

Integrovaný přístup k léčbě pacientů s osobnostními potížemi

J.F. Clarkin Weill Cornell Medical College, N. Cain, Long Island University

Zdroj: Journal of Psychotherapy Integration 2015, Vol.25, No.3- 12

Zpracovala: Martina Buchalová Horská

Osobnostní potíže (*Personal Disorders*) jsou pro pacienta velmi vysilující a mají obrovský negativní dopad na fungování intimních a mezilidských vztahů. V cestě léčby však stojí: překážky od pacientů s osobnostní patologií, spory v definování PD, výskyt více nemocí u pacientů s PD, nedefinovatelné příznaky, různá závažnost obtíží, problémy v identifikování klíčových osobnostních dysfunkcí a malý počet léčebných výzkumů na početných PD typech.

V tomto článku přinášíme jednotný přístup k léčbě PD. Popisujeme možný postup pro aplikaci léčebných metod většiny dysfunkcí u pacientů s PD. Nazýváme to integrovaným (jednotným) přístupem, protože staví pacienty mimo existující léčebné výzkumy a používá strategie a techniky většiny léčebných škol a orientací.

Integrovaný přístup zdůrazňuje:

- a) Jedinečnost pacienta, ne kategorii poruchy (*potíží*)
- b) Oblast dysfunkcí u pacienta
- c) Terapeutické použití zásahů v existujících klinických přístupech, hlavně těch, které byly empiricky zjišťovány
- d) Budování spojení mezi terapeutem a pacientem

Naším cílem je prosazovat integraci využitím léčebných postupů speciálně pro osoby s PD. Toto úsilí je nezbytné, protože pole osobnostních potíží (PD) v současnosti zápasí s dalším definováním a pochopením osobnostní patologie a systematizováním (*škatulkováním, vyčleňováním*) většiny poruch pro veškeré PD typy (různé stupně závažnosti).

Proč zvažovat integrovaný přístup k léčbě?

Praxe založená na důkazech je definována jako kombinace nejlepších možných výzkumů s klinickou odborností v kontextu s pacientovou charakteristikou, kulturou a preferencemi. Máme přesvědčivé důvody pro využívání informací z empiricky podporovaných léčeb. Nicméně se i tak v léčebném procesu objevuje několik potíží. I s těmito potížemi, se výsledky zdají být srovnatelné s dalšími léčebnými soubory. Praxe založená na důkazech pro pacienty s PD, musí využívat klinickou odbornost tak, aby byl terapeut na jejím základě schopen vybrat pacientovi vhodný léčebný postup.

Problémů v aplikování léčebného postupu pacientovi s PD je hned několik. Například: PD se objevují s mnohočetností v diagnózách i v komorbiditě (*současný výskyt více nemocí*). Variabilita, která je u PD možná, jen ztěžuje výběr vhodného léčebného postupu, který by seděl každému pacientovi. Navíc do psychotherapeutického výzkumu spadá pouze několik poruch (*potíží*) s velmi srovnatelnými výsledky (*efekty, vlivy, účinky*). Není žádná indikace pro to, aby byly všechny poruchy vyšetřovány pomocí léčebných výzkumů, nicméně terapeut musí umět jednat i navzdory tomu.

Pozornost bychom měli také zaměřit na to, že genové a neurokognitivní dysfunkce nepatří do jedné diagnostické kategorie, ale jdou přes celou škálu kategorií, které jsou ohnisky terapeutického zásahu. Molekulární genetika neposkytne jednoduchou genovou klasifikaci psychiatrických onemocnění, ale genetické objevy budou popisovat specifické biologické cesty a domény psychopatologie. Na základě toho navrhl Národní institut mentálního zdraví zaměřit se na výzkum systému neurokognitivních funkcí a dysfunkcí, které svým rozsahem zasahují do více diagnostických kategorií.

Nakonec medicína obecně v současnosti směřuje k oběma – hodnocení i léčbě. Každá osobnost je biologicky jedinečná a tato jedinečnost nám ukazuje, že léčba musí být stanovena také individuálně. Přestože něco mají lidé společné, na psychologické úrovni fungování je evidentní, že každá osobnost má jedinečnou psychologickou historii vývoje v souladu s životním prostředím. Tato jedinečnost je zaměřena na hodnocení klientů s podezřením na PD a na výsledky z nichž terapeutovi vyvstane vhodná intervence klientovi.

S touto problematikou doporučujeme integrovaný léčebný přístup (který je v podstatě nejoblíbenějším přístupem k léčbě pacientů s PD). Myslíme, že je důležité popsat integrovaný přístup k léčbě pacientů s PD v souladu s dalším objasněním problematiky a přístupu.

Vyčlenění integrovaného přístupu k léčbě může také legitimizovat jednotné přístupy terapeutů, kteří se obávají, že porušují empirická léčebná doporučení.

Co je integrace?

Na integraci pohlížíme jako na mentální proces, jímž se zabývá terapeut. Tento proces začíná na prvním setkání pacienta a terapeuta. Integrace se zaměřuje na individuálního pacienta s PD, který hledá pomoc. Obsahem integrace je kombinace funkcí zaznamenaných ve stavbě zásahů, které jsou opakovány v časové sekvenci.

V této koncepci integrace si můžeme myslet několik kroků:

- a) nápady, proč pacientovy oblasti nefungují
- b) stanovení vize, jak by klient mohl reálně dosáhnout lepší úrovně uspokojení
- c) představy, jak by se klient mohl zlepšovat v čase krok po kroku
- d) využití terapeutických zásahů, až bude klient připraven na změnu a významné problémy toho času (doby)
- e) zaměření terapeutovy pozornosti po celou dobu léčby na klientovo vnímání sebe sama a na dopad procesu změny

Proces integrace, tak jak je tady popsán, je v souladu s empiricky podporovanými léčebnými přístupy, které jsme zmínily předtím. Kvůli absenci důkazů pro specifické léčby některých případů PD a chybějícím informacím z procesu změny, je terapeut nucen použít jeho nebo její úsudek „ted a tady“ (*moment to moment*).

Pravděpodobně nejvýznamnější výjimkou (z nedostatku empiricky podporovaných léčeb u pacientů s PD) je léčebný důkaz pro BPD. Léčby kognitivně- behaviorální, na mentálním základu a v oblasti vztahů, jsou všechny empiricky podpořeny.

Přestože víme, že tyto léčebné oblasti jsou spojovány se symptomovou změnou, je jasné, jaké prvky v přístupech jsou efektivní. Navíc někteří klienti neodpovídají ani částečně do těchto přístupů. Je možné, že by přístupy dělané na míru každému pacientovi s jeho jedinečnou silou, slabostí a prostředím, mohly přinést znatelnou změnu.

Různé přístupy k psychoterapeutické integraci

Stricker (2010) shrnul historii a přístupy psychoterapeutické integrace jako společné faktory, technické a teoretické přístupy. Každý z těchto přístupů si zaslouží popis na objasnění toho, jak mohou být použity jako celek nebo pouze částečně u klientů s PD. Společné faktory přístupu odkazují k používání techniky, která je využívána v léčbách bez ohledu na teoretické znalosti.

Teoretická integrace je pokus integrovat teorie, jako např. behaviorální teorii a psychoanalytickou teorii, tak aby vedly k léčebným krokům. Náš pohled na věc je takový, že oblast pacientů s PD profituje z mnoha teoretických přístupů, ale žádný z nich nemá komprehensivní a empirický základ adekvátně vést terapeutické zásahy. Tyto teorie se nejlépe popisují jako částečné teorie. Teoretická integrace zahrnuje pacienty s PD a bude pokračovat jako empirický průzkumný vývoj. Avšak terapeut nemůže čekat na pohotovost komprehensivní teorie osobnosti a PD a místo toho potřebuje zážitek (zkušenost) s osobností a osobnostní poruchou fungující jako mapa hodnocení a fungování.

Asymilativní integrace je přístup, který spočívá na jedné z teoretických pozic a od této pozice zařazuje techniky z jiných terapeutických přístupů.

Rámcem integrovaného složeného přístupu v tomto článku je nejbližší technické integraci, což je systematické využití techniky z počtu orientací bez ohledu na teoretické zaměření. Přestože odkazujeme na prominentní teorii fungování normální osobnosti, která vede myšlení, pořád nemáme žádnou komprehensivní teorii u pacientů s PD.

Empiricky podpořená teorie fungování osobnosti může nabídnout sbírku pro pochopení a vývoj osobnostních dysfunkcí. Např. Mischel a Schoda (2008) vyložili kognitivně-efektivní vývojový systém (CAPS). Model fungování osobnosti, který poskytuje rámec pro pochopení osobnostního fungování. Model CAPS se zaměřuje na procesy, kterými osobnost vytváří situace, a jak se osobnost přizpůsobuje prostředí. Tato metateorie vytváří pět úrovní zkušeností:

- a) organizované spojení aktivace vnitřních kognitivně-efektivních jednotek (např. koncepce já a ostatní, očekávání a víra, hodnoty, afekty...)
- b) behaviorální vyjádření tohoto vnitřního vývojového systému
- c) vnímání sebe a ostatních v daném chování v čase
- d) konstrukce jednoho typického prostředí
- e) predispozice biologických a genetických úrovní existence

Tento rámec říká, že se osobnostní dysfunkce se mohou objevit v několika úrovních a hodnocení v těchto stěžejních oblastech může vést k cílenému zásahu.

Kvůli nedostatku komprehensivní teorie osobnostní patologie navrhuje, aby se terapeut zaměřil na oblasti dysfunkcí a jak se projevují v pacientově prostředí. S modelem CAPS se terapeut zúčastní pozorování chování a vidí, jak pacient používá konceptualizace interakce sebe a ostatních, které řídí jeho chování.

Integrovaný modulární přístup

Když vezme výše uvedenou problematiku s hodnocením i léčbou pacientů s PD, je logické zvažovat specifika klienta v období významných interpersonálních obtíží a také zvažovat, jak se tyto obtíže projevují v prostředí jedince. Oblasti obtíží a jejich závažnost se staly stejně důležité jako identifikace

PD kategorií. Integrovaný modulární přístup vyzývá k opuštění od kategorizování strategií a technik spojených s terapeutickou školou (např. kognitivně- behaviorální, psychodynamickou atd.) a místo toho se zaměřit na pacientovy oblasti dysfunkcí a na jejich efektivní léčení.

Oblasti patologie u klientů s PD

Integrovaný přístup se raději zaměřuje na oblasti patologie, než na konkrétní diagnostické kategorie u pacientů s PD. Děláme to, protože oblasti dysfunkcí jsou známy napříč rozličnými PD diagnózami. Hlavním problémem u pacientů s PD je pozorovatelná dysfunkce v mezilidských vztazích s obtížností v mentální reprezentaci sebe a ostatních. Máme dobře zdokumentováno, že jedinci, kteří mají velké skóre v některé z PD oblastí, mají mezilidské problémy charakterizované samotářským způsobem života, konfliktními vztahy a nedostatkem sociální podpory.

Když se zaměříme na model CAPS, oblasti fungování PD mohou být identifikovány pomocí DSM -5, sebehodnocením a teoretickými popisy PD.

Pokud budeme vyšetřovat DSM kategorie na individuální úrovni, můžeme rozpoznat následující oblasti dysfunkcí:

- Nefunkčnost nebo absence morálního chování (nečestnost, krádeže, neuznávání práv ostatních...)
- Sebevražedné a sebe destruktivní chování
- Obtíže odkazující k dalším (nedůvěra k ostatním, odloučení od sociálních vztahů, nestabilita v mezilidských vztazích)
- Problémy se sebedefinováním (nedostatek empatie, pocity méněcennosti, hypersenzitivity)

Další možnost uchopení významných oblastí funkcí a dysfunkcí v osobnosti a PD, je vyšetření znaků zahrnutých do sebehodnotících dotazníků. Např. velké modely osobnosti se sbíhají do čtyř vyšších znaků:

- a) Neuroticismus, negativismus, emocionální neregulace
- b) Extraverze, pozitivismus
- c) Nespolečenská, nevraživost
- d) Omezenost, nutkavost

Novější nástroje (např. Severity Indices of Personality Problems) se zaměřuje na pět faktorů fungování osobnosti:

- a) Sebekontrola (emoční regulace, kontrola úsilí)
- b) Integrace identity
- c) Intimita, prodloužení trvání vztahů
- d) Zodpovědnost
- e) Sociální soulad

Navíc, měření jako Inventory of Interpersonal Problems byly použity k vyšetřování specifických mezilidských potíží spojených s PD. Např. paranoidní, narcističtí a nespolečenští pacienti s PD jsou často spojovány s dominantním, mstivým chováním. Zatímco teatrální, hysteričtí pacienti s PD mají chování většinou neodbytné.

Když to shrneme, byly navrženy čtyři hlavní oblasti dysfunkcí u pacientů s PD. Symptomy, problémy emoční regulace, mezilidské fungování a sebefungování.

Léčebné postupy

Jedna z možností určení léčby je stanovení oblastí dysfunkcí a zařazení léčebných postupů do těchto oblastí. Tyto léčebné postupy popisujeme jako spojení terapeutických zásahů, které mají specifický nefunkční cíl. Popisujeme dva postupy pro pacienty s PD:

- a) Obecný léčebný postup – ke zlepšení motivace pro změnu a k založení vztahu terapeut – pacient
- b) Specifický léčebný postup pro specifické oblasti dysfunkcí

Obecný léčebný postup

Strukturování léčby může být doprovázeno odmítáním verbálního kontaktu a terapeutických postupů. Pacienti s PD mají často problémy s interpersonálním fungováním, proto je první výzvou už navázání terapeutického vztahu. Trhliny se pak objeví, kde je mezi terapeutem a pacientem příliš tlaku na potřeby a představy. Tyto trhliny se v léčbě objevují nečekaně a neměly by být přecházeny, ale brány jako příležitosti pro změnu. Pro terapeuta je důležité, aby byl na pozoru ohledně klientových častých negativních pocitů týkajících se terapeutického vztahu. Pokud se tyto trhliny objeví, měl by terapeut být schopen tyto trhliny odhalit a krok po kroku je v terapii prozkoumat.

Léčebné postupy specifických oblastí

Jeden z klientových problémů je, že nedokáže vidět cestu ven ze svých obtíží a je to terapeut, který musí potřebné změny objevit. Cíle změny závisí na specifickém PD, ale hlavně na jejich závažnosti. Popsali jsme pět fází léčby:

- a) Ujistění o bezpečnosti pacienta a ostatních v jeho okolí
- b) Sběr symptomů, emocí a impulzů
- c) Řízení a modulace impulzů, které souvisí se symptomy
- d) Objevení a změna kognitivně – emocionálních struktur podtrhujících maladaptivní chování
- e) Integrace a syntéza adaptivnější sebekonstrukce (*self-structure*)

Pořadí zásahů je diktováno koncernem pro pacientovo bezpečí před přesunutím na další problematiku. Problematika bezpečí je jasná, pokud psychická integrita pacienta nebo ostatních je relevantní. Se vzrůstajícím pacientovým bezpečím, může léčba postupovat do fáze, ve které je důležitá podpora a struktura pro zdůraznění pocitů a poruch kognitivního fungování. Emoční regulace je dalším zaměřením terapeutického zásahu. Emoční regulace odkazuje k afektivním schopnostem, které jedinec využívá ke kontrole, hodnocení a modifikování jeho citových (emočních) odpovědí za účelem dosažení úspěchu.

V kontrastu s jedincovou schopností emoční regulace, jedinci s psychopatologií často trpí emoční dysregulací. Emoční dysregulace je narušená oblast fungování, která je středem několika poruch – např. deprese, úzkosti, PD atd.

Léčba emočních poruch může být přístupná střídáním rolí na různá témata nebo vzrůstající pozorností na nefunkční mezilidské vztahy. Zaměřením se na vzrušující události ve vztahu mezi klientem a terapeutem, objektivní vztahy procházející podporou přehodnocení vnímání sebe a ostatních v interakci terapeut – klient.

Pacienti s PD nejsou schopni plné spolupráce s ostatními na úrovni produktivní a uspokojující. Tyto věci omezují pacientovo uspokojení v dosahování přátelských a intimních cest k ostatním. Také ovlivňují pracovní a profesionální úspěch a produktivitu. Jedinec s PD má interpersonální styl, který je kontraproduktivní, tj. že ostatní dostane do konfliktu nebo do izolace. Proč toto kontraproduktivní chování pokračuje? V každodenní interakci není obvykle pacientovi dána příležitost vyzkoušet si vztahovou interakci. Ostatní na klientovo chování s PD reagují a vnímání obou stran většinou není sdílené a zřetelné. Bez sebevyzkoušení a sebereflexe jde pacient do navyklého typu interakce, která brání jeho sebevědomí navzdory interakčnímu narušení. Jednou z možností je, že jedinec je nepozorný ohledně svého vlivu na ostatní. Možná nepozná, že ostatní jsou uražení, nebo si možná správně nevyloží jejich reakce. Tato neschopnost denních interakcí vede k sebeopravě v mezilidských konfliktech a narušenost je přesně to, proč jsou zásahy terapeuta potřeba.

Pacientův příběh ohledně současných mezilidských vztahů může být doplněn opatrným hodnocením, jak se pacient vztahuje k terapeutovi, ne v jednom momentu, ale v nespočtu situací. Pacienti jsou často nepozorní, jak je berou ostatní a jak jejich interakční vztah vede k jejich následným potížím.

Úsloví *mezilidské fungování* zahrnuje širokou škálu aktivit od intimních sexuálních vztahů, blízké přátelství, sociální vztahy až po vztahy orientované na práci a úkoly. Co nás zajímá, jsou typy vztahových nedostatků, se kterými pacient přichází na terapii, a především ten, který nejvíce odkazuje na kvalitu jeho života. U pacientů s několika PD mohou být vztahy natolik izolovány nebo konfliktní tak, že nemají funkční ani kariéru ani pracovní nastavení. Tento druh neschopnosti omezuje pacientovu schopnost být nezávislý a soběstačný a velmi vážně omezuje kvalitu jeho života. Na druhém konci spektra jsou pacienti s méně častými PD, kteří jsou funkční a celkem úspěšní v práci, mají přátelství, ale nedosahují uspokojujících intimních vztahů, ve kterých se kombinuje láska a sexualita.

Navržením léčby a vysvětlení zodpovědnosti oběma účastníkům je zásadní první krok v konstrukci prostředí, ve kterém si pacient může vyzkoušet beze strachu nebo ztrapnění jeho mezilidského chování, přístupy a pocity. Pacientovo mezilidské chování může být vyzkoušeno jako rozvinutí současných situací v jeho životě nebo jako bezprostřední chování k terapeutovi. Pravděpodobně terapeut vyzkouší obě možnosti, aby prohloubil pacientovo sebeporozumění. Pacienti mohou samozřejmě komentovat to, co vnímají jako původ nebo začátek jejich problémů, ale je to zaměření na současné vztahy, co nám poskytuje širší repertoár chování pacienta.

Chybné situace jsou přijaty při i mimo terapii, což dává možnost terapeutovi pochopit a prozkoumat etiologii a údržbu těchto porouchaných mezilidských vzorů. Pinus a jeho kolegové vytvořili léčebný postup, který integruje částečné mezilidské teorie s pochopením osobnostní struktury.

Objevování mezilidských vztahů vede k velmi rychlému pacientovu vnímání sebe sama.

Sebefungování může být analyzováno do nejméně pěti konceptualizací:

1. Já jako člověk
2. Já jako osobnost
3. Já jako objevující subjekt
4. Já jako víra v sebe
5. Já jako zodpovědná osoba

V oblasti osobnostní patologie, negativních pocitů a nedůvěry v sebe zahrnující nízké sebevědomí, nedostatek vlastní účinnosti a obrovskou sebedůležitost, jsou největšími oblastmi zaměření a terapeutických zásahů.

Obecné principy přístupu u mezilidských potíží:

1. Stanovení rámce léčby, takže se pacient může podílet na vyšetřování mezilidského chování bez toho, aby to cítil jako útok nebo kritiku
2. Sestavení terapeutické aliance jako pozorovacího objektu – terapeut funguje jako spojenec pacienta v opravování mezilidského chování
3. Trhliny ve vztahu pacienta a terapeuta by měly být očekávány a měly by být chápány jako příležitost ke zjištění chápání pacientova vztahu k terapeutovi
4. Terapeutův postoj k terapeutické neutralitě. Terapeut je pouze pozorovatelem a nijak do konfliktů nevstupuje
5. Načasování zhodnocení pacientova snažení na vyšetření
6. Je spousta terapeutických postupů jak využívat vztah mezi klientem a terapeutem k prozkoumání problémů pacienta

Výzkumy k relevantnímu přístupu

Modulární přístup udává, že různé oblasti fungování se během léčby budou měnit. Zajímavostí je nejen identifikace oblastí platných pro hraniční pacienty, ale také nutnost měření domén několikrát během léčby, abychom zjistili poměr změny v zapojených oblastech. Bude to nesmírný pokrok, pokud se výzkumníci shodnou na zásadních oblastech dysfunkcí u pacientů s PD a k léčbě a měření budou používat stejné léčebné postupy.

Dalším případem k integraci je návrh vytvořený Weiszem, ve kterém jsou modely z různých empiricky podporovaných léčeb kombinovány s různými přístupy vytvořenými jedinci na míru v léčbě preadolescentů. Tento léčebný přístup je nadřazený léčbě samostatně empiricky podporované.

Závěr

U pacientů s PD je důležité, aby dával terapeut soustavně pozor na průběh vztahu s pacientem. Léčebné postupy nebudou fungovat bez dobrého vztahového prostředí. Klientova víra v úspěch je základním kamenem úspěšné léčby. Pokus dostat integrální léčebný postup ke klientům funguje bez problémů. Integrace je něco jedinečného v procesu terapie klient-terapeut.