

Hraniční porucha osobnosti – projevy, léčba a zkušenosti z praxe

Ján Praško Pavlov / Marie Ocisková

Hraniční porucha osobnosti (HPO) je závažná, ale léčbou dobře ovlivnitelná porucha emoční regulace a vztahového fungování. Typicky se projevuje emoční nestabilitou, impulzivitou, poruchami identity a nestálými vztahy, které často vyústí v sebepoškozování, konflikty a krizové situace.

Článek shrnuje projevy HPO ve vnitřním prožívání, ve vztazích a v pracovním prostředí a doplňuje je kazuistikami ilustrujícími typické klinické situace. V části o léčbě je představena racionální farmakoterapie se zaměřením na zvládání příznaků a komorbidit a jsou podrobně rozebrány hlavní psychoterapeutické přístupy – schéma terapie, dialekticko-behaviorální terapie, terapie zaměřená na přenos a mentalizační terapie.

Zvláštní pozornost je věnována práci s přenosem a protipřenosem, které patří k nejvýznamnějším výzvám v léčbě těchto pacientů, a dále spolupráci mezi psychiatrem, psychoterapeutem a somatickými lékaři. Současné výzkumy ukazují, že většina pacientů s HPO při kombinaci strukturované psychoterapie, cílené farmakoterapie a stabilních vztahů dosahuje dlouhodobé remise a osobnostního zrání. Léčba HPO vyžaduje týmovou, trpělivou a empatickou péči s jasně vymezenými hranicemi. Porozumění vztahové dynamice a kontinuální práce s pacientem umožňují obnovit jeho schopnost sebeuvědomění, emoční regulace a zdravého vztahování k sobě i k druhým.

Hraniční porucha osobnosti – charakteristika

Hraniční porucha osobnosti (HPO; v angličtině borderline personality disorder, BPD) patří mezi nejčastější a zároveň nejnáročnější poruchy osobnosti, se kterými se v psychiatrické praxi setkáváme. Typicky se projevuje výraznou

emoční nestabilitou, proměnlivým sebepojetím, obtížemi v mezilidských vztazích a problémy v oblasti seberegulace. Přestože byla dlouho považována za poruchu s chronickým a nepříznivým průběhem, výzkumy posledních dvou dekad ukazují, že při strukturované a dobře vedené léčbě dochází u velké části pacientů k významnému zlepšení fungování i kvality života.¹

První potíže se obvykle objevují v adolescenci, kdy se u části jedinců začínají formovat rysy emoční lability, impulzivity či problémů ve vztazích. U některých se plný obraz poruchy rozvine až v rané dospělosti. Dlouhodobé studie ukazují, že průběh HPO je proměnlivý a u mnoha pacientů dochází s věkem ke zmírňování impulzivity i sebepoškozování, zvláště pokud mají stabilnější životní podmínky a jsou zapojeni do psychoterapie.²

Prevalence HPO

Prevalence HPO v běžné populaci se podle epidemiologických studií pohybuje přibližně mezi 0,7 % a 2,7 %.³ V primární péči je výskyt ještě vyšší a může dosahovat až 6,4 %, což odráží výraznou zátěž, kterou porucha přináší nejen pacientům, ale i systému zdravotní péče.⁴ V ambulantní psychiatrické praxi tvoří pacienti s HPO zhruba jednu desetinu všech léčených, v rámci hospitalizací pak kolem dvaceti procent. Tento vysoký podíl spolu s funkčním omezením, častými krizovými stavy a zvýšeným rizikem sebepoškozování či suicidálního chování podtrhuje, proč je hraniční porucha osobnosti tématem zásadního klinického významu napříč psychiatrií, psychoterapií i somatickou medicínou.

Diagnostická kritéria podle MKN-10/11 a DSM-5TM

V diagnostickém systému DSM-5 je hraniční porucha osobnosti zařazena mezi poruchy osobnosti skupiny B. Diagnostika se stanovuje na základě přítomnosti alespoň pěti z devíti kritérií, která postihují nejčastěji viditelné potíže pacientů. Patří mezi ně nestabilní a intenzivní vztahy, opakující se emoční výkyvy, výrazná impulzivita, chronický pocit prázdnoty, neschopnost regulovat hněv a také stresově navozené paranoidní představy nebo disociativní stavy. Kritéria také poměrně přesně vystihují přetrvávající potíže s identitou, seberegulací i s mezilidským fungováním.

V systému MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize) se porucha objevuje pod označením „emočně nestabilní porucha osobnosti“ s rozlišením na typ impulzivní a typ hraniční (F60.3). Tato klasifikace odráží převládající rysy, ať už jde o impulzivní chování, nebo o rozsáhlejší obraz nestability v emocích i vztazích. Novější MKN-11 přechází k dimenzionálnímu pojetí poruch osobnosti. Místo pevně daných kategorií umožňuje hodnotit intenzitu a přítomnost jednotlivých rysů, například labilitu, impulzivitu nebo narušené seberegulace. Díky tomu lze diagnostický obraz lépe přizpůsobit konkrétnímu pacientovi.

Diferenciální diagnostika a komorbidita

V klinické praxi je nezbytné věnovat pozornost diferenciální diagnostice. HPO se symptomaticky překrývá s bipolární poruchou, depresivními a úzkostnými stavy, posttraumatickou stresovou poruchou i poruchami užívání návykových látek. Tyto poruchy mohou vnášet do obrazu pacienta výrazné variace a často určují směr léčby. HPO sdílí některé rysy také s narcistickou, antisociální nebo vyhýbavou poruchou osobnosti. Od narcistické poruchy ji však odlišuje především výrazná emoční zranitelnost a vztahová nestabilita, zatímco od antisociální poruchy se liší nepřítomností psychopatických znaků. V porovnání s afektivními poruchami jsou výkyvy nálady u HPO obvykle rychlé a vyvolané mezilidskými podněty, nikoli epizodické či cyklické, jak bývá typické pro bipolární poruchu.

HPO je navíc velmi často provázána dalšími psychiatrickými diagnózami. Až 85 % pacientů splňuje kritéria alespoň jedné další psychické poruchy, nejčastěji deprese, úzkostných poruch, poruch příjmu potravy nebo závislostí. Tato komorbidita významně komplikuje diagnostiku i léčbu a často přispívá k častějšímu vyhledávání zdravotní péče.⁵

Jedním z nejvýraznějších klinických rizik zůstává vysoký výskyt sebepoškozování a suicidálních pokusů. Ve studiích zaměřených na pacienty s depresivní poruchou se ukázalo, že přítomnost HPO významně zvyšuje pravděpodobnost suicidálního chování.⁴ Odhaduje se, že riziko dokonané sebevraždy se pohybuje mezi pěti až deseti procenty.⁶

Jak se hraniční porucha osobnosti projevuje

Hraniční porucha osobnosti se v klinickém obraze projevuje především výraznou emoční labilitou a impulzivitou, které pacienti často popisují jako „bouře emocí“, jež přicházejí

náhle a bez možnosti je zastavit. Emoce se mohou během několika minut přesouvat od intenzivního hněvu k zoufalství či úzkosti. Tyto prudké změny často vyvolají nenápadné situace, které by většina lidí zvládla bez větších potíží.⁷ Pacienti bývají zahlceni vlastními prožitky a mají silnou potřebu se jich rychle zbavit. Děje se tak prostřednictvím impulzivního chování, útěku ze situace, užívání návykových látek nebo sebepoškozování.

Jedním z typických rysů je také černo-bílé, polarizované vnímání sebe i druhých. Tento způsob uvažování, označovaný v psychodynamické literatuře jako splitting, brání integraci protikladných emocí a zkušeností.^{8,9} Pacient tak může vidět blízkou osobu jako dokonalé chápající a milující, aby ji po malé neshodě vnímal jako hrozbu nebo zrádce. Tyto náhlé změny postoje nejsou manipulací, ale odrážejí neschopnost regulovat vnitřní napětí a ambivalenci.

K jádru klinického obrazu patří i nejistota identity. Pacienti často popisují, že nevědí, kým jsou, co chtějí nebo jaké hodnoty mají. Jejich sebehodnocení se rychle mění podle toho, zda se cítí přijímání, nebo naopak odmítání. V zátěžových situacích se mohou objevit epizody derealizace a disociace, kdy člověk ztrácí kontakt se sebou nebo okolím a zážitky jakoby „přestávají být skutečné“.¹

Spouštěčem zhoršení stavu bývá často situace spojená s ohrožením vztahu, kritika nebo vnímané odmítnutí. Takové momenty aktivují raná maladaptivní schémata, zejména schéma opuštění, zahanbení nebo defektnosti, která jsou v pozadí mnoha reakcí pacientů.^{10,9}

Ve vztazích je nestabilita ještě viditelnější. Mnozí pacienti intenzivně touží po blízkosti, ale zároveň se jí obávají. Úzkost z opuštění vede k přilnavosti, žárlivosti a pokusům mít partnerský vztah pod kontrolou. Naopak strach z intimity může vyústit v chlad, útěk nebo hněv.¹¹ Vztahy pacientů s HPO bývají často krátké, konfliktní a charakterizované nedostatkem důvěry, častou projekcí a výraznou emoční závislostí.¹² V běžných interakcích je patrná nízká schopnost mentalizace, tedy rozpoznání vnitřních stavů vlastních i partnerových. Neutrální chování druhé strany je pak snadno interpretováno jako útok, odmítnutí nebo nezájem.

Komunikace v takových vztazích bývá zatížena výčitkami, obviňováním a přehnanou citlivostí na kritiku. Tyto opakované cykly idealizace, konfliktu a smíření často odrážejí rané zkušenosti s nestabilní vazbou a emoční deprivací.^{5,13}



Kazuistická viněta: „Černo-bílý vztah“

Devětadvacetiletá pacientka vstoupila do nového vztahu s pocitem silného nadšení. Partnera vnímala jako výjimečného, citlivého a chápajícího, někoho, kdo „jako první opravdu vidí, kdo je“. Po drobném nedorozumění, kdy partner neodpověděl na její zprávu několik hodin, však došlo k prudkému obratu. Začala být přesvědčena, že ji ignoruje a odmítá. V afektu mu napsala několik výčitek, následně ho zablokovala na sociálních sítích a rozhodla se vztah ukončit. O několik hodin později ji zaplavil strach z opuštění a pocit, že bez něj nedokáže fungovat. Blokaci zrušila a prosila ho, „ať to nevzdává“. Tento cyklus se opakoval několikrát týdně a značně vyčerpával oba partnery.

Tento příklad dobře ilustruje, jak výrazně může černo-bílé vnímání, rychlé emoční výkyvy a strach z opuštění ovlivnit partnerský vztah. Pacientka reagovala především na své vnitřní prožívání, nikoli na reálné chování partnera, což vedlo k opakovaným konfliktům a pocitu nestability.

Pacienti s hraniční poruchou osobnosti však nepřinášejí svou emoční labilitu pouze do intimních vztahů. Velmi podobné vzorce se objevují i v pracovním nebo studijním prostředí. Na začátku nové role bývají často velmi motivovaní a působí jako mimořádně angažovaní zaměstnanci. Snaží se podávat perfektní výkon, investují nadměrné množství energie a mají silnou potřebu získat uznání a přijetí.

Tento styl fungování však často vede k přetížení. Jakmile se objeví první náznaky kritiky nebo nepochopení, pacient může reagovat přehnaně intenzivními emocemi. Běžná připomínka je snadno interpretována jako selhání, odmítnutí nebo zklamání. Mnozí pacienti popisují, že „se jim sesype celý obraz sebe“ po jediné negativní zpětné vazbě. Reakcí bývají impulzivní výbuchy hněvu, odchod z pracoviště, podání výpovědi nebo prudké ztráty motivace.⁹

Někteří pacienti se s těmito pocity vypořádávají perfekcionismem a stále vyššími nároky na sebe, které nejsou dlouhodobě udržitelné. Jiní raději volí vyhýbání, jako je odkládání úkolů, izolaci nebo kapitulaci, protože strach ze selhání je natolik silný, že je jednodušší situaci opustit než riskovat ještě bolestivější zranění. Dlouhodobé pracovní vztahy komplikuje také impulzivita a tendence interpretovat neutrální komentáře jako osobní kritiku.



Kazuistická viněta: „Od ideální zaměstnankyně k výpovědi“

Třicetiletá žena nastoupila do nové administrativní pozice s velkým odhodláním. Okamžitě začala pracovat přes čas, brala si práci domů a snažila se být maximálně vstřícná. Kolegové ji vnímali jako pečlivou a schopnou. Po několika týdnech se však začala cítit nedoceňovaná. Jednoduchou připomínku vedoucí interpretovala jako hluboké zklamání a signál, že „ji nemají rádi“. Emocionální napětí rychle eskalovalo a pacientka v afektu podala výpověď. Následující den se dostavily pocity prázdnoty, stud a vina, které vedly k sebepoškození. Podobný scénář se v její pracovní historii opakoval již několikrát.

Psychiatrická léčba

Psychiatrická léčba hraniční poruchy osobnosti představuje důležitou součást komplexní péče, přestože její hlavní těžiště spočívá v psychoterapii. Léky mohou pomoci stabilizovat afektivní výkyvy, zmírnit úzkost, snížit impulzivitu a zlepšit schopnost pacienta spolupracovat v léčbě.¹⁴ Je však nezbytné chápat farmakoterapii jako podpůrný nástroj, nikoli jako metodu, která by sama o sobě dokázala změnit základní strukturu poruchy. Optimální účinek se dostavuje tehdy, když je farmakoterapie koordinována s psychoterapeutickou prací, probíhá v jasném rámci a je pacientovi srozumitelně vysvětlena.^{14,9}

Farmakoterapie

Farmakoterapie u HPO je zaměřena na zvládání jednotlivých symptomů, nikoliv na samotnou poruchu osobnosti. Nejčastěji se jedná o afektivní nestabilitu, impulzivitu, úzkost či disociativní prožívání, které mohou výrazně komplikovat každodenní život pacienta.¹⁴ Při pečlivě vedeném léčebném plánu a realistických očekáváních může vhodná medikace zlepšit celkovou stabilitu a podpořit terapeutickou práci. Je však nezbytné volit léky uvážlivě a vždy individuálně.

Antidepresiva, zejména selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu jako sertralin, escitalopram či fluoxetin, bývají vhodné v případech výrazné afektivní dysforie, zvýšené úzkosti nebo komorbidní depresivní epizody.¹ Pokud dominuje impulzivita, afektivní nestabilita nebo agresivní chování, mohou být užitečné stabilizátory nálady, například valproát, lamotrigin nebo karbamazepin. Lamotrigin navíc v některých případech tlumí i chronickou dysforii a napětí.¹⁵ Další možností představují antipsychotika v nízkých dávkách, která mohou zmírnit mikropsychotické epizody, silné vnitřní napětí či disociaci; mezi nejčastěji používaná patří olanzapin, kvetiapin nebo aripiprazol.¹⁶

Naopak benzodiazepiny se u osob s HPO obecně nedoporučují. Riziko závislosti, paradoxní disinhibice a zhoršení impulzivity je u této skupiny pacientů vyšší než u běžné populace, což může vést k eskalaci potíží.

Jedním z nejčastějších úskalí farmakoterapie je **polypragmzie**. Takzvané „lékové koktejly“ vznikají často v situaci, kdy pacient střídá lékaře nebo když jednotlivé příznaky vedou k neplánovanému přidávání dalších medikací. Tento postup však zvyšuje riziko lékových interakcí, nežádoucích účinků, únavy, nárůstu hmotnosti a zhoršené adherence.⁹ Z klinické perspektivy bývá neúčinnější postupná racionalizace léčby: redukce počtu medikací na několik dobře tolerovaných léků, jejichž přínos je jasně vysvětlen a sdílen s pacientem.

Farmakoterapie by měla být vždy volena s ohledem na komorbidní poruchy, které se u HPO vyskytují velmi často. Deprese, úzkostné poruchy, závislosti nebo poruchy příjmu potravy mohou významně ovlivnit volbu medikace i celkový průběh léčby.¹⁷ Koordinace péče jedním psychiatrem snižuje riziko duplicitních léčebných zásahů a posiluje kontinuitu.

Klinická zkušenost ukazuje, že farmakoterapie může mít pozitivní dopad i na terapeutický vztah.¹⁸ Pokud je pacientovi podána s dostatkem vysvětlení, empatie a realistických očekávání, může posílit jeho pocit bezpečí a důvěry. Naopak přehnané spoléhání na léky bez paralelní psychoterapie obvykle vede k frustraci, častému střídání lékařů a následně i ke zhoršení klinického obrazu.

Hospitalizace a krizová intervence

Hospitalizace u pacientů s hraniční poruchou osobnosti je indikována tehdy, když dojde k významnému akutnímu ohrožení. Typicky jde o situace se zvýšeným suicidálním rizikem, ztrátou kontroly nad chováním, těžkou disociací nebo stavy, v nichž pacient již není schopen zajistit vlastní bezpečí. V takových momentech je zásadní vytvořit chráněné prostředí, které umožní zklidnění a obnovení základní psychické stability.⁹ Hospitalizace by měla být jasně zacílená



Ilustrační kresba. Zdroj: iStock

a časově omezená, protože dlouhé pobyty mimo terapeutický rámec mohou u některých pacientů podporovat maladaptivní strategie a posilovat závislost na systému.¹⁸

Krizová intervence se soustředí na rychlou stabilizaci emocí a obnovení kontaktu s realitou. Pacient potřebuje pevnou strukturu, přiměřeně empatický přístup a jasné, předvídatelné hranice.¹⁴ Právě tato kombinace umožňuje snížení afektivního napětí a prevenci dalšího sebepoškozování. Příliš autoritativní jednání může zvýšit odpor a vést k eskalaci konfliktu, zatímco nadměrně vstřícný přístup může nechtěně podporovat závislostní tendence, což komplikuje další práci.¹⁹

Během hospitalizace je mimořádně důležitá soudržnost celého léčebného týmu. Pacienti s HPO často nevědomě vyvolávají napětí mezi různými členy personálu, například tím, že u jednoho vyvolají silné sympatie a u jiného pocit odmítnutí. Tento jev, známý jako projektivní identifikace,

může vést k rozštěpení týmu, pokud není dostatečně reflektován.⁹ Pravidelné týmové porady, sdílení informací a supervize jsou proto nezbytné k udržení jednotného terapeutického přístupu.

Protipřenosové reakce zdravotníků bývají v práci s těmito pacienty obzvlášť intenzivní. S personálem mohou rezonovat pocity bezmoci, frustrace, ochranné tendence, někdy i skrytý hněv či vyčerpání.^{20,21} Pokud není těmto emocím věnována pozornost, může dojít k sekundárnímu vyhoření nebo k narušení týmu. Zdravotníci potřebují prostor k tomu, aby své reakce mohli bezpečně zpracovat a znovu získat profesní odstup. Udržení kombinace profesionální empatie a jasných hranic je zásadní pro to, aby péče byla dlouhodobě udržitelná a zároveň skutečně účinná.

Hospitalizace by tedy měla mít jednoznačně definované cíle; krátkodobé zajištění bezpečí, úpravu farmakoterapie, stabilizaci stavu a navázání pacienta zpět do ambulantní

péče. Po jejich splnění by měl být pacient co nejdříve předán zpět do prostředí, kde může pokračovat v psychoterapii a v léčbě, jež mají v dlouhodobém horizontu klíčový význam.

Psychoterapie

Psychoterapie představuje zásadní formu léčby hraniční poruchy osobnosti. Zatímco farmakoterapie napomáhá zvládnout některé akutní symptomy, skutečná změna nastává především tehdy, když pacient postupně porozumí svým vnitřním vzorcům, získá nové způsoby regulace emocí a zažije bezpečný, konzistentní terapeutický vztah. Terapeutická práce s osobami s HPO je obvykle dlouhodobá a vyžaduje citlivé balancování mezi empatií a hranicemi. Pacienti přicházejí s hlubokou nejistotou identity, strachem z opuštění a celou řadou obranných strategií, které jim v minulosti pomáhaly přežít, ale v přítomnosti je omezují. Dobře vedená psychoterapie otevírá prostor nejen k náhledu, ale především k nové emoční zkušenosti, která se stává základem postupné integrace.

Schémat terapie

Schémat terapie, vyvinutá Jeffrey Youngem, integruje prvky kognitivně-behaviorální terapie, teorie vazby, Gestalt terapie i psychodynamických konceptů.¹⁰ Vychází z předpokladu, že pokud nebyly v dětství naplněny základní psychické potřeby, vznikají raná maladaptivní schémata (hluboké postoje, jako je vlastní **Defektnost, Opuštění, Selhání, Zranitelnost k poškození** a další), která mohou vést k celoživotním vzorcům emoční bolesti, nejistoty a nestability. U osob s HPO bývají tato schémata aktivována velmi intenzivně a často se přepojují na současné vztahy.

Schémat terapie pracuje s konceptem módů, tedy proměnlivých stavů, ve kterých se odrážejí dřívější zkušenosti i současné obranné mechanismy. Nejčastěji se objevuje mód Zranitelného dítěte, plný bezmoci a bolesti, dále mód vnitřního Kritika v jeho různých formách (Trestající kritik, Požadující kritik, Vínu navozující kritik, Strach navozující kritik) a různé formy přehnaného zvládnání, například Hyperkompenzátor či Odpojený ochránce²². Terapeut pomáhá pacientovi posilovat Zdravého dospělého, který postupně přebírá péči o vnitřní dítě a dokáže nastavovat hranice vnitřnímu Kritikovi.

Jednou z neúčinnějších metod je **přepis bolestných vzpomínek v imaginaci**. Pacient znovu evokuje situaci z dětství, která byla emocionálně nesnesitelná, a terapeut pomáhá zůstat u emocí, pojmenovat potřeby dítěte a nabídnout korektivní zkušenost přes imaginární vstup ochránce. V imaginaci často vystupuje terapeut jako ochranná a stabilní postava, která zasahuje tam, kde kdysi nikdo nepomohl.^{21,22} Tato metoda umožňuje pacientovi postupně přepisovat bolestné zážitky spojené s rigidními schématy bezmoci, opuštění či zahanbení.

Další zážitkovou metodou je **práce se židlemi** (chairwork), kam patří dialogy mezi módy, které terapeut posazuje na různé židle a pacient pak na ně přeseďá a mluví za ně.²³ Pacient fyzickým přeseďáním z jedné židle na druhou ztělesňuje svůj Kritický mód, Zranitelné či Rozzlobené

dítě, Zdravého dospělého a další. Tento postup umožňuje rychlé střídání perspektiv a vede k hlubšímu emočnímu porozumění i integraci protikladných částí osobnosti.²³

Kromě toho se využívají **terapeutické dopisy**, které pomáhají formulovat dlouhodobě nevyřčené emoce, dát hlas Zranitelnému dítěti, postavit se Kritikovi nebo napsat „Dopis z druhé strany“, ve kterém pacient dostává slova podpory a přijetí, která v dětství chyběla. Skupinové čtení dopisů může být velmi silným emočním zážitkem a vede ke sdílenému porozumění a podpoře.²⁴



Kazuistická viněta: Imaginativní práce s traumatickou vzpomínkou

Pacientka ve věku 32 let vstoupila do terapie kvůli dlouhodobým problémům v partnerských vztazích a chronickému sebepoškozování. V průběhu terapie se ukázalo, že její Zraněné dítě nese intenzivní zkušenosti z dětství, kdy byla opakovaně ponižována hlasitě křičícím otcem. V imaginaci se vrací do chvíle, kdy jako šestiletá stála před otcem a dusila v sobě strach. Terapeut ji vyzve, aby popsala, co vidí, co cítí a co potřebuje. Když se začne objevovat napětí, terapeut vstupuje do scény coby Zdravý dospělý a staví se mezi dítě a otce. Pacientka poprvé prožívá představu, že někdo na její straně nejen stojí, ale také ji chrání. Po imaginaci pláče a popisuje, že poprvé v životě cítila, že si zaslouží bezpečí.

V následné diskusi terapeut propojuje zkušenost s dnešními vztahy. Upozorňuje, že pokaždé, když partner zvýší hlas, aktivuje se schéma Opuštění a Zahanbení a pacientka reaguje buď únikem, nebo hněvem. Postupně se pacientka sama učí rozpoznávat, kdy mluví Zraněné dítě a kdy přebírá kontrolu destruktivní Kritický mód, a nahrazuje jej Laskavým rodičem a Zdravým dospělým.



Kazuistická viněta: Dialog mezi Kritikem a Zraněným dítětem

Tricetiletý pacient si dlouhodobě stěžoval na intenzivní sebekritiku, která jej paralyzovala při práci i ve vztazích. V rámci práce se židlemi si nejprve sedá na židli Kritika a bez váhání začne mluvit: „Jsi slaboch, nic nedokážeš, všichni se ti smějí.“ Jeho hlas je tvrdý, rychlý a napjatý. Terapeut jej vyzve, aby přeseďl na židli Zraněného dítěte, kde pacient tiše říká: „Bolí mě to. Snažím se, ale bojím se, že mě každý opustí.“ Po chvíli se aktivuje Zdravý dospělý, který zcela jiným tónem osloví obě části. Vysvětluje Kritikovi, že jeho styl „ochrany“ škodí, a obrací se k dítěti se slovy pochopení. Pacient s překvapením říká, že „poprvé slyšel, že mohl mít někdo o něj starost“.

Tato zkušenost vede k prvním změnám i mimo terapii — pacient začíná rozpoznávat, kdy na něj útočí Kritický mód, a dokáže snáze hledat racionální a laskavější přístup k sobě samému.

Ve schématerapii se pracuje jak individuálně, tak ve skupině. Skupinová schématerapie poskytuje prostředí, kde se vztahové vzorce objevují v reálném čase. Pacienti získávají možnost zažít opravdovou podporu i korigující emoční

reakce od ostatních členů skupiny. Díky tomu mohou zkoumat svá schémata a módy v bezpečném prostředí, ve kterém se zároveň učí nastavovat hranice, vyjadřovat potřeby a mentalizovat situace, které by je dříve zcela zahltily. Ve skupině se často pracuje s terapeutickými dopisy, imaginací i židlemi.²⁴

Dialekticko-behaviorální terapie

Dialekticko-behaviorální terapie (DBT), vytvořená Marshou Linehan, patří mezi nejlépe ověřené přístupy v léčbě HPO.¹⁹ Využívá behaviorální analýzy, mindfulness a dialektický princip, podle kterého pacient potřebuje být současně přijímán takový, jaký je, a zároveň být veden k postupné změně. Tato rovnováha je pro osoby s hraniční poruchou mimořádně léčivá.

V DBT se pacienti učí rozpoznávat emoční spouštěče, tolerovat frustraci bez destruktivních reakcí a efektivně komunikovat. Validace emocí hraje zásadní roli, protože pacienti často přicházejí s přesvědčením, že jejich emoce „nedávají smysl“, a teprve validace je učí tomu, že jejich prožívání má svůj jasný kontext a je možné s ním pracovat.

Terapie zaměřená na přenos

Terapie zaměřená na přenos (Transference-focused psychotherapy, TFP), vyvinutá Otto Kernbergem, staví na práci s přenosem v terapeutickém vztahu.²⁵ Pacient nevědomě přenáší na terapeuta vzorce z minulosti. Jsou to očekávání, obavy, touhy či obrany, které dříve vystupovaly v jeho vztazích. Terapeut pečlivě sleduje, jak se tyto vzorce objevují v interakci „tady a teď“, a pomáhá pacientovi porozumět tomu, co se děje.

TFP umožňuje vidět vztahové oscilace, idealizaci i náhlé devalvace jako výsledek raných zkušeností, nikoli jako realitu současného vztahu. Pacient postupně získává schopnost integrovat protikladné emoce a vnímat sebe i druhé komplexněji.

Mentalizační terapie

Mentalizační terapie (MBT), vycházející z práce Batemana a Fonagyho, přispívá zlepšením schopnosti rozpoznat vlastní i cizí mentální stavy.²⁶ Pacienti s HPO obvykle ztrácejí schopnost mentalizace, jakmile se objeví silný afekt. Terapie proto pracuje na tom, aby se pacient naučil zpomalit, pojmenovat, co se v něm děje, a popsat, jak rozumí tomu, co se odehrává mezi ním a druhým člověkem.

MBT se zaměřuje nejen na emoční regulaci, ale také na obnovu porozumění vztahovým situacím. Postupně se zlepšuje schopnost pacienta zvládat konflikty a odolnost vůči impulzivním reakcím. Výzkumy ukazují, že MBT snižuje frekvenci sebepoškozování i počet hospitalizací a podporuje stabilnější mezilidské fungování.²⁷

Model MBT se snaží vytvořit prostředí, ve kterém může pacient opět obnovit schopnost mentalizace i v mezilidsky náročných situacích. Terapie poskytuje strukturu, bezpečí a dostatek prostoru pro společné zkoumání afektů. Na začátku léčby se pracuje hlavně na stabilizaci. Pacient se učí zachytit první signály ztráty kontroly. Později se zaměřuje na konfliktní situace, vztahové epizody a různé podoby nepochopení, které v jeho životě často vyvolávají impulzivní reakce.

Hraniční porucha osobnosti v somatické medicíně

Pacienti s hraniční poruchou osobnosti se objevují nejen v ambulancích psychiatrů a psychoterapeutů, ale také v širokém spektru somatických oborů. Setkávají se s nimi internisté, chirurgové, gynekologové, neurologové i pracovníci urgentních oddělení. Tito pacienti často přicházejí s kombinací tělesných obtíží, emoční tísně a vztahových potíží, což může vést k častým hospitalizacím a nadužívání zdravotní péče.²⁸ Zdravotníci u nich mohou zažívat směs soucitu, ochranné snahy, podráždění i bezmoci, zejména pokud se potíže opakují a nedaří se najít jasnou somatickou příčinu.

Projevy v interní, gynekologické a urgentní praxi

V interní praxi bývá nejčastějším obrazem pacient s širokou paletou tělesných symptomů, které se střídají, přicházejí náhle a mají minimální organický podklad. Pacienti popisují bušení srdce, tlaky na hrudi, návaly horka, třes, závratě nebo bolesti břicha. Emoční stres zde má zásadní roli a působí jako spouštěč vegetativních reakcí, které pacient interpretuje jako akutní ohrožení zdraví.¹¹ Internista tak stojí před úkolem zklidnit pacienta, vyloučit život ohrožující stav a zároveň otevřeně komunikovat o možnosti psychické etiologie, aby se předešlo pocitu odmítnutí.



Kazuistická viněta:

Interní oddělení – „Bolest na hrudi“

Tricetiletá žena přichází opakovaně na urgentní příjem s bolestmi na hrudi a pocitem dušení. EKG i krevní testy jsou vždy negativní. Při rozhovoru působí vyděšeně, trvá na tom, že „tentokrát je to určitě infarkt“. V průběhu rozhovoru se ukazuje, že bolest na hrudi předchází hádce s partnerem. Emoční rozrušení aktivovalo její schéma opuštění a tělo reagovalo kaskádou vegetativních symptomů. Lékař postupně vysvětluje rozdíl mezi somatickým ohrožením a úzkostnou reakcí. Používá validaci („muselo to být velmi děsivé“), ale zároveň nabízí jasný plán, který zahrnuje akutní zklidnění, kontakt s psychiatrem a doporučení k psychoterapii. Pacientka reaguje s úlevou a méně obranně, protože se cítí pochopená, nikoli odmítnutá.

V gynekologické praxi bývá obraz podobně komplexní. Pacientky mohou přicházet opakovaně s bolestmi, nepravidelným menstruačním cyklem, obavami z těhotenství či infekce nebo s psychosomatickými potížemi spojenými s tělesně-prožitkovou oblastí. Nízké sebehodnocení a nejistota v tělesné identitě, často zakořeněné v traumatických zkušenostech s tělem, zde významně ovlivňují prožívání.^{29,1}



Kazuistická viněta: Gynekologie –

„Pořád se bojím, že jsem nemocná“

Sedmadvacetiletá žena navštěvuje gynekologii téměř jednou měsíčně. Stěžuje si na bolesti v podbřišku, nepravidelný cyklus a obavy z infekce. Všechny nálezy jsou negativní. V rozhovoru se opakovaně vrací k tomu, že „jí nikdo nevěří“ a že „lékaři něco přehlédli“. Gynekoložka si

všímá, že pacientka přichází po konfliktech s partnerem, často pláče a její potíže se zhoršují po stresových situacích. V rámci rozhovoru popíše fyziologický vliv stresu na cyklus a doporučuje konzultaci s psychiatrem. Zároveň zdůrazňuje, že její potíže nejsou „vymyšlené“, ale že tělo často reaguje na dlouhodobé napětí. Pacientka odchází méně napjatá, protože její prožívání bylo uznáno, nikoli zlehčováno.

Na pracovištích urgentní péče se pacienti s HPO objevují zejména po intoxikacích, s následky sebepoškození nebo v akutních krizích, kdy se jejich vnitřní napětí přelije do jednání. Sebeпоškození samo o sobě nemusí být motivováno suicidální snahou, ale slouží jako zoufalý způsob regulace emocí. Je však snadno přehlédnutelný rozdíl mezi afektivním sebepoškozením a skutečným suicidálním rizikem, což zvyšuje nároky na personál.



Kazuistická viněta: Urgentní příjem – „Jen jsem chtěla vypnout“

Dvacetiletá žena je přivezena po požití vyšší dávky anxiolytik. Sama popisuje, že „nechtěla umřít“, ale „už to nešlo vydržet“. Pečlivým vedením rozhovoru se ukazuje, že před incidentem proběhla intenzivní hádka s matkou, která zpochybnila její schopnost dokončit školu. Pacientka byla emočně zahlcená, uchýlila se k impulzivnímu jednání a následně se vyděsila. Tým jí poskytuje krátké zklidnění, provede vyšetření, ale zároveň komunikuje jasně a nekolísavě: „Záleží nám na tom, abyste byla v bezpečí. Vaše potíže mají řešení, ale je důležité, abyste byla zapojena do dlouhodobé péče.“ Pacientka reaguje méně defenzivně, protože jasně nastavené hranice snižují její úzkost.

Sebeпоškození, nadužívání zdravotní péče a „doctor-shopping“

Mnoho pacientů s HPO navštěvuje různé lékaře, často v krátkých intervalech, někdy i v různých městech. Tento jev, označovaný jako doktor-shopping, bývá spojen s hledáním ideální autority, která by konečně přinesla úlevu a potvrzení, že jejich obtíže jsou „skutečné“.³⁰ Je však také odrazem vztahové nestability. Pacient může jednoho lékaře idealizovat, dokud nepříjde frustrace, po které následuje náhlá devalvace a odchod jinam.⁹ Nadužívání péče souvisí s tím, že pacienti často interpretují negativní nálezy jako selhání lékaře. Bez širšího vysvětlení mohou mít pocit, že „nikdo nic nedělá“, což zvyšuje emoční napětí a vede k dalším návštěvám.



Kazuistická viněta: „Nikdo mě nebere vážně“

Pacient s opakovanými bolestmi břicha navštívil během dvou měsíců pět různých ambulancí. Pokaždé žádal nové vyšetření, protože měl pocit, že ti předchozí něco přehlédli. Jeho frustrace postupně narůstala a střídal idealizaci („Vy jste jediný, kdo mě konečně poslouchá.“) s náhlými výbuchy zlosti, pokud lékař nezvolil očekávaný postup. Psychiatrická konzultace odhalila, že tento cyklus

odráží jeho schéma Nedůvěry a Defektnosti. Po nastavení jasného plánu – jeden koordinující lékař, pravidelné kontroly a vysvětlený diagnostický rámec – se počet návštěv snížil a pacient postupně akceptoval potřebu psychoterapeutické péče, do které vstoupil.

Komunikace mezi psychiatrem a somatickými lékaři

Provázaná péče je zásadní, protože roztříštěnost informací zvyšuje riziko duplicitní diagnostiky a posiluje maladaptivní vzorce chování. Psychiatr může sehrávat úlohu tlumočníka mezi somatickou péčí a pacientem. Vysvětluje povahu emoční a vztahové dysregulace a pomáhá somatickým lékařům chápat, že pacientovo chování není úmyslnou manipulací, nýbrž projevem hlubokého vnitřního napětí, devalvace sebe sama a výrazem hlubokého pocitu opuštění.^{20,18}

Prospěšná je přímá komunikace mezi obory a vytvoření jednotných rámců: jeden koordinující lékař, sjednocené informace, realistický plán péče a jasná hranice mezi somatickými a psychickými intervencemi. Tento postup snižuje chaos a zlepšuje pacientovo prožívání bezpečí.

Doporučení pro týmovou spolupráci

Zdravotníci potřebují kombinovat empatii s profesionálními hranicemi. Pacientům prospívá validace emocí, klidné tempo komunikace a transparentní vysvětlení léčebných kroků. Současně je nutné vyhnout se označování pacienta jako „manipulativního“. Taková nálepka zvyšuje napětí a brání spolupráci. Pomáhá, pokud se všichni ošetřující shodnou na strukturovaném plánu, který zahrnuje krizové postupy, koordinaci péče a případné doporučení psychoterapie. Včasný zapojení psychoterapeuta či psychiatra může výrazně snížit frekvenci krizových návštěv a podpořit stabilizaci.²⁷

Přenos a protipřenos v léčbě HPO

Vztah mezi terapeutem a pacientem s hraniční poruchou osobnosti je často intenzivní, proměnlivý a hluboce ovlivněný minulými vztahovými zkušenostmi. Terapie proto nebývá pouze technickou intervencí, ale také emočním setkáním, které aktivuje staré rány i nové příležitosti k růstu. Přenos a protipřenos nepředstavují nežádoucí komplikace, ale přirozené fenomény, které lze využít jako důležitý zdroj informací o vnitřním světě pacienta i o tom, co se s ním děje ve vztazích mimo terapii.

Přenos: Když se minulost promítá do terapeutického vztahu

Pacienti s hraniční poruchou osobnosti mají tendenci přenášet na terapeuta postoje, očekávání a emoce spojené s dřívějšími významnými osobami. Tento proces, označovaný jako přenos, může vést k prudkým výkyvům v terapeutické práci. Terapeut je v jedné chvíli vnímán jako ideální, chápající a jedinečný, zatímco o několik minut či dní později může být podle pacienta odmítavý, nezajímavý nebo nebezpečný.^{20,31}

Oscilace mezi idealizací a devalvací často souvisejí s ranými schémata opuštění, zanedbání či zneužití. Pacient v těchto chvílích nereaguje na konkrétní chování terapeuta,

ale na dávno uložené emoční stopy. Někdy se přenos projevuje testováním hranic nebo snahou vyvolat z terapeutovy strany soucit. Jindy se objevuje defenzivní chlad, únik nebo odmítnutí. Terapie má umožnit, aby tyto procesy byly rozpoznány, pojmenovány a reflektovány.



Kazuistická viněta: „Všichni mě opustí“

Pacientka, 31 let, dochází do terapie kvůli opakovaným výbuchům žárlivosti a strachu z opuštění. Po několika měsících pravidelné docházky terapeut z organizačních důvodů mění termín sezení. Informace je sdělena s předstihem a s nabídkou alternativních možností. Pacientka však reaguje prudce: „Vy už mě taky nechcete! Stejně to tak dopadne jako vždycky.“ V dalších minutách vystupňuje hněv i bezmoc a odmítá návrhy řešení.

Terapeut zvládá situaci kombinací validace („Je vidět, že změny termínů jsou pro vás těžké.“) a zkoumání („Co přesně se ve vás spustilo, když jste slyšela o změně?“). Pacientka postupně připouští, že podobný pocit zažívala s matkou, která často rušila sliby. Terapeut propojuje současnou reakci s tímto schématem a ukazuje, že nejde o realitu terapeutova postoje, ale o znovuaktivovanou starou bolest. Tento moment se stává důležitým milníkem – pacientka začíná chápat, že její emoční reakce v terapii jsou mapou, která pomáhá pochopit dynamiku jejích partnerských vztahů.

Protipřenos: Když terapeut reaguje na pacienta intenzivněji, než očekává

Protipřenos označuje emoční a tělesné reakce terapeuta na pacienta. U osob s HPO bývají tyto reakce silné, rychlé a proměnlivé.^{20,32} Terapeut může v jednu chvíli cítit upřímný soucit a snahu chránit pacienta, zatímco o několik minut později se objeví podráždění, hněv nebo pocit bezmoci. Tyto reakce nejsou známkou terapeutova selhání, ale přirozenou odpovědí na intenzitu mezilidské dynamiky.

Protipřenos může mít mnoho podob. Někdy se terapeut snaží pacienta „zachránit“ a přebírá za něj příliš mnoho odpovědnosti, což vede k vyčerpání. Jindy může být jeho reakcí odstup a emoční zploštění, které však odráží spíše obranný manévra než skutečnou neutralitu. Pokud je protipřenos reflektován, může se stát užitečným nástrojem pro porozumění tomu, jak se vůči pacientovi cítí i jeho okolí.



Kazuistická viněta: „Chtěl jsem jí pomoci víc, než bylo zdravé“

Terapeut pracuje s pacientkou, která často přichází na sezení v hluboké tísní. Opakovaně říká, že „na světě nikoho nemá“ a že „terapeut je jediný, kdo jí rozumí“. Terapeut si všimá, že na její prosby reaguje silnou empatií, přijímá telefonáty mimo pracovní dobu a po sezeních o ní stále přemýšlí. Jednoho dne si uvědomí, že cítí vyčerpání a že se začíná obávat, že „bez něj nezvládne žít“.

V supervizi popisuje své pocity a uvědomuje si, že se stal objektem projekční identifikace. Pacientka potřebuje, aby někdo „držel“ její vnitřní chaos, a terapeut tento úkol převzal příliš doslovně. Supervize pomůže terapeutovi vrátit se k profesionálním hranicím, normalizovat

své reakce a najít způsob, jak pacientce poskytnout podporu bez přetěžování sebe samého. V dalších sezeních pracuje i s tím, že pacientka prožívá vztahovou závislost, a pomáhá jí hledat vnitřní zdroje, nikoli se opírat pouze o něj.

Supervize a týmová reflexe

Dlouhodobá práce s pacienty s hraniční poruchou osobnosti klade vysoké nároky na emoční stabilitu terapeuta. Je běžné, že se terapeut ocitá v situacích, kdy zažívá intenzivní emoční reakce, které mohou ovlivnit kvalitu léčby. Bez prostoru pro reflexi mohou tyto emoce vést k vyčerpání, cynismu nebo postupnému omezování empatie. Praško et al.³² ukazují, že pravidelná supervize není jen metodickým nástrojem, ale ochranným faktorem, který umožňuje terapeutovi udržet dlouhodobou funkčnost.

Týmová spolupráce je stejně nezbytná. V rámci multidisciplinárních týmů se přenos a protipřenos mohou rozprostít mezi různé členy personálu. Pacient může jednoho pracovníka idealizovat a jiného odmítat, což může vést k napětí a rozštěpení. Pravidelná týmová setkání poskytují prostor ke sdílení zkušeností, porozumění dynamice a nastavování jednotného přístupu. Tím se snižuje chaos a zároveň se posiluje pocit bezpečí pro pacienta.

Gabbard²⁰ zdůrazňuje, že terapeutická práce s HPO není udržitelná bez vědomé péče o sebe, respektu k vlastním hranicím a bez kultury podpory. Terapeut může být kompetentní pouze tehdy, pokud má přístup k prostředí, které jeho práci nese, nikoli oslabuje.

Prognóza, vývoj a dlouhodobá péče

Ještě před dvěma desetiletími byla hraniční porucha osobnosti považována za diagnózu s těžkým a v podstatě neměnným průběhem. Pacienti byli často popisováni jako „chronicky nestabilní“ nebo „nepoučitelní“. Současný výzkum však tuto představu zásadně mění. Dlouhodobé prospektivní studie ukazují, že většina pacientů s HPO dosahuje významné stabilizace, redukce symptomů a postupného zrání osobnosti.^{1,2} Změna nebývá rychlá, avšak je reálná a často překvapivě výrazná.

Zanarini et al.¹ ve své šestnáctileté prospektivní studii zjistili, že více než 85 % pacientů dosáhne remise a přibližně polovina dosáhne dlouhodobého zotavení, které zahrnuje nejen ústup symptomů, ale také funkční adaptaci v práci, vztazích a každodenním životě. I přesto přetrvává u části pacientů zvýšená vulnerabilita vůči stresu, vztahovým konfliktům či emočním ztrátám, což vyžaduje dlouhodobé sledování a průběžnou podporu.

Faktory zlepšení

Jedním z nejdůležitějších faktorů, které podporují stabilizaci, je přítomnost bezpečných a předvídatelných vztahů. Ať už jde o partnerský vztah, blízké přátele, nebo terapeutický vztah, všechny tyto vazby mohou pomoci pacientovi internalizovat zkušenost, že je možné být v blízkosti jiné osoby beze strachu, chaosu či odmítnutí. Stabilní vztahy podporují korekci raných maladaptivních schémat a přispívají ke snížení emoční reaktivity.¹

Dalším zásadním faktorem je dlouhodobá psychoterapie, kde se pacient postupně učí porozumět svým emocím, regulovat impulzy a vytvářet funkčnější vztahové vzorce. Efektivní je zejména schématerapie, dialekticko-behaviorální terapie a mentalizační přístup, které snižují riziko sebepoškozování a impulzivních reakcí a zvyšují pacientovu schopnost reflektovat vlastní prožívání.^{19,26}

Významnou roli má i režimová stabilita a abstinence. Alkohol nebo drogy zhoršují emoční labilitu a zvyšují riziko impulzivního jednání.³³ Pravidelný spánek, strukturovaný den a zdravé návyky působí jako ochranné faktory, které snižují četnost krizí.

Důležitý je také postupný růst autonomie. Když pacient začíná přebírat odpovědnost za své životní volby, získává větší pocit kompetence. Pomáhá dosažení pracovních nebo studijních cílů, zapojení do smysluplných aktivit nebo rozvoj zájmů, které posilují sebeúctu.



Kazuistická viněta: „Našla jsem v sobě dospělého člověka“

Pacientka, 26 let, vstoupila do psychoterapie po sérii nestabilních vztahů a opakovaném sebepoškozování. V úvodních měsících chodila na sezení vyčerpaná, přetížená a často v silném emočním rozrušení. Její život se odehrával v cyklech intenzivních vztahových vzplanutí a dramatických rozhodů. V průběhu terapie se postupně učila rozpoznávat své spouštěče a aktivované módy Zraněného dítěte i Kritika. O rok později popisovala, že dokáže zastavit konfliktní eskalaci a říct partnerovi: „Potřebuji chvíli pauzu, abych si to urovnala.“ Tento posun byl zároveň projevem nárůstu autonomie a vnitřní stability. Vztah trval déle než kterýkoliv předchozí, protože se již neřídil výhradně emocemi, ale i vědomými volbami. Pacientka sama uvedla: „Poprvé mám pocit, že mám uvnitř sebe dospělého člověka, který mě podrží.“

Rizikové faktory relapsu

Velkým rizikem je také užívání návykových látek, které narušují sebekontrolu a zvyšují emoční reaktivitu.³³ Komorbidní deprese nebo posttraumatická stresová porucha mohou navíc zesilovat beznadě, sebeobviňování a disociativní reakce. Relaps se často objeví také po náhlém přerušení psychoterapie bez postupného ukončování. Pacient může prožívat intenzivní pocity zrady, které znovu aktivují destruktivní vzorce.

Prevence relapsu zahrnuje vytvoření krizového plánu. Pacient by měl mít jasno v tom, co dělat při návratu potíží, koho kontaktovat a jaké strategie použít k regulaci emocí. Krizový plán často obsahuje telefonní kontakt na terapeuta nebo psychiatra, kroky k zajištění bezpečí a techniky pro zklidnění.



Kazuistická viněta: „Všechno se zhroutilo během jednoho týdne“

Pacient, 34 let, byl několik let stabilní, pracoval v menší firmě a měl funkční partnerský vztah. Po náhlém rozchodu začal znovu pociťovat silné napětí a prázdnotu. V průběhu několika dní se objevily výpadky spánku, ztráta

chuti k jídlu a impulzivní myšlenky na sebepoškozování. Když dorazil na ambulantní kontrolu, popisoval, že „všechno ztratilo smysl“ a že „jde znovu do starých kolejí“. Terapeut s ním aktivoval předem připravený krizový plán, který zahrnoval zvýšenou frekvenci sezení, omezení alkoholu, techniky stabilizace a kontaktování blízkého přítele, který sloužil jako opora. Během dvou týdnů se stav stabilizoval. Pacient popsal, že největší úlevu mu přineslo vědomí, že „má kam sáhnout“ a že relaps neznamená konec pokroku.

Závěr

Hraniční porucha osobnosti **není nevyléčitelná diagnóza**, ale představuje komplexní poruchu emoční regulace, identity a vztahového fungování, která má své kořeny v raných životních zkušenostech a ve způsobu, jakým se jedinec naučil reagovat na stres, odmítnutí a ohrožení. Chování, které může na první pohled působit jako manipulativní nebo chaotické, je často výrazem hluboké nejistoty, strachu z opuštění a zoufalé snahy udržet si vztahovou blízkost. Pacienti s HPO netrpí nedostatkem motivace, ale nedostatkem dovedností, které by jim umožnily tyto situace zvládnout jiným způsobem.

Moderní výzkumy i klinická praxe ukazují, že většina pacientů dosahuje výrazného zlepšení, pokud je léčba dlouhodobá, koordinovaná a strukturovaná.^{1,2} Psychoterapie představuje základní nástroj změny. Pomáhá pacientovi pochopit vlastní emoční svět, získat stabilnější identitu a učit se funkčnějším způsobům zvládání stresu i vztahových konfliktů. Farmakoterapie má podpůrnou roli, zejména při komorbiditě s depresí nebo úzkostí, a zklidňuje symptomy, které by jinak bránily práci v terapii. Somatická medicína pak poskytuje zázemí pro bezpečí a diferenciativní diagnostiku a má významnou roli v prevenci nadužívání zdravotní péče.

Zásadní význam má také vztah mezi pacientem a terapeutem. Jde o prostor, kde se mohou poprvé objevit nové zkušenosti s blízkostí, stabilitou, respektem a hranicemi. Terapeutická práce je náročná jak emočně, tak časově. Vyžaduje kombinaci empatie a realistických očekávání, respektu i pevnosti. Právě tento rámec poskytuje pacientovi korektivní zkušenost, která může přepisovat jeho raná maladaptivní schémata.

Dlouhodobé studie přinášejí naději: většina pacientů s HPO dosáhne remise symptomů a významného zlepšení fungování, pokud mají přístup ke kvalitní psychoterapii, podpůrné farmakoterapii a stabilním vztahům.¹ Změna však bývá postupná a často nelineární. Dochází k obdobím stagnace nebo návratu starých vzorců chování, ale tyto situace nemusejí znamenat selhání. Spíše ukazují, že pacient potřebuje více podpory, trpělivosti a možná i úpravu terapeutických cílů.

Léčba hraniční poruchy osobnosti stojí na třech pilířích. Prvním je empatie, tedy schopnost vidět za pacientovým chováním jeho bolest a nenaplněné potřeby. Druhým je trpělivost, protože změna v oblasti emoční regulace a vztahového fungování vyžaduje čas. Třetím pilířem jsou realistické hranice, které chrání pacienta i terapeuta a umožňují vytváření stabilních vazeb.

Závěrem je třeba zdůraznit potřebu destigmatizace. Hraníční porucha osobnosti by neměla být spojována s bezdůvěrou ani s předsudky o „těžkosti“ nebo „nespolupráci“. Je to diagnóza, u níž je reálná perspektiva růstu, integrace a postupného zrání. Jak uvádějí Bateman a Fonagy,²⁷ léčba HPO je především léčbou vztahovosti. Obnovuje schopnost navazovat opravdové vztahy, lépe chápat sebe i druhé a žít život, který není řízen strachem a impulzem, ale vědomou volbou.

Prof. MUDr. Ján Praško Pavlov, CSc., PhDr. Marie Ocisková, Ph.D.

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

² Katedra psychoterapie, Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Praha

³ Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálních věd a zdravotnictva, Slovenská republika

⁴ Centrum duševní rehabilitace, Jessenia, a.s., Beroun

⁵ Mindwell, s.r.o., Praha

Korespondenční adresa: praskojan@seznam.cz

Literatura

- Zanarini MC, et al. Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. *Am J Psychiatry*. 2012;169(5):476–483. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.11101550. PMID: 22737693; PMCID: PMC3509999.
- Gunderson JG, et al. Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Aug;68(8):827–37. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.37. Epub 2011 Apr 4. PMID: 21464343; PMCID: PMC3158489.
- Skoglund C, et al. Familial risk and heritability of diagnosed borderline personality disorder: a register study of the Swedish population. *Mol Psychiatry*. 2021;26(3):999–1008. doi: 10.1038/s41380-019-0442-0. Epub 2019 Jun 3. PMID: 31160693; PMCID: PMC7910208.
- Söderholm JJ, et al. Borderline Personality Disorder With Depression Confers Significant Risk of Suicidal Behavior in Mood Disorder Patients-A Comparative Study. *Front Psychiatry*. 2020;11:290. doi: 10.3389/fpsyt.2020.00290. PMID: 32362847; PMCID: PMC7181053.
- Carvalho LF, Pianowski G. Dependency, mood instability, and inconsequence traits for discriminating borderline personality disorder. *Trends Psychiatry Psychother*. 2019;41(1):78–82. doi: 10.1590/2237-6089-2018-0010. Epub 2019 Feb 28. PMID: 30994782.
- Lieslehto J, et al. Comparative Effectiveness of Pharmacotherapies for the Risk of Attempted or Completed Suicide Among Persons With Borderline Personality Disorder. *JAMA Netw Open*. 2023;6(6):e2317130. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2023.17130. PMID: 37285156; PMCID: PMC10248738.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 2013.
- Kernberg OF. *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson; 1975.
- Praško J, et al. „Poď ode mě dál!“ aneb lidé s hraniční poruchou osobnosti v každodenním životě a léčbě. *Postgrad Med*. 2018;20(4):412–428.
- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press; 2003.
- Gunderson JG, Links PS. *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. 2nd ed. Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 2008.
- Ocisková M, et al. Black & white relations: Intimate relationships of patients with borderline personality disorder. *Neuro Endocrinol Lett*. 2023;44(5):321–331. PMID: 37524321.
- Agrawal HR, et al. Attachment studies with borderline patients: a review. *Harv Rev Psychiatry*. 2004;12(2):94–104. doi: 10.1080/10673220490447218. PMID: 15204804; PMCID: PMC1857277.
- Lieb K, et al. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *Br J Psychiatry*. 2010;196(1):4–12. doi: 10.1192/bjp.bp.108.062984. PMID: 20044651.
- Reich DB, Zanarini MC, Bieri KA. A preliminary study of lamotrigine in the treatment of affective instability in borderline personality disorder. *Int Clin Psychopharmacol*. 2009;24(5):270–275. doi: 10.1097/YIC.0b013e32832d6c2f. PMID: 19636254.
- Stoffers-Winterling JM, et al. Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022;11(11):CD012956. doi: 10.1002/14651858.CD012956.pub2. PMID: 36375174; PMCID: PMC9662763.
- Zimmerman M, Chelminski I, Young D. The frequency of personality disorders in psychiatric patients. *Psychiatr Clin North Am*. 2008;31(3):405–420, vi. doi: 10.1016/j.psc.2008.03.015. PMID: 18638643.
- Grambal A, Praško J, Kasalova P. *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Grada, 2017.
- Linehan MM, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(7):757–766. doi: 10.1001/archpsyc.63.7.757. Erratum in: *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(12):1401. PMID: 16818865.
- Gabbard GO. *Long-Term Psychodynamic Psychotherapy: A Basic Text*. 2nd ed. Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 2010.
- Arntz A, van Genderen H. *Schema Therapy for Borderline Personality Disorder*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2009.
- Ocisková M, et al. Přepis bolestných vzpomínek v imaginaci. *Psychiatr. praxi* 2020a;21(1):22–28.
- Ocisková M, et al. Židlování s módy ve schématerapii. *Psychiatrie pro praxi*. 2020b;21(3):155–164.
- Praško J, et al. Using therapeutic letters in group schematherapy. *Neuro Endocrinol Lett*. 2024;45(7-8):492–503. PMID: 39737499.
- Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF. *Psychotherapy for Borderline Personality: Focusing on Object Relations*. Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 2006.
- Bateman A, Fonagy P. Comorbid antisocial and borderline personality disorders: mentalization-based treatment. *J Clin Psychol*. 2008;64(2):181–94. doi: 10.1002/jclp.20451. PMID: 18186112.
- Bateman AW, Fonagy P. *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. 2nd ed. Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 2019.
- Sansone RA, Sansone LA. Responses of mental health clinicians to patients with borderline personality disorder. *Innov Clin Neurosci*. 2013;10(5-6):39–43. PMID: 23882440; PMCID: PMC3719460.
- Sansone RA, Wiederman MW, Sansone LA. Health care utilization and history of trauma among women in a primary care setting. *Violence Vict*. 1997;12(2):165–72. PMID: 9403986.
- Sansone RA, Sansone LA. Borderline personality and externalized aggression. *Innov Clin Neurosci*. 2012;9(3):23–26. PMID: 22567607; PMCID: PMC3342993.
- Kernberg OF. *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven: Yale University Press; 1984.
- Praško J, et al. Managing Transference and Countertransference in Cognitive Behavioral Supervision: Theoretical Framework and Clinical Application. *Psychol Res Behav Manag*. 2022;15:2129–2155. doi: 10.2147/PRBM.S369294. PMID: 35990755; PMCID: PMC9384966.
- Trull TJ, et al. Borderline personality disorder and substance use disorders: an updated review. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2018;5:15. doi: 10.1186/s40479-018-0093-9. PMID: 30250740; PMCID: PMC6145127.