

DIALEKTICKÁ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE

Dialectical Behavior Therapy

Pavel Theiner, Pavla Linhartová, Adéla Látalová

*Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice Brno a Lékařské fakulty Masarykovy univerzity, Brno, CZ;
e-mail: theiner.pavel@fnbrno.cz, linhartova.pavla@fnbrno.cz, latalova.adela@fnbrno.cz*

Psychoterapie. 15 (1), 23–39; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT

Dialektická behaviorální terapie (DBT) byla vytvořena jako komplexní program pro klientky s hraniční poruchou osobnosti americkou psycholožkou Marshou M. Linehan. Diagnózu hraniční poruchy osobnosti chápe DBT stejně, jako ji definuje Diagnostický a statistický manuál Americké psychiatrické společnosti ve své 4. revizi, kritéria ale sestavuje do logických celků, odpovídajících biosociální teorii hraniční poruchy. Významným filozofickým východiskem DBT je dialektika a také zen buddhismus. Významně je DBT ovlivněna kognitivně behaviorální terapií (KBT). DBT se skládá ze čtyř základních modulů – individuální terapie, skupinový nácvik dovedností, telefonický **koučink** a konzultační tým. DBT prokázala svoji účinnost v několika randomizovaných kontrolovaných studiích, a to zejména u žen s hraniční poruchou, které vykazují sebepoškození a sebevražedné myšlenky.

Klíčová slova: DBT, biosociální teorie, hraniční porucha osobnosti, všímavost, regulace emocí

SUMMARY

Dialectical behavior therapy (DBT) has been formed by American psychologist Marsha M. Linehan for patients with Border-

line personality disorder (BPD). The diagnosis of Borderline personality disorder is understood in DBT in the same way as in Diagnostic and Statistical Manual, fourth revision (DSM-IV) of the American Psychiatric Association. However, DBT rearranges the BPD criteria into logical units corresponding to the biosocial theory of BPD. An important philosophical background of DBT is dialectics as well as Zen Buddhism. Further, DBT has been significantly influenced by cognitive behavioral therapy (CBT). DBT consists of four basic modules – individual therapy, skills training group, telephone coaching and consultation team. DBT has shown its effectivity in several randomized controlled studies, mainly in women with BPD who self-harm and have suicidal ideation.

Key words: DBT, biosocial theory, borderline personality disorder, mindfulness, emotion regulation

1. HISTORIE DIALEKTICKÉ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE

Dialektická behaviorální terapie (DBT) je spojena se jménem americké psycholožky Marshy M. Linehan (vyslov Lajnehen) (*1943), profesorky psychologie, psychiatrie a behaviorálních věd na University of

Washington. Jejím původním výzkumným zájmem bylo vytvořit a vědecky vyhodnotit léčebný program pro klienty s vysokým rizikem sebevraždy a různými závažnými psychiatrickými poruchami, program, který by vycházel ze zásad medicíny založené na důkazech (*evidence-based medicine – EBM*; Linehan, 1993). Právě téma jejího výzkumu, prevence sebevraždy, ji přivedla ke klientkám s hraniční poruchou osobnosti (*borderline personality disorder*; HPO), avšak sama Marsha Linehan prošla i bolestivou osobní zkušeností v dospívání a mládí dospělosti, kdy vykazovala těžké příznaky hraniční poruchy, jak o tom píše v článku pro *New York Times* (2011). Roky své výzkumné i praktické práce shrnula v knize *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder* (Linehan, 1993), v jejímž názvu se paradoxně název DBT vůbec neobjeví, přestože je tato kniha pokládána za „bibli DBT“ a i dnes představuje základní studijní materiál pro všechny, kteří se chtějí s DBT seznámit. Kognitivně behaviorální terapie (KBT) v názvu knihy odkazuje na autorčin původní psychotherapeutický směr. Po letech výzkumu ale Linehanová konstatovala, že standardní KBT programy nevedou u klientek s HPO k dostatečnému klinickému zlepšení. Právě napětí mezi přijetím klienta takového, jaký je, a změnou, kterou musí nutně projít, vyžadovalo zařazení technik, které vycházejí z východních filozofií, hlavně ze zenového buddhismu. Jako vyvážení „černobílého“ uvažování či přemýšlení v extréměch u klientů s HPO hledala Linehanová filozofické východisko, které našla v dialektické filozofii a na začátku 80. let začala aplikovat v léčbě klientek s HPO dialektický přístup. KBT zase podstatnou mírou přispěla k vy-

tváření strategií k dosažení změny, jako jsou například učení se novým způsobům jednání nebo expoziční techniky (Linehan, 1993). DBT tak bývá řazena do třetí vlny KBT (Šlepecký, 2018).

2. HRANIČNÍ PORUCHA OSOBNOSTI Z POHLEDU DBT

2.1. Diagnostika hraniční poruchy osobnosti

Na rozdíl od mnoha jiných psychotherapeutických škol vychází DBT při definici hraniční poruchy osobnosti (HPO) přísně ze čtvrté verze Diagnostického a statistického manuálu (DSM-IV) Americké psychiatrické společnosti (Tab. 1). Diagnostická kritéria uvedená v manuálu však reorganizuje do podoby, která pokládá za základní problém narušenou regulaci emocí, a vysvětluje tak HPO jako pervazivní poruchu regulace emocí, která se následně promítá do dalších oblastí života klientů. Takto reorganizovaná kritéria jsou pak v terapii také vysvětlována klientům. Reorganizovaná podoba obsahuje všech 9 kritérií DSM-IV, ale logicky přerozdělených do pěti skupin – dysregulace emocí, dysregulace self, dysregulace mezilidských vztahů, dysregulace chování a dysregulace kognicí. Diagnóza HPO je tedy stejná, jak ji chápou lékaři – psychiatři. To umožňuje snazší přenositelnost výzkumu do lékařské praxe. V poslední verzi DSM-5 platné v současné době se kritéria prakticky nezměnila (American Psychiatric Association, 2013). Naopak budoucí verze MKN-11 předpokládá významnou změnu v diagnostice poruch osobnosti a ruší dosud používané specifické poruchy osobnosti (WHO, 2018).

Tabulka 1

Kritéria DSM-IV pro hraniční poruchu osobnosti a reorganizovaná kritéria dle DBT

DSM-IV (DSM 5) kritéria pro hraniční poruchu osobnosti	Reorganizovaná kritéria pro hraniční poruchu osobnosti podle DBT
1. Excesivní snahy vyhnout se reálnému nebo domnělému opuštění	Dysregulace emocí Afektivní nestabilita spojená s výraznou reaktivitou nálady (krit. 6) Intenzivní vztek a potíže kontrolovat vztek (krit. 8)
2. Vzorec nestabilních a intenzivních vztahů	Dysregulace self Narušení identity, nestabilní sebeobraz (krit. 3) Chronické pocity prázdnoty (krit. 7)
3. Narušení identity, nestabilní sebeobraz	Dysregulace vztahů Excesivní snahy vyhnout se reálnému nebo domnělému opuštění (krit. 1) Vzorec nestabilních a intenzivních vztahů (krit. 2)
4. Impulzivita alespoň ve dvou oblastech zahrnujících potenciálně nebezpečné chování (mimo sebepoškození)	Dysregulace chování Impulzivita alespoň ve dvou oblastech zahrnujících potenciálně nebezpečné chování (mimo sebepoškození) (krit. 4) Sebepoškození a opakované sebevražedné chování nebo výhrůžky (krit. 5)
5. Sebepoškození a opakované sebevražedné chování nebo výhrůžky	Dysregulace kognicí Přechodné stavy paranoidního myšlení nebo disociativní symptomy (krit. 9)
6. Afektivní nestabilita spojená s výraznou reaktivitou nálady	
7. Chronické pocity prázdnoty	
8. Intenzivní vztek a potíže kontrolovat vztek	
9. Přechodné stavy paranoidního myšlení nebo disociativní symptomy	

2.2. Hraniční porucha osobnosti jako pervazivní porucha regulace emocí

DBT tedy nahlíží na HPO jako na pervazivní poruchu regulace emocí. V jádru poruchy jsou neobvykle intenzivní emoce a narušená schopnost emoce regulovat. Pro jedince, jejichž emoce se neustále mění, je pak obtížné vytvořit si stabilní sebeobraz (dysregulace self). Vztahy klientů komplikuje obtížná předvídatelnost jejich emočních reakcí a často nepřiměřeně intenzivní emoční reakce. Pokud už klienti mají stabilní vztah, v kontextu nestability self a obtížnosti vztahu udržet je rovněž pochopitelný strach z opuštění blízkými lidmi,

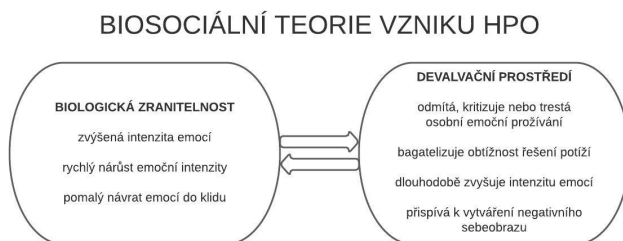
kteří klienti často zažívají, a snaha se opuštění vyhnout (dysregulace vztahů). Impulzivní chování je přirozené pro všechny lidi pod vlivem velmi intenzivních emocí. U klientů s HPO vzniká problém v tom, že extrémně intenzivní emoce zažívají na denní bázi, a s tím se pojí právě i zvýšená impulzivita, která je zároveň snahou emoce regulovat (dysregulace chování). Klienti s HPO netrpí poruchami kognitivních funkcí jako takovými, ale vyskytují se u nich kognitivní narušení v emočně intenzivních situacích (Linhartová et al., 2020) and a comprehensive evaluation of impulsivity dimensions is lacking in the litera-

ture. Moreover, it is unclear whether BPD patients manifest impaired cognitive functioning that might be associated with impulsivity in another patient group, such as ADHD, a frequent comorbidity of BPD. Methods We tested 39 patients with BPD without major psychiatric comorbidities and ADHD, 25 patients with ADHD, and 55 healthy controls (HC. Nejčastěji můžeme u klientů pozorovat disociativní stavy, které vznikají jako obranný mechanismus při zahlcení emocemi (typicky depersonalizace, derealizace). Dalším typem kognitivního narušení je paranoidní nastavení, které při extrémně intenzivních emocích vzniká, protože náš mozek má tendenci při zahlcení zúžit pozornost na důležité podněty, což jsou typicky možné hrozby a nebezpečí. Zvýšené vnímání negativních úmyslů druhých lidí a ohrožení pak v tomto kontextu znamená právě zvýšenou ostražitost až paranoidní prožitky (dysregulace kognicí). Příznaky HPO jsou tak v DBT vysvětlovány jako důsledky narušené regulace emocí (Linehan, 1993) a již z tohoto pohledu je zřejmé, že pokud se klienti naučí lépe regulovat své emoce, zmírní se i ostatní příznaky HPO.

2.3. Pohled DBT na sebepoškození u klientů s hraniční poruchou osobnosti

Sebeškození a sebevražedné jednání je z pohledu DBT chápáno jako maladaptivní způsob regulace emocí nebo řešení problémů (Linehan, 1993). Klienti s HPO mají zvýšený práh bolesti (Bohus et al., 2000) a zároveň bolest u nich na rozdíl od zdravých lidí způsobuje snížení intenzity emocí

a snížení aktivity amygdaly (Schmahl et al., 2006). Klienti se pak typicky sebeškozejí v situacích, kdy zažívají bolestivé emoce, a primární motivací k sebeškození je obvykle úleva od emoční bolesti. Sebeškození však neřeší příčiny, které k bolestivé emoci vedly, a zároveň má řadu negativních důsledků, se kterými se klienti následně potýkají. Můžeme hovořit o bludném kruhu sebeškození (Obr. 1).



Obr. 1

Nestabilní afektivita a porucha regulace emocí vede opakovaně k emocím takové intenzity, kterou je potřeba regulovat. Klienti však zároveň nemají vytvořeny adaptivní způsoby regulace emocí. Často se brzy naučí, že bolest vede ke chvilkovému zmírnění emocí, a když zažívají bolestivé emoce, začnou se sebeškozovat. Po sebeškození přichází úleva, která je primární motivací pro sebeškození. Úleva je však pouze chvilková a z dlouhodobého hlediska přináší sebeškození řadu negativních důsledků: zdravotní komplikace a ohrožení života, jizvy a potřebu je zakrývat, negativní reakce okolí a především prohlubování vlastních pocitů viny, studu či selhání. Tyto důsledky pak vytvářejí nové krizové situace, které vytvářejí nutkání k sebeškození. DBT považuje sebeškození za život ohrožující chování a terapeuti od klientů vyžadují závazek, že se budou ze všech sil

snažit učít se řešit své potíže jinými způsoby než sebepoškozováním. DBT zároveň vede ke snížení redukce aktivity amygdaly při bolesti u klientů s HPO (Niedtfeld et al., 2017).

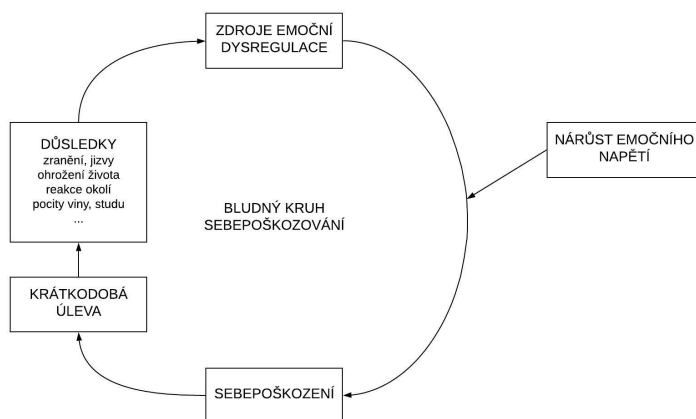
2.4. Biosociální teorie vzniku hraniční poruchy osobnosti

DBT je pevně zakotvena v teorii nazývané biosociální teorie osobnosti (Linehan, 1993). Ta předpokládá, že hraniční porucha osobnosti vzniká kombinací vlivů biologických a vlivů prostředí, konkrétně vlivem vrozené biologické emoční zranitelnosti a devalvačního prostředí (Obr. 2). Primární poruchou je narušená emoční regulace, která je biologická v podobě vrozené zvýšené emoční zranitelnosti. Emoční zranitelnost se projevuje tak, že lidé s HPO emočně reagují na slabší podněty, než je to u lidí běžné, jejich emoce narůstají do vyšší intenzity a pomaleji se navracejí do klidového stavu. To samo o sobě nemusí vést ke vzniku psychopatologie, avšak

jedná se o rizikový faktor, pokud takový jedinec vyrůstá v devalvačním prostředí (*invalidating environment*). Devalvace (nebo znehodnocování, angl. *invalidation*) jsou reakce okolí, které potlačují, odmítají, kritizují nebo trestají osobní emoční prožívání jedince. Především negativní emoce bývají odmítány. Takové prostředí předpokládá, že každý člověk dokáže či musí dokázat své emoce regulovat a bagatelizuje obtížnost řešení potíží. Takové prostředí vysoce hodnotí a vyžaduje, aby jeho čle-

nové byli šťastní, případně se tak tvářili a celkově měli „pozitivní přístup k životu“. Koncept znehodnocujícího prostředí je podobný konceptu vyjadřovaných emocí („expressed emotions“) známého z výzkumů rodin klientů se schizofrenií nebo depresivní poruchou (Leff a Vaughn, 1985), kde takové prostředí zvyšuje u klientů míru relapsů těchto duševních poruch.

Prostředí, ve kterém dochází k systematické devalvací emočních projevů, má pro biologicky zranitelného jedince řadu negativních důsledků. Okamžitými důsledky



Obr. 2 – Bludný kruh sebepoškozování

jsou obvykle frustrace, vztek, zklamání a nejistota a dále zvýšení intenzity prožívaných emocí. Důležitou roli rovněž hraje posilování extrémních emočních reakcí tím, že komunikace nepohody a obtíží na nižší úrovni intenzity je často v devalvujícím prostředí ignorována. Dalším dlouhodobým důsledkem devalvačního prostředí je vznik negativního sebeobrazu, kdy jedinec systematicky dostává zprávu, že je s ním něco v nepořádku. A dalším důsledkem je, že jedinec vyrůstající v devalvujícím prostředí se obvykle naučí sám sebe a své emoce de-

valvovat (neuznávat jejich oprávněnost) a potlačovat (sebedevalvace).

Vrozená snížená schopnost emoční regulace a devalvační prostředí na sebe působí transakčně. To znamená, že původně nízká závažnost emoční dysregulace a jen mírně devalvující prostředí se vzájemným působením vyvíjejí v silně vyjádřené formy obojího. Není obtížné si představit, že projevy dítěte se sníženou schopností regulace emocí jsou pro rodinu velmi zátěžové. Devalvace (neuznávání oprávněnosti) emočních projevů dítěte nebo nepřiměřený důraz na jejich regulaci na základě přesvědčení, že je to snadné, však vede u dítěte k ještě silnější emoční odpovědi, což zase posílí devalvační chování rodiny vůči němu. Emoce dítěte tak postupně narůstají do extrémních hodnot, aby na ně okolí vůbec zareagovalo adekvátním způsobem.

2.5. Dialektická dilemata u klientů s hraniční poruchou

Linehanová (1993) aplikuje dialektiku jako určitý pohled na život a popisuje její tři základní charakteristiky. Tou první je princip vzájemné souvislosti a celistvosti. Je to holistický přístup, kdy zkoumání součástí systému má smysl jen tehdy, když se zkoumají tyto součásti ve vztahu k celku. Jedna věc nemůže existovat bez druhé, ze vztahu k ní získává své vlastnosti a tento vztah se vyvíjí a mění. Druhou charakteristikou je princip polarity. Realita není statická, ale sestává ze vzájemně protikladných sil (teze a antiteze) a jejich spojení (synteze) ihned vytváří další tezi a antitezi. Tedy i u jedinců s HPO je v každé jejich dysfunkci něco funkčního a v každém destruktivním projevu je obsaženo něco konstruktivního. Tento princip vedl Linehanovou ke kon-



Pavel Theiner

MUDr., Ph.D. Lékař s atestací v dětské a dorostové psychiatrii, vedoucí lékař dětského oddělení Psychiatrické kliniky FN Brno a odborný asistent Lékařské fakulty MU. V roce 2009 dokončil výcvik v kognitivně behaviorální terapii a v letech 2019–2020 absolvoval intenzivní výcvik v Dialektické behaviorální terapii ve Velké Británii v institutu British Isles DBT Training, který je odnoží tréninkového institutu Marshy Linehanové, a zároveň se aktivně věnuje DBT v programu Psychiatrické kliniky FN Brno. Ve výzkumné sféře se věnuje ADHD, impulzivité a hraniční poruše osobnosti.

statování, že moudrost vzniká v protichůdnostech. Výrazně to posílilo roli validizace v DBT, neboť každé dysfunkční chování je v určitém ohledu i funkční a jeho funkci není třeba odvozovat z minulosti, ale lze ji hledat v přítomnosti. V praxi pak často stačí upravit výroky obsahující spojku „(a)nebo“ na spojku „a“ (např. proti „Buď mě miluje, anebo je na mě naštvaný“ stojí dialektický výrok „Miluje mě a je na mě naštvaný“). Stejný princip vedl k vytvoření konceptu „moudré mysli“. Potenciál pro změnu k lepšímu je již obsažen v současném, byť klinicky závažném stavu, a „moudrá mysl“ jej dokáže rozpoznat a využít. Poslední charakteristikou je princip neustálé změny. Napětí mezi tezí a antitezí vede v každém systému ke změně. Stav systému po změně

ovšem ihned obsahuje další tezi a antitezi, což způsobuje, že změna je nepřetržitá. Změna je tak jedinou konstantou života. Pravda není ani absolutní, ani relativní, ale neustále se mění a má mnoho perspektiv, z nichž ji můžeme pozorovat.

Z pohledu dialektiky je možno na projevy HPO nahlížet jako na dialektické selhání. „Splitting“ čili „štěpení“, což je významný pojem v psychoanalytickém chápání hraniční poruchy (Kernberg, 1984), lze dialekticky chápat jako „zaseknutí se“ buď v určité tezi, nebo určité antitezi a neschopnost pokročit k jejich syntéze. I na projevy zjevného chování klientů s HPO lze nahlížet z dialektické perspektivy. Linehanová (1993) popisuje tři základní dialektická dilemata platná pro vzorce chování hraničních klientů. Jsou to 1. emoční zranitelnost versus sebedevalvace, 2. aktivní pasivita versus zdánlivá kompetence a 3. nepolevující krize versus potlačené truchlení.

První dilema se u klientů projevuje tím, že střídají stav, kdy validizují svoji zranitelnost a současně obviňují druhé lidi, osud a zákony světa a věří tomu, že to, co se jim děje, je nespravedlivé a nemělo by se dít. Na druhé straně je pak stav, kdy vše špatné, co se jim děje, přisuzují tomu, že jsou sami špatní. Takovou míru sebedevalvace až nenávisti k sobě samému stěží najdeme u jiných klientů. Velmi často také klienti s hraniční poruchou nadhodnocují snadnost, s jakou se dá dosáhnout změny chování nebo emocí. Pro terapeuta toto dilema znamená, že musí v léčbě pečlivě dialekticky balancovat mezi přijetím klienta takového, jaký je, a navozením změny. Terapie, která by klienty pouze přijímala, by pro ně byla devalvační, protože klienti jasně formulují svůj život jako utrpení a v terapii hledají

změnu. Naopak terapie zaměřená jen na změnu by je utvrzovala v tom, že jsou špatní.

Druhé dilema zdánlivé kompetence a aktivní pasivity znamená u klienta to, že někdy nedůvěřuje vlastním prožitkům a není si jistý, jak se chovat, a potřebuje pomoc. Protože však podle přesvědčení klienta není závislost druhými lidmi kladně hodnocena, snaží se, především v období pozitivních emočních stavů, vystupovat nezávisle a kompetentně. Mnozí klienti také ve svém životě skutečně kompetentní bývají. Pro terapeuta to znamená, že si musí dávat pozor na to, aby nepřeceňoval schopnosti, které klient prezentuje, a zároveň nepodceňoval schopnosti, které klient skutečně má.

Třetí dilema mezi nepolevujícími krizemi a potlačeným truchlením znamená, že klienti nadměrně potlačují truchlení, což krátkodobě vede ke snížení emoční bolesti, ale zároveň to snižuje míru podpory z okolí. Chování typické pro potlačené truchlení je často chování impulzivní – sebespoškození, nadměrné užívání alkoholu, riskantní jízda automobilem, přehnané utrácení peněz a riskantní sexuální aktivity. Takové chování ovšem vytváří další krize. Pro terapeuta to znamená, že se někdy s klientem setkává ve stavu krize, pod obrazem silného a vše ostatní překrývajícího afektu, a jindy se naopak klient jeví, jako by emočně vůbec nereagoval. Cílem terapeuta je klientovi pomoci, aby těmto emočním stavům porozuměl a také mu nabídnout naději, že dokáže proces truchlení přežít. To vyžaduje, aby terapeut klienta učil způsobům bezpečného truchlení.



**Pavla
Linhartová**

Mgr. Bc., Ph.D. Pracuje na Psychiatrické klinice FN Brno a LF MU jako psycholog ve zdravotnictví a odborný asistent. Od roku 2019 je frekventantem psychoterapeutického výcviku v Gestalt terapii (Institut Dialog) a v letech 2019–2020 absolvovala intenzivní výcvik v Dialektické behaviorální terapii ve Velké Británii v institutu British Isles DBT Training, který je odnoží tréninkového institutu Marshy Linehanové. Je vedoucí DBT programu na Psychiatrické klinice FN Brno a zároveň aktivní DBT terapeutkou. Ve výzkumné praxi se věnuje zejména tématům hraniční poruchy osobnosti, impulzivity a emoční regulace a dále neurozobrazovacímu výzkumu v těchto oblastech a rozvoji nových možností terapie pro pacienty s poruchami regulace emocí (transkraniální magnetická stimulace, fMRI neurofeedback).

3. ZÁKLADNÍ TERAPEUTICKÉ STRATEGIE V DBT

3.1. *Dialektika a fenomenologická empatie*

DBT terapeuti zaujímají v souladu s dialektickou filosofií základní postoj, že neexistuje žádná absolutní pravda a že pokud se objeví rozpory, cílem je hledat jejich syntézu spíše než odpověď na otázku, kdo má pravdu. Dialektická filosofie nezakazuje mít svůj vlastní názor a nepovažuje rozpory v názorech za nežádoucí, poukazuje pouze na dialektický způsob řešení rozporů, který snižuje napětí ve vztazích

a zvyšuje flexibilitu a schopnost řešení obtíží. Terapeuti se také drží zásady, že chování klientů nekritizují a nehodnotí, ale naopak hledají nepejorativní a fenomenologicky empatické interpretace jejich chování. DBT předpokládá respekt vůči klientům a vychází z předpokladu, že klienti (stejně jako všichni lidé) dělají maximum možného v dané chvíli a zároveň se chtějí zlepšovat (Linehan, 1993). Terapeuti zaujímají dialektický a fenomenologický přístup nejen vůči klientům, ale i vůči sobě a ostatním terapeutům. Na dialektiku je tak v DBT nahlíženo jako na dovednost a zároveň jako na způsob přemýšlení o světě, který je DBT terapeutům vlastní i mimo terapeutickou práci.

Dialektický přístup se prolíná veškerým kontaktem s klienty. Kdykoliv klient přemýšlí v extrémech nebo zvažuje pouze jednu stranu určitého problému, ptáme se: Co klient přehlíží? Dá se na danou situaci podívat z jiného úhlu pohledu? Pomáháme klientům vidět, že každé jejich chování může dávat z určitého úhlu pohledu dávat smysl. V reakci na extrémní a černobílé myšlení typu „můžu jednat buď jen takto, nebo jen přesně naopak“, učíme klienty vnímat škálu různých možných způsobů chování a řešení problémů, čímž roste flexibilita klientů reagovat dovedně v různých životních situacích a reagovat na změny. Klienti se dále učí, jak v životě hledat rovnováhu mezi různými protiklady (např. pracovat a odpočívat, věřit lidem a být ostražitý, být samostatný a říct si o pomoc apod.) a že zdánlivé rozpory mohou být oba pravdivé (např. můžu mít s někým neshody A ZÁROVEŇ můžeme být přátelé, dělám maximum možného v současné chvíli A ZÁROVEŇ se potřebuji zlepšit, můžu být

sám sebou A ZÁROVEŇ být v kontaktu s druhými lidmi apod.). Dialektika nás dále učí, že jsme všichni propojeni a že změna je v životě jediná konstanta. To znamená, že se klienti učí vnímat dopady svého chování na ostatní lidi a dopady vlivu okolí na ně samotné (namísto vnímání vlastního chování a chování druhých jako nesouvisejících izolovaných jednotek), přijímat změny jako nevyhnutelnou součást života a trénovat reagování na změny. Dialektika se projevuje také ve vyvažování terapeutických strategií, přístupů a technik. Zásadní je pak v terapii vyvažování postoje přijetí a úsilí o změny. Přijmout je zapotřebí zejména fakta, bolest či emoce, naopak je třeba usilovat o změnu nefunkčních přesvědčení, nepřiměřené intenzity emocí a neúčinného chování.

3.2. Nástroje přijetí a změny v DBT

Základní technikou přijetí v DBT je validizace, tedy uznání platnosti a oprávněnosti. Validizace znamená, že respektujeme klienta takového, jaký je, věnujeme mu pozornost, snažíme se porozumět jeho úhlu pohledu a poukazujeme na to, co je funkční i v nefunkčním a sebedestruktivním chování. Validizace je v DBT základním terapeutickým nástrojem a sama o sobě je léčivá vzhledem k historii devalvace u klientů s hraniční poruchou osobnosti. Jako platné přitom uznáváme pouze to, co platné je – fakta, minulost, bolest, emoce, různost názorů. Validizace naopak neznamená podporovat, co je neplatné a neoprávněné. Zatímco emoce jsou platné vždy, chování již být oprávněné nemusí. Dialektickou reakcí v tomto smyslu je například: „chápu, že máš vztek, a zároveň nesouhlasím s tím, že se chováš agresivně“. Validizace tak neznamená souhlas nebo schvalování („chá-

pu, že tuhle situaci vidíš jinak než já, a zároveň já mám na to odlišný názor“). Validizace také neznamená říkat klientům jen pozitivní věci. Validizace je zároveň dovednost, kterou aktivně učíme používat také klienty jak ve vztahu k druhým lidem, tak ve vztahu k sobě (sebevalidizace).

DBT dále rozlišuje čtyři základní typy nástrojů k dosahování změny v terapii. Těmi jsou analýza a modifikace důsledků chování, kognitivní modifikace, expoziční techniky a trénink dovedností (Linehan, 1993). Analýza a modifikace důsledků chování zahrnuje mapování faktorů, které posilují škodlivé chování a které potlačují potenciálně vhodnější chování, a úpravu těchto faktorů. Trénink dovedností pak probíhá ve skupině, kde se klienti učí novým dovednostem, a ty se následně učí používat ve svém každodenním životě.

4. TERAPEUTICKÉ FUNKCE A MODULY DBT

4.1. Pět základních funkcí DBT

Komplexní DBT terapie zahrnuje čtyři základní součásti a plní pět základních funkcí. Zatímco některé terapie mohou využívat prvky DBT, komplexní DBT program zahrnuje všechny základní součásti a je zapotřebí u klientů s nejzávažnějšími problémy. Pět základních funkcí, které DBT plní, jsou 1. motivace klientů, která je primárně posilována v individuální terapii, 2. trénink nových dovedností, který se provádí ve skupině, 3. přenesení nových dovedností do běžného života, které je rozvíjeno pomocí telefonického koučinku, 4. motivace terapeutů, která je rozvíjena pomocí konzultačního týmu, a 5. stanovení jasné struktury, která je dosahována strukturou samotné terapie, zakotvením

terapie v teorii či nástroji sebesledování klientů. Čtyři základní součásti DBT jsou individuální terapie, trénink dovedností ve skupině, telefonický koučink a konzultační tým terapeutů. Nedílnou součástí terapie je pak přípravná fáze (angl. *pretreatment*), kterou absolvují všichni klienti před vstupem do terapie.

4.2. Stanovení struktury

Samotná terapie je jasně strukturována jak kolem jejích jednotlivých součástí, tak kolem teorie. Dbá se na dodržování pravidel, závazků pravidelné účasti a včasných příchodů na terapeutická sezení. Zásadním prvkem je pak zdokonalování schopnosti klienta monitorovat své vlastní psychické procesy (jinými slovy, zvyšování sebeuvědomování). Základním nástrojem v této oblasti je deníková karta (Obr. 3). Deníková karta je nástroj, kde si klienti po celou dobu terapie každý den zaznamenávají základní informace o svém prožívání a chování v každém dni. Sledují v ní výskyt chování ohrožujících život a nutkání k těmto chováním, užívání medikace, drog a alkoholu, intenzitu emocí nebo také nutkání ukončit terapii. Dále je v deníkové kartě sledováno používání dovedností. S deníkovou kartou (obr. 3a, 3b) pracujeme primárně v individuální terapii (viz níže).

4.3. Přípravná fáze terapie

Před samotným zahájením DBT programu klienti procházejí tzv. přípravnou fází (Linehan, 1993). Jedná se obvykle o čtyři až pět individuálních sezení, ve kterých ověřujeme diagnózu hraniční poruchy osobnosti a klient je seznámen s pojetím hraniční poruchy v DBT, biosociální teorií, metodami dialektiky i behaviorální-

mi metodami, s průběhem DBT a jejími jednotlivými součástmi. Po celou dobu je klient motivován k terapii a teorie DBT je vztahována k individuálnímu prožívání klienta. V závěru přípravné fáze pak klient podepisuje závazky, se kterými do DBT vstupuje, přičemž minimálním závazkem je snažit se ze všech sil pracovat na svých potížích způsoby, které nezahrnují sebepoškozování a sebevražedné jednání, a účastnit se všech součástí terapie. Klient tak vstupuje do DBT informován o terapii, motivován propojením teorie a jeho vlastních zkušeností a s konkrétními závazky. U závažně sebevražedných klientů v přípravné fázi rovněž vypracujeme individuální antisuicidální plán, tedy sled opatření, která budou uplatněna, pokud bude klient cítit silné nutkání k sebevraždě, nebo pokud se o sebevražedném plánu dozví terapeut.

4.4. Trénink dovedností ve skupině

Na rozdíl od jiných psychoterapeutických přístupů slouží skupina v DBT k učení a nácviku potřebných dovedností. Mnoho druhů dysfunkčního chování u hraničních klientů vyplývá z nedostatku dovedností. Na výuku dovedností se proto v DBT klade velký důraz. Skupinová terapie, kteří jsou vždy dva, jsou tedy učitelé a trenéři. Skupina má předem danou strukturu i téma. Začíná se vždy krátkým evičením všímavosti. Následuje kontrola úkolů z minulé skupiny. Po kontrole úkolů se přechází k výuce nových dovedností, které pak mají klienti za úkol trénovat do příští skupiny. Během tréninku se využívá řada pracovních materiálů (Linehan, 2014).

V obvykle půlročním cyklu se probírají 4 tematické okruhy dovedností (Linehan, 2014): všímavost (*mindfulness*), tolerance

DBT deníková karta				Jméno:			Kolikrát za týden vyplněno? □ denně □ 4x-6x □ 2x-3x □ 1x						Vyplněno v sezení? ANO x NE			Vyplňováno od – do:				
Největší nutkání v daném dni:				Nejvyšší hodnocení v daném dni:			Medikace / Drogy:						Chování:			Emoce:		Další:		
zabít se sebe-pošk. drogy				emoční bolest fyzická bolest radost			alkohol		drogy		medikace dle předpisu		jiná medikace		sebe-pošk.		lhaní	dovednosti*		
0-5 0-5 0-5				0-5 0-5 0-5			# co?		# co?		A x N		# co?		A x N		#	0-7		
Po																				
Út																				
St																				
Čt																				
Pá																				
So																				
Ne																				

Změny v medikaci tento týden:				* hodnocení dovednosti 0 = neupoužil/a jsem a nezvažoval/a jsem to 1 = zvažoval/a jsem to, ale nepoužil/a, nechtěl/a jsem 2 = zvažoval/a jsem to, ale nepoužil/a, i když jsem chtěl/a 3 = zkoušel/a jsem, ale nešlo to 4 = zkoušel/a jsem, šlo to, ale nepomohly 5 = zkoušel/a jsem, šlo o, pomohly 6 = automaticky jsem je použil/a, nepomohly 7 = automaticky jsem je použil/a, pomohly																															
Domácí úkoly a výsledky:																																			
Na jaké dovednosti jste se zaměřili tento týden:				Před sezením: <table border="1"> <tr> <th colspan="2">Nutkání (0-5):</th> <th colspan="2">Přesvědčení, že můžu změnit nebo regulovat moje (0-5):</th> </tr> <tr> <td>ukončit terapii</td> <td></td> <td>emoce</td> <td></td> </tr> <tr> <td>zabít se</td> <td></td> <td>myšlenky</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>chování</td> <td></td> </tr> </table>																Nutkání (0-5):		Přesvědčení, že můžu změnit nebo regulovat moje (0-5):		ukončit terapii		emoce		zabít se		myšlenky				chování	
Nutkání (0-5):		Přesvědčení, že můžu změnit nebo regulovat moje (0-5):																																	
ukončit terapii		emoce																																	
zabít se		myšlenky																																	
		chování																																	
Poznámky:																																			

Obr. 3a – Deníková karta (česká verze Psychiatrické kliniky FN Brno)

Modul	Vyplněno: □ denně □ 4x-6x □ 2x-3x □ 1x □ ve skupině		Zakroužkujte dny, když jste procvičovali						
			Po	Út	St	Čt	Pá	So	Ne
Všímavost		Moudrá mysl	Po	Út	St	Čt	Pá	So	Ne
		CO dělat všímavě: Pozorování	Po	Út	St	Čt	Pá	So	Ne
		CO dělat všímavě: Popisování	Po	Út	St	Čt	Pá	So	Ne
		CO dělat všímavě: Participace	Po	Út	St	Čt	Pá	So	Ne
		JAK to dělat všímavě: Bez hodnocení	Po	Út	St	Čt	Pá	So	Ne
		JAK to dělat všímavě: Jedna věc po druhé	Po	Út	St	Čt	Pá	So	Ne
Emoční regulace		JAK to dělat všímavě: Efektivně	Po	Út	St	Čt	Pá	So	Ne
		Ověřování faktů	Po	Út	St	Čt	Pá	So	Ne
		Opačné jednání	Po	Út	St	Čt	Pá	So	Ne
		Řešení problémů	Po	Út	St	Čt	Pá	So	Ne
		Akumulace pozitivních emocí	Po	Út	St	Čt	Pá	So	Ne
		Snižování emoční zranitelnosti pomocí péče o tělo	Po	Út	St	Čt	Pá	So	Ne
Tolerance stresu		Všímavost aktuálních emocí	Po	Út	St	Čt	Pá	So	Ne
	Zvládání krizových situací	dovednost STOP	Po	Út	St	Čt	Pá	So	Ne
		dovednosti SIPS	Po	Út	St	Čt	Pá	So	Ne
	Přijetí reality	Radikální přijetí	Po	Út	St	Čt	Pá	So	Ne
		Nepatrný úsměv, přijímající ruce, otevřenost	Po	Út	St	Čt	Pá	So	Ne
		Všímavost aktuálních myšlenek	Po	Út	St	Čt	Pá	So	Ne
Efektivita v mezilidských vztazích		„DEAR“	Po	Út	St	Čt	Pá	So	Ne
		„MAN“	Po	Út	St	Čt	Pá	So	Ne
		„GIVE“	Po	Út	St	Čt	Pá	So	Ne
		„FAST“	Po	Út	St	Čt	Pá	So	Ne
		Dialektika v sociálních situacích	Po	Út	St	Čt	Pá	So	Ne
		Potvrzování sebe i druhých	Po	Út	St	Čt	Pá	So	Ne

Obr. 3b – Deníková karta pokrač. (česká verze Psychiatrické kliniky FN Brno)

nepříjemných emocí (*distress tolerance*), emoční regulace (*emotion regulation*) a efektivita v mezilidských vztazích (*interpersonal effectiveness*). Všímavost je soubor dovedností, jak plně prožívat realitu takovou jaká je, uvědomovat si a popisovat vnitřní i vnější realitu bez hodnocení či odlišování faktů od hodnocení a interpretací. Cílem všímavosti je snížení utrpení a posílení kontroly nad vlastní myslí. Jedná se o základní dovednost, která je nutná pro použití všech ostatních dovedností. Tolerance nepříjemných emocí je soubor dovedností zahrnující dovednosti pro zvládání krizových situací a dovednosti pro přijetí reality. Dovednosti pro zvládání krizových situací fungují velmi rychle a jsou určeny jen a pouze pro krizové situace – krátkodobé situace, spojené s extrémními emocemi, v nichž typicky hrozí impulzivní a často sebedestruktivní jednání. Cílem je krizi „přežít“ a zabránit impulzivnímu jednání, nejedná se však o dovednosti, které vedou k řešení problémů. Dovednosti pro přijetí reality jsou pak užitečné zejména v situacích, které nelze změnit. Dovednosti z okruhů emoční regulace a efektivity v mezilidských vztazích vedou k dlouhodobým změnám. V regulaci emocí se klienti učí rozpoznat, zda právě prožívaná emoce nebo její intenzita odpovídají faktorům situace a zda je efektivní podle emocí jednat. Pokud ne, pak se klienti učí regulovat emoci pomocí dovednosti opačného jednání, pokud je emoce efektivní, učí se klienti řešit problém, který emoci vyvolal. Dovednosti efektivity v mezilidských vztazích pak zahrnují dovednosti, jak dosahovat svých cílů v mezilidských situacích a přitom si pokud možno udržet jak vztahy, tak svoji vlastní sebeúctu. Další dovednosti z tohoto okruhu se týkají napří-



Adéla Látalová

Mgr. Pracuje na Psychiatrické klinice FN Brno a LF MU jako psycholog ve zdravotnictví a odborný pracovník. Od roku 2019 je frekvantkou psychoterapeutického výcviku v Gestalt terapii (Institut Dialog) a v letech 2019–2020 absolvovala intenzivní výcvik v Dialektické behaviorální terapii ve Velké Británii v institutu British Isles DBT Training, který je odnoží tréninkového institutu Marshy Linehanové. V rámci doktorského studia se věnuje pacientům s hraniční poruchou osobnosti, emoční regulaci a neurálním korelátům DBT.

klad navazování vztahů nebo ukončování destruktivních vztahů.

Ve standardním uspořádání je v každém cyklu tréninku dovedností všímavost zařazena třikrát. Každý klient pak začíná skupinu dovednostmi všímavosti a celý cyklus skupin absolvuje dvakrát za sebou. U standardního půlročního běhu skupin to znamená, že účast v terapii trvá jeden rok. Skupiny jsou obvykle polootevřené a noví klienti vstupují do skupiny právě vždy v bloku všímavosti. Tento postup vede k tomu, že se ve skupině nacházejí účastníci, kteří jsou v DBT různě pokročilí a pokročilejší klienti mohou motivovat nové klienty. Základním úkolem skupiny je tedy co nejefektivněji naučit klienty nové dovednosti, skupinová dynamika se ex-

plicitně neřeší, řeší se jen způsoby chování, které by mohly narušit základní smysl skupiny. DBT dovedností v jednotlivých okruzích existuje mnoho (Linehan, 2014) a konkrétní podobu tréninku dovedností při zachování základních pravidel je možné upravit podle potřeb instituce či klientské skupiny.

4.5. Individuální DBT sezení

Na rozdíl od DBT skupin nemá individuální sezení předem stanovené téma, ale má předepsanou strukturu (Linehan, 1993). Jeho délka je stanovena na 60 minut a počítá se s jedním sezením týdně. Pokud je individuální sezení z jakéhokoliv důvodu vynecháno, mělo by být nahrazeno, aby byla dodržena „předepsaná dávka terapie“. Na začátku každého sezení si terapeut od klienta vyžádá jeho deníkovou kartu. Na jejím základě se vytváří program sezení. V DBT existuje jasně určená hierarchie témat, která se v sezení probírají. Důvodem je princip, že aby klient mohl z terapie čerpat, musí být v první řadě naživu a v druhé řadě v terapii. Na prvním místě hierarchie jsou tak chování ohrožující život klienta (*life-threatening behaviors*), kam patří zejména sebevražedné jednání, sebepoškození a nutkání se zabít nebo se sebepoškodit. Zjednodušeně řečeno to jsou všechny druhy chování, které mohou klientovi znemožnit dožít se dalšího sezení. Pokud se takové chování od minulého sezení vyskytlo, je prioritou a v sezení se provádí jeho podrobná behaviorální analýza a analýza řešení zahrnující již naučené dovednosti.

Na druhém místě hierarchie se nachází chování narušující terapii (*therapy-interfering behaviors*). Zde se jedná o všechny druhy chování, které snižují buď kliento-

vu nebo terapeutovu motivaci společně pracovat a která mohou ohrozit setrvání klienta v terapii nebo jeho pokrok v terapii. Konkrétně se může jednat o: vynechávání sezení, pozdní příchody nebo protahování sezení, neplnění úkolů, lhaní, hostilní reakce nebo mlčení, přílišná únava, disociace nebo panika v sezení a podobně (Linehan, 1993). Na tyto způsoby chování pak v DBT nenahlížíme jako na důvody k ukončení terapie, ale na jedny z důvodů, proč klient v terapii je. Spolupráce v terapii je pak v DBT pojímána jednak jako podmínka pro pokrok v terapii a zároveň jako dovednost, kterou je klienty třeba učit. Linehanová (1993) tak zdůrazňuje, že spolupracující chování mnohdy nelze od klientů pasivně očekávat a je třeba jej aktivně učit a rozvíjet. Koncept chování narušujícího terapii je klientům vysvětlován již v přípravné fázi terapie. Klientům sdělujeme, že pokud se taková chování vyskytnou, budeme se jimi vždy zabývat, avšak nikoliv s cílem klienty kritizovat nebo poučovat, ale s cílem najít vhodnější způsoby chování tak, aby měl klient z terapie co největší užitek. Tento přístup výrazně zvyšuje pravděpodobnost, že klienti budou ochotni se tímto chováním zabývat. Jednou z důležitých funkcí DBT je pak i zvyšování schopnosti stabilně docházet do terapie a pracovat na pokroku v terapii, která může být zásadní v navazující terapii klientů.

Třetí v řadě priorit v individuální terapii jsou chování narušující kvalitu života. Jde o nejrůznější problémy od užívání alkoholu a drog, přes rizikové sexuální chování až po hladovění či zvracení nebo jakékoliv další individuální potíže klientů. Agenda sezení je tedy nastavena podle těchto priorit a často se stává, že na témata, které by

chtěl klient probírat, se již nedostane. Tímto způsobem se klient učí o důsledcích svého chování. Zároveň je však vždy na konci sezení vyhrazen určitý časový prostor pro akutní individuální potíže či události, o kterých klient potřebuje mluvit.

4.6. Telefonický koučink

Telefonický koučink je standardní součástí komplexní DBT terapie. Každý klient má možnost zavolat svému individuálnímu terapeutovi v situaci, kdy se snaží využít některou z DBT dovedností a zároveň potřebují poradit. V takovém hovoru klient nejdříve popíše situaci a sdělí, které techniky zkoušel a s jakým výsledkem. Terapeut pak s klientem hledá další dovednosti a probere konkrétní postup řešení situace. Cílem je přenesení dovedností do běžného života, tedy posilování schopnosti využít dovednost v konkrétní situaci v reálném čase. Telefonát může také sloužit ke sdělení výsledku nějakého úkolu. Pokud klient telefonuje, že je v krizi, že nic nevyzkoušel, popřípadě se chce zabít, může terapeut aktivovat antisuicidální plán. Takové chování je zároveň chápáno jako terapii narušující. Za chování narušující terapii se považuje i takové, kdy by klient měl telefonického kontaktu využít, ale neudělá to. To je v praxi mnohem častější problém než nadužívání telefonického koučinku.

4.7. Konzultační tým

Práce s klienty s hraniční poruchou osobnosti přináší specifické problémy. Pro terapeuty je to často práce náročná, často se potýkají s krizovými situacemi, sebevražedným jednáním nebo malým pokrokem klientů v terapii, někdy se dostávají v terapii do slepé uličky, někdy se objevují vztahové

problémy. Konzultační tým představuje intervizní setkání, které probíhá pravidelně každý týden a kterého se účastní všichni členové DBT týmu, kteří přímo pracují s klienty, ať již jako individuální terapeuti nebo terapeuti ve skupinách. Každotýdenní účast na konzultačním týmu je standardní součástí DBT terapie (Linehan, 1993). V rámci konzultačního týmu přinášejí členové týmu své individuální prožívání v terapii s konkrétními klienty (v psychodynamickém pojetí bychom mohli mluvit o práci s protipřenosem terapeuta). Ostatní terapeuti pak využívají svoje DBT dovednosti a podporují terapeuta v dialektickém přemýšlení, pomáhají terapeutovi nacházet nehodnotící interpretace chování klientů, vyvažují podporu a validizaci terapeuta a možnosti řešení problémů v terapii a pomáhají si navzájem sledovat své limity v terapii. Hlavními cíli konzultačního týmu jsou zmírnění negativních interpretací chování klientů, podpora terapeutů a prevence vyhoření terapeutů. Nejedná se tedy primárně o supervizi, ale spíše o jakousi formu DBT práce s a mezi terapeuty samotnými s cílem udržení a zvyšování efektivity a motivace terapeutů.

4.8. Uspořádání DBT programů a jejich využití u jiných typů problémů

DBT byla původně zamýšlena jako ambulantní psychoterapie. Ve standardním uspořádání probíhá nejprve přípravná fáze s frekvencí jednoho sezení týdně a poté jeden rok DBT terapie, během kterého klient dochází 1x týdně na individuální terapii a 1x týdně na skupinový trénink dovedností. Trénink dovedností je organizován do půlročního cyklu a během terapie absolvují klienti dva cykly tréninku dovedností za se-

bou. DBT lze však při zachování základních pravidel modifikovat do podoby, která je šitá na míru konkrétního pracoviště nebo klientské skupiny. Existuje řada ambulantních programů s kratším docházením (např. půl roku) nebo také DBT programy probíhající za hospitalizace, která typicky trvá 12 týdnů. DBT byla zároveň modifikována pro použití u řady dalších problémů, u kterých se objevují specifické poruchy regulace emocí. Konkrétně existují například adaptace zaměřené na léčbu posttraumatické stresové poruchy (DBT-PTSD), poruch příjmu potravy (DBT-ED) nebo na adolescentní (DBT-A) i dětskou klientelu (DBT-C) (Swales, 2018).

5. Účinnost DBT

Účinnost DBT u jedinců s hraniční poruchou osobnosti byla dokumentována v celé řadě klinických studií. Několik meta-analýz potvrzuje, že u jedinců s hraniční poruchou osobnosti vede absolvování DBT programu ke snížení počtu sebevražedných pokusů a také ke snížení četnosti a závažnosti sebepoškozujícího chování (DeCou, Comtois, & Landes, 2019; Stoffers-Winterling et al., 2012). Další studie ukazují, že DBT může u klientů snížit depresi, úzkost a pocit bezmoci (Bohus et al., 2004; Koons et al., 2001). Několik studií také poukazuje na souvislost mezi DBT a redukcí vzteku a impulzivního chování (Koons et al., 2001; Linehan, Tutek, Heard, Heidi, & Armstrong, 1994; Verheul et al., 2003).

Z výsledků dosavadních studií se zdá, že DBT představuje vhodnou formu léčby zejména pro klienty, kteří mají chronické potíže se sebepoškozujícím a sebevražedným chováním. U těchto vysoce rizikových klientů DBT napomáhá dosažení stabilizace

a behaviorální kontroly a umožňuje jim navázat další psychotherapeutickou práci (O'Connell & Dowling, 2014; Verheul et al., 2003). Efektivitě DBT u klientů s hraniční poruchou osobnosti se detailněji věnujeme v samostatném článku (Látalová, Linhartová, & Kašpárek, v tisku).

Studie van den Boschové a jejích kolegů (2005) ukazuje, že dosažený efekt může u klientů přetrvat i po skončení DBT programu. Autoři této studie však upozorňují, že pro udržení účinku je důležité, aby klienti v následujících fázích léčby pokračovali v psychotherapeutické práci. Mohou přitom využít navazující DBT (tzv. druhá fáze; Linehan, 1993), avšak DBT klienty připravuje pro efektivní navázání v jakémkoliv jiném typu psychotherapie tím, že zvyšuje dovednost sebeuvědomování klientů, dovednosti samostatného zvládání krizových situací, dovednost samostatné práce mezi terapeutickými sezeními nebo dovednosti strukturování času, dodržování závazků a další.

Príspevek byl podpořen grantem MZ ČR NU20-04-0041, projektem specifického vysokoškolského výzkumu MŠMT ČR MU-NI/A/1467/2019 a MZ ČR – RVO (FNBr – 65269705).

Role autorů: Pavel Theiner prováděl rešerši literatury a přispěl svými praktickými zkušenostmi do kapitol 1, 2, 3 a 4, jichž byl spoluautorem. Pavla Linhartová prováděla rešerši literatury a přispěla svými praktickými zkušenostmi do kapitol 1, 2, 3, 5, jichž byla spoluautorkou, a byla hlavní autorkou kapitoly 4. Adéla Látalová prostudovala studie o účinnosti DBT a byla hlavní autorkou kapitoly 5. Všichni autoři se podílejí na výzkumu účinnosti programu DBT

na Psychiatrické klinice FN Brno a LF MU financovaného AZV MZ ČR. Všichni autoři jsou aktivními DBT terapeuty.

Konflikt zájmů: Všichni autoři jsou řešitelé projektů MZ ČR NU20-04-0041, projektem specifického vysokoškolského výzkumu MŠMT ČR MUNI/A/1467/2019 a MZ ČR – RVO (FNBr – 65269705).

LITERATURA

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA.
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unckel, C., Linehan, M. M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: A controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 487–499.
- Bohus, M., Limberger, M., Ebner, U., Glocker, F. X., Schwarz, B., Wernz, M., & Lieb, K. (2000). Pain perception during self-reported distress and calmness in patients with borderline personality disorder and self-mutilating behavior. *Psychiatry Research*, 95(3), 251–260. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(00\)00179-7](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(00)00179-7)
- DeCou, C. R., Comtois, K. A., & Landes, S. J. (2019). Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 50, 60–72. <https://www.nytimes.com/2011/06/23/health/23lives.html>, přístup 20.8.2020
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q., ... Bastian, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32, 371–390.
- Látalová, A., Linhartová, P., & Kašpárek, T. (v tisku). Dialektická behaviorální terapie u pacientů s hraniční poruchou osobnosti: Literární přehled. *Česká a slovenská psychiatrie*.
- Leff, J. P., Vaughn, C. (1985). *Expressed emotion in families: Its significance for mental illness*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2014). *DBT Skills Training Manual*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Tutek, D. A., Heard, Heidi, L. and Armstrong, H. E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment of chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1771–1776.
- Linhartová, P., Látalová, A., Barteček, R., Širůček, J., Theiner, P., Ejova, A., ... Kašpárek, T. (2020). Impulsivity in patients with borderline personality disorder: A comprehensive profile compared with healthy people and patients with ADHD. *Psychological Medicine*, 50(11), 1829–1838.
- Niedtfeld, I., Schmitt, R., Winter, D., Bohus, M., Schmahl, C., & Herpertz, S. C. (2017). Pain-mediated affect regulation is reduced after dialectical behavior therapy in borderline personality disorder: A longitudinal fMRI study. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 12(5), 739–747.
- O'Connell, B., Dowling, M. (2014). Dialectical behaviour therapy (DBT) in the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 518–525.
- Schmahl, C., Bohus, M., Esposito, F., Treede, R., Di Salle, F., Greffrath, W., ... Seifritz, E. (2006). Neural Correlates of Antinociception in Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 659–667.
- Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(8), 1–259.

- Swales, M. A. (2018). *The Oxford Handbook of Dialectical Behaviour Therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Šlepecký, M., Praško, J., Kotianová, A., & Vyskočilová, J. (2018). *Třetí vlna v kognitivně-behaviorální terapii: Nové směry*. Portál.
- van den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., Stijnen, T., Verheul, R., van den Brink, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1231–1241.
- Verheul, R., van den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., de Ridder, M. A. J., Stijnen, T., & van den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 182, 135–140.
- WHO international, <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>, přístup 28.1.2021.

Došlo do redakce 8. 1. 2021, v revidovaném znění 2. 2. 2021. K publikaci přijato 2. 2. 2021.