



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetrovatelství

**Ošetrovatelský proces u pacientky  
s diagnózou emočně nestabilní porucha  
osobnosti – hraniční typ s transsexualismem**

*Nursing Process in Patient suffering with  
Borderline Personality Disorder and  
Transsexualism*

případová studie

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Praha, 2009

Jana Vyskočilová

**Autor práce:** **Jana Vyskočilová, DiS.**  
**Bakalářský studijní program:** OŠETŘOVATELSTVÍ  
**Bakalářský studijní obor:** Zdravotní vědy

**Vedoucí práce:** **Bc. Hana Mudrová, DiS.**  
**Pracoviště vedoucího práce:** Psychiatrické centrum Praha

**Odborný konzultant:** **doc. MUDr. Ján Praško Pavlov, CSc.**  
**Pracoviště odborného konzultanta:** Klinika psychiatrie FN Olomouc  
Univerzita Palackého Olomouc

**Termín odevzdání práce:** **28-02-2009**

**Termín obhajoby:** **07-04-2009**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Dávám svolení k tomu, aby tato diplomová práce byla používána ke studijním účelům s respektováním autorských práv.

V Praze dne 23.února 2009

Jana Vyskočilová, DiS.

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala především své vedoucí práce Bc. Hance Mudrové za podporu, cenné rady, připomínky a nápady. Též bych zde ráda poděkovala svému odbornému konzultantovi doc. MUDr. Jánů Praškovi nejen za poznámky k této práci, ale zejména za jeho nekritické vedení mé osoby při učení se psychoterapii v mých začátcích. Právě díky tomu jsem mohla kvalitně ošetrovatelsky a terapeuticky s pacientkou pracovat. Mé díky patří také pacientce, která mi důvěřovala a spolupracovala se mnou. Poděkování patří i celému terapeutickému týmu PCP Praha oddělení 19, zejména MUDr. Páleníčkovi a doc. Praškovi, kteří též o pacientku pečovali. Poslední poděkování patří mé mamce, která si vzala dovolenou a starala se o mého synka Vojtěcha, abych tuto diplomovou práci napsala.

# OBSAH

1. ÚVOD.....	7
2. KLINICKÁ ČÁST.....	9
2.1. Vysvětlení pojmu a charakteristika onemocnění.....	9
2.1.1. Definice emočně nestabilní poruchy osobnosti hraničního typu.....	9
2.1.2. Historie onemocnění.....	9
2.1.3. Etiologie a patogeneze, epidemiologie.....	10
2.1.4. Klinický obraz a diagnostika nemoci.....	11
2.1.5. Diagnostická kritéria.....	13
2.1.6. Diferenciální diagnostika.....	15
2.1.7. Vyšetřovací a diagnostické metody.....	16
2.1.8. Léčba – farmakoterapie a psychoterapie.....	17
2.1.9. Průběh a prognóza.....	20
2.1.10. Edukační standard.....	21
2.2. Vysvětlení pojmu a charakteristika onemocnění.....	22
2.2.1. Definice transsexualismu.....	22
2.2.2. Historie onemocnění.....	22
2.2.3. Etiologie a patogeneze.....	23
2.2.4. Diagnostická vodítka.....	23
2.2.5. Diferenciální diagnostika.....	24
2.2.6. Vyšetřovací metody.....	24
2.2.7. Léčba.....	24
2.3. Základní údaje o nemocné.....	25
2.3.1. Identifikační údaje.....	25
2.3.2. Údaje z lékařské dokumentace.....	25
2.3.3. Provedené diagnosticky významné vyšetřovací metody.....	28
2.3.4. Souhrn terapeutických opatření.....	31
2.3.5. Průběh hospitalizace.....	33

3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST.....	40
3.1. Ošetřovatelský proces.....	40
3.1.1. Ošetřovatelský proces a osobnost sestry.....	40
3.1.2. Koncepční model H.E. Peplau.....	41
3.2. Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení nemocného v den přijetí...	43
3.3. Ošetřovatelské diagnózy k 1. dni hospitalizace.....	45
3.4. Průběh nemoci a diagnóza.....	46
3.4.1. Krátkodobý ošetřovatelský plán, jeho realizace a hodnocení.....	46
3.4.2. Dlouhodobý ošetřovatelský plán, jeho realizace a hodnocení.....	53
3.5. Psychologie nemocné – reakce na nemoc.....	64
3.5.1. Prožívání nemoci.....	64
3.5.2. Postoj k nemoci.....	64
3.5.3. Reakce na pobyt v nemocnici.....	64
3.5.4. Zhodnocení komunikace.....	65
3.5.5. Zvládání stresu.....	65
3.5.6. Obranné mechanismy.....	65
3.5.7. Motivace k léčbě.....	67
3.6. Sociální problematika.....	67
4. EDUKAČNÍ PLÁN NEMOCNÉ.....	68
5. ZÁVĚR.....	70
SEZNAM POUŽITÉ A CITOVANÉ LITERATURY.....	71
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A POJMŮ.....	73
SEZNAM PŘÍLOH.....	75

# 1. ÚVOD

Cílem této práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o pacientku, která byla hospitalizovaná (resp. docházela do denního stacionáře) v PCP na oddělení 19 s diagnózou emočně nestabilní porucha osobnosti hraniční typ a transsexualismus. Pacientka byla hospitalizovaná 72 dní, a poté ještě jednou k plánovanému doléčení 81 dní. V práci jsou popsány oba pobyty, neboť na sebe terapeuticky navazovaly, ale pro pravidla pojišťovny nemohl být pobyt realizován vcelku. Pacientka souhlasila s poskytnutím osobních dat.

V klinické části práce jsou zpracovány charakteristiky jednotlivých onemocnění, diagnostické a léčebné postupy a terapie. Práce se věnuje především hraniční poruše osobnosti, u transsexualismu jsou popsána zejména diagnostická vodítka, neboť u pacientky nešlo o pravý transsexualismus a diplomová práce by získala zbytečně na objemu.

V ošetrovatelské části práce je popsán model H.E. Peplau. Ošetrovatelské diagnózy jsou stanoveny k 1. dni hospitalizace na základě dat, které jsem získala rozhovorem s nemocnou, z vyplněných dotazníků, individuálním pohovorem, pozorováním jejího chování a posloucháním jejich výroků ve skupinových programech. Informace jsem získala také ze zdravotnické dokumentace a od ostatních členů zdravotnického týmu. Pro řešení jednotlivých ošetrovatelských cílů jsem sestavila plán ošetrovatelských intervencí, které byly realizovány. Nakonec jsme zhodnotily efekt naplánovaných ošetrovatelských intervencí a jejich realizaci.

V práci jsou některé ošetrovatelské diagnózy zpracovány v rámci krátkodobého plánu a převážná většina v rámci plánu dlouhodobého.

V závěrečné části je popsána sociální problematika a psychologie nemocné, dále pak edukace nemocné, s odkazem na přílohu.

Součástí práce je seznam použité literatury, užitých zkratek a pojmů a přílohy.

Vybrala jsem si případovou studii pacientky s hraniční poruchou osobnosti. Jde o diagnózu, která se vyskytuje v psychiatrické péči stále častěji. Celoživotní prevalence je kolem 3%, ale zdá se, že v poslední době začíná narůstat počet jedinců s touto poruchou. Může to souviset s vyššími nároky společnosti,

chyběním času na výchovu dítěte, zvyšováním nároků rodičů na děti a nadměrnou kritikou. Mnoho mladých lidí, hledá sama sebe, svoji hodnotu, směr svého života. Snaží se na sebe upozornit, cítí se vnitřně prázdní, nebo nedokonalí. Je to patrné v mnoha oblastech jejich života – v práci, ve stylu oblékání, v mluvě, v činech a v rizikovém chování, kterého se dopouštějí. To však neznamená, že všichni trpí hraniční poruchou osobnosti, avšak část z nich pravděpodobně ano.



## 2. **KLINICKÁ ČÁST**

### 2.1. **Vysvětlení pojmu a charakteristika onemocnění**

#### 2.1.1. **Definice emočně nestabilní poruchy osobnosti hraničního typu**

Porucha osobnosti je definována jako určitý vzorec chování a vnitřní zkušenosti, který se objevuje dlouhodobě nebo trvale a narušuje tak fungování jedince a možnost adaptovat se. Tento vzorec se liší od požadavků a očekávání dané kultury. Jedinec má narušeny nejčastěji tyto oblasti: emotivitu, poznávací oblast, nedostatečně ovládá nebo zcela neovládá impulzy, je narušena oblast uspokojování potřeb a má potíže v interpersonálních vztazích.

Emočně nestabilní porucha osobnosti se dělí na hraniční a impulzivní typ, v praxi se však spíše setkáváme s hraničním typem.

Hlavním problémem emočně nestabilní poruchy osobnosti – hraniční typ (dále jen HPO) je porucha identity. Jedinci se tak řídí pouze informacemi, které získají z reakcí okolí. Vnímají sebe, ale i ostatní, často „černobíle“ – vidí pouze negativní nebo naopak pozitivní aspekty a záhy se podle toho i chovají. Chybí jim vnímání sebe samých či druhých jako celek, integrovaně. Tomuto mechanismu vnímání se říká štěpení – splitting. Pokud jedinci takto vnímají, zákonitě mají nestálou (nestabilní) představu o sobě, jejich vztahy jsou intenzivní, ale též nestálé, afektivita je labilní, jsou úzkostní, prožívají větší iritabilitu, intenzivní vztek, který nejsou schopni kontrolovat. Nemají rádi samotu, ale vyvolávají nadměrně konflikty, aby si prověřili, zda a kolik toho druhí od nich vydrží, resp. zda je druhí mají dost rádi. Mnohdy se dopouštějí excesů v chování (drogy, promiskuita, utrácení, riskantní chování). Časté je též sebepoškozování a suicidální pokusy. Někdy (při nedostatečném fungování obranných mechanismů) se objeví disociace nebo přechodné psychotické příznaky jako paranoidita či halucinace. Mezi základními příznaky se může objevit nejasnost o sexuálních rolích a preferencích.

#### 2.1.2. **Historie onemocnění**

Samotný pojem „hraniční“ (borderline) má svoji historii a vývoj. První, kdo použil pojem „borderline“ byl Adolf Stern v roce 1938. Opíral se o Freuda, který

vnímal poruchu jako něco mezi neurózou a psychózou, proto tedy borderline – hraniční linie.

V letech 1920 – 1965 byla tato porucha řazena spíše do poruch schizofrenního okruhu. V tomto čase pro ni bylo vytvořeno mnoho jiných názvů – latentní schizofrenie, occult schizofrenie, pseudoneurotická forma schizofrenie, aj.

V šedesátých letech uveřejnil Otto Kernberg svoji práci „borderline organizace osobnosti“, v níž vychází z předpokladu primárního nediferencovaného vývojového stádia v kojeneckém věku, kdy není oddělena reprezentace self a objektu a dobré a zlé jdou naproti sobě – jde o přirozené rozštěpení „jednoho ve dva“ opačné póly. Následně dochází k absorpci agresivních impulzů. Díky tomuto přirozenému procesu se může po čase stát to, že se rozpustí tyto póly a přestává platit jen dobré a jen zlé. To se však u HPO nepodaří a stále je dobré a zlé vnímáno jako oddělené od sebe. Například pacientce s HPO její matka řekne něco kritického a je vnímána pacientkou jako ta špatná, nebo naopak samu sebe vidí za tu špatnou a matku za tu, která má pravdu, tedy tu dobrou.

Do DSM-III se zařadila tato diagnóza v roce 1980 a MKN-10 (1992) převzalo kritéria této poruchy ve velké míře, avšak řadí HPO pod emočně nestabilní poruchy osobnosti společně s impulzivním typem.

### 2.1.3. Etiologie a patogeneze, epidemiologie

#### **Etiologie a patogeneze**

Příčina nemoci je neznámá. Pravděpodobně mají vliv biologické determinanty (vlivy genetické, perinatální poškození mozku, záněty mozku, poranění hlavy, encefalitida), environmentální vlivy (rodinné, sociální, kulturní vlivy, sexuální zneužívání, týrání dítěte, hyperprotektivita nebo naopak odmítání v dětství, psychotraumata).

Dobrá reakce na antidepresiva a lithium a nález snížených koncentrací kyseliny 5-hydroxyindolactové (5HIAA) v moku u těchto pacientů a častý výskyt depresivních epizod vede k úvaze o dysfunkci serotonergního systému (Praško, 2003, Siever, 1990). Nálezy dlouhodobých studií z posledních 12. let ukazují, že porucha u většiny postižených osob odeznívá v průběhu věku, prevalence výrazně ubývá po 30. a dále pak po 40. roce života a jsou popsány jen ojedinělé kazuistiky pacientů s HPO starších 60. let. Nově se začíná uvažovat o tom, že porucha nadále nebude řazena mezi poruchy osobnosti, ale mezi chronické afektivní poruchy

(Praško, 2008). V nálezech ze zobrazení mozku se ukazuje, že pacienti trpící touto poruchou osobnosti mají i v klidu známky hyperaktivity amygdaly (centra emoční paměti, které vybavuje mimo jiné reakcí „boj nebo útěk“), a po stimulaci dochází k hypofunkci prefrontálních laloků, které jsou schopny afekt modulovat (Praško, 2008). Zdá se tedy, že mozek těchto pacientů je dlouhodobě připraven na silné emoční výbuchy po malých podnětech a schopnost korové regulace limbického systému je oslabena. Tento „nezralý“ mozek má však tendenci „dozrávat“ v průběhu času a naučit se díky zkušenosti zlepšit tlumení limbického systému pomocí korových funkcí (viz. Příloha č.1).

Proč se mozek některých lidí nenaučil dostatečnému tlumení limbických center není jasné, byla však vyslovena řada hypotéz. Kromě velmi pravděpodobných genetických vlivů (v rodinách je častější výskyt afektivních poruch, závislostí, disociálních poruch a samotných HPO), jsou důležité vlivy výchovy v dětství, zejména tzv. devalvace emočních stavů dítěte (Linehanová, 1993), kdy dítě je trestáno za své emoční projevy, takže se pak snaží dlouho držet emoce pod kontrolou, popírá je a pak vybuchne na nepatrný podnět (Praško, 2008).

## **Epidemiologie**

Hraniční porucha osobnosti je velmi častá porucha, která postihuje 2-3% lidí. Častěji se vyskytuje u žen, též v rodinách kde je vyšší výskyt poruch nálad, disociálních poruch a závislostí. Pětkrát častěji se vyskytuje u příbuzných prvního stupně než v běžné populaci (Praško, 2003).

### **2.1.4. Klinický obraz a diagnostika nemoci**

Klinický obraz pacientů s HPO se dá rozčlenit do pěti problémových oblastí:

- **Regulace afektů**

Pacienti mají nízký práh dráždivosti pro vzbuzení afektů, vysoký stupeň vzrušivosti a snadno se u nich dostávají silné emoce. Schopnost regulovat emoce, čili vrátit se do výchozí úrovně, je oslabena a zpomalena. Pokud prožívají velký stres, jsou emoce často nediferencovány, pacienti to popisují jako „zmatek“, „zaplavení“ emocemi, a nebo prožívají současně protichůdné emoce. Často během dne prožívají silné averzivní stavy napětí, sami nevědí, zda jsou nahněvaní,

provinilí, či se cítí zahanbení, a nebo mají-li strach. Díky těmto stavům se chovají dysfunkčně (např. se sebepoškozují).

Po této fázi v mnoha případech dochází k epizodě emocionální tuposti, kdy zcela chybí vnímání pocitů. Tato fáze je pro ně též nepříjemná.

- **Obraz o sobě**

Mnoho pacientů má silný pocit nejistoty, který se týká vlastní identity a integrity. Až 70% pacientů nemělo žádný pocit jistoty, zda vlastně jsou na světě. Z toho polovina z nich se prožívala jako odstřižnutá sama od sebe, nebo daleko vzdálená sama sobě (Bohus, 2005).

Velmi nápadné je u těchto pacientů negativní hodnocení obrazu těla, různých jeho částí a negativní postoj k vlastní tělesnosti obecně.

- **Psychosociální integrace**

Základní vnímání pacientů s HPO je pocit „být jiný než všichni ostatní“, být „izolovaný“ od druhých, žít „sám, opuštěný“. Mnoho pacientů uvádí, že tyto pocity znají již z dětství či dospívání.

Pacienti s HPO mají problém s regulací blízkosti a odstupem. Nepřítomnost druhého si díky velké úzkosti zamění s opuštěností, proto mají tendence na sebe vázat pro ně důležité osoby. Ale i přes velký strach z opuštěnosti mají také strach být blízko, pociťují provinění nebo stud. Díky tomuto problému s regulací blízkosti a odstupem často prožívají dlouhotrvající vztahy s častými procesy rozcházení a znovusblížení.

- **Schopnost kognitivního fungování**

Bylo popsáno, že asi u 60% pacientů s HPO se rozvinuly disociativní symptomy (Bohus, 2005). Tedy depersonalizace, derealizace a somatoformní fenomény, které se projevují nedostatečným vnímáním vlastních emocí, narušením smyslu pro prostor a čas, pocity cizosti, ztrátou kontroly nad realitou a flasbacky (obrazci traumat kognitivně z minulosti, ale emočně znovuprožívaných jako reálné).

Též je typická pseudopsychotická symptomatika, nejčastěji pseudohalucinace, akustické či optické iluze, magické a paranoidní myšlení a přehnaná podezřívavost.

Kognitivní výkonnost nebývá změněna, pokud se zohlední právě výše uvedené (disociace, vnitřní napětí).

- **Oblast chování**

Až 80% pacientů s HPO se sebepoškozují (Bohus, 2005). Nejčastější forma sebepoškozování u pacientů s hraniční poruchou osobnosti je řezné poranění (drobné povrchové rány na předloktí a postupně se rozšiřující, např. až na pohlavní orgány). Také bití hlavou, pálení se cigaretou, žehličkou, bodné rány, a mnoho dalších. Bolest vede k rychlému vyplavení endorfinů a analgetickému stavu, takže pacienti necítí během poranění žádnou bolest, a po poranění se dostavuje pocit uvolnění, pokoje a jistoty. Bolest se projeví až po několika minutách.

Někteří pacienti se chovají velmi rizikově (balancují na vysokých domech, zábradlích, jezdí rychle auty, sedí na kolejích těsně než jede vlak, apod.). To vše pro kompenzaci pocitů bezmocnosti. Rovněž hladovění nebo přejídání se v rámci poruchy příjmu potravy a nedostatečný příjem tekutin, mohou způsobit výkyvy nálad, naopak pravidelné odběry krve nebo aplikace inzulínu vedou k mírné euforii a k oslabení emoční zranitelnosti.

Sebepoškozování vede až u 20% pacientů k vyvolání subeuforického prožívání, radosti, či kreativitě (Bohus, 2005). Důvodů sebepoškozování je ještě mnohem více.

### **2.1.5.Diagnostická kritéria**

Diagnostická kritéria pro diagnostikování emočně nestabilní poruchy osobnosti – hraničního typu jsou dána Mezinárodní klasifikací nemocí MKN-10.

#### **Diagnostická kritéria MKN-10 pro specifickou poruchu osobnosti (F60):**

A. Je průkazné, že charakteristická a trvalá vnitřní struktura a projevy chování jedince jsou jako celek zřetelně odchylné od očekávaného přijatelného průměru chování dané společnosti (nebo od „normy“). Tato odchylka se musí projevovat více než v jedné z následujících oblastí:

- (a) poznávání, tzn.způsoby vnímání a interpretace věcí, lidí a událostí, formování přístupů k sobě a ostatním představ o sobě a ostatních
- (b) emotivita (rozsah, intenzita a přiměřenost emočního vznětu a odpovědi)
- (c) ovládání svých impulzů a uspokojování potřeb
- (d) způsob chování k ostatním a zvládání interpersonálních situací.

- B. Odchylka se musí projevovat jako výrazně nepřizpůsobivé, maladaptivní nebo jiným způsobem dysfunkční chování v rámci širšího okruhu osobních a sociálních situací, tzn. není omezena pouze na specifický spouštěcí moment nebo specifickou situaci.
- C. Způsob chování podle kritéria B je příčinou osobních obtíží nebo má nepříznivý dopad na sociální prostředí nebo má oba důsledky.
- D. Musí být průkazné, že odchylka je stálá nebo dlouhotrvající a že začala ve věku pozdního dětství nebo adolescence.
- E. Odchylku nelze vysvětlit jako projev nebo důsledek jiné duševní poruchy dospělého věku, i když současně odchylkou se mohou vyskytovat nebo na ni nasedat epizodické nebo chronické stavy z oddílu F00-F59 nebo F70-F79.
- F. Jako možná příčina odchylky musí být vyloučeno organické onemocnění, úraz nebo dysfunkce mozku.

**Diagnostická kritéria MKN-10 pro emočně nestabilní poruchu osobnosti – impulzivní typ (F60.30) a pro hraniční typ (F60.31):**

- A. Musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti.

Impulzivní typ:

- B. Musí být splněny nejméně tři z následujících charakteristik a jedním z nich musí být (2)
  - (1) zřetelná tendence jednat neočekávaně a bez uvážení následků
  - (2) zřetelná tendence k nesnášenlivému chování a ke konfliktům s ostatními, zvláště když je impulzivní konání někým přerušeno nebo kritizováno
  - (3) sklon k výbuchům hněvu nebo zuřivosti s neschopností kontrolovat následné explozivní chování
  - (4) obtíže se setrváním u jakékoliv činnosti, která nenabízí okamžitý zisk
  - (5) nestálá a nevypočitatelná nálada.

Hraniční typ:

- B. Musí být splněny nejméně tři příznaky z kritérií B pro impulzivní typ spolu s nejméně dvěma z následujících
  - (1) narušená a nejistá představa o sobě samém, cílech a vnitřních preferencích, včetně sexuálních
  - (2) sklon k zaplétání se do intenzivních a nestálých vztahů, které často vedou k emočním krizím

- (3) přehnaná snaha vyhnout se odmítnutí
- (4) opakovaná nebezpečí nebo realizace sebepoškození
- (5) chronické pocity prázdnoty.

### **2.1.6. Diferenciální diagnostika**

Nejčastější chybou, které se lékaři dopouštějí, je diagnostikování hraniční poruchy osobnosti jako schizofrenie. Toto chybování je nasnadě, neboť původní podezření bylo, že HPO přechází ve schizofrenii. Výzkum však ukázal, že tento přechod není až tak častý. Dokonce termín „hraniční“ odpovídal jakési hranici mezi neurózou a psychózou. Dříve byli tedy pacienti s HPO pojímáni jako atypická forma schizofrenních pacientů (viz. Historie).

Další diagnózy, které je nutno odlišit od HPO jsou jiné poruchy osobnosti.

Pacienti s HPO a s histriónskou poruchou osobnosti chtějí na sebe upozornit, zaujmout druhé. Pacient s histriónskou poruchou osobnosti chce vždycky nějak (zajímavě) vypadat, naproti tomu pacient s HPO sebe nechá klidně zpustnout, nedbá o sebe, chodí špinavý, na reakce okolí nedbá, někdy okolí provokuje.

HPO se jasně odlišuje od idealizací pacienta s narcistickou poruchou osobnosti. Identita HPO není tak stabilní na rozdíl od narcismu. Pacient s HPO netouží po obdivu, nepotřebuje být zajímavý, má pocity, že „je na dně“, „kripl“, „nula“.

Manipulace jsou typické jak pro HPO, tak pro disociální poruchu, rozdíl mezi nimi je ten, že u HPO manipulace směřuje k vyvolání zájmu pečovatele, aby se pacient ujistil, že je přijat. Člověk s disociální poruchou osobnosti manipuluje proto, aby získal výhody, buď materiální nebo jiné.

HPO se může v období dekompenzace projevat přechodně jako psychotická porucha, průběh je však velmi krátký.

Taktéž změny nálad u HPO jsou kratšího trvání, na rozdíl od poruchy nálady, kde je trvání delší než 14 dní. Avšak faktem zůstává, že se u HPO mohou objevovat jako komorbidita epizody deprese.

Diferenciální diagnostika HPO a organického postižení je jasná průkazem organicity.

Pacienti s HPO mají mnohdy problém komunikovat s druhými lidmi, ale tento problém mají jen s některými lidmi (např. autoritami), nebo skupinami lidí (např. spolužáky, kolegy). Naproti tomu schizotypní porucha osobnosti (klasifikovaná

v DSM IV-TM) se projevuje více chudšími emočními projevy, horším kontaktem s realitou a bizarnějšími imaginacemi.

HPO pacienti stejně tak pacienti s paranoidní poruchou osobnosti mají problém se vztahovačností, mají pocit, že je všichni hodnotí, koukají na ně, apod. Rozdílné je to, že HPO se projevuje sebedestruktivitou, impulzivitou, odmítáním druhých a čehokoliv a nestabilní představou o sobě, což je u paranoidní osobnosti naopak.

Pacienti s HPO se často vyhýbají lidem, situacím a věcem, při kterých nebo ve kterých pociťují nepohodu, stejně tak jako pacienti s vyhýbavou poruchou osobnosti. Ale nestabilita v náladě, nestálost vztahů a nestabilita identity není u vyhýbavé poruchy osobnosti přítomna.

U nemocí, jež postihují CNS a u abúzu psychoaktivních látek jsou projevy podobné jako u HPO, příčina je však jiná.

HPO má komorbiditu s dalšími poruchami osobnosti, depresí, poruchami příjmu potravy, zneužíváním drog a alkoholu, úzkostnými poruchami, aj.

#### 2.1.7. **Vyšetřovací a diagnostické metody**

Mezi základní vyšetřovací metody v klinické praxi a výzkumu patří zejména rozhovor a sebeposuzovací dotazníkové metody. Avšak sebeposuzovací škály mají velmi nízkou validitu. Totéž se týká většiny metod zkoumající poruchy osobnosti. Nejčastěji se používají přímé otázky odvozené z kritérií poruch osobnosti, poslušání pacientova vyprávění a pozorování ho během vyšetření. Kromě toho byla vytvořena řada posuzovacích a sebeposuzovacích metod.

- **Psychologické testy**

MCMI-III (Millonův klinický víceosý dotazník)

TCI (Temperament and Character Inventory - Cloninger)

- **Sebeposuzovací dotazníky a škály**

PDQ-R (Personality Diagnostic Questionnaire Revised)

WISPI (Wisconsin Personality Disorders Inventory)

SCL 90 (Symptom Check List) (viz. Příloha č. 4)

- **Strukturované rozhovory**

SIDP-R (Structured Clinical Interview for DSM Personality Disorders-Revised)

DIB-R (Diagnostic Interview for Borderlines Revise)

IPDE (International Personality Disorder Examination)



- **Projektivní techniky**

TAT (tématicko apercepční test)

Rorschachův test

### **2.1.8.Léčba – farmakoterapie a psychoterapie**

Lidé s poruchou osobnosti nepřicházejí do terapie kvůli svým osobnostním rysům, ale většinou až tehdy, mají-li depresivní či úzkostné stavy, eventuálně náhlou krizi. Jejich psychické problémy však způsobuje právě jejich osobnostní problematika, a proto se má léčba zaměřit právě na ni, resp. na změnu rysů osobnosti – tedy na změnu hluboce zakořeněných postojů a vzorců chování.

Léčba lidí s HPO je farmakologická a psychoterapeutická.

- **Farmakoterapie**

Současná farmakologická doporučení při léčbě HPO jsou nejednotná. Záleží na tom, čemu přičítáme příznaky. Afektivní labilitu přičítá například Cloninger „závislosti na odměně“, za což je odpovědný noradrenergický systém. Podle jiných je labilita způsobena nedostatečným tlumením afektů, což je spíše záležitost serotonergního systému. Farmaka se též ordinují na symptom (agrese, úzkost, porucha nálady, psychotické příznaky, aj.) (Praško, 2003).

Z farmak se u HPO nejčastěji užívá Lithium, SSRI, antikonvulziva, malé dávky neuroleptik a IMAO.

Farmakoterapie se hodí nejvíce tehdy, je-li HPO komorbidní s jinou psychickou poruchou. Též může ulehčit pacientům začátek zvládání psychoterapeutických technik. Měla by být vedena tak, aby docházelo především ke zlepšení jejich sociální zdatnosti.

Velmi časté je neužívání léků, a nebo naopak jejich stěhování a jednorázové nadužití jako suicidální pokus.

- **Psychoterapie**

V psychoterapii můžeme užít několik různých směrů (interpersonální, skupinová, kognitivně behaviorální terapie, psychoanalýza, aj.). Léčba může být ambulantní nebo hospitalizace, kterou volíme jen v akutních případech, neboť tím může docházet k posilování sekundárních zisků.

V léčbě je třeba si nejprve ujasnit, jaký máme cíl, zda chceme provést jen krizovou intervenci (při suicidálních tendencích, agresi, sebepoškození), krátkodobou nebo dlouhodobou léčbu.

Efektivita léčby závisí na tom, zda projdeme následujícími čtyřmi terapeutickými cíli:

- Zmírnění akutních příznaků
- Ovlivnění temperamentových dimenzí osobnosti
- Zlepšení sociálního, pracovního a vztahového prostředí
- Ovlivnění charakterových dimenzí (práce s kognitivními schématy)

### **1. Podpůrná psychoterapie**

Při léčbě poruch osobnosti bychom s tímto typem terapie měli vždy začínat, neboť mnoho pacientů je velmi citlivých a tento přístup jim pomůže stabilizovat se. Terapeut musí umět zvládnout možný protipřenos. Může s pacientem uzavřít kontrakt o terapii. Úkolem je identifikovat pacientovy maladaptivní vzorce chování a myšlení s poukázáním na fungování ve vztazích. Silné afekty pacientů s HPO je velmi důležité přijmout a uznat, hledat postupně jejich příčinu, hledat i adaptivní vzorce pacientova chování.

### **2. Interpersonální psychoterapie**

Zaměřuje se na vztah mezi pacientem a důležitými lidmi v jeho okolí. Porucha osobnosti, podle této teorie, vzniká právě díky narušení vztahů s těmito lidmi. Podstata interpersonální psychoterapie je určení nefunkčních vztahů a jejich úprava. Pacient se učí rozumět sociálním dopadům svého maladaptivního chování a snaží se mapovat spolu s terapeutem svá prototypická přání – maladaptivní očekávání od druhých a učí se zvyšovat své sebehodnocení a snižovat frekvenci svého maladaptivního chování.

### **3. Psychodynamická psychoterapie**

- Psychoanalýza

Má největší zkušenosti s léčbou poruch osobnosti. Hlavním nástrojem změny je interpretace terapeuta a následný náhled pacienta, uvědomění si rozporů a konfliktů. Cílem terapie je převést do vědomí nevědomé motivace a konflikty.

Za posledních třicet let byl popsán precizně terapeutický postup léčby HPO, který nese název transcendence focused therapy (terapie zaměřená na přenos) (Praško, 2003, Kernberg, 1984).

- Skupinová dynamická psychoterapie

Je nejčastějším přístupem a přináší podobné výsledky jako individuální terapie, a navíc šetří čas. Skupina poskytuje pacientovi reflexi, umožňuje mu prožívat svoji individualitu, psychosociálně zrát, být autonomní, zažít vlastní zkušenost, což vždy pomáhá pochopit a někdy už i stabilněji změnit postoje.

#### **4. Kognitivně behaviorální terapie**

Kognitivně behaviorální terapie vytvořila několik modelů, jak rozumět hraniční poruše osobnosti a tak vznikly i rozdílné přístupy v terapii:

- Klasická KBT
- Dialektická behaviorální terapie
- Terapie zaměřená na schéma

#### **Klasická KBT**

Tato terapie vychází z předpokladu, že příčinou psychických poruch jsou maladaptivní vzorce chování a myšlení, jež jsou naučené a udržují se faktory vnitřními a vnějšími, které lze poznat. V terapii se pacient učí poznat a změnit tyto vzorce myšlení a chování, nebo se učí vzorcům novým, adaptivnějším. Důvěra a spolupráce pacienta je v terapii velmi důležitá.

Terapeutický proces začíná (1) zaangažováním (zapojením) pacienta do terapie – kdy je terapeut empatický, kongruentní, vřelý a neodsuzuje pacienta, (2) analýzou vzorců – v této fázi se zkoumají dysfunkční vzorce chování, myšlení, terapeut edukuje pacienta a stanoví si společně problémy a cíle, (3) změnou vzorců – starý vzorec je opuštěn, v terapii se vytvoří nový a je přenesen do reálného života pacienta, (4) a končí ukončením terapie – mnoho pacientů pociťuje separační úzkost a mohou se u nich objevit nové příznaky, ty se však primárně neřeší, ale zabývá se spíše problémem separace pacienta.

## **Dialektická behaviorální terapie**

Vychází z kognitivně behaviorálních metod, ale užívá mnoho technik z jiných psychoterapeutických škol a je obohacena o spirituální a transcendentální rovinu. DBT se zabývá zejména Linehanová a Bohus.

## **Terapie zaměřená na schéma**

Model HPO u tohoto přístupu předpokládá, že u hraniční poruchy osobnosti se během frustrace v dětství vytvořila „ranná maladaptivní schémata“ – extrémně stabilní vzorce myšlení - která jsou zdrojem maladaptivního myšlení a chování (Young, 1994). Tato schémata jsou pak potvrzována během života selektivním vnímáním reality a reakcí druhých na jejich maladaptivní vzorce chování. Velký počet schémat u pacientů s HPO může pak souviset s množstvím příznaků, které se u nich objeví v době krize.

Young předpokládá, že se vždy několik raných maladaptivních schémat účastní tzv. modu. Mody jsou ohraničené komplexní vzorce emočního prožívání, myšlení a chování, které fungují v typických situacích. V každém „modu“ člověk reaguje specificky.

Terapie zaměřená na schéma učí pacienta rozpoznat a porozumět těmto schématům a jádrovým přesvědčením (o sobě, světě a druhých) a učí je tato schémata modifikovat a testovat v reálném životě. Pacienti s HPO mají pak možnost vidět svět více „barevně“ a méně „černobíle“ a ušetřit se maladaptivního chování a důsledků, ke kterým dochází.

### **2.1.9. Průběh a prognóza**

Je otázkou, v jakém věku porucha manifestuje. Ukázalo se, že již ve 14. letech se objevují nápadné změny chování (poruchy příjmu potravy, sebepoškozování, suicidální pokusy, afektivní poruchy, aj.), které by si vyžadovaly stacionární léčbu. Naproti tomu jiní pacienti poprvé potřebovali pomoc stacionáře v průměru ve 24. letech. Ať tak či tak, při neléčení je prognóza velmi nepříznivá, neboť míra suicidalita je okolo 10%. Dokonce ani po 15. letech katamnézách riziko suicidia neklesá.

Průběh poruchy kolísá. Vyskytuje se selhávání v sociálních a pracovních vztazích, čímž dochází k menší kvalitě života. Pacienti zřídka uzavírají manželství. Ke zlepšení dochází ve vyšším věku.

Časté je sebepoškozování, sebevražedné pokusy, přechodné psychotické poruchy, abúzus psychoaktivních látek, deprese a neuzívání ordinované medikace. Pacienti s HPO jsou opakovaně každoročně hospitalizováni, doba jejich pobytu je vždy delší.

### **2.1.10. Edukační standard**

Edukace je předpokladem pro získání spolupráce pacienta. Pacient s HPO (tak jako jiní) by se měl stát specialistou na svoji poruchu. Měl by například znát odpovědi na následující otázky (otázky převzaty z Bohus, 2005):

- Co se rozumí pod pojmem hraniční porucha osobnosti?

Pacientům je vhodné vysvětlit jejich poruchu na modelu emoční dysregulace jako výsledku potlačování emočních stavů, díky kterým pak následně nadměrně reagují na nevýznamné podněty (jsou více zranitelní při kritice, nezájmu druhých a při odmítání jejich osoby), neboť mají velkou potřebu blízkosti.

Není vhodné jim říci přímo: „Máte hraniční poruchu osobnosti“, neboť toto tvrzení v pacientech může vyvolat pocit, že jsou „zaškatulkováni“ jako ti „špatní“, „jiní“, „kriplové“, „dysfunkční“ a „není jim již pomoci“. Často se tím následně trápí a může to bránit i jejich motivaci a pokrokům v terapii. Navíc přijmeme-li fakt, že jejich chování a myšlení je soubor maladaptivních vzorců, kterým se v životě naučili, není třeba je takto „nálepkovat“.

- Co je příčinou této poruchy?
- Co jsou to kognitivní a emocionální schémata?
- Co to jsou disociace, halucinace, pseudohalucinace, flasbacky?
- Jak mohu regulovat afekty?
- Jaká farmaka mohu užívat?
- Jak může dojít ke změně?
- Jakou léčbu zvolit – psychoterapii, léky?

Pacientům je třeba vysvětlit, v čem mohou pomoci léky, a co se člověk může naučit v psychoterapii. Také je vhodné jim říci, jak si mohou pomoci sami.

- Jak poznám, že je psychoterapie účinná?
- Jaké možnosti a hranice má terapie traumatu?
- Jak vysvětlím druhým (partnerovi) svoje problémy?
- Jak pomůžu svému terapeutovi, aby dělal dobrou terapii?

Pro terapii HPO je vhodnější přístup vedení terapeutem, což se například děje v KBT, kde je pacient edukován o ABC modelu svých obtíží, automatických negativních myšlenkách, strategiích změny, dysfunkčních schématech, apod.

Nutné je pacienta edukovat i o protistresovém programu a plánování času a činnosti. Též je důležité hledat opěrné body do budoucna, apod.

## **2.2. Vysvětlení pojmu a charakteristika onemocnění**

### **2.2.1. Definice transsexualismu**

Jde o poruchu pohlavní identity, kdy se jedinec ztotožňuje s opačným pohlavím než je jeho biologické. Není spokojen se svým genitálem, sekundárními pohlavními znaky, a touží mít znaky i genitál jako pohlaví opačné. Ruku v ruce s tím touží mít i opačnou sexuální roli. Žádá hormonální a chirurgické zákroky, které vedou ke změně pohlaví. K diagnóze je zapotřebí trvání takového stavu minimálně dva roky.

Pohlavní identita je „subjektivně vnímaný pocit sounáležitosti nebo naopak rozporu s vlastním tělem, s jeho primárními i sekundárními znaky, i se sociální rolí přisuzovanou danému pohlaví“ (Procházka a Weiss, 2008).

Pohlavní role je zevním vyjádřením pohlavní identity.

Pohlavní identitu jsme schopni uvědomit si a vyjádřit kolem čtvrtého roku života.

### **2.2.2. Historie onemocnění**

První zprávy o tomto chování jsou již z Antiky (Skythové, Amazonky, Herkules a Omphala), středověku (Johanka z Arcu, papežka Jana), a v 17. a 18. století pak bylo toto chování spatřeno u abbého z Choisy a diplomata Chevaliera d'Eon de Beaumont (monismus), aj. Byly popsány také kultury, kde toto nekonformní chování je akceptováno (patricismus). Toto chování je typické pro nativní Američany – tzv. Berdachy, současné Indiány, sibiřské národy, indickou kastu božských hidžrů, arabské xanithy, aj. První popsáný případ transsexuála byl v roce 1897, ale samotný pojem „transsexuální“ byl uveden v roce 1923 Hirschfeldem a užit roku 1949 Cauldwellem. Termín však zpopularizoval v 50. a 60. letech H. Benjamin a díky jeho výzkumům byl transsexualismus vymezen jako samostatná porucha.

### **2.2.3.Etiologie a patogeneze**

Existují dvě hypotézy vzniku transsexuality – porucha vzniká na podkladě psychologických mechanismů nebo na základě biologických faktorů. Psychologické teorie tvrdí, že vznik je způsoben například vlivem výchovy a rodičovských vztahů od jednoho do čtyřech let života dítěte, nebo že transsexualismus u mužů vzniká tím, že je matka podporuje v ženském chování a otec se výchovy neúčastní. A u žen tak, že se nezdá svým rodičům jako dítě moc hezká a femininní a roztomilá, a tak matka je k ní chladná a otec ji v ženskosti nepodporuje. Biologické teorie říkají, že vznik transsexualismu je dán prenatalní androgenizací, nebo hormonálně – prenatalní hladinou pohlavních hormonů a neurotransmiterů. Hlavními oblastmi mozku, které zodpovídají za sexuální diferenciaci je hypotalamus a amygdala.

Z toho tedy vyplývá, že vznik transsexualismu bude dán spíše formováním CNS (center v mezimozku) vlivem působení sexuálních steroidů v kritických fázích fetálního vývoje (mezi čtvrtým a šestým měsícem) a vlivem zevního prostředí po narození. Pro vytvoření pohlavní identity je rozhodující věk do osmnácti měsíců života.

### **2.2.4.Diagnostická vodítka**

Existuje mnoho definic transsexualismu.

Meyer (1974) popisuje čtyři charakteristiky, které pacient má:

- (1) pocit nevhodnosti nebo nepřiměřenosti anatomicky dané pohlavní role
- (2) věří, že změna role povede ke zlepšení
- (3) chápe sebe sama jako heterosexuála, tedy i partnery si vybírá stejného pohlaví
- (4) chce chirurgický zákrok, který změní jeho pohlaví

Brzek a Šípová (1979) podmiňují transsexualismus zjištěním, že se pacient identifikuje s opačným pohlavím a podle toho se i chová již od dětství.

Podle MKN-10 je transsexualismus (F64.0) definován jako: stav jedince, který si přeje žít a být akceptován jako příslušník opačného pohlaví. Obvyklý je pocit nespokojenosti s vlastním anatomickým pohlavím a přání hormonálního a chirurgického řešení - přeměnu na pohlaví opačné. Transsexuální identita by měla

trvat minimálně dva roky a nesmí být projevem jiné duševní poruchy ani sdružena s intersexuální, genetickou nebo chromozomální abnormalitou.

### **2.2.5. Diferenciální diagnostika**

Je třeba provést sexuologické vyšetření, které se musí zaměřit nejen na dobu trvání přání mít opačné pohlaví, ale také na typické známky transsexuálního vývoje, anamnestická data a na provedení diferenciální diagnostiky. Doporučuje se provést neurologické a psychiatrické vyšetření, též vyšetření psychologem, somatické vyšetření, gynekologické či urologické vyšetření.

Nutno odlišit transsexualismus od homosexuality, poruchy pohlavní identity v dětství, transvestitismu, psychóz, syndromu skopců a organických mozkových lézí.

### **2.2.6. Vyšetřovací metody**

Primárním diagnostickým nástrojem je nestrukturovaný rozhovor a výpověď pacienta. Dále pak Real Life Test, tedy zkouška opravdového, skutečného života, kdy žije pacient v opačné roli ve všech oblastech svého života a zjišťuje se jeho schopnost adaptovat se v této roli.

Kromě nestrukturovaného rozhovoru lze použít polostrukturovaný řízený rozhovor o pohlavních preferencích či o pohlavní identitě. Také test kresby postavy.

Jinými vyšetřovacími metodami jsou metody psychodiagnostické (zde nacházíme neurotickou a depresivní symptomatiku díky životu v nepreferované roli), psychofyziologické (phaloplethysmografie a vulvoplethysmografie) a anamnestické (zvláštnosti psychosexuálního vývoje – hračky, hry, oděv, odpor k sekundárním pohlavním znakům aj. projevům biologického dospívání, sny a denní fantazie, masturbační fantazie, zamilovanost a partnerské vztahy, charakteristiky pohlavní role, traumata).

### **2.2.7. Léčba**

Způsob léčby transsexualismu závisí na lékaři/terapeutovi a na jeho příklonu k hypotéze vzniku poruchy.



Behaviorální terapie spočívá v nácviu chování typického pro pohlaví pacienta a odnaučování chování pro pohlaví opačné. Posiluje se úspěch, odbourávají se obavy z neúspěchu a doporučuje se rodičům stejného pohlaví více trávit čas s pacientem (dítětem).

Psychoanalýza se zaměřuje na patologické faktory vzniku na straně dítěte i rodičů. Další z terapií se zaměřuje na přijetí změněné pohlavní identity bez negativního hodnocení a kritiky.

Obecně lze u transsexuálů užít psychoterapii individuální, skupinovou, párovou a rodinnou.

Jiná terapie se týká operativní změny pohlaví. Proces změny pohlaví má následující fáze: a) diagnostika, b) rozhodovací proces, c) Real Life Test, d) hormonální terapie, e) operativní zákrok, f) pooperační období.

## **2.3.Základní údaje o nemocné**

### **2.3.1. Identifikační údaje**

Iniciály nemocného: A.B.

Pohlaví: žena

Věk: 29 let

Stav: svobodná, bezdětná

Národnost: česká

Bydliště: Praha

Sociální zázemí: bydlí v bytě 3+1 se svým otcem, má PID z psychiatrické indikace (schizofrenie) od roku 2002

Hospitalizace: 72 dní + 81 dní

Důvod přijetí: Žádost ambulantního psychiatra o skupinovou KBT, neboť ambulantní docházka v tuto chvíli není tak efektivní

Dg. při přijetí: hraniční porucha osobnosti a transsexualismus

### **2.3.2. Údaje z lékařské dokumentace**

Pacientka byla přijata do PCP Praha, byla zde celkem 72 dní a následující rok byla přijata kvůli plánované potřebě dokončení terapie, délka pobytu byla tehdy 81 dní.

Byla přijata na doporučení svého ambulantního psychiatra s diagnózou hraniční porucha osobnosti a transsexualismus Female to Male.

Přijetí bylo plánované po předchozím objednání pacientky do poradníku k léčbě formou denního stacionáře.

Při přijetí byla pacientka neupravená, ve špinavých kalhotách a bundě, s mastnými neučesanými vlasy, výrazně zapáchající po potu a cigaretách.

Její komunikace byla zabíhavá, logorhoická, s neologismy, díky čemuž byl kontakt s ní mírně obtížný. Chovala se klidně, bez agresivního chování, měla zrychlené psychomotorické tempo, aktuálně byla bez psychotických projevů.

- **Rodinná anamnéza**

Při příjmu udává, že se matka léčí pro bipolární afektivní poruchu (v průběhu terapie sděluje, že zemřela když jí bylo necelých 25 let na CMP – viz. Průběh terapie). Otec s ní žije v bytě. Podle ní jsou oba „psychicky narušení – jsou egocentricky zaměřeni“. Má sestru (o 6 let mladší, studuje PF UK), o které se zmínila až v dotazníku, při příjmu o ní nemluví. Její děda z matčiny strany se oběsil ve vězení (alkoholik), děda z otcovy strany je podle jejích slov hromadič (pravděpodobně OCD).

- **Osobní anamnéza**

Prodělala běžné dětské nemoci. Od dětství trpí těžkou zrakovou poruchou – astigmatismem, tupozrakostí, šeroslepostí, nyní má 13 dioptrií. Zrak se stále zhoršuje. Ve 23. letech podstoupila operaci appendectomii, poté opakované hospitalizace na interně kvůli bolestem jizvy, trávicím potížím, průjmům, pocení. Vždy ji z nemocnice propustili, s tím, že obtíže jsou psychického původu.

- **Psychiatrická anamnéza**

Od 16. a půl roku se léčila u psychologa, který jí zneužíval. (V průběhu terapie sděluje celou historii: v adolescenci utíkala z domova, nejedla, chtěla zhubnout, měla absence ve škole, kvůli nim ji matka vzala k psychologovi, který ji předal svému známému staršímu kolegovi na placenou terapii. Chodila k němu, rodiče to platili. Později s ní psycholog navázal partnerský a sexuální vztah. Bylo jí 17 let a vztah trval do 24 let. Tento psycholog jí zakázal o tom mluvit s kýmkoli, včetně rodičů a lékařů. Tehdy ho poslechla...). V průběhu rozhovoru při příjmu má pacientka tendenci bránit jednání psychologa. Je přesvědčena, že jí chtěl pomoci. (...Poslední rok se s tím svěřila matce i otci, utekla od něj a žila rok s ukrajinským

dělníkem – stále jako žena!). Od 25. let se léčí, byla hospitalizována na psychiatrické klinice, kde byla léčena pro blud v rámci psychózy schizofrenního okruhu všemi možnými léky (Seropram, Tisercin, Risperdal, Zyprexa, Solian, studijní medikace, Zoleptil, Apaurin, Hypnogen).

Rok se léčí psychoterapeuticky ambulantně, je ráda. Na psychiatrické klinice však podle ní nesouhlasí s její diagnózou hraniční porucha osobnosti a s léčbou, kterou má ambulantně.

- **Abúzus**

Alkohol nepije vůbec, drogy neužívá ani neužívala, cigarety 20-40/denně.

- **Alergie**

Negativní

- **Farmakologická anamnéza**

Během terapie užívala:

Zoloft 50mg 1 – 0 - 0 tbl

Rivotril 0,5mg ½ - 0 – ½ tbl

Trittico AC 75mg 0 – 0 – 0 – 1 tbl

Risperdal consta 25mg inj. i.m. 1x týdně

Zeldox 40mg 0 – 0 – 0 – 1 cps (po vysazení Risperdal Consta 25mg inj.)

- **Sociální anamnéza**

Svobodná, bezdětná, narodila se jako žena, do konce studia na SŠ se tak vnímala (resp. do doby než matka zemřela – viz. Průběh terapie). Po SŠ studovala UMPRUM obor propagační grafika, ale pro velké absence a problémy s vlastní identitou odešla. Rodiče ji zaplatili soukromou školu managementu, ale ta se rozpadla. Vystudovala ještě soukromé gymnázium. Měla ráda poezii, proto začala studovat FF UK český jazyk a literatura, pak také na FHS UK, studovala tři roky, opakovala, ale nedostudovala. Od roku 2002 (od 25. let!) v PID z psychiatrické indikace s dg. schizofrenie. Sexuologicky se léčí až od 25. let (!). Žije ve společné domácnosti s otcem v bytě 3+1, ona nepracuje.

- **Sexuální anamnéza**

Menses od 13. let, pravidelný cyklus. Gravidní nebyla, interrupce žádné neprodělala. První sexuální styk s psychologem, u kterého se léčila v 17. letech, vztah s ním do 24 let, pak necelý rok ukrajinský dělník a následovalo promiskuitní období (bezdomovci, pacienti s psychiatrických léčeben, apod.). Při běžném styku

prý nikdy nedosáhla orgasmu, pouze autoerotikou. S nejistotou ohledně sexuální identity se sexuologicky léčí od 25. let. Ve svých 27. letech se dozvěděla od sexuologa o diagnóze transsexualismu, cítila úlevu, chtěla být operována, ale nebyla jí doporučena hormonální ani operační léčba, zatím pouze změna jména. Až po dvou letech „se uvidí“.

- **Nynější onemocnění**

Hlavním jejím problémem je podle ní dysmorfofobie, zneužívání, transsexualismus, sociální úzkost, deprese.

*Závěr:* F 60.31 Emočně nestabilní porucha osobnosti hraničního typu s psychotickými dekompenzacemi v anamnéze

F 64.0 Transsexualismus

*Aktuální psychický stav*

Lucidní, orientována všemi směry, odpovídá adekvátně, zabíhavá, mnohomluvná, řeč zrychlená až pseudoinkoherentní, občas obtížný kontakt díky neobvyklým větovým spojením, obrátům a neologismům. Chování klidné, bez agresivních projevů, zrychlené psychomotorické tempo. Vnímání aktuálně bez psychotických fenoménů, logorrhoe. Nálada spíše depresivní, afektivní labilita. Spánek bez poruch. Psychotraumatizující vlivy jiné sexuální identity. Paměť a intelekt bez poruch. Suicidální úvahy a tendence aktuálně nemá.

### **2.3.3. Provedené diagnosticky významné vyšetřovací metody**

Při přijetí byl s pacientkou proveden rozhovor ambulantním lékařem (otázky směřující k uzavření dg. z MKN-10), poté lékařem ošetřujícím, byly jí dány dotazníky a škály na zjištění aktuálních stupňů úzkosti a deprese (BAI, BDI), dotazník sociální úzkosti (LSAS), Profil problémů (SCL-90-R) a Dotazník životní historie. Jsou to standardní testy a škály, jež se používají na našem oddělení jako vstupní, poté i během a na konci terapie, aby byly zjištěny potíže, příznaky, ale také patrná změna, ke které dochází během terapie. Tyto dotazníky uvádím v Příloze č. 4.

Bylo provedeno psychologické vyšetření k diferenciaci diagnostice HPO a schizofrenní onemocnění.

Byl proveden přijímací laboratorní screening (KO+diff., biochemie, FW, moč CH+S, BWR). Dále pak EKG, EEG.

**Závěry:**

**Laboratorní screening** – každá hodnota byla zcela v normě, taktéž EKG a EEG vyšetření.

**Rozhovory** s ambulantní lékařkou PCP a ošetřujícím lékařem PCP ukázaly na emočně nestabilní poruchu osobnosti hraničního typu, poruchu identity v rámci HPO a PTSD.

**BDI** na začátku terapie 35 bodů a **BAI** na začátku 20 bodů. Po 9. týdnech BDI bylo 50 bodů a BAI bylo 25 bodů, což zřejmě souviselo s vlivem otevření traumat a práce s nimi. U druhého pobytu (k dokončení terapie) byly hodnoty BDI 21 bodů a BAI 15 bodů. Na konci pobytu byly hodnoty BDI 15 bodů a BAI 14 bodů.

**SCL-90-R** bohužel jsem nedohledala (do ukončení psaní této práce) škálu z konce pobytu, neuvádím zde hodnoty ani z počátku terapie.

**Dotazník životní historie:** Z něj vyplývá, co vše pacientka cítí jako problém a jak se vnímá, jaké životní události se jí během života staly. Dotazník vyplňuje zaškrťáváním nebo *svými slovy*.

Jako problém uvádí *vyhýbám se sociálním kontaktům, mám problémy se životem „ve svém těle“ a strach z budoucnosti, do budoucna nemám žádný plán*. Svě potíže (*neurotik, hraniční*) vnímá, *jakoby tu byly odjakživa, děším se situací, které se týkají těla (mytí, usínání, pohyb) a strach, že zůstanu někde u poloexistenci*.

Klidná se cítí, pokud se jí někdo *nesexuálně dotýká*, když se jí podaří *splnit nějakou povinnost*, když se *nebojí* a když se jí *podaří relaxovat*.

Problémy řešila doposud tak, *že se radila s lékaři – psychiatry a psychology*.

Obavy má *z lidí (komunikace, úřady, komise, aj.)*, *z tloušťnutí*, *z pobytu na jedné psychiatrické klinice*.

Sama zakroužkovala tato slova, jež s ní souvisí: úzkost, pocit napětí, perfekcionismus, pocit paniky, nedokážu hodit věci za hlavu, pocit osamělosti, nedůvěřuji si, pocit únavy, sexuální problémy, nadměrně ctižádostivá, nedokážu si udržet přátele, nedokážu se rozhodnout, mám problémy s pamětí, nespavost, léky mi pomáhají zvládnout problémy (připsala – *ale jsem ráda bez nich*), pocit nedostatečnosti, nedokážu udělat nic tak jak se má (připsala vykřičník), nesoustředěnost, zapomnětlivost, sebevražedné myšlenky, pocity méněcennosti, pocity deprese.

Tyto problémy ji naprosto zneschopňují (na škále trochu – mírně – dosti – velice – naprosto zneschopňují).

Zakroužkovala výroky: neužitečná, nikdo (zvýraznila nejvíce), život nemá smysl, nedostačující, neschopná, naivní, nic neudělám správně, nemorální, děsivé myšlenky, úzkostná, zbabělá, neschopná se prosadit, panikář, ošklivá, mající svoji cenu, osamělá, zmatená, nejistá, soucitná, přitažlivá.

V čem čeká, že jí léčba pomůže: *budu mít budoucnostní projekt, načrtnu si, co mě v životě může čekat, budu si plnit sociální povinnosti a budu schopna se vydat na nějakou soustavně samostatnou cestu.*

Vyjmenujte nemoci, úrazy či operace po 22. roce života: *hospitalizace po blázcích, často hrozné.*

Matka: *v 50. letech zemřela, byla submisivní, uzavřená, úplně obětavá, bezmezně milující, mírná, úřednice v PID.*

Otec: *právník, ale nyní úředník, vzteklý, dětinský, neustále kritizující, podřizující se cizím autoritám, smysl pro humor jen když má on náladu, nadměrně rigidní a zodpovědný.*

Sestra: *24 let*

Kdo z rodiny má podobný problém jako vy: *sestra je nadměrně citlivá, má neobvykle ráda zvířata, v něčem je mi dost podobná, i když je psychicky zdravá. Matka byla též psychicky nemocná. Otec má slabé nervy je hysterik nebo těžký neurotik, má tendence vyvádět pro úplné malichernosti, přít se, vyčítat, je hodně stenický a v afektu se chová jak malé dítě.*

V dětství se jí týkalo následující (zatrhlá z uvedeného): strachy, šťastné dětství (dopsala - s matkou), nešťastné dětství (dopsala – obecně), cumlání palce, kousání nehtů.

Začala chodit do školy v 6. letech.

V 19. letech ukončila gymnázium maturitou, ve 24. letech nedostudovala VŠ.

Problémy ve škole: *Na ZŠ šikana, Na UMPRUM sociální izolace, Na FF UK neschopna navázat kontakt s druhými, úzkost v kolektivu.*

Zaměstnání: *přechodné brigády*

Koníčky: *umění, poezie, intelektuálně, povídání s panem J. (starší, slepý soused)*

Ve volném čase: *spím a fantazírui*

Sexualita: *svobodná, období promiskuity, rodiče mne o sexualitě nepoučili, mluvili spíše zastřeně, o sexu jsem se dozvěděla z knih, časopisů a v dospívání.*

*První menses od 13. let, masturbace asi od 14. let, své touhy jsem si uvědomovala vždycky s chlapci a v dospívání, když jsem onanovala. Pocit viny z onanie nemám, jen jsem měla strach, aby mne nikdo nenačapal. Současný sexuální život pro mne není uspokojivý, chybí mi hlazení, dotyk, splynutí, apod.*

Máte zážitek sexuálně nepříjemný či jinak významný: *ano, pohlavní zneužívání psychoterapeutem gerontem, znásilnění v psychóze nějakou páchnoucí existencí.*

Pokud jste žena, odpovězte: podškrtna žena, poučena o menses byla, ale zaskočila ji, má bolesti, silné krvácení, menses ovlivňuje její náladu (připsala – *plačtivá, lítostivá, emocionální, protivná a náladová*). Připsala, že *věkem se to lepší*.

### **Psychologické vyšetření**

TCI (Cloningerův dotazník temperamentu a charakteru): Osobnost lze popsat jako impulzivní, s tendencí k obavám a pesimismu, stydlivou, snadno unavitelnou, nezávislou, hledající zdroje jistoty spíše mimo sebe než v sobě, málo akceptující druhé, kritickou, vysoce úzkostnou, nezacílenou, hůře spolupracující. Věty formuluje chytře, je verbálně zdatná.

IPDE (modul pro HPO): Naplňuje některá z kritérií HPO, ale i impulzivní emočně nestabilní poruchy osobnosti.

16 PF: Většina hodnot mimo normu – reaktivní, submisivní, snívá, ostražitá, ustrašená, vysoce úzkostná, hůře se ovládající.

Rorschach: Zřetelně nepsychotický protokol. Kontrola reality v normě. Odpovídá rychle, ale hloubavě a citlivě.

Závěr celého psychologického vyšetření: Emočně nestabilní porucha osobnosti hraničního typu s impulzivními rysy. Bez psychotické poruchy. Osobnost lze popsat jako vstřícnou.

### **2.3.4. Souhrn terapeutických opatření**

- **Psychoterapie**

Pokud jde o terapeutická opatření, pacientka byla edukována o formě terapie, která v PCP probíhá. Pak se aktivně do terapie zapojila.

Pacientka byla seznámena s formou skupinové KBT terapie a do programu se plně a aktivně zapojila. Program, kterého se pacientka účastnila probíhal každý den, od pondělí do pátku. Program byl následující:

	8.00-8.45	9.00-9.55	10.00-10.55	11.00-12.30		13.30-14.30
PO	ŘÍZENÉ DÝCHÁNÍ A PROGRESIVNÍ RELAXACE	KOMUNITA	VÍKENDOVÁ SKUPINA	KBT	O	ASERTIVITA
ÚT	KOMUNITA	KBT VIZITA		SKUPINA	B	ERGOTERAPIE
ST	KOMUNITA	KBT (primářská vizita)	KBT	SKUPINA	Ě	SPOLEČNÁ EXPOZICE
ČT	KOMUNITA	DRAMA- TERAPIE	ASERTIVITA	SKUPINA	D	SPORTOVNÍ AKTIVITA
PÁ	KOMUNITA	ZPĚTNÁ VAZBA	VÍKENDOVÝ PLÁN	KBT+ RELAXACE		PROPUSTKY

Pacientka se účastnila tohoto programu a také individuálních pohovorů, které se uskutečňovaly jednou maximálně dvakrát týdně. V nich byly zpracována traumata, truchlení, apod.

O programu na oddělení více a podrobněji v příloze (Příloha č.2).

Pokud jde o vedení pacientky: na oddělení pracují dva lékaři, kteří vedou skupinu a individuální pohovory a ordinují medikaci. Dále sestra specialista – psychoterapeutka, která vede programy - asertivita, KBT, dramaterapie, řízené dýchání a progresivní relaxace, víkendový plán, také dělá skupiny s lékaři nebo je vede, pokud lékaři nejsou přítomni. Na oddělení je ještě sestra ve směně a staniční sestra. Všech pět z týmu je pak na zpětné vazbě a na ranních komunitách. Ergoterapii provádí ergoterapeutka. Na sport a společnou aktivitu chodí pacienti sami bez účasti někoho z terapeutického týmu.

- **Farmakoterapie**

Pacientka užívala tyto léky:

**Zoloft 50mg (tbl)**

*Indikační skupina:* antidepresivum (deprese, OCD, panická porucha a agorafobie, PTSD, sociální fobie)

*Nežádoucí účinky:* nauzea, průjem, únik stolice, dyspepsie, třes, závratě, insomnie, potivost, sucho v ústech, mužské sexuální dysfunkce



*Dávkování:* 1 – 0 - 0 tbl

**Rivotril 0,5mg (tbl)**

*Indikační skupina:* antiepileptikum (epilepsie a protražované křečové stavy)

*Nežádoucí účinky:* únava, ospalost, svalová slabost, ataxie, u dětí excitace, podrážděnost a agresivita, někdy útlum dechu, poruchy zraku a koordinace

*Dávkování:* ½ - 0 – ½ tbl

**Trittico AC 75mg (tbl)**

*Indikační skupina:* antidepresivum (deprese s úzkostí, poruchy spánku, sexuální dysfunkce)

*Nežádoucí účinky:* bolesti hlavy, slabost, závratě, hypotenze, poruchy GIT, třes, zmatenost, kožní vyrážka, aj.

*Dávkování:* 0 – 0 – 0 – 1 tbl

**Risperdal consta 25mg (inj.)**

*Indikační skupina:* antipsychotikum (schizofrenie a schizoafektivní poruchy)

*Nežádoucí účinky:* nespavost, agitovanost, úzkost, bolest hlavy, méně pak ospalost, únava, závratě, zácpa, nauzea, poruchy orgasmu, erekce a ejakulace, extrapyramidové projevy

*Dávkování:* 1x týdně inj. i.m.

**Zeldox 40mg (cps)**

*Indikační skupina:* antipsychotikum (schizofrenie, bipolární afektivní porucha)

*Nežádoucí účinky:* insomnie, somnolence, anxieta, cefalgie, závratě, nauzea, vomitus, akatizie

*Dávkování:* 0 – 0 – 1 cps (po vysazení Risperdal Consta 25mg inj.)

### **2.3.5.Průběh hospitalizace**

Při přijetí byla pacientka neupravená, ve špinavých kalhotách a bundě, s mastnými neučesanými vlasy, výrazně zapáchající po potu a cigaretách.

Její komunikace byla zabíhavá, logorhoická, s neologismy, díky čemuž byl kontakt s ní mírně obtížný. Chovala se klidně, nebyla agresivní, měla zrychlené psychomotorické tempo, aktuálně nebyla psychotická.

Z ambulance, kde byla přijata, přešla na oddělení 19. Přišla sama. Po pohovoru s lékařem byla pacientka seznámena s právy pacientů, domácím řádem oddělení a s pravidly KBT terapie. Byla přijata v pondělí, a hned šla na program KBT. Edukovala jsem jí přímo v programu KBT, a poté ještě individuálně.

- **První týden hospitalizace**

Tento týden se seznamuje s programem, je spíše pasivní. Na relaxaci si drží ruce zkřížené přes hrudník do podpaží. Po relaxaci toto její chování probíráme individuálně, sděluje, že tím zakrývá prsa i vleže, má ještě i utaženou podprsenku, aby je zakryla. Domlouváme se, že zkusí během pobytu toto změnit. Ostatní pacienti si jí všímají málo, někteří chodí na sesternu sdělovat, že je cítit, zda by s tím nešlo něco udělat. Pacientka se skupině spolupacientů představila (jak je zvykem), mluví o sobě jako o muži, přeje si, aby tak byla oslovoována. Ke konci týdne pseudopsychotické chování – svlékla si kalhoty, byla jen ve spodním prádle, vydávala „skřeky“, a poté odešla v kabátu domů. Následující den lékař naordinoval Risperdal Consta 25mg inj. i.m. pro zvládnutí psychotických fenoménů. Pacientka sděluje, poté co jsem se jí zeptala na příčinu, která toto chování spustila (tzv. spouštěč), že se s ní nikdo z pacientů zde nebavil a smáli se odpoledne na klubovně. Vzpomněla si tak na trauma s terapeutem, se kterým žila. Vyzvala jsem ji, ať zkusí do pondělí sepsat myšlenky a situace, které nyní popsala (tzv. bludný kruh).

Víkend: Konflikt s otcem, proto jen ležela v posteli a nic celý víkend nedělala. P3/V4.

(pozn. Každý pátek si pacienti plánují víkendový plán, a v pondělí hodnotí, jak se jim podařilo plán splnit – V, a jaké měli pocity – P. Škála k hodnocení je jako ve škole 1-5.)

- **Druhý týden hospitalizace**

Celý týden chodí o hodinu později. V úterý odevzdala sepsané dva bludné kruhy, pomalu si začala povídat se dvěma pacientkami, ony hovor iniciovaly. Na programech KBT začíná být aktivní, snaží se odpovídat na dané otázky. Odpoledne s ní individuálně probírám její špinavé ošacení a problematiku zápachu. Pátrám po důvodu. Sděluje, že nenávidí své nahé tělo, když se myje. Vidí svá prsa, která nechce. Nosí toto oblečení (volné špinavé triko, svetr), protože je to jediné, co má, aby zakryla své ženské vnady. Domlouváme se, že se zkusí umýt a umýt si vlasy do konce týdne. Souhlasí. Druhý den přišla umytá,

učesaná, v jiných kalhotách a volné košili. Tento týden ve výrazu tváře trochu ožila, na programech aktivní, na zpětné vazbě v otázce, co si z programu odnesla sděluje: „Uvědomil jsem si, že bych chtěl žít a umírat důstojně se sebeúctou a s odpuštěním druhým a sobě“. Avšak někteří pacienti ji nemají rádi, neboť jim jí svačiny z lednice, chodí na pokoje lůžkových pacientů bez dovolení a vypráví bizarní příběhy. Jasně dáváme hranice – sestra terapeutka a lékař, oba s ní o tom nezávisle mluví, aby se to neopakovalo. Sestry v denní směně vyžadují dodržování stejných pravidel.

Víkend: Opět ležela, jen v sobotu šla k volbám, zjistila, že po ní koukají nějakí muži. P3/V2.

- **Třetí týden hospitalizace**

Stále chodí pozdě ráno na program. Pravidelným každotýdenním užíváním Risperdal Consta je zcela bez psychotických fenoménů. V pondělí za mnou přišla, že dostala menses a nemá hygienické potřeby. Dávám jí dostatek. Poté na řízeném dýchání ji oslovuji záměrně jako dívku a ona se rozčílí. Jsem empatická a vysvětluji ji svůj důvod. Edukuji ji o tom, co to může přinést. Souhlasí, ale zatím odmítá, aby ona sama tak o sobě mluvila. Souhlasím a skupina ostatních pacientů s tím také souhlasí, že ji bude oslovovat v ženském rodě, ale ona bude odpovídat v mužském. Od úterý má vysazen injekční Risperdal Consta a místo něj nasazen Zeldox 40mg v kapslích. S lékařem měla pohovor o pozdních příchodech, domluvena náprava, jinak možná hospitalizace na lůžku. Na úkolech zadaných na KBT pracuje, má však pořád pocit, že v tom není dostatečně dobrá. Pracuje na maladaptivních schématech „jsem vinen a bezcenný“. Tento týden si vzala svoji skupinu, kde promluvila o traumatickém vztahu s psychologem, o sexuální promiskuitě, povrchově o smrti matky. Proto vyzvána k další skupině, kde více promluví o smrti matky. Traumata zapsala. S ostatními spolupacienty je komunikace již lepší, chodí s nimi na společné expozice, ale už i mimo povinný čas. Cítí důvěru k personálu, vyjadřuje to na zpětných vazbách.

Na víkend si naplánovala úklid pokoje a koupel.

Víkend: Uklidila ½ pokoje, cvičila s hudbou, koupala se, ale na tělo se raději nedívala, dopsala životopis, tetu nenavštívila, ale šla za slepým sousedem, se kterým se přátelí. P2/V3.

- **Čtvrtý týden hospitalizace**

Na KBT se učí pracovat s myšlenkami a se svými dysfunkčními schémata. Na asertivitě se učí říkat ne a vést rozhovor. Stejně jako ostatní. Za úkol má zpracovat podrobně své dysfunkční schéma a v realitě aktivně začít vést rozhovor. Každé ráno začala exponovat na komunitě před ostatními (sociální úzkost). Na úterní skupině, kterou měla spolupacientka a líčila své trauma znásilnění, cítila velký smutek, vztek a zlobu, začala na skupině nadávat, ale záhy se zklidnila a komunikaci svedla na jiné téma. Do konce týdne na oddělení nedorazila. Denně jsem volala na její číslo, telefon nebrala. V pátek telefonuje otec, zvedla jsem telefon, sděluje, že A.B. snědla léky, je na interně. Sdělují otcí, že tímto je dcera včerejškem u nás propuštěna, jakmile však z interny odejde, bude moci opět na terapii chodit. Odkazuji ho na vedoucího lékaře, aby se s ním domluvil, jak pokračovat. Informuji též vedoucího lékaře.

- **Pátý týden hospitalizace**

A.B. byla propuštěna z interny v neděli a hned v pondělí přichází k pokračování v terapii. S vedoucím lékařem sepsán kontrakt a podepsán oběma: „Budu se snažit odolat během terapie v PCP sebepoškození a suicidálním nápadům. V případě, že budu mít obavy, že to doma sama nezvládnu, zavolám do PCP nebo rovnou přijdu o tom promluvit s přítomnou sestrou, či lékařem.“

Pracuje aktivně na úkolech, které zde má, každé ráno exponuje před skupinou, více se zajímá o druhé, pomáhá jim, je k nim empatická, organizuje společné expozice. Pořád má pocit, že jí ale úkoly, které dělá moc nejdou.

Víkend: Nedělala nic z úkolů, ale uklízela, poslouchala rádio, běhala a šla se podívat za bývalým partnerem. Opět se s otcem hádala.

- **Šestý týden hospitalizace**

Exponuje stále odvázněji a s větší jistotou. Na dramaterapii děláme cvičení, ve kterém označena za fajn partáka, ale také za člověka, ze kterého jde strach. Více se upevnila tento týden pozitivní komunikace mezi ní a spolupacienty. Na KBT vizitě dostává od lékaře úkol napsat terapeutický dopis otcí a dopis psychologovi, který jí zneužíval. Celý týden těžké skupiny spolupacientek, které byly znásilňovány a měly partnery, se kterými otěhotněly a šly na potrat.

- **Sedmý týden hospitalizace**

Ráno v pondělí zvedám telefon, sděluje, že již docházet nebude, že je těhotná, ví to prý již od minulého týdne. Povzbuzuji ji a vybízím, ať zítra přijde, že se lze

věnovat i této věci v terapii, ona souhlasí. Nepřišla až do pátku, v pátek přišla, sděluje, že to bylo pro ni těžké poslouchat příběhy spolupacientek, už se cítí lépe, chce pokračovat, oba dopisy napsala. Zkusí si plánovat čas. Spolu se domlouváme, že zkusí napsat terapeutický dopis zemřelé matce, poté spolu probereme. Tento týden sděluje, že kdyby byla muž, zamilovala by se do mne. Je tedy patrné, že už vnitřně pomalu přijímá fakt, že je žena.

Víkend: pracovala na schématech, kognitivní restrukturalizaci, uklízela a cítila se při tom příjemně, neměla žádné suicidální myšlenky. P2/V2.

- **Osmý týden hospitalizace**

V pondělí hned za mnou přichází, že napsala dopis matce, domlouváme se na zítřejší čtení. Dává mi obálku s dopisem, na kterém píše „Mojí mamince Janince...“. Dopis čteme v úterý - v dopise vyjádřeny emoce, ale způsobem skrytým – jako konstatování stejných vlastních postojů. Více se snažím zavést ji ke zranění – boj o záchranu matky. A.B. velmi silně pláče, vyjadřuje lítost, pocity viny a velký smutek. Též se ještě vracíme k jednotlivým částem dopisu, zejména k identitě – hledáme možnost být ženou, sama myslí, že by chtěla, ale zatím velmi bolestivé pro traumata a základní postoj nedůvěry v muže a přecenění jejich síly a despotismu. Též v tomto sezení po práci s truchlením probíráme přenos na mě, uvědomuje si, že jí připomínám maminku, kterou měla ráda a která měla ráda ji a podporovala ji a chválila, tak jako já. Domlouváme se, že zkusí napsat dopis „z druhého břehu“ (ten slouží k separaci a rozloučení se s rodičem).

Na dramaterapii volím techniku rolí v životě, na asertivitě se učí říkat asertivní kritiku a kompliment a sebekompliment. A.B. si ještě tentýž den bere druhou skupinu a začala ji tím, že bude mluvit o sobě v ženském rodě, a bere to prý jako expozici. Mluví detailně o traumatu s psychoterapeutem, o chování otce k matce, k ní a sestře. Mluví o sestře, které musela vždy ustupovat pečovat o ní, mluví o silné bolesti ze ztráty matky. Na konci skupiny vyjadřuje stud, o čem povídala a strach, že bude skupinou za své promiskuitní chování a další věci odmítnuta. Skupina jí podpořila, vyjádřila přijetí. Na konci se ptám, jak to bude nyní tedy s jejím jménem, zda chce své neutrální křestní jméno, nebo své dívčí původní. Sděluje s úsměvem, že je jí to jedno, ale že „to bude zajímavé“. Tento týden již velmi pookřála, dobře se zapojuje, dělá úkoly, cítí se dobře.

Víkend: Nejdříve to bylo docela dobré, pak se ale opět hádala s otcem. Zjistila, že nemá cíl v životě, hodně o tom o víkendu přemýšlela. Spíše ležela a byla pasivní.

- **Devátý týden hospitalizace**

Pomáhá velmi druhým, na aktivitách aktivní, na asertivitě si vzala téma – rozhovor s otcem, chce se naučit přijmout asertivně jeho kritiku, ale také mu ji asertivně podat. S ostatními pacienty v přátelském vztahu.

Tento týden plánované propuštění, napsala si plán do budoucnosti, ve kterém sepsala expozice, plánování času a úkoly, které si dává na půl roku, tedy do té doby, než nastoupí opět do PCP k dokončení terapie. Odcházela s dobrým pocitem ze sebe, mluvila o sobě jako o ženě, ale cítí nejistotu z budoucnosti. Přála by si, aby byl už půl roku za ní, aby mohla přijít k dokončení terapie.

#### DOKONČENÍ POBYTU

- **První/ desátý týden hospitalizace**

Přichází a mluví i po půl roce o sobě v ženském rodě. Vzala si hned tento týden skupinu, kde opět vypráví o svém životě. Nejvíce jí trápí nepřijetí svého těla, má pocit, že stárne a ona nechce, aby stárlo. Vše se točí kolem postoje „vše nebo nic“. Lékařem upozorněna, aby se snažila chodit každé ráno včas, jinak nebude mít individuální pohovor. Domluvily jsme se, že zkusí chodit v dívčím oblečení – sukně, šaty.

Víkend: Sprchovala se bez podprsenky, rámovala. P3/V2.

- **Druhý/ jedenáctý týden hospitalizace**

Přijela pozdě, ale v krásných dámských šatech, psala úkoly. S lékařem se dohodla, že když je nyní hlavní problematika stárnutí a tloušťka těla, změní ostatním spolupacientům míry společně s ním. Zatím si napíše ideální míry podle sebe.

Večer telefonuje na oddělení, že nenávidí své tělo, svá prsa, chce na operaci. Sestra ji vyslechne, uklidní a vede ji ke kognitivní restrukturalizaci.

Druhý den přichází pozdě, žádá individuální pohovor, odmítnut s připomenutím jasných pravidel. Opět se opakovala situace jako již při prvním pobytu, svlékla šaty, schoulila se, vydávala „zvířecí skřeky“, po chvíli v bundě odchází domů. Telefon nezvedla. Druhý den nepřišla, až pak večer seděla na lavičce před oddělením schoulená a na dotaz sestry sděluje, že chce ukončit léčbu. Pak odešla. Druhý den volá, že nedorazí, že je unavená. V týmu probíráme důvod – přenos na mladého ošetřujícího lékaře, je do něj pravděpodobně zamilovaná. Nutno s ní probrat.

V pátek přišla, přinesla mi mnoho písemných úkolů. Z toho mnoha vytahujeme pouze situace vztahující se ke schématům, mluvíme o transsexualitě a nesnášenlivosti jejího těla, příznaky stárnutí těla. Uvědomuje si své základní jádrové přesvědčení – jsem slabá, špatná, sama život nezvládnou, ostatní využijí a zničí slabé. Propojujeme s traumaty a hledáme adaptivní cestu. Sama navrhla zeptat se na matrice, zda lze křestní jméno vrátit na původní dívčí a že tady ji již tak můžeme oslovovat. Souhlasím, ale navrhuji, aby si sama řekla, pokud by se v tom necítila dobře. Najednou si v rozhovoru uvědomila, že se jménem, které nyní používá, má spojeny negativní zážitky, které ji vrací ke „zvířátku“. Sděluje, že jedinou oporou v životě jí byla matka, která jí říkala zdrobnělinou jejího původního jména. Když zemřela, měla pocit, že to zde nezvládne.

Víkend: Nakupovala odborné knihy, četla si o asertivitě, cvičila, šla v sukni. P4/V2.

- **Třetí/ dvanáctý týden hospitalizace**

V pondělí odpoledne volá na oddělení, že je u fakulty s psychoterapeutem, se kterým žila a pláče, potom říká, že je doma, kde chodí nějací muži. Zastavuji ji a pátráme po spouštěcích těchto vjemů. Sděluje, že právě přišla ze společné expozice, kde se všechny pacientky bavily o sexuálních traumatech. Vše se jí nyní doma vrátilo.

Jinak ale celý týden v dobré náladě, chodí ve slušivých šatech, velmi hezky učesaná, nalíčené řasy. Volala kamarádům a domluvila si schůzku. Se spolupacientkami řeší melíry a barvy na vlasy. Měla pro ně přednášku, která byla konstruktivní a kterou spolupacienti chválili.

- **Čtvrtý/ třináctý týden hospitalizace**

Opět začala chodit později na program, proto vedena opět k držení plánování času. Je více logorhoická, píše mnoho úkolů a záznamů. Pravděpodobně díky tomu, že je toho na ní mnoho z exponování (otevírání bolestných traumat).

- **Pátý/ čtrnáctý týden hospitalizace**

Stále se jí nedaří udržet včasnou docházku, ale stále se jí daří mluvit v ženském rodě a svým původním jménem. Pokud stihne program, je na něm aktivní.

- **Šestý/ patnáctý týden hospitalizace**

Tento týden zvládá ranní docházku včas, má pěkné vstupy na skupině, zvládá dobře emoční stavy, již bez krátkých psychotických epizod. Proto začínáme

s plánováním a realizací kroků do budoucna. Vzala si opět skupinu. Tentokrát nebyla tak o traumatu s psychoterapeutem, ale vyprávěla o dětství, o intelektuální rodině, ve které vyrůstala, ve čtyřech letech již četla, a to např. Homéra v převyprávěné formě pro děti. Rodina žila z politických důvodů v sociální izolaci. Vypráví o světě plném fantazie, do kterého utíkala. S vrstevníky si pro své nadání nerozuměla, oni se jí posmívali. Byla rozmazlována rodiči, než se narodila sestra, kdy se cítila ostrčená a žárlila na ni. Přiznává, že její vztahy a úniky byly o potřebě být druhými přijata.

V pátek odešla z oddělení starší spolupacientka, kterou měla moc ráda.

Víkend: byla v knihovně, uklízela byt, cvičila, byla na návštěvě za sestrou a jejím přítelem. P1/V2.

- **Sedmý/ šestnáctý týden hospitalizace**

V pondělí ráno telefonuje, že má svráštělé tělo, pláče, smrdí si jako mrtvola, nemůže přijet. Podpořena k cestě do stacionáře. Přijela za dvě hodiny. V individuálním pohovoru sděluje, že chtěla vařit a najednou jí to napadlo. Při bližším pátrání byla spouštěčem vzpomínka na matku a na to, jak spolu vařily. Moc jí mrzí, že odešla spolupacientka, která ji matku připomínala. Propojeno z obrazcem svráštělého těla a pocitem mrtvolného zápachu.

Celý týden je spíše smutná, ví, že se blíží propuštění, bojí se odejít, chtěla by mít vše hned – děti, přítele, školu. Vztahu se bojí, byla zklamaná, hledá upřímnost.

- **Osmý/ sedmnáctý týden hospitalizace**

S lékařem probráno trauma s terapeutem - necítí moc satisfakci, neboť psychoterapeutická společnost odsoudila jeho chování, ale nelze ho vyloučit ze společnosti. Moc jí chybí odpověď ve stylu „Pokud se to stalo, je nám to líto...“. Odchází ve velmi dobrém stavu, mluví o sobě v ženském rodě svým neutrálním jménem, chce si najít brigádu a především opět studovat VŠ.

## **3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST**

### **3.1. Ošetřovatelský proces**

#### **3.1.1. Ošetřovatelský proces a osobnost sestry**



Pacovský (1981) uvádí: „Ošetřovatelství je integrovaná vědní disciplína, jejímž hlavním posláním je vhodnými metodami systematicky a všestranně uspokojovat individuální potřeby člověka vzniklé nemocí a pomáhat těm, kteří sami o sebe nemohou, neumějí nebo nechtějí pečovat. Ošetřovatelská péče znamená realizaci ošetřovatelství jako vědní disciplíny v praxi.“

Aby sestra mohla vůbec naplnit své poslání, musí mít mnoho osobních a osobnostních předpokladů. Měla by zvládat převzít větší odpovědnost, hájit zájmy pacienta, akceptovat vždy jeho osobu, jeho potřebu důstojnosti a intimity. Měla by být velmi interpersonálně zdatná a důvěryhodná, mít kultivované vystupování, odborné znalosti, měla by mít dobrý vztah ke své práci a být osobně angažovaná, a svoji roli hraje i její zevnějšek. Měla by umět v praxi aplikovat vědecké poznatky – umět obhájit, proč se rozhodla ve své práci pro ten a ten čin, tu a tu metodu, intervenci, apod..

Hlavní pracovní metodou je ošetřovatelský proces, jehož cílem je prevence, odstranění nebo zmírnění problémů v oblasti individuálních potřeb pacienta. Jde o soubor plánovaných činností a myšlenkových postupů, které by měla každá sestra ve své práci používat. Ošetřovatelský proces má pět fází:

- a) zhodnocení stavu potřeb pacienta
- b) stanovení ošetřovatelských diagnóz
- c) plánování ošetřovatelské péče
- d) realizace ošetřovatelské péče
- e) vyhodnocení efektivity ošetřovatelské péče

Ošetřovatelské diagnózy umožňují sestřám porozumět obtížím pacienta, resp. shodnout se na tom, co ho trápí a díky tomu vhodně zvolit ošetřovatelský postup a umět účinně zhodnotit efekt ošetřovatelského zásahu/péče. Bez ošetřovatelské diagnózy by sestra nebyla schopna výběru vhodné ošetřovatelské intervence, jež povede k dosažení cíle a výsledku, za který je sestra zodpovědná.

### **3.1.2. Koncepční model H. E. Peplau**

Pro práci s touto pacientkou jsem si vybrala koncepční model Hildegardy E. Peplau. Důvodem byl fakt, že tento model je zaměřen na interpersonální vztahy, se kterými má pacientka problémy a které jí také problémy (psychické) přinášejí.

Ale také to, že psychiatrické ošetřovatelství je převážně interakce mezi pacientem, kde interpersonální vztah sestra – pacient může oslovit a zasáhnout do hlubokých postojů pacienta a ovlivnit dosavadní psychické problémy.

Její model je mi blízký i osobně.

H.E. Peplau se věnovala právě psychiatrickému ošetřovatelství, získala bakalářské vzdělání v interpersonální psychologii a magisterské vzdělání v psychiatrickém ošetřovatelství. Na toto téma publikovala a přednášela.

V roce 1952 uvedla: „Ošetřovatelství je významná interpersonálně-terapeutická činnost, která spolu s dalšími procesy umožňuje navracet lidem zdraví“.

### **Hlavní předpoklady modelu:**

- 1) sestra dělá důležitá rozhodnutí, vede každého pacienta a podle potřeby provádí ošetřovatelskou péči
- 2) ošetřovatelství využívá principy a metody, které vedou k uvolňování interpersonálních vztahů
- 3) úloha ošetřovatelství a také jeho vzdělávání, vychází z požadavku osobnostního vývoje jedince v dospělosti

*Cílem* ošetřovatelství je pomáhat těm, kteří jsou nemocní nebo potřebují péči, adekvátně komunikovat, mít přiměřené interpersonální vztahy a uspokojené potřeby bez projevů úzkosti, a tak jim umožnit růst a vývoj, dosažení sebedůvěry a sebekontroly.

*Pacient/klient* je člověk frustrovaný potřebami, úzkostí a narušenými interpersonálními vztahy. Zdrojem potíží je tedy frustrace, tenze a úzkost.

*Sestra* má v kontaktu s pacientem mnoho rolí, od neznámé osoby, přes pomocnici, učitelku, vůdce, zástupce, až po roli poradce.

*Ohniskem zásahu* je zjištěná problémová oblast a vytvoření terapeutického vztahu, způsobem zásahu je pak intervence, která vede k odstranění frustrace, tenze či úzkosti a podpora růstu a rozvoje, ale i podpora komunikace. *Důsledkem* je zvýšení obnovy sebekontroly jedince, zlepšení schopnosti řešit problémy, odstranění frustrace, tenze a úzkosti.

Psychodynamické ošetřovatelství tak umožňuje jedinci porozumět vlastnímu chování. Sestra porozumí chování pacienta, rozpozná jeho problémy a následně je pomůže urovnat či odstranit prostřednictvím principů interpersonálních vztahů. K tomu využívá sestra i svých vlastních zkušeností.

H.E. Peplau vychází se Sullivanovy teorie, kdy lidské chování je motivováno snahou po uspokojení a snahou po bezpečí. Transformace energie je činnost, kterou člověk dělá právě proto, aby eliminoval úzkost a tenzi. Člověk si vytváří díky tenzi a následnému chování tzv. sérii dynamismů, které opakovaně používá k eliminaci úzkosti.

### **Vztah sestry – pacient/klient**

Tento vztah probíhá ve čtyřech fázích:

- *Orientace* – sestra a pacient se setkávají poprvé, začíná se vytvářet mezi nimi vztah. Sestra mu pomáhá objasnit a pochopit jeho problémy ihned, jakmile zjistí oblast, ve které potřebuje pomoci.
- *Identifikace* – sestra i pacient si objasňují vzájemně svá očekávání a představy, čímž se vytváří pracovní vztah a lépe se tak rozhoduje a řeší problémy pacienta. V této fázi může být pacient zcela pasivní a závislý na sestře nebo naopak zcela autonomní, nezávislý na sestře, nebo částečně závislý, ale aktivně spolupracující.
- *Využití* – pacient začíná v této fázi kontrolovat situaci sám, využívá dostupných služeb, sestra ho podporuje v poznávání vlastních pocitů, myšlení a chování s cílem jeho maximálního zapojení do sebepečce.
- *Ukončení* – jde o fázi ukončení terapeutického vztahu sestry – pacient, jeho potřeby jsou splněny a sestra se zaměřuje na nové cíle.

### **Role sestry**

- *Neznámá osoba* – sestra a pacient se setkají poprvé, při prvním rozhovoru sestra přistupuje k pacientovi zdvořile, bez předsudků, akceptuje ho takového jaký je, spolupracuje i s jeho rodinou. V této fázi se sestra věnuje každému, i když on sám neumí sdělit své pocity.
- *Pomocnice* – sestra klade pacientovi konkrétní otázky a nabízí fundované odpovědi, vysvětluje, informuje, pomáhá pochopit příčinu potíží a podstatu plánu léčby.
- *Učitelka* – tato role je kombinací všech výše uvedených rolí, sestra učí pacienta to, co neví a o co má zájem.
- *Vůdce* – sestra vede, zcela demokraticky, pacienta ke splnění aktuálních povinností prostřednictvím kooperace a aktivní účasti pacienta.

- *Zástupce* – tato role závisí na stupni závislosti pacienta a na vzájemné závislosti ve vztahu sestra – pacient.
- *Poradce* – tato role je dle autorky nejvýznamnější v psychiatrickém ošetřovatelství. Je projevem vědomostí a umění sestry, která reaguje na potřebu pacienta.

### 3.2. **Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení nemocného v den přijetí dle modelu**

Pacientka přišla na oddělení sama poté, co byla přijata na ambulanci. Při příchodu s ní byl sepsán sesterský protokol (viz. Příloha č.3) se základními údaji a jejím popisem důvodu přijetí. Pak byla vyšetřena ošetřujícím lékařem a na to jsem přišla do kontaktu s pacientkou já. Poté, co jsem se jí představila jsem jí seznámila krátce s programem, kterého se zde bude účastnit, dala jsem jí dotazníky a náležitosti, které během pobytu bude k terapii potřebovat (desky s formuláři na KBT, poznámky z asertivity, apod.) a záhy jsme šly na skupinový program KBT, který v PCP vedu.

#### **Vztah sestra – pacientka**

V první fázi jsem pro pacientku byla *neznámou osobou*, ale i přesto, než ke mne našla důvěru, jsem se k ní chovala velmi empaticky. Nijak jsem nekomentovala její vzhled - špinavé oblečení, neupravené mastné vlasy, zápach, ani jsem ji v této fázi nebrzdila v komunikaci, přestože byla velmi logorhoická. Naopak jsem ji povzbudila, aby se cítila lépe v neznámém kolektivu spolupacientů, kde se bude muset zanedlouho krátce všem představit.

V roli *pomocnice* jsem byla po celý její pobyt, neboť jsme společně hledaly příčiny a souvislosti jejích potíží, také to, jak je řešit. Pacientka velmi dobře věděla, na koho se obrátit a v jakou chvíli. S čím se obrátit na lékaře a s čím na mě – specializovanou sestru terapeutku, a s čím na ostatní personál.

Role *vůdce* je rolí, kterou k tomu, aby péče byla co nejlepší, musí umět zastat každá dobrá sestra. Zejména u pacienta s touto diagnózou. Pacientce se stávalo díky vnitřním změnám, ke kterým dochází v terapii, díky emocím a vlivem otevírání traumat, že začala chodit pozdě ráno na terapie. Roli vůdce jsem tedy měla, když jsem jí na pozdní příchody upozorňovala a vyžadovala jsem, aby se programu účastnila tak jak má. Také jsem jako vůdce vystupovala v programech

asertivity, KBT i dramaterapii, když jsem pacientku vyzývala, aby byla aktivní, řekla svůj názor, přehrála roli, apod. Mnohdy se totiž stává, že pacienti (např. na začátku pobytu, nebo se specifickou diagnózou, se ostýchají zapojit se).

Jako *zástupce* jsem v tomto případě fungovala pro pacientku (ale i ostatní pacienty) na počátku, kdy jsem například něco, co bylo pro pacientku obtížné sdělit skupině, skupině sdělila sama. Nebo tehdy, když jsem s pacientkou probírala její oblečení, špínu a zápach. Ale i v dalších situacích.

*Poradcem* jsem byla také po celou dobu, každodenně, neboť jsem řešila situace nejen ty, které mi pacientka sdělila, ale (především na počátku a uprostřed) také jsem musela vidět a číst v neverbálním projevu a „mezi řádky“ to, co se s pacientkou děje, proč reaguje tak a tak, ačkoli to zdánlivě může vypadat jako nepřiléhavé. Tato má role umožnila pacientce více a hlouběji se rozpovídat o svých bolestech, traumatech a úzkostích s tím spojených.

Pokud jde o **fáze vztahu** mezi mnou a pacientkou, šlo nejprve o fázi *orientace*, kdy jsme se setkaly poprvé. V této fázi jsem byla na pacientku milá, empatická a zároveň jsem jí vše vysvětlila, proto náš vztah přešel přirozeně do fáze *identifikace*. V této fázi jsme si společně s pacientkou musely stanovit problémy a cíle, kterými se v terapii budeme zabývat. V této fázi též bylo jednodušší požadovat plnění cílů, resp. dílčích kroků, po pacientce. Zhruba po čtrnácti dnech jsme přešly většinou do fáze *využití*, kdy pacientka byla schopna v terapii dělat kroky sama, kontrolovat své emoce, zkoušet si nabyté zkušenosti a techniky, více se orientovala ve svých pocitech a rozuměla čím dál více propojení svých myšlenek s emocemi a chováním. Fáze *ukončení* mezi námi nastala až opravdu poslední minuty jejího pobytu u nás, resp. až tehdy, odešla-li z oddělení. Ačkoli nutno říct, že terapeutický vztah mezi mnou a pacientkou je od té doby vždy, když se objeví na oddělení, třeba jen se podívat za personálem či spolupacienty.

Pokud jde o informace zjištěné v ošetřovatelské anamnéze, jsou uvedeny převážně v kapitole Průběh terapie a v kapitole Provedené diagnosticky významné vyšetřovací metody v oblasti Dotazníku životní historie.

### **3.3. Ošetřovatelské diagnózy k 1. dni hospitalizace**

Ošetřovatelské diagnózy stanovené k 1. dni hospitalizace po pohovoru s pacientkou, zhodnocením jejího vzhledu a po přečtení vyplněných dotazníků a vyšetření lékařem.

## AKTUÁLNÍ

- 1) Porušená identita sebe sama a pohlavní - z důvodu výchovných vlivů a traumatických událostí v životě
- 2) Zanedbaný vzhled a osobní čistota - z důvodu aktuálních psychických potíží
- 3) Neznalost chodu oddělení a průběhu terapie/ potřeba poučení – z důvodu prvního pobytu v PCP
- 4) Narušená sebeúcta – z důvodu přesvědčení, že je pro okolí divná, nenormální
- 5) Beznaděj – z důvodu pocitu opuštěnosti (smrt matky, odmítavý postoj otce, absence přátel)
- 6) Bezmocnost – z důvodu interpersonálních interakcí (zneužití, absence operace)
- 7) Narušené vztahy v rodině – z důvodu konfliktu s otcem
- 8) Porušený obraz těla (nepřijetí ženských tvarů) – z důvodu porušené pohlavní identity
- 9) Ztráta zájmu o aktivity, kterými se dříve zabývala – z důvodu nízké sebedůvěry
- 10) Úzkost – z důvodu posttraumatického syndromu

## POTENCIÁLNÍ

- 11) Riziko porušeného fungování komunity (komunita pacientku nepřijme) – z důvodu nového členství pacientky v komunitě
- 12) Riziko, že se pacientka nezapojí do léčebného režimu, na počátku terapie – z důvodu nedůvěry v personál, v léčebný režim, nadměrných požadavků na pacientku, vnitřních konfliktů pacientky při rozhodování
- 13) Riziko sebepoškození – z důvodu psychické poruchy (HPO)

### **3.4.Průběh nemoci a diagnóza**

#### **3.4.1.Krátkodobý ošetřovatelský plán, jeho realizace a hodnocení**

Krátkodobý ošetrovatelský plán platil pro vybraný den, nutno však upozornit, že trvalých efektivních výsledků týkajících se odstranění nebo alespoň zmírnění ošetrovatelských diagnóz, lze docílit postupnou realizací cílů dlouhodobého ošetrovatelského plánu. Avšak realizace cílů krátkodobých je částmi mozaiky, která na konci terapie bude tvořit celkový obraz změny. Uvádím zde tedy jen na ukázkou několik ošetrovatelských diagnóz, jejichž řešení mělo krátkodobý cíl.

#### *Ošetrovatelská diagnóza č. 1*

**Porušená identita sebe sama a pohlavní - z důvodu výchovných vlivů a traumatických událostí v životě**

#### ***Krátkodobý cíl:***

Pacientka bude nahlížet, že je žena ačkoli o sobě mluví jako o muži.

#### ***Výsledná kritéria:***

Pacientka i přestože o sobě bude mluvit v mužském rodě, bude počítat s tím, že ji spolupacienti zpočátku budou říkat rodem ženským, tzn. že nebude nijak slovně ani fyzicky agresivní.

#### ***Plán / ošetrovatelské intervence:***

- Pacientku upozornit na fakt, že pacienti jí budou zpočátku oslovovat jako ženu vzhledem k tomu, že ženou je.
- Definovat si, co už je verbální a brachiální agrese a jaké následky může mít.
- Doporučit pacientce, aby svoje přání být oslovována požadovaným způsobem sdělila při představování se spolupacientů.

#### ***Realizace:***

Pacientce jsem sdělila, že vzhledem k tomu, že vypadá stále žensky i přes tendence zakrývat to, budou jí pravděpodobně pacienti oslovovat jako ženu. Také jsem jí řekla, že si myslím, že pro její pokroky v terapii by bylo fajn, pokud by o sobě postupně v terapii také začala mluvit jako o ženě. Dále jsme se bavily o tom, že jí může oslovení jako ženy naštvat, a pokud se tak stane, ať to řekne, ale klidným způsobem. Doporučila jsem jí, ať si tuto situaci zapíše a zpracuje tzv. bludný kruh. Když jsem s ní šla na program, poté co byla přijata, cestou jsem jí navrhla, ať se ostatním představí a sdělí jim své přání být oslovována jako muž.

### ***Hodnocení:***

Pacientka o sobě mluvila v mužském rodě, při představování se spolupacientům sdělila, že je muž a byla by ráda, kdyby ji tak oslovovali. Pokud se stalo, že ji někdo oslovil jako ženu, nebyla nijak výrazně agresivní, ale zopakovala jasně svoji žádost. Pokud se to však někomu z pacientů stalo opakovaně, nijak ho nevyhledávala ani se s ním moc nebavila. Cíl se podařilo splnit.

### *Ošetřovatelská diagnóza č. 2*

#### **Zanedbaný vzhled a osobní čistota - z důvodu aktuálních psychických potíží**

### ***Krátkodobý cíl:***

Pacientka přijde do stacionáře čistá a upravená.

### ***Výsledná kritéria:***

Pacientka bude umytá a bez zápachu, učesaná, bude mít čistý oděv.

### ***Plán / ošetřovatelská intervence:***

- Informovat pacientku o tom, že zápach je obtěžující pro ostatní v komunitě.
- Zjistit příčinu zanedbaného vzhledu a pracovat s ní, pokud to bude nutné a možné.
- Naslouchat, jak se pacientka sama dívá na tento svůj stav.

### ***Realizace:***



Zašla jsem za pacientkou v době polední pauzy a začala jsem si s ní povídat o tom, jak se zde cítí a jaké to tu pro ni je. Po chvilce nezávislého povídání jsem stočila směr na účes a na oblečení. S velkou dávkou empatie a laskavosti jsem ji požádala, zda by mohla zítra přijít umytá, učesaná a v jiném oblečení. Pacientka mi sdělila své důvody – nechce si sahat ve sprše na tělo, nechce, aby ostatní lidé viděly její ženský obličej a vlasy a pokud jde o oblečení, má doma převážně dámské šaty a sukně a halenky. Džíny a svetr a pánská košile co má na sobě jí vyhovují.

### ***Hodnocení:***

Na druhý den přišla pacientka s umytými, nikoli však učesanými vlasy, bez zápachu, v jiných kalhotách, ale stejné košili. Poděkovala jsem ji, pochválila a povzbudila. Zároveň jsem ještě doporučila učesat vlasy s poukázáním na jejich pěknou barvu i střih. Cíl se podařilo splnit.

*Ošetrovatelská diagnóza č. 3*

**Neznalost chodu oddělení a průběhu terapie/ potřeba poučení – z důvodu prvního pobytu v PCP**

### ***Krátkodobý cíl:***

Pacientka je seznámena a rozumí procesům a pravidlům terapie, chápe jednotlivé kroky.

### ***Výsledná kritéria:***

Pacientka bude vědět kam a v kolik hodin jít na program, bude vědět, jak použít desky KBT, bude správně vykonávat jednotlivé kroky.

### ***Plán / ošetrovatelská intervence:***

- Pacientku seznámit s denním řádem oddělení a programem.
- Pacientce dát prostor pro dotazy týkající se chodu oddělení.
- Posoudit, jaká forma informace a jaké množství je pro ni v tuto chvíli nadměrně nezatěžující.
- Pacientku seznámit s deskami KBT, konkrétně ukázat, co se jak vyplňuje (jen aktuální a nutné v této situaci).

- Pacientku nechat shrnout, jak všemu porozuměla.
- Pacientku pozitivním způsobem povzbudit.
- Poskytnout pacientce tištěný materiál (desky, brožury).
- Pacientku odkázat na spolusprávu (dva určení spolupacienti).

***Realizace:***

Pacientku jsem si vzala mezi programy k sobě do pracovny, kde jsem jí seznámila s denním režimem a programem a vysvětlila jsem jí, co který program je a jaký má cíl, ukázala (a zapůjčila) jsem jí desky KBT, vyhledala jsem v nich dva první důležité formuláře a vysvětlila jí, jak se vyplňují. Také jsem jí představila spolusprávu a doporučila jí obracet se při nejasnostech na ni nebo na personál. Na konci jsem se jí zeptala, zda má otázky a též jsem jí podpořila. Sdělila jsem jí, že další kontrola toho, zda tomu rozumí, bude na programu KBT následující den, kdy může referovat, jak se jí podařily vyplnit formuláře.

***Hodnocení:***

Pacientka se ten den orientovala velmi dobře, odpoledne se přesouvali mimo oddělení, využila spolupacienty. Další den přinesla formuláře vyplněné k nahlédnutí a kontrole. Cíl se podařilo splnit.

*Ošetrovatelská diagnóza č. 8*

**Porušený obraz těla (nepřijetí ženských tvarů) – z důvodu porušené pohlavní identity**

***Krátkodobý cíl:***

Uvědomit si myšlení a chování týkající se nepřijetí částí těla a změnit toto chování.

***Výsledná kritéria:***

Na relaxaci se bude schopna uvolnit, aniž by si držela prsa, a bude mít při relaxaci ruce podél těla

***Plán / ošetrovatelská intervence:***

- Edukovat pacientku, jak má vypadat poloha při relaxaci.

- Upozornit pacientku na její zkřížené ruce.
- Pomoci pacientce pochopit a propojit vztah tohoto chování s jejími myšlenkami a událostmi v životě.
- Pomoci jí změnit maladaptivní chování v adaptivní.

***Realizace:***

Relaxace probíhá ve skupině všech pacientů, proto jsem na začátku všechny edukovala o relaxaci, poloze při ní a cíli relaxace. Při vedení relaxace jsem upozornila pacientku na její polohu rukou a vždy, když ruce dala na prsa, jsem opakovala frázi „ruce leží podél těla“, „nechte je volně klesnout“. Po relaxaci jsem individuálně s pacientkou promluvila o spouštěčích tohoto chování a dalších modalitách a domluvily jsme se, že na to zkusí při relaxaci myslet.

***Hodnocení:***

Pacientka během relaxace dala ruce podél těla, ke konci se jí dokonce podařilo zrelaxovat. Příště se ještě nekontrolovala, a na třetí relaxaci na to již myslela a zachovala doporučenou polohu pro relaxaci. Cíl se podařilo splnit zcela až na třetí relaxaci.

*Ošetrovatelská diagnóza č. 11*

**Riziko porušeného fungování komunity (komunita pacientku nepřijme) – z důvodu nového členství pacientky v komunitě**

***Cíl:***

Zabránit nepřijetí pacientky komunitou.

***Výsledná kritéria:***

Pacientka bude s ostatními o přestávkách, nebude se jim stranit, bude s nimi komunikovat.

***Plán / ošetrovatelská intervence:***

- Pacientka bude představena komunitě.

- Pacientka bude seznámena s tím, jak komunita funguje o přestávkách.
- Personál dohlédne na to, kde pacientka o přestávkách tráví čas.
- Pokud bude pacientka mimo komunitu, zjistí personál příčinu.
- Pokud bude příčina na straně pacientky, personál pacientku informuje, povzbudí, poradí, apod.
- Sestra terapeutka se postará o přijetí pacientky tím, že ji uvede, bude si všimnat možných náznaků nepřijetí a bude na ně reagovat.

### ***Realizace:***

Pacientka se komunitě představila a sedla si na jedno z míst, které bylo volné. Terapeutka skupinu vybídla, ať jsou k nové pacientce vlídní, ať ji seznámí s chodem a před ostatními zdůraznila kvality pacientky.

### ***Hodnocení:***

Spolupacienti pacientku přijali, avšak do té doby, než se rozlehl po celé místnosti zápach, poté se neverbálně tělem odtahovali a o přestávce se s pacientkou nikdo nebavil. Pacientka šla ven kouřit. Pacienti si přišli stěžovat na zápach. S pacientkou jsem problém citlivě probrala a domluvily jsme se na tom, že následující den přijde čistá. Což se stalo a spolupacienti s ní již komunikovali z bližší vzdálenosti. Cíl se podařilo splnit.

### ***Ošetřovatelská diagnóza č. 12***

**Riziko, že se pacientka nezapojí do léčebného režimu, na počátku terapie – z důvodu nedůvěry v personál, v léčebný režim, nadměrných požadavků na pacientku, vnitřních konfliktů pacientky při rozhodování**

### ***Cíl:***

Pacientka přijme léčbu a zapojí se do ní.

### ***Výsledná kritéria:***

Pacientka bude v léčbě aktivní, bude pracovat na domluvených úkolech, bude komunikovat s personálem.

### ***Plán/ ošetřovatelská intervence:***

- Seznámit pacientku důsledně s nároky na ni v léčbě.
- Dát pacientce možnost vyjádřit svůj názor.
- Dotazovat se na to, jak náročné se jí úkoly zdají a jak se jí daří je plnit.
- Navázat vztah důvěry.
- Seznámit pacientku s léčebným režimem.
- Sledovat neverbální projev konfliktů při rozhodování a ptát se přímo na to pacientky.
- Pomoci pacientce utřídit si myšlenky při váhání v rozhodování se
- V případě možných komplikací (např. přechodných psychotických fenoménů) zajistit, aby je co nejdříve zvládla.

### ***Realizace:***

Pacientka byla seznámena s řádem a pravidly terapie a oddělení. Byla edukována o nutnosti účasti na programech a důsledcích při nedodržování, také o profitech, které z aktivní účasti bude mít. Ptala jsem se pacientky, zda všemu rozumí, jaký má názor na jednotlivé kroky v terapii. Reflektovala jsem její mimiku tehdy, měla-li jsem pocit, že nějak nesouhlasí, nebo se jí do něčeho „nebude chtít“. Pacientka měla naplánovanou prohlídku u zubaře v době, kdy probíhala terapie, byla jí tedy umožněna. Pacientku jsme neustále já i ostatní členové týmu povzbuzovali, chválili.

### ***Hodnocení:***

Pacientka se zpočátku držela zpátky v programech, ale netrvalo dlouho a byla velmi aktivní. Dodržovala řád, až na některé výjimky (chození na pokoje spolupacientů, pozdní docházka). Pokud chodila pozdě na programy, samozřejmě to narušilo terapeutický proces, ale naštěstí těchto neúčastí na programu bylo minimálně. Pacientce byly dány hranice toho, co jí bude tolerováno a co již nikoliv. Podařilo se jí věřit, že terapie má smysl a dokázala velmi dobře spolupracovat. Cíl se podařilo splnit.

### **3.4.2. Dlouhodobý ošetrovatelský plán, jeho realizace a hodnocení**

*Ošetrovatelská diagnóza č. 1*

**Porušená identita sebe sama a pohlavní - z důvodu výchovných vlivů a traumatických událostí v životě**

***Cíl:***

Pacientka přijme, že je žena a že má svoji hodnotu jako člověk.

***Výsledná kritéria:***

Pacientka bude o sobě mluvit jako o ženě.

Pacientka dokáže najít jiná přesvědčení o sobě a oslabí přesvědčení, že je divná, nenormální, nula.

Pacientka umožní spolupacientům, personálu a ostatním lidem ve svém okolí, aby o ni mluvili jako o ženě, a tak ji i oslovovali.

***Plán/ ošetrovatelská intervence:***

- Připomínat pacientce, že je žena.
- Poukazovat na fakta svědčící pro tvrzení, že je žena (menses, její tvrzení, že je těhotná, poukazování na ženské znaky, apod.)
- Rozpoznat a zpracovat s pacientkou traumata, která souvisí s touto potřebou jiné identity.
- Vyzvednout její kvality, dovednosti, něžné a altruistické vystupování.
- Dotazovat se pacientky na to, zda se již cítí být ženou, nebo ne.
- Pomoci pacientce zvládnout fázi přechodu při užívání obojího pohlaví v řeči.
- Pomoci spolupacientům pacientky porozumět dané situaci a tím zamezit negativním pocitům pacientky.
- Vést v rozhovoru s ní témata líčení, kosmetika, účesy, aj. ženská témata.
- Pomoci jí zapojit se do ženského kolektivu.

***Realizace:***

Tato diagnóza byla stěžejní a bylo možné ji denně několikrát ověřovat. Kdykoli o sobě pacientka mluvila jako o muži, byla upozorněna. V programech KBT byla vybízena k možné kognitivní restrukturalizaci. Vždy, když jsem viděla, že jí sluší nějaký výraz v obličeji, který ztvrzuje její ženskost, upozornila jsem jí na to. Taktéž, když měla velmi něžné až mateřské chování ke spolupacientům, kteří aktuálně prožívali nepohodu. Když za mnou přišla, že má „víte co“ (jejími slovy), tedy menses, spojila jsem jí to s tím, že menses mají ženy. Taktéž v případě jejího telefonátu o domnělém těhotenství. Avšak všechna tato upozornění jsem jí říkala tak, aby neměla pacientka pocit, že jí potřebujeme přesvědčit o tom, že ona vidí svoji identitu špatně. Když pak začala nosit šaty, byla chválena a obdivována personálem i spolupacienty. Časem, když pacientka porozuměla procesu přeměny vnímání své identity, zpracovávali jsme s ní s lékaři traumata (smrt matky, zneužívání psychologem, promiskuita, a další).

### ***Hodnocení:***

Pacientka byla schopná po určité době dovolit spolupacientům, aby ji oslovovali jako ženu, za čas se jí podařilo o sobě také tak mluvit. Poté, co jsme zpracovaly spolu trauma smrti maminky, byla schopna říkat a nechat si říkat svým původním křestním jménem. Po zpracování traumatického vztahu s psychologem, byla schopna vidět souvislosti mezi jejím vnímáním sebe jako muže, sebe jako nějaké divné, nenormální a nuly. Cíl se během terapie podařilo splnit.

### ***Ošetřovatelská diagnóza č. 4***

**Narušená sebeúcta – z důvodu přesvědčení, že je pro okolí divná, nenormální**

### ***Cíl:***

Pacientka si bude sebe více vážit.

### ***Výsledná kritéria:***

Pacientka bude verbálně a neverbálně vyjadřovat úctu k sobě (úprava zevnějšku, začleňování se do skupiny, aktivní podílení se na rozhodování, řekne svůj úspěch na komunitě, aj. vůči sobě pozitivní chování).

### ***Plán/ ošetřovatelské intervence:***

- Edukovat pacientku v rámci asertivity o sebeúctě, sebevědomí a sebekomplimentech a o projevech zdravé sebeúcty a sebevědomí.
- V rámci asertivity si pacientka zkusí sebekompliment a sepíše seznam věcí, které v životě dokázala a umí a na které je hrdá.
- Vybízet pacientku v programech k aktivitě vyjadřování svých názorů
- Ustanovit jí následující týden spolusprávou a vysvětlit její úlohu v této roli
- Vysvětlit princip ranního říkání včerejšího úspěchu na komunitě.
- Upozornit na to, aby si více všímala komplimentů od druhých a pozitivního chování směrem k ní a vedla si o tom zápis.
- Vyzvat ji, aby zkoušela exponovat sociálním situacím na ranní komunitě
- Vyzvat ji, aby zkoušela více komunikovat i mimo oddělení.

### ***Realizace:***

V rámci asertivity jsem celou skupinu včetně pacientky edukovala o sebevědomí a sebeúctě a o sebekomplimentech a udělali jsme si cvičení na každé z uvedeného. Pacientka si nejprve nedokázala nic vybavit, ale asi za pět minut dokázala sepsat pět věcí, které se jí v životě povedly a kterých si na sobě váží. Bylo pro ni těžké před ostatními se pochválit. Na programech asertivity, KBT a dramaterapie jsem pacientku vybízela ke sdělení jejího názoru, který byl většinou velmi trefný a tak jsem pacientku za názory chválila a taktéž dostávala pozitivní zpětnou vazbu od spolupacientů. Spolusprávou si následující týden ještě vzít nechtěla, vzala si ji až čtvrtý týden. Sepisovala komplimenty, které dostala od druhých, ale asi jen dva dny, pak to už nedělala, protože měla pocit, že to nemá cenu. Od čtvrtka každé ráno exponovala čtení a poté vyprávění na komunitě, což jí šlo pěkně.

### ***Hodnocení:***

Pacientka čím dál tím víc získávala pocit vlastní hodnoty, užitečnosti, měla pocit, že není až tak divná a dokonce zkonstatovala, že je občas i vtipná. Postupně dokázala rozhodovat o společných expozicích mimo oddělení a na zpětných vazbách sdělovala, že se cítí s ostatními dobře a reflektovala, že pro ně má nějakou hodnotu. I v kognitivní restrukturalizaci bylo vidět že její původní negativní myšlenky se změnily. Cíl se podařilo splnit.



### *Ošetrovatelská diagnóza č. 5*

#### **Beznaděj – z důvodu pocitu opuštěnosti (smrt matky, odmítavý postoj otce, absence přátel)**

##### ***Cíl:***

Pacientka rozpozná pocit beznaděje a bude s ním umět pracovat tak, aby jej zmírnila, resp. aby neovlivňoval její aktuální chování.

##### ***Výsledná kritéria:***

Pacientka se nebude sebepoškozovat.

Pacientka bude schopna s touto emocií a myšlenkami s ní spojenými pracovat tak, jak se to naučí v terapii, kdy tato emoce bude minimální intenzity.

##### ***Plán/ ošetrovatelská intervence:***

- Naučit pacientku rozpoznat pocit beznaděje a vyjádřit ho.
- Seznámit pacientku s možnými strategiemi, jak čelit tomuto pocitu.
- Pomoci pacientce najít aktivity, které k tomuto pocitu nevedou a které ji odvedou od tohoto pocitu beznaděje.
- Zpracovat traumata, která se týkají tohoto pocitu (smrt matky).
- Naučit pacientku v rámci programu asertivity komunikovat s otcem
- Seznámit pacientku se základy vedení rozhovoru a vybízet ji k rozšíření sociální sítě a hledání podpůrných systémů.
- Seznámit pacientku s možností záznamu změn tohoto pocitu.

##### ***Realizace:***

Pacientku jsem seznámila s principy KBT, byla tedy edukována o nutnosti naučit se rozpoznat své pocity beznaděje a myšlenky, které s tímto pocitem souvisejí a nakonec chování, které díky tomuto pocitu pacientka dělá. Po zmapování tohoto ABC modelu byla pacientka seznámena se strategiemi, které může užít, pokud tento pocit přijde a tyto nabyté zkušenosti a informace si měla v reálném životě zkoušet. Také jsme v terapii zmapovaly, s čím pocity mohou souviset a společně jsme probraly téma smutku při smrti matky. Mluvily jsme také o nutnosti najít si

nové přátele, vrátit se ke koníčkům, zkusit nové aktivity. Na asertivitě jsme přešli rozhovor s otcem, a A.B. si jej zkusila i v reálném životě. Ke konci pobytu zkoušela navazovat komunikaci i s lidmi mimo PCP. Svůj pocit si zaznamenávala na grafu beznaděje.

### ***Hodnocení:***

Zprvu bylo těžké pro A.B. si pocity uvědomit přijít na to, co je spouštěči a že je pod nimi „schované“ nerozloučení se s maminkou. Sezení nad čtením dopisu matce bylo pro A.B. velmi náročné, ale přineslo „ovoce“ v podobě uvědomění si spojitosti s porušenou sexuální identitou. Někdy však silné pocity beznaděje byly vyjádřeny psychotickými příznaky, což jsme ale pak v období neakutní fáze probraly. Sociální síť byla zatím nerozšiřována, ale pacientka již měla v hlavě plán o možném studiu, přátelích, apod. Pocit zaznamenávala na grafu, kdy sama mohla vidět, jaké situace pocit beznaděje aktivují (být sama doma, myslet na matku, hádat se s otcem,...) a kdy naopak beznaděj není přítomna (společnost spolupacientů, čtení knihy,...), nebo ji zvládne (odchod z bytu na procházku, na výstavu, čtení,...). Cíle bylo dosaženo.

### ***Ošetrovatelská diagnóza č. 6***

**Bezmocnost – z důvodu interpersonálních interakcí (zneužití, absence operace)**

### ***Cíl:***

Pacientka rozpozná pocit bezmoci a bude umět s ním žít, tedy nechovat se maladaptivně.

### ***Výsledná kritéria:***

Pacientka se bude chovat adaptivně i v situacích, kdy bude pocit bezmoci prožívat.

### ***Plán/ ošetrovatelská intervence:***

- Naučit pacientku umět rozpoznat pocity, sdělit je a porozumět, o čem tyto pocity jsou.

- Pacientku edukovat o přirozenosti tohoto pocitu ale nutnosti mu nepodlehnout a nechovat se maladaptivně.
- Probrat s pacientkou traumata s tím spojená (pracovat se zneužitím psychologem, pracovat s problematikou sexuální identity a vytoužené operace)

### ***Realizace:***

Pacientka byla v programech a v individuálních sezeních vybízena k tomu, aby otevřela traumata, která jí spouštějí pocit bezmoci. Učila se rozpoznat situace, které tento pocit aktivují a učila se také používat vhodné, resp. adaptivní chování v těchto situacích. Probrala jsem s pacientkou problematiku operace a s lékařem probrala pacientka trauma s psychologem. Byla vyzvána, aby si udělala „krabičku první záchrany“, tzn. sepsala činnosti, které by mohla dělat, pokud na ni tento pocit „přijde“.

### ***Hodnocení:***

Pacientka velmi dobře spolupracovala, ale bylo to pro ni opět velmi náročné a bolestivé. Dokázala si uvědomit, že operace vedoucí ke změně pohlaví nebude pro ni to pravé, že to vlastně nechce. Cíl se podařilo splnit.

### *Ošetrovatelská diagnóza č. 7*

#### **Narušené vztahy v rodině – z důvodu konfliktu s otcem**

### ***Cíl:***

Pacientka bude mít uspokojivé vztahy v rodině.

### ***Výsledná kritéria:***

Pacientka nebude mít s otcem doma konflikty.

Pacientka dokáže asertivně říci, co potřebuje.

Pacientka dokáže naslouchat otci.

### ***Plán/ ošetrovatelská intervence:***

- Zmapovat spouštěče napjatých vztahů (zmapovat dosavadní komunikaci).

- Pomoci pacientce porozumět, co se v komunikaci děje na obou stranách.
- Identifikovat s pacientkou její maladaptivní chování v komunikaci s otcem.
- Seznámit ji s jinou, vhodnější strategií komunikace (asertivita).
- Umožnit pacientce, aby si zkusila nacvičit komunikaci.
- Podporovat pacientku v žádoucím chování a chválit ji za to.

### ***Realizace:***

S pacientkou jsme probraly typický rozhovor s otcem, zmapovaly jsme, kde je příčina jejich konfliktní komunikace. Pacientka si rozhovor zapsala a zkusila nejprve písemně přeformulovat možné své reakce na otce. Poté byla edukována o vedení rozhovoru, asertivním podání a přijetí kritiky, asertivní žádosti o laskavost a asertivním odmítnutím požadavku. Poté si na programu asertivity rozhovor s otcem vyzkoušela hraním rolí. Uvědomila si své chyby, kterých se v komunikaci s otcem dopouští, také se dokázala díky reflexi spolupacientů a sebe samé vcítit do pocitů otce. Nakonec si během víkendů a nebo přes týden zkusila s otcem vést asertivní rozhovor. Zjistila, že konflikty s otcem má tehdy, mluví-li o sobě jako muž. Je-li doma ženou, otec ji více přijímá a tolik ji za věci nekritizuje. To samé se děje, je-li doma aktivní v domácích pracích.

### ***Hodnocení:***

Pacientka měla zájem na tom komunikaci s otcem trochu zlepšit, proto spolupracovala velmi dobře. Zkusila s otcem asertivně komunikovat a tím předcházet konfliktům. To se jí povedlo občas, někdy lépe jindy hůře, ale zkoušela to. Cíl byl splněn.

### *Ošetřovatelská diagnóza č. 9*

**Ztráta zájmu o aktivity, kterými se dříve zabývala – z důvodu nízké sebedůvěry**

### ***Cíl:***

Pacientka bude mít zájem o dřívější aktivity.

### ***Výsledná kritéria:***

Pacientka projeví slovně nebo v činech zájem o aktivity z dřívějšíka nebo nové příjemné aktivity.

### ***Plán/ ošetřovatelská intervence:***

- Zjistit důvod opuštění od aktivit.
- Edukovat pacientku o důležitosti příjemných volnočasových aktivit, ale i aktivit jiných.
- Posílit sebedůvěru pacientky v znovupuštění se do dřívějších aktivit (studium, zájem o umění, literaturu, aj.).
- Naučit pacientku plánovat si čas a činnosti denně.
- Nabídnout seznam aktivit dle formuláře na oddělení.

### ***Realizace:***

Pacientce jsem zadala úkol – zapsat důvod, proč opustila dosavadní aktivity. Během terapie jsem nejen já, ale celý personál posilovali sebedůvěru pacientky a její sebevědomí. V rámci KBT jí bylo zadáno pracovat na kognitivní restrukturalizaci. Povzbuzovala jsem ji v plánování si nějakých aktivit, buď pracovních, studijních a nebo jen příjemných. Měla možnost čerpat ze seznamu 238 příjemných aktivit. Vysvětlila jsem jí princip denního plánování času a činností a povzbuzovala v realizaci.

### ***Hodnocení:***

Pacientka zpracovala zadaný úkol – popřemýšlet o tom, proč všechny své dosavadní aktivity opustila. Zjistila, že je to tím, že si moc nevěří, že by to zvládla. Hodně si při tom vzpomněla na poslední roky s psychologem, se kterým měla vztah. Ten jí říkával často, že na mnoho věcí nemá, ani na studium vysoké školy, apod. Uvědomila si, že k tomu přispěly i vztahy s bezdomovci apod. Pracovala na kognitivní restrukturalizaci jádrových přesvědčení, že je divná, nenormální, nula a neschopná. Zjistila, že by zase ráda chodila jako dříve na výstavy, psala básně, chodila na veřejná čtení, apod. V oblasti pracovní si vybrala

brigádu, kterou by ráda dělala, ale přijímací pohovor byl až po ukončení terapie. Denně si během léčby plánovala čas a činnosti a hodnotila, jak se jí plán a jeho realizace povedly. Ze seznamu 238 aktivit (tento seznam máme na oddělení mezi formuláři), si vybrala minimálně třicet, které by ji zajímaly a do kterých by se pustila s chutí. Dokonce poslední týdny pobytu naplánovala pro všechny pacienty několikrát společnou expozici za kulturou. Úkol byl splněn.

*Ošetrovatelská diagnóza č. 10*

### **Úzkost – z důvodu posttraumatického syndromu**

#### ***Cíl:***

Pacientka bude umět se svojí úzkostí pracovat a nebude jí tato emoce bránit v běžných činnostech.

#### ***Výsledná kritéria:***

Pacientka bude i v úzkosti schopna pokračovat v naplánovaných nebo právě realizovaných aktivitách.

Úzkost zvládne snížit na škále 0-10 na minimálně 3-4, kdy hodnota 3 je hodnota běžné „provozní“ úzkosti.

#### ***Plán/ ošetrovatelská intervence:***

- Pomoci pacientce umět zjistit spouštěče úzkosti a porozumět jim.
- Edukovat pacientku o úzkosti a jejich mechanismech.
- Vysvětlit pacientce princip vyplňování škály – grafu úzkosti.
- Sledovat, jak se jí daří graf zaznamenávat.
- Povzbuzovat a chválit pacientku za sebemenší úspěchy, kterých dosáhne v boji s úzkostí.
- Vybidnout pacientku k otevření se a sdělení traumatu a páce s ním.

#### ***Realizace:***

Pacientka byla edukována svým ošetřujícím lékařem o modelu vzniku úzkosti, také já jsem ji edukovala v programech KBT a Řízeném dýchání a relaxaci o projevech úzkosti a strategiích vedoucích ke snížení úzkosti. Vysvětlila jsem jí potřebu vyplňovat škálu, resp. graf úzkosti, aby viděla v jakých situacích se úzkost vyskytuje a zda se snižuje a proč. Pacientka byla vybíduta, aby se otevřela a sdělila v individuálním pohovoru své traumatické zážitky a vysvětlila jsem jí, jak to souvisí s přítomností úzkosti.

### ***Hodnocení:***

Pacientka začala svoji úzkost sledovat, mapovat situace a myšlenky, které souvisí z úzkostí. Na KBT si zapsala možné strategie změny a poté je doma, ale i na oddělení aplikovala. Vyzkoušela si, že jí funguje metoda odvedení pozornosti a kognitivní restrukturalizace. Také se jí několikrát stalo, že svoji úzkost zvládla doma při vzpomínkách na traumata a z toho měla velkou radost. Občas se již sama dokázala za tyto pokroky pochválit. Mapovala svoji úzkost a záznam ukázal, že na konci pobytu se úzkost dařilo snížit za několik minut na hodnotu 3, nebo úzkost nebyla tak intenzivní, jako na začátku. Cíl byl splněn.

*Ošetřovatelská diagnóza č. 13*

### **Riziko sebepoškození – z důvodu psychické poruchy (HPO)**

#### ***Cíl:***

Pacientka bude předcházet sebepoškození.

#### ***Výsledná kritéria:***

Pacientka bude zvládat strategie, kterými předejde sebepoškození.

Pacientka řekne personálu, pokud si bude chtít ublížit.

#### ***Plán / ošetřovatelská intervence:***

- Pomoci pacientce porozumět dřívějším důvodům jejího sebepoškození a důsledkům tohoto chování.
- Edukovat pacientku o strategiích předcházejících sebepoškození.
- Sepsat s pacientkou kontrakt proti sebepoškození.

- Zjistit podle dřívějšího maladaptivního chování nástroje sebepoškození a upravit prostředí.
- Povzbuzovat pacientku v rozpoznání pocitů a chování se sebepoškozením související.
- Učit pacientku asertivnímu chování.
- Podporovat a posilovat zdravé způsoby chování.

### ***Realizace:***

Pacientce jsem vysvětlila model sebepoškozování a seznámila s důsledky, které sebepoškozování má, a to obecně, ale i konkrétně na jejím příkladu sebepoškozování. Vyhledaly jsme důvody dřívějších atak sebepoškození. V rámci programu byla seznámena se strategiemi, kterými může sebepoškození zmařit. S lékařem pacientka sepsala kontrakt proti sebepoškození. Pacientku jsem učila mapovat své pocity, myšlenky a chování, které se k sebepoškození vztahují. V rámci asertivity jsem jí edukovala o komunikačních tématech, jako vedení rozhovoru, asertivní žádost o laskavost, asertivní odmítnutí požadavku, přijetí a podání kritiky, apod. Za úspěchy jsem jí já i celý kolektiv a spolupacienti chválili.

### ***Hodnocení:***

Pacientka po nějaké době (asi 3. týdnech) velmi dobře mapovala svoje myšlenky a pocity, které souvisely s možným sebepoškozením. Na asertivitě se učila komunikovat a získané dovednosti občas zkoušela v reálných situacích. K sebepoškození však během pobytu došlo, proto byl (bohužel ne hned od počátku pobytu) sepsán s pacientkou kontrakt. Sebepoškození se pak již nevyskytlo. Cíl se nakonec podařilo splnit.

## **3.5.Psychologie nemocné – reakce na nemoc**

### **3.5.1.Prožívání nemoci**

Pacientka svoji nemoc prožívala jako něco, co jí ničí, protože je už několik let hospitalizovaná „v blázcích“. Po edukaci o specifikách její nemoci a o možných strategiích změny cítila svoji nemoc jako něco, co muselo zákonitě přijít. Byl vidět rozdíl ve vnímání sebe sama a své hodnoty. Také díky tomu, že některé



spolupacientky měly stejnou diagnózu, cítila, že její nemoc není výjimkou a že „v tom nezůstane na věky“. Což dokazuje její záznam ze zpětné vazby popsany v Prvním týdnu hospitalizace.

### **3.5.2. Postoj k nemoci**

Její postoj k nemoci hodně závisel na tom, jak byla o ní edukována. Nejprve byla přesvědčena, že se s touto nemocí nedá nic dělat, také si myslela mylně díky informacím od jiných lékařů a z jiných zařízení, že trpí schizofrenií. V terapii si také mohla uvědomit sekundární zisky, které z poruchy vyplynuly. Avšak bylo vidět (po delším čase pobytu), že svoji nemoc vnímá jako něco, s čím lze pracovat, tedy něco dělat.

### **3.5.3. Reakce na pobyt v nemocnici**

Pacientka docházela do denního stacionáře, což jí dávalo pocit svobody, že není nikde zavřená. Tak, jak to znala z hospitalizací v jiných zařízeních. V podstatě byla velmi ráda, že je mezi ostatními, po čase velmi dobře komunikovala, dokonce byla chvíli takovou „vůdčí“ postavou. Avšak samotná terapie jí také způsobila některé negativní prožitky. Například reakce na zpracování traumat byly velmi bolestivé - pocity smutku, bolesti, vzteku, ale také „útěky“ do psychotických stavů a chování se jako „zvířátko“.

### **3.5.4. Zhodnocení komunikace**

Zprvu se komunikovalo obtížněji, protože pacientka byla logorhoická, zabíhavá a mnohomluvná. Po delší době, kdy získala větší důvěru, mluvila velmi pomalu a pěkně. Kromě toho, že se dokázala orientovat ve svých potížích, byla schopna velmi trefně komentovat příběhy druhých. Komunikace s ní byla obtížná pouze ve fázi, kdy se chovala jako „zvířátko“, tedy vydávala skřeky a byla schoulená v koutě, nebo když se sama vnitřně rozhodla se s někým nebavit.

### **3.5.5. Zvládnutí komunikace**

Pacientka byla schopna po krátkém čase komunikovat nejen s personálem, ale i s ostatními pacienty. Uměla si říct o pomoc ve chvíli, kdy něčemu nerozuměla,

nebo něco potřebovala. Komunikaci zvládala méně ve chvílích stresu a pro ni těžkých situací, například při zpracování traumat, při kritice spolupacientů, apod.

### **3.5.6. Zvládání stresu**

Pacientka byla vystavena enormně velkému stresu tak, jak to při dobře vedené psychoterapii a dobrém zapojení pacienta, nutně musí být. Tím, že otevírala traumata, připomínala si bolestivé vzpomínky a byla v tom velmi aktivní, tím přicházel stres, který velmi dobře zvládla. Někdy však byl stres tak velký, že musela od něj „utéci do psychotického světa“ a nebo vydávat „skřeky jako zvířátko“. Největší stres prožívala o víkendech, kdy nebyla v prostředí oddělení a chyběla ji podpora, pocit bezpečí a přítomnost druhých.

### **3.5.7. Obranné mechanismy**

HPO patří mezi rané poruchy osobnosti, čili vznikají v prvních letech života a jedinec si nemůže pamatovat na jejich vznik. K poruše osobnosti dochází, když se nedostatečně rozvinou, a nebo vůbec nerozvinou určité intrapsychické struktury. HPO se dá poznat podle typických obranných mechanismů, které má jedinec k dispozici.

Obranné mechanismy způsobují závažné problémy, ale zároveň pomáhají jedinci „přežít“. Důležité u HPO je hledat, zda si pacient vypracoval i zdravé strategie zvládání života.

Mezi základní obranné mechanismy, které pacientka s HPO měla patří následující:

**Aktivní rozštěpení** – chybění vnitřního poznání, že v jednom člověku jsou přítomny obě složky (dobrá a zlá) a přesto může být tento člověk vnímán jako dokonalý. Chybí jim barevné vidění světa, lidí, situací a mají vnitřní zmatek.

U pacientky se tento obranný mechanismus projevoval tak, že sebe sama viděla jako tu nejhorší, bezcennou, nulu, apod. Bylo velmi těžké, aby viděla něco pěkného na sobě. Tento mechanismus užila i v případě vzpomínek na psychologa, který ji zneužíval, ale také občas i ve vztahu s otcem.

**Primitivní idealizace** – jedinec si idealizuje člověka, kterého „potřebuje“ vidět jako dokonalého, všemocného, vševědoucího. Cítí se v jeho přítomnosti v bezpečí, ale chybí mu autonomie a dobrý vztah k realitě. Často mají tendence bránit tohoto „dobrého“ člověka i útokům zvenčí. Tato potřeba vidět druhého jako

dobrého a bojovat za něj není ani tak ocenění druhého, ale slouží právě pro zvýšení vlastního pocitu bezpečí člověka s HPO. Tento mechanismus jde v terapii odbourat tím, že pacient s HPO uvidí, že má terapeut dobré i stinné stránky, ačkoliv si ho pacient zidealizoval.

K tomuto mechanismu došlo, když měla pacientka ještě „dobrý“ vztah s psychologem, ale také ve vztahu ke mně, k jedné starší spolupacientce a například k mladému lékaři na oddělení.

**Projektivní identifikace** – pacienti s HPO promítají do svého protějšku své mučivé stavy – pocity bezcennosti, které se projevují zlostí až nenávisí k sobě samým, strachem ze záhuby, sebeodmítáním. Právě toto promítání do druhých jim pomáhá ulevit si od těchto pocitů. Vidět tyto destruktivní pocity u druhých znamená, že s nimi mohou bojovat, proto vyhledávají těsné vztahy bez povrchnosti a lhostejnosti. Ve vztahu se jim pak často stane, že do druhého člověka promítají pronásledujícího, pomstychtivého člověka, kterého je třeba zničit dřív, než on zničí je. A pro svůj pocit bezpečí si tak musejí zachovat kontrolu nad ostatními.

Tento obranný mechanismus byl patrný ve vztahu k některým spolupacientům, ale také v určité fázi terapie (při zpracování traumatu zneužití psychologem) k ošetřujícímu lékaři.

**Popření** – člověk nebere na vědomí své pocity. Vidí, že pocit, který má je v rozporu s tím, který měl dříve ve stejné situaci, se stejným člověkem, ale přesto to popírá.

Tento mechanismus byl aktivní mnohokrát při probírání úzkostných myšlenek a situací, kdy pociťovala nepohodu.

Pokud tyto obranné mechanismy selžou, může se objevit přechodná psychotická dekompenzace, což se v případě A.B. také stalo.

### 3.5.8. **Motivace k léčbě**

Pacientka byla k léčbě motivována. Podstoupila již mnoho hospitalizací a léčila se ambulantně. Díky hospitalizacím na jiných pracovištích psychiatrie její motivace byla minimální. Ale protože chodila k ambulantnímu KBT psychoterapeutovi, který ji vedl podle jejich slov tak, že byla schopna trochu fungovat a cítila z něj, že má opravdový zájem, aby jí bylo lépe, měla od počátku nejen pocit negativní, ale zároveň i pocit, že by to mohlo trochu pomoci.

Její motivaci jsme se snažili jako tým zvyšovat a při sebemenším náznaku nerozhodnosti v terapii pokračovat z její strany, jsme se jí snažili vysvětlit, proč to nedělat a zároveň hledat příčiny váhání. K dokončení terapie přišla s velkou motivací a bylo to znát, již první dny byla aktivní nejen na programech, ale i mimo ně, doma.

Velmi dobře se mi s pacientkou pracovalo, neboť byla jednou z mála pacientek s HPO, která spolupracovala velmi dobře a kde byla motivace k léčbě patrná.

### **3.6.Sociální problematika**

Pacientka žije v bytě 3+1 se svým otcem, nepracuje a má PID od roku 2002.

Partnera aktuálně nemá, přátele minimálně. Jediným, za kým nyní chodí, je slepý starý soused. Příjemným aktivitám se nevěnuje.

Ke konci terapie začala pracovat na těchto věcech. Uvědomila si, jak moc se ochuzuje, když nechodí mezi lidi. Zkusí si najít nějakou brigádu a ráda by začala zase chodit na vysokou školu. Napadlo jí, že by zkusila obor psychologie, proto se jsme se jí snažili seznámit nejen s oborem jako takovým, ale i se svízelemi oboru, a doporučili jsme jí, pro její poruchu, zkusit něco jiného. Vedeme ji k možnému opětovnému studiu toho, co jí dříve bavilo – český jazyk, literatura, umění.

V terapii probrala své kontakty a sama nahlédla, že komunita bezdomovců a jinak sociálně patologických lidí pro ni nebude to pravé pro její „růst“. Zkusí zkontaktovat některé spolužáky a navázat i nové vztahy.

Pokud jde o její pohlavní identitu, aktuálně je rozhodnuta dojít na matriku, aby jí bylo navraceno původní jméno a příjmení, oblékat se jako žena a tak i na druhé působit.

Je jasné, že ve všech těchto úrovních bude pociťovat nejistotu, úzkost a strach, proto je zapotřebí, aby docházela dlouhodobě k terapii do ambulance. Vrátí se opět ke svému ambulantnímu psychiatrovi s tím, že má od nás nabídku kdykoli zavolat, nebude-li si vědět rady, a nebo opět k léčbě nastoupit.

## **4.EDUKAČNÍ PLÁN NEMOCNÉ**

Pacientka byla seznámena s chodem oddělení a s programem psychoterapie.

Pro tyto účely jsem sepsala manuál, který měla možnost si přečíst.

Byla seznámena s tím, co znamená její nemoc – s projevy nemoci, s léčbou, s tím, co všechno nemoc je, a co už nemoc není. Měla možnost si přečíst brožuru o své poruše nebo poruše blízké. Byla edukována o sebepoškozování a jeho důsledcích. Také ke konci terapie jsem ji edukovala o stresu a o tom, jak se mu vyvarovat a nebo jak ho zvládnout. Také o plánování do budoucna. O všem dalším a dopodrobna byla informována v každém z programů a v individuálních pohovorech. Edukace se jí dostávalo také od dalšího personálu, nejen terapeutky a lékařů, ale i sester.

Edukační plán o psychoterapii:

Pacientka byla edukovala následovně:

1.den: Směnná sestra ji při příjmu seznámila s domácím řádem pro pacientky z denního stacionáře a s tím, co bude potřebovat v terapii za pomůcky.

Já jsem jí dala desky KBT, seznámila jsem jí s týdenním programem a s tím, co jednotlivé programy znamenají, též jsem jí ukázala formuláře, které zde bude používat a řekla jsem jí, jak se vyplňují. Vysvětlila jsem jí důsledky toho, když se bude programu účastnit a naopak, pokud na program chodit nebude. Též byla pacientka seznámena spolusprávou s tím, jak to zde „chodí“ mezi pacienty apod.

Další dny: na každém programu (KBT, asertivita, progresivní relaxace a dramaterapie) jsem pacienty seznámila s aktuálním tématem programu a důvodem, proč ho volím právě nyní. (Více viz Příloha č. 2).

Poslední dny pobytu: proběhla edukace o stresu, plánování do budoucna, následném pokračování léčby u ambulantního lékaře nebo ve skupinové terapii.

## 5. ZÁVĚR

Práce byla zaměřena na ošetrovatelskou/terapeutickou problematiku pacientky s diagnózou emočně nestabilní porucha osobnosti – hraniční typ a transsexualismus. Tato druhá diagnóza je zavádějící a ze strany lékařů doporučujících pacientku byla pravděpodobně nesprávná. U pacientky se spíše jedná o poruchu identity, která je přidružena k hraniční poruše osobnosti, což je patrné z informací od pacientky, z výsledku terapie a především z diagnostických vodítek a zjištěných potíží této pacientky. Tímto tedy tato práce poukazuje na rozpor v diagnostice.

Také bych touto prací chtěla ukázat na bolest, kterou pacienti s hraniční poruchou osobnosti prožívají a možnost, jak jim lze pomoci.

Tato práce rozhodně nevyčerpala celou problematiku pacientů s hraniční poruchou osobnosti s přidruženou poruchou sexuální identity.

Podle mého názoru, by bylo žádoucí, pokud by se v budoucnu zaměřil výzkum na tuto problematiku a ověřovala by se hypotéza, zda jde o pravý transsexualismus u lidí s HPO, nebo o poruchu sexuální identity jako jednoho z projevů (problémů) hraniční poruchy osobnosti. Tuto hypotézu jsem vznesla také při prezentaci této kazuistiky na Psychoterapeutické konferenci v Luhačovicích v roce 2007 a reakce byly pozitivní (viz. Příloha č. 8.).

Tato práce ani nevyčerpala všechny ošetrovatelské diagnózy, které se k problematice pacientky vztahují, a na které jsme naplánovali ošetrovatelské intervence. Jsou zde uvedeny ty nejdůležitější a nejakutnější.

## SEZNAM POUŽITÉ A CITOVANÉ LITERATURY

1. **ANDERS, M., MARKOVÁ, J., VONDRÁČKOVÁ, D. a kol.:** Medical Tribune Pharmindex brevů 2007. Psychiatrie. Neurologie. Léčba bolesti. Praha, Medical Tribune, 2007.
2. **ARCHALOUSOVÁ, A.:** Přehled vybraných ošetrovatelských modelů. Hradec Králové, Nukleus, 2003, 99s. ISBN 80-86225-33-X.
3. **BOHUS, M.:** Borderline porucha osobnosti. (Překlad). Trenčín, Vydavateľstvo F, 2005, 152s. ISBN 80-88952-23-9.
4. **BOUČEK, J., a kol.:** Speciální psychiatrie. Olomouc, UPOL, 244s. ISBN 80-244-1354-X.
5. **BRZEK, A., ŠÍPOVÁ, I.:** Dnešní možnosti změny pohlaví u transsexualismu. Praktický lékař, 1979, 59, s. 752-756.
6. **DOENGES, M. E. a kol.:** Kapesní průvodce zdravotní sestry. Praha, Grada, 2001, 565s. ISBN 80-247-0242-8.
7. **FIFKOVÁ, H., WEISS, P., PROCHÁZKA, I., a kol.:** Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity. Praha, Grada, 2008, 202s. ISBN 978-80-247-1696-1.
8. **JANOSIKOVÁ, E.H., DAVIESOVÁ, J.L.:** Psychiatrická ošetrovatel'ská starostlivosť. (Překlad). Martin, Osveta, 1999, 551s. ISBN 80-8063-017-8 (angl.orig.ISBN 0-316-45752-3).
9. **JANOŠOVÁ, P.:** Dívčí a chlapecká identita. Vývoj a úskalí. Praha, Grada, 2008, 285s. ISBN 978-80-247-2284-9.
10. **KERNBERG, O.F.:** Borderline personality organization. Journal American Psychoanalytical Assoc., 1967, 15, s.641-685.
11. **KERNBERG, O.F.:** Severe personality disorder: Psychotherapeutic strategies. New Heaven, CT, Yale University Press, 1984.
12. **LINEHAN, M. M., KEHRER, C. A.:** Borderline personality disorder. In: Barlow, D.H.: Clinical handbook of psychological disorders. A step-by-step treatment manual. New York, The Guilford Press, 1993, s.396-441.
13. **MAREČKOVÁ, J.:** Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách. Praha, Grada, 2006.

14. **MEYER, J. K.:** Clinical variants among applicants for sex reassignment. Arch., Sex. Behavioral, 1974, 3, s. 527-558.
15. **PAVLÍKOVÁ, S.:** Modely ošetrovatelství v kostce. Praha, Grada, 2006, 150s. ISBN 80-247-1211-3.
16. **PACOVSKÝ, V.:** O moderním ošetrovatelství. Praha, Avicenum, 1981, 76s. s.13.
17. **POCHYLÁ, K.:** České ošetrovatelství 1. Koncepce českého ošetrovatelství. Brno, NCONZO, 2005. 49s. ISBN 80-7013-420-8.
18. **PRAŠKO, J., a kol.:** Poruchy osobnosti. Praha, Portál, 2003. 359s. ISBN 80-7178-737-X.
19. **PRAŠKO, J.: Hraniční porucha osobnosti.** In: Seifertová, D., Praško, J., Herman, E.: Postupy v léčbě psychických poruch. Amepra, Medical Tribune, 2008, s. 401-426.
20. **PROCHÁZKA, I., WEISS, P.:** Pohlavní identita. In: Fifková, H., Weiss, P., Procházka, I., a kol.: Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity. Praha, Grada, 2008, s.13. ISBN 978-80-247-1696-1.
21. **RÓHR, H. P.:** Hraniční porucha osobnosti. (Překlad). Praha, Portál, 2003, 117s. ISBN 80-7178-724-8.
22. **SIEVER, L. J.:** Evaluation framework for biological correlates of personality disorder. Psychiatric Times, 1990, 7(1), s.17-19.
23. **STAŇKOVÁ, M.:** České ošetrovatelství 11. Sestra – reprezentant profese. Brno, IPVZ, 2002, 78s. ISBN 80-7013-368-6.
24. **VONDRÁČEK, V., HOLUB, F.:** Fantastické a magické z hlediska psychiatrie. Bratislava, Columbus, 1993, 324s. ISBN 80-7136-030-9.
25. **YOUNG, J.:** Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Sarasota, F.L.:Professional Ressource Exchange, 1994, s.201.



## SEZNAM UŽITÝCH ZKRATEK A POJMŮ

- BAI = Beckův inventář anxiety (úzkosti)  
BDI = Beckův inventář deprese  
BWR = krevní test na přítomnost pohlavní choroby (syfilis)  
CNS = centrální nervový systém  
cps. = kapsle (forma léčiva)  
DBT = dialekticko-behaviorální terapie  
dg. = diagnóza  
DSM III – Americká klasifikace nemocí  
DSM IV-(TM) – Americká klasifikace nemocí, novější vydání  
EEG = elektroencefalografie  
EKG = elektrokardiografie  
FF UK = filozofická fakulta Univerzity Karlovy  
FHS UK = fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy  
FW = sedimentace  
HPO = hraniční porucha osobnosti  
i.m. = do svalu (forma aplikace léčiva)  
IMAO = inhibitory monoaminoxidázy  
inj. = injekce (forma aplikace léčiva)  
KBT = kognitivně behaviorální terapie  
KO+diff. = krevní obraz + diferenciál  
LSAS = Liebowitzova škála sociální úzkosti  
mg. = miligramy (jednotky)  
MKN-10 = Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize  
Moč CH+S = moč chemicky + sediment  
OCD = obsedantně kompulzivní porucha  
PCP = Psychiatrické centrum Praha  
PID = plný invalidní důchod  
PTSD = posttraumatická stresová porucha  
SCL-90-R = Symptom Check List = Profil problémů  
SSRI = antidepressiva na bázi zpětného vychytávání serotoninu  
SŠ = střední škola

tbl. = tablety (forma léčiva)

UMPRUM = Umělecko-průmyslová škola

**ABC model (bludný kruh)** – jde o model, který zahrnuje spouštěče (A-antecedenty), chování (B-behavioral) a důsledky (C-consequens). Podle tohoto modelu pacienti pracují s tzv. bludným kruhem, kdy mapují svoje myšlenky, emoce, tělesné reakce, chování a důsledky. Technika KBT.

**Čtení dopisu důležité osobě** – jde o techniku používanou v KBT psychoterapii v PCP, kdy účelem je vyjádřit emoce, odtruchlit vzpomínky, „popasovat“ se s rodičem. Tento dopis slouží pouze terapii.

**Dopis z druhého břehu** – opět to samé jako výše uvedené, jde o dopis, který bychom chtěli dostat od důležité osoby.

**Exponování** – vystavování se situacím, ve kterých prožíváme úzkost a nepohodu. Tato technika vychází z principů učení a je technikou KBT.

**Logorrhoe** - rychlá až překotná mluva

**Spouštěč** – situace, která vyvolá negativní myšlenky, pocity a tělesné reakce

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1: Tlumení limbického systému pomocí korových funkcí

Příloha č. 2: Program oddělení 19 PCP

Příloha č. 3: Sesterský ošetrovatelský protokol PCP

Příloha č. 4: Dotazníky: SCL 90 - Profil problémů, BAI, BDI, LSAS

Příloha č. 5: Dotazník životní historie

Příloha č. 6: Dopis matce pacientky

Příloha č. 7: Zpětná vazba

Příloha č. 8: Prezentace Kazuistiky HPO s transsexualismem

Příloha č. 9: Prezentace Základy KBT

Příloha č. 10: Dopis pacientky zaslaný řediteli PCP