

Komorbidity 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, komorbidity, 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-hydroxyindolactové 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 pociťuje 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

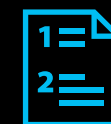
Práce s pacienty s hraniční poruchou osobnosti bývá obtížná. Ale i částečné úspěchy mohou pomoci terapeutovi vytrvat (1). Pacient alternuje ve vztahu k lékaři mezi absolutní závislostí a nepotřebností. Často má od terapeuta přehnaná očekávání. Vyžaduje péči mimo stanovené konzultace, obtěžuje terapeuta 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

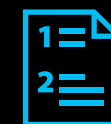
Výskyt afektivních poruch u jedinců s hraniční poruchou osobnosti je častý (8, 16, 17, 18). Studie Brieger et al. (19) uvádí, že 7 % až 30 % pacientů s bipolární afektivní poruchou mělo současně hraniční poruchu osobnosti. Komorbidní dystymie a hraniční porucha osobnosti se dle některých prací může vyskytovat 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.

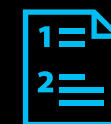
Vydání článku bylo umožněno díky účelové podpoře na specifický vysokoškolský výzkum udělené UP v roce 2014 z MŠMT.

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. Sjaastad 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

