



4 Graniczne zaburzenia osobowości BPS i zaburzenia zachowania zgodnie z ICD.10 V. F.:60

Jak autor opisał zaburzenie osobowości BPS - Zaburzenia zachowania W poważnym zaburzeniu osobistego i społecznego zachowania dotkniętych show.

Zaburzenie to występuje we wczesnym dzieciństwie lub w okresie dojrzewania i utrzymuje się przez całe dorosłość. Przyczyny nie wynikają bezpośrednio z uszkodzenia mózgu lub zaburzeń psychicznych, ale raczej ze strukturalnego braku wykształcenia. Rohde i wsp. powołują się na utratę pierwotnej miłości i zaufania, jak również nadużycia i złe traktowanie dziecka jako przyczyny rozwoju tego zaburzenia (Andrawis A, 2018).

Zaburzenia osobowości i zachowania można znaleźć w Dilling et al. (2011) w klasyfikacji F60 - F69:

- zaburzenie osobowości paranoidalnej F60.0,
- zaburzenia osobowości społecznej F60.2,
- niestabilne emocjonalnie F60.3,
- impulsywny typ F60.30,
- schizoidalne zaburzenia osobowości F60.1,
- Typ linii granicznej F60.31,
- zaburzenie osobowości histrionalnej F60.4,
- zaburzenia osobowości niespokojnej (unikania) F60.6,
- anankastyczny (kompulsywny) zaburzenie osobowości F60.5,
- Zaburzenie osobowości zależne (asteniczne) F60.7,

- inne specyficzne zaburzenia osobowości F60.8,
 - inne narcystyczne zaburzenia osobowości F60.80,
 - zaburzenia osobowości bierno-agresyjnej F60.81,
- inne specyficzne zaburzenia osobowości F60.88 i tak dalej. (Möller et al. 2005)

Autor ogranicza się tu do F60.31 "typu Borderline" jako najczęstszej manifestacji zaburzenia osobowości (Andrawis A, 2018).

Wprowadzenie

Typ graniczny Patologia i psychoanaliza

Jak opisał Rohde-Dachser (2006), historia typu granicznego w psychiatrii sięga daleko wstecz. Po raz pierwszy praktykował ją Aichhorn w grupie swoich pacjentów w 1925 r., gdzie stwierdził, że jego pacjenci cierpieli na brak kontroli impulsów. W 1938 roku Stern wymienił Borderline jako diagnozę mającą na celu odróżnienie pacjentów tego typu od pacjentów psychotycznych.

Jak już wspomniano, Stern opisał cechy pacjenta, które Kernberg (2008) przyjął i opublikował później w swojej pracy na temat patologii ego w Borderline. Z analitycznego punktu widzenia, u pacjentów występuje tendencja do idealizowania relacji obiekt-matka i jednoczesnego przejścia od idealizacji do dewaluacji. Nazywa się to państwem ambiwalentnym. Grinker i wsp. opisuje w opisanych przez siebie empirycznych kryteriach pacjentów z pogranicza podział na cztery typy znaków (Rohde-Dachser 2006):

Podgrupy charakterystyki

- (1) oznaczenia anastyczne
- 2.) Tantry
- 3) brak tożsamości osoby fizycznej
- 4.) Depresja poprzez samotność

W ten sposób Kernberg rozwinął jednocześnie teorie o organizacji osobowości typu pogranicza, w których znalazł zjawiska psychodynamiki, w których udowodniono patologię

ego wśród pacjentów, które można prześledzić na podstawie prymitywnych mechanizmów obronnych wczesnodziecięcych doświadczeń traumatycznych, a które oparte są na identyfikacji projekcyjnej (Andrawis A, 2018).

i zaprzeczenie. Pierwotnie pojawia się patologia związku obiektowego i superego, którą można określić jako słabość ego z powodu braku tolerancji strachu, kontroli impulsów i braku zdolności sublimacji (tamże).

To wczesne zaburzenie można prześledzić z jednej strony jako związek matki z dzieckiem, w którym naruszono podstawowe zaufanie i miłość, a z drugiej strony jako traumatyczne doświadczenia wczesnego dzieciństwa. W tym przypadku ważną rolę odgrywają elementy psychospołeczne, w tym niedobór mieszkań, bezrobocie, ubóstwo, alkoholizm, separacja, rozwód rodziców i przemoc w rodzinie. Ojciec jest również zaangażowany w autorytet, nieobecność i związek z rodziną. Ponadto, relacje rodziców w ich współżyciu, w rozwiązywaniu konfliktów, jak również relacja braterska, wolna od rywalizacji, jest ważna w akceptacji i docenieniu. Dziecko niekoniecznie musi być traumatyzowane, może to być również epidemiologia, która może prowadzić do symbiotycznego przywiązania (ibid.).

Dokładna diagnoza zgodnie z kryteriami DSM-III-R

W celu uzyskania dokładnej diagnozy typu granicznego musi być spełnione 5 z następujących 8 kryteriów.

1. impulsywność w co najmniej 2 obszarach, w których jeden z nich jest aktywnie samouszkodzony. E.G.: Seksualność, wydawanie pieniędzy, kradzież sklepowa, nadużywanie substancji, bezwzględność w relacjach międzyludzkich i konfiskatach.
2. wykazywanie pewnego wzorca niestabilności, który wpływa również na relacje międzyludzkie i znajduje odzwierciedlenie w przemianie między dewaluacją a nadidealizacją.
3. nadmierny gniew lub niemożność kontrolowania tego gniewu, np. wybuchy gniewu, uporczywy gniew lub walki (Möller i in. 2005).
4. niestabilność w postaci zmian nastroju, od normalnego nastroju do depresji, niepokoju lub rozdrażnienia, która może trwać od kilku godzin do kilku dni.

5. zaburzenie tożsamości, które jest uporczywie wymawiane i przejawia się w niepewności w co najmniej dwóch z następujących dziedzin życia: Obraz siebie, orientacja seksualna, długoterminowe cele, aspiracje zawodowe, wybór przyjaciół lub partnerów, wartości osobiste.
6. próby samobójcze, samokaleczenia i powtarzające się groźby samobójcze.
7. nuda i chroniczne poczucie pustki.
8. desperacki wysiłek, aby zapobiec wyimaginowanej samotności lub prawdziwej samotności (Kernberg 1998).

Granica - Typ F 60.31

Kryteria diagnostyczne według międzynarodowej klasyfikacji zaburzeń psychicznych ICD10 F:

- Obecność emocjonalnej niestabilności własnego obrazu siebie, wewnętrznych preferencji, w tym niejasnej i zaburzonej seksualności.
- chroniczne poczucie wewnętrznej pustki
- Tendencja do intensywnych, ale niestabilnych relacji, które mogą prowadzić do powtórzenia się kryzysów emocjonalnych, w tym nadmiernego wysiłku, którego nie należy porzucać. Ponadto, samookaleczenie i zagrożenie samobójstwem, które może wystąpić bez przyczyny i bez wyzwolenia (Dilling i in. 2011). Kryteria DSM-III-R granicznego zaburzenia osobowości mogą nakładać się na inne poważne zaburzenia osobowości, w szczególności schizotypowe, histrionalne, antyspołeczne i narcystyczne zaburzenia osobowości (Andrawis A, 2018).

Trzy kryteria diagnozowania zaburzeń typu granicznego

Kernberg (2008) przytoczył następujące trzy kryteria dla błędu granicznego:

- I. Poziom operacji obronnych
- II. Dyfuzja tożsamości (brak integracji)
- III. Umiejętność sprawdzania rzeczywistości

W przeciwieństwie do nerwicowego zaburzenia osobowości, w którym organizacja obronna skupia się wokół represji i innych dojrzałych mechanizmów obronnych, u pacjentów z

zaburzeniami granicznymi lub psychotycznym poziomem organizacyjnym, prymitywne mechanizmy rozszczepienia stanowią centralną formę obrony (Kernberg 1998). Podział i inne mechanizmy, takie jak identyfikacja projekcyjna, prymitywna idealizacja lub dewaluacja, zaprzeczanie, wszechmocna kontrola (zapał kontrolny) oraz interakcja dewaluacji. Dzieje się tak, aby chronić siebie przed konfliktami i ukazuje się w sprzecznych doświadczeniach siebie, gdzie mechanizmy obronne próbują to zrobić (Andrawis A, 2018).

Oddzielenie od siebie sprzecznych znaczeń. Można więc mówić o podziale poprzez te mechanizmy obronne.

Cechy te można również dostrzec w interakcji z pacjentem. Podział prowadzi do podziału na "zło absolutne" i "dobro absolutne". Oznacza to, że w przekazach w formie projekcji ludzie są bezkrytycznie podzieleni na dobro i zło (tamże).

Prymitywna idealizacja

Pokazuje się jako "dobry", na przykład poprzez wyolbrzymianie obiektów zewnętrznych. Dobre cechy w innych są wyświetlane patologicznie przesadzone. To może iść tak daleko, że pacjenci nie chcą przyznawać się do błędów ludzkich. Jeśli osoba jest nadidealizowana przez pacjenta, to nie może on pokazać żadnych błędów. Pacjent uważa, że osoba idealizowana jest idealna. Przeciwnością nadidealizacji jest absolutna dewaluacja. Drugi jest również postrzegany jako niebezpieczny i prześladowający. Wczesne formy projekcji i identyfikacji projekcyjnej różnią się od dojrzałych form projekcji poprzez przypisanie jednego impulsu do drugiego. Jest to oznaką wczesnych represji. Jak opisał Kernberg, identyfikacja rzutowa charakteryzuje się 3 krokami:

1. strach przed innymi osobami, który najwyraźniej charakteryzuje się rzutowanymi impulsami.
2. kontrolowanie potrzeb tej osoby (terapeuty). Celem jest sprowokowanie pewnego zachowania, które wydaje się potwierdzać projekcję pacjenta. Dzieje się tak z powodu braku struktury ego. W centrum uwagi znajdują się mechanizmy obronne represji. Opiera się to na identyfikacji projekcyjnej, która przejawia się poprzez podział lub działania prymitywne (tamże).
3. tendencja do znajdowania w sobie impulsu, gdy jest on jednocześnie rzutowany na drugiego (tamże).

Zdolność do sprawdzania rzeczywistości

Zarówno w przypadku zaburzeń osobowości granicznej, jak i neurotycznych zaburzeń osobowości, zdolność do badania rzeczywistości pozostaje nienaruszona. Natomiast nie jest tak w przypadku organizacji osobowości psychotycznej. Test rzeczywistości można oddzielić od "ja" jako "nie-ja". Intrapsychiczne postrzegania i bodźce, które pierwotnie miały na celu rozróżnienie własnych afektów, są zintensyfikowane, tak, że normy społeczne nie mogą być przestrzegane. Ta utrata zdolności musi zostać wyleczona, aby wrócić do rzeczywistości: Pacjent, dla którego rzeczy wydają się dziwne, musi być świadomy rzeczywistości.

"Graniczna organizacja osobowości przejawia się również w drugorzędnych cechach strukturalnych, takich jak niespecyficzne oznaki słabości ego (brak kontroli impulsów, brak tolerancji strachu, słabo rozwinięta zdolność do sublimacji), patologia super-ego (infantylne, niedojrzałe systemy wartości, sprzeczne wewnętrzne wymagania moralne, a nawet antyspołeczne cechy). (Andrawis A, 2018). Wtórne cechy strukturalne są oparte na znalezisku patologicznym. Diagnoza opiera się na kryteriach operacji obronnych, dyfuzji tożsamości i testowania rzeczywistości.

Rozpowszechnianie tożsamości i brak integracji

Brak integracji definiowany jest jako dyfuzja tożsamości i jednocześnie rozumiany jako pojęcie obiektu. Oznacza to, że subiektywne doświadczenie charakteryzuje się wewnętrzną pustką, sprzecznymi postrzeganiami i sprzecznymi zachowaniami. Sprzeczne postrzeganie innych, jak również samego siebie, przejawia się w niezdolności do życia w relacjach międzyludzkich. W krótkim wywiadzie zainteresowana osoba mówiła również o trudnościach w realistycznej i prawidłowej wymianie informacji o sytuacji ze swoim partnerem.

Praktyczne zastosowania dla typu Borderline

Indywidualne, patologiczne obrazy w procesie terapeutycznym pokazują hipomańskie zaburzenia osobowości (zaburzenia psychosomatyczne), które we wszystkich przypadkach są liczone jako zaburzenia osobowości społecznej.

Kernberg zakłada, że zaburzenia graniczne występują w dzieciństwie w wyniku fizycznego lub seksualnego wykorzystywania. W przypadku Hermana i wsp. (1989) diagnozę osób dotkniętych chorobą można zastąpić diagnozą ciężkiego stresu pourazowego, ponieważ nie

można postawić ostatecznej diagnozy dla granicy. Przemoc seksualna występuje zawsze w związku z zaburzeniami osobowości.

Koncepcje leczenia

Psychoterapia ekspresyjna opiera się na modelu psychodynamicznym i ma na celu zwiększenie zdolności pacjenta do doświadczenia siebie i innych jako spójnych, zintegrowanych i realistycznie postrzeganych jednostek. Pacjent powinien nauczyć się kontrolować swoje impulsy, tolerować lęki, regulować afekty, sublimować pragnienia i doświadczać intymności i miłości. Dzieje się to na modelu psychoterapii psychoanalityczno-ekspresyjnej.

Warunkiem wstępnym terapii są zjawiska transmisji, formy oporu, mechanizmy obronne i techniki interpretacji. Ta forma terapii wymaga pewnych modyfikacji (transformacji technik terapeutycznych i neutralności technicznej) i łączy je z uznanymi zasadami leczenia psychoanalitycznego. Ciągłość, wiarygodność, akceptacja, szacunek i autentyczność, jak również zdrowa komunikacja w kierunku empatii odgrywają ważną rolę we wszystkich formach psychoterapii, które zawierają aspekty niespecyficzne. Spójność i dyscyplina są ważne w terapii (Andrawis A, 2018).

Przedmiot, metody i cele przetwarzania

Jak Kernberg opisał w odniesieniu do psychoterapii ekspresyjnej dla psychopatologii pogranicza, należy zwiększyć zdolność rozumienia i empatii dla siebie i dla siebie w osobie dotkniętej chorobą. Spójne (spójne), zintegrowane połączenia powinny być postrzegane i realizowane indywidualnie. Według Andrawisa (2018) ważne jest, aby zwrócić uwagę na redukcję mechanizmów obronnych w tym samym czasie, podczas gdy struktura ego jest osłabiona przez redukcję możliwości reakcji. Zdolność pacjenta do rozwoju osiąga się poprzez kontrolowanie własnych impulsów, regulację emocji, tolerowanie strachu i sublimację pragnień, przy jednoczesnym rozwijaniu stabilnych i satysfakcjonujących relacji interpersonalnych w celu doświadczenia miłości i intymności (tamże). Cele te można osiągnąć poprzez rozpoznawanie i wyjaśnianie oderwanych części wewnętrznego świata przedmiotu danej osoby. Przeniesienie do terapeuty sprawia, że podział ten jest widoczny. Każda dyspozycja transferowa oznacza samoimaginację pacjenta poprzez rekonstrukcję koncepcji obiektu i stanu afektywnego, a tym samym łączy w sobie autoimaginację i koncepcję obiektu. Według autora, pacjent w tej koncepcji obiektu stara się stłumić i uniknąć

wewnętrznych konfliktów poprzez interakcję pierwotnej transmisji. Zaleceniem terapeutycznym dla pacjentów z pogranicza jest zrozumienie tego przekazu i zaakceptowanie interpretacji zamiast dążyć do zaspokojenia obecnej potrzeby unikania i tłumienia.

Pacjent powinien być informowany o interpretacji napięć w doświadczeniach psychologicznych osoby dotkniętej chorobą. Interpretując i wyjaśniając rozdzielone elementy, (rozdzielone) autoprezentacje powoli zmiernają w kierunku pełnej autoprezentacji, rozumiejąc obraz tendencji agresywnych i libidalnych. Wynikiem tego jest zróżnicowany, realistyczny obraz siebie w świecie obiektów. W ten sposób rozwija się ja i świat przedmiotów, a także rozpoznawanie wewnętrznych stanów afektu. Zintegrowane reprezentacje obiektów odzwierciedlają realistyczny obraz rodzicielski i integrację z nimi, z wcześniejszych doświadczeń z dzieciństwa, tak aby pacjent z pogranicza był w stanie realistycznie zaakceptować swoją przeszłość (tamże).

Blok budynku w kierunku celu leczenia

Obecność i szacunek dla terapeuty i wszystkich innych osób jest bardzo ważna i może być postrzegana jako wielka pomoc w interakcjach międzyludzkich, jak również w całej terapii, w celu połączenia dwóch zintegrowanych części pacjenta, obiektów reprezentacji z sobą. Poprzez podział i zinternalizowane relacje obiektowe, jak również cechy charakteru podziału, które przejawiają się w agresji i miłości, powstaje nadidealizacja i dewaluacja. Integracje są z kolei ulepszone przez analizę operacji obronnych, które utrzymują ten podział. Ważnym dla tych pacjentów jest rozpoznanie prymitywnych, podzielonych stanów ego i ich integracja poprzez rozpuszczenie operacji obronnych, które istnieją rozdzielone od siebie. Dzieje się to za pomocą technik integracyjnych (tamże).

Neutralność techniczna

Psychoterapia psychoanalityczna polega na otwartym dialogu pomiędzy terapeutą a pacjentem. Instrukcja pacjenta, aby otwarcie mówić, jest częścią standardowej zasady swobodnego zrzeszania się. Okresy pomiędzy zabiegami odbywają się zazwyczaj dwa do trzech razy w tygodniu. Psychoterapia ekspresyjna, uważana za podstawową technikę psychoanalizy, jest podobna do niej w rekonstrukcji biografii pacjenta i jej związku z psychodynamiką pacjenta oraz wynikającą z niej interpretacją i leczeniem. Oba podejścia

terapeutyczne wykazują zarówno analizę transferów, jak i neutralność techniczną, przy czym może to być czasowo zawieszona w psychoterapii ekspresyjnej, a następnie musi być odnowiona przy pomocy techniki interpretacji. W przypadku długoterminowych celów terapeutycznych należy wziąć pod uwagę monitorowanie rzeczywistości zewnętrznej (tamże).

W formach psychoterapii wspomagającej, które można również określić jako terapie wspomagające, terapeuta wspiera "pewność siebie" pacjenta, aby móc zagwarantować pozytywną współpracę w początkowej fazie terapii, w której wsparcie pacjenta jest szczególnie ważne. W tej fazie należy unikać terapii konfrontacyjnych. Proces interpretacji opiera się na "tu i teraz", "tam i potem". Główną strategią psychoterapii wspomagającej jest wsparcie poznawcze i afektywne, przy czym terapeuta powinien kierować, a nie analizować, przy czym okoliczności życiowe pacjenta są interweniowane jedynie w późniejszych etapach terapii. Zadaniem terapeuty jest kierowanie zjawiskami transmisji pacjenta do terażniejszości i rzeczywistości poprzez efekty obiektowe. Łatwo można zrezygnować z neutralności technicznej i niekoniecznie musi ona zostać przywrócona.

Psychoterapia ekspresyjna

W przypadku pacjentów z pogranicza, metoda ta jest stosowana tylko w terapii zaawansowanej ze względu na "tu i teraz" proces leczenia poprzez rekonstrukcję biograficznej anamnezy pacjenta. Natomiast w psychoanalizie rekonstrukcja wywiadu biograficznego pacjenta jest przenoszona na bieżące zdarzenia poprzez interpretację i powiązanie. W przeciwieństwie do psychoanalizy, analiza transmisji jest przemyślana na nowo w odniesieniu do aktualnej sytuacji życiowej pacjenta, tak aby cele terapeutyczne nie były zagrożone, a pacjent mógł pokonać trudności. Kernberg zwraca uwagę na niebezpieczeństwo, że pacjenci używają izolacji, aby oddzielić się (od stresu życia codziennego (tamże)). Kolejną różnicą w stosunku do psychoanalizy jest to, że dotkliwość działania pacjenta z pogranicza często zmusza terapeutę do porzucenia postawy neutralności technicznej. Jednakże należy je przywrócić, gdy tylko ustanie sytuacja zagrażająca leczeniu, która sprawiła, że to odchylenie stało się konieczne, przestaje istnieć (ibid).

Psychoterapia wspomagająca

W przeciwieństwie do wyrazistej psychoterapii pacjentów z pogranicza, podejście to pozwala na swobodne wykorzystywanie słów zachęty, pochwały, perswazji, interwencji i środowiska pacjenta do udzielania pomocy. W razie potrzeby można zatwierdzić dodatkowe metody terapii, choć nie zawsze tak się dzieje. W realizacji terapii, w edukacji jest odniesienie do transmisji za pomocą konfrontacji świetlnej w celu zmniejszenia transmisji poprzez odniesienie do niewłaściwego stanu zachowania.

Model psychoterapii wspomagającej obejmuje konfrontację, wyjaśnienie, ale nie interpretację. Natomiast psychoterapia ekspresyjna pozwala uniknąć bezpośredniej ekspresji wsparcia afektywnego/emocjonalnego i poznawczego/umysłowego, jak również interwencji w sytuacjach życiowych. Doświadczeni terapeuci są w stanie stosować warunki ramowe bezpośrednio w swojej pracy (tamże).

Metoda leczenia

Psychoterapia ekspresyjna ma koncepcję stabilnej, patologicznej, intra-psychicznej struktury w leczeniu zaburzeń granicznych. Technika ta w psychoanalizie specjalizuje się w leczeniu stanów patologicznych tego schorzenia. Z psychoanalitycznego punktu widzenia model Freud'sche prezentuje się jako zróżnicowany, trzyczęściowy system "JAM JEST, MNIEJSZY I IT". Te trzy elementy są ze sobą w konflikcie. Strukturalna organizacja klasycznej neurozy charakteru (silnie patologiczne kształtowanie osobowości i psychoseksualności) oraz psychonerwice (psychogenetycznie wywołana neuroza, w której wyzwalacze są tłumione konflikty we wczesnym dzieciństwie) opiera się na tym trójęściowym modelu (Andrawis A, 2018).

Jak już wspomniano, graniczna organizacja osobowości jest wczesnym konfliktem patologicznym i intrapsychicznym. Różnią się one od osobowości neurotycznej charakterem konfliktów intrapsychicznych, które są częścią obrazu patologicznego, oraz warunkami strukturalnymi. W tych warunkach konflikty są odzwierciedlone, dzięki czemu rozwija się osobowość neurotyczna. Pierwotna przyczyna leży w kompleksie Edypus - psychoseksualnych - agresywnych impulsów od wczesnego rozwoju dzieciństwa. Nieporządek graniczny imponuje powszechnością konfliktów przededypalnych związanych z koncepcjami psychicznymi związanymi z koncepcjami fazy Edypalnej.

Trójkątne zaburzenie seksualne jest związane z wczesną relacją między matką a dzieckiem. Drive potomstwo wyraża się poprzez konflikty ustne i analne, które przejawiają się poprzez agresywne wzorce zachowań wywodzące się z relacji przededypalnych. Osobowości Boderline rozwijają się dzięki tej strukturze, zwłaszcza poprzez wszystkie stłumione konflikty i traumy. Dlatego infantrylne wzorce zachowań, które oddziałują na stan ego pojawiają się w nieświadomości. Te wzorce zachowań stają się zauważalne w formie obrony poprzez podział. Jaźn stanów oddziela się w prymitywnej matrycy I-EX poprzez represje, w których jaźn jest odróżniana od ego i super-ego. Prostym formom matrycy I-ES towarzyszy zaprogramowany podział i projekcja, przy czym superego można opisać jako stan paranoiczny (ibid).

Teoria relacji obiektowych

W 1972 r. M. Mahler opisał teorię relacji obiektowych jako proces separacji indywidualnej i segregacji. Ważnym momentem dla określenia objawów patologicznych dla obiektu rodzicielskiego jest okres od drugiego do czwartego roku życia i ukazuje się jako wcześniejsze pojawienie się doświadczeń agropsychologicznych. Tak więc teorie i techniki psychologiczne opisują, że w aktywacji wcześniej zinternalizowanych relacji obiektowych i ich represji, patologiczne przekazywanie przez stany afektywne może być wyraźnie rozpoznane. Muszą być one diagnozowane i interpretowane zarówno jako zintegrowane częściowe relacje obiektowe, jak i jako oddzielone lub całe relacje obiektowe od wcześniejszych struktur transmisyjnych do transmisji rozwoju obrzęku. Odgrywa to dużą rolę w analizie przekazu przez reaktywne, przeszłe, zinternalizowane przemieszczenie relacji obiektowej w sensie "tu i teraz".

Do analizy bloków konstrukcyjnych "ego- superego i ono" potrzebne są formy przekazu zinternalizowanej relacji do obiektu, jak również ich przemieszczenia, w związku z fantazją i realistycznie zniekształconymi relacjami obiektowymi. Dotychczasowe relacje obiektowe są zniekształcone zinternalizowane, a także zachodzą reakcje obronne z wpływowymi projekcjami instynktu stresujących impulsów.

Najważniejszym celem psychoterapii pacjentów z pogranicza jest pełna interpretacja, jak również wiarygodność poprzez uczynienie nieświadomego świadomego i w końcu internalizacji tych spostrzeżeń i wprowadzenie ich w życie (ibid.).

Interpretacja psychoanalityczna

W psychoterapii ekspresyjnej techniczne narzędzie interpretacji odgrywa ważną rolę dla pacjentów z pogranicza. Pacjenci gubią się w intelektualnej ekspresji i mieszają się świadomie i nieświadomie w trakcie sesji. Nie ma więc ani związku, ani przyczyny. Represje we wczesnym dzieciństwie wpływają na zjawiska transmisji i ich pomieszanie rzeczywistości z fantazją i ich przyczynami (tamże).

Język tłumaczenia ustnego

Język tłumaczenia ustnego opiera się na trzech poziomach:

I. Rekonstrukcja z wywiadu biograficznego

II. związek biografii z psychodynamiką

III. formułowanie planów terapeutycznych i celów z "języka interpretacji"

Trudności napotykane w procesie terapeutycznym to obrona i opór pacjenta. Pacjent się boi. Jest to spowodowane mechanizmami obronnymi, które z kolei przeciwdziałają celom terapeutycznym w sposób przeciwny do zamierzonego. Ważną rolę odgrywają tu podstawowe zaufanie i miłość. Jeśli zostały one zranione z przyczyn biograficznych z powodu wczesnego kompleksu Edypalnego, przejawia się wzór zachowania. W rezultacie, konflikty w życiu osobistym są regresowane w sytuacjach stresowych. Tutaj istnieje potrzeba rekonstrukcji biografii pacjenta w związku ze stanem intrapsychnym, a tym samym psychodynamiką.

Związek i interpretacja pomiędzy świadomością a nieświadomością opiera się na interpretacjach werbalnych, które powstały w wyniku hipotetycznych, wolnych od skojarzeń pacjenta. Skuteczna interpretacja jest bardzo ważna dla zrozumienia pacjenta. Następnie następuje wyjaśnienie i konfrontacja na drodze do celu. Konfrontacja, techniki konfrontacyjne, klaryfikacyjne lub interpretacyjne, które uzyskano podczas jednej lub kilku sesji są warunkiem wstępnym pełnej interpretacji (ibid.).

Wyjaśnienie psychoanalityczne

Wyjaśnienie przedstawia wiarygodność pierwszych kroków w procesie interpretacji poznawczej i może odnosić się do różnych dziedzin, którymi zajmują się terapeuci i lekarze:

- Wyrażenie rzeczywistości pacjenta
- Zjawiska transmisji
- Historia pacjenta lub obecnej obrony (tamże).

Wyjaśnienie psychoanalityczne

Wyjaśnienie przedstawia wiarygodność pierwszych kroków w procesie interpretacji poznawczej i może odnosić się do różnych dziedzin, którymi zajmują się terapeuci i lekarze:

- Wyrażenie rzeczywistości pacjenta
- Zjawiska transmisji
- Historia pacjenta lub obecnej obrony (tamże).

terapia konfrontacyjna

Po terapii konfrontacyjnej konfrontacja składa się z dwóch etapów:

Pierwszym krokiem jest konfrontacja w procesie interpretacji i poprzedza wyjaśnienie interpretacji. Celem jest zwiększenie świadomości nieświadomych konfliktów.

W drugim etapie pacjenci są konfrontowani z ich odrębnymi, świadomymi i świadomymi treściami w tzw. procesie interpretacji, aby uświadomić im te treści jako pomoc i wskazówki do szczegółów. Przede wszystkim uświadamia się im przede wszystkim własną "maskę fantazji"; i wynikające stąd rozproszenie od rzeczywistości. Ambiwalentne, sprzeczne postawy i działania są wskazywane i przedstawiane w uzupełnieniu do jedności świadomości rzeczywistości. Jeśli pacjenci odrzucili zarówno konfrontację, jak i wyjaśnienie przez terapeutę, terapeuta może zwrócić ich uwagę na fakt, że obserwacje terapeutyczne i wyjaśnienie podczas posiedzenia zostały odrzucone przez pacjentów bez myślenia, a jednocześnie twierdzili, że nie nauczyli się niczego w lekcji (Andrawis A, 2018).

Wyjaśnienie psychoanalityczne

Wyjaśnienie przedstawia wiarygodność pierwszych kroków w procesie interpretacji poznawczej i może odnosić się do różnych dziedzin, którymi zajmują się terapeuci i lekarze:

- Wyrażenie rzeczywistości pacjenta
- Zjawiska transmisji
- Historia pacjenta lub obecnej obrony (tamże).

terapia konfrontacyjna

Po terapii konfrontacyjnej konfrontacja składa się z dwóch etapów:

Pierwszym krokiem jest konfrontacja w procesie interpretacji i poprzedza wyjaśnienie interpretacji. Celem jest zwiększenie świadomości nieświadomych konfliktów.

Rozszerzona interpretacja terapeutyczna

Interpretacja opiera się na konfrontacji i podejściach klarownych, których celem jest wspólne uświadomienie nieświadomości i świadomości. Służy również do podstawowej obrony lękowej stosunku nieświadomości do świadomości. Stwarza to motywację do planów i celów terapeutycznych w celu rozwiązania konfliktu treści nieświadomych i przzerwania mechanizmów obronnych. Podczas sesji terapeuta określa hipotetyczne interpretacje i koryguje oraz wyjaśnia znaczenie i cele terapii. Tutaj można ponownie wskazać metaforę nieświadomości jako komory grobowej, w której przechowywane są wszystkie represje i ich dziecięce wzorce zachowań, które przejawiają się w różnych sytuacjach jako syndrom lub symptom, na przykład jako transmisje. Z zajezdni komory grobowej ustalany jest wzorzec zachowania, który jest nieprzytomny i jest również przeprowadzany na zewnątrz (tamże).

Zjawiska transmisji

Doświadczenia z transmisji od pacjenta do terapeuty opierają się na percepcji, fantazjach, oddziaływaniach, które pojawiają się podczas interakcji terapeutycznej. Te przekazy nigdy nie pochodzą od terapeuty, ale zawsze od represji pacjentów w ich historii.

Przekazy są nieprzytomnymi treściami, które powtarzają wcześniej zinternalizowane relacje obiektowe (w tam i potem";) w tu i teraz. Często są one racjonalizowane przez pacjentów jako

„realistyczne”; reakcje na prawidłowo postrzegane aspekty terapeuty. Są one dla pacjentów, aby oddzielić się od zniekształceń. Przeniesienie jest niewłaściwym lub zniekształconym aspektem reakcji pacjenta na terapeutę”; (ibid.).

Zjawiska transmisji

Doświadczenia z transmisji od pacjenta do terapeuty opierają się na percepcji, fantazjach, oddziaływaniach, które pojawiają się podczas interakcji terapeutycznej. Te przekazy nigdy nie pochodzą od terapeuty, ale zawsze od represji pacjentów w ich historii.

Przekładnie pierwotne i dojrzałe

Prymitywne transmisje są szybko mobilizowane u pacjenta, z absolutnymi i ekstremalnymi zniekształceniami. Na pierwszym planie brak jest stabilnego poczucia własnej wartości u pacjenta. On jest w błędzie, ponieważ jest to coś zupełnie innego i nie działa w „tu i teraz”. Przyczyny leżą we wcześniej przemieszczonych obiektach lub innych obiektach i różnych sytuacjach. Każde zjawisko transmisji może przechylać się w kierunku przeciwnym lub może być uznane za jego własną doskonałą tożsamość.

Terapeuta uważa tę transmisję za mylącą, chaotyczną i często zagrażającą, ponieważ nie można się z nią wczuć. Istnieje zagrożenie, że pacjent może przerwać terapię. Jeśli pacjent ma nieświadome trudności, reaguje obroną. Nosi maskę i widzi ją jako swoją subiektywną prawdę. Można to postrzegać jako wzór zachowania infantylno-destrukcyjnego, który może sięgać tak daleko, że pacjent nie akceptuje rzeczywistości i nie jest w stanie przezwyciężyć swoich konfliktów psychologicznych. Jest to jeden z powodów, dla których osoba dotknięta chorobą wycofuje się i wierzy, że jest to dla niej najlepszy sposób. „Prymitywne formy transmisji dotyczą relacji podobieństw, podczas gdy transmisje dojrzałe odzwierciedlają całe relacje obiektowe”; (ibid.).

Zjawiska transmisji

Doświadczenia z transmisji od pacjenta do terapeuty opierają się na percepcji, fantazjach, oddziaływaniach, które pojawiają się podczas interakcji terapeutycznej. Te przekazy nigdy nie pochodzą od terapeuty, ale zawsze od represji pacjentów w ich historii.

Przekładnie pierwotne i dojrzałe

Prymitywne transmisje są szybko mobilizowane u pacjenta, z absolutnymi i ekstremalnymi zniekształceniami. Na pierwszym planie brak jest stabilnego poczucia własnej wartości u pacjenta. On jest w błędzie, ponieważ jest to coś zupełnie innego i nie działa w „i teraz”;. Przyczyny leżą we wcześniej przemieszczonych obiektach lub innych obiektach i różnych sytuacjach. Każde zjawisko transmisji może przechylać się w kierunku przeciwnym lub może być uznane za jego własną doskonałą tożsamość.

Leczenie zaburzeń osobowości na granicy

Zaburzenia graniczne mogą być leczone metodami behawioralnymi lub psychoanalitycznymi. Oba podejścia terapeutyczne mają na celu ustanowienie stabilnej relacji terapeutycznej, ustrukturyzowanie otoczenia psychoterapeutycznego i ustalenie granic, w których mogłyby wystąpić zachowania autodestrukcyjne lub destrukcyjne dla obcych. Uzasadnione jest również połączenie leczenia granicznego z lekami psychiatrycznymi (Andrawis A, 2018).

Zjawiska transmisji

Doświadczenia z transmisji od pacjenta do terapeuty opierają się na percepcji, fantazjach, oddziaływaniach, które pojawiają się podczas interakcji terapeutycznej. Te przekazy nigdy nie pochodzą od terapeuty, ale zawsze od represji pacjentów w ich historii.

Przekazy są nieprzytomnymi treściami, które powtarzają wcześniej zinternalizowane relacje obiektowe (w „tam i potem”;) w tu i teraz. Często są one racjonalizowane przez pacjentów jako „realistyczne”; reakcje na prawidłowo postrzegane aspekty terapeuty. Są one dla pacjentów, aby oddzielić się od zniekształceń. Przeniesienie jest niewłaściwym lub zniekształconym aspektem reakcji pacjenta na terapeutę”;. (ibid.).

Przekładnie pierwotne i dojrzałe

Prymitywne transmisje są szybko mobilizowane u pacjenta, z absolutnymi i ekstremalnymi zniekształceniami. Na pierwszym planie brak jest stabilnego poczucia własnej wartości u pacjenta. On jest w błędzie, ponieważ jest to coś zupełnie innego i nie działa w „tu i teraz”;. Przyczyny leżą we wcześniej przemieszczonych obiektach lub innych obiektach i

różnych sytuacjach. Każde zjawisko transmisji może przechylać się w kierunku przeciwnym lub może być uznane za jego własną doskonałą tożsamość.

Terapeuta uważa tę transmisję za mylącą, chaotyczną i często zagrażającą, ponieważ nie można się z nią wczuć. Istnieje zagrożenie, że pacjent może przerwać terapię. Jeśli pacjent ma nieświadome trudności, reaguje obroną. Nosi maskę i widzi ją jako swoją subiektywną prawdę. Można to postrzegać jako wzór zachowania infantylnego-destrukcyjnego, który może sięgać tak daleko, że pacjent nie akceptuje rzeczywistości i nie jest w stanie przezwyciężyć swoich konfliktów psychologicznych. Jest to jeden z powodów, dla których osoba dotknięta chorobą wycofuje się i wierzy, że jest to dla niej najlepszy sposób. „Prymitywne formy transmisji dotyczą relacji podobieństw, podczas gdy transmisje dojrzałe odzwierciedlają całe relacje obiektowe”.; (ibid.).

Leczenie zaburzeń osobowości na granicy

Zaburzenia graniczne mogą być leczone metodami behawioralnymi lub psychoanalitycznymi. Oba podejścia terapeutyczne mają na celu ustanowienie stabilnej relacji terapeutycznej, ustrukturyzowanie otoczenia psychoterapeutycznego i ustalenie granic, w których mogłyby wystąpić zachowania autodestrukcyjne lub destrukcyjne dla obcych. Uzasadnione jest również połączenie leczenia granicznego z lekami psychiatrycznymi (Andrawis A, 2018).

W odniesieniu do szkolnej orientacji należy wspomnieć, że z jednej strony, terapie behawioralne zajmują się ścisłymi wzorcami myślowymi, zachowaniami i emocjami, podczas gdy psychodynamiczna metoda leczenia zwraca większą uwagę na nieświadome konflikty i wewnętrzne struktury psychiczne, a dokładniej na te nieświadome konflikty, które mogą stać się świadome ego tylko ze względu na objawy, ponieważ wymykają się jego kontroli.

Poprzez inscenizację wewnętrznych konfliktów podczas leczenia z psychoterapeutą lub psychoanalitykiem, uświadamia się je pacjentowi i w ten sposób je zmienia. Böker wskazuje na podejście Fonagy'ego do terapii psychodynamicznej. Z drugiej strony, istnieje również dialektyczno-behawioralna terapia Marshy Linehan (1993/1996), która odniosła szczególny sukces. Ponieważ wszystkie trzy wymienione rodzaje terapii są dostępne w formie podręcznika specyficznego dla danego zaburzenia, metoda psychoanalityczna rozwinęła się dalej i dlatego może być obecnie stosowana u dużej liczby pacjentów z pogranicza (Andrawis A, 2018)

Ważnym aspektem w procesie terapeutycznym jest to, że pacjenci z destrukcyjnymi i płodnymi wzorcami zachowań próbują kontrolować terapeuta lub niszczyć jego wysiłki na rzecz sukcesu terapeutycznego. Podczas gdy terapeuta stara się znaleźć wspólną relację terapeutyczną dla współpracy z pacjentami z pogranicza, pacjenci koncentrują się na swoich uprzedzeniach w stosunku do terapeuty i są zajęci projekcją na niego z góry przyjętych opinii, które odbiegają od rzeczywistości (tamże).

Myślenie czarno-białe

Terapeuta jest doświadczany przez pacjentów jako absolutnie dobry lub absolutnie zły i w ten sposób albo wyidealizowany albo zdewaluowany przez nich. Kernberg opisuje to zjawisko jako „czarno-białe myślenie”; określenie jako anioł lub diabeł, ze względu na napięte relacje obiektowe, poprzez które terapeuta jest postrzegany jako przedstawiciel obcych przedmiotów. W procesie terapeutycznym ważnym aspektem jest transmisja i przeciwtransmisja: Efektem są transmisje poza rzeczywistość przez treści wcześniejszych traum, które zostały stłumione. Te formy transmisji powtarzają się wielokrotnie podczas terapii. Jeśli pacjenci utkną w tematyce, a ich wypowiedzi nie zgadzają się z ich zachowaniem, liczy się nie narracja, ale ich zachowanie. Transmisja ta jest ważnym kryterium dynamiki psychicznej (tamże).

W związku z tym terapia jest przerywana przez pacjenta

Istnieje wiele powodów, dla których pacjenci powinni zaprzestać leczenia:

1.) Przeniesienie wydaje się pacjentowi jako przesunięcie uczuć miłości i nienawiści od wczesnego dzieciństwa przemieszczeń oryginalnych przedmiotów. Jest ona przekazywana przez pacjentów jako reprezentacja zagraniczna (kocioł ofiarny) do terapeuty.
2.) Narcystyczne proporcje u pacjentów z pogranicza prowadzą do poczucia zazdrości, zazdrości i współzawodnictwa ze względu na stały kontakt z terapeutą. Postrzegają te narcystyczne części jako atak na ich osobistą samoocenę i percepcję. Sukces terapeuty postrzegają jako własną porażkę. Może to być poważny problem, ponieważ pacjenci mogą czuć się gorsi i mniej inteligentni niż wcześniej, mogą być zazdrosni o innych uczestników

terapii i mogą czuć się nie na miejscu. Proporcje te mogą być postrzegane jako zagrożenie dla procesu terapeutycznego (ibid).

3.) Pacjenci gubią się w fantazji, która sprawia, że wierzą, że wszystko wokół nich jest niezdrowe, dlatego też muszą uciekać od terapii. Ponadto obawiają się uzależnienia od terapeuty i chcą temu zapobiec. Również wiedza o obawie terapeuty, że pacjent może przerwać terapię, przyciągnie uwagę pacjenta, wywierając tym samym jeszcze większy nacisk.

4.) Jak tylko osoby dotknięte chorobą poczną pierwszą poprawę, może dojść do tego, że terapia zostaje przerwana przedwcześnie jako przetwarzanie cierpienia psychicznego, chociaż proces leczenia nie jest jeszcze całkowicie zakończony.

5.) Pacjenci czują się zagrożeni niepowodzeniem lub niepowodzeniem ze względu na intensywność przerw.

6.) Pacjenci opuszczają sesję, aby nie zostać pozostawionym samym sobie.

7.) Niedostateczna percepcja pacjentów, która sprawia, że wierzą oni ze wstydu, że terapeuta lub inni ludzie mają wobec nich pragnienia seksualne, które są uważane za sadystyczne, może być powodem przerwania terapii.

8.) Wpływ krewnych lub członków rodziny pacjenta może również wpływać na przebieg terapii w takim stopniu, w jakim chcą oni doprowadzić do przerwania terapii, tak aby długotrwałe wzorce lub wzorce zachowań pacjenta zostały utrzymane, a równowaga psychiczna w rodzinie nie została zakłócona.

9.) Jeśli pacjenci czują się jak ofiary i postrzegają swojego terapeutę jako prześladowcę, zmieniają rolę i opuszczają bezradnego terapeutę.

10.) Pacjenci mogą doświadczyć swojego terapeuty albo wyidealizowanego, albo upokarzającego. Dlatego też wierzą, aby go przeciążyć, ponieważ wydaje się, że jest częściowo zły i dlatego niekompetentny. Ponadto uważają, że terapeuta nie jest w stanie poradzić sobie z leczeniem i nie bierze pod uwagę terapii, aby w końcu go odciążyć.

Kernberg zaleca z tych wszystkich powodów, aby rozpoznać je w odpowiednim czasie i przeprowadzić z pacjentem rozmowę wyjaśniającą (tamże).

Utajnienie informacji i kłamstwo patologiczne

Podczas najważniejszych interwencji pacjenci czują zagrożenie dla swojego życia i życia innych w przypadku kontynuacji terapii. Dlaczego następnie uciekają się do zwodniczych manewrów i metod unikania w postaci kłamstw mogą mieć różne przyczyny:

- a) zapobieganie odwetowi i dezaprobacie terapeuty
- b) unikanie konfrontacji z możliwym skutkiem konieczności wzięcia odpowiedzialności za swoje działania
- c) Wykonywanie władzy i kontrola nad terapeutą
- d) Pacjenci chcą zdominować terapeutę poprzez kłamstwo, wierząc, że wszystkie relacje są wyzyskiem lub i tak prześladują.

Przekazywanie paranoidalne może prowadzić do osławionej nieuczciwości, manipulacji i oszustwa. Przyczyną tego są zjawiska transmisji nerwicowej. Ponadto pacjenci mogą wierzyć, że ich terapeuta jest wrogi, agresywny i prymitywny, ponieważ sukces lub niepowodzenie terapii zależy od otwartości komunikacji. Dlatego terapeuta ma za zadanie traktować kłamstwa swoich pacjentów tak samo poważnie, jak gdyby pacjent chciał się nimi zranić (ibid.).

Psychoanaliza i rozwój zaburzeń psychicznych

Jak już autor opisał, rozwojowi zaburzeń psychicznych sprzyjają wczesne urazy wieku dziecięcego, a także zagrożenia genetyczne o niekorzystnym środowisku społecznym. Wszystkie stłumione traumy, które nigdy nie zostały odkryte i które przejawiają się w nieświadomości, mogą być odkryte i leczone, prowadzić do wybuchu choroby. Wady strukturalne, zwłaszcza pierwotne i wtórne, sprzyjają rozwojowi różnych zaburzeń osobowości, takich jak narcystyczne, schizoidalne i paranoidalne, psychoza i typ graniczny (tamże).

Nie jest to zaskakujące, ale tym bardziej wstydliwe.

Pojawienie się zależności i przywiązania oraz rozwój lęków z przeszłości, podstawowe doświadczenia w zakresie zaufania i bezpieczeństwa mają trwały wpływ na zdrowie psychiczne dorosłych.

Jak opisał Andrawis, uzależnienie dziecka zaczyna się natychmiast po urodzeniu, biorąc pod uwagę jego otoczenie społeczne. Z fizjologicznego punktu widzenia niepokój dziecka zaczyna się, gdy matka oddala się od niego i/lub gdy spotykają się z nim obcy ludzie. Inne mogą powstać, gdy dziecko nie potrafi sprostać utracie pierwotnej miłości i zaufania z powodu lekceważenia dziecięcego poczucia bezpieczeństwa i potrzeby bliskości (tamże).

Prof Dr. Andrawis