

TERAPIA HRANIČNEJ PORUCHY OSOBNOSTI /HPO/

(z atestačnej práce E. Křivkové)

Odborná literatúra je prakticky jednotná v názore, že základnou esenciou účinnej terapie hraničnej poruchy osobnosti je kvalitný terapeutický vzťah a konzistentné, erudované psychoterapeutické vedenie.

Psychoterapia hraničných pacientov sa začala vyvíjať predovšetkým v podmienkach ambulantnej praxe ešte pred zavedením psychofarmák.

U pacientov, ktorí sa ukazovali ako naprosto nevhodní pre klasickú analýzu a u ktorých vtedy známe ďalšie psychoterapeutické /sugescia, hypnóza/ alebo biologické metódy /šoková terapia/ nemali prakticky žiadny efekt, používala Schmidebergová **autoritatívny a direktívny** prístup, ktorý tlačil pacienta k sebaovládaniu a k zaradeniu do spoločnosti. /7, str. 175/

Psychoanalytici kritizovali takto ponímané ovplyvňovanie symptómov ako neefektívne z hľadiska dlhodobého účinku.

60-te roky sú poznamenané snahou o **modifikáciu**

psychoanalytickej techniky do tej miery, aby bola použiteľná pre liečbu hraničných pacientov. Prístup bol označovaný ako **psychoanalyticky orientovaná psychoterapia**. V súčasnosti sa v rámci psychoanalytického či psychodynamického hnutia etabluje niekoľko škôl v čele s ich známymi zakladateľmi /Kernberg, Kohut, Masterson, Chessick, Adler, Buie, Winnicott, Giovacchini/.

Cieľom tohto zamerania je **zmena osobnosti na hlbšej, psychoštrukturálnej úrovni**, pretože tá je predpokladom trvalej terapeuticko-zmeny. Rôzne školy sa líšia v dôraze na niektoré aspekty terapie, celkove sa však k možnosti štrukturálnej zmeny vyjadrujú za určitých podmienok vcelku optimisticky.

Vedľa toho existuje prúd **podpornej, psychoanalyticky informovanej psychoterapie** hraničných pacientov, ktorý rezignoval na možnosť trvalej zmeny vnútornej psychickej štruktúry. Terapeuti tohto zamerania plnia v živote pacienta stabilizačnú a regulačnú úlohu, sú teda v roli akéhosi **pomocného Ega**.

Posledné desaťročia predstavovali tiež obdobie, kedy k hraničnej poruche osobnosti zaujímali postoj i ďalšie psychoterapeutické školy, pôvodne určené liečbe neurotického pacienta. Podobne ako psychoanalýza i ony prešli obdobím modifikácií svojej základnej techniky s cieľom urobiť svoju techniku prijateľnou pre túto stále sa rozširujúcu skupinu pacientov. Závažnosť poruchy a od počiatku problematická terapia podnietili dokonca vznik nového terapeutického smeru, zameraného primárne na terapiu hraničnej poruchy osobnosti - **dialekticko-behaviorálnej terapie**, ktorá predstavuje behaviorálny typ liečby obohatený o prvky rôznych

filozofických a terapeutických smerov. Jeho zakladateľkou je Marsha M. Linehanová, predstaviteľka biosociálnej koncepcie HPO.

Pododobnosti a rozdiely v prístupe jej jednotlivých predstaviteľov zhrnul v súbornom referáte Waldinger./62/

Terapeuti, ktorých prístup autor vo svojom článku vzájomne konfrontuje, sa zhodujú v nasledujúcich zásadách, ktorými je vhodné sa riadiť, aby terapia bola účinná:

- Stabilný rámec terapie

Jasná a pomerne podrobná dohoda o časových a finančných podmienkach, vzájomných očakávaníach a požiadavkách, pričom každé vybočenie z tohto rámca z akejkoľvek strany by malo byť predmetom exploračie v terapeutickom hodine.

- Väčšia aktivita terapeuta

V porovnaní s liečením neurotického pacienta by mal byť terapeut v terapeutickom hodine aktívnejší, pričom nie je dôležitý len obsah jeho komentárov, ale i samotný fakt, že ponúka svoju prítomnosť k ukotveniu pacienta v realite a minimalizuje tak závažné prenosové distorzie, ku ktorým majú hraniční pacienti tendenciu v neštruktúrovanom prostredí.

Špeciálne v obdobiach krízy – ktoré sú obvyklé v úvodných etapách terapie, kedy je predčasné ukončenie veľmi časté – preberá terapeut veľmi aktívnu úlohu.

- Tolerovanie pacientovej hostility

Terapeut musí byť schopný vydržať pacientove verbálne útoky bez tendencie k odplatu alebo emočného odtiahnutia sa, je možné skúmať a chápať ich ako prejav všeobecného vzorca pacientovho vzťahovania sa k dôležitým osobám.

- Učiniť sebadeštruktívne chovanie pacienta pre neho neuspokojujúcim

Sebadeštruktívnym chovaním hraniční pacienti uspokojujú nejakú svoju nevedomú potrebu alebo sa zbavujú úzkosti. Úlohou terapeuta je obracať pozornosť pacienta na negatívne dôsledky tohto jednania a tým mu ho znechutiť.

- Objavovať spojenie medzi pacientovými činmi a prítomnými pocitmi

Pre hraničného pacienta je akcia primárnou obranou proti nepohodlným či neprijateľným afektom. Rozpoznanie tejto súvislosti je nevyhnutné pre rozvoj autonómie a sebakontroly.

- Znemožnenie alebo obmedzenia agovania

V kontraste s neurotickými pacientami, ktorí vyjadrením prenosových pocitov môžu dospieť k náhľadu na svoje nevedomé motívy a fantázie, je u hraničného pacienta agovanie prejavom odporu proti uvedomeniu si prenosu a tým i pokroku v liečbe. Terapeut musí dať limity tým formám agovania, ktoré

by ohrozovali bezpečnosť pacienta, terapeuta i terapie samotnej.

- Klarifikácie a interpretácie typu „tu a teraz“
Genetické interpretácie či pokusy na genetickú rekonštrukciu v rannej fáze liečby sú kontraproduktívne v prípade, ak odvracajú pozornosť od bezprostredného a často nebezpečného chovania, ktoré rozvracia pacientov život.

- Trvalá pozornosť protiprenosovým pocitom
Dôvody sú minimálne dva:

1/ Protiprenos na hraničného pacienta je náročnejší a komplikovanejší než na neurotického pacienta a terapeut je viac ohrozený agovaním. Podľa Kernberga aktivuje hraničný pacient v terapeutovi včasnšie, aktuálne prekonané vývojové fázy. /41, str. 49/

Neurotici prezentujú v terapii prevahu sexuálnych tém nad agresívnymi. Terapeut môže minimalizovať protiprenosové agovanie uvedomovaním si univerzality sexuálnych procesov.

Kontakt s hraničným pacientom je typický rýchlymi presunmi afektívnych stavov a prevahou agresívnych tém. Terapeut je ohrozený protiprenosovým agovaním projikovanej agresie v rámci projektívnej identifikácie s dvomi typickými reakciami : splynutím s projikovanou agresiou, čo sa v kontakte s pacientom prejaví jeho trestaním, alebo stiahnutím sa, v dôsledku čoho prestáva vstupovať s pacientom do konfrontácií a zaujíma k nemu pozitívny „pseudovzťah“ /Poněšický/. Extrémnymi formami protiprenosového agovania je implicitná kolúzia so suicidálnym chovaním pacienta alebo rezignácia na terapiu . /28, str.12,28/

Tam, kde sa rozvinie idealizujúci prenos, je predovšetkým neskúsený terapeut ohrozený vytvorením hyperprotektívneho postoja, ktorý môže viesť k dysfunkčnému preberaniu zodpovednosti i za tú časť terapie, ktorá prináleží pacientovi. Pocity agresie s trestajúcimi tendenciami voči pacientovi, ktoré sa v terapeutovi v tejto situácii tiež môžu objaviť, sú prejavom odštiepeného pólu devalvácie, ktorý idealizujúci prenos v sebe vždy obsahuje.

/15, str. 26/

2/ Prostredníctvom protiprenosových pocitov prežíva terapeut časť pacientovej psychickej reality. Protiprenos môže byť pre terapeuta zdrojom informácií o pacientovi a jeho využitie mohutným terapeutickým nástrojom /koncept celostného protiprenosu/.

Zásady terapeutického prístupu k hraničnému pacientovi v článku zhrnuté sú všeobecne platným východiskom pre prakticky všetky terapeutické školy, ktoré prezentujú svoj modifikovaný prístup k tejto poruche.

