

Psychopatologia i psychoterapia zaburzenia osobowości typu borderline. Aktualny stan badań

Martin Bohus, Christoph Kröger

Nervenarzt 2011, 82:16–24

Ze względu na częstość występowania wynoszącą około 3% w okresie dojrzewania i wczesnej dorosłości, zaburzenie osobowości typu borderline (BPD) należy do najczęstszych zaburzeń psychicznych. Głównymi problemami są zaburzenia regulacji afektywnej, tożsamości i interakcji społecznej. W ostatnich latach opracowano wiele metod terapeutycznych nacelowanych na swoiste zaburzenia, wśród których są trzy o potwierdzonej naukowo skuteczności: terapia dialektyczno-behawioralna (DBT), terapia oparta na mentalizacji (MTB) i terapia schematu. Chociaż dane wskazują na podobną przewagę wymienionych programów terapeutycznych w porównaniu z leczeniem nieswoistym, obecna opieka terapeutyczna w Niemczech pozostaje pod tym względem w tyle. Obecnie w Niemczech tylko na tysiąc chorych z BPD otrzymuje ambulatoryjnie psychoterapię zgodną ze standardami. Wydatki na leczenie stacjonarne chorych z BPD są odpowiednio duże i wynoszą ok. 4 mld euro. Stanowi to około 20% całkowitych rocznych wydatków na leczenie zaburzeń psychicznych w Niemczech.

Słowa kluczowe: zaburzenie osobowości typu borderline, psychopatologia, psychoterapia, standardy, koszty

Zaburzenie borderline ujawnia się w okresie dojrzewania i objawia zaburzeniami regulacji afektu, tożsamości i interakcji społecznych. Przebieg nieleczonego zaburzenia często jest przewlekły. W ostatnich latach opracowano specjalne programy psychoterapeutyczne, jednak przynoszą one jedynie dostateczne wyniki.

Epidemiologia

W opublikowanym w 2010 r. badaniu stwierdzono, że rozpowszechnienie zaburzenia osobowości typu borderline (BPD) w ciągu całego życia wynosi około 3%.¹ Częstość występowania u obu płci jest podobna, chociaż istotnie więcej kobiet poszukuje wsparcia terapeutycznego. Większość chorych szuka pomocy psychiatrycznej, a ponad 60% opisuje podejmowanie prób samobójczych. Zespół autorów w analizie retrospektywnej stwierdził, że około 30% dorosłych kobiet z BPD dokonywało samookaleczeń już w szkole podstawowej. Te wstrząsające dane uzupełniono wynikami badania z Heidelbergu, w którym stwierdzono, że około 6% 15-letnich dziewcząt regularnie dokonuje samookaleczeń, a około 8% ma za sobą

przynajmniej jedną próbę samobójczą.² Odpowiednio duży, wynoszący 20%, jest odsetek występowania BPD wśród hospitalizowanych dzieci i nastolatków.³

Wszystkie dane wskazują na to, że BPD zaczyna się w wczesnym okresie dojrzewania, w połowie 3. dekady prowadzi do szczytowego nasilenia zachowań i przeżyć dysfunkcyjnych, następnie powoli ustępuje.⁴ Wyraźna postawa roszczeniowa chorych w szczególnie sposób wykorzystuje zasoby opieki zdrowotnej. W Niemczech roczne koszty leczenia wynoszą około 4 miliardy euro, co stanowi około 20% sumy przeznaczanej na stacjonarne leczenie zaburzeń psychicznych.⁵ Dziewięćdziesiąt procent tych kosztów pochłaniają niewystarczające, tzn. nieswoiste hospitalizacje.

Psychopatologia

W psychopatologii BPD wyznaczyć można trzy, wzajemnie na siebie wpływające, wymiary:

1. zaburzenia regulacji afektu,
2. zaburzenia tożsamości,
3. zaburzenia interakcji społecznych.

Zaburzenia regulacji afektu

Aktualnie większość danych dotyczy pierwszego wymiaru, czyli zaburzeń regulacji afektu,⁶ przy czym dotknięte mogą być wszystkie jego obszary. Często dominują stany intensywnego napięcia, które są przeżywane jako zewnętrzna niechęć i udręczenie, często towarzyszą im dysfunkcyjne zachowania mające przynieść ulgę, ale dające ją tylko na chwilę, takie jak samookaleczenia, epizody niekontrolowanego objadania się lub używanie alkoholu.^{7,8} Oprócz tych „ekstrawertywnych” typów zachowań nie należy pomijać tego, że większość chorych codziennie musi walczyć z takimi nieprzyjemnymi uczuciami jak wina, wstyd, bezsilność i pogarda dla siebie samego. Emocje te przeszkadzają chorym nie tylko w codziennych relacjach, ale również mają odzwierciedlenie w interakcji terapeutycznej oraz w odpowiednio dużym odsetku rezygnacji terapii prowadzonych przez osoby nieprzeszkolone w zakresie terapii swoistej dla tego typu zaburzenia. Kolejnym problemem są stany rozszczepienia indukujące stres, które znacznie zaburzają emocjonalne procesy uczenia będące podstawą psychoterapii.⁹

Zaburzenia tożsamości

Chociaż zaburzenia tożsamości pacjentów z BPD występują jako kryterium diagnostyczne DSM IV, poświęcono im stosunkowo mało badań. W jednym z niewielu badań dotyczących zaburzeń tożsamości,¹⁰ u pacjentów z BPD uporządkowano je następująco:

- absorpcja roli (pełne oddanie się jednej tylko roli społecznej),
- bolesna inkoherencja (uczucie „wewnętrznego rozdarcia”),
- bolesna bezpostaciowość (brak stałości),
- brak akceptacji roli.

Wszystkie cztery czynniki były swoiste dla BPD i występowały powszechnie niezależnie od doświadczeń wykorzystywania seksualnego, względnie objawów dysocjacyjnych. Podczas przeglądu piśmiennictwa zauważalne jest znaczne zaniedbywanie takich objawów, jak zaburzenia postrzegania i pojmowania ciała występujących u kobiet z BPD, mimo że tego typu zaburzenia są opisywane u osób cierpiących na BPD.¹¹

Zaburzenia interakcji społecznych

Już Gunderson i wsp.¹² wykazali, że w BPD w porównaniu z innymi zaburzeniami osobowości relacje interpersonalne wyróżniają dwie zauważalne cechy „wyraźna obawa, że zostanie się opuszczonym” i „niestabilność związków”. Często obserwowana ambiwalencja między tęsknotą za poczuciem bezpieczeństwa i lękiem przed bliskością były powodem powstania hipotezy Kernberga o „brakującej reprezentacji obiektu”.¹³

Na czym polegają problemy w interakcjach społecznych osób z BPD? Po części na problemach z prawidłową interpretacją emocji, potrzeb, wyobrażeń, zamiarów, oczekiwań

i opinii innych. Fonagy opisuje tę zdolność jako mentalizację i postuluje leżące u podstaw uwarunkowane rozwojowo zaburzenia tych funkcji u osób z BPD.¹⁴ Dane na ten temat są jednak wciąż jeszcze mało spójne. I tak na przykład w badaniach dotyczących zdolności rozpoznawania wyrazu emocjonalnego twarzy innych osób stwierdzono częściowo wyraźną przewagę osób z BPD,^{15,16} a po części także wyraźne ograniczenie, zwłaszcza gdy badanie prowadzone było pod presją czasu. Wnioski końcowe Domesa i wsp.,¹⁷ zgodnie z którymi szczególne nasilenie napięcia afektywnego wpływa na rozpoznawanie wyrazu emocjonalnego, brzmią bardzo prawdopodobnie. Jednoznaczne jest jednak, że osoby z BPD cechują się tendencją przypisywania twarzom o wyrazie neutralnym cech negatywnych, wrogich lub gniewnych. Barnow i wsp.¹⁸ stwierdzili, że osoby z BPD podczas interpretacji interakcji społecznych pokazywanych na filmie charakteryzowały się wyraźnie zniekształconym postrzeganiem wskazywanych osób i przypisywały aktorom agresywne lub wrogie zamiary istotnie częściej niż osoby zdrowe.

Z jednej strony osoby z BPD cechują się silną potrzebą bliskości społecznej, bezpieczeństwa i poświęcenia, z drugiej strony silnie wyrażonym lękiem przed właśnie taką bliskością społeczną. Taka intensywna potrzeba oddania i bliskości jest różnie interpretowana przez różnych badaczy. Podczas gdy zwolennicy teorii przywiązania sądzą, że z powodu wczesnego zaburzenia interakcji podstawowa umiejętność „samopocieszania” nie została rozwinięta, a z tego powodu istnieje silna zależność od obiektów zewnętrznych. Bardziej społeczno-psychologicznie zorientowani badacze postulują jako predysponujący czynnik dla typowej dla zaburzenia borderline niesprawności jedynie biograficzne doświadczenie społecznego upokorzenia i odrzucenia. Głębokie uczucie niezaspokojenia podczas realnie doświadczanej bliskości społecznej może być zrozumiałe w kontekście danych biograficznych pacjentów z BPD – ponad 90% z nich relacjonuje przewlekły uraz i doświadczanie przemocy w dzieciństwie i okresie dorastania.

Psychoterapia oparta na dowodach

Obecnie psychoterapia jest postępowaniem z wyboru w leczeniu BPD.¹⁹ Zgodnie z obowiązującymi w Niemczech wytycznymi dotyczącymi leczenia zaburzeń osobowości wykorzystywane są 4 programy terapeutyczne o udowodnionej skuteczności:

- terapia dialektyczno-behawioralna (DBT) – M. Linehan (stopień wiarygodności dowodów Ib – Chambless i Hollon²¹)
- terapia oparta na mentalizacji (MTB) – Bateman i Fonagy (stopień IIa),
- stworzona przez O. Kernberga „psychoterapia skupiona na przeniesieniu” (transference focussed psychotherapy, TFP; stopień IIa)
- terapia schematu według J. Younga (stopień IIa).

Przed omówieniem poszczególnych badań, należy najpierw nakreślić wspólne cechy tych swoistych form terapii:

Diagnostyka. Głównym założeniem prowadzenia terapii swoistej dla danego zaburzenia jest rozpoznanie, które opiera się na zdefiniowanych kryteriach i poddaje się weryfikacji.

Ramy czasowe. Przyjęło się, że już na początku terapii zostają ustalone granice czasowe. W przypadku większości terapii obejmują one okres od roku do 3 lat.

Zasady terapii. Wszystkie formy terapii cechują się jasnymi regułami i ustaleniami dotyczącymi postępowania w przypadku zamiarów samobójczych, interwencji kryzysowych i naruszenia zasad terapii. Są one uzgadnianie na początku terapii i tworzą tak zwany kontrakt terapeutyczny.

Uporządkowanie celów terapii. We wszystkich swoistych dla BPD metodach postępowania ustala się kolejność celów terapii: w pierwszej kolejności są zawsze leczone próby samobójcze lub uporczywe myśli samobójcze. Do celów pierwszorzędowych zalicza się również wzory zachowań lub myśli, które zagrażają samemu procesowi terapii lub silnie obciążają terapeutów lub współpacjentów. W końcu leczyć należy przede wszystkim następstwa somatyczne powstałe w wyniku zaburzeń psychicznych, czyli takie, które hamują postęp emocjonalnych procesów uczenia (m.in. ciężkie postacię jądłowstrętu psychicznego i żarłoczności psychicznej, uzależnienia od substancji psychoaktywnych).

Podejście multimodalne. Większość sposobów postępowania łączy ze sobą różne moduły terapeutyczne, takie jak terapię indywidualną, grupową, farmakoterapię i interwencje kryzysowe.

Superwizja. Specjaliści zgadzają się, że integralną częścią terapii powinna być wzajemna superwizja lub interwizja. Istnieje nacisk, aby wszystkie dowody naukowe pochodziły wyłącznie z badań procesów prowadzonych w warunkach superwizji.

W dalszej części zostanie przedstawiona aktualna wiedza dotycząca czterech wyżej wymienionych programów terapeutycznych. Wcześniej należy jednak dodać, że w przypadku większości programów leczenia przeprowadzono tylko kilka badań, wyjątkiem jest DBT. Warunki badań (staranność w zbieraniu danych, stopień fachowości, wybór pacjentów itp.) mają duży wpływ na wyniki i utrudniają interpretację, w związku z tym nie ma żadnych metaanaliz. W niewielu badaniach zwrócono uwagę na nasilenie zaburzenia, co w przypadku choroby o tak heterogennym obrazie może mieć wyjątkowo duże znaczenie dla przebiegu terapii. Również obrane cele są bardzo różne i tylko częściowo można je porównywać. Najbardziej przydatny wydaje się być Ogólny wskaźnik nasilenia (Global Severity Index, GSI) z kwestionariusza SCL-90.²² W dalszej części, wszędzie tam gdzie jest podana jego wartość, będą podane odniesienia.

Terapia dialektyczno-behawioralna

Terapia dialektyczno-behawioralna (DBT, Dialectic Behavior Therapy) została opracowana w latach 80. XX wieku

przez Marszę M. Linehan (University of Washington, Seattle, Stany Zjednoczone) jako ambulatoryjna terapia specjalna dla przewlekłe zagrożonych samobójstwem pacjentek z BPD.^{23,24} W zależności od nasilenia zaburzenia, dzieli się ona na kilka faz:

Stadium I koncentruje się na ciężkich zaburzeniach kontroli zachowania, takich jak tendencje samobójcze, samoookaleczenia, wybuchy agresji, intoksykacje lub nagłe hospitalizacje. Stadium II DBT koncentruje się na istotnych problemach związanych ze współwystępowaniem zaburzeń osi I: zaburzenia stresowego pourazowego (PTSD), zaburzeń odżywiania się, nadużywania narkotyków i alkoholu lub uogólnionego lęku społecznego. W ostatnich latach opracowano koncentrujące się na tych problemach specjalne podręczniki, które w większości przypadków były oceniane w badaniach randomizowanych.²⁵

Terapia dialektyczno-behawioralna nie jest oddzielną szkołą, lecz rodzajem matrycy zawierającej w sobie heurystycznie dopełniające się odpowiednie metody terapeutyczne. W pewnym sensie można uznać ją za prototyp terapii modułowej. Modułowe założenie odzwierciedlają również obrane cele: w pierwszym etapie leczenia terapia indywidualna skupia się na poprawie motywacji do mających nastąpić zmian oraz dokładnym rozumieniu sytuacji oraz problemów emocjonalnych i poznawczych leżących u podstawy każdego dysfunkcjonalnego wzoru zachowań. Podczas treningu umiejętności uczy się regulacji emocji, tolerancji na stres, uwagi i adekwatności zachowania w trakcie interakcji społecznej. Coaching prowadzony przez telefon lub internet zajmuje się nadzorem wykorzystywania nabytych umiejętności w życiu codziennym. W końcu ustrukturyzowana interwizja terapeutów służy poprawie motywacji i kompetencji.

Z reguły w drugiej fazie terapii wchodzi w grę modyfikacja rozpoczętego procesu leczenia pod kątem zaburzeń osi I, np. do leczenia zaburzenia stresowego pourazowego²⁶ lub ciężkich postaci zaburzeń odżywiania się.²⁷

Skuteczność pierwszej fazy terapii oceniono w 8 randomizowanych badaniach kontrolowanych, prowadzonych przez niezależne zespoły badawcze. Do jednej z metaanaliz²⁸ włączono kolejne 8 badań niekontrolowanych. Przy średnim odsetku rezygnacji z terapii wynoszącym 27% w analizie ITT wykazano średnią ogólną skuteczność oraz średnią skuteczność w redukcji zachowań samobójczych i samoookaleczeń. W trybie stacjonarnym, w trzymiesięcznym intensywnym programie DBT, w zależności od kryteriów włączenia (m.in. ciężkie postacię zaburzeń odżywiania się względnie uzależnienie od substancji psychoaktywnych) udało się uzyskać średnio względnie wysoką skuteczność w skali SCL-90 ($d=0,54$, względnie $0,84$).^{28,29} Obecnie ważna jest również analiza dotycząca remisji współwystępujących zaburzeń osi I w wyniku psychoterapii ukierunkowanej na leczenie swoistych zaburzeń.³⁰ Po roku leczenia standardową DBT³¹ wykazano odsetek remisji wynoszący w depresji 60%, napadach paniki 40%, nadużywaniu substan-

cji psychoaktywnych 80% i zaburzeniach odżywiania się 60%. Niezadowolające rezultaty stwierdzono jedynie w przypadku PTSD – odsetek remisji wynosił tylko niecałe 30%, co wskazuje na potrzebę dodatkowego leczenia.

Podsumowując wyżej opisane trzy wymiary, terapia DBT jest skuteczna przynajmniej w redukcji dysfunkcyjnych wzorów zachowań. Wciąż nie wiadomo, jakie zmiany fizjologiczne mózgu wiążą się z poprawą regulacji afektywnej. Pierwsze wyniki wskazują, że zgodnie z oczekiwaniami następuje normalizacja patologicznej hiperaktywacji jądra migdałowatego.³² Jak dotąd nie oceniono jeszcze poprawy innych zaburzeń dotyczących emocjonalnego przeżywania, poczucia tożsamości lub interakcji społecznych.

Terapia oparta na mentalizacji

Terapię opartą na mentalizacji (MTB, Mentalisation Based Therapy) opracowali badacze zorientowani psychodynamicznie – Anthony Bateman i Peter Fonagy.¹⁴ Opiera się, jak wyżej wspomniano na założeniu, że u osób z BPD występują trudności z powodu wczesnych zaburzeń systemu przywiązania. Dlatego na podstawie obserwacji zachowań innych ludzi mają oni trudności z wyciąganiem wniosków na temat zamiarów innych. Stąd też wywodzi się wiele interakcji opartych na niezrozumieniu, które często prowadzą do niepowodzeń w relacjach międzyludzkich. Ponadto zaburzenia regulacji afektywnej i kontroli impulsów tłumaczone są problemami w procesie mentalizacji. Punktem wyjściowym teorii mentalizacji jest teoria umysłu (Theory of Mind, ToM). Fonagy i wsp. założyli, że zdolność do mentalizacji jest pod silnym wpływem interakcji społecznych i z powodu wczesnych zaburzeń interakcji matka – dziecko nie rozwinęła się ona dostatecznie. Chociaż dane dotyczące zdolności mentalizacji u pacjentów z BPD nie są jednoznaczne (patrz wyżej), MTB jest spójnym programem terapeutycznym, który okazał się skuteczny w randomizowanych badaniach kontrolowanych.

W MTB chodzi o to by wskazać pacjentowi „bezpieczną tożsamość” oraz pomoc w osiągnięciu „optymalnego poziomu napięcia i związania”

Do tego celu jako model wykorzystywana jest relacja terapeutyczna. Także w MTB cele są zhierarchizowane i w pierwszej kolejności skoncentrowane są na poprawie regulacji afektywnej, w szczególności interakcji sterowanej emocjami. Nie są przekazywane żadne szczególne umiejętności, natomiast wspierane są procesy związane z aspektem przeniesienia.

Do tej pory przeprowadzono dwa randomizowane badania kontrolowane.^{33,34} W pierwszym porównano 18-miesięczną, półstacjonarną terapię z rutynowym leczeniem psychiatrycznym. Po zakończeniu badania stwierdzono istotne różnice w skali SCL-90 dotyczące nasilenia objawów depresyjnych, liczby samouszkodzeń i interakcji społecznych. Po kolejnych

18 miesiącach terapii prowadzonej w warunkach ambulatoryjnych osiągnięto jeszcze lepsze wyniki. W drugim badaniu³⁴ porównano prowadzoną w warunkach ambulatoryjnych przez 18 miesięcy MTB z ustrukturalizowanym postępowaniem klinicznym. Odsetek rezygnacji terapii był w obu grupach względnie mały (25%). Również w tym badaniu po rocznym leczeniu stwierdzono istotną przewagę w grupie MBT dotyczącą zmniejszenia liczby zachowań zagrażających, integracji społecznej i ogólnej psychopatologii. Chociaż nie potwierdzono tych wyników w niezależnych badaniach, to uzyskane wyniki pozwalają stwierdzić, że MBT przewyższa inne dobrze strukturalizowane terapie, które nie są swoiste dla danego zaburzenia. Wydaje się jednak, że MTB nie jest terapią, którą można by polecić jako szybko działający program w leczeniu stacjonarnym lub jako interwencję kryzysową, gdyż działanie ujawnia się dosyć późno – najwcześniej po roku. MBT wskazuje również na dużą zmniejszenie dysfunkcyjnych wzorów zachowań, z czego można wnioskować o poprawie regulacji afektywnej. Jak dotąd nie przeprowadzono badań dotyczących zmian neurobiologicznych. Nie oceniono również poprawy innych zaburzeń dotyczących emocjonalnego przeżywania, poczucia tożsamości lub interakcji społecznych.

Terapia schematu

Jeffrey E. Young opracował terapię schematu (Schema Therapy) do leczenia zaburzeń osobowości, opierając się na „terapii poznawczej w zaburzeniach osobowości” Becka. Postulował, że tzw. schematy, w dzieciństwie i w ciągu dalszego życia konstytuują ze wspomnień, emocji, myśli oraz doznań cielesnych jako głęboko utrwalone wzory, które następnie kreują każde zachowanie. Schematy służą przede wszystkim bezpieczeństwu spójności wewnętrznej, a przez wpływ na uwagę i interpretację mają tendencję do powtarzania się oraz utrwalania w ciągu życia. Young zaproponował pojęcie modus schematu, tj. złożonej sieci asocjacyjnej, która może być każdorazowo uruchamiana przez różne sytuacje. Terapia schematu opisuje różne takie modusy określając je jako „wrażliwe”, „zagniewane”, „impulsywne-niezdyscyplinowane” lub „szczęśliwe dziecko”. Terapia schematu jest terapią zoperacjonalizowaną, skupioną na poprawie umiejętności pacjenta w rozpoznawaniu aktywnych schematów, sprawdzaniu ich funkcjonalności w aktualnych kontekstach i rewidowaniu odpowiednio do potrzeb. Jako drugi główny „proces dojrzewania” twórca terapii opisuje proces „reparentingu”, dzięki któremu wzmacniany jest modus „zdrowego dorosłego”.

Jak dotychczas przeprowadzono jedno randomizowane badanie kontrolowane³⁶ oraz jedno badanie pre-post.³⁷ W pierwszym porównano 3-letnią terapię schematu z terapią skupioną na przeniesieniu (TFP, Transference-Focused Psychotherapy), stworzoną przez Kernberga (patrz niżej). We wszystkich badanych aspektach stwierdzono istotną przewagę terapii schematu. Dotyczyła ona szczególnie współpracy w terapii, ale

także poprawy w zakresie ogólnej psychopatologii, jak i swoistych objawów oraz jakości życia. Ponieważ TFB nie stwarza żadnych pewnych warunków kontrolnych (patrz niżej), ściśle biorąc nie uzyskano żadnych dowodów na skuteczność. Dane pre-post potwierdzono jednak w innym nowszym badaniu niekontrolowanym. Również w nim już po 1,5 roku terapii uzyskano skuteczność w skali SCL-90 na średnim poziomie średnią ($d=0,570$) oraz dużą skuteczność w obszarze swoistych objawów psychopatologicznych ($d=0,8$). Chociaż nie uzyskano potwierdzenia tych wyników przez niezależnych badaczy, to jest prawdopodobne, że jest to postępowanie skuteczne.

Psychoterapia skupiona na przeniesieniu

Metoda ta powstała w latach 80. XX wieku i jest definiowana jako model analityczny oparty na teorii przywiązania Kernberga. Jak wynika z nazwy, najistotniejszym punktem jest przepracowanie przeniesienia w ramach relacji terapeutycznej, biorąc pod uwagę założenie, że przez „rozczłonkowane reprezentacje obiektu” wspierany jest pewien rodzaj dojrzewania, dzięki czemu tworzy się realistyczny sposób radzenia sobie z wymaganiami terażniejszości. Leczenie jest oparte na instrukcji i jak dotychczas zostało ocenione w trzech randomizowanych badaniach kontrolowanych.^{36,38-40}

W pierwszym badaniu,³⁸ przeprowadzonym przez autorów terapii, nie stwierdzono żadnych różnic między grupą kontrolną („terapia wspierająca”) a obiema terapiami DBT i TFP. W drugim badaniu³⁶ stwierdzono przewagę terapii opartej na schemacie nad TFP we wszystkich aspektach, przy czym warto zauważyć, że wyniki terapii odwrotnie korelowały ze wskaźnikiem opisującym trzymanie się instrukcji. Do tego należy dodać duży, wynoszący 51%, odsetek rezygnacji z terapii. W trzecim badaniu⁴⁰ porównano roczną terapię TFP w trybie ambulatoryjnym z nieswoistą grupą kontrolną. Dane są trudne do interpretacji, gdyż po zakończeniu terapii nie uzyskano żadnych pomiarów od 44% badanych z grupy kontrolnej i 17% badanych z grupy TFP. Dlatego wyniki opublikowanej analizy ITT są znacznie zniekształcone na korzyść TFP. Mimo tych zniekształceń w badaniu nie stwierdzono żadnych różnic pod względem liczby prób samobójczych (przez autorów zostało zdefiniowane *post hoc* jako pierwszorzędowe kryterium rokownicze). Dodatkowo w obu grupach nie stwierdzono żadnej poprawy pod względem samoocaleń oraz żadnej poprawy w ramach ogólnej psychopatologii mierzonej skalą SCL-90. Jedynie pod względem integracji społecznej mierzonej skalą GAF stwierdzono istotne różnice o niewielkim natężeniu.

Nawet tych trzech badań nie można uznać za dowód na skuteczność TFP, zwłaszcza gdy porówna się je z trzema wcześniej opisanymi programami terapeutycznymi, które mimo różnic w czasie trwania spowodowały poprawę w zakresie psychopatologii ogólnej i swoistych objawów.

Podsumowanie wyników badań naukowych

Jak wspomniano wcześniej, ze względu na heterogenność grup, narzędzi pomiaru oraz jakości publikacji możliwość rzetelnej, podsumowującej interpretacji wymienionych badań jest ograniczona. Niektóre wnioski zdają się uzasadnione:

- Wydaje się, że stosowanie metod zorientowanych głęboko psychologicznie wymaga więcej czasu do osiągnięcia rezultatów niż w przypadku DBT, w której już po 4 miesiącach wykazano istotną poprawę w zakresie objawów psychopatologicznych, podczas gdy w MTB takie zmiany pojawiają się dopiero po roku.

- Wybór grupy kontrolnej wydaje się mieć (jak zwykle) istotne znaczenie. W obu najnowszych dużych badaniach^{34,35} w grupie kontrolnej stosowano dobrze ustrukturalizowane, zoperacjonalizowane, standardowe terapie psychiczne, które cechują się dobrą skutecznością. W związku z tym w jednym z badań wykazano podobną skuteczność DBT i bardzo podobną MBT. Znaczący to przynajmniej tyle, że bardzo złożone wywodzące się z założeń teoretycznych metody nie są jedynymi możliwościami leczenia. Właśnie pod względem opieki byłoby to z pewnością pocieszające. Potrzebne są jednak dalsze badania, gdyż we wspomnianych metaanalizach często stosowane warunki kontrolne polegające na „leczeniu standardowym” cechują się wielkością efektu wynoszącą zero. Znaczący to również, że tego typu grupy kontrolne z dużym odsetkiem rezygnacji z terapii nie powinny być włączane jako grupy porównawcze.

- Chociaż wielkość odsetka odpowiedzi w postępowaniu swoistym dla zaburzenia jest różna, to rzadko przekracza on 50%. Oznacza to, że również w przypadku 3-letniej terapii ponad połowa chorych nie odnosi z niej korzyści lub korzysta tylko w bardzo niewielkim stopniu. Jak dotąd nie jest jasne, czy różne grupy pacjentów wynoszą inne profity z terapii. Wyjaśnienie tych różnic jest jednym z ważniejszych zadań badawczych nadchodzących lat.

- Ponieważ również w najbliższej przyszłości te trzy oceniane koncepcje terapeutyczne rzadko będą ze sobą porównywane, należałoby przynajmniej zaproponować aby stosowane narzędzia pomiaru były podobne, tak aby stworzyć warunki do porównania i metaanalizy. Odpowiednie zalecenia zostały sformułowane i opublikowane przez grupę badawczą z NIMH (National Institute of Mental Health).⁴²

- Najważniejsze pytania dla przyszłych badań nad metodami terapeutycznymi powinny również brać pod uwagę problem odrębności psychopatologicznych w psychiatrii młodzieży. W tym wypadku dostępne dane i odpowiednio dopasowane programy lecznicze dotyczą tylko DBT. Dotyczą one również najważniejszych współistniejących zaburzeń osi I, takich jak zaburzenie stresowe pourazowe, nadużywanie substancji psychoaktywnych i zaburzenia odżywiania się. Również w tym przypadku dominuje DBT. Jest to z pewnością związane z pragmatycznym modelem biospołecznym, który ułatwia róż-

nicowanie zaburzeń i integrację najskuteczniejszych metod terapeutycznych.

Leczenie BPD w praktyce

Bezsporne jest, że w BPD psychoterapia swoista ma znaczną przewagę nad postępowaniem nieswoistym. Co więcej, można uznać za pewne, że nieadekwatne leczenie może nieść wysokie ryzyko przejścia tego ciężkiego zaburzenia w formę przewlekłą. Jak jednak wygląda w rzeczywistości opieka psychoterapeutyczna nad chorymi z BPD w Niemczech?

W ramach leczenia stacjonarnego w wielu klinikach wprowadzono elementy leczenia pod kątem swoistych zaburzeń, które mieszczą się w szerokich kryteriach terapii DBT i poddawane są regularnej kontroli jakości Towarzystwa DBT (dachverband-dbt.de). Warunki leczenia ambulatoryjnego zostały zbadane w rejonie Monachium.⁴³ Zapytano tamtejszych psychoterapeutów o stosowane metody leczenia: 22% odpowiedziało, że w zasadzie nie prowadzi terapii pacjentów z BPD: 50% uważało, że dodatkowe przeszkolenie dotyczące swoistych zaburzeń byłoby przydatne, ale jedynie 3% je odbyło. Na każdego z tych 3% przeszkolonych terapeutów przypada około 750 pacjentów z BPD. Innymi słowy w Niemczech tylko jeden ze 1000 pacjentów z BPD otrzymuje adekwatne, zgodne ze standardami ambulatoryjne leczenie psychoterapeutyczne. Konsekwencje są znaczne nie tylko dla chorych. Jak już wyżej wspomniano, koszty leczenia stacjonarnego BPD w Niemczech należy szacować na około 4 miliardy euro, a jest to około 20% wszystkich wydatków na leczenie psychiatryczne.⁵ Dodatkowo liczby te obejmują tylko pierwotne koszty leczenia. Można łatwo policzyć, jak wysokie są koszty wtórne ponoszone przez system opieki, jeżeli za podstawę weźmie się, że tylko około 22% leczonych pacjentów z BPD pracuje zarobkowo (Bohus i wsp., w przygotowaniu).

Co należałoby wspierać? Z pewnością jednym z takich elementów byłoby lepsze wynagrodzenie przeszkolonych psychoterapeutów. Ponieważ wszystkie badania pokazują, że leczenie BPD wymaga czasu, należałoby niezwłocznie rozważyć zwiększenie liczby godzin przewidzianych na leczenie swoistych zaburzeń. Dopóki w nadchodzących latach nie można będzie liczyć na poprawę sytuacji w opiece ambulatoryjnej, ciężar spoczywa odpowiednio na opiece ogólnej. Należy kłaść nacisk na tworzenie ambulatoriów zajmujących się leczeniem swoistych zaburzeń. Mają one za zadanie ściśle współpracę z stacjonarnymi ośrodkami interwencji kryzysowej i wsparcie pracowników socjalnych. Ponieważ celem wszystkich starań psychoterapeutycznych powinno być wspieranie integracji na rynku pracy tych zwykle młodych pacjentów. W końcu budowanie poczucia odpowiedzialności i kompetencji zawodowej jest wciąż najlepszą metodą trwałej weryfikacji dysfunkcyjnych przekonań na temat własnej osoby.

Praktyczne podsumowanie

• Dane dotyczące terapii zaburzenia osobowości typu borderline wskazują jednakowo na przewagę terapii dialektyczno-behawioralnej (DBT), terapii opartej na mentalizacji (MTB) i terapii schematu (z pewnymi wyjątkami) w porównaniu ze wszystkimi innymi nieswoistymi metodami leczniczymi.

• Należy położyć nacisk na tworzenie ambulatoriów zajmujących się leczeniem swoistych zaburzeń, które współpracują ściśle z stacjonarnymi ośrodkami interwencji kryzysowej i wsparciem pracowników socjalnych.

© Springer Medizin Verlag 2011. This article Psychopathologie und Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung Zum gegenwärtigen Stand der Forschung by Martin Bohus, Christoph Kröger is translated and reproduced with permission from Springer.

Piśmiennictwo

1. Trull T, Jahng S, Tomko R et al (2010) Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *J Pers Disord* 24(4):412–426
2. Brunner R, Parzer P, Hafner J et al (2007) Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 161:641–649
3. Brunner R, Parzer P, Resch F (2001) Dissoziative Symptome und traumatische Lebensereignisse bei Jugendlichen mit einer Borderline-Störung. *Persönlichkeitsstörungen* 5:4–12
4. Winograd G, Cohen P, Henian C (2008) Adolescent borderline symptoms in the community: prognosis for functioning over 20 years. *J Child Psychol Psychiatry* 49:933–941
5. Bohus M (2007) Zur Versorgungssituation von Borderline-Patienten in Deutschland. *Persönlichkeitsstör Theorie Ther* 11:149–153
6. Rosenthal MZ, Gratz KL, Kosson DS et al (2008) Borderline personality disorder and emotional responding: a review of the research literature. *Clin Psychol Rev* 28:75–91
7. Stiglmayr C, Gratwohl T, Linehan MM et al (2005) Aversive tension in patients with borderline personality disorder: a computer-based controlled field study. *Acta Psychiatr Scand* 372–379
8. Kleindienst N, Bohus M, Ludäscher P et al (2008) Motives for non-suicidal self-injury among women with Borderline Personality Disorder. *J Nerv Ment Dis* 196:236
9. Ebner-Priemer UW, Mauchnik J, Kleindienst N et al (2009) Emotional learning during dissociative states in borderline personality disorder. *J Psychiatry Neurosci* 34:214–222
10. Wilkinson-Ryan T, Westen D (2000) Identity disturbance in borderline personality disorder: an empirical investigation. *Am J Psychiatry* 157:528–541
11. Haaf B, Pohl U, Deusinger IM, Bohus M (2001) Untersuchungen zum Körperkonzept bei Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Psychother Psychosom Med Psychol* 51:1–9
12. Gunderson JG (1996) The borderline patient's intolerance of aloneness: insecure attachments and therapist availability. *Am J Psychiatry* 153:752–758
13. Kernberg OFC (1984) Problems in the classification of personality disorders. In: *Severe personality disorders*. Yale Univ Press, New Haven, CT, S 77–94
14. Fonagy P, Bateman AW (2006) Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *J Clin Psychol* 62:411–430
15. Fertuck EA, Lenzenweger ME, Clarkin JF (2005) The association between attentional and executive controls in the expression of borderline personality disorder features: a preliminary study. *Psychopathology* 38:75–81
16. Lynch TR, Rosenthal MZ, Kosson DS et al (2006) Heightened sensitivity to facial expressions of emotion in borderline personality disorder. *Emotion* 6:647–655
17. Domes G, Schulze L, Herpertz SC (2009) Emotion recognition in borderline personality disorder – a review of the literature. *J Pers Disord* 23:6–19
18. Barnow S, Stopstack M, Grabe HJ et al (2009) Interpersonal evaluation bias in borderline personality disorder. *Behav Res Ther* 47:359–365
19. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C et al (2004) Borderline personality disorder. *Lancet* 364:459–461

20. Bohus M, Buchheim P, Doering S et al (2008) S2-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Bd 1 Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörungen. Steinkopf, Darmstadt
21. Chambless DL, Hollon SD (1998) Defining empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol* 66(1):7-18
22. Derogatis LR (1977) SCL-90-R: Administration, Scoring and Procedures Manual II. Clin Psychometr Res, Towson, MD
23. Linehan MM (1993) Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Guilford Press, New York
24. Bohus M (2002) Borderline-Störung. Fortschritte der Psychotherapie. Dialectic-behavioral therapy for borderline personality disorder. Hogrefe, Göttingen, S 1-131
25. Dimeff L, Koerner K (2010) Dialectical behavior therapy in clinical practice. Guilford Press, New York
26. Bohus M, Priebe K, Dyer A et al (2010) Dialektisch behaviorale Therapie für posttraumatische Belastungsstörung nach sexualisierter Gewalt in der Kindheit und Jugend (DBT-PTSD). *Psychiatr Psychosom Med Psychol* (in press)
27. Kröger C, Schweiger U, Sipos V et al (2010) Dialectical behavior therapy and an added cognitive behavioural treatment module for eating disorders in women with borderline personality disorder and anorexia nervosa or bulimia nervosa who failed to respond to previous treatments. An open trial with a 15-months follow-up. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 41:381-388
28. Kliem S, Kröger C, Kosfelder J (2011) Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. A meta-analysis using mixed-effect modelling. *J Consult Clin Psychol* (in press)
29. Bohus M, Haaf B, Simms T et al (2004) Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behav Res Ther* 42:487-499
30. Harned MS, Linehan MM (2008) Integrating dialectical behavior therapy and prolonged exposure to treat co-occurring borderline personality disorder and PTSD: two case studies. *Cogn Behav Pract* 15:263-276
31. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM et al (2006) Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 63:757-766
32. Schnell K, Herpertz SC (2007) Effects of dialectic-behavioral-therapy on the neural correlates of affective hyperarousal in borderline personality disorder. *J Psychiatr Res* 41:837-847
33. Bateman AW, Fonagy P (1999) Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 156:1563-1569
34. Bateman A, Fonagy P (2009) Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 166:1355-1364
35. Young JE (1999) Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach, 3. Aufl. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange, Inc, Sarasota, FL, S 83
36. Giesen-Bloo J, Dyck R van, Spinhoven P et al (2006) Outpatient Psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 63:649-658
37. Bateman A, Fonagy P (2009) Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatr* 166:1355-1364
38. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger ME, Kernberg OF (2007) Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry* 164:922-928
39. Clarkin JF, Levy KN (2006) Psychotherapy for patients with borderline personality disorder: focusing on the mechanisms of change. *J Clin Psychol* 62:405-410
40. Döring S, Hörz S, Rentrop M et al (2010) Transference-focused psychotherapy vs treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 196:389-395
41. McMain SF, Links PS, Gnam WH et al (2009) A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 166:1365-1374
42. Zanarini M, Stanley B, Black D et al (2010) Methodological considerations for treatment trials for persons with borderline personality disorder. *Psychiatric Ann* (in press)
43. Jobst A, Hörz S, Birkhofer A et al (2010) Einstellung von Psychotherapeuten gegenüber der Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Psychother Psychosom Med Psychol* 60:126-131

KOMENTARZ

Dr hab. n. med. Krzysztof Rutkowski

Specjalista psychiatra, psychoanalityk jungowski
Katedra Psychoterapii UJ CM

Przyjmuje się, że zaburzenie osobowości typu borderline należy do grupy najtrudniejszych do leczenia. Powodem są nie tylko poważne objawy psychopatologiczne, w tym sięgające kilku procent rozpoznania zagrożenie samobójstwem, ale i brak powtarzalnych wzorów terapii zarówno doraźnej, jak i długoterminowej. W miarę postępu wiedzy o BPD liczba rozpoznania wzrasta i, co ciekawe, zmienia się proporcja rozpoznawania BPD u obu płci. Przed 20 laty przyjmowano, że zaburzenie to występuje nawet czterokrotnie częściej u kobiet, obecnie proporcje u obu płci się wyrównują. W artykule przedstawiono próbę omówienia różnych form psychoterapii stosowanych w leczeniu BPD. Autorzy bardzo otwarcie przedstawili niektóre z ograniczeń metodologicznych nie tylko takich porównań, ale i samych badań. Tym, co jednak wymaga uzupełnienia, są ogólne trudności z budową tego rodzaju badań, dotyczące nie tylko np. liczby odpowiedzi z grupy kontrolnej, ale podstawowych ograniczeń związanych z kwa-

lifikacją do psychoterapii. Przedstawione w artykule rodzaje technik psychoterapeutycznych są stosowane u różnych pacjentów, o różnym profilu objawów, a także możliwościach intelektualnych i oparciu społecznym. Te czynniki powodują, że porównywanie efektywności, szczególnie tylko na podstawie zmiany objawowej, zawsze było i będzie krytykowane.

Nie mniej ważne są same informacje przedstawione w artykule, nawet jeśli porównania między nimi są wątpliwe. Zgodnie jako stosowane w leczeniu BPD wskazywane są terapie średnio- i długoterminowe. Przy czym ograniczenie obserwacji do 3 lat wynika z założeń badawczych, a nie samych terapii, trwających niekiedy o wiele dłużej. Jest to ważna informacja dla ubezpieczycieli. Dziś szczęśliwie NFZ kontraktuje w Polsce psychoterapię długoterminową zaburzeń osobowości, ale czy tak będzie w przyszłości? Czy ewentualni prywatni ubezpieczyciele będą chcieli pokryć koszty psychoterapii BPD trwającej pięć lat, nawet jeśli wydatki będą porównywalne z ponoszonymi w przypadku jednego bardziej skomplikowanego zabiegu chirurgicznego? Jednocześnie koszty społeczne związane z interwencjami, (bo nie zawsze leczeniem) w przebiegu BPD są ogromne. Możliwe jednak, że część tych kosztów generują sami lekarze z po-

wodu braku dostatecznej wiedzy na temat BPD. Jeśli, jak wskazano w artykule, ¼ niemieckich terapeutów nie podejmuje w ogóle leczenia BPD z braku dostatecznej wiedzy, to prawdopodobne jest, że wiele hospitalizacji wynika z przesadnych obaw o funkcjonowanie pacjentów, krótkotrwałych kryzysów, które mogą być rozwiązane inaczej, i obserwacji w kierunku psychoz.

Znaczenie różnych form terapii opartych na długoterminowej relacji z terapeutą pokazuje, jak ważna jest to forma opieki. I, na co wskazuje doświadczenie kliniczne, skutecznie zmniejszająca liczbę różnorodnych dekompensacji (psychotycznych, autoagresywnych itd.) w BPD. Zarazem pokazuje to ex post, że przyczyna BPD rzeczywiście może tkwić we wczesnodziecięcych doświadczeniach relacji, także traumatycznych. To właśnie stopniowe doświadczenia budowania relacji, doświadczanie obecności drugiej osoby i jej przewidywalności stanowią jeden z głównych czynników leczących, jeśli nie najważniejszy, w psychoterapii BPD.

Autorzy nie wspomnieli o stosowaniu leków w skojarzeniu z psychoterapią, stąd nie wiadomo, czy badane grupy różniły się pod tym względem. Jednak od strony klinicznej niezbędne jest wspomnienie o dużych korzyściach wynikających ze stosowania niewielkich dawek neuroleptyków lub leków przeciwdepresyjnych szczególnie w początkowych etapach leczenia. Dość skutecznie zmniejszają one siłę (a może również i liczbę) kryzysów i pogorszeń doświadczanych przez pacjentów w czasie psychoterapii BPD. Bo jeśli samą istotą zaburzenia są objawy trudności w budowaniu relacji, zaufania, tożsamości itd., to jasne jest, że zbudowanie samej relacji terapeutycznej jest dla pacjentów z BPD ogromnym wyzwaniem. Stąd przedstawiony w artykule odsetek porzuceń leczenia między 25 a nawet 50% zupełnie nie dziwi. Mało tego, niektórzy pacjenci z BPD utrzymują się w relacji terapeutycznej dopiero za kolejnym razem, może to być druga, ale nawet i piąta próba leczenia. Oczywiście jest to niezwykle istotna informacja przy ocenie efektywności leczenia, niestety z artykułu nie dowiadujemy się, czy badane grupy składały się z tylko pacjentów leczonych po raz pierwszy czy były mieszane. Może w ogóle badanie efektywności psychoterapii BPD powinno być podejmowane w grupach pacjentów leczonych np. od roku?

Dla czytelników z mniejszym doświadczeniem w leczeniu BPD artykuł będzie z pewnością bardzo interesujący, gdyż po części wprowadza w trudną problematykę objawów BPD, a także opisuje trudności leczenia, często nierozumiane, gdyż jak uzasadnić, że leczy wieloletni kontakt terapeutyczny? Dla czytelników podejmujących się leczenia zaburzenia osobowości typu borderline liczne informacje dotyczące badań nad efektywnością psychoterapii z pewnością również będą interesujące.