

SCHEMATERAPIE HRANIČNÍ PORUCHY OSOBNOSTI

Schema therapy of Borderline Personality Disorder

Beata Pašková

*První Institut schematerapie České republiky a Slovenska (www.schematerapie.cz), Praha, CZ;
e-mail: betala@centrum.cz*

Psychoterapie. 15 (1), 69–87; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT:

Schematerapie je poměrně nový integrativní psychotherapeutický směr zaměřený na léčbu komplexních a chronických osobnostních problémů, zejména poruch osobnosti, ale i chronických depresivních stavů a komplexních traumat. Hraniční porucha osobnosti (HPO) je nejčastější duševní porucha, u které se schematerapie používá. Účinnost schematerapie u HPO byla zatím i nejlépe prozkoumána a je podpořena řadou slibných výsledků z vědeckých studií. Pro HPO jsou vyvinuty specifické postupy jak v rámci individuální, tak i skupinové schematerapie. Cílem článku je přiblížit teoretická východiska, model a terapeutické intervence schematerapie nejprve v obecné rovině. Dále je článek zaměřen na specifika schematerapeutického přístupu při léčbě hraniční poruchy osobnosti.

Klíčová slova: schematerapie, schémata, schéma módy, hraniční porucha osobnosti

ABSTRACT:

Schema therapy is a relatively new integrative psychotherapeutic approach developed for complex, chronic and personality problems, mainly personality disorders, but also for chronic depression and complex trauma. Borderline Personality Disorder

(BPD) is the most common mental health disorder in which schema therapy is applied. The effectiveness of schema therapy in BPD is also best researched and supported by a number of promising results from scientific studies. Specific procedures for BPD were developed both within individual and group schema therapy. The aim of the article is to introduce theoretical background, model and therapeutic interventions of the schema therapy firstly in general. Further on the article focuses on the specifications of the schema therapy approach in the treatment of Borderline Personality Disorder.

Key words: schema therapy, schemas, schema modes, Borderline Personality Disorder

ÚVOD

Hraniční porucha osobnosti (HPO v DSM V, v MKN 10 jako Emočně nestabilní porucha osobnosti) je diagnóza s poměrně špatnou pověstí. Jednak kvůli své obtížné léčbě, častým krizím se suicidálním rizikem, náhlým přerušáním terapie, ale i nárokem na profesionály co se týče odbornosti a vlastní schopnosti regulace emocí. Dovolím si tvrdit, že přístup k ní jako by ilustroval samotný charakter nemoci – je často nekonzi-

stentní až chaotický ve svých doporučených léčebných postupech, a to jak farmakologických, tak psychoterapeutických.

Schematerapie jako nový integrativní psychoterapeutický směr se úspěšně snaží odpovídat natyto výzvy a byla vyvinuta s ohledem na ně. Nabízí ucelený a dobře propojený teoretický a terapeutický model, jehož účinnost je dnes dokumentována v řadě studií. V jedné z nejznámějších schematerapie vedla k úzdavě u zhruba 50 % pacientek s HPO a významnému klinickému zlepšení u dvou třetin pacientek. Schematerapie byla téměř dvakrát účinnější než psychodynamická psychoterapie (Giesen-Bloo et al., 2006).

SCHEMATERAPIE – ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA, HISTORIE A JEJÍ POSTAVENÍ MEZI JINÝMI PSYCHOTERAPEUTICKÝMI SMĚRY

Schematerapii vyvinul americký psycholog Jeffrey Young (2003) na počátku devadesátých let minulého století. Jeffrey Young byl žákem Aarona Timothy Becka (zakladatele kognitivní terapie) a léta pracoval v jeho Institutu pro kognitivní terapii. Je rovněž žákem Richarda Lazaruse a Josepha Wolpeho (Young, 2017). Jak uvádí, prošel také vlastní gestalt terapií, která ho v mnohém inspirovala. Jeff Young tedy vycházel z terapie, do které včlenil prvky jiných psychoterapeutických směrů a vytvořil integrovaný psychoterapeutický model, který přesahuje pouhou sumu jednotlivých integrovaných částí (Young, 2017).

Tento unikátní model obohacuje kognitivně-behaviorální terapii o prvky z psychodramatu, gestalt terapie a na emoce zaměřené terapie, které umožňují efektivnější práci s emocemi. Dále se opírá o principy

humanistických směrů – vyzdvihuje univerzální lidské potřeby jako nezbytnou součást zdárného rozvoje osobnosti. Z psychodynamických směrů vychází zaměření na původ duševních poruch a potíží v dětství. Schematerapie rovněž vychází z vývojové psychologie, zejména z teorie citové vazby (attachementu) Johna Bowlbyho a Mary Ainsworthové, o kterou opírá pojetí psychoterapeutického vztahu.

Jeff Young vyvinul schematerapii ve snaze řešit problémy těch klientů, pro které kognitivně-behaviorální terapie (KBT) nebyla dostatečně účinná nebo dosažená změna byla pouze dočasná. Popisuje své zkušenosti tak, že část klientů opakovala totožné prohlášení: „vím, že to není tak zlé, věřím tomu na rozumové úrovni a mám důkazy, že přeháním, ...ale, prostě stále to tak cítím ...“. Poukazování na to, že klient argumentuje „pouze“ svými pocity nepomáhalo. Jeff Young se proto zaměřil více na emoční prožitky svých klientů, jejich charakteristiku a vznik. Dospěl k přesvědčení, že osobnostní patologie a s ní spojená emoční dysregulace se často vyvíjí z neuspokojených základních emočních potřeb v dětství, které vedou k rozvoji tzv. raných maladaptivních schémat (RMS) (early maladaptive schemas). Young říká, že roli při rozvoji RMS hraje i vrozený temperament dítěte.

Většina odborné veřejnosti schematerapii označuje za tzv. třetí vlnu KBT. Z historického hlediska bych ráda zmínila přátelskou polemiku Becka a Younga na Světovém kongresu KBT v Bostonu v r. 2010. Beck v ní tvrdí, že „kognitivní terapie musí být upravena tak, aby odpovídala každé poruše. Cokoliv funguje je součástí kognitivní terapie“. Jeff Young naopak soudí, že sche-

materapie je nový samostatný psychoterapeutický směr – přestože využívá všechny kognitivní a behaviorální techniky, má řadu signifikantních odlišností, kterými odpovídá na mezery v KBT. Mezi základní odlišnosti zahrnuje:

- potřebu integrativních a na emoce zaměřených technik
- potřebu širšího koncepčního rámce, včetně emoční aktivace a maladaptivních způsobů zvládnání
- přidání modelu z vývojové psychologie
- důraz na terapeutický vztah jako korektivní emoční zkušenost vedoucí k úpravě poruch citové vazby (attachmentu).

ZÁKLADNÍ KONCEPT A POJMY SCHEMATERAPIE

Schematerapie popisuje model psychopatie a vysvětluje etiologické a klinické projevy duševních poruch, na kterých staví psychoterapeutické postupy. Je transdiagnostická, ale zároveň rozvíjí i specifické intervence u jednotlivých poruch. Zaměřuje se intenzivně na hraniční poruchu osobnosti a rozvíjí postupy jak v individuální, tak skupinové formě. Velmi dobrý ucelený program integrující individuální a skupinové postupy pro docházkové skupiny i hospitalizované pacienty popsali ve své knize *The Schema Therapy Clinician's Guide* Joan Farrell, Neele Reiss a Ida Shaw (2014).

Mezi základní pojmy modelu schematerapie patří tedy schémata, zejména raná maladaptivní schémata, schéma módy a základní emoční potřeby v dětství. Z terapeutických intervencí představuje zejména unikátní terapeutický vztah tzv. limited reparenting – ohraničené opakované rodičovství. Schematerapie pracuje kromě celé škály KBT technik se zážitkovými technikami,



Beata Pašková

MUDr. Je psychiatrička a psychoterapeutka. V letech 1995–2005 pracovala v Psychiatrickém centru Praha, kde vedle 1. a 2. atestace z psychiatrie ukončila i psychodynamický a KBT výcvik. V letech 2005–2020 pracovala ve Velké Británii, kde se věnovala převážně léčbě poruch osobnosti. Absolvovala výcviky v Dialekticko-behaviorální terapii a schematerapii. Vedla oddělení pro poruchy osobnosti a krizové oddělení pro ženy v Londýně, Cambridge a Coventry. V r. 2018 založila První Institut schematerapie České republiky a Slovenska a vede výcviky v obou zemích. Od léta roku 2020 žije a pracuje v Čechách. Její specializací jsou kromě poruch osobnosti úzkostné poruchy včetně OCD a PTSD.

nejvíce s přepisem v imaginaci a tzv. prací se židlemi (dialogy s módy).

Schémata

Schémata jsou relativně stálé psychologické klastry či vzorce vzpomínek, emocí, kognicí a tělesných pocitů vznikajících v dětství a adolescenci. Někdy se popisují jako jakýsi tlumočnický náš reality, či barevné sklíčko, přes které se díváme na svět.

Tyto vzorce jsou pro jedince charakteristické a tvoří součást jeho osobnosti. Mají kvantitativní rozměr a v průběhu života mohou procházet dvojitým vývojem, mohou se buď posilovat nebo vyhasínat.

Young tvrdí, že se schémata rozvíjí podle míry a kvality naplňování tzv. základních emočních potřeb v dětství. Pokud jsou tyto potřeby dostatečně naplněny, dítě vytváří adaptivní psychologické vzorce, takzvaná adaptivní schémata, kterými vnímá a vyhodnocuje svou realitu.

Raná maladaptivní schémata (RMS)

Raná maladaptivní schémata jsou naopak výsledkem interakce neuspokojených základních emočních potřeb dítěte, vrozeného temperamentu a vlivu prostředí. I tyto vzorce měly alespoň částečnou adaptivní funkci v dětství jako psychologická homeostatická odezva na nepříznivé prostředí (například zneužívání, zanedbávání, odloučení od rodičů apod.). Jak bylo výše zmíněno, jsou postupně integrovány do osobnostní výba-

vy a mohou se stát stabilními osobnostními rysy, které se však v dospělosti stávají ve větší či menší míře dysfunkčními. I zde platí, že dle dalších životních událostí můžou procházet dvojím vývojem, buď se posilují, nebo vyhasínají – „hojí se“.

Koncept schémat v pojetí schematerapie je širší než koncept kognitivních schémat v KBT a zahrnuje nejenom kognitivní struktury, jako jsou jádrová přesvědčení o sobě, o světě a o jiných lidech, ale i emoce, vzpomínky, tělesné pocity a myšlenky, které vedou k typickému chování s nimi spojeným.

Jeff Young navrhl a popsal 18 raných maladaptivních schémat, která původně rozdělil do pěti „domén“. Od teorie pěti domén se později upustilo a dnes řadíme schémata do 4 základních kategorií podle obsahu (tab. 1).

Tab. 1 Přehled schémat podle obsahu (Farrell et al, 2014)

Porucha navázání vztahů a zavržení	Narušená autonomie a výkonnost
Nedůvěra/ zneužití	Závislost/ neschopnost
Emoční deprivace	Zranitelnost vůči poškození nebo nemoci
Vadnost/stud	Propletení/Nevyvinuté sebepojetí
Sociální izolace/odcizení	Opuštění/Nestabilita
Emoční inhibice	Podřízenost
	Selhání
Narušení hranic	Přehnaná očekávání
Nadřazenost	Sebeobětování
Nedostatečná sebekázeň	Nesplnitelné nároky
Nezařazené	
Negativita/ pesimismus Punitivita	Hledání souhlasu a uznání

Tab. 2 Přehled schéma módů a porovnání s anglickými výrazy

Child modes	Dětské módy
Vulnerable child Subcategories: abandoned, abused, humiliated, lonely child	Zranitelné dítě Podskupiny: opuštěné, zneužívané, ponížené, osamělé dítě
Angry child and Enraged child	Rozhněvané dítě a Rozzužené dítě
Impulsive a Undisciplined child	Impulzivní a Nedisciplinované dítě
Dysfunctional Coping modes (styles)	Dysfunkční zvládací (copingové) módy
<i>Overcompensator</i> Subcategories: Self-aggrandiser, Bully/Attack Other: Attention seeker, Perfectionistic Overcontroller, Paranoid Overcontroller, Predator, Conning/Manipulative	<i>Hyperkompenzátor</i> Podskupiny: Grandiózní Chlubil/Náfuka, Násilník/Utočnick Hledač pozornosti, Perfekcionistický Kontrolor, Podezřívavý Kontrolor, Predátor, Podvodník/Manipulátor
<i>Avoidant Coping Modes</i> Detached Protector Var. Avoidant Protector, Angry Protector Detached self-soother (self-stimulator)	<i>Vyhýbavé zvládací módy</i> Odtahovaný ochránce Varianty: Vyhýbavý ochránce, Rozzlobený ochránce Odpojený sebeutěšitel (sebestimulátor)
<i>Compliant Surrender</i>	<i>Poslušný kapitulátor</i>
Critic (parent) modes	Kritické (rodičovské) módy
Demanding and Punitive Critic	Náročný a Trestající Kritik
Healthy Adult mode	Zdravý dospělý
Includes: Happy Child, Good Parent	Zahrnuje módy: Šťastné dítě, Dobrý Rodič

Příklad schématu Vadnost/Stud: Nejen přesvědčení, že jsem „vadná, bezcenná“, ale i pocit studu, prožívání emoce s příslušnou fyziologickou reakcí, vzpomínky na dřívější odmítnutí. Původ je v nenaplnění základních emočních potřeb – potřeby při-

jetí, lásky, validace, bezpečí při opuštění biologickými rodiči a odmítnutí adoptivními rodiči. Spustí se vždy, když pacientka prožívá bezpodmínečnou akceptaci od blízkých lidí.

Zvládací (copingové) styly

Na základě opakovaných negativních zkušeností s nenaplňováním potřeb si dítě upevňuje svá maladaptivní schémata a hledá vhodné zvládací strategie, které vedou alespoň k částečné regulaci negativních emocí, částečnému naplnění potřeb, zejména pocitu bezpečí. Mezi zvládací strategie (tzv. copingové styly) řadí Young vyhýbání se schématu, podrobení se schématu (kapitulace) a kompenzace schématu. Analogicky si tyto strategie můžeme vysvětlit jako dobře známou psychickou reakci na stres – boj-útek-zamrznutí (fight-flight-freeze). Podle toho, jak se která reakce osvědčuje a v součinnosti s temperamentem dítěte se na jejich základě postupně vytváří komplexnější behaviorální odpovědi na spuštěné schéma, tzv. zvládací (copingové) schéma módy.

Schéma módy

Schéma mód vyjadřuje momentální stav, ve kterém se člověk nachází při spuštění jednoho nebo více schémat. Obsahuje tedy jak schéma samotné – vzpomínky, myšlenky, pocity, fyziologické reakce, přesvědčení – tak i behaviorální odpověď na něj.

Pro názornost a pro lehké zapamatování lze říct, že schéma je (trvalý) rys, schéma mód (momentální) stav.

Rozlišujeme 3 typy maladaptivních schéma módů – dětské módy, módy Kritika (dříve označované jako rodičovské módy) a již zmíněné zvládací (copingové) módy. Vedle nich známe i dva adaptivní módy: Šťastné dítě a Zdravý dospělý (tab. 2.).

Dětské módy (Zraněné dítě, Rozzlobené dítě, Impulzivní/Nedisciplinované dítě) jsou vrozené primární reakce na neuspokojené

základní emoční potřeby (např. pocit bezpečí, vlastní ceny, pochopení, validace, autonomie, přiměřené hranice). Vyznačují se intenzivními emocemi. Například do módu Zranitelné dítě se promítá bolest schématu a emoce jako je strach, bezmoc, smutek, beznaděj. Mód Rozzlobené dítě je naopak charakterizovaný živým, silným, iracionálním vztekem, který někdy může přecházet až v zuřivost. Mluvíme pak o módu Rozzuřeného dítěte.

Dysfunkční módy Kritika (Trestající kritik nebo Náročný kritik) vznikají internalizací negativních zážitků a vzkazů od důležitých „attachmentových figur“ (např. rodiče, učitelé, sourozenci, vychovatelé, vrstevníci atd.). Projevují se hlavně v myšlenkách, v našich soudech a proslovech k sobě. Trestající Kritik často shazuje, ponižuje a vybízí k potrestání klienta za nesprávné chování. Náročný Kritik zas drtí klienta nesplnitelnými nároky a/nebo ho nutí k přehnanému perfekcionismu.

Maladaptivní zvládací (copingové) módy vznikly na základě výše popsaných zvládacích stylů (boj – hyperkompenzace; útek – vyhýbání; anebo zamrznutí – kapitulace) a projevují se zejména v chování klienta. Dělíme je do tří skupin:

1. **Vyhýbavé módy** (Avoidant modes) mezi které patří například mód Odtahitý Ochránce (Detached Protector), Odpojený Sebeutěšitel/Sebestimulátor (Detached Self-soother/Self-stimulator) a další. V těchto módech se člověk snaží vyhnout emocím spojených se schématy. A to buď doslova fyzicky, tehdy mluvíme o Vyhýbavém ochránci, psychicky u Odtahitého ochránce,

či změnou emocí utišením či stimulací za použití substance (droga, jídlo, alkohol) nebo určitého chování (např. gambling, „adrenalinové aktivity“) u Sebeutěšitele/Sebestimulátora.

Příklad: u již zmíněného schématu Vadnost/stud se může Vyhýbavý mód projevovat tak, že klient odmítá vyjádřit svůj názor, nepřijímá žádné výzvy a v konečném důsledku nenaplnuje svůj potenciál.

2. *Mód Poslušný Kapitulátor* (Compliant Surrender). V tomto módu se pacient chová jakoby schéma bylo úplná pravda, žije podle pravidel schématu, kterému se zcela podrobuje.

Příklad: Na schéma Vadnost/stud reaguje Poslušný kapitulátor přijetím zlého zacházení, vybírá si kritické partnery, shazuje se před druhými, nevěří si. V některých případech v terapii odmítá pomoc jako zbytečnou, jelikož je přesvědčený o habituální podstatě své „vadnosti“.

3. *Módy Hyperkompenzátora* (Overcompensator) jsou spojené s reakcí „boj“. Jde o pokus o kompenzaci schématu, ale reakce je často příliš „bojovná“ a jaksi přestřelená. Někdy však může být i částečně adaptivní. Mezi Hyperkompenzátory patří například Perfekcionista (Perfectionistic Over-controller), Hledač pozornosti (Attention seeker), Násilník/Útočník (Bully/Attack mode), Grandiózní chlubil (Self-aggrandiser) a další.

Příklad: Schéma Vadnost/stud se může hyperkompenzovat do nadřazeného a kritického chování vůči druhým, ale i nárokům na sebe ve smyslu perfekcionismu.

Maladaptivní zvládací módy nejsou vědomé. Proto je důležitou součástí iniciální

fáze terapie nácvik tzv. mode awareness – uvědomování si módů. Jejich rozpoznání usnadňuje pochopení přehnaného, někdy zdánlivě nelogického chování klienta, porozumění motivaci jeho chování a umožňuje je pojmenovávat v novém konceptuálním rámci. Na zvládací módy můžeme nahlížet i jako na soubor obranných mechanismů.

Základním cílem schematerapie módů je v první fázi naučit klienta rozpoznávat své módy, porozumět jejich vzniku ve vztahu k raným maladaptivním schématům a zachytávat jejich výskyt v běžném životě mimo terapii. Dále pak ošetřit dětské módy, eliminovat či výrazně omezit dysfunkční módy Kritika a modifikovat a postupně nahrazovat maladaptivní zvládací (copingové) módy zdravějším, adaptivnějším způsobem z pozice módu Zdravý Dospělý. V neposlední řadě pak rozvíjet kreativitu a spontaneitu často zanedbávaného módu Šťastného dítěte.

Základní emoční potřeby v dětství

Aby se osobnost a duševní zdraví dítěte řádně rozvíjely do dospělosti, jinými slovy, aby se rozvíjela zejména adaptivní schémata, musí být v dětství naplněny univerzální, takzvané jádrové či základní emoční potřeby. Jeff Young (2003) udává 5 základních emočních potřeb:

1. **Bezpečná vazba na druhé (pocit bezpečí, jistoty, stability, péče, lásky, porozumění, akceptace)**
2. **Autonomie, kompetence a pocit vlastní identity**
3. **Svoboda ve vyjadřování validních potřeb a pocitů**
4. **Spontaneita, hravost**
5. **Reálné hranice a sebekontrola**

Pokud základní potřeby nejsou naplněny, dítě postupně rozvíjí raná maladaptivní schémata (RMS). Je několik mechanismů vzniku RMS. Patří mezi ně:

- toxická frustrace základních potřeb
- traumatizace a viktimizace
- zanedbávání
- přílišná shovívavost
- selektivní internalizace nebo identifikace s attachmentovou figurou
- výrazný temperamentový nesoulad mezi rodiči a dítětem
- neurobiologické aspekty, jako například vrozené sklony k impulzivitě, ADHD apod.

Při signifikantním nenaplnění potřeb pod vlivem RMS pak v dospělosti může docházet nejenom k narušené schopnosti vytvářet bezpečné vazby a zdravé vztahy, narušenému sebevědomí a emocionální nestabilitě, ale i k vzniku afektivních, úzkostných či osobnostních poruch klinické hloubky, včetně poruch osobností.

Young shrnuje, že primárním cílem schematerapie je změna dysfunkčních vzorců chování v životě, tzv. životních pastí (life traps), a naplnění nenaplněných základních dětských potřeb. Říká, že úspěšná terapie je víc než nácvik dovedností a vede k pozitivní osobnostní změně.

VYŠETŘENÍ A KONCEPTUALIZACE V SCHEMATERAPII

Assessment v schematerapii, zvláště u HPO, jde ruku v ruce s edukací o dětských potřebách, schématech a módech a prvními terapeutickými intervencemi. To proto, že u HPO již při prvních minutách úvodního sezení můžeme působit terapeuticky nebo

naopak. Omezené opakované rodičovství se tedy proplétá s vyšetřením a edukací podle toho, co se momentálně děje v sezení. Obecně platí, že schematerapeut dává přednost emočně nabitému momentu před vyšetřením a edukací, ke kterým se ale vrátí poté, co ošetří silné emoce v sezení. Tento postup v schematerapii je strukturovaný a flexibilní zároveň a aplikuje se i ve všech dalších fázích terapie.

Schematerapie používá čtyři základní zdroje informací o možných schématech a módech. Jsou to:

- anamnéza, historie, agenda, s kterou klient přichází
- chování při rozhovoru, vztahování se k terapeutovi
- dotazníky
- imaginace zážitku z dětství, tzv. přemostění (bridging)

Ve vyšetření se kromě běžné anamnézy zaměřujeme na rozpoznávání a propojování opakujících se maladaptivních vzorců chování provázejících klienta celý dosavadní život a na dosavadní způsoby naplňování základních emočních potřeb. Při rozhovoru si všímáme chování klienta z pohledu módů, vnímáme, který mód je právě přítomen v sezení.

Pomocnou, ale ne diagnostickou funkci mají dotazníky, a to zejména Youngův dotazník schémat (Young Schema Questionnaire – YSQ), Youngův rodičovský dotazník (Young Parental Inventory – YPI) a Seznam schéma módů (Schema Mode Inventory – SMI). Je nutno dodat, že výsledky dotazníků mohou být zkreslené, pokud je klient vyplňuje v některém z jeho signifikantních módů (např. v módu Odtahžitý ochránce můžeme od pacienta získat falešně

negativní výsledky). Konceptualizace případu se proto musí opírat i o další zdroje informací. Při nejasnostech probíráme s klientem jednotlivé otázky v dotaznících ve vztahu k jeho osobní historii.

Zážitkové techniky Young (2003) doporučuje používat i jako diagnostický nástroj v případě, že je pacient schopný imaginovat. Po návratu kotvicích imaginací, např. imaginace bezpečného místa, bublina bezpečí apod., je pacient veden tzv. emočním mostem (emotional bridge, bridging) k propojování emočně nabitých situací v současnosti s podobnými situacemi v dětství či adolescenci. Někdy je nutné, aby terapeut pokračoval přepisem situace v imaginaci. Při této technice terapeut vstupuje do imaginace jako bezpečná osoba na podporu klienta a jednak mluví a vyjednává s attachmentovými figurami, jednak poskytne dítěti v imaginaci bezpečí. Mluví přímo k dítěti, ptá se, co ještě dítě potřebuje, jak se cítí, co je ještě potřeba udělat a vkládá do představy nové prvky podle těchto požadavků. Teprve, až si je terapeut jist, že se dítě v imaginaci cítí dostatečně ošetřeno, se imaginace ukončí. Poté následuje diskuze, jak klient prožíval imaginaci, které témata jsou pro něj důležitá i pro současnost a jak přijímá zásah terapeuta v roli podpůrné osoby v imaginaci.

Konceptualizace případu a mapování módů

V schematerapii se klade velký důraz na přesnou konceptualizaci. Terapeut vyplňuje v kooperaci s klientem podrobnou Konceptualizaci případů. Je to formulář o 14 základních položkách, který je „živým“ dokumentem, doplňuje a upravuje se v průběhu terapie. Mapuje jak schémata

a módy pacienta, tak historické souvislosti, nenaplněné potřeby v dětství, a dále určuje cíle terapie a hodnotí terapeutický vztah.

Mapování módů

Je kreativní, živá a hravá forma konceptualizace, která je zároveň i edukativní a posiluje terapeutický vztah. Terapeut a klient společně kreslí tzv. osobní *mapu módů* zobrazující nejtypičtější módy a vztahy mezi nimi, kterým může klient dávat osobní jména. Například Zranitelné dítě se může pojmenovat „Malá Bětka“, Odtahový ochránce jako „Zed“, „Obrněný Pavel“, módy Kritika jako „Teroristka“, „Diktátor“ apod. (Ale pozor, Kritikům nikdy nedáváme jméno pacienta!)

TERAPEUTICKÉ INTERVENCE V SCHEMATERAPII

Schematerapie má svou strukturu a sloupnost, není však manualizovaná. Můžeme plánovat sezení a intervence podle předem navrženého plánu (Farrell et al., 2014) ale zároveň vždy dáváme přednost silným emočním změnám a projevům, vyskytnou-li se v sezení. Takto často dojdeme k lepšímu výsledku než při plánovaném sezení. Poučka, která zde platí, je: „Uchop emotivní moment, než se vytratí.“ V některých situacích je však struktura schematerapie žádoucí a může poskytnout bezpečný rámec jak pro pacientku, tak pro terapeuta.

V modelu schematerapie se spojuje snaha o hlubší změny v oblasti emočního prožívání, s úpravou kognitivního stylu, prolomením behaviorálních vzorců a nácvikem nového adaptivního chování. Cílem těchto intervencí je pokud možno trvalá změna problematických osobnostních rysů.

Terapeutické přístupy v schematerapii

tak můžeme rozdělit na čtyři hlavní oblasti: zážitkovou, interpersonální, kognitivní a behaviorální. Vedle známých kognitivních a behaviorálních technik zařadil Young, jak už je uvedeno, techniky zážitkové, například techniku prázdné židle z gestalt terapie, práci v imaginaci, kterou rozvinul o již zmíněné „přemostování“ (emotional bridge, bridging) a „přepis v imaginaci“ (imagery rescripting). Propracoval také hraní rolí, zejména při práci se schéma módy. Velmi důležitou roli v interpersonálním přístupu hraje v schematerapii terapeutický vztah, ve kterém se terapeut snaží adekvátním způsobem doplňovat nenaplněné emoční potřeby z dětství.

Omezené opakované rodičovství (limited reparenting)

Je metoda a zároveň terapeutický styl tvořící základní kvalitu vztahu mezi klientem a schematerapeutem. Je to jakési terapeutické rodičovství, kde terapeut v rámci profesionálních hranic představuje roli pečujícího rodiče s reálnými rysy, schopného naplňovat potřeby klienta ve zdravé míře. Představuje výrazný posun oproti klasické KBT a troufám si říct, že leží v jádru všech schematerapeutických intervencí. Vede k zásadní změně na explicitní i implicitní úrovni prostřednictvím opakované korektivní emoční zkušenosti. Omezené opakované rodičovství vyžaduje od schematerapeuta vlastnosti jako je autenticita, porozumění vlastním schématům a módům a odvahu konfrontovat se s nimi i vlastními emocemi. Dále předpokládá i odvahu k přiměřenému sebeotevření (vždy za účelem terapeutického efektu). Rovněž tak i zralost, zkušenost a vnitřní integritu při dodržování profesionálních hranic v takto

definovaném vztahu. Terapeut působí jako jakési antidotum k nenaplněným potřebám klienta a jeho cílem je postupné doplňování neuspokojených dětských potřeb, jakými jsou např. vytvoření bezpečí, vřelost, zájem, validace, určení reálných hranic, rozvoj k samostatnosti, hravost, kreativita apod. V dalších fázích pak učí terapeut pacienta naplňovat své potřeby adaptivně a samostatně. To vede, společně s jinými výše uvedenými metodami z oblasti kognitivně-behaviorální terapie, k postupnému vyhasínání intenzity schémat a tím i klientových reakcí na ně. Následně pak k nižšímu výskytu a menší intenzitě maladaptivních schémat módů. Dochází k postupnému posunu a posílení tzv. „zdravých“ schémat módů – Zdravý dospělý a Šťastné dítě. Omezené opakované rodičovství není jen empatie a porozumění. Jde za obvyklou mez vřelosti a péče, validuje, povzbuzuje a také, metodou tzv. empatické konfrontace, udává zdravé limity, pokud je to nutné.

Obecně platí, že v hledáčku terapeutova zájmu je vždy na prvním místě bezpečí a další potřeby Zranitelného dítěte, ať už je tento mód právě v terapii přítomen, či nikoliv. Terapeut se ptá sám sebe: „Co by udělal dobrý rodič?“ a podle toho hledá vhodné intervence. Pokud se to slučuje s hranicemi terapeuta, může ale nemusí poskytovat i flexibilní limitovaný kontakt mimo terapeutická sezení, formou krátkého emailu či telefonátu.

VÝZKUM

Účinnost schematerapie byla zkoumána nejintenzivněji právě u HPO. V současné době je publikováno šest studií zaměřených na účinnost schematerapie u HPO, tři randomizované klinické studie, jedna

série kazuistik a dvě pilotní studie. Tři studie zkoumají účinnost v individuální a tři ve skupinové schematerapii. Výzkum je momentálně velmi intenzivní, je rozpracována další řada studií, nejenom pro HPO, jejichž výsledky můžeme očekávat v dohledné době.

První sérii 6 kazuistik publikovali Nordahl a Nysaeter (2005). Pacientkám s HPO byla po dobu 22 měsíců, jednou týdně poskytována individuální schematerapie. Výsledkem byl signifikantní pokles intenzity maladaptivních schémat, pokles depresivních a úzkostných symptomů, obecné psychopatie a zlepšení interpersonálního fungování. V r. 2006 (Giesen-Bloo et al.) byla publikována velká randomizovaná studie (n=86) srovnávající schematerapii s terapií zaměřenou na přenos (transferenční-fokální terapie – psychodynamická terapie Otty Kernberga). Oba terapeutické přístupy vedly ke klinicky signifikantnímu zlepšení, ovšem schematerapie se ukázala účinnější ve všech měřených ukazatelích. Studie začala v r. 2000 a zahrnovala 3 roky terapie. Při follow-upu po 4 letech od začátku terapie 52 % pacientek léčených schematerapií nespĺňovalo dále kritéria pro HPO a více než dvě třetiny vykazovaly klinicky signifikantní redukci symptomů HPO. Nadort a spol. (2009) publikovali výsledky randomizované studie se dvěma skupinami pacientů (n=62) v individuální schematerapii, z níž jedné byla poskytována možnost telefonní konzultace mezi sezeními a druhé nikoliv. Obě skupiny po 18 měsících vykazovaly stejné výsledky, kritéria pro diagnózu HPO dále nespĺňovalo 42 % pacientek. Klinická účinnost podpůrných telefonních hovorů mimo terapie se tedy neprokázala.

Farrell et al. (2009) porovnávali účinnost skupinové schematerapie s TAU (eklektická a podpůrná terapie). Ukázalo se, že skupinová schematerapie byla signifikantně účinnější ve všech měřených parametrech a k statisticky významnému poklesu klinických příznaků došlo u 94 % pacientek ve srovnání s 25 % u skupiny s TAU. U schematerapeutické skupiny byl nulový drop-out oproti 25 % u skupiny s TAU. Za zmínku stojí i studie ve které Fassbinder et al. (2016) zkoumali účinnost a proveditelnost skupinové schematerapie u 10 pacientek s těžkou HPO zatíženou vysokým rizikem sebepoškozování, suicidálního jednání a častou hospitalizací. Výsledky opět potvrdily vysokou účinnost skupinové schematerapie ve všech měřených klinických parametrech. Významně se snížil i počet dní a frekvence hospitalizace a naopak se zvýšila kvalita života a subjektivně prožívaný pocit štěstí. Tato studie má ovšem limity v malém počtu pacientek a absenci kontrolní skupiny.

Závěrem lze říct, že i když výsledky zatím dostupných studií není možné plně generalizovat, jsou velmi slibné a ukazují na další směřování výzkumu ve smyslu randomizovaných studií s větším počtem klientů. Schematerapie se jednoznačně ukazuje jako efektivní nejenom při redukci příznaků HPO ale i při zlepšení fungování a kvality života pacientů. Ve svém důsledku je i ekonomicky výhodná tím, že snižuje nároky na ad hoc krizovou péči a hospitalizaci. Z hlediska dosažitelnosti v psychiatrických zařízeních se jeví jako slibná skupinová schematerapie.

SPECIFIKA SCHEMATERAPIE U HRANIČNÍ PORUCHY OSOBNOSTI

Poznámka na úvod – vzhledem k převaze ženské patientské populace budu dále používat v textu ženský rod.

Pacientky s HPO jsou výzvou pro všechny psychoterapeutické přístupy. Někteří psychoterapeuti dodnes razí přesvědčení, že poruchy osobnosti včetně HPO jsou v podstatě terapeuticky neovlivnitelné a neléčitelné. Naštěstí dnes existuje několik psychoterapeutických přístupů zaměřených na terapii HPO, které toto vyvrací. Mezi ně patří i schematerapie. Souběžně s dialekticko-behaviorální terapií Marshy Linehanové se schematerapie vyvinula z KBT jako snaha o nalezení efektivnějších postupů právě u poruch jako je HPO. Jak již bylo zmíněno HPO sebou přináší do terapie několik specifických výzev. Z pohledu schematerapie to jsou:

- nejistá citová vazba (insecure attachment)
- nízká úroveň emočního uvědomění si (low emotional awareness)
- velký počet hluboce zakořeněných a maladaptivních schémat
- rychle se střídající maladaptivní zvládací módy (mode flipping)
- silně represivní módy Trestajícího Kritika a Náročného Kritika
- málo rozvinutý mód Zdravý dospělý.

Pojďme si rozebrat jednotlivé body blíže. V první řadě musíme mít na paměti, že nejistá, nejčastěji dezorganizovaná citová vazba se může projevat i v terapeutickém vztahu. Negativní vztahové zkušenosti v průběhu života, často s nejbližšími lidmi ve svém okolí, vedly k zvýšené ostražitosti a nedůvěřivosti. Pacientky s HPO jsou schop-

né detekovat velmi jemné náznaky hostility, nudy, nepřátelství a bohužel někdy je dokonce mylně interpretovat (Arntz and Vee, 2001). Jsou známy studie (Lynch et al., 2006, Unoka et al., 2011), které dokazují, že i zcela neutrální či přátelské výrazy obličejů můžou pacientky s HPO interpretovat jako nepřátelské a ohrožující ve větší míře než kontrolní skupina. Terapeut by měl počítat s nedůvěřivostí patientek, jakýmsi „scanováním“ terapeutova projevu, nejenom verbálního, ale i neverbálního, vidět za ním nenaplněnou potřebu bezpečí a jednat tak, aby byl pocit bezpečí ve vztahu navozen.

Nízká úroveň rozpoznávání vlastních emocí vede často k frustraci, napětí a nepřiměřenému chování, jelikož pacientka vnímá změnu svých emocí jen když je emoce příliš intenzivní a často ji neumí regulovat. V důsledku opakovaných invalidací, shazování a bagatelizací emočních projevů v dětství se pacientky naučily nedůvěřovat vlastním emocím jako signálům reflektujícím percepci z okolí. To přispívá k pocitům bezmoci, ztráty kontroly nad svým chováním a v terapeutickém vztahu k neschopnosti popsat své emoce terapeutovi. Měli bychom mít na paměti, že někdy musíme nejdříve naučit pacientku rozpoznávat a pojmenovávat své emoce předtím, než se pustíme do hlubší práce s nimi.

Při základním vyšetření, například při vyplnění dotazníku YSQ (Young Schema Questionnaire) se u HPO typicky setkáváme s velkým počtem maladaptivních schémat. Jeff Young (2003) uvádí, že není neobvyklé, aby pacientka měla téměř všechny z 18 schémat. Mezi nejčastější řadí schéma Opuštění, Zneužívání/Nedůvěra, Vadnost/Stud, Nedostatečná sebekontrola, Podrobení se a Punitivita. Je to dáno tím, že jejich

základní potřeby v dětství byly často nena-
plněné ve velkém rozsahu, traumaticky
a dlouhodobě. Kvůli velkému počtu RMS
se schematerapie v posledních letech příklá-
ní k práci přímo se schéma módy, ve kte-
rých se často může projevovat několik sché-
mat najednou.

Schéma módy jsou „němé“, tj. nespouštěné
do chvíle, kdy se objeví situace, vjem, vzpo-
mínka, myšlenka apod., navázaná na jedno
či více maladaptivních schémat. U někte-
rých poruch, např. úzkostných, se spustí
schéma mód sporadicky v návaznosti na vel-
mi specifický spouštěč. Jindy, například
u anankastické poruchy osobnosti, je spu-
štěn hyperkompenzační mód Perfekcionis-
tický kontrolor téměř nepřetržitě (Arntz and
Jacob, 2012). Zcela jiná situace je u HPO,
kde se jednotlivé módy kvůli velkému po-
čtu hluboce zakořeněných a intenzivních
maladaptivních schémat vyskytují téměř
neustále a rychle se mezi sebou střídají, tzv.
„přepínají“ (mode flipping) (Farrell et al.,
2014). Konkrétně lze popsat následující:
dětské módy jsou spouštěny velmi často
a nesou s sebou bolest schématu. Mala-
daptivní zvládací módy, například Odpo-
jený Ochránce, Hyperkompenzátor, blokují
bolestivé emoce dětských módů. Reakce
zvládacích módů jsou ale často přehnané
a nejsou efektivní při uspokojení potřeb.
Po nich nastupují módy Kritika, ve kterých
se pacientky obviňují, trestají, někdy i sebe-
poškozují za chování ve svých předchozích
módech. Poté se může opět objevit mód
Zranitelného dítěte se svou bolestí, úzkostí
a bezmocí a kruh se zacyklí. Časté přepí-
nání módů vede k typické nestabilitě HPO
v emocích i sebepojetí.

Toto časté přepínání a „žití“ v jedno-
tlivých módech vede ve svém důsledku k to-

mu, že se dostatečně nerozvíjí mód Zdravý
dospělý, jinými slovy lze říct, že pacientky
se pohybují téměř nepřetržitě v jakémsi
zacykleném „survival“ stavu, od jednoho
módu k druhému. Přes neustále „přežívání
a hašení krizí“ tak nezbyvá prostor pro
rozvoj osobnosti ve smyslu vlastní identity
(což je jedno z dg. kritérií), preferencí, ale
i jiných adaptivních dovedností.

Nejčastější schéma mód u Hraniční poru-
chy osobnosti (Young 2003, Farrell 2014) je
Zranitelné dítě ve svých variantách – Opuš-
těné dítě, Zneužívané dítě, Osamělé dítě,
Impulzivní/nedisciplinované Dítě a Roz-
hněvané dítě, Odažitý ochránce a Trestající
Kritik. Je přítomen i mód Zdravý dospělý,
často však velmi slabý a nerozvinutý.

TERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY

V schematerapii HPO využíváme všech-
ny terapeutické intervence popsané výše.
Zde se zaměříme na 7 oblastí specifických
pro schematerapii HPO.

Navázání vztahu a napojení

Pacientky s HPO bojují s touhou po
napojení a zároveň obavou z ní. Jak již bylo
zmíněno, často je v popředí schéma Ne-
důvěra/Zneužití a terapeut musí budovat
vztah s tímto vědomím. Velmi důležitá je
terapeutova konzistence, a to i při určování
limitů hned od začátku. Mějme na paměti,
že mezi pacientkou s HPO a terapeutem
zpočátku téměř neexistují neutrální racio-
nální interakce módů Zdravého Dospělého
se Zdravým dospělým. Pocit důvěry budu-
jeme postupně kvalitami jako je dochvil-
nost, autenticita, předvídatelnost, trpělivost
a všímavost k momentálním elementárním
potřebám (chlad, žízeň, potřeba krátkého
ujištění, prostoru apod). Při každé možné

příležitosti neopomeneme validaci prožitku. Zde poznámka, validace není akceptace. Nemusíme souhlasit s názorem a chováním pacientky, můžeme však vždy validovat její výchozí motivaci.

Potřeba stabilizace život ohrožujícího chování

Určení míry rizika sebepoškozovacího či suicidálního chování je nadřazeno všem jiným intervencím. Sebepoškozování a suicidální krize mohou v modelu schematerapie být funkcí několika módů. Přehled módů, ve kterých se sebepoškozování vyskytuje nejčastěji, udává tab. 3.

Ve schematerapii určujeme riziko pro každý mód zvlášť a na základě této analýzy vytváříme Individuální plán na zvládnání sebepoškození. Emoční regulace na základě bezpečné vazby na terapeuta se totiž vyvíjí postupně a potřeba bezpečí musí být řeše-

na okamžitě. V prvním kroku vytvoříme soubor krizových plánů (tab. 4), které si pacientka může přepsat na kartičky a nosit u sebe. V krizovém plánu určíme mód s rizikem sebepoškození, základní potřebu s ním spojenou a stanovíme bezpečný způsob, jak potřebu naplnit. Dále se obracíme na Dobrého rodiče (internalizovaného terapeuta, jako na součást Zdravého dospělého) a vytvoříme smlouvu o bezpečí. V posledním řádku uvedeme nejméně dva krizové kontakty. Soubor krizových plánů pak postupně tvoří Individuální plán zvládnání, který se upravuje v průběhu terapie dle jeho účinnosti.

Obavy z projevení emocí

Jak již bylo zmíněno, pacientky s HPO nejsou schopny rozpoznat své emoce včas a obávají se nedostatečné schopnosti regulovat je. Jejich emoce byly v dětství potla-

Tab. 3 Komplexita sebepoškozování z pohledu módů

MÓD	FUNKCE PŘI SEBEPOŠKOZOVÁNÍ
ZRANITELNÉ DÍTĚ	výměna psychické bolesti za fyzickou bolest a/nebo odvedení pozornosti od ní. Způsob, jak sdělovat potřeby, zajistit účast a péči
ROZZLOBENÉ DÍTĚ	Vrátit to všem
IMPULZIVNÍ DÍTĚ	Získat pozornost od ostatních,
ODPOJENÝ SEBESTIMULÁTOR	„nakopnout se“
ODTAŽITÝ OCHRÁNCE	Cítit "něco"
KAPITULÁTOR	posílit schémata vadnost & selhání
TRESTAJÍCÍ KRITIK	Potrestat dětské režimy

Tab. 4 Příklad Krizového plánu při riziku sebepoškození

JAKÉ JE NEZPEČÍ?	Nutkání se sebeškodit pořezáním
CO POTŘEBUJEŠ?	Komfort, ujištění, validaci
JAKÁ BEZPEČNÁ AKCE BY MOHLA NAPLNIT POTŘEBY?	zabalit se do teplé deky a uvařit si kakao, zavolat blízké kamarádce, která chápe moje potíže pusit si vzkazy o ujištění od terapeuta na mobilu pročíst kartičky se vzkazy z terapie
KTERÉ MÓDY JSOU VE HŘE ?	Zranitelné dítě, Trestající Kritik
CO BY VÁM PORADIL DOBRÝ RODIČ?	Vše z toho - zavolat, poslouchat a přečíst vzkazy i deku a kakao
SMLOUVA O BEZPEČÍ:	Před provedením jakýchkoli dalších kroků se pokusím o výše uvedené kroky. Pokud nebudu schopna tyto kroky udělat, zavazuji se zavolat alespoň 2 nouzové kontakty, než udělám jakoukoli jinou věc. Datum: _____ Podpis _____ Svědek _____
KRIZOVÉ KONTAKTY:	Kontakty: Terapeut, v čase od do: Krizová linka: Jiné tísňové kontakty:

čovány, ignorovány, vysmívány, zpochybňovány (invalidovány). Obávají se též bolesti při vyvolání těžkých vzpomínek, což může být překážkou při zpracovávání traumatických událostí. Proto si často vytvoří jeden z vyhýbavých zvládacích módů, nejčastěji Odtazitého Ochránce. Začínáme vždy korektivní edukací o emocích a snažíme se zapojit techniky vedoucí ke zvyšování pohodlí při emocích. Například analogickým pojmenováním emocí při hře na barvy, počasí, legraci s hněvem apod. Terapeut podporuje prožívání emocí, aktivně se na ně ptá. Při zpracování bolesti u ně-

kterých vzpomínek můžeme použít analogii s emočním „táním“. Emoční „tání“ je pojem který zavedla do schematerapie báječná Ida Shaw, mimo jiné zakladatelka dětské schematerapie. Jde o metaforu, při které připodobňujeme emoce vznikající při zpracovávání těžkých a traumatických témat k „tání“ omrzlin. To, že to bolí je známkou, že je v nich život a stejně tak je to i s emocemi. Pokud pacientka prožila několik let či většinu svého života v módu Odtazitý ochránce, je to jako by byla zmrzlá, odpojená od svých emocí. Tím, že překonáváme Odtazitého ochránce se dostáváme k emo-

cím metaforicky vyjádřeno „zamrzlým pod ledem“, které postupně roztávají, což bolí, ale zároveň víme, že ožívají a hojí se. Mód Zdravý dospělý postupně přebírá funkci Odažitého ochránce a učí se zpracovávat i silné emoce adaptivně.

Silný Odažitý ochránce vs. Slabý Zdravý Dospělý

Odažitý Ochránce je nejčastější Zvládací mód u HPO. Úskalí práce s Odažitým ochráncem obecně tkví v tom, že se často jeví jako Zdravý Dospělý. Jedná rádo by racionálně, nepřináší emoce, ale je „rozumný“, někdy zahluje intelektuálními úvahami, někdy je velmi zábavný a vtipný. To vše však dělá s cílem odpojit se od bolestných emocí. U pacientek s HPO má nejčastěji podoby od robotického souhlasu se vším, přes emoční vyprázdňenost, „duchem nepřítomnost“ až po plně vyjádřené stavy disociace. Odažitý ochránce tak blokuje přístup k jiným módům i emocím pacientky a v konečném důsledku je překážkou přirozeného vývoje osobnosti. V minulosti však měl zásadní, často život zachraňující adaptivní funkci a je proto těžké se ho „vzdát“. Začínáme edukací o funkci vyhybavých módů, ke kterým Odažitý ochránce patří. Vyhybání u HPO je spíše psychické na rozdíl od fyzického vyhybání se u vyhybavé poruchy osobnosti. Dále zkoumáme jeho roli v dětství a nutnost pro přežití, jeho výhody a nevýhody v dospělosti a při terapii. Zde používáme kombinaci kognitivních a zážitkových technik, například Dialog s módy na židlích. Souběžně rozvíjíme mód Zdravého dospělého, aby pomalu mohl převzít maladaptivní regulační funkce Odažitého ochránce. Určením silných stránek pacientky, posilováním úspěchů, vytvářením

nového hodnotového systému pacientka rozvíjí a posiluje Zdravého dospělého a zároveň integruje Zdravého dospělého terapeuta. Terapeut a pacientka společně hledají cíle, které jsou pro pacientku smysluplné a naplňující. Zde se schematerapie inspiruje a prolíná s některými prvky Acceptance Commitment Therapy (ACT) (Roediger et al., 2018). V další fázi terapie postupně budujeme dovednosti a kompetenci. Řečeno slovy ACT i ve smyslu *act-konej!* – pobízí terapeut k akci a uskutečňování vybraných, smysluplných cílů.

Silné módy Kritika

U HPO vidíme velmi silně vyjádřené, často kruté až nelítostné módy Trestajícího a Náročného Kritika (Farrell 2014, Arntz and Van Genderen 2009). Musíme mít na paměti, že v jejich historii se často vyskytuje hrubé zneužívání, a to jak fyzické, sexuální, tak i psychické. Pacientky s HPO mají proto extrémní strach z těchto svých kritických módů, kterým na začátku terapie často silně podléhají a nevývratně věří. Terapeutickým přístupem jsou zde zážitkové techniky, hraní rolí. Nejčastěji se to děje opět technikou Dialogu s módy na židlích, při kterých se terapeut aktivně a stenicky postaví Kritikovi a chrání Zranitelné dítě. Terapeut musí být vždy silnější než Kritik (když je potřeba, postaví se a zvýší hlas) a velmi kreativní, aby Kritika „porazil“ a zprostředkoval pacientce korektivní emoční zkušenost. V dalším kroku se pak pacientka učí postavit svým kritickým módům sama. U HPO je nutné být mnohem obezřetnější a dát si mnohem víc času, než začneme pacientku zapojovat do dialogu s Kritikem, a to ať už z pozice Zdravého Dospělého (který může být příliš slabý) nebo Zranitel-

ného Dítěte (které může být příliš vystrašené). Při práci s Kritikem může u pacientek s HPO dojít k tomu, že nepřiměřeně brání zjevně abuzivní rodiče a výchovu. Zde vždy zdůrazníme, že techniky nepoužíváme, abychom trestali a obviňovali rodiče, ale abychom léčili Zranitelné dítě, na kterém nám záleží nejvíc. Někdy musím explicitně vyjádřit, že rodič možná měl nějaké vlastní problémy, pro které se choval nevhodně, ale opět vracíme do centra pozornosti pacientku a zdůrazníme, že v této terapii je pro nás nejdůležitější ona.

Práce s Dětskými módy

Jak již bylo řečeno, dětské módy se vyskytují u HPO často a mohou se mezi sebou rychle přepínat. Zranitelné Dítě je rychle střídáno Rozhněvaným či Impulzivním Dítětem, které se projevují často iracionálním, dětinským chováním. Je vždy dobré si uvědomit, že pacientka jedná v daném módu ve věku, ve kterém se tvořila raná maladaptivní schémata. Pokud je dětský mód intenzivní, ztrácí se napojení na mód Zdravého Dospělého a může dojít k úplné disociaci. Pacientka v dané chvíli plně prožívá realitu dětského módu a nemá přístup ke svým bytí i částečným dospělým regulačním mechanismům. Tento fenomén je typický pro HPO a nevidáme ho tak často např. u neurotických poruch. Zde nepomůže racionální rozprava a musíme vystopovat nenaplněné potřeby dítěte na pozadí a pokusit se je naplnit. Často před sebou vidíme dospělou osobu, která se ještě před chvílí chovala velmi kompetentně a najednou nastal velký zlom. To může být matoucí a vést k různým interpretacím. Pokud se ale na situaci díváme z pohledů přepínání módů dává nám zdánlivá nelogičnost najednou

smysl a můžeme se zaměřit na výběr vhodných intervencí bez tíhy vlastních rozbouraných protipřenosových reakcí.

Imaginativní techniky u HPO

Imaginativní techniky jsou jednou ze základních zážitkových technik ve schematerapii. Mají různá využití: na začátku terapie při vyšetření propojováním minulých a současných emočně nabitých situací (přemostování). Dále při vytváření a aktivaci pozitivních emocí a nových adaptivních zvládacích strategií. V neposlední řadě k přepisu traumatických vzpomínek. Přepis v imaginaci je velmi intenzivní technika, proto je vhodné přistupovat k ní opatrně, a to zejména u pacientek s HPO. Používá aktivaci emočních stavů spojených s bolestivými autobiografickými vzpomínkami. S přepisem traumatu pracuje schematerapie zcela unikátním způsobem, který se vyhýbá plnému znovuprožití traumatické události a tím snižuje riziko možné retraumatizace. Pro přepis traumatu v imaginaci je velmi důležité vytvořit bezpečné podmínky. Jako první z nich se doporučuje nabídnout tuto techniku pacientce v stabilizovaném stavu, kdy už je vytvořený dostatečně bezpečný terapeutický vztah. Pacientka má již dobře nacvičené kotvící imaginativní techniky jako je imaginace bezpečného místa, scénář dobrého rodiče apod. Tuto techniku vždy nabízíme jako volbu a pacientku necháme rozhodnout o tom, kdy začneme. Za žádných okolností ji nenutíme. Někdy vážně i vytvoření imaginace bezpečného místa a pacientka odmítá jakoukoliv imaginaci (Arntz & Van Genderen, 2009). Ani v tomto případě ji nenutíme a použijeme jiné, méně ohrožující přístupy, například psaní a čtení dopisů apod. Někdy po této interven-

ci pacientka zkusí imaginaci s úspěchem. Všechny z výše uvedených specifíků mohou ovlivnit práci v imaginaci – strach z vlastních emocí, mód Odtahitý ochránce a disociace, impulzivita, strach z módu Kritika a další. Dobrá edukace, příprava a scénář jsou zde další nevyhnutelnou podmínkou. Pacientce vysvětlíme smysl imaginace a popíšeme ji krok po kroku. Řekneme jí, že na rozdíl od jiných přístupů zastavíme imaginaci v momentě, kdy se začnou v obraze měnit emoce, například stoupat úzkost. V té chvíli vstoupí do imaginace terapeut jako bezpečná osoba a pacientce poskytne pomoc. Udělá vše, co je nutné, aby ve scéně bylo Zranitelné dítě zachráněno a odvedeno do bezpečí. Smysl přepisu vysvětlíme pacientce tak, že nemůžeme bohužel přepsat historii, ale můžeme vytvořit alternativní konec příběhu, který se jako další vzpomínka uloží do paměti a oslabí tak sílu dosud samostatně existující traumatické vzpomínky. Na konci úspěšného přepisu si pacientka často uvědomí všechny nenaplněné potřeby spojené s traumatem a dochází často k velkému posunu v prožívání maladaptivního schématu. To se děje prostřednictvím korektivní emoční zkušenosti, tedy na emoční a ne pouze kognitivní úrovni. Dalším cílem pak je pomoci zpracovat pacientce emoce z přepisu a poté se soustředit na její aktuální emoce, potřeby a cíle s traumatem spojenými. Zaměřujeme se na práci s emocemi, jako je úzkost, strach, stud, pocit viny, znechucení (disgust) atd. Výjimkou je pocit smutku, který se nesnažíme žádným způsobem měnit. Potvrzujeme smutek a povzbuzujeme klienta, aby ho prožil spolu s námi v bezpečí terapeutického vztahu (Farrell, 2014).

ZÁVĚR

Tento článek si nečiní nárok na úplnost při výčtu schematerapeutických postupů a intervencí, ale měl za cíl vzbudit zájem a podat základní informace o této nové integrativní psychoterapii. Závěrem dovolte úvahu nad tím, co dělá schematerapii tak efektivní právě u hraniční poruchy osobnosti. V první řadě si myslím, že je to jazyk schematerapie, který je barvitý a společně s modelem schémat a módů nabízí pacientovi lehce dostupné metakognitivní porozumění svým problémům. Dále poskytuje silnou emoční korektivní zkušenost na různých úrovních, jednak prostřednictvím unikátního terapeutického vztahu – ohraničeného opakovaného rodičovství, tak i silným důrazem na zážitkové techniky. Dalším důležitým faktorem je zpracování traumatických událostí (přepis v imaginaci) v bezpečném rámci. Nakonec, v druhé části terapie neopomíjí strategie z kognitivní a behaviorální terapie zaměřené na změnu kognitivního stylu a prolomení behaviorálních vzorců. Toto je, podle mého názoru, nevyhnutelné k udržení změny dosažené při zážitkových intervencích. KBT strategie upevňují nová adaptivnější schémata a působí jako „očkování“ proti dostředivé síle starých schémat. V neposlední řadě, schematerapie doprovází v rámci terapeutického vztahu pacientky všemi „vývojovými stádii dítěte“ až po symbolickou „adolescenci“, kdy je pacientka schopna zabezpečovat si základní potřeby sama v dobře rozvinutém módu Zdravý dospělý, který zahrnuje jak výkonnou exekutivní roli dospělého v adaptivní formě, tak i vlídnou tvář Dobrého rodiče a v neposlední řadě radostnost Šťastného dítěte.

Konflikt zájmu: bez konfliktu zájmu

LITERATURA

- Arntz A, Veen G. Evaluations of others by borderline patients. *J Nerv Ment Dis.* 2001; 189:513–21.
- Arntz, A. & Van Genderen, H. (2009) *Schema Therapy for Borderline Personality Disorder.* Wiley & Sons Ltd.
- Arntz, A. & Jacob, G. (2012). *Schema therapy in practice: An introductory guide to the schema mode approach.* Chichester: Wiley-Blackwell.
- Farrell, J. M., Shaw, I. A., Webber, M. A. (2009) A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry.* 40, 317–328.
- Farrell J. M., Reiss N. & Shaw I. A. (2014) *The Schema Therapy Clinician's Guide.* Wiley-Blackwell
- Fassbinder E., Schuetze M., Kranich A., Sipsos V., Hohagen F., Shaw I., et al. Feasibility of group schema therapy for outpatients with severe borderline personality disorder in Germany: A pilot study with three year follow-up. *Front Psychol.* 2016 Nov 25; (7)
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M. & Arntz, A. (2006) Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomised trial of schema-focused therapy versus transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry,* 63(6) 649–658.
- Lynch T. R., Rosenthal M. Z., Kosson D. S., et al. Heightened sensitivity to facial expressions of emotion in borderline personality disorder. *Emotion.* 2006; 6:647–55.
- Nadort, M., Arntz, A., Smit, J. H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P., van Asselt, T., Wensing, M. & van Dyck, R. (2009). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. *Behaviour Research and Therapy,* 47(11), 961–973.
- Nordahl H. M., Nysaeter T. E. Schema therapy for patients with borderline personality disorder: A single case series. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2005; 36(3): 254–264.
- Roediger, E., Stevens, B. A., & Brockman, R. (2018). Contextual schema therapy: An integrative approach to personality disorders, emotional dysregulation, and interpersonal functioning. (pp. 39–54). Context Press, New Harbinger Publication
- Unoka Z., Fogd D., Füzy M. et al. Misreading the facial signs: specific impairments and error patterns in recognition of facial emotions with negative valence in borderline personality disorder. *Psychiatr Res.* 2011; 189:419–25.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. (2003) *Schema therapy: a practitioner's Guide.* New York: Guilford Press.
- Young J. E. in youtube interview: From Cognitive Therapy to Schema Therapy and Beyond (2017) <https://www.youtube.com/watch?v=AmcKu90qcQ8>.

Došlo do redakce 26. 1. 2021, v revidovaném znění 6. 4. 2021. K publikaci přijato 26. 4. 2021.