

rapie a kognitivně-behaviorální terapie (KBT). Data byla sbírána pomocí sebeposuzovacích škál vyplňovaných pacienty a hodnocení provedeného psychology na začátku a na konci léčby. Sebeposuzovací dotazníky PHQ-9 a GAD-7 byly vyplňovány jednou za týden, čímž byla získána data o průběhu a dynamice změn příznaků.

Popis výzkumného vzorku

Studie se zúčastnilo celkem 51 pacientů, kteří absolvovali program mezi lednem a říjnem roku 2024. Ke kritériím zařazení patří diagnóza HPO dle DSM-5 (21), věk mezi 18 a 65 lety. Vyloučení byli pacienti s organickou psychickou poruchou, pacienti závislí na návykových látkách, kteří aktuálně užívali návykové látky a pacienti, kteří pro závažnou suicidální aktivitu nemohli být hospitalizováni na otevřeném psychoterapeutickém oddělení. Pacienti byli před vstupem do programu podrobeni komplexnímu psychiatrickému vyšetření a psychologickému hodnocení. Kromě anamnézy a stanovení diagnózy a vhodnosti zařazení do terapeutického programu patřilo také posouzení závažnosti nespecifických příznaků úzkosti, deprese a specifických příznaků HPO. Do studie vstoupilo v daném období 48 žen a 3 muži s průměrným věkem $23,1 \pm 5,6$ let.

Měřicí nástroje

V rámci hodnocení efektivity léčby byly využity následující psychometrické nástroje:

- **PHQ-9** (Patient Health Questionnaire-9): Tento nástroj slouží k hodnocení míry depresivních příznaků. PHQ-9 byl vyplňován každý týden, což umožnilo sledovat změny v průběhu hospitalizace (22). Výstupem je celkové skóre, které se zařadí do jednoho z orientačních stupňů závažnosti: Minimální příznaky deprese: 0–4 body; Mírné příznaky deprese: 5–9; Střední příznaky deprese: 10–14; Střední až těžké příznaky deprese: 15–19; Těžké příznaky deprese: 20–27 bodů.
- **GAD-7** (Generalized Anxiety Disorder-7): Dotazník GAD-7 byl použit k měření úrovně generalizované úzkosti. Byl vyplňován jednou týdně (23). Výstupem je celkové skóre, které se zařadí do jednoho z orientačních stupňů závažnosti: Minimální úzkost: 0–4 body; Mírná úzkost: 5–9; Středně těžká úzkost: 10–14; Těžká úzkost: 15–21 bodů.
- Škála **PSRS** (Positive Self-Relation Scale) slouží k hodnocení pozitivních aspektů vztahu

k sobě samému, jako jsou sebepřijetí, sebevědomí, autenticita a naplněné prožívání (24). Dotazník byl vyplněn na začátku a na konci léčby. Podle celkových skóre lze výsledky rozdělit na: Nadprůměr 136–160; Vyšší průměr 125–135; Ryzí průměr 103–124; Nižší průměr 91–102; Mírný podprůměr 60–90; Výrazný podprůměr 0–59 bodů.

- **BSL-23** (Borderline Symptom List-23): Tento sebeposuzovací nástroj byl použit ke sledování specifických symptomů HPO, jako jsou impulzivní chování, nestabilita vztahů a emoční dysregulace. BSL-23 umožňuje rychlé hodnocení intenzity symptomů typických pro HPO, a proto byl ideální pro tuto studii (25). Dotazník byl vyplněn na začátku a na konci programu. Průměrné skóre 1,5 se obvykle používá jako cut-off skóre k zachycení dg. hraniční poruchy osobnosti. Při dosažení, nebo přesažení tohoto skóre je tato diagnóza možná. Lze určit rozmezí závažnosti: Žádné, nebo minimální příznaky HPO: 0–0,3 bodu; Mírné příznaky HPO: 0,3–1,1; Středně těžké příznaky HPO: 1,1–1,9; Těžké příznaky HPO: 1,9–2,7; Velmi těžké příznaky HPO: 2,7–3,5; Extrémní příznaky HPO: více než 3,5 bodu.
- **CGI-BPD** (Clinical Global Impression for Borderline Personality Disorder): Tento klinický nástroj administrovaný psychology sloužil k orientačnímu hodnocení závažnosti příznaků HPO na začátku a konci hospitalizace. CGI-BPD poskytuje klinicky validní obraz změn symptomů a je cenným doplňkem k sebeposuzovacím škálám (26). Škála byla administrována na začátku a na konci programu. V tomto nástroji je hodnocena závažnost a frekvence jednotlivých symptomů HPO v 9 doménách a celková závažnost onemocnění na škále 1–7.

Statistická analýza

Pro statistickou analýzu jsme použili programy SPSS verze 24.0 (SPSS Inc, 2008), G*Power 3, Prism (GraphPad PRISM version 5.0; <http://www.graphpad.com/prism/prism.htm>). U kvantitativních, demografických a klinických dat jsme průměry a směrodatné odchylky spočítali pomocí deskriptivní statistiky. Normalitu rozložení dat jsme zjistili Shapiro-Wilkovým W testem. Data byla analyzována pomocí párového t-testu k porovnání změn skóre jednotlivých hodno-

ticích nástrojů před a po programu. Průběžná data byla hodnocena analýzou variance pro opakovaná měření (one-way ANOVA). Základní hladina statistické významnosti byla $p < 0,05$.

Etika

Studie byla provedena v souladu s nejnovější verzí Helsinské deklarace a pokyny ICH-GCP (International Conference on Harmonization, Good Clinical Practice) (27). Všichni účastníci podepsali informovaný souhlas poté, co jim byla plně vysvětlena povaha postupů a možnost odstoupení ze studie bez udání důvodu.

Šestitýdenní terapeutický program

Šestitýdenní program má čtyři fáze:

1. Fáze – Seznámení a budování vzájemných vztahů – Vstupní týden je zaměřen na vytvoření bezpečného prostředí, popsání problémů a metod, jak jim čelit (20). Pacienti se seznamují s terapeutickým týmem a mezi sebou navzájem. Probírají se pravidla, příčiny psychologických problémů, vytváří se důvěra a určují individuální cíle. Procházejí se a přehrávají módy schémat, bludný kruh problémů a probíhá první plánování aktivit.

2. Fáze – Propracování problémů a jejich hojení – Druhá fáze trvá dva týdny. Je věnována analýze příznaků a problémů, práci s Vnitřním kritikem a péči o Zraněné dítě. Pacienti píšou dopis Kritikovi. Pracuje se s modifikovaným záznamem kritických, obviňujících, nebo nutících myšlenek. Pacienti procházejí nácvikem pozitivní asertivity.

3. Fáze – Nácvik komunikace a řešení problémů – Další dva týdny jsou věnovány maladaptivním schémátům a komunikačním dovednostem ve složitějších situacích. Pacienti se učí zvládat interpersonální problémy a konflikty. Pacienti se učí, jak porozumět druhému a jak toto porozumění vyjádřit pomocí rolí, prázdného křesla, změny rolí. Dochází k ošetřování bolestných událostí z minulosti.

4. Fáze – Prevence relapsu a příprava na budoucnost – Poslední týden programu se zaměřuje na hodnocení toho, co program přinesl a plánům po hospitalizaci. Pacienti si připravují plán prevence relapsu a strategií pro zvládání náročných situací v životě. Součástí je také individuální hodnocení pokroku s terapeutem a stanovení cílů na další rok. Nakonec se pacienti loučí mezi sebou i terapeutickým týmem.