

A BORDERLINE SZEMÉLYISÉGSZAVAR KEZELÉSE A NICE IRÁNYELVEK ALAPJÁN¹

A borderline személyiségzavar (borderline personality disorder, BPD), a jelenleg alkalmazott klasszifikációs rendszerek szerint (APA 2000, APA 2013) a dramatikus klaszterhez tartozó személyiségzavar. A borderline személyiségzavarra jellemző a viselkedés és a belső élmények tartós, kulturális elvárásoktól eltérő, pervazív, rugalmatlan és stabil mintázata, amely jelentősen rontja az életminőséget és distresszt okoz a személy számára (APA 2013). A kórképre specifikusan elsősorban a kötődési és érzelemszabályozási problémák a leginkább jellemzőek. A BPD páciensek hangulata gyakran ingadozik, az önsértő magatartás aránya magas, gyakran hangoztatnak öngyilkossági szándékot és a mentális zavarok közül BPD esetén a leggyakoribb a befejezett öngyilkosság (Brown és mtsai 2009, APA 2013 In. Vizin, 2017). Magas komorbiditás jelenik meg a különböző mentális zavarokkal, így a depresszióval, szorongásos kórképekkel, evészavarokkal, poszt-traumás stressz zavarral, alkohol és szerabúzással, illetve a bipoláris zavarral.

TÜNETTAN

A borderline személyiségzavar kilenc diagnosztikai kritériummal rendelkezik, melyek közül legalább ötnnek teljesülnie kell a DSM-IV, illetve a DSM-5 diagnosztikai rendszerek szerinti diagnózis megállapításához. Ezek a következők: kapcsolati és érzelmi instabilitás, önkárosító impulzivitás, gyenge önkontroll, öngyilkossági fenyegetőzések, identitászavar, krónikus üresség-, és unalomérzet valamint távolságtartó viselkedés. Erős tendencia jelenik meg az önsértéssel és öngyilkossági gondolatokkal kapcsolatban is. (APA, 2013) Fontos diagnosztikus szempont, hogy 18 éves kor előtt formálisan nem lehet diagnosztizálni a személyiségzavart, de a tünetek megjelenhetnek kamaszkorban vagy már gyermekkorban is.

1. táblázat. A borderline személyiségzavar DSM-5 kritériumai (APA 2013)

Fiatal felnőttkortól kezdve számos különféle helyzetben megnyilvánuló instabil interperszonális kapcsolatok, önkép és affektusok, valamint kifejezett impulzivitás mindent átható mintázata, amit az alábbiak közül öt (vagy több) jelez:

1. Kétségeesett erőfeszítés a valós vagy képzelt elhagyatás elkerülésére.
2. Instabil és intenzív interperszonális kapcsolatok mintázata, melyekre az idealizálás és lebecsülés szélsőséges váltakozása jellemző.
3. Identitászavar: kifejezetten és tartósan instabil önkép vagy önérték.
4. Impulzivitás legalább két, potenciálisan önkárosító vagy önveszélyeztető területen (pl. költekezés, szex, szerabúzus, gondatlan autóvezetés, falás).
5. Ismétlődő szuicid viselkedés, gesztusok, fenyegetések vagy önsértő viselkedés.
6. Affektív instabilitás a jelentős hangulati reaktivitás következtében (pl. intenzív epizodikus diszfória, irritabilitás vagy szorongás, mely rendszerint néhány órán át tart és csak ritkán áll fenn néhány napnál tovább).
7. Krónikus ürességérzés.
8. Inadekvát, intenzív harag vagy a harag kontrollálásának nehézsége (pl. gyakori dühkitörések, állandó harag, ismétlődő verekedések).
9. Átmeneti, stresszhez kapcsolódó paranoid gondolatok vagy súlyos disszociatív tünetek.

¹ <https://www.nice.org.uk/guidance/cg78>

Lényeges szempont a DSM-5 diagnosztikus rendszerben a személyiségzavarok kapcsán a dimenzionális megközelítés is. A DSM-5. III. fejezetében a személyiségzavarokat a személyiség működésének károsodása és a kóros személyiségvonások alapján kategorizálják. A személyiség működési szintjének megítélése az önmagára (identitás, önirányítottság) és az interperszonális kapcsolatokra (empátia, intimitás) vonatkozó elemek alapján történik. A személyiségzavarok diagnózisa ebben a dimenzionális megközelítésben a személy funkcionálási szintjének megítélése, valamint a jelen levő jellemvonások alapján történik.

2. táblázat. A borderline személyiségzavar dimenzionális kritériumai a DSM-5-ben (APA 2013)

A. Személyiség működésében legalább 2 jellemző az alábbiakból: • Identitás: gyengén fejlett vagy instabil énkép, önkritikusság, üresség érzése • Önirányítottság: célokban, értékekben, karriertervekben bizonytalanság • Empátia: nehezen ismeri fel mások érzéseit és szükségleteit, ugyanakkor hiperszenzitív. Könnyen von le hibás következtetéseket mások viselkedéséből. • Intimitás: intenzív, instabil és konfliktusos közeli kapcsolatok, bizalmatlanság, rettegés az elhagyatástól, túl közeli bevonódás és elutasítás, idealizálás és lebecsülés. B. 4 vagy több az alábbi személyiségjegyekből: • Emocionális labilitás • Félénkség • Szeparációs szorongás • Depresszió • Impulzivitás • Kockázattvállalás • Ellenségesség
--

A borderline személyiségzavar diagnosztikáját a gyakorlatban a DSM-IV (APA 1994) és a DSM-5 (APA 2013) diagnosztikai kritériumai alapján kifejlesztett strukturált vagy félig-strukturált interjúk teszik lehetővé. Az egyik legelterjedtebb, könnyen hozzáférhető mérőeszköz a SCID-II. A SCID-II (First és mtsai 1997), kutatási eredmények szerint a borderline személyiségzavar megbízható mérőeszköze (Vizin, 2017).

3. táblázat. A BPD-ben megjelenő komorbid kórképek gyakorisága (Vizin, 2017 alapján)

DSM IV. I. tengely	DSM IV. II. tengely
Bármely hangulat zavar: 96%	Elkerülő személyiségzavar: 43-47,4%
Major depresszív zavar: 71-83%	Kényszeres személyiségzavar: 18,2-25,7%
Bármely szorongásos zavar: 88%	Dependens személyiségzavar: 16-50,7 %
Pánik zavar: 34-48%	Paranoid személyiségzavar: 13,7-30,3%
PTSD: 47-53%	
Alkohol és szerhasználat: 50-65%	
Evészavar: 7-26%	

GYAKORISÁG

A BPD az egyik leggyakrabban diagnosztizált személyiségzavar (Kurítáné,2016). Epidemiológiai kutatások szerint a BPD gyakorisága az általános népesség körében 0,0-5,5% között van. A klinikai ellátásban ez a szám jóval magasabb: körülbelül 15% a pszichiátriai fekvőbetegek körében (a személyiségzavarokkal küzdők körében 51%), míg a járóbetegek 8%-a (a személyiségzavarral küzdők körében 27%-a) meríti ki a BPD diagnosztikai kritériumait (Moran és mtsai 2000, Beckwith és mtsai 2014, Widiger és Rojas 2015, id. Vizin, 2017). A demográfiai profil szerint a BPD prevalenciája fiatal felnőttkorban a legmagasabb. Nemi eloszlás tekintetében elmondható, hogy a nők körében felülreprezentált, háromszor gyakoribb az előfordulása a férfiakhoz képest, bár bizonyos vizsgálatok a nemi elosztást egyenlőnek mutatták (Vizin, 2017).

1.1. ÁLTALÁNOS JAVASLATOK AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS SZÁMÁRA

Hozzáférés az ellátáshoz: senkit sem lehet kizárni a borderline személyiségzavar diagnózisa vagy az önsértés miatt az ellátásból.

- A 18 év alatti önsértő pácienseket, akik a BPD bármely jellemző tünetét mutatják, ugyanúgy a megfelelő egészségügyi ellátásban kell részesíteni, mint a felnőtteket.
- Kisebbségi, nyelvi problémák esetén is szükséges a megfelelő ellátás biztosítása.
- Komorbid tanulási zavarnál a fennálló tanulási zavar kezelése is szükséges.
- Fontos szempont a páciensek aktív bevonása a kezelésbe és a kezeléssel kapcsolatos döntésekbe, különösen krízis esetén. Tájékoztassuk a pácienseket a különböző kezelési lehetőségekről és azok részleteiről is.

Bizalmi légkör megteremtésének fontossága: mivel a kórkép központi eleme a társas kapcsolatok zavara, ezért a páciensek együttműködésének megnyerése kulcsfontosságú, külön hangsúlyoznunk kell, hogy a felépülés, gyógyulás lehetséges és elérhető. A kezelés során biztosítsunk elfogadó és ítélkezésmentes légkört, különösen mivel számos páciens élhetett át korábban traumát vagy tapasztalhatott visszautasítást.

Családtagok és hozzátartozók bevonása: a komplex kezelési terv része lehet a családtagok kezelésbe történő bevonása, családkonzultációs vagy terápiás céllal.

A diagnosztikai folyamat során javasolt a diagnosztikai vizsgálat pontos elmagyarázása, lehetőleg olyan nyelvezettel, amelyet a páciens ért és megért. Továbbá, javasolt a borderline szindróma jellemzőinek részletes leírása, valamint a diagnosztikai folyamatok utáni utánpótlás biztosítása is a megfelelő ellátás érdekében.

A kezelés lezárása és továbbküldés: lehetőleg fel kell készülni arra, hogy a terápiás folyamatok lezárása, illetve a továbbküldések erős érzelmi reakciókat válthatnak ki a páciensekből, ezért szükséges ezeknek kellő mértékű megbeszélése a pácienssel.

Önsértő magatartás és öngyilkosság kezelése: mivel az öngyilkosság és az önsértés rizikója igen magas a borderline szindrómában, így ezen tünetek megfelelő ellátása kulcsfontosságú. Az önsértésre vonatkozóan lásd a NICE erre vonatkozó útmutatóját.

Szupervízió és képzés: a borderline személyiségzavar kezelése speciális képzettséget igényel és kiemelt fontosságú megfelelő szupervízió biztosítása a kezelőszemélyzet részére.

1.2. A BORDERLINE SZEMÉLYISÉGZAVAR KEZELÉSE AZ ALAPELLÁTÁSBAN

Amennyiben az alapellátásban bármely szakember (pl. háziorvos) szuicid krízissel vagy önsértő magatartással találkozik egy páciens kapcsán, indokolt lehet a további kivizsgálás, így a borderline szindróma jelenlétének feltárása is. Ilyenkor a tüneti kép részeként megjelenő krízisek kezelése kapcsán az alábbi szempontok mérlegelendőek:

- **Akut veszélyeztetettség felmérése:** interjú, krízisinterjú vagy kérdőíves állapotfelmérés formájában;
- A krízisintervenciós folyamat során szükséges lehet a korábbi sikeres megküzdési stratégiák tudatosítása, illetve új adaptívabb coping stratégiák átbeszélése is.

1.3. A BORDERLINE SZEMÉLYISÉGZAVAR SÚLYOSSÁGÁNAK FELMÉRÉSE ÉS KEZELÉSE A SZAKELLÁTÁSBAN

A zavar súlyosságának felméréséhez általános szempont a pszichológiai és munkahelyi funkcionálás mértékének megállapítása. A páciens szubjektív beszámolója mellett az objektív és heteroanamnesztikus információk is mérvadók lehetnek. Komorbid zavarok felmérése esetén szintén szükséges a zavar súlyosságának megítélése, illetve annak felmérése, hogy az mennyire akadályozza a páciens életvitelét.

A borderline szindróma kezelésének általános szempontjai

- Átfogó és multidiszciplináris megközelítés szükségessége: bio-pszicho-szociális szemléletben, pszichoterápia és pszichofarmakológiai ellátás kombinációja.
- Világos célok megfogalmazása, ezen belül rövid, illetve hosszú távú célok meghatározása mind a pszicho-, mind a farmakoterápiát illetően.
- Krízisterv kidolgozása, amely magában foglalja a krízisállapotban szükséges lépéseket, illetve a páciens számára elérhető segítséget is (pl. lelki elsősegély telefonszám: 116 -123).
- Kockázatfelmérés: a pszichés állapotfelmérés mellett, az egyéb biológiai tényezők (pl. krónikus betegségek), illetve a szociális szempontok (pl. szociális körülmények) felmérése is lényeges.

PSZICHOTERÁPIA

Általános szempont, hogy *ne alkalmazzunk három hónapnál rövidebb pszichológiai intervenciókat*, illetve lehetőleg heti kétszeri ülésgyakorlás mellett folytassuk a pszichoterápiás ellátást. Kiemelt fontosságú a *terapeuta részére szupervíziós segítséget* biztosítani, illetve lényeges aspektus az egyértelmű és *egységes elméleti megközelítést alkalmazó terápiás hozzáállás* ill. a strukturált ellátás is.

Biztosítsunk írásos anyagot a páciensek részére a kezelés pontos menetéről és az alkalmazott terápiás módszerről.

A hatékonyságvizsgálatok és meta-analízisek eredményei alapján a dialektikus viselkedésterápia (DBT) és a mentalizáció alapú terápia (Mentalization-Based Therapy, MBT) bizonyultak leginkább hatékonynak a tünetek súlyosságával és az önsértő magatartás csökkentésével kapcsolatban (Oud, Arntz és mtsai, 2018), ezért ezeket az alábbiakban röviden összefoglaljuk.

DIALEKTIKUS VISELKEDÉSTERÁPIA (DIALECTICAL BEHAVIOR THERAPY, DBT)

A kognitív terápia második hullámához tartozó DBT-t speciálisan borderline betegek számára dolgozta ki Marsha Linehan. Az egyéni pszichoterápiát és készségfejlesztést is magában foglaló DBT a borderline személyiségzavar dialektikus és bioszociális megközelítésén alapul. A borderline páciensekre jellemző szélsőséges ill. dichotómiás gondolkodás, magatartás és érzelmi állapot úgy fogható fel, mint képtelenség a dialektikus megközelítésre. A terápia célja elsősorban az ellentmondások integrálása (Linehan, 2010, 2011; Perczel-Forintos, 2011).

A BPD kritériumai viselkedési, kognitív, emocionális labilitást és szabályozási zavart tükröznek. Ezek a zavarok öt kategóriába sorolhatók, s a DBT-ben a négy, egyenként 8 hetes speciális készségfejlesztő tréning modul pontosan erre az öt kategóriára irányul.

A dialektikus viselkedésterápia négy kezelési egységből áll:

- 1) érzelmszabályozási készségek: célja az érzelmi labilitás kezelése
- 2) interperszonális hatékonyság készségek: a kapcsolati problémák enyhítésére
- 3) feszültségtűrési készségek: az impulzív magatartás csökkentésére
- 4) „tudatos jelenlét” meditációs (mindfullness) készségek: az identitászavar csökkentésére

A DBT hossza 4 x 8 hét, amely szükség szerint ismételhető. A páciensnek két terapeutája van: a pszichoszociális készségfejlesztést egyéni terápia kíséri. Ez a személyiség működésére oly nagymértékben jellemző dichotóm gondolkodás (hasítás) kezelése miatt is fontos, valamint mintát nyújt a páciensnek arra, hogy a különbségek integrálhatók, együttműködés lehetséges. Linehan modelljének alapvető humanisztikus vonása, hogy a páciens megnyilvánulásait nem mint manipulatív viselkedést kezeli, hanem végig a személy fejlődési szándékába és változási képességébe vetett hitre támaszkodik. Az egész kezelés arról szól, hogy a kliens és a terapeuta team pozitív, együttműködő kapcsolatot tart fenn, a terápiás kapcsolat fontos vonása, hogy a terapeuta következetesen a kliens oldalán áll.

MENTALIZÁCIÓ ALAPÚ TERÁPIA (MENTALIZATION-BASED THERAPY, MBT)

Az MBT alapvető célja a sérült kötődési minták helyreállítása, a deficitális mentalizációs képességek fejlesztésével. Az eljárás Peter Fonagy és Anthony Bateman (2006) nevéhez köthető. A szerzők pszichodinamikus beállítódásuk mellett nagy hangsúlyt fektetnek a kötődés elméleti megközelítésre is. A szerzők szerint a BPD páciensek bizonytalan kötődési mintáik miatt hajlamosak saját vagy mások cselekedeteinek okát félreérteni. Az így megjelenő hiányos mentalizációs képesség pedig a későbbiekben többek között interperszonális problémákhoz is vezet.

Az MBT-ben csoportos és egyéni kezelési mód egyaránt előfordul. Lényegi eleme a pszichoedukáció és a mentalizációs képesség fejlesztése. Bateman és Fónagy (2008) MBT hatékonyságvizsgálata szerint a 18 hónapos MBT kezelés alatt a borderline páciensek tünetei (öngyilkossági kísérletek, falcolás előfordulása) a kezelésben nem részesülő kontroll csoporthoz képest szignifikánsan csökkentek.

GYÓGYSZERES KEZELÉS

A gyógyszeres kezelés elsősorban a tünetek mérséklésére javasolt. Közép-, és hosszútávon az antipszichotikumok alkalmazása nem ajánlott, azonban akut fázisban vagy krízis esetén megfontolandók lehetnek. A komorbid zavarok kezelése kapcsán fontos lehet a farmakológiai ellátás, a megfelelő NICE irányelvek alapján.

1.4. FEKVŐBETEG ELLÁTÁS

- Pszichiátriai osztályos kezelés megkezdése előtt érdemes mérlegelni a krízisintervenciót vagy a közösségi ellátást, mert a hospitalizáció mind a páciens, mind az intézményi rendszer szempontjából megterhelő lehet.
- Csak indokolt esetben, azaz akut ön-, és közveszélyesség esetén érdemes pszichiátriai osztályos kezelés mellett dönteni.
- Fontos a páciensek tájékoztatása a pontos kezelésről, annak időtartamáról és részleteiről is.

Az összefoglalót készítette Prof. Dr. Perczel-Forintos Dóra és Kovács Illés Áron

SZAKIRODALOM ÉS HIVATKOZÁSOK

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition (DSM-5): American Psychiatric Pub, 2013.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5 referencia-kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz*. Oriold és Társai Kiadó, Budapest.
- Fonagy, P; Bateman, AW; (2006) Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology* , 62 (4) 411 - 430.
- Bateman A.,Fonagy P (2008) 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual *American J. of Psychiatry* May;165(5):631-8.
- Kuritáné Szabó I .(2016).Borderline személyiségzavar. Budapest: Medicina Könyvkiadó
- Linehan, M., (2010): A borderline személyiségzavar kognitív viselkedésterápiája. Medicina, Budapest
- Linehan, M., (2011): A borderline személyiségzavar kognitív viselkedésterápiája. Munkafüzet, Semmelweis Kiadó, Budapest
- Oud M.,Arntz A, Hermens L.M., Verhoef R., Kendall T(2018). Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2018, Vol. 52(10) 949–961
- Perczel-Forintos Dóra (2011): A kognitív terápia fénykora: A második és harmadik hullám. In: Perczel-Forintos, D. (szerk.) A kognitív terápia fejlődése. Pszichológiai Szemle Könyvtár, 15. Akadémiai Kiadó, Bp. 11-29.
- Tringer L. (2010). *A pszichiátria tankönyve*, 4.kiadás. Budapest: Semmelweis Könyvkiadó.
- Vizin G. (2017). A szégyen szerepe a mentális zavarokban. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem, Budapest
- Young, J.E., Klosko,J.S., Weishaar M.E. (2019): Sématerápia. VIKOTE, Budapest
- World Health Organization (2004). *BNO-10 zsebkönyv*. Animula Kiadó, Budapest.