

Typy použitých terapeutických přístupů

Program zahrnuje řadu terapeutických metod. Jmenovitě se jedná o:

■ Komunitní setkání a skupinové terapie:

Pravidelná komunitní setkání povzbuzují pocit sounáležitosti a podporují odpovědnost vůči sobě. Každý den probíhají dvě komunity, první ráno po rozcvičce a druhá večer den ukončuje. Na komunitě se domlouvají organizační části programu, řeší vztahové konflikty mezi pacienty, pracuje se se sebe-reflexí a zpětnou vazbou. Skupinová terapie používá přístupy schématerapie a KBT, jako jsou psychoedukace, zážitkové a imaginativní techniky, práce s terapeutickými dopisy, židlemi a hraní rolí (20). Bolestné a traumatické zážitky jsou ošetřovány přepisy v imaginaci.

■ Individuální sezení: Skupinový program je podpořen individuálními pohovory, kde mají pacienti možnost dále prozkoumat osobně důležitá témata. Individuální sezení poskytují důvěrný prostor, kde mohou probírat bolestná témata vlastním tempem bez obav ze zahanbení či tlaku ostatních (28).

■ Kreativní a zážitkové terapie: Arteterapie, muzikoterapie jsou z velké části propojeny s aktuálními tématy probíranými ve skupinách. Pacienti mají možnost prohloubit své porozumění, emocionálně je podpořit a kreativně vyjádřit. V rámci teatroterapie mohou nacvičit divadelní hru. To je vhodnou příležitostí pro seberealizaci i expozici sociální úzkosti. Zároveň se učí dostát závazku – spoluzodpovědnosti za konečný výsledek. Ke kreativním terapiím patří rovněž rukodělné činnosti, jako je šití a keramická dílna. Rozvíjejí koncentraci a přispívají ke stabilizaci nálady (29).

■ Pohybová rehabilitace: Důležitý je dostatek prostoru k pohybovým aktivitám pod vedením fyzioterapeutů a trenérů. Zahrnuje to různé formy cvičení (fitness, jóga a pohybové hry) a plavání. Cílem je rozvíjení vnímání těla, prostorové orientace, zvýšení fyzické zdatnosti a kognitivní kontroly v průběhu pohybu. Důraz je kladen na podporu radosti z pohybu a rozvoj pohybového optimismu – snahy o „dost dobrý“ pohyb i s nedokonalostmi. Pravidelná aerobní fyzická aktivita má prokázaný antidepresivní účinek (30).

Výsledky

Soubor

Studie se zúčastnilo 51 pacientů s diagnózou HPO, kteří absolvovali program mezi lednem a zářím 2024. Nejčastější komorbiditou byla depresivní porucha (19,6 %), dále porucha příjmu potravy (15,7 %), sociální fobie (15,7 %), škodlivé užívání či závislosti (13,7 %), PTSD (11,8 %) a ADHD (11,8 %). Průměrný věk byl $23,1 \pm 5,6$ let. Charakteristiky souboru jsou souhrnně uvedeny v tabulce (Tab. 1). Jedenáct pacientů s HPO program předčasně ukončilo, nejčastěji z vlastního rozhodnutí ($n = 6$), několik pacientů bylo propuštěno pro závažné porušení pravidel ($n = 3$) či pro somatické onemocnění ($n = 2$).

Efektivita programu

Šestitýdenní terapeutický program pro pacienty s hraniční poruchou osobnosti (HPO) vykázal významné zlepšení v několika klíčových oblastech podle jednotlivých hodnoticích nástrojů (Tab. 2).

Během pobytu došlo ke:

Zlepšení depresivních příznaků (PHQ-9): Průměrné skóre na dotazníku PHQ-9, který hodnotí míru depresivních příznaků, ukázalo

statisticky významný pokles po šesti týdnech programu (One-way analysis of variance: $F = 4,411$ df = 258; $p < 0,001$). To ukazuje, že program měl pozitivní vliv na snížení příznaků deprese.

Snížení úrovně úzkosti (GAD-7): Hodnocení úzkostných příznaků pomocí GAD-7 ukázalo statisticky významný pokles v průběhu hospitalizace (Tab. 2; One-way analysis of variance; $F = 2,817$ df = 258, $p < 0,05$).

Zlepšení vztahu k sobě (PSRS): Hodnoty v oblasti pozitivního vztahu k sobě, měřené pomocí dotazníku PSRS, se rovněž významně zvýšily (párový t-test: $t = 5,095$ df = 16; $p < 0,0001$), což svědčí o pozitivní změně (Graf 2).

Zlepšení specifických příznaků HPO (BSL-23): Skóre dotazníku BSL-23, který hodnotí pacient, se po šesti týdnech také významně snížilo (párový t-test: $t = 2,706$ df = 37; $p < 0,05$; Graf 3).

Psychologové hodnotili specifickou hraniční symptomatologii pomocí CGI-BPD (Clinical Global Impression for Borderline Personality Disorder). U pacientů se projevilo statisticky významné zlepšení v oblasti emoční stability, schopnosti navazovat mezilidské vztahy a snižování impulzivních projevů. Celkové skóre CGI-BPD rovněž vykázalo statisticky významné zlepšení symptomů HPO (Wilcoxon rank test: $WS-297$; $p < 0,05$; Graf 4).

Tab. 1. Charakteristiky souboru

Proměnná	Průměr + směrodatná odchylka / četnost
Věk	$23,1 \pm 5,6$
Trvání poruchy	$6,1 \pm 4,3$
Počátek problémů	$16,9 \pm 4,0$
Pohlaví M/Ž	3/48
Vzdělání: Základní/Učení/Střední/Vysokoškolské/Neuvedeno	23/3/15/3/7
Zaměstnání: Nezaměstnaní/Zaměstnaní	37/14
Index antidepresiva (přepočteno na paroxetin): Na počátku léčby ($n = 42$)/Po léčbě ($n = 43$)	$45,3 \pm 25,3/45,5 \pm 28,6$
Index anxiolytika (přepočteno na diazepam): Na počátku léčby ($n = 3$)/Po léčbě ($n = 2$)	$7,5 \pm 4,3/7,5 \pm 3,5$
Index antipsychotika (přepočteno na risperidon): Na počátku léčby ($n = 30$)/Po léčbě ($n = 30$)	$2,2 \pm 1,8/2,0 \pm 2,0$
Index stabilizátoru nálady (přepočteno na lamotrigin): Na počátku léčby ($n = 24$)/Po léčbě ($n = 23$)	$345,80 \pm 215,00/265,20 \pm 184,80$

Tab. 2. Změny skóre v hodnoticích nástrojích

Posuzovací nástroj	Průměr + směrodatná odchylka / četnost v procentech						
	Počátek	2. týden	3. týden	4. týden	5. týden	6. týden	Ukončení
CGI-BPD	$4,7 \pm 1,0$						$4,0 \pm 1,2$
PHQ-9	$18,1 \pm 6,0$	$15,8 \pm 7,1$	$15,8 \pm 6,3$	$16,1 \pm 6,2$	$14,1 \pm 6,1$	$11,1 \pm 6,2$	$14,4 \pm 7,0$
GAD-7	$13,7 \pm 5,0$	$12,1 \pm 5,5$	$12,5 \pm 5,6$	$13,3 \pm 5,8$	$11,7 \pm 5,9$	$8,9 \pm 5,2$	$9,0 \pm 4,9$
PSRS	$59,9 \pm 20,8$						$80,8 \pm 29,3$
BSL-23	$2,5 \pm 0,8$						$2,0 \pm 1,0$