



A végletek drámája: a borderline személyiségzavar

Bevezető

- ▶ „*Borderline = határeseti*” zavar
 - ▶ Eredetileg a pszichózisok és neurózisok között elhelyezkedő kórkép
- ▶ Típusosan fiatalokat érint (kezdet 14-24 éves kor között)
- ▶ Jellemző a változékonny és polarizált, fekete-fehér gondolkodás a kapcsolatokban → érzelemszabályozási nehézségek → önsértések, szuicidium
- ▶ Összetett kórkép
 - ▶ Többszörös tünetek, maladaptív viselkedés



A borderline személyiségzavar diagnosztikai kritériumai és tüneti dimenziói

	DSM-5 Kritériumok	Dimenzió
6	Affektív instabilitás a jelentős hangulati reaktivitásnak köszönhetően (pl. intenzív epizodikus diszfória, irritabilitás, szorongás, mely rendszerint néhány órán át tart és ritkán néhány napnál tovább)	Emocionális
7	Krónikus ürességérzés	
8	Inadekvát, intenzív harag vagy a harag kontrollálásának nehézsége (pl. gyakori dühkitörések, állandó harag, ismétlődő verekedések).	
3	Identitászavar: kifejezetten és tartósan instabil önkép vagy önérték	Kognitív
9	Átmeneti, stresszhez kapcsolódó paranoid gondolatok vagy súlyos disszociatív tünetek.	
4	Impulzivitás legalább két potenciális önkárosító területen (pl. költekezés, szex, szerhasználat, gondatlan autóvezetés, falás).	Impulzív
5	Ismétlődő szuicid viselkedés, gesztusok, fenyegetések vagy önsértő viselkedés.	
1	Kétségbeesett erőfeszítés a valós vagy vélt elhagyatás elkerülésére.	Interperszonális
2	Instabil és intenzív interperszonális kapcsolatok (az idealizáció és lebecsülés váltakozásával).	

Epidemiológia

▶ Előfordulása

- ▶ a teljes lakosságban: 0,5-5,9%
- ▶ a háziorvosi ellátásban: 6,4%
- ▶ a pszichiátriai ambuláns ellátásban: 8-2%
- ▶ a pszichiátriai osztályos ellátásban 40%
- ▶ a börtönökben 25-50% körüli

▶ A nemek aránya:

- ▶ az átlagnépességben hasonló
- ▶ a pszichiátriai segítséget kérők között: nők >> férfiak

▶ Gyakori az élettartam során elkövetett öngyilkossági kísérlet és a befejezett öngyilkosság

Lefolyás

- ▶ Kevésbé stabil tünettán, mint más személyiségvarban
 - ▶ A legstabilabb tünetek: a harag és az elhagyatottságtól való félelem (temperamentum vonásokkal összefüggőek)
 - ▶ Legkorábban megszűnő tünetek: szubjektív distressz, diszfória, impulzivitás, önsértések, szuicid viselkedés (az akut manifesztáció tünetei)
- ▶ Követéses vizsgálatok:
 - ▶ 74% 6 év után remisszióban
 - ▶ 88% 10 év után remisszióban

Komorbiditás

- ▶ Szorongásos zavarok 59,6%
- ▶ Major depresszió 50,9%
- ▶ Bipoláris zavar 15%
- ▶ Szerhasználati zavar 50,7%
- ▶ Evészavarok 20%
- ▶ PTSD 31,6%

Leggyakoribb komorbid személyiségzavarok:

- ▶ Elkerülő 47,4%
- ▶ Kényszeres 25,7%
- ▶ Dependens 16%
- ▶ Antiszociális 25%
- ▶ Paranoid 13,7%

Diagnózis

- ▶ Legfőbb klinikai jellemzők: instabilitás és impulzivitás
- ▶ Pervazív magatartási mintázat
- ▶ Adoleszcens vagy fiatal felnőttkori kezdet

- ▶ A tünetek gyakran komorbid zavarra utalnak
 - ▶ Szerhasználati zavarok
 - ▶ Hangulati hullámzás
 - ▶ Evési zavarok
 - ▶ Önsértések
 - ▶ Kapcsolati problémák

Etiológia

- ▶ Genetikai szuszceptibilitás



- ▶ Pszichoszociális tényezők

- Különböző elméletek:

- ▶ Tárgykapcsolat elmélet (Otto Kernberg)
- ▶ Kötődésemélet (John Bowlby)
- ▶ Az érzelemszabályozás zavarának elmélete (Marsha Linehan)
- ▶ Kognitív elméletek
- ▶ Krónikus gyermekkori traumatizáltság

Fokozott rizikó:

- ▶ Gyermekkorban átélt trauma
- ▶ Szexuális bántalmazás
- ▶ Korai szeparáció az anyától
- ▶ Elhanyagolás
- ▶ Genetika — heritabilitás ~55%

Terápiás lehetőségek

Általános elvek – Good Clinical Management

- ▶ Nincs egyértelműen hatékony gyógyszeres terápia
- ▶ A kezelésben fontos szerepet kap a pszichoterápia
- ▶ Alapvető a teherbíró terápiás kapcsolat kialakítása:
 - ▶ Pszichoeducáljunk
 - ▶ Legyünk aktívak, s ne reaktívak
 - ▶ A terapeuta a „gondolkodjunk előbb!” attitűd modelljeként szolgál
 - ▶ A terápiás kapcsolat egyszerre reális és professzionális
 - ▶ Közvetítsük, hogy várható a változás
 - ▶ Kiszámíthatóság
 - ▶ A fókus az a terápian kívüli élethelyzeteken
- ▶ Fontos célkitűzés: az interperszonális túlérzékenység csökkentése

Gyógyszeres terápia

- ▶ A kezelés indítása előtt felmérni
 - ▶ A páciens motivációját/ együttműködését
 - ▶ A tünetek súlyosságát
- ▶ Enyhe tünetek, s a páciens igényli: antidepresszívum (pl. SSRI)
- ▶ Súlyos tüneteknél a vezető tünetek alapján:
 - ▶ Affektív instabilitás: hangulatstabilizáló (pl. lamotrigin) → antidepresszívum
 - ▶ Impulzivitás, düh: antipszichotikum (pl. aripiprazole)/ hangulatstabilizáló
 - ▶ Kognitív/ perceptuális tünetek: antipszichotikumok (atípusos)
- ▶ Benzodiepint óvatosan, csak rövid ideig!!!

Pszichoterápiák

1. Szupportív pszichoterápia

2. Kognitív és viselkedésterápiás alapú PT-k

▶ Séma fókuszu terápia (SFT, Young)

- ▶ Alapprobléma: korai maladaptív sémák, melyek gyermekkori nem (vagy nem megfelelően) kielégített érzelmi igények mentén alakulnak ki
- ▶ Séma: mélyen beivódott gondolkodási és viselkedési minta, mely nagyban meghatározza, ahogy a páciens önmagát és a világot érzékeli
- ▶ A korai maladaptív sémák gyakoriak borderline személyiségzavarban (a kapcsolódás, autonómia és az ésszerű határok területén egyaránt), a terápia célja ezek átdolgozása

▶ Dialektikus viselkedésterápia (DBT, Linehan):

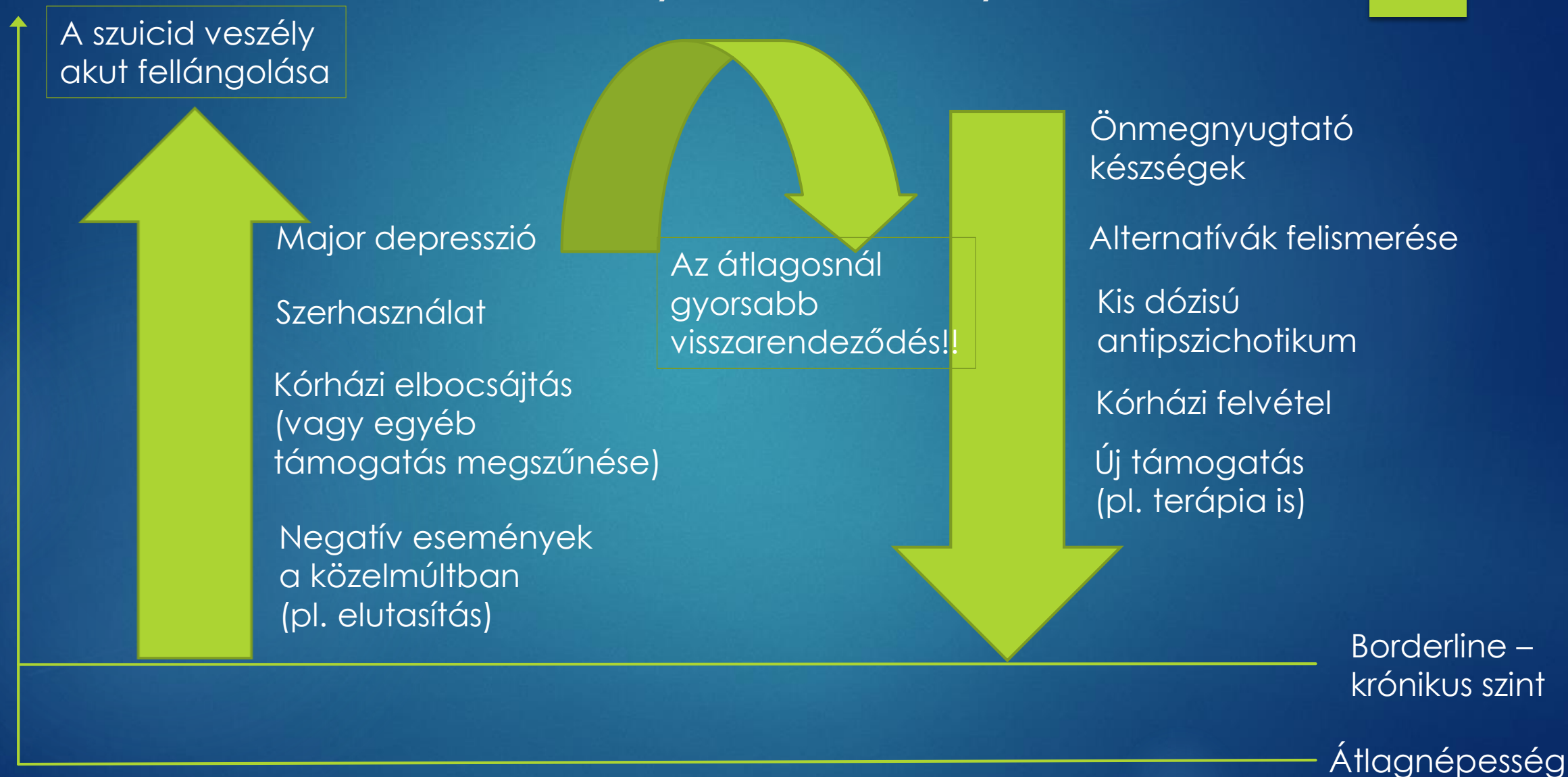
- ▶ Alapprobléma: szociális és pszichológiai készségek deficitesek
- ▶ Terápiás hozzáállás: coaching
- ▶ Intervenciók: önmonitorozás, házfeladatok, ülések közötti elérhetőség

Pszichoterápiák (folyt.)

3. Pszichodinamikus alapú PT-K

- ▶ Áttétel-fókuszú pszichoterápia (TFP, Kernberg):
 - ▶ Alapprobléma: a hasítás és a projekció az intenzív harag elleni védekezést szolgálja
 - ▶ Terápiás hozzáállás: A határok és a viszontáttétel monitorozása
 - ▶ Intervenciók: a düh és harag értelmezése; az elkerülés és acting out elutasítása
- ▶ Mentalizáció alapú terápia (MBT, Fonagy és Bateman):
 - ▶ Alapprobléma: a kötődés alapú mentalizáció zavara
 - ▶ Terápiás hozzáállás: a nem tudás
 - ▶ Intervenciók: felülvizsgálni mindazt, amit másoknak és önmagának tulajdonít

A szuicid rizikót befolyásoló tényezők



Pszichiátriai osztályos felvétel

- ▶ Ha szuicidális,
- ▶ súlyosan depressziós,
- ▶ pszichotikus,
- ▶ súlyos pszichoaktív szerhasználat jell.

Kimenetel, prognózis

- ▶ Jó tüneti remissziós arányok:
 - ▶ 2 éven belül 50%, 10 éven belül 85%
 - ▶ Mindössze 15%-ban visszaesés
 - ▶ Azonban a tüneti remisszió a szociális alkalmazkodás mérsékelt javulásával jár (10 évvel később csak 1/3-uk létesít stabil házasságot, vagy rendelkezik stabil teljes munkaidős állással)