

Aleš Grambal, Ján Praško, Petra Kasalová

Hraniční porucha osobnosti a její léčba



KATALOGIZACE V KNIZE - NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Grambal, Aleš

Hraniční porucha osobnosti a její léčba / Aleš Grambal, Ján Praško, Petra Kasalová. -- Vydání 1. -- Praha : Grada, 2017. --

288 stran

ISBN 978-80-247-5796-4

616.89-008.485 * 616-02-092 * 616-07 * 616-08

- hraniční porucha osobnosti
- etiopatogeneze
- diagnostika (lékařství)
- terapie
- kolektivní monografie

616.89 - Psychiatrie [14]

Aleš Grambal, Ján Praško, Petra Kasalová

Hraniční porucha osobnosti a její léčba

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

*Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována ani šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.*

**MUDr. Bc. Aleš Grambal, Ph.D.,
prof. MUDr. Ján Praško, CSc.,
PhDr. Petra Kasalová**

HRANIČNÍ PORUCHA OSOBNOSTI A JEJÍ LÉČBA

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: +420 234 264 401, fax: +420 234 264 400
www.grada.cz
jako svou 6469. publikaci

Recenzovali:

PhDr. Miloš Šlepecký, CSc.

Odpovědná redaktorka Mgr. Olga Kopalová
Sazba a zlom Milan Vokál
Zpracování obálky Ondřej Mikulecký
Počet stran 288
Vydání 1., 2017

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2017
Cover Photo © allphoto.cz

ISBN 978-80-271-9603-6 (ePub)
ISBN 978-80-271-9602-9 (pdf)
ISBN 978-80-247-5796-4 (print)

Obsah

Úvod	9
1. Základní charakteristiky	10
1.1 Příběh	16
1.2 Epidemiologie	22
1.3 Průběh	22
1.4 Suicidialita	25
1.5 Násilné chování	31
1.6 Obětavé chování	32
1.7 Stigmatizace a sebestigmatizace	32
1.7.1 Stigma a internalizované stigma u hraniční poruchy osobnosti	34
1.7.2 Stigmatizace pacientů s hraniční poruchou osobnosti v psychoterapeutické léčbě	36
1.7.3 Pohled psychiatrických sester na pacienty s hraniční poruchou osobnosti	38
1.7.4 Reakce dalších odborníků na duševní zdraví na pacienty s hraniční poruchou osobnosti	39
1.7.5 Reakce psychoterapeutů na pacienty s hraniční poruchou osobnosti	40
1.7.6 Prožitá zkušenost pacientů s hraniční poruchou osobnosti	40
1.7.7 Diskuse ke stigmatizaci pacientů s hraniční poruchou osobnosti	41
2. Diagnóza	43
2.1 Diagnostická kritéria MKN-10	44
2.2 Diagnostická kritéria DSM-5	45
2.3 Diferenciální diagnóza	46
2.3.1 Afektivní poruchy	47
2.3.2 Posttraumatická stresová porucha	48
2.3.3 Porucha s bludy, schizofrenie, porucha nálady s psychotickými příznaky	48
2.3.4 Poruchy osobnosti	48
2.3.5 Návykové poruchy	56
2.4 Komorbidita	56
2.4.1 Psychické komorbidní poruchy a efekt léčby	56
2.4.2 Somatická komorbidní onemocnění	59
2.5 Hodnocení a měření	61

3. Psychologické vyšetření	64
3.1 Indikace psychologického vyšetření	65
3.2 Omezení psychologického vyšetření	66
3.3 Klinické metody vyšetření	67
3.4 Pozorování a protipřenos	68
3.5 Projektivní metody	71
3.5.1 Rorschachův test	71
3.5.2 Tematicko-apercepční test	81
3.5.3 Hand test	87
3.6 Dotazníky a inventáře	88
3.6.1 IPDE	89
3.6.2 TCI	90
3.6.3 PSSI	91
3.6.4 MMPI-2	92
3.6.5 Další dotazníkové metody	96
3.7 Kognitivní funkce a nestabilita u pacientů s HPO	97
3.7.1 Odlišení pacienta s HPO od pacienta s psychózou či neurotickou organizací osobnosti klinickými metodami	99
3.7.2 Speciální diagnostika	103
3.7.3 Strukturovaná klinická interview	105
3.8 Ukázka psychologického vyšetření u pacienta s hraniční poruchou	107
4. Etiopatogeneze	110
4.1 Genetické a biologické faktory	110
4.1.1 Vrozené faktory	110
4.1.2 Struktura a funkce mozku	111
4.1.3 Neurotransmitterové a neuropeptidové systémy	113
4.2 Psychosociální faktory	115
4.2.1 Formativní vlivy v dětství	115
4.2.2 Partnerské vztahy	117
4.3 Okolnosti (rizikové faktory)	123
4.3.1 Precipitující faktory a spouštěče	123
4.3.2 Udržovací faktory	124
4.4 Etologický pohled	125
5. Klinické vedení pacienta	126
5.1 Terapeutický vztah	126
5.2 Psychofarmaka	127
5.3 Suicidialita	127
5.4 Hospitalizace u hraničních pacientů	129

6. Farmakoterapie	131
6.1 Antipsychotika	133
6.2 Antidepresiva	135
6.3 Stabilizátory nálady	136
6.4 Anxiolytika	138
6.5 Nové látky	138
6.6 Přehled farmakoterapie hraniční poruchy osobnosti	139
6.7 Jiná biologická léčba	141
7. Psychoterapie	142
7.1 Podpůrná psychoterapie	143
7.1.1 Hranice v psychoterapii	143
7.1.2 Edukace	144
7.1.3 Terapie	145
7.1.4 Přenos a protipřenos	146
7.1.5 Efektivita podpůrné psychoterapie	147
7.2 Egopsychologie a terapie zaměřená na přenos	148
7.2.1 Východiska	148
7.2.2 Terapie	153
7.2.3 Efektivita psychodynamické psychoterapie	155
7.3 Mentalizační terapie (terapie založená na mentalizaci)	158
7.3.1 Terapie	159
7.3.2 Efektivita mentalizační terapie	160
7.4 Gestalt terapie	161
7.4.1 Východiska	161
7.4.2 Terapie	163
7.4.3 Efektivita gestalt terapie	171
7.5 Kognitivně-behaviorální terapie	172
7.5.1 Klasický KBT model	172
7.5.2 Terapeutický vztah v KBT	174
7.5.3 Terapie	181
7.5.4 Efektivita kognitivně-behaviorální terapie	195
7.6 Dialektická behaviorální terapie (DBT)	197
7.6.1 DBT pohled na HPO	197
7.6.2 Terapie	199
7.6.3 Efektivita DBT	203
7.7 Terapie zaměřená na schémata	204
7.7.1 Východiska	205
7.7.2 Léčebný proces	224
7.7.3 Efektivita schémat terapie	230

Závěr	231
Literatura	232
Rejstřík	275

Lidí trápících se pro hraniční poruchu osobnosti v posledních letech přibývá. Tento trend může souviset s lepší diagnostikou, ale také s řadou dalších faktorů, jako je nižší porodní, novorozenecká a dětská úmrtnost, vyšší zaměstnanost žen od časného věku dítěte, přibývání neúplných rodin i nedostatek času zabývat se emocemi dítěte v rodině. S ohledem na závažnost problému získává diagnostika a léčba pacientů s hraniční poruchou osobnosti oprávněně také více pozornosti. Při psaní této knihy jsme byli vedeni snahou o vytvoření monografie, která bude užitečná širokému spektru odborníků pracujících v pomáhajících profesích, a to především psychiatrům, psychologům, psychoterapeutům, kteří se s lidmi s touto diagnózou setkávají v klinické či poradenské praxi nebo chtějí tomuto tématu více porozumět. Je pravděpodobné, že se kniha dostane do rukou také lidem trpícím hraniční poruchou osobnosti. K tomu účelu však nebyla vytvořena, na to obsahuje mnoho pohledů zvenčí, z nadhledu a méně „zevnitř“, z perspektivy, jak „hraniční“ problémy prožívá jedinec, který jimi trpí. V příkladech v knize jsou pro názornost užity často výraznější projevy, aby lépe demonstrovaly typické rysy emoční nestability. Ovšem neznamená to, že jsou vyjádřeny a přítomny u všech pacientů s hraniční poruchou osobnosti nebo v tak silné míře.

Cílem knihy bylo předat aktuální pohled na hraniční poruchu osobnosti, který odráží také naši zkušenost z diagnostiky a léčby v ambulantních i ústavních podmínkách, z individuální i skupinové terapie. Některé oblasti knihy budou srozumitelné a použitelné spíše pro psychiatry, jiné pro psychology, další pro psychoterapeuty nebo pracovníky jiných pomáhajících profesí. Kniha nemůže nahradit základní učebnice jednotlivých oborů a předpokládá, že čtenář získal základní znalosti předchozím studiem nebo si je pro svou potřebu doplní.

1. Základní charakteristiky

Pro hraniční poruchu osobnosti je typická instabilita a nápadnosti v projevech chování, afektivitě i v interpersonálních vztazích. Koncept hraniční poruchy osobnosti vznikl během pozorování psychoanalytických terapeutů. Ti si všimli, že někteří pacienti vyhledávají stále pomoc, podporu a mají problémy s udržováním hranic mezi sebou a ostatními lidmi včetně terapeutů. Snadno v terapii regredují, zejména pokud je terapeutická situace málo strukturovaná. Slovo „hraniční“ také odkazuje na někdy nejasnou hranici mezi neurózou a psychózou, neboť v minulosti byli tito pacienti diagnosticky zařazováni k atypickým formám psychóz. Vzhledem k tomu, že tyto rysy osobnosti zůstávají dlouhodobě stejné a k psychotickému vývoji nedochází, jsou tyto poruchy v aktuálních klasifikacích řazeny mezi poruchy osobnosti. Dlouhodobý vývoj je dokonce u těchto pacientů příznivější, než se původně očekávalo, a většina z nich v průběhu desetiletí maladaptivní rysy osobnosti ztrácí. Někteří z nich však rozvíjejí afektivní poruchu nebo se mohou vyvíjet směrem k jiným maladaptivním osobnostním rysům, jako jsou narcistické, histrionské nebo disociální.

Lidé s emočně nestabilní poruchou osobnosti se často projevují výraznou nestabilitou afektů a tendencí jednat impulzivně bez uvážení následků. Schopnost plánovat věci dopředu bývá u lidí trpících touto poruchou malá, plány často pod vlivem různých okolností mění a to následně potvrzuje jejich pocit vlastní nekompetence. Hlavním emocionálním rysem je tedy afektivní dysregulace – neschopnost odložit emoční impuls, který přinese úlevu, byť jen krátkodobě. Kognitivní vyhodnocení situace není schopno dysfunkční emocionalitu korigovat, pod vlivem silných emocí je jeho využití omezeno, navíc jsou popsány specifické kognitivní vzorce (dysfunkce), které často ke zkrácenému vyhodnocení situace vedou. I když postižený může být schopen hodnotit své chování a jasně si uvědomit, že autodestruktivní čin byl vyprovokován kritikou druhé osoby (nebo odmítáním, či dokonce vlastním sebehodnocením v průběhu hloubání o sobě), přesto jej může pokládat za přiměřený (kognitivní narušení). Výbuchy silné zlosti mohou vést k necílenému násilí nebo „explozivnímu“ chování. U emočně nestabilní poruchy osobnosti rozlišuje klasifikace MKN-10 (1996) mezi impulzivním a hraničním typem. V klasifikaci DSM-5 (2013) takové rozlišení není. U impulzivního typu převažuje emoční nestálost a nedostatečná kontrola impulzivity. Běžné jsou výbuchy násilí nebo hroživé chování, zvláště je-li jedinec ostatními kritizován. U hraničního typu jsou přítomny některé charakteristiky emoční nestálosti a navíc má pacient nejasné nebo narušené představy o sobě samém, svých cílech a vnitřních preferencích (včetně sexuálních), agresi směřuje jak proti okolí, tak – na rozdíl od impulzivního typu – zejména proti sobě. U hraničního podtypu se objevují chronické pocity prázdnoty, které střídají prudké změny afektivity a sebehodnocení. Příčinou opakovaných emočních krizí nebo epizod poruch

chování bývají intenzivní, většinou nestálé interpersonální vztahy. Excesivní pokusy vyhnout se opuštěnosti mohou vést k sebevražedným vyhrůžkám nebo sebepoškozujícím činům; pálení se cigaretou, bití se do holeně tyčí, leptání se kyselinou, pořezení kůže ostrým předmětem, bušení končetinou nebo hlavou do zdi apod. Tyto projevy chování se také mohou vyskytnout bez zjevných zevních či vnitřně reflektovaných příčin; ne že by neexistovaly, ale člověk s emočně nestabilní osobností si je často neuvědomuje. Část lidí s emoční nestabilitou se naučí emoce dobře potlačovat, a tak mohou být při běžném klinickém vyšetření nenápadní, působit emočně ploše, odtažitě a nepřístupně, nebo být korektní, milí. Emoční nestabilitu si dovolí projevit až v určitém kontextu, například po navázání vztahu s terapeutem či blízkou osobou v běžném životě. Často potřebují emoční trýzeň „vybít“, „znectlivět“ nebo „odvést od ní pozornost“.

KAZUISTIKA

Slečna Gabriela, 22letá mladá dívka, si vyřezala do předloktí slovo „monstrum“. Řekla o tom: *„Cítila jsem se napjatá a hrozně naštvaná na sebe, jako by ve mně byl uragán. Tak jsem se soustředila na červené linky, které mi dělala žiletka na předloktí, začala jsem se cítit hned lépe. Bolest přenesla moji pozornost na tělo a můj vztek a napětí odešly.“*

K problémům se postižení často staví bezmocně, mohou si nevědomě vynucovat pomoc nebo problémy řeší zkratkovitě. Jejich řešení pro ně znamená „krizi“, proto je při kontrolách a v psychoterapii obtížné usměrnit téma od aktuálních problémů k hlubšímu porozumění příčinám potíží. Život se podobá dramaticky napsanému televiznímu seriálu (Praško et al., 2003) a lidé v pomáhajících profesích mají někdy tendenci pacientům jejich příběhy nevěřit. Pacienti se mohou opakovaně a vehementně dožadovat hospitalizace, i když se to ze zdravotního hlediska nejeví jako indikované, nebo naopak při odchodu oznámit, že nevěří ve zlepšení, a naznačit suicidiální úmysl.

KAZUISTIKA

Během noční služby byla v jedenáct hodin večer přivezena z urgentního příjmu 28letá žena po předávkování sertralinem po hádce s přítelem. Byli spolu na mejdanu, kde přítel věnoval svým známým více pozornosti než jí. To ji rozzuřilo. Udělala scénu na večírku, pak odešla a spolykala asi sedm tablet antidepressiva. Přítel ji dohonal, vynadala mu a řekla, že raději nebude žít. Následně zavolal sanitku, partnerka však odmítala nastoupit, křičela na urgentní ambulanci, že raději chcípne, než aby žila v odporném světě. Střídavě plakala a křičela. I když vypila předtím cca 4 dl vína, opilá nebyla, spíše nedokázala zvládat svoje bouřlivé emoce. Po převezení na psychiatrii plakala a křičela na psychiatrický personál, ať ji ihned pustí, aby se mohla jít zabít. Pak mladému psychiatrovi s pláčem vyprávěla svůj příběh, ve kterém se střídaly slzy, křik a klení, bušení rukou do stolu a opakované vstávání s prohlášením, že hned odejde a půjde se zabít. Psychiatr byl unavený, ale snažil se pacientce naslouchat. Sdělovala, že nikdy

nebyla šťastná, už několik let často přemýšlí o sebevraždě, už dvakrát se předávkovala léky a jednou už stála na zábradlí na mostě. První předávkování bylo po rozchodu s přítelem, se kterým má 8letou dceru, druhé asi před třemi lety, kdy byla propuštěna z práce, kde měla konflikty s nadřízenou, která byla „kráva“. O dceru se starají její rodiče, ale ona ji miluje, nicméně nemůže ji zatěžovat svými problémy ani s ní bydlet v garsonce. Nemůže s ní také být u rodičů, protože s matkou se pořád hádají. Matka si stále neuvědomuje, že už je dospělá a potřebuje si žít svůj život. Teď žije čtvrt roku s novým přítelem, se kterým se právě teď rozešla. Ať si sbalí věci a vypadne, nechce ho už ani vidět, protože je to „kretén“. Na večírku se bavil s kamarády a s nějakou holkou, která vypadala příšerně, celý se před ní nakrucoval a ona ho „žrala“. To ji naštvalo, seřvala je oba, pak i jeho kamarády a odešla, aby se šla zabít. Když se k tomu lékař nevyjádřil, začala na něj křičet, že mu je to jedno, jak se ona trápí, že ji jen zavře na psychině a nacpe lékama, jak se jí to už dvakrát stalo. Beztak s ní nikdo nic neřešil, pak ji za pár dní pustili. To je všechno k ničemu. Lékař tiše seděl a poslouchal. Pak řekl, že se musela na tom večírku cítit velmi špatně a asi také sama, že rozumí, že ji to naštvalo. Ptal se, zda ty ostatní znala. Řekla, že trochu jednoho kluka, ale tu holku a další dva kluky neznala. Lékař jí řekl, že docela rozumí tomu, že chtěla, aby se jí přítel věnoval a nebavil se tolik s druhými, že se možná cítila sama, když je neznala. Vyjádření pochopení ji uklidnilo. Nakonec souhlasila, že zůstane na oddělení do dalšího dne, aby mohla v klidu a s odstupem probrat celou situaci a zvážit, co nejlépe dále udělat.

V následujícím textu budeme mluvit zejména o hraničním typu emočně nestabilní poruchy, protože je pro samotného jedince závažnější. Lidé s hraničním typem mají větší tendenci se trápiti sami, obracet násilí proti sobě, a proto jsou také mnohem častěji v kontaktu s psychiatrií. Léčba obou typů se opírá o stejné principy.

Lidé trpící emoční nestabilitou mají sklon k potlačování negativních emocí. Ty se hromadí a intermitentně se projevují emočními výbuchy a neschopností je ovládat. Dále pak trpí tendencí k hašteřivému chování a ke konfliktům s ostatními, zvláště jsou-li zkratkovité činy odmítány, kritizovány nebo potlačovány (Putnam a Silk, 2005). Schopnost emoční regulace přitom nesouvisí s intelektem, a tak nepřekvapí, že pacienti jsou často velmi bystrí lidé, kteří nedosahují očekávatelných úspěchů v životě. Typicky vyjadřují, že nevědí, kým ve skutečnosti jsou, ani jak se cítí, chybí jim pocit vnitřní konzistence. Hněv prožívají často a velmi intenzivně – jako zuřivost. Bývají iritabilní, k sobě i druhým nadměrně kritičtí. Jejich emocionální potřeby jsou obtížně nasytitelné, zároveň nadměrně vnímají nedostatečnou pozornost blízké osoby, a proto ve vztazích často prožívají frustraci a zklamání. Problémy v životě řeší zpravidla zjednodušeně podle černobílých pravidel; nadměrná simplifikace neodpovídá jejich intelektu.

Dalším povahovým rysem je snížená schopnost odložit akci, mají problém sublimesovat své touhy a modulovat své pocity (Praško et al., 2003). Frekventovaně se objevuje tzv. acting out, kdy dochází k vybití pudového napětí pomocí nepřiměřeného impulzivního činu (příkladem je opití se, promiskuita, výbuch vzteku, sebepoškození apod.).

Acting out může být také zoufalým pokusem získat pozornost, péči nebo jiné zisky (Sansone et al., 2011).

U řady z těchto pacientů se objevuje intenzivní pronikavá a všude se vyskytující úzkost – tzv. pananxieta. Vnitřně ji prožívají jako nesnesitelné napětí, následně vyžadují medikaci nebo se snaží zklidnit alkoholem či drogami. Napětí rovněž snižuje excesivní pohybová aktivita, přejídání se nebo sebepoškození.

KAZUISTIKA

Pacientka Lenka přichází o víkendu do akutní ambulance pro depresi. Sděluje, že po rozchodu s přítelem není schopna v práci fungovat; vztah trval asi rok, ale přítel si našel jinou. Poslední týden se opíjí, aby na to nemusela myslet, jinak je v práci, ale už to nepomáhá. Neví, co má dělat, po odstěhování se od něj si neví rady, žije teď s mámou, ta jí taky neumí pomoci. Bývalého přítele nenávidí, začala sledovat jeho přítelkyni, ví o ní všechno, ale vyčítá si to, myslí, že se chová jako psychopat. Na druhou stranu by měl přítel trpět, zaslouží si to, protože ji zradil, musí přijít odplata. Je s ní v kontaktu, to je pravda, pomáhá jí překonat tu krizi. Byli pro sebe zrozeni, takový vztah dosud nezažila, jsou spolu zvláštním způsobem propojeni. V průběhu rozhovoru s psychiatrem pacientka opakovaně mění způsob, jakým o příteli mluví, střídá se nenávisť, pocity křivdy, lítost, vztek na sebe. Po tom, co dostane podporu a je jí nabídnuta krizová hospitalizace, odchází zklidněna. Hospitalizaci po zvážení odmítne. Psychiatr po odchodu z ambulance zahlédne pacientku, jak ji kolem pasu drží přítel, se kterým se před týdnem rozešla a kterého nenávidí i miluje.

Hraniční pacienti často reagují na známky nezájmu nebo odmítání panikou, emoční labilitou, pocitem nesnesitelné tenze, nevědomou manipulací, hněvem nebo impulzivitou (Shapiro, 1992; Praško et al., 2003). Pokud naváží dobrý terapeutický vztah, pak během období, kdy jsou klidní, vesměs dobře spolupracují. V zátěži, jako je vážný konflikt, ohrožení důležitého vztahu nebo tělesné onemocnění, se mohou objevit přechodné psychotické epizody, zpravidla trvající hodiny až dny. Při stresu, osamělosti nebo i při léčbě somatického onemocnění se mohou objevit krátkodobé afektivní reakce se sebe-poškozujícím chováním, suicidiálními pokusy, ale také dlouhodobé dekompenzace ve formě epizod deprese, úzkostných, somatoformních nebo disociativních poruch (Praško, 2007). Hledání posílení vede tyto pacienty k překračování hranic terapie směrem k terapeutovi. Na oddělení se mohou chovat nekonvenčně (kouří na toaletě), odcházejí v době vizity, komunity, jsou citliví na autoritativně vymáhaná pravidla apod.

KAZUISTIKA

Monika, 47 let, je přijata k psychoterapeutickému pobytu pro projevy sociální fobie, které se objevují zejména v práci, když má před kolegy přednést referát. Jednou se jí stalo, že měla okno, pak se několikrát vymluvila, aby nemusela před ostatními mluvit, přestala s nimi chodit

na obědy, začala se bát, že se ztrapní i při běžné konverzaci u cigarety. Potíže se objevily poté, co začaly vážnější konflikty s manželem, které jí připomněly despotického otce z dětství. Po přijetí pacientka zjišťuje, že na oddělení nelze kouřit a budova se uzavírá v devatenáct hodin. Sděluje proto lékaři, že díky stresu silně kouří a v noci bez cigarety nedokáže být. Naznačuje, že i když se bude snažit, asi to nezvládne, požaduje řešení po lékaři. Ten zopakuje pravidla oddělení a s pacientkou se rozloučí. Dalšího dne staniční sestra referuje o porušení zákazu kouření na oddělení pacientkou. Pacientka je upozorněna na hrozbu ukončení hospitalizace, slibuje, že se pokusí vydržet. Od čtvrtého dne lékaři vítězoslavně sděluje, že už nekouří, ale potřebuje mimořádnou propustku na celý den.

Interpersonální vztahy u lidí s hraniční poruchou osobnosti bývají intenzivní, nespokojené, často velmi divoké (Melges a Swartz, 1989; Marzially a Munroe-Blum, 1995; Sansone a Sansone, 2012). Protože si pacienti nejsou jisti druhými lidmi, ale zároveň potřebují jejich přijetí a bojí se odmítnutí, vytvářejí buď závislé a těsné svazky, nebo se naopak chovají distancovaně a chladně. V prvním případě se velmi snaží, udělají pro druhého první poslední, vyhledávají neustále jeho společnost, jsou však zároveň nadměrně kritičtí, peskují, moralizují, vyčítají nebo jsou zlostní, nadávají, často hrubě. V druhém případě dávají najevo, že je jim vztah lhostejný, chovají se distancovaně a chladně, jako by věcně sdělují, že si nejspíše najdou někoho jiného. Lidé s hraniční osobností druhé lidi prožívají buď jako dobré, nebo jako zlé a – stejně jako u sebe – většinou nedokáží vidět jedince jako někoho s přednostmi, ale i nedostatky. Ve vztahu s partnerem, rodiči i autoritami, kam patří i zdravotníci, se tyto póly mohou rychle střídat. Pro lidi, kteří se dostanou do kontaktu s takovýmto jedincem, je proto obtížné porozumět tomu, co se ve vztahu či dané situaci aktuálně děje. Sami mají i při dlouholetém vztahu problémy s chápáním partnerových pocitů a motivací (nedostatečná mentalizace), podobně nechápou, jak snadno se cítí dotčeni i neutrálními podněty, útočí na partnera s přesvědčením, že jim záměrně ubližuje (Shapiro, 1992).

KAZUISTIKA

Veronika v terapii sděluje, že už ji partner nemá rád. Všimla si, že jí na e-maily odpovídá po delší době než před půl rokem, kdy si spolu začali, a e-maily jsou taky méně časté. Když se ho na to opakovaně ptala, tak se tvářil, že toho má teď v práci hodně, právě mají nového šéfa, více je hlídá, co dělají v pracovní době. Sama práci nemá, ale ví, že když jí partner odpoví až po hodině, přestože je pořád na mailu, znamená to, že už ji nemiluje. O víkendu mu byla nevěrná, ale on byl přes víkend na nějakém firemním školení, kde prý nebyl přístup k internetu, a tak jí nenapsal. Má teď pocity viny, ale na druhou stranu on si to zaslouží, když už ji nechce.

Bouřlivé hádky, které následují, vycházejí z pocitů zranění a bezmoci, a proto mohou snadno vyústit do suicidiální tenze nebo chování (Links et al., 2003; Bellino et al., 2010). Dokonce i když se tváří „nad věcí“ (odtažitý obránc – disociativní mechanismus, který

chrání před silnými negativními emocemi) a sami razantně ukončují vztah, mohou se záhy pokusit o sebevraždu, většinou pro pocity opuštěnosti, viny nebo „z pomsty“.

KAZUISTIKA

Pacientka byla přijata po intoxikaci alprazolamem na JIP interní kliniky. Při konziliárním vyšetření sděluje, že se včera pořezala na předloktí a pak snědla prášky, které má užívat. Je to proto, že je jí partner nevěrný. Tuší to už delší dobu, ale on to pořád popírá. Včera, když byla doma a on se nevracel jako obvykle, tak mu napsala SMS, kde je tak dlouho. Protože jí neodpověděl, začala být nervózní a napsala mu po chvíli znovu. Když opět neodpověděl, tak ji napadlo, že je určitě s nějakou courou, která jí ho přebrala. Začala vzpomínat na předchozí partnerské nezdary a napsala příteli, že je ubožák, když jí ani nedokáže říct na rovinu, že někoho má, a že se už nemusí vracet. Přítel zanedlouho přišel domů, SMS si ještě nestihl přečíst, zatímco ona mu už ve dveřích vyčítala a obviňovala ho z nevěry. Unavený partner se po hádce naštvál a odešel do hospody na panáka. Sama si to pak vyčítala, měla na sebe vztek, tak snědla zbytky alprazolamu, který občas užívá, a pořezala se na předloktí. Když jí přítel po příchodu domů našel spavější a pořezanou, zavolal sanitku.

Rovněž pracovní prostředí může být jedním z kolbišť, kde se odehrává boj za zachování vlastní identity oddělené od identity ostatních kolegů (Janošíková a Daviesová, 1999). Konflikty s nadřízenými i kolegy jsou časté, lidé s emočně nestabilní osobností většinou bojují proti domnělému bezpráví, protekci, obviňují druhé z neschopnosti, nedostatku pracovitosti, výhod u nadřízených apod. Pracovní vzorce jsou charakteristické nestálostí, intenzivním zaujetím s následným náhlým ukončením činnosti, nedostatkem uspokojení z práce, problémy ve vztazích. Domnělé bezpráví a odsuzování spolupracovníky, kritika nadřízeného nebo kolegů, ocenění někoho jiného, to vše může být spouštěčem nebo posilovačem suicidiálních rozlad.

KAZUISTIKA

Daniela si všimla, že si šéf v poslední době více všímá nové kolegyně Katky, pořád jí s něčím pomáhá, všechno jí usnadňuje a na ranní poradě se na ni vždy usmívá. Dokonce chtěl po Daniele, aby jí s něčím taky pomohla. Vrcholem bylo, když ráno oceňoval všechny, co vystoupili na poslední konferenci, a koukal u toho na Katku, ale Danielinu přednášku zvláště nejmenoval, přestože si na ní dala tak záležet a měla ji nejlepší. Řekla si, že už pro šéfa nic dělat nebude, ať si trhne, začala hned hledat jiné nabídky práce v oboru. Do práce se už netěšila jako předtím, nic ji nebavilo, večer se často posilnila několika panáky, aby na to nemusela myslet, o víkendech se opíjela. Postupně si více všímala nedostatků nové kolegyně a dávala prostor šéfovi, aby si jich také mohl všimnout, mezi kolegy ji začala pomlouvat. Sama se snažila vypadat lépe než předtím, pracovala více, nabízela nadřízenému pomoc, snažila se, aby si všiml i toho, že

je žena. Katka nakonec z pracoviště odešla, ale po čase se objevila nová kolegyně, se kterou se vše opakuje. Daniela přichází do terapie s pocity nespravedlnosti, marnosti, vyčerpaná.

Pacienti s emočně nestabilními rysy osobnosti jsou v léčbě někdy naštvaní až zlostní, vyžadují pozornost a péči, vehementně se dožadují „svých práv“. Pokud jsou hospitalizováni, často se dožadují lékaře i mezi vizitami. Někdy intervenuje celá rodina pacienta. Postižení mohou alternovat mezi přilnavou vděčností a otevřeným zneužíváním. Hledání posílení (a „dokrmení citového hladu“) vede tyto pacienty k překračování hranic terapie.

KAZUISTIKA

Kamila byla přijata pro vyčerpání na psychoterapeutické oddělení, dále splňovala kritéria pro GAD. V prvních dvou týdnech její stav kolísal, ale pak to vypadalo, že je vše na dobré cestě. Má malé děti, na víkendy jezdila domů, jako všichni pacienti, opakovaně byla spokojená. Před jedním víkendem si všimla, že ji bolí v krku, požadovala změření teploty a dále ORL vyšetření. Teplotu měla 37,1 °C, na ORL nedoporučili ATB terapii, ale protože pacientka naléhala, lékař v závěru doporučil odběry krve. Na oddělení psychiatr zhodnotil závěry ORL, klinický stav pacientku informoval o tom, že odběry neindikuje. Kamila se s tím na oko smířila, ale vyhledala druhého lékaře oddělení, avšak zase neuspěla. Lékař doporučil o víkendu se šetřit, a pokud dojde k progresi stavu, pak odběry zváží. Pacientka byla nespokojená, pomyslela si své a hned v pondělí opět naléhala na odběry. Staniční sestra je po opětovné konzultaci s lékařem odmítla, s tím se ale Kamila nesmířila a zaklepala na pracovnu lékaře, stěžovala si na únavu a na to, že nezvládá rozcvičku. Opět neuspěla, byla poučena o tom, že se má šetřit, na rozcvičku nemusí, byl jí doporučen teplý čaj a lůžko. Tentokrát už neskrývala naštvání, bouchla dveřmi a cestou nadávala na psychiatry, kteří ani nejsou doktoři, takže jak jí můžou odpírat indikované vyšetření. Na sesterně pak svou frustraci ventilovala, až se mezi řečí dozvěděla, že si může koupit test na CRP v lékárně za rohem. A tak si další den test koupila. CRP ale nesvědčilo pro závažnější infekci a už neměla ani teplotu. Kamila nemohla křivdu ale jen tak přejít. Mezitím měla bolesti v krku sousedka z pokoje, a tak začala bojovat také za ni. Na oddělení nemohla spolupacienty neinformovat o tom, jak je špatně léčena stejně jako ona. Veřejné mínění spolupacientů tak získala na svou stranu. Na ranní komunitě se pak více pacientů přidalo ke kritice somatické péče na oddělení. Celé komunitní sezení se tak věnovalo otázce péče na oddělení, překračování hranic, pocitům křivdy některých pacientů apod.

1.1 Příběh

Drobné kazuistické viněty mohou dobře ilustrovat problémové prožívání a chování pacientů s hraniční poruchou osobnosti, neskýtají však dostatečně pochopení prožívání v extrémních emočních pólech, ani impulzivního chování či proměnlivosti ve vztaho-

vém rámci. K porozumění konkrétnímu pacientovi a pro individuální terapeutický plán potřebujeme znát celý jeho příběh.

KAZUISTIKA

„Nechte mě chcípnout, zasraný život, zasraní parchanti, zkurvení chocholoušci,“ řvala spoře oblečená podnapilá dáma přivedená policií s nápadnou tetovází na ramenou a stehnech. „Svlékla se a chodila po hraně mostu a řvala, že tam skočí,“ říká zasmušile mladý policista. „Tak jsme ji přivezli k vám. Možná je opilá nebo zfetovaná, řvala se s námi.“ „Nejsem nalitá ani zfetěná, jsem nasraná... nervalva jsem se, ale bránila... když mě nepustíte, rozmlátím vám to tady na cucky,“ vyhrožovala. „Vy musíte mít pořádný vztek,“ odušil lékař. „To tedy mám, chocholačku... a s nikým nebudu mluvit, to teda ne...“ „Rozumím, až se vám bude chtít...“ „To tedy nebude, nejsem na vás zvědavá... pustte mě ven. Zabiju se a bude pokoj...“ „Ježíši, vy jste fakt našťvaná...“ „Co to na mě zkoušíš, jaký Ježíši..., ještě ze za mě pomodli...“ „Vidím, že se stále zlobíte...“ „Zlobíte, co to říkáš, jsem nasraná...“ „Nasraná... to se vám něco špatného muselo stát...“ „Nezkoušej to na mě, mladej...“ „Možná, že by se vám mohlo ulevit, kdybyste měla chuť o tom mluvit... jen pokud chcete... a až budete chtít...“ „Já tady nechci být, ve cvokhausu, nejsem blázen, mám právo se zabít... a když mě nepustíte, zabiju se tady...“ „To vás musíme hlídat... ale řekněte mi, proč se chcete zabít...?“ „Říkala jsem, že nechci s nikým mluvit... proč se chci zabít? Ne, nechci tady řvát...“ „Někdo vám hodně ublížil? Pojďte se aspoň posadit, když nechcete o tom mluvit... můžeme mluvit, o čem chcete...“ „Nechci o ničem mluvit...“ „Tak se pojdte posadit, musíte být už unavená...“ Sedá si, vstává a zase sedá. Pláče. „Vidím, že je vám moc smutno...“ „To teda je...,“ říká už s menší zlobou v hlase, „bolí to jako prase...“ „Odešel a nechal mě s děckem... Já ji zabiju, jeho zabiju, sebe zabiju...“

Důvod přijetí: důvodem přijetí na psychiatrické oddělení byl suicidiální úmysl, při kterém polosvlečená žena chodila po mostě, ze kterého chtěla skočit. K suicidii se rozhodla poté, co křičela na svého přítele, že ho zabije, protože se vyspal s její kamarádkou. Ta jí to „přátelsky“ oznámila, když se ve stejný den pohádaly v kavárně. Po prudké hádce přítel odešel z bytu. Řekl, že od ní odchází. Vyházela mu věci z okna paneláku, řvala za ním na ulici četné nadávky, pak doma brečela nebo zuřila a rozbíjela věci. Obě děti byly našťestí u matky. Napadlo ji, že nejlepší bude umřít. Chtěla sníst léky, ale našla poslední dvě tablety diazepamu. Spolkla je, zapila vodkou a vyrazila v tričku a kalhotkách do únorové noci skočit z mostu. Chvilí váhala, byla jí strašná zima, a pak ji chytli policajti. Rvala se s nimi, a tak ji odvezli na psychiatrii. Chce zemřít, protože život nemá cenu. Všechny vztahy jí „krachly“, nesnáší se s matkou. Děti miluje, „...ale hovno je mi to platný, když se o ně nepostarám, nemám za co. Ať se o ně postará někdo jiný.“

SPP: při přijetí v silné tenzi, střídá hněv a pláč, sebelítost a nenávisť k celému světu. Mírně intoxikovaná. Zpočátku odmítá komunikovat, sporadicky lékaři tyká, častuje je úsměšky, pak události líčí ve vztekem v hlase a koproalálií, pak opět pláče, prožívá bezmoc. Emoce se rychle