

Vztah mezi problematikou, kvůli níž je vyhledán psychiatr, a diagnostikou hraniční poruchy osobnosti¹

Hraniční porucha osobnosti (dále jen HPO) představuje jednu z nejrozšířenějších osobnostních poruch. Cartwright (2008) odhaduje její výskyt na 8-11% v případě psychiatrické ambulantní péče a 14-20 % v případě hospitalizovaných. Dle jiných odhadů se v současnosti dokonce vyskytuje až u 15-30 % psychiatrických pacientů, kteří jsou v ambulantní péči (Pasz & Plechatá, 2020). To však může být dáno i probíhající reformou psychiatrické péče v ČR, v jejímž rámci jsou lůžková místa postupně rušena.

Jedná se o dlouhodobou poruchu, jenž charakterizují především bouřlivé výkyvy nálad, negativní pocity k sobě samému, nefunkční nebo ambivalentní vztahy a suicidální sklony (Hartl & Hartlová, 2010). Pro HPO je dále typické využívání obranných mechanismů štěpení a popření (Cakirpaloglu, 2012). Tato porucha je považována za velmi náročnou nejen pro ty, kteří jí trpí, ale také pro odborníky, jenž s těmito lidmi pracují. Terapeut musí být zejména velmi trpělivý a zároveň důsledný stran udržování hranic, které musí být jasně a často i opakovaně vymezeny (Orel, 2020).

Z výše uvedeného je patrné, že včasná diagnostika je více než žádoucí. Domníváme se, že dobrým prediktorem by mohl být výskyt traumatu v dětském věku, neboť ten je v anamnéze lidí s HPO typický (Van der Kolk et al., 1994). Jsme si vědomi toho, že trauma bývá hojně přítomno i v anamnézách u jiných poruch osobnosti (Golier et al., 2003). Nicméně vzhledem k prevalenci HPO, předpokládáme, že trauma může být významným „pomocník“ při diferenciální diagnostice a odhalování HPO.

Rozhodli jsme se ověřit tuto hypotézu pomocí modelu logistické regrese. Ten pracuje s dichotomickými závislými proměnnými a spojitými či kategoriálními regresory (v našem případě pouze kategoriálními). Datová matice – s náhodně vygenerovanými daty pro toto cvičení – obsahuje 225 záznamů dospělých klientů využívajících ambulantní psychiatrickou péči v ČR. V 94 případech se jedná o muže a ve 131 o ženy. Věk se pohybuje v rozmezí od 20 do 48 let.

¹ Data a další informace o této zprávě jsou dostupné na adrese <https://dostal.vyzkum-psychologie.cz/stat4?i=72>.

Závislé proměnné:

- **diagnostikovaná HPO nebo její absence.** Jedničkou jsme kódovali výskyt této diagnózy a nulou její absenci.

Regresor – problematika kvůli níž daný jedinec vyhledal odbornou pomoc:

- **trauma v dětství;**
- **absence funkčních interpersonálních vztahů;**
- **závislost na návykových látkách.**

Kovariáty²:

- **věk;**
- **pohlaví.**

Výsledky jsou zobrazeny v tabulce č. 1. Jako referenční skupinu³ jsme vybrali závislost na návykových látkách, a tudíž není v tabulce uvedena. Trauma v dětství se skutečně ukázalo jako statisticky významné (p-hodnota je menší než 0,005). Navíc, pokud klient přichází do ambulance s tím, že by chtěl řešit své traumatické zážitky, existuje téměř třikrát větší šance, že u něj bude později diagnostikována HPO, než když vyhledá odborníka kvůli závislosti či problémům ve vztazích. Mezi problematickými vztahy a závislostí pak není téměř žádný rozdíl.

Efekt	Poměr šancí	Waldova statistika	P-hodnota
Věk	0,99	0,42	0,5157
Pohlaví	1,69	1,97	0,1609
Trauma	2,97	7,90	0,0049
Absence vztahů	1,04	2,27	0,1315

Tabulka č. 1: výsledky logistické regrese

Výsledky našeho výzkumu naznačují, že byl náš předpoklad správný. Trauma v dětství se skutečně zdá být dobrým vodítkem pro diagnostiku, respektive k prozkoumání toho, zda se nejedná o HPO. Nicméně námi vytvořený model vykazuje určité nedostatky. Ukazatel kvality

² Kovariátů nepřisuzujeme v našem modelu zásadní roli, nicméně mohou pomoci vysvětlit část rozptylu.

³ Kategorie, s níž porovnáваме výsledky ostatních skupin.

modelu Cox-Snel R2 vychází přibližně pouze 0,042 a Nagelkerke R2 jen 0,056⁴. V budoucnu se tedy zaměříme na propracování tohoto modelu, abychom získali lepší predikci. Bude nutné promyslet další potenciální proměnné, které by náš model mohly vylepšit.

Literatura:

- Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Grada Publishing as.
- Cartwright, D. (2008). Borderline personality disorder: What do we know? Diagnosis, course, co-morbidity, and aetiology. *South African Journal of Psychology*, 38(2), 429-446.
- Golier, J. A., Yehuda, R., Bierer, L. M., Mitropoulou, V., New, A. S., Schmeidler, J., Silverman, J. M., & Siever, L. J. (2003). The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *American Journal of Psychiatry*, 160(11), 2018-2024.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Portál.
- Orel, M. (2020). *Psychopatologie: Nauka o nemocech duše, 3., aktualizované a doplněné vydání*. Grada Publishing as.
- Pasz, J., & Plechatá, A. (2020). *Normální šílenství*. Host.
- Van der Kolk, B. A., Hostetler, A., Herron, N., & Fisler, R. E. (1994). Trauma and the development of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 17(4), 715-730.

⁴ Tento ukazatel dosahuje hodnot mezi 0 a 1, přičemž hodnota 1 představuje model s nejlepší predikcí.