

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 schématerapie	230

Závěr	231
Literatura	232
Rejstřík	275

Úvod

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, pořezání 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, otažité 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 antidepresiva. Přítel ji dohonil, 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 našťvalo, 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 našťvalo. 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 trápit 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 bystří 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 sebepoškozujícím 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; Marzilli 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, jakoby 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 naštal 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 ji 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 zvlášť nejmenoval, přestože si na ní dala tak záležet a měla ji nejlepsi. 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, vyčerpání.

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 „dokrmění 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 a 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 naštvaní, 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 chćípnout, 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... nerval 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 se 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 diazepamů. 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. Řvala 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 se vztekem v hlase a koprolalií, pak opět pláče, prožívá bezmoc. Emoce se rychle

střídají podle obsahu řeči. Ve svém životě nevidí východisko. Hospitalizaci nejdříve vehementně odmítá, pak si jde sama lehnout na pokoj, kde pláče. Anamnestické údaje při přijetí odebrány částečně, protože některé otázky ji rozčilují a odmítá na ně odpovídat. Somatické vyšetření rezolutně odmítá, je eupnoická, tlak a pulz, které jí měří sestra, jsou v normě. Dechová zkouška i chování svědčí pro mírnou podnapilost. Anamnestické údaje jsou doplněny následující den ráno, kdy je spolupráce mnohem lepší.

Rodinná anamnéza: otci je 55 let, pracuje jako mistr ve strojírenském závodě. Je zdravý, někdy zlostný a výbušný. Od dětství z něho měla strach, nešlo mu moc říci, protože po ní vyjel a začal po ní rvát. Když po něm cokoli chtěla, zařval na ni, ať neotravuje. Od dětství jí často říkal, že je „blbá jak troky“. Viděl se ve svých dvou synech, se kterými chodil na fotbal. „Byla jsem pro něj buď vzduch, nebo otrava.“

Osobní anamnéza: matka měla v těhotenství problémy s ledvinami, ale porod byl normální. V předškolním období nebyla nemocná, v nemocnici nebyla, mluvení a psychomotorický vývoj v normě. Když byla malá, spadla z prvního patra (byly jí 2 roky) přímo na hlavu, měla ji rozbitou. Zda byla v bezvědomí, neví, nezná ani další okolnosti. Do školky chodila, učitelka jí vymyslela přezdívku „kuřátko“, z čehož byla nešťastná, doma brečela, brala to jako urážku, ta přezdívka ji provázela celou základní školu, kdy jí říkali „kuře“, „slepice“, nebyla ve škole moc oblíbená, nebyla moc průbojná, stále měla v hlavě maminčiny rady, nevyrušovala, pořád se cítila sama, kamarádi ji nebrali. „Nedolízej“, nadávali jí a dělali si z ní srandu. Když měla dobrou kamarádku, druhá ji odvedla. Celý život se cítí sama a neví, kam patří. Dává si často za vinu, proč je taková. Protože má „upíštěný hlas“. Matka na ni řvala, „ať nerve“.

V dětství měla problémy se dvěma staršími bratry, kteří si s ní nechtěli hrát. Nejstarší ji psychicky týral, říkal, že jí rozbije hubu, všechno na ni sváděl. Celé dětství slyšela, jak je blbá, jak nic neumí. To říkali i rodiče i bratři. „Mně to ubližovalo, cítila jsem, že mě nikdo nemá rád.“ Proto má k dětem jiný postoj, ale někdy jí nervy ujedou, když syn zlobí, a pak na něj strašně ječí a sprostě mu nadává. Za to si pak dává sama pár facek.

Ve škole si moc nevěřila, měla „hrozný strach“ ze zkoušení, myslí si, že byla také dyslektik, neuměla počítat z paměti, když něčemu nerozuměla, táta na ni hodně křičel. Dostávala také výprask, ale nejvíce měla strach z toho, co se stane, když rodiče přijdou domů, když něco rozbili. Nejstarší bratr ji naváděl k nepravostem, když byli doma sami a nejstarší bratr je měl hlídat.

Když byla v první třídě, nejstarší bratr (o tři roky starší) přišel jednou domů a blbl na ni. Prali se, povalil ji na zem, lehl si na ni, začal dělat pohyby, cítila jeho penis, trvalo to pár vteřin. Ptala se, co dělá, nechtěl z ní slézt. Bála se, že jí dá dolů tepláky. Druhý podobný zážitek měla o rok později. Byli jednou u babičky se sestřenicí a bratrancem a měli tam spát přes noc. Babička jim ustlala v manželské posteli. Bratranec ležel uprostřed a prali se, věděla, že něco se sestřenicí dělají pod peřinou, pak přestali, smáli se a najednou se otočil k ní a řekl, aby si lehla na záda, strkal jí prsty do rozkroku, pak ji nechal, udělal to párkrát, pak šli spát. Tehdy to nebylo nepříjemné, jen nevěděla, co se děje. Říkala si, že neví, co se děje. Traumatické to asi nebylo, až teď vzpomínání na to. V pubertě si ji odchytili spolužáci, když ji opřeli

o zeď a osahávali ji. Hrozně se styděla, bránila se, ale dvěma klukům se neubránila. Pak řekli druhý den třídě, že se nebránila, že se jí to líbilo. První měsíčky dostala ve 14 letech; když zjistila, že krvácí, zpanikařila, nevěděla, co má dělat, zavolala na matku. Nemyslí si, že tyto zážitky byly pro ni nějak traumatizující, jen měla takový pocit, že je jakoby „nečistá“ nebo „pošpiněná“, a tak se vlastně trochu cítí celý život. Vzpomínky se jí vracejí spíše na ošklivé situace, které se staly později, jednak na nucení k sexu prvním přítelem, když jí bylo 18 let. Byl agresivní, prakticky ji znásilňoval, držel jí ruce i nohy a nutil jí, co chtěl on sám. Tak se jí vracejí vzpomínky na opakované znásilňování, které zažila v Praze, když ji nutili k prostituci. Vzpomínky se vracejí někdy, když má bolesti břicha, ale také když se hádá s přítelem. Nezdá se jí o tom. Pokud si nyní pamatuje nějaké sny, tak jsou to sny, že se jí „narodilo miminko, a někdy je to hezké a někdy ošklivé“.

Po základní škole šla na rodinnou školu. Na to nerada vzpomíná, byla opět sama, spolužačky ji nebraly, že je „taková puťka“, byly tam ranařky, ostřílené, hodně sprosté, dělaly ve vyučování binec, nechtěla být jako ony. Nejvíce stresující byl první ročník, kdy tam sama dojížděla, musela dlouho čekat na autobus, bloudila po městě, bylo jí smutno, že tam nemá spřízněnou duši. Horší to bylo přes zimu. Ve druhém ročníku se však totálně změnila, začala dělat „blbiny“, mluvit sprostě, aby holky viděly, že není taková „sračka“. Puberta přišla později, ale podle ní proběhla „úplně v klidu“. Najednou měla hodně kamarádů, chodila na diskotéky, opíjela se, dávala si pravidelně marihuanu a občas perník. Byla tehdy divoká, šťastná, zmizela ta „ušláplá chudinka“. Doma byly ovšem prudké konflikty, rodiče jí nadávali, hlavně s otcem se hádala, říkal, že „by měla zvednout prdel, že na všechno sere“, tehdy se však spíše chtěla bavit. Rodiče jí celý život něco vyčítali. Nakonec nematurovala, neučila se dobře, měla čtyřky, kromě prvního ročníku, kdy se učila lépe, ve druhém a třetím na školu úplně „kašlala“. Učitelky ji urážely, říkaly, že je „blbá a má IQ houpacího koně“, tak tam přestala chodit. Do maturitního ročníku už nenastoupila, protože otec řekl, že je blbá a ať zapomene na maturitu. Užívala si ještě poslední prázdniny. Poznala muže, se kterým otěhotněla, rozešla se s ním, pak potratila. Mrzelo ji, že rodiče byli rádi, protože si chtěla dítě nechat, potrat si dosud vyčítá. Byla to její chyba, protože chodila na diskotéky i jako těhotná.

Další čtyři roky střídala zaměstnání, odjela jako au-pair do Itálie, kde neuměla ani slovo italsky. Měla pocit, že ji zneužívají, musela hodně pracovat a málo jí platili. Vrátila se do republiky, chvíli dělala číšnici v kempu, pak prodavačku u stánku, uklízečku v nemocnici v Praze. Bydlela na ubytovně a měla málo peněz. „A tehdy mě dostaly, kurvy zasraný. To víte, jak se to dělá. Jeden luxusně oblečený mě sbalil na diskotéce, odtáhl mě do bytu, tam mě ožral a zfetoval. Pak se na mně střídali a nepustili mě ven. Stále chlast a drogy. Jeden byl ‚hodnej‘ a tak jsem pro ně začala makat. Ale ne jako obyčejná šlapka, to by mě museli zabít!“ Pak dělala „společnici“ bohatým klientům a jezdila „eskorty“ (týdenní i delší doprovod bohatého muže jako společnice na cestách), hlavně s Italy, protože italsky rozuměla. Za to období se stydí, ale jinak nemohla, protože nikdo jí nepomohl, a takto se nakonec postavila na vlastní nohy. Vydělala dost peněz a procestovala kus světa. „Nikdy jsem ale nebyla šlapka, vždy jsem byla v lepší společnosti! A taky jsem si už začala šetřit peníze, přestala chlastat a fetit, což jsem nikdy předtím nedokázala.“ Nakonec se do jednoho Itala zamilovala a on do ní. Odstěhovala se za

ním do Itálie a rok žila v pronajatém bytě a čekala na něj. „Říkal, že mě miluje a rozvede se, ale stále to odkládal. Hajzl si mě vydržoval jako milenku. Nakonec jsem se naštvála, řvala jsem na něj. Poslal mě zpět do Prahy. Ale měl blbý svědomí, tak mi zařídil takový obchod na prodej italského vína. Chvilí to fungovalo, ale mě to nebavilo. Ale už jsem byla rozumnější, tak jsem si našetřila a pak se na to vykašlala.“ Před pěti lety si koupila byt na Moravě, kde žije dosud. Našla si práci v baru a tam se seznámila se současným přítelem. „Strašně jsem se zamilovala. Rozuměli jsme si ve všem. Názorama, v posteli, všechno jsme si řekli. Zůstal se mnou. Byla jsem mu vděčná a naprosto věrná. Přestala jsem sprostě mluvit. Prodala jsem svůj byt a on svůj a koupili jsme si větší.“ Po roce se jim narodil syn. „To bylo nejhezčí období v mém životě. Byla jsem šťastná.“ Po dalších dvou letech dcera. „A to se všechno začalo zhoršovat.“ Začaly spory. Chtěla, aby jí doma pomáhal, ale on říkal, že dělá v práci a nosí peníze. Asi dva roky mají stále hádky a nesrovnalosti, protože přítel mluví sprostě a jí je z toho špatně. Ona taky mluví sprostě, ale to proto, že je jí špatně. Jak sprostě? „Prostě říkám do prdele, kurva, píča – jak mluvil vždy můj otec.“ Přítel se změnil, je hodně zaměstnaný, stále v práci. Děti mu lezly na nervy. Vyčítala mu a prosila ho, aby s ní byl častěji, chybělo jí objetí, měla velkou potřebu ho mít u sebe. V poslední době se alespoň o víkendy snažila být s ním a bylo to lepší, protože děti byly u matky a on doma. Už doufala, že se všechno zlepší, a teď tohle. Má na něj strašný vztek, ale vůbec si bez něj neumí svůj život představit. Nejen ekonomicky, prostě ho potřebuje, aby byl s ní. Jinak nic nemá cenu. Přitom by ho nejraději zabila. Jestli šel k „té kurvě“, tak ho nechce ani vidět. Přitom stále čeká, že jí zavolá na mobil. Nevolá.

První porod před čtyřmi lety byl nekomplikovaný, hodně se na dítě těšila a užívala si, že ho má v posteli. Na poporodní období vzpomíná jako na krásné. Druhý porod byl těžký, šest hodin čekala, dcera měla skoro 5 kg, nemohla dostat ven hlavičku. Po porodu jako by upadala do „transu“. Měla pocit, že omdlela a tři hodiny prospala, byly to však tři minuty. Byla vyčerpaná. Další dny se „zhroutila“, upadla, pak ji dovedli na pokoj, dali jí kapačku, od té doby se cítí špatně. Měla strach, chtěla utéct z porodnice za matkou. V šestinedělí doma moc nejedla, bylo jí stále špatně, bolet ji „celý spodek“. Byla zašitá, nemohla sedět, ležet, spát a do toho kojila. Byla strašně vyčerpaná. Matka jí tehdy čtrnáct dnů hodně pomáhala, vyprala, v noci k dceři vstávala. Jak ji teď chvílemi nesnáší, tak tehdy „byla matka zlatá“. Sama někdy neměla sílu stát na svých nohou. Matka jí do postele čtrnáct dnů dceru podávala. Pak začala jíst, pak začala fungovat normálně. Pak jí však začalo vadit, že se „matka do všeho míchá“. Starší bratr řekl „děcku se narodilo děcko“. Rodiče se jí do všeho pletli. „Kdo chtěl, tak si děti bral, aniž se mě ptali.“ Připadala si méněcenná a od té doby se cítí zbytečná, prázdná, neví, kam patří. „Dcera stále řvala, byla neklidná a plakala, lezlo mi to na nervy, její pláč mě znervózňoval. Měla jsem sny, že chodím po kuchyni s nožem a všechny je pobodám.“ Poslala je nakonec „do háje“, ale za cenu velkých hádek. To, že to udělala rázně, jí dodalo síly. Pak děti začala lépe zvládat a celkově se jí ulevilo.

Sexuální život – s přítelem při styku i po něm ji někdy bolí břicho. Ze strachu, že ji to bude bolet, to někdy ani nechce. Většinou v době před měsíčky. Ovšem v poslední době se ona sama dožaduje sexu častěji než přítel. Zjistila, že někdy jí to i pomůže, uvolní ji to. Většinou zažije

orgasmus, ale to se s ní musí přítel „domazlit“ nebo se „udělám sama“. Někdy jí to pomůže jít na záchod. Milují se v průměru dvakrát do měsíce.

Psychiatrická anamnéza: před dvěma lety, několik měsíců po druhém porodu, se objevily silné pocity napětí v období kolem menstruace. Během menstruačního cyklu, někdy i týden před a po je jí hodně špatně, bolí ji žaludek, má „hrozný strach“, jaká menstruace bude, protože každý měsíc je jiný. Má před tím silné migrény, bolesti břicha, někdy se to změní a má záchvaty: roztřesou se jí ruce, podlamují se jí kolena, má horkost do celého těla, v hlavě jí to nepříjemně pracuje, má zvláštní pocity, nutí ji to myslet na to, že si něco udělá, proč si prášky nevezme více a neukončí to, začíná ji nesnesitelně bolet hlava, má pocit, že jí hlava „vymbouchne“, má „panickou hrůzu“, co se teď stane, bojí se, že upadne do bezvědomí (několikrát upadla) a někdo ji najde. Bylo to hodněkrát, zpočátku každý den asi týden před menstruací. Od té doby užívá léky, vystřídal několik antidepresiv, ale na napětí jí nejvíce pomáhá diazepam, který týden před menstruací užívá téměř každý den. O antidepresivech si nemyslí, že by jí nějak pomáhala, několikrát je vysadila, pak se k nim zase vrátila. Během dvou let vystřídal prakticky všechny SSRI a venlafaxin. V posledních třech měsících je nebrala vůbec. Pomáhá jí pouze diazepam, ale vždy jen na část dne. Ví, že je na něj závislost, ale v premenstruu jí to pomáhá a musí jako matka fungovat. Kromě silného napětí kolem menstruace má občas záchvaty větší úzkosti, psychiatr jí řekl, že je to panika, stačí se rozrušit, vidět něco „škaradého, nebo slyšet něco nepěkného“, nebo když ji matka nebo přítel kritizují nebo když mladší dítě dlouho pláče a neumí je utiřit. Je toho na ni moc a někdy nezvládá všechno, co by měla. V posledním roce je na tom vůbec špatně, měla před tím havárii, napadl ji pes a soused na ni špatně mluvil. A do toho nevěra a odchod přítele a ztráta nejlepší kamarádky, které se mohla se vším svěřit. Hrozně to bolí, protože to byl člověk, kterému důvěřovala a všechno jí říkala. *„Je to prostě svině, byla jsem blbá, že jsem ji neprohlédla.“*

Má problém také s tím, že bývá hodně unavená, někdy vůbec nevstane z postele, jen děti ji přinutí, aby jim dala najíst. O víkendu je dává často k matce. Ale vyslechne si to od ní. Když uklidí byt, tak je nadměrně vyčerpaná. Uklízí proto jen občas. Přítel jí říká, že když nechodí do práce, z čeho je unavená. Nebere, že má doma dvě malé děti. Vyčerpává ji to. Musí se strašně rozčilovat, což jí nedělá dobře. Nehraje si s nimi, syn na ni stále naléhá a zlobí. Nyní se cítí lépe sama než s rodinou, částečně díky výčtkám. Zkoušela cvičit, ale měla bolesti břicha, přestala cvičit, cca před čtyřmi roky. Má stále zácpu, velké bolesti břicha – všechno se tam kupí a nechce to povolit. Když nejde čtyři dny na záchod, „roztrhá se mi zadek, to hodně bolí“, zkoušela spoustu léků, ale nepomáhá to. Gynekolog ji postrašil, že může mít rakovinu děložního čípku, což ji srazilo na kolena. Nyní na vyšetření čeká.

Diagnóza: adaptační porucha, suicidiální pokus
hraniční porucha osobnosti

1.2 Epidemiologie

Odhaduje se, že střední prevalence hraniční poruchy osobnosti se v populaci pohybuje od 1,6 % po 5,9 % (APA, 2013; Kessler et al., 2005; Alegria et al., 2010). HPO je nejčastější porucha osobnosti v klinické péči. V zařízeních primární péče je prevalence hraniční poruchy osobnosti zhruba 6 %, v prostředí ambulantních pacientů klinik duševního zdraví přibližně 10 % (27 % ambulantních pacientů s poruchou osobnosti), mezi hospitalizovanými psychiatrickými pacienty tato míra činí cca 15–20 % (asi 51 % hospitalizovaných pacientů s poruchou osobnosti) (Phillips a Gunderson, 1999; Bateman a Fonagy, 2004; Oumaya et al., 2008; Sansone et al., 2011). Přibližně 75 % osob s HPO jsou ženy (Gunderson, 2001; APA, 2013), což je v souladu s podstatně vyššími úrovněmi negativní afektivity u žen ve srovnání s muži (Lynam a Widiger, 2007). Nicméně vyšší prevalence podle pohlaví by také mohla být částečně vysvětlena faktem, že ženy častěji vyhledávají psychiatrickou pomoc než muži a představují celkově většinu klinických vzorků i u jiných diagnóz (Hooley et al., 2012). Nicméně významný rozdíl prevalence žen u HPO se objevuje také v komunitních studiích (Torgersen, 2012). U starších věkových skupin se prevalence hraniční poruchy osobnosti může snižovat. V rodinách pacientů se vyskytuje vyšší prevalence poruch nálady, disociálních poruch a závislostí (APA, 2001; APA, 2013). Údaje o výskytu poruchy však mohou být nepřesné. Přestože se jedná o nejčastější poruchu osobnosti, se kterou psychiatři přicházejí do styku, je shoda na této diagnóze jedna z nejmenších.

1.3 Průběh

U osob s HPO je pravděpodobné, že jako děti byly emočně nestabilní, impulzivní a možná v opozičním vzdoru (Johnson et al., 2001), ale je minimum longitudinálních studií zkoumajících projevy dětí, které budou v dospělosti diagnostikovány jako emočně nestabilní porucha. Navíc stanovit diagnózu na základě anamnestických údajů může být zavádějící (De Fruyt a De Clercq, 2012). V anamnézách se často objevuje, že pacienti s hraniční poruchou osobnosti mívali už jako děti problémy s koncentrací pozornosti, učením a chováním, které následně vedly k těžkostem ve škole. Už v dětství mohou být vztahy s druhými lidmi komplikovány výbuchy vzteku a poruchami chování. Už jako děti či adolescenti své vztahy často náhle ukončují a následně trpí pocity sociální izolace. V adolescenci dochází ke zvýraznění osobnostních rysů. Většinou nejsou schopni dokončit zamýšlené vzdělání, pro které mají jinak dostatečné schopnosti, nebo opakovaně mění školy, proto jsou pak postupně starší než spolužáci a opět hůře zapadají do kolektivu a trpí pocity studu. S rozpadem jejich původní rodiny nebo po opuštění domova se dostávají do vztahů, které udržují a zhoršují jejich potíže (Robinson, 2003). V dospívání

jejich intenzivní afektivita a impulzivita mohou přispívat k častému zapojování se do skupin bojujících proti normám, pravidlům a všednosti, své transcendentní zaměření častěji vyjadřují militantně (připoutání se ke kolejím před projíždějícím jaderným odpadem, vypuštění kožešinových zvířat na svobodu), jsou ochotni se obětovat pro domnělé nebo skutečné dobro. Začíná se objevovat již podobná psychopatologie jako v dospělosti. Bývají přítomny poruchy příjmu potravy, poruchy nálady, zneužívání návykových látek, sebepoškozování, promiskuita a další. HPO je někdy diagnostikována u dětí a dospívajících, ale zde je potřeba značné opatrnosti, protože některé z příznaků HPO (např. narušení identity, hostilita a nestabilní vztahy) se mohou objevovat i u normální rebelie dospívajících nebo při normální adolescentní krizi identity (Gunderson, 2001; Johnson et al., 2001). Hraniční poruchu osobnosti, stejně jako jiné poruchy osobnosti, proto diagnostikujeme až v dospělosti.

Jako dospělí mohou lidé s HPO prodělávat opakované hospitalizace, kdy důvodem k přijetí bývají silné afektivní reakce na stres, krátké, psychóze podobné epizody, disociativní symptomatologie, sebepoškozování, suicidiální proklamace, sebevražedné tendence a pokusy různého typu (Hooley et al., 2012).

Přes původní podezření porucha zpravidla neústí ve schizofrenii. Ve vývoji hraniční poruchy osobnosti existuje značná variabilita. Nejrozšířenější vzorec tvoří chronická nestabilita v rané dospělosti s epizodami závažného zhoršení afektivního a impulzivního ovládnutí, kdy se značně zvyšuje využívání zdravotnických a psychiatrických zdrojů. Průběh bývá dramatický a kolísavý. Pro hraniční poruchu osobnosti je typické selhávání v sociálních i pracovních vztazích a nižší kvalita života. Časté jsou sebevražedné pokusy, sebepoškozování, deprese, somatoformní poruchy, přechodné psychotické poruchy, abúzus psychoaktivních látek, opakované ztráty zaměstnání, neukončená studia, rozchody nebo rozvody. Později v životě však většina jedinců dosáhne větší stability v sociálním i pracovním fungování (Zanarini et al., 2003). Je však nutné si uvědomit, že studie sledují pacienty s hraniční poruchou osobnosti, a ne populaci splňující kritéria pro hraniční poruchu. Psychiatri se klinicky a výzkumně setkávají a zaměřují na část populace, která vyhledává psychiatrickou pomoc a které je diagnostikována hraniční porucha. Jsou lidé, kteří by naplnili kritéria pro poruchu osobnosti, ale mají práci, rodinu a děti. Nejzápadnější projevy hraniční poruchy, stejně jako největší riziko suicidia jsou patrné zejména v rané dospělosti a s přibývajícím věkem postupně slábnou. I když nejsou změny v pětiletých katamnézách velké (Pope et al., 1983), patnáctileté katamnézy v jedné studii ukázaly, že asi třetina pacientů po této době již nesplňuje diagnostická kritéria pro hraniční poruchu (Stone, 1993). V tomto čase však již kolem 10 % jedinců suicidovalo. Ačkoliv sklon k intenzivním emocím, impulzivité a intenzitě ve vztazích často přetrvává v celém průběhu života, jedinci, kteří se podrobí psychotherapeutické péči, mnohdy zaznamenají zlepšení již během prvního roku péče. Po dosažení věkové hranice 30–40 let vykazuje většina nositelů poruchy lepší stabilitu ve vztazích a profesním fungování. Následné studie provedené se soubory ambulantních pacientů psychiatrických klinik ukazují, že přibližně o deset let později až polovina z nich již nemá vzorec chování, který by splnil

všechna kritéria definující hraniční poruchu osobnosti. Polovina žen a čtvrtina mužů dokázala vytvořit stabilní vztahy a tři čtvrtiny získalo stabilní zaměstnání. Zanarini s kolektivem (2003) provedli prospektivní katamnesticickou studii 290 pacientů. Po šesti letech 74 % z nich nesplňovalo kritéria pro hraniční poruchu osobnosti. Příznaky impulzivity (jako sebepoškozování a abúzus) výrazně poklesly, ovšem mnozí z pacientů trpěli afektivní poruchou. Longitudinální studie však také ukazují, že i po deseti nebo patnácti letech mají někteří pacienti problém najít si stabilní zaměstnání nebo vydržet ve stabilním partnerském vztahu (McGlashan, 1986; Paris et al., 1987).

Základní temperamentová výbava osobnosti u pacientů s HPO se zdá být relativně stabilní (Warner et al., 2004), i když prevalence HPO pravděpodobně klesá s věkem (Hooley et al., 2012). Velký počet osob s diagnózou HPO se zlepší, na poklesu prevalence se podílejí převážně pozitivní sociální faktory (partnerský vztah, stabilizace v zaměstnání, kamarádi) a patrně také psychosociální zrání samotné (Zanarini et al., 2010). Můžeme tedy říci, že u řady pacientů dojde k poklesu příznaků a projevů natolik, že po letech již nesplňují kritéria pro HPO.

Pokud tedy člověk s HPO dosáhne věku 30 let, jeho afektivní labilita a impulzivnost se mohou začít zmírňovat, což je v souladu se změnami osobnosti, které jsou patrné u většiny lidí (Roberts a DelVecchio, 2000). Tyto projevy se mohou také snížit dříve, pokud je člověk s HPO v blízkém partnerském vztahu, který jej podporuje (Stone, 2003). Někteří také mohou získat stabilitu, když zanechají úsilí získat vztah a zvolí osamělejší, ale méně těkavý způsob života. Dá se tedy říci, že stability po třicítce dosahují lidé s HPO, kteří mají významně podpůrného a klidného partnera, který se nenechá snadno strhnout do konfliktů a který vztah „ustojí“, nebo naopak pacienti, kteří se adaptují na život bez partnera a vyhýbají se divokým vztahům plným afektů, které předtím prožívali. Stabilita je ale narušitelná, pokud se objeví závažný stresor. Může se vyskytnout epizoda rizikového chování, disociativní projevy, porucha nálady nebo úzkostná porucha.

Pohled odborné veřejnosti k možnosti odeznění HPO je kontroverzní. Někteří autoři longitudinálních studií ukazují na vysokou míru dosažení remise po letech (Skodol et al., 2005; Zanarini et al., 2005), zatímco kritici změnu zdůvodňují chybným hodnocením na počátku studie, kdy část hodnocených pacientů nemusela trpět HPO (Widiger, 2005). Gunderson et al. (2003) se detailněji zaměřili na pacienty, kteří byli diagnostikováni v posledním roce jako HPO, a zjistili, že u některých došlo k náhlým a dramatickým remisím. Šlo někdy o pacienty, kteří byli závislí na návykových látkách, a po dosažení plné abstinence u nich za nějaký čas došlo k vymizení hraničních rysů. U jiných byla diagnóza HPO stanovena v době poruchy nálady, v situaci vážného manželského stresu. U jednoho z účastníků byly původní symptomy způsobeny použitím stimulancií ke snižování hmotnosti, které užíval rok před začátkem studie.

Spotřeba zdravotní péče u pacientů s HPO je vyšší než u všech ostatních poruch osobnosti dohromady a rovněž vyšší než u afektivních poruch (Bender et al., 2001). Frekventované jsou návštěvy krizových center, hospitalizace na ARO nebo jednotkách intenzivní péče, traumatologických nebo chirurgických ambulancích, hospitalizace na

psychiatrii, návštěvy u různých terapeutů, docházky do denních sanatorií a početné předepisování nepřehledných kombinací léků. Tito lidé často bývají v pracovní neschopnosti a nezřídka získávají invalidní důchod.

Současné nálezy svědčí pro to, že lidé, kterým je diagnostikována hraniční porucha osobnosti, časem většinou osobnostně dozrávají a psychoterapeutické vedení nebo vhodné prostředí mohou tyto změny urychlit. Část lidí naplňujících kritéria pro hraniční poruchu v průběhu života psychiatrickou péčí nevyhledá a funguje, část lidí pravděpodobně nedozraje a provázejí je pocity křivdy a nespravedlnosti do konce života.

1.4 Suicidialita

Hraniční porucha osobnosti bývá pro své nositele spojena se značným stresem a funkčním postižením a většina z nich se během života někdy pokusí o suicidium, často opakovaně. Pacienti trpící touto poruchou vykazují nejvýraznější riziko suicidia či suicidiálního pokusu ze všech poruch osobnosti (APA, 2001; Suominen et al., 2000). Na rozdíl od impulzivního typu bývají u hraničního typu emoční nestability přítomny chronické suicidiální ideace a rozlady. U hraničního typu, který je charakteristický emoční nestálostí, měnivostí emocí po minimálních podnětech, poruchami představ o sobě samém, osobních cílech a preferencích (včetně sexuálních), pocity prázdnoty a tendencemi k sebezníčujícím chování, dochází v emoční krizi k sebevražednému jednání. Tito lidé se často angažují v intenzivních a nestálých vztazích, které mohou vyvolávat opakované emoční krize a naléhavé pokusy vyhnout se opuštěnosti sebevražednými pohrůzkami nebo sebeпоškozováním.

O suicidium se někdy pokusí 40–85 % pacientů s hraniční poruchou osobnosti (Oumaya et al., 2008). To může psychiatry a okolí pacienta mást a vést k tomu, že nepovažují suicidialitu u hraničních pacientů za tak nebezpečnou, jako je tomu například u depresivní poruchy. Ovšem co se týče dokonaného suicidia, svůj život suicidiem ukončí stejné procento pacientů trpících hraniční poruchou jako pacientů s depresivní poruchou, tj. okolo 10 % (Gerson a Stanley, 2002). Suicidialita je padesátkrát vyšší než v obecné populaci a na rozdíl od deprese je suicidialita u hraniční poruchy hůře predikovatelná a obtížněji ovlivnitelná. Riziko sebevraždy je nejvyšší v adolescenci a u pacientů, kteří rozvinou afektivní poruchu nebo se stanou závislými na drogách (Jacobs a Brewer, 2006). Zkratkovitým suicidiálním jednáním mohou pacienti s HPO reagovat zejména na konfliktní situace ve svém životě nebo v ambulanci psychiatra a psychoterapeuta, kdy čelí zdánlivé nebo objektivní kritice, nedostatku pozornosti, odmítnutí, neúspěchu apod.

KAZUISTIKA

Bára je přivezena na urgentní příjem nemocnice potom, co ji přítel Radim nalezl doma neprobuditelnou. Následující den při konziliárním vyšetření odmítá s psychiatrem komunikovat, protože to nemá cenu, stejně se zabije. Jediné, čeho lituje, je, že se jí to nepovedlo, hospitalizaci odmítá, protože je svéprávná a má právo si vzít život. Po nutné observaci na JIP je Bára odeslána na uzavřené oddělení ke stabilizaci a krizovému pobytu. Bára zjistila, že se Radim na Facebooku objevil v přítomnosti svých dětí z prvního manželství. Když pátrala po tom, jak fotka vznikla, zjistila, že v ten den byl s dětmi i bývalou manželkou. To pro ni znamenalo zradu, nesmířila se s dětmi, které jí připomínají jeho předchozí vztah, ale už vůbec ne s tím, že se stýká se svou bývalou ženou. Nemohla se zbavit představy, že se vrátí ke své bývalce, protože i když o ní mluvil často nehezky, tak je jasné, že ji má pořád rád a kritizoval ji vždy jen naoko, aby se Bára nebála, že od ní odejde. Bára se opila, vyházela partnerovy věci z okna, napsala dopis na rozloučenou a snědla léky, které našla doma. Sama má opakovanou zkušenost, že ji partneři opustili, protože je „*hnusná, hloupá a neumí se chovat*“. Neuvědomuje si opakující se mechanismus ve vztazích, kdy se sama nemá ráda, a tak po čase chronicky podezírá každého partnera z toho, že ji nemá a nemůže mít rád, že ji opustí, postupně ho více kontroluje, až „najde důkazy“, že se něco děje, a začne se k němu chovat, jako by jí na něm nezáleželo, až se vzájemně odcizí, hádají se a on ji pak opustí. Nebo je to jako s Radimem, kterého potrestala a vyhodila, pak jí to bylo líto a chtěla si vzít život, protože je hrozná a vždycky bude sama.

Výbuchy zlosti, které často zažívají, mohou vrcholit násilím vůči okolí, sebeпоškozením nebo obojím v krátkém sledu, impulzivním opitím, přejedením se, stejně jako suicidiálním pokusem (Davidson K. et al., 2006). Riziko suicidia je čtyřikrát větší než ve všeobecné populaci (Oumaya et al., 2008). Zanarini s kolegy (2001) zjistili ve vzorku 290 hospitalizovaných hraničních pacientů, že 60 % z nich udává v minulosti dva a více suicidiálních pokusů. Suicidiální rozlady se snadno indukují kritikou, nedostatečně projevovaným zájmem nebo odmítáním (Praško, 2007). U impulzivního typu může dojít k výbuchům násilí nebo hrozivého jednání, obzvláště po kritice. Podobně prudce zkratkovým suicidiálním pokusem však mohou reagovat na pocit znehodnocení druhými, rozchod s partnerem, ztrátu jmění nebo postavení.

Diagnóza HPO je spojena s nejrizikovějšími faktory pro sebevraždu, jako je častá komorbidita s depresí, posttraumatickou stresovou poruchou a se závislostí na návykových látkách, přičemž při komorbiditě všech tří faktorů suicidialita dále výrazně stoupá. I když jsou lidé trpící HPO často neprávem podezříváni z manipulace suicidiálními proklamacemi, gesty, hrozbami a pokusy, riziko, že jejich život sebevraždou skončí, je velmi vysoké. Někteří odhadují, že do 30 let věku ukončí svůj život sebevraždou 3–10 % osob s HPO (Gunderson, 2001), jiní pak odhadují dokonané sebevraždy do 40 let na 10 % (Oldham, 2006). Průměrný počet celoživotních pokusů o sebevraždu u pacientů s HPO je kolem 3,5 (Hooley et al., 2012). U klinických vzorků se ukazuje, že asi 35 % osob s HPO učinilo v minulosti vážný pokus o sebevraždu. Dokonce i v komunitních vzorcích má jeden ze čtyř lidí s diagnózou HPO za sebou alespoň jeden pokus o sebe-

vraždu (Pagura et al., 2010). Zvládání závažných suicidiálních ideací a suicidiálního chování u této skupiny pacientů je velkou výzvou pro odborníky na duševní zdraví, kteří pracují s pacienty s HPO.

KAZUISTIKA

Dana dochází do ambulance pro „deprese“, které mívá od puberty. Vyzkoušela většinu anti-depresiv, ale bez efektu. Na střední škole začala být více nespokojená s tím, jak vypadá, takže se začala omezovat v jídle. Často celý den hladověla, ale většinou to pak nevydržela a přejedla se. Po přechodné úlevě si pak vyčítala, že se zase přejedla, začala přibírat na hmotnosti. Aby omezila nárůst hmotnosti, začala zvracet a zneužívat projímadla. Nebála se přejídat, věděla, že se jídla dokáže zbavit, všimla si, že jí taky pomáhá při regulaci napětí. Do terapie chodí pro bulimii, ale v léčbě se nedaří a vnitřní motivace pacientky k léčbě spíše není. Terapeut se zeptá na úspěchy ve zvládání jídla, pacientka pak již nemluví, na další doplňující dotazy neodpovídá nebo odpovídá, že neví nebo že si nevzpomíná. Zdá se, že se terapeutovi jen více vzdaluje. Na konci sezení naznačí, že se doma pořezala, že psychoterapie nikam nevede a příště už pravděpodobně na sezení nepřijde. Terapeut zvažuje, jak se zachovat, je pod časovým tlakem při konci sezení, potřeboval by více propátrat suicidiální riziko. Jednoduchý a vždy použitelný návod na řešení neexistuje. Nejméně vhodné řešení by bylo Danu kritizovat a obviňovat z manipulace, protože ve většině případů se jedná o nevědomý proces a pacienti často oddalují důležitá témata na konec sezení. Pokud terapeut výrazněji prodlouží sezení, zvyšuje pravděpodobnost, že se bude situace opakovat i v následujících sezeních (pozitivní zpevnění). Pokud Danu odešle k hospitalizaci s odůvodněním, že je to důsledek jejího vyjádření, protože je suicidiální, nejspíš ztratí její důvěru a terapii ukončí, nebo ztratí důvěru k terapeutovi, bude mít příště strach otevřeně vyjadřovat své myšlenky a hrozí, že i když bude situace vážnější, nikomu to neřekne a suiciduje. Řešením může být prodloužení sezení s tím, že se situaci budou společně věnovat již na počátku následujícího setkání, nebo kratší vyjádření pochopení a podpory s úkolem pro Danu na doma, ať téma zpracuje na příště (podle pokroku v terapii a terapeutického přístupu, například zapíše si myšlenky, zkusí najít spouštěče atd.).

Často se kombinuje několik faktorů zvýšeného rizika: impulzivita, porucha nálady, vysoká tenze, abúzus alkoholu či jiných návykových látek, nedostatečná sociální podpora, vzpomínky na traumatické události z dětství apod. (Harned et al., 2012; Pabst et al., 2012). Lze u nich rozeznat dva suicidiální vzorce, které se mohou objevit zvlášť, nebo se mezi sebou prolínat. Jedná se o chronickou suicidiální tenzi, která trvá léta a jejíž intenzita v průběhu dnů, týdnů i roku kolísá. Projevuje se stálými, často každodenními úvahami o tom, že lepší by bylo nežít, zvažováním smysluplnosti vlastního života a představami úlevy po odchodu z něho i představami o tom, jak tím budou druzí potrestáni, eventuálně se budou trápit, nebo jak jim ostatní dají konečně za pravdu (Davidson, K. et al., 2006). Tyto obsahy posilující a povzbuzující suicidalitu jsou střídány strachem z toho, aby si něco neudělali, obavami ze ztráty kontroly nad sebou, znehodnocováním

sama sebe za sebevražedné myšlenky a představy. Jinou kategorií úvah a představ, které suicidialitě brání, jsou myšlenky na to, jak by suicidiem ublížili ostatním, kteří by je našli mrtvé nebo by se stali pozůstalými (nejčastěji rodina).

KAZUISTIKA

Tomáš jezdí dodávkou do zahraničí, a tak má někdy více času o sobě přemýšlet. Vracení se mu občas vzpomínky na dětství, na to, jak mu říkali, že je neschopný. Nemá partnerku, předchozí vztah mu nevyšel, od té doby špatně spí, když nespí, tak kouří, chodí po zahradě a bouchá pěstmi nebo hlavou do stromu. Často se u něj objevují sebevýčitky, pochybnosti o smyslu života, o sobě, napadá ho, že si už nikoho nenajde. Někdy, když řídí, na chvíli během řízení zavře oči, jindy jede rychle nebo bez přestávky, aby otestoval osud. Pokud tady má být, tak to dobře dopadne, pokud ne, tak je to jedno. Kdyby se zabil v autě, máma by to lépe přijala, než kdyby se zjistilo, že si život vzal záměrně.

Na pozadí chronické suicidiální tenze však snadno vznikají akutní suicidiální plány a pokusy, které pacient může realizovat. Akutní suicidiální tenze vzniká nejčastěji po odmítnutí druhými, hádce, neúspěchu ve škole nebo zaměstnání, rozchodu, ztrátě zaměstnání nebo jako protest proti něčemu, s čím zásadně nesouhlasí a „nemohou se s tím nikdy v životě vyrovnat“. V těchto a dalších situacích může akutní suicidiální tenze vzniknout i bez chronické suicidiální tenze v pozadí (Davidson K. et al., 2010).

KAZUISTIKA

Petr, 41 let, byl hospitalizován po suicidiálním pokusu. Po hádce s manželkou, kdy mu bylo vyčítáno, že není „dost chlap“, že nevykonává mužské práce v domácnosti a nevydělává dost peněz, že není její oporou a nedokáže si udělat pořádek s dětmi, se dostavil pocit, „že to nemá cenu“. Opravdu nestojí za nic, manželka si ho neváží a život nemá cenu. Byla to prudká hádka, horší než obvykle, hádají se denně, ale teď už nevěděl kudy kam, nechtěl žít. Vzal si doma provaz a šel se oběsit do lesa. Stále si říkal, že nic nemá cenu a nestojí opravdu za nic, ani jako chlap ani jako manžel. Měl pocit, že musí něco udělat, to napětí bylo nesnesitelné, nevěděl, jak se ho zbavit, „musel něco udělat“. Proč by s někým takovým měla žena zůstat? Stejně ho opustí. Aspoň si uvědomí, jaké to je bez něj. Poté co si provaz omotal kolem krku, dostal strach, uvědomil si, jaké by to bylo pro děti, mobilem zavolal RLP.

Dalším důvodem vysokého suicidiálního rizika u této skupiny pacientů jsou komorbidní poruchy, které suicidialitu indukují nebo dále zesilují. Tito pacienti častěji trpí depresivní poruchou, což dále riziko suicidia znásobuje (Bateman a Fonagy, 2003). Ovšem i mimo depresivní epizody má velká část pacientů vysoký index suicidiality, což souvisí s afektivní labilitou a impulzivitou (Rao et al., 2013). Pacienti s hraniční poruchou osobnosti mohou rozvinout i některou z úzkostných poruch, což také zvy-

šuje jejich negativní prognózu, co se týče suicidality (Linehan et al., 2006; Grant, B. F. et al., 2008; Zanarini et al. 2011a; Silverman et al., 2012). Další častou komorbiditou u hraniční poruchy osobnosti, která zvyšuje významně suicidialitu, je posttraumatická stresová porucha (Rüsch et al., 2007; Harned et al., 2010; Harned a Valenstein, 2013). Zejména vzpomínky na sexuální zneužívání v dětství zvyšují celkovou tenzi a mohou být spouštěčem suicidiálního chování (Cloitre et al., 2010; Steil et al., 2011).

KAZUISTIKA

Irena, 35 let, matka dvou dětí, byla přijata k psychoterapeutickému pobytu po suicidiálním pokusu, kdy požila větší množství psychofarmak. Pokusu předcházelo celkové vyčerpání. Přestala jíst, vážila necelých 40 kg, cítila se unavená, vyčerpaná, bez energie, nemohla chodit do práce, stále spala, nestarala se o děti, nic jí nepomáhalo. Nejhorší byly ty křeče, které pořád měla. Měla pocit, že nic nemá smysl a všem bude lépe, když nebude. Na oddělení se postupně ukazují disociativní fenomény, projevují se jako disociativní křeče. Postupně se otevírá trauma z dětství, kdy byla pacientka systematicky sexuálně zneužívána nevlastním otcem. Pro zvládnutí potíží se pacientka učí používat kontrolované břišní dýchání, zároveň se terapeuticky pracuje na zpracování traumatu z dětství.

Riziko suicidia u hraničních pacientů, kteří se sebepoškozují, je dvojnásobné oproti hraničním pacientům bez sebepoškozujícího chování (Stanley et al., 2001; Gerson a Stanley, 2002; Oumaya et al., 2008). Nejméně jeden suicidiální pokus se vyskytuje u 55–85 % pacientů, kteří se sebepoškozují (Dulit et al., 1994; Stanley et al., 2001; Oumaya et al., 2008). Na druhou stranu sebepoškození většinou funguje jako aktivita, která stojí proti suicidiálnímu pokusu a bezprostředně suicidiální tenzi snižuje („fokální suicidium“) (Oumaya et al., 2008). Sebepoškozování i suicidiální pokusy jsou často naučené reakce vyhýbání se negativním emocím a disociaci. Při sebepoškození se jedinci bezprostředně uleví, disociace odezní a suicidiální tenze významně poklesne. Sebepoškozování přináší bezprostřední úlevu bez nutnosti většího úsilí, proto má návykový charakter a někteří pacienti se ho obtížně vzdávají.

KAZUISTIKA

Alena, 32 let, byla sexuálně zneužívána nevlastním otcem. Když to řekla matce, nevěřila jí, Alena si připadala špinavá, bezcenná, postupně dokonce začala věřit tomu, že za to mohla sama, že otce nějakým způsobem sváděla, i když sama neví, jak by to bylo možné. Snad se mohla chovat jinak, aby k tomu nedošlo. Sebeobviňuje se. Pokaždé, když má pocit, že něco pokazila, nezvládla, zejména přejídání, kterým trpí (váží přes 120 kg), má potřebu se za to potrestat. Řeže se na předloktí, na stehnech. Na chvíli se jí sice uleví, ale netrvá to dlouho a pocit špinavosti se opět dostavuje. Snaží se to nedělat, i přejídání i řezání, ale vždy je to