

TRANSFERENCE-FOCUSED PSYCHOTHERAPY (TFP) PRO LÉČBU HRANIČNÍ PORUCHY OSOBNOSTI

Transference-focused psychotherapy (TFP) for borderline personality disorder

Renata Herentinová, Michal Novák

Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha, CZ; e-mail: renata.herentinova@email.cz, m.novak@praha-psychotherapie.cz

Psychoterapie. 15 (1), 40–52; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT:

Psychoterapie zaměřená na přenos (Transference-focused psychotherapy, TFP) je strukturovaná, manualizovaná, evidence-based metoda vytvořená speciálně pro léčbu lidí s hraniční a dalšími vážnými poruchami osobnosti. Metoda vychází z psychoanalytické teorie objektních vztahů a je vyvíjena skupinou kolem Otto F. Kernberga. TFP cílí na konsolidaci identity, lepší emoční regulaci a zvýšení kvality mezilidských vztahů. Příspěvek představuje jednotlivé fáze léčby, vysvětluje funkci konkrétních intervencí TFP v terapeutickém procesu a pomocí kazuistických vinět případu ilustruje jejich aplikaci v praxi.

Klíčová slova: Transference focused psychotherapy, Terapie zaměřená na přenos, TFP, hraniční porucha osobnosti, Kernberg

ABSTRACT:

Transference-Focused Psychotherapy (TFP) is a structured, manualized, evidence-based treatment designed specifically for patients with borderline and other severe personality disorders. The method is based on the psychoanalytic object relations theory and it has been developed by Otto F. Kernberg and his colleagues. TFP focuses

on consolidating identity, improving emotion regulation and increasing the quality of interpersonal relationships. This article presents individual phases of the treatment, explains the function of the specific TFP interventions in the therapeutic process and their application is illustrated by a clinical vignettes in practice.

Key words: Transference focused psychotherapy, TFP, borderline personality disorder, Kernber

Hraniční porucha osobnosti je charakteristická poruchou identity, cílů, osobních preferencí a přetrvávajícími pocity prázdnoty. Související problémy s emoční regulací, zejm. intenzivní hněv, emoční labilita i maladaptivní strategie zvládnání (impulzivní, sebeпоškozující chování včetně sebevražedných tendencí a pokusů) ústí často u lidí s hraniční poruchou osobnosti v bouřlivé, intenzivní a nestabilní interpersonální vztahy (MKN-10, 2008).

Léčba lidí s hraniční poruchou osobnosti (dále jen HPO) je pro psychoterapii dlouhodobě výzvou. Pomáhat pacientům snášet pocity, které v nich terapeutická situace vyvolává, a pokoušet se předejít impulsivním a často nebezpečným reakcím, může být

emocionálně vyčerpávající. Intenzitu frustrace, strachu, hněvu a dalších emocí, které v nás terapeutech práce s lidmi s osobnostní patologií často aktivuje, může být obtížné snášet i v úspěšných terapiích (Stern & Yeomans, 2018). Cílem tohoto příspěvku je představit metodu pro léčbu HPO – Psychoterapii zaměřenou na přenos (Transference focused psychotherapy, TFP). Autoři představí HPO z hlediska psychopatologie objektních vztahů a pomocí kazuistických vinět nastíní, jakými technikami a strategiemi TFP mění strukturu osobnosti.

PORUCHA OSOBNOSTI JAKO PSYCHOPATOLOGIE OBJEKTNÍCH VZTAHŮ

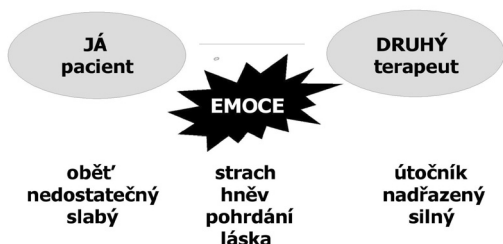
Metoda TFP je vyvinuta Otto Kernbergem a jeho spolupracovníky, kteří se posledních 30 let zabývají výzkumem a léčbou poruch osobnosti v Personality Disorders Institute ve Weill Cornell Medical Center, New York (Levy et al., 2019). TFP má své kořeny v psychoanalytické tradici a teorii objektních vztahů Melanie Kleinové. Model poruch osobnosti odvozený od současné teorie objektních vztahů předpokládá, že zkušenost Já ve vztahu k druhým se v psychice dítěte začíná utvářet prostřednictvím štěpení mezi zážitky, které jsou výhradně potěšující a příjemné (dobrý objekt) a těmi, které jsou frustrující a bolestivé (špatný objekt). V případě adekvátní péče, stability, dostatečného emocionálního kontejnování a genetických dispozic v rámci normy, je dítě v určitém věku schopno dosáhnout toho, že může své významné lidi vnímat realističtěji a komplexněji, tzn. nejsou pro něj výhradně dobrým nebo špatným objektem, ale představují směs mentálních reprezentací obsahující dobré vlastnosti onoho člově-

ka, které jsou stále dostupné vědomí i za podmínek nepohody nebo frustrace. To je nazýváno jako pozice celého objektu (Stern & Yeomans, 2018).

Avšak za nepříznivých podmínek zejména při chronické traumatizaci, zneužívání nebo zanedbávání, v případě výrazného nesouladu mezi temperamentem dítěte a omezenými schopnostmi empatie a pochopení ze strany rodiče a/nebo při genetické zátěži ve formě extrémně dráždivého temperamentu dítěte, vyústí frustrace, které je dítě dlouhodobě vystaveno, v přetrvávající obranné štěpení, ve kterém jsou pozitivní a láskyplné zkušenosti a mentální reprezentace významných druhých kompletně odděleny od negativních a frustrujících zkušeností. Postupem času se tyto dvě protikladné polohy zkušenosti „Já ve vztahu k druhým“ v psychice upevňují, organizují a vedou ke vzniku internalizovaných vztahových očekávání, tedy objektních vztahů, které však u lidí s HPO nepředstavují integrované, komplexní a realistické reprezentace sebe a druhých, naopak jsou poznamenány charakteristickým štěpením (Kernberg et al., 2008; Stern & Yeomans, 2018).

Autoři metody navíc chápou tyto vnitřní reprezentace jako *vztahy*, tedy reprezentace sebe a druhého, spojené konkrétní *emocí*. Obrázek 1 představuje několik možností vztahové zkušenosti, např. *nedostatečné Já spojené strachem s kritickým druhým; týrané Já spojené emocí hněvu se zneužívajícím druhým; vynikající Já spojené pýchou s oceňujícím druhým*. Tyto internalizované vzorce pocházející z raných vztahových zkušeností (vnitřní očekávání, touhy, strachy, fantazie) a výrazně ovlivňují a zkruslují prožívání reálných interpersonálních situací v pozdějším životě. TFP tyto vztahové vzor-

ce nazývá *dyáda Já-objekt*. Vztahové dyády a jejich průvodní emoce, které v pacientově zkušenosti převažují, jsou hlavním předmětem zkoumání při léčbě pomocí TFP (Stern & Yeomans, 2018).



Obrázek 1 (Stern & Yeomans, 2018)

PORUCHA IDENTITY

Patologie nebo „difúze“ identity je považována za jednu ze základních charakteristik spojovaných s přítomností HPO. Hovoříme o ní v případě, že preferování primitivních obranných mechanismů, zejm. štěpení a disociace, spolu s řadou dalších primitivních obranných operací (projektivní identifikace, omnipotentní kontroly, devalvace, popření a primitivní idealizace), přetrvává i v dospělosti. Výše popsané obranné mechanismy působí mimo vědomou zkušenost a slouží k zachování integrity Já prostřednictvím radikálního rozdělení mezi negativními a pozitivní zážitky sebe a druhých. Jejich oslabení by vedlo k výrazně afektivně nabitým zážitkům, které by pro pacienta byly rušivé až paralyzující (Kernberg et al., 2008; Stern & Yeomans, 2018).

Difúze identity je klinicky patrná v neschopnosti stabilního, adekvátního a realistického vnímání sebe a druhých, v obtížích navazovat a udržovat stabilní důvěrné mezilidské vztahy, zapojit se v práci nebo profesi a v nedostatku porozumění i taktu

v interpersonálních situacích. Koncept difúze identity je založen na myšlence, že psychická struktura pacientů s HPO sestává z mnohočetných objektních vztahů – dyád, které obsahují výše popsanou mentální reprezentaci Já, druhého a spojující intenzivní emoci. Předpokládá, že nežádoucí okolnosti vývoje jedinců s HPO zabránily tomu, aby se jejich primitivní objektní vztahy/dyády integrovaly do komplexnější a více realistické mentální reprezentace. V důsledku toho je jejich aktuální zkušenost sebe a druhých bez výhrady určována tím, která nebo které vztahové dyády jsou právě aktivovány (Kernberg et al., 2008). Proto, že jiná vztahová zkušenost nemůže být vzhledem k charakteru používaných primitivních obran pacientovu vědomí přístupná, jsou lidé s HPO vystaveni častým a rychlým změnám prožívání sebe a druhých. To přirozeně vede ke špatné emoční regulaci a komplikacím v mezilidských vztazích, ale především k chaosu v prožívání Já (identity). Když je tomuto pacient dlouhodobě vystaven, vede to k vyčerpání, pocitům prázdnoty, depresím a úzkostem, které lidi s HPO často přivedou do léčby (Stern & Yeomans, 2018).

LÉČBA ZA POUŽITÍ TFP

TFP je explorativní psychodynamická psychoterapie vytvořená pro ambulantní léčbu lidí s HPO. Upravená forma je vhodná též pro léčbu dalších středně těžkých a těžkých poruch osobnosti, např. narcistické poruchy osobnosti (Stern et al., 2017) i pro mírnější formy osobnostní patologie (Caligor et al., 2007). TFP je individuální face-to-face psychoterapie určená pro docházku ve frekvenci dvakrát týdně a obvykle ne více než třikrát za týden. Stejně jako řada

**Renata
Herentinová**



Mgr. Psycholožka působící v Psychiatrické nemocnici Bohnice a ve své privátní praxi. Je frekventantkou výcviku v Transference-focused psychotherapy (TFP) a v individuální psychoanalytické psychoterapii. Je jedním ze zakládajících členů české Pracovní skupiny TFP pod záštitou České společnosti pro psychoanalytickou psychoterapii. Ve své soukromé praxi v Praze se zaměřuje zejména na léčbu lidí s hraniční poruchou osobnosti.

dalších terapií vhodných pro léčbu lidí s poruchami osobnosti předpokládá léčba TFP minimální trvání 12–18 měsíců (Kernberg et al., 2008; Levy et al., 2019).

Hlavní strategie v TFP spočívá v reaktivaci pacientových objektních vztahů objektivujících se v přenosu, kde mohou být pozorovány a následně interpretovány. Podmínky léčby jsou stanoveny terapeutickým kontraktem tak, aby byly internalizované objektní vztahy aktivovány v terapeutické situaci „teď a tady“. Pacient je instruován volně asociovat a obvykle začít tématy souvisejícími s problémy, které ho přivádějí do léčby. Terapeut omezuje svou roli na pečlivé pozorování štěpení a vztahů aktivovaných v přenosu, jejich identifikaci a jejich interpretaci ve vztahu k hlavním obtížím pacienta (Kernberg et al., 2008).

Koncepčně lze postupy TFP rozdělit na dlouhodobé cíle a související *terapeu-*

tické strategie, terapeutické taktiky (tedy systematické intervence, které udržují v každém sezení podmínky nezbytné pro práci s touto skupinou pacientů) a *terapeutické techniky*. Detailněji je teoretický rámec TFP zachycen v pracích kolegů (např. Riegel, 2017). Další část příspěvku čtenáři přiblíží praktickou aplikaci TFP, k čemuž využije popis jednotlivých částí léčby: vstupní vyšetření, ustanovení terapeutického rámce a aktivní fáze léčby.

INDIKACE A KONTRAINDIKACE

Nejzákladnější indikační kritérium je přítomnost HPO. TFP je také vhodné pro léčbu narcistické, paranoidní, schizoidní a závažnějších případů histrionské poruchy osobnosti. Dále pro pacienty fungující na úrovni hraniční struktury s dalšími závažnými komplikacemi, které musí být předem terapeuticky ošetřeny, např. závislost na alkoholu, drogách, závažné poruchy příjmu potravy, pro pacienty s antisociálním chováním (nikoliv s antisociální osobností), schizotypální poruchou a těžkou hypochondrií. Aby pacienti benefitovali z léčby TFP, měli by optimálně mít alespoň normální IQ (Kernberg et al., 2008).

Mezi hlavní kontraindikace patří antisociální osobnost (která není vůbec vhodná pro psychoterapii), někteří narcističtí pacienti se závažnými antisociálními rysy, pacienti u kterých míra nepoctivosti znemožňuje využít verbální komunikaci nebo dominující pseudologia fantastica. Dále pacienti, u nichž míra sebedestruktivity převáží nad přáním žít a léčit se. Poslední významnou kontraindikací je výrazný sekundární zisk nemoci, např. ve formě finančních, sociálních a dalších podpor, který snižuje motivaci ke změně (Kernberg et al., 2008).

VSTUPNÍ VYŠETŘENÍ

Při zahájení TFP je klíčové pečlivé zmapování a zhodnocení diagnostických kritérií, pacientova života a popisovaných obtíží, které obvykle zabere 1–3 konzultace. Vstupní vyšetření je aktivně vedeno terapeutem, což mu umožňuje získávat informace nezbytné pro stanovení diagnózy a identifikaci hraničních charakteristik (např. impulzivity, emoční lability, sebepoškozování, sebevražedných tendencí), které by mohly komplikovat nebo ohrozit průběh léčby. Při stanovování diagnózy zohledňuje terapeut kromě informací sdělovaných pacientem také jeho chování v průběhu vyšetření a jeho vztahování se k terapeutovi (*Jsou odpovědi pacienta věrohodné, realistické, objasnějí problémy?*) i svůj protipřenos (*Jak se cítím během rozhovoru? Jsou mé otázky pacientem vítány, brány v potaz nebo „smeteny ze stolu“? Cítím se s ním devalvován, omezován, kontrolován...?*). Současně terapeut pomocí jemných pobídek k zamyšlení nad protichůdnými informacemi, které pacient uvádí a které způsobují nejasnosti v prezentaci jeho příběhu, testuje charakter pacientových obranných mechanismů, zejm. zda se projeví přítomnost převažujícího štěpení. Posouzení stability a zdrojů pacientovy sebeúcty, schopnosti empatie, prožitků zájvosti, potřeby obdivu a reakce v případě jeho absence navíc pomohou objasnit možnou přítomnost výraznějších narcisistických rysů (Stern & Yeomans, 2018).

V rámci spektra hraniční organizace osobnosti 3 specifické faktory nám napomohou lokalizovat pacienty z hlediska závažnosti onemocnění a poskytnou vodítko pro jeho prognózu:

- *Jaký je původ pacientovy agrese? Jak kontrolované, vážné a časté jsou její projevy? Je namířena proti sobě, ostatním nebo obojí?*
- *Nakolik a zda vůbec je pacient schopen cítit vinu, znepokojení svým jednáním a jeho vlivem na ostatní? Je pacient veden nějakým vnitřním morálním kompasem?*
- *Jaké jsou pacientovy mezilidské vztahy? Je zapojen do společnosti? Má sociální oporu? Mánějaké vztahy, které nejsou zneužívající a jsou vzájemné?*

Čím větší je rozsah agrese, čím menší míra znepokojení v souvislosti s agresí a čím chudší kvalita pacientových mezilidských vztahů, tím nižší je úroveň hraniční organizace osobnosti a také horší prognóza v léčbě (Stern & Yeomans, 2018). Proces vstupního vyšetření je zakončen sdělením diagnózy pacientovi. Jeho cílem je vysvětlit pacientovi původ jeho obtíží a jejich souvislost s charakteristickým vnímáním sebe a druhých (Levy et al., 2019).

Kazuistická viněta – Kristýna, 30 let; vstupní vyšetření (Stern & Yeomans, 2018): Kristýna, vysoká a atraktivní, 30letá žena vyhledala léčbu sama. Podle informací dostupných na internetu, sama sobě diagnostikovala HPO a obrací se na TFP terapeuta s autentickým zájmem o léčbu. V minulosti prošla několika terapiemi zaměřenými na její deprese a úzkosti, žádná z nich však nevyřešila její výbuchy vzteku, impulzivní sebevražedné jednání, nestabilní mezilidské i intimní vztahy ani patologický vztah s její matkou, kterou popisuje jako citově zneužívající a se kterou navíc aktuálně žije.

Terapeut zahajuje vstupní vyšetření otázkami zaměřenými na pacientčiny obtíže. Kristýna jemným dětským hlasem začíná odpovídat: „Nikdo mě nemiluje. Cítím se jako zmeř rozbitých částí, které nikdo jiný nechce.“ Popisuje, že nikdy neměla pocit, že by jí její blízcí dávali, co potřebuje, nedostává od nich dostatečnou pozornost ani ocenění, sama to spontánně spojuje s výbuchy vzteku, které přicházejí, když pocituje nedostatek respektu. Uvádí, jak se opakovaně cítila jako zrazená, využitá oběť krutého světa. Ve zprávě z nemocnice, ze které byla nedávno propuštěna po 2týdenní hospitalizaci po sebevražedném gestu, stojí, že plivla při příjmu na zdravotní sestru a během pobytu měla několik výbuchů vzteku, během hospitalizace nepůsobila, že by svých činů příliš litovala. Kristýna terapeutovo upozornění na tyto incidenty přešla a dál smutným dětským hlasem popisovala sebe jako oběť. Ztichla a rozhněvala se, když terapeut opakovaně upozornil na tento rozpor. To naznačuje přítomnost štěpení, jehož funkcí je znovuobnovit pacientčino vnímání sebe jako bezmocné oběti vystavené krutému světu. Tím se poprvé v přenosu ukazuje právě tato dyáda.

Terapeut se dál aktivně dotazuje na detaily Kristýniny minulosti, aby získal dostatek informací ke stanovení diagnózy. Zdá se, že pacientčina historie zneužívání alkoholu, sebepoškozování (řezání) i obtíže dokončit vysokoškolská studia souvisí s impulzivním zvládáním interpersonálních stresorů, které ve spojení s hněvem a emoční labilitou naznačují hraniční diagnózu. Výrazná hostilita a projevy někdy nekontrolovatelné agrese jsou typické a mají negativní dopad na pacientčiny mezilidské vztahy, které jsou

chaotické a neuspokojivé. Prognosticky je výhodou Kristýnina vytrvalost, inteligence a absence antisociálních rysů.

USTAVENÍ TERAPEUTICKÉHO RÁMCE – TERAPEUTICKÝ KONTRAKT

Posledním krokem před zahájením samotné psychoterapie je verbální dohoda s pacientem o terapeutickém rámci, tedy terapeutický kontrakt. Ten v TFP stanovuje velmi konkrétně podmínky léčby, očekávání a odpovědnosti pacienta i terapeuta. Kontrakt akcentuje emoční zkušenost „teď a tady“ v rámci terapie a omezuje projev emocí ve formě agování (řezání, sebevražedné tendence, zneužívání návykových látek, projevy poruch příjmu potravy, excesivní kontaktování terapeuta mimo čas konzultací, nechráněný sex, atd.), které by mohlo představovat vážnou hrozbu pro zdraví pacienta ale i pro léčbu samotnou, neboť může omezovat schopnost terapeuta pracovat s pacientem explorativně z nestranného postoje potřebného k vedení TFP (Levy et al., 2019; Yeomans et al., 2017).

Povinnosti pacienta obvykle zahrnují pravidelnou docházku na sezení, včasné platby, práci na cílech léčby, aktivní přinášení myšlenek a pocitů bez cenzury do terapie a, jak bylo popsáno výše, omezení sebepoškozujícího či impulzivního chování. Terapeutický kontrakt také stanovuje, že se pacient během léčby zapojí do nějaké formy strukturované činnosti, kde přichází do kontaktu s jinými lidmi (zaměstnání, vzdělávání, škola). Tato podmínka chrání před tím, aby léčba podporovala sekundární zisk z nemoci ve formě pasivního nebo zneužívajícího životního stylu a stažení se

z odpovědnosti za život. Navíc nutí pacienty ke konfrontaci s jejich skutečnými funkčními kapacitami a limity, což přináší pacientovy obtíže jako materiál do terapeutické práce. U léčby lidí zneužívajících alkohol, drogy nebo lidí s poruchami příjmu potravy bude součástí kontraktu dohoda o výrazném omezení nebo úplném upuštění od takového chování, okamžité informování terapeuta v případě porušení a také pravidelná docházka do terapeutických skupin zaměřených na tuto problematiku (Stern & Yeomans, 2018, Yeomans et al., 2017).

Dodržování kontraktu je u pacientů s poruchami osobnosti často nekonzistentní a každé porušení by mělo být v terapii důkladně prozkoumáno. Srozumitelné definování výše popsaných parametrů před začátkem léčby dává jasné limity v rolích a zodpovědnosti terapeuta i pacienta. Tím umožňuje, aby terapeut mohl zachovávat neutralitu a terapie mohla být místem pro diskusi, analýzu a kontejnování pacientových vnitřních konfliktů, mj. pro zkoumání porušení kontraktu jako pacientova vyjádřeného přání, které vypovídá o jeho osobnosti a vztahu k terapeutovi (Stern & Yeomans, 2018).

Kazuistická viněta – Kristýna, 30 let; terapeutický kontrakt (Stern & Yeomans, 2018):

V případě pacientky Kristýny je součástí kontraktu dohoda, že přestane s řezáním i s jiným sebepoškozováním, s tím, že pokud by měla pocit, že nutkání ublížit si nemůže ovládnout, obrátí se na lokální krizové centrum, nebo zavolá linku 155. Dále, pokud by pokračovaly její alkoholové excesy, začne navíc docházet do terapeutické skupiny zaměřené na léčbu závislosti. Kristýna v rámci kontraktu souhlasila, že si najde zaměst-

nání, do kterého nastoupila několik týdnů po zahájení terapie.

RODINNÉ SETKÁNÍ

Před nebo krátce po zahájení terapie se TFP terapeuti za přítomnosti pacienta obvykle setkávají s rodinným příslušníkem. U adolescentních nebo mladých dospělých pacientů to bývají rodiče, u dospělých to může být partner. Informace od rodinných příslušníků pomáhají terapeutovi rychleji porozumět pacientovi i kontextu. Dále je to příležitost představit terapii a cíle pacientovým nejbližším a napomoci tak získat další podporu pro pacientovo plné zapojení do terapie. V neposlední řadě rodinné setkání umožňuje diskusi o tom, zda pacientovi příbuzní nevědomky nepodporují pacienta v setrvávání v pasivní a bezmocné pozici (Radcliffe & Yeomans, 2019).

AKTIVNÍ FÁZE LÉČBY

Jakmile je dokončeno vstupní vyšetření, je s pacientem vyjasněna diagnóza, je dohodnut a oboustranně odsouhlasen kontrakt, a proběhlo rodinné setkání, může začít samotná terapie. Dle dohody v kontraktu pacient přebírá odpovědnost za svou léčbu tím, že do terapie aktivně přináší témata, která jsou relevantní ve světle obtíží, se kterými se potýká. Z přinášeného materiálu terapeut vybírá témata, na která se s pacientem zaměřují, podle následující hierarchie priorit: 1. ohrožení/bezpečí pacienta, terapeuta nebo léčby (prioritu mají sebevražedné tendence, ohrožení zdraví nebo života jiných lidí či chování výrazně narušující terapii); 2. porozumění vnitřní zkušenosti pacienta, která je patrná ve vztahu k terapeutovi, tedy v přenosu; 3. oslovení dalších emočně významných témat v životě pacienta mimo terapii (Levy et al., 2019).



**Michal
Novák**

PhDr. Psycholog (absolvent katedry psychologie na FFUK) a psychoanalytický psychoterapeut. Po studiích na VŠ nastoupil do personální agentury, později se věnoval diagnostice a psychoterapii v psychiatrické léčebně Horní Beřkovic. Od roku 2008 provozuje soukromou psychoterapeutickou praxi. Ve své práci uplatňuje principy psychoanalytické psychoterapie a TFP.

TFP terapeuti se snaží intervenovat z pozice *technické neutrality*. Tento naslouchající, interpretační postoj neznamená pasivitu, lhostejnost nebo nedostatek citového zaujetí. TFP terapeut je naopak v kontaktu s pacientem aktivní a využívá své emoční reakce k tomu, aby jej informovaly o charakteru pacientových obtíží. Technická neutralita není čistým stavem, který lze vždy dokonale udržet a jednoznačně rozpoznat. Naše vlastní vnitřní tlaky, touhy a omezení nás často táhnou jedním nebo druhým směrem pacientova vnitřního konfliktu. Součástí terapeutické práce v TFP je naše sledování technické neutrality, přemýšlení o tom, proč jsme se od ní odchýlili a jak se k ní vrátit. Výjimkou jsou jednoznačné situace, kdy je pacientovo agování nebezpečné pro něj nebo terapii. Tehdy terapeut krátkodobě cíleně opouští pozici neutrality a jedná s cílem ochránit pacienta nebo léčbu. To, že bude nutné využít tento postup,

lze u terapie pacientů s poruchami osobnosti očekávat. Jakmile je však krize odvrácena, měla by následovat diskuse s pacientem o okolnostech, které terapeuta vedly ujmout se podpůrné nebo direktivní role (Stern & Yeomans, 2018).

PRVNÍ FÁZE INTERPRETAČNÍHO PROCESU: DEFINOVÁNÍ DOMINANTNÍHO OBJEKTNÍHO VZTAHU

Interpretační proces v TFP obvykle začíná tím, že terapeut přivádí pacientovu pozornost k těm aspektům jeho komunikace, které jsou nejasné, vágní, protichůdné nebo zdánlivě opomenuty (Caligor et al., 2009). Tento proces má za cíl porozumět, jakým způsobem se pacient vztahuje v daném okamžiku k terapeutovi, prostřednictvím objasnění toho, co pacient říká, proč to říká a jaký má vztah k tomu, co říká (Stern & Yeomans, 2018). Toto objasňování komunikace pacienta, které má za cíl upozornit na oblasti konfliktu a přirozeně vede ke zkoumání obranných mechanismů a konfliktních mentálních obsahů, se nazývá klarifikace. Počáteční úsilí terapeuta po klarifikaci vede u pacientů s HPO obvykle ke zvýšení míry úzkosti, často k paranoie (Caligor et al., 2009).

Kazuistická viněta – Kristýna, 30 let; příklady klarifikací, které by terapeut mohl potřebovat použít (Yeomans et al., 2015):

Mohla byste mi víc upřesnit, co jste myslela tím, že jste byla průměrný teenager?

Říkala jste, že vždycky, když děle hovoříte se svou matkou, začnete být tak zmatená, že nemůžete myslet jasně. Můžete mi přiblížit, jak to zmatení vypadá?

Zmínila jste někoho jménem Tomáš, ne-

jsem si jistý, jestli vím, kdo to je (terapeut se může zdráhat zeptat se na neznámé jméno z obavy, že ho pacient dříve zmínil a on ho zapomněl).

Následně terapeut citlivě přivádí pacientovu pozornost k nesrovnalostem mezi tím, co pacient říká a tím, jak jedná nebo jak v té chvíli neverbálně komunikuje. Terapeut povzbuzuje pacienta, aby se s ním společně nad těmito nesrovnalostmi zamýšlel. Tato technika se v TFP a v dalších psychodynamických terapiích nazývá *konfrontace* (Levy et al., 2019). Terapeut upozorněním na opomenutí, rozpory, neurčitosti a nesoulad mezi verbálním a neverbálním konfrontuje obrany primitivní popření a disociaci. Tento proces obvykle vede rychle k aktivaci přenosu a primitivních objektních vztahů a je spojen s výrazně afektivně nabitými stavy, které jsou původem diskrepance mezi pacientovým verbálním a neverbálním projevem. Pacientovy objektní vztahy tak v terapeutické situaci „teď a tady“ nabírají konkrétní a zkoumatelnou podobu (Caligor et al., 2009). Konfrontace by v žádném případě neměla být podávána útočně nebo nepřátelsky, naopak měla by být taktním upozorněním na nesrovnalost pacientových zkušeností, které by měly být zkoumány (Stern & Yeomans, 2018).

Kazuistická viněta – Kristýna, 30 let; příklad konfrontace (Stern & Yeomans, 2018):

Terapeut: Kristýno, všimla jste si toho, že většinu našich setkání začínáte tímhle velmi tichým a mírným hlasem? Jako kdybyste byla ztracené dítě, které potřebuje, aby se o něj někdo postaral.

Kristýna (dětsky, ušklebačně, ale s úsměvem): A proč to řešíte?

T: Zaráží mě tohle, děláte náročnou práci v právní kanceláři, která vyžaduje zkušenosti a organizovanost, zvládáte ji velmi dobře. Obtížně to jde sladit s tou malou holčičkou, kterou mi ukazujete.

K: To je ale něco jiného. To je tam, v práci. To není, jaká skutečně jsem.

V tomto příkladu upozorňuje terapeut Kristýnu na nesoulad mezi jejím verbálním sdělením v terapii a chováním v jiné oblasti života. Jeho cílem je napomoci Kristýně k uvědomění, že obě zkušenosti já jsou její vlastní (Stern & Yeomans, 2018).

Je typické, že jak se začínají v přenosu objevovat primitivní objektní vztahy, stává se pacientova zkušenost v terapeutické situaci výrazně afektivně nabitá a konkrétní a bývá zdrojem zmatku a úzkosti pro pacienta i terapeuta. V první fázi léčby bývají často objektní vztahy, které jsou původem pacientovy silné emoční reakce, zcela oddělené od jeho vědomé zkušenosti, a proto obtížně zkoumatelné. V této době je úkolem terapeuta snést pocity zmatku a úzkosti a odolat impulsu reagovat na pacientovy emoce, chování nebo projekci. Místo jednání se terapeut snaží identifikovat, co cítí nebo se snaží necítit v protipřenosu, a přemýšlet o tom jako o pacientově vztahové zkušenosti. To mu umožní následně formulovat hypotézu o objektním vztahu, který je v přenosu aktivován. Úvodní fáze interpretačního procesu vyvrcholí tím, že terapeut převede pacientovu zkušenost do slov a sdělí ji pacientovi. Tento proces je nazván *interpretace*. Jeho hlavním cílem v počáteční fázi léčby je napomoci pacientovi co nejjasněji pojmenovat, co zažívá ve přenosovém vztahu s terapeutem (Caligor et al., 2009).

Kazuistická viněta – Kristýna, 30 let; příklad interpretace (pokračování předchozí výměny mezi terapeutem a Kristýnou) (Stern & Yeomans, 2018):

K: To je ale něco jiného. To je tam, v práci. To není, jaká skutečně jsem.

T: Skutečně jste, nebo je to tak, že jsou dvě části vás, které jste obě vy, ale je těžké ukázat mi obě stránky. Tady já mám být ten silný/kompetentní a vy ta, která potřebuje pozornost a péči.

K: Nikdy jsem se o to nezajímala, nikdo se nikdy nesnažil věnovat mi pozornost.

T: O tom to právě možná je. Vidět mě jako kompetentního a sebe jako slabou, která potřebuje péči, vás možná chrání před úzkostí, jakou byste zažívala, kdybyste byla kompetentní vy sama. Kdybyste totiž byla, domnívám se, že byste se obávala, že ztratíte mou pozornost a péči, kterou tolik potřebujete.

DRUHÁ FÁZE INTERPRETAČNÍHO PROCESU: IDENTIFIKACE A ZKOUMÁNÍ ROLÍ V OBJEKTNÍM VZTAHU

Jak terapie pokračuje v čase, terapeut nadále s pacientem klarifikuje nejasnou nebo vágní komunikaci, konfrontuje nesoulad mezi vědomým postojem (verbálním sdělením) a chováním a interpretuje v první fázi formulované objektní vztahy, které se objevují v přenosu. Tentokrát však na rozdíl od první fáze interpretačního procesu, jejímž cílem je objasňování a pojmenovávání pacientovy aktuální emoční zkušenosti s terapeutem „teď a tady“, přivádí terapeut pacientovu pozornost k tomu, jakou roli hraje on a terapeut v rámci konkrétního aktivovaného objektního vztahu. Posouvá tak terapeutický proces o krok dále, protože

představuje pacientovi novou perspektivu odlišnou od jeho vlastní, čímž ho implicitně vyzývá k tomu, aby ustoupil stranou a pozoroval sám sebe. Připravuje tak podklad pro to, aby pacient nahlédl, že má ve své mysli obraz vztahu. Tedy, že má vnitřní svět a ten může být předmětem zkoumání, což je v kontrastu s pacientovou naprosto konkrétní zkušeností, v rámci které věci prostě nějak jsou a není prostor ani důvod se jimi více zabývat. Schopnost pozorovat sám sebe v průběhu času pacient s HPO obvykle ztrácí, když jsou vystaveni stresu a úzkosti. Její udržení tváří v tvář konfliktu je jeden z cílů léčby (Caligor et al., 2009).

Kazuistická viněta – Kristýna, 30 let, (Stern & Yeomans, 2018):

K (sarkasmus): Neříkáte nic. Bezva, to skutečně pomáhá!

T: Povězte mi víc o tom, co vám běží hlavou, když mlčím.

K: Mojí hlavou? Tam to běží skvěle. Ale vy mi tady nic nedáváte. Říkala jsem vám, že jsem z té situace v práci naštvaná a vy mlčíte. Jediné, co chci, je cítit se lépe, proto jsem přišla. A vy mi řeknete všechny ty hrozné věci o mně a mlčíte.

T: Očekáváte, že vás zklamu, nebo že vás budu kritizovat, že to není dost, že

K: Konečně jste se trefil. Skvělé! Ano, nedáváte mi nic. NIC.

T (hravě): Zdá se, že jste více nakloněna tomu, abyste mi řekla, co nedávám nebo nedělám, než byste naslouchala čemukoliv, co bych mohl říct. Z hlediska vaší pozornosti mi teď nedáte nic a jsem teď odmítnut.

K: Haha, hezky jste z toho vybruslil. (pauza).

T: Možná je něco, na co bychom se tu spolu mohli podívat. V některých chvílích se se mnou dostáváte do stavu, kdy potřebujete trvat na tom, že jsem pro vás úplně zbytečný, a nejste otevřená ničemu, co bych vám mohl nabídnout. Jste ta, která odmítá mne. Sedí to?

K: Trochu.

T: Zdá se, že očekáváte, že budu krutý a odmítající, opustím vás a zůstanete bez pomoci. Když ale můžete sama sebe vidět jako někoho, kdo také může odmítat druhé, i mě, to může být úžasný pocit, když vy jste ta odmítající. A to mně vede k nepříjemné otázce, jestli vám lidé mohou vůbec něco dát, když je to pro vás v těchto chvílích těžké od ostatních přijímat.

V této fázi léčby je Kristýna konfliktní, ironická, často odmítá terapeutovy postřehy, ignoruje je nebo na ně reaguje „To, o čem mluvíte, opravdu nepomáhá“. V těchto chvílích terapeut vidí ty části jí, které jsou chladné a pohrdavé, terapeut je v roli pasivní oběti jejích útoků. Úkolem terapeuta zde je připomenout dyádu „útočník – pasivní bezmocná oběť“ a poukazovat na výměnu rolí v objektivním vztahu. Pacientka, která se vědomě identifikuje s rolí bezmocné oběti, v přenosu zachází s terapeutem jako druhá část vztahové dyády – útočník. Pozorování těchto výměn rolí pomáhá pacientům lépe pochopit souvislost mezi jednotlivými částmi jejich Já, vysvětlit jejich emoční stavy a postupně tak na sebe začít nahlížet realističtěji (Stern & Yeomans, 2018).

TŘETÍ A ČTVRTÁ FÁZE INTERPRETAČNÍHO PROCESU: IDENTIFIKACE ŠTĚPENÍ MEZI OBJEKTIVNÍMI VZTAHY, ZKOUMÁNÍ MOTIVACÍ, KTERÉ JSOU ZÁKLADEM OBRANNÝCH OPERACÍ

Cílem terapeutova snažení v třetí fázi interpretačního procesu je přivést pacientovu pozornost k tomu, že vztah s druhými lidmi zažívá a chápe prostřednictvím jeho vlastních internalizovaných objektivních vztahů. Zatímco minulé fáze měla za cíl identifikaci a poznání pacientových dominantních objektivních vztahů a jejich průvodních emocí, nyní terapeut pacienta upozorňuje na to, jak jeho objektivní vztahy, zejména ty rozdílné a protichůdně emočně nabitě (např. idealizovaná vs. perzekuční zkušenost), byly od sebe disociovány, tedy upozorňuje na přítomnost štěpení jako obranného mechanismu (Caligor et al., 2009).

Tato úroveň intervence obvykle cílí na pro pacienta neslučitelnou zkušenost mezi paranooidními, agresivně nabitými objektivními vztahy spojenými s pocity frustrace a zloby a idealizovanými objektivními vztahy provázenými pocity uspokojení a bezpečí. Stejně jako v minulých fázích, zásahy terapeuta z velké části využívají vědomého a předvědomého materiálu, tzn., zůstávají blízko k dominantní zkušenosti pacienta v aktuálním okamžiku přenosu v terapeutické situaci. Navíc však nyní terapeut spojuje pacientovu aktuální zkušenost s disociovanými a protichůdnými zkušenostmi, které byly buď plně vědomé (a verbalizovány pacientem) v minulých sezeních nebo jsou právě vyjádřeny v chování pacienta. V této fázi terapeut pouze podněcuje pacienta, aby pozoroval a zamýšlel se nad protichůdnou povahou své zkušenosti s ním. Zkoumání

významu a role štěpení v pacientově psychickém fungování je předmětem čtvrté a poslední fáze interpretačního procesu (Caligor et al., 2009).

Kazuistická viněta – Kristýna, 30 let, (Stern & Yeomans, 2018):

K: No, tak vás odmítám. A co? (pauza) Někdy vaše mlčení... nevím, co s ním mám dělat, mám pocit, že mě s mými starostmi necháváte samotnou.

T: Váš sarkasmus před chvílí byl tak jízlivý. Jste tak připravena, že vás zklamou.

K: Není to příjemné. Vždycky, když odsud odcházím, necítím se lépe.

T: Tuhle terapii vyhledala ta část vás, která ví, že nejsem žádný guru nebo emoční chirurg, není možnost odstranit vaše pocity úplně.

K: To samozřejmě vím.

T: Já vím, že víte. A vypadá to, že teď sem přicházíte s aktivní jinou částí vás – spolupracující, svědomitý pacient, který ode mě očekává, že vás budu ujišťovat o vašich kvalitách a nějak odstráním všechny vaše špatné pocity, úzkosti, osamění, netrpělivost i frustraci. A když zaváhám nebo s tím přestanu, očekáváte, že vás zklamou.

K: TO MI VENKU NEPOMÁHÁ, když se takhle cítím.

T: A pak jsem k ničemu. Terapeut, od kterého jste před 2 minutami opravdu moc chtěla, aby vám pomohl, se stává úplně bezcenný, nepomáhající, krutý.

K: Tak to prostě cítím.

T: Je pro vás tak těžké, udržet v mysli obě dvě zkušenosti mne – že byste ode mne mohla něco chtít, i když vás někdy nechávám s obtížnými pocity. Vidět mě současně jako frustrujícího i pečujícího je pro vás teď extrémně těžké a ohrožující.

Kristýna sama sebe vnímá jako spolupracujícího, ochotného pacienta (v reálném životě pak dceru, kamarádku, přítelkyni). V tomto idealizovaném vnímání Já Kristýna očekává ideálního pečujícího a oceňujícího druhého (terapeut, rodič, přítel, ...). Nevýhoda této idealizované dyády je lidská omylnost a nedokonalost, tedy realita. Když ji terapeut dost rychle nepochopí, nebo jeho intervence způsobují nepříjemné pocity (podobně, když je svými blízkými jinak frustrována), rozbíjí se křehká idealizovaná dyáda a aktivní je opět dominantní objektívní vztah „oběť – útočník“, kdy terapeut (rodič, přítel, nadřízený, ...) je vnímán jako krutý, odmítavý a zbytečný a pacientka bezmocná a opouštěná (Stern & Yeomans, 2018).

Výše popsané intervence, dlouhodobě opakované v průběhu času, postupně narušují rigidní štěpení mezi idealizovanými a perzekučními částmi vztahové zkušenosti. Jak ubývá frekvence využívání primitivních obranných mechanismů, dochází k integraci vztahové zkušenosti, konsoliduje se identita a objevuje se lepší zvládnání charakteristických intenzivních afektivních stavů. Autoři doufají, že využití kazuistických zlomků z léčby pacientky Kristýny pomohlo nahlédnout na to, jak tato modifikovaná psychoanalytická metoda uzpůsobená speciálně pro patologii objektívních vztahů pomáhá při léčbě hraniční a dalších poruch osobnosti (Stern & Yeomans, 2018).

Role autorů: První autor provedl rešerši literatury, vytvořil koncepci příspěvku a článek sepsal. Druhý autor poskytl editorské poznámky a cenné koncepční a jazykové připomínky. Oba autoři přispěli ke vzniku textu článku a schválili jeho konečnou podobu.

LITERATURA

- Bomton Agency. (2008). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1. 1. 2009*. 2. aktualiz. vyd.
- Caligor, E., Diamond, D., Yeomans, F., & Kernberg, O. (2009). The Interpretive Process in the Psychoanalytic Psychotherapy of Borderline Personality Pathology. *Journal Of The American Psychoanalytic Association*, 57(2), 271–301.
- Caligor, E., Kernberg, O., & Clarkin, J. (2007). *Handbook of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology*. American Psychiatric Publishing.
- Kernberg, O., Yeomans, F., Clarkin, J., & Levy, K. (2008). Transference focused psychotherapy: Overview and update. *The International Journal Of Psychoanalysis*, 89(3), 601–620.
- Levy, K., Draijer, N., Kivity, Y., Yeomans, F. and Rosenstein, L., 2019. Transference-Focused Psychotherapy (TFP). *Current Treatment Options in Psychiatry*, 6(4), pp. 312–324.
- Radcliffe, J., & Yeomans, F. (2019). Transference-focused Psychotherapy for Patients with Personality Disorders: Overview and Case Example with a Focus on the Use of Contracting. *British Journal Of Psychotherapy*, 35(1), 4–23.
- Riegel, K. (2017). Psychoterapie zaměřená na přenos (TFP): na cestě za změnou v organizaci osobnosti. *Psychiatrie*, 21(2), 78–86.
- Stern, B., Diamond, D., & Yeomans, F. (2017). Transference-focused psychotherapy (TFP) for narcissistic personality: Engaging patients in the early treatment process. *Psychoanalytic Psychology*, 34(4), 381–396.
- Stern, B., & Yeomans, F. (2018). The Psychodynamic Treatment of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics Of North America*, 41(2), 207–223.
- Yeomans, F., Clarkin, J., & Kernberg, O. (2015). *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinical guide.*. American Psychiatric Publishing, a division of American Psychiatric Association.
- Yeomans, F., Delaney, J., & Levy, K. (2017). Behavioral activation in TFP: The role of the treatment contract in transference-focused psychotherapy. *Psychotherapy*, 54(3), 260–266.

Došlo do redakce 12. 9. 2020, v revidovaném znění 29. 10. 2021. K publikaci přijato 9. 11. 2021.