiazepin, a także naltreksonu i kwasów omega-3.

Zalecenia Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego z 2010 roku podkreślają pierwszoplanową rolę psychoterapii, a w zakresie farmakoterapii odnoszą się do trzech postulowanych (i empirycznie wyodrębnionych) grup objawów. Jeśli w obrazie klinicznym dominują objawy ze sfery regulacji emocji, metodą z wyboru jest stosowanie leków przeciwdepresyjnych z grupy SSRI (*selective serotonin reuptake inhibitors*, selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny), a w drugiej kolejności – stabilizatorów nastroju czy, przy manifestacji lękowej, krótkotrwale benzodiazepin. Jeśli przeważają zaburzenia poznawczo-percepcyjne, warto rozważyć niskie dawki neuroleptyków, a jeśli trudności w kontroli impulsów – SSRI i niskie dawki neuroleptyków. Zaktualizowane w 2018 wytyczne brytyjskiego Narodowego Instytutu Zdrowia i Doskonałości Klinicznej (National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE) oraz zalecenia australijskie (National Health and Medical Research Council, 2012) wskazują na niską wartość dowodową wszelkich danych odnoszących się do leczenia farmakologicznego BPD. Autorzy rekomendacji brytyjskich sugerują stosowanie farmakoterapii wyłącznie jako metody

uzupełniającej psychoterapię, do uwzględnienia w postępowaniu kryzysowym.

## Pragmatyka

W badaniu dotyczącym pragmatyki farmakoterapii BPD (Timäus *et al.*, 2019) w jednym ze szpitali uniwersyteckich w Niemczech porównano dwa okresy (1996–2004 i 2008–2012) i zaobserwowano, że 94% wszystkich pacjentów hospitalizowanych w latach 2008–2012 było leczonych co najmniej jednym lekiem psychotropowym. U osób z BPD stosowano wszystkie klasy leków psychotropowych – stosunkowo często naltrekson (35,6%), kwetiapinę (19,5%), mirtazapinę (18,4%), sertralinę (12,6%) i escitalopram (11,5%). W porównaniu z latami 1996–2004 zauważono rzadsze stosowanie leków przeciwpsychotycznych o małej sile działania, leków przeciwdepresyjnych i stabilizatorów nastroju.

Co z wiedzy o psycho- i farmakoterapii BPD wynika dla terapeuty i lekarza? Z odpowiedzią ponownie przychodzi NICE, brytyjscy specjaliści stworzyli bowiem zalecenia związane z nieuchronnym w BPD kryzysem.

## Kryzys

Leczenie farmakologiczne najlepiej ograniczyć do okresu kryzysu i stosować nie dłużej niż przez 12 tygodni. Zgodnie z opisanymi wyżej zasadami dotyczącymi psychoterapii ważna jest spójność zespołu leczącego, dlatego należy:

- upewnić się, że istnieje porozumienie między osobami przepisującymi leki i psychoterapeutami, a za farmakoterapię odpowiada jedna osoba (spójność oznacza, że psychoterapeuci powinni mieć ogólną wiedzę na temat farmakoterapii, psychiatry zaś – na temat psychoterapii);
- oszacować ryzyko stosowania leków w kontekście częstego używania alkoholu i narkotyków przez pacjentów z BPD;
- uwzględnić psychologiczną rolę przepisania leku (zarówno dla pacjenta, jak i dla osoby przepisującej) oraz wpływ decyzji o podjęciu leczenia farmakologicznego na relację terapeutyczną i ogólny plan terapii;
- upewnić się, że lek nie jest stosowany zamiast psychoterapii;
- użyć jednego leku, w miarę możliwości unikać polipragmazji.

Jeśli z powodu kryzysu stosowane są benzodiazepiny/leki uspokajające, trzeba:

- uzgodnić czas trwania leczenia (nie dłuższy niż 1 tydzień);
- wybrać lek cechujący się niewielkimi działaniami ubocznymi, małym potencjałem uzależniającym, minimalnym ryzykiem nadużycia i względnym bezpieczeństwem w przypadku przedawkowania;
- stosować minimalną skuteczną dawkę;
- omówić z pacjentem docelowe objawy i monitorowanie leczenia.

Interwencje podejmowane w kryzysie powinny być monitorowane, a ogólny plan leczenia – omawiany i w razie

potrzeby modyfikowany oraz uzgadniany z pacjentem i zespołem leczącym.

Pacjent z zaburzeniem osobowości znajdujący się w kryzysie zazwyczaj nie dba o komfort klinicysty. Kryzys oznacza eskalację zachowań agresywnych i samouszkodzeń u osób z definicji nadwrażliwych na odrzucenie i tendencyjnie oceniających rzeczywistość. Autorzy wytycznych NICE przypominają więc lekarzom, psychoterapeutom i innym członkom personelu ogólne zasady komunikowania się z pacjentem w kryzysie i zalecają, aby:

- zachowywać spokojną i niekonfrontacyjną postawę;
- spróbować zrozumieć kryzys z punktu widzenia danej osoby;
- dokładnie zbadać przyczyny niepokoju pacjenta;
- w otwarty, pełen empatii sposób zadawać pytania pozwalające poznać łańcuch wydarzeń, które wiążą się z kryzysem, i uprawomocnić emocje pacjenta (co nie oznacza podzielenia wizji przyczyn kryzysu ani akceptacji dysfunkcyjnych zachowań);
- starać się pobudzać do refleksji na temat rozwiązań;
- unikać minimalizowania podanych przez pacjenta przyczyn kryzysu (czyli unikać unieważniania);
- powstrzymać się od oferowania rozwiązań przed otrzymaniem pełnego obrazu problemu;
- zbadać inne możliwości przed rozważeniem przyjęcia do szpitala;
- zaferować odpowiednią kontynuację interwencji (np. telefon kolejnego dnia) w ramach czasowych uzgodnionych z daną osobą i (koniecznie!) dotrzymać słowa.

Powyższe zalecenia mieszczą się w podstawowych dla DBT strategiach terapeutycznych zwanych uprawomocnianiem. Te z kolei charakteryzują jeden z dialektycznych wymiarów DBT – oscylowanie między powszechnym doświadczaniem przez osoby z BPD unieważniania i samounieważniania (*invalidation* i *self-invalidation*) przeżyć i zachowań (przez co pacjenci nie mają szans na nauczenie się adekwatnej oceny i regulacji stanów emocjonalnych) a uprawomocnianiem (*validation*) emocji w zależności od kontekstu. Marsha Linehan, twórczyni DBT, zaleca terapeutom, by założyli, że pacjenci z osobowością z pogranicza zachowują się najlepiej, jak potrafią w danych okolicznościach, a dysfunkcyjność ich zachowań jest wynikiem dramatycznego deficytu umiejętności regulacji emocji. Ta perspektywa może pomóc klinicystom zachować profesjonalną postawę w obliczu zarzutów i oskarżeń formułowanych przez osoby w kryzysie.

## KONTEKST POLSKI

Przedstawione wyżej zalecenia mają charakter postulatowy. W świetle rozwiązań obowiązujących w Polsce psychoterapeuta, jeśli nie popełni czynu niezgodnego z prawem karnym, nie jest rozliczany z błędów. Zawód lekarza jest prawnie chroniony, a przynależność do stowarzyszeń psychoterapeutycznych – dobrowolna. Certyfikat psychoterapeuty uzyskują ludzie o różnorodnym wcześniejszym wykształceniu. Definicja naukowości stowarzyszeń zależy

od przyjętej wizji nauki i operowania danymi naukowymi przez konkretne stowarzyszenie.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2019 poz. 1285) w następujący sposób definiuje kwalifikacje psychoterapeuty: *osoba, która spełnia łącznie następujące warunki: a) posiada tytuł zawodowy lekarza lub tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa, lub magistra po ukończeniu studiów na kierunku psychologii, pedagogiki, resocjalizacji, socjologii albo spełnia warunki określone w art. 63 ust. 1 ustawy z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz. U. z 2019 r. poz. 1026), b) ukończyła podyplomowe szkolenie w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia, prowadzone metodami o udowodnionej naukowo skuteczności, w szczególności metodą terapii psychodynamicznej, poznawczo-behawioralnej lub systemowej, w wymiarze co najmniej 1200 godzin albo przed 2007 r. ukończyła podyplomowe szkolenie w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia w wymiarze czasu określonym w programie tego szkolenia, c) posiada zaświadczenie poświadczające odbycie szkolenia wymienionego w lit. b, zakończonego egzaminem przeprowadzonym przez komisję zewnętrzną wobec podmiotu kształcącego, w skład której nie wchodzi przedstawiciele podmiotu kształcącego, w szczególności powołaną przez stowarzyszenia wydające certyfikaty psychoterapeuty, zwane dalej „certyfikatem psychoterapeuty”.*

Definicje zawarte w rozporządzeniu mogłyby stanowić pewien drogowskaz, gdyby towarzyszyły im wytyczne przygotowane przez instytucje analogiczne do NICE czy stowarzyszeń amerykańskich (przykładowo przez Agencję Ochrony Technologii Medycznych i Taryfikacji), opracowujące i aktualizujące zalecenia dostępne dla świadczeniodawców i pacjentów. Rozporządzenie jest dokumentem obowiązującym w jednostkach publicznej opieki zdrowotnej, a osoby korzystające z psychoterapii na olbrzymim wolnym rynku usług psychoterapeutycznych konfrontują się z pytaniami, na które nie ma systemowych odpowiedzi: Z jakiej wiedzy i przez kogo byłby rozliczany psychoterapeuta, gdyby pacjent nabrał wątpliwości, czy jest dobrze leczony? Czy wobec braku standardów stosowania psychoterapii i braku regulacji usług psychoterapeutycznych osoba prowadząca psychoterapię BPD w Polsce w roku 2021 powinna znać literaturę na temat DBT, terapii schematów czy terapii opartej na mentalizacji? Czy każdy terapeuta zatrudniony w poradni zdrowia psychicznego lub gabinecie prywatnym mający certyfikat dowolnego stowarzyszenia określonego w rozporządzeniu odebrał wykształcenie z zakresu metod opartych na danych naukowych? Czy terapeuta może dowolnie komponować interwencje ze wszystkich znanych sobie modalności, szczerząc się integracyjnością własnego autorskiego podejścia, czy też powinien gruntownie znać uzasadnienie teoretyczne i potencjalną skuteczność/szkodliwość metody? Czy musi umieć uzasadnić kroki swojego postępowania

w świetle współczesnej wiedzy psychologicznej? Jak powinni być kształceni psychoterapeuci i kto powinien odpowiadać za monitorowanie ich kompetencji?

Wiedza na temat diagnozy (wraz z ustruktrowanymi narzędziami: SCID-II czy BPD-Checklist) oraz metod terapii (podręczniki terapii poznawczo-behawioralnej, DBT, terapii schematów) jest w Polsce w pełni dostępna – nie ma przeszkód, aby korzystali z niej kształcący się i certyfikowani psychoterapeuci, psychiatrzy prowadzący terapię lub współpracujący z psychoterapeutami. Podobnie szeroki jest dostęp do superwizji i literatury anglojęzycznej, włącznie z przeglądami systematycznymi bazy Cochrane (Storebø *et al.*, 2020) lub zaleceniami NICE (2009, 2015).

Niedostateczna opieka nad pacjentami z BPD nie jest polską specyfiką. Autorzy badania przeprowadzonego w Holandii, a więc w kraju, gdzie liczba terapeutów poznawczo-behawioralnych wykwalifikowanych w DBT i terapii schematów kilkukrotnie przewyższa ich liczbę w Polsce (Hermens *et al.*, 2011), wykazali, że jedynie ¼ pacjentów otrzymuje właściwą psychoterapię – z powodu braku dostępności lub braku świadomości społecznej dotyczącej metod leczenia.

W obecnej sytuacji prawnej i organizacyjnej możliwymi rozwiązaniami są kształcenie psychologów i lekarzy w metodach opartych na danych empirycznych oraz dążenie do edukowania społeczeństwa na temat psychoterapii – zarówno dobrych, jak i szkodliwych praktyk. Dostępne dane z ostatnich 20 lat mówią o olbrzymiej mocy odpowiednio zaplanowanych interwencji psychoterapeutycznych w leczeniu różnych zaburzeń, dzięki czemu miliony ludzi wracają do zdrowia i równowagi psychicznej (Layard i Clark, 2014) – ważne więc, aby odium tajemnicy, niewiedzy i/lub szkodliwości nie utrudniało dostępu do rzetelnej psychoterapii.

### Konflikt interesów

*Autorka nie zgłasza żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji*

### Piśmiennictwo

- Allen JG, Fonagy P, Bateman AW: Mentalizowanie w praktyce klinicznej. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> Edition. American Psychiatric Association, Washington 2000.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5<sup>th</sup> Edition: DSM-5. American Psychiatric Association, Washington 2013.
- American Psychiatric Association Practice Guidelines: Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry* 2001; 158 (10 Suppl): 1–52.
- Arntz A, van Genderen H: Terapia schematów w zaburzeniu osobowości typu borderline. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2020.
- Bloo J, Arntz A, Schouten E: The Borderline Personality Disorder Checklist: psychometric evaluation and factorial structure in clinical and nonclinical samples. *Rocz Psychol* 2017; 20: 311–336.
- Bohus M, Kröger C: Psychopatologia i psychoterapia zaburzenia osobowości typu borderline. Aktualny stan badań. *Nervenarzt* 2011; 82: 16–24 [przedruk: *Psychiatr Dypł* 2011; 8: 10–17].
- Borschmann R, Henderson C, Hogg J *et al.*: Crisis interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 6: CD009353.
- Chambless DL, Hollon SD: Defining empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66: 7–18.
- Euler S, Dammann G, Endtner K *et al.*: Borderline personality disorder: the treatment recommendations of the Swiss Society of Psychiatry and Psychotherapy (SSPP). *L'information psychiatrique* 2020; 96: 35–43.
- First MB, Williams JBW, Smith Benjamin L *et al.*: SCID-5-PD Ustrukturalizowany Wywiad Kliniczny do Badania Zaburzeń Osobowości DSM-5. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2018.
- Furnham A, Milner R, Akhtar R *et al.*: A review of the measures designed to assess DSM-5 personality disorders. *Psychology* 2014; 5: 1646–1686.
- Gaebel W, Falkai P (eds.): Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde: S2 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörungen. Steinkopff Verlag 2009.
- Hermens ML, van Splunteren PT, van den Bosch A *et al.*: Barriers to implementing the clinical guideline on borderline personality disorder in the Netherlands. *Psychiatr Serv* 2011; 62: 1381–1383.
- Kazdin AE: Evidence-based treatment and practice: new opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *Am Psychol* 2008; 63: 146–159.
- Layard R, Clark DM: Thrive: The Power of Psychological Therapy. Penguin, London 2014.
- Leśniak W, Bała MM, Jaeschke R *et al.*: Od danych naukowych do praktycznych zaleceń – tworzenie wytycznych według metodologii GRADE. *Pol Arch Med Wewn* 2015; 125 (Special Issue): 26–41.
- Linehan MM: Zaburzenie osobowości z pogranicza. Terapia poznawczo-behawioralna. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.
- National Collaborating Centre for Mental Health: Borderline personality disorder: treatment and management. British Psychological Society, Leicester 2009.
- National Health and Medical Research Council: Clinical practice guideline for the management of borderline personality disorder. Melbourne 2012.
- Nationale kliniske retningslinjer: Behandling af emotionel ustabil personlighedsstruktur, borderline type. Available from: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2019/NKR-borderline/NKR-for-behandling-af-emotionel-ustabil-personlighedsstruktur-borderline-type-2019.ashx?la=da&hash=1D494A90593292454E527392D-FD1898A61F64AB6>.



- Oud M, Arntz A, Hermens ML et al.: Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry* 2018; 52: 949–961.
- Popiel A: Zaburzenie osobowości z pogranicza – wyzwanie terapeutyczne. *Psychiatria* 2011; 8: 64–79.
- Popiel A, Keegan E: Zaburzenia osobowości: krótkie wprowadzenie historyczne. *Rocz Psych* 2017; 20: 247–264.
- Popiel A, Pragłowska E: Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka. Paradygmat, Warszawa 2008.
- Popiel A, Pragłowska E (eds.): Superwizja w psychoterapii poznawczo-behawioralnej. Koncepcje, procedury, narzędzia. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2013.
- Simonsen S, Bateman A, Bohus M et al.: European guidelines for personality disorders: past, present and future. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 2019; 6: 9.
- Stoffers-Winterling J, Storebø OJ, Lieb K: Pharmacotherapy for borderline personality disorder: an update of published, unpublished and ongoing studies. *Curr Psychiatry Rep* 2020; 22: 37.
- Storebø OJ, Stoffers-Winterling JM, Völlm BA et al.: Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2020; 5: CD012955.
- Timäus C, Meiser M, Bandelow B et al.: Pharmacotherapy of borderline personality disorder: what has changed over two decades? A retrospective evaluation of clinical practice. *BMC Psychiatry* 2019; 19: 393.
- Tolin DF, McKay D, Forman E: Empirically supported treatment: recommendations for a new model. *Clin Psychol Sci Pr* 2015; 22: 317–338.
- Trimbos-instituut: Practice guideline on diagnosis and treatment of adult patients with a personality disorder [in Dutch]. Utrecht 2008.

### Kodeksy etyczne

Polskie Towarzystwo Psychiatryczne:  
<http://www.sntr.org.pl/userfiles/file/Kodeks%20etyczny%20pschoterapeuty.pdf>

Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej:  
<https://www.pttpb.pl/dokumenty/kodeks-etyczny/>

Sekcja Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego:  
<http://www.sekcjapsychoterapii.pl/kodeks-etyczny/>