

PSYCHOTERAPIE

PRAXE – INSPIRACE – KONFRONTACE

PSYCHOTERAPIE – 15. ročník, 2021, číslo 1

Vychází třikrát ročně.

Časopis byl založen v září 1990 pod názvem *Konfrontace*. Do prosince 2006 vyšlo 66 čísel (17 ročníků), od ročníku 2007 vychází pod názvem *Psychoterapie*.

Vychází na Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity (<http://psychoterapie.fss.muni.cz>).

Časopis řídí redakční rada / Editorial Board:

PhDr. Michal Černík, Ph.D. – Hasičský záchranný sbor Karlovarského kraje

Mgr. Lucie Hornová – Ambulance klinické psychologie, Rychnov nad Kněžnou

Mgr. Jan Hesoun – soukromá praxe, Praha

MUDr. David Holub, Ph.D. – soukromá praxe Praha; Ústav humanitních studií v lékařství, 1. lékařská fakulta UK, Praha; Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno.

PhDr. Roman Hytych, Ph.D. (šéfredaktor) – soukromá praxe Brno, Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno

PhDr. Jiří Jakubů, Ph.D. – Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Terapeutické centrum Cetera, Praha

Mgr. Radim Karpíšek – Psychosomatická klinika, Praha

PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D. – Katedra psychologie, Filozofická fakulta UP, Olomouc, Ordinance klinické psychologie a psychoterapie, Prostějov

PhDr. Bc. Karel Dobroslav Riegel, Ph.D. – Klinika adiktologie VFN, 1. lékařská fakulta UK, Praha

Doc. MUDr. Jan Roubal, Ph.D. (vedoucí redakční rady) – soukromá praxe Havlíčkův Brod, Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno

Doc. Mgr. Tomáš Řiháček, Ph.D. – Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno

MUDr. Pavel Theiner, Ph.D. – Psychiatrická klinika FN Brno, Brno

Prof. PhDr. Zbyněk Vybíral, Ph.D. (senior editor) – Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno

Mgr. Leoš Zatloukal, Ph.D. et Ph.D. – Univerzita Palackého, Olomouc (CMTF)

Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:

PhDr. Bohumila Baštecká, Ph.D. – Evangelická teologická fakulta UK, Praha

Doc. RNDr. Petr Bob, Ph.D. – Centrum pro neuropsychiatrický výzkum traumatického stresu a Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Praha

Prof. Louis Castonguay, Ph.D. – The Pennsylvania State University (USA)

Prof. PhDr. Ivo Čermák, CSc. – Psychologický ústav AV ČR, Brno

PhDr. Petr Goldman – Psychiatrická léčebna, Praha–Bohnice

PhDr. Šárka Gjuríčová – Institut rodinné terapie, Praha

PhDr. Martin Hajný, Ph.D. – psychoterapeutická praxe, Praha

Doc. Mgr. Jůlia Halamová, Ph.D. – soukromá psychologická a psychoterapeutická praxe, Institut aplikované psychologie, Fakulta sociálních a ekonomických věd, Komenského univerzita, Bratislava (SK)

MUDr. David Holub, Ph.D. – psychoterapeutická praxe, Praha

MUDr. Vladislav Chvála – Středisko komplexní terapie, Liberec

Doc. PhDr. Jan Kožnar, CSc. – Psychiatrická nemocnice, Praha–Bohnice

Mgr. Jiří Kubička – Institut rodinné terapie, Praha

Doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph.D. – Katedra psychologie, Filozofická fakulta UP, Olomouc

Prof. PhDr. Petr Macek, CSc. – Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno

PhDr. Martin Mahler – psychoanalytik, Praha

Prof. PhDr. Michal Mioviský, Ph.D. – Centrum adiktologie PK VFN a 1. LF UK, Praha 2

MUDr. Petr Možný – Psychiatrická léčebna, Kroměříž

MUDr. Karel Nešpor, CSc. – Psychiatrická léčebna, Praha–Bohnice

Doc. PhDr. Ivo Plaňava – Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno

Doc. PhDr. Jiří Růžička, Ph.D. – Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Praha

MUDr. David Škorunka, Ph.D. – Lékařská fakulta UK, Hradec Králové

Prof. PhDr. Jiří Šípek, CSc., Ph.D. – Katedra psychologie, Filozofická fakulta UK, Praha

MUDr. Gabriela Šivicová – Krizové centrum RIAPS, Praha

Doc. Mgr. Ladislav Timulák, Ph.D. – Trinity College, Dublin (IRL)

Výkonná redakce / Editors:

PhDr. Roman Hytych, Ph.D. (šéfredaktor); kontakty: romhyt@gmail.com

Mgr. Michal Čevelíček, Ph.D. (zástupce šéfredaktora), **Mgr. Anna Ward**, **Mgr. Stanislav Svačinka**, **Mgr. Bc. Eva Krejčí**

Adresa redakce:

Redakce Psychoterapie, Katedra psychologie FSS MU, Joštova 10, 602 00 Brno.

Objednávky on-line: <http://psychoterapie.fss.muni.cz>.

Příspěvky zasílejte elektronicky na adresu: psychoterapie@fss.muni.cz.

Uzávěrka čísla 1/2021 byla 19. 4. 2021, recenzní řízení bylo uzavřeno 26. 4. 2021. Vychází v květnu 2021

Příspěvky procházejí recenzním posouzením (kromě recenzí knih a krátkých zpráv).

The articles are peer-reviewed.

ISSN 1802-3982 (Print), ISSN 2695-0200 (Online) / MK ČR E 18868

© Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity

Šířit celé číslo nebo větší ucelenou část časopisu nelze bez souhlasu vydavatele. Copyright k jednotlivým příspěvkům je duševním vlastnictvím autorů a další šíření jejich textů je možné jen s jejich souhlasem.

Časopis je zařazen v databázích: Seznam recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v ČR Scopus, EBSCO, Erih Plus

OBSAH / CONTENT

EDITORIAL

Karel Dobroslav Riegel, Pavel Theiner, Roman Hytych - - - 5

TÉMA: HRANIČNÍ PORUCHA OSOBNOSTI / THEME: BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

Karel D. Riegel: Breaking the walls? 80 let na hranici (Breaking the walls? 80 years on borderline) - - - 7

Pavel Theiner, Pavla Linhartová, Adéla Látalová: Dialektická behaviorální terapie (Dialectical Behavior Therapy) - - - 23

Renata Herentinová, Michal Novák: Transference-focused psychotherapy (TFP) pro léčbu hraniční poruchy osobnosti (Transference-focused psychotherapy (TFP) for borderline personality disorder) - - - 40

David Holub: Léčba založená na mentalizaci (MBT) v klinické praxi (Mentalization-Based Therapy [MBT] in Clinical Practice) - - - 53

Beata Pašková: Schematerapie hraniční poruchy osobnosti (Schema therapy of Borderline Personality Disorder) - - - 69

DISKUSE / DISCUSSION

Jan Šíkl: Jak je to s pravdou v psychotherapeutickém procesu - - - 88

RECENZE / REVIEWS

Karel D. Riegel, Kamil Kalina, Ondřej Pěč: Poruchy osobnosti v 21. století. Diagnostika v teorii a praxi. Praha: Portál, 2020. (David Holub) - - - 94

Žvelc, G., & Žvelc, M. (2021). Integrative Psychotherapy: A Mindfulness-and Compassion-Oriented Approach. Routledge. (Jan Benda) - - - 98

Děkujeme za finanční podporu Janu Poněšickému.

PSYCHOSOM

**NEZÁVISLÝ ČASOPIS PRO PSYCHOSOMATICKOU
A PSYCHOTERAPEUTICKOU MEDICÍNU**

ISSN 2336-7741 (Print) ISSN1214-6102 (Online)

Časopis zaměřený na psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu zařazený v seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik v ČR od r. 2015. Vychází 4x ročně od r.2002 a je určen především ke spolupráci všech, kdo se podílejí na poznání a léčbě komplikovaných bio-psycho-sociálně podmíněných poruch, ať v medicínské praxi, v dalších humanitních oborech, ve výzkumu či při studiu. Je indexován v ERICH Plus. **Vychází nezávisle na farmaceutických firmách.**

I EDITORIAL

Vážení čtenáři,

tematické číslo věnované problematice hraniční poruchy osobnosti (HPO) je současně prvním číslem letošního roku. Přestože se valná část obsahu skutečně věnuje přednostně této diagnóze, při sestavování čísla bylo naší ambicí nabídnout čtenáři ucelený přehled reflektující aktuální trendy v diagnostice a psychoterapii poruch osobnosti. Naším cílem bylo postavit vedle sebe nové, svěží perspektivy na tuto z klinického pohledu palčivou problematiku, obestřenou četnými mýty, implicitně či explicitně předávanými z generace na generaci profesionálů v oblasti péče o duševní zdraví. Máme tím na mysli především inherentní předpoklad o neléčitelnosti pacientů s poruchami osobnosti a jejich obtížnosti pro celý systém veřejného zdravotnictví a sociálních služeb.

Ano, pacienti s poruchami osobnosti (a HPO obzvláště) i nadále zůstávají nebyvalou klinickou výzvou s nejistou prognózou, nicméně na počátku třetí dekády 21. století se i v našich končinách začínají etablovat na vědeckých podkladech založené diagnostické postupy a psychotherapeutické přístupy, jež nabízejí určitou naději pacientům čelícím tváří v tvář stigmatizaci, odmítání a nezřídka vlivům iatrogenního poškození v důsledku rezignace či nedostatečné zkušenosti klinického pracovníka.

Z diagnostické perspektivy článek Karla D. Riegela nabízí zevrubné srovnání dosavadního kategoriálního systému diagnostiky poruch osobnosti se systémem dimenzionálním, který se s vydáním MKN-11 stane závazným pro všechny členské země WHO.

David Holub praktické implikace nového modelu inspirativním způsobem konfrontuje v recenzi knihy *Poruchy osobnosti v 21. století*.

Z psychotherapeutické perspektivy jsou zastoupeny všechny čtyři hlavní proudy „evidence-based“ specifických terapií pro poruchy osobnosti. Kognitivně-behaviorální spektrum reprezentují příspěvky Pavla Theinera, Pavly Linhartové a Adély Látalové o Dialektické behaviorální terapii a Beaty Paškové o Schematerapii. S tímto proudem do značné míry souzní i čtivá recenze Jana Bendy věnovaná knize *Integrative psychotherapy*. Psychoanalytický proud pak hájí Renata Herentinová a Michal Novák s *Psychoterapií zaměřenou na přenos* a David Holub s *Léčbou založenou na mentalizaci*. Autoři se snaží poutavým způsobem vyzdvihnout přednosti jednotlivých léčebných modalit a argumentují, v čem je právě jejich přístup jedinečný. Jak už to mezi sourozenci bývá, nelze se ubránit dojmu, že mezi přístupy panuje určitá rivalita, která se zdá být nezbytná proto, aby se jednotlivé směry prosadily, a současně inspirovaly k smysluplné konkurenci z hlediska evaluace jejich efektivity.

Tím se dostáváme k ožehavému tématu „evidence-based“. Ačkoli všechny příspěvky jsou svým způsobem integrativní minimálně z pohledu autentického zájmu o pacienta s bazálním deficitem v sebepojetí, jakožto základní prekvizity úspěšné léčby, není mezi nimi jediný, který by prezentoval empiricky prokazatelnou účinnost. Nabízí se tedy prostor pro tuzemské případové studie a zejména RCT studie, které budou

schopny reprezentativním způsobem podpořit slibně vyhlížející teoretické konceptualizace, podložené doposud výhradně zahraničními studii, kdy se však přirozeně poukazuje zejména na ty, které vzdvihnou klady směru, jemuž dotyčný autor fandí. Nabízí se tím řečnická otázka, zda v naší zemi existuje instituce, která by byla ochotna financovat něco tak nákladného jako dvojité zaslepenou RCT studii při sou-

časně maximálně možné nestrannosti? A pokud ano, co když nakonec dojdeme k závěru, že s pravdou v psychoterapeutickém procesu je to přeci jen trochu složitější, jak o tom trefně píše Jan Šíkl?

Přejeme vám inspirativní čtení.

*Karel D. Riegel, Pavel Theiner
a Roman Hytych, 7. 4. 2021*

BREAKING THE WALLS? 80 LET NA HRANICI

Breaking the walls? 80 years on borderline

Karel D. Riegel

Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, CZ; e-mail: kareldobroslav.riegel@vfn.cz

Psychoterapie. 15 (1), 7–22; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT

Jedenáctá revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11) přináší odlišný způsob uvažování o poruchách osobnosti (PO) oproti stávajícímu modelu MKN-10. Těžiště modelu MKN-11 se konceptuálně vrací k psychodynamické tradici chápání PO, historicky spjaté s definicemi hraničních stavů podle teorie objektních vztahů. Důraz kladený na patologii identity a mezilidských vztahů, doplněnou o specifické konstelace osobnostních rysů, nabízí plastický pohled na osobnost pacienta a jeho obtíže. Téměř absolutní odvrát od MKN-10 kategorií PO má navíc cílit na destigmatizaci PO. V tomto článku je model MKN-11 představen v perspektivě téměř 80 let vývoje hraniční psychopatologie. Jednotlivé komponenty diagnózy PO podle MKN-11 jsou propojeny s relevantními teoretickými konceptualizacemi a srovnávány s Alternativním modelem DSM-5 pro PO. Implikace pro klinickou praxi jsou rovněž diskutovány.

Klíčová slova: MKN-11, hraniční porucha osobnosti, AMPO, psychodynamická diagnostika, teorie objektních vztahů

ABSTRACT

The eleventh revision of the International Classification of Diseases (ICD-11) brings

a different way of thinking about personality disorders (PDs) compared to the current ICD-10 model. The focus of the ICD-11 model conceptually returns to the psychodynamic tradition of understanding PDs, historically connected with the definitions of borderline states according to the object relations theory. The emphasis on the pathology of identity and interpersonal relationships, supplemented by specific constellations of personality traits, offers a plastic view of the patient's personality and his difficulties. In addition, the almost absolute turn away from ICD-10 PD categories is aimed at destigmatizing PDs. In this article, the ICD-11 model is presented in the perspective of almost 80 years of development of borderline psychopathology. The individual components of the diagnosis of PO according to ICD-11 are connected with relevant theoretical conceptualizations and compared with the Alternative DSM-5 Model for PDs. Implications for clinical practice are also discussed.

Keywords: ICD-11, borderline personality disorder, AMPD, psychodynamic diagnostics, object relations theory

1. ÚVOD

Více než jeden z deseti lidí žijících v „západní“ společnosti (Volkert et al., 2018) a nejméně polovina pacientů v ambulantních psychiatrických službách (Beckwith et al., 2014) splňuje diagnostická kritéria pro stanovení diagnózy poruchy osobnosti (PO). Ta je jedním z hlavních prediktorů psychosociálního narušení jedince, komorbidity, předčasné mortality a výsledků léčby (Tyrer et al., 2015). Vědecká a klinická pozornost věnovaná problematice PO se však liší nejen mezinárodně, např. vlivem kultury, diagnostické tradice či politiky (Bach et al., 2020), nýbrž i mezi jednotlivými profesionály v oblasti duševního zdraví. Ochota diagnostikovat PO výrazně kolísá v závislosti na klinické zkušenosti a teoretickém zakotvení examinátora, stejně jako na nejednotném konsensu odborníků, zda je pro psychoterapii vůbec nutné diagnózu stanovovat.

Dosavadní diagnostická praxe PO, opírající se o kategoriální model MKN-10, navíc může klinickým pracovníkům připadat příliš komplikovaná, těžkopádná a nejednoznačná, což je do značné míry podpořeno výraznou heterogenitou ve volbě diagnostického instrumentária. Ambivalentní přístup k diagnostice PO na základě kritérií MKN-10 tak vede k jejich celkovému poddiagnostikování. Mnoho lidí s PO zůstává nezjištěno, bývá jim poskytnuta léčba doprovodných symptomů, která se v konečném důsledku může ukázat neúčinnou nebo dokonce škodlivou (Tyrer et al., 2015). Klinická praxe potvrzuje, že chybná diagnostika založená na mylné představě, že jde např. o neurotického pacienta trpícího depresí vede k farmakorezistenci a opětovnému selhávání v běžných formách psy-

choterapie poté, co depresivní příznaky odezní, a do popředí se dostane osobnostní problematika. Z těchto důvodů bylo nezbytně nutné zavést systém diagnostiky nejen hraničních stavů, který bude mezinárodně empiricky dostatečně robustní a současně použitelný v běžné klinické praxi (Bach et al., 2020).

2. STRUČNÁ HISTORIE HRANIČNÍCH STAVŮ

Pod pojmem hraniční osobnost (*borderline personality*) si pravděpodobně většina klinických pracovníků na poli duševního zdraví představí pacienta trpícího hraniční poruchou osobnosti (HPO), tj. člověka se symptomatickým obrazem typickým pro tyto pacienty podle diagnostických kritérií MKN-10. Historie tzv. hraničních stavů však sahá již do roku 1938, kdy byl termín „borderline“ v USA poprvé použit ke klinickému popisu pacientů, kteří měli za určitých okolností tendenci k regresi do tzv. hraniční schizofrenie (Boleloucký et al., 1993). Přibližně do poloviny 20. století byla psychoanalýza vedle behaviorismu a humanistické psychologie hlavním psychoterapeutickým směrem, jehož cílem bylo propojení mezi Ono, Já a Nadjá dosažením vhledu pacienta. Zhruba od 50. let 20. století se však v ordinacích psychoanalytiků začali vyskytovat pacienti, kteří vykazovali neobvyklé příznaky, jako např. silné sebedestruktivní tendence nebo agresivní výbuchy vůči okolí, stejně jako patologický stupeň regrese v procesu analytické terapie. Převážně zachovaná schopnost vnímat realitu odlišovala tyto pacienty od psychóz, hlubších psychopatologií a zároveň i od neuróz. Objevuje se samostatná nomenklatura pro hraniční patologii (Knight,



**Karel Dobroslav
Riegel**

PhDr. Bc., Ph.D. Pracuje v oblasti poruch osobnosti a závislostních poruch jako klinický psycholog, TFP terapeut, výzkumník a vysokoškolský pedagog.

1962) a další závažné, dříve spíše ignorované, osobnostní poruchy. Současně dochází k rozšíření kleiniánského způsobu myšlení, doprovázeného následným vývojem teorie objektních vztahů (ORT).

Přestože koncem 70. let 20. století se pojem hraniční (tj. vyskytující se na hranici mezi neurózou a psychózou) používal s nejrůznějšími adjektivy (stav, syndrom, osobnost, pacient, charakter, vzorec chování, organizace osobnosti, schizofrenie apod.), hraniční schizofrenie byla jediným oficiálním označením hraničních stavů až do vydání třetí revize Diagnostického a statistického manuálu duševních nemocí (DSM-III) roku 1980 (Boleloucký et al., 1993). DSM-III, které se stalo předlohou pro MKN-10, vycházelo z předpokladu, že v klinické praxi se vyskytují hraniční stavy na jedné straně reprezentované pacienty s rysy nestálosti a zranitelnosti (hloubkou psychopatologie mající blíže k těžším formám neuróz), zatímco na straně druhé stavy geneticky související se schizofrenií, jako její frustrní či latentní formy (hloubkou psy-

chopatologie mající blíže k psychózám). Hraniční stavy se tak rozdělily na dvě diagnózy: HPO a schizotypní poruchu, která však v MKN-10 nespadá do kategorie PO (F60), nýbrž do kategorie psychotických poruch (F21). Jiné specifické PO přestaly být s pojmem „hraniční“ spojovány.

Od 90. let 20. století se HPO stala preferovanou diagnózou PO pro svůj úzký překryv s diagnózami z osy I, zejména funkčními psychózami a afektivními poruchami. V tomto směru lze vysledovat výrazný nárůst zájmu o výzkum v oblasti vývojových a neurobiologických korelátů HPO (např. Kernberg, 1995; Zanarini et al., 1998), stejně jako v oblasti tzv. evidence-based psychoterapií pro HPO (např. Kernberg et al., 1989; Linehan et al., 1991). Neutuchající zájem odborníků v oblasti duševního zdraví o projekty spojené s diagnostikou a léčbou HPO může mít významný podíl na určité destigmatizaci této diagnózy oproti jiným PO, které se mezi klinickými pracovníky ani pacienty netěší takové oblibě. Máme na mysli především histrionskou, narcistickou a antisociální PO, a to i přesto, že se jedná o diagnózy HPO příbuzné svojí jádrovou charakteristikou dramatičnosti. Fenomenologická příbuznost na úrovni behaviorálních projevů nabízí jistou pravděpodobnost, že by také intrapsychické fungování pacientů s těmito typy PO mohlo probíhat přinejmenším podobně jako v případě HPO, což by hovořilo ve prospěch hypotézy o společném základu všech specifických PO, k níž se 11. revize MKN přiklání.

3. DEFINICE PORUCHY OSOBNOSTI

Hranice, kdy je možné diagnózu PO spolehlivě stanovit, je pravděpodobně jednou

z nejproblematičtějších oblastí dosavadního přístupu k PO z hlediska diagnostické přesnosti. Se zavedením samostatné diagnostické nomenklatury na ose II v rámci DSM (American Psychiatric Association, 1980) došlo k dramatickému nárůstu zájmu o tuto problematiku, podpořenou rostoucím počtem nových diagnostických nástrojů (Gorgens, 2011; Loranger et al., 1997). Ty měly pomoci detekovat a charakterizovat specifické PO na základě přítomnosti či absence příslušného množství kritérií. Konsensuálně stanovená diagnostická kritéria však vycházela z prototypických obrazů pacientů, s nimiž je možné se v klinické praxi setkat, avšak tím, že reprezentovala spíše klinickou zkušenost, byla v mnohých případech nahodilá a nepodložená teoretickým zakotvením ani předchozím empirickým výzkumem. Deskriptivní pojetí diagnózy akcentovalo spíše než hloubku psychopatologie fenomenologické znaky a typické behaviorální projevy pacientů, jak je zřejmé z obecné definice PO podle MKN-10 (WHO, 2000):

„[...] rozmanitost stavů a vzorců chování klinického významu, které mají tendenci přetrvávat a objevují se jako vyjádření charakteristického životního stylu jedince a způsobu jeho vztahu k sobě i druhým“ (cit., str. 226).

V protikladu k výše popsanému stojí psychostrukturální diagnostika PO vycházející z ORT. Nezaměřuje se pouze na vnější projevy onemocnění, ale snaží se posoudit, do jaké míry znemožňují takové projevy adaptaci pacienta v jednotlivých oblastech jeho života. Definice PO v ORT začíná konceptualizací konstruktů osobnosti a vymezením „normálního“ osobnostního fungování. ORT chápe osobnost

jako dynamickou integraci vzorců chování odvozených z temperamentu, kognitivních schopností, charakteru (ten lze vnímat jako behaviorální manifestaci identity) a internalizovaného systému hodnot, který je předpokladem morálky. Úplný pohled na osobnost v ORT tudíž musí zahrnovat nejen pozorovatelné vzorce chování, nýbrž i vnitřní svět jedince (Clarkin et al., 2020).

Psychodynamický model na bázi ORT lze chápat jako diagnostický a teoretický rámec obecně definující vznik PO jako důsledek konfluence neurobiologických faktorů (např. temperamentu, agrese apod.) a následných environmentálních faktorů (např. trauma, zanedbávání apod.). Podíl souhry konstitucionálních faktorů a sociálních zkušeností na vzniku PO zdůrazňuje také MKN (Riegel et al., 2020), nicméně doposud se nepodařilo jednoznačně určit poměr vrozených dispozic a vývojových vlivů. Existuje řada výzkumných studií, které se zabývají hereditárními faktory vzniku PO (Amad et al., 2014; Distel et al., 2008; Torgersen, 2000), avšak převážná většina z nich cílí zejména na HPO, u níž se předpokládá přibližně 40% vliv dědičnosti (Amad et al., 2014). Vícerozměrné genetické analýzy sice ukázaly, že genetické faktory, které ovlivňují individuální rozdíly v neuroticismu, přívětivosti, svědomitosti a extraverci, nesou genetickou odpovědnost za vznik „hraniční osobnosti“, nicméně teprve spojení s jedinečnými vlivy prostředí (např. nepříznivé zážitky v útlém dětství s primárními pečovateli nebo vývojová traumata) může způsobit, že jedinci se specifickým vzorcem osobnostních rysů rozvinou HPO (Distel et al., 2009).

Klinická praxe potvrzuje, že fenotypické znaky specifických PO (a to nejen HPO) re-

flektují směs výše uvedených faktorů a zároveň úroveň závažnosti psychopatologie, která je v ORT definována jako organizace osobnosti (Kernberg, 1995). Organizace osobnosti tvoří v ORT modelu latentní kontinuum, zahrnující 6 úrovní závažnosti psychopatologie (tj. normální; lehčí a těžší neurotickou organizaci osobnosti; a hraniční organizaci osobnosti variující od lehčí, přes střední, až po těžkou, často odpovídající psychotické organizaci osobnosti). Toto kontinuum umožňuje pomyslnou spojnici specifických diagnóz PO, v pásmu hraniční organizace osobnosti více či méně vzdálených od neurózy. Tzv. hraniční organizace osobnosti je charakterizovaná: a) převážně nedotčenou schopností adekvátně testovat realitu; b) převahou používání primitivních psychologických obran; c) zřejmou difúzí identity. Tyto tři dominantní faktory definují vývojovou matici, na jejíž bázi vznikají všechny formy PO a s nimi související chování (Lenzenweger et al., 2012).

Přestože deskriptivní pojetí hraničních stavů, zredukovaných na HPO, resp. v MKN-10 emočně nestabilní PO se dvěma podtypy (hraniční a impulzivní) mělo vést k větší přehlednosti a snad i přesnosti klinické diagnostiky, výsledkem byla ztráta konceptuální návaznosti hraničních stavů pro jinak než psychodynamicky orientované klinické pracovníky, ztráta propojení ve společném základu všech specifických PO, a zejména ztráta víry v terapeutický proces, který by mohl vést nejen ke stabilizaci stavu, nýbrž k uzdravě pacienta. Vnímání závažnosti osobnostní psychopatologie jako kontinuálního dynamického procesu s sebou přináší četné implikace využitelné v běžné klinické praxi i psychoterapii. Především se jedná o zpochybnění doposavad uznáva-

ného paradigmatu o PO jako diagnózách, tvořených souborem rigidních a neměnných osobnostních rysů, kterým nelze výrazně pomoci. Připustíme-li, že PO leží na společném kontinuu jako neurózy, které obecně považujeme za úspěšně ovlivnitelné psychoterapií, je nasnadě domnívat se, že můžeme terapeuticky ovlivnit i PO, a to nikoliv pouze na úrovni symptomů, ale i na úrovni osobnostní organizace a osobnostní struktury.

4. KATEGORIÁLNÍ VS. DIMENZIONÁLNÍ PŘÍSTUP

Kategoriální diagnostika PO, představená v DSM-III a používaná v následných edicích DSM, byla prvním impulzem k empirickému zkoumání osobnostní psychopatologie. Její aplikace v praxi však odhalila řadu závažných nedostatků. Předně se jednalo o výraznou heterogenitu specifických diagnóz PO a rozsáhlé komorbidity mezi poruchami (Clarkin et al., 2020). Čistě kategoriální přístup k diagnostice osobnosti, založený na evaluaci deskriptivních znaků, dokáže spolehlivě zachytit pouze jedince se závažnou osobnostní psychopatií, kterou lze v zásadě pozorovat pouhým okem (Riegel et al., 2020). Jinými slovy, kategoriální přístup vnímá všechny PO lineárně a to, čím se od sebe odlišují jsou fenomenologické znaky (tj. typické projevy pacientů s danou poruchou). Klinická praxe však potvrzuje, že pacienti často naplňují diagnostická kritéria pro více specifických PO současně (Zimmerman et al., 2005), což vede k nadužívání diagnostických kategorií F60.8 (jiné PO), F60.9 (PO nespecifikované) a F61.0 (smíšené PO), ačkoli explicitní doporučení, na základě čeho tyto diagnózy stanovovat (např. počet překrývajících se

kritérií, hloubka závažnosti osobnostní psychopatie), v DSM-IV i MKN-10 chybí (Koenigsberg et al., 1985; Verheul et al., 2007). Zmíněné kategorie jsou navíc nezřídka používány promiskuitně, protože pacient může obdržet nespécifickou diagnózu PO několika způsoby: 1. může mít PO, která není oficiálně zahrnutá mezi specifickými typy PO (tj. F60.8); 2. může vykazovat rysy více než jedné z oficiálně uznaných PO způsobujících klinicky významné potíže nebo narušení funkčních schopností, avšak bez převažujícího souboru symptomů, který by dovolil specifičtější diagnózu (tj. F61.0); 3. může mít klinicky významnou variantu specifické PO, která však nedosahuje prahu pro stanovení diagnózy nebo je její atypickou formou (tj. F60.9) (Verheul & Widiger, 2004). Třetí případ nejlépe ilustruje skutečnost, že subtilnější formy PO je v MKN-10 možné nepřesně lokalizovat v poněkud disperzní diagnostické kategorii tzv. akcentovaných osobností, která nechává klinického pracovníka napospas nejistotě, jak s výsledky naložit, není-li naplněn dostatečný počet kritérií pro konkrétní PO (Riegel et al., 2020).

Se vznikem páté revize DSM byla připravena půda pro důkladnou revizi stávajícího modelu diagnostiky PO. S ohledem na návaznost na dosavadní praxi byl kategoriální přístup z DSM-IV zachován také v DSM-5 sekci II, zatímco v sekci III byl představen tzv. Alternativní model DSM-5 pro poruchy osobnosti (AMPO). Primárním záměrem AMPO bylo obohacení kategoriálního systému o dimenzionální hodnocení, které by adekvátněji postihovalo komplexnost a závažnost osobnostní psychopatie. AMPO tak reflektuje odvážný a kontroverzní

krok. Pokouší se o spojení kategoriálního přístupu vymezeného 6 specifickými PO s dimenzionálním hodnocením osobnostní funkční schopnosti ve vztahu k sobě a druhým, doplněným o posuzování konstelací osobnostních rysů. S AMPO dochází k pomyslnému střetu dvou diagnostických tradic v rámci jediného modelu: kategoriální, na deskriptivních znacích založené medicínské tradice a dimenzionální, na rysech založené tradice pocházející převážně z akademické psychologie (Clarkin et al., 2020).

Hlavním přínosem AMPO je jasné vymezení podstaty osobnostní psychopatie, které v DSM-III a následných edicích DSM, stejně jako v MKN-10 chybělo. Zaměření na osobnostní funkční schopnosti ve vztahu k sobě a druhým v mezilidských vztazích má teoretickou a empirickou podporu, což dokládá i úzká provázanost AMPO s psychostrukturálním modelem osobnostní psychopatie podle Kernberga a jeho spolupracovníků (Clarkin et al., 2007; Clarkin et al., 2010). Posouzení míry integrace self a stupně normality nebo patologie ve vztazích jedince s druhými lidmi je podle Kernberga hlavním kritériem hodnocení jakékoli PO (Kernberg, 1993).

S tvrzením, že generalizované a závažné narušení osobnostní funkční schopnosti lze považovat za jádro osobnostní psychopatie, neboť může být jejím nejdůležitějším ukazatelem (Raboch et al., 2015), se shoduje rovněž pojetí modelu pro PO v nadcházejícím MKN-11. Pracovní skupina zabývající se přípravou oddílu pro PO v MKN-11 vycházela z předpokladu, že ve srovnání s klinickým posuzováním jiných duševních poruch, je diagnostika PO v běžné klinické praxi složitější. Posuzování 79 kritérií pro 10 specifických diagnóz PO je poněkud

těžkopádné a vyžaduje specializovaný trénink nebo rozsáhlou klinickou zkušenost (Bach & First, 2018). Kategoriální systém nomenklatury pro PO z MKN-10 proto podrobují ještě radikálnější revizi než v případě AMPO a ke klasifikaci PO přistupují výhradně dimenzionálně. Specifické PO jsou zcela vynechány ve prospěch evaluace celkové míry závažnosti osobnostního narušení a pěti kvalifikátorů osobnostních rysů (Reed, 2018).

5. HODNOCENÍ ZÁVAŽNOSTI OSOBNOSTNÍHO NARUŠENÍ

Nomenklatura PO v MKN-11 se snaží o maximální eliminaci překryvu diagnóz. Na rozdíl od polytetických kritérií MKN-10, kde žádné z nich není samo o sobě esenciální a teprve s určitým počtem naplněných kritérií (např. 5 z 9) lze stanovit diagnózu PO, v MKN-11 je diagnóza PO založena na hodnocení celkové míry osobnostní funkční schopnosti, která je esenciálním diagnostickým kritériem. Toho se snaží dosáhnout stanovením jedné ze čtyř úrovní závažnosti osobnostního narušení: 1. osobnostní obtíž(e) (*personality difficulty*); 2. mírná PO; 3. střední PO; 4. těžká PO. Klinický pracovník má sice stále možnost stanovit diagnózu PO bez bližší specifikace závažnosti (*severity unspecified*), přesto se i v takovém případě předpokládá naplnění alespoň minimální míry závažnosti narušení, tedy mírné PO. Mírná PO může současně posloužit jako screening pro přítomnost/nepřítomnost PO. Úroveň tzv. osobnostních obtíží není klasifikací duševní choroby jako takové, nýbrž je k dispozici klinickému pracovníkovi v části MKN-11 věnované faktorům ovlivňujícím zdravotní stav jedince bez specifické duševní poruchy a čet-

nost jeho kontaktů se zdravotnickými službami. Osobnostní obtíže jsou něco podobného jako podkategorie Z73.1 v MKN-10 „Zdůraznění (akcentace) osobnostních rysů“ v kategorii Z73 „Problémy související s pracovními obtížemi“.

Způsob hodnocení závažnosti osobnostního narušení se ve skutečnosti značně překrývá s dimenzemi osobnostní funkční schopnosti definovanými v AMPO jako kritérium A a dimenzemi osobnostní funkční schopnosti podle ORT modelu (viz tabulku 1). Funkční schopnost osobnosti v AMPO charakterizuje způsob, jakým dotyčný obvykle prožívá sám sebe – dimenze Self (složky identita a sebeřízení) a druhé – Interpersonální dimenze (složky empatie a intimita). V ORT modelu jsou tyto dimenze zachyceny v dimenzích Identita a Objektní vztahy. V modelu MKN-11 jsou problémy ve funkčních aspektech Self posuzovány napříč složkami: identita; sebeúcta; přesnost v sebepercepci; a sebeřízení. Interpersonální dysfunkce pak ve složkách: zájem o vztahy s druhými; schopnost porozumět a ocenit názory druhých; schopnost tvořit a udržet si blízké a vzájemně uspokojivé vztahy; schopnost zvládat konflikty ve vztazích (Bach & First, 2018).

Přestože se z tabulky 1 může zdát, že MKN-11 model nabízí ve smyslu posuzování narušení v osobnostní funkční schopnosti užší provázanost složek dimenze Self a Interpersonální dimenze s ORT modelem než AMPO, každá ze čtyř složek AMPO kritéria A také dále postihuje tři separátní faktory funkční schopnosti: identita – hranice, sebeúcta, sebeovládání; sebeřízení – cíle, normy, sebereflexe; empatie – motivy druhých, názory druhých, dopady na druhé; intimita – intenzita vztahů, tou-

Tabulka 1

Srovnání hodnocení závažnosti osobnostní psychopatologie podle ORT s AMPO a MKN-11 modelem pro PO

Hodnocení závažnosti	ORT	AMPO	MKN-11
Funkční schopnost osobnosti (Kritérium A)	<i>Identita</i>	<ul style="list-style-type: none"> identita 	<ul style="list-style-type: none"> identita
	<ul style="list-style-type: none"> soudržnost a návaznost v sebepojetí sebehodnocení vkklady vnímání druhých 	<ul style="list-style-type: none"> identita sebeřízení 	<ul style="list-style-type: none"> sebeúcta sebeřízení přesnost v sebepercepci
Dimenzionální model os. rysů (Kritérium B)	<i>Objektivní vztahy</i>	<i>Interpersonální</i>	<i>Interpersonální</i>
	<ul style="list-style-type: none"> mezilidské vztahy intimní vztahy a sexualita vnitřní model utváření vztahů 	<ul style="list-style-type: none"> intimita empatie 	<ul style="list-style-type: none"> zájem o vztahy s druhými schopnost zvládat konflikty ve vztazích schopnost tvořit a udržet si blízké a vzájemně uspokojivé vztahy schopnost porozumět a ocenit názory druhých
	<i>Obranné mechanismy</i>	<i>Desinhibice</i>	<i>Desinhibice</i>
	<i>Coping/rigidita</i>	<i>Odtlačitost</i>	<i>Odtlačitost</i>
		<i>[rigidní perfekcionismus a perseverace]¹</i>	<i>Anankastie</i>
	<i>Agresivita</i>	<i>Negativní afektivita</i>	<i>Negativní afektivita</i>
	<i>Morálně/etické aspekty</i>	<i>Antagonismus</i>	<i>Disocialita</i>
	<i>Testování reality</i>	<i>Psychoticismus</i>	²

¹Jedná se o aspekty oblasti (nízké) Desinhibice a oblasti (vysoké) Negativní afektivity.

²MKN-11 klasifikuje kapacitu testování reality podle závažnosti narušení funkční schopnosti osobnosti, nikoli jako separátní oblast osobnostních rysů.

ha po blízkosti, vzájemný respekt (Riegel et al., 2020). Tato skutečnost je zásadní zejména z hlediska klinického hodnocení, kde vysoká míra překryvu mezi dimenzemi a složkami všech tří modelů nabízí klinickému pracovníkovi možnost poměrně snadno přecházet mezi jednotlivými přístupy a stanovovat diagnózu PO relevantní jak z hlediska psychodynamické tradice, tak dimenzionálních modelů obou mezinárodních psychiatrických klasifikací.

K dosažení plastického obrazu konkrétního pacienta přispívá zavedení modelu maladaptivních osobnostních rysů, který je v AMPO označován jako kritérium B. Pět kvalifikátorů osobnostních rysů v modelu MKN-11 úzce koresponduje s AMPO, nicméně jak je možné vidět z tabulky 1 (spodní část), jsou zde dvě výjimky. První tvoří MKN-11 kvalifikátor Anankastie, který ve výčtu oblastí AMPO chybí a lze jej vyjádřit aspekty osobnostních rysů *rigidní perfekcionismus a perseverace*. Druhou je AMPO oblast Psychoticismus, která chybí naopak mezi kvalifikátory v MKN-11. Důvodem je adherence MKN ke kódování schizotypní poruchy a rysů spojených s psychoticismem v rámci schizofrenie a jiných, primárně psychotických, poruch. Přesto MKN-11 klasifikace míry závažnosti PO může být založena na tom, zda pacient prožívá stavy disociace nebo quasi psychotická přesvědčení a nebo projevuje-li výraznou excentričnost, která může připomínat rysy schizotypní PO. To je v souladu s psychostrukturálním přístupem ke klasifikaci organizace osobnosti definovaným v ORT, kde nejnižší a současně nejtěžší forma závažnosti může zahrnovat přechodné psychotické stavy (Bach & First, 2018).

Přestože přístup MKN-11 na rozdíl od AMPO odmítl zachování kategoriální klasifikace PO jako doplňku k dimenzionálnímu hodnocení, jeho součástí je tzv. kvalifikátor hraničního vzorce osobnostního narušení. Ten vychází z ponechání diagnostických kritérií pro HPO, známých z DSM-IV-TR. Kvalifikátor hraničního vzorce narušení je stejně jako pět zbylých kvalifikátorů osobnostních rysů volitelný a může být použitý samostatně nebo v jejich kombinaci (např. diagnóza střední PO s hraničním vzorcem osobnostního narušení, Negativní afektivitou, Desinhibicí a Disocialitou) (Riegel et al., 2020). Přestože se jedná o poměrně kontroverzní krok v modelu, který staví na své exkluzivě čistě dimenzionálním přístupem, jeho zavedení pro usnadnění diagnostiky HPO, stejně jako problematika schizotypní PO popsaná v předchozím odstavci, poukazuje na skutečnost, že se v běžné klinické praxi diagnostika PO ani v 21. století neobejde bez alespoň částečné návaznosti na důvěrně známé klinické obrazy pacientů podle prototypických znaků. Tím se uzavírá pomyslný kruh komplexního posuzování osobnostní psychopatologie, propojující všechny tři diagnostické přístupy, které se vzájemně doplňují (viz tabulku 2).

S ohledem na výše popsané si zvláštní pozornost zaslouží právě pacienti s osobnostními obtížemi (akcentovanou osobností), tedy pacienti, které lze v ORT modelu lokalizovat na přechodu mezi neurotickou a hraniční organizací osobnosti jako těžší formu neurózy. Tito jedinci jsou převážně schopni dosahovat relativně uspokojivých vztahů s druhými lidmi, stejně jako určitého stupně profesní seberealizace, nicméně se vyznačují výraznou zranitelností vůči

Tabulka 2
„Přechodník“ MKN-11 pro AMPO, ORT a kategoriální diagnostiku PO¹

Hodnocení závažnosti			Kategoriální hodnocení		
MKN-11	AMPO	ORT	Specifická porucha osobnosti		
Žádné narušení	0. Žádné narušení	1. Konsolidovaná; stabilní, komplexní a trvalé vztahy; schopnost integrovat něhu a erotické prožitky	Normální	Bez poruchy osobnosti	
Osobnostní obtíže (akcentace)	1. Mírné narušení	2. Konsolidovaná; poněkud povrchní vnímání sebe a druhých; obtíže s integrací něhy a erotických prožitků	Neurotická	Obsedantně-kompulzivní Depresivní Hysterická	
Mírná porucha osobnosti	2. Středně těžké narušení	3. Mírná difúze identity; štěpení objektu a/nebo povrchní vztahy, ale s určitým stupněm stability a integrace, zejména v nekonfliktních oblastech	Hraniční vyššího řádu	Závislá Histrionická Vyhybavá Narcistická	
Střední porucha osobnosti	3. Těžké narušení	4. Střední difúze identity; vztahy povrchní a založené na snaze o naplnění potřeb; narušená empatie; nízká schopnost uchovat si zájem po delší dobu; výrazně rozštěpené a nestabilní	Hraniční středního řádu	Narcistická Hraniční Paranoidní Schizoidní	
Těžká porucha osobnosti	4. Velmi těžké narušení	5. Těžká difúze identity; vztahy založené výhradně na snaze o naplnění potřeb; zcela postrádá empatii a schopnost uchovat si zájem o druhé	Hraniční nižšího řádu	Narcistická Hraniční Paranoidní Antisociální Schizotypní	
<i>Funkční schopnosti ve vztahu k sobě a druhým</i>			<i>Uroveň organizace osobnosti</i>		

¹ Hranici pro stanovení diagnózy poruchy osobnosti je alespoň „Mírná porucha osobnosti“ (MKN-11) nebo „Středně těžké narušení“ v míře osobnostní funkční schopnosti (AMPO) nebo „Mírná difúze identity“ (ORT).

stresu. Při selhání copingových strategií u nich může dojít k prudké dekompenzaci, jež s sebou přináší výrazně maladaptivní chování. V takovém případě je klinický obraz podobný symptomům PO, avšak na rozdíl od PO je přechodný (např. dekompenzace hystericky strukturované osobnosti do disociativního stuporu, který nápadně připomíná disociativní stavy u histrionské PO či HPO, nebo dekompenzace obsedantně-kompulzivní osobnosti do deprese a sociální úzkosti připomínající obraz vyhubavé nebo narcistické PO). To, čím se tito jedinci od PO odlišují, je jejich převážně konsolidovaná identita. Obsedantně-kompulzivní, depresivní a hysterickou PO, tj. diagnózy uvedené v tabulce 2 v řádku osobnostních obtíží, bychom proto měli vnímat jako akcentované osobnostní struktury či benignější charakterové neurózy spíše než jako specifické PO. Osobnostně akcentovaní pacienti sice nedosahují závažnosti PO vzhledem k absenci difúze identity, přesto vykazují osobnostní rigiditu v míře, která je odlišuje od normálního fungování nebo lehčích forem neuróz zejména ve schopnosti integrovat něhu a erotické prožitky v partnerských vztazích. Zavedením kategorie osobnostních obtíží v MKN-11 modelu pro PO a jeho provázaností s ORT dochází k oživení klinicky relevantních konstruktů s přímou návazností na klasicou psychoanalytickou tradici posuzování patologií charakteru.

6. OPERACIONALIZACE MKN-11 MODELU

Jakmile se klinický pracovník ujistí o naplnění obecných požadavků pro stanovení diagnózy PO u daného pacienta, může stanovit jeden ze tří kódů míry závažnosti PO

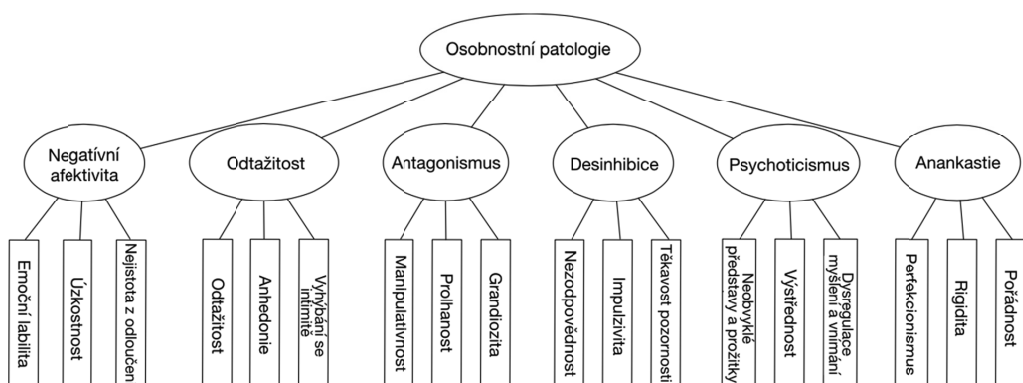
(tj. mírná, střední, těžká). Současně může svůj diagnostický úsudek upřesnit pomocí jednoho nebo více z celkově pěti kvalifikátorů osobnostních rysů. V případě, že dotyčný pacient naplní požadovaná kritéria pro HPO, může být použito rovněž kvalifikátoru hraničního vzorce osobnostního narušení. Potřebné informace lze obdobně jako v MKN-10 získat z klinických rozhovorů a pozorování pacienta, studia jeho zdravotnické dokumentace a/nebo údajů od pacientovi blízkých osob. Existují také specifické diagnostické nástroje pro hodnocení osobnostní psychopatologie podle modelu MKN-11. K evaluaci dimenzionálního modelu osobnostních rysů lze využít Osobnostní inventář pro MKN-11 (PiCD; Oltmanns & Widiger, 2018) nebo Pětifaktorový osobnostní inventář pro MKN-11 (FFiCD; Oltmanns & Widiger, 2020). K evaluaci míry závažnosti PO lze pak využít Standardizovaného hodnocení závažnosti poruchy osobnosti (SASPD; Olajide et al., 2018). Tyto nástroje však doposud nebyly do českého prostředí adaptovány. Výrazná příbuznost modelu s DSM-5 AMPO nabízí kvantifikaci dimenzionální diagnózy PO v MKN-11 pomocí diagnostických nástrojů vytvořených pro AMPO. Míru narušení osobnostní funkční schopnosti posuzuje v AMPO Škála úrovní osobnostní funkční schopnosti (LPFS), zatímco model osobnostních rysů hodnotí Osobnostní inventář pro DSM-5 (PID-5). Oba nástroje nepovažujeme, vzhledem k vydání českého překladu DSM-5, za nutné detailněji představovat, neboť je o nich extenzivně pojednáno z teoretického i empirického hlediska jinde (např. Raboch et al., 2015; Riegel et al., 2016; Riegel et al., 2017; Riegel et al., 2018). Skóry LPFS doplněné o PID-5

profil osobnostních rysů mohou být snadno konvertovány do MKN-11 diagnózy PO (Riegel et al., 2020), a to zejména při použití zkrácené verze Osobnostního inventáře pro DSM-5 (PID5BF+M; Bach et al., 2020). Ta je rozšířená o skórovací algoritmus k hodnocení kvalifikátoru Anankastie v MKN-11. PID5BF+M zahrnuje 18 aspektů osobnostních rysů, každý sestávající ze 2 položek. K určení 6 širokých oblastí osobnostních rysů podle schématu uvedeného na obrázku 1 lze kombinovat specifické aspekty rysů s využitím 36 položek originálního PID-5.

Výhodou rozhovoru je přímý kontakt mezi pacientem a potenciálním terapeutem, přínášející zřejmý důkaz o kvalitě vztahů pacienta s druhými lidmi (Clarkin et al., 2020). MKN-11 ani AMPO jasně nedefinuje, jakým způsobem by měl být klinický rozhovor s pacientem veden. Přesto lze z dimenzí obou modelů vyvodit, že rozhovor by měl primárně adresovat způsob, jakým jedinec funguje vzhledem k sobě a v sociálních interakcích s pro něj významnými druhými v rámci svého životního prostoru (viz kritérium A). Současně by informace získané v rámci rozhovoru měly

Obrázek 1

Schéma rozvržení aspektů osobnostních rysů do oblastí v PID5BF+M



Přes nepřeborné množství diagnostických nástrojů, které v souvislosti s vydáním MKN-11 modelu pro PO a AMPO celosvětově vznikají, zůstává ověřeným postupem klinického hodnocení rozhovor. Hlavním cílem klinického hodnocení je jak pacientovi, tak terapeutovi poskytnout dostatečné informace pro jasné zaměření terapeutické intervence. Diagnostický proces by měl v optimálním případě vést mezi oběma účastníky ke společné koncepci stran cílů intervence a motivace pacienta ke změně.

klinického pracovníka rámcově obeznámit o predominantních osobnostních rysech pacienta (viz kritérium B). Takový způsob vedení rozhovoru ovšem vyžaduje značnou klinickou zkušenost examinátora. Z tohoto důvodu se zdá být praktické využití více či méně strukturovaných rozhovorů jako např. Operacionalizovaná psychodynamická diagnostika (OPD-2) nebo Strukturované interview organizace osobnosti (STIPO). Ty mohou klinického pracovníka informovat o důležitých aspektech týkajících

cích se hloubky osobnostní psychopatologie, úrovní zralosti obranných mechanismů a intrapsyckém konfliktu daného jedince v souladu s ORT, a to nejen v iniciační fázi terapeutického procesu, nýbrž i v rámci sledování angažovanosti pacienta v terapii a hodnocení jeho celkové změny.

7. PŘÍSPĚVEK MKN-11 MODELU K TERAPEUTICKÉMU PLÁNOVÁNÍ

Při posuzování diagnostického systému je esenciální komponentou zhodnocení jeho klinické využitelnosti, tj. jak dobře vyhovuje potřebám klinických pracovníků, kteří diagnostikují a léčí své pacienty. Mezi aspekty klinické využitelnosti patří přijatelnost a užitečnost systému pro uživatele, profesionální komunikace výsledků, shoda mezi posuzovateli, přesnost diagnózy a klinické rozhodování (Verheul, 2006). Přestože se důkazy o efektivitě MKN-11 modelu a AMPO teprve začínají hromadit, prozatím dostupná data svědčí pro upřednostňování dimenzionálního hodnocení PO oproti kategoriálnímu přístupu (Bornstein & Natoli, 2019).

S ohledem na terapii je hlavním hlediskem efektivity význam diagnostického procesu pro plánování terapie a komunikaci mezi terapeutem a pacientem ohledně potřeby, zaměření a průběhu terapeutické intervence. V MKN-11 modelu pro PO je vztah k terapii implicitní a není v diagnostickém manuálu vyjádřený. To je pochopitelné, protože není úkolem MKN-11 činit volbu mezi konkurenčními terapeutickými přístupy, jejichž efektivita by měla být empiricky zkoumána nezávisle na diagnostickém procesu (Clarkin et al., 2020). Propojení dimenzionálního modelu MKN-11 s ORT

může být výhodné vzhledem k přímé vazbě ORT modelu mezi teoretickým zaměřením na klíčové oblasti osobnostního fungování, technikami a postupy klinického hodnocení a plánováním léčby (Hörz-Sagstetter et al., 2018).

S ohledem na výše uvedené, teoretické zakotvení MKN-11 modelu se zdá být nezbytným předpokladem pro to, aby tento model mohl naplno rozvinout svůj potenciál ve schopnosti zachycovat osobnostní problematiku na kontinuálním spektru od normy po závažnou patologii, aniž by zůstal sterilním, byť propracovanějším nástrojem k nálepkování pacientů s PO. Otevřenost diagnostického systému MKN-11 nabízí např. prostor k zachycení úvodní dynamické scény, která se může stát referenčním bodem při posuzování změn v léčbě, pokud je dostatečně specificky zachycená pomocí slov již během úvodního diagnostického rozhovoru (Holub et al., 2019).

8. ZÁVĚR

Cílem článku bylo představit model pro PO v nadcházejícím MKN-11 optikou konceptuální návaznosti na psychodynamickou teorii objektivních vztahů a poukázat na jeho propojení s tzv. Alternativním modelem DSM-5 pro PO. S nadcházejícím vydáním MKN-11 modelu pro PO se může zdát, že se boří léty prověřená, ač mnohdy nepřesná a stigmatizující nomenklatura osobnostní psychopatologie. Při bližším pohledu se však nabízí otázka, zda se zavedením dimenzionální nosologie spíše než o „boření“ nejedná o návrat k něčemu, co se po více než 80 letech vývoje v oblasti hraničních stavů jevílo užitečným, avšak obtížně uchopitelným. Návrat ke snaze o překročení hranic mezi psychodynamickým a psy-

chiatrickým světem chápání problematiky PO.

Vrátíme-li se závěrem k ústřední myšlence tohoto článku, zdá se, že pro budoucnost diagnostiky osobnosti již nebude stačit rozhodnutí, zda pacient má či nemá PO podle toho, naplňuje-li příslušná kritéria. S nástupem dimenzionální diagnostiky přestává být důležité, zda je pacient více hraniční nebo narcistický, závislý nebo vyhýbavý. Zásadní je správné určení hloubky osobnostní psychopatologie. Ta je klíčová proto, aby pacient pochopil jádro svých obtíží, nezdídky skryté za polysymptomatickým doprovodem, a na základě vzájemného porozumění s terapeutem vytvořil bazální důvěru v terapeutický vztah. „Breaking the walls“ v tomto ohledu znamená zájem klinického pracovníka o více než jedničky a nuly – zájem o lidskou bytost.

Role autora a konflikt zájmů: Autor se podílel na rešerši literatury, psaní všech kapitol a výsledné podobě článku. Současně prohlašuje, že v souvislosti s publikací nemá konflikt zájmů, který by měl uveřejnit. Zpracování článku bylo podpořeno programem PROGRES (Progres = C4 = 8D.Q 06/LF1 = 20) a je napsán v rámci Specifického vysokoškolského výzkumu, č. grantu: 260500.

LITERATURA

- Amad, A., Ramoz, N., Thomas, P., Jardri, R., & Gorwood, P. (2014). Genetics of borderline personality disorder: systematic review and proposal of an integrative model. *Neurosci Biobehav Rev*, 40, 6–19.
- American Psychiatric Association. (1980). *DSM-III: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd edition* (3rd edition). Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.
- Bach, B., & First, M. B. (2018). Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC Psychiatry*, 18(1), 351.
- Bach, B., Kerber, A., Aluja, A., Bastiaens, T., Keeley, J. W., Claes, L., Fossati, A., Gutierrez, F., Oliveira, S. E. S., Pires, R., Riegel, K. D., Rolland, J. P., Roskam, I., Sellbom, M., Somma, A., Spanemberg, L., Strus, W., Thimm, J. C., Wright, A. G. C., & Zimmermann, J. (2020). International assessment of DSM-5 and ICD-11 personality disorder traits: toward a common nosology in DSM-5.1. *Psychopathology*, 53(3–4), 179–188.
- Beckwith, H., Moran, P. F., & Reilly, J. (2014). Personality disorder prevalence in psychiatric outpatients: a systematic literature review. *Personal Ment Health*, 8(2), 91–101.
- Boleloucký, Z., Smulevič, A. B., & Plevová, J. (1993). *Hraniční stavy v psychiatrii*. Praha: Grada, Avicenum.
- Bornstein, R. F., & Natoli, A. P. (2019). Clinical utility of categorical and dimensional perspectives on personality pathology: a meta-analytic review. *Personal Disord*, 10(6), 479–90.
- Clarkin, J. F., Lenzenweger, M. F., Yeomans, F., Levy, K. N., & Kernberg, O. F. (2007). An object relations model of borderline pathology. *J Pers Disord*, 21(5), 474–99.
- Clarkin, J. F., Fonagy, P., & Gabbard, G. O. (2010). *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: a clinical handbook* (1st edition). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Clarkin, J. F., Caligor, E., & Sowislo, J. F. (2020). An object relations model perspective on the alternative model for personality disorders (DSM-5). *Psychopathology*, 53, 141–148.
- Distel, M. A., Trull, T. J., Derom, C. A., Thierry, E. W., Grimmer, M. A., Martin, N. G., Willemsen, G., & Boomsma, D. I. (2008). Heritability of borderline personality disorder features is similar across three countries. *Psychol Med*, 38(9), 1219–29.
- Distel, M. A., Trull, T. J., Willemsen, G., Vink,

- J. M., Derom, C. A., Lynskey, M., Martin, N. G., & Boomsma, D. I. (2009). The five-factor model of personality and borderline personality disorder: a genetic analysis of comorbidity. *Biol Psychiatry*, *66*(12), 1131–8.
- Gorgens, K. A. (2011). *Structured clinical interview for DSM-IV (SCID-I/SCID-II)*. In: Kreutzer, J. S., DeLuca, J., & Caplan, B. (eds) *Encyclopedia of clinical neuropsychology*. New York, NY: Springer.
- Holub, D., Telerovský, R., Benešová, M., Karpíšek, R., Nondek, M., Peřich, T., Viktorinová, M., & Tischler, L. (2019). Identifikace vyořující se dynamické scény během úvodního psychodynamického interview: klinická a výzkumná perspektiva. *Psychoterapie*, *13*(3), 222–243.
- Hörz-Sagstetter, S., Caligor, E., Preti, E., Stern, B. L., De Panfilis, C., & Clarkin, J. F. (2018). Clinician-guided assessment of personality using the Structural interview and the Structured interview of personality organization (STIPO). *J Pers Assess*, *100*(1), 30–42.
- Kernberg, O. F., Selzer, M. A., Koenigsberg, H. W., Carr, A. C., & Appelbaum, A. H. (1989). *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. New York, NY: Basic Books.
- Kernberg, O. F. (1993). *Severe personality disorders: psychotherapeutic strategies* (Reprint edition). New Haven, CT: Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (1995). *Borderline conditions and pathological narcissism* (Reissue edition). Lanham, MD: Jason Aronson.
- Knight, R. P. (1962). *Psychoanalytic psychiatry and psychology* (2nd printing edition). Madison, CT: International Universities Press.
- Koenigsberg, H. W., Kaplan, R. D., Gilmore, M. M., & Cooper, A. M. (1985). The relationship between syndrome and personality disorder in DSM-III: experience with 2,462 patients. *Am J Psychiatry*, *142*(2), 207–12.
- Lenzenweger, M. F., McClough, J. F., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2012). Exploring the interface of neurobehaviorally linked personality dimensions and personality organization in borderline personality disorder: The Multidimensional personality questionnaire and Inventory of personality organization. *Journal of Personality Disorders*, *26*(6), 902–918.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*, *48*(12), 1060–1064.
- Loranger, A. W., Janca, A., & Sartorius, N. (1997). *Assessment and diagnosis of personality disorders: The ICD-10 international personality disorder examination (IPDE)*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Olajide, K., Munjiza, J., Moran, P., O'Connell, L., Newton-Howes, G., Bassett, P., Akintomide, G., Ng, N., Tyrer, P., Mulder, R., & Crawford, M. J. (2018). Development and psychometric properties of the Standardized assessment of severity of personality disorder (SASPD). *J Pers Disord*, *32*(1), 44–56.
- Oltmanns, J. R., & Widiger, T. A. (2018). A self-report measure for the ICD-11 dimensional trait model proposal: the Personality inventory for ICD-11. *Psychol Assess*, *30*(2), 154–169.
- Oltmanns, J. R., & Widiger, T. A. (2020). The Five-factor personality inventory for ICD-11: a facet-level assessment of the ICD-11 trait model. *Psychol Assess*, *32*(1), 60–71.
- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (2015). *DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe-Test centrum.
- Reed, G. M. (2018). Progress in developing a classification of personality disorders for ICD-11. *World Psychiatry*, *17*(2), 227–229.
- Riegel, K., Preiss, M., & Harsa, P. (2016). Užitečnost Alternativního modelu DSM-5 pro poruchy osobnosti v klinické praxi. *Psychiatrie*, *20*(2), 74–81.
- Riegel, K. D., Preiss, M., Kšíňan, A., Michalec, J., Šamánková, D., & Harsa, P. (2017). Psychometrické vlastnosti české verze Osobnostního inventáře pro DSM-5: vnitřní konzistence, validita a rozlišovací schopnost nástroje. *Československá psychologie*, *61*(2), 128–143.

- Riegel, K. D., Ksinan, A. J., Samankova, D., Preiss, M., Harsa, P., & Krueger, R. F. (2018). Unidimensionality of the personality inventory for DSM-5 facets: evidence from two Czech-speaking samples. *Personality and Mental Health, 12*(4), 281–297.
- Riegel, K. D., Kalina, K., & Pěč, O. (2020). *Poruchy osobnosti v 21. století: diagnostika v teorii a praxi*. Praha: Portál.
- Torgersen, S. (2000). Genetics of patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am, 23*(1), 1–9.
- Tyrer, P., Reed, G. M., & Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet, 21*, 385.
- Verheul, R., & Widiger, T. (2004). A Meta-analysis of the prevalence and usage of the personality disorder not otherwise specified (PDNOS) diagnosis. *Journal of Personality Disorders, 18*(4), 309–319.
- Verheul, R. (2006). *Clinical utility of dimensional models for personality pathology*. In: Widiger, T. A., Simonsen, E., Sirovatka, P. J., & Regier, D. A., editors. Dimensional models of personality disorders: refining the research agenda for DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Verheul, R., Bartak, A., & Widiger, T. (2007). Prevalence and construct validity of personality disorder not otherwise specified (PDNOS). *J Pers Disord, 21*(4), 359–70.
- Volkert, J., Gablonski, T. C., & Rabung, S. (2018). Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry, 213*(6), 709–715.
- WHO. (2000). *MKN-10: Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka* (A. Palčová, Ed.). Praha: Psychiatrické centrum.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry, 155*(12), 1733–9.
- Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry, 162*(10), 1911–8.
- Došlo do redakce 5. 11. 2020. K publikaci přijato 4. 1. 2021.*

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 klienty 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 mládě 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 neobjevil, 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 vztahy udržet je rovněž pochopitelný strach z opuštění blízkými lidmi,

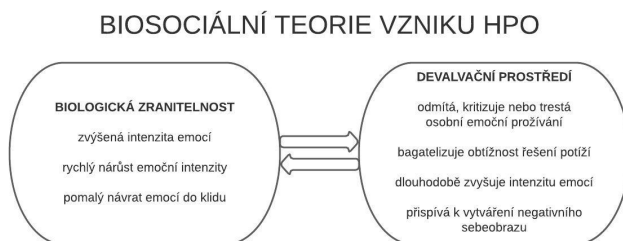
kteří klienti často zažívají, a snaha se opuštění vyhnout (dysregulace vztahů). Impulzivní chování je přirozené pro všechny lidi pod vlivem velmi intenzivních emocí. U klientů s HPO vzniká problém v tom, že extrémně intenzivní emoce zažívají na denní bázi, a s tím se pojí právě i zvýšená impulzivita, 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

Sebeпоškození 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 sebeпоškozují v situacích, kdy zažívají bolestivé emoce, a primární motivací k sebeпоškození je obvykle úleva od emoční bolesti. Sebeпоškození 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 sebeпоškození (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 sebeпоškozovat. Po sebeпоškození přichází úleva, která je primární motivací pro sebeпоškození. Úleva je však pouze chvilková a z dlouhodobého hlediska přináší sebeпоškození 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 sebeпоškození. DBT považuje sebeпоškození 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).

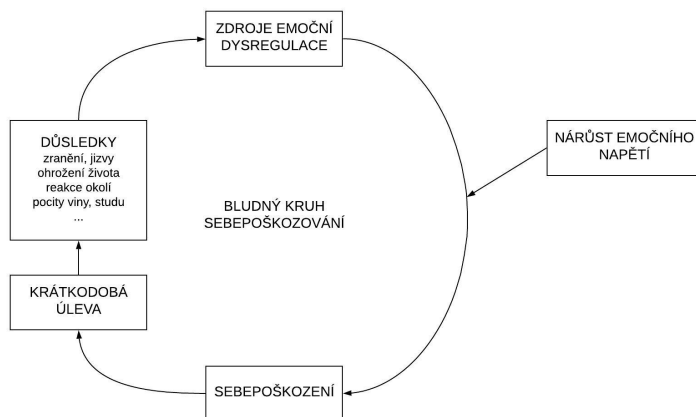
2.4. Biosociální teorie vzniku hraniční poruchy osobnosti

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, impulzivitě 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 – sebepoškození, 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 = nepoužil/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:	
Poznámky:	Nutkání (0-5):	
	ukončit terapii	Přesvědčení, že můžu změnit nebo regulovat moje (0-5):
	zabít se	emoce
		myšlenky
		chování

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
Efektivita v mezilidských vztazích		Všímavost aktuálních myšlenek	Po	Út	St	Čt	Pá	So	Ne
		„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 frekventantkou 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 jakéhokoli 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 sebeškodit. 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, která 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 therapeutickými sezeními nebo dovednosti strukturalizace času, dodržování závazků a další.

Príspevek byl podpořen grantem MZ ČR NU20-04-0041, projektem specifického vysokoškolského výzkumu MŠMT ČR MUNI/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.

Systemický výcvik v rodinné terapii

(postmoderní a dialogické přístupy)

Dialogický Institut pro psychoterapii (DIP) otevírá v lednu 2022 nový komplexní psychoterapeutický výcvik v rodinné terapii se zaměřením na současné kolaborativní a dialogické směry (sebezkušenost, teorii, dovednosti, supervizi).

Výcvik má dvě základní větve:

- První, určená především pro klinické psychology, lékaře a popř. zdravotní sestry, je akreditovaná EAP a MZČR pro výkon psychoterapie ve zdravotnictví. Je určena pro 26 frekventantů.
- Druhá větev je určena pro nezdravotníky (sociální pracovníky, pedagogy, duchovní, terapeuty atd.), její kapacita je 13 frekventantů a ukončené VŠ vzdělání zde není vstupní podmínkou.

DIALOGICKÝ INSTITUT PRO PSYCHOTERAPII

- Délka výcviku je 5 let
- Celková cena výcviku je 38 000 Kč za školní rok.
- Místo konání: Vranov u Brna
- Více na www.dipteam.cz
- Za výcvikový DIP team:
L. Hornová, B. Pösllová, J. Peichlová,
J. Adámková, M. Pilát, J. Soldán,
V. Polák, R. Bořek



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

Transference-focused psychotherapy (TFP) for borderline personality disorder

Renata Herentinová, Michal Novák

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

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

ABSTRAKT:

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

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

ABSTRACT:

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

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

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

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

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

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

PORUCHA OSOBNOSTI JAKO PSYCHOPATOLOGIE OBJEKTNÍCH VZTAHŮ

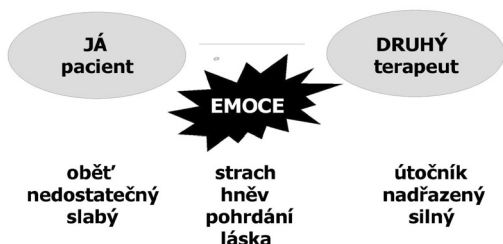
Metoda TFP je vyvinuta Otto Kernbergem a jeho spolupracovníky, kteří se posledních 30 let zabývají výzkumem a léčbou poruch osobnosti v Personality Disorders Institute ve Weill Cornell Medical Center, New York (Levy et al., 2019). TFP má své kořeny v psychoanalytické tradici a teorii objektních vztahů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

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

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

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

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



Obrázek 1 (Stern & Yeomans, 2018)

PORUCHA IDENTITY

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

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

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

LÉČBA ZA POUŽITÍ TFP

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

**Renata
Herentinová**



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

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

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

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

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

INDIKACE A KONTRAINDIKACE

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

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

VSTUPNÍ VYŠETŘENÍ

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

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

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

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

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

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

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

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

USTAVENÍ TERAPEUTICKÉHO RÁMCE – TERAPEUTICKÝ KONTRAKT

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

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

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

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

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

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

nání, do kterého nastoupila několik týdnů po zahájení terapie.

RODINNÉ SETKÁNÍ

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

AKTIVNÍ FÁZE LÉČBY

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



**Michal
Novák**

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

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

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

PRVNÍ FÁZE INTERPRETAČNÍHO PROCESU: DEFINOVÁNÍ DOMINANTNÍHO OBJEKTNÍHO VZTAHU

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

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

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

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

Zmínila jste někoho jménem Tomáš, ne-

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

K: Trochu.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

K: To samozřejmě vím.

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

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

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

K: Tak to prostě cítím.

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

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

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

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

LITERATURA

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

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

LÉČBA ZALOŽENÁ NA MENTALIZACI (MBT) V KLINICKÉ PRAXI

Mentalization-Based Therapy (MBT) in Clinical Practice

David Holub^{1, 2, 3, 4, 5}

¹ Ústav humanitních studií v lékařství, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha, CZ

² Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity, Brno, CZ

³ Psychosomatická klinika, Praha 6, CZ

⁴ Institut klinické psychologie, Praha, CZ

⁵ Pražská skupina pro současnou psychoanalýzu, Praha, CZ

e-mail: holub.mail@gmail.com

Psychoterapie. 15 (1), 53–68; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT

Léčba založená na mentalizaci (MBT, mentalization-based therapy) vychází ze specifických projevů a nároků hraniční poruchy osobnosti (HPO). Schopnost přemýšlet o duševních stavech sebe i druhých je komplexní proces, který je narušován v obvyklých životních situacích i u osob, které netrpí duševní poruchou. Článek se zaměřuje na východiska MBT přístupu, klíčové léčebné principy a jejich uplatnění v léčbě hraniční poruchy osobnosti. Kazuistický fragment ilustruje specifické dovednosti, které si terapeut osvojuje, aby byl schopen obnovit svoji i pacientovu ztracenou schopnost mentalizace, udržovat ji v průběhu léčby a posilovat odolnost proti jejímu vyřazování v interpersonální sféře. Identifikace tzv. prementalistických stavů pacienta i terapeuta umožňuje modifikovat terapeutické intervence.

Klíčová slova: Mentalizace, prementalistické stavy, hypersensitivita vztahové vazby, postoj nevědění

ABSTRACT

Mentalization-based therapy (MBT) reflects specific features and demands of Borderline Personality Disorder (BPD). The capacity to think of oneself and others from the mental states perspective and relates to the mind is a complex process that is disturbed also in unusual life circumstances in individuals not suffering from mental illness. The paper focuses on the MBT approach, key treatment principles and its use in the treatment of BPD. The case study sample illustrates specific competencies learned by the therapist in order to recover his and patient's lost capacity to mentalize, maintain mentalization in the course of treatment and enhance its resilience against switching off in the interpersonal context. Identification of pre-mentalistic states of patient and therapist enables modification of therapeutic interventions.

Key words: Mentalization, pre-mentalistic states, attachment hypersensitivity, not-knowing stance

1. TERAPEUTICKÉ DŮRAZY MBT

1.1 Vymezení pojmu *mentalizace*/ *mentalizování*

Poněkud technický a neosobní výraz *mentalizování* (z anglického „*mentalizing*“) zachycuje jednu ze základních složek lidské citové a sociální inteligence a popisuje samotný základ lidské imaginativní schopnosti rozumět a vysvětlovat si chování své i druhých pomocí duševních stavů (Bateman & Fonagy, 2012). *Mentalizování* je proces připisování záměrů a významů lidskému chování, reflektující vnitřní rozhovor nad pocity a myšlenkami svými i druhých umožňující měnit perspektivy (Malda-Castillo et al., 2019). Jedná se nejen o vědomí vlastního prožívání a vědomí sebe sama, ale také schopnost regulovat vlastní emoce. *Mentalizující* postoj umožňuje navazovat uspokojivé vztahy založené na důvěře a vzájemnosti. *Mentalizování* dovoluje v klinické situaci porozumět pacientovým symptomům a jejich smyslu z různých perspektiv, cíleně zaměřit pozornost na jeho obtíže a současně si zachovat otevřený, nehodnotící postoj. Koncept se částečně překrývá s empatií, psychologickou otevřeností (*psychological mindedness*), *mindfulness*, symbolizací nebo schopností zaujímat tzv. třetí pozici (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Jedná se většinou o implicitní a automatickou schopnost zaměřit pozornost k významným intrapsychickým a interpersonálním jevům, průběžně vědomé i nevědomé připisování záměrů sobě navzájem (Karterud, Bateman, 2010). *Mentalizace* vysvětluje vytváření psychických reprezentací a symbolů, vázání vjemů, pocitků a tělesných tlaků do komplexních asociativních sítí. *Mentalizování* popisuje proces transformace, který uvolňuje mysl

z intenzivního tlaku na okamžité uspokojení, proměňuje tělesné excitace do nesitelných a komunikovatelných přání, psychicky působících pudů a afektů. Tato provazující funkce předvědomí nebo Ega (v topografickém, respektive strukturálním modelu mysli) zprostředkovává přepracování hrubých emocí do složitějších duševních reprezentací (Lecours, Bouchard, 1997). U osob s vývojovým traumatem vypadává a kolabuje schopnost myslet na sebe a na druhé, rozumět sobě a druhým. Naopak *mentalizujícím* postojem a intervencemi se obnovuje a posiluje. Autoři uvádějí, že pro tuto specifickou kapacitu vázanou na neuroanatomické oblasti a neurofyziologické funkce, bylo zapotřebí volit slovo, které připoutá zájem, nebude zaměnitelné za obecnější pojmy typu *empatie* a nemá synonyma. Na *mentalizování* se podílí celá řada systémů mozkové kůry. Pro schopnost představit si a interpretovat, co si druzí lidé myslí nebo cítí, jsou důležité korové oblasti mediální prefrontální a zejména přední cingulární kůry (Gallagher & Frith, 2003). *Mentalizování* probíhá většinou jako intuitivní rychlá reakce, která má emoční a kognitivní složky. V práci s pacienty je klíčovou složkou *mentalizujícího* přístupu důraz na obnovu, posilování a udržování *mentalizování*, které je opakem slepoty vůči duševním stavům (*mindblindness*). Schopnost přemýšlet o duševních stavech svých i ostatních, vztahovat se ke své vlastní mysli a rozumět si, je komplexní proces, který může selhávat i v obvyklých životních situacích u osob, které netrpí duševní poruchou a týká se i profesionálů. Například psychiatři mohou v „*nementalizujícím* stavu“ opomíjet prožívání pacientů a uvažovat o nich především z hlediska neurotrans-

mitterové rovnováhy. Psychoterapeuti se na své pacienty mohou dívat přes hotové teorie, osvědčená schémata a ztrácet kontakt s jejich skutečným prožíváním. Podobně se rodiče úzkostných nebo zlostných dětí uchylují k hypotézám o genetické dispozici nebo vlivu sociálního prostředí a ztrácí schopnost přemýšlet o jejich duševním stavu (Bateman & Fonagy, 2006). Na většinu duševních poruch (poruchy osobnosti, psychotické poruchy, poruchy nálady, poruchy příjmu potravy, post-traumatické stavy, zneužívání psychoaktivních látek nebo adolescentní krize) se můžeme dívat jako na poruchu mentalizování, při které mysl dezinterpretuje prožitek sebe sama. Pokud dojde k jejímu selhání v rámci hyperaktivace vztahové vazby, nastupují tzv. prementalistické nebo ne-mentalizující způsoby prožívání a myšlení, tj. vývojově starší podoby duševního fungování, které vypojené mentalizování ochranně nahrazují a udržují koherentní pojetí sebe. Patří sem pseudomentalizace (intruzivní, hyperaktivní, destruktivně nepřesné formy), konkrétní porozumění, odehrávání (enactment) a zneužívání mentalizace. Prementalistické stavy se projevují ztrátou schopnosti vnímat sebe sama jako osobu s vlastní nezávislou subjektivitou (propadnout přesvědčení, že člověk není schopen ovlivňovat svůj život), příliš rychlým sblížením se, předcházením opuštěním, konkrétním myšlením, impulzivitou, narušenou regulací afektů a bezmyšlenkovitým jednáním (acting out, sebe-poškozování nebo suicidální chování). Příklad částečných výpadků mentalizování nacházíme u obětí traumatu v průběhu tzv. flashbacků, které do prožívání vpadávají v podobě příliš reálných nementalizovaných obrazů.

1.2 *Teorie mentalizace*

Skupina okolo Petera Fonagyho a Anthony Batemana na půdě University College of London a Anna Freud Centre koncem 90. let rozvíjí teorii mentalizace (TM), která se stává rámcem pro klinickou praxi, vzdělávání, výzkum a organizaci péče o duševní zdraví založené na mentalizaci (Bateman, Fonagy; 1996, 2001, 2002, 2004, 2006, 2009, 2010, 2012, 2015, 2016, 2020). Léčba založená na mentalizaci (Mentalization-based therapy, MBT) vychází ze specifických projevů hraniční poruchy osobnosti (HPO), zejména hypersenzitivity jejich vztahové vazby. Přirozeně citlivý, rozumějící, zajímavější se a empatický přístup ze strany terapeuta v časně traumatizovaných pacientech nadměrně aktivizuje systém vztahové vazby. Pacienti reagují obranně, v důvěrnější situaci se dostávají do nepřiměřené uspěchanosti, vypínají schopnost představit si, co si myslí a cítí oni sami i druzí, nedovedou si představit hledisko druhého, své nesnesitelné prožitky odehrávají, unikají do zdánlivé vztažnosti, předstírané mentalizace, pasivity a vypoují sdílené porozumění a symbolické myšlení, které jsou předpokladem psychotherapeutického ovlivnění (Bateman, Fonagy, 2016). Emoční stres je obecně regulován přepínáním mezi flexibilním, pomalým, exekutivním a mentalizujícím fungováním, které zprostředkovává prefrontální kůra, a mezi automatickým, instinktivním fungováním typu „útek/útok“, které zprostředkovává parietální mozková kůra a podkorové struktury (amygdala, hippokampus, striatum) a evolučně podporuje okamžitou adaptivní reakci na nebezpečí. Práh pro spuštění sebeochranné reakce útok/útek/zamrznutí je snížen u osob vystavených v dětství trauma-

tickým situacím a chronickému stresu (Fonagy, Luyten, 2009). Hrozba špatného zacházení a trýznění pečovatelem nadměrně aktivuje systém vztahové vazby a vede k hledání uklidňující blízkosti. Rodič by měl být zdrojem uklidnění, ale namísto toho v jeho blízkosti dětský prožitek hrozby dále zesiluje. Hledání ujištění a ochrany navozuje ještě větší strach při přiblížení se k osobě, která dítě například týrá. Empatické porozumění terapeuta pacienty vtaňuje do traumaticky obsazené blízkosti, paradoxně zhoršuje interpersonální stres (Nolte et al., 2013). Na druhou stranu, traumatizovaní pacienti s HPO prožívají terapeuty, kteří jsou neutrální a drží profesionální hranice, jako odtažitě a kruté.

Ne-mentalizující pacient zvyšuje riziko vyřazení mentalizace i u terapeutů, což se může projevit například jejich zaměřením na chování pacienta, „objektivní“ kauzality, vnější souvislosti, hotové modely, nálepky, stereotypy a příliš jisté a jednoznačné představy, co se děje s pacientem. Taková léčba může předčasně končit nebo se pacienti „zabarikádují“ v mnohaletých stagnujících a „neprůchodných“ terapiích. MBT proto modifikuje své postupy, zodledňuje vztahovou hypersenzitivitu u pacientů s ochrannou osobnostní organizací a zaměřuje se na obnovu a posilování ztracené schopnosti mentalizovat.

MBT se neuplatňuje pouze u HPO, ale i u dalších duševních poruch (Křster, 2017) včetně poruch příjmu potravy (Kocourková, Koutek, 2011). Čerpá z poznatků raného vztahu matky a dítěte, teorie vztahové vazby (attachment theory), některých psychoanalytických škol (současné ego-analýzy, teorie objektních vztahů, Self-psychologie, post-kleinianského a bionianského přístu-

pu a francouzského proudu), kognitivní a vývojové psychologie a snaží se využívat výzkumné výsledky. Psychoterapeutický a neurobiologický výzkum průběžně aktualizuje teorii MBT a upravuje její terapeutické postupy. Například poznatky o rovnováze mezi prefrontálními systémy mozkové kůry (schopnost reflexe a přemýšlení) a parietálními a podkorovými systémy (rychlá akce) a její narušení ranou traumatizací s převahou nementalizující akce, přispěly k velkému důrazu na průběžné monitorování úrovně mentalizace, jejích výpadků a celkového emočního vzrušení během terapeutické hodiny. Rizikem výhradního důrazu na výzkumný empiricismus je zvěcnění konceptů, zmechaničtění psychoterapeutické práce, přílišná konkretizace obsahů mysli, pokusění přeceňovat behaviorální rozměr psychoterapie včetně nácviku dovedností a zastíňovat klinické myšlení výzkumnými zájmy a hledáním důkazně-empirické opory.

Vzdělávání v mentalizujícím postoji se stalo přínosné nejen v oblasti péče o duševně nemocné, ale daleko za jejími hranicemi, například při zvládání násilí a šikany na školách (Twemlow et al., 2001), posílení duševního zdraví u zdravých dětí (Keaveny et al. 2012; Twemlow et al., 2011), zvýšení účinnosti pracovní rehabilitace v rekvalifikačních centrech s nemotivovanými a náročnými klienty (Taubner, Müller, Kotte, 2017), v kurzech pro budoucí rodiče nebo přípravě drogově závislých matek na rodičovství (Allen a Fonagy, 2006), v prevenci agresivity ve věznicích u osob s antisociální poruchou osobnosti (Bateman et al., 2016). Autoři MBT formulují svůj cíl v obnově schopnosti mentalizovat (omezenou strukturálním deficitem, traumatem

nebo konfliktem) a používají metaforu psychologické paralely k fyzioterapii zaměřené na oslabené svalové skupiny (Bateman, Fonagy, 2012).

1.3 Využití mentalizujícího přístupu v klinické praxi

Navzdory slibné účinnosti MBT v ambulantní i nemocniční péči, zejména trvající zlepšení příznaků HPO, příznivý dopad na osoby s antisociální poruchou osobnosti, vykazují dosud provedené výzkumné studie některá omezení včetně nedostatečného hodnocení stupně mentalizace a reflektivní funkce, významné převahy bílých žen a nedostatku údajů o účinnosti v mužské populaci a dalších etnik. MBT ve většině studií vykazovala příznivější výsledky v porovnání s TAU (treatment as usual) nebo SCM (Structured Clinical Management) a zlepšení v oblasti HPO symptomů, kvality života a poklesu sebepoškozování se týkalo i výrazně narušených pacientů s dalšími komorbiditami (Malda-Castillo et al., 2019). Analýza 14 evropských systematických studií zaměřených na účinnost léčby u HPO ukázala, že MBT vedla k prokazatelnému zmírnění příznaků specifických pro HPO, úzkosti a deprese, poklesu sebepoškozování, počtu sebevražedných pokusů a zvýšení kvality života. Ne všechny studie však vykazovaly vysoký standard, například scházely hodnoty effect size, adherence k léčbě, srovnání s DBT a dalšími přístupy, studie nebyly dvojité zaslepené a výzkumný vzorek nebyl dostatečně velký (Vogt a Norman, 2019). Meta-analýza Malda-Castillo et al. (2019) zahrnovala všechny studie, které: a) prezentovaly výsledky před zahájením a po ukončení výzkumu; b) byly otištěné v peer-review časopisech anglicky

nebo španělsky od roku 1999 do března 2018; c) terapeutická intervence vykazovala ověřitelný MBT postoj terapeuta (např. postoj nevědění, zaměření na mysl pacienta, podpora mentalizace); d) srovnávací skupina nebyla podmínkou; e) bez diagnostického omezení včetně dětí, adolescentů, dospělých i starších dospělých; f) probíhaly v jakémkoliv uspořádání (ambulance, stacionář, nemocnice); g) používaly alespoň jednu psychometrickou proměnnou ukazující kvantitativní změny. Rozbor 23 studií splňujících všechna kritéria ukázal, že MBT je zvláště účinná intervence v léčbě dospělých s diagnózou HPO, sebepoškozujících se adolescentů a matek závislých na psychoaktivních látkách. Důkazy pro účinnost MBT u depresivních stavů a poruch příjmu potravy jsou omezené. Podpora matek s rizikovými dětmi byla účinnější, pokud profesionálové prodělali výcvik podle MBT principů. Metodologická kvalita studií byla hodnocena jako výborná (4 %), dobrá (34 %), dostatečná (43 %) a nedostatečná (17 %). Kromě léčby nemocných s poruchou osobnosti je MBT přístup rozpracován i pro oblast post-traumatické stresové poruchy, poruchy příjmu potravy a depresivní poruchy. Mentalizující přístup se s úspěchem využívá v léčbě lékařů a profesionálů v psychiatrických službách, kteří se sami dostanou do krize nebo rozvinou depresivní, úzkostnou, fobickou nebo post-traumatickou stresovou poruchu, případně začnou zneužívat psychoaktivní látky (Bleiberg, 2006). Dlouhodobější intervence zaměřené na rozvoj mentalizačních dovedností u HPO vedou k významnému snížení sebepoškozujícího chování, omezení počtu hospitalizací i celkovému poklesu psychopatologických příznaků (Bateman &

Fonagy, 2009, Bales et al. 2012). Zlepšení přetrvávají i po pěti letech od ukončení terapeutické intervence (Bateman & Fonagy, 2008). MBT je jedním ze specifických přístupů, který účinně ovlivňuje obvyklou celoživotní impulzivitu, nestabilní vztahy, regulaci afektů a sebe-obrazu u lidí s HPO. K dalším přístupům patří psychoterapie zaměřená na přenos (Transference Focused Psychotherapy, TFP), dialekticko-behaviorální terapie (DBT), terapie zaměřená na schémata (Schema Focused Therapy, SFT), kognitivně analytická terapie (CAT), skupinová terapie regulace afektů (ERG), kognitivně behaviorální terapie (KBT), tréninkové systémy na předvídání emocí a řešení problémů (Systems training for emotional predictability and problem solving, STEPPS) (Stoffers et al., 2012).

1.4 Vzdělávání

MBT se zabývá více procesem než obsahem, posilováním fungování duševní struktury než konfliktními tématy. Na úvodní několikadenní seminář obvykle navazuje několikaměsíční supervize vlastních případů, která posiluje adherenci k mentalizujícímu modelu (Polnay et al., 2015). Pro hodnocení pokroků manualizovaného přístupu se používají podrobně rozpracované škály adherence a kompetence MBT (Karterud, Bateman, 2010). Vzdělání založené na mentalizaci ukázalo, že teoretické poznatky nestačí k praktickému osvojení si mentalizujícího postoje. Profesionálové vědí, co mentalizující postoj obnáší, ale v situacích emoční zátěže ho nedokáží použít. Ukázalo se, že klíčovou roli při vzdělávání v mentalizaci sehrávají opakující se semináře a tréninky postavené na přehrávání scénářů náročných klinických situací,

analýze nahrávek a osvojování si schopnosti volně mentalizovat za přítomnosti citově rozrušeného pacienta (Williams, 2006). Základní výcvik v mentalizujícím přístupu (MBT, Mentalization Based Treatment) organizuje Centrum Anny Freudové v Londýně (<https://www.annafreud.org>) a ve Skotsku ve dvou modulech: úvodním edukačním a nácvikovým kurzem (třídenní základní a dvoudenní pokročilá verze), po které následuje průběžná, obvykle roční supervize mentalizujícího přístupu, která může probíhat distančně po Skype. Další výuková centra jsou v Evropě (Belgie, Dánsko, Holandsko, Irsko, Německo, Polsko a Švýcarsko), v Severní Americe (Kanada, USA), na Novém Zélandu a Austrálii.

2. MBT

2.1 Nárys metody

Předpokládaným mechanismem změny u MBT přístupu je vytváření psychického nárazníku mezi afekty a chováním, který posiluje afektivní regulaci, mírní impulzivitu a podporuje funkční podpůrné vztahy. Dosahuje se toho „opačnými pohyby“ a rozšiřováním flexibility v používání různých pólů mentalizace. Například pokud pacient uvízl v úvahách o sobě, přesouvá terapeut pozornost k přemýšlení o druhých. Pokud si je pacient příliš jistý o svých rychle utvořených domněnkách, terapeut se pokouší zpomalit a na první domněnky se dotazuje. Pacient obnovuje sociální učení (epistemic-kou důvěru) díky stálé empatické validizaci pacientových pocitů a pomalé práci na interpersonální zkušenosti s terapeutem a druhými (Volkert et al., 2019). Klíčové principy MBT stručně vystihují základní dovednosti kompetenčního manuálu. MBT neaspiruje na to být jediným přístupem, kte-

ry u pacientů posiluje mentalizaci. Její výpadky a obnovování však explicitně zapracovává do intervencí. Mentalizaci posilují implicitně také další přístupy, například psychoterapie zaměřená na přenos (Transference Focused Psychotherapy TFP), dialekticko behaviorální terapie (Dialectical Behavioral Therapy, DBT), psychodynamická terapie (Psychodynamic Therapy, PDT) i kognitivně-behaviorální terapie (cognitive-behavioral therapy, CBT), avšak mentalizaci se nevěnují cíleně (Goodman, 2013). Charakteristiky a odlišnosti MBT a TFP přístupů shrnuje tabulka 1. Jednotlivé terapeutické přístupy ke strukturální nedostatečnosti pacientů s HPO používají odlišné jazyky, vychází z vlastního pojetí psychické změny a principů, které organizují jejich praxi. Jejich odlišnosti otvírají prostor k promýšlení terapeutického působení a funkce terapeutových intervencí. V souladu s Herzogovým (1984) pohledem můžeme například zachycovat v obou MBT i TFP přístupech prvky terapeutického vyladování se na pacienta, které je na jednom pólu pomyslného kontinua homeostatické (validizující, integrující), posilující bezpečí a prožitek sebe, a na druhém pólu disruptivní (zneklidňující, dezintegroující), které novým způsobem prohlubuje a rozšiřuje prožívání sebe a druhých při konfrontaci nebo vyslovení interpretace, přičemž každý z nich má své místo v daném okamžiku s konkrétním pacientem v dané fázi léčby a procesu.

Mentalizující terapeutický postoj se skládá ze záměrného udržování „nevědoucího postoje (not-knowing)“, postupného a trpělivého rozlišování mezi perspektivou terapeuta a pacienta, aktivního dotazování se na pacientovu zkušenost a její popis (otázky

typu „co“) než její vysvětlení (otázky typu „proč“), vyvázání se z nutnosti rozumět tomu, co nedává smysl a schopnost říct, že tomu nerozumím. Součástí postoje je monitorace vlastních chyb a odvaha připustit své pomýlení a neporozumění, což dovoluje zkoumat pacientovo obranné přesvědčení a snížit hyperaktivaci vztahové vazby. MBT semináře a supervize přináší zpětnou vazbu, jak je důležité učit se snášet pokušení dávat věcem předčasný smysl, vidět souvislosti dříve než pacient a myslet za něho. Terapeut nabízením svého porozumění přebírá aktivitu a nestimuluje pacientovy mentalizační procesy. Pokud terapeut působí jako chytrý, znalý a zkušený, může pacientovu mentalizaci úplně „vyřazovat“, případně u něj navodit modus předstírání. Součástí mentalizujícího postoje je hodnocení pacientovy reakce na citové přiblížení. Pokud se díky přílišné blízkosti začne pacientova mentalizace vypojoovat, pomáháme mu odálit se. Přesouváme ohnisko jeho zájmu od terapeuta k sobě například otázkami: „Jak jste to cítila? Jak rozumíte svojí reakci?“. K dalším způsobům, jak oslabovat hyperaktivaci vztahové vazby, patří například přesun od afektivní ke kognitivní oblasti, validizace pacientovy zkušenosti, omezení interpersonálních interakcí. Naopak při příliš nízké afektivní hladině a inhibici pacienta terapeut „přilévá do ohně“ konfrontací, zesílením osobních interakcí, zaměřením se na afekty (Bateman, Fonagy, 2016). Studenti, tréninkoví terapeuti a supervizoři mohou na sedmistupňové Likertově škále adherence a kompetence hodnotit míru osvojení jednotlivých terapeutických dovedností. Hodnota 1 odráží to, že terapeut v MBT vzdělávání dovednost nepoužívá, neumí ji načasovat, zapojit sebe, jasně a sro-

Tabulka 1 – **Některé odlišnosti v přístupu TFP a MBT**
(volně zpracováno podle Verheugt-Plaiter, Deben-Mager, 2006)

	TFP Transference Focused Psychotherapy	MBT Mentalization Based Treatment
Typ pacientů	Hraniční, vícefunkční spektrum (Higher level borderlines) Navzdory štěpení pacienti zachovávají schopnost pozorujícího Já. Psychické reprezentace jsou přítomné. Otázkou je širší použití mimo HPO	Hraniční, více narušení (lower level borderlines) pacienti, kteří často vypínají mentalizaci, schopnost myslet a cítit mysl svojí i ostatních. Psychické reprezentace je zapotřebí rozvinout. Širší použití v mimoklinickém kontextu
Hlavní problém	Ne-integrované self a objektní reprezentace a rané obrany (štěpící sebe a objekty na dobré a špatné), difuze identity Využívá konfliktní model	Porucha vnímání sebe (koherentního Self), schopnosti reflexe a mentalizace, rozlišování vnější a vnitřní reality, nesymbolizované afekty. Využívá vývojový model – vývojový deficitní = optimistický model
Terapeutický zájem	Integrovat manifestní a skryté objektně-vztahové dyády (self-objekt-afekt), dobré a špatné reprezentace	Posilovat schopnost mentalizace, tolerovat afekt v přítomnosti druhých
Intervence	Pozorování, vyjasňování, konfrontace a přenosová interpretace dominantní a opačné dyády, negativního přenosu	Dovozování pacientova afektivního stavu a jeho interpretace, reprezentace afektu. Popisování stavů mysli, jejich rozlišování. Regulace míry rozrušení (nahoru i dolů)
Chápání agrese a hostility	Autonomní pudová síla, která hraje důležitou roli mezi subjektem a objektem, způsob vztahování se. Projekce zlosti na terapeuta a jeho proměna v ohrožující objekt	Vyjádření nesnesitelných stavů – být ztracený, prázdný, opuštěný, výraz intenzivní paniky. Terapeut pacienta skutečně ohrožuje vtahováním ho do nejisté nebo dezorganizované vztahové vazby spojené s traumatem. Je důsledkem selhání symbolické funkce

Sebepoškození	Ochranná funkce, například kontrolovat okolí, odštěpit vlastní zranitelnost a bezmoc	Pokus odstranit cizorodý introjekt a zvýšit kohezi self
Úloha terapeuta	Přenosový objekt (například pacientka se domnívá, že terapeut ji doporučuje, aby se rozvedla s manželem jako výraz přenosového vztahu – terapeut prožívaný jako někdo kdo nemá zájem a neposlouchá ji)	Vývojový objekt – zůstává v kontaktu s vývojovou úrovní fungování pacienta a jeho afektem. (v podobné situaci by se MBT terapeut zeptal: Z toho, co jsem řekl, co vás vede k úvaze, že bych chtěl, abyste se rozvedla s manželem? Možná se cítíte bezmocná ve snaze vyřešit svůj život?
Uspořádání	Dlouhodobá individuální léčba jednou až dvakrát týdně	Kombinace individuální a skupinové práce 18 měsíců, úvod edukace
Silné stránky	Posiluje fungování objektních vztahů, vznáší nárok na terapeutickou alianci vzhledem k vyšší četnosti konfrontací	Posiluje fungování v rámci vztahové vazby
Námítky z opačné strany	MBT strukturuje primitivní zvnitřněné objektní vztahy příliš kognitivně	TFP od začátku poukazuje na vztahové aspekty přenosu – MBT je považuje primárně za externalizace částí Self (jádra self nebo odcizených částí self)-pacient proto nerozumí většině pokusů verbalizovat témata vztahově. Předčasné interpretace vztahových témat destabilizuje a vypíná schopnost mentalizace. TFP se k pacientům vztahuje s předpokladem, že jsou schopní intencionálně přemýšlet, jako by se externalizace týkaly terapeutického vztahu a nikoliv odcizeného self a jako by pacient často nebyl uvíznutý v modu ekvivalence

zumitelně používat jazyk a reagovat na pacientovo hledisko. Hodnota 2 vyjadřuje nepřijatelné až „toxické“ použití dovednosti, hodnota 4 adekvátní uplatnění dovednosti „dosti dobrého terapeuta“, hodnota 7 skvělé zvládnutí dovednosti. Jednotlivé klíčové dovednosti shrnuje tabulka 2.

Nejtypičtější pro mentalizující postoj je dovednost zaujímat nevědoucí a zvědavý

a interpretace, je si jistý, že ví, co je „skutečně“ pacientovým problémem, čeho se „skutečně“ obává, co „skutečně“ pacient cítí atd. Příklad komentáře, kterým terapeut přebírá práci za pacienta a nestimuluje jeho mentalizaci: „Byl jste traumatizován, a proto takové situace nedokážete snést“. Opačný postoj udržovaného nevědění, autory MBT někdy nazývaný „postojem detektiva Co-

Tabulka 2

1. Opravdovost zaujetí, zájmu, vřelosti.
2. Postoj nevědění, zkoumání, zvědavosti.
3. Konfrontace nepodložených přesvědčení.
4. Ladění se na úroveň pacientovy mentalizace a jeho „vlnovou délku“.
5. Regulace emočního nabuzení a aktivní udržování optimální úrovně rozrušení.
6. Rozpoznání a ocenění okamžiků dobré mentalizace.
7. Identifikace módu předstírání a obnova smysluplného rozhovoru.
8. Identifikace módu psychické ekvivalence a obnova mentalizace.
9. Zaměření se na afekt než na chování.
10. Propojení afektu s interpersonálními událostmi.
11. Schopnost zastavit se a vrátit k přerušené komunikaci.
12. Vnímavost a validizace emočních reakcí.
13. Zkoumání přenosu a vztahu k terapeutovi.
14. Využívání protipřenosové reakce.
14. Monitorace vlastního porozumění a reflexe neporozumění.

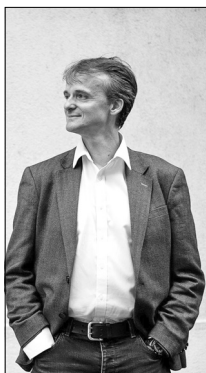
postoj. Terapeut setrvává v roli průvodce, nikoliv vševědoucího experta. Nepřítomnost dovednosti se projevuje nezájmem o mysl pacienta a jeho prožívání, odklonem pozornosti k teorii, diagnóze, chování, podpoře, řešení problémů, změně duševního stavu medikací, ověřeným faktům a vnější realitě. Nementalizující terapeut projevuje spíše pseudozájem a mechanické profesní fungování, nekonfrontuje pacienta a nechává jeho konvenční obranné formulace a klišé bez povšimnutí. Je nápadně asertivní, poskytuje jednoznačné komentáře

lombo“, se projevuje například otázkami: „Co myslíte, že ji vedlo k tomu, že to řekla?“ „Ano, slyším, co jste řekla, uvažuji, proč jste to řekla právě tímto způsobem?“ „Je možné, že to řekl, aby vás ranil, ale mohl mít i jiné důvody?“

2.2 Kazuistická ukázka

Obtíže regulovat afekty u pacientů z okruhu poruch osobnosti nebo psychického vývoje jsou projevem strukturálního deficitu, obvykle komplikovaného dlouhodobou traumatizací a zesíleného konfliktními pro-

**David
Holub**



Psychoanalytik a psychiatr, člen České psychoanalytické společnosti, České společnosti pro psychoanalytickou psychoterapii a RCPsych (Faculty of Medical Psychotherapy). Spoluzakladatel a dlouholetý odpovědný redaktor Revue pro psychoanalytickou psychoterapii a psychoanalýzu. Vyučuje lékařskou psychologii na 1. lékařské fakultě UK v Praze a psychoanalýzu na Fakultě sociálních studií MU v Brně. Zabývá se klinickými tématy psychoanalýzy, psychodynamickým interview a komunikací mezi pacientem a lékařem. Působí v soukromé praxi v Praze 3, na Psychosomatické klinice v Praze 6 a ve Velké Británii.

žitky. Základem individuální práce obohacené o mentalizující přístup je „vývojová pomoc“ (Edgcombe, 2000), posila fungování Já. Ukázka mentalizujícího postoje vychází z léčby 25leté ženy, doporučené do léčby pro vážné depresivní stavy, hraniční a paranoidní rysy osobnosti (volně zpracováno podle Target, 2016). Jana se od prvních hodin projevovала jako nezralá adolescentka. Vyrůstala s matkou, která jí a mladšího bratra vystavovala dlouhým a nekontrolovaným výbuchům hněvu a zuřivým hádkám rodičů. V 15 letech byla Jana vyloučená ze školy a díky své impulzivitě přišla o přátele. V 19 letech byla jeden rok psychiatricky hospitalizovaná. Provokovala a vysmívala se a díky tomu její pokusy o za-

městnání skončily nezdarem. Terapeutka se v úvodní fázi léčby pokoušela především zachytit a vyjasňovat její násilné a zmatené pocity, aniž by se uchýlovala k interpretacím. Jakýkoliv odkaz na vztah nebo co Jana zažívá vůči terapeutce ji destabilizoval. Komentáře terapeutky zahrnující to, jak se Jana s terapeutkou cítí nebo připoutávající pozornost k jejich vztahu, vždy vedly k propadu do „pre-mentalistických stavů myslí“: modu předstírání, psychické ekvivalence nebo teleologického stavu myslí (Fonagy et al., 2003). Konkrétně to znamenalo, že rozvinula takový neklid, že nebyla schopná myslet, nebo přešla do nekonečných intelektualizujících, „hypermentalizujících“ popisů, nebo se zcela věnovala terapeutce, zajímala se o ní konkrétně, co si o ní terapeutka myslí a o čem je psychoterapie. V teleologickém stavu myslí nahrazovala prožitek akcí. Trvala na tom, že sezení musí skončit až tehdy, kdy se Jana bude cítit připravená odejít. Žádala po terapeutce, aby jí řekla, kde bydlí a jestli má děti. V takových chvílích terapeutka užívala svoji dovednost „přetočení magnetofonové pásky (rewind)“: vrátila se v průběhu sezení zpět do místa, kde nastalo zranění nebo ponížení pacientky. Prožitek opuštění nebo závislosti pacientky terapeutka neinterpretovала, ale pojmenovала pocitový stav Jany a nechala ji doplňovat její pocity, čímž obnovila natržené kontakty. Teleologický modus je mezistupněm ke sdílenému a symbolizovanému afektu. Teprve později v léčbě Jana dokázala snést pocity uvnitř pracovny, začaly ji zajímat a dávat smysl. V počátečním období terapeutka využívala podmíněného a zřetelného označování afektů a také jejich zreadlení, které se podobá ranému matčinu pojmenování pocitů

dítěte. Komentáře vycházely z průběžného přemýšlení o pacientčích pocitech, při kterých se terapeutka nenechávala příliš strhnout k akci nebo předstírání.

Terapeutka uvízla v zácpě a přijela s několikaminutovým zpožděním. Poslala Janě textovou zprávu s omluvou. Při setkání Jana nenuceně řekla, že „se nic neděje“. Postupně se během sezení začala na terapeutku rozčilovat za její „neslušnost“, že se ani neomluvila. Spustilo to bludný kruh psychické ekvivalence (konkrétního prožívání emocí). Jana terapeutce říkala, že ví, že se na ní dívá spatra, že si o ní myslela, že stejně před příchodem nemá co na práci, že je terapeutce úplně ukradená, že před ní vypadá jak pitomec a neví, jak se má chovat. Terapeutčina bezcitnost se pro ni stala nepochybným faktem a bylo možné mluvit jen o důsledcích takové necitelnosti. Terapeutka souhlasila, že z hlediska Jany se neomluvila a to pro ni mělo plno nepřijemných důsledků. Uznaná, že se Jana mohla cítit tak, že se na ní terapeutka dívá svrchu a ponižuje ji. Terapeutka pacientčin prožitek uznala jako skutečný. Mohly se začít dívat na to, jaké to je, cítit se tak a nemuset se o tom dohadovat. Jana mohla uznat, že prožitek ponížení vycházel z její fantazie, která relativizovala omluvu terapeutky.

Komentář

Ukázka z úvodní fáze léčby ukazuje důležitý prvek MBT v práci s hraniční problematikou: namísto obhajoby, bránění se a vysvětlování vyžaduje schopnost snést prožitek „špatného objektu“, který

pacientce nepomáhá, přehlíží ji, poškozuje a zanedbává ji. Teprve uznání například v podobě „Je možné, že vám v tom nepomáhám, mohla byste mi o tom říct víc?“ dovoluje zkoumat pocity pacientky.

Jana: Kamarádka Petra je teď na protidrogové léčbě. Bylo jí mnohem líp, když jsem ji navštívila. Bývala skoro tak depresivní jako já, má teď život zpátky! Zněla optimisticky a plná nadšení. Její změna mi připomíná změnu ve mně, od té doby, co k vám docházím. Cítím se živá. (přepíná na drsný, pohrdavý tón) Petra se ale musí ještě naučit tolik věcí. Říká, že se nebude izolovat, ale nejspíš jí to zase ujede, až ji propustí...

Terapeutka: *Řekla jste, že vám to připomíná, jak moc jste byla depresivní, když jste ke mně přišla a jaký je to rozdíl, když ke mně chodíte. Zní mi to tak, že jste stále depresivní.*

Jana: *(mlčí, pak úleva, ale zní opravdu zoufale) Cítím se hrozně. Měla jsem strašný den. Jsem tak ubohá (propuká v pláč).*

Terapeutka: *Jsem zmatená. Viditelně se dneska cítíte skleslá, a přitom jste potřebovala znít tak spokojená se životem a terapií...*

Jana: *Musím přestat fňukat. Určitě máte plné zuby toho, jak pořád naříkám (mlčí). Nejste to vy. Musím vynadat sobě. Pokaždé se mnou máte soucit a zajímáte se o mě. Jsem tak smutná z toho, kdy bývám sama a nemám s kým mluvit. Měla bych se sebrat (úzkostné mlčení). V posledních několika dnech jsem byla negativní. Kdyby tu Petra byla, zavolala bych jí a znovu*

a znovu omílala, že mám vůbec nejhorší den. Zavolala jsem na krizovou linku pro sebevražedné lidi.....(velmi potichu). Bojím se, že si myslíte, že si to vymýšlím.

Terapeutka: Pomozte mi, proč bych si to mohla myslet?

Jana: ...často když jsem se cítila povzbuzená, vnímala jsem, že o mě máte starost. (její hlas je přerušovaný a několik hodin usedavě pláče). Myslím, že pro vás jako pozitivního, sebevědomého, klidného člověka je to přirozené, že vidíte pozitivní věci, dokonce i ve mně (ticho). Já jsem na úplném dnu, do sebe pohroužená a nějak odtazítá....přihoršuje mi, že si tak strašně přeju, abych nebyla negativní. Chtěla bych být jako vy.

Terapeutka: To zní jako byste nesnášela povědět mi, jak je to teď zlé a vědět, že mi to bude líto..

Jana: Nesnáším to, jak asi před vámi vypadám....

Terapeutka: Jak si myslíte, že přede mnou vypadáte? (ticho, Jana pláče). Myslíte třeba, že s vámi budu mít soucit tak, že bych vás litovala nebo se na vás dívala povýšeně?

Jana: (vyjadřuje úlevu). Ano. (mlčí). Tak nějak si to myslím. Určitě se na mě tak díváte. (roztřeseným hlasem). Dám vám příklad....je to pochmurný a žalostný, ale to je jedno (snaží se zadržet pláč). Stavila jsem se v místní skupině pro ekology. Byla tam nějaká žena, „klimatická ekoložka“. Ani nevím, co ten výraz znamená. Byla tak přitažlivá, štíhlá a chytrá. Cítila jsem se tak nudná a nevýznamná v porovnání s ní. Cítím

se tak v práci pořád. Neohrabaná a nesvá (sarkasticky zesměšňuje svůj hlas). Jsem tlustá? Vypadám pitomě? Jsem jak slimák, nechutný slimák. (pláče). Pochybuji, že si to myslíte, ale kdybych byla na vašem místě, pomyslela bych si: Tak se seber!! Proboha!!“ (ticho, poslěže úzkostným hlasem). Je to to, co jste si myslela?

Terapeutka: Přemýšlela jsem o tom, jak asi nesnášíte tyhle na pohled sebevědomé, klidné ženy, které jako by měly všechno.

Jana: (mlčí, pak plačtivě). Chce se mi brečet. (zápasí a nakonec několik minut pláče). (po chvíli zcela odlišným, drsným hlasem) Nemá to smysl. Musím něco udělat, když nenávidím své tělo. Nemá cenu se litovat. Neměla bych se přejídat, měla bych cvičit a udělat něco se svým příšerným postojem. (ticho několik minut). Nejhorší je samota. Cítím se opravdu mizerně. Tak sama. Ale naslouchám sobě a přemýšlím o své mámě.

Terapeutka: A jaký je prožitek samoty?

Jana: Nevím..... Někdy si přeju, abyste na mě nebyla laskavá. Měla byste být jako moje matka. Víím, jak s ní zacházet. (mlčí). Dobře. Chci vám něco říct (váhá). Volala jsem na krizovou linku často o víkendech, protože jsem nedokázala čekat tak dlouho na laskavý hlas. Poslouchám jednu redaktorku v rádiu, která má vřelý hlas, dokonce jsem její pořady nahrávala. Všimla jste si, že je přesně jako vy? Každý vám to musí říkat. (mlčí). Určitě si myslíte, že jsem trapná.

Terapeutka: *Zní to, jako byste si myslela, že působíte trapně, když se cítíte opuštěná. Nejsem tam s vámi, abych vám pomohla, i když vypadám, že se starám...*

Jana: *(znovu pláče) Nedávno jsem řekla redaktorce v rádiu, ať jde do prdele. A mrštila jsem s ní o podlahu.*

Terapeutka: *Dobře vy!*

Jana: *(směje se). To si nemyslíte, že to bylo strašný?!? Vy jste divná.*

Komentář

Terapeutka v ukázkě z pozdější fáze léčby v sobě na jedné straně snáší to, že ji pacientka idealizuje a nevybíravě kritizuje, a současně sleduje, označuje a reflektuje její psychickou realitu. Nenechá se strhnout otázkou „Určitě si myslíte, že jsem trapná“ k odpovědi, kterou pacientka zná ze zoufalých výměn s matkou („Ano, jste trapná“), ale „Zní to, jako byste si myslela, že působíte trapně“. Pocit je označený, pochází z pacientčiny mysli, terapeutka mluví o pacientčině pocitu. Terapeutka ale pocity neoznačuje odbornicky, distancovaně, ale je jimi zasažena, musí do jisté míry strávit jejich syrovost, a pacientce vrací a reflektuje prožitek pacientky, nikoliv sebe samotné. Modulací terapeut nevyjadřuje svůj postoj, ale zpracovanou verzi toho, co si myslí, že pacientka cítí. Terapeutka během sezení mlčky sledovala pacientčin pocit opuštění a mohla rezonovat s jejím útokem na rádio komentářem „Dobře vy!“ Označila jím neuctivou poznámku namířenou vůči jejímu „terapeutickému hlasu z rádia“ postojem, že stojí na její straně. Pacientka ve skutečnosti nepotřebovala odpovědi na spoustu konkrétních a někdy

dotěrných otázek, ale potřebovala vědět, co od terapeutky může očekávat, zda ji má ráda, když je s ní, respektive ujistit se, že ji nemá nerada a necítí vůči ní odpor. Pacientka se učila nasloucháním terapeutce naslouchat svým pocitům závisti, opuštění, ponižení, mohla být s někým, kdo znal její vlny studu a útoků vůči sobě.

3. ZÁVĚR

MBT rozšiřuje psychoterapeutickou kvalifikaci pro práci s hraničními stavy. Zaměřuje se na ochranné vyřazování symbolické roviny mezi pacientem a terapeutem, ve kterém slova fungují doslovně jako akce a nedá se je použít pro sdělení porozumění. MBT pomáhá snést specifický nápor, udržet léčbu v chodu a oslovovat duševní fungování u pacientů s HPO v interpersonálních situacích. Prvky MBT jsou využitelné i v léčbě integrovanějších pacientů, kteří během léčby fragmentují a zakoušejí psychické zhroucení. MBT vyžaduje průběžné setkávání praktikujících terapeutů, supervizi a rozšiřování mentalizujících dovedností.

Autor a etické otázky: Autor není v konfliktu zájmů ve vztahu k prezentovanému sdělení a nebyl financován třetí stranou.

LITERATURA

- Allen, J. G. & Fonagy, P. (2006). Handbook of mentalization-based treatment. Chichester, UK: John Wiley & Sons, 223–231.
- Bales, D., Beek, N. V., Smits, M., Willemsen, S., Busschbach, J. J., Verheul, R., & Andrea, H. (2012). Treatment Outcome of 18-Month, Day Hospital Mentalization-Based Treatment (MBT) in Patients With Severe Borderline Personality Disorder in the Netherlands. *Journal of Personality Disorders*, 568–582. doi:10.1521/pedi_2012_26_021.

- Bateman, A and Tyrer, P. (2004) Psychological treatment for borderline personality disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10: 378–388.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2006). Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: A practical guide. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized Controlled Trial of Outpatient Mentalization-Based Treatment Versus Structured Clinical Management for Borderline Personality Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1355–1364. doi:10.1176/foc.8.1.foc55
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2010). Mentalization-based treatment and borderline personality disorder. In J. Clarkin, P. Fonagy, & G. Gabbard (Eds.), *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A clinical handbook* (pp. 187–208). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2015). The role of mentalization in treatments for personality disorder. In W. J. Livesley, G. Dimaggio, & J. F. Clarkin (Eds.), *Integrated treatment for personality disorder: A modular approach* (pp. 148–172). New York, NY: Guilford Press.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders. A Practical Guide*. Oxford University Press.
- Bateman, A., O'Connell, J., Lorenzini, N., Gardner, T., & Fonagy, P. (2016). A randomised controlled trial of mentalization-based treatment versus structured clinical management for patients with comorbid borderline personality disorder and antisocial personality disorder. *BMC Psychiatry*, 16(1). doi:10.1186/s12888-016-1000-9.
- Bleiberg, E. (2006). Treating Professionals in Crisis: A Mentalization-Based Specialized Inpatient Program. In J. G. Allen & P. Fonagy, P. (Eds.), *Handbook of Mentalization-Based Treatment*, 233–247. Chichester, UK: John Wiley & Sons, 223–231. doi:10.1002/9780470712986.ch12
- Edgumbe (2000) *Anna Freud: A View of Developmental Disturbance and Therapeutic Techniques*. London: Routledge.
- Fonagy, P. (1996). „Attachment, the development of the self, and its pathology in personality disorders“. *Psychomedia*: 26–32.
- Fonagy, P. (2001). *Attachment Theory and Psychoanalysis*. Other Press.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York, NY: Other Press.
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2009). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of borderline personality disorder. In R. Doctor & R. Lucas (Eds.), *The Organic and the Inner World* (pp. 23–55). London: Karnac.
- Fonagy, P., Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1355–1381.
- Gallagher, H. L. & Frith, C. D. (2003). Functional imaging of “theory of mind.” *Trends in Cognitive Sciences*, 7(2), 77–83. doi:10.1016/S1364-6613(02)00025-6.
- Goodman, G. (2013). Is mentalization a common process factor in transference-focused psychotherapy and dialectical behavior therapy sessions? *Journal of Psychotherapy Integration*, 23, 179–192.
- Herzog, J. (1984). Fathers and young children: Fathering daughters and fathering sons. In: J. D. Call, E. Galenson & R. Tyson (Eds.), *Foundations of Infant Psychiatry*, Vol 2 (pp. 335–343). New York: Basic.
- Choi-Kain, L.W., & Gunderson, J.G. (2008). Mentalization: ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165: 1127–1135.
- Karterud, S., & Bateman, A. (2010). *Manual for mentaliseringsbasert terapi (MBT) og MBT vurderingsskala. Versjon individualterapi*. Oslo, Norway: Gyldendal Akademisk.
- Kocourková, J., Koutek, J. (2011). *Je teorie mentalizace inspirací pro psychoterapii poruch příjmu potravy? Československá psycholo-*

- gie: časopis pro psychologickou teorii a praxi. Praha: Československá akademie věd, 55(2), 180–183. ISSN 0009-062X.
- Køster, A. (2017). Mentalization, embodiment and narrative: critical comments on the social ontology of mentalization theory. *Theory & Psychology*, 27(4), 458–476. doi: 10.1177/0959354317711031
- Lecours, S. and Bouchard, M. (1997). Dimensions Of Mentalisation: Outlining Levels Of Psychic Transformation. *Int. J. Psycho-Anal.*, 78:855–875.
- Luyten, P., Fonagy, P., & Campbell, C. (2020). 9.11 Borderline personality disorder (emotionally unstable personality disorder). In S. Stahl, M. – E. Lynall, P. B. Jones (Eds.), *Cambridge textbook of neuroscience for psychiatry*. Cambridge University Press.
- Malda-Castillo, J., Browne, C., Perez-Algorta, G. (2019). Mentalization-based treatment and its evidence-base status: A systematic literature review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* (2019), 92, 465–498.
- Nolte, T., Bolling, D. Z., Hudac, C. M., Fonagy, P., Mayes, L., Pelphrey, K. A. (2013). Brain mechanisms underlying the impact of attachment-related stress on social cognition. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 816.
- Polnay, A., MacLean, C., Lewington, E., & Patrick, J. (2015). A pilot before-and-after study of a brief teaching programme for psychiatry trainees in mentalizing skills. *Scottish Medical Journal* 60(4): 185–191.
- Stoffers, J., Völlm, B., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8). doi:10.1002/14651858.CD005652.pub2
- Target, M. (2016). Mentalization within Intensive Analysis with a Borderline Patient. *Brit. J. Psychother.*, 32(2):202–214.
- Taubner, S., Müller, S. & Kotte, S. (2017). Mentalizing Vocational Training increases mentalization interest in professionals and young people with the need of learning support. *Mental Health & Prevention* 6: 1–11.
- Twemlow, S. W., Fonagy, P., Sacco, F. C., Gies, M. L., & Hess, D. (2001). Improving the social and intellectual climate in elementary schools by addressing bully-victim-bystander power struggles. In J. Cohen (Ed.), *Caring classrooms/intelligent schools: The social emotional education of young children* (pp. 162–182). New York, NY: Teachers' College Press.
- Twemlow, S., Fonagy, P., Sacco, F. C., Vernberg, E. & Malcolm, J. M. (2011). Reducing violence and prejudice in a Jamaican all age school using attachment and mentalization theory. *Psychoanalytic Psychology*, 28(4), 497–511. Doi: 10.1037/a0023610.
- Verheugt-Pleiter, A. and Deben-Mager, M. (2006). TRANSFERENCE-FOCUSED PSYCHOTHERAPY AND MENTALIZATION-BASED TREATMENT: BROTHER AND SISTER? *Psychoanal. Psychother.*, 20(4):297–315.
- Vogt, K. S., Norman, P. (2019). Is mentalization-based therapy effective in treating the symptoms of borderline personality disorder? A systematic review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* (2019), 92, 441–464.
- Volkert J., Hauschild S., Taubner S. (2019). Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders: Efficacy, Effectiveness, and New Developments. *Curr Psychiatry Rep* 21(4):25. doi: 10.1007/s11920-019-1012-5.
- Williams, L. L., Fonagy, P., Target, M., Fearon, P., Sargent, J., Bleiberg, E., & McGregor, J. (2006). Training Psychiatry Residents in Mentalization-Based Therapy. In: Allen, J. G. & Fonagy, P. *Handbook of mentalization-based treatment*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, 223–231.

Došlo do redakce 24. 11. 2020, v revidovaném znění 2. 3. 2021. K publikaci přijato 26. 4. 2021.

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 přerušením 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 psychotherapeutických.

Schematerapie jako nový integrativní psychotherapeutický 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 signifikantnímu klinickému zlepšení u dvou třetin pacientek. Schematerapie byla téměř dvakrát účinnější než psychodynamická psychotherapie (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 psychotherapeutických směrů a vytvořil integrovaný psychotherapeutický 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 psychotherapeutického 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 psychiatřka 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 můžou procházet dvojitým vývojem, mohou se buď posilovat nebo vyhasínat.

Young tvrdí, že se schémata rozvíjí podle míry a kvality naplnění 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 Rozzuřené 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 emocí 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 Perfekcionistický Kontrolor (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 nenaplňování 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 nenaplňovaných 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 kotvících 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 pacientek, 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 projevit 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 Hraníční poru-
chy osobnosti (Young 2003, Farrell 2014) je
Zranitelné dítě ve svých variantách – Opuš-
tělé 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 vyhybavých 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. Patientky 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., Sipos 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.

PRIX IRENE 19. 10. 2019

JAK JE TO S PRAVDOU V PSYCHOTERAPEUTICKÉM PROCESU

Pravda v psychoterapii je vysoce subjektivní, vždy neúplná a kontaminovaná mezilidským vztahem

Jan Šikl

NECHTĚNÝ ÚVOD:

Musím se hned na začátek „po pravdě“, k něčemu přiznat. Já jsem nepozorně přečetl anotaci dnešního sympozia a zapamatoval si jej jako „Pravda a její potlačení.“ Je také pravda, že jsem se sem nechystal jít, ani zde neměl mít příspěvek, jen mi prostě chodí pozvánky a já si říkal: „Sakra, to je ale krásné téma. Škoda, že si mě nepozvali, k tomu bych rád něco řekl!“

A nakonec pozvali, protože organizátorům někdo vypadl. To téma visí nade mnou a chodí se mnou, či já s ním, už pěkných pár let. Uvědomuji si, že lidská rozhodnutí o pravdě, či o lži – kudy se vydám, na čí stranu se postavím... jsou často věci okamžiku. Udělali rozhodnutí, jinak nemohli, nebo se báli a zase jinak nemohli. A život dál jako by dosvědčoval jejich volbu. Prostě žádné velké meditace, jako by to rozhodnutí v nich už nějak bylo. Předpřipravené životem, výchovou, svědomím – co já vím?

Teprve když jsem znova četl anotaci upravené pozvánky, jsem si uvědomil svůj omyl. Celou dobu uvažuji „Pravdu a její potlačení“ a jedná se o „Pravdivost a její potlačování“. Všem i mně je jasné, že ten malý rozdíl není malý. Pravda je substantivum z rodu královských. „Co je to Pravda?“ ptá se Pilát. A ptáme se stále i my. Pravdivost má lidské konotace. Stav nedokonavý, jak je to nám lidem osudem dáno.

Nepozvu Vás, jestli dovolíte, k interpretaci mého chybného úkonu, jak by se asi předpokládalo, ale k tvořivé práci s chybou přednášejícího. Přednáší, ale trochu vedle, mimo mísu, jak při dětské hře se zavázanými očima. Šátrám vedle, ale nedaleko. Doufám, že to mé minutí, by mohlo být Vaší tvořivostí korigováno, nebo v ideálním případě, že to, jak hledám vedle, by mohlo inspirovat. Ve vztahu k původnímu předmětu. Když hraji s dětmi na babu, často to vidím. Vidím, jak je ten člověk blízko tomu, koho, či co hledá a to je legrace. Děti těkají očima z hledajícího na hledané a baví je to. Někdy se volá samá voda, či přihořívá. Podle mě máme všechny ingredience pohromadě.

Vytoužený předmět,
úsilí se mu přiblížit,
hledání, vzdalování, ale tušená blízkost cíle,
jeden vidí, co druhý nevidí,
zájem a vzrušení,
údiv, že to zase nemám,
hra a dítě.
Humor, nebrat to ani sebe /byť opravdu se jedná/
smrtelně vážně.

Pozn. k dítěti a naději

Nemám moc rád koncept „vnitřního dítěte“ nějak se často prodává pod cenou a smyslem. Ale jinak ta myšlenka, jako symbolu původního, vnitřního zdroje, který lze ztratit, ale i znova nalézt, není marná.

Pozvali jsme si do Psu. spol. před vánoce prof. Jana Sokola – natěšení chceme myslet před svátky do dálky. Pokládáme další ze „snadných“ otázek, jako dnes pravdivost a pravda: „V čem je naděje?“ Odpověď je krátká a jde jiným směrem, než čekáme. „V dětech, v čem jiném?“

Trochu jak ve filmu Forrest Gump, když se běžící prorok náhle zastaví. „Tíše – teď promluv!“ šeptá dav. A on: „Jsem tak unavený, tak strašně unavený!“

Měl jsem v té době/synchronisticky/ ve svých padesáti letech čerstvé 5. dítě – tolik obav a nejistot. Moc mi ta prostá věta o naději pomohla.

Propadl jsem se tak nechtěně do synchronistického přístupu, který, jestli jsem trochu porozuměl pojmu, pojímá věci trochu jinak. Zkoumá, jestli věci, které se ocitly v jednom poli v jednom čase, dávají smysl. Staví tak společný výskyt věcí v jednom čase a jednom místě proti kauzalitě a její logice. Napadá mě, že tenhle koncept, nejen že stojí na jiné logice, ale předpokládá někde v pozadí důvěru, že současná situace /a tedy svět/ má smysl a je „základně v pořádku“. Tedy v „dobrých rukách“, ať už matky, či boha. Jinak řečeno: „Ani vlas z Vaší hlavy nespadne...“ Na „opravě“ téhle důvěry stojí „půlka psychoterapie“ – Jak se to dělá?

Ocitl jsem se tak i tady a teď – se všemi složistostmi, které tomu předcházely, i že jsem tady být neměl, ale trochu chtěl, přitahován tématem, které jsem ale trochu popletl. Nebojovat s ním, nezakrývat a neretušovat, ale přiznat

a vzít to vážně. Jako kus možné odpovědi, kterou to dává. V našem případě na otázku po pravdivosti téhle chvíle a jejího smyslu.

Četl jsem nedávno Jungovu knihu o synchronicitě a chvílku měl i pocit vhledu, že rozumím. Netrval dlouho, jak se mi u „jungiánské mystiky“ stává. Stačil jsem ale zahlédnout, že my psychoanalytici, ale i psychoterapie vůbec, není tomuto pohledu nijak vzdálená, či že jej snad i tvořivě užívá.

Pravdě je více podobné se k ní přibližovat z různých stran. Nevyjevuje se celá naráz, spíše různé její aspekty, padá na ní jiné světlo ráno a jiné v podvečer. V noci je zase vidět, že není vidět.

Co jiného je „naše“ tendence pozvat do společného setkání s klientem, jaksi bez vstupního předvýběru a cenzury, vlastně všechno. */Budte jako děti/* Minulost, předky, zkušenosti, traumata, sny, to že přišel pozdě a zapomněl minule zaplatit i sebe s dnešní únavou a pozorností, kterou zrovna mám k dispozici... a k tomu nabídnout jako míchačku nárok na volné, necenzurované obsahy, včetně těch opomíjených, malých, nechtěných, zavržených. */Nechte maličkých přijít ke mně!!* Tedy asociace, a nechat to povařit 50 minut v našem vzájemném vztahu a být jako volně zavěšené plátno Jacksona Pollocka – schopen zachytit stopy a odrazy toho všeho. V naději, že je v tom úsilí o pravdivost, či snad i pravda.

NÁVOD K POUŽITÍ:

Vyčerpál jsem se vyčerpávajícím úvodem. Rád bych předvedl vyčerpávající, ve smyslu úplný, výklad o pravdě. Ale řeknu Vám pravdu: to se nepovede. Navrhuji tedy, abyste to brali jako nalezený poznámkový blok k tématu: **O pravdě v psychoterapii.** Víc z toho nebude.

Mně to téma „Pravda a její potlačení“ zaznělo rovnou zcela psychologicky. Ani jsem si nevšiml, že jej lze chápat i zcela jinak. Že jej automaticky vkládám do svého kontextu, z obecné řeči o pravdivosti rychle a nereflektovaně do velmi osobního pohledu na pravdu. A uvědomění, že se to tak možná děje častěji. Že i jiní to mají jinak a že to jinak ani nejde. Kdysi jsem si vypsal někde z Junga větu: „**Nevztažená věc jako by neexistovala.**“ Nevím, jak je to s pravdou „an sich“, já se naštěstí mohu zabývat – vztahovat – k pravdě vztažené, osobní. Za kterou stojí (či leží) člověk se svým vztahem k ní. Na to se mohu ptát, zajímat se. O něj i o „jeho“ pravdu. **Vztah k pravdě ožívá v mezilidském poli.**

Odtud je kousek k jiné větě, kterou mám opravdu rád. **Pravdu nelze mít.**

Vzpírá se to její povaze, je to nonsens. Není jednou z řady věcí, které lze vlastnit. Okamžitě odkazuje k modu „být“. S vlastněním pravdy je to složité – když ji máte, už ji nemáte. Nejsem žádný filosof, byť jsem jím chtěl být, a už vůbec ne platonik, ale jestli někde rozumím úvaze o původním světě idejí a o tom, že my zde potkáváme jen jejich odlesky a stíny, tak s pravdou si to představit dovedu. Třeba ještě s láskou, jak tam sedí a pijí ambrósií. Pro mě je to daleko přijatelnější, než třeba u stromu, ale třeba i krásy. Ty mi přijdou dostatečné v souřadnicích tohoto světa, dokonce bych se o ně i bál, aby jim na „věčnosti“ něco osobního a jedinečného neubylo. Povaha pravdy se mi zdá přirozeně transcendentní, nehmotná, nevlastnitelná... trochu jako bůh, když máte dojem, že jej máte, můžete si být jistí, že to není on. **Pravda má spíše nás.**

Krom toho vědeckého objektivizujícího kontextu pravdy, je ještě jiný, který mě

v životě hodně přitahoval, ale jsem nakonec rád, že nemusím jezdit na jeho koni...

Pravda v kontextu náboženském. Znáám jen pár lidí z téhle oblasti, se kterými bych se s klidným srdcem vydal tímto směrem na výlet. Přitom chápu, že zrovna sem řeč o pravdě, o té jedné a jedinečné – „stvořený, ne zrozený, jedné podstaty s pravdou...“ nějak zásadně patří.

Jsem rád, že si pilátskou otázku „Co je to pravda“?, či trochu nafoukaněji „Je to vůbec pravda?“, či „Je vůbec pravda?“, mohu legitimně klást v kontextu, ale i mimo kontext mytologického příběhu. V konstelaci, kterou mám velmi rád a roky mě baví.

Dokonce mě snad stále víc baví, možná i oživuje. Nebo uzdravuje?

ÚSILÍ O PRAVDU V PSYCHOTERAPII

Tomáš Halík někde řekl (myslím, že na oslavě 50tin Jitky Vodňanské), že nejerotogennější zónou v člověku je duch. Já bych ještě dodal a pravda. Myslím, že psychoterapie na pravdě jezdí. S údivem roky sleduji, že lidé za mnou chodí do 4. patra a ještě mi platí, aby mi mohli říkat pravdu. Konečně pravdu. Hledat svoji pravdu. O sobě samých – kým skutečně jsou. „Nedokonalý vid“ se sem lépe hodí. Kým se stávají? Kým skutečně jsou? Riskují, že přijdou o přesvědčení o sobě, které roky nosí, nenasnadno je získali, ale už to dál nejde. Hledají interní, dnes „reinkarnovanou“ pravdivost pod prachem každodennosti, spíše košili pravdy, než kabát.

Někdy ani sami neví, co nejde, co už nechtějí a vyjadřuje to za ně tělo, symptom. Symbolizuje to symptom. **Opakem symbolizace je banalizace.** Možná by šlo i uvažovat, že intrapsychické téma „padá“ do téla

– neuznáno jinde za hodno řeči a smyslu – do banalizace. Symptom mu znovu vrací výraz, vrací jej do světa, symbolizuje jeho konfliktní obsah, jeho těžkou vyjádřitelnost. Klient mluví o symptomu, někdy jej i sám dál banalizuje. Vlastně jej zrazuje, klidně 3x jej zapře. Někdy mám pocit, že symptomy jsou nám věrnější, než my sami. Nevzdávají to s námi. A my se znova ptáme: „To je jeden z Tvých symptomů? Patříš také k němu? Viděli jsme tě s ním!“

Vytváříme smysluplné pole, kde se věcem vrací kontext a symptom ožívá.

O ODVAZE V PSYCHOTERAPII

Přicházejí do 4. patra a přiznávají se, že je jim to malé a těsné – to co a jak žijí. Nevejdou se do takového lože, mají-li zůstat živí. Neví, co pořídí jiného. Já to také nevím. Nevím, co jim nabídnout, nejsem prodavačka, která si je jistá: „Tohle Vám, paninko, určitě padne!“

Většinou to ani není pohodlnější. Nový šat a dům má tolik těžkostí. Netěsní, nehřeje, neodtéká... Přesto to zkoumají a podomácky, pokoutně přešívají. A já s nimi. Přitom tolik konfekce ve vnějším světě kolem. Čím se stát. Jak někým být.

Jak vyměnit starou konfekci falešného já, kde dominuje adaptace nad vnitřní pravdou? Vždyť ani často neví, kde a jak ji nakoupili. Většinou ani neví, že ji vůbec koupili a proč. Vracejte takovou věc, hádejte se bez dokladu, že to nejste Vy. Ani není s kým. To je skoro jak vracet bohu jízdenku.

O přítomnost se bojuje v minulosti a „Kdo vládne minulostí, vládne přítomností.“ (G. Orwell, 1984)

Co je to pudí takhle riskovat? Riskovat, že zůstanou nazí, bez ochrany a obran. Řekněte želvě, ať odevzdá krunýř! Vždyť je

její, patří k ní. „Křičte na poplach!“ „Chyťte zloděje!“ Marné volání.

Čím budou, když tím starým již nebudou? Staré hlasy často přítom zní ze skříně: „Nebudeš nic.“ Neznám mnoho odvážnějších procesů. Jaký nesmysl koluje kolem téhle věci: „Že je pro slabé!“

PRAVDA JE PLOD INTIMITY

Také často zazní: „Pomohu si přeci sám! Já nikoho nepotřebuji!“

Jak v té reklamě kdysi na obkladačky, či lepidlo na ně, jestli pamatujete... „A udělala jsem si to sama!“ Právě.

Na zkoumání a hledání pravdy v psychoterapii je zajímavé, že se tak děje v mezilidském poli. Že si to právě neuděláte sami. Tuhle grandiozitu separace a individuace budete muset v tuhle chvíli oplakat. Není to snadné, sedí na téhle větvi s námi dost naší sebeucty.

Musíte odtruchlit představu, že si to svaříte v garáži a pak vyjedete grandiózně s naleštěným „Kadi – lakem“. (Zde si povšimněte vtipného odkazu k anální problematice a narcistické tendenci pokoutně vyspravit zraněné ego a triumfálně vyjet.)

Ale právě že ve vztahu. Vystavit se bližnímu. S tou svojí nahotou, nejistotou, všemi malostmi a study. Teď pozor, bude to patetické.

V naději, že: „Kde jste dva v mém jménu, já jsem s Vámi.“ Já nevím, co znamená v „jeho jménu“, ale předpokládám, že by to mohlo být třeba něco jako v pravdě a lásce.

Uvidět neviděné – svůj stín, protože integrace stínu tvoří etiku terapeutického procesu. Protože všechno nevědomé je zakoušeno ve vnějším světě procesem projekce.

Jung říká: **Jestliže nedojde k uvědomění vnitřní skutečnosti, zkusme sem vložit**

slovo pravdivost – přiznat se ke stínu v mezilidském poli. Pak se tato skutečnost odehraje jako osud vně.

Tak je to přeci jeden svět. Úsilí o pravdu v jednom souvisí s pravdou v druhém. Vnitřní svět, jeho „intro – verze“ a vnější svět. O pravdu se začíná usilovat v člověku.

Naštěstí je to nakažlivé. Jsem rád v takovém infekčním poli. Moji pacienti mě svojí odvahou povzbuzují, abych to sám nevzdával. Potřebuji takové povzbuzení. Abych se rozpomněl na své vlastní slabosti, zranění a chyby. Znovu měl odvahu nemít moc, nevědět, nemít pravdu, celou pravdu, jen a jen pravdu... Připomínají mi, že tenhle proces trvá, že jej nemám „za sebou“, jako garáž, kde jsem přečltil svůj Kadi-lak. Že jsem jej finálně nevyřešil a nepřerostl, a že jsem jeden z „menších bratří“. Práce s vlastním stínem. Prý tak začíná proces individuace... Znovu sbírat odvahu nevědět a zjišťovat, že mě to neznehodnocuje a nekompromituje, alespoň ne tolik, kolik jsem čekal, ale že mě to paradoxně kvalifikuje v porozumění klientovi, blízkosti a vztahu s ním.

Psychoterapie je místo, kde lze dobře pozorovat osobní úsilí o pravdu, ale snad ještě lépe zde lze pozorovat, co se děje, když se pravda neděje. Jak se stejně děje, jak nemízí, jen není vidět. Stěhuje se dovnitř, mizí z vědomí, městná se a stává výbušnou. Hledá svůj výraz, jde do opozice, tvoří dissent, touží povstat. Svrhnout vládu potlačovatele. Jak potlačení a úzký průměr tvoří úzkost a hlaveň a projektil. Není jisté, co bude zničeno, jestli vnitřní svět, či vnější svět. Popření ničí vnitřní celistvost, rozpadá se demokracie v nás – schopnost se slyšet a vést v sobě laskavý a pozorný dialog.

Jak se tak poslouchám, asi jsem chtěl být

více u naděje, kterou v psychoterapii často potkávám a pro kterou ji mám také rád. Jak lidé touží po pravdě, po pravdivosti k sobě samým, po tom, kým skutečně jsou. Mám rád naději, že takový zdroj v člověku je. Říkejme mu třeba právě Já, Self, Bytostné Já.

Pokud vytvoří terapie dobré podmínky, objevuje se jakýsi „tah na pravdu“, ne jen přenos a protipřenos, ale společná „spolu – transference“. Asi se tomu říká pracovní aliance, ale mně přišlo důležité to odbagatelizovat a „znesamozřejmit“, jako něco výjimečně cenného.

Člověk se rovná, tak jako koryto řeky, uvolněná větev stromu. Ne všechno děláme v terapii my terapeuti. „Ať zván, či nezván, Bůh je přítomen“ měl Jung napsáno na futru dveří své Bollingenské věže.

V člověku existují samohojivé procesy. My pomáháme vytvořit prostor, kde se mohou dít. Čím déle to dělám, tím více mám pocit, že toho dělám méně. Spíše jen vytvářím podmínky.

Přednáška ale nemá být o skvělé, jedné, věčné pravdě v dokonalém stavu a tvaru, má být také o pravdě ztracené, či ani nehledané. Možná o lži? Jisté ale o pravdě nechtěné, potlačené, vytěsněné, ambivalentní, zrazované, popřené, projikované, rozštěpené, somatizované... schválně míchám jablka a hrušky – terapeutické s vnějším. Je to jeden svět.

Tvářil jsem se, že psychoterapie je domácím polem běžného výskytu a chovu pravdy, pravdou ale spíše je, že tady lze pozorovat, jak se to má s pravdou v jedinci, v jeho zrání a vývoji. Kolegové by právem namítali, že mám asi nějakou speciální klientelu milovníků pravdy, a že k nim taková nechodí. A pokud by chodili a chtěli hovořit o pravdě, bylo by jim to spíše podezřelé

a asi by to i měli za obranu intelektualizaci, než za pravdivou situaci.

Je zřejmé, že přichylnost subjektu k pravdě není samozřejmá, spíše naopak. Že mnoho musí být ve vývoji dosaženo, aby se objevila vazebnost k pravdě. Že existují jistě „prekurzory“ pravdy a že pokud jsou dobře přítomny, člověk se k pravdě spíše vyvíjí a roste. Že je nutné, aby k ní byl i veden a vychováván a také, že to tak často není.

Není náhodou, že „psychoterapeutická situace“ zapracovává tyto prekurzory do své konfigurace a bere inspiraci v raném dětství, v období vzniku subjektu. Myslím tím bezpečné, spolehlivé a věrohodné místo, které obsahuje akceptaci, podporu, zájem, pozornost... Toto klima, podobně, jako to v raném v dětství, vytváří prostředí, ve kterém se daří pravdivosti. Na ni je také stále odkazováno. Otázkami, které míří k subjektu, či někam do jeho středu, do jeho psychosomatického domova: „Jak se cítíte? Jak to prožíváte?“ Jinou podobou otázky může zajisté být i samotné naslouchání, pozorný prostor, ticho. Ale i otázky zkoumající a zpochybňující: „Ještě něco si o tom myslíte?... A to je celé? Nenapadá Vás ještě něco?“

Připomíná mi to uvažování o pravdě v psychoterapeutickém procesu legendu o sv. Františkovi, /známý obrázek od Giotta/ kde před biskupem a svým bohatým otcem, váženým Assiským obchodníkem se sukнем, svléká šaty a odchází nahý. Kolik posměchu jistě kolem. Nahý, chudý... Odchází, aby vyslyšel větu (podle legendy) „Oprav můj dům“, kterou mu sdělil v rozbořeném kostele sv. Damiana Kristus z kříže.

Pokud je Pravda, Bytostné já, Bůh... v nás a zná nás lépe a hlouběji, než my sami sebe, nelze výroku rozumět ve smyslu, oprav nejdříve sebe? Vždyť Tvé srdce je střed – místo, kde přebývám.

Na trávníku před basilikou sv. Františka stojí jezdecká socha. Kůň a jezdec (stará Freudova metafora o jezdcu na koni jako obrazu zápasu v člověku mezi Egem - Superegem a ID), oba hlavy dolů sklopené – v únavě, či pokoře?

Před 30 ti lety, kdy jsem tu naposledy byl, tu ještě nebyla. Viděl jsem za tu dobu tolik vztyčených „eregovaných“ jezdeckých soch, s prapory a korouhvemi, kde se vůbec mává kde čím. A sebe v nich. Ale takovou jsem ještě neviděl.

Pardon, konec běhu. „Jsem tak unavený!“

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 „vědoucem“ diagnostika se snadněji uza-

vírá nečekanému a ztrácí zvědavost, protože „opravdu“ ví, v čem tkví problém. Vysvětluje, nestimuluje pacientovu schopnost sebezpozorování a sebereflexe a předbílá 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.

VŠÍMAVOST A SOUCIT JAKO ESENCIÁLNÍ METAPROCESY V INDIVIDUÁLNÍ PSYCHOTERAPII

Žvelc, G., & Žvelc, M. (2021). *Integrative Psychotherapy: A Mindfulness-and Compassion-Oriented Approach*. Routledge. 244 stran.

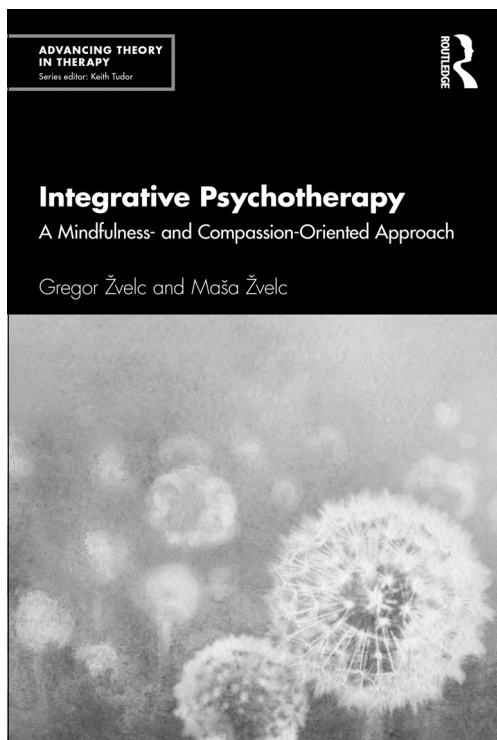
Jan Benda

Jednotlivé psychoterapeutické přístupy jsou si dnes mnohem podobnější, než kdysi bývaly. Mají podobná teoretická východiska, podobnou představu o vzniku duševních poruch i o účinných faktorech způsobujících terapeutickou změnu. Liší se tedy mezi sebou spíše konkrétními metodami a technikami. Jak ale ukázalo nedávné online šetření, 99 % českých psychoterapeutů ve své praxi využívá techniky převzaté z různých psychoterapeutických směrů.¹ Směřuje tedy psychoterapie k integraci? Nejspíš ano. Nebývalý rozkvět přístupů založených na všímavosti (angl. mindfulness) a soucitu (angl. compassion) navíc značně přibližuje současné kognitivně-behaviorální přístupy k přístupům existenciálně-humanistickým i psychodynamickým. A podle šetření provedeného vloni v Německu 82 % německých psychoterapeutů někdy při práci s klienty využívá techniky rozvíjení všímavosti.² Proč ale vzbuzují právě všímavost a soucit tolik zájmu?

Nová kniha slovinských psychoterapeutů Gregora a Maši Žvelcových představuje vší-

¹ Řiháček, T., & Roubal, J. (2017). The proportion of integrationists among Czech psychotherapists and counselors: A comparison of multiple criteria. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27(1), 13–22.

² Michalak, J., Steinhilber, K., & Heidenreich, T. (2020). (How) Do therapists use mindfulness in their clinical work? A study on the implementation of mindfulness interventions. *Mindfulness*, 11(2), 401–410.



mavost a soucit jako dva esenciální metaproceny, které stojí v pozadí mnoha dalších důkazů ověřených (angl. evidence-based) procesů vedoucích k psychoterapeutické změně. Ve své průlomové knize tyto autoři podstatně rozšiřují integrativní pojetí R. G. Erskina a čerpají z mnoha současných přístupů jako například z terapie zaměřené na emoce (EFT), z terapie přijetí a odhodlání (ACT), ze vztahové a transakční analýzy, z terapie traumatu a metody desenzibilizace

a přepracování pomocí očních pohybů (EMDR) aj. Teoreticky se přitom pokoušejí „integrovat integrativní psychoterapii“ (str. 9). Opírají se však také o poznatky neurobiologického výzkumu tzv. rekonso- lidace paměti, tedy procesu, který v našem mozku mění (dysfunkční) schémata uložená v implicitní paměti. A jako jedni z mála podrobně dokumentují a vysvětlují působení všímavosti a soucitu v *individuální* terapeutické práci s klientem. Neučí klienty medítovat. Přesto však považují všímavost a soucit terapeuta i klienta za klíčové hybatele psychoterapeutické změny.

Kniha *Integrativní psychoterapie: Přístup zaměřený na všímavost a soucit* sestává ze tří částí rozčleněných dále do třinácti kapitol. První část (kap. 1–2) představuje čtenářům základní principy integrativní psychoterapie zaměřené na všímavost a soucit (angl. mindfulness- and compassion-oriented integrative psychotherapy – MCIP) a integrativní model procesu psychoterapeutické změny. Druhá část (kap. 3–8) definuje klíčové pojmy MCIP a předkládá integrativní teorii, která je základem terapeutických metod a intervencí. Třetí část knihy (kap. 9–13) pak prezentuje praktické metody a intervence MCIP.

Transdiagnostická teorie MCIP přitom odhaluje mimo jiné vliv tzv. vztahových schémat na vznik psychopatologických symptomů. Podobně jako Jeffrey Young, Robert Leahy nebo Leslie Greenberg popisují i Gregor a Maša Žvelcovi tato schémata jako paměťové struktury, které nás, pokud jsou aktivovány, automaticky a bez našeho vědomí vedou k typickému prožívání, k typické interpretaci skutečnosti a k typickému (nutkavému) chování. Typický spouštěč tedy vyvolává typickou obrannou reakci, která v našem dětství dávala smysl,

nyní však již smysl často nedává. MCIP ovšem propojuje teorii schémat s transakčně analytickým rozlišováním tří ego stavů (rodič-dospělý-dítě) a připojuje k nim čtvrtý ego stav, který označuje termínem „všímavý dospělý“ nebo též „pozorující/transcendentní Já“.

MCIP poukazuje na skutečnost, že mnohé naše každodenní potíže a strádání vznikají kvůli naší přílišné identifikaci s narativním Já neboli s vymyšleným příběhem o sobě samém. Také ukazuje, že rozvinutá všímavost a soucit mění nejen náš postoj k vlastním prožitkům, ale mění také naše hluboce zakořeněné představy, které máme o sobě samých, o druhých lidech i o okolním světě (viz jádrová přesvědčení a vztahová schémata). Rozvinutá všímavost podle autorů MCIP umožňuje pozorovat nejen obsahy našeho vědomí, ale i vědomí samo. Může tak vést ke zkušenosti transcendence a prožití neduálního vědomí. MCIP proto přirozeně začleňuje do svého modelu lidské osobnosti také spirituální dimenzi, která člověku umožňuje kontakt s těmi nejniter- nějšími hodnotami a s nalézáním smyslu. V tomto bodě se tedy MCIP blíží tradič- ním existenciálním a transpersonálním přístupům a noří se tak podstatně hlouběji než většina současných (typicky osmítý- denních) programů založených na všima- vosti (angl. mindfulness-based interven- tions).

Všímavost a soucit nevnímá MCIP pri- márně jako nějaké techniky, které by se klienti v psychoterapii měli učit, ale jako procesy (nebo schopnosti), které lze u klien- ta přirozeně rozvíjet v dobře vybudovaném psychoterapeutickém vztahu prostřednic- tvím fenomenologických otázek, naladě- ním se na klienta a osobní angažovanou

účastí terapeuta. Autoři přitom podrobně vysvětlují postupy a strategie, díky nimž lze s klientem zpracovávat bolestivá témata, vést ho k metakognitivnímu uvědomování si dysfunkčních schémat a ego stavů a zprostředkovávat mu korektivní vztahové zkušenosti. Kromě tzv. vztahových metod nabízí pak čtenářům také tzv. intrapsychické metody všímavého zpracovávání (angl. mindful processing) a se sebou soucítícího zpracovávání (self-compassion processing), které lze integrovat v rámci jakéhokoli terapeutického přístupu.

Kniha obsahuje mnoho kazuistických zlomků a vinět a také ilustrativní, autentické a mnohdy až dojemné příklady dialogů mezi

terapeutem a klientem. Je psaná čtivým, srozumitelným a praktickým jazykem. A mohu ji opravdu vřele doporučit nejen všem zájemcům o integrativní psychoterapii, všímavost a soucit, ale také všem kolegům, kteří chtějí porozumět procesům psychoterapeutické změny a seznámit se s těmi nejnovějšími poznatky z této oblasti. Kniha mě nadchla natolik, že s autory jednám o workshopech MCIP v České republice. Těším se tedy, že se s integrativní psychoterapií zaměřenou na všímavost a soucit budeme brzy moci seznámit také prakticky.

Autor pracuje jako privátní psycholog a psychoterapeut.

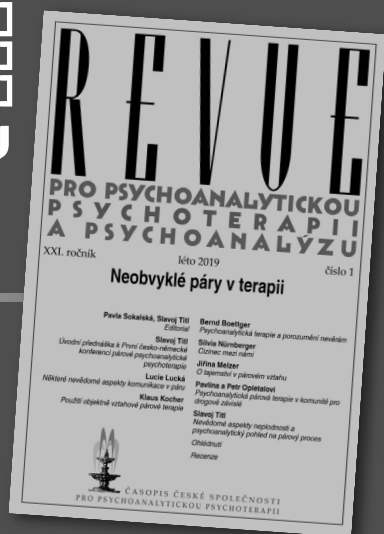
REVUE

PRO PSYCHOANALYTICKOU PSYCHOTERAPII A PSYCHOANALÝZU

Časopis České společnosti pro psychoanalytickou psychoterapii (ČSPAP) je jediné odborné periodikum zabývající se psychoanalýzou a psychoanalytickou psychoterapií v češtině.

Vychází dvakrát ročně a obsahuje původní klinické i teoretické práce předních českých a zahraničních odborníků, recenze a informační servis.

Podrobnější informace (témata a obsahy jednotlivých čísel, editoriały, objednávkový formulář atd.) naleznete na www.cspap.cz, sekce Revue.
Své dotazy a objednávky zasílejte na revue@cspap.cz.



Pokyny pro přispěvatele časopisu Psychoterapie (Praxe – Inspirace – Konfrontace)

Délka příspěvků:

Pro rubriky **Teorie, Praxe a Výzkum v psychoterapii** přijímáme texty do maximálního rozsahu 18 normostran (32 400 znaků včetně mezer), u výzkumných studií 23 normostran. Maximální rozsah zahrnuje také abstrakt v češtině a angličtině a seznam použité literatury. Pro rubriku **K diskusi** přijímáme texty do maximálního rozsahu 8 normostran (14 400 znaků včetně mezer). **Recenze knih** přijímáme v maximálním rozsahu 5 normostran (9 000 znaků včetně mezer).

Výzkumné studie a abstrakty strukturujte do oddílů: Problém, Metoda, Výsledky, Závěr.

Příspěvky zasílejte opatřeny:

1. Názvem v češtině (resp. slovenštině) a názvem v angličtině
2. Klíčovými slovy v češtině (3–5) a *key words* v angličtině
3. Abstraktem v rozsahu maximálně 1 000 znaků v češtině a v angličtině
4. Popisem rolí autorů (viz níže „Role autorů“)
5. Seznamem literatury (viz níže „Pokyny pro citování“)
6. Připojte velmi stručný medailon autora v rozsahu maximálně 500 znaků

Ke jménům všech autorů uveďte vždy anglický i český název pracoviště ve formátu *Název instituce* (v případě akademického pracoviště *Název katedry, Název univerzity* NEBO v případě neakademického pracoviště *Název instituce*), *Město, Stát* a e-mailový kontakt na autora, který bude uveřejněn.

Recenzní řízení je oboustranně anonymní. Recenzovány jsou všechny příspěvky kromě krátkých zpráv. Příspěvky jsou posuzovány dvěma recenzenty. Redakce a redakční rada mají právo text odmítnout ještě před recenzním řízením z důvodu nedodržení pokynů pro autory.

Pokyny k formální stránce textů:

Redakce přijímá původní příspěvky v českém jazyce, slovenštině nebo angličtině, které odpovídají odbornému profilu časopisu. Příspěvky jsou přijímány v elektronické podobě ve formátu MS Word

zaslané jako příloha na e-mailovou adresu výkonné redakce psychoterapie@fss.muni.cz.

Stránku textu tvoří 1800 znaků včetně mezer (**zpravidla** 30 řádků při řádkování 2 po 60 úbozích a velikosti písma 12). **Nutné:** Klávesou „enter“ oddělujte pouze odstavce. Stránky číslyte. Pro zdůraznění kapitol lze použít dva stupně jejich členění (např. 1. Terapeutický přístup; 1.1. Dosavadní výzkumy).

Všechny obrázky, tabulky, grafy a jiné přílohy posílejte zvlášť – neformátujte je do textu. V něm jen označte místo jejich umístění.

Role autorů:

Před seznamem literatury na konci článku popište **Role autorů** při psaní textu (jak se autoři podíleli na vzniku článku) a **Konflikt zájmů** (např. finanční podpora vzniku článku). Pokud žádný konflikt zájmu není, napište „Bez konfliktu zájmů“. Dobrovolně můžete uvést **Poznámky** (např. poděkování).

Příklad popisu Role autorů:

Výzkumná studie: První autor a druhý autor provedli sběr dat a jejich analýzu a podíleli se na sepsání kapitol Metoda, Výsledky a Diskuse, třetí autor provedl rešerši literatury a podílel se na sepsání kapitol Úvod a Diskuse. Všichni autoři přispěli ke vzniku textu článku a schválili jeho konečnou podobu.

Teoretická studie nebo studie z praxe: První a druhý autor se podíleli na rešerši literatury a psaní kapitol 1 (Úvod), 2 (Teoretická konceptualizace) a 5 (Závěrečné shrnutí). Třetí autor je autorem komentářů z praxe (kapitoly 3 a 4). Všichni autoři přispěli ke vzniku textu článku a schválili jeho konečnou podobu.

Pokyny pro citování:

Prosíme o dodržení následujícího vzoru při citování literatury v textu a sestavování seznamu literatury. Seznam literatury musí být uspořádán abecedně podle příjmení autorů a musí obsahovat všechny zdroje použité v textu. V textu musí být odkazy na literaturu uváděny příjmením autora a rokem vydání práce, při více pracích jednoho autora v jednom roce rozlišujte písmeny malé abecedy (2007a; 2007b). V případě dvou autorů uvádějte oba autory.

Má-li práce tři a více autorů, uveďte pouze prvního autora a zkratku „et al.“ nebo „a kol.“ (zvolte vždy jen jednu zkratku a používejte ji v celém textu).

Všechny odkazy použité v textu musejí být uvedeny také v závěrečném oddílu Literatura.

V seznamu literatury naopak neuvádějte knihy či články, na které se v textu neodkazujete.

V případě knih využívejte následující formát: Autor1, Autor2 a Autor3. (Rok vydání). *Název knihy, podtitul knihy*. Místo vydání: Nakladatel.

V případě časopisů vždy využívejte následující formát: Autor1, Autor2 a Autor3. (Rok publikace). *Název článku. Název časopisu, Ročník(Číslo), Strany v časopisu.*

Lze citovat i zdroje z internetu – vždy s uvedením internetové adresy a data přístupu.

Příklady citací v textu:

Citace práce jednoho autora:

Rogers (1998) tvrdí, že... **NEBO** ... alespoň to tvrdí existenciálně zaměřením psychoterapeuti (Yalom, 2006) **NEBO** (srov. Yalom, 2006) **NEBO** (viz Yalom, 2006)

Citace práce více autorů:

dva autoři: Fonagy a Target (2005) se ve své práci zabývají...

tři a více autorů: Vodáčková a kol. (2002) poukazuje na... **NEBO** Lambert et al. (2001) uvádějí, že...
Zvolte vždy pouze jednu zkratku v celém článku.

Odkazy na několik zdrojů (jména autorů se uvádí v abecedním pořadí):

Na této skutečnosti se shoduje více autorů (Polsterová, 2005; Yalom, 2006).

Přímá citace textu (uvedte stranu, kde se pasáž v původní práci nachází):

Někdy se považuje za důležité připomínat, že „zakladatelé gestalt terapie měli osobní zkušenost... v rámci herectví a výrazového pohybu“ (Mackewn, 2004, s. 165) **NEBO** (Mackewn, 2004:165). *Zvolte jednotně jeden typ uvedení strany v celém článku.*

Příklady záznamů v závěrečném oddílu LITERATURA:

Kniha (uvádějte i podtitul):

Fonagy, P., Target, M. (2005). *Psychoanalytické teorie: perspektivy z pohledu vývojové psychopatologie*. Praha: Portál.

Článek v časopise:

Libiger, J. (2003). Placebo: klamání nemocného, nebo nástroj poznání? *Psychiatrie*, 7(4), 290–300.
Rosenzweig, S. (1936/2002). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(1), 5–9.
Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study. *American Psychologist*, 50(12), 965–974.

Dva letopočty (tj., Rosenzweig, 1936/2002) uvádějte, jen pokud je důležité zdůraznit rok první publikace textu.

Kapitola v knize nebo článek ve sborníku:

Polsterová, M. (2005). Gestalt terapie: vývoj a využití. In J. Zeig (Ed.), *Umění psychoterapie* (s. 516–533). Praha: Portál.

Etické aspekty

Pokud článek popisuje pokusy na lidech, uveďte, zda studie byla před zahájením schválena místní etickou komisí. U pokusů na zvířatech uveďte, zda byly dodrženy ústavní nebo národní předpisy a směrnice pro chov a experimentální používání zvířat nebo přiložte čestné prohlášení o souhlasu etické komise.

Odesláním rukopisu do časopisu Psychoterapie stvrzujete, že článek nebyl odeslán do další redakce a je určen k publikování výhradně v časopise Psychoterapie.

Pacienti/klienti mají právo na soukromí, které nesmí být porušeno bez jejich informovaného souhlasu. Identifikační údaje nesmí být uvedeny v psaném textu, na fotografiích nebo v rodokmenech, pokud není tato informace nezbytná z vědeckého hlediska a pokud pacient (nebo jeho rodič či opatrovník) neposkytl informovaný souhlas k uveřejnění těchto údajů. V tomto případě musí být pacient obeznámen s rukopisem. Poskytnutí informovaného souhlasu pacientem musí být oznámeno v otištěném článku. (podle: International Committee of Medical Journal Editors [“Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals”] – February 2006).

