



Czarno-biała: opis przypadku pacjentki z rozpoznaniem osobowości *borderline*

Black-and-white: a case of borderline personality

MAŁGORZATA KOSTECKA, MARIA ŻARDECKA

Z I Kliniki Psychiatrycznej Akademii Medycznej w Warszawie

STRESZCZENIE. Opisani przypadek kobiety z zaburzeniami osobowości typu *borderline*. Zwracają uwagę na psychologiczne mechanizmy wyzwalania krańcowo odmiennych wzorców zachowania, zagadnienia różnicowania tego typu zaburzeń oraz próby leczenia (*red.*).

SUMMARY. A female patient with *borderline personality disorder* is described. The authors outline psychological mechanisms triggering her extremely diverse behaviour patterns. Moreover, the issues of differential diagnosis in this type of disorder and treatment approaches are discussed (*Ed.*).

Słowa kluczowe: osobowość typu *borderline* / opis przypadku

Key words: *borderline* personality / case report

Opisany poniżej przypadek pacjentki z rozpoznaniem osobowości *borderline* wart jest zaprezentowania z kilku powodów. Z patologią typu *borderline* spotykamy się w praktyce klinicznej coraz częściej i równocześnie znane są trudności terapii osób z tym typem zaburzeń. Przedstawiana pacjentka w wyjątkowo klarowny sposób obrazuje działanie jednego z podstawowych mechanizmów psychologicznych odpowiedzialnych za formowanie się tej patologii – mechanizmu rozszczepienia (*splitting*). Wyjątkowość pacjentki to również szczególna drastyczność i dramatyzm jej objawów.

Dla przypomnienia przytoczymy kryteria diagnostyczne osobowości typu *borderline* wg ICD-10 [1]:

F60.31 Typ *borderline*. Występuje tu również kilka cech niestabilności emocjonalnej. Ponadto często niejasny lub zaburzony jest obraz samego siebie, własnych celów i wewnętrznych preferencji (w tym również seksualnych). Często występuje stałe uczucie pustki wewnętrznej. Skłonność do wchodzenia w intensywne i niestabilne związki często prowadzi

do kryzysów emocjonalnych, może wiązać się z usilnymi próbami uniknięcia porzucenia i z powtarzającymi się groźbami samobójstwa lub samouszkodzeniami (choć mogą one występować również bez uchwytnych czynników wyzwalających).

Opis ten uzupełniamy listą mechanizmów psychodynamicznych, typowych dla tej osobowości, sformułowanej w podręczniku „Psychiatrii klinicznej” Kaplana i Sadocka [2]:

-
- (a) rozszczepienie, zwykle przemijające; nie-pohamowany gniew na kogoś, nie zdając sobie sprawy z tego, że żywi w istocie wobec tej osoby uczucia przychylnie lub co najmniej ambiwalentne; w personelu wyzwała dwa rodzaje postaw: jedni go lubią, a inni nienawidzą.
 - (b) prymitywna idealizacja.
 - (c) projekcyjna identyfikacja – pacjent przypisuje terapeutę cechy idealne, następnie w celu przezwyciężenia ambiwalencji włącza go w rozmaite interakcje; nieświadomie pacjent próbuje wywołać u terapeuty takie uczucia jakich sam doświadcza.

- (d) w stosunku do innej osoby często występują na zmianę uczucia miłości i nienawiści.
- (e) lęk przed porzuceniem.
- (f) niemożność przezwyciężenia konfliktów wewnętrznych związanych z kształtowaniem własnej tożsamości oraz wchodzeniem w związki z innymi ludźmi; niestałość relacji z obiektem.
- (g) wrogość w stosunku do siebie – nienawiść i wstręt do siebie.
- (h) uogólniona dysfunkcja ego prowadzi do zaburzeń tożsamości”.

OPIS PRZYPADKU

Po raz pierwszy pacjentka została przyjęta do I Kliniki Psychiatrii AM w Warszawie w październiku 1997 r. z powodu agresywnych zachowań wobec męża – groziła mu nożem, dusiła, rzucała przedmiotami. W chwili przyjęcia 41-letnia pacjentka miała ukończone wyższe studia, była zamężną matką trzech synów (17, 15, 12 lat).

Urodziła się i wychowała w małym mieście, ojciec był mechanikiem samochodowym, matka sprzedawczynią. Ma młodszego o 2 lata brata. Rodzina pochodzeniowa pacjentki tworzy system zdecydowanie hermetyczny, stara się przedstawiać w jak najlepszym świetle, wyraźnie cenzuruje niekorzystne informacje na swój temat. Jako niemowlę pacjentka była dzieckiem płaczącym, niespokojnym, wg matki, stale głodnym. W wieku przedszkolnym i szkolnym nie sprawiała żadnych poważniejszych kłopotów, była jedynie uparta. Zawsze świetna uczennica, po maturze podjęła studia na wydziale fizyki UW. Męża poznała w swojej grupie dziekańskiej na I roku studiów; pobrali się na rok przed jej dyplomem. Obydwie rodziny nie akceptowały ich wyboru – rodzice męża uważali, że popełnia on mezalians, rodzicom pacjentki zięć od początku się nie podobał, uważali, że gorzej od niej się uczy, jest o to zazdrosny, będzie ją wykorzystywał. Przez wiele lat pa-

cjentka i jej mąż pracowali jako nauczyciele. Pacjentka dobrze sobie radziła mimo dużego obciążenia (np. w okresach urlopów wychowawczych pracowała na pół etatu). Na kilka lat przed hospitalizacją zamieniła pracę w szkole na lepiej płatną posadę w instytucie medycznym. W tym okresie zakochała się platonicznie w koleżance z pracy. Miała głębokie przekonanie, że uczucie to – najważniejsze w jej życiu – jest odwzajemniane, że głęboko się rozumieją, mimo tego, iż nigdy o tym nie rozmawiali. Nieoczekiwanie mężczyzna ów wyemigrował. W tym samym czasie pacjentka zwichnęła nogę i z tego powodu zaczęła leżeć w łóżku. Leczenie to przedłużyło się, złożyła wypowiedzenie z pracy. Od tej pory do momentu hospitalizacji (4 lata) leżała w łóżku. Przestała cokolwiek robić w domu, wydawała jedynie dyspozycje i egzekwowała je od domowników. Coraz częściej miała konflikty – zwłaszcza z mężem.

Genetycznie nieobciążona. Poważniej nie chorowała somatycznie. Nie miała zawrotów głowy, omdleń, napadów drgawkowych. W opinii rodziny i męża zawsze była osobą bardzo ambitną, pryncypialną, skłonną do dominacji i do wyróżniania się. Nie ujawniała swoich uczuć, na ogół była skryta. W układzie małżeńskim była osobą rządzącą, władczą, mąż sam siebie określa jako „pantoflarza”. Ich pożycie seksualne również było podporządkowane życzeniom pacjentki, która „używała” seksu – karała nim i nagradzała partnera. Wg określenia męża żona na ogół była ascetyczna, natomiast w okresie konfliktów bywało, że wymuszała na nim zbliżenia. Wieloletnie trudności materialne, mieszkaniowe i życiowe zwykle mobilizowały ją do energicznych i skutecznych działań.

Patologiczne przeżywanie rzeczywistości ujawniło się po raz pierwszy jako epizod platonicznego zaangażowania uczuciowego. Pacjentka przeżywała ten okres wybitnie niedojrzale, nie odróżniając życzeń i marzeń od faktów i nie ujawniając tego nikomu (powiedziała o tym po raz pierwszy w życiu osobom prowadzącym ją w oddziale). Nieoczekiwane rozstanie odebrała jako katastrofę, utratę

motywacji do dalszej egzystencji. W okresie leżenia pojawiały się objawy konwersyjne – nie mogła chodzić, okresami nie mówiła, czuła się chora somatycznie, skarżyła się na niejasne dolegliwości fizyczne. Stopniowo zaczęły się burzliwe zachowania agresywne, głównie w relacjach z mężem. Po jednym z takich wybuchów trafiła do szpitala.

Pierwsza hospitalizacja trwała niespełna dwa miesiące. Pacjentka została wypisana z rozpoznaniem osobowości nieprawidłowej i zaburzeń dysocjacyjnych. Przez cały okres pobytu w szpitalu nie zdradzała wytwórczych objawów psychotycznych ani cech depresji. Najczęściej była spokojna, w dobrym kontakcie, skłonna do analizy własnej sytuacji i zachowań. Za najważniejszy problem uważała chęć separacji od męża. Wyznała, że początek objawów, kiedy to nie mogła chodzić, wiązał się z przeżywaniem załamania po wyjeździe mężczyzny, z którym czuła i nadal czuje się związana (choć nie ma z nim kontaktu). Zachowania agresywne traktowała jako wyraz buntu, protestu, a czasem jako środek służący wyegzekwowaniu własnych żądań.

Kilkakrotnie obserwowano drastyczne zachowania, najczęściej o charakterze agresywnym, typu *acting-out*: obcięła sobie włosy do skóry, oblała kogoś pomyjami, rzucała talerzami, uderzyła osobę z personelu. Nawiązała bliższą znajomość z jednym z pacjentów oddziału, wchodziła mu do łóżka, musiała być stamtąd siłą zabierana przez sanitariuszy. Parokrotnie była unieruchamiana.

Częstość takich zachowań, o których zwykle później mówiła z zakłopotaniem, wzrosła pod koniec pobytu, kiedy oznajmiono jej, że nie rozpoznaje się u niej choroby psychicznej.

Nie akceptowała diagnozy zaburzeń osobowości ani propozycji psychoterapii, nie chciała przyjmować małych dawek sulfpirydu. Na przepustki chodziła niechętnie, w czasie jednej z nich została przewieziona na izbę przyjęć Szpitala przy ul. Banacha, po epizodzie hiperwentylacji. Ostatecznie zaakceptowała wypis i zdecydowała się na podjęcie psychoterapii (otrzymała adresy ośrodków).

Przy wypisie była w wyrównanym nastroju, spokojna i rzeczowa.

EEG – zapis podejrzany o dyskretne zmiany w lewej okolicy przednio-środkowo-skroniowej.

CT – bez odchyłań.

Wyniki badań psychologicznych: MMPI – wysokość kluczy kontrolnych w normie. Również profil kliniczny ma wysokość profilu normalnego – nie wskazuje na zaburzenia psychotyczne. Ze skal klinicznych najwyższe (w granicach normy) są skale historii, psychopatii i manii. Kształt profilu świadczy o osobowości nieprawidłowej: cechy niedojrzałości emocjonalnej (przesadne reagowanie na niewielki stres, podatność na realne i wyimaginowane zagrożenie, niezdolność do dojrzałego modulowania emocji – łatwość przechodzenia od nadmiernej kontroli do bezpośrednich wybuchów emocjonalnych), cechy narcystyczne. Z mechanizmów obronnych przeważają: represja, projekcja, somatyzacja, dysocjacja, zachowania typu *acting out*. Wyrażne jest czerpanie wtórnych zysków z objawów, skupianie na sobie uwagi otoczenia. Podobne wyniki uzyskała pacjentka w testach projekcyjnych Szondiego, Luschera i Rorschacha. Test Wechslera – I.I. = 127, w skali słownej I.I. = 129, w bezsłownej I.I. = 120, wykonanie testu nie wskazuje na cechy patologii organicznej. Najlepsze wyniki uzyskała pacjentka w podtestach badających zdolność przewidywania i planowania i w podteście zdolności rozumienia sytuacji społecznych i konkretnych.

Druga hospitalizacja trwała trzy dni (marzec 1998). Miała charakter interwencji kryzysowej w sytuacji krótkotrwałego stanu lękowego – w dniu przyjęcia, z powodu skrajnego żalu ze śmiercią – pacjentka nie chciała wejść do przejścia podziemnego, położyła się na jezdni. W trakcie hospitalizacji początkowo negatywistyczna, mutystyczna, następnie – po rozmowie z mężem, dotyczącej akceptacji obecnej roli życiowej – wypisana w stanie wyrównanym.

W trakcie tej krótkiej hospitalizacji okazało się, iż na drugi dzień po poprzednim wypisie

(nie do końca przez nią akceptowanym) wyskoczyła z okna mieszkania na III piętrze. Skok poprzedziła scysja z mężem i synami, którzy zbagatelizowali jej wypowiedzi o złym samopoczuciu i wyszli z domu, zostawiając ją samą. Spadła na drewniany daszek i doznała złamań kości obręczy biodrowej i ud. Dużo później wyznała, że motywem jej skoku była złość, a nie chęć popełnienia samobójstwa.

Podczas pobytu w oddziale chirurgicznym, a następnie rehabilitacyjnym zachowywała się dość poprawnie i rzeczowo. Rzeczowa i spokojna była również przez kilka tygodni po powrocie do domu. Następnie pogorszeniu uległ jej nastrój – stał się dysforyczno-depresyjny, zrobiła się milcząca, ponownie zaczęły się konflikty z domownikami. Po jednym z takich konfliktów z objawami mutyzmu i astazji została po raz trzeci hospitalizowana psychiatrycznie.

Ten pobyt trwał trzy miesiące (od kwietnia 1998). Została wypisana z rozpoznaniem osobowości typu *borderline* i zaburzeń dysocjacyjnych. W trakcie pobytu w oddziale obserwowano okresy spokoju, rzeczowego kontaktu, próby analizy swojej sytuacji, to znów epizody agresji (również fizycznej), często niezrozumiałej, mutyzmu, negatywizmu, dziwaczne, drastyczne zachowania (np. rozbierała się do naga, kładła na podłodze, poszła do hotelu Marriott i położyła się do łóżka w pokoju obcej, śpiącej na sąsiednim łóżku osoby). W trakcie jednej z przepustek zatrąła się rozpuszczalnikiem w celach samobójczych i przez dwie doby przebywała w oddziale wewnętrznym. Dwukrotnie obserwowano napady drgawkowe o charakterze czynnościowym. Otrzymywała karbamazepinę, doraźnie – haloperydol, diazepam i lewopromazyne.

Skorygowanie zachowania nastąpiło w trakcie leczenia risperidonem w dawce 2 mg/die. Ustąpiło napięcie, które wcześniej poprzedzało niezrozumiałe i burzliwe zachowania, była spokojna, rzeczowa, narzekała jedynie na osłabienie i mniejszą aktywność. Zdecydowała się na wystąpienie o rentę. W tym stanie została wypisana do domu.

KOMENTARZ

Przy stosunkowo dużej ilości informacji na temat pacjentki nie udało się odnaleźć w historii jej życia traumatycznego wydarzenia, które – teoretycznie – powinno leżeć u genezy wyjątkowo u pacjentki wyraźnie widocznego klinicznie rozszczepienia.

Na przestrzeni swojego życia funkcjonuje ona w dwóch wersjach – „czarnej” i „białej” – jako osoba szalona, kierująca się popędami (seks, agresja), to znów poprawna, kierująca się konwencjami, normami. Wchodzenie w rolę „szaloną” jest konsekwencją głodu wrażeń, niezaspokojenia, frustracji, doznawania pustki. Przy dokładnej analizie jej historii (niemożliwej do szczegółowego przedstawienia w obrębie niniejszego tekstu) logika pojawiania się „szalonej” wersji pacjentki jest uderzająco konsekwentna i wpasowująca się w okoliczności sytuacyjne tak dokładnie, jak elementy w skomplikowanej i barwnej układance.

Niejasne jest, dlaczego historia złego funkcjonowania i wystąpienia objawów dekomensacji zaczyna się w wieku 30–40 lat; nie ma żadnych danych na temat jakiegoś specyficznego stylu działania czy objawów w okresie wcześniejszym.

Być może nie zdołano dotrzeć do takich informacji – rodzina pochodzeniowa jest hermetyczna, stara się przedstawiać, jako rodzina „zwykajna”.

Sama pacjentka jest skłonna do opisywania swojej przeszłości w konwencji literacko-egzaltowanej. Ma wyraźne trudności w kontakcie ze swoimi emocjami, nie potrafi ich nazywać.

Przedstawiony przez pacjentkę obraz kliniczny rozważać można w kategoriach innego jeszcze, niż postawione, rozpoznania – bardzo rzadkiego rozpoznania osobowości mnogiej.

Zachowania „szalone” nie układają się jednak w żadną całość, ciągłość logiczną (jak byłoby w przypadku diagnozy osobowości mnogiej). Są skontrastowane z wręcz nadmiernie poprawną, kierującą się zasada-

mi, programowo pozytywną, „nauczycielską” w sensie dosłownym i przenośnym sylwetką pacjentki, ale stanowią jej logiczne uzupełnienie.

Stwierdzona u pacjentki patologia zapisu EEG oceniona została jako zmiana dyskretna, nie znajdująca odbicia w obrazie klinicznym zaburzeń i nie uzasadniająca zmiany diagnozy osobowości *borderline*.

Risperidon został wybrany jako kolejny środek farmakologiczny w związku z pojawiającymi się w literaturze fachowej z ostatnich lat [3, 4] doniesieniami o jego skuteczności w leczeniu objawów towarzyszących rozpoznaniu osobowości *borderline*. Również w opisywanym w niniejszym tekście przypadku w okresie kilku tygodni przyjmowania przez pacjentkę tego leku zauważono skorygowanie jej zachowania. Wg tele-

fonicznych informacji poradni pacjentka zgłasza się tam regularnie, przyjmuje nadal risperidon. Jej stan psychiczny jest ustabilizowany, a funkcjonowanie poprawne.

PIŚMIENNICTWO

1. ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniw. Wyd. Med. „Vesalius”, IPiN, Kraków, Warszawa 1997.
2. Kaplan HJ, Sadock BJ: Psychiatria kliniczna. Urban & Partner, Wrocław 1995, 175–177.
3. Khoouzam HR, Donnelly NJ: Remission of self-mutilation in a patient with *borderline* personality during risperidone therapy. J. Nerv. Ment. Dis. 1997, 185, 5, 348–349.
4. Szigethy EM, Schulz SG: Risperidone in comorbid *borderline* personality disorder and dysthymia (letter). J. Clin. Psychopharmacol. 1997, 17, 4, 326–327.

*Adres: Dr Małgorzata Kostecka, I Klinika Psychiatryczna Akademii Medycznej,
ul. Nowowiejska 27, 00-665 Warszawa*