

Kognitivně-behaviorální terapie hraniční poruchy osobnosti

Kristýna Brožková

Psychologický ústav FFMU, Brno

439269@mail.muni.cz



V klinické péči je hraniční porucha osobnosti nejčastější porucha osobnosti, bohužel její léčba není jednoduchá: je spojena s řadou přidružených problémů a nemoc se nedá úplně vyléčit. Terapeuti jsou schopni pouze pomoci klientovi postupně eliminovat její příznaky a zvládat následky (Grambal et al, 2017). Článek se snaží nastínit čtenářům základy kognitivně-behaviorální terapie hraniční poruchy osobnosti a poukázat na těžkost či komplikace, které při ní nastávají. Tento text se zaměřuje také na spolupráci terapeuta a klienta, určení hranic, vytvoření důvěrného vztahu i na protipřenos.

Klíčová slova: hraniční porucha osobnosti, terapie, kognitivně-behaviorální terapie

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (2008) definuje jedince trpící emočně nestabilní poruchou osobnosti hraničním typem jako jedince s neschopností ovládat své afekty a neschopností předpovídat své chování, s neodhadnutelnou náladou, s pocity vlastní prázdnoty, s neurčitou představou sebe sama, s nestabilními sociálními vztahy a sebevražednou tendencí.

Můžeme si jej představit jako člověka, který vnímá život v extrémech a díky černobílému myšlení striktně rozděluje osoby pouze na špatné a dobré. Není schopen si připustit, že věci nejsou jen dobré či špatné. Tuto klasifikaci bohužel často pozměňuje. Například Vás miluje, ale za nějakou dobu neuvěřitelně nenávidí. Celkově jedná velmi impulzivně, prožívá výbuchy zlosti i euforie. Třeba na kritiku reaguje agresivně, ale později

svého chování lituje a cítí silný stud. Většinou prožívá vnitřní zmatek, což souvisí s difúzní identitou. Často mění své názory i chování. Hodnocení sebe sama vykazuje slabou vnitřní konzistenci, nemá vytvořené jasné představy o sobě, má slabě ohraničené ego. Prožívá pocit, že neví, kdo je. Bohužel cítí nepříjemné návaly vnitřní bolesti, kterých se snaží zbavit záměrnou vnější bolestí (Praško, 2015).

Vztah mezi klientem a terapeutem

Jeden ze základních úkolů terapie hraniční poruchy osobnosti je **pocit bezpečí klienta**, vytvoření tzv. terapeutické aliance, aby si klient uvědomil potřebu podpůrného řízení. Hlavním tématem léčby je právě terapeutický vztah (Chessick, 1979). Terapeut musí dát najevo pochopení pro jeho těžkosti a investovat energii do získání důvěry od pacienta, snažit se porozumět motivaci jedince, vnitřnímu životu pacienta a akceptovat ho. Tento vztah později pomůže pacientovi k účelnému interpersonálnímu neboli mezilidskému chování, pro lepší začlenění se do kolektivu a pro zlepšení schopnosti udržovat sociální vztahy (Grambal et al, 2017).

Podstatným úkolem je také vzbudit v klientovi vědomí, že on je spoluzodpovědný za pravidla terapie, za její časový rámeček. **Hranice** určuje terapeut, který sebou nenechá manipulovat (Faldyna, 2005). Pacienti vyžadují tyto hranice, potřebují podporu, limity a směrnice, definování jednotlivých rolí – klient a terapeut. Vytvoření těchto hranic je opravdu klíčové, pomáhá i při snižování úzkosti terapeuta při práci s náročnými jedinci a navazují pocit bezpečí. Určení struktury času také podporuje rozvoj pocitu vlastní nezávislosti role klienta (Wheelis & Gunderson, 1998).

Někteří autoři tvrdí, že po prvním roce léčby by si měli klienti uvědomit svoji závislost na terapeutovi, jejich poddanost, potřebu dosavadních podpůrných sezení a tuto vazbu akceptovat. Ve svém druhém roce léčby lze očekávat dostatečnou stabilizaci tak, že pacient může pokračovat v nějaké výkonové roli, pokud ho porucha z pracovní činnosti vyřadila (Wheelis & Gunderson, 1998).

Kognitivně-behaviorální terapie

Kognitivně-behaviorální terapie je jedna z možností léčby osob s hraniční poruchou osobnosti. Terapie se zaměřuje především na zdatné rozeznání svých emocí a jejich následné zvládnutí. Také vede klienty k systematickému řešení problémů (Praško, 2015). Snaží se poupravit černobílé myšlení pacienta, zlepšit adaptaci na ztráty a změny v životě. Pocit vlastní

identity posílí společná identifikace pozitivních vlastností, také realistická zpětná vazba od terapeuta. Terapeut pomáhá pacientovi rozpoznat, jak jsou jeho nálady reaktivní. Hlavní cíl je tedy zvýšit předpověditelnost reakcí klienta, zlepšit kontrolu emocí a zmírnit emoční nestabilitu. Toho se docílí pomocí změny stylu a změny schémat.

Změna stylu se zaměřuje na nácvik sebeovládání, impulzivity, emočního sebeuvědomování apod. V terapii si klient vyzkouší alternativní způsoby reagování (dokonce i opakování konkrétních vět), má možnost vyjádření a experimentování se svými emocemi bez důsledků, pouze dostane zpětnou vazbu na jejich účinnost (Grambal et al, 2017). Například si může zkusit kognitivní rekonstrukci hádky s nadřazeným, kdy klient jednal vztekle a používal vulgární výrazy, které nebyly vhodné. Při terapii se poté hovoří o vzniklé situaci, o uvědomění nefunkčního chování a nastolení nového lepšího řešení.

Změna schémat je využívána pro zmapování a analýzu automatických myšlenek (v čem mu pomáhají a v čem škodí) a následně jejich zpochybnění. Jedná se zejména o rozbor dichotomního myšlení, které patří k nejdůležitějším úkolům intervence. Bohužel klienti rozdělují jednotlivé osoby na dobré a zlé a nedokáží připustit, že každý jedinec má své silné i špatné stránky. Pomocí definování extrémů pro kategorizaci lidí má pacient za úkol zařadit do kategorie konkrétního jedince. Například má popsat charakteristiky osoby, které by naprosto důvěřoval a naopak charakteristiky člověka, který by byl podle něj „zrádce“. Poté do těchto dvou pólů zařadit svého bratra. Funkce cvičení je otestovat reálnost dichotomního pohledu. Klient si myslí, že bratrovi může věřit, ale pokud se při terapii postupně probírají jednotlivé vlastnosti, které by měl důvěryhodný člověk splňovat, bratr je nevykazuje, jelikož se s ním klient před nějakou dobou právě kvůli nesplnění jednoho bodu pohádal. Pacient si toto kognitivní zkroucení musí uvědomit. Rozboří se klientovo černobílé myšlení a postupně se zařazují další osoby, ale již se nepoužívá stupnice důvěryhodný/“zrádce“, ale například desetibodová škála od naprosté důvěryhodnosti po minimální (Praško, 2015).

Nastíní se tedy alternativní způsob řešení, který je později klientem aplikován do praxe. Změny by měly být realizovány postupně v rámci klientových možností, netlačit na něj. Pomůže k tomu otevřená verbalizace strachu ze změny nebo použití imaginace pro zpracování traumat z dětství (Grambal et al, 2017).

Dialektická behaviorální terapie vytvořená Linehanovou v roce 1993 uvádí tři fáze terapie. První fáze je zaměřená na sebepoznání, sebeřízení a sebeuvědomování, v druhé fázi dochází ke zpracování traumat z minulosti a ve třetí k vypracování sebeúcty (Praško, 2015).

Komplikace při terapii

Při rané fázi terapie osoby s hraniční poruchou osobnosti musíme počítat se zrušenými schůzkami, s mlčením při sezení, s častým řešením suicidálních, sebepoškozovacích tendencí aj. (Wheelis & Gunderson, 1998).

Jak jsme již zmínili, s těmito pacienty je nesnadná práce. Střídá se u nich vděk a zneužívání či agrese (Praško, 2015). Pacient může po nějakém čase terapie „zkoušet“ terapeuta. Toto testování probíhá většinou v afektivním jednání klienta s agresivním obsahem. Například se klient naštve, odmítá spolupracovat nebo dokonce křičí na terapeuta. To může v terapeutovi protipřenosově vzbudit ochranářské tendence v povolení hranic nebo potrestání klienta. Zde nastává klíčový moment, kdy terapeut musí jednat bez okamžité interpretace a odezvy, přijmout klientův vztek a bránit regresním tendencím pacienta. Až později je vhodná interpretace a propojování konseptů do ucelených prožitků (Faldyna, 2005).

Uznáním a přijetím protipřenosových pocitů nenávisti, úzkosti a zranitelnosti, nabízí terapeut neocenitelnou pomoc klientovi lépe ovládat své pocity. Nemělo by dojít k frustraci klienta, ale k vyvážené míře podpory a konfrontaci ze strany terapeuta (Wheelis & Gunderson, 1998).

Často nastává předčasné ukončení léčby na základě afektivní nestability a již zmíněných protipřenosových dilemat nebo narušení vzájemného vztahu (Wheelis & Gunderson, 1998).

U pacientů s hraniční poruchou osobnosti se může při ukončení léčby projevit strach z opuštění. Ten se snižuje na základě probírání možných problémů. Doporučuje se tedy léčbu ukončovat postupně a prodlužovat intervaly mezi sezeními (Praško, 2015).

Při psychoterapii osoby s hraniční poruchou osobnosti je tedy důležitý terapeutický vztah, určení hranic, stabilizace emocí, seberegulace, změna stylu a schémat, sebepoznání, zpracování vzpomínek z dětství i pocit jistoty a bezpečí.

Zdroje:

Faldyna, M. Z. (2005). Specifické poruchy osobnosti část II. Diferenciální diagnostika a terapie. *Psychiatrie pro praxi*, 2, 96-99.

Grambal, A., Praško, J., & Kasalová, P. (2017). *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Praha: Grada Publishing.

Chessick, R. D. (1979). A practical approach to the psychotherapy of the borderline patient. *American Journal of Psychotherapy*, 33, 531 – 545.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná verze k 1. 1. 2009. (2008). Praha: Bomton Agency.

Praško, J. (2015). *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál.

Wenzel, A., Jeglic, E. L., Levy-Mack, H. J., Beck A. T., Brown, G. K. (2008). Treatment Attitude and Therapy Outcome in Patients With Borderline Personality Disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 22, 250 – 257.

Wheelis, J., & Gunderson, J. G. (1998). A Little Cream and Sugar: Psychotherapy With a Borderline Patient. *Am J Psychiatry*, 155, 114 – 122.

Zdroj obrázku:

<http://affinitymagazine.us/wp-content/uploads/2017/02/borderline-personality-disorder-1.jpg>