

DIALEKTICKÁ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE U PACIENTŮ S HRANIČNÍ PORUCHOU OSOBNOSTI: LITERÁRNÍ PŘEHLED

souborný článek

Adéla Látalová
Pavla Linhartová
Tomáš Kašpárek

Psychiatrická klinika LF MU a FN
Brno

Kontaktní adresa:

Mgr. Adéla Látalová
Psychiatrická klinika LF MU
a FN Brno
Jihlavská 20
625 00 Brno
e-mail: Latalova.Adela@fnbrno.cz

Práce byla podpořena z programového projektu Ministerstva zdravotnictví ČR (15-NU20-04-00410A). Dále byla práce podpořena projektem vysokoškolského specifického výzkumu MŠMT ČR (MUNI/A/1467/2019) a projektem institucionální podpory MZ ČR koncepčního vývoje výzkumné organizace (FNBr/65269705). Veškerá práva podle předpisů na ochranu duševního vlastnictví jsou vyhrazena.

SOUHRN

Látalová A, Linhartová P, Kašpárek T. Dialektická behaviorální terapie u pacientů s hraniční poruchou osobnosti: literární přehled

Tento souborný článek představuje základní komponenty dialektické behaviorální terapie (DBT) a shrnuje dosavadní výzkumné poznatky s důrazem na jejich možné využití v klinické praxi. DBT je komplexní psychotherapeutický program pro léčbu hraniční poruchy osobnosti, který zahrnuje individuální psychoterapii, skupinový trénink dovedností, možnost telefonického koučování a pravidelná supervizní setkání terapeutů. Dosavadní studie potvrzují, že DBT vede k významné redukci sebepoškozujícího a sebevražedného chování, a je proto vhodná pro rizikové pacienty s významně vyjádřenými příznaky z tohoto okruhu. U těchto pacientů vede k behaviorální stabilizaci a umožňuje navázat další psychotherapeutickou práci v následujících fázích léčby.

Klíčová slova: dialektická behaviorální terapie, emoční nestabilita, hraniční porucha osobnosti, regulace emocí.

SUMMARY

Látalová A, Linhartová P, Kašpárek T. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder: a literature review

This literature review presents the main components of Dialectical behavior therapy (DBT) and summarizes current research findings with an emphasis on application in clinical practice. DBT is a complex psychotherapeutic program for patients with a borderline personality disorder that consists of a combination of individual psychotherapy, skills training group, telephone coaching, and a therapist consultation team. Previous studies confirm that DBT is associated with a significant reduction of suicidal and self-harming behavior. Evidence also suggests the impact of DBT is far more pronounced in patients with severe symptoms, in which it can help achieve behavioral stabilization and makes follow-up care possible.

Key words: borderline personality disorder, dialectical behavior therapy, emotion instability, emotion regulation.

ÚVOD

Hraniční porucha osobnosti (*Borderline personality disorder*, BPD) je závažná porucha osobnosti, jejímiž klíčovými charakteristikami jsou emoční nestabilita a potíže s regulací emocí. Pacienti s touto poruchou se často potýkají s impulzivním chováním, nestabilním sebeobrazem, problémy v interpersonálních vztazích a s kognitivními potížemi.¹ BPD je spojená také s vysokým rizikem sebe-poškozujícího a sebevražedného chování. Přibližně 75 % pacientů s touto poruchou se pravidelně sebe-poškozuje a riziko dokonané sebevraždy je u nich padesátinásobně vyšší než u běžné populace.^{2–4} Lidé s BPD tvoří významnou část pacientů, kteří vyhledávají a využívají různé formy lékařské péče.⁵ Přesto jejich léčba často končí neúspěchem nebo předčasným odchodem z terapie.⁶

Za léčbou první volby je u BPD považována psychoterapie.⁷ V posledních dvaceti letech vzniklo několik psychoterapeutických přístupů, které se snaží odpovídat na specifické potřeby pacientů s BPD. Mezi ně patří dialektická behaviorální terapie (*Dialectical behavior therapy*, DBT⁸), schematerapie (*Schema Therapy*, ST⁹), terapie zaměřená na přenos (*Transference focus therapy*, TFT¹⁰) a také terapie zaměřená na mentalizaci (*Mentalization-based therapy*, MBT¹¹). Dosavadní studie naznačují, že se tyto psychoterapeutické přístupy mohou podílet na snížení počtu symptomů a závažnosti BPD. Největší evidenci má však DBT.⁷

DIALEKTICKÁ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE

DBT začala vznikat v 80. letech pod vedením psycholožky Marshy Linehan. Původně se jednalo o program pro chronicky suicidální pacienty, až postupem času se z něj vyvinul komplexní psychoterapeutický program pro pacienty s BPD.^{8,12}

Z pohledu DBT představuje BPD pervazivní poruchu regulace emocí. DBT přitom vychází z biosociální teorie a předpokládá, že na vzniku hraniční poruchy se v různé míře podílí biologicky daná zvýšená emoční zranitelnost a zkušenost se znehodnocujícím prostředím, které odmítá nebo trestá osobní prožívání člověka. V důsledku toho mají lidé s BPD potíže s uvědomováním a popisováním svých emocí a neznají vhodné strategie emoční regulace.⁸ DBT se snaží naučit pacienty nové dovednosti a pomáhá jim najít způsob, jak nahradit neefektivní chování adaptivnějšími kroky. V průběhu času Linehan et al.¹² vystřídali řadu různých terapeutických technik. Z jejich zkušeností vyplynulo, že terapeutický přístup založený výhradně na změně nebo na přijetí pacientů vnímali jako znehodnocující. Rovnováhu mezi těmito dvěma zdánlivými protiklady pomohla DBT najít dialektika. Tento filozofický koncept předpokládá, že neexistuje jedna absolutní pravda, ale spíše různé úhly pohledu. Dialektický přístup se tak snaží o syntézu různých perspektiv – například rozporu mezi přijetím a změnou.¹²

DBT je komplexní psychoterapeutický program, který zahrnuje skupinový trénink dovedností, individuální psychoterapii, možnost telefonického koučování a supervizní

setkání terapeutů. V rámci skupinového tréninku se pacienti učí řadu nových dovedností, které mohou využít místo původního neefektivního a maladaptivního chování. Skupinové tréninky jsou didakticky orientované a zaměřují se na regulaci emocí, všímavost, interpersonální efektivitu a toleranci stresu. Kromě toho se pacienti každý týden setkávají se svým terapeutem na individuálním sezení, které je orientované především na řešení aktuálních problémů a na motivaci pacienta. Mezi sezeními mohou pacienti využít telefonické koučování, jehož hlavní funkcí je generalizace naučených dovedností. Důležitou součástí DBT programu jsou také pravidelná supervizní setkání, která terapeutům pomáhají udržovat motivaci a vysoký standard péče.^{8,12}

Pacienti s BPD se často potýkají s celou řadou různých problémů a komplikací. Terapeut proto potřebuje mít jasně uspořádané cíle, aby se mohl rozhodnout, na které problémové chování se má v daném okamžiku zaměřit. Z tohoto důvodu jsou v DBT terapeutické cíle hierarchicky seřazeny. Mezi hlavní cíle patří: 1. snižovat četnost chování, které pacienta bezprostředně ohrožuje na životě (například: sebe-poškozující a sebevražedné chování); 2. snižovat četnost chování, které představuje překážku pro pokrok v terapii (například: vynechávání sezení, lhaní terapeutovi, zneužívání telefonického koučování); 3. snižovat četnost chování, které narušuje kvalitu pacientova života (například: zneužívání návykových látek, nezaměstnanost, absence ve škole) a 4. zvyšovat četnost adaptivního chování pacienta (například: regulace emocí, všímavost, tolerance stresu, interpersonální dovednosti).^{8,12}

Program ve své původní podobě trvá dvanáct měsíců a pacienti na něj docházejí ambulantně. Postupně se začaly objevovat jeho úpravy a modifikace. V současné době tak existuje celá řada různých DBT programů. Některé z nich trvají kratší dobu,^{13,14} jiné DBT programy jsou upravené pro potřeby hospitalizovaných pacientů^{15–17} nebo pacientů s dalšími komorbiditami.^{18–20} Objevují se také programy, které využívají jen některé prvky DBT, například pouze skupinový nácvik dovedností.^{21,22}

ÚČINNOST DBT

Dosavadní výzkumy se u DBT zaměřily na sebevražedné a sebe-poškozující chování a předčasné ukončení terapie. Řada studií se věnuje také komorbidním psychickým symptomům BPD, mezi které patří deprese, úzkost, pocit bezmoci nebo problémy se vztekem a impulzivním chováním.

Největší pozornost byla doposud věnována sebevražednému a sebe-poškozujícímu chování. Výsledky několika randomizovaných kontrolovaných studií ukazují, že DBT vede u pacientů s BPD k významnému snížení počtu sebevražedných pokusů. Tyto závěry byly potvrzeny studiemi, které DBT srovnávaly s běžnou formou léčby (*treatment as usual*, TAU²³), s komunitní terapií vedenou odborníky (*community treatment by experts* CTBE²⁴) nebo s psychodynamickou terapií.²⁵ Snížení četnosti a závažnosti suicidálního chování zaznamenaly i studie, které DBT porovnávaly s jiným psychoterapeutickým programem,

navrženým specificky pro pacienty s BPD. Nicméně, rozdíl mezi skupinami nebyl statisticky významný. Studie nezachytily signifikantní rozdíl při srovnání DBT s TFT²⁶ ani s terapií vedenou podle doporučení Americké psychiatrické asociace (*general psychiatric management, GPA*)²⁷.

Se sebevražedným chováním jsou úzce spojené také sebevražedné myšlenky. Některé studie naznačují, že DBT vede k výraznějšímu poklesu sebevražedných myšlenek než TAU.¹³ Redukci sebevražedných myšlenek u pacientů zachytily i studie srovnávající DBT s TAU a CTBE, u těchto výzkumů však nebyl potvrzen statisticky významný rozdíl mezi skupinami.^{23,24}

I v případě sebepoškozujícího chování řada studií ukazuje, že DBT vede ke snížení jeho četnosti a závažnosti. Tyto závěry potvrzují zejména studie, které DBT srovnávají s TAU.^{16,23,28} Na výzkum Verheula et al.²⁸ navázala další studie, která sledovala pacienty šest měsíců po dokončení DBT programu. Z jejích výsledků vyplynulo, že redukce sebepoškozujícího chování může u pacientů přetrvávat i po skončení intervence.²⁹ Snížení četnosti sebepoškozujícího chování u pacientů zachytily i studie, které DBT porovnávaly s jiným psychoterapeutickým programem, konkrétně s CTBE,²⁴ TFT²⁶ a GPA.²⁷ Rozdíl mezi testovanými skupinami však nebyl statisticky signifikantní.

Dosavadní poznatky o souvislostech mezi DBT a sebevražedným a sebepoškozujícím chováním u pacientů s BPD shrnuje několik metaanalýz. Jednou z nich je i Cochranovo systematické review,⁷ které se zaměřuje na různé psychoterapeutické přístupy k léčbě pacientů s BPD. Do analýzy bylo zařazeno i osm studií, které se věnují DBT. Z jejich studie vyplynulo, že DBT je zatím jedinou formou psychoterapeutické péče pro pacienty s BPD, která má dostatek replikací na to, aby data mohla být sloučena v rámci metaanalýzy. Její výsledky ukázaly, že šesti- a dvanáctiměsíční DBT program vede při srovnání s TAU k signifikantnímu snížení četnosti sebepoškozujícího (N = 110; 3 RCT; d = -0,54; 95% CI = -0,92, -0,16) a sebevražedného chování (N = 20; 1 RCT; d = -1,26; 95% CI = -2,24, -0,29). Druhá metaanalýza³⁰ se věnovala DBT u pacientů se zvýšeným rizikem suicidálního chování. Výzkumný vzorek tvořili pacienti s různými psychickými potížemi, většina zařazených studií se však zaměřila na pacienty s BPD (celkem 12 z 18 studií). Z výsledků analýzy vyplynulo, že DBT u pacientů redukuje násilné chování vůči sobě (N = 874; 12 RCT a 3 CCT; d = -0,324; 95% CI = -0,471, -0,176). Pacienti, kteří absolvovali DBT, tak vykazovali signifikantně méně sebepoškozujícího a sebevražedného chování než pacienti zařazení do kontrolní skupiny. Zároveň však tato metaanalýza nepotvrdila statisticky významný vliv DBT na snížení sebevražedných myšlenek (N = 540; 8 RCT a 2 CCT; d = -0,229; 95% CI = -0,473, 0,016). Ačkoliv obě metaanalýzy potvrzují, že DBT redukuje sebepoškozující a sebevražedné chování, popsaná velikost účinku se u nich liší. Rozdílné výsledky by mohly být vysvětleny odlišnými kritérii pro zařazení studií do metaanalýzy. Stoffers-Winterling et al.⁷ do analýzy zahrnuli pouze randomizované kontrolované studie, které u pacientů s BPD srovnávaly standardní DBT s TAU. Oproti tomu DeCou et al.³⁰ pracovali i s kontrolovanými klinickými studiemi, které nebyly randomizované. V rámci metaanalýzy srovnávali různé podoby DBT programu

(standardní DBT program, zkrácený DBT program, DBT program pro hospitalizované pacienty) s různými formami kontrolní skupiny (TAU, CTBE, podpůrná terapie, komunitní terapeutická péče). A do výzkumného vzorku zařadili i pacienty, kteří neměli BPD.

Některé studie naznačují, že DBT vede oproti kontrolní skupině ke snížení počtu pacientů, kteří předčasně ukončují terapii.^{23,24,28} Jiné výzkumy však rozdíl mezi DBT a kontrolní skupinou nezaznamenaly.²⁷ Na předčasném ukončení terapie se zaměřila i nedávná metaanalýza, která shrnuje výsledky 21 randomizovaných kontrolovaných studií. Z výsledků analýzy vyplynulo, že DBT nedokončí přibližně jedna třetina pacientů s BPD (33,8%; 95% CI = 28,3, 39,6). Rozdíl mezi předčasným ukončením u pacientů absolvujících DBT a kontrolní formu terapie nebyl statisticky signifikantní.³¹

Další studie se zaměřily na komorbidní psychické symptomy BPD. Výsledky několika studií naznačují, že DBT vede ke snížení deprese, úzkosti a pocitu bezmoci. Tyto závěry potvrzují zejména studie, které DBT srovnávají s TAU.^{13,16} Redukci deprese, úzkosti a pocitu bezmoci u pacientů zachytily i studie, které DBT porovnávaly s jiným psychoterapeutickým programem, konkrétně s CTBE,²⁴ TFT²⁶ a GPA.²⁷ Rozdíl mezi testovanými skupinami však nebyl statisticky signifikantní. Efekt DBT na snížení problémů se vztekem a impulzivním chováním je zatím nejednoznačný. Výsledky některých studií ukazují, že DBT v porovnání s TAU vede u pacientů s BPD ke snížení intenzity vzteku^{13,32} a snížení četnosti impulzivního chování.²⁸ Jedna studie²⁹ navíc naznačuje, že redukce impulzivního chování může u pacientů přetrvávat i šest měsíců po dokončení DBT programu. Jiné studie však tyto výsledky nepotvrdily, když u potíží se vztekem¹⁶ a impulzivním chováním²⁶ nezachytily žádné zlepšení. U Bohuse et al.¹⁶ by rozdílné výsledky mohly být vysvětleny zkrácenou délkou programu a efektem podlahy, kdy většina pacientů ještě před vstupem do programu uváděla velmi nízkou míru vzteku, a případné zlepšení tak nemuselo být dotazníkem zachyceno. Nejednoznačné výsledky u impulzivního chování by mohly být ovlivněny metodou, kterou jednotlivé výzkumné týmy využily k jeho zachycení. Výzkumné skupiny Verheula a van den Bosche^{28,29} zaznamenávaly impulzivitu pomocí polostrukturovaného rozhovoru, ve kterém se zaměřovaly na rizikové impulzivní chování, jako je hraní hazardních her, přejíždání se nebo zneužívání návykových látek. Na druhou stranu Clarkin et al.²⁶ zachycovali impulzivitu pomocí Barrattovy škály. Ačkoliv tento dotazník patří mezi nejčastěji používané metody pro měření impulzivity, řada autorů upozorňuje na jeho nejasnou strukturu a problematickou interpretaci výsledků. Jedním z jeho nedostatků je také opomíjení emoční impulzivity, která u pacientů s BPD hraje důležitou roli.^{33,34}

TERAPIE, KTERÉ VYUŽÍVAJÍ JEN NĚKTERÉ KOMPONENTY DBT

Nadějně výsledky přinášejí i studie, které se zabývají jen některými komponentami DBT. V posledních letech se začaly objevovat výzkumy, které ověřují efektivitu

samostatného nácviku dovedností (*DBT skills training*; DBT-S) nebo samostatné individuální terapie (*DBT individual therapy*, DBT-I). Tyto studie reagují na běžnou praxi, kdy z časových, finančních anebo personálních důvodů dochází k různým modifikacím DBT programu.³⁵ Výsledky studií, které se zaměřily na samostatný nácvik dovedností, ukazují, že DBT-S vede k významnému snížení četnosti sebevražedného a sebepoškozujícího chování, deprese, úzkosti a předčasného ukončení terapie. A to jak ve srovnání s TAU,²² tak ve srovnání se standardní skupinovou psychoterapií, kde měli pacienti možnost prozkoumávat a sdílet své potíže.²¹

Další studie³⁶ srovnávala standardní DBT program s DBT-S, kdy pacienti absolvovali DBT trénink dovedností společně s pravidelnými individuálními návštěvami u klinického pracovníka, a s DBT-I, kdy pacienti docházeli na DBT individuální psychoterapii a na podpůrná skupinová setkání s dalšími pacienty. Autoři předpokládali, že komplexní DBT program bude efektivnější než jeho upravené verze (DBT-S a DBT-I). Výsledky výzkumu však ukázaly, že všechny tři programy vedly u pacientů s BPD k významnému snížení frekvence a závažnosti sebevražedného chování, sebevražedných myšlenek a využívání akutní psychiatrické péče. Ze studie také vyplynulo, že intervence, které zahrnovaly nácvik dovedností, byly efektivnější než samostatná DBT individuální psychoterapie. Standardní DBT program a DBT-S byly ve srovnání s DBT-I spojeny s výraznějším snížením sebepoškozujícího chování, deprese a úzkosti. Ačkoliv tato studie představuje výraznou podporu pro modifikované verze DBT programu, z jejich výsledků nelze vyvodit závěr, že je DBT-I nebo DBT-S zcela srovnatelná se standardní DBT. Autoři studie zdůrazňují několik poznatků, které sice nedosáhly na úroveň statistické významnosti, ale z klinického hlediska hrají důležitou roli. Výsledky jejich studie naznačují, že efekt standardního DBT programu u pacientů přetrvává dvanáct měsíců po skončení intervence. Po absolvování DBT programu pacienti uváděli nižší počet sebevražedných pokusů, nižší počet návštěv v krizovém centru a nižší počet hospitalizací než pacienti, kteří absolvovali modifikovanou verzi DBT programu. Při interpretaci výsledků je také třeba vzít do úvahy výškolení ošetřujícího personálu pro práci s pacienty s vysokým rizikem suicidálního chování. Všichni členové personálu, který se staral o pacienty v DBT, DBT-S i DBT-I, byli výškoleni, jak průběžně hodnotit riziko sebevražedného chování, a měli jasně daný postup pro případ, že dojde ke zhoršení zdravotního stavu pacienta. Podle autorů studie mohl tento přístup přispět ke snížení frekvence a závažnosti sebevražedného chování u pacientů ve všech třech skupinách.

STUDIE ZACHYCUJÍCÍ EFEKT DBT NA NEURÁLNÍ ÚROVNI

V posledních letech se začaly objevovat studie, které zachycují efekt DBT na neurální úrovni. Goodman et al.³⁷ se zaměřili na vliv DBT na aktivaci amygdaly při zpracování emočních podnětů. Do studie se zapojilo 11 pacientek s BPD, které prošly ročním DBT programem, a 11 zdravých dobrovolnic. Účastnice absolvovaly měření

ve funkční magnetické rezonanci (fMRI), během kterého měly za úkol sledovat sérii obrázků s pozitivním a negativním emočním obsahem. Výsledky studie ukázaly, že při zpracování emočních podnětů dochází u pacientů s BPD k hyperaktivaci amygdaly. Ve srovnání se zdravou kontrolní skupinou měly pacientky před zahájením léčby při sledování emočních obrázků zvýšenou aktivaci amygdaly. Po absolvování DBT programu u pacientek došlo k významné redukci aktivace amygdaly. Snížená aktivace byla navíc spojená s celkovým zlepšením emoční regulace (měřeno pomocí sebehodnotícího dotazníku). Malá velikost výzkumného vzorku a absence klinické kontrolní skupiny však u této studie neumožňuje vyvození jasných závěrů.

Další dvě studie se zaměřily na neurální koreláty konkrétních strategií emoční regulace. Schmitt et al.³⁸ zkoumali vliv dvanáctidenního DBT programu na neurální korelát přehodnocení u 32 pacientek s BPD, které srovnali s 24 zdravými kontrolními účastnicemi a 16 kontrolními pacientkami s BPD. V rámci této studie měly účastnice za úkol ve fMRI sledovat negativní vizuální podněty a přitom zkoušet regulovat své emoce pomocí přehodnocení. U pacientek, které profitovaly z DBT programu (17 pacientek z původních 32), došlo při zpracování negativních stimulů a současném přehodnocení ke snížení aktivace amygdaly, insuly a anteriorního cingulárního kortexu (ACC) a ke zvýšení konektivity v rámci limbicko-prefrontální sítě. Podobně se Winter et al.³⁹ zaměřili na neurální korelát distrakce. Do jejich studie bylo zařazeno 24 pacientek s BPD, které absolvovaly dvanáctidenní DBT program za hospitalizace, 12 kontrolních pacientek s BPD a 15 zdravých kontrolních účastnic. Úkolem účastnic bylo ve fMRI sledovat negativní obrázky a přitom se snažit regulovat emoční odpověď pomocí distrakce. U pacientek, které profitovaly z DBT programu (16 pacientek z původních 31), došlo během distrakce od negativních podnětů ke snížení aktivace pravého inferiorního parietálního laloku / supramarginálního gyru. Změna v neurální aktivaci přitom korelovala s poklesem závažnosti BPD symptomů (měřeno pomocí sebehodnotícího dotazníku). Zachycené změny v neurální aktivaci naznačují, že přehodnocení i distrakce představují účinnou formu emoční regulace, kterou se pacienti během DBT programu mohou naučit.

Nedávná studie DBT se u pacientů s BPD zaměřila na neurální zpracování bolesti. Niedtfield et al.⁴⁰ zkoumali vliv dvanáctidenního DBT programu na vnímání a neurální zpracování bolesti u 28 pacientek s BPD, které srovnali s 23 zdravými kontrolními účastnicemi a 15 kontrolními pacientkami s BPD. V rámci studie účastnice absolvovaly měření ve fMRI, kde měly za úkol sledovat negativní obrázky. Zároveň měly na předloktí umístěný zdroj tepla, který jim během měření působil bolestivé podněty. Výsledky studie ukázaly, že bolest může u pacientů s BPD fungovat jako způsob emoční regulace. Před zahájením léčby měly pacientky při vnímání bolestivého podnětu sníženou aktivaci amygdaly a narušenou konektivitu mezi levou amygdalou a dorzálním ACC (ve srovnání se zdravou kontrolní skupinou). Po absolvování DBT programu došlo u pacientek k normalizaci neurální odpovědi na bolest. Ve srovnání s klinickou kontrolní skupinou měly pacientky po dokončení DBT zvýšenou aktivitu amygdaly

v reakci na bolestivý podnět a došlo u nich také k redukcí konektivity mezi levou amygdalou a dorzálním ACC.

Výsledky uvedených studií naznačují, že se efekt DBT může projevit i na neurální úrovni. Po absolvování psychoterapeutického programu výzkumy u pacientů zachytily snížení aktivace limbické oblasti, včetně amygdaly a insuly. Popsaly také změny aktivace prefrontální oblasti a zvýšení funkční konektivity mezi limbickou a prefrontální oblastí. Pro lepší pochopení neurálních mechanismů DBT jsou však potřeba další studie.

DISKUSE

DBT je komplexní psychoterapeutický program, který se snaží odpovídat na specifické potřeby pacientů s BPD. Zároveň představuje jedinou formu psychoterapeutické péče, která má u této skupiny pacientů dostupnou kvalitní evidenci o účinnosti.⁷ Z výsledků řady studií a několika metaanalýz vyplývá, že DBT u pacientů redukuje násilné chování vůči sobě. Tyto výzkumy potvrzují, že absolvování DBT programu u pacientů s BPD vede k významnému snížení četnosti a závažnosti sebepoškozujícího i sebevražedného chování.^{7,30,41} Některé studie navíc naznačují, že tento efekt u pacientů přetrvává i po skončení terapie.²⁹ Autoři této studie však upozorňují, že pro udržení účinku DBT je důležité, aby pacienti po dosažení stabilizace a behaviorální kontroly pokračovali v další psychoterapeutické práci. Jinak je zde riziko, že dojde k postupnému vymizení dosaženého efektu. Následná psychoterapeutická péče může mít podobu navazující DBT (tzv. druhá fáze⁸) nebo jiné systematické psychoterapie.

Další studie se zaměřily na komorbidní psychické symptomy BPD, jako je deprese, úzkost nebo potíže se vztekem a impulzivním chováním. Výsledky několika studií poukazují na souvislost mezi DBT a zlepšením u deprese, úzkosti a pocitů bezmoci.^{13,16} Redukci těchto symptomů zaznamenaly i další studie, rozdíl mezi skupinami však u nich nedosáhl na hranici statistické významnosti.^{24,26,27} U problémů se vztekem a impulzivním chováním jsou výsledky výzkumů nejednoznačné. Zatímco některé výzkumy u pacientů po absolvování DBT programu zachytily snížení vzteku a impulzivního chování,^{13,28,29,32} jiné studie tyto výsledky nepotvrdily.^{16,26}

Je důležité poznamenat, že výzkumy, které u pacientů v DBT programu zaznamenaly významné zlepšení v řadě různých oblastí, je obvykle srovnávaly s pacienty, kteří po stejnou dobu absolvovali běžnou formu léčby,^{13,16,23,28,29} anebo komunitní terapii.²⁴ Studie, které DBT porovnávaly s jiným psychoterapeutickým programem, navrženým specificky pro pacienty s BPD, přinášejí nejasné výsledky. Při srovnání s terapií zaměřenou na přenos²⁶ nebo s terapií vedenou podle doporučení Americké psychiatrické asociace²⁷ výzkumy sice popisují zlepšení u sebevražedného a sebepoškozujícího chování, deprese a úzkosti, ale nezachycují přitom statisticky významný rozdíl mezi skupinami. Výsledky těchto studií naznačují, že pacienti s BPD mohou profitovat z různých forem specializované léčby. Na základě těchto výzkumů však nejde říct, že by jednotlivé psychoterapeutické přístupy byly zcela srovnatelné. Každý z těchto programů přistupuje

k pacientům s BPD odlišným způsobem a je tak pravděpodobné, že bude mít i odlišný vliv na heterogenní povahu jejich obtíží.²⁰ Zatím však nemáme k dispozici dostatek studií na to, abychom mohli vyvodit jednoznačné závěry.

Z výsledků dosavadních studií se zdá, že DBT je efektivní zejména u pacientů, kteří mají na začátku terapie potíže se sebepoškozujícím a sebevražedným chováním a spadají tak do skupiny vysoce rizikových pacientů. Verheul et al.²⁸ rozdělili ve své studii pacienty s BPD podle celkové počtu projevů rizikového chování na pacienty s nízkou (méně než 14 událostí za celý život; medián 4,0) a vysokou četností násilného chování vůči sobě (14 a více událostí za celý život; medián 60,5). Z výsledků jejich výzkumu vyplynulo, že pacienti, kteří na začátku programu uváděli vyšší četnost násilného chování vůči sobě, profitovali z DBT výrazně více než z běžné formy léčby. U pacientů s nízkou četností rizikového chování nebyl zachycen statisticky významný rozdíl mezi skupinami. Účinek DBT byl tak u těchto pacientů srovnatelný s běžnou formou léčby. I další studie potvrzují, že pacienti se závažnými symptomy mají potenciál profitovat z psychoterapeutické péče.⁴² U vysoce rizikových pacientů, kteří mají chronické potíže se sebepoškozujícím a sebevražedným chováním, proto může DBT představovat vhodnou formu léčby.^{28,43}

Otázkou zůstává, jaká délka DBT programu je pro pacienty s BPD optimální. Ve své standardní podobě trvá DBT dvanáct měsíců. Roční program testovala i většina dosavadních výzkumů, které se zabývaly efektivitou DBT.^{23,24,26–28,32} Nicméně, některé z těchto studií u pacientů zachytily změnu už několik měsíců po začátku terapie.^{23,28} Slibné výsledky přinášejí i výzkumy, které se zaměřily na zkrácenou formu DBT. Šestiměsíční ambulantní DBT program ve srovnání s TAU vedl u pacientů s BPD ke snížení sebevražedných myšlenek, deprese a pocitu bezmoci.¹³ Tříměsíční DBT program, který pacienti absolvovali za hospitalizace, vedl při porovnání s TAU k redukcí sebepoškozujícího chování, deprese a úzkosti a také ke zlepšení sociálního přizpůsobení se a interpersonálního fungování.¹⁶ Výsledky těchto studií naznačují, že by pacienti s BPD mohli profitovat i ze zkráceného DBT programu. Zatím však nemáme k dispozici výzkumy, které by kratší programy srovnávaly se standardní DBT. Z výsledků dosavadních studií také nelze říct, jak dlouho u pacientů přetrvává změna dosažená po absolvování zkrácené formy DBT programu.

Nadějné výsledky přinášejí i studie, které se zabývají jen některými komponentami DBT. Výraznou výzkumnou podporu mají zejména programy, které zahrnují nácvik dovedností. Výsledky několika studií ukazují, že nácvik dovedností vede k významnému snížení sebevražedného a sebepoškozujícího chování, deprese, úzkosti a předčasného ukončení terapie.^{21,22,36} Klíčovou roli nácviku dovedností potvrzují i studie, které se u DBT zaměřují na mechanismy účinku.^{44–46} Z jejich výsledků vyplývá, že využívání DBT dovedností u pacientů představuje zprostředkující proměnnou pro snížení sebevražedného chování, deprese a potíží se vztekem. Využívání dovedností u pacientů také částečně zprostředkovává redukcí sebepoškozujícího chování.⁴⁵

Dosavadní studie jsou spojeny s řadou limitací. Jednou z nich jsou velké metodologické rozdíly mezi studii, které znesnadňují srovnání jejich výsledků a neumožňují

vyvození jasných závěrů. Další limit představuje vysoký podíl výzkumů, do kterých byla přímo zapojená autorka DBT Marsha Linehan. Je zde riziko, že by výsledky těchto studií mohly být ovlivněny preferencí vlastního psychoterapeutického přístupu. Nicméně, srovnání výzkumů, které byly provedeny Marshou Linehan, s ostatními studii ukazuje, že i nezávislé výzkumné týmy potvrzují efektivitu DBT.⁴¹ U dosavadních studií je častým problémem také nevyvážené množství pozornosti, které bylo věnováno pacientům zařazeným do DBT programu a pacientům zařazeným do kontrolní skupiny. Někteří autoři proto upozorňují, že zachycené změny by mohly být ovlivněny vyšší mírou pozornosti a péče, která byla věnována účastníkům DBT programu.⁴⁷ V neposlední řadě je potřeba zmínit, že většina dosavadních studií se zaměřila na ženy s BPD. Výsledky uvedených výzkumů tak nelze zobecnit na mužské pacienty absolvující DBT program. Tento výrazný nepoměr může být částečně zdůvodněn vyšším počtem žen s BPD, které vyhledávají lékařskou péči (odhadovaný poměr žen a mužů je 3: 1; APA, 2001). Nicméně, u pacientů mužského pohlaví může být BPD spojena s odlišnými potřebami, které současné studie nereflktují.⁷

I přes některé limity nabízejí dosavadní studie řadu poznatků, které mohou být využity v klinické praxi. Výsledky výzkumů ukazují, že pacienti se závažnými symptomy BPD mohou profitovat z psychoterapeutické péče.⁴² Řada

autorů se přitom shoduje, že DBT je vhodná zejména pro pacienty s chronickými potížemi se sebepoškozujícím a sebevražedným chováním.^{8,28,43} U těchto vysoce rizikových pacientů může DBT pomoci k dosažení stabilizace a behaviorální kontroly, po dokončení programu je však důležité, aby pacienti pokračovali v další psychoterapeutické práci.²⁹ Výsledky studií také potvrzují, že DBT může být úspěšně zavedena do praxe v zemích s různým jazykovým a kulturním prostředím a sociálně-zdravotnickým systémem.^{16,28,48} Rozšíření DBT mohou výrazně usnadnit různé modifikace programu, které pacientům nabízejí zkrácenou formu terapie nebo jen některé její prvky. Díky tomu může být DBT poskytována i na místech, která z časových, finančních anebo personálních důvodů nemohou nabízet standardní formu programu.³⁵

ZÁVĚR

DBT je komplexní psychoterapeutický program pro léčbu BPD, který vede k významné redukci suicidálního a automutilačního chování, a je proto vhodný pro rizikové pacienty s významně vyjádřenými příznaky z tohoto okruhu. U těchto pacientů vede k behaviorální stabilizaci a umožňuje navázat další psychoterapeutickou práci v následujících fázích léčby.

LITERATURA

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association 2013.
2. Black DW, Blum N, Pfohl B, Hale N. Suicidal behavior in borderline personality disorder: Prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *J Pers Disord* 2004; 18 (3): 226–239.
3. Oldham J. Borderline personality disorder and suicidality. *Am J Psychiatry* 2006; 163 (1): 20–26.
4. Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS, Leweke F. Borderline personality disorder. *Lancet* 2011; 377 (9759): 74–84.
5. Zanarini M, Frankenburg F, Hennen J, Silk K. Mental health service utilization by borderline personality disorder patients and Axis II comparison subjects followed prospectively for 6 years. *J Clin Psychiatry* 2004; 65 (1): 28–36.
6. Choi-Kain L, Gunderson J. Borderline personality disorder and resistance to treatment: The primary sources of resistance. *Psychiatr Times* 2009; 26: 35–36.
7. Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, Rücker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 8: 1–259.
8. Linehan MM. Diagnosis and treatment of mental disorders: Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press 1993.
9. Young J, Klosko J, Weishaar M. Schema therapy: Practitioner's guide. New York: Guilford Press 2003.
10. Clarkin J, Yeomans F, Kernberg O. Psychotherapy for borderline personality. New York: John Wiley & Sons 1999.
11. Bateman A, Fonagy P. Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalisation based treatment. Oxford: Oxford University Press 2004.
12. Linehan MM, Wilks CR. The course and evolution of dialectical behavior therapy. *Am J Psychother* 2015; 69 (2): 97–110.
13. Koons CR, Robins CJ, Tweed JL, Lynch TR, Gonzalez AM, Morse JQ et al. Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behav Ther* 2001; 32: 371–390.
14. Carter GL, Willcox CH, Lewin TJ, Conrad AM, Bendit N. Hunter DBT project: Randomized controlled trial of dialectical behaviour therapy in women with borderline personality disorder. *Aust New Zel J Psychiatry* 2010; 44: 162–173.
15. Swenson C, Sanderson C, Dulit R, Linehan M. The application of dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder on inpatient units. *Psychiatr Q* 2001; 72: 307–324.
16. Bohus M, Haaf B, Simms T, Limberger MF, Schmahl C, Unckel C et al. Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: A controlled trial. *Behav Res Ther* 2004; 42: 487–499.
17. Bloom JM, Woodward EN, Susmaras T, Pantalone DW. Use of dialectical behavior therapy in inpatient treatment of borderline personality disorder: A systematic review. *Psychiatr Serv* 2012; 63 (9): 881–888.
18. Dimeff L, Rizvi S, Brown M, Linehan M. Dialectical behavior therapy for substance abuse: A pilot application to methamphetamine dependent women with borderline personality disorder. *Cogn Behav Pract* 2000; 7: 457–468.
19. Steil R, Dyer AS, Priebe K, Kleindienst N, Bohus M. Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse: A pilot study of an intensive treatment program. *J Trauma Stress* 2011; 24 (1): 102–106.
20. Kliem S, Kröger C, Kosfelder J. Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder: A Meta-Analysis Using Mixed-Effects Modeling. *J Consult Clin Psychol* 2010; 78 (6): 936–951.
21. Soler J, Pascual J, Tiana T, Cebria A, Barrachina J, Campins M et al. Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomised controlled clinical trial. *Behav Res Ther* 2009; 47: 353–358.
22. McMain SF, Guimond T, Barnhart R, Habinski L, Streiner DL. A randomized trial of brief dialectical behaviour therapy skills training in suicidal patients suffering from borderline disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2017; 135: 138–148.

23. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Hears HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 1060–1064.
24. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 757–766.
25. Pistorello J, Fruzzetti A, MacLaine C, Gallop R, Iverson K. Dialectical behavior therapy applied to college students: a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 2012; 80 (6): 982–994.
26. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 922–928.
27. McMain SF, Links PS, Gnam WH, Guimond T, Cardish RJ, Korman L et al. A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2009; 166: 1365–1374.
28. Verheul R, van den Bosch LMC, Koeter MWJ, de Ridder MAJ, Stijnen T, van den Brink W. Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 135–140.
29. van den Bosch LMC, Koeter MWJ, Stijnen T, Verheul R, van den Brink W. Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behav Res Ther* 2005; 43: 1231–1241.
30. DeCou CR, Comtois KA, Landes SJ. Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior: A meta-analysis. *Behav Ther* 2019; 50: 60–72.
31. Dixon LJ, Linardon J. A systematic review and meta-analysis of dropout rates from dialectical behaviour therapy in randomized controlled trials. *Cogn Behav Ther* 2020; 49 (3): 181–196.
32. Linehan MM, Tutek DA, Heard, Heidi L, Armstrong HE. Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment of chronically suicidal borderline patients. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1771–1776.
33. Linhartová P, Širůček J, Bartečků E, Theiner P, Jeřábková B, Rudišínová D et al. České verze sebesopuzovacích škál impulzivní a jejich psychometrické charakteristiky. *Čes a slov Psychiat* 2017; 113 (4): 149–157.
34. Bartečků E, Hořínková J, Linhartová P, Kašpárek T. Emotional impulsivity is connected to suicide attempts and health care utilization in patients with borderline personality disorder. *Gen Hosp Psychiatry* 2019; 56: 54–55.
35. Lungu A, Linehan MM. Dialectical behavior therapy: Overview, characteristics and future directions. In: Hofman S, Asmundson G, editors. *The science of cognitive behavioral therapy*. Amsterdam: Elsevier Inc. 2017: 429–460.
36. Linehan MM, Korslund KE, Harned MS, Gallop RJ, Lungu A, Neacsiu AD et al. Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: A randomized clinical trial and component analysis. *JAMA Psychiatry* 2015; 72 (5): 475–482.
37. Goodman M, Carpenter D, Tang C, Goldstein K, Avedon J, Fernandez N et al. Dialectical behavior therapy alters emotion regulation and amygdala activity with borderline personality disorder. *J Psychiatr Res* 2014; 57: 108–116.
38. Schmitt R, Winter D, Niedtfeld I, Herpertz SC, Schmahl C. Effects of psychotherapy on neural correlates of reappraisal in female patients with borderline personality disorder. *Soc Biol Psychiatry* 2016; 1: 548–557.
39. Winter D, Niedtfeld I, Schmitt R, Bohus M, Schmahl C, Herpertz SC. Neural correlates of distraction in borderline personality disorder before and after dialectical behavior therapy. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2017; 267: 51–62.
40. Niedtfeld I, Schmitt R, Winter D, Bohus M, Schmahl C, Herpertz SC. Pain-mediated affect regulation is reduced after dialectical behavior therapy in borderline personality disorder: A longitudinal fMRI study. *Soc Cogn Affect Neurosci* 2017; 12 (5): 739–747.
41. Panos PT, Jackson JW, Hasan O, Panson A. Meta-analysis and systematic review assessing the efficacy of dialectical behavior therapy (DBT). *Res Soc Work Pract* 2014; 24 (2): 213–223.
42. Barnicot K, Katsakou C, Bhatti N, Savill M, Fearn N, Priebe S. Factors predicting the outcome of psychotherapy for borderline personality disorder: A systematic review. *Clin Psychol Rev* 2012; 32: 400–412.
43. O'Connell B, Dowling M. Dialectical behaviour therapy (DBT) in the treatment of borderline personality disorder. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2014; 21: 518–525.
44. Lynch TR, Chapman AL, Rosenthal MZ, Kuo JR, Linehan MM. Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *J Clin Psychol* 2006; 62 (4): 459–480.
45. Neacsiu AD, Rizvi SL, Linehan MM. Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behav Res Ther* 2010; 48 (9): 832–839.
46. Rudge S, Feigenbaum JD, Fonagy P. Mechanisms of change in dialectical behaviour therapy and cognitive behaviour therapy for borderline personality disorder: A critical review of the literature. *J Ment Heal* 2020; 29 (1): 92–102.
47. 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; 74 (4): 319–328.
48. Lin T, Ko H, Wu JY, Oei TP, Lane H, Chen C. The effectiveness of dialectical behavior therapy skills training group vs. cognitive therapy group on reducing depression and suicide attempts for borderline personality disorder in Taiwan. *Arch Suicide Res* 2019; 23: 82–99.

OZNÁMENÍ

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

v červnu roku 2021 se bude konat 19. celostátní konference biologické psychiatrie s mezinárodní účastí v Luhačovicích v elektronické formě. Název konference bude **„To nejlepší z biologické psychiatrie“**. Podrobnosti budou zveřejněny na webu konference <https://www.kongres-luhacovice.cz/>, kde bude možné se také přihlásit. V rámci odborných sympozií budou hovořit jen vyzvaní přednášející z předních akademických pracovišť. Kdokoliv však může prezentovat své odborné sdělení ve formě posteru – poster ve formátu PDF, prosím, zašlete ke schválení na adresu hosak@lfhk.cuni.cz. Těšíme se na Vaši účast.

*Výbor Společnosti pro biologickou psychiatrii
Výbor Sekce biologické psychiatrie PS ČLS JEP*