

e-ISSN: 2345-0592

Online issue

Indexed in *Index Copernicus*

Medical Sciences

Official website:
www.medicosciences.com



Borderline personality disorder and its treatment

Vaiva Būgaitė¹

¹*Faculty of Medicine, Vilnius University, Vilnius, Lithuania*

Abstract

Borderline personality disorder is a difficult and complex mental illness seen in about 1.7% of the general population. It is characterized by emotional dysregulation, impaired perception of oneself and impulsive and sometimes aggressive behaviour. Many difficulties arise from self-harm and suicidal behaviour - 10% of the people with this disorder commit suicide. The treatment of this illness is hampered by additional disorders, such as alcohol dependence and drug addiction. The disorder is believed to be caused by genetic factors linked to the bipolar spectrum, as well as harmful environmental factors, such as domestic violence and neglect.

Borderline personality disorder usually surfaces during adolescence. Its symptoms manifest in a wave-like pattern, but with appropriate treatment methods, good results can be achieved. Studies have shown that even though pharmacological treatment does not affect all symptoms of borderline personality disorder, it combines well with psychotherapy. The five main scientifically proven methods of psychotherapy for borderline personality disorder are dialectical behaviour therapy, mentalization-based therapy, schema therapy, transference-focused therapy and Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving.

Aim: To analyze borderline personality disorder and its treatment methods described in various scientific literature.

Methods: Pubmed was chosen as the source of literature. Specific keywords such as borderline personality disorder, psychotherapy, a treatment were used to find relevant information. A total of 150 articles were carefully reviewed and sifted accordingly to remove articles with indistinguishable information, abstracts and titles unrelated to the topic at hand as well as articles older than 5 years. Either full articles or only their abstracts were analyzed with a final remaining count of 26 suitable articles.

Keywords: borderline personality disorder, psychotherapy, treatment.

Ribinis asmenybės sutrikimas ir jo gydymas

Vaiva Būgaitė¹

¹*Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas, Vilnius, Lietuva*

Santrauka

Ribinis asmenybės sutrikimas yra sunkus ir sudėtingas sutrikimas, pasireiškiantis apie 1,7% bendrosios populiacijos. Jam būdinga emocijų disreguliacija, sutrikęs savęs suvokimas, impulsyvūs ir kartais agresyvūs poelgiai. Vienas didžiausių klinikinių iššūkių yra savižala ir suicidinis elgesys - net 10% žmonių, turinčių šį sutrikimą, nusižudo. Sutrikimo gydymą apsunkina ir dažni gretutiniai sutrikimai, tokie kaip priklausomybė nuo alkoholio ir narkotinių medžiagų. Manoma, kad prie šio multietiologinio sutrikimo išsivystymo prisideda genetiniai veiksniai, giminingi bipolinių sutrikimų spektrui, bei žalingi tarpasmeninių santykių faktoriai, tokie kaip smurtas ir atstūmimas šeimoje.

Ribinis asmenybės sutrikimas dažniausiai išryškėja paauglystėje. Jam būdinga banguojanti eiga, bet pritaikius tinkamą gydymą galima pasiekti gerų rezultatų. Tyrimų rezultatai parodė, kad, nors nėra medikamentinio gydymo, kuris padėtų valdyti visus ribinio asmenybės sutrikimo simptomus, jis gali būti naudingas siekiant sušvelninti kai kuriuos simptomus. Penki pagrindiniai įrodymais pagrįsti ribinio asmenybės sutrikimo psichoterapiniai gydymo metodai yra dialektinė elgesio terapija, mentalizacija grįsta terapija, schemų terapija, į perkėlimą fokusuota terapija ir emocijų valdymo bei problemų sprendimo sisteminis treniravimas.

Darbo tikslas: išanalizuoti mokslinėje literatūroje aprašytą ribinį asmenybės sutrikimą ir jo gydymo metodus.

Darbo metodika: literatūros paieškai buvo naudota tarptautinė duomenų bazė Pubmed. Paieškos metu naudoti raktiniai žodžiai ir jų kombinacijos: ribinis asmenybės sutrikimas, psichoterapija, gydymas. Atlikta nuosekli 150 straipsnių patikra ir pašalinti besidubliuojantys, pagal pavadinimą ir santrauką temos neatitinkantys bei senesni nei 5 metų straipsniai. Išanalizavus šių publikacijų pilnus tekstus arba tik santraukas, iš jų atrinkti 26.

Raktažodžiai: ribinis asmenybės sutrikimas, psichoterapija, gydymas.

Įvadas

Ribinis asmenybės sutrikimas pasireiškia apie 1,7% bendrosios populiacijos, tačiau jį turi net 15-28% pacientų psichiatrinėse ligoninėse. Ši asmenybės sutrikimą apibrėžia itin didelis jautrumas asmeniškai suvokiamai kitų žmonių rodomai nepagarbai, nestabilus savo identiteto suvokimas, intensyvios ir greitai kintančios emocijos bei impulsyvūs poelgiai, kuriems būdingas savidestruktyvumas (1).

Ribinis asmenybės sutrikimas yra sunkus ir sudėtingas sutrikimas, apibūdinamas įvairių gyvenimo sferų nestabilumu: asmeninių santykių, elgesio ir emocijų. Svarbiausias požymis yra emocijų disreguliacija, dėl kurios sutrinka paciento gebėjimas siekti svarbių tikslų ar tinkamai pasirūpinti savimi (2). Kitas dažnas sutrikimo eigą sunkinantis simptomas - tuštumos jausmas, kylantis dėl atsiribojimo nuo tikrojo savęs ir kitų (3).

Ribiniu asmenybės sutrikimu sergantys žmonės dėl prastos impulsų kontrolės ir emocijų reguliavimo sunkumų turi didesnę riziką pasireikšti agresijai, nukreiptai į savo partnerius ir artimuosius, gyvenančius kartu. Vyrams agresiją taip pat provokuoja piktnaudžiavimas alkoholiu ar narkotikais (4).

Etiologija

Biosocialiniai vystymosi modeliai pabrėžė žalingų tarpasmeninių faktorių (nepripažįstančios aplinkos ir traumuojančių vaikystės patirčių) ir svarbiausių genetinių veiksnių (pvz., lemiančių impulsyvumą ir emocinį pažeidžiamumą) tarpusavio sąveiką emocinės disreguliacijos ir ribinio asmenybės sutrikimo išsivystymui (2).

Kadangi kai kurie ribinio asmenybės sutrikimo atvejai yra genetiškai susiję su bipoliniu sutrikimu, svarbu ištirti ribinio asmenybės sutrikimo kilmę siekiant nustatyti genetinius veiksnius. Juk jį taip pat gali sukelti ir žalingi postnataliniai veiksniai: tėvų žiaurumas ar atstūmimas, seksualinė prievarta. Kai kurių pacientų ribiniam asmenybės sutrikimui išsivystyti įtakos turėjo abu faktoriai: ir genai, didinantys riziką susirgti bipoliniu sutrikimu, ir traumuojančios patirtys šeimoje. Deja, į genetinius veiksnius dažnai neatkreipiama pakankamai dėmesio. Kad to būtų išvengta, pirminiai įvertinimai turėtų įtraukti rūpestingą ir išsamų šeimos nuotaikos sutrikimų anamnezės surinkimą, įskaitant ir senelius, tetas, dėdes ir pusbrolius (5).

Gretutiniai sutrikimai

Dažnai pasireiškiantys gretutiniai susirgimai, tokie kaip depresija, valgymo sutrikimai bei priklausomybė nuo alkoholio ir narkotinių medžiagų, apsunkina ir taip sudėtingą gydymo procesą, padaro jį dar brangesnį (6). Ribinis asmenybės sutrikimas itin dažnai (42% atvejų) pasireiškia kartu su priklausomybe nuo alkoholio (7).

Didžioji dalis žmonių, sergančių ribiniu asmenybės sutrikimu, patiria depresijos simptomų. Šiems simptomams yra būdingi tam tikri savitumai - jie pasireiškia po pirminės ribinio asmenybės sutrikimo diagnozės, gali būti trumpalaikiai ir iššaukti streso, atsparūs antidepresantams bei EIT terapijai ir jautrūs ribinio asmenybės sutrikimo gydymui skirtai terapijai (8).

Ribiniu asmenybės sutrikimu sergantys žmonės dažnai patiria nemigą. Be to, nustatyta, kad

juos dažniau nei bendrąją populiaciją kamuoja košmarai (9).

Didelė problema yra tai, kad nuo šio asmenybės sutrikimo kenčiantys žmonės dėl emocijų disreguliacijos ir pasaulėžiūros ypatumų dažnai griebiasi savižalos ir savižudiško elgesio. Netgi iki 10% pacientų, sergančių ribiniu asmenybės sutrikimu, nusižudo. Vis dėlto, nėra tyrimų, įrodančių savižudybių prevencijos ar hospitalizacijos naudą gydant šiuo sutrikimu sergančius pacientus. Labiausiai mokslu paremti gydymo metodai yra specialiai ribinio asmenybės sutrikimo gydymui pritaikytos psichoterapijos (10).

Diferencinė diagnostika

Viena didžiausių klinikinių dilemų yra ribinio asmenybės sutrikimo ir bipolinio spektro sutrikimų diferencinė diagnostika, todėl labai svarbu rūpestingai įvertinti afekto nestabilumą ir hipomaniją (11).

Ypač sunku yra diferencijuoti nuo antro tipo bipolinio sutrikimo. Diferencijuojant svarbiausi faktoriai yra šeimos afektinių sutrikimų istorija, brendimas, ligos eiga, dideli nuotaikos svyravimai, asmeninės savybės ir santykiai su kitais. Mažiau diferenciacijai svarbūs kriterijai yra impulsyvumas, neuropsichologiniai ypatumai, gretutinės ligos ir atsakas į gydymą (12).

Yra įrodymų apie ribinio asmenybės sutrikimo ir antisocialinio asmenybės sutrikimo giminingumą. Šie du asmenybės sutrikimai yra sunkios psichiatrinės ligos, kurioms būdingi impulsyvumas, sutrikusi emocijų ir elgesio kontrolė (pvz., agresija, priešiškumas, piktnaudžiavimas alkoholiu) (7).

Sutrikimo eiga per gyvenimą

Ribinis asmenybės sutrikimas paprastai manifestuoja paauglystėje ir jį galima patikimai atskirti nuo normalios paauglystės eigos. Ribinio asmenybės sutrikimo eiga nuo paauglystės iki senatvės yra apibūdinama afekto disreguliacija, impulsyvumu, savižudiškumu, kuriuos keičia toksiški santykiai ir būsenos pablogėjimai, simptomai, nuolat pereinantys iš remisijos į atkrytį ir atgal. Ribinio asmenybės sutrikimo simptomai pasireiškia tai silpniau, tai stipriau nuo paauglystės iki senatvės, o jų išraiška priklauso nuo gretutinių veiksnių. Daugėja žinių apie pirminį pasireiškimą ir ankstyvą sutrikimo eigą, bet vis dar trūksta informacijos apie sutrikimo pasireiškimą senatvėje (13).

Kai kuriems pacientams vaikystėje nustatomas aktyvumo ir dėmesio sutrikimas (ADHD), paauglystėje - ribinis asmenybės sutrikimas, o einant trečiąją dešimtį - bipolinis sutrikimas, ir tai leidžia įtarti ryšį tarp šių sutrikimų (5).

Prognozė

Dešimtmečius trunkančių išilginių studijų rezultatai metė iššūkį ilgai laikytam pesimistiniam išankstiniam įsitikinimui, kad ribinis asmenybės sutrikimas yra lėtinis funkcionavimą sutrikdantis sutrikimas (14). Jie atskleidė, kad dauguma pacientų palapsniui pasiekia simptomų remisiją, kurią galima pagreitinti taikant mokslu grįstą psichosocialinį gydymą (1). Šie tyrimai taip pat parodė, kad dalis simptomų tai pasireiškia, tai vėl pradingsta, bet patys ūmiausi, sunkiausi simptomai paprastai išnyksta greičiausiai ir sugrįžta rečiausiai (14). Požiūrio pasikeitimui per pastaruosius du dešimtmečius įtaką padarė efektyvumą įrodę

specializuotų psichoterapijos gydymo metodų pasiekti rezultatai (15).

Žinoma, norint pasiekti gerą efektą ir paskirti tinkamą gydymą, svarbu laiku ir teisingai diagnozuoti ribinį asmenybės sutrikimą. Neteisinga diagnozė lemia dažniausiai nesėkmingą medikamentinį žmonių su ribiniu asmenybės sutrikimu gydymą (1).

Yra požymių, prognozuojančių sunkesnę ligos eigą. Vienas iš jų - sutrikimo išsivystymo amžius. Tyrimai rodo, kad pacientams, kuriems ribinis asmenybės sutrikimas išsivystė anksčiau (iki 19 metų) būdingesnis ilgalaikis funkcionavimo sutrikimas, ir didesnei daliai simptomai pasireiškia ilgiau kaip 20 metų (16). Prastesnė prognozė ir restesnės remisijos laukia ir tų pacientų, kurie sunkiau ir dažniau patiria tuštumos pojūtį (3).

MEDIKAMENTINIS GYDYMAS

Nėra jokie medikamentinio gydymo plano, kuris padėtų palengvinti visus pagrindinius ribinio asmenybės sutrikimo simptomus. Vartojami šešis mėnesius ar trumpiau, neuroleptikai gali palengvinti paranojos, disociacijos simptomus, nuotaikos nestabilumą, susilpninti pyktį ir pagerinti bendrą funkcionavimą. Vartojami šešis mėnesius arba trumpiau, aripiprazolis, olanzapinas, lamotriginas, topiramatas, omega-3 riebalų rūgštys ir valproatas gali sumažinti pyktį, nerimą, depresiją ir impulsyvumą.

Vartojant haloperidolį, tiotikseną, olanzapiną, ziprazidoną, lamotriginą ar fenelziną nebuvo pasiekta jokio bendrųjų simptomų sumažėjimo. Kai kurie antros kartos neuroleptikai, nuotaikos stabilizatoriai ir omega-3 rūgštys turėjo geresnį efektą už placebo. Aripiprazolis sumažino

pykčio, impulsyvumo, depresijos ir nerimo simptomus. Olanzapinas minimaliai sumažino pyktį ir nerimą. Topiramatas buvo efektyvus kupiruojant impulsyvumą, nerimą ir pyktį. Valproatas - pyktį ir depresiją. Lamotriginas turėjo efektą gydant impulsyvumą ir švelninant pyktį. Omega-3 riebalų rūgštys palengvino depresijos simptomus. Dėl tyrimų skirtingumo apibendrinti rezultatus buvo sudėtinga, todėl didžioji dalis aprašytų efektų remiasi vienu tyrimu (17).

Individualiai pritaikytas medikamentinis gydymas, skirtas gydyti ryškiausiems simptomams, ribinio asmenybės sutrikimo atvejais gali pagerinti klinikinę situaciją. Vis dėlto, bendram šio sutrikimo psichopatologijos gydymui nėra vieno tinkamo vaisto. Reikėtų vengti gydymo daugeliu vaistų iš karto. Kol kas tik medikamentinio gydymo neužtenka sudėtingiems ribinio asmenybės sutrikimo simptomams valdyti, bet medikamentinio ir psichoterapinio gydymo derinimas gali padėti numalšinti kai kuriuos simptomus. Svarbiausia, kad tai gali padėti tais atvejais, kai simptomai nelengvėja po gydymo vienu medikamentu (18).

Tais atvejais, kai šeimos istorija leidžia įtarti ryšį su bipoliniu sutrikimu, gali būti labai naudinga įtraukti gydymą net ir mažomis nuotaikos stabilizatorių (ličio ar lamotrigino) dozėmis - net naudingiau, nei gydyti antidepresantais (5).

PSICHOTERAPINIS GYDYMAS

Dialektinė elgesio terapija, mentalizacija grįsta terapija, schemų terapija, į perkėlimą fokusuota terapija ir emocijų valdymo bei problemų sprendimo sistema yra penki pagrindiniai moksliskai pagrįsti ribinio asmenybės sutrikimo psichoterapiniai gydymo metodai (19).

Dialektinė elgesio terapija

Dialektinė elgesio terapija yra geriausiai žinomas, labiausiai ištirtas ir pasaulyje lengviausiai pacientams prieinamas ribinio asmenybės gydymo metodas. Tai yra struktūrizuotas ambulatorinių ligonių gydymo metodas, sukurtas Dr. Marsha Linehan dešimtojo dešimtmečio pradžioje gydant savižudiško elgesio moteris, sergančias ribiniu asmenybės sutrikimu, remiantis kognityvinės elgesio terapijos principais (19).

Tradicinę dialektinę elgesio terapiją sudaro keturios dalys: įgūdžių treniruočių grupė, individuali psichoterapija, konsultacijos telefonu ir psichoterapeutų tarpusavio susirinkimai. Būtent tokios struktūros dialektinė elgesio terapija buvo tyrimais patvirtinta kaip efektyvi, bet, nepaisant to, ši terapijos rūšis gali būti modifikuojama ar trumpinama pritaikant ją prie bet kokių aplinkybių, įskaitant vieno psichoterapeuta asmeninį kabinetą ar psichiatrinės ligonines (20).

Šios terapijos metu pacientai išmoksta geriau valdyti savo emocijas interakcijų su kitais žmonėmis metu, nes sąmoningumą (ang. *mindfulness*) skatinančios praktikos lavina pacientų gebėjimą toleruoti stresą ir išgyventi nemalonias emocijas (19).

Dialektinė elgesio terapija taip pat buvo efektyvi gydant ribinį asmenybės sutrikimą kartu su gretutiniais sutrikimais, tokiais kaip kitos psichiatrinės ligos, piktnaudžiavimas alkoholiu ar narkotinėmis medžiagomis, valgymo sutrikimai, potrauminio streso sutrikimas ir depresija (21).

Mentalizacija grįsta terapija

Mentalizacija - tai psichikos procesas, kurio metu žmonės siekia suprasti savo ir kitų elgesio vidinius motyvus, pažinti psichines būsenas. Tai požiūris į asmenį, kaip į intencionaliai besielgiantį individą, kurio elgesys yra apspręstas jo vidinių būsenų. Siekis atpažinti tas vidines psichines būsenas ir jų sąryšį su elgesiu sudaro mentalizavimo (refleksinės funkcijos) pagrindą. Šį procesą sudaro daugelis psichologinių veiksnių, kurie nulemia, ar žmonės nuosekliai, logiškai mąsto ir tvarkosi su emocijomis, tinkamai atsako į savas ir svetimias patirtis, sugeba palaikyti abipusiškai praturtinančius santykius ir puikiai supranta save, todėl turi aiškų, stabilų identitetą. Žmonių mentalizacijos stabilumas, lankstumas lemia jų psichikos ir asmenybės funkcionavimą. Štai kodėl mentalizacija sudaro prichinės sveikatos pamatus ir atsparumą, todėl yra svarbi visoms psichoterapijos šakoms (22).

Mentalizacija grįsta terapija pirmiausia buvo sukurta kaip dieninio stacionaro terapija suaugusiesiems, sergantiems ribiniu asmenybės sutrikimu, o vėliau buvo pritaikytas ribiniu asmenybės sutrikimu sergantiems paaugliams, žalojantiems save ir pasižymintiems savižudišku elgesiu. Šios terapijos tikslas yra pirmiausia padėti ribiniu asmenybės sutrikimu sergantiems žmonėms atpažinti savo jausmus (savirefleksija) ir siekti suprasti kito intenciją, o vėliau ir išreikšti savo jausmus emociškai susijaudinus ar reaguojant į santykių su kitais žmonėmis stresorius (23).

Mentalizacija grįstoje terapijoje mentalizacijos procesas yra veikiamas ne tik per empatišką ir validizuojantį santykį su psichoterapeutu, bet ir per tam tikras technikas, kurios tiesiogiai nukreiptos į mentalizacijos stabilizavimą ar sustiprinimą. Jau įrodyta, kad tam tikri asmenybės sutrikimai, kaip ribinės asmenybės

sutrikimas, pasižymi pažeistu mentalizacijos procesu, kuris galimai ir lemia esmines šių sutrikimų priežastis. Sveiką mentalizaciją apibūdina sugebėjimas aktyviai keisti priešingas metalizacijos ašis, pvz., aš ir kitas, suvokimas ir jausmai, spekuliacijos ir faktai, vidus ir išorė. Pavyzdžiui, pacientai su ribiniu asmenybės sutrikimu dažnai nesugeba valdyti savo emocijų (jausmų ašis), yra linkę spekuliuoti (spekuliacijų ašis) ir skirti daug dėmesio išorinėms kitų žmonių užuominoms, esą reiškiančioms būsimą atstūmimą (24).

Manoma, kad mentalizacija susiformuoja veikiant ankstyvajam prisirišimui prie globėjo, kuomet jis atspindi kūdikio emocijas ir tokiu būdu kūdikis išmoksta suvokti savo emocijas bei susiformuoja jo ankstyvasis savęs suvokimas. Padėdami kūdikiams suvokti save, tėvai padeda jiems užmegzti santykius su kitais. Vis dėlto, atvejais, kai atsakas į kūdikio emocijas yra netinkamas, pavyzdžiui, kuomet jis patiria smurtą ar atstūmimą, priešiškas ar netikslus emocijų atspindėjimas lemia sutrikusį savęs suvokimą. Palengvėjimo nuo nestabilumo, primityvių atstūmimo baimių dėl svetimo aš siekiama žalojant save ir per savizudišką elgesį (23).

Į perkėlimą nukreipta psichoterapija

Į perkėlimą nukreipta psichoterapija (ang. *Transference focused therapy*) yra į psichoanalizę orientuota psichoterapija. Jos dėmesio centras yra problematiška tarpasmeninių santykių dinamika paciento gyvenime ir iš jos kylančios ūmios sudėtingos emocinės būklės.

Pacientui būdinga santykių dinamika natūraliai atsispindi perkėlimo į terapeutą metu, o tuomet kartu su pacientu išnagrinėjama, kas lemia, ar patirtis suvokiama kaip labai bloga ar labai gera, bei

kaip toks vertinimas veikia nuotaiką ir santykius. Kaip ir mentalizacija grįstoje terapijoje, taip ir į perkėlimą nukreiptoje terapijoje pokyčiai pasiekiami padedant pacientams išmokyti harmoningiau, kompleksiščiau ir nuosekliau mąstyti apie kitus ir save. Ši gydymą sudaro dvi individualios terapijos sesijos per savaitę bei grupinės terapijos (19).

Tyrime, tyrusiame 32 paauglių atsaką į į perkėlimą nukreiptą terapiją per 12 savaičių, nepaisant mažos tiriamųjų imties, buvo nustatytas ryškus savižalos elgesio ir agresijos sumažėjimas. Tai leidžia manyti, kad į perkėlimą nukreipta terapija gerina elgesio kontrolę bei emocijų reguliaciją (23).

Schemų terapija

Schemų terapija yra kognityvinės terapijos forma, orientuota į struktūrinių pokyčių paciento asmenybėje kūrimą. Ją sudaro du kartus per savaitę vykstančios individualios psichoterapijos sesijos, per kurias psichoterapeutas taiko įvairias elgesio, kognityvines ir eksperimentines technikas. Priešingai nei kitos terapijos rūšys, kurioms būdingas neutralumas, schemų terapija skatina prisirišimą tarp psichoterapeuto ir kliento, o šis procesas yra vadinamas daliniu perauklėjimu (ang. *limited re-parenting*). Terapijos dėmesio centre yra keturios ribinio asmenybės sutrikimo schemos: atsitraukęs globėjas, baudžiantis globėjas, apleistas/nuskriaustas vaikas ir piktas/impulsyvus vaikas. Pokyčiai vyksta dėl pakeistų negatyvių mąstymo, emocijų išjautimo ir elgesio modelių bei sveikesnių alternatyvų kūrimo, kad paciento gyvenimui disfunkcinės schemos daugiau nebeegalėtų daryti įtakos (19).

Du atsitiktinių imčių tyrimai, viena klinikinių atvejų serija, penki atviri eksperimentiniai tyrimai ir

vienas pritaikomasis tyrimas parodė schemų terapijos efektyvumą mažinant visus devynis ribinio asmenybės sutrikimo simptomus, bendruosius psichiatrinius simptomus ir gerinant gyvenimo kokybę. Kitas nustatytas schemų terapijos privalumas - tik labai maža dalis pacientų nutraukė gydymą (21).

Emocijų valdymo ir problemų sprendimo sisteminis treniravimas

Emocijų valdymo ir problemų sprendimo sisteminis treniravimas (ang. *Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS)*) buvo sukurtas naudoti kartu su kitomis gydymo priemonėmis - meditacija, individualia terapija, konkretaus atvejo valdymu. Jį sudaro kognityvinės elgesio terapijos elementai, įgūdžių lavinimas ir sisteminis treniravimas. Programa tęsiasi 20 savaitių, per kurias išdėstoma po vieną dviejų valandų trukmės grupinį seminarą. Programą sudaro psichoedukacija, skirta koreguoti emocijų intensyvumą, emocijų valdymo įgūdžių treniravimas, skirtas vengimo elgesiui, komunikacijai ir problemų sprendimui, ir elgesio valdymo įgūdžių treniravimas, skirtas tikslų siekimui, sveikai gyvensenai, savižalos prevencijai. Programos dalyviai taip pat gauna ir namų darbų. Psichoedukacija skiriama ir pacientų šeimos nariams. Nors ši programa negali būti vienintelis gydymo metodas, tyrimai rodo, *STEPPS* padidina kitų gydymo metodų efektyvumą (19).

Psichodinaminė psichoterapija

Psichodinaminė terapija irgi gali būti efektyvi gydant ribinį asmenybės sutrikimą ir su juo susijusias problemas. Deja, kai kurių tyrimų duomenimis, efektas nėra didelis ir galimai netikslus

dėl dėl nestabilaus pacientų būklės vertinimo po terapijos (25).

Renkantis psichoterapiją, svarbu įvertinti paciento kognityvinį stilių ir savistabos galimybes, o tuomet pagal tai rinktis arba ekspresyvas (psichoanalitinės krypties) arba kognityvinės elgesio terapijos technikas. Lankstumas yra būtinas, nes per emocišes krizes bus reikalingos palaikančios ir ribas nustatančios intervencijos kartu su psichotropiniais vaistais, o tais atvejais, kuomet tai bus reikalinga - ir programos priklausomybėms gydyti (5).

Randomizuotų kontroliuojamų tyrimų ir meta-analizų rezultatai leidžia įtarti keletą efektyvių gydymo strategijų - tiek tas, kurios remiasi kognityvine elgesio, tiek tas, kurios yra paremtos psichodinamine teorija. Minėti tyrimai nustatė nereikšmingus arba jokių skirtumų tarp gydymo dialektine elgesio terapija ar nedialektine elgesio terapija, ar tarp gydymo kognityvine elgesio ar psichodinamine terapija. Todėl klinicistai yra laisvi rinktis bet kurį iš veiksmingų metodų (26).

Išvados

Ribinis asmenybės sutrikimas yra sunkus ir sudėtingas sutrikimas, kurį apibrėžia itin didelis jautrumas asmeniškai suvokiamai kitų žmonių rodomai nepagarbai, nestabilus savo identiteto suvokimas, savidestruktyvumas, intensyvios ir greitai kintančios emocijos bei impulsyvūs ir kartais agresyvūs poelgiai. Sutrikimo gydymą apsunkina gretutiniai sutrikimai, tokie kaip priklausomybė alkoholiui ir narkotinėms medžiagoms.

Siekiant maksimaliai efektyviai gydyti ribinį asmenybės sutrikimą, būtina išsamiai surinkti anamnezę, įvertinti galimas genetines priežastis bei ryšį su bipolinio spektro sutrikimais.

Nėra medikamentinio gydymo, kurio vieno pakaktų visam kompleksiniam ribinio asmenybės sutrikimo gydymui, bet galima jį efektyviai derinti su psichoterapiniu gydymu, kuris turi būti pagrindinis. Penki įrodymais pagrįsti ribinio asmenybės sutrikimo psichoterapiniai gydymo metodai yra dialektinė elgesio terapija, mentalizacija grįsta terapija, schemų terapija, į perkėlimą fokusuota terapija ir emocijų valdymo bei problemų sprendimo sisteminis treniravimas.

Literatūra

1. Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE, Torgersen S, Zanarini MC. Borderline personality disorder. *Nat Rev Dis Primer*. 2018 m. gegužės 24 d.;4:18029.
2. Chapman AL. Borderline personality disorder and emotion dysregulation. *Dev Psychopathol*. 2019 m. rugpjūčio;31(3):1143–56.
3. Miller CE, Townsend ML, Day NJS, Grenyer BFS. Measuring the shadows: A systematic review of chronic emptiness in borderline personality disorder. *PLoS ONE* [Prieiga per internetą]. 2020 m. liepos 1 d. [žiūrėta 2021 m. kovo 27 d.];15(7). Adresas: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7329066/>
4. Sarkar J. Borderline personality disorder and violence. *Australas Psychiatry Bull R Aust N Z Coll Psychiatr*. 2019 m. gruodžio;27(6):578–80.
5. Stone MH. Borderline Personality Disorder: Clinical Guidelines for Treatment. *Psychodyn Psychiatry*. 2019 m.;47(1):5–26.
6. Antai-Otong D. Evidence-Based Care of the Patient with Borderline Personality Disorder. *Nurs Clin North Am*. 2016 m. birželio;51(2):299–308.
7. Helle AC, Watts AL, Trull TJ, Sher KJ. Alcohol Use Disorder and Antisocial and Borderline Personality Disorders. *Alcohol Res Curr Rev*. 2019 m.;40(1).
8. Rao S, Broadbear J. Borderline personality disorder and depressive disorder. *Australas Psychiatry Bull R Aust N Z Coll Psychiatr*. 2019 m. gruodžio;27(6):573–7.
9. Vanek J, Prasko J, Ociskova M, Hodny F, Holubova M, Minarikova K, ir kt. Insomnia in Patients with Borderline Personality Disorder. *Nat Sci Sleep* [Prieiga per internetą]. 2021 m. vasario 22 d. [žiūrėta 2021 m. kovo 27 d.];13:239–50. Adresas: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7910080/>
10. Paris J. Suicidality in Borderline Personality Disorder. *Med Kaunas Lith*. 2019 m. gegužės 28 d.;55(6).
11. Paris J. Differential Diagnosis of Borderline Personality Disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2018 m. gruodžio;41(4):575–82.
12. Bayes A, Parker G, Paris J. Differential Diagnosis of Bipolar II Disorder and Borderline Personality Disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2019 m. lapkričio 20 d.;21(12):125.
13. Videler AC, Hutsebaut J, Schulkens JEM, Sobczak S, van Alphen SPJ. A Life Span Perspective on Borderline Personality Disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2019 m. birželio 4 d.;21(7):51.
14. Temes CM, Zanarini MC. The Longitudinal

- Course of Borderline Personality Disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2018 m. gruodžio;41(4):685–94.
15. Fonagy P, Luyten P, Bateman A. Treating Borderline Personality Disorder With Psychotherapy: Where Do We Go From Here? *JAMA Psychiatry* [Prieiga per internetą]. 2017 m. balandžio 1 d. [žiūrėta 2021 m. kovo 27 d.];74(4):316–7. Adresas: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.4302>
 16. Bozzatello P, Bellino S, Bosia M, Rocca P. Early Detection and Outcome in Borderline Personality Disorder. *Front Psychiatry* [Prieiga per internetą]. 2019 m. spalio 9 d. [žiūrėta 2021 m. kovo 27 d.];10. Adresas: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6794381/>
 17. Parker JD, Naeem A. Pharmacologic Treatment of Borderline Personality Disorder. *Am Fam Physician* [Prieiga per internetą]. 2019 m. kovo 1 d. [žiūrėta 2021 m. kovo 27 d.];99(5). Adresas: <https://www.aafp.org/afp/2019/0301/od2.html>
 18. Bozzatello P, Rocca P, De Rosa ML, Bellino S. Current and emerging medications for borderline personality disorder: is pharmacotherapy alone enough? *Expert Opin Pharmacother.* 2020 m. sausio;21(1):47–61.
 19. Choi-Kain LW, Finch EF, Masland SR, Jenkins JA, Unruh BT. What Works in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Curr Behav Neurosci Rep* [Prieiga per internetą]. 2017 m. [žiūrėta 2021 m. kovo 27 d.];4(1):21–30. Adresas: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5340835/>
 20. May JM, Richardi TM, Barth KS. Dialectical behavior therapy as treatment for borderline personality disorder. *Ment Health Clin* [Prieiga per internetą]. 2016 m. kovo 8 d. [žiūrėta 2020 m. lapkričio 2 d.];6(2):62–7. Adresas: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6007584/>
 21. PRO*BPD: effectiveness of outpatient treatment programs for borderline personality disorder: a comparison of Schema therapy and dialectical behavior therapy: study protocol for a randomized trial | *BMC Psychiatry* | Full Text [Prieiga per internetą]. [žiūrėta 2021 m. kovo 27 d.]. Adresas: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-018-1905-6>
 22. Mentalization-Based Treatment: A Common-Sense Approach to Borderline Personality Disorder [Prieiga per internetą]. *Psychiatric Times.* [žiūrėta 2021 m. kovo 27 d.]. Adresas: <https://www.psychiatristimes.com/view/mentalization-based-treatment-common-sense-approach-borderline-personality-disorder>
 23. Psychotherapy for Borderline Personality Disorder in Adolescents- *ClinicalKey* [Prieiga per internetą]. [žiūrėta 2021 m. kovo 27 d.]. Adresas: <https://www.clinicalkey.com#!/content/playContent/1-s2.0-S0193953X18311341?scrollTo=%23h10000289>

24. Volkert J, Hauschild S, Taubner S. Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders: Efficacy, Effectiveness, and New Developments. *Curr Psychiatry Rep* [Prieiga per internetą]. 2019 m. kovo 9 d. [žiūrėta 2020 m. lapkričio 2 d.];21(4):25. Adresas: <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1012-5>
25. Cristea IA, Gentili C, Cotet CD, Palomba D, Barbui C, Cuijpers P. Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2017 m. balandžio 1 d.;74(4):319–28.
26. Levy KN, McMain S, Bateman A, Clouthier T. Treatment of Borderline Personality Disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2018 m. gruodžio;41(4):711–28.