

DIAGNOSTICKÁ REVOLUCE A HLEDÁNÍ SPOLEČNÉHO JAZYKA

Karel D. Riegel, Kamil Kalina, Ondřej Pěč: Poruchy osobnosti v 21. století. Diagnostika v teorii a praxi. Praha: Portál, 2020.

David Holub

*Podívejte, mládeži, já vím, že občas působím bezohledným dojmem. Ale to jenom proto, že mi na hraničních případech doopravdy záleží. Aby se jejich stav zlepšil, musím je neustále provokovat. Změnit hraniční osobnost je těžké. Většina psychiatrů to dávno vzdala. Jen zaslechnou slova „hraniční případ“, prchají jako před morem. Je nás pár, kteří věnují svůj čas a energii, aby to dělali správně. Samuel Shem ve svém románu *Hora hoře* barvitě zachycuje postoje k léčbě tzv. hraničních stavů. Podobně vystihuje i divoké představy o jejich diagnostice: Dalo se jen stěží přehlédnout, že splňuje mnohé z Krotkeyho (Kernbergových) faktorů, a člověk se silou mocí musel bránit myšlence, že před sebou nemá normálního neurotika, ale HPO s HS – hysterickými sklony – a navíc s klasickým příznakem hraniční osobnosti, ČLNN – černým lakem na nehtech u nohou. Nikdy nepřijímejte realitu hraničního případu jako skutečnost. Realitu „hraničních případů“ se pokoušejí zachytit psychiatrické klasifikace. Dvě nejvýznamnější z nich (DSM-5, 2013; MKN-11, 2018) procházejí po téměř pětadvaceti letech generační obměnou. Pojetí duševních poruch se upřesňuje a vyvíjí, skutečná revoluce se ale odehrává v kategorii poruch osobnosti, zejména kvůli dimenzionálnímu pojetí, důrazu na vztah k sobě a druhým a hodnocení vývojové úrovně fungování osobnosti. Díky tomu by*



se nové diagnostické manuály mohly stát psychoterapeuticky použitelnějšími. Souběžně s diagnostickou reformou se etablují psychoterapeutické směry modifikované pro práci s osobami s osobnostním „narušením“ (TFP, MBT, DBT, SFT, CAT), čímž posilují víru v jejich léčitelnost. Kniha *Poruchy osobnosti v 21. století. Diagnostika v teorii a praxi* vychází vstříc zvýšenému zájmu o tuto klinicky opomíjenou oblast a aspiruje na to stát se cenným výukovým materiálem. Publikaci tvoří tři části, které spo-

juje téma hraniční poruchy osobnosti a aplikace tzv. psychostrukturálního přístupu. Fundovaná práce je současně pokusem najít kompromisní pozici mezi extrémě objektivizujícího nozologického a vztahově psychotherapeutického pojetí osobnostní poruchy a přiblížit ji tím každodenní klinické praxi. V první části zpracovává Karel Riegel a Ondřej Pěč vývoj a teorii psychodynamické diagnostiky poruch. Druhý oddíl se přehledným způsobem zabývá vztahy mezi poruchami osobnosti, závislostními poruchami a poruchami příjmu potravy. Kamil Kalina pro pozorného čtenáře připravil poutavou „cestovní mapu“, ve které psychoanalytickými přesahy, vývojovými souvislostmi a originálním modelem Petra Jeřábka navozuje porozumění pro pacienty s duálními diagnózami i pro principy přiměřeného terapeutického přístupu. Třetí díl, zpracovaný koordinátorem celé knihy Karlem Riegelem, se věnuje vícedimenzionální diagnostice, kterou přibližuje pomocí kvalitně zpracované kazuistické ukázky. Riegel nás krok za krokem provází diagnostickým procesem a úvahami, jaké významy svým nálezům přisuzoval. Autoři novým klasifikacím fandí. Umožňují totiž dívat se na potíže z vývojového hlediska a pomocí dimenzionálních konceptů určit míru nepohody, zneschopnění a vyjádřit se explicitně k psychickému zdraví a normalitě. Přehledně osvětlují alternativní model poruch osobnosti (AMPO) v DSM-5 a také hodnocení poruch osobnosti v MKN-11 a užitečným způsobem obě pojetí porovnávají pomocí „překladových tabulek“. Vícerozměrný klinický obraz se rodí ze souběžného hodnocení specifických osobnostních rysů na jedné ose (typologické) a z úrovně osobnostní integrace a organizace na ose jiné (vý-

vojové). Je zjevné, že kombinace dimenzionálního s kategoriálním přístupem a odhadem narušení funkčních schopností v prožívání sebe a druhých zvyšuje spolehlivost klinického i výzkumného hodnocení a plánování léčby.

Mísení psychiatrického a psychotherapeutického hlediska by mohlo být cenné v mnoha ohledech: umožňuje k nemocným přistupovat s větším porozuměním, implicitně „nastavovat“ vnitřní postoj profesionála, orientovat se v klinickém materiálu a vnímat pacienta v jeho celistvosti, v průběhu diagnostického rozhovoru promýšlet vhodnost psychotherapie a případně zdůvodnit navržený typ léčby. Tato psychiatricko-psychotherapeutická dvojkolejnost má svá úskalí. Autoři uvádějí, že vedení Kernbergova Strukturálního rozhovoru je výrazně podmíněné zkušeností administrátora s vedením rozhovoru a posouzení úrovně organizace osobnosti závisí na subjektivním hodnocení klinického pracovníka včetně analýzy protipřenosu (s. 90–91). Přestože se jedná v první řadě o diagnostickou práci, myslím si, že by publikaci slušelo několik komentářů k osobě diagnostikujícího profesionála, jehož vnímání, klinické přemýšlení o pacientovi a vnitřní postoj se může používáním diagnostického systému nevědomovaně měnit. Přesvědčivost diagnostických závěrů může svádět k vědoucemu a expertnímu postoji při sdělování diagnózy. Jednou z nejdůležitějších terapeutických kompetencí v léčbě lidí s hraniční poruchou založené na mentalizaci je postoj „nevědění“. Terapeut se záměrně vyhýbá jednoznačným „vědoucemu“ komentářům a již od úvodního setkání spíše probouzí pacientův zájem a zvědavost. Profesionál ve „vědouce pozici“ diagnostika se snadněji uza-

vírá nečekanému a ztrácí zvědavost, protože „opravdu“ ví, v čem tkví problém. Vysvětluje, nestimuluje pacientovu schopnost sebezpozorování a sebereflexe a předbíhá jeho stupeň porozumění. Znemožňuje vytvoření prostoru, do kterého se teprve něco nečekaného vynořuje. Přestože v novém obleku, některé diagnostické výrazivo je „nasáklé“ stigmatizujícím potenciálem, zejména u pacientů zranitelných vůči zahanbujícím pocitům neadekvátnosti, neúplnosti nebo defektnosti. Ostatně vnímání sebe jako vadného, nepatřičného, špatného, provinilého, nechutného a opovrženého patří k některým klinickým projevům strukturálního narušení a má obrannou funkci. Pokud bych pro příklad použil z osobnostního inventáře PID-5 položku *antagonismus*, pak její charakteristiky *manipulativnost, proľhanost, grandiozita, bezohľednost* nesou hodnotící náboj. Na pacienta lze nahlížet jako na toho, kdo manipulativně nutí druhé, aby dělali, co on chce, vymýšlí si, aby mu to pomohlo dostat, co potřebuje. Nehodnotícím pohledem se o stejných projevech dá přemýšlet tak, že tentýž pacient vlivem svých minulých zkušeností, nevěří tomu, že na tom, co si myslí a říká někomu záleží, nebo že mu opakovaně scházelo ujištění, že by mohl dostat to, po čem touží. Tedy jinými slovy vyvstává otázka, zda hledání „patologických rysů bazálních psychologických struktur skrytých pod povrchem“ (s. 24) nenastavuje profesionála směrem k postoji podezření a identifikaci defektnosti v pacientovi. Jazyky STIPO nebo AMPO se místy pohybují v hodnotícím módu a domnívám se, že pokud se profesionálové nepodaří přeladit se z posudkové pozice, mohou pacientovi snadno potvrdit zahanbující, přezírající nebo obviňující očekávání,

jako například, že jeho „*vztahové vazby jsou povrchnější a s vadami*“ (s. 179).

Největším překvapením je, že autoři v popisu diagnostického procesu vynechali osobu profesionála coby účastného pozorovatele. Ten je, zvláště v kontaktu s lidmi se strukturální nedostupností psychických kapacit a strukturální zranitelností, intenzivně emocionálně vtahován a spoluurčuje svým nevědomým zapojením povahu i vyústění diagnostického posouzení. Přestože si autoři uvědomují, že „protistrana na přenosové změny obvykle reaguje charakteristickými protipřenosi, což následně vede k neustálým výměnám rolí mezi oběma zúčastněnými stranami“ (s. 84), v celé publikaci se jen okrajově zmiňují o emoční odezvě profesionála během samotného rozhovoru, která je cenná právě „subjektivními“ a „scénickými“ informacemi. Deficitní pojetí charakterové poruchy znamená, že pacient některé psychické funkce nedokáže zapojit, rozhovor s druhým, včetně diagnostického interview, se pro něj stává zátěží. Je nucen si tyto funkce od profesionála „půjčovat“ a své afekty a duševní obsahy na něj nevědomě delegovat v naději na jejich zvládnutí, opravení zkreslených objektivních reprezentací nebo zvnitřnění vztahových funkcí. V tomto smyslu strukturální omezení probíhá neviditelně na „pozadí“ rozhovoru, v pacientových pokusech vypořádat se s nemožností zapojit například schopnost seberegulace. Prvním významným navigačním signálem bývají vnitřní otázky profesionála: „*Vyhýbám se některým tématům, mohl bych se pacienta emočně dotknout? Mám tendenci ho odbyt nebo nebrat vážně? Mám sklon se ho zbavit pro jeho nevhodné chování? Cítím se jím být poníženy nebo znehodnoceny?*“

(OPD-2, s. 344). Autoři blíže nerozvádějí „neverbální kanál“, kterým strukturální rovinu posuzují a který je často jen intuitivním zachycením toho, jakou psychickou funkci si pacient nedokáže poskytnout, jakou psychickou funkci má například vlivem rané traumatizace nerozvinutou nebo obranně inhibovanou a interpersonálním tlakem žádá její poskytnutí po profesionálovi anebo ji naopak před ním zakrývá.

Přemostění diagnostické a terapeutické fáze se pokouší nabídnout 12. kapitola *Sdělování diagnózy poruchy osobnosti a plánování terapie*. Karel Riegel nás zve k rozhovoru s pacientkou, který je vedený s respektem, a poskytuje jí prostor k dotazům, nesouhlasu a komentářům. V citlivém a edukativním dialogu pacientku postupně přivádí k výsledkům charakterového hodnocení a v grafické vizualizaci ji seznamuje s výsledky, jak jim rozumí a současně vyjadřuje své přesvědčení o nejvhodnějším postupu – zahájení systematické individuální psychoterapie, specificky TFP. Následný rozhovor s pacientkou, s odstupem roku a půl od sdělení diagnózy, přibližuje její prožívání interview, úvodní pocity zmatku,

nejistoty a jak se postupně její postoj k psychoterapii, krizím a léčebným pokrokům vyvíjel. Z ukázky nebylo zřejmé, jakým způsobem se autor během seznamování pacientky s diagnózou zabývá její úrovní připravenosti slyšet, rozumět a přijmout klinickou hypotézu o psychickém fungování, jak jej v tu chvíli viděl terapeut-diagnostik. Doporučení k léčbě se pak více odvíjí dle „zařazení“ podle evidence-based ukazatelů než ze zkusmého uplatnění terapeutických intervencí a pacientových reakcí na ně, nebo na základě scény vzniklé během úvodního setkání s pacientem. A to i přesto, že expertní a direktivní pozice bude raději pacientům vyhovovat, zejména těm, kteří hledají jistotu, oporu, sílu.

Poruchy osobnosti v 21. století poskytují širší koncepční rámec, který integruje deskriptivní i dynamický pohled, perspektivu pacienta a profesionála, a napříč psychotherapeutickými školami na vyšší úrovni abstrakce zastřešuje individuální koncepcce. Probouzí zájem o dosud nedostatečně zpracované téma v českém písemnictví a nastiňuje, kudy se bude psychodiagnostická praxe nejspíše ubírat.