

## Makiawelizm i taktyki manipulacji podejmowane przez pacjentów z zaburzeniem osobowości typu borderline w życiu codziennym i podczas terapii

### The Machiavellianism and manipulation tactics used by patients with borderline personality disorder in everyday life and in therapy

Eugenia Mandal, Dagna Kocur

Katedra Psychologii Społecznej i Środowiskowej UŚ w Katowicach  
Kierownik: prof. dr hab. E. Mandal

#### Summary

**Aim.** The aim of the researches was to inspect the relation between borderline personality and Machiavellianism as well as the tendency to apply various manipulation tactics in everyday life and in therapy.

**Method.** The test used an original/ authors' survey for testing the tendency to employ manipulation tactics as well as a MACH-IV questionnaire (Christie, Geis, 1970) for measuring Machiavellianism. The studied group included 30 patients with diagnosed BPD, 37 therapists and 30 persons in the control group.

**Results.** No differences were noted in the general indicator of Machiavellianism; however, the patients scored lower on the Tactics scale than people from the control group. Patients preferred employing the tactics of taking offense, lying and begging in everyday life. Compared to people from the control group, patients presented a larger tendency to employ tactics of begging, threatening and threatening to break off a close relationship, and a lower tendency to employ seduction. According to therapists, during the therapy patients most often resorted to lying and arousing guilt. Therapists assessed the patients' tendency to employ manipulation tactics higher than the patients themselves.

**Conclusions.** BPD patients are characterized by a degree of Machiavellianism similar to that present in people from the control group. Patients show larger tendency to employ tactics of threatening and begging than the people from the control group. Compared to assessments made by doctors and therapists, they lower their own assessment of the tendency to employ manipulation. The longer the seniority of therapists and the larger the number of treated BPD patients, the higher the ability to perceive the patients' tendency to manipulate.

**Słowa kluczowe:** zaburzenia osobowości typu borderline, taktyki manipulacji, makiawelizm

**Key words:** borderline personality disorder, tactics of manipulation, machiavellianism

## Wstęp

Zaburzenie osobowości z pogranicza (borderline personality disorder – BPD) – zwane inaczej osobowością z pogranicza (borderline personality) lub też stanem czy zespołem pogranicznym – należy do grupy zaburzeń nowych i kontrowersyjnych pomimo ponad 80-letniej historii badań nad tym zagadnieniem. Charakteryzuje się głęboko zakorzenionymi i utrwalonymi wzorcami cech nieprzystosowawczych. Osoba z tego typu zaburzeniem ma niejasny lub zaburzony obraz samej siebie, własnych celów i wewnętrznych preferencji. Nie potrafi nawiązywać głębszych związków uczuciowych. Cechuje ją poczucie samotności oraz poszukiwanie bliskości, jednocześnie nie może jej jednak znieść, bojąc się porzucenia [1–3]. Doświadcza intensywnych i niestabilnych emocji prowadzących do kryzysów, co sprawia, że jej życie charakteryzuje się niezwykle drammatyzmem, nierzadko ryzykiem samookaleczeń, prób samobójczych, niekiedy o charakterze manipulacyjnym. Współczynnik samobójstw i prób samobójczych u osób cierpiących na zaburzenie borderline jest wysoki (około 10%). Spośród pacjentów przebywających na oddziałach ratunkowych z powodu powtarzających się prób samobójczych – aż 41% spełnia kryteria rozpoznania osobowości borderline [4–9].

Osobowość borderline jest rozpoznawana 4-krotnie częściej u kobiet niż u mężczyzn [10]. Może to być wynikiem społeczno-kulturowych wzorców zachowania, zgodnie z którymi kobiety mogą, a mężczyźni nie powinni, okazywać słabości oraz ujawniać zmienność zachowania i załamania nerwowe. Na BPD cierpią częściej osoby młode. Szacuje się, że zaburzenie osiąga swoje apogeum około 25 roku życia, a tylko 25% chorych to osoby powyżej 40 roku życia. Przypuszczalnie wraz z wiekiem łagodnieją zmienne emocje i schematy zachowania [11, 12].

Specyficzny problem osób cierpiących na BPD polega na poważnych utrudnieniach w funkcjonowaniu społecznym, zwłaszcza zaś na nieradzeniu sobie w codziennych relacjach interpersonalnych, które cechuje powierzchowność oraz nastawienie na zaspokojenie własnych potrzeb. Komplikacje w budowaniu relacji znajdują odzwierciedlenie również w interakcji terapeutycznej, stanowiąc ogromne wyzwanie zarówno dla pacjentów, jak i dla terapeutów. Pacjenci z BPD często wyróżniają się ekscentrycznością, agresywnymi postawami i nierealnymi oczekiwaniami. Nierzadko prowokują konflikty, także wśród personelu medycznego [13–15].

W bogatej literaturze przedmiotu wspomina się o skłonnościach pacjentów z BPD do zachowań manipulacyjnych, ale doniesienia te nie są jednoznaczne. Niektórzy autorzy uważają, że pacjenci wykazują szczególnie wysoką gotowość i sprawność w wywieraniu zamierzonego wpływu na innych ludzi, zręcznie dążąc do realizacji własnych celów, a osobowość BPD jest nastawiona na manipulowanie innymi. Chorzy, próbując kontrolować własne emocje, problemy czy konflikty, zaostrzają kontrolę nad ludźmi i sytuacjami zewnętrznymi – koncentrują się na swobodnym, nieskrępowanym inicjowaniu, aranżowaniu, sterowaniu innymi i sytuacją, w której działają [16–18]. Według innych autorów zachowania manipulacyjne pacjentów z BPD nie są podyktowane złośliwością czy premedytacją, nie są zaplanowanymi aktami, lecz działaniami impulsywnymi wynikającymi ze strachu, desperacji i bezsilności [19]. Powodami stosowania manipulacji otoczeniem przez pacjentów z BPD mogą być lęk, poczucie bezradności

czy nieumiejętność radzenia sobie z negatywnymi emocjami. Badania pokazują, że osoby z BPD pod wpływem lęku wykazują znacznie więcej impulsywnych reakcji [20]. Ze względu na zaburzenia pamięci oraz stosowanie licznych mechanizmów obronnych pacjenci ci niejednokrotnie mają również silnie zniekształconą wizję rzeczywistości [21]. Cechy obrazu klinicznego pacjentów z pogranicza wskazują, że manipulacje, które stosują, mają charakter obronny. To zasadniczo różnicuje pacjentów z pogranicza od osobowości narcystycznej czy antyspołecznej. W literaturze tematu nie podejmuje się też problematyki osobowościowych uwarunkowań u pacjentów z BPD skłonności do manipulacji w kontekście osobowości makiawelicznej. Tymczasem jest ona określana jako osobowość silnie związana ze stosowaniem manipulacji, z tzw. syndromem chłodu przejawiającym się bezuczuciowością w kontaktach interpersonalnych i skłonnością do traktowania ludzi jako środków do realizacji własnych celów [22].

### Cel badań

W prezentowanych badaniach podjęto próbę zbadania związku pomiędzy osobowością BPD a osobowością makiaweliczną oraz stosowaniem taktyk manipulacji w życiu codziennym i podczas terapii. Celem badania było także porównanie opinii pacjentów i terapeutów na temat taktyk manipulacji stosowanych przez pacjentów z BPD.

### Grupa badana

Grupę badaną stanowiło 30 dorosłych pacjentów z zaburzeniami osobowości typu borderline. Kwalifikowanie pacjentów do badanej grupy oparte było na kryteriach diagnostycznych zawartych w ICD-10 (F60.32). Pacjenci w chwili badania byli hospitalizowani na oddziałach psychiatrycznych (70%, 21 pacjentów) lub leczyli się w poradniach zdrowia psychicznego (30%, 9 pacjentów) na terenie województwa śląskiego i małopolskiego. Średni wiek badanych wynosił  $M = 30,87$  roku ( $SD = 11,23$  roku). Połowa badanych (50%) mieściła się w przedziale wiekowym od 21 do 30 lat (15 osób).

**Grupa kontrolna** liczyła 30 osób. Dobór osób do grupy kontrolnej był celowy pod względem podobieństwa płci i wieku do grupy pacjentów. Zarówno wśród pacjentów, jak i w grupie kontrolnej przeważały kobiety – stanowiły 93% badanych.

Badaniami objęto także terapeutów mających wykształcenie psychiatryczne (18,9%), psychoterapeutyczne (45,9%) oraz psychologiczne (70,2%). W grupie tej także przeważały kobiety (76% kobiet). Terapeuci reprezentowali różne szkoły terapii, głównie poznawczo-behawioralną, psychoanalityczną i Gestalt. Średnia wieku badanych terapeutów wynosiła  $M = 38,97$  roku ( $SD = 9,42$  roku), staż pracy w zawodzie średnio  $M = 4,7$  roku ( $SD = 1,54$  roku), a średnia liczba leczonych pacjentów z BPD wynosiła  $M = 11,68$  ( $SD = 9,99$ ).

### Narzędzia badawcze

W badaniach wykorzystano następujące narzędzia badawcze:

1. Skala makiawelizmu (MACH-IV) autorstwa R. Christiego i F.L. Geis (1970). Skala ta opisuje składające się na osobowość makiaweliczną metody postępo-

- wania z ludźmi, poglądy na naturę ludzką oraz sądy moralne [23]. Skala składa się z 20 stwierdzeń skategoryzowanych w 3 grupach itemów tworzących 3 skale: Taktykę, Poglądy na naturę ludzką, Moralność. Dwie pierwsze skale zawierają po 9 pozycji, trzecia – 2. Badany ustosunkowuje się do każdego stwierdzenia na 7-stopniowej skali Likerta (od 1 – całkowicie się nie zgadzam, do 7 – całkowicie się zgadzam) [24].
2. Taktyki manipulacji stosowane przez pacjentów – metoda własna. Do celów badawczych skonstruowano dwie ankiety. Pierwsza dotyczyła wykorzystywania taktyk manipulacji w życiu codziennym, druga – taktyk manipulacji podczas terapii. Obydwie ankiety zawierały opis 10 różnych taktyk manipulacji (Taktyka obrażania się, Taktyka błagania, Taktyka nieodzywania się, Taktyka wymuszania, Taktyka uwodzenia, Taktyka grożenia, Kłamanie, Wywoływanie poczucia winy, Grożenie zerwaniem związku, Samookaleczenia). Badany określał, jak często stosuje daną taktykę, zaznaczając odpowiedzi na 7-punktowej skali od 1 – nigdy, do 7 – bardzo często. Współczynnik rzetelności dla ankiety Manipulacja w życiu codziennym wyniósł  $\alpha = 0,756$ , dla ankiety Manipulacja w terapii  $\alpha = 0,768$ .
  3. Taktyki manipulacji stosowane przez pacjentów według terapeutów – badano metodą własną. Pierwsza część ankiety zawierała pytanie otwarte następującej treści: „Jakie metody wywierania wpływu i manipulacji zdarzyło Ci się obserwować u osób z zaburzeniem osobowości typu borderline podczas terapii?”. Druga składała się z 10 pytań zamkniętych wskazujących na różne taktyki wywierania wpływu – analogiczne do wymienionych w ankiecie dla pacjentów. Terapeuci oceniali zachowania pacjentów zaobserwowane w toku terapii również na 7-punktowej skali Likerta. Współczynnik rzetelności ankiety dla terapeutów wyniósł  $\alpha = 0,778$ .

## Wyniki

Analiza nie wykazała istotnych statystycznie różnic między pacjentami z BPD a grupą kontrolną w natężeniu makiawelizmu – w wyniku ogólnym (tabela 1). Istotną statystycznie różnicę odnotowano tylko w skali Taktyka, w której pacjenci ( $M = 26,93$ ) uzyskali istotnie niższe wyniki ( $M = 32,17$ ) ( $p < 0,001$ ).

Tabela 1. Makiawelizm w grupie pacjentów i w grupie kontrolnej

MACH-IV	Średnia		t(58)	p
	Pacjenci	Grupa kontrolna		
Taktyka	26,93	32,17	-3,44	0,001
Pogląd na naturę ludzką	36,20	34,97	0,73	0,466
Moralność	6,60	6,47	0,22	0,83
Ogółem	69,93	73,60	-1,52	0,134

Wyniki badań pokazały, że pacjenci z BPD najczęściej przyznawali się do stosowania taktyki obrażania się ( $M = 4,73$ ), kolejno taktyki kłamania ( $M = 4,10$ ), błagania ( $M = 4,07$ ), nieodzywania się ( $M = 3,97$ ), wywoływania poczucia winy ( $M = 3,03$ ),

wymuszania ( $M = 3,00$ ), uwodzenia ( $M = 2,93$ ), grożenia zerwaniem związku ( $M = 2,83$ ), grożenia ( $M = 2,50$ ), a najrzadziej taktyki samookaleczenia ( $M = 2,20$ ). Natomiast osoby z grupy kontrolnej przyznały, że najczęściej stosują taktykę uwodzenia ( $M = 4,37$ ), kolejno taktykę kłamania ( $M = 4,10$ ), obrażania się ( $M = 3,90$ ), nieodzywania się ( $M = 3,57$ ), wymuszania ( $M = 3,13$ ), błagania ( $M = 3,03$ ), wywoływania poczucia winy ( $M = 2,80$ ), grożenia zerwaniem związku ( $M = 1,87$ ), a najrzadziej taktyki grożenia ( $M = 1,53$ ) i samookaleczenia ( $M = 1,53$ ).

Odnotowano statystycznie istotne różnice dotyczące taktyki uwodzenia ( $p = 0,002$ ) – rzadziej stosowanej przez pacjentów niż osoby z grupy kontrolnej oraz taktyki grożenia ( $p = 0,002$ ), grożenia zerwaniem związku ( $p = 0,043$ ) oraz błagania ( $p = 0,05$ ) – częściej stosowanych przez pacjentów. Odnotowano również trend statystyczny w zakresie taktyki obrażania się ( $p = 0,059$ ), którą również częściej stosowali pacjenci (tabela 2).

Wśród pacjentów stwierdzono istotną korelację między całościowym wynikiem w teście makiawelizmu a taktyką obrażania się ( $r = -0,409$ ,  $p < 0,025$ ) i taktyką samookaleczenia ( $r = -0,405$ ,  $p < 0,026$ ). Badanie ujawniło istotny statystycznie ujemny związek pomiędzy wiekiem pacjentów a skłonnością do samookaleczenia ( $r = -0,58$ ,  $p < 0,05$ ) oraz dodatnią korelację pomiędzy stosowaniem manipulacji w życiu codziennym a stosowaniem manipulacji w terapii ( $r = 0,375$ ,  $p < 0,04$ ).

Tabela 2. Taktyki manipulacji stosowane w życiu codziennym w grupie pacjentów i w grupie kontrolnej

Taktyki manipulacji	Pacjenci		Grupa kontrolna		t(58)	p
	M	SD	M	SD		
Taktyka obrażania się	4,73	1,88	3,90	1,75	1,93	<b>0,059</b>
Kłamanie	4,10	1,52	4,10	1,32	0,00	1,000
Taktyka błagania	4,07	1,83	3,03	1,67	1,99	<b>0,050</b>
Taktyka nieodzywania się	3,97	2,17	3,57	1,96	0,74	0,462
Wywoływanie poczucia winy	3,03	1,71	2,80	1,58	0,52	0,604
Taktyka wymuszania	3,00	1,83	3,13	1,48	-0,32	0,747
Taktyka uwodzenia	2,93	1,53	4,37	1,63	-3,20	<b>0,002</b>
Grożenie zerwaniem związku	2,83	1,94	1,87	1,38	2,07	<b>0,043</b>
Taktyka grożenia	2,50	1,36	1,53	0,78	3,29	<b>0,002</b>
Samookaleczenia	2,20	1,92	1,53	1,17	1,70	0,095
Ogółem	33,37	10,54	29,87	8,45	1,42	0,161

Analiza danych uzyskanych od terapeutów wskazuje, że w ich opiniach pacjenci podczas terapii najczęściej posługują się kłamstwem ( $M = 5,51$ ), wywoływaniem poczucia winy ( $M = 5,43$ ), uwodzeniem ( $M = 4,97$ ), a w dalszej kolejności wymuszaniem ( $M = 4,86$ ), groźbami przerwania terapii ( $M = 4,70$ ) i samookaleczeniem ( $M = 4,38$ ). W najdalszej kolejności terapeuci wskazywali na taktyki grożenia ( $M = 3,95$ ),

nieodzywania się ( $M = 3,86$ ) i błagania ( $M = 3,49$ ). Analiza pokazała, że terapeuci ( $M = 46,8$ ) istotnie częściej wskazywali na stosowanie przez pacjentów taktyk manipulacji podczas terapii niż czynili to sami pacjenci ( $M = 24,93$ ), co przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Taktyki manipulacji stosowane w terapii przez pacjentów według terapeutów

Taktyki manipulacji	Terapeuci		Pacjenci		t(65)	p
	M	SD	M	SD		
Kłamanie	5,51	1,387	2,43	1,52	8,648	<b>0,001</b>
Wywoływanie poczucia winy	5,43	1,144	2,33	1,71	8,860	<b>0,001</b>
Taktyka uwodzenia	4,97	1,424	2,00	1,53	8,217	<b>0,001</b>
Taktyka obrażania się	4,92	1,673	3,33	1,88	3,648	<b>0,001</b>
Taktyka wymuszania	4,86	1,766	2,37	1,83	5,667	<b>0,001</b>
Groźenie przerwaniem terapii	4,70	1,543	2,33	1,94	5,577	<b>0,001</b>
Samookaleczenia	4,38	1,891	2,20	1,92	4,658	<b>0,001</b>
Taktyka groźenia	3,95	2,081	1,87	1,36	4,716	<b>0,001</b>
Taktyka nieodzywania się	3,86	1,932	3,70	2,17	0,329	0,743
Taktyka błagania	3,49	1,938	2,37	1,83	2,412	<b>0,019</b>
Ogółem	46,07	9,48	24,93	9,97	8,870	<b>0,001</b>

Oceny pacjentów w zakresie najchętniej używanych taktyk manipulacji podczas terapii były odmienne od opinii terapeutów. Jako najczęściej stosowane taktyki manipulacji pacjenci wskazali nieodzywanie się ( $M = 3,70$ ), obrażanie się ( $M = 3,33$ ) oraz kłamstwo ( $M = 2,43$ ). Kolejno wskazywali na taktyki błagania ( $M = 2,37$ ) i wymuszania ( $M = 2,37$ ), wywoływania poczucia winy ( $M = 2,33$ ) i groźenia zerwaniem terapii ( $M = 2,33$ ). Najrzadziej wskazywali na stosowanie taktyk samookaleczenia ( $M = 2,20$ ), uwodzenia ( $M = 2,00$ ) i groźenia ( $M = 1,87$ ).

Analiza wyników uzyskanych przez terapeutów wskazała na dodatnią korelację pomiędzy stażem pracy terapeutów i ich przekonaniem o częstości korzystania z taktyk manipulacji przez pacjentów z BPD ( $r = 0,518$ ,  $p < 0,001$ ). Liczba pacjentów z BPD leczonych przez danego terapeutę dodatnio korelowała z oceną częstości stosowania przez pacjentów taktyki błagania ( $r = 0,372$ ,  $p < 0,02$ ) i taktyki wymuszania ( $r = 0,340$ ,  $p < 0,03$ ). Przykłady taktyk manipulacji stosowanych przez pacjentów z BPD wymienione przez terapeutów przedstawia tabela 4 – *na następnej stronie*.

W podawanych przez terapeutów przykładach stosowania manipulacji podczas terapii powtarzały się takie zachowania jak: strategia „tak, ale..”, odwoływanie sesji w ostatnim momencie lub jej opuszczanie, spóźnienia, przedłużanie sesji, próby wywoływania w terapeutach poczucia winy, szantaż emocjonalny, nękanie telefonami, prezenty, skracanie dystansu, stwarzanie pozorów znacznej poprawy, atakowanie, agresywne podważanie kompetencji terapeuty, krytykowanie settingu terapeutycznego oraz kontraktu, zwłaszcza gdy zawierał punkt zobowiązujący do niepopelnienia samobójstwa w czasie trwania terapii. Podawano także przykłady idealizowania tera-

peuty oraz przekraczania granic, np. pacjent naśladował i utożsamiał się z terapeutą, zdobywał informacje na temat jego życia prywatnego. Zdaniem badanych stosowany przez pacjenta mechanizm identyfikacji projekcyjnej miał na celu kontrolowanie procesu terapii oraz terapeuty.

Tabela 4. Przykłady wskazywanych przez terapeutów taktyk manipulacji stosowanych przez pacjentów

Taktyka			Inne taktyki
uwodzenie / czarowanie	grożenie	wywoływanie poczucia winy	
„Ja Panią bardzo lubię i uważam, że fajnie się nam rozmawia”	„Ja pójdę do kierownika”	„To wszystko przez Panią, że nie umiem dotąd być bardziej pewna siebie”	Pacjenci występowali w roli specjalistów, odpytywali z metod stosowanych przez terapeutę
„Jak tutaj szłam, to myślałam już tylko o tym, jak wspaniale będzie z Panią porozmawiać, nie wiem, jak ja sobie dam radę, jak ta terapia się skończy”	„Jak mnie przeniesiecie na inny oddział, to się znowu będę przypalać na przedramieniu”	Terapeuci opisywali również przypadki pacjentów, którzy opowiadali, jak mało mają pieniędzy, że to ich ostatnie pieniądze i że nie mają na życie.	Pacjent kilkakrotnie na wstępie opowiadał historię swojego leczenia, krytykując poprzednich terapeutów, ich metody, podejścia
„Rozmowa z Panią to prawdziwa uczta intelektualna”	„Jeżeli nie zostaną przyjęty w tym terminie, to się zabiję”	„Pan mi nie pomaga, czuję się coraz gorzej”	Zdarzały się również przypadki krytyki i podważania kompetencji terapeuty, jak i jego podejścia terapeutycznego
Taktyka			
błaganie	wymuszanie	samookaleczenia	grożenie przerwaniem terapii
„Proszę mi dać jeszcze jedną szansę”	Pacjent próbował zawsze godzinę spotkań ustalić według swoich pomysłów, jeśli się nie godziłam – dzwonił i w ostatniej chwili przed sesją ponawiał prośbę, aby termin ustalić na jego godzinę	Nacinięcie rąk i nóg	„Jak Pani czegoś nie zrobi, to zmienię terapeutę”
		Drapanie policzka lub innych części ciała	„Już poprzednio miałam złego terapeuty i musiałam go zmienić”
„Ja błagam Panią o pomoc”		Przypalanie się	

## Dyskusja i wnioski

Prezentowane badanie pokazało, iż osoby cierpiące na BPD charakteryzuje podobne jak osoby z grupy kontrolnej natężenie makiawelizmu związanego z wysoką skłonnością do manipulowania innymi ludźmi. Pacjenci osiągnęli jednakże wyniki istotnie niższe niż osoby z grupy kontrolnej w skali Taktyka w teście makiawelizmu. Może to wynikać z faktu, że większość pacjentów podczas badania przebywała w szpitalu, miała obniżony nastrój, co mogło zmniejszać ich skłonności do stosowania taktyk makiawelicznych. Badani pacjenci mogli też do stosowania taktyk makiawelicznych się nie przyznawać. Wreszcie pacjenci mogą być mniej sprawni niż osoby z grupy kontrolnej w ukrytym, dobrze „zamaskowanym” posługiwaniu się taktykami makiawelicznymi. Manipulacja stosowana przez pacjentów może być łatwiej dostrzegana przez otoczenie niż manipulacja stosowana przez osoby zdrowe.

Badanie pokazało, że w zakresie stosowanych taktyk manipulacji w codziennym życiu pacjenci z BPD uzyskali istotnie wyższe niż grupa kontrolna wyniki dotyczące taktyk grożenia, grożenia zerwaniem związku, błagania oraz obrażania się. Stosowanie licznych taktyk manipulacji potwierdza dane, że osoby z BPD mają trudności w kontrolowaniu emocji, nie potrafią nawiązywać głębszych więzi uczuciowych, wykazują skłonność do wchodzenia w intensywne, nietrwałe związki z innymi [25].

Stosowane przez nich taktyki manipulacji mają zarówno charakter atakujący/ofensywny (np. grożenie, obrażanie się), jak i charakter obronny/defensywny (np. błaganie). Wskazują na wielką determinację pacjentów w dążeniu do realizacji własnych celów zgodnie z zasadą: „jak nie prośbą, to groźbą”.

Przedstawione badanie pokazało, że pacjenci w mniejszym stopniu byli skłonni stosować taktykę uwodzenia niż deklarowały to osoby z grupy kontrolnej. Wynikać to może z faktu, że wśród pacjentów i terapeutów przeważały osoby tej samej płci – kobiety. Uwodzenie jest zaś taktyką manipulacji stosowaną często wobec osób płci przeciwnej [26].

Wyniki omówionego tutaj badania pokazały statystycznie istotny związek pomiędzy stosowaniem manipulacji w życiu codziennym a stosowaniem manipulacji w terapii. Wynika to ze spójności zachowania badanych osób. Jeżeli ktoś często używa taktyk manipulacji w życiu codziennym, to prawdopodobnie równie często będzie je stosował w terapii.

W badaniach odnotowano także, że wraz z wiekiem u pacjentów zauważa się spadek skłonności do stosowania taktyki samookaleczenia. Wyjaśniać to może ogólnie większe zatroskanie o własne zdrowie i życie u osób starszych niż młodszych. Może być też efektem nabywania przez jednostkę doświadczenia i wzorców zachowań obowiązujących w danej społeczności. Osoby starsze mogą wykazywać mniejsze skłonności do samouszkodzeń dlatego, że sądzą, iż tego rodzaju zachowania manipulacyjne są niestosowne i nieakceptowane społecznie.

Porównanie wyników pacjentów i terapeutów pokazuje, że istnieją różnice pomiędzy oceną funkcjonowania pacjentów przez ich terapeutów a oceną samych siebie dokonywaną przez pacjentów. Terapeuci uważają, że pacjenci stosują taktyki manipulacji częściej, niż deklarują to sami pacjenci. Może też sugerować, że pacjen-



ci nie zdają sobie sprawy lub nie przyznają się do taktyk manipulacji, które stosują w codziennym życiu i w terapii. Nieprzyznawanie się do stosowania manipulacji może być też powodowane chęcią badanych pacjentów do pokazania się w lepszym świetle, tj. celowego zaniżania ocen, ukrywania lub kontrolowania swoich wypowiedzi dotyczących manipulacji.

W badaniach odnotowano, że wraz z większym stażem i liczbą leczonych pacjentów z BPD terapeuci wykazują większą umiejętność dostrzegania różnych taktyk manipulacji stosowanych przez swoich pacjentów. Stanowi to efekt wzrostu ich kompetencji i doświadczenia zawodowego.

Należy zaznaczyć, że niniejszym badaniem objęto pacjentów z zaburzeniem osobowości borderline. Jest to specyficzna grupa chorych. Wyników uzyskanych w tym badaniu nie należałoby zatem uogólniać na procesy terapeutyczne pacjentów z innym rozpoznaniem. Prezentowane tutaj badanie pokazało, jak ważnym problemem może być manipulacja w psychoterapii. Wpływając na relację terapeuta-pacjent może ona znacząco utrudniać i komplikować proces leczenia. Niezmiernie ważna może tutaj być superwizja, która może pomóc dostrzegać oraz przewyżczać problemy wynikające zarówno ze stosowania taktyk manipulacji przez pacjentów, jak i przekonań terapeutów co do pacjentów jako osób mających silną skłonność do manipulacji.

#### **Макиавелизм и манипуляционные тактики предпринимаемые пациентами с нарушениями личности типа бордерлайн в ежедневной жизни и во время терапии**

##### **Содепжание**

**Задание.** Заданием исследований было установление связи между личностью бордерлайн и макиавелизмом и наклонностью к применению пазличных тактик манипуляции в ежедневной жтзни и при терапии.

**Метод.** В работе использована авторская анкета для исследования наклонности к предприятияи тактики манипуляции, а также глоссарий для определения макевиализма MACH-1V (Христи, Гейтс, 1970 г.). Исследовано 30 лиц с диагнозом бордерлайн, 37 терапевтов и 30 человек контрольной группы.

**Результаты.** Не отмечено различий в общем показателе макиавелизма, но пациенты обладали низшим, чем лица контрольной группы, результат в шкале Тактика. В ежедневной жизни при манипуляции пациенты чаще всего применяли тактики обиды, лжи и просьбы. Пациенты имели существенно высшую, чем лица контрольной группы, наклонность применения тактик просьб, угрозы прекращения близкого контакта, а более низкой при применении видения. Во время терапии, в оценках терапевтов, пациенты чаще всего использовали ложь и возбуждение, чувства вины. Терапевты более высоко оценивали наклонность пациентов к усилению тактики манипуляции, чем декларировали сами пациенты.

**Выводы.** Пациенты с бордерлайн характеоизуются увеличением степени макевализма, нежели лица контрольной группы. Пациенты отличаются от контрольной группы лиц, большей наклонностью к применению тактики угрозы и заклинания. В сравнение с оценками терапевтов снижают собственную оценку своей наклонности до применения манипуляции. У терапевтов, чем более большой стаж и большее число леченных пациентов с бордерлаин, тем лучшие возможности определения манипуляции у таких пациентов.

**Ключевые слова:** нарушения личности, типа бордерлайн, тактика манипуляции, макиавелизм

## **Machiavellismus und Manipulation bei Patienten mit Borderline – Persönlichkeitsstörung im Alltag und während der Therapie**

### **Zusammenfassung**

**Ziel.** Das Ziel der Studie war die Untersuchung des Zusammenhanges zwischen der Borderline – Persönlichkeit, dem Machiavellismus und Neigung zur Anwendung unterschiedlichen Manipulationstaktiken im Alltag und während der Therapie.

**Methode.** Für die Studie wurde eine eigene Umfrage zur Erfassung der Neigung zu Manipulation und der Fragebogen zur Erfassung von Machiavellismus MACH-IV (Christie, Geis, 1970) eingesetzt. Es wurden 30 Personen mit der Diagnose BPD und 30 Personen aus der Kontrollgruppe untersucht.

**Ergebnisse.** Es wurden keine Unterschiede im allgemeinen Index von Machiavellismus nachgewiesen, aber die Patienten erzielten ein niedrigeres Ergebnis in der Skala Taktik als die Personen aus der Kontrollgruppe. Im Alltag, bei der Manipulation, wurden von den Patienten am häufigsten folgende Taktiken gebraucht sich beleidigt fühlen, lügen und flehen. Die Patienten zeigten eine signifikant höhere Neigung zur Anwendung der folgenden Taktiken als die Personen aus der Kontrollgruppe Flehen, Drohung, Drohung mit dem Bruch einer nahen Beziehung. Sie zeigten auch eine niedrigere Neigung zur Taktik der Verführung.

Bei der Therapie bedienten sich die Patienten in der Meinung der Therapeuten der Lüge und dem Schuldgefühl. Die Therapeuten beurteilten höher die Neigung der Patienten zu Manipulationstaktiken als die Patienten selbst.

**Schlussfolgerungen.** Die BDP Patienten charakterisiert eine ähnliche Intensität von Machiavellismus als die Personen aus der Kontrollgruppe. Die Patienten neigen häufiger zur Taktik Drohung und Flehen als die Kontrollgruppe. Im Vergleich mit der Bewertung der Therapeuten schätzen sie die eigene Bewertung ihrer Neigung zur Manipulation niedriger. Je längere Erfahrung und größere Zahl der behandelten Patienten mit BDP bei den Therapeuten, desto größere Fähigkeit, die Manipulation bei diesen Patienten wahrzunehmen.

**Schlüsselwörter:** Persönlichkeitsstörungen Borderline, Manipulationstaktiken, Machiavellismus

## **Le machiavélisme et les tactiques des manipulations usées chaque jour et durant la thérapie par les patients souffrant du trouble de la personnalité borderline**

### **Résumé**

**Objectif.** Examiner de plus près les relations de la personnalité borderline et du machiavélisme ainsi que de la tendance à user plusieurs tactiques de manipulation dans la vie quotidienne et pendant la thérapie.

**Méthode.** Les auteurs usent leur questionnaire construit exprès pour l'examen des tactiques des manipulations et le questionnaire pour analyser le machiavélisme- MACH-IV (Christie, Geis, 1970). On examine 30 personnes diagnostiquées BDP, 37 thérapeutes et 30 personnes du groupe de contrôle.

**Résultats.** On ne note pas de différences de l'indice général du machiavélisme, seulement les patients ont le niveau peu élevé de l'échelle « Tactique » que le groupe de contrôle. Dans la vie quotidienne les patients usent le plus souvent les tactiques de manipulation suivantes : être blessé, mentir, supplier. Les patients ont la tendance plus forte aux tactiques de supplier, menacer, menacer à rompre les relations proches et ils ont la tendance moins forte à séduire. Durant la thérapie et d'après les opinions des thérapeutes les patients se servent le plus souvent du mensonge et du sentiment de culpabilité. Les thérapeutes estiment mieux les tactiques des manipulations des patients que les patients eux-mêmes.

**Conclusions.** Les patients avec BDP ont le niveau semblable du machiavélisme que les personnes du groupe de contrôle. Pourtant les patients plus souvent que le groupe de contrôle usent les menaces et les supplications. Les patients comparés avec les thérapeutes estiment leur tendance à manipuler

comme faible, les thérapeutes experts et le nombre élevé des patients avec BDP ont la plus grande facilité de percevoir les manipulations des patients.

**Mots clés.** Personnalité borderline, tactiques de manipulation, machiavélisme

### Piśmiennictwo

1. Wrońska A. *Zaburzenia osobowości typu borderline (zaburzenia z pogranicza): epidemiologia, etiologia, leczenie*. Psychiatr. Prakt. Ogólnolek. 2007; 7: 161–169.
2. Bateman AW, Halliwick U, Barnet E. *Borderline personality disorder*. W: Norcross JC, VandenBos GR, Freedheim DK. red. *History of psychotherapy: continuity and change*. Washington, DC: American Psychological Association; 2011. s. 588–600.
3. Jakubik, A. *Zaburzenia osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2003.
4. Murawiec S. *Pograniczne zaburzenia osobowości a depresja*. Lęk Depresja 1998; 3: 189–198.
5. Linehan MM. *Zaburzenia osobowości z pogranicza: terapia poznawczo-behawioralna*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2007.
6. Popiel A. *Zaburzenie osobowości z pogranicza – wyzwania terapeutyczne*. Psychiatria 2011; 2: 64–68.
7. Tyra TL. *Niektóre metody diagnozy różnicowej zaburzenia osobowości typu borderline*. Psychiatr. Pol. 1989; 23: 396–402.
8. Gunderson JG, Davis T, Youngren VR. *Dealing with self-destructiveness in borderline patients*. W: Rosenbluth M, Yalom ID. red. *Treating difficult personality disorders*. San Francisco: Jossey-Bass; 1997. s. 25–50.
9. Pastuszek A. *Strategie regulacji emocji a inteligencja emocjonalna u pacjentów z zaburzeniem osobowości borderline*. Psychiatr. Pol. 2012; 46: 409–420.
10. Kaplan HJ, Sadock BJ. *Osobowość „z pogranicza” borderline*. W: Sidorowicz S. red. *Psychiatria kliniczna, wyd. 2*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2004. s. 175–177.
11. Wrońska A. *Zaburzenia osobowości typu borderline (zaburzenia z pogranicza) – epidemiologia, etiologia, leczenie*. Psychiatr. Prakt. Ogólnolek. 2007; 4: 161–169.
12. De Moor MHM, Distel MA, Trull TJ, Boomsma DJ. *Assessment of borderline personality features in population samples: is the personality assessment inventory–borderline features scale measurement invariant across sex and age?* Psychol. Assess. 2009; 21 (1): 125–130.
13. Gmitrowicz A, Kucharska A. *Pograniczne zaburzenia osobowości*. Przegl. Lek. 1993; 50: 159–162.
14. Bourke ME, Grenyer BF. *Psychotherapists' response to borderline personality disorder: a core conflictual relationship theme analysis*. Psychother. Res. 2010; 20 (6): 680–691.
15. Pastuszek A. *Regulacja emocji u pacjentów z zaburzeniem osobowości borderline – aktualne kierunki badań*. Psychiatr. Pol. 2012; 46: 401–408.
16. Aleksandrowicz J. *Nerwice: psychopatologia i psychoterapia*. Warszawa: PZWL; 1998.
17. Czernikiewicz A. *Pograniczne zaburzenia osobowości – współczesny rozwój koncepcji*. Psychiatr. Pol. 1986; 20: 225–231.
18. Tomb DA. *Osobowość z pogranicza – borderline*. W: Sidorowicz S. red. *Psychiatria*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 1998. s. 181.
19. Kernberg OF. *Psychodynamiczna terapia pacjentów borderline*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2007.
20. Chapman AL, Dixon-Gordon KL, Layden BK, Walters KN. *Borderline personality features moderate the effect of a fear induction on impulsivity*. Personal. Disord. 2010; 1: 139–152.
21. Krause-Utz A, Oei NY, Niedtfeld I, Bohus M, Spinhoven P, Schmahl C, Elzinga BM. *Influence of emotional distraction on working memory performance in borderline personality disorder*. Psychol. Med. 2012; 42: 2181–2192.

22. Goldstein EG. *Zaburzenia z pogranicza: modele kliniczne i techniki terapeutyczne*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2003.
23. McHoskey JW. *Machiavellianism and personality dysfunction*. *Pers. Individ. Differ.* 2001; 31: 701–798.
24. Christie R, Geis F. *Studies in machiavellianism*. New York: Academic Press; 1970.
25. Seligman MEP, Walker EF, Rosenhan DL. *Zaburzenia osobowości borderline*. W: *Psychopatologia*. Warszawa: Wydawnictwo Zys i S-ka; 2003. s. 431–436.
26. Mandal E. *Miłość, władza i manipulacja w bliskich związkach*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2008.

Adres: Eugenia Mandal  
Instytut Psychologii Uniwersytet Śląski  
40-126 Katowice, ul. M. Grażyńskiego 53

Otrzymano: 22.02.2012  
Zrecenzowano: 21.01.2013  
Otrzymano po poprawie: 18.02.2013  
Przyjęto do druku: 19.06.2013