

Výber z literatúry

Terapeutický koncept pre traumatizovaných pacientov s ťažkými poruchami osobnosti.

Prehľad integratívneho terapeutického prístupu

Wolfgang Wöller

Therapiekonzeption für traumatisierte Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen.

Eine Übersicht über ein integratives Behandlungskonzept

(Psychotherapeut, 2010, 55, s. 6-11)

Už niekoľko rokov vychádza v Nemecku časopis Psychotherapeut, ktorého full-texty sú zatiaľ dostupné aj cez internet. Časopis prináša aktuálne pohľady a prehľady týkajúce sa rôznych psychotherapeutických noviniek, objavujú sa v ňom nielen články venované určitým psychotherapeutickým smerom, ale aj články s výrazne integratívnym prístupom. Takýto je aj článok privátneho docenta Wolfganga Wöllera, ktorý je psychiater, psychoanalytik a psychotherapeut. Vedie kliniku zameranú na psychosomatiku a psychotherapiu v Bad Honnef v Nemecku. Autor opakovane pôsobil na Slovensku ako školiteľ v problematike psychotraumatológie.

Vo svojom článku upozorňuje na problematiku konceptu komorbidity špeciálne u pacientov, ktorí trpia ťažkou poruchou osobnosti a posttraumatickou stresovou poruchou. Psychotraumatická patogenéza sa uplatňuje pravdepodobne pri oboch týchto klinických obrazoch, zvlášť ak osobnostná porucha sa týka borderline poruchy osobnosti (BPO). U pacientov, ktorí spĺňajú diagnostické kritériá pre BPO sa súčasne vyskytuje aj klinický obraz posttraumatickej stresovej poruchy až v 50

Ako ťažké poruchy osobnosti sa označujú obvykle také, pri ktorých sa vyskytujú poruchy regulácie emócií, poruchy v mentalizovaní a v integratívnych ego-funkciách.

Pre ťažké poruchy osobnosti, ako aj pre posttraumatické stresové poruchy jestvujú účinné na dôkazoch založené koncepty liečby odvodené či už z psychodynamických alebo kognitívno-behaviorálnych škôl. Pri bližšom pohľade na tieto koncepty sa ale ukazuje, že nie dosť berú ohľad na súčasný výskyt komorbidnej poruchy. Preto autor navrhuje integratívny koncept na psychodynamickom základe, ktorý obsahuje elementy rôznych psychodynamických a kognitívno-

behaviorálnych konceptov, ako aj prvky od iných terapeutických škôl. Autor sa odvoláva na tradíciu asimilačných konceptov pri integrácii psychotherapií, ako ich zastáva Norcross a Golfried (2002). Ide o to, aby sme pri pevnom zakorenení v určitej teoretickej orientácii pri plánovaní liečby prijali aj techniky a stratégie pochádzajúce z iných terapeutických škôl. Autor v tomto prípade stavia na poznatkoch psychoanalytickej teórie vývinu ego-funkcií, reprezentácií seba a objektov, a regulácií vzťahov pri ťažkých poruchách osobnosti, pričom zohľadňuje vývinovo psychologické, neurobiologické a psychotraumatologické poznatky o vývinovej traumatizácii a o traumatizáciách vo vzťahovej väzbe. Navrhuje päťfázový flexibilný model s nasledovnými obsahmi:

1. bezpečie, opora a posilňovanie zvládacích kompetencií;
2. regulácia emócií a starostlivosť o seba;
3. mentalizácia a rozvíjanie stabilných reprezentácií;
4. šetrné spracovávanie psychotraumy;
5. spracúvanie konfliktov a práca na maladaptívnych vzťahových vzorcoch.

Odvola sa okrem iného na práce Reddemannovej o „psychodynamicko-imaginatívnej traumaterapii“, na Rudolfov koncept „štruktúralnej psychotherapie“ s jeho akcentom na budovanie ego-funkcií a čerpá aj z dialekticko-behaviorálnej terapie M. Linehanovej, zvlášť v súvislosti s posilňovaním schopnosti regulovať afekty a integruje aj aspekty mentalizačnej psychotherapie pre BPO ako ju rozpracovali Bateman a Fonagy opierajúci sa o výskumy inšpirované teóriou vzťahovej väzby (attachment, Bowlby). Čerpá ale aj z psychodynamicky orientovanej terapie zameranej na

„ego-stavy“ manželov Watkins a oceňuje aj schématerapiu ako ju rozpracoval Young a kol. A napokon odporúča využívať aj modifikovanú EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), ktorú pôvodne vyvinula F. Shapiro.

Pozrime sa teraz bližšie na náplň psychoterapeutickej práce v jednotlivých fázach.

Fáza 1: Bezpečie, opora a posilňovanie zvládacej kompetencie

Keď je v popredí *porucha regulácie afektov* a pacient je v bežnom živote destabilizovaný neustálym *znovuprežívaním* traumatických skúseností, v popredí terapie musia byť postupy, ktoré poskytujú oporu, stabilizačné techniky a terapeut musí prechodne *suplovať ego-funkcie* pacienta v zmysle externého regulovania emócií. Vytváranie terapeutického rámca, v ktorom je akcent na bezpečie a oporu vo vzťahu, musí byť v *maximálnom kontraste k traumatickej situácii*. Dôležité sú vzťahové kvality, ako je bezpečie, kontrola, transparentnosť a plná prezentnosť. Dôležité je tiež vysvetľovanie a *edukácia*, čo prispieva k transparentnému utváraniu vzťahu. Potrebné sú aj intervencie, ktoré stanovujú *hranice*, aby pacient, terapeut a terapia boli chránení pred deštruktívnymi impulzami. Prechodné prevzatie ego-funkcií sa týka hlavne deficitov v regulácii emócií a používajú sa upokojujúce, povzbudzujúce a suportívne intervencie, konkrétna pomoc a rady, ako aj symptómovy zameraná psychofarmakoterapia. Popri ponuke oporného vzťahu je potrebné *zavčas aktivovať zdroje*, čím sa zvyšuje zvládacia kompetencia a je to aj prevencia regresívnej fixácie v pasívno-bezmocnom očakávaní. Existujúce zdroje zvládania sa dajú aktivovať pomocou cielenej exploračie doterajších foriem zvládacích stratégií. Akútna disociačná symptomatika si môže vyžadovať používanie techník zastavovania disociačii. Pri ťažkých disociačných poruchách, keď sú odštiepené časti osobnosti, ktoré sú značne vzdialené bežnému vedomiu, môže byť potrebné použiť špeciálne techniky, ktoré opisala Reddemannová a Sachsse.

Fáza 2: Regulácia emócií a starostlivosť o seba

Táto druhá fáza je zameraná na zlepšenie autonómneho regulovania emócií a posilnenie schopnosti primerane sa o seba starať.

Pacienta učíme *techniky regulácie afektov*. Techniky *dištančovania* sa a *manažovania stresu* sú vhodné na zaobchádzanie so zaťažujúcim a traumatizujúcim materiálom. Techniky *fokusovania pozornosti* (Linehan) a *imaginačné techniky* na aktiváciu *zdrojov* (Reddemann) majú v tejto fáze špeciálny význam. Je potrebné tiež *anticipovať* potenciálne spúšťače symptómových dekompenzácií. Pomoc pacientovi pri *diferencovanejšom vnímaní afektov* má za úlohu dosiahnuť *rozlišovanie* signálnych afektov v *prítomnosti* od afektov, ktoré majú traumatogénny pôvod a patria k *minulosti*. Vedenie pacienta k *starostlivosti* o seba môže obsahovať aj prácu na zlepšovaní schopnosti sebahpresadzovania a ohraničovania sa voči nespravodlivým nárokom druhých a chránenie sa pred

traumatizáciou. Často je potrebné spracovávať aj negatívne kognície, ktoré brzdia aktívnu starostlivosť o seba, napr. keď je pacient presvedčený, že si nezaslúži starostlivosť o seba alebo keď si myslí, že staranie sa o seba je egoistické.

Fáza 3: Mentalizovanie a rozvíjanie stabilných reprezentácií

V tejto fáze je v popredí rozvíjanie schopnosti *mentalizovať*, t.j. schopnosti *reflektovať vlastné a cudzie mentálne stavy*. Rozvinutie tejto schopnosti vedie k redukcii impulzívneho správania podľa prvého dojmu. Keďže mentalizačná schopnosť sa môže dostatočne rozvíjať len pri primeranej regulácii emócií, mala by sa najprv spracovávať schopnosť autonómneho regulovania emócií. Zlepšenie schopnosti reflektujúceho a dištancovaného posudzovania vlastných a cudzích *rozpoložení, potrieb, obáv* a predpokladov môže podstatne prispieť k zlepšeniu schopnosti regulovať interpersonálne vzťahy. Rozpúšťa sa tým aj tendencia k deformovaným, neprimeraným prenosovým manifestáciám a dysfunkčným vzorcom správania. Zlepšená mentalizačná schopnosť vytvára tiež predpoklady pre prehĺbenie psychodynamického *chápania* narušeného vnútorného sveta reprezentácií, ktoré viedli k dysfunkčným interpersonálnym vzorcom správania. Pacientom pri tom treba pomáhať porozumieť *funkcionalite* vzorcov správania v *minulosti*, ktoré sú ale *aktuálne dysfunkčné*. (Poznámka: Mentalizačná schopnosť z neurobiologického hľadiska zrejme úzko súvisí s funkciami zrkadlových neurónov. Koncept mentalizovania môžeme chápať ako rozšírenie konceptu empatie v zmysle nielen empatie voči druhým, ale aj voči sebe, na implicitnej aj explicitnej úrovni a vo vzťahu nielen k prítomnému ale aj v minulosti zažitému alebo anticipovanému do budúcnosti.)

Ak je u pacienta významná disociatívna komorbidita je potrebné uplatniť techniky terapie *ego-stavov* (Watkins a Watkins). Ako zvláštnu formu práce na ego-stavoch uvádza autor prácu s „*vnútorným dieťaťom*“, pričom dospelé časti osobnosti poskytujú zranenému dieťaťu v sebe rodičovskú *náklonnosť a opateru*. Predpokladom pre použitie tejto techniky je tiež dostatočná schopnosť regulácie afektov.

Fáza 4: Šetrné spracovávanie psychotraumy

Táto fáza prichádza do úvahy až vtedy, keď sa dostatočne zlepšila regulácia emócií a mentalizačná schopnosť, takže pacient je vo svojom bežnom živote stabilnejší. Spracovávanie psychotraumy/psychotraum musí byť šetrné, ak stále je tu problematika labilného regulovania emócií alebo disociatívna komorbidita. Snažíme sa chrániť pacienta pred zaplavením traumatickými spomienkami. Vhodný sa tu javí postup, ktorý autor označuje ako *frakcionovaná forma* EMDR. Postupuje sa tak, že sa maximálne *aktivujú zdroje* a *expozícia* traumatického materiálu sa dávkuje opatrne a frakcionovane. Skracujeme expozičný čas, aby sme pacientovi umožnili znova a znova sa dostávať *do kontaktu s pozitívnymi zdrojmi*. Takže úseky krátkej expozičie traumy sa opätovne

striedajú s fázami aktivácie zdrojov. Možná je tu tiež kombinácia s imaginatívnymi technikami dištancovania sa, ako ich opísala Reddemannová. *Voľba cieľov* pre EMDR je iná, než pri jednoduchej PTSP. Zameriavame sa najprv na jasné spomienkové scény alebo obrazy z prítomnosti alebo nedávnej minulosti a nie na spracovávanie detských tráum, pokiaľ si ich pacient ani nevie sprítomniť v plnom rozsahu a čiastočne ešte podliehajú disociácii. Disociatívna komorbidita si vyžaduje opatrnosť a skúsenosť.

Fáza 5: Spracovávanie konfliktu a práca na maladaptívnych vzťahových vzorcoch

Keď v predchádzajúcich fázach došlo k zlepšeniam v oblasti autonómnej regulácie emócií a mentalizačnej schopnosti, a keď sa odštiepené fragmenty traumatických spomienok podarilo transformovať na „normálne“ spomienky, dostáva sa terapia do poslednej fázy: *práca na vedomých a nevedomých konfliktoch* bez toho, aby to viedlo k zaplavovaniu traumatickým alebo konfliktovým materiálom. V tejto fáze sa môže prehľbovať aj psychodynamické chápanie generalizovaných negatívnych presvedčení a patogénnych zvnútornených noriem a prehnáných ideálov.

Podkladom negatívnych sebaobrazov a maladaptívnych interpersonálnych vzťahových vzorcov pacientov je množstvo vedomých a nevedomých konfliktov. Tieto konflikty sa môžu týkať celého spektra od konfliktov medzi autonómiou a závislosťou, až ku konfliktom spôsobeným rozpornými zvnútornenými normami. Zmena negatívnych sebaobrazov a maladaptívnych modalít správania si môže vyžado-

vať postup ako pri psychoterapii zameranej na konflikt, lepšie povedané *riešenie konfliktu*. Pokiaľ ide o konflikty, ktoré sú blízke vedomiu, môže stačiť ich *klarifikácia*, aby sa dali vypracovať možnosti riešenia. Pri nevedomých konfliktoch je potrebné *analyzovať obranu*, pričom sa postupuje obvyklými krokmi od *klarifikácie, cez konfrontáciu k interpretácii*. Prirodzene, že sa príležitostne musia používať aj intervencie zamerané na problematiku *odporu alebo prenosu*. Táto práca sa v podstate už nelíši od postupov pri pacientoch s vyššou štrukturálnou úrovňou.

V tejto fáze je potrebné počítať aj s potrebou *spracovávanie smútku* kvôli nedosiahnutým životným cieľom a vypracovávať s pacientom jeho *novú orientáciu* v živote.

Záverom autor upozorňuje na to, že takýto typ integrácie terapeutických prístupov a techník si vyžaduje aj vysporiadanie sa s otázkami kompatibility teoretických modelov a terminológií, čo je podľa neho nemalá výzva, ale vypláca sa.

Wöller v práci uvádza 35 literárnych zdrojov, medzi nimi aj svoju monografiu *Trauma a poruchy osobnosti (Trauma und Persönlichkeitsstörungen)*, ako aj 2. vydanie (2005) didakticky veľmi vydarenej knihy o *Psychoterapii na hlbinných základoch* (Wöller a Kruse: *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie*, slovenský preklad od MUDr. PhDr. Svetlany Žuchovej vyjde vo Vydavateľstve F v r. 2010). Čitateľ v nej nájde podrobnejší a prakticky užitočný opis techník a konceptov, o ktorých sa v recenzovanom článku zmieta len letmo.

Do redakcie došlo 3.3.2010.

Referuje Jozef Hašto