

Rachel E. Goldman, Mark J. Hilsenroth, Jerold R. Gold, and Bianca H. Cersosimo, Saryn R. Levy, Jesse J. Owen (2018). Psychoterapy Integration and Borderline Personality Pathology: An Examination of Treatment Outcomes. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28(4), 444 – 456). <http://dx.doi.org/10.1037/int0000124>.

Spracovala: Martina Magulová

Integratívna psychoterapia a hraničná porucha osobnosti: Výskum výsledkov liečby

Rachel E. Goldman, , Mark J. Hilsenroth, Jerold R. Gold and Bianca H. Cersosimo
(Adelphi University)

Saryn R. Levy, Jesse J. Owen (University of Denver)

Abstrakt: Predkladaná štúdia na súbore 75 ambulantných pacientov s hraničnou poruchou osobnosti (HPO) zkúma krátkodobú liečbu integratívnym psychoterapeutickým prístupom, ktorý využíva kognitívne-behaviorálne (CB) techniky s psychodynamickými interpersonálnymi (PI) technikami, a jeho vplyv na zmiernenie maladaptívnych vzorcov. PI a CB techniky boli posudzované na základe nezávislého hodnotenia videonahrávok a podľa terapeutického spojenectva vnímaného pacientmi. Symptómy na Ose II u HPO boli namerané indexom hraničnej poruchy (BPI). Výstupy liečby týkajúce sa fungovania pacientov (PEI) a zmien na škále globálneho indexu symptómov (BSI-GSI-RCI) z predbežných analýz se neukázali ako významné. Priamy vzťah medzi zmiernením patológie pacienta a využitím kombinácie CB a PI techník se rovnako nepreukázal. Je potrebné dodať, že každá PI a CB technika osobitne, obdobne nepreukázala významný vzťah k zmierneniu patológie HPO. Analýza účinnosti terapeuta na viacerých úrovniach ukazuje, že symptómy HPO se výrazne nezmenili ani pacienti nevnímali zlepšenie ich fungovania. Post hoc analýzy demonštrujú niektoré dôležité zistenia vedúce k terapeutovi a síce, že presvedčivé skóre pevného terapeutického spojenectva negatívne korelovalo s patológiou HPO. Na druhej strane ani to nevedlo k významnému zlepšeniu výsledku liečby. Nepodarilo sa preto presvedčivo preukázať, že integrácia CB a PI metód vedie k väčšej účinnosti psychoterapie.

Kľúčové slová: hraničná porucha osobnosti, psychoterapia, psychodynamika, kognitívne-behaviorálne, psychoterapeutická integrácia

Článok sa zameriava na proces v psychoterapeutickej integrácii, aby doplnil štúdie jednotlivých teoretických modelov v psychoterapii. Kontinuálne hodnotenie procesu a jeho premenných poskytuje lepší vhlad do poznania, ktorá kombinácia terapeutických stratégií unikátnym spôsobom a efektívne cieľi na individuálnu skúsenosť každého jedného pacienta. To môže byť obzvlášť užitočné u pacientov s poruchou osobnosti, ktorí sa vyznačujú komplexnou symptomatikou, pervazívnymi medziľudskými problémami ako aj vzorcami správania, ktoré vedú k utváraniu ďalších bariér na ceste k úzdruve. **Osobnosťou daná kontrola impulzov, ako v zložke kognitívnej a afektívnej, tak aj schopnosť sa vzťahovať k druhému človeku, môžu**

interferovať s vytváraním terapeutického spojenectva. A to veľkou mierou prispieva k predčasnému ukončeniu terapie (Bennett, Parry, Ryle, 2006). Turbulencie v terapeutickom spojenectve sa u pacientov s poruchou osobnosti vyskytujú relatívne často v porovnaní s ostatnou klinickou populáciou. Až šesťnásobne častejšie pacienti so významnejšou osobnostnou problematikou zažívajú zmeny v pracovnej aliancii od jedného sedenia k ďalšiemu. Preto silné terapeutické spojenectvo v rannej fáze vedie k významne nižšiemu číslu predčasne ukončených terapií pre klastre A a B pacientov s poruchou osobnosti (Lingiardi, Filippucci, Baiocco, 2005).

Hraničná porucha osobnosti je obzvlášť výzvou pre terapeutov pre chronické a masívne psychosociálne poškodenie, vysokú mieru automutilácie a iných komorbidít ako napr. poruchy nálad s ďalšiu psychopatológiou osobnosti. Hoci existujú efektívne spôsoby liečby, obrovské číslo pacientov s touto poruchou naďalej terapie opúšťa a tým sa empiricky úspešná liečba v klinickej praxi ťažko preukazuje. Ďalší z dôvodov, prečo je pre pacientov s HPO vytvoriť a udržať vzťah s terapeutom tak zložitý, spočíva v samotných maladaptívnych vzorcoch vzťahovania sa k druhému pre častú emočnú labilitu a poruchy rannej vzťahovej väzby (attachmentu). Terapeuti často reagujú na symptomatiku pacientov s HPO negatívne. Preto včasné a kvalitné terapeutické spojenectvo umožňuje ustáť predčasné pokusy ukončiť terapiu a vedie k zmierneniu symptómov.

Smery ako Dialekticko-behaviorálna terapia (DBT), Liečba založená na mentalizácii (MBT) a Psychoterapia zameraná na prenos (TFP) uplatňujú niekoľko spoločných stratégií **ako budovať terapeutické spojenectvo.** To zahŕňa najmä štruktúru a hranice, schopnosť odozvy a emocionálnej angažovanosti u terapeuta, terapeutovu kultiváciu pacientovej schopnosti uvedomovať si vlastné emócie, supervíziu, tímovú podporu a hlavne pozornosť terapeuta k možným rupturám. Silné spojenectvo umožňuje pacientovi vyjadriť i negatívne emócie v bezpečnom prostredí s bezpečne stanovenými hranicami. Úlohou terapeuta je kontejnovať negatívny afekt a tolerovať emočnú dysreguláciu pacienta s HPO tak, aby udržiaval stabilitu a dôveru v spoločnom liečebnom procese (Levy et al, 2006). Efektívnou intervenciou sa tak stáva liečebný plán, ktorý explicitne definuje zodpovednosť, očakávania a role pacienta od samého začiatku terapie. Súčasné smery tak zdieľajú mechanizmy, ktoré prekračujú teoretické východiská a umožňujú tak integrovať to čo funguje.

Hilseroth a jeho kolegovia (2007) preskúmali v rámci krátkodobej psychodynamickéj psychoterapie (STPP) súvislosť medzi HPO psychopatológiou a výsledkami liečby komorbidnej depresívnej symptomatiky. Aplikovali nástroje k posúdeniu maladaptívneho vzťahového vzorca a štrukturovanú diskusiu k cieľom a úlohám v liečbe. So zlepšením depresívnej symptomatiky u pacientov s HPO sa preukázalo zlepšenie fungovania vo vzťahoch ako aj významne silná terapeutická aliancia. **Aktívnejší prístup terapeuta od začiatku liečby v navrhovaní úloh a aktivít pacientovi, ktoré plní v čase medzi terapeutickými sedeniami** (tzv. kognitívne-behaviorálny prístup v psychoterapii), **vedol k adaptívnejším kopingovým schopnostiam a zlepšeniu správania u pacientov s HPO.** Celkovo direktívnejší prístup v témach, terapeutických aktivitách, ako aj v prepájaní súčasných pocitov pacienta s jeho skúsenosťami a vzťahmi z minulosti, a tiež **oslovovanie zmien v nálade či vyhýbaní se nejakej téme v terapii, vedie k lepšiemu pochopeniu vzorcov ako sa pacient vzťahuje k ostatným.** Terapeut skúma spoločne s pacientom tieto zažitú vzorce naprieč všetkými úrovňami, v rôznych kontextoch a životných obdobiach. Tento prístup terapeuta je o aktívnej a flexibilnej integrácii intervencií v rámci dynamického rámca (Gold, Stricker, 2001). Aktívny prístup terapeutovi

umožňuje podchytiť zmeny aliancie u pacientov s HPO, ktorí sú extrémne citliví voči vzťahovým rupturám, izolácii a odmietnutiu. Oslovením súčasného maladaptívneho vzorca a jeho prepojením s minulosťou umožňuje pacientom s touto problematikou lepšie nahliadnúť a tým umožniť zmenu správania.

ŠTÚDIA

Táto štúdia cieľi na to ako miera patológie pacienta s HPO ovplyvňuje terapeutovo použitie integratívnych techník a následne i pozitívne výsledky liečby. Jedna z premís je, že čím väčšia a flexibilnejšia integrácia terapeutických techník, tým lepšie sa dosahuje terapeutické spojenectvo. V hypotéze, že vzťah medzi terapeutovým flexibilným použitím integratívnych techník (techniky KBT vrámci psychodynamickej liečby zameraných pomocou CPPS-ER) a pozitívnymi výsledkami liečby (vyššie skóre na PEI a GSI vrámci metódy BSI) bude ovplyvnený psychopatológiou pacientov s HPO na ose II podľa Bordeline Pathology Index (BPI).

PARTICIPANTI

Do štúdie bolo zaradených 75 pacientov, 54 žien a 21 mužov, bez ohľadu na to, či v minulosti absolvovali psychiatrickú liečbu alebo v súčasnosti trpia komorbidnými diagnózami. Priemerný vek bol 29 rokov. 42 z pacientov se nachádzali na ose II podľa DSM-IV a z toho 21 pacientov plne spĺňovalo kritéria HPO. Celkovo sa tak miera závažnosti symptomatológie HPO pohybovala od iernej až po stredne závažnú.

TERAPEUTI

Z 29 licencovaných klinických terapeutov, 14 mužov a 15 žien, zaradených v doktorantskom programe, každý mal priradených 1 až 5 pacientov a minimálne absolvoval 3,5 hodín individuálnej a skupinovej supervízie každý týždeň. Supervídované boli jednotlivé videonahrávky a technické intervencie. Terapeuti boli všetci absolventi výcviku v psychodynamickej psychoterapii.

PROCEDÚRA

Každý pacient obdržal psychologické zhodnotenie svojho stavu vychádzajúce z viacerých metód, napr. semištruktúrované diagnostické interview a sebehodnotiaci dotazník, atď. Následovalo stretnutie za účelom oboznámenia s výsledkom. Väčší dôraz kládli všetci terapeuti na intrapersonálne a interpersonálne témata vyplývajúce z výsledku testov, z interakcie pacienta s terapeutom a z udržiavacích faktorov v živote pacienta. Potom terapeuti ponúkli pacientom možnosť lepšie nové zistenia preskúmať a aplikovať na ich súčasné problémy. Zpätná väzba bola pacientom prezentovaná jak ústne tak písomne a hlavne veľmi jasne a stručne, aby poukázali na charakteristickú symptomatológiu a deficit v bio-psycho-sociálnom fungovaní pacientov. **Aby terapeuti podporili budovanie silných základov pre terapeutické spojenectvo vyzvali pacientov k diskusii o tom ako by sa mohol preskúmaný maladaptívny vzorec manifestovať v ich vzájomnom psychoterapeutickom vzťahu.**

Socializačné interview od Luborsky (1984) umožnilo terapeutom s pacientmi prediskutovať očakávania od psychodynamickej terapie a role pacienta a terapeuta počas liečby. Dohodol sa rámec tj. cieľ, frekvencia, platba, postup v prípade zameškaných sedení. Okrem štandardných informácií o pacientovi ako psychiatrická anamnéza, farmakoterapia, atď, si terapeut zhodnotil aktuálny psychický stav pomocou SCID interview podľa DSM-IV, aby vylúčil iné závažné

ochorenie z okruhu SCH či závažnú poruchu nálady /mániu/depresiu/zmiešanú epizódu, atď. Prebehla kontrola nezávislými hodnotiteľmi prostredníctvom videonahrávky výlučne z daného diagnostického sedenia.

Individuálna psychoterapia prebiehala raz alebo dvakrát týždenne a zameriavala sa na (a) **emócie a ich expresiu**, (b) **prieskum pokusov pacienta vyhnúť sa niektorým témam alebo zapojiť sa do aktivít brániacich progresu v terapii**, (c) **identifikáciu vzorcov správania, myslenia, prežívania, utvárania skúseností a vzťahov**, (d) **dôraz na minulú skúsenosť**, (d) **mezil'udskú skúsenosť**, (f) **dôraz na teraeutický vzťah**, a (g) **preskúmanie túžob, snov a fantázií**. Model intervencií od Safran a Muran (2000) bol použitý v prípade, že v terapeutickom vzťahu došlo k rupturám a bolo potrebné ich opraviť. To ako dlho bude pacient do terapie dochádzať nebolo obmedzené počtom sedení či dĺžkou obdobia. Naopak kedykoľvek nastalo to, že pacient chcel ukončiť terapiu, terapeut preskúmal predpoklad, či to súvisí s maladaptívnym vzorcom daného pacienta a často ohľadom priania ukončiť terapiu intervenoval. Terapeutický plán nastavený na začiatku psychoterapie sa priebežne aktualizoval. U dopredu naplánovaných termínoch po určitom počte sedení pacient i terapeut využívali štandardnú batériu k zhodnoteniu procesu a posunov v liečbe vzťahujúcich sa k tomu aktuálnemu sedeniu. Pacientov informovali o výsledku písomne aj ústne pred ďalším sedením s tým, že ich terapeut nemal k dispozícii priebežné hodnotenia procesu tj. terapeutického spojenectva, atď. Priemerný počet na konci štúdie bol 30 individuálnych psychoterapií na pacienta.

MERANIE

Index porúch osobnosti (PDI) umožnil rozdelenie pacientov na tých, ktorí majú plne vyjadrenú poruchu osobnosti (2), tých ktorí majú akcentované rysy bez plného vyjadrenia poruchy (1) a nakoniec pacientov bez poruchy osobnosti (0). Ďalej bol využitý **sebahodnotiaci Inventár BSI** s 53 položkami a škálami od 0 (vôbec) až 4 (extrémne ano). **Pacientovo hodnotenie zlepšenia (PEI)** je 16 položkový dotazník pokrýval širokú škálu prejavov fungovania pacienta od úľavy od symptómov, cez intímne vzťahy a vzťahy s blízkymi osobami, až po spokojnosť s psychoterapiou. 20 položkový **dotazník CASF-P** (Hatcher, Barends, 1996) je dotazníkový nástroj, ktorý slúžil klientovi/pacientovi k zhodnoteniu terapeutického spojenectva. Výsledky CASF-P predstavujú jedno celkové skóre a 4 subškály: **Idealizácia vzťahu s terapeutom**, **Sebavedomá spolupráca**, **Dohoda o cieľoch a úlohách**, **Puto**. Idealizácia terapeutického vzťahu hodnotí schopnosť pacienta uznať svoj nesúhlas a negatívne pocity voči terapeutovi. Sebavedomá spolupráca hodnotí úroveň zapojenia a skúseností pacienta s terapeutom, ako si terapiu pacient cení a mieru nádeje. Dohoda o vopred stanovených cieľoch a úlohách v terapii postihuje ako pacient a terapeut pracujú spoločne na ich dosiahnutí. Puto je charakteristické vzájomnosťou, rešpektom a dôverou. **Dotazník CPPS-ER** (Hilsenroth, Blagys, Ackerman, Bonge, et., 2005) hodnotil terapeutove aktivity a techniky. Skladá sa z 10 tvrdení postihujúcich psychodynamicko-vzťahové intervencie (CPPS-PI) a 10 tvrdení charakteristických pre kognitívne-behaviorálne intervencie (CPPS-CB). Terapeutove techniky ohodnotili naraz na oboch škálach. Pre doplnenie ku krátkodobému psychodynamickému rámcu CB subškály pozostávali (a) z dôrazu na kognitívne vzorce a emočný systém pacienta, (b) dôrazu na pacientovo učenie sa v terapii, (c) zo zadávania domácich úloh pacientovi, (d) z edukácie pacienta, (e) z usmernenia pacienta v aktivite, (d) z dôrazu na budúce funkčnosť pacienta. Po zhliadnutí videonahrávky vždy 2 nezávislí študenti graduálneho štúdia klinickej psychológie a vyplnili CPPS tj. obe škály PI a CB. Tak vznikla možnosť dať do súvislostí s výsledkami liečby všetky tri možnosti (PI, CB a PI +CB).

VÝSLEDKY

Vzťah medzi ústupom prejavov HPO nameraných pomocou indexu BPI a použitím techník integrovaným spôsobom tj. PI + CB sa neukázal v tejto štúdií signifikantný. Následne autori použili multiúrovňový model (MLM), aby **vylúčili, že to spôsobil rozdiel v efektívnosti jednotlivých terapeutov.** Inými slovami pacienti, ktorých pokrýval jeden terapeut boli náchylnejší k podobným výsledkom než pacienti dvoch rôznych terapeutov. Ani táto analýza však signifikantne nepreukázala vzťah medzi terapeutovými technikami a nameranými hodnotami pomocou BPI alebo PEI.

POST HOC AANALÝZA

Dokonca ani nižší rating terapeuta, nameraný pomocou CASF-T CC týkajúci sa terapeutickéj aliancie a v súvislosti s vyššou mierou patológie HPO, nevedol k signifikantnému vzťahu či zisteniam smerom k technikám, BPI či výsledkom liečby.

DISKUSIA A VYUŽITIE V KLINIKE

Štúdia preskúmala vplyv psychopatológie HPO ako premennej na integráciu psychoterapeutických techník vo vzťahu k výsledku liečby. Zistenia neboli signifikantné a nepotvrdili hypotézu autorov. **To, že výsledky neboli štatisticky významné neznamena, že pacienti s HPO neprofitovali z liečby berúc do úvahy komorbidity podobne ako profitujú z liečby pacienti bez HPO symptomatiky.** Ukazuje sa, že princípy ako zvýšená angažovanosť terapeuta od začiatku liečby ako aj štruktúrovaná diskusia o cieľoch a úlohách s pacientom hneď od prvých sedení, a v neposlednom rade pevné terapeutické spojenectvo vedú k zníženiu počtu predčasne ukončených terapií u pacientov na osy II. Pevná pracovná aliancia podporuje emočnú korekčnú skúsenosť u pacienta, ktorá môže časom viesť k lepšej prognóze a výsledkom liečby (Zack et al., 2015). Z práce autorov ZilchaMano a Errazuriz (2015) **je patrné, že pacienti v akútnom štádiu a so závažnejším distresom najviac profitujú z pevnej terapeutickéj aliancie.** Zistenia Falkenstroma a kolegov (2013) tiež hovoria o tom, že pre pacientov s poruchou osobnosti je terapeutické spojenectvo ešte o niečo dôležitejším faktorom než u iných pacientov najmä s ohľadom na prácu na rupturách. Ďalším zaujímavou premisou je, že nižšie hodnotenie terapeutom na škále „Sebavedomá spolupráca“ tj. obaja, terapeut i klient, pracujú na dohodnutých cieľoch, sa nespojoval s horším výsledkom liečby pacienta. Pacientova istota/dôvera v liečbu tým neutrpela. Tieto zistenia si protirečia s tým, že u mnohých pacientov s HPO sa predpokladal horší typ primárnej vzťahovej väzby. Rovnako nie vždy skúsenejší klinik v metodách disponuje schopnosťou budovať silné terapeutické spojenectvo (Baldwin, Imel, 2013). **Silný protiprenos, ktorý v terapeutoch ich pacienti s HPO vyvolávajú, vedie k tomu, že terapeuti sa cítia viac bezradní, premožení a menej efektívni v budovaní spojenectva.** Z toho vyplýva, že **terapeutická alianca je niečo, čo je veľmi podstatné neustále v terapii oslovovať** tak, aby pacienti s HPO na osy II lepšie pochopili ako došlo k zmenám v procese. Psychoedukácia týkajúca sa emocionálnych stavov ako sú obrovský strach pred skutočným alebo domnelým opustením, narušenie identity, impulzivita aspoň v dvoch oblastiach (potencionálne sebepoškozujúca) a chronické pocity prázdna, má potenciál dopĺňovať psychodynamickú liečbu ako takú. Vlastne demonštruje integráciu psychoterapeutických techník, ktorej cieľom je dopomôcť pacientovi rozvinúť nový spôsob ako sa vzťahovať k sebe a druhým vo svete. Limity štúdie spočívajú v tom, že nedošlo k zahrnutiu ďalších teoretických smerov než boli spomenuté dva smery.