

Zotavení u hraniční poruchy osobnosti

**MUDr. Vlastimil Nesnídal^{1, 2, 3}, prof. MUDr. Jan Praško, CSc.¹, Mgr. Marie Ocisková, Ph.D.¹,
MUDr. Kamila Minaříková⁴, PhDr. Michaela Holubová, Ph.D.¹, MUDr. Jakub Vaněk¹,
MUDr. Lucie Bundárová¹, MUDr. Kryštof Kantor¹, Mgr. František Hodný², PhDr. Miloš Šlepecký, Ph.D.**

¹Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta a Fakultní nemocnice Olomouc, Klinika psychiatrie, Olomouc

²Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálních věd a zdravotnictva, Katedra psychologických věd, Slovensko

³Katedra psychoterapie, IPVZ Praha

⁴Krajská nemocnice Liberec, Centrum psychiatrie, Liberec

Historicky byla hraniční porucha osobnosti (HPO) vnímána jako celoživotní a vysoce invalidizující porucha. Výzkumy provedené v posledních dvou desetiletích však toto chápání HPO vyvracejí. HPO je nejčastěji diagnostikována v časně dospělosti a průběh poruchy je obecně podobný, s klesající symptomatologií v průběhu času. Cílem přezkumu je poskytnout aktuální informace o konceptu zotavení u pacientů s HPO a možnostech, jak toho dosáhnout. Počítačové vyhledávání v databázi bylo provedeno v PubMed a Web of Science za použití různých kombinací klíčových slov relevantních pro dané téma. Hledání bylo filtrováno na období mezi lednem 1990 a prosincem 2019. Výsledky byly přezkoumány a diskutovány ve čtyřech různých kategoriích souvisejících s cílem této studie: 1) Proč je smysluplné zvážit koncept zotavení v HPO, 2) Zotavení spojené se zmírněním příznaků v průběhu času, 3) Účinná léčba HPO a zotavení, 4) Převzetí odpovědnosti pacienta za zotavení. Po přezkoumání současné literatury bychom mohli navrhnout závěr, že uzdravení je nejen snížení příznaků, ale také budování pozitivní osobní identity a účelného života, lze považovat za dosažitelný cíl léčby. Nezbytným požadavkem je však vlastní zapojení pacienta do převzetí odpovědnosti za terapii.

Výsledek: K plné remisi či úplnému vymizení příznaků hraniční poruchy osobnosti většinou nedochází brzy po zahájení léčby, proto považujeme úplné uzdravení za vzdálený cíl. Pacienti, kteří HPO trpí, nemají špatnou prognózu, pokud vyhledávají léčbu a aktivně se do ní zapojují. Pacienti s HPO jsou k léčbě otevření a lze je dobře léčit, podmínkou však je, že dodržují svůj léčebný program a monitorují své pokroky a učí se, jak se efektivně vyrovnat se svými obtížemi.

Závěr: Zotavení představuje dosažitelný cíl v léčbě jedinců s HPO. Stabilní zotavení je možnost, která však vyžaduje dlouhodobé udržování adaptivních vzorců vytvořených v léčbě a ochotu požádat o pomoc v případě krize. Předpokladem pro zotavení je pacientovo převzetí odpovědnosti za svůj zdravotní stav. Psychoterapie a psychosociální rehabilitace a doplňkově i farmakoterapie pomáhá lidem s hraniční poruchou osobnosti zvyšovat kvalitu jejich života a může významně pomoci na jejich osobní cestě k zotavení.

Klíčová slova: hraniční porucha osobnosti, remise, zotavení, úzdava, recovery, směr, management, farmakoterapie, psychoterapie, schematerapie, dialekticko-behaviorální terapie, terapie zaměřená na přenos, terapie založená na mentalizaci.

Recovery in borderline personality disorder

Historically, borderline personality disorder (BPD) has been viewed as lifelong and highly disabling disorder. However, investigations throughout the past two decades have confronted these postulations. BPD is most commonly diagnosed during early adulthood, and the course of the disorder is generally similar, with decreasing symptomatology over time. The review aims to deliver up-to-date information on the concept of recovery in BPD patients, and possibilities to reach it. A computerized database search was conducted in PubMed and Web of Science, using various combinations of keywords relevant to the topic. The search was filtered for the time period between January 1990 and December 2019. The results were reviewed and discussed in four distinct categories relevant to the aim of this study: 1) Why it is meaningful to consider the concept of recovery in BPD, 2) Recovery connected to alleviation of symptoms during the course of time, 3) Effective treatment of the BPD and recovery, 4) Patient's taking responsibility for the recovery. After reviewing

the current literature, we could propose a conclusion, that the recovery, including not only reduction of symptoms, but also building a positive personal identity and purpose of life, could be viewed as a reachable treatment objective. However, the necessary requirement is patient's own involvement in taking responsibility for the therapy.

Results: Complete remission or complete disappearance of the symptoms of borderline personality disorder usually does not occur soon after the start of treatment, so we consider complete recovery as a distant goal. Patients with BPD do not have a poor prognosis if they seek treatment and are actively involved. Patients with BPD are open to treatment and can be treated well, but the condition is that they follow their treatment program and monitor their progress and learn how to cope effectively with their problems.

Conclusion: Recovery is an achievable goal in the treatment of individuals with BPD. Stable recovery is an option that requires long-term maintenance of adaptive patterns created in treatment and a willingness to seek help in the event of a crisis. A prerequisite for recovery is the patient taking responsibility for his or her health condition. Psychotherapy and psychosocial rehabilitation and, in addition, pharmacotherapy help people with borderline personality disorder increase their quality of life and can significantly help on their personal path to recovery.

Key words: borderline personality disorder, remission, recovery, course, management, pharmacotherapy, psychotherapy, schematherapy, dialectical behavior therapy, transference focus therapy, mentalization based therapy.

Úvod

Pacienti trpící hraniční poruchou osobnosti (HPO) se potýkají s regulací emocí, nestabilními vzorci chování ve vztazích, výkyvy nálad, pocitu prázdnoty a chaotickým životním stylem. Sebeпоškozování nebo pokusy o suicidium se vyskytují u 69–80 % pacientů. Suicidium pak dokoná až 10 % diagnostikovaných jedinců (1–4). Na léčbu pacientů s HPO jsou vynakládány značné terapeutické zdroje (5). Sebeпоškozování je jedním z hlavních důvodů psychiatrické hospitalizace a dalších nákladů spojených s péčí (6). Odborníci, kteří tyto pacienty léčí, se také mohou cítit vyčerpaní a zoufalí v důsledku malého efektu léčby (6–8).

Ze všech psychiatrických hospitalizací připadá 20 % na pacienty s HPO (9–11) a až 90 % osob s HPO se poškozuje (řezání, pálení, poškrábání kůže atd.) (3, 8, 12, 13). 78 % pacientů s HPO má problémy s drogami nebo alkoholem (14–16) a až 79 % osob trpících HPO se alespoň jednou pokusí o sebevraždu (17–19) a 10 % si nakonec vezme život (20–22). Statistiky, jako jsou tyto, ilustrují vážné dopady, které může mít přítomnost HPO na jedince, když není včas léčen, nebo není léčen vůbec.

Zotavení

Zotavení (neboli recovery) je komplexní koncept používaný v psychiatrické rehabilitaci jedinců s různými psychickými poruchami. Jeho podstatou není konkrétní výsledek léčby, ale zdůraznění potenciálu člověka pro zotavení se, či uzdravení (23). Zahrnují prožitek pocitu kontroly nad sebou samým, sociální podporu, posílení postavení v životě, podporu adaptivních zvládacích dovedností a pocit smysluplnosti (24).

Model zotavení představuje subjektivní hodnocení pacienta v následujících oblastech (25):

- osobní smysluplný a uspokojivý život;
- svobodu rozhodovat se o vlastních životních cílech a léčbě;
- mít naději do budoucna;
- být v míru se sebou samým;
- mít hodnotný pocit integrity, pohody a sebeúcty.

Je nutno zdůraznit, že podmínkou zotavení není remise poruchy – pacient může být hodnocen jako zotavený, a přesto dále naplňovat diagnostická kritéria. Přístupy zaměřené na zotavení v oblasti péče o duševní zdraví, např. Wellness Recovery Action Planning (26), nabízejí alternativu ke klinickým modelům remise, které se tradičně zaměřují na léčbu nemoci a zmírnění příznaků. Zotavení se týká širšího pohledu na to, jak kvalitně žít s psychickými problémy (27). Rozeznáváme pět procesů, které mohou zotavení charakterizovat:

- posílení a znovunabytí kontroly nad životem,
- přestavbu pozitivních osobních a sociálních identit,
- provázanost (osobní i širší aspekty sociálního začleňování),
- naději a optimismus ohledně budoucnosti a
- nalezení významu a smyslu života (28).

Zmíněné ukazatele konceptu zotavení jsou značně humanisticky specifikované a je těžké v nich nalézt objektivní měřítka posouzení, protože jsou nejednoznačné a vyjadřují subjektivní postoje k definování uzdravení. Ve skupině pacientů, kteří se cítí zotavení, tak může dojít k tomu, že vedle sebe se mohou ocitnout jak lidé fungující bez velkých problé-

mů v běžném sociálním a pracovním životě, tak pacienti objektivně závislí na druhých a vyžadující péči okolí (29).

Z uvedených důvodů byla prostřednictvím řady zájmových skupin figurujících v procesu péče o duševní zdraví (pacienti, psychiatři, psychologové, odborníci v oblasti duševního zdraví, rodinní příslušníci a zástupci široké veřejnosti) vyvinuta objektivněji zakotvená kritéria, která popisují koncept zotavení u psychických poruch (30). Tato kritéria zahrnují:

- mírné nebo málo časté příznaky, které nebrání každodennímu fungování;
- schopnost mít zaměstnání a pracovat v konkurenčním pracovním prostředí alespoň na částečný úvazek, nebo navštěvovat běžnou školu;
- mít přiměřené srdečné rodinné vztahy, ve kterých se příležitostně rodinné spory považují za běžnou součást bytí, která může nastat i ve fungujících vztazích;
- budování společenských vztahů s nejméně jedním přítelem, s nímž se pacient alespoň jednou za dva týdny věnuje nějaké formě komunikační nebo sociálně rekreační výměny;
- vést nezávislý život, který je definovaný samostatností v oblasti hospodaření s penězi, zvládání nemoci, péči o sebe sama a přiměřenou osobní hygienou.

V několika studiích se prokázalo, že tato konkrétnější definice kritérií zotavení významně odlišuje jedince se schizofrenií, kteří dosáhli, nebo nedosáhli kvalitního fungování v životě (31, 32, 33) a premorbidních neurokognitivních funkcí (34).

Cíle studie

Cílem tohoto přehledového článku bylo zmapovat existující literaturu o projevech HPO v průběhu času a o významu léčby u této skupiny pacientů a zjistit, zda koncept zotavení, který se objevuje stále častěji u vážných psychických poruch (schizofrenie, porucha s bludy), může být užitečný také pro pacienty s hraniční poruchou osobnosti.

Metoda

Vyhledávání se zaměřovalo na vědecké články publikované mezi lednem 1990 a prosincem 2019 v databázích PubMed a Web of Science. Dokumenty byly extrahovány pomocí klíčových slov „borderline personality disorder“, „recovery“, „remission“, „pharmacotherapy“, „psychotherapy“, „schematherapy“, „dialectical behavioral therapy“, „transference focus therapy“, „mentalization based therapy“ v různých kombinacích. Byly vytvořeny čtyři odlišné skupiny kategorií, které nejlépe vyhovují cíli studie:

- Proč má smysl u pacientů s hraniční poruchou osobnosti uvažovat o zotavení;
- Zotavení spojené se zmírňováním příznaků v průběhu času;
- Účinná léčba hraniční poruchy osobnosti a zotavení;
- Převzetí odpovědnosti pacientem za zotavení.

Výsledky

Proč má smysl u pacientů s hraniční poruchou osobnosti uvažovat o zotavení

Diagnostika i porozumění pacientům s hraniční poruchou osobnosti zůstávají často kontroverzní nebo nedostatečné. Úvahy o zotavení u této poruchy proto nemohou být formulovány odděleně od pochopení subjektivní zkušenosti samotných pacientů (35, 36). Prožívání pacientů s HPO je charakterizované složitými, nejednoznačnými, vzájemně propojenými a protichůdnými pocity, myšlenkami a činy (37).

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) vypracoval postup pro léčbu pacientů s hraniční poruchou osobnosti, odkazuje na možnost zotavení a koncepty používané ve službách poskytující péči o duševní zdraví, které se začaly převádět i do přístupů k poskytování služeb pro pacienty s poruchami osobnosti (38). Byl vytvořen termín „rámec schopností“,

kteří definuje sadu schopností potřebných pro léčbu poruch osobnosti (39) a zdůrazňuje nutnost rozvoje dovedností poskytovatelů péče, aby dokázali podpořit klienty s poruchami osobnosti v procesu zotavení. Žádný z těchto dokumentů však nespecifikuje, jak zotavení chápat v kontextu poruchy osobnosti. Zároveň chybí dostatek kvalitativního výzkumu, který popisuje zkušenosti klientů s poruchami osobnosti (40).

Zanarini ve svém výzkumu definovali remisi u HPO jako stav, kdy pacient již dále nesplňuje kritéria pro hraniční poruchu osobnosti v diagnostickém interview (Revised Diagnostic Interview for Borderlines a DSM-III-R) či jinou poruchu osobnosti po dobu dvou let nebo déle (41). Lze však polemizovat o tom, zda stav odpovídající uvedené definici možno označit jako remisi, či jde o zotavení, proto zvolili globální hodnocení funkčního skóre 61, nebo vyšší jako měřítko údravy (zotavení). Nabízí totiž dostatečný popis dobrého celkového výsledku v léčbě (tj. s mírnými příznaky či obtížemi v sociální, profesní nebo školní činnosti, kdy jedinec obecně funguje a má alespoň jeden smysluplný mezilidský vztah). Autoři toto skóre dále operacionalizovali, aby zvýšili jeho spolehlivost a význam. Přesněji řečeno, aby bylo možné získat toto skóre nebo vyšší, musel být subjekt obvykle v remisi ze své primární diagnózy osy II. Dále měl alespoň jeden emočně udržovaný vztah s blízkým přítelem nebo životním partnerem, a byl schopen pracovat nebo navštěvovat školu důsledně, kompetentně a na plný úvazek (včetně žen v domácnosti).

Vzhledem k tomu, že k plné remisi, či vymizení projevů a příznaků hraniční poruchy osobnosti nemusí dojít v přijatelném čase, může koncept zotavení pomoci najít cíle v léčbě, které pacienti subjektivně vnímají jako smysluplné.

Zotavení spojené se zmírňováním příznaků v průběhu času

Poruchy osobnosti jsou některými profesionály a širokou veřejností historicky vnímané jako neduh charakteru (na rozdíl od „skutečných“ psychických nemocí) a jsou pokládány za neléčitelné a trvalé (42). V kontrastu s tímto zastaralým pojetím se v poslední době objevila řada důkazů, že příznaky se u poruchy osobnosti v průběhu času zmírňují (43). Nejčasněji se příznaky HPO objevují už během dospívání a porucha je většinou diagnostikována v rané dospělosti (4, 44, 45). Ke zmírnění příznaků u hraniční poruchy osobnosti dochází častěji,

než se dříve předpokládalo. Podle hodnocení autorů Vriend-Bosma a van Megena až 88 % pacientů, u nichž byla diagnostikována HPO podle DSM-IV, za 10 let sledování od stanovení diagnózy nenaplnilo diagnostická kritéria. Psychosociálního fungování a dysfunkce ve vztazích se změna týkala nejméně. Ovšem u všech příznaků došlo v katamněze k významnému zlepšení (46).

Mnozí odborníci považovali HPO za poruchu chronickou a nereagující na léčbu (39). Nedávné důkazy však ukazují, že závažnost příznaků HPO se u osob léčených v péči o duševní zdraví postupem času významně snižuje. Studie ze Spojených států amerických a Velké Británie ukazují, že méně než polovina pacientů, kteří původně splňovali kritéria pro HPO, je splňuje i o šest let později (47), a po 10 letech tato hodnota klesá na 26 % (48).

Problémy s HPO jsou zřejmě nejvýraznější v časně dospělosti a postupně odeznívají až do okamžiku, kdy z každodenního života vymizí (49). Jakmile léčba oslabí intenzitu hraničních problémů, je vysoká pravděpodobnost stabilního zotavení. Ve studii hospitalizovaných a následně propuštěných pacientů s HPO až 70 % z nich již v průběhu následujících 6 let nesplňovalo kritéria HPO (48). V této skupině až 94 % postižených nemělo žádný relaps psychopatologie a žili dál bez příznaků. Tyto výsledky jsou v souladu s výsledky dvou dalších studií zabývajících se stejným tématem (47, 50). V prvním z těchto výzkumů bylo po dobu 10 let sledováno několik stovek jedinců s poruchami osobnosti, kteří se účastnili ambulantního programu zaměřeného na stabilizaci stavu (50). Mezi pacienty s HPO mělo 85 % dlouhá období bez příznaků, která trvala dvanáct měsíců a déle. Z této skupiny pouze 11 % zažilo jakýkoliv návrat problémů. To znamená, že přibližně 77 % pacientů s HPO, kteří absolvovali léčbu, bylo postupem času asymptomatických. Tato míra zlepšení byla oproti ostatním typům poruch osobnosti nejvyšší. Druhá z těchto studií realizovala otevřené sledování téměř u 300 účastníků trpících HPO, kteří byli propuštěni po hospitalizaci (49). V průběhu 16 let dosáhlo 99 % účastníků léčených HPO období bez příznaků trvající 2 roky nebo déle. U 78 % toto období trvalo nejméně 8 let. Tato studie opět ukázala, že dlouhodobá remise příznaků HPO je dosažitelný cíl pro většinu hraničních pacientů (49).

Tyto slibné výsledky neříkají nic o tom, že by léčba pacientů s HPO znamenala jejich úplné vyléčení. Poukazují na fakt, že skupina pacientů s HPO je k léčbě otevřená, lze je dobře léčit a ulevit jejich emočnímu trápení. Čas a terapie jsou silnými faktory, které mohou jedinci trpícímu touto obtížnou poruchou velice pomoci. Pacienti udávali, že zotavení pro ně znamená zmírnění příznaků, jako je sebepoškozování, suicidalita, depresivita a úzkostnost, dále lepší porozumění sobě samým, sebezpřijetí, lepší kontrolu emocí, zlepšení vztahů a fungování v zaměstnání (51). Pociťovali, že psychoterapie se až příliš často věnovala určitým oblastem, jako je sebepoškozování nebo vztahy, a jiné cíle opomíjela. Přestože úplné uzdravení bylo považováno za vzdálený cíl, pacienti měli pocit, že by se mohli naučit, jak se vyrovnat se svými obtížemi efektivněji a dosáhnout významného pokroku ve svém životě. Nestáčí zmírnění příznaků, ale rozhodující je adaptace v životě a jeho prožívání. Autoři dospěli k závěru, že klíčovými hnacími motory zotavení jsou pozitivní osobní a širší sociální vztahy (52).

Účinná léčba hraniční poruchy osobnosti a zotavení

Šance pro jedince, kteří poruchou trpí, není špatná, pokud vyhledávají léčbu, aktivně se do ní zapojují, a pracují na udržování remise (47, 53, 54).

I když je úzdrava (zotavení) z HPO možná, léčebné přístupy by měly být poskytovány co nejrychleji po stanovení diagnózy, protože jedinci, kteří poruchou trpí, mohou být vážně ovlivněni svými problémy a symptomy.

Může být užitečné léčbu zahájit v lůžkovém zařízení, kde mají pacienti v bezpečném prostředí možnost prožít důležité první týdny léčby. Terapie se zprvu soustředí na zlepšení vlastního porozumění, sebezpřijetí a snížení příznaků v podpůrném prostředí (55, 56). Důležitá je hospitalizace v zařízení, které má zkušenost a erudici k poskytování péče pacientům trpícím HPO.

Neexistuje sice žádná léčba pro HPO, která by zaručeně pomohla všem pacientům, je ale možné pacienta dlouhodobě stabilizovat a naučit jej zvládací strategie, které mu umožní žít v kompenzovaném stavu (57). Podobně jako u mnoha jiných psychických poruch, cílem je zabránit relapsu poruchy a zvýšit adaptaci a kvalitu života (51). Studie ukazují, že většina jedinců s HPO (70–90 %) může očekávat významná a tr-

valá zlepšení po několika letech stabilní účasti v probíhajících léčebných režimech (47, 52, 58).

Jak ukazuje celá řada studií, dlouhodobá léčba je přínosná, pokud je vhodně zvolená (53, 56, 58–66).

Psychoterapie

Existuje několik typů psychoterapie, u nichž bylo prokázáno, že fungují dobře v léčbě pacientů s HPO. Patří sem psychoterapie zaměřená na přenos (Transference focused therapy – TFP), která je zaměřená na léčbu poruch osobnosti, především HPO a narcistické a jejímž cílem je snížení suicidálního chování a zlepšení sebekontroly; dialekticko-behaviorální terapie (DBT), která je zaměřena na léčbu symptomů onemocnění, je jasně strukturovaná a během terapie se pacient učí pomocí nácviků vybraných dovedností a jejich užití v běžném životě; terapie založená na mentalizaci (Mentalization-based therapy – MBT), která podporuje schopnost reflektovat duševní stav a v důsledku snižuje nežádoucí příznaky a projevy, a schematerapie (ST) kdy se pacient učí pomocí pochopení schémat a módů změnit svá negativní jádrová přesvědčení a maladaptivní strategie (62, 66, 67).

Farmakoterapie

Ve farmakologické léčbě jsou doporučovány čtyři typy léků užívané k léčbě HPO, a to vybrané stabilizátory nálady, antidepresiva, antipsychotika a omega-3-nenasycené mastné kyseliny (57, 68, 69). Stabilizátory nálady byly alespoň částečně účinné u problémů s hněvem a impulzivitou (70, 71), byť některé studie zjistily jejich nedostatečnou účinnost (72, 73, 74, 75, 76). Antipsychotika mohou pomoci snížit intenzitu přechodných poruch vnímání a kognitivních obtíží (77, 78, 79, 80). Jiné léky, včetně antidepresiv a anxiolytik, mohou být indikovány v případě komorbidních poruch depresivního, respektive úzkostného spektra (81, 82).

Rozvoj dovedností a psychoedukace

Velkým benefitem pro pacienty s HPO je naučení dovedností a technik, které jim pomohou zvládat nejen symptomy, ale i problémy, se kterými si většinou nedokáží poradit samostatně (83, 84, 85). Jedná se o nácvik technik snižujících napětí, adaptace na obtížné situace, regulace emocí, snížení vnitřní a vnější agresivity a tím

redukci suicidálního chování. Edukace pacienta a rodiny o problematice onemocnění, prognóze a léčebných přístupech umožňuje lepší pochopení poruchy a tím pomáhá upravit jak postoj pacienta, tak rodiny. Pacienti s HPO, kteří rozumí své poruše, jsou lépe připraveni rozpoznat problémy a symptomy v počátečních stádiích. To jim umožňuje připravit se a zvládat problémy dříve, než situace eskaluje (86, 87).

Další léčba současně se vyskytujícími poruchami

U většiny pacientů s HPO se během života vyskytne komorbidní porucha, která komplikuje jejich zdravotní stav. Většinou se jedná o úzkostné poruchy, poruchy spojené s užíváním návykových látek, poruchy nálady nebo další poruchy osobnosti (88, 89). Tyto komorbidní poruchy by měly být léčeny společně s HPO v zařízeních umožňujících jejich simultánní terapii. Počáteční léčba by měla být intenzivní především pro zvládnutí obtíží komorbidních stavů. Po propuštění by měla následovat péče ambulantní (90).

Převzetí odpovědnosti pacientem za zotavení

Léčebná metoda, která by kauzálně vyléčila HPO, neexistuje, a to bez ohledu na to, jak dlouho je jedinec bez příznaků, protože relaps je vždy možný (42). Udržování asymptomatického období je pro jedince s HPO nejlepší reálně dosažitelný cíl. Existuje poměrně velká šance, že zotavení může trvat dlouhou dobu a může být i trvalé. Podmínkou je, že pacienti trpící HPO dodržují svůj léčebný program, případně při komorbidní psychické poruše užívají předepsané léky, a monitorují svůj pokrok i případné varovné příznaky relapsu (91).

I když tato klinická zlepšení jsou důležitým úspěchem a zřejmým cílem pro zdravotnictví, zůstává nejasné, nakolik odrážejí požadavky samotných pacientů. Bylo pozorováno, že klinické zlepšení nebo snížení rizika, tradičně hodnocené ve výzkumu duševního zdraví, se ne vždy shodují s osobním hodnocením a očekáváním pacientů o smysluplném pokroku v životě (29, 92). Nedávná zjištění naznačují, že klienti ve specializovaných službách mohou mít cíle zotavení více spojené s jejich specifickou diagnózou a potřebami než s cíli, které si pokládají samotné služby (93).

Diskuze

Zotavení jako subjektivní hodnocení psychického stavu zlepšení pacientem nelze považovat za úplné vyléčení. Dřívější úprava stavu má za výsledek pozitivní odpověď pacienta na léčebnou spolupráci, prohloubení jeho spolupráce a důvěry, pochopení svého stavu a motivaci k další léčbě.

Plná remise onemocnění, která je často považovaná za nejlepší možný výsledek léčby, má pravděpodobně lepší dlouhodobé výsledky v rámci zlepšení kvality života pacientů, ale ne vždy a u všech pacientů je možné tohoto stadia dosáhnout. Pacienti s HPO často nemohou dosáhnout úplného vyléčení, proto lze považovat zotavení za cíl, kterého je pro pacienta i pro terapeuta důležité dosáhnout.

Z výzkumů víme, že je vyšší zastoupení pacientů s HPO v populaci v porovnání s jinými psychiatrickými poruchami. Musíme si proto položit otázku, zda pro tyto pacienty není větším přínosem rychlejší úprava stavu, která by vedla ke zmírnění možných nežádoucích okolností ohrožujících život pacienta než dlouhodobá práce nutná pro dosažení remise, především v situaci, kdy pozorujeme vyšší četnost sebeopoškožujícího jednání a suicidálních pokusů, včetně dokonaných, u těchto pacientů.

O zotavení je možné uvažovat jako o minimálním cíli při léčbě pacienta, který vede k subjektivně lepšímu prožívání a zároveň k objektivnímu zmírnění symptomů prová-

zejících psychickou poruchu. Zároveň je však potřeba si uvědomit, že pacienti se mohou lišit ve vnímání toho, co je pro ně vážný problém a jaké jsou jejich cíle, a to mezi sebou navzájem i ve srovnání s názorem poskytovatele péče. Převzetí odpovědnosti pacientem za léčbu je důležitý nástroj sloužící k dalšímu prohloubení zotavení. Umožňuje pacientovi aktivně se účastnit své léčby a dodává mu motivaci v léčbě pokračovat. O remisi onemocnění můžeme dále uvažovat jako o ideálním cíli, kdy u pacienta již nepozorujeme žádné příznaky poruchy. Tento ideální stav remise však může vyžadovat více času a péče, a ne vždy se může uskutečnit.

Budoucí výzkum by se měl zaměřit na zjištění specifických procesů změn v rámci každé terapie, což by mohlo vést k cílenějšímu výběru léčby klienty (53). Je potřebné zahrnutí cílů léčby, které jsou pro klienty důležité, jejich priorit a dlouhodobých plánů. Dále je nutno zvážit, jakým způsobem mohou být tyto cíle naplněny a které služby by do tohoto procesu mohly být zapojeny. Výchozím bodem pomoci v různých fázích zotavení mohou být specializované služby pro HPO v rámci zdravotnictví i poradenství. Nutností jsou také další služby, zaměřené na komorbidní problémy, včetně poruch příjmu potravy, užívání drog a alkoholu, pomoc traumatizovaným pacientům nebo sociální služby pomáhající s ubytováním a hledáním zaměstnání.

Závěr

Zotavení představuje dosažitelný cíl v léčbě jedinců s HPO. Základním východiskem je nejen kontrola příznaků HPO, ale také budování vlastní identity, smyslu života a zvyšování jeho kvality. Podstatné je vycházet z individuálních potřeb samotného pacienta. S pacientem se následně stanovují částečné cíle a postup k jejich dosažení a systematicky se pracuje na jeho potřebách v nejpodstatnějších oblastech života.

V době, kdy pacient s HPO přichází do terapie, může hledat rychlé a snadné řešení. Proto může být rozčarován, když zjistí, že jde o dlouhou, zpravidla namáhavou cestu. Nicméně pokud do terapie vstoupí a vydrží, příznaky hraniční psychopatologie se daří postupně úspěšně monitorovat a zvládat, případně zcela odstranit. Stabilní zotavení je důležitá šance, která však vyžaduje dlouhodobé udržování adaptivních vzorců vytvořených v léčbě a ochotu požádat o pomoc v případě krize. Předpokladem zlepšení stavu je tak pacientovo převzetí odpovědnosti za své zotavení a udržování zdraví. Postupné získávání kontroly nad svými životy a osudy je samo o sobě úspěchem. Psychoterapie a psychosociální rehabilitace a doplňkové i farmakoterapie pomáhá lidem s hraniční poruchou osobnosti zvyšovat kvalitu života a může významně pomoci na jejich osobní cestě k zotavení.

LITERATURA

- Gunderson JG. Borderline personality disorder. SUNY Press; 1984.
- Frances A, Fyer M, Clarkin J. Personality and suicide. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1986; 487(1): 281–295.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G, Weinberg I, Gunderson JG. The 10-year course of physically self-destructive acts reported by borderline patients and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2008; 117(3): 177–184.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013.
- Higgitt A, Fonagy P. Psychotherapy in borderline and narcissistic personality disorder. *The British Journal of Psychiatry* 1992; 161(1): 23–43.
- Markham D, Trower P. The effects of the psychiatric label 'borderline personality disorder' on nursing staff's perceptions and causal attributions for challenging behaviours. *British Journal of Clinical Psychology* 2003; 42(3): 243–256.
- NIMHE. Personality disorder: no longer a diagnosis of exclusion. United Kingdom: Department of Health, National Institute for Mental Health in England 2003.
- Skegg K. Self-harm. *The Lancet* 2005; 366(9495): 1471–1483.
- Comtois KA, Carmel A. Borderline personality disorder and high utilization of inpatient psychiatric hospitalization: concordance between research and clinical diagnosis.

- The journal of behavioral health services & research 2016; 43(2): 272–280.
- Slotema CW, Niemantsverdriet MB, Blom JD, van der Gaag M, Hoek HW, Sommer IE. Suicidality and hospitalisation in patients with borderline personality disorder who experience auditory verbal hallucinations. *European psychiatry* 2017; 41: 47–52.
- Lewis KL, Fanaian M, Kotze B, Grenyer BF. Mental health presentations to acute psychiatric services: 3-year study of prevalence and readmission risk for personality disorders compared with psychotic, affective, substance or other disorders. *BJ Psych* 2019; 5(1).
- Zanarini MC, Laudate CS, Frankenburg FR, Wedig MM, Fitzmaurice G. Reasons for self-mutilation reported by borderline patients over 16 years of prospective follow-up. *Journal of personality disorders* 2013; 27(6): 783–794.
- Sansone RA, Sellbom M, Songer DA. Borderline personality disorder and mental health care utilization: The role of self-harm. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* 2018; 9(2): 188.
- Kienast T, Stoffers J, BERPohl F, Lieb K. Borderline personality disorder and comorbid addiction: epidemiology and treatment. *Deutsches Ärzteblatt International* 2014; 111(16):280.
- Heath LM, Laporte L, Paris J, Hamdullahpur K, Gill KJ. Substance misuse is associated with increased psychiatric severity

- among treatment-seeking individuals with borderline personality disorder. *Journal of personality disorders* 2018; 32(5): 694–708.
- Parmar A, Kalojiya G. Comorbidity of personality disorder among substance use disorder patients: A narrative review. *Indian journal of psychological medicine* 2018; 40(6): 517.
- Joyce PR, Light KJ, Rowe SL, Cloninger CR, Kennedy MA. Self-mutilation and suicide attempts: relationships to bipolar disorder, borderline personality disorder, temperament and character. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2010; 44(3): 250–257.
- Goodman M, Tomas IA, Temes CM, Fitzmaurice GM, Aguirre BA, Zanarini MC. Suicide attempts and self-injurious behaviours in adolescent and adult patients with borderline personality disorder. *Personality and mental health* 2017; 11(3): 157–163.
- DeShong HL, Tucker RP. Borderline personality disorder traits and suicide risk: The mediating role of insomnia and nightmares. *Journal of affective disorders* 2019; 244: 85–91.
- Cailhol L, Pelletier É, Rochette L, Laporte L, David P, Villeneuve É, Paris J, Lesage A. Prevalence, mortality, and health care use among patients with cluster B personality disorders clinically diagnosed in Quebec: a provincial cohort study, 2001–2012. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2017; 62(5): 336–342.

Další literatura u autora
a na www.psychiatriepropraxi.cz