

TERAPIE HRANIČNÍ PORUCHY OSOBNOSTI – DIALEKTICKÁ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE

MUDr. Mgr. Petr Pastucha

Psychiatrická klinika FN a LF Univerzity Palackého v Olomouci

Autor vychází ze svých zkušeností se stacionární formou dialektické behaviorální terapie v léčbě hraniční poruchy osobnosti, které získal na Hans-Prinzhorn-Klinik v Hemeru (Německo). Ve srovnání s vyspělými zeměmi je hraniční porucha osobnosti v našich psychiatrických zařízeních diagnostikována vzácněji. Lze však očekávat její narůstající incidenci, a to nejen díky větší pozornosti, která je jí věnována, ale i díky jejímu častějšímu výskytu jako takovému.

Úvod

Hraniční porucha osobnosti je charakterizována nestabilitou emocí, myšlení, chování, sebeobrazu a interpersonálních vztahů. Její diagnostika je částečně ztížena ne zcela ostrým vymezením vůči ostatním poruchám osobnosti a častou komorbiditou s jinými duševními onemocněními. Diagnostiku v případě řady symptomů rovněž ztěžuje jejich pouze kvantitativní a nikoli kvalitativní odlišení od rysů „normálně“ strukturované osobnosti. Jedním z důvodů, proč je hraniční porucha osobnosti diagnostikována častěji jak v USA, tak i v zemích západní Evropy, může být i její širší vymezení dle kritérií DSM IV (1) ve srovnání s kritérii dle MKN 10 (15). Její prevalence se udává kolem 2 % (5).

Dialektická behaviorální psychoterapie (DBT) vznikla na základech standardní kognitivně-behaviorální psychoterapie (KBT), která se používala u pacientů, kteří se opakovaně pokusili o suicidium. Na základě těchto zkušeností vyvinula v 80. letech minulého století Marsha Linehan, profesorka psychologie na Washingtonské univerzitě v Seattlu, terapii přímo zaměřenou na léčbu hraničních poruch osobnosti – DBT.

Dialektická behaviorální terapie

DBT používá celé spektrum kognitivních a behaviorálních technik – např. nácvik řešení problémů, expoziční, trénink dovedností, kognitivní přerámování a další. Mimořádný důraz v terapii věnuje DBT zejména těmto oblastem (7):

1. Přijetí a schválení chování v daném okamžiku samotným pacientem takového, jaké je.

Je rovněž důležité vyvážit dosažené změny v průběhu terapie s jejich přijetím pacientem. Techniky přijetí chování a subjektivního vnímání světa jsou odvozeny z východních zenových postupů a přizpůsobeny západním tradicím – jsou to například techniky prostého pozorování, neposuzování a další techniky dovedností plného vědomí.

2. Pozornost, jakou věnuje DBT chování, které působí rušivě na terapii, a to jak ze strany klienta, tak i terapeutického týmu. Tento přístup je bližší spíše analytickým pojmům přenosu a protipřenosu, než terapeutickému vztahu, jak ho známe z KBT.

3. Důraz na terapeutický vztah jako takový.

4. Důraz na dialektický proces, což dle M. Linehan (8) znamená celostní, mezivztahový přístup. Terapie probíhá v součinnosti (nácvik jednotlivých dovedností), zohledňu-

je pohled na části systému přes analýzu celku, pohled na životní prostředí pacienta i s jeho historií, klade důraz na neustálou proměnlivost celého systému. Celkově lze dialektikou rozumět protiklad k dichotomnímu, černo-bílému myšlení, které je základním obranným mechanismem u pacientů s hraniční poruchou osobnosti (splitting).

DBT je tvořena kombinací individuální a skupinové psychoterapie, které se mohou odehrávat v ambulantní i stacionární formě. Typicky je pacient seznámen s DBT v ambulantní fázi, následuje několikaměsíční stacionární terapie a poté opět pokračuje v terapii ambulantní.

Základním pilířem DBT je skupinová terapie dovedností, která vychází z teoretického konceptu příznaků hraniční poruchy v oblastech dysregulace emocí, interpersonálních vztahů, chování, pocitu „self“ a myšlení. Proto se skupinová terapie dovedností odehrává ve čtyřech tréninkových modulech:

1. *Skupina plného vědomí* je zaměřena na dysregulaci pocitu „self“, který zahrnuje pocity neuvědomování si sebe, pocity prázdnoty. Dovednosti v této skupině obsahují rovněž techniky zaměřené na dysfunkční myšlení. Patří sem různá kognitivní zkreslení včetně depersonalizačních, disociačních a v extrémní formě až bludných projevů. Ke zvýraznění těchto projevů dochází často ve stresových situacích. Náplní této skupiny jsou např. techniky prostého pozorování, popisu událostí, plného prožití dané situace, nehodnocení-nenálepkování, techniky zaměřené na schopnost koncentrace pouze na jednu činnost, výběr účinných technik řešení problémů.

2. *Skupina mezilidských dovedností* je zaměřena na selhávání pacientů v mezilidských vztazích. Ty bývají často chaotické, přespříliš intenzivní, jsou charakterizovány neschopností vztah udržet či naopak ukončit. Tento modul dovedností je blízký asertivním technikám, tak, jak je známe z KBT, např. schopnost prosazení oprávněných práv, odmítnutí, techniky řešení konfliktů, schopnost požádat o pomoc, prosadit a obhájit názor.

3. *Skupina dovedností emočního prožívání* podporuje schopnosti jak zvládat emoce, které bývají přehnaně intenzivní a nestabilní. Patří sem např. dovednosti jak rozpoznávat, popsat vlastní emoce, jaké jsou možnosti jejich ovlivnění nebo techniky, jak snížit emoční zranitelnost.

4. *Skupina dovedností stresové tolerance* se snaží o nácvik strategií, které pomáhají zvládnout maladaptivní chování (impulzivní chování, sebepoškozování, sebevražedné pokusy, zneužívání návykových látek). Jsou to např.

schopnosti jak snášet stres, jak se se stresem vyrovnat, jak přijmout neovlivnitelné okolnosti.

Aplikace DBT na Hans-Prinzhorn-Klinik

S využitím DBT v praxi jsem měl možnost se seznámit během měsíční stáže na Hans-Prinzhorn-Klinik v Hemeru. V rámci všeobecného psychiatrického oddělení je vyčleněna speciální jednotka pro terapii pacientů s diagnózou hraniční poruchy osobnosti. Maximální počet pacientů je osm, terapeutický tým vyškolený v DBT zahrnuje dva lékaře, jednoho psychologa, jednu sociální pracovníci, dvě zdravotní sestry a další pomáhající personál (muzikoterapeuta, arteterapeuta). Celá stacionární forma terapie je rozdělena do třech fází. První, přípravná fáze trvá do 3 týdnů, druhá fáze již s plným programem 6–8 týdnů, třetí fáze trvá 2–4 týdny a je přípravou na propuštění. Plný program se skládá ze třech typů skupinové psychoterapie: „*skupina dovedností*“ se koná 3× týdně ve 4 modulech. Rovněž 3× týdně, ale v případě potřeby pacientů i častěji, probíhá „*vztahová*“ samořídící patientská skupina bez účasti terapeutů. Ta je zaměřena na vztahy na oddělení a ve skupině, problémy v terapii a možné strategie jejich řešení, na analýzu problémového chování a možnosti jeho zvládnutí. Třetím typem skupinové psychoterapie je jednou týdně skupina „*základní*“, která je zaměřena na edukaci o hraniční poruše osobnosti a její terapii. Dává rovněž prostor otázkám, které mnohdy krystalizují ve skupině samořídící. Všechny typy skupin trvají 60 minut.

Každou skupinu jsme společně začínali krátkou meditační technikou a končili uvolňujícím tělesným cvičením (hrou s míčem). Kromě těchto celkem nejméně sedmi skupin týdně má každý pacient svého terapeuta, který se mu věnuje 2× týdně po 30 minutách individuálně. Pacienti si sami monitorují pokrok v léčbě pomocí tzv. denní karty, kde je zaznamenána intenzita potíží, případné maladaptivní chování a použité strategie jeho zvládnutí s mírou úspěšnosti.

Literatura

1. American Psychiatric Association. Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM IV, Fifth printing. Washington DC. 1998: 358s.
2. Boleloucký Z, et al. Hraniční stavy v psychiatrii. Grada Publishing, Avicenum. Praha. 1993: 230s.
3. Clarkin JF, Marziali E, Munroe-Blum H. Borderline Personality Disorder. The Guilford Press. 1992: 352s.
4. Faldyna Z. Hraniční porucha osobnosti. Psychiatrické centrum Praha. 2000: 41s.
5. Höschl C, Libiger J, Švestka J. Psychiatrie. Tigris 2002: 895s.
6. Koons CR, Robins CJ, Tweed JL. Efficacy of dialectical therapy in women veterans with borderline personality disorder. Behavior Therapy 2001; 32 (2): 371–390.
7. Linehan M. Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. The Guilford Press, New York. 1993: 558s.
8. Linehan M. Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder. The Guilford Press. New York. 1993: 180s.

Každý den se schází celý terapeutický tým k analýze průběhu terapie u jednotlivých členů a tyto schůzky týmu jsou zároveň prevencí burn-out syndromu vzhledem k mimořádně náročnosti práce s těmito pacienty.

Po propuštění dále pokračují pacienti v terapii ambulantně u psychiatrů nebo psychologů seznámených s DBT.

Diskuze

Vzhledem k personální i časové náročnosti (průměrná délka stacionární terapie ve vyspělých zemích se pohybuje kolem 3–6 měsíců), nebude zřejmě možné v nejbližší době aplikovat DBT v systému naší zdravotní péče v celé šíři. Domnívám se však, že celou řadu východisek lze využít i u nás. Inspirací může být například důraz na přijetí svého chování v daný okamžik samotným pacientem, důležitost vyvážení procesu změny a jejího přijetí, větší osobní zaangażovanost terapeutů, podpora přebírání zodpovědnosti za své chování samotnými pacienty, důraz na větší informovanost a edukaci pacientů, i řada konkrétních technik. Pro terapeuty považují za užitečné společné porady a supervize jako prevenci syndromu vyhoření. V současnosti dochází k rozšiřující se indikaci DBT na širší spektrum psychických poruch (jiné poruchy osobnosti, poruchy nálady, terapie závislosti, poruchy příjmu potravy). Stejně jako v případě terapie hraniční poruchy osobnosti (6, 9, 11), potvrzují další klinické studie účinnost DBT i v těchto indikacích (10, 12).

Závěr

Dialektická behaviorální terapie je alternativou tradičním psychoterapeutickým přístupům, které se věnují terapii hraniční poruchy osobnosti (zejména dynamického a humanistického zaměření). Výhodou DBT jsou přesná pravidla terapeutických postupů a struktura celé terapie s prokázanou účinností.

9. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A. Cognitive behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. Archives of General Psychiatry, 1991; 48: 1060–1064.
10. Linehan MM, Schmidt H, Dimeff LA. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug dependence. American Journal on Addiction, 1999; 8 (4): 279–292.
11. Linehan MM, Tutek DA, Heard HL. Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. American Journal of Psychiatry, 1994; 151: 1771–1776.
12. Lynch TR, Morse JQ, Mendelson T. Dialectical behavior therapy for depressed older adults. American Journal of Psychiatry, 2003; 11 (1), 33–45.
13. Ratgeber. Das Borderline syndrom. CIP-Medien 2000: 95s.
14. Röhr HJ. Hraniční porucha osobnosti. Portál. 2003: 117s.
15. Smolík P. Duševní a behaviorální poruchy. Maxdorf, 1996; 504s.