

# SPECIFICUL PSIHOTERAPIEI CENTRATE PE PERSOANĂ ÎN LUCRUL CU PACIENȚII BORDERLINE

## REZUMAT

În acest articol va fi ilustrat specificul abordării centrate pe persoană în lucrul cu pacienții cu tulburare de tip borderline, subliniind importanța cunoașterii tulburării, a simptomelor și evoluției lor, ca o precondiție pentru o înțelegere empatică și totodată ca o posibilitate pentru oferta relațională a terapeutului.

Accentul este pus pe evidențierea fazelor procesului terapeutic și a caracteristicilor acestora, precum și pe aspectele ce recomandă terapia centrată pe persoană pentru pacienții cu elemente borderline.

Siguranța și încrederea clientului în relația terapeutică este garantată de conduita terapeutului, care implică acceptare pozitivă necondiționată, apropiere și totodată menținerea unei distanțe interpersonale suficientă și confortabilă pentru client.

Terapeutul are o atitudine empatică comunicată de cele mai multe ori mai ales la nivel cognitiv și mai puțin la nivel emoțional ceea ce este potrivit pentru acest tip de pacienți.

De asemenea terapeutul manifestă toleranță și în ceea ce privește cadrul terapeutic și frecvența ședințelor, adaptându-le nevoilor pacientului.

Scopul terapeutului nu este de a reconstrui personalitatea clienților de acest tip, ci de a-i asista în învingerea problemelor și simptomelor care îi apasă „aici și acum” și de a-i ajuta să existe ca ființă umană completă.

## PREZENTAREA FENOMENOLOGICĂ A TULBURĂRII BORDERLINE

În practica psihoterapeutică tulburarea de tip borderline este frecvent întâlnită. C. Rogers nu a dat nici o indicație cu privire la funcționarea de tip borderline, dar este posibil să avansezi în înțelegerea conceptului utilizând noțiunile de „câmp fenomenologic” și „self” definite de el.

Terapeuții centrați pe persoană procedează fenomenologic în abordarea pacienților lor, ceea ce presupune că sunt ghidați în demersul terapeutic de experiența pacientului, așa cum este ea relevată de acesta, sunt ghidați de înțelegerea empatică a nevoilor pacientului, urmărind asistarea acestuia în învingerea problemelor și simptomelor care îl apasă „aici și acum”.

Construirea identității persoanei, care în termenii psihoterapiei centrate pe persoană reprezintă dezvoltarea self-ului, este un proces ce implică inevitabil interacțiunea cu persoanele semnificative, este un „proces de dezvoltare în relație”.

E. M. Biermann-Ratjen(1996) evidențiază diferitele faze ale dezvoltării self-ului. În prima fază, formarea self-ului implică experimentarea nevoii de acceptare pozitivă și necondiționată din partea celorlalți și a satisfacerii acestei nevoi. Dacă experiențele copilului sunt înțelese empatic și acceptate necondiționat de către cei semnificativi, atunci ele pot fi integrate în self-concept; dacă nu, mai târziu ea va fi experimentată ca o amenințare existențială, de cele mai multe ori neconștientizată.

Faza a doua în dezvoltarea self-ului este indicată de capacitatea acestuia de a forma primul gestalt în care copilul poate integra experiența de a fi respectat și apreciat. Tot acum experiența copilului este împărțită în categoriile de „bun” și „rău”. De exemplu, dacă persoanele semnificative nu acceptă pozitiv și necondiționat nevoile copilului și reacționează cu furie și agresivitate față de un copil „dificil”, și cu prietenie și dragoste față de un copil „drăguț”, acest mod de reacție, perceput de către copil, îi va împărți experiențele în bune și rele.

Faza a treia a dezvoltării self-ului începe atunci când apare acceptarea de sine a copilului, când el experimentează abilitatea de a simboliza propria experiență și o exprimă chiar la nivel verbal.

În cazul pacienților cu tulburare borderline, persoanele semnificative din viața lor le-a oferit o acceptare condiționată și nu i-au înțeles empatic ceea ce a determinat introiectarea valorilor dezirabile acestora, însușirea lor și dezvoltarea unui self bazat pe aceste standarde de valoare și ignorarea propriilor

nevoi, a propriei evaluări organismice. Aceste condiții de valorizare disturbă procesul de evaluare organismică, proces prin care experiențele proprii sunt simbolizate și evaluate în concordanță cu dezvoltarea self-ului. Din acest motiv, acest tip de pacienți tind să se adapteze în primul rând nevoilor celorlalți. Nevoia de apreciere duce la percepția selectivă a experiențelor, în acord cu condițiile de valorizare ce au fost fixate. Experiențele concordante acestor condiții sunt percepute și simbolizate corect în self-concept, în timp ce acele experiențe ce contravin condițiilor de valorizare sunt blocate. Aceasta duce la incongruență între self și experiența actuală. Incongruența este indicată de confuzie, tensiune, comportamente inadecvate.

În cazul pacienților borderline există distincție clară a experienței în „bună” și „rea” și apare disocierea ca strategie de apărare. În dezvoltarea normală, această strategie de apărare (disocierea) este înlocuită de posibilitatea unei distincții clare între: ”Acesta este modul în care eu îmi valorizez propria experiență” și „...acesta este modul în care altul o judecă”. De exemplu experimentarea de către copil a neputinței sau lipsei de apărare și protestul lui împotriva sentimentelor de teamă și umilință furioasă, care pe măsura ce devin tot mai intense împiedică copilul să se poată face înțeles, sau să se poată comporta „acceptabil” și totodată nu se poate înțelege și accepta pe sine.

Tulburarea borderline se dezvoltă atunci când furia copilărească nu este acceptată și se transformă în frică, ce e percepută de ceilalți ca agresivitate. Copilul este recompensat pentru un comportament pasiv și pedepsit pentru eforturile lui de a deveni autonom. A fi autonom presupune să renunți la siguranța mediului familial și să accepți să nu mai fi îngrijit de persoanele semnificative. Pacienții cu tulburare borderline nu pot conține în același timp sentimentul de a fi autonom și în siguranță, oscilând între nevoia unei relații simbiotice și teama de a nu se dizolva, pierde pe sine în aceasta. Ei experimentează în permanență teama de a nu rămâne singuri și cea de a fi în relație,acompaniate de furie, disperare, insecuritate, vid interior, motiv pentru care se apără alternând apropierea, idealizarea cu distanțarea, devalorizarea.

Self-concept-ului pacientului borderline îi lipsește coeziunea și continuitatea fiind în permanență vulnerabil la noile experiențe care nu pot fi integrate datorită contradicțiilor interne ale self-ului. Fragmentarea self-concept-ului duce la contradicții și scindări, la sentimente și acțiuni alternative (sentimente de atotputernicie sau frica de pierde totul, ura și dorul, idealizare și devalorizare, autonomie și dependență etc). În self-concept-ului pacientului apar simultan ura față de sine și supraestimarea, acestea manifestându-se pe rând în relația cu ceilalți. Pacientul își menține temporar atitudinea și opiniile în cadrul conversației terapeutice, după care acestea se schimbă, viziunea pacientului fiind complet diferită, exprimându-se o altă fatetă a self-ului.

Structura și granițele self-concept-ului clientului borderline nu sunt clar definite, apărările sale nu sunt consistente. Putem spune că self-ul borderline se află într-un „război” permanent, în care frontul de luptă nu este clar delimitat ci este într-o permanentă schimbare. Pentru supraviețuirea persoanei este necesar ca aceasta să localizeze „inamicul”. Această structură a self-ului determină o împărțire a celorlalți în „buni” sau „răi”, împărțire care este în mod constant revizuită și ajustată. Modul în care acești pacienți experimentează apropierea de ceilalți și instabilitatea self – concept – ului lor face dificilă relaționarea, apărând frecvent conflicte.

Fragmentarea self- concept-ului borderline duce la contradicții și scindări, la sentimente și acțiuni contradictorii (sentimente de atot puternicie și de totală lipsă de valoare, iubire și ură, idealizare și devalorizare, autonomie și dependență etc.).

Aceste caracteristici ale self-ului borderline fac ca în relaționare acești pacienți să se comporte ca într-un „război”, în care self-ul borderline al pacientului se confruntă cu cel al terapeutului, acesta atingând aspecte esențiale și vulnerabile.

Pacienții borderline trebuie să înțeleagă la nivel cognitiv ceea ce simt, ei exprimându-se mai ales prin acțiune, prin comportament. De aceea obiectivul terapiei este ca persoana să învețe să acționeze mai puțin și să înceapă să-și înțeleagă propria vulnerabilitate, să înțeleagă că ceea ce determină comportamentul ei este amenințarea existențială pe care o simte.

## PROCESUL TERAPEUTIC

Datorită bogăției simptomelor ce pot reprezenta încercări de compensare ( abuz de alcool, droguri, medicamente, tulburări psihice) și care sunt frecvent o mască a tulburării reale, este foarte important un proces

detaliat de diagnosticare. În abordarea terapeutică terapeutul trebuie să fie capabil să discearnă dacă simptomele nevrotice au funcție de protecție pentru a nu orienta procesul terapeutic într-un sens specific abordării nevrozelor.

Haas (1988) consideră că în lucrul cu pacienții borderline este necesar un dialog terapeutic care să structureze procesul.

Henning (1989) nu acceptă necesitatea modificării conduitei terapeutice, subliniind faptul că abordarea structurată poate fi înțeleasă de către pacient ca un efort de preluare a puterii de către terapeut.

Eckert, Biermann – Ratjen, Haas lucrează în general cu grupuri de pacienți borderline în care un factor esențial este faptul că procesul nu este direcționat doar de terapeut, care are o relație adaptată, observând toți pacienții. Intervenția terapeutică este de dorit să fie orientată empatic pe reacția membrilor grupului și mai puțin pe comportamentul individual.

## SCOPUL TERAPIEI

„Nu este scopul meu ca tu să devii mai bun, ci să te înțelegi mai bine.”, spune Eckert despre scopul terapiei cu pacienții borderline. Odată cu atingerea acestui scop se schimbă și nivelul la care se modelează relația terapeutică. Nu se face recurs la sentimente, dar se structurează experiența, ceea ce conduce treptat la structurarea self-ului pacientului.

## FAZA INIȚIALĂ (PREMOTIVAȚIONALĂ)

Swildens (1991) numește această fază a procesului terapeutic „faza de alarmă”. Este etapa în care pacientul vine în terapie sub presiunea unei mari suferințe, iar neîncrederea în ceilalți, instalată în fazele timpurii ale dezvoltării sale îl fac să aibă dubii dacă poate să se încreadă în terapeut. Perspectiva unei relații destul de îndelungată (relația terapeutică) generează în pacient frică, dar și dorința de a se implica, amestecată cu speranța de a fi ajutat. Acestea pot fi repede înlocuite de dezamăgire, de sentimentul de a fi trădat, abandonat, de sentimentul de pierdere – „Dacă nu ești tot timpul 100% pentru mine, atunci ești împotriva mea!”. Pentru pacienții de acest tip funcționează întotdeauna regula „totul sau nimic”.

Pacientul cu această structură nu rejectează terapeutul ci îl asimilează cu un „obiect”, așa cum consideră de altfel pe oricine, „obiect” care îi stârnește interesul pentru a „se juca”, a iniția o „competiție” în care să demonstreze, o dată în plus, cine este „cel mai tare”. Încearcă încă de la început să găsească care sunt slăbiciunile și limitele terapeutului, fiind într-un permanent „joc de putere”.

Terapeutul trebuie să aibă în permanență o atitudine pozitivă, suportivă, care să ofere suficient spațiu pentru momentele în care pacientul simte nevoia să se distanțeze și care să facă posibilă stabilirea unui „contract de lucru”, în cadrul căruia pacientul să aibă posibilitatea să-și manifeste agitația.

D. Mearns și B. Thorne accentuează necesitatea de a câștiga încrederea pacientului în relația terapeutică, în faza de început a terapiei. Nu există o formulă magică pentru aceasta, poate numai două reguli generale : procesul să nu fie niciodată grăbit, iar terapeutul să aibă o atitudine de acceptare pozitivă necondiționată, să încerce în permanență să egalizeze puterea în relația terapeutică.

Acestea pot fi realizate în practică cu ajutorul intervențiilor suportive, al comentariilor calme, întrebărilor deschise, fără presiuni sau intervenții confruntative care ar putea atinge inconsistența self-concept-ului pacientului.

Ex: Pacientul - „Eu sunt imposibil, toți probabil că gândesc așa despre mine, sunt ridicol, nu cred că vreunul din colegii mei ar putea face ceva împreună cu mine. De asemenea nici eu nu știu ce răspunsuri să dau sau cum să mă port.”

Terapeutul – „Înțeleg că nu poți să îți imaginezi cum ar fi trebuit să reacționezi sau ce ți-ar fi putut spune. Este așa cu toți, mereu, sau sunt unele diferențe?”

Pacientul – „De fapt da, sunt unele. Cu C și D am mai făcut câte ceva înainte și cu D este de fiecare dată mai distractiv.”

În această fază a terapiei, intervențiile terapeutice trebuie dublate de multă empatie, dar aceasta nu trebuie exprimată prin reflectarea sentimentelor. Reflectarea empatică a sentimentelor nu este indicată în această fază a terapiei, mai eficientă fiind o înțelegere profundă a fricii pacientului, fără încercarea de a o explica sau de a-l

determina să o verbalizeze. De asemenea este nevoie de o înțelegere profundă a comportamentului ostil și acting – out – urilor pacientului, fără însă a lăsa să apară un conflict deschis. Trebuie ca terapeutul să se asigure, pe cât posibil, că pacientul nu își va face rău sieși sau altora.

Doar în momentul în care pacientul se va simți în siguranță și acceptat în relația terapeutică se va putea întoarce către experiențele sale mai profunde, iar autoevaluarea sa va deveni mai puțin amenințătoare pentru sine.

În această etapă a demersului terapeutic, terapeutul folosește reformularea pentru exprima cu mai multă claritate ceea ce pacientul dorește să exprime. Totodată, în această etapă, terapeutul poate să confrunte pacientul cu situațiile reale care apar, să-i arate nepotrivirile dintre percepția lui și ceea ce este.

Ex: un tânăr internat într-o clinică este bănuitor față de o altă pacientă, suspectând-o că dorește să-l seducă. Femeia este însă lesbiană.

Terapeutul reacționează la suspiciunea pacientului confruntându-l cu situația reală: „Irene? Dar ea are o parteneră!”

Pacientul – „Asta nu înseamnă prea mult. Mă tem că la un moment dat va veni și se va așeza pe genunchii mei!”

Terapeutul – „Așa departe să meargă ? Ea stă mereu pe scaunul ei... sau nu ?”

Pacientul borderline este foarte schimbător în această etapă a terapiei. Este acel gen de persoană care consideră că acțiunile sale sunt apărări legitime împotriva inferențelor celorlalți. Din acest motiv terapeutul va trebui să reflecteze în timpul terapiei felul cum sunt ceilalți, să devină un fel de exponent, de” voce” a celorlalți, a societății, având grijă ca pacientul să nu-l perceapă ca fiindu-i inamic. Această manieră de abordare permite confruntarea pacientului cu implicațiile comportamentului său într-un mod pozitiv (Hoekstra,1995).

Discuția despre conflictele în care e prins pacientul, purtată la nivel cognitiv, poate fi foarte folositoare dacă nu are nuanțe critice, moralizatoare și dacă aspectele contradictorii sunt prezentate într-o manieră neutră din punct de vedere moral.

Faza inițială a terapiei este cea în care se urmărește restructurarea perspectivei și atitudinii obișnuite a pacientului și din acest motiv este îndelungată. Neutralizarea atitudinii ostile a pacientului împotriva mediului pare a fi punctul central al terapiei oricărei forme de tulburare de personalitate.

## FAZA DE CONFLICT

Această fază se concentrează în primul rând asupra strategiilor de supraviețuire ale pacientului și, ca și cea precedentă, trebuie susținută de înțelegere empatică din partea terapeutului.

În această fază a terapiei, pacientului îi este din ce în ce mai greu să acționeze fără a reflecta asupra efectelor conduitelor sale.

Observarea efectelor nocive ale mecanismelor sale de apărare va aduce pacientul în contact cu conflictele lui interne. Exteriorizarea agitației fără a veni în contact cu conflictele interne nu mai este acum posibilă cu aceeași ușurință ca înainte. Când terapia direcționează capacitatea de observație a pacientului pe nepotriviri, pe aspecte care au fost cândva negate, acesta va reacționa cu furie deoarece nu va mai putea face apel la mecanismele lui de apărare, va resimți pierderea acestora ca pe o pierdere a ceva ce-i aparținea.

Pacientul borderline nu are o foarte bună capacitate de a se observa pe sine, dar și-a dezvoltat o foarte bună capacitate de a-i observa pe ceilalți. Această abilitate a apărut ca o necesitate, pentru a putea recunoaște schimbările din mediu ca să poată detecta la timp amenințările și, în acest mod, să poată fi capabil să se apere.

Confruntarea în cadrul terapeutic trebuie să fie în mod clar, explicit în interesul clientului. Nu trebuie să vină niciodată ca o reacție la iritarea terapeutului sau din nevoia acestuia de putere. Abilitatea pacientului de acest tip în a percepe dispoziția celorlalți vine din faptul că el însuși nu se simte important și are nevoie de confirmare din partea celorlalți (terapeutului). Dacă nu primește această confirmare sau i se pare că nu o primește, va adopta din nou comportamentul său autoritar pentru a se apăra împotriva pericolului de a fi abandonat și va căuta a confirmare că nu poate avea încredere în relație, apoi va încerca să părăsească relația.

Și în această etapă, relația terapeutică este delicată. În cazul în care pacientul este confruntat prea des și nu sunt abordate cu prudență incosistențele interne, există riscul ca pacientul să se simtă rejectat. Este foarte important ca terapeutul să răspundă corect crizelor care amenință relația terapeutică, fără sentimentul că este

ofensat sau că este deranjat de o eventuală cerere de schimbare a programării ședințelor. El trebuie să răspundă cu empatie sentimentelor de dezamăgire și rejecție exprimate de pacient și să nu îi îngăduie acestuia să îl eticheteze ca fiind „bun” sau „rău”.

În această fază, în prim plan vine tristețea de a fi lăsat singur, abandonat și trebuie lucrat cu pacientul în această direcție. Sentimentul de vid interior și cel de disperare acompaniază furia care se manifestă. Furia este preludiul fricii deoarece în copilărie pacientul a experimentat prin acest sentiment faptul că ”a fost rău”, deoarece „a fi furios” nu i-a fost permis de către persoanele semnificative. Intensitatea furiei este în strânsă legătură cu intensitatea disperării ce începe să se instaleze și concomitent i se face frică.

Diferența dintre „sentimentul de furie” și „a lăsa furia să iasă”, deci între ceea ce simți și ceea ce exprimi este un alt aspect ce trebuie abordat în această fază. Pacientul începe să facă astfel pasul către înțelegerea a ceea ce simte și a găsirii unei expresii adecvate a acestor sentimente.

Intervențiile confruntative trebuie însoțite de înțelegerea empatică a pacientului și se pot constitui într-un proces de construire a unor legături între tendințe contradictorii ale acestuia. Pacientul trebuie să-și identifice propriile nevoi pentru a se putea apăra împotriva tendinței de a polariza, de a vedea totul în „alb-negru”. El trebuie să învețe să nu se mai teamă de „nuanțe”, să nu le mai perceapă ca fiind amenințătoare.

## FAZA EXISTENȚIALĂ

Această a treia fază este importantă și are ca obiectiv reconcilierea pacientului cu propria sa vulnerabilitate și instabilitate.

În această fază pacientul este încă ușor de rănit. El va învăța să accepte aceste aspecte ale sale și să facă față vieții de zi cu zi, cu tot cu sentimentul său de insecuritate, mai ales când se va confrunta cu experiențe similare celor din dezvoltarea sa.

Sarcina terapeutului este dublă în această fază. În primul rând trebuie să sprijine pacientul să lucreze cu sentimentele sale de slăbiciune, cu vulnerabilitatea sa și să le perceapă ca fiind dinamice și că se poate descurca cu ele.

În al doilea rând, terapeutul trebuie să îl ajute să găsească strategii de a face față vieții cotidiene și de a se preocupa de planuri de viitor.

Este nevoie, în această fază, de o atitudine activă a terapeutului, cu prezentarea alternativelor și discutarea riscurilor eventuale ale acestora.

## FAZA DE ÎNCHEIERE A TERAPIEI

Ultima fază, cea de încheiere a terapiei sau de „rămas bun”, aduce din nou în prim-planul pacientului conflictul între autonomie și dependență, cel dintre spaima de rămâne singur și nevoia de a fi independent. Pacientul va trebui să poată să negocieze cu tendințe contrarii, să accepte că este posibil să fi singur și în același timp în siguranță.

În această fază în centrul atenției trebuie să se afle câștigarea de către pacient a abilității de a putea fi singur și în siguranță, de a dori să trăiească singur, de a fi sigur că în viitor va fi acceptat ca unul ce poate sta pe propriile picioare.

## CONCLUZII

Specificul psihoterapiei centrată pe persoană în cazul pacienților cu tulburare de tip borderline constă în:

- relația se construiește în timp, terapeutul trebuie să fie prezent în mod simplu în relație prin folosirea ritualurilor de contact;
- înțelegerea empatică este comunicată prin acțiuni( să reflectezi respirația);
- intervențiile non-verbale trebuie să fie acompaniate verbal;
- personalitatea terapeutului joacă un rol deosebit de important în lucrul cu acest tip de pacienți, ce sunt neîncrezători și care testează în permanență terapeutul în legătură cu diferite aspecte personale, cu motivele și valorile sale;

Din toate aceste motive este necesară o mare onestitate din partea terapeutului precum și capacitatea de autoexplorare.

Swildens a elaborat un ghid ce poate fi utilizat în abordarea centrată pe persoană a pacienților cu acest tip de tulburare:

1. Este de preferat să se creeze o atmosferă terapeutică care să fie percepută de pacient ca neamenințătoare, de aceea trebuie evitat un contact vizual forțat, ce poate induce anxietate.
2. O relație pozitivă între pacient și terapeut este prioritară și nu trebuie alterată de intervenții dure sau inutile din partea terapeutului. În acest sens, un aspect important îl constituie păstrarea unui echilibru între distanță și apropiere în relație.
3. Acceptarea, empatia și congruența terapeutului trebuie să fie exprimate în toate fazele terapiei.
4. Legătura pacientului cu realitatea ar trebui să fie printre primele aspecte abordate în cursul procesului terapeutic, precum și confruntarea acestuia cu distorsiunile interne.
5. Din faza a doua a terapiei vor fi abordate strategiile de apărare ale pacientului, prin intervenții clarificatoare. În acest fel pacientul va fi parțial dezarmat, dispus la o relaționare mai sănătoasă.
6. În timpul fazei existențiale (care poate dura un timp îndelungat) se va lucra cu capacitatea pacientului de a face față poverii existențiale, resimțită astfel din cauza limitărilor asociate tulburării. Situația prezentă a pacientului, viața lui de zi cu zi trebuie abordată în terapie ca o prioritate a acestei faze.

#### BIBLIOGRAFIE

Swildens, Hans – Client-Centered Psychotherapy for Patient with Borderline Symptoms, în Client-Centered and Experiential Psychotherapy in the Nineties, 1990

Mitterhuber, Beatrix și Wolschager, Hans – Klienten-Personzentrierte Psychotherapie

Esser, U. Pabst H. Spierer G W – The Power of the Person Centered Approach

FLORENȚA FOCA- PSIHOLOG  
MIHAELA BONAȚIU-PSIHOLOG