

Psychiatrie

PRO PRAXI

2e
2015

www.solen.cz

ISSN 1803-5329

ROČNÍK 16.

z obsahu

PSYCHOTERAPIE

- Kognitivně behaviorální přístupy ke zvládání utrpení a strasti

PŘEHLEDOVÉ ČLÁNKY

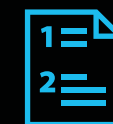
- Komorbidita hraniční poruchy osobnosti a depresivní poruchy

SDĚLENÍ Z PRAXE

- Sebestigmatizace, adherence k léčbě a vysazování medikace u pacientů s bipolární poruchou v remisi – průřezová studie

Časopis je vydáván ve spolupráci s Českou farmaceutickou společností ČLS JEP

SOLEN
MEDICAL EDUCATION



Vážení a milí čtenáři,

připravili jsme pro Vás rozšířenou elektronickou verzi časopisu
Psychiatrie pro praxi.

Doplňuje tištěnou verzi – nabízí Vám další články.

Pěkné čtení Vám přeje

redakce časopisu *Psychiatrie pro praxi*

E-verze článků



... co v tištěném časopisu nenajdete

- ▶ bonusové články
- ▶ abstrakta z kongresů
- ▶ celé prezentace...

... a co papír neumí

- ▶ videa z kongresů
- ▶ vyhledávání v článcích
- ▶ odkazy na web...

Psychoterapie

- 3 Mgr. et Mgr. Jana Vyskočilová, prof. MUDr. Ján Praško, CSc.,
MUDr. Petr Možný, MUDr. Michaela Novotná,
PhDr. Marie Ocisková, Mgr. Zuzana Sedláčková

**Kognitivně behaviorální přístupy
ke zvládání utrpení a strasti**

Přehledové články

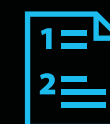
- 13 Mgr. Zuzana Sedláčková, prof. MUDr. Ján Praško, CSc.,
MUDr. Andrea Cinculová, MUDr. Zuzana Sigmundová

**Komorbidity hraniční poruchy osobnosti
a depresivní poruchy**

Sdělení z praxe

- 23 MUDr. Miroslav Hajda, MUDr. Dana Kamarádová, Ph.D.,
doc. MUDr. Klára Látalová, Ph.D., prof. MUDr. Ján Praško, CSc.,
Mgr. Marie Ocisková, MUDr. Andrea Cinculová,
MUDr. Kristýna Vrbová, MUDr. Radim Kubínek,
MUDr. Barbora Mainerová, MUDr. Anežka Ticháčková

**Sebestigmatizace, adherence k léčbě a vysazování
medikace u pacientů s bipolární poruchou v remisi –
průřezová studie**



Kognitivně behaviorální přístupy ke zvládání utrpení a strasti

**Mgr. et Mgr. Jana Vyskočilová^{1,2}, prof. MUDr. Ján Praško, CSc.³, MUDr. Petr Možný⁴,
MUDr. Michaela Novotná⁵, PhDr. Marie Ocisková^{3,6}, Mgr. Zuzana Sedláčková⁶,**

¹Fakulta humanitních studií, Univerzita Karlova v Praze

²Ústav teorie a praxe ošetrovatelství, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze

³Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci, Fakultní nemocnice Olomouc

⁴Psychiatrická nemocnice v Kroměříži

⁵Therapia Viva s.r.o., Praha 2

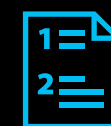
⁶Katedra psychologie, Filozofická fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci

Nízká míra schopnosti snášet nepohodu, strast či utrpení, které jsou nedílnou součástí nepříznivých životních událostí, může vést ke ztrátě psychické stability a udržování psychické poruchy. Pacient se často snaží své utrpení zvládnout pomocí vyhýbavého nebo kompenzačního chování, které sice může jeho utrpení bezprostředně zmírnit, dlouhodobě však vede ke zhoršení kvality jeho života a k přetrvávání utrpení. Kognitivně behaviorální přístupy, zaměřené na zvýšení schopnosti snášet nepříjemné a strastiplné životní prožitky, umožňují pacientovi lépe unést nevyhnutelné ztráty v životě, kterým je vystaven, unést svou úzkost, smutek a nutkání k impulzivní akci či úniku, a tím mu otevírá více možností, aby se choval svobodněji, funkčněji a cílevědoměji. Moderní kognitivně behaviorální přístupy, jako je Dialektická behaviorální terapie, Na všímavosti založená kognitivní terapie, Terapie přijetí a závazku či Na soucit zaměřená terapie, vytvořily a uplatnily terapeutické metody, jejichž cílem je zvýšit pacientovu odolnost vůči utrpení a jeho schopnost je lépe zvládat. Tyto přístupy se uplatňují nejen u pacientů s chronickými psychickými poruchami, ale také u pacientů s chronickými tělesnými nemocemi a s trvalým postižením.

Klíčová slova: strast, hodnoty, kognitivně behaviorální terapie, Dialektická behaviorální terapie, Na všímavosti založená kognitivní terapie, Terapie přijetí a závazku, Na soucit zaměřená terapie.

Cognitive behavioral approaches to coping with suffering and hardship

Low level of ability to endure discomfort, hardship and distress, which are integral parts of adverse life events, may lead to loss of mental stability and maintenance of the psychological disorder. The patient often tries to cope with their suffering through avoidance and compensatory behavior that may relieve his pain immediately; however, in the long term it leads to the deterioration in the quality of his life and the persistence of suffering. Cognitive- behavioral approaches focused on increasing the ability to endure unpleasant



and distressful life experiences, allow the patient to better bear the inevitable losses in life, which he is exposed to, endure his anxiety, sadness, and the urge to impulsive action or escape; so the patient have more possibilities to act more freely, functionally and purposefully. Modern cognitive behavioral approaches, such as Dialectic Behavioral Therapy, Mindfulness Based Cognitive Therapy, Acceptance and Commitment Therapy and Compassion Focused Therapy developed and applied therapeutic methods designed to increase the patient's resistance to suffering and his ability to cope it better. These approaches are used not only in patients with chronic psychiatric disorders, but also in patients with chronic physical illnesses and permanent disability.

Key words: suffering, values, cognitive behavioural therapy, dialectic behavioral therapy, mindfulness based cognitive therapy, acceptance and commitment therapy, compassion focused therapy.

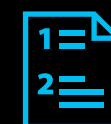
Psychiatr. praxi 2015; 16(2e): e3–e12

Úvod

Nepříjemné a strastiplné zážitky často vedou k významnému stresu a omezení kvality života. Příčinu řady z nich nelze změnit (například úmrtí blízkého člověka, chronické onemocnění, traumatickou událost, amputaci končetiny apod.), lze je jen přijmout a naučit se je lépe snášet (1–4). Nízká míra schopnosti snášet nepohodu, strast či utrpení však může vést ke ztrátě psychické stability a k udržování psychické poruchy. Pokud jedinec prožívá určitou událost, situaci nebo vlastní emoce a tělesné příznaky jako „nepříjemné“ či „nesnesitelné“, snaží se je obvykle zvládnout pomocí vyhybavého nebo kompenzatorního chování, které sice může míru jeho utrpení bezprostředně zmírnit, dlouhodobě však vede ke zhoršení kvality jeho života a k udržování jeho utrpení (5).

To se netýká jen psychických poruch. Průběh a léčba chronických tělesných onemocnění, jako jsou např. mozková mrtvice, rakovina, autoimunitní onemocnění, chronická srdeční a respirační onemocnění, osteoartróza, diabetes, chronické záněty střev, chronická bolest a další, bývají spojeny se značným utrpením jedince. Příznaky a důsledky onemocnění mohou být trvalé a léč-

ba nedokáže od utrpení zcela ulevit (6–9). Léčba chronických onemocnění přitom vyžaduje, aby se nemocný aktivně zapojil do procesu léčby po velkou část svého života. Bývá nezbytné dodržovat lékařské pokyny ovlivňující významné oblasti života, ať už se jedná o omezení ohledně toho, které pracovní činnosti jedinec může vykonávat a které nikoliv, nebo pokyny ohledně užívání léků, způsobů stravování a způsobů trávení volného času. Příznaky chronické nemoci a nezbytnost dodržování pokynů ošetřujícího lékaře či nepříjemné následky při jejich nedodržování významně ovlivňují duševní stav nemocného i jeho blízkých, jsou zátěží, s níž se musí vyrovnat. Faktory týkající se osobnosti pacienta a prostředí, v němž žije, mají velký vliv na kvalitu života pacienta, jeho psychického zdraví, i na spolupráci v léčbě. Úzkost, deprese a strach jsou u pacientů s chronickým onemocněním časté. To, jak je pacient schopen snášet své utrpení, rozhoduje nejen o jeho schopnosti zapojit se do léčby, ale také o tom, zda dokáže i nadále žít smysluplný život (10). Vysoká míra schopnosti snášet nepohodu, strast či utrpení je spojena s postojem, že situace je sice těžká a nepříjemná, ale prožívané utrpení je „snesitelné“.



Pacient přijme skutečnost, že onemocněl chronickou chorobou, a v rámci svých možností usiluje o cílevědomé a smysluplné aktivity (11).

Moderní přístupy v kognitivně behaviorální terapii (KBT) v posledních desetiletích významně přispěly k vytvoření a uplatňování terapeutických postupů, jejichž cílem je zvýšit pacientovu odolnost vůči utrpení a jeho schopnost jej lépe zvládat. Zaměřují se také na ovlivnění důležitých kontextuálních faktorů, jako jsou očekávaná, skutečná a vnímaná sociální a rodinná podpora (12). Zejména některé přístupy tzv. „třetí vlny“ KBT, jako je Dialektická behaviorální terapie (Dialectic Behavioral Therapy, DBT, 1, 2), Na všímavosti založená kognitivní terapie (Mindfulness Based Cognitive Therapy, MBCT, 13), Terapie přijetí a závazku (Acceptance and Commitment Therapy, ACT, 3), a Na soucit zaměřená terapie (Compassion Focused Therapy, CFT; 14), zaměřily svou pozornost a úsilí na hledání terapeutických postupů, zaměřených nejen na zvládání chronických psychických poruch, ale i na potřeby pacientů s trvalými handicapem a chronickým tělesným onemocněním.

Kognitivně behaviorální pohled na snášení nepohody a strasti

Schopnost snést nepohodu a strast lze chápat jako schopnost prožívat negativní osobní události a unést je natolik, aby jedince zcela nepohltily a nebránily mu v cílevědomých životních aktivitách (10, 12). Oproti tomu nízký práh frustrační tolerance představuje faktor zranitelnosti, který vede k tomu, že jedinec vnímá svůj život jako příliš zatěžující, jež vznáší nároky, jimž nedokáže smysluplně vyhovět. Toto přesvědčení vede často k rezignaci na snahu o aktivní řešení problémů a k vyhýbavému a kompenza-

tornímu jednání, které může bezprostředně míru utrpení zmírnit, ale dlouhodobě tělesné a psychické utrpení pacienta udržuje a zhoršuje (15, 16). Příkladem takového jednání je například vyhýbání se tělesné aktivitě a neprovádění potřebných rehabilitačních cviků, nadužívání léků proti bolesti či alkoholu nebo neužívání předepsaných léků a nedodržování dietních omezení.

Kognitivní pohled na zvyšování schopnosti snášet nepohodu a strasti zdůrazňuje význam vnímání a hodnocení událostí, které nepohodu vyvolávají, a dalších okolností, které se s nimi pojí. Zároveň se zaměřuje na vliv osobního hodnocení významu prožívaných událostí, očekávání možné pomoci z okolí a odhadu vlastní zdatnosti situaci či nepohodu zvládnout (17, 18).

Behaviorální model schopnosti snést nepohodu, strast a utrpení považuje za rozhodující schopnost zakoušet averzivní událost a zároveň pokračovat v cílevědomé smysluplné aktivitě (19). Vyhnutí se strasti či utrpení zpravidla znamená krátkodobou úlevu, tím však dochází ke zpevňování vyhýbavého chování a jedinec se s událostí nevyrovná (3). Proto se pacient např. v průběhu expoziční léčby učí krok za krokem snášet nepohodu stále náročnějšího typu expozice, a zároveň se zaměřuje na rozšiřování svých smysluplných životních aktivit (4, 20, 21).

Klasická teorie KBT zdůrazňuje rozhodující význam jádrových přesvědčení a podmíněných předpokladů pro zvládání utrpení, neboť ty nejvíce ovlivňují volbu strategií zvládání strasti (8). Některí kognitivně behaviorální autoři zdůrazňují práci s negativními emocemi a jejich akceptaci jako důležitý předpoklad pro práci s pacienty se závažnějšími potížemi (5, 22). Zaměřují se na zvýšení schopnosti pacienta zvládat své emoční zážitky, včetně těch, které jsou pro něj extrémně negativní a bolestné. Např. Leahy (5) zjistil, že pacienti,



kteří trpí chronickou úzkostí či depresí, velmi často považují své vlastní emoce za odlišné od emocí druhých lidí – vnímají je jako nekontrolovatelné, nevhodné a následně v nich vyvolávají pocity viny a studu. Přijetí vlastních emocí je proto prvním krokem ke změně emočního prožívání (21, 22).

Terapie přijetí a závazku (ACT) zdůrazňuje význam psychické flexibility, která pomáhá lidem adaptovat se na výrazně zatěžující zážitky tím, že je přijmou a nechají volně proběhnout a nerozvíjí neproduktivní myšlení typu „Co by bylo, kdyby...“ nebo „Kéž by se to nikdy nestalo“. Díky tomu pak mohou investovat svou energii do smysluplných možností a aktivit, spíše než aby bojovali s nezměnitelným (23). Psychologická flexibilita znamená schopnost plně se zapojit do přítomné chvíle a unést stres s ní spojený. Ten pak přestává být ohrožujícím a destabilizujícím prvkem, ale je vnímán jako zvládnutelný, smysluplný a nebránící v dosažení dlouhodobých cílů, založených na osobních hodnotách a prioritách. V rámci ACT stojí na začátku nácviku snášení nepohody (distress tolerance), zaměření na rozvíjení postoje přijetí života a strastí, které přináší, bez hodnocení „Je to strašné“, „Nedá se to vydržet“, „Mělo to být jinak“. Terapeut pacientovi nevnucuje svůj hodnotový rámec, ale respektuje jeho vlastní. Nácvik probíhá v souladu s hodnotami pacienta. V ACT se používají metody nácviku přijímání náročných životních situací společně s behaviorálními metodami s cílem dosáhnout změny tak, aby u pacienta došlo ke zvýšení jeho psychické flexibility (24). Tento přístup používá intervence, které pomáhají pacientovi udržet přiměřené fungování ve všech oblastech jeho života i přesto, že ve stejné chvíli trpí. To ostře kontrastuje s některými tradičními léčebnými přístupy, které se naopak snaží utrpení pacienta zmírnit tím, že

mu doporučují vyhýbavé a zabezpečovací strategie (tělesný klid, zklidňující léky). ACT se snaží vést pacienta k úplnému vyloučení vyhýbavého a zabezpečovacího chování z jeho životního stylu, neboť jej toto chování vede k odkládání, perfekcionismu, konfliktům a závislostem.

Indikace nácviku dovednosti snášet nepohodu, strast a utrpení

Terapeutické metody zaměřené na zvýšení schopnosti snášet nepříjemné a strastiplné emoční prožitky umožňují pacientovi lépe unést nevyhnutelné ztráty v životě, unést jeho úzkost, smutek a nutkání k impulzivní akci či úniku, a tím otevírají jedinci více možností, aby se choval svobodněji, funkčněji a cílevědoměji (25). Lepší dovednost snášet nepohodu, strast nebo utrpení lze považovat za počátek terapeutické změny. Snášení strasti proto není samotným cílem léčby, ale po získání této dovednosti lze pokračovat dalšími terapeutickými kroky, které pacienta posilují a zvyšují míru jeho cílevědomé a smysluplné činnosti (10).

Nácvik dovedností, jak snášet nepohodu, utrpení a strast, je vhodný pro pacienty, kteří se systematicky vyhýbají svým negativním prožitkům, spojeným s averzivní událostí či dlouhodobou životní situací. Takové vyhýbání jim ve svém důsledku škodí a vede k dlouhodobému stresu, snížení kvality života a potížím ve fungování v základních rolích. Nácvik zvládání nepohody, utrpení a strasti je vhodným přístupem u pacientů, kteří mají dovednosti pro to, aby zvládali svůj život smysluplným způsobem a naplňovali své role, ale nedokáží se vyrovnat s určitou averzivní událostí nebo negativní životní situací, takže nejsou schopni dále adaptivně fungovat. Z diagnostických okruhů jsou to především

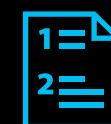


pacienti s komplikovaným truchlením (18), hraniční poruchou osobnosti (2), posttraumatickou stresovou poruchou, obsedantně kompulzivní poruchou, pacienti s chronickou bolestí a pacienti s chronickým somatickým onemocněním. Tento přístup však lze využít u celého spektra dalších diagnóz a problémů, u kterých je jedním z udržovacích faktorů vyhýbání se nepohodě, utrpení či strasti (10). U pacientů s hraniční poruchou osobnosti umožňuje nácvik zvládání nepohody vyrovnat se s tělesným pocitem napětí, silnými pocity viny nebo živými vzpomínkami (flashbacky) na zneužívání. Pomáhá také s abstinenčními příznaky či bažením spojenými s užíváním návykových látek (2). U pacientů s chronickými bolestmi nácvik pomáhá lépe snášet a zvládat bolest (26).

Lepší schopnost snášet nepříjemné emoční a tělesné pocity může zvýšit míru zapojení se do expoziční terapie u pacientů s obsedantně kompulzivní poruchou, hypochondrickou poruchou, ale i u jiných úzkostných poruch (22). Tito pacienti se totiž zpravidla vystavování se nepříjemným podnětům značně obávají. Někteří se mohou nechat svým strachem ovládnout a tím snížit účinnost léčby. Pacienti se pak mohou snažit expozicím zcela vyhnout, nebo si je usnadnit nějakým méně adaptivním způsobem (např. požitím anxiolytik, alkoholu či jiné omamné látky před vstupem do obávané situace). U těchto pacientů lze nácvik snášení strasti spojit s metodou kognitivní restrukturalizace, která zmírňuje vliv kognitivních omylů – jako je katastrofické myšlení. To následně snižuje celkovou míru úzkosti při provádění expozic i mimo ně (27) a posiluje víru pacienta v sebe sama a ve svou schopnost zvládat nástrahy života.

Nácvik dovedností snášení nepohody, utrpení a strasti tvoří součást některých empiricky ověřených způsobů léčby. Jde pře-

devším o Dialektickou behaviorální terapii (Dialectical Behavioral Therapy, DBT), kde jsou tyto postupy užívány k rozvinutí schopnosti přiměřeně regulovat své emoce (3). Podobný typ dovedností se rozvíjí v rámci Terapie přijetí a závazku (Acceptance and Commitment Therapy, ACT) při řešení problému vyhýbání se negativním prožitkům (28). Někteří jedinci usilují o vyhnutí se nepříjemným emočním prožitkům v subjektivně významných oblastech svého života pomocí seberealizace v jiných oblastech, které s sebou nenesou tak velké riziko emočního zranění. Někteří jedinci se např. vyhýbají intimě a svůj život a mezilidské vztahy utváří okolo majetku, postavení či vzhledu v přesvědčení, že se tak zajistí proti možnému opuštění a ztrátě (29). Opak zpravidla bývá pravdou a kromě jiných nevýhod, které přináší jakékoliv vyhýbavé jednání, s sebou snaha o vyhýbání se negativním prožitkům přináší potíže v mezilidských vztazích, celkové ochuzení života a nemožnost budovat svou psychickou odolnost tváří v tvář životním výzvám, a tak vnitřně zrást. Schopnost snášet napětí a utrpení však přináší prospěch i v jiných oblastech. Vyšší míra schopnosti snášet strast např. jasně souvisí s dosažením trvalé abstinence u kuřáků cigaret. Tito jedinci jsou odolnější vůči bažení a pokušení spojenému s prostředím a situacemi, v nichž původně kouřili (19, 30, 31). Nácvik přijímání tíživých osobních událostí a snášení strasti je užitečný i při léčbě úzkostných poruch. Bylo prokázáno, že u pacientů, kteří prošli nácvikem přijímání situací takových, jaké jsou, a bez jejich hodnocení, došlo k růstu ochoty zakoušet nepříjemné pocity spojené s panikou a zvládat s úzkostí související myšlenky v průběhu cvičení zahrnujících vdechování oxidu uhličitého (32, 33). Tito jedinci také dokáží lépe ovlivňovat svou



tepovou frekvenci při sledování emočně provokujícího filmu (34) a snášet své nežádoucí myšlenky (35).

Nácvik dovednosti snášet strasti také zvyšuje práh pro snášení bolesti (26, 36) a touhy po jídle (37). Vyšší míra schopnosti snášet strast je rovněž spojena s vyšší mírou celkové funkčnosti a dodržování léčebných předpisů u HIV-pozitivních osob (38), své místo však má i u dalších skupin chronicky nemocných pacientů. Páez s kolegy (39) např. zjistili, že nácvik snášení strasti vede u pacientek po sdělení diagnózy rakoviny prsu ke snížení míry úzkosti a deprese a vyšší kvalitě života ve srovnání s kontrolní skupinou.

KBT metody používané v nácviku snášení nepohody, strasti a utrpení

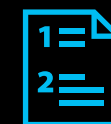
Pacient se učí snášet svou nepohodu, strasti či utrpení v celé řadě psychoterapeutických přístupů; od rozhovoru o vlastním utrpení a zážitcích, které s ním souvisí, vyprávění vlastního životního příběhu až k expoziční léčbě, kdy je strastiplnému prožívání přímo vystaven. V různých psychoterapeutických směrech panuje odlišný názor na to, co se děje, když se pacient učí zvládat své silné emoční stavy. V rámci existenciálních přístupů, např. v logoterapii, pacient s terapeutem hledají v utrpení smysl a opírají se o pacientův žebříček hodnot. V psychodynamických přístupech se propojuje současné trápení s hlubším porozuměním jeho kořenů v minulosti, a to vede ke změně emoční reakce v současnosti.

V **Dialektické behaviorální terapii (DBT)** se pacient učí utrpení přijmout a unést, a zaměřit svou pozornost na aktivity, které jsou cílevědomé a mají pro jedince smysl (2, 25). DBT byla původně vyvinuta pro léčbu pacientek s hraniční poruchou osobnosti se sebevražednými tendencemi. V tomto přístupu se kombinují

behaviorální přístupy s dalšími psychologickými a spirituálními postupy, jako jsou všímavost a přijetí vlastních negativních emocí (3). Mezi užívané strategie patří nácvik dovedností, jako jsou snášení stresu, emoční regulace a interpersonální dovednosti. Kromě nich hraje důležitou roli dialektický proces, který zahrnuje přijetí protikladů nebo paradoxů. V případech, kdy se přístup používá při práci s chronicky nemocnými pacienty, je jedním z cílů umožnit jedinci, aby odlišil sebe sama od své nemoci a vnímal se jako plnohodnotný člověk se specifickými vlastnostmi, potřebami a cíli, ne pouze jako „diabetik“, „žena s HIV“, nebo „epileptik“. Dalším cílem je naučit se lépe zvládat svou nemoc a utrpení, které přináší, tak, aby nebylo zahlcující a destabilizující (11).

V průběhu DBT pacient postupně prochází čtyřmi stadii nácviku, mezi které patří nácvik přijetí, expozice, techniky změny a kognitivní techniky (2):

- **Přijetí** – Pacient se učí plně vnímat události, které jej trápí, aniž by se je pokoušel měnit nebo se snažil je ihned aktivně, a v některých případech takřka kompulzivně, zvládat. Osvojuje si schopnost plně přijmout skutečnost takovou, jaká je. Linehanová (3) rozlišuje tři typy přijetí: (a) radikální čili celkové přijetí skutečnosti; (b) aktivní volbu přijmout svoji situaci; (c) svéhlavost vs. přijetí. K radikálnímu přijetí patří například přijetí toho, že zemřel blízký člověk, uznání bolesti a utrpení jako součásti života a uvědomění si, že někdy může být utrpení užitečné a sloužit k vyrovnání. K druhému typu přijetí patří aktivní snaha situaci přijmout proto, že se k tomu člověk rozhodl, protože je to pro něj užitečné. Takové přijetí si člověk musí často opakovat, utvrzovat se v něm, neboť zpočátku jde o přijetí na rozumové úrovni, nikoliv na emocionální. Jedná



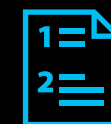
se o přechodné stadium radikálního přijetí. Svéhlavost znamená vzdorovat skutečnosti, kterou změnit nemůžeme. Je to vlastně ne-přijetí. Krátkodobě takový postoj může člověka chránit před nadměrným stresem spojeným s akceptací situace, dlouhodobě však vede k prodlužování trápení. V DBT se pacient učí přijmout i tento svůj postoj. Také se učí rozlišovat, které situace jsou neměnné a je potřeba je přijmout úplně, které lze přijmout jen rozumově a které lze změnit a nemá je přijímat a má smysl se proti nim svéhlavě stavět.

- **Expozice** – Pacient se může vystavit nepříjemné situaci přímo (in vivo expozice obávaným podnětům), nebo v představě či vzpomínkách (u komplikovaného truchlení, posttraumatické stresové poruchy). Expozici lze také provádět jako písemný scénář (např. katastrofický scénář u hypochondrické poruchy nebo sociální fobie).
- **Strategie změny** – Jde o hledání nového způsobu, jiného než přijetí, jak se vyrovnat s nežádoucími událostmi. Tyto strategie zlepšují pocit kontroly nebo zvyšují schopnost situaci změnit s cílem zvýšit cílevědomé aktivity. Lze použít několik strategií. Nejjednodušší je odvedení pozornosti, což však nebývá příliš účinné a podobá se vyhýbavému chování. Využívá se proto jen jako „nouzová“ strategie, než si pacient osvojí jiné. Další strategií je výběr „oddechového času“, kdy se pacient danou situací jednoduše nezabývá (na pár okamžiků na obtížnou situaci nemyslí nebo myslí na něco příjemného), technika pousmání (sledování, jak se tělo uvolní i při uměle navozeném úsměvu) nebo habituace na silné emoce (při protrahované expozici situaci). Další strategií je reskripce, tedy přepis vzpomínky na negativní událost do podoby, která nespouští tak silné nega-

tivní emoce a je velmi účinná. Další strategií, která může pomoci změnit vnímání situace, je nácvik kontrolovaného dechu (při ohrožujících interoceptivních podnětech) nebo relaxace.

- **Kognitivní postupy** – Mezi kognitivní postupy patří zkoumání platnosti hodnocení spouštěčů utrpení, utrpení samotného nebo jeho důsledků pomocí sokratovského dialogu, při němž terapeut klade otázky tak, aby pacient sám rozpoznal, že jeho myšlenky neodpovídají skutečnosti, pomocí metody dvou sloupců (do jednoho sloupce píše pacient důkazy pro a do druhého důkazy proti určitému tvrzení nebo postoji), nebo pomocí záznamu negativních automatických myšlenek a zpochybňování jejich platnosti. Pacient také může použít metodu čtyř polí – do dvou si zapisuje výhody a nevýhody vyhýbavého chování a nepřijímání emočního utrpení, do dalších dvou pak výhody a nevýhody přijímání a zvládání nepříjemných emočních stavů. Pak má za úkol, aby si promyslel své dlouhodobé cíle a životní hodnoty a z jejich hlediska zvážil, co je pro něj prospěšnější.

Na všímavosti založená kognitivní terapie (Mindfulness based cognitive therapy, MBCT) učí pacienta zaměření pozornosti, vnímání svého těla, emoční regulaci a změny hodnocení (13, 40). Při procvičování meditace všímavosti se jedinec učí zaměřit svoji pozornost na vlastní myšlenky, emoce, tělesné prožitky, přijmout je a nechat být takové, jaké jsou, bez toho, aby je hodnotil nebo potlačoval (41, 42). Vůči svým vnitřním a vnějším vjemům má jedinec zaujmout postoj otevřené zvědavosti a přijetí čehokoliv, co se vynoří v jeho mysli. Tento postoj zvyšuje skrze plné vnímání emocí a tělesných pocitů schopnost



zvládat bolest, negativní emoční prožitky a snižuje míru navyklého vyhýbavého chování (43).

Terapie přijetí a závazku (ACT) používá podobné přístupy. Podle ní způsobuje snaha o vyhýbání se nepříjemným prožitkům paradoxně rozvoj psychických potíží a snaha potlačit, nevnímat nebo jinak se vyhýbat silným emocím, vede nakonec ke ztrátě flexibility emočního prožívání a ke zhoršení kvality života. V rámci ACT se terapeut zaměřuje na podrobné probírání pacientových životních hodnot, jeho směřování do budoucna, rolí, které chce v životě zaujímat, a pomáhá mu, aby si uvědomil, které hodnoty jsou pro něj tak významné, že mu stojí za to o ně usilovat i při jeho současném utrpení, a co z toho vyplývá pro jeho každodenní život (28, 44).

Na soucit zaměřená terapie (CFT) učí jedince, aby systematicky rozvíjel postoj vstřícného přijetí, soucitu a laskavosti jak vůči sobě a svým prožitkům, včetně těch nepříjemných, tak vůči druhým lidem. Pacient se v rámci tohoto přístupu učí pomocí vytváření představ bezpečného místa, laskavé osoby, vzpomínek na laskavé jednání druhých a na vlastní laskavé jednání vůči druhým rozvíjet svou schopnost soucitného a nekritizujícího přístupu jak vůči druhým, tak vůči sobě samému. Utrpení je v rámci tohoto přístupu považováno za součást lidské zkušenosti, která může člověka obohatit, pokud jej dokáže konstruktivně přijmout a využít (14).

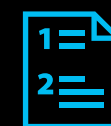
Závěry

Rozvíjení schopnosti snášet nepohodu, utrpení a strast pomáhá pacientovi odstranit jeho vyhýbavé a zabezpečovací chování, které mu může přinášet bezprostřední úlevu, ale dlouhodobě

vede k udržování utrpení, přetrvávání stresu a ke snížení kvality jeho života. V rámci KBT přístupu se pacient učí, jak čelit averzivním událostem, a přitom pokračovat v aktivitách, které jej v životě naplňují a jsou v souladu s jeho hodnotami a cíli.

Literatura

1. Linehan MM. Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford 1993.
2. Linehan MM. Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford 1993.
3. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Emotional avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996; 64: 1152–1168.
4. Foa EB, Hembree EA, Cahill SP, Rauch SAM, Riggs DS, Feeny NC and Yadin E. Randomized trial of prolonged exposure for post-traumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2005; 73: 953–964.
5. Leahy RL. A model of emotional schemas. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly* 2002; 9: 177–192.
6. Sveinsdottir V, Eriksen HR, Reme SE. Assessing the role of cognitive behavioral therapy in the management of chronic nonspecific back pain. *J Pain Res* 2012; 5: 371–380.
7. Newton-John TR, Spence SH, Schotte D. Cognitive-behavioural therapy versus EMG biofeedback in the treatment of chronic low back pain. *Behav Res Ther.* 1995; 33(6): 691–697.
8. Van Damme S, Moore DJ. From the clinic to the lab (and back)-a call for laboratory research to optimize cognitive behavioural treatment of pain. *Transl Behav Med.* 2012; 2(1): 102–105.



9. Purdy J. Chronic physical illness: a psychophysiological approach to chronic physical illness. *Yale J Biol Med.* 2013; 86(1): 15–28.
10. Twohig MP, Peterson KA. Distress tolerance. In: O'Donohue WT, Fisher JE (eds): *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice.* Second Ed. Willey & Sons, 2008; 167–173.
11. Lubkin I, Larsen P. *Chronic Illness: Impact and Intervention.* 8th edition. Burlington, MA: Jones and Bartlett Learning; 2013.
12. Prevedini AB, Presti G, Rabitti E, Miselli G, Moderato P. Acceptance and commitment therapy (ACT): the foundation of the therapeutic model and an overview of its contribution to the treatment of patients with chronic physical diseases. *G Ital Med Lav Ergon.* 2011; 33(1 Suppl A): A53–A63.
13. Segal ZV, Williams JMG, and Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression. A new approach to preventing relapse.* Guilford Press, New York, London 2002.
14. Gilbert P. *The Compassionate Mind.* Constable & Robinson, London, 2010.
15. Mahon NE, Yarcheski A, Yarcheski TJ, Hanks MM: Relations of low frustration tolerance beliefs with stress, depression, and anxiety in young adolescents. *Psychological Reports* 2007; 100(1): 98–100.
16. Schloss HM, Haaga DAF. Interrelating behavioral measures of distress tolerance with self-reported experiential avoidance. *Journal of Rational-Emotional Cognitive-Behavioral Therapy* 2011; 29(1): 53–63.
17. Simons JS, Gaher RM: The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion* 2005; 29: 83–102.
18. Látalová K, Kamarádová D, Praško J. Komplikované truchlení a jeho léčba. *Psychiatrie* 2013; 17(4): 180–187.
19. Brown RA, Lejuez CW, Kahler CW, Strong DR, Zvolensky MJ. Distress tolerance and early smoking lapse. *Clinical Psychology Review* 2005; 25: 713–733.
20. Foa EB, Kozak MJ: Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin* 1986; 99: 20–35.
21. Prasko J, Diveky T, Grambal A, Kamarádová D, Latalová K, Mainerová B, Vrbová K, Trcova A. Narrative Cognitive Behavior Therapy for Psychosis. *Act Nerv Super Rediviva* 2010; 52(1): 135–146.
22. Prasko J, Raszka M, Adamcová K, Grambal A, Koprivová J, Kudrnovská H, Latalová K, Vyskocilová J: Predicting the therapeutic response to cognitive behavioural therapy in patients with pharmacoresistant obsessive-compulsive disorder. *Neuroendocrinol Lett* 2009; 30(5): 615–623.
23. Ducasse D, Fond G. [Acceptance and commitment therapy.] [Article in French] *Encephale.* 2013 Nov 18. pii: S0013-7006(13)00167-X. doi: 10.1016/j.encep.2013.04.017. [Epub ahead of print].
24. Flaxman P, Blackledge J, Bond F. *Acceptance and Commitment Therapy: Distinctive Features.* Hove: Routledge; 2011.
25. Twohig MP, Crosby JM. Values clarification. In: O'Donohue WT, Fisher JE (eds): *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice.* Second Ed. Willey & Sons, 2008; 583–588.
26. Vowles KE, McNeil DW, Gross RT, McDaniel ML, Mouse A, Bates M, Gallimore P, McCall C. Effects of pain acceptance and pain control strategies on physical impairment in individuals with chronic low back pain. *Behavior Therapy* 2007; 38: 412–425.
27. Sears S, Kraus S. I think therefore I am: cognitive distortions and coping style as mediators for the effects of mindfulness meditation on anxiety, positive and negative affect, and hope. *Journal of Clinical Psychology* 2009; 65(6): 561–573.
28. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change.* New York: Guilford 1999.
29. Kashdan TB, Breen WE. Materialism and diminished well-being: experiential avoidance as a mediating mechanism. *Journal of Social and Clinical Psychology* 2007; 26(5): 521–539.



- 30.** Brown RA, Lejuez CW, Kahler CW, Strong DR. Distress tolerance and duration of past smoking cessation attempts. *Journal of Abnormal Psychology* 2002; 111: 180–185.
- 31.** Daughters SB, Lejuez CW, Kahler CW, Strong DR, Brown RA. Psychological distress tolerance and duration of most recent abstinence attempt among residential treatment-seeking substance abusers. *Psychology of Addictive Behaviors* 2005; 19: 208–211.
- 32.** Eifert GH, Heffner M. The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2003; 34: 293–312.
- 33.** Levitt JT, Brown TA, Orsillo SM, Barlow DH. The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior Therapy* 2004; 35: 747–766.
- 34.** Campbell-Sills L, Barlow DH, Brown TA, Hofmann SG. Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour Research and Therapy* 2006; 44: 1251–1263.
- 35.** Marcks BA, Woods DW. A comparison of thought suppression to an acceptance-based technique in the management of personal intrusive thoughts: A controlled evaluation. *Behaviour Research and Therapy* 2005; 43: 433–445.
- 36.** Masedo AI, Esteve MR. Effects of suppression, acceptance and spontaneous coping on pain tolerance, pain intensity, and distress. *Behaviour Research and Therapy* 2007; 45: 199–209.
- 37.** Forman EM, Hoffman KL, McGrath KB, Herbert JD, Brandsma LL, Lowe MR. A comparison of acceptance- and control-based strategies for coping with food cravings: An analog study. *Behaviour Research and Therapy* 2007; 45: 2372–2386.

- 38.** O’Cleirigh C, Ironson G, Smits JA. Does distress tolerance moderate the impact of major life events on psychosocial variables and behaviors important in the management of HIV? *Behavior Therapy* 2007; 38: 314–323.
- 39.** Páez M, Luciano MC, Gutiérrez O. Psychological treatment for breast cancer. Comparison between acceptance based and cognitive control based strategies. *Psicooncologia* 2007; 4: 75–95.
- 40.** Holzel B, Lazar S, Gard T, Schumman-Oliver Z, Vago D, Ott U. How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives of Psychological Science* 2011; 6(6): 537–559.
- 41.** Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain clients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry* 1982; 4: 33–47.
- 42.** Baer RA. Mindfulness training as clinical interventions: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2003; 10: 125–143.
- 43.** Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: Using the wisdom of your mind to face stress, pain and illness. New York: Dell Publishing 1990.
- 44.** Hayes SC. Acceptance, mindfulness, and science. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2002; 9: 101–106.

Článek doručen redakci: 2. 2. 2015
Článek přijat k publikaci: 27. 3. 2015

Mgr. Jana Vyskočilová

Fakulta humanitních studií, Univerzita Karlova v Praze

*Ústav teorie a praxe ošetrovatelství, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze
vyskocilovajana@seznam.cz*



Komorbidita hraniční poruchy osobnosti a depresivní poruchy

Mgr. Zuzana Sedláčková¹, prof. MUDr. Ján Praško, CSc.², MUDr. Andrea Cinculová², MUDr. Zuzana Sigmundová²

¹Katedra psychologie, Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

²Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci a Fakultní nemocnice Olomouc

Hraniční porucha osobnosti významně ovlivňuje celkové prožívání a chování jedince. K typickým příznakům patří afektivní dysregulace, impulzivita či nestabilní obraz sebe i okolí. Častou komorbiditou u osob s hraniční poruchou osobnosti je depresivní porucha. Hraniční porucha osobnosti může mít negativní vliv na léčbu deprese, prodlužovat čas do dosažení remise a zvyšuje riziko chronifikace deprese. V terapii se jeví jako nejúčinnější kombinace psychoterapie a farmakoterapie. Terapeutické intervence je potřeba nejprve zaměřit na depresivní poruchu, zejména farmakoterapeuticky, a po jejím zmírnění pracovat dlouhodobě psychoterapeuticky na rysech osobnosti.

Klíčová slova: hraniční porucha osobnosti, depresivní porucha, komorbidita, psychoterapie, farmakoterapie.

Comorbidity of borderline personality disorder and depressive disorder

Borderline personality disorder significantly influences the overall experience and behavior of an individual. Typical symptoms are affective dysregulation, impulsivity and unstable concept of self and his/her surroundings. Depressive disorder is a frequent comorbidity in these individuals. Borderline personality disorder can have a negative impact on the treatment of depression, prolong the time to remission and increase the risk of chronification of depression. In therapy it appears that the most effective is the combination of psychotherapy and pharmacotherapy. Therapeutic intervention is necessary to be focused on depression, mostly using pharmacotherapy. After reduction of depressive symptoms it is possible to work long-term on the personality traits using psychotherapy.

Key words: borderline personality disorder, depressive disorder, comorbidity, psychotherapy, pharmacotherapy.

Psychiatr. praxi 2015; 16(2e): e13 –e22

Úvod

Hraniční porucha osobnosti postihuje 1,6–5,9% populace. Jedná se o nejčastější poruchu osobnosti, se kterou psychiatři přicházejí do styku (1). Častý výskyt depresivních epizod, příznivá reakce na antidepresiva a nález snížených koncentrací kyseliny

5-hydroxyindoloctové v mozkomíšním moku u impulzivních, agresivních a suicidálních pacientů s hraniční poruchou osobnosti vedou k úvaze o dysfunkci serotoninového systému (2). Hraniční porucha osobnosti by tak mohla patřit do okruhu afektivních poruch (1). Průběh depresivní epizody u pacientů s hraniční po-



ruchou osobnosti bývá komplikovaný typickými projevy základní diagnózy, jako jsou sebepoškozování, konfliktnost, intenzivní nadchnutí se léčbou s následným náhlým ukončením terapie, nespokojenost, nestálost, snaha o vyvolání zájmu, problémy ve vztazích. Terapii deprese navíc komplikuje nestabilita terapeutického vztahu daná jednak vlivem přenosových a protipřenosových mechanismů, jednak nestálostí chování a sebepojetí vlastní pacientům s hraniční poruchou osobnosti. Komplikací terapie je i stigmatizace a sebestigmatizace. Pacient je často stigmatizován a diskriminován mnohými profesionály včetně psychiatrů. Personál díky diagnostické nálepce „hraniční porucha osobnosti“ již předsdem očekává problémové chování pacienta (3).

Hraniční porucha osobnosti

Hraniční porucha osobnosti se projevuje trvalou nestabilitou v sebeobrazu jedince, v osobních preferencích, emocích i okolních vztazích. Typická je výrazná impulzivita, projevující se obtížnou regulací vlastních emocí, neschopností kontrolovat následné impulzivní chování a častým sebepoškozujícím chováním. Změny nálad u hraničních jedinců bývají několikahodinové až několikadenní. Jestliže se rozvine afektivní porucha, změny nálad jsou minimálně 14denní (4). U pacientů s hraniční poruchou osobnosti se často objevuje jako komorbidita depresivní porucha a pananxieta (trvalá intenzivní úzkost). Z dalších psychických poruch jsou to somatoformní a disociativní poruchy, přechodná psychotická porucha, poruchy příjmu potravy a závislost na psychoaktivních látkách. Právě tyto dekompenzace vedou častěji k vyhledání lékařské pomoci. Další významnou příčinou kontaktu s psychiatrickou péčí je sebepoškozování a pokusy o sebevraždu. Vnímání

okolního světa, vztahů i osob je černobílé, kolísá mezi extrémní devalvací a idealizací.

V interpersonálních vztazích jsou nestálí, nevypočitatelní, přehnaně se snaží vyhnout odmítnutí. K blízké osobě mají nejistý vztah, takže se na ni buď přehnaně fixují, nebo si udržují chladný odstup. Pacientovo černobílé vidění sebe i okolního světa („dobrý/zlý“) se může rychle střídat (5). Například lékaře považují za ideálního nebo naopak neschopného v závislosti na měnící se subjektivně vnímané kvalitě vzájemného vztahu a pocitu přijetí. Podobným způsobem se vztahují i k vlastní rodině, přátelům, kolegům v práci, dalšímu zdravotnickému personálu (5). Tito jedinci zpravidla simplifikují řešení vlastních problémů, řeší je zkratkovitě nebo vyžadují pomoc okolí, protože sami se cítí bezmocní. I běžné problémy vnímají jako krizi (1). Pacienti s hraniční poruchou osobnosti bývají citliví na ohrožení, které vnímají zpravidla při jakékoliv změně prostředí. V rámci zdravotnického prostředí tak může dojít k problému, pokud lékař musí přesunout sezení, opozdí se, upozorní na blížící se konec sezení, vezme si dovolenou. Pacient pocituje excesivní hněv, cítí se opuštěný, může vinit sám sebe (4, 6).

Tabulka 1. Diagnostická kritéria podle DSM-V (4) pro 301.83 (F60.3)

A. Pervazivní vzorec nestability v mezilidských vztazích, sebeobrazu, afektech a výrazné impulzivity, který začíná v rané dospělosti a projevuje se v nejrůznějších souvislostech. Porucha je určena přítomností pěti (a více) znaků z následujících:

1. Bouřlivá snaha jedince vyhnout se skutečnému nebo domnělému opuštění. (Poznámka: nezařazujte sem suicidální a sebepoškozující projevy uvedené v kritériu 5.)



2. Vzorec nestabilních a intenzivních mezilidských vztahů charakterizovaný kolísáním mezi extrémní idealizací a devalvací.
3. Porucha identity: výrazně a trvale nestabilní sebeobraz a vnímání sebe sama.
4. Impulzivita nejméně ve dvou oblastech, které v sobě nesou riziko sebe-poškození (např. utrácení peněz, sex, zneužívání návykových látek, bezohledné řízení motorových vozidel, záchvatovité přejídání). (Poznámka: nezařazujte sem suicidální a sebepoškozující projevy uvedené v kritériu 5.)
5. Opakující se suicidální jednání, gesta a pohružky, anebo sebepoškozující chování.
6. Afektivní nestabilita v důsledku výrazné reaktivity nálady (např. intenzivní epizodická dysforie, iritabilita či úzkost, která obvykle trvá několik hodin, vzácně pak déle než několik dnů).
7. Chronické pocity prázdnoty.
8. Nepřiměřený, intenzivní vztek či potíže s ovládnutím vzteku (např. častá náladovost, trvalá zlost, opakované fyzické konflikty).
9. V reakci na stres přechodné projevy paranoidity nebo závažných dissociativních příznaků.

Tabulka 2. Diagnostická kritéria MKN-10 (6) pro Emočně nestabilní poruchu osobnosti – F60.30 Impulzivní typ a F60.31 Hraniční typ

A. Musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti

Impulzivní typ:

B. Musí být splněny nejméně tři z následujících charakteristik a jednou z nich musí být (2)

1. zřetelná tendence jednat neočekávaně a bez uvážení následků,
2. zřetelná tendence k nesnášenlivému chování a ke konfliktům s ostatními, zvláště když je impulzivní konání někým přerušeno nebo kritizováno,
3. sklon k výbuchům hněvu nebo zuřivosti s neschopností kontrolovat následné explozivní chování,
4. obtíže se setrváním u jakékoliv činnosti, která nenabízí okamžitý zisk,
5. nestálá a nevypočitatelná nálada.

Hraniční typ:

B. Musí být splněny nejméně tři příznaky z kritérií B pro impulzivní typ spolu s nejméně dvěma z následujících:

1. narušená a nejistá představa o sobě samém, cílech a vnitřních preferencích, včetně sexuálních,
2. sklon k zaplétání se do intenzivních a nestálých vztahů, které často vedou k emočním krizím,
3. přehnaná snaha vyhnout se odmítnutí,
4. opakovaná nebezpečí nebo realizace sebepoškození,
5. chronické pocity prázdnoty.

Prevalence, průběh a komorbidita u hraniční poruchy osobnosti

Prevalence hraniční poruchy osobnosti v populaci je 1,6 % až 5,9 %, v ambulantní psychiatrické léčbě okolo 10 %. U hospitalizovaných psychiatrických pacientů dosahuje až 20 %. Věkem se prevalence může snižovat (4). Rozvoj hraniční poruchy osobnosti v pubescenci a časně dospělosti je doprovázen vysokou nestabilitou psychiky jedince. Ten není schopen ovládat vlastní impulzy. Negativní vliv může mít změna školního prostředí, noví vrstevníci, nestabilní prostředí, opuštění rodinou. Často jsou narušené vztahy s blízkým okolím. Člověk s hraniční poruchou osobnosti se během let většinou pozvolna stabilizuje. To se projevuje jak v rodinných, tak v přátelských i pracovních vztazích. Stone (7) ve své studii zjistil, že 1/3 pacientů po 15 letech již nesplňuje diagnostická kritéria pro hraniční poruchu osobnosti. U některých osob došlo k vytvoření stabilních vztahů a nalezení trvalého zaměstnání. Podobný výsledek přinesl výzkum Zanarini et al. (8), kde po 6 letech nesplňovalo kritéria hraniční poruchy osobnosti 74 % z původního souboru pacientů. Zároveň však řada z pacien-



tů trpěla afektivní poruchou. Některé studie zdůrazňují, že i po 15 letech mají tito jedinci stále problémy udržet stálý partnerský vztah nebo zaměstnání (9). Deprese, přechodná psychotická porucha, somatoformní porucha, abúzus psychoaktivních látek, posttraumatická stresová porucha či porucha pozornosti jsou častými komorbiditami hraniční poruchy osobnosti.

Chování pacienta v terapeutickém vztahu je proměnlivé. Pacient je mnohdy dlouhé období stabilní, porucha osobnosti je uspokojivě kompenzována. Vzhledem k vyrovnanému a spolupracujícímu chování je možná terapie poruchy osobnosti. Jestliže se objeví komorbidní psychická porucha nebo se objeví jiný stresor, výrazně se obvykle zhoršuje i základní porucha. Mohou se objevit až několikadenní tranzitorní psychotické epizody, sebepoškozování (řezání žiletkou, pálení cigaretou, tlučení hlavou do zdi), suicidální chování. V rámci kognitivního narušení si pacient může být vědom důvodů svého jednání (druhý jej kritizoval, odmítl aj.), považuje však svou reakci za přiměřenou (1, 10). O sebevraždu se úspěšně pokusí až 10 % nemocných. Riziko je nejvyšší u adolescentů, osob zneužívajících návykové látky a jedinců s komorbidní afektivní poruchou (11, 12).

Péče o pacienta s hraniční poruchou osobnosti

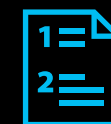
Práce s pacienty s hraniční poruchou osobnosti bývá obtížná. Ale i částečné úspěchy mohou pomoci terapeutovi vytrvat (1). Pacient alternuje ve vztahu k lékaři mezi absolutní závislostí a nepotřebností. Často má od terapeuta přehnaná očekávání. Vyžaduje péči mimo stanovené konzultace, obtěžuje terapeuta telefonicky nebo i osobně. Nedodržuje pravidla oddělení. Kouří na toaletě. Nemusí být přítomen na vizitě. V úvodu terapeutického

vztahu jde o „testující chování“ motivované jednak přenosově, jednak potřebou dosycení „citového hladu“. Chování pacienta pobuřuje lékaře i zdravotnický personál. Pacient je zklamán, že lékař a další personál nevyhoví jeho potřebám. Cítí se opuštěný, odmítnutý. Je přehnaně emocionální a v tenzi. Svůj pocit odmítnutí impulzivně ventiluje sebepoškozováním, výbuchy vzteku, útekem z nemocnice. Lékaře se pokouší trestat, nespolupracuje, snaží se s ním manipulovat. Protipřenosově u lékaře vzniká jak hněv na pacienta, tak fantazie o jeho záchraně. V případě komorbidní psychické poruchy je terapie hraničního pacienta nezbytná. I přes snahu pacientovi pomoci, může terapeut zvažovat jeho předání kolegovi. To však pacientovi zpravidla nepomůže, protože se cítí znovu v životě opuštěn (1, 13). V terapii je nezbytné definovat jasné hranice, předat část zodpovědnosti za léčbu pacientovi, a vymezit, co může a nemůže terapeut pro pacienta učinit.

V době dekompenzace je z terapeutického hlediska potřeba intervence nejdříve zaměřit na aktuální komorbidní poruchu, někdy je potřeba využít krizovou intervenci v průběhu hospitalizace.

Afektivní rozlady u pacientů s hraniční poruchou osobnosti

Projevy hraniční poruchy osobnosti se mohou blížit příznakům epizody depresivní nebo bipolární poruchy. Klinický pracovník se musí vyhnout stanovení diagnózy hraniční poruchy osobnosti v případě, kdy vychází pouze z průřezových projevů a nemá zdokumentován časný nástup ani dlouhodobý průběh příslušného vzorce chování (4). Diagnóza poruchy osobnosti musí být tedy stanovena na základě důkladné anamnézy. U hraničních pacientů se mohou objevit atypické depresivní rozlady, které nejsou



typicky smutné. Dominuje v nich pocit výrazné vnitřní bolesti, vzteku či prázdnoty (14). Depresivní epizoda může krátkodobě překrývat symptomy hraniční poruchy osobnosti. Výrazná emoční nestabilita a impulzivita u dekompenzované hraniční poruchy osobnosti imponuje někdy jako bipolární porucha II (podle DSM klasifikace). U ní jsou však změny nálad spíše nezávislé na vnějších okolnostech. U hraniční poruchy afektivní změny více souvisí s interpersonálními problémy. Rovněž je někdy obtížné odlišit hraniční poruchu osobnosti od dystymie. U pacientů s dystymií se však neobjevují další typické symptomy pro hraniční poruchu osobnosti, jako je impulzivita či časté změny nálad (15).

Komorbidity hraniční poruchy osobnosti a afektivních poruch

Výskyt afektivních poruch u jedinců s hraniční poruchou osobnosti je častý (8, 16, 17, 18). Studie Brieger et al. (19) uvádí, že 7 % až 30 % pacientů s bipolární afektivní poruchou mělo současně hraniční poruchu osobnosti. Komorbidní dystymie a hraniční porucha osobnosti se dle některých prací může vyskytovat až u 24 % jedinců (20). Vysoká komorbidity afektivních poruch a hraniční poruchy osobnosti může být dána vysokým výskytem poruch nálady u osob s jakoukoliv psychiatrickou diagnózou, vysokou pravděpodobností výskytu afektivní poruchy u jedinců s poruchou osobnosti (v porovnání s jinými poruchami) nebo může jít o specifický vztah mezi afektivními poruchami a hraniční poruchou osobnosti (21).

Prevalence hraniční poruchy osobnosti s komorbidní těžkou depresí se pohybuje mezi 7 % až 63 % (22, 23, 24). Toto široké rozpětí může být dáno zkoumáním různé cílové populace (ambulantní vs. hospitalizovaní pacienti), použitím různých

diagnostických metod aj. McGlashan et al. (17) uvádí, že celoživotní prevalence deprese u pacientů s hraniční poruchou osobnosti je až 71 %. Zanarini et al. (6) ukázali srovnatelnou prevalenci 87 %. Zmíněné studie rovněž prezentují 17 a 45 % pacientů s hraniční poruchou osobnosti splňujících kritéria pro dystymii a 6 a 20 % pacientů splňujících kritéria pro bipolární afektivní poruchu. Deltito et al. (16) dokonce udávají, že až 45 % pacientů s hraniční poruchou osobnosti má komorbidní bipolární afektivní poruchu.

I když je patrné, že vysoká komorbidity mezi afektivními poruchami a hraniční poruchou osobnosti je nesporná, je evidentní nesoulad ve vysvětlení daných zjištění. Někteří vědci tvrdí, že hraniční porucha osobnosti by měla být chápána jako porucha afektivního spektra (25). Poukazují na častou komorbiditu hraniční poruchy osobnosti s bipolární afektivní poruchou, unipolární depresí či dystymií, společnou rodinnou anamnézu těchto poruch, sdílenou fenomenologii i biologické markery.

Jiní badatelé tvrdí, že společný výskyt hraniční poruchy osobnosti a afektivní poruchy není více specifický než u jiných poruch osobnosti (26). Odkazují na studie, které prokázaly, že rozhodující klinické rysy hraniční poruchy osobnosti jsou interpersonální povahy (15), a poruchy nálady u pacientů s hraniční poruchou osobnosti jsou kvalitativně odlišné od příznaků, které prožívají například pacienti s bipolární poruchou (27). Pacienti s hraniční poruchou osobnosti vyžadují specializované léčebné programy (28) a nereagují dobře na stabilizátory nálady (15, 28). Všechny tyto faktory přispívají k pojetí hraniční poruchy osobnosti jako samostatné poruchy, která se může vyskytovat souběžně s poruchami na ose I.



Je tedy otázkou, zda afektivní příznaky u hraniční poruchy osobnosti chápat jako stav nebo vlastnost, a zda jsou určeny biologicky nebo situačně. Způsob pojetí tohoto problému může ovlivnit volbu léčby pro tyto pacienty. Pouze málo studií se však zabývalo touto oblastí. Některé výzkumy se soustředí na výskyt afektivních poruch u konkrétních poruch osobnosti. Zanarini et al. (8) zjistili významně vyšší výskyt afektivních poruch u pacientů s hraniční poruchou osobnosti ve srovnání s jedinci, kteří trpěli jinými poruchami osobnosti. Nicméně Zimmerman a Coryell (24) při porovnání příbuzných zdravých kontrol a psychiatrických pacientů takové rozdíly nezjistili. McGlashan et al. (17) a Perry (29) nezjistili při porovnání hraničních jedinců s osobami s jinými poruchami osobnosti žádné rozdíly mezi skupinami ve výskytu jednotlivých afektivních poruch.

Je potřeba provést další studie porovnávající výskyt afektivní poruchy u hraniční poruchy osobnosti a u jiných poruch osobnosti, protože srovnání mezi hraniční poruchou osobnosti a smíšeným výběrem dalších poruch osobnosti může být zavádějící. Klinické vzorky s různými poruchami osobnosti mohou představovat typy poruch osobnosti s vysokou nebo nízkou prevalencí afektivních poruch. Je také důležité rozlišovat mezi afektivními poruchami, jako je unipolární deprese, bipolární afektivní porucha a dystymie. Faktory odlišující různé poruchy osobnosti od sebe (biologické, psychosociální, temperamentové aj.) mohou interagovat u různých afektivních poruch jiným způsobem. Je možné, že pacienti s hraniční poruchou osobnosti jsou více náchylní k unipolární depresi. Zvýšený počet stresorů pramenících z problémů v psychosociálním fungování hraničních jedinců může zvyšovat riziko rozvoje deprese. To však může platit i pro jiné poruchy osobnosti. Je obtížné říci, jestli

je přímější vztah mezi depresivní poruchou a hraniční poruchou osobnosti než mezi depresí a poruchami osobnosti obecně.

Sjastad et al. (21) v průřezové studii u pacientů léčených v Norsku ($n = 36\,773$) zjišťovali, zda ambulantní pacienti s hraniční poruchou osobnosti ($n = 1\,043$) měli vyšší výskyt afektivních poruch obecně; a zda mají zvýšený výskyt deprese, bipolární poruchy nebo dystymie konkrétně. Tyto nálezy srovnávaly s pacienty s paranoidní, schizoidní, disociální, histriónskou, anankastickou, vyhýbavou, závislou, nebo nespecifikovanou poruchou osobnosti, stejně jako se sloučenou skupinou pacientů s poruchou osobnosti jinou než hraniční ($n = 2\,636$). Diagnostické hodnocení bylo provedeno v běžné klinické praxi. Pacienti s hraniční poruchou osobnosti měli významně častěji unipolární depresi než bipolární poruchu. Výskyt depresí a dystymií byl u těchto pacientů ale nižší než u některé jiné skupiny poruch osobnosti, zatímco bipolární porucha byla u nich častější. Statistika ukázala o 34 % nižší riziko pro unipolární depresi, o 70 % nižší riziko pro dystymii a 66 % vyšší riziko pro bipolární poruchu u pacientů s hraniční poruchou osobnosti ve srovnání se souhrnnou skupinou jiných poruch osobnosti.

Terapie hraniční poruchy osobnosti a deprese

Komorbidity hraniční poruchy osobnosti a depresivní poruchy může mít negativní vliv na léčbu deprese. Konkrétně může například prodlužovat čas do dosažení remise deprese (30). Hraniční porucha osobnosti nejvíce zvyšuje riziko perzistence deprese v porovnání s dalšími poruchami osobnosti. Je prediktorem raného rozvoje depresivní poruchy (31). V našem výzkumu (32) jsme zkoumali vývoj a léčbu deprese u 84 pacientů, z nich



34 mělo zároveň komorbidní poruchu osobnosti. Rozdíl mezi skupinami byl pouze ve vyšším počtu hospitalizací u pacientů se současnou poruchou osobnosti. Přítomnost komorbidní poruchy osobnosti neměla negativní vliv na terapii deprese. Porovnáním pouze s hraniční poruchou osobnosti jsme se nezabývali, jelikož se vyskytovala pouze u 4 jedinců.

Prvořadým cílem terapie je stabilizace stavu pacienta. Vlivem přidružené hraniční poruchy osobnosti může být celková terapie zdlouhavější a obtížnější v mnoha oblastech (30, 33), jelikož tato komorbidita výrazně ovlivňuje celkovou osobnost, projevy i reakce jedince. Pacient může být spíše afektivně nestabilní. Ale rovněž můžou dominovat antisociální rysy či výrazná impulzivita. Vzhledem k rozličným dominujícím symptomům u hraničních pacientů musí být terapie flexibilně přizpůsobena jejich aktuálnímu stavu v různých obdobích. Léčba se nemusí zaměřovat pouze na depresivní poruchu, ale i na změnu vlastních osobnostních rysů, které jsou zranitelností pro výskyt budoucích depresivních epizod. Psychiatr musí být schopen indikovat adekvátní biologickou léčbu i psychoterapii. Z oblasti biologické léčby může jít o zvolení vhodných antidepresiv, případně elektrokonvulzivní terapie, anxiolytik aj. Do psychoterapeutických vlivů můžeme zařadit kognitivně-behaviorální terapii, skupinovou terapii, hospitalizaci na klinice psychiatrie, komunitní léčbu aj. Hospitalizace pacienta je však nutná pouze ve vážnějších případech, jakým je riziko suicidálního chování. Vedení psychologem či psychiatrem začíná prvním sezením s pacientem, kdy se definuje zakázka pacienta, zjišťují se anamnestické údaje a na základě diagnostiky pacienta se nastiňuje další vývoj léčby. Odborník a pacient nejprve pracují na stabilizaci pacientova stavu, tj. redukování

depresivních symptomů. Je nezbytné vytvoření terapeutického vztahu pacienta s terapeutem. Pro pacienta je prospěšné bezpečné prostředí oddělení s pravidelným režimem. Může se účastnit jak individuální, tak skupinové psychoterapie, rozličných aktivit na oddělení. Jakmile se pacient stabilizuje, může léčba dále pokračovat ambulantní formou. Po dosažení stavu remise deprese je vhodné pracovat rovněž na maladaptivních vzorcích pacientova chování. Léčba poruchy osobnosti je však dlouhodobý proces, který vyžaduje pravidelný kontakt jedince s odborníkem a především jeho spolupráci a ochotu v terapii pokračovat, i když nemá akutní problémy, což bývá právě díky emoční nestabilitě problém. Dobrý průběh terapie může být pozitivně ovlivněn stabilním funkčním prostředím v rodině, dobrými přáteli, pravidelnou pracovní i zájmovou činností.

Psychoterapie

Řada psychoterapeutických směrů popisuje možnosti terapie jedinců s hraniční poruchou osobnosti. Ve skutečnosti jsou dle kontrolovaných studií prokazatelně účinné pouze některé přístupy. Z psychodynamických směrů je to terapie zaměřená na přenos (34) a mentalizační terapie (35), dále kognitivní terapie (36), interpersonální psychoterapie (30, 37) a integrované přístupy, jako je dialekticko-behaviorální terapie (38), schematerapie (39) a kognitivně analytická psychoterapie (40). O ostatních přístupech nelze říci, zda jsou efektivní či nikoliv, jelikož dostatečně studovány nebyly (41). Při vzájemném porovnání různých psychoterapeutických směrů se ukázala terapie zaměřená na přenos účinnější než dialekticko-behaviorální terapie (42), v jiné studii byla schematerapie účinnější než terapie zaměřená na přenos (39). Léčba



depresivní poruchy komorbidní s hraniční poruchou osobnosti nebyla dostatečně zkoumána. Jedním z mála výzkumů věnujícím se této problematice je studie Bellino et al. (37), která potvrdila vyšší účinnost v léčbě deprese u hraničních pacientů při použití kombinace interpersonální psychoterapie s antidepresivy, než při léčbě samotnými farmaky.

Farmakoterapie

Farmakoterapií deprese u nemocných s hraniční poruchou osobnosti se zabývá meta-analýza Mercera et al. (43). Zjistili, že kyselina valproatová a carbamazepin mají středně velký efekt na léčbu komorbidní deprese u hraničních pacientů, zatímco léčebný efekt antidepresiv je jen malý a antipsychotik žádný.

Na druhou stranu Bellino et al. (33) nabízejí přehled dvojité slepých randomizovaných kontrolovaných studií, publikovaných prakticky v posledních dvaceti letech (1990–2010), kde srovnávají ve farmakoterapii hraniční poruchy osobnosti efekt medikace versus placebo a rozdíl efektu jednotlivých léků na redukci symptomů. Bylo zjištěno, že u hraničních osob s komorbiditou afektivní poruchy jsou právě SSRI účinná ve zmírnění závažnosti depresivní nálady.

Závěr

Hraniční porucha osobnosti se výrazně odráží v celkovém prožívání a chování jedince. Tato porucha se často vyskytuje spolu s dalšími afektivními poruchami. Jednou z nich je deprese. Komorbidita zmíněných poruch může mít negativní vliv na léčbu deprese. Při terapii deprese je nutné brát v potaz symptomy hraniční poruchy osobnosti, které mohou být značně proměnlivé a komplikují vztah terapeuta s pacientem a jeho udržení v terapii. Terapie se soustředí

na zmírnění závažnosti depresivních příznaků, později rovněž na změny v maladaptivních vzorcích chování a myšlení a stabilizaci emotivity pramenících z hraniční poruchy osobnosti.

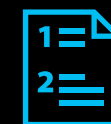
Vydání článku bylo umožněno díky účelové podpoře na specifický vysokoškolský výzkum udělené UP v roce 2014 z MŠMT.

Literatura

1. Praško J, Herman E, Horáček J, Kosová J, Možný P, Pašková B, Preiss M, Šlepecký M. Poruchy osobnosti. Praha: Portál, 2003.
2. Siever LJ. Evaluation framework for biological correlates of personality disorder. *Psychiatric Times* 1990; 7(1): 17–19.
3. Ocisková M, Sedláčková Z, Praško J, Látalová K, Kamarádová D. Pokud mě cejchujete, běžte s tou terapií někam! Hraniční porucha osobnosti a stigma. *Psychiatrie pro praxi* 2014; 15(2): 62–66.
4. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Arlington 2013.
5. Melges FT, Swartz MS: Oscillations of attachment in borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry* 1989; 146: 1115–1120.
6. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování: Diagnostická kritéria pro výzkum. (přeloženo z anglického originálu) Praha, Psychiatrické centrum 1996; Zprávy č. 134: 179s.
7. Stone MH. Long-term outcome in personality disorders. *Br J Psychiatry*. 1993; 162: 299–313.
8. Zanarini MC, Frances R, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR: Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 2108–2114.
9. Paris J, Brown R, Nowlis D. Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital. *Compr Psychiatry* 1987; 28: 530–535.



10. Links PS, Heslegrave RJ, Mitton JE, Van Reekum R, Patrick J. Borderline psychopathology and recurrences of clinical disorders. *J Nerv Ment Dis* 1995; 183: 582–586.
11. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC 2005.
12. Putman K, Silk KR. Emotion dysregulation and the development of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology* 2005; 17: 899–925.
13. Praško J. Poruchy osobnosti, In: Herman E, Praško J, Seifertová D. *Konsiliární psychiatrie*. Medical Tribune, Praha 2007; 185–196.
14. Rogers JH, Widiger TA, Krupp A. Aspects of depression associated with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 268–270.
15. Gunderson JG. Borderline personality disorder: Ontogeny of a diagnosis. *Am J Psychiatry* 2009; 166: 530–539.
16. Deltito J, Martin L, Riefkohl B, Austria A, Kissilenko P, et al. Do patients with borderline personality disorder belong to the bipolar spectrum? *J Affect Disord* 2001; 67: 221–228.
17. McGlashan TH, Grilo CM, Skodol AE, Gunderson JG, Shea MT, et al. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: Baseline axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102: 256–264.
18. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J et al: The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 274–283.
19. Brieger P, Ehrt U, Marneros A. Frequency of comorbid personality disorders in bipolar and unipolar affective disorders. *Compr Psychiatry* 2003; 44: 28–34.
20. Pepper CM, Klein DN, Anderson RL, Riso LP, Quimette PC, et al. DSM-III-R axis II comorbidity in dysthymia and major depression. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 239–247.
21. Sjastad HN, Grawe RW, Egeland J. Affective Disorders among Patients with Borderline Personality Disorder 2012 *PLoS ONE* 7(12): e50930. doi: 10.1371/journal.pone.0050930.
22. Fava M, Alpert JE, Borus JS, Nierenberg AA, Pava JA, et al. Patterns of personality disorder comorbidity in early-onset versus late-onset major depression. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1308–1312.
23. Oldham JM, Skodol AE, Kellman HD, Hyler SE, Doidge N, et al. Comorbidity of axis I and axis II disorders. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 571–578.
24. Zimmerman M, Coryell W. DSM-III personality disorder diagnoses in a non-patient sample. *Arc Gen Psychiatry* 1989; 46: 682–689.
25. Akiskal HS. Demystifying borderline personality: Critique of the concept and unorthodox reflections on its natural kinship with the bipolar spectrum. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110: 401–407.
26. Gunderson JG, Phillips KA. A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 967–975.
27. Henry C, Mitropoulou V, New AS, Koenigsberg HW, Silverman J, et al. Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: Similarities and differences. *J Psychiatr Res* 2001; 35: 307–312.
28. Paris J. Personality disorders and mood disorders: Phenomenological resemblances vs. pathogenetic pathways. *J Pers Disord* 2010; 24: 3–13.
29. Perry JC. A prospective study of life stress, defenses, psychotic symptoms, and depression in borderline and antisocial personality disorders and bipolar type II affective disorder. *J Pers Disord* 1988; 2: 49–59.
30. Levenson JC, Wallace ML, Fournier JC, Rucci P, Frank E. The role of personality pathology in depression treatment outcome with psychotherapy and pharmacotherapy. *J Consult Clin Psychol* 2012; 80(5): 719–729.
31. Skodol AE, Grilo CM, Keyes KM, Geier T, Grant BF, Hasin DS. Relationship of personality disorders to the course of major depressive disorder in a nationally representative sample. *Am J Psychiatry* 2011; 168(3): 257–264.



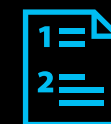
- 32.** Sedláčková Z, Praško J, Sedláček M, Ocisková M, Látalová K, & Kamarádová D: Komorbidita depresivní poruchy a poruchy osobnosti-Účinnost léčby. Česká a Slovenská Psychiatrie 2013; 109(6): 275–281.
- 33.** Bellino S, Rinaldi C, Bozzatello P, Bogetto F. Pharmacotherapy of borderline personality disorder: a systematic review for publication purpose. Curr Med Chem 2011; 18(22): 3322–3329.
- 34.** Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, et al. The Personality Disorder Institute/Borderline Personality Disorder Research Foundation randomized controlled trial for borderline personality disorder: rationale, methods, and patients characteristics. J Personality Dis 2004; 18: 52–72.
- 35.** Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. Br J Psychiatry 2000; 157: 138–143.
- 36.** Davidson K, Norrie J, Tyrer P. The effectiveness of cognitive behavioral therapy for borderline personality disorder: results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial. J Personality Dis 2006; 20: 450–465.
- 37.** Bellino S, Rinaldi C, Bogetto F. Adaptation of interpersonal psychotherapy to borderline personality disorder: a comparison of combined therapy and single pharmacotherapy. Can J Psychiatry 2010; 55(2): 74–81.
- 38.** Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, 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: 767–766.

- 39.** Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. Arch Gen Psychiatry 2006; 63: 649–658.
- 40.** Ryle A, Golynkina K. Effectiveness of time-limited cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: factors associated with outcome. Br J Med Psychol 2000; 73: 197–210.
- 41.** Stoffers JM1, Völlm BA, Rücker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Aug 15;8:CD005652. doi: 10.1002/14651858.CD005652.pub2.
- 42.** Clarkin JF1, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. Am J Psychiatry 2007; 164(6): 922–928.
- 43.** Mercer D, Douglass AB, Links PS. Meta-analyses of mood stabilizers, antidepressants and antipsychotics in the treatment of borderline personality disorder: effectiveness for depression and anger symptoms. J Pers Disord. 2009; 23(2): 156–174.

Článek doručen redakci: 4. 1. 2015
Článek přijat k publikaci: 9. 4. 2015

Mgr. Zuzana Sedláčková

Katedra psychologie, Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci
Křížkovského 10, 771 80 Olomouc
sedlackovaa.zuzana@gmail.com



Sebestigmatizace, adherence k léčbě a vysazování medikace u pacientů s bipolární poruchou v remisi – průřezová studie

MUDr. Miroslav Hajda¹, MUDr. Dana Kamarádová, Ph.D.¹, doc. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.¹,
prof. MUDr. Ján Praško, CSc.¹, Mgr. Marie Ocisková^{1,2}, MUDr. Andrea Cinculová¹, MUDr. Kristýna Vrbová¹,
MUDr. Radim Kubínek¹, MUDr. Barbora Mainerová¹, MUDr. Anežka Ticháčková¹

¹Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta Univerzity Palackého a Fakultní nemocnice Olomouc

²Katedra psychologie, Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Úvod: Sebestigmatizace je postupný proces, během něhož člověk nekriticky přijímá za své negativní hodnocení společnosti, jenž se týká rysů, které jsou druhými znevažovány. Podobně jako strach ze stigmatizace, i sebestigmatizace je spojována s nižším dodržováním léčebných postupů.

Metoda: U 33 ambulantních pacientů s bipolární poruchou v klinické remisi byla zkoumána míra adherence pomocí dotazníku DAI-10, míra sebestigmatizace pomocí dotazníku ISMI a hodnocena aktuální závažnost z vlastní vůle poruchy pomocí celkového klinického dojmu (CGI-závažnost). Zjištěná data byla korelována s demografickými a klinickými daty.

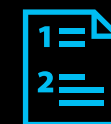
Výsledky: Vyšší míra současné adherence k léčbě statisticky významně koreluje s vyšším věkem, vyšším věkem počátku nemoci a negativně se závažností aktuální symptomatologie a mírou sebe-stigmatizace. Devatenáct (57,6 %) pacientů přiznalo, že v minulosti medikaci nejméně jednou vysadili. Porovnání pacientů, kteří v minulosti léky vysadili, s těmi, co uváděli, že léky trvale užívali, ukázalo, že pacienti, kteří v minulosti léky svévolně vysazovali, jsou pouze statisticky významně mladší a méně často žijí v partnerském vztahu. V žádném z dalších demografických ani klinických dat se skupiny od sebe nelišily. Nelišily se ani v míře současné adherence k léčbě.

Závěry: Více než polovina pacientů s bipolární poruchou přiznává svévolné vysazování medikace v minulosti, přičemž pacienti, kteří léky vysazují, jsou v průměru mladší a žijí bez partnera. Míra současné adherence významně koreluje s mírou sebe-stigmatizace.

Klíčová slova: sebestigmatizace, adherence, vysazování medikace, bipolární porucha.

Self-stigmatization, treatment adherence, and medication discontinuation in patients with bipolar disorders in remission – cross sectional study

Introduction: Self-stigmatization is a gradual process during of them a person accepts uncritically for their a negative evaluation of the society, which refers to features that are trivialized by the others. Like the fear of the stigmatization, and self-stigmatization is associated with lower adherence to medical procedures.



Method: Adherence rate was investigated in 33 outpatients with bipolar disorder using a questionnaire DAI-10, the rate of the self-stigmatization using a questionnaire ISMI and assessed current severity of their own volition disorders using the Clinical Global Impression (CGI-severity). The demographic and clinical data were correlated with observed data.

Results: Increasing age was significantly correlated with higher levels of current treatment adherence, higher age of onset of illness and negatively with the severity of current symptomatology and level of self-stigmatization. Nineteen (57.6 %) patients admitted in the past that medication at least once dropped off. Comparing patients who discontinued drugs in the past with those who stated that they were taking medication consistently showed that patients who in the past discontinued arbitrarily medicaments are only statistically significantly younger and they live in a relationship less often. The groups did not differ in any way from other demographic or clinical data. Groups did not differ in the degree of adherence to current treatment.

Conclusions: More than half of patients with bipolar disorder admits planting medications in the past willfully, with patients who planted drugs are on average younger and living without a partner. The rate of current adherence significantly correlated with the degree of self-stigmatization.

Key words: self-stigma, adherence, medication discontinuation, bipolar disorder.

Psychiatr. praxi 2015; 16(2e): e23–e32

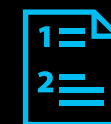
Úvod

Selhávání léčby u pacientů s bipolární poruchou souvisí zejména s nedostatečnou adharencí a vysazováním léků. Důležitým faktorem, který může významně ovlivnit adharenci k léčbě, je míra stigmatizace a sebestigmatizace. Psychiatrická diagnóza bývá zklamáním pro pacienta i jeho rodinu (1, 2). Z obavy před dopadem předsudků okolí pacienti často přítomnost poruchy popírají a odkládají vyhledání nebo realizaci adekvátní psychiatrické péče (3, 4). Sebestigmatizace je postupný proces, během něhož člověk nekriticky přijímá za své negativní hodnocení společnosti, jenž se týká rysů, které jsou druhými znevažovány (5). Podobně jako strach ze stigmatizace, i sebestigmatizace je spojována s nižším dodržováním léčebných postupů (6, 7, 8). Pacienti, kteří předsudky o psychiatrických pacientech přijali za své, věří méně, že se jejich duševní stav nezlepší, jsou více depresivní a vykazují negativnější sebehodnocení (5).

Cílem naší studie bylo zjistit vztah mezi současnou adharencí, vysazováním medikace v minulosti a sebestigmatizací u stabilizovaných ambulantních psychiatrických pacientů s diagnózou bipolární poruchy. Hypoteticky jsme předpokládali, že (A) míra non-adherence souvisí s demografickými daty, jako jsou věk, partnerský vztah, rodinná psychiatrická zátěž a vzdělání; (B) vyšší míra sebestigmatizace je spojená s nižší adharencí k léčbě i častějším vysazováním psychofarmak v minulosti; (C) u pacientů, kteří v minulosti svévolně vysazovali léky, je nižší současná adharence k léčbě a vyšší míra sebestigmatizace.

Metoda

Studie byla nabídnuta všem pacientům s diagnózou bipolární poruchy, kteří přišli na kontrolu do ambulance psychiatrické kliniky v období od 1. července do 30. září 2013 a kteří splňovali následující kritéria:



- a) Diagnóza bipolární poruchy podle kritérií MKN-10 (9)
- b) Ochota vyplnit škály
- c) Věk mezi 18 a 75 lety
- d) Kompenzovaný stav (pacient je schopen docházet na ambulantní léčbu, jeho stav se dlouhodobě nemění a nemusí být hospitalizovaný)

Do studie nebyli zařazeni pacienti s mentální retardací, organickou psychickou poruchou, závažným tělesným onemocněním a pacienti, kteří byli akutně zhoršení tak, že jejich stav vyžadoval hospitalizaci, zvýšení nebo změnu medikace. Pacienti docházeli na ambulantní kontroly a byli léčeni standardními léky určenými pro bipolární poruchu podle doporučených postupů a zásad dobré klinické praxe.

Posuzovací nástroje

Drug Attitude Inventory (DAI-10) je desetipoložkový dotazník hodnotící postoj nemocného k medikaci. Pacient se u každé položky vyjádří, zda ji považuje za pravdivou nebo nepravdivou. Jednotlivá tvrzení se týkají účinků léků, jejich potřeby a dobrovolnosti užívání. Inventář hodnotí míru současné adherence (tedy nikoliv to, zda v minulosti pacient léky vysadil).

ISMI (the Internalized Stigma Of Mental Illness scale). Dotazník má 29 položek, které hodnotí 5 oblastí internalizovaného stigma. Patří mezi ně pocity odcizení z přesvědčení, že nemocný není plnohodnotným členem společnosti, míra souhlasu se stereotypy o lidech s duševní poruchou, percepce toho, jak je s ním zacházeno od doby stanovení diagnózy, stažení se ze společnosti a stupeň

rezistence vůči stigmatu (10). Dotazník byl u nás standardizován Ociskovou s kolegy (11).

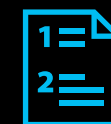
CGI (Clinical Global Impression), (12) – celkové hodnocení závažnosti psychopatologie. U CGI-O je zdrojem hodnocení komplexní hodnocení závažnosti poruchy lékařem. Subjektivní verzi (CGI-S) používá k sebehodnocení nemocný sám; každý ze stupňů závažnosti je v dotazníku definován.

Demografický dotazník – obsahuje základní údaje – pohlaví, věk, zaměstnanost, stav, pobírání důchodu, vzdělání, věk nástupu nemoci, délka docházky do ambulance, počet hospitalizací, čas od poslední hospitalizace, počet navštěvovaných psychiatrů, současnou medikaci a údaj o vysazování medikace v minulosti (na doporučení psychiatra a z vlastní vůle).

Statistické hodnocení a etika

Ke statistickému hodnocení výsledků byly použity statistické programy Prism3 a SPSS.17. Demografická data i průměrné celkové skóre v jednotlivých dotaznících a CGI stupnicích byly hodnoceny pomocí popisné statistiky; byly zjištěny průměry, mediány, směrodatné odchylky a charakter rozložení dat. Průměry byly porovnávány pomocí t-testů. Vztahy mezi jednotlivými kategoriemi byly hodnoceny pomocí korelačních koeficientů a lineární regrese. Vztah alternativních proměnných (pohlaví, stav, vysazování medikace) byl ověřen Fisherovým testem. K analýze významů jednotlivých korelací jednotlivých faktorů byla použita zpětná kroková regrese. U všech statistických testů byla za přijatelnou považována 5% hladina statistické významnosti.

Studie byla schválena místní etickou komisí. Výzkum byl proveden v souladu s poslední verzí Helsinské deklarace a doporuče-



ním pro Správnou klinickou praxi (EMEA) (13). Pacienti podepsali informovaný souhlas.

Výsledky

Popis souboru

S vyplněním dotazníků souhlasilo 33 pacientů s bipolární poruchou (63,6 % žen) s průměrným věkem $38,55 \pm 10,98$ let. Vyplňování dotazníku bylo dobrovolné. Dotazníky úplně vyplnilo 29 pacientů (88 %) a u 4 pacientů nebyly některé otázky v jednom nebo obou dotaznících vyplněny, a tak nemohly být zařazeny do dalších analýz. Největší skupina pacientů žila v manželském svazku (45,4 %). Pozitivní rodinná psychiatrická anamnéza byla zjištěna u 25 pacientů (75,8 %). Pacienti dosáhli nejčastěji vysokoškolského vzdělání (tabulka 1).

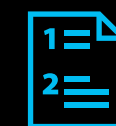
Tabulka 1. Demografická a klinická data u celého souboru pacientů

Věk	$38,55 \pm 10,98$
Pohlaví (M:Ž)	21 : 12
Věk počátku nemoci	$27,73 \pm 10,04$
Vzdělání: základní a vyučení / maturita / vysokoškolské	4 / 13 / 16
Zaměstnání / bez zaměstnání	17 / 16
Bez důchodu / invalidní důchod / starobní důchod	17 / 13 / 3
Manželský stav: svobodný / ženatý / rozvedený / ovdovělý	13 / 15 / 4 / 1
Počet hospitalizací na psychiatrii	$4,906 \pm 3,847$
Počet ambulantních psychiatrů v průběhu léčby	$2,03 \pm 1,132$

Objektivní CGI – závažnost	$2,333 \pm 1,021$
Subjektivní CGI – závažnost	$2,636 \pm 1,342$
Rodinná psychiatrická zátěž: psychická porucha / bipolární porucha	25 (75,8 %) / 5 (15,2%)
Tymostabilizéry: počet pacientů / průměrná dávka adjustovaná na denní dávku lithia	$n = 28 / 712,5 \pm 243,7$
Antidepresiva: počet pacientů / průměrná dávka adjustovaná na denní dávku paroxetinu	$n = 14 / 46,61 \pm 38,55$
Anxiolytika: počet pacientů / průměrná dávka adjustovaná na denní dávku diazepamu	$n = 3 / 16,67 \pm 12,58$
Antipsychotika: počet pacientů / průměrná dávka adjustovaná na denní dávku risperidonu	$n = 18 / 3,149 \pm 2,145$
Adherence k medikaci	$4,345 \pm 4,002$
Vysazování medikace v minulosti o vlastní vůli	19 (57,58 %)
ISMI – celkový skóre	$61,07 \pm 13,49$
Odcizení	$12,45 \pm 3,709$
Souhlas se stereotypy	$13,03 \pm 3,30$
Vnímána diskriminace	$9,931 \pm 2,802$
Sociální izolace	$12,62 \pm 4,101$
Rezistence ke stigmatu	$13,03 \pm 2,784$

Léčba

Tymostabilizéry užívalo 28 pacientů (84,8 %), antidepresiva 14 pacientů (42,4 %), anxiolytika 3 (9,1 %) a antipsychotika 18 (54,5 %) pacientů. Adjustované průměrné dávky jednotlivých druhů medikace na pacienta viz tabulka 1. V minulosti medikaci vysadilo 19 pacientů (57,58 %) z vlastního rozhodnutí (tabulka 1).



Adherence a vysazování léků v celém souboru ve vztahu k demografickým a klinickým proměnným

Pohlaví

Průměrná míra současné adherence k léčbě dosahovala 4,345 + 4,002 bodů v dotazníku DAI-10. Mezi pohlavími nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl (tabulka 2). V celém souboru vysadilo v minulosti medikaci o vlastní vůli 57,58 %; frekvence vysazování léků v minulosti se nelišila mezi pohlavími (tabulka 2).

Vzdělání

Průměrná míra současné adherence podle úrovně je statisticky významně vyšší u vysokoškolsky vzdělaných pacientů než u pacientů s nižším vzděláním (tabulka 2). Frekvence vysazování léků

v minulosti podle úrovně vzdělání nebyla odlišná při porovnání pacientů s vysokoškolským vzděláním a bez něho (tabulka 2).

Zaměstnání

Adherence u pacientů, kteří měli zaměstnání, se statisticky významně neliší od adherence pacientů, kteří nepracovali (tabulka 2). Rovněž vysazování medikace o vlastní vůli v minulosti bylo u skupiny zaměstnaných pacientů a pacientů nepracujících podobné.

Partnerský stav

Pacienti, kteří žijí s partnerem, měli adherenci k léčbě v průměru vyšší než pacienti, kteří žijí bez partnera, nicméně tento rozdíl nedosahoval statistické významnosti. Ovšem pacienti bez

Tabulka 2. Sebestigmatizace, adherence a vysazování léků ve vztahu k hereditární psychiatrické zátěži, pohlaví, partnerskému stavu a vysazování medikace

Parametr	Adherence k léčbě	Statistika – porovnání skupin mezi sebou	Frekvence vysazování medikace v minulosti	Statistika – porovnání skupin mezi sebou
Muž	3,667 ± 4,334	nepárový t-test: t = 0,7608 df = 27; n. s.	50,0 %	Fisherův přesný test: n. s.
Žena	4,824 ± 3,813		61,9 %	
Vzdělání		nepárový t-test: t = 2,883 df = 27; p < 0,01		Fisherův přesný test: n. s.
Ne vysokoškolské	2,625 ± 4,048		52,9 %	
Vysokoškolské	6,462 ± 2,847		62,5 %	
Zaměstnání	4,267 ± 4,334	nepárový t-test: t = 0,1069 df = 27; n. s.	58,8 %	Fisherův přesný test: n. s.
Bez zaměstnání	4,329 ± 3,777		56,25 %	
S partnerem	5,222 ± 3,766	nepárový t-test: t = 1,547 df = 27; n. s.	42,9 %	Fisherův přesný test p < 0,05
Bez partnera	2,909 ± 2,134		83,3 %	
Bez heredity	5,75 ± 4,334	nepárový t-test: t = 1,175 df = 27; n. s.	62,5 %	Fisherův přesný test: n. s.
S hereditou	3,81 ± 3,842		44,0 %	



partnera statisticky významně častěji v minulosti medikaci vysazovali než pacienti žijící s partnerem (tabulka 2).

Hereditární zátěž a adherence k léčbě

Adherence k léčbě nebyla statisticky vysoce významně vyšší u pacientů bez rodinné psychiatrické zátěže oproti pacientům s rodinnou zátěží. Rozdíly mezi zkoumanými skupinami ve frekvenci vysazování léků také nedosahovaly statistické významnosti (tabulka 2).

Adherence u pacientů, kteří v minulosti vysazovali medikaci, a u těch, kteří ji nevysazovali

Rozdíl v průměrné adherenci u pacientů, kteří v minulosti léky vysazovali, a těch, kteří je nevysazovali, nedosahuje statisticky významné úrovně (tabulka 2).

Adherence a její korelace s kvantitativními demografickými daty

Současná adherence k léčbě hodnocená dotazníkem DAI-10 statisticky významně pozitivně koreluje s věkem pacienta, věkem počátku rozvoje bipolární poruchy, a negativně s objektivními a subjektivními skóry v CGI. Nekoreluje však s počtem hospitalizací, počtem vystřídaných psychiatrů, ani s dávkami medikace.

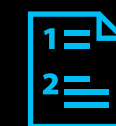
Vysazování léků v minulosti

Pacienti, kteří přiznávali vysazování medikace v minulosti, byli statisticky významně mladší a měli na hranici statistické významnosti nižší věk počátku nemoci než pacienti, kteří udávali, že v minulosti o vlastní vůli léky nevysazovali (tabulka 4).

Tabulka 3. Korelace DAI-10 s demografickými a klinickými daty

Proměnná	Korelace s adherencí
Věk	0,4445 $P; p < 0.05$
Věk počátku nemoci	0,4528 $P; p < 0.05$
Počet hospitalizací	-0,0672 $P; n.s.$
Počet ambulantních psychiatrů	0,0081 $S; n.s.$
Objektivní CGI-S	-0,4010 $P; p < 0.05$
Subjektivní CGI-S	-0,4127 $P; p < 0.05$
Adjustovaná dávka tymostabilizéru (n = 24)	-0,04386 $S; n.s.$
Adjustovaná dávka antipsychotika (n = 16)	-0,0018 $P; n.s.$
Adjustovaná dávka antidepresiva (n = 13)	0,0369 $P; n.s.$
Adjustovaná dávka anxiolytika (n = 3)	málo pacientů na korelaci
ISMI – celkový skór	-0,4889 $P; p < 0.05$
Odcizení	-0,5694 $P; p < 0.05$
Souhlas se stereotypy	-0,4153 $P; p < 0.05$
Vnímána diskriminace	-0,3561 $P; n.s.$
Sociální izolace	-0,3246 $P; n.s.$
Rezistence ke stigma	-0,3002 $P; n.s.$
P = Pearsonovo r; S = Spearmanovo r; n.s. = no significant	

Tyto skupiny se nelišily podle poměru pohlaví, poměru vysokoškolsky vzdělaných ani poměru nezaměstnaných. Mezi pacienty, kteří v minulosti medikaci o své vůli vysadili, bylo však statisticky významně více osob, které žili bez partnera, než v druhé skupině, kde soužití s partnerem významně převažovalo.



Míra sebestigmatizace a současné adherence k léčbě podle vysazování léků v minulosti

Při porovnání míry sebestigmatizace hodnocené ISMI u pacientů, kteří v minulosti medikaci nevysazovali, a těmi, kteří ji vysazovali, nebyl zjištěn statistický významný rozdíl mezi skupinami (tabulka 4). Rovněž nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl v míře adherence mezi pacienty, kteří v minulosti medikaci vysazovali, a těmi, kteří ji nevysazovali.

Vztah adherence a sebestigmatizace

Celkový skór sebestigmatizace statisticky významně negativně koreluje se současnou adherencí k léčbě (tabulka 3). To znamená,

že čím větší míru sebestigmatizace pacient vykazuje, tím nižší je jeho adherence k léčbě (obrázek 1). Ze subskórů ISMI adherence koreluje negativně s Pocity odcizení a Souhlasem se stereotypy, nikoliv s dalšími subskóry.

Diskuze

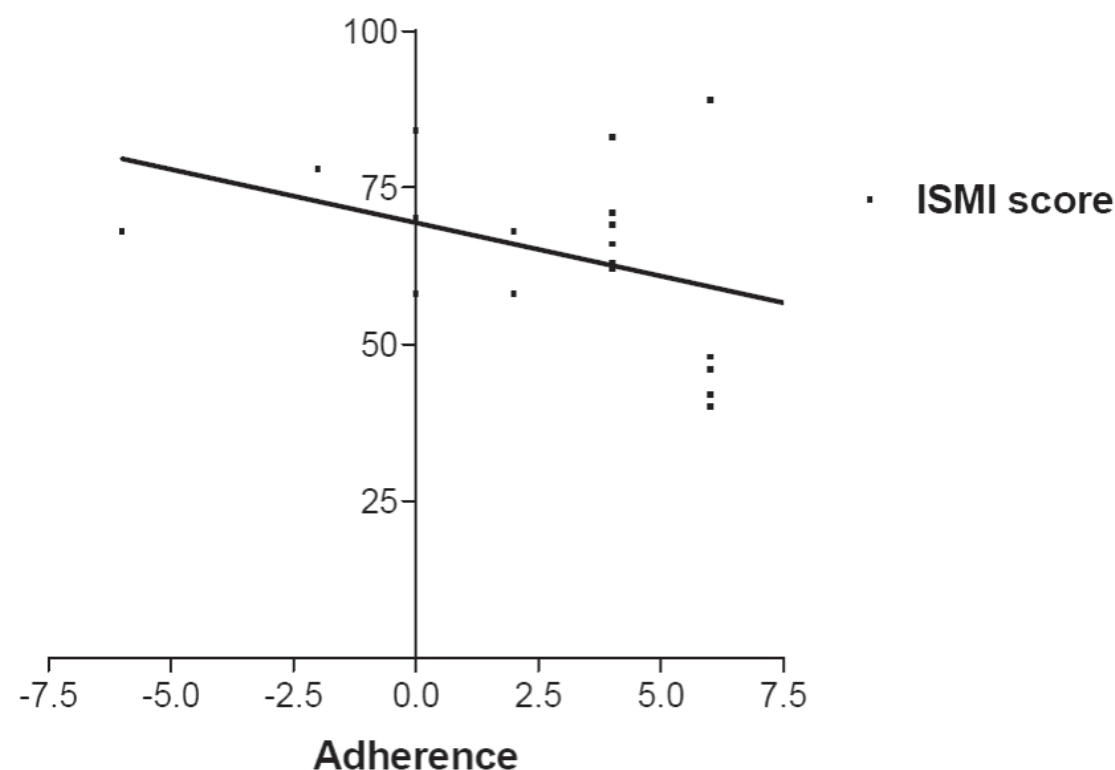
Studie hodnotila u 33 ambulantních psychiatrických pacientů s bipolární poruchou vztahy mezi sebestigmatizací, aktuální adherencí k léčbě, vysazováním léků v minulosti z vlastní vůle a demografickými a klinickými daty.

Jednou z hypotéz, kterou jsme se zabývali, bylo, zda sebestigmatizace souvisí s demografickými údaji. V našem výběru pohlaví,

Tabulka 4. Porovnání pacientů, kteří v minulosti léky vysazovali, s těmi, kteří je nevysazovali

Parametr	V minulosti léky vysazovali (n=19)	V minulosti léky nevysazovali (n=14)	Statistické porovnání
Věk	35,00 ± 10,19	43,36 ± 10,47	nepárový t-test: t = 2,302 df = 31 t = 2,302 df = 31; p < 0,05
Věk počátku nemoci	25,21 ± 9,92	31,14 ± 9,494	nepárový t-test: t = 1,729 df = 31; n. s.
Pohlaví M:Ž	6:13	6:8	Fisherův přesný test: n. s.
Vzdělání: bez VŠ:VŠ	9:10	8:6	Fisherův přesný test: n. s.
Zaměstnání: bez zaměstnání	10:9	7:7	Fisherův přesný test: n. s.
Žije s partnerem / bez partnera	9:10	12:2	Fisherův přesný test: p < 0,05
Objektivní CGI-závažnost	2,316 ± 1,157	2,357 ± 0,8419	nepárový t-test: t = 0,1132 df = 31; n. s.
Subjektivní CGI-závažnost	2,632 ± 1,422	2,642 ± 1,277	nepárový t-test: t = 0,02348 df = 31; n. s.
Rodinná zátěž: ano:ne	14:5	11:3	Fisherův přesný test: n. s.
Adherence k medikaci	3,75 ± 4,313	5,077 ± 3,616	nepárový t-test: t = 0,8844 df = 27; n. s.
ISMI – celkový skór	61,53 ± 14,22	60,42 ± 12,98	nepárový t-test t = 0,2150 df = 27; n. s.



Obrázek 1. Lineární regrese mezi celkovým skórem ISMI a adherencí

Lineární regrese $F = 7,223$, $DFn\ 1000$, $DFd\ 23,00$; $p < 0,05$

zaměstnání, partnerství, ani rodinná zátěž nehrály významnější roli v míře adherence k léčbě. Ovšem ukázalo se, že pacienti s vysokoškolským vzděláním vykazují statisticky významně vyšší adherenci k léčbě než pacienti s nižším vzděláním. Podobně ve studii Grila s kolektivem u panické poruchy našli autoři souvislost mezi vzděláním a adherencí k léčbě (14). Pacienti s nižším vzděláním byli méně adherentní. Naopak Santana s kolegy u pacientů s OCD zjistili, že jedinci s nižším vzděláním zůstávali v terapii déle (15). Rozdíly mezi touto studií a našimi výsledky je možné vysvětlit jiným diagnostickým zaměřením, malým počtem zařazených pacientů do studie a použitím jiných hodnoticích ná-

strojů. Matas s kolegy ve svém souboru pacientů prokázali lepší adherenci u pacientů žijících v partnerském svazku (16). V naší studii se vztah adherence k léčbě a partnerského vztahu neukázal. Rozdíl může jít na vrub jiné populace pacientů, kdy Matas a spol. začlenili také pacienty se schizofrenií, zatímco naše studie se zaměřila pouze na pacienty s bipolární poruchou (16). Rozdíl však také může jít opět na vrub malého počtu zařazených pacientů do studie. Ovšem v naší studii jsme zjistili, že pacienti, kteří žijí s partnerem, v minulosti vysazovali medikaci méně často, než pacienti, kteří žijí bez partnera.

Podle výsledků prezentované studie pacienti, kteří v minulosti vysazovali medikaci, jsou statisticky významně mladší, než pacienti, kteří vysazování léků v minulosti z vlastní vůle neuvádějí. Časný začátek nemoci taktéž podle závěrů studie svědčí pro častější vysazování léků. To, že vysazování medikace z vlastní vůle přiznávají podobně často ženy i muži, je v souladu se závěry i jiných autorů (17). Hypotézu, která uvažovala, že u pacientů, kteří v minulosti vysadili léčbu, je současná adherence k léčbě nižší, naše studie nepotvrdila.

Zřejmě nejdůležitější výsledek naší studie je potvrzení hypotézy, že současná adherence k léčbě statisticky významně negativně koreluje s mírou sebestigmatizace pacienta. Čím se pacient více sám stigmatizuje, zejména čím větší odcizení od druhých osob díky sebestigmatizaci cítí a čím více souhlasí s negativními stereotypy o duševních onemocněních, tím je jeho adherence k léčbě nižší. Tento nálezn je v souladu s výsledky Sireyho s kolegy, kteří zkoumali adherenci při užívání antidepresiv u depresivních pacientů a zjistili, že prediktory lepší adherence jsou jednak nižší vnímaná stigmatizace okolím a nižší sebestigmatizace ze strany-

pacienta (6). Podobné výsledky jsme zjistili jednak u schizofrenních pacientů (18), neurotických pacientů (19) a také ve velkém výběru pacientů z různých diagnostických skupin (20).

Omezení studie

Jedním z omezení studie je fakt, že data byla sbírána z dotazníků, které pacienti vyplňovali sami a kromě demografických dat, objektivního CGI a dávek medikace, mohla být data modifikována různou motivací pacientů. Výsledky dotazníků, zejména adherence, mohou být ovlivněny vztahem k lékaři, obavou, že jej zklamou i snahou ukázat se v lepším světle. Přes 12,1 % pacientů dotazníky adherence nevyplnilo úplně. Může to být právě podskupina pacientů, která má výraznější problémy s adherencí a vysazováním léků.

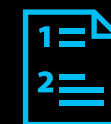
Důležitým omezením je malá velikost souboru. A konečně také nepoužití standardního diagnostického interview. Výsledky jsou průřezové a nemohou zachytit možnou dynamiku při změnách psychického stavu. Nejsou informace o stabilitě sebestigmatizace v čase, podobně adherence se může měnit v rámci změn stavu.

Závěr

Jako důležitý faktor v adherenci k léčbě se jeví sebestigmatizace pacienta. Sebestigmatizace statisticky významně negativně koreluje s mírou adherence. Pokud budou tyto výsledky ověřeny dalšími studiemi na větším počtu pacientů s bipolární poruchou, mohou být pro zvýšení adherence k léčbě velmi nadějně terapeutické nebo psychoedukační strategie na snížení sebestigmatizace.

Literatura

1. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine* 2010; 71: 2150–2161.
2. Temilola MJ, Adegoke AO, Olaolu AT, Adegboyega O, Olaide AK. Self-stigma, quality of life and schizophrenia: An outpatient clinic survey in Nigeria. *Int J Soc Psychiatry*. 2013; 3. [Epub ahead of print].
3. Camp DL, Finlay WML & Lyons E. Is low self-esteem an inevitable consequence of stigma? An example from women with chronic mental health problems. *Social Science & Medicine* 2002; 55: 823–834.
4. Barney LJ, Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF. Exploring the nature of stigmatising beliefs about depression and help-seeking: implications for reducing stigma. *BMC Public Health* 2009; 9: 61.
5. Lysaker PH, Roe D, Yanos PT. Toward understanding the insight paradox: Internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Bull* 2007; 33(1): 192–199.
6. Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS, Perlick DA, Raue P, Friedman SJ, Meyers BS. Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 479–481.
7. Fung KMT, Tsang HWH, Corrigan PW. Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2008; 32: 485–495.
8. Ustündağ MF, Kesebir S. Internalized stigmatization in bipolar patients: relationship with clinical properties, quality of life and treatment compliance. *Türk Psikiyatri Derg* 2013; 24(4): 231–239.
9. Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize, MKN-10 (1. vydání); Maxdorf Praha; 1996.



- 10.** Boyd JE, Adler EP, Otilingam PG, Peters T. Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) Scale: A multinational review. *Compr Psychiatry* 2014; 55(1): 221–231.
- 11.** Ocisková M, Praško J, Dostálová J, Kamarádová D, Látalová K, Cinculová A, Kubínek R, Mainerová B, Ticháčková A. Sebestigmatizace u psychiatrických pacientů – standardizace škály ISMI. *Čes a Slov Psychiatrie* 2014: v tisku.
- 12.** Guy W (ed.): ECDEU Assessment manual for psychopharmacology. Rockville, U.S. DHEW; 1976.
- 13.** EMEA, 2002: <http://www.ema.europa.eu/pdfs/human/ich/013595en.pdf>. 20.3.2009.
- 14.** Grilo CM, Money R, Barlow DH, et al. Pretreatment patient factors predicting attrition from a multicenter randomized controlled treatment study for panic disorder. *Compr Psychiatry* 1998; 39(6): 323–332.
- 15.** Santana L, Versiani M, Mendlowicz MV, Fontenelle LF. Predictors of adherence among patients with obsessive-compulsive disorder undergoing naturalistic pharmacotherapy. *J Clin Psychopharmacol.* 2010; 30(1): 86–88.
- 16.** Matas M, Staley D, Griffin W. A profile of the noncompliant patient: a thirty-month review of outpatient psychiatry referrals. *General Hospital Psychiatry* 1992; 14: 124–130.
- 17.** Bulloch AGM, Patten SB. Non-adherence with psychotropic medications in the general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010; 45(1): 47–56.

18. Vrbová K, Kamarádová D, Látalová K, Praško J, Cinculová A, Kubínek R, Mainerová B, Ocisková M, Ticháčková A. Sebestigmatizace, adherence k léčbě a vysazování medikace u psychotických poruch – průřezová studie. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, in press.

19. Cinculová A, Kamarádová D, Ocisková M, Praško J, Látalová K, Vrbová K, Kubínek R, Mainerová B, Ticháčková A. Sebestigmatizace, adherence k léčbě a vysazování medikace u úzkostných poruch – průřezová studie. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, in press.

20. Kamarádová D, Látalová K, Praško J, Cinculová A, Kubínek R, Mainerová B, Ocisková M, Šmoldasová J, Ticháčková A: Sebestigmatizace, adherence k léčbě a vysazování medikace u psychických poruch – průřezová studie. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, in press.

Článek doručen redakci: 16. 1. 2015

Článek přijat k publikaci: 13. 5. 2015

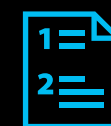
Miroslav Hajda

Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta Univerzity Palackého

a Fakultní nemocnice Olomouc

I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc

mirekhajda@seznam.cz



Ročník 16, 2015, číslo 2e, vychází 3x ročně

Předseda redakční rady:

MUDr. Luboš Janů, Ph.D.

Místopředseda:

prof. MUDr. Ján Pavlov Praško, CSc

Čestný předseda:

prof. MUDr. Jaroslav Bouček, CSc.

Redakční rada:

MUDr. Pavel Doubek, prof. MUDr. Ivana Drtílková, CSc., MUDr. Vlasta Hanušková, MUDr. Erik Herman, Ph.D., prof. MUDr. Ladislav Hosák, Ph.D., MUDr. Josef Chval, MUDr. Vladislav Chvála, doc. MUDr. Roman Jiráček, CSc., doc. MUDr. Tomáš Kašpárek, Ph.D., MUDr. Miloslav Kopeček, Ph.D., MUDr. Michal Maršálek, CSc., MUDr. Mária Martinová, MUDr. Ludvík Nábelek, MUDr. Karel Nešpor, CSc., doc. MUDr. Ján Pečeňák, CSc., doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc., MUDr. Jaroslav Vaněk, prof. MUDr. Alexandra Žourková, CSc.

Odpovědní garanti:

Psychofarmakologie – L. Janů

Sexuologie – A. Žourková

Psychoterapie – V. Chvála

Konziliární psychiatrie – E. Herman

Biologická psychiatrie – L. Hosák

Ambulantní psychiatrie – E. Herman

Pedopsychiatrie – I. Drtílková

Výběr z literatury, aktuality – T. Kašpárek

Gerontopsychiatrie – R. Jiráček

Interdisciplinární, ostatní – P. Doubek

Závislosti – K. Nešpor

Ediční rada:

Prof. Dr. M.C. Angermeyer, Dr. Grim Blekastad, Dr. Maria Waloszek-Brzozová, Prof. Dr. Hartmann Hinterhuber, Prof. Dr. Sigfried Kasper, Prof. Dr. Ulrich Trenckmann, Prof. Dr. Hans Georg Zapotoczky

Časopis je připravován ve spolupráci se sdružením ambulantních psychiatrů

Vydavatel: SOLEN, s. r. o., Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc

Adresa redakce: SOLEN, s. r. o., Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc
tel.: 582 397 407, fax: 582 396 099, www.solen.cz

Odpovědná redaktorka: Mgr. Kateřina Dostálová,
dostalova@solen.cz, tel. 582 330 438

Grafická úprava a sazba: Aneta Mikulíková, mikulikova@solen.cz

Obchodní oddělení: Ing. Lenka Mihulková, mihulkova@solen.cz

Předplatné v ČR:

Cena předplatného za 3 čísla včetně supplement na rok 2015 pro ČR je 360 Kč. Časopis můžete objednat: na www.solen.cz, e-mailem: předplatne@solen.cz, telefonem: 585 204 335 nebo faxem: 582 396 099

Předplatné v SR:

Cena předplatného za 4 čísla na rok 2015 pro SR je 12 €. Časopis můžete objednat: na www.solen.sk, e-mailem: předplatne@solen.sk, telefonem: (00421) 252 632 409, nebo faxem: (00421) 252 632 408

Všechny publikované články procházejí recenzí.

Registrace MK ČR pod číslem E 10015

ISSN 1213-0508 (print), ISSN 1803-5272 (online)

Časopis je indexován v:

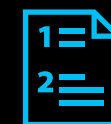
Bibliographia Medica Čechoslovaca a v EMcare.

Citační zkratka: Psychiatr. praxi

Vydavatel nenese odpovědnost za údaje a názory autorů jednotlivých článků či inzerátů.

Reprodukce obsahu je povolena pouze s přímým souhlasem redakce.

Redakce si vyhrazuje právo příspěvky krátit či stylisticky upravovat. Na otištění rukopisu není právní nárok.



The screenshot shows the 'Psychiatrie pro praxi' digital journal interface. On the left is a 'Thumbnails' sidebar with four preview cards. The main area displays the first page of an article titled 'Poruchy osobnosti v manželství a partnerském vztahu'. The interface includes a search bar at the top right, a page indicator 'pages: 1 / 60', and a bottom toolbar with various navigation and utility icons. Blue lines connect text labels to specific UI elements.

Psychiatrie pro praxi | pages: 1 / 60

Aktuální strana

Místo pro zobrazení:

- obsahu
- náhledů stránek
- záložek
- výsledků vyhledávání

Vyhledávání v dokumentu

Odkaz na časopis

Obsah

Náhledy stránek

Záložky

Nástroj ke sdílení časopisu na sociálních sítích

Nástroj k výběru textu

Tisk

Nástroje k uložení časopisu do vašeho počítače

Nástroj k ovládání zvuku

Nástroje k zvětšení strany

Navigační prvky pro posun stránek

www.psychiatriepropraxi.cz

