

# Histeria I: osobowość histrioniczna. Wyzwanie dla psychoterapii

S. Sulz

*Nervenarzt* 2010 · 81:879–888

W nowoczesnej diagnostyce psychiatrycznej w definicji osobowości histrionicznej mieści się to, co pozostało jeszcze z freudowskiej histerii. Etykiety histerii pozbawiono zaburzenia dysocjacyjne i pod postacią somatyczną. Nie ma jednak zgody co do sposobu diagnozowania i leczenia osobowości histrionicznej. Charakteryzuje się ona dramatycznym zachowaniem, sugestywnością, płytką i chwiejną uczuciowością, egzaltowanym stylem poznawczym, koncentracją na wyglądzie zewnętrznym, uwodzicielskim zachowaniem, pragnieniem bycia w centrum uwagi – postawą kompensacyjną będącą wynikiem istotnych relacji z okresu dzieciństwa. Osobowość histrioniczna często współwystępuje z osobowością narcystyczną i antysocjalną, jak również z ADHD.

**Słowa kluczowe:** histeria, osobowość histrioniczna, współwystępowanie zaburzeń osobowości, diagnostyka zaburzeń osobowości, terapia zaburzeń osobowości

Rozpoznanie osobowości histrionicznej dotyczy jednocześnie swoistej i heterogennej grupy przewlekłych zaburzeń przeżywania i zachowań charakteryzujących się tendencją do teatralizacji, egzaltowanym stylem poznawczym, płytką i chwiejną uczuciowością, dążeniem do bycia w centrum uwagi, sugestywnością i nadmierną koncentracją na wyglądzie zewnętrznym. Diagnozę stawiać należy na podstawie standaryzowanych narzędzi, w różnicowaniu brać pod uwagę osobowość narcystyczną i borderline. W leczeniu stosowana jest terapia psychodynamiczna (np. Horowitz, Benjamin), poznawcza (np. Fleming, Young), behawioralna (Rasmussen, Fydrich) i zintegrowana (Sachse). W stanach dekompensacji wskazana jest krótkoterminowa farmakoterapia.

## Historia

Histeria, tak jak ją opisywał Freud, nie jest ujęta w dzisiejszych systemach klasyfikacyjnych ICD-10 i DSM-IV. Należy jej szukać w zaburzeniach pod postacią somatyczną, w szczególności zaburzeniu somatyzacyjnym,<sup>1</sup> zaburzeniach dysocjacyjnych/konwersyjnych<sup>2</sup> i zaburzeniach osobowości. Należy zwrócić uwagę na osobowość histrioniczną, jedyne zaburzenie, które chociaż językowo zniekształcone, wciąż kojarzone jest z histerią. Klasyfikowanie wszystkich tych trzech zabu-

rzeń w jednej grupie nie jest zgodne z nowym porządkiem diagnostycznym.

## Fenomenologia i charakterystyka

Mentzos (3, str. 61f) opisuje siedem cech:

- teatralne zachowanie z tendencjami do dramatyzowania i demonstracyjnością, sztuczność i przesada, usiłowanie zwrócenia na siebie uwagi, wzbudzenia sympatii i zachwytu,
- labilność emocjonalna charakteryzująca się wybuchami śmiechu lub płaczu niewspółmiernie do bodźca, jak również zmienność i krótkotrwałość, i tak zresztą powierzchownych afektów, kapryśność,
- tendencja do aktywnej zależności (demanding dependency), potrzeba wchodzenia w układ zależności od innych w sposób infantylny, jednocześnie w przeciwieństwie do osobowości zależnej, brak rezygnacji z własnej aktywności i inicjatywy,
- nadreaktywność, czyli wyjątkowa gotowość do nadmierne silnych reakcji na zmiany zewnętrzne,
- egocentryzm, czyli tendencja do dbania w pierwszej kolejności o własne potrzeby łącznie z niezaspokojoną potrzebą „bycia kochanym i cenionym”,
- uwodzicielskie zachowanie polegające na seksualizacji każdej aktywności, podkreślanie motywu miłości erotycznej,

Katholische Universitaet Eichstaett und Centrum fuer Integrative Psychotherapie, Muenchen

Adres do korespondencji: Katholische Universität Eichstätt und Centrum für Integrative Psychotherapie Nymphenburger Straße 185, 80634 München

serge.sulz@ku-eichstaett.de

Konflikt interesów. Brak.

doświadczeń w tym zakresie, orgazmu, jedynie w celu bycia lubianym i podziwianym przez innych,

- sugestywność, czyli silna podatność na wpływ innych i swój.

W wytycznych AWMF (4, s. 107) opisywane jest to w ten sposób: pacjenci o osobowości histrionicznej (HPS) są hiperekspresywni, teatralni i często dramatyczni w swoim zachowaniu i uczuciowości. Napędzani są silną potrzebą otrzymywania uwagi, akceptacji i podziwu, osoby histrioniczne poruszają się często w wymyślonej (ale także realnej) przestrzeni. Są ekstrawertyczne, czarujące i atrakcyjne, niekiedy odnoszą wiele sukcesów i są podziwiane, dbają o nimb, tempo i zmiany, z bliska jednak ich czar wydaje się błędny. Często zachowują się nieautentycznie, niekiedy wydają się nieokreślone lub puste. Niewielka tolerancja na stres i frustracja powodują dużą rozpraszalność i bezrefleksyjność, jak również wyraźną skłonność do szybkich zmian, szukania rozrywek i nowych wyzwań. Ten egzaltowany styl poznawczy imponuje dzięki pewnej płynności, mglistości i niejednoznaczności. Myślenie abstrakcyjne i logiczne procesy poznawcze, jak również planowe rozwiązywanie problemów często sprawiają im trudności.

## Rozpoznanie i klasyfikacja

**ICD-10 (F60.4).** Muszą występować przynajmniej cztery z następujących cech lub sposobów zachowania:

- dramatyzowanie siebie, teatralność i przesadne wyrażanie uczuć;
- sugestywność i łatwe uleganie wpływowi innych osób lub wydarzeń (okoliczności);
- powierzchowna i chwiejna uczuciowość;
- stałe poszukiwanie ekscytujących doświadczeń i aktywności, podczas których dana osoba znajduje się w centrum uwagi;
- nieadekwatnie uwodzicielskie zachowanie;
- nadmierna koncentracja na atrakcyjności fizycznej.

**DSM-IV (301.50).** HPS charakteryzuje się głęboko zakorzenioną, nadmierną emocjonalnością lub przyciąganiem uwagi. Początek zaburzeń się ujawnia się we wczesnej dorosłości, w różnych sytuacjach. Musi być spełnione przynajmniej pięć z wymienionych kryteriów:

- niepewność w sytuacjach, w których znajduje się poza centrum zainteresowania,
- interakcje z innymi często charakteryzują się nieadekwatnym seksualno-uwodzającym lub prowokującym zachowaniem,
- nagłe zmiany emocji i powierzchowna uczuciowość,
- regularnie stara się zwrócić na siebie uwagę innych, wykorzystując w tym celu swoje ciało,
- styl wypowiedzi jest nadmiernie egzaltowany i mało szczegółowy,
- dramatyzowanie siebie, teatralność i nadmierne okazywanie emocji,
- podatność na sugestie, tzn. łatwo ulega wpływowi innych ludzi i okoliczności,
- odbiera relacje jako bliższe niż w rzeczywistości są.

Oba psychiatryczne systemy diagnostyczne bardzo podobnie definiują HPS. W DSM-IV w porównaniu z ICD-10 występują dwa dodatkowe kryteria: nadmiernie egzaltowany i mało konkretny styl wypowiedzi oraz odbieranie relacji jako bliższych niż w rzeczywistości są.

W wytycznych dotyczących rozpoznawania zaburzeń osobowości<sup>4</sup> w diagnostyce różnicowej zwraca się uwagę na cechy wspólne z zaburzeniem borderline. W osobowości histrionicznej zmiany nastroju są jednak łagodniejsze i bardziej powierzchowne. W rozpoznaniu istotne jest również różnicowanie z pseudohisterycznym zachowaniem w rozwijającej się, wczesnej schizofrenii i podobne do histerii zachowanie w depresji agitowanej.

HPS charakteryzuje się głęboko zakorzenioną nadmierną emocjonalnością lub domaganiem się uwagi

## Narzędzia diagnostyczne

SCID II5 jest standardowym wywiadem stosowanym przy diagnozowaniu osobowości w badaniach naukowych. W praktyce można też wykorzystać Międzynarodowy Inwentarz Kliniczny Zaburzeń Osobowości<sup>6</sup> i VDS30-INT.<sup>7,8</sup> Ze względu na wpływ płci w osobowości histrionicznej należy dodatkowo stosować skalę samooceny np. PSSI<sup>9</sup> lub VDS30.<sup>10</sup> Dla terapii, jak również w realizacji jej celów, ocena potrzeb wyrażanych implícite i explicitie (VDS27<sup>11,12</sup>) i lęków (VDS28<sup>11,12</sup>) jak również złości i skłonności do agresji (VDS29<sup>11,12</sup>) jest równie istotna jak niezwłoczne nawiązanie relacji terapeutycznej. W terapii bardzo pomocny jest również test SABS (Structural Analysis of Social Behavior autorstwa Benjamin)<sup>13</sup> – do diagnostyki interakcji.

## Problemy diagnostyczne

Ericsson<sup>14</sup> badał wpływ płci biologicznej (sex) pacjentów i ich kobiecej lub męskiej społeczno-tożsamości kulturowej (gender) na częstość rozpoznania zaburzeń osobowości histrionicznej i narcystycznej. Stu osiemdziesięciu czterech psychologów miało ocenić poszczególne przypadki na podstawie kryteriów DSM-IV. U osób określanych jako kobiety w sensie identyfikacji płciowej, częściej rozpoznawano osobowość histrioniczną, natomiast u mężczyzn rozpoznawana była raczej osobowość narcystyczna. W przypadku płci biologicznej prowadziło to do takiego samego błędu, ale w mniejszym stopniu.

## Epidemiologia

Grant i wsp.<sup>15</sup> szacują, że w Stanach Zjednoczonych aktualne występowanie wynosi 1,84%.

Crawford i wsp.<sup>16</sup> zbadali 407 dzieci i nastolatków między 10 a 14 rokiem życia i po 8 latach. Osobowość histrioniczna i inne osobowości z grupy B były bardzo stabilne aż do wczesnej dorosłości, szczególnie w przypadku takich cech jak dramatyzowanie i gwałtowność. Współwystępowanie dotyczy

przede wszystkim osobowości antysocjalnej i narcystycznej (PS).<sup>17</sup> W badaniu MIDAS<sup>17</sup> nie stwierdzono żadnych wyraźnych związków HPS z zaburzeniami Osi I, podczas gdy wykazano współwystępowanie osobowości narcystycznej i antysocjalnej oraz uzależnienia od alkoholu. W przeciwieństwie do innych zaburzeń osobowości, nie stwierdzono również żadnego związku z większym ryzykiem chorób somatycznych. W jednym z nowszych badań Jacob i wsp.<sup>18</sup> wykazali u 349 dorosłych z nadpobudliwością psychoruchową z deficytem uwagi (ADHD) duży odsetek współwystępowania z zaburzeniami osobowości (rozpoznanie na postawie SCID II), najczęściej, bo w 35%, była to osobowość histrioniczna.

## Życiorys

Lieberz i Proske<sup>19</sup> podjęli próbę podzielenia 366 pacjentów z rozpoznaniem hysterii na typ dojrzały i niedojrzały (borderline) zaburzenia. Doświadczeni psychoanalicy postawili rozpoznanie osobowości histrionicznej tylko u 40% badanych. Pacjenci z histerią typu dojrzałego w pierwszych 3 latach życia często doświadczali straty ojca i byli najstarszym lub jedynym dzieckiem.

Silverstein<sup>20</sup> porównuje zaburzenia osobowości zależną, histrioniczną i antysocjalną pod względem ich genezy, umiejętności oraz koherencji w kontekście psychologii self Kohuta. W dzieciństwie u tych pacjentów odzwierciedlenie obiektu self zostało nieodwracalnie zmienione. Próbuje oni naprawić je przez mechanizmy kompensacyjne, względnie idealizację. Podczas gdy dla pacjentów z osobowością zależną jest to wystarczające, w przypadku osobowości histrionicznej jest skazane na niepowodzenie.

## Rozwój i funkcjonowanie

Bornstein<sup>21</sup> wykazał, że w osobowości zależnej potrzeby zależności występują jako treści implicite (nieświadomione) jak również explicite (świadome) według IDI,<sup>22</sup> podczas gdy w osobowości histrionicznej potrzeba zależności jest wyłącznie implicite. Znaczy to, że przy takich samych potrzebach na poziomie świadomym inne będzie zachowanie osoby zależnej – poszukującej układu zależnościowego, w porównaniu do osoby histrionicznej, która w diadzie sygnalizuje swoją niezależność, w zamian zaś domaga się uwagi całego otoczenia. Dzieje się tak dzięki wyparciu nieświadomianej potrzeby bycia zależnym.

Sulz i Mueller<sup>23</sup> badali tendencje histrioniczne w dążeniu do unikania i motywacji agresywnej (lęku i złości), wykorzystując analizę regresji. W osobowości histrionicznej z jednej strony występuje lęk przed daniem i utratą miłości ( $R=0,32$ ), a z drugiej z niekontrolowana złość, kontragresja i sadystyczna złość ( $R=0,46$ ).

Cramer<sup>24</sup> zbadała swoim nowym narzędziem 91 młodych dorosłych pod kątem tendencji borderline, narcystycznych

i psychopatycznych. W osobowości histrionicznej stwierdziła wyparcie i niedojrzałą formę identyfikacji. Jednocześnie okazało się również, że prototypy tych osobowości w znacznym stopniu zachodziły na siebie. Tym samym osobowość histrioniczna koreluje z osobowością borderline na poziomie 0,64, a z osobowością narcystyczną 0,50. Autorka traktuje ten wynik jako wskazówkę, że rozwój w osobowości histrionicznej jest dojrzały niż w przypadku innych zaburzeń grupy B.

Thessen<sup>25</sup> zbadał 160 leczonych ambulatoryjnie osób pod kątem związku między osobowością a poziomem rozwoju poznawczo-emocjonalnego według Piageta. Każdy poziom rozwoju charakteryzuje się tym, że określa nabyte umiejętności w porównaniu do wcześniejszego poziomu i deficyty, czyli umiejętności jeszcze nieuzyskane w porównaniu z poziomem wyższym. Są to poziomy (wg Kegana - przyp. tłum.) inkorporacji, impulsywny, suwerenny, międzyludzki, społeczny, globalny. Osoby histrioniczne posiadają zarówno umiejętności poziomu impulsywnego, jak i suwerennego, tzn. spontaniczność, ekspresyjność, kontrolowanie innych oraz częściowo ustalone granice ja. Także deficyty dotyczą głównie poziomu impulsywnego ( $r=0,45$ ) i suwerennego ( $r=0,33$ ). Można to interpretować w ten sposób, że osobowość histrioniczna znajduje się między poziomem impulsywnym i suwerennym. Nie może posunąć się dalej bez psychoterapii.

Bender i wsp.<sup>26</sup> w osobowości histrionicznej, narcystycznej i borderline odkryli występowanie przywiązania lękowego. Osoby te postrzegają innych ludzi jako niedostępnych, wyrażają potrzebę bliskości, protestują przeciwko separacji i boją się utraty ważnych osób.

Horowitz<sup>27</sup> zwraca uwagę, że osoby z osobowością histrioniczną przedkładają relacje kosztem ja i własnej autonomii. Są gotowe wchodzić w związek z drugą osobą nawet za cenę tego, że ich tożsamość zostaje rozmyta i nieokreślona. Ta rozmyta tożsamość wyjaśnia występowanie wielu objawów histrionicznych.

Cogswell i Alloy<sup>28</sup> wykazali, że u osób z osobowością histrioniczną, zależną i borderline, u których nie występują inne zaburzenia osi I, wyraźnie pojawia się relacja oparta na potrzebach („neediness”).

O'Donohue i Bowers<sup>29</sup> badali różne czynniki mające wpływ na zjawisko wnoszenia fałszywych oskarżeń o molestowanie seksualne. Autorzy wymieniali histrioniczne zaburzenie osobowości, a także kłamstwo, zaburzenie osobowości typu borderline, psychozy, uprzedzenia dotyczące płci, nadużywanie substancji psychoaktywnych, otepienie, fałszywe wspomnienia (false memory), fałszywa interpretacji, tendencyjne wywiady i socjopatia.

## Modele osobowości histrionicznej

Mentzos<sup>3</sup> zwraca uwagę, że model psychoanalityczny dotyczący hysterii, względnie zachowań histrionicznych jako kompromisowego rozwiązania konfliktu edypalnego, nie jest

wystarczający w przypadku tego złożonego zaburzenia. W grę mogą wchodzić również konflikty oralne lub narcystyczne. Dlatego też swoiście histrioniczna nie jest według niego treść konfliktu, ale sposób jego rozwiązania. Charakterystyczne jest „pragnienie określonego postrzegania i przeżywania siebie przez innych, a w szczególności przez siebie samego i przez własne superego, i przede wszystkim w ten sposób osiągnięta jest pierwotna, ale i wtórna korzyść z choroby” (3 str. 99). Korzyść z choroby polega na wyrażaniu siebie bez poczucia winy i wstydu, zaspokojeniu popędu bez ponoszenia kary, przeżywaniu bez żalu, narcystycznej gratyfikacji i wypełnieniu wewnętrznej pustki. Osiągnięte zostaje to przez mechanizmy identyfikacji, silną ekspresję emocjonalną, wyparcie i dysocjację.

Barbara Fleming,<sup>30</sup> współpracownica Aarona T. Becka, przedstawia osobowość histrioniczną w ujęciu modelu poznawczego (ryc. 1). Podstawowe przekonanie to: „Jestem nie dość dobry i nie potrafię poradzić sobie z własnym życiem”. W przeciwieństwie do osób depresyjnych osoby histrioniczne rozpoczynają aktywną walkę: „Dobrze, w takim razie muszę znaleźć środki i drogę do tego, by inni o mnie dbali. W jaki sposób? Muszę skłonić innych do tego, by zwracali na mnie uwagę i mnie lubili.”

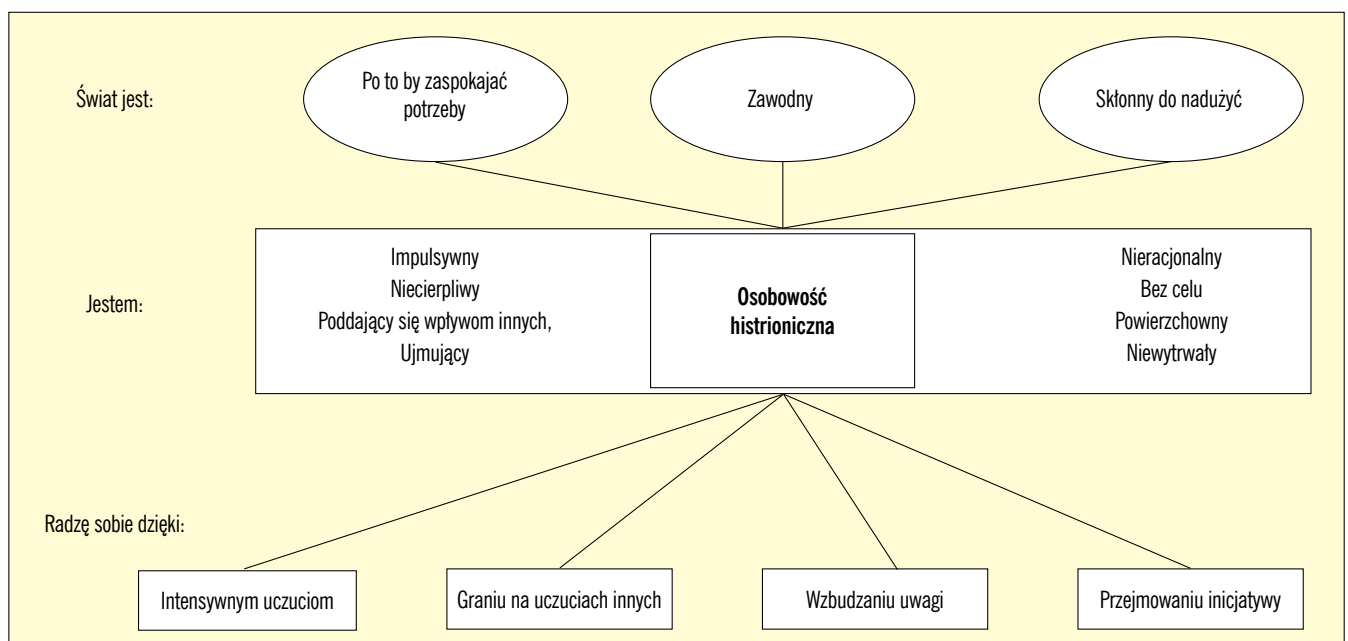
Nie do zniesienia jest brak uwagi, co prowadzi do powstania reakcji nadmiarowych.

Sulz<sup>31</sup> w następujący sposób wyjaśnia rozwój osobowości histrionicznej od strony terapii behawioralnej: najważniejsza potrzeba miłości, uwagi, zrozumienia była w toku uczenia się frustrowana przez rodziców. Gdy dziecko w naturalny dla sie-

bie sposób, pełne złości i gniewu, walczyło o coś albo miało zamiar samo wziąć to, czego potrzebowało, otrzymywało mniej miłości i pozytywnej uwagi. Z jednej strony musiało bać się utraty miłości, z drugiej straciło zaufanie by z miłością się oddawać i rozwinęło lęk przed daniem. Jedyłą możliwością emocjonalnego przetrwania i zaspokojenia niezbędnej potrzeby uwagi i miłości było umieszczenie siebie w centrum, robienie wszystkiego, by się podobać innym, prezentowanie nadmiernej ekspresji emocjonalnej itp., czyli bycie całkiem innym dzieckiem, granie roli innego dziecka. Przesadne zachowania umożliwiły kontrolę nad lękiem i złością. W dorosłym życiu, gdy potrzeba emocjonalna staje się większa, a brak nie do zniesienia, trzeba było grać jeszcze bardziej sztucznie i dramatycznie. Publiczność, która na początku była oczarowana, szybko jednak irytuje się i odwraca, a błędne koło się powtarza i trwa to dopóki nie pojawią się objawy psychiczne wymagające leczenia.

Sachse<sup>32</sup> opisuje model według terapii skoncentrowanej na pacjencie. Histrioniczne zaburzenie osobowości jest zaburzeniem interakcji i tworzenia związków. Posługuje się trzema poziomami: motywacji, schematu i gry. Poziom motywacji powstaje na bazie normalnej, autentycznej regulacji zachowania. Motywacja, np. bycia ważnym, nie musi być uświadomiona. Cel interaktywny powstały na podstawie danej motywacji, np. aby być poważanym, jest natomiast świadomy lub możliwy do uświadomienia. Pojawia się interaktywne działanie, np. „Posłuchaj mnie, proszę”. Interakcja jest dla partnera przejrzysta i postrzega on drugą osobę jako autentyczną. Natomiast osoby histrioniczne działają w takiej

Rycina. Model poznawczy osobowości histrionicznej



sytuacji na poziomie gry, starając się podążać za swoimi celami, zachowują się w sposób niejasny. Na przykład ściągają na siebie uwagę wypowiedzią „Bardzo źle się czuję”. Przejrzyście i na poziomie motywacji brzmiałaby ona: „Chciałbym abyś się mną interesował”. Na poziomie schematu znajdują się podstawowe założenia na temat własnej osoby „Nie jestem ważny” i na temat innych osób „Inni dają mi coś tylko wtedy, gdy bardzo o to proszę” oraz na temat związków z innymi „Inni są zawodni”. Przy takich założeniach autentyczne zachowanie nie gwarantuje sukcesu, tylko zachowanie manipulacyjne na poziomie gry prowadzi do osiągnięcia celu. Minusem jest, że postrzeganie własnej osoby w sposób „Nie jestem ważny” jest wtedy podtrzymywane. Założenia, schematy rozwoju zachowania manipulacyjnego powstałe na bazie negatywnych doświadczeń w dzieciństwie muszą być podtrzymywane, ponieważ nie istnieje dla nich żadna alternatywa.

Benjamin<sup>13</sup> przełożyła opis osobowości histrionicznej według DSM IV bezpośrednio na interpersonalny model SASB.

„Ludzie odczuwają silny lęk przed tym, że zostaną zignorowani, jak również silne życzenie bycia kochanym i zaopiekowanym przez inną silną osobę, przy czym osoba ta jest kontrolowana przez urok osobisty i atrakcyjność fizyczną. Podstawowemu przyjacielskiemu zaufaniu towarzyszą ukryte strategie zmierzające do tego, by inni dawali upragnioną opiekę i miłość. Nieadekwatne uwodzące zachowanie i manipulacyjne próby samobójcze to przykłady takich tendencji i potrzeb”.

**Tabela 1.** Cele w terapii histrionicznych zaburzeń osobowości

Dopuszczenie i wykorzystanie naturalnych umiejętności spontanicznych (wyeliminowanie unikania)
Nabycie umiejętności poznawczego kierowania swoimi impulsami (regulacja emocji)
Poznawcze kierowanie innymi (mądre wywieranie wpływu)
Sprawdzenie własnych umiejętności pacjenta (własna skuteczność)
Mniejsza potrzeba brania od innych (mniej „neediness”)

**Tabela 2.** Terapia behawioralna w histrionicznych zaburzeniach osobowości:

Rozwinięcie istotnych umiejętności
Rozwiązywanie własnych problemów w sposób planowy
Asertywność dzięki kompetencjom zamiast emocjonalnej manipulacji
Podjęcie odpowiedzialności, zamiast zrzucania odpowiedzialności na innych
Umiejętność przeżywania uczuć bez potrzeby alarmowania wszystkich wokół
Tolerowanie braku uwagi (Emotionsexposition)
Gdy niemożliwe jest przekonanie do własnej racji, umiejętność oddania pola konkurentowi

Tego typu wzory interakcji powstały w dzieciństwie na podstawie związku rodzice-dziecko.

## Psychoterapia

Psychoterapia zaburzeń osobowości podejmowana jest przez różne szkoły psychoterapeutyczne: np. terapia psychodynamiczna,<sup>27,33</sup> terapia poznawcza,<sup>30</sup> terapia poznawczo-behawioralna,<sup>34</sup> psychoterapia oparta na analizie funkcjonalnej<sup>35</sup> i terapia interpersonalna.<sup>13</sup> Horowitz<sup>33</sup> zaleca skoncentrowanie się na procesach interpersonalnych, które przyczyniają się do powstania rozmytej tożsamości i konfliktowych stanów świadomości oraz podtrzymują tego typu zaburzenia osobowości. Proponuje on trójfazowy proces terapeutyczny:

- na początek stabilizacja stanu świadomości,
- następnie zmiana stylu komunikacji i jako trzecie
- modyfikacja reakcji, wzorów i schematów interakcji.

Mentzos<sup>3</sup> postrzega leczenie m.in. histrionicznych zaburzeń osobowości jako główne pole zastosowania psychoanalizy. Celem jest uświadomienie „wypartych części konfliktów intrapsychicznych, ich ponowne ożywienie w sytuacji przeniesienia i przez to umożliwienie swobodnego dalszego rozwoju i dojrzewania” (3 str.136). Trudne dla terapeuty jest:

Przez substytucję, dramatyzację, prezentowanie przeciwnych emocji osoba histrioniczna powoduje emocjonalizację relacji lub przemieszczenie akcentu, przez co stwarza sytuację całkowicie nieprzejrzystą dla terapeuty.

Sukces terapii zależy od tego, czy terapeuta jest w stanie rozpoznać własne przeciwprzeniesienie i zapanować nad nim.

Barbara Fleming<sup>30</sup> proponuje aby terapię poznawczą osobowości histrionicznej prowadzić w następujący sposób. Opracowanie planu sesji terapeutycznej z pozostawieniem na ostatni kwadrans spotkania czasu na dramatyczną relację wydarzeń z ostatniego tygodnia. W przypadku odchodzenia od tematu – omawianie plusów i minusów takiego postępowania. Omawianie minusów związanych ze zmianami, gdyż pacjent często twierdzi, że osiągnięcie celu jest wspaniałe i nie ma żadnych minusów. Jeżeli pojawi się konflikt dotyczący kontynuowania pracy nad obranym celem, należy podkreślić, że pacjent ma swobodę podejmowania decyzji i przyjrzeć się negatywnym aspektom zmiany. Rozpoznawanie myśli automatycznych i ich sprawdzenie (technika czterech kolumn: sytuacja – myśl dysfunkcyjna – uczucie – myśl racjonalna). Sprawdzenie, ile w rzeczywistości (niewiele) wnosi zachowanie przyciągające uwagę innych. Rozumienie konsekwencji własnych skrajnych zachowań. Nie należy zabraniać pacjentowi zachowań impulsywnych, powinien mieć on swobodę wyboru. Opracowanie alternatywnych reakcji w takich sytuacjach. Radzenie sobie z uczuciami: wychwycenie istoty wypowiedzi i myśli jako pierwszy krok do samokontroli. Wprowadzenie dodatkowego treningu samoinstruowania<sup>36</sup> i granie ról (bardzo pożądane). Nauka tolerancji



silnych afektów, z powstrzymaniem się od natychmiastowej reakcji. Dodatkowo m.in. trening relaksacyjny. Brak poczucia tożsamości: czy mogę bronić swoich wartości, przekonań, opinii? Nie muszę ich od razu wypowiadać. Gromadzenie wiedzy o własnych upodobaniach i pragnieniach. Docenianie informacji zwrotnej na temat własnych postaw. Brak samodzielności: aktywne rozwiązywanie problemów (ponoszenie konsekwencji). Spostrzeżenie własnej mocy sprawczej:<sup>37</sup> samoobserwacja – jak dobrze radzę sobie w różnych sytuacjach? Asertywność: wielokierunkowe wzmacnianie niemanipulacyjnych zachowań i asertywności. Nie chodzi o to, by pozbyć się emocji, ale aby je konstruktywnie wykorzystywać. Podać w wątpliwość przekonanie, że utrata relacji byłaby katastrofą: odkatastrofizować i urealnić myśli dotyczące sytuacji, w której pozbawieni jesteśmy uwagi innych. Przypomnieć, że życie toczyło się również przed nawiązaniem danej relacji oraz refleksja, jak ono wtedy wyglądało. Na koniec pozostaje poddać modyfikacji podstawowe przekonanie: „Jestem nie dość dobry i jestem skazany na innych, aby móc przetrwać” (tab. 1).

Callaghan i wsp.<sup>35</sup> na podstawie opisu przypadku omawiają skuteczne zastosowanie funkcjonalnej terapii analitycznej w leczeniu pacjenta z osobowością histrioniczną i narcystyczną. Główne zmiany dotyczyły konkretnych zachowań w trakcie sesji terapeutycznych, zaś za tło do ćwiczeń służył związek terapeutyczny (tab. 2).

Millon i Grossman<sup>38</sup> opisali swoją metodę terapii opartą na zindywidualizowanym podejściu osobowym w leczeniu m.in. pacjentów z histrionicznym zaburzeniem osobowości. Pierwszorzędową sprawą było to, by zwracać uwagę na każdy aspekt życia człowieka: rodzinę, kulturę, neurobiologię, nieuświadomione myśli (implicite) itp., tak aby uzyskać całościowy, jedyny w swoim rodzaju, złożony obraz człowieka.

Young i wsp.<sup>39</sup> rozwinęli terapię poznawczą, w terapię schematów, która w większym stopniu zajmuje się emocjami i związkami w dzieciństwie (porównaj Sulz<sup>40</sup>).

Verheul i Herbrink<sup>41</sup> piszą o badaniach dotyczących skuteczności terapii poznawczej i powołują się na metaanalizę Perry'ego i wsp.<sup>42</sup> oraz Leichsenringa i Leibinga,<sup>43</sup> jak również najnowszych badań Svartberga i wsp.<sup>44</sup>: psychoterapia jest leczeniem pierwszego rzutu, wskazana może być krótkotrwała farmakoterapia, terapie psychodynamiczne i poznawczo-behawioralne są skuteczne. Najlepiej potwierdzono to w przypadku terapii indywidualnych. Skuteczna jest również długotrwała psychodynamiczna terapia grupowa, prowadzona od początku wyłącznie ambulatoryjnie lub po wcześniejszej krótkoterminowej psychoterapii w trybie stacjonarnym. Skuteczne terapie mają następujące cechy wspólne: są względnie intensywne na początku, w dłuższej perspektywie o swobodniejszym przebiegu, mocno ustrukturalizowane oraz skupione na takich czynnikach jak: jakość relacji terapeutycznej, postawa terapeuty, motywacja pacjenta do zmiany i leczenia, współpraca, rzetelność planu leczenia.

## Farmakoterapia

Nie ma żadnych kontrolowanych badań dotyczących skuteczności farmakoterapii w histrionicznym zaburzeniu osobowości. Ogólnie rzecz biorąc, jak dotychczas skuteczność farmakoterapii w leczeniu zaburzeń osobowości nie jest wystarczająco zbadana.<sup>4</sup>

Należy się liczyć z tym, że taka terapia będzie trwała dłużej niż w przypadku zaburzeń osi I. Dodatkowym czynnikiem stabilizującym jest długoletnie wykorzystanie ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej.

© Springer Medizin Verlag 2010. This article Hysterie I: Histrionische Persönlichkeitsstörung Eine psychotherapeutische Herausforderung by S. Sulz is translated and reproduced with permission from Springer.

## Piśmiennictwo

- Rief W, Hiller W (1992) Somatoforme Störungen. Körperliche Symptome ohne organische Ursache. Huber, Bern
- Köfler M, Scheidt CE (1997) Konversionsstörungen. Diagnose, Klassifikation und Therapie. Schattauer, Stuttgart
- Mentzos S (2009) Hysterie. Zur Psychodynamik unbewusster Inszenierungen, 9. Aufl. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Herpertz S (2009) Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörungen. Bd 1 von S2 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Steinkopff, Frankfurt
- Fydrich T, Renneberg B, Schmitz B, Wittchen HU (1997) Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II (Persönlichkeitsstörungen). Hogrefe, Göttingen
- Bronisch T, Hiller W, Zaudig M, Mombour W (1995) IDCLP Internationale Diagnose-Checklisten für Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 und DSM-IV. Huber, Bern
- Sulz S, Sauer S (2003) Diagnose und Differentialdiagnose von Persönlichkeitsstörungen durch ein standardisiertes Interview. Psychotherapie 8:45–59
- Sulz S (2009) Das Verhaltensdiagnostiksystem VDS – Eine umfassende Systematik vom Erstgespräch bis zur Katamnese. Verhaltensther Verhaltensmed 30:89–108
- Kuhl J, Kazén M (1997) PSSI Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar. Hogrefe Testzentrale, Göttingen
- Sulz S, Beste E, Kerber A et al (2009) Neue Beiträge zur Standard-Diagnostik in Psychotherapie und Psychiatrie – Validität und Reliabilität der VDS90-Symptomliste und VDS30-Persönlichkeitsskalen. Psychotherapie
- Sulz S (2009) Das Verhaltensdiagnostiksystem VDS – Eine umfassende Systematik vom Erstgespräch bis zur Katamnese. Verhaltensther Verhaltensmed 30:89–108
- Sulz S (2009) VDS Verhaltensdiagnostik-Materialmappe 2009 – Fragebögen und Interviewleitfäden. CIP-Medien, München
- Benjamin LS (2001) Interpersonelle Diagnose und Therapie von Persönlichkeitsstörungen. CIP-Medien, München
- Erickson KB (2002) Psychologist gender and sex bias in diagnosing histrionic and narcissistic personality disorders. Dissertation abstracts international: Section
- Grant BF, Hasin DS, Stinson FS et al (2004) Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J
- Crawford TN, Cohen P, Brook JS (2001) Dramatic-erratic personality disorder symptoms: I. Continuity from early adolescence into adulthood. J Pers Dis 15:319–335
- Zimmerman M (2003) Integrating the assessment methods of researchers in routine clinical practice: the Rhode Island Methods to Improve Diagnostic Assessment and Services (MIDAS) project. In: First M (ed) Annual
- Jacob CP, Romanos J, Dempfle A et al (2007) Co-morbidity of adult attention-deficit/hyperactivity disorder with focus on personality traits and related disorders in a tertiary referral center. Eur Arch Psychiatry
- Lieberz K, Prose D (2000) Hysterie und Borderline – Einige empirische Annäherungen an den „Paradiesvogel“. Z Psychosom Med Psychother 46:193–205
- Silverstein ML (2007) A self psychological viewpoint: dependent, histrionic, and antisocial personality disorders. In Silverstein ML (ed) Disorders of the self: A personality-guided approach. Am Psychol Assoc
- Bornstein RF (1998) Implicit and self-attributed dependency needs in dependent and histrionic personality disorders. J Pers Assess 71:1–14
- Hirschfeld FMA, Klerman GL, Gough HG et al (1977) A measure of interpersonal dependency. J Pers Assess 41:610–618

23. Sulz S, Müller S (2000) Bedürfnis, Angst, Wut und Persönlichkeit – eine empirische Studie zum Zusammenhang zwischen motivationalen Variablen und dysfunktionalen Persönlichkeitszügen. *Psychotherapie* 5:22–37
24. Cramer P (1999) Personality, personality disorders, and defense mechanisms. *J Pers* 67:3
25. Theßen L (2001) Entwicklung und Persönlichkeit – Eine Empirische Untersuchung des Entwicklungsfragebogens und der Persönlichkeitskalen des Verhaltensdiagnostiksystems. *Med Diss. LMU München*
26. Bender DS, Farber BA, Geller JD (2001) Cluster B personality traits and attachment. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry* 29(4):551–563
27. Horowitz LM (2004) Diffuse identity an lack of long-term direction: The histrionic personality disorder and other related disorders. In Horowitz LM (ed) *Interpersonal foundations of psychopathology*. American Psycholo
28. Cogswell A, Alloy LB (2006) The relation of neediness and axis II pathology. *J Pers Dis* 20:16–21
29. O'donohue W, Bowers AH (2006) Pathways to false allegations of sexual harassment. *J Investigat Psychol Offender Profil* 3:47–74
30. Fleming B (1995) Die Histrionische Persönlichkeitsstörung. In Beck AT, Freeman A, Pretzer J (Hrsg) *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen*, 3. Aufl. Beltz/PVU, Weinheim, S 183–204
31. Sulz S (1999) Histrionische Persönlichkeitsstörung – Verständnis und Therapie. In: Katschnig H, Demal U, Lenz G, Berger P (Hrsg) *Die extrovertierten Persönlichkeitsstörungen. Borderline, Histrionische, Narzißti*
32. Sachse R (2000) Persönlichkeitsstörung als Interaktionsstörung: Der Beitrag der Gesprächstherapie zur Modellbildung und Intervention. *Psychotherapie* 5:282–292
33. Horowitz LM (1997) Psychotherapy for histrionic personality disorder. *J Psychother Prac Res* 6:93–107
34. Rasmussen PR (2005) The histrionic prototype. In Rasmussen PR (ed) *Personality-guided cognitive-behavioral therapy*. Am Psychol Assoc, Washington DC, pp 147–166
35. Callaghan GM, Summers CJ, Weidman M (2003) The treatment of histrionic and narcissistic personality disorder behaviors: a single-subject demonstration of clinica
36. Meichenbaum (1979) *Kognitive Verhaltensmodifikation*. Urban & Schwarzenberg, München
37. Bandura A (1977) *Social learning theory*. Prentice Hall, New York
38. Millon T, Grossman S (2007) *Overcoming resistant personality disorders: A personalized psychotherapy approach*. Wiley, Hoboken, NJ
39. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME (2005) *Schematherapie – Ein praxisorientiertes Handbuch*. Junfermann, Paderborn
40. Sulz (2007) *Die Schematherapie Jeffrey Youngs – ein integrativer Therapieansatz zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen*. *Psychotherapie* 12:136–147
41. Verheul R, Herbrink M (2007) The efficacy of various modalities of psychotherapy for personality disorders: A systematic review of the evidence and clinical recommendations. *Int Rev Psychiatry* 19:25–38
42. Perry JC, Banon E, Ianni F (1999) Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *Am J Psychiatry* 156:1312–1321
43. Leichsenring F, Leibling E (2003) The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. *Am J Psychiatry* 160:1223–1232
44. Svartberg M, Stiles TC, Seltzer MH (2004) Randomised, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for Cluster C personality disorders. *Am J Psychiatry* 161:810

## KOMENTARZ

### Dr n. med. Jerzy A. Sobański

Pracownia Diagnostyki Zaburzeń Nerwicowych  
i Behawioralnych Katedry Psychoterapii  
UJ Collegium Medicum

Dzięki refleksowi redakcji czytelnicy mają możliwość zapoznania się z świeżo opublikowanym artykułem z jednego z wiodących czasopism fachowych. Artykuł ten, opatrzony w liczne piśmiennictwo jest jednak wart uwagi także z innych, dalece ważniejszych powodów. Sztucznie i wyłącznie dla porządku niniejszego komentarza podzielić można je na kluczowe informacje z zakresu diagnozy i terapii osobowości histrionicznej.

### Diagnoza

Znaczne wątpliwości budzi od dawna wycofywanie z użycia (przynajmniej oficjalnie) kilku znanych nam wszystkim pojęć i rozpoznań, mianowicie: hysterii, nerwicy historycznej, osobowości historycznej. Ugruntowane i rozpowszechnione

w potocznej polszczyźnie, są w miarę prawidłowo rozumiane przez szerokie kręgi odbiorców (co samo w sobie jest dosyć wyjątkowym fenomenem). Dzieje się tak, mimo, a może właśnie dlatego że nie jest to zgodne z nowym porządkiem diagnostycznym, który przywołuje Sulz, prawdopodobnie mając na myśli głównie klasyfikację ICD, skrajnie rozdrabniającą rzeczywistość kliniczną do celów szczegółowej opisowej statystyki medycznej. Wspomniane wcześniej pojęcia stosowane są zresztą nadal w codziennej praktyce przez lekarzy niepsychiatrów oraz terapeutów nieużywających oficjalnych klasyfikacji diagnostycznych (podobnie jak nerwica depresyjna). Dlaczego znikły z oficjalnych klasyfikacji? Uzasadnienie w postaci pejoratywnego brzmienia terminu trudno uznać za wystarczające, choć trudno się nie zgodzić, że historyczka/histeryk to od dawna epitet umniejszający chociażby raczej opisywanej osoby. Nawet bardzo współczesny rozdział znakomitego podręcznika Nancy McWilliams<sup>1</sup> zawiera opinię o „poniżającym tonie tekstów pisanych przez mężczyzn na temat hysterii”. Z drugiej strony, czy nie stanie się tak samo z każdym upowszechnionym psychiatrycznym terminem fachowym, przynajmniej dopóki zaburzenia będą wiązały się z oceną i stygmatyzacją?

Powracając do sprawy zniknięcia terminu – wydaje się, że histeria, „wielka manipulatorka”, nie znikła, ale ukryła się, a raczej sprowokowała diagnostów, aby udawali, że już jej nie ma, a zarazem ciągle mieli ją na myśli (tak samo jak przy kontakcie z niektórymi pacjentami). Podobnie, sztuczne rozdzielanie względnie zwartej grupy pacjentów „histerycznych” na kilka kategorii przypomina inne bardzo znajome w tym kontekście zjawisko psychopatologiczne – dysocjację. Umniejszanie istnienia oraz znaczenia powiązań między oddzielnymi zaburzeniami nerwicowymi oraz zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości to już jednak zupełnie inna historia.

Można zastanawiać się, czy histeria jest freudowska, jak stwierdza Sulz? Nie umniejszając fundamentalnego charakteru chociażby przypadku Dory, zupełnie nie wiadomo dlaczego nie pojawiają się w tekście Sulza nazwiska chociażby Bernheima, Briqueta, Charcota i innych. Może częściowo z powodu trudnej do przekroczenia linii demarkacyjnej między psychiatrią i psychoterapią (oraz psychoanalizą) niemiecką i francuską. Szkoda. Jako remedium na tęsknoty psychiatrów-frankofonów można tylko gorąco polecić (niestety już ciężko dostępną, bo dość dawno wydaną po polsku) monografię Trillat „Historia histerii”.<sup>2</sup>

Niemniej przegląd dokonany przez Sulza pozwala zauważyć wspólny rdzeń opisu histerycznych zaburzeń osobowości i umożliwia zarówno na wybór systematycznej diagnozy za pomocą narzędzi standaryzowanych, jakie można odnaleźć w odwołaniach do piśmiennictwa, jak i na bardziej intuicyjne stawianie rozpoznania i dyskusję kręgu diagnostyki różnicowej. Przegląd badań nad współwystępowaniem zaburzeń choć dla niektórych (w tym dla autora niniejszego komentarza) bardzo interesujący, wydaje się niezmiernie hermetyczny i stanowi odrębną odnogę wartkiego wyводу przepływającego od diagnozy do terapii.

## Terapia

Artykuł Sulza podejmuje także próbę omówienia znacznie trudniejszego zagadnienia – leczenia – oczywiście głównie opartego na psychoterapii. W tym miejscu traci on nieco impet, a w każdym razie dla wielu czytelników nie stanie się wyczerpującym źródłem informacji. Wydaje się, że bardziej może sfrustrować osoby preferujące jednoznaczne standardy postępowania klinicznego. Psychoterapii jest bowiem wiele i to bardzo odmiennych, nie tylko z nazwy. Nawet etykieta psychoterapii integracyjnej (odpowiadającej zresztą afiliacji Sulza) nie ratuje sytuacji. W tekście pojawiają się bowiem pojęcia stanowiące wyzwanie nawet dla bardzo wszechstronnie wyposażonych badaczy i klinicystów. Terminy pochodzące z wielu oddalonych podejść teoretycznych (o ile w ogóle Sulz uznaje ich istnienie jako oddziel-

nych całości) niekoniecznie są jednoznaczne dla większości czytelników.

Niepodważalną zaletą omawianej pracy jest podkreślenie szczególnych trudności jakie sprawiają terapeutom pacjenci z osobowością histrioniczną, co wnosi także wielu wybitnych praktyków psychoterapii psychoanalitycznej. Na przykład Brenman<sup>3</sup> wskazuje na to, że pacjent nie pragnie w wyniku leczenia uzyskania realnej zmiany ani rozwoju, jego celem jest niemożliwe – „zostanie szczęśliwym histerykiem”, a de Folch Eskelinen<sup>4</sup> wskazuje na szczególne zdolności pacjentów histerycznych do wykorzystywania zmysłu obserwacji (intuicji, percepcji emocji) do uzyskiwania ekscytacji sytuacją terapeutyczną lub analityczną oraz dokonywania acting outu swoich fantazji. Za szczególnie istotne dla bezpieczeństwa zawodowego terapeuty należy uznać wymieniane przez Sulza zagrożenia seksualizacją relacji terapeutycznej i fałszywe oskarżenia o molestowanie seksualne. Innym ważnym i wartym wspomnienia na marginesie artykułu Sulza powikłaniem przebiegu zaburzenia histrionicznego, poruszonym w kazuistyce psychiatryczno-sądowej jest częste wikłanie się tych pacjentów w „afery miłosne” nieraz skutkujące gwałtownymi czynami karalnymi w sytuacjach ograniczonej poczytalności.<sup>5</sup>

Podsumowując, sytuacja terapii osobowości histrionicznej wydaje się współcześnie bardziej zawikłana niż w czasach gdy przez Minkiewicza proponowana była jako „zabieg leczniczy: całkowita obustronna owarjotomia stosowana w możliwie wczesnym wieku, wnet po wybuchu histerji”, aby „te tysiące umarłych za życia kobiet, będących jeno straszliwym balastem udało się przywrócić bodaj częściowo do życia pożytecznego”,<sup>6</sup> wciąż zalecenia dla postępowania klinicznego wydają się wymieszane i nadal niewiele wiadomo na temat, co i dla kogo jest skuteczne (a tym bardziej dla pacjentów tzw. trudnych). Nie można oprzeć się wrażeniu, że albo Sulz jest ukrytym zwolennikiem wprowadzania do integracji większej liczby założeń i technik typowych dla podejścia poznawczego, albo że trudniej (tak się wydaje piszącemu ten komentarz) jest opisywać robocze założenia psychodynamiczne tak, żeby pasowały do wszystkich pacjentów. To ostatnie zjawisko odpowiadało zresztą przez lata za opóźnienie w dołączaniu psychoterapii psychodynamicznych, a szczególnie długoterminowych i głębszych zorientowanych psychoanalitycznie procedur, do grona terapii empirycznie potwierdzonych (EVT). W ogóle w kwestii zalecanych metod leczenia poszczególnych zaburzeń najważniejsze wydaje się podkreślenie różnorodności skutecznych psychoterapii i równoważności dowodów teje efektywności w wielu zaburzeniach (tzw. werdykt ptaka Dodo: wszyscy wygrali i mają dostać nagrodę), szczególnie w wypadku terapii dotyczących zaburzeń osobowości i w odniesieniu do kryteriów przyznawania refundacji przez różne warianty ubezpieczeń zdrowotnych.



Wracając do kwestii terapii psychodynamicznych – najważniejsze informacje dotyczące przeciwwprzeżenia wywołanego przez pacjentów (szczególnie pacjentki) z histerią czy też osobowością histrioniczną są na szczęście wyraźnie zaznaczone, ku wielkiemu zaskoczeniu brakuje jednak w artykule jakiegokolwiek wzmianki o przydatności superwizji – filaru nie tylko kształcenia, lecz także optymalnego wydajnego funkcjonowania psychoterapeuty, szczególnie w tak wymagających przypadkach klinicznych.

Oczywiście podane przez Sulza informacje o tym, co cechuje skuteczne terapie (w ogóle we wszystkich zaburzeniach) są prawdziwe i rzetelnie rozwinięte, jednak pozostaje wrażenie, że łatwiej o takie ogólne informacje. Podobnie, prościej jest znaleźć, nie tylko w artykule Sulza, wdzięcznie nakreślone wyznaczniki poprawy stanu pacjenta (można je zresztą zwykle sformułować jako usunięcie cech zaburzenia, zarówno w zakresie objawów jak i ich przyczyn). Wśród tych celów warto podkreślić: „umiejętność przeżywania uczuć bez potrzeby alarmowania wszystkich wokół” albo „asertywność dzięki kompetencjom zamiast emocjonalnej manipulacji”. Wyjątkowo błyskotliwym rozwiązaniem pomocnym w psychoterapii (nie tylko poznawczej wg Fleming, za Sulzem) pacjentów histrionicznych wydaje się pozostawienie na ostatni kwadrans spotkania czasu na dramatyczną relację wydarzeń z ostatniego tygodnia.

Dzięki Sulzowi można ogarnąć współczesne kierunki oddziaływań, szczególnie te oparte na badaniach empirycznych z zakresu anglojęzycznych i niemieckich ośrodków. Poszerzenie tematu znajdzie czytelnik w opracowaniu McWilliams.<sup>1</sup>

Na zakończenie niniejszego komentarza warto dodać, że istnieje także specyficznie polski wkład w ten obszar wiedzy klinicznej. Obok bardziej współczesnych, a więc i łatwiejszych do odnalezienia tekstów Jakubika czy rozdziałów Aleksandrowicza,<sup>7-9</sup> warto tu wspomnieć choćby ten najstarszy: Frostig już w latach 30. ubiegłego stulecia umieścił w swojej „Psychiatrii” znakomite opisy teatralności, afer miłosnych, kłamstw i fantazji, współwystępowania objawów autonomicznych, hipochondrycznych i seksualnych oraz zamieścił przykłady zakłóceń funkcjonowania społecznego sięgające od intrygantek do trucicielek, a wreszcie zauważył, że „leczenie osobowości histerycznej jest bardzo niewdzięczne”. Ostrzegł także – i ostrzeżenie to pozostaje aktualne do dzisiaj: „i histeryczka może także zachorować na zapalenie ślepej kiszki, na wrzód żołądka i kamicę żółciową”.<sup>10</sup>

#### Wybrane piśmiennictwo:

1. McWilliams N. Diagnostyka psychoanalityczna. GWP; Gdańsk 2009, s. 310-329.
2. Trillat E. Historia hysterii. Wydawnictwo Zakładu Narodowego im. Ossolińskich. Wrocław 1993.
3. Brenman, E. Hysteria. Int. J. Psychoanal. 1985;66:423-432.
4. de Folch Eskelinen T. The hysteric's use and misuse of observation. The International Journal of Psychoanalysis. 1984;65(4):399-410.
5. Waszkiewicz-Białek E, Szablewska E. Opiniowanie sądowo-psychologiczne w histrionicznych zaburzeniach osobowości – dwa przypadki. Postępy Psychiatrii i Neurologii. 200; 9, Suplement 2(10):301-306.
6. Minkiewicz R. Prawa polibolizmu nerwowego a definicja fizjologiczna neuroz (histerycznych i psychastenicznych). Prace Instytutu im. Nenckiego. 1926;3(4):13-15.
7. Aleksandrowicz JW. Nerwice. Psychopatologia i Psychoterapia. PZWL Warszawa 1988.
8. Aleksandrowicz JW. Zaburzenia nerwicowe. PZWL Warszawa 1998.
9. Jakubik A. Osobowość histeryczna. Psychoterapia. 1978;27:21-32.
10. Frostig J. Psychiatria. Tom II. Część Trzecia. Wydawnictwo Zakładu Narodowego im. Ossolińskich. Lwów 1933. s. 103-107.