

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

MOMENT ZMĚNY V TERAPII  
JEDINCŮ S HRANIČNÍ PORUCHOU  
OSOBNOSTI

A BREAKTHROUGH IN PSYCHOTHERAPY OF  
BORDERLINE PERSONALITY DISORDER



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Mgr. Zuzana Karnoubová**

Vedoucí práce: **Mgr. Martin Kupka, PhD.**

Olomouc

2020

Ráda bych poděkovala všem, díky jejichž podpoře mohla tato práce vzniknout. Především velmi děkuji svému vedoucímu práce Mgr. Martinu Kupkovi, PhD. za trpělivé vedení, inspiraci a podporu. Děkuji také oběma participantkám, které mi poskytly svolení k analýze narativních zpráv a nahlédnutí do svého niterného prožívání. Poděkování také patří organizaci Kaleidoskop, z.ú. za svolení s realizací výzkumu. Díky patří také mé rodině za podporu a péči v průběhu studia.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací na téma: „Moment změny v terapii jedinců s hraniční poruchou osobnosti“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 28.11.2020

Podpis .....

# OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
<b>OBSAH</b> .....		<b>3</b>
<b>ÚVOD</b> .....		<b>5</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....		<b>7</b>
<b>1 Poruchy osobnosti a chování u dospělých</b> .....		<b>8</b>
1.1 Teoretické zakotvení pojmu osobnost .....		8
1.2 Specifika a diagnostika poruch osobnosti .....		8
<b>2 Emočně nestabilní porucha osobnosti hraničního typu nebo hraniční porucha osobnosti?</b> .....		<b>12</b>
2.1 Charakteristika hraniční poruchy osobnosti .....		13
2.2 Diagnostika a prevalence.....		15
2.2.1 Problematika diagnostiky poruch osobnosti.....		15
2.2.2 Diagnostika emočně nestabilní poruchy osobnosti hraničního typu dle MKN-10		16
2.3 Diagnostické nástroje .....		17
2.4 Diferenciální diagnostika.....		18
2.5 Epidemiologie.....		19
2.6 Etiologie .....		19
2.7 Přístupy k léčbě pacientů s hraniční poruchou osobnosti a důležité léčebné postupy		20
2.8 Pojetí hraniční poruchy osobnosti dle Marshy M. Linehanové.....		23
<b>3 ZMĚNA V PSYCHOTERAPII</b> .....		<b>25</b>
3.1 Psychoterapie, psychoterapeutická změna a účinnost psychoterapie .....		25
3.2 Psychoterapie HPO.....		27
3.3 Komunitní léčba HPO .....		28
<b>VÝZKUMNÁ ČÁST</b> .....		<b>33</b>
<b>4 Metodologie</b> .....		<b>34</b>
4.1 Výzkumý problém, cíle, výzkumné otázky .....		34
4.2 Výzkumná metoda.....		34
4.3 Metoda tvorby, zpracování a analýzy dat.....		35
4.4 Výběrový soubor .....		39
4.5 Etické aspekty výzkumu .....		40
4.6 Výsledky výzkumu .....		41
4.6.1 Slečna Linda .....		41
4.6.2 Slečna Anna.....		61
4.6.3 Odpovědi na výzkumné otázky .....		85

<b>5</b>	<b>DISKUZE</b> .....	<b>97</b>
<b>6</b>	<b>Závěr</b> .....	<b>102</b>
<b>7</b>	<b>Souhrn</b> .....	<b>103</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY</b> .....	<b>105</b>
	<b>PŘÍLOHY</b> .....	<b>108</b>

# ÚVOD

*„Jeskyně, do které se bojíš vstoupit,  
ukrývá poklad, který hledáš.“*

Joseph Campbell

Málokterý fenomén přitahuje tolik pozornosti odborné, ale i laické veřejnosti, jako je tomu v případě hraniční poruchy osobnosti. Jako by již její název predestinoval k určité nejednoznačnosti a rozporuplnosti, která se projevuje nejen v oblasti etiopatogeneze a diagnostiky, ale vstupuje také do oblasti psychoterapie. Již v historii jsme se mohli setkat s různými pojmy, které označovaly to, čemu dnes říkáme hraniční porucha osobnosti, ať už se jednalo o Bonetův termín „folie maniaco-melancolique“, Falretův pojem „folie hysterique“, Kraepelinův pojem „vzrušivá osobnost“, případně Zilboorgův pojem „pojízdná schizofrenie“. Adolf Stern byl prvním, kdo se v rámci psychoanalytického hnutí pokusil vymezit hraniční poruchu osobnosti svým popisem projevů těchto pacientů, kteří se pohybují na hranici mezi neurózou a psychózou.

Tyto historické střípky nás odkazují k tomu, co je (nejen) v dnešní době běžnou praxí v ordinacích odborníků na duševní zdraví. Mám na mysli rezervovaný, místy až odmítavý postoj psychoterapeutů vůči lidem s hraniční poruchou osobnosti, jistou přítomnou skepsí k možné úspěšnosti terapie, strach z maladaptivních projevů hraničních jedinců a konfrontace s nimi, potažmo s vlastními „citlivými místy“, které hraniční jedinci dokážou velmi často brilantně odhalit. Tyto skutečnosti přispívají ke stigmatizaci lidí s hraniční poruchou osobnosti, na základě které se potýkají s odmítáním a nepřijetím, jež jsou faktory, které významně prohlubují jejich psychické potíže.

Právě tyto přetrvávající názory ohledně vysoké míry náročnosti práce s lidmi s hraniční poruchou osobnosti až jejich „neterapeutizovatelnost“ mě vedly k výběru tématu mé práce, jež si ve své výzkumné části klade za cíl přinést odlišný pohled na problematiku efektu v psychoterapii lidí s hraniční poruchou osobnosti v prostředí psychoterapeutické komunity. K výběru tématu přispěl i fakt, že již třetím rokem pracuji jako sociální terapeutka v terapeutické komunitě Kaleidoskop, která je jediným zařízením svého druhu v ČR, které se specializuje na léčbu lidí s poruchou osobnosti. Právě komunitní prostředí se ukazuje jako vysoce vhodnou alternativou v léčbě hraniční poruchy osobnosti.

S přihlédnutím k četnosti užívání termínu se ve své práci přikláním k označení hraniční porucha osobnosti namísto emočně nestabilní porucha osobnosti hraničního typu, jehož používání je ukotveno také v tuzemské odborné literatuře, navzdory používané diagnostické klasifikaci.

# TEORETICKÁ ČÁST

# 1 PORUCHY OSOBNOSTI A CHOVÁNÍ U DOSPĚLÝCH

## 1.1 Teoretické zakotvení pojmu osobnost

Termín osobnost má v psychologické teorii i praxi vsutku výsostné postavení. Lidé se snažili postihnout její podstatu již v antice – jako první přišel s popisem vlastností osobnosti řecký lékař Hippokrates (460–377 př. n. l.), který hledal její podstatu ve fyziologickém fungování těla. Ve 30. letech 20. století se díky Gordonovi Allportovi vydělila celá samostatná psychologická disciplína zvaná Psychologie osobnosti.

Do dnešní doby se v psychologii nedospělo k jednotnému pojetí tohoto konstruktu – dnes existuje okolo patnácti reprezentativních pojetí osobnosti, která ovšem závisí na pojetí psychologie samé, jejího předmětu a metodologie (Nakonečný, 1995). Sám Allport osobnost definuje jako „*dynamickou organizaci psychofyzických systémů uvnitř individua, která determinuje jeho jedinečné přizpůsobení k jeho prostředí*“ (in Blatný, 2010, 12).

Výstižná je i definice Marie Vagnerové, která říká, že „*osobnost lze zjednodušeně definovat jako komplexní a relativně stabilní systém, který funguje jako celek, skládá se ze vzájemně propojených somatických a psychických vlastností a projevuje se v reakcích na různé podněty a situace, resp. v interakci s nimi*“ (Vagnerová, 2010, 13). Podle Praška „*osobnost představuje individuální soubor duševních a tělesných vlastností člověka, které se utvářejí v průběhu vývoje a projevují se v sociálních vztazích*“ (Praško, 2003, 15).

## 1.2 Specifika a diagnostika poruch osobnosti

Chceme-li si přiblížit emočně nestabilní poruchu osobnosti hraničního typu, neobejdeme se bez charakteristiky poruch osobnosti u dospělých jako takových. Češková (2006) popisuje poruchy osobnosti jako „*extrémně vystupňované povahové a charakterové rysy, které vedou k poruchám sociální adaptace. Maladaptivní postoje a chování se projevují v široké oblasti osobních a sociálních situací, vedou k pocitům osobní nepohody a mají negativní vliv na pracovní a společenské fungování (trpí okolí nebo postižený)*“ (Češková, 2006, 255).

Podle Praška (2003) nejsou specifické projevy poruch osobnosti omezeny jen na určitý spouštěcí podnět, ale projevují se často v širším okruhu osobních a sociálních situací.



Mezinárodní klasifikační systém nemocí 10. revize (MKN-10) charakterizuje poruchy osobnosti jako „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 k druhým“ (MKN-10, 2008, 234).

Klasifikační a diagnostické manuály se snaží vymezovat a klasifikovat duševní onemocnění z více hledisek. Ve svých kritériích poté volně kombinují vnější příznaky a vnitřní prožívání pacienta s cílem získat ucelené kategorie pro orientaci a indikaci léčby (Smolík, 1996).

Aby se jednalo s určitostí o některou z poruch osobnosti, musí být splněna následující kritéria:

<b>G1</b>	<p>Je průkazné, že charakteristická a trvalá vnitřní struktura a projevy chování jedince jsou jako celek zřetelně odchylné od očekávaného přijatelného průměru chování dané společnosti (nebo od „normy“). Tato odchylka se musí projevovat ve více než v jedné z následujících oblastí:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. poznání, tj. způsoby vnímání a interpretace věcí, lidí a událostí; formování přístupu k sobě a ostatním a představ o sobě a ostatních</li> <li>2. emotivita (rozsah, intenzita a přiměřenost emočního vznětu a odpovědi)</li> <li>3. ovládání svých impulzů a uspokojování potřeb</li> <li>4. způsob chování k ostatním a zvládnutí interpersonálních situací</li> </ol>
<b>G2</b>	<p>Odchylka se musí projevovat jako výrazně nepřizpůsobivé, maladaptivní nebo jiným způsobem dysfunkční chování v rámci širšího okruhu osobních a sociálních situací, tj. není omezena pouze na specifický „spouštěcí“ moment nebo specifickou situaci</p>
<b>G3</b>	<p>Způsob chování podle kritéria G2 je příčinou osobních obtíží nebo má nepříznivý dopad na sociální prostředí nebo má oba důsledky</p>
<b>G4</b>	<p>Musí být průkazné, že odchylka je stálá nebo dlouhotrvající a že začala ve věku pozdního dětství nebo adolescence.</p>

<b>G5</b>	Odchylku nelze vysvětlit jako projev nebo důsledek jiné duševní poruchy dospělého věku, i když současně s odchylkou se mohou vyskytovat nebo na ni nasedat epizodické nebo chronické stavy z oddílu F00–F59 nebo F70–F79 (Praško, 2003, 18).

Na tomto místě mi přijde důležité zmínit základní informace ohledně připravovaných změn v klasifikaci poruch osobnosti v MKN-11. Jako reakci na nedostatky dosavadních kategoriálních přístupů přijala MKN-11 výhradně dimenzionální přístup ke klasifikaci poruch osobnosti (Riegel et al., 2020).

Způsob diagnostiky poruch osobnosti dle MKN-11 je rozdělen do tří kroků. Prvním z kroků je posouzení, zda je narušení osobnosti vůbec přítomné. To je definováno na interpersonální úrovni ve smyslu obecného narušení vztahů, které způsobuje úzkost nositeli nebo ostatním.

Dalším z kroků je hodnocení závažnosti osobní patologie, která se hodnotí na čtyřbodové škále, a to posouzením narušení v osobnostní funkční schopnosti vůči sobě a druhým v kombinaci se stupněm závažnosti (Riegel et al., 2020):

1. Osobnostní obtíž/e
2. Mírná porucha osobnosti
3. Střední porucha osobnosti
4. Těžká porucha osobnosti

Posledním, ač nepovinným krokem, je přiřazení dané poruchy osobnosti k dané osobnostní dimenzi/dimenzím, kterých je v návrhu diagnózy celkem pět. Ty odpovídají navrhovaným dimenzím asociální / schizoidní, obsedantní / anankastické, úzkostné / závislé a disociální / antisociální, ke kterým je přiřazena emočně nestabilní dimenze (Tyrer, Crawford, Mulder, et al., 2011b). V MKN-11 je tedy diagnóza poruch osobnosti založena na hodnocení celkové míry osobnostní funkční schopnosti, která je esenciálním diagnostickým kritériem. Nově bude také možné využívat tzv. kvalifikátoru hraničního vzorce osobnostního narušení pro kódování osobnostních obtíží, které nedosahují klinické závažnosti poruch osobnosti (Riegel et al., 2020). „Klasifikace závažnosti narušení osobnosti v MKN-11 je v souladu s psychodynamickým konceptem organizace osobnosti, stejně jako s vědecky podloženými modely jádrových dimenzí poruch osobnosti.“ (Caligor, Kernberg, Clarkin & Yeomans, 2018 in Riegel et al., 2020).

## 2 EMOČNĚ NESTABILNÍ PORUCHA OSOBNOSTI HRANIČNÍHO TYPU NEBO HRANIČNÍ PORUCHA OSOBNOSTI?

Emočně nestabilní porucha osobnosti spadá dle MKN-10 do kategorie Poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60 – F69), podkategorie Specifické a smíšené poruchy osobnosti (F60). Rozlišuje také mezi hraničním a impulsivním subtypem. Diagnostické vymezení emočně nestabilní poruchy osobnosti dle MKN-10 je následující: *„Porucha osobnosti charakterizovaná určitým sklonem k zkratkovému chování bez uvážení jeho následků; nálada je nepředvídatelná a vrtošivá. Je sklon k neuváženým emočním výbuchům a neschopnost ovládat výbuchy svého chování. Je tendence k hašteřivému chování a ke konfliktům s ostatními, zvláště jsou-li zkratkové činy odmítány nebo potlačovány. Je možno rozlišit dva typy: typ impulzivní, charakterizovaný hlavně emoční nestabilitou a chybějícím ovládnutím svých popudů, a typ hraniční, charakterizovaný navíc i poruchou představy o sobě, cílů a osobních preferencí, dlouhodobými pocity prázdnoty, dále intenzivními a nestabilními interpersonálními vztahy a tendencí k sebezničujícímu chování, včetně sebevražedných náznaků a pokusů.*

*Osobnost:*

- *agresivní*
- *hraniční*
- *výbušná” (MKN-10, 2008, 236)*

Pro hraniční typ je pak typická emoční labilita, nestálost, poruchy představ o sobě, svých cílech a osobních preferencí, černobílé myšlení, vztahová přiblížení střídající se s krizemi a opuštěností, dlouhodobými pocity prázdnoty, intenzivní a nestabilní interpersonální vztahy, tendence k sebezničujícímu chování, sebepoškozování, sebevražedné myšlenky a pokusy, mnohdy výrazné riskování, nadužívání psychoaktivních látek a případně promiskuitní chování (Praško a kol., 2003).

Hojně využívaný pojem hraniční porucha osobnosti nacházíme v DSM-5 (APA, 2013 in Grambal et al., 2017). Diagnostické vymezení HPO dle DMS-5 je následující: „*Pervazivní vzorec nestability v mezilidských vztazích, sebeobrazu, afektech a výrazné impulsivity, který začíná v rané dospělosti a projevuje se v nejrůznějších souvislostech.*“ (APA, 2013 in Grambal et al., 2013, 46). Porucha je určena pěti (a více) znaků z následujících:

- Bouřlivá snaha jedince vyhnout se skutečnému nebo domnělému opuštění
- Vzorec nestabilních a intenzivních mezilidských vztahů charakterizovaný kolísáním mezi extrémní idealizací a devalvací
- Porucha identity: výrazně a trvale nestabilní sebeobraz a vnímání sebe sama
- Impulzivita nejméně ve dvou oblastech, které v sobě nesou riziko sebepoškození (např. utrácení peněz, zneužívání návykových látek, bezohledné řízení motorových vozidel, záchvatovité přejídání)
- Opakující se suicidální jednání, gesta a pohružky nebo sebepoškozující chování.
- Afektivní nestabilita v důsledku výrazné reaktivity nálady
- Chronické pocity prázdnoty
- Nepřiměřený, intenzivní vztek či potíže s ovládním vzteku
- V reakci na stres přechodné projevy paranoidity nebo závažných disociativních příznaků

(APA, 2013 in Grambal et al., 2013, 46)

## 2.1 Charakteristika hraniční poruchy osobnosti

Ve své útlé publikaci z roku 2000 upozorňuje Faldyna na tzv. boom hraničních poruch na konci tisíciletí, jehož příčinu spatřuje v globálních, kulturních a sociálních změnách probíhajících v tomto století.

Jak už bylo popsáno výše, hraniční porucha osobnosti je jednou z raných poruch osobnosti, tzn. vzniká v preoidipálním období (Praško, 2003). Koncept hraniční poruchy osobnosti vznikl během pozorování psychoanalytických terapeutů (Grambal et.al., 2017). Ti si všimli, že někteří pacienti stále vyhledávají pomoc, podporu a mají problémy s udržováním hranic mezi sebou i ostatními lidmi včetně terapeutů. Mají tendenci k regredování v terapii, zejména pokud je jejich terapie málo strukturovaná. „*Výraz*

*„hraniční“ také odkazuje na někdy nejasnou hranici mezi neurózou a psychózou, neboť v minulosti byli tito pacienti diagnosticky zařazováni k atypickým formám psychóz“ (Grambal et.al., 2017, 10).*

U pacientů s hraniční poruchou osobnosti jsou významně přítomny některé charakteristiky emoční nestálosti, navíc má ale pacient nejasné nebo narušené představy o sobě samém, svých cílech a vnitřních preferencích (včetně sexuálních). Agresi směřuje jak proti okolí, tak – na rozdíl od impulsivního typu – zejména proti sobě (Grambal et. al., 2017). U hraničního podtypu se objevují chronické pocity prázdnoty, které střídají prudké změny afektivity a sebehodnocení. Příčinou opakovaných emočních krizí nebo epizod poruch chování bývají intenzivní, většinou nestálé interpersonální vztahy. Excesivní pokusy vyhnout se opuštěnosti mohou vést k sebevražedným výhrůžkám nebo sebepoškozujícím se činům – pálení se cigaretou, pořezání kůže ostrým předmětem, bušení končetinou nebo hlavou do zdi atd. (Grambal et. al., 2017).

Podle Grambala et al. (2017) je dlouhodobý vývoj tohoto onemocnění mnohem příznivější, než se původně očekávalo – díky vhodnému způsobu terapie většina pacientů v průběhu desetiletí maladaptivní rysy osobnosti téměř ztrácí. Naopak u některých pacientů se však rozvíjí afektivní porucha nebo se vyvíjejí směrem k jiným maladaptivním osobnostním rysům, jako jsou rysy narcistické, histriónské či asociální.

Dušek et al. (2010) dále mluví o tom, že jedním z dalších velkých úskalí typických pro pacienty s hraniční poruchou osobnosti je separační úzkost. Ve snaze vyhnout se opuštění tito pacienti až splývají s milovaným, idealizovaným objektem. Dle Duška et al. (2010) tito pacienti ve snaze vyhnout se opuštění rozvíjejí v zásadě dvojí vzorec – prvním z nich je tzv. splynutí, kdy se pacienti chovají jako voda. *„Někdy až s obdivuhodnou intuicí vyplňují všechny i nevyřčené potřeby idealizovaného objektu, vyvíjí vztah enormní závislosti. Vše, co dělají, odvozují od idealizovaného objektu a jeho přijetí,“* (Dušek et. al., 2010, 283). Podle Duška et al. (2010) je druhým základním vzorcem těchto pacientů na odiv dávaná autonomie – pacienti očekávají od protějšku až telepatické schopnosti ve čtení jejich pocitů a přání, které sami nejsou schopni verbálně vyjádřit. *„Cítí se uražení a poníženi, pokud jsou nuceni svoje prožitky pojmenovat a zkomunikovat nahlas, protože jejich protějšek podle jejich názoru nejedná spontánně, ale pod jejich nátlakem, což je provázeno úzkostí z odmítnutí a opuštění,“* (Dušek et al., 2010, 283).

Hraniční pacienti se dále typicky vyznačují všeobecnou nestabilitou, agováním pomocí zneužívání drog, alkoholu, krátkodobými vášnivými, intenzivními a impulsivními vztahy, často se také objevují krátkodobé psychotické stavy, derealizace a depersonalizace. Zároveň je pro ně typická snížená kontrola impulsů a neschopnost odložit uspokojení (Dušek et al., 2010). V jejich projevu lze také vysledovat typickou tendenci myslet tzv. černobíle, pohybovat se v extrémních kategoriích (ideál versus zatracení). Na úrovni vztahové tyto pacienti typicky oscilují mezi úplným přijetím a úplným odmítnutím, pokud si dovolí určitou připoutanost, mají často ještě „paralelní program“ – buď v podobě tajného vztahu, tajného zneužívání návykových látek, případně sklouzávají k procesům lhaní a zatajování v jiném směru (Dušek et al., ibid).

## **2.2 Diagnostika a prevalence**

V této kapitole se budeme zabývat problematikou diagnostiky poruch osobnosti a HPO, která v našich podmínkách věnuje primární pozornost repetitivním maladaptivním projevům v chování a prožívání jedince s HPO.

### **2.2.1 Problematika diagnostiky poruch osobnosti**

Diagnostika poruch osobnosti patří k velmi obtížné části diagnostické práce, při níž dochází k častým chybám a omylům. Podle Praška (2003) patří klasifikace poruch osobnosti k nejobtížnějším a nejkontroverznějším kapitolám psychiatrické klasifikace. Dle Preisse (2005) představují pacienti s poruchou osobnosti obtížné případy klinické praxe, kteří na léčbu odpovídají problematicky, jsou často vystaveni zbytečné medikaci, aniž by psychofarmaka měla podstatnější efekt na dlouhodobou modulaci chování. Praško (2003, 76) uvádí, *„že ani zdánlivě nejjednodušší problém – potvrdit, nebo vyvrátit diagnózu poruchy osobnosti – nebývá často shodně řešen mezi dvěma psychiatry nebo psychology“*.

Podle Cloningera a Svračiče (in Höschl et al., 2002) zájem o poruchy osobnosti v posledních letech vzrostl z několika důvodů:

1. Poruchy osobnosti jsou dnes častěji diagnostikovány.
2. Zdá se, že prevalence poruch osobnosti vzrůstá (otázkou zůstává, zda homogenizace společnosti nepřispívá sníženou tolerancí jakékoliv odchylky v chování k tomuto „vzrůstu zájmu“).

3. Poruchy osobnosti jsou jedinečnou arénou klinické psychiatrie, kde může dojít ke skloubení biologické a psychodynamické psychiatrie.
4. Poruchy osobnosti predisponují k rozvoji dalších poruch a onemocnění.
5. Rozvoj klinické psychiatrie vedl ke zvýšenému zájmu o poruchy osobnosti. (Höschl et al., 2002)

Velkým úskalím při diagnostice poruch osobnosti bývá také koexistence dalších možných poruch, které se mohou navzájem prolínat a ovlivňovat (častá je komordibilita s úzkostnou poruchou, depresemi, bipolární poruchou, abusem návykových látek, poruchami příjmu potravy, posttraumatickou stresovou poruchou a dalšími).

Podle Preisse (2005) se nyní v klinické praxi vedle kategoriálního přístupu prosazuje dimenzionální diagnostika, která umožňuje posoudit míru poruchy a tím se citlivěji vyjádřit k dané prognóze. Validnější diagnostika také znamená, že se budou více prosazovat diferencovanější přístupy k terapii poruch osobnosti. Dle Preisse (2005) je také důležitým fakt, že se nyní posiluje hledání vztahů mezi výsledky různě založených metod.

## **2.2.2 Diagnostika emočně nestabilní poruchy osobnosti hraničního typu dle MKN-10**

Jak již bylo řečeno výše, základním rysem pacientů s hraniční poruchou osobnosti bývají vše prostupující vzorce nestability v interpersonálních vztazích, afektech, vnímání a hodnocení sebe sama společně koexistující se značnou impulsivitou. Tyto symptomy se objevují již v rané dospělosti v nejrůznějších situacích. Pacient s HPO trpí chronickými pocity prázdnoty, které střídají prudké změny afektivity a sebehodnocení.

Pro diagnostiku **Emočně nestabilní poruchy osobnosti hraničního typu (F60.31)** platí splnění následujících kritérií:

- A. Musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti
- B. Musí být splněny nejméně 3 příznaky kritéria B pro F60.30 spolu s nejméně dvěma z následujících:
  1. narušení a nejistá představa o sobě samém, cílech a vnitřních preferencích, včetně sexuálních,
  2. sklon k zaplétání se do intenzivních a nestálých vztahů, které často vedou k emočním krizím,



3. přehnaná snaha vyhnout se odmítnutí,
4. opakované nebezpečí nebo realizace sebepoškození,
5. chronické pocity prázdnoty.

## 2.3 Diagnostické nástroje

Podle Svobody et al. (2006) spočívá diagnostika specifických poruch osobnosti v psychiatrickém vyšetření s důrazem na osobní, sociální a objektivní anamnézu. Důležitý je také klinický obraz. K diagnostice hraniční poruchy osobnosti využíváme jak klinické, tak testové metody.

Grambal et al. (2017) uvádí důležitost podepření klinického dojmu o výsledky psychologických metod, které mohou pomoci zpřesnit pohled na oblast psychiatrické diagnostiky. Dále uvádí, „že psycholog by měl u pacienta vyšetřit kognitivní operace, myšlení, kontakt s realitou, řečové schopnosti, afektivitu, osobnostní obranné mechanismy, strukturu objektivních vztahů, osobnostní strukturu a dynamiku,“ (Grambal et al., 2017, 64).

Faldyna (2005, 48) uvádí v souvislosti s možnými diagnostickými nástroji u hraniční poruchy osobnosti tyto možnosti:

1. Psychiatrické vyšetření se zaměřením na klinický obraz s důrazem na osobní a sociální anamnézu. Strukturovaná diagnostická interview. Zhodnocení osobního kontaktu s pacientem a jeho obranných mechanismů.
2. Objektivní anamnéza, informace z okolí pacienta.
3. Psychologické vyšetření – testové baterie musí kromě dotazníkových metod (MMPI-2, DSL, Clonninger, MCMI-II) obsahovat i projektivní testy (zj. Rorschachův test, Tematicko apercepční test, Lüscherův test preference barev, apod.). Dotazníky samotné mohou označovat přítomnost poruchy osobnosti i v případech, kdy se jedná o dekompenzaci fungování, což projektivní techniky korigují.

Praško (2003) vyjadřuje názor, že i když je mezi odbornou veřejností dobře známo, že při diagnostice poruch osobnosti jsou „nejhorší volbou“ sebeposuzovací metody, i přesto je většina psychologů používá nejvíce. Dále uvádí, že většina metod zkoumající poruchy osobnosti má ve výsledku malou validitu. Dle Praška (2003) mezi strukturovanými interview vyniká výzkumně zaměřený Structured Interview for Personality Disorders (SCID, SCID-II pro DSM) a klinicky i výzkumně orientovaný

International Personality Disorder Examination (IPDE, pro DSM a MKN). Dle Praška (2003) jsou tyto dva nástroje považovány za tzv. zlatý standard v diagnostice poruch osobnosti.

Křivková (2002) uvádí jako nejúčinnější a zároveň nejnáročnější cestou k diagnostice hraniční poruchy osobnosti zážitek kontaktu či vztahu s hraničním pacientem. Podezření na diagnózu HPO vzniká tehdy, reaguje-li vyšetřující na pacienta neobvykle intenzivně. Mohou se objevit prožitky hněvu, bezmoci, pocity ohrožení vlastní stability, zmatku nebo naopak silnou potřebu pomáhat.

## 2.4 Diferenciální diagnostika

V praxi se často setkáváme s případy, kdy může být složité odlišit hraniční poruchu osobnosti od jiných psychopatologických problémů, jako jsou zejména poruchy nálady, disociativní stavy, poruchy příjmu potravy, zneužívání návykových látek, úzkostné poruchy (Hooley et al, 2012, Gunderson, 2001 in Grambal et al., 2017). Smolík (2002, 367-368) řadí mezi možné „záměny“ hraniční poruchy osobnosti:

- **Poruchu s bludy (F22.0), Schizofrenii (F20.-), Poruchu nálady s psychotickými příznaky (F30.2, F31.2, F31.5, F32.3, F33.3)** – charakteristické epizodami psychotických příznaků, např. bludy a halucinacemi, hraniční pacienti mohou vykazovat v průběhu dekompenzace přechodně tyto psychotické příznaky
- **Poruchu nálady (F30 – F39)** – často se spolu s hraniční poruchou vyskytuje současně, mnohdy ji zakrývá
- **Organickou poruchu osobnosti (F07.0)** – způsobena poškozením mozku
- **Schyzotypní poruchu (F25)** – chudší emoční projevy
- **Histriónskou poruchu osobnosti (F60.4)** – méně časté suicidální pokusy a sebepoškozování, stabilnější vztahy
- **Paranoidní poruchu osobnosti (F60.0)** – chybí sebedestrukce, impulzivita, odmítání
- **Disociální poruchu osobnosti (F60.2)** – manipulativní jednání směřující k poziční nebo materiální výhodě
- **Narcistickou poruchu osobnosti (F68.0)** – stabilnější formace identity
- **Úzkostnou (vyhýbavou) poruchu osobnosti (F60.6)** – stálé vztahy

- **Změnu osobnosti při tělesném onemocnění (F68.8)**, které postihuje centrální nervový systém, při tělesné vadě a ve spojitosti s chronickým užíváním psychoaktivních látek

## 2.5 Epidemiologie

Dle Grambala et al. (2017) se odhaduje, že střední prevalence hraniční poruchy osobnosti se v populaci pohybuje od 1,6 % po 5,9 % (APA, 2013; Kessler et al., 2005; Alegria et al., 2010 in Grambal et al., 2017). HPO je nejčastější poruchou osobnosti v klinické péči. V zařízeních primární péče je prevalence hraniční poruchy osobnosti okolo 6 %, v prostředí ambulantních pacientů klinik duševního zdraví přibližně 10 % (27 % ambulantních pacientů s poruchou osobnosti), mezi hospitalizovanými psychiatrickými pacienty tato míra činí cca 15 – 20 % (asi 51 % hospitalizovaných pacientů s poruchou osobnosti). (Phillips a Gunderson, 1999; Bateman a Fonagy, 2004; Oumaya et al., 2008; Sansone et al., 2011 in Grambal et al., 2017). Uvádí se, že přibližně 75 % osob s HPO jsou ženy (Gunderson, 2001; APA, 2013 in Grambal et al., 2017), což odpovídá zjištěním o podstatně vyšší úrovni negativní afektivity u žen ve srovnání s muži (Lynam a Widiger, 2007 in Grambal et al., 2017). Větší prevalence podle pohlaví bývá často vysvětlována faktem, že právě ženy častěji vyhledávají psychiatrickou pomoc než muži a jsou to právě ženy, které představují většinu klinických vzorků i u jiných diagnóz (Hooley et al., 2012 in Grambal et al., 2017).

Někteří autoři však uvádějí, že pohlavní rozložení poruch osobnosti je symetrické. To však platí pro výskyt všech poruch osobnosti dohromady, nicméně odhady pohlavní distribuce jednotlivých poruch osobnosti se liší. Například Höschl uvádí, že hraniční porucha osobnosti je častěji diagnostikována právě u žen (Höschl et al, 2002).

## 2.6 Etiologie

Praško (2003) uvádí, že příčina vzniku hraniční poruchy osobnosti je neznámá. Za nejvíce pravděpodobné příčiny bývá považována kombinace podílu organicity (perinatální poranění mozku, encefalitida, poranění hlavy apod.) a environmentálních vlivů (faktory sexuálního zneužívání v dětství, týrání dítěte, odmítání nebo hyperprotektivita), jejichž vzájemná interakce zvyšuje nebo snižuje možnost vzniku poruchy.

Hooley et al. (2012) jsou toho názoru, že HPO je poruchou s výraznou genetickou dispozicí, řada dalších studií však ukazuje, že tato porucha je geneticky příbuzná s poruchami nálady a poruchami kontroly impulzivního chování (in Grambal et al., 2017, 110). Lze tedy říci, že genetická příčina poruchy osobnosti je pravděpodobná, její odhadovaná heritabilita je uváděna okolo 35 % (Reichborn-Kjennerud et al., 2013 in Grambal et al., 2017). Je také známo, že HPO se vyskytuje pětikrát častěji u příbuzných prvního stupně jedinců s hraniční poruchou osobnosti v porovnání s běžnou populací (APA, 2013).

Podle Linehanové (1993) je jádrem hraniční poruchy osobnosti porucha regulace emocí, která je do jisté míry vrozená, ale která je rozhodujícím způsobem upevněna, pokud je takto postižené dítě vystaveno působení systematicky diskvalifikujícího rodinného prostředí.

Grambal et al. (2017) uvádí mezi nejvíce signifikantní formativní vlivy v dětství, které mají velmi výrazný vliv na rozvoj dispozice k HPO, neúplnost rodiny, konfliktní či emočně vypjaté rodinné prostředí, příliš trestající, restriktivní či tvrdou výchovu na straně jedné, na straně druhé nadměrné rozmazlování dítěte. *„Po traumatizujících zkušenostech typicky chybí adekvátní reakce okolí, která by obnovila pocit bezpečí a důvěry. Část pacientů si vzhledem k předchozím zkušenostem není schopna o pomoc říci a u těch, kteří pomoc okolí požádají, bývá převažující reakcí kritika, odsouzení, bagatelizace nebo nepochopení.“* (Grambal et al., 2017, 115).

Mezi další faktory, které mohou významně přispět k dekompenzaci osobnosti, řadíme stresující zevní podmínky (nadměrné nároky ve škole nebo v práci), větší dlouhodobá zátěž, případně změny životních rolí (puberta, odchod z rodiny, adaptace v novém kolektivu, ale také např. monotónní práce či nuda) (Faldyna, 2000).

## **2.7 Přístupy k léčbě pacientů s hraniční poruchou osobnosti a důležité léčebné postupy**

V učebnicích klinické a lékařské psychologie, v terapeutických příručkách i v odborných studiích, které se zabývají léčbou pacientů s poruchou osobnosti, opakovaně narážíme na zdůraznění problematičnosti léčby pacienta s HPO a její úskalí. Praško (2003) dokonce

uvádí, že „řada terapeutů pokládá pacienty s hraniční poruchou osobnosti za prokletí své existence.“ (Praško, 2003, 247).

Ocisková et al. (2013) uvádí, že odborníci na duševní zdraví tyto pacienty stigmatizují ve významně vyšší míře než pacienty s jinými poruchami osobnosti (in Grambal et al., 2017).

Praško et al. (2010) popisuje vytváření závislého hostilního vztahu ze strany hraničního pacienta vůči zdravotnímu personálu. Pacient personál trestá a zároveň ho potřebuje. „*Může být extrémně naléhavý, požadující, vyhrožující, bezmocný, sudicidální nebo sebedestruktivní.*“ (ibid, 171). Praško (2010) dále hovoří o tom, že lékař vůči těmto pacientům někdy reaguje komplementárně, tzn. „*má chuť pacientovi pomoci a vzápětí má chuť jej potrestat, případně jej předat do péče někomu jinému. Cítí se manipulován, zlobí se, je vyčerpán, vyčítá si své chyby.*“ (ibid, 171).

Praško (2017) uvádí, že se hraniční pacienti nejvíce obávají separace a opuštění. Zároveň na známky nezájmu či odmítání ze strany lékaře či psychoterapeuta často reagují panikou, emoční nestabilitou, stálým pocitem nesnesitelné tenze, často se uchylují k manipulaci, hněvu či impulzivitě. Grambal et al. (2017) toto tvrzení potvrzuje a dodává, že zdravotnický personál si často udržuje od pacientů s HPO odstup především skrze emocionální odpojení při kontaktu s nimi. „*Takto odosobněné jednání může osoby s hraniční poruchou osobnosti obzvláště zraňovat, protože jej, v souladu se svým jádrovým přesvědčením, vnímají jako známku odmítnutí a opuštění.*“ (ibid, 36). Tento stav nezřídka může vést k ukončení spolupráce se zdravotnickým zařízením, nebo alespoň s konkrétním zdravotnickým pracovníkem (Aviram et al., 2006 in Grambal et al., 2017).

Jak tedy „správně“ (v našem případě by bylo vhodné spíše označení funkčně) přistoupit k léčbě a vedení pacienta s hraniční poruchou osobnosti? McWilliamsová (2015) uvádí jako nejdůležitější cíl terapie pacientů s HPO „*rozvíjení celistvého, spolehlivého, komplexního a pozitivně hodnoceného pocitu já (self).*“ (ibid, 96). Dále také říká, že hraniční pacienti mají daleko větší schopnost důvěřovat než psychoticky uspořádaní lidé, tudíž od terapeuta nevyžadují neustálé důkazy o tom, že je v ordinaci bezpečné prostředí. Zároveň však zdůrazňuje velmi důležitou stránku léčby pacientů s HPO – a to ustavení pevných a stálých podmínek terapie, která s sebou nese četná rozhodnutí o hranicích terapeutického vztahu, která se s jinými pacienty objevují pouze výjimečně (ibid, 2015).

Jako další důležité „pilíře“, na kterých lze postavit úspěšnou terapii pacientů s HPO, McWilliamsová (2015, 97-105) uvádí následující:

- Zabezpečení hranic a snášení silných emocí
- Pojmenování protikladných pocitových stavů
- Interpretace primitivních obran
- „Supervize“ ze strany pacienta
- Podpora rozvoje individuality a zamezení regresi
- Interpretace během stavu klidu
- Využití informací z protipřenosu terapeuta

Faktem ale zůstává, že mnozí terapeuti pocítují při práci s hraničními pacienty silnou frustraci, jelikož jsou to dle Praška (2010) právě hraniční pacienti, kteří dokáží v terapii vyvolávat velice intenzivní pozitivní či negativní protipřenosové jevy<sup>1</sup> a svým chováním tak narušují terapeutův pocit vlastní stability. *„Lékař může být jak adorován, tak sexuálně sváděn, v průběhu terapie je však často devalvován. Objevují se bouřlivé emoční reakce pacienta s častými výstřelky a poruchami chování.“* (ibid, 173). Dle Praška (2010) se v terapii osvědčuje kombinace směsi *„empatie, povzbuzování, podpory, trpělivé klarifikace a edukace a permanentní vymezování hranic.“* (ibid, 173).

Smolík (1996) v možnostech k přístupu k léčbě HPO uvádí jako ideální kombinaci podpůrné a vysvětlující psychoterapie (zdůrazňuje, že role psychoterapeuta je složitá a obtížná) a využití vhodné farmakoterapie – užití antidepresiv, thymoprofylaktik (lithium a karbamazepin), případně nízké dávky antipsychotik.

V rámci přístupu k léčbě pacientů s hraniční poruchou osobnosti jsem se již několikrát dotkla významu dlouhodobé psychoterapie, která je u léčby HPO léčbou první

---

<sup>1</sup> Protipřenos = je přenosem analytika na pacienta. Analytik na pacienta reaguje, a tyto reakce mohou, ale také nemusí, souviset s terapeutickou situací. Reakce tedy jsou svou podstatou založeny buď v přítomné interpersonální situaci nebo v minulé analytikově zkušenosti, kterou aktuální situace oživuje stejně, jako na pacientově straně působí přenos.

volby. Dle Faldyny (2000) je nejrozšířenějším psychoterapeutickým přístupem ukazujícím se jako velice účinným v léčbě HPO psychoanalytická psychoterapie využívající teorii objektních vztahů, společně s dialekticko behaviorální terapií M. Linehanové.

Grambal et al. (2017) uvádí, že vzhledem k náročnosti realizace psychoterapeutického výzkumu většina psychoterapeutických směrů rezignovala na jeho realizaci nejen v případě účinnosti u hraniční poruchy osobnosti, nicméně i přesto existují studie, které potvrzují větší efektivitu některých terapeutických přístupů v případě léčby pacientů s HPO. Mezi tyto směry patří již zmíněná dialekticko behaviorální terapie (DBT), na mentalizaci založená terapie (MBT), na přenos zaměřená terapie (TFT), kognitivní terapie (CT) a terapie zaměřená na schémata (ST). Grambal et al. (2017) píše, že „*u všech těchto směrů lze nalézt některé podobnosti – důraz na terapeutický vztah, dlouhodobé vedení, strukturovaný program, důraz na prožitky v dětství, zpracování traumatických událostí, stanovení hranic, podpora, mentalizace vnitřního prožívání i prožívání druhých, zvládání afektů, ale i odlišnosti v pohledu na poruchu samotnou i v terapeutické praxi.*“ (ibid, 142).

Dle Křivkové (2000) se odborná literatura prakticky shoduje v názoru, „*že základní esencí účinné terapie hraniční poruchy osobnosti je kvalitní terapeutický vztah a konzistentní a erudované psychoterapeutické vedení.*“ (ibid, 6). Tento pohled potvrzuje i Praško (2003), který uvádí: „*To, jak bude pacient léčen, výrazně záleží na terapeutickém vztahu. Vnitřní postoj terapeuta k pacientovi je rozhodující pro terapeutovu angažovanost. Pokud si řekne, že jde o poruchu osobnosti, již předem terapeut očekává terapeutickou neovlivnitelnost a jeho snaha v terapii se minimalizuje*“ (Praško, 2003, s. 98).

## **2.8 Pojetí hraniční poruchy osobnosti dle Marshy M. Linehanové**

V kontextu své práce, a především její výzkumné části, pokládám za důležité věnovat samostatnou kapitolu pojetí hraniční poruchy osobnosti dle Marshy M. Linehanové, jež je autorkou dialekticko-behaviorální terapie (DBT). Principy DBT tvoří teoretické východisko i jakýsi pomyslný pilíř, jenž zastřešuje fungování terapeutické komunity Kaleidoskop, kde se realizoval můj výzkumný záměr. V českých podmínkách se navíc stále jedná o terapeutický přístup, který není příliš hojně rozšířen, ačkoliv se jedná o velmi efektivní terapeutickou metodu při práci s hraničními klienty (Fassbinder et al., 2018; Bohus, c2005).

Linehanová tuto metodu začala rozvíjet v 80. letech minulého století jako terapeutický přístup přímo zaměřený na sebepoškozující se klienty se sebevražednými myšlenkami či pokusy o sebevraždu a na klienty s hraniční poruchou osobnosti (Bohus, c2005).

Linehanová (1993) představuje biosociální teorii vzniku HPO, jejímž jádrem je afektivní dysregulace, která způsobuje vysokou emoční zranitelnost a potíže v emoční regulaci jedinců. Emoční zranitelnost je dle Linehanové charakterizována vysokou citlivostí na emocionální podněty, intenzivní odpovědí na emocionální podněty a pomalým návratem do klidové emoční hladiny. Podle Linehanové je porucha regulace emocí do jisté míry vrozená, která se však do velké míry posiluje, pokud je dítě vystaveno působení systematicky diskvalifikujícímu rodinnému a širšímu sociálnímu prostředí (Grambal et al., 2017). Nevalidující prostředí je tedy významným faktorem vzniku HPO, na druhé straně však jedinec disponován tendencí k emoční dysregulaci může ve svém prostředí vyvolávat nevhodné reakce i v okolí, které by za jiných podmínek bylo schopno poskytovat podporu a přijetí.

Linehanová (1993) dále tvrdí, že nevalidující prostředí obecně klade důraz na kontrolu emoční expresivity, zejména vyjádření negativního afektu. Bolestné zkušenosti jsou trivializovány a připisují se negativním rysům jako je nedostatek motivace, disciplíny a nedostatečné osvojení si pozitivních postojů. Silné pozitivní emoce mohou být přičítány rysům, jako je nedostatek úsudku a reflexe, případně silné impulsivité. Během vývoje je důležité, aby se dítě naučilo ovládat své afekty. Neschopnost této regulace pak vede k poruchám chování a významně komplikuje dosahování cílů.

Dle Linehanové (1993) lze chování osob s HPO pojímat jako důsledek emoční dysregulace a maladaptivních strategií emoční regulace. Například impulzivní chování, jehož extrémním projevem je sebepoškozování, lze považovat za maladaptivní, ale vysoce efektivní strategií emoční regulace. I když mechanismus, který vede k sebepoškození není jasný, je společný pro osoby s HPO – přináší značnou úlevu při úzkostech a dalších intenzivních, negativních emočních stavech.



## 3 ZMĚNA V PSYCHOTERAPII

### 3.1 Psychoterapie, psychoterapeutická změna a účinnost psychoterapie

Podle Norcrosse (1990, in Prochaska & Norcross, 1999, 16) je psychoterapie „*odborná a záměrná aplikace klinických metod a interpersonálních postojů vycházejících z uznávaných psychologických principů se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a/nebo osobní charakteristiky směrem, které obě strany považují za žádoucí.*“

Vymětal (2004) charakterizuje psychoterapii jako zvláštní druh psychologické intervence, která působí na duševní život člověka, jeho chování, interpersonální vztahy i tělesnou rovinu a tím usnadňuje navození žádoucích změn. Tím podporuje uzdravu jedince či znesnadňuje vznik a rozvoj duševního onemocnění.

Odborníci na duševní zdraví se shodují, že účinnost psychoterapie je v dnešní době považována za spolehlivě prokázanou (Lambert, 2013b, in Řiháček & Juhová, 2016). Shodují se také v tom, že rozdílné formy psychoterapie mají společné prvky či ústřední rysy. Podle Prochasky & Norcrosse (1999) lze hlavní „*léčivé rysy*“, které se velkou měrou podílejí na úspěšnosti psychoterapie, vymezit následovně:

- Pozitivní očekávání – tvoří rámec základního předpokladu terapeutického procesu, nikoliv ústřední proces změny. Většina klientů by zřejmě nedocházela na finančně i časově náročná terapeutická sezení, kdyby si nemysleli, že jim terapie pomůže. Torrey (1972, in Prochaska & Norcross, 1999, 19) popsal tento faktor jako „*komplex budovy*“ – *pacientova víra v samotnou instituci, dveře na konci jeho pouti, důvěra v terapeuta a léčbu.*“
- Terapeutický vztah – pevné terapeutické spojení se ukazuje jako jeden z nejvýznamnějších faktorů ovlivňující úspěch psychoterapie.
- Hawthornský efekt – společným rysem všech rozdílných směrů psychoterapie je, že terapeut věnuje klientovi zvláštní pozornost. Právě onen moment, kdy kompetentní odborník věnuje klientovi nepřerušovanou pozornost během sezení, vede k pocitům uspokojení a potvrzení vlastní důležitosti.

- Specifické účinné faktory – mezi další faktory, přispívající k terapeutické změně, které již více náleží do repertoáru jednotlivých psychoterapeutických směrů, patří osvojení si a nácvik nových dovedností, možnost abreakce či katarze, zkoumání „vnitřního světa“ pacienta, vznik náhledu, emoční korektivní zkušenost apod.

Budeme-li přemýšlet o terapeutické změně, dostáváme se na pomyslný tenký led na poli uvažování optikou různých terapeutických přístupů. Koncepce toho, jak by měl vypadat cílový stav klienta po terapii, je v pojetí jednotlivých terapeutických přístupů odlišná (Timulák, 2005). Zatímco kognitivně-behaviorální přístupy budou chápat za uspokojivý výsledek psychoterapie stav bez závažné psychopatologické symptomatologie, či osvojení nových vzorců chování a opuštění těch maladaptivních, psychodynamické přístupy považují za stěžejní cíl psychoterapie získání náhledu na historické a interpersonální kořeny pacientových obtíží a jejich integraci, což následně umožňuje zdravější fungování v současném životě (Timulák, 2005). Podobně bychom mohli pokračovat dál.

Zároveň při popisu a zjišťování terapeutické změny narážíme také na její relativitu – nezdědka kdy se stává, že pacient pocítuje změnu, aniž by si jí kdokoliv všiml, jindy se pacient cítí hůře, ačkoliv terapeut je přesvědčen o tom, že změna proběhla, někdy má pacientovo okolí dojem výrazného zhoršení, pacient si změnu neuvědomuje a terapeut je nadšen z dobře odvedené terapeutické práce (Vymětal, 2004).

Prochaska (2001, in Shwartz & Flowers 2007) popisuje šest odlišných fází změny v terapii – od klientů, kteří vidí malý důvod pro změnu ( fáze před uvažováním o změně), až po ty, kteří se pustili do aktivních kroků na změnu svých vzorců chování (akční fáze). Uvádí se, že nejvyšší počet klientů, kteří předčasně ukončí terapii, pochází z fáze „před uvažováním o změně“ a fáze „uvažování o změně“. Psychoterapeut by měl proto citlivě reflektovat, v jaké fázi se klient nachází a podle toho uzpůsobovat své osobní nároky na klienta i samotné tempo terapie. Shwartz & Flowers (2007) mluví o tom, že cílem terapie nemusí být vždy okamžitá změna chování pacienta. Léčba by měla za pomoci reflexe pacientovy fáze využívat postupy, které vedou ke zvyšování sebeuvědomování a přijetí aktuální situace, ve které se pacient nachází.

V kontextu tematického zaměření mé práce na problematiku hraniční poruchy osobnosti výše uvedené podporuje i jedno ze stěžejních východisek DBT. Linehanová (1993), která v pojetí DBT vychází z KBT principů, které je však příliš orientováno na změnu chování klienta, přidává do východisek DBT důraz na akceptaci a validaci. Právě

v akceptaci a validaci současného stavu věcí spatřuje vyšší šanci na možnost budoucí změny problémového chování klientů s HPO.

Další otázkou související s terapeutickou změnou je účinnost terapie samotné. Dle Lamberta (2001, in Vybíral & Timuřák, 2009) sto let psychoterapeutického výzkumu ukázalo několik důležitých poznatků – psychoterapie je účinná, efekt psychoterapie je více než jen pouhé placebo či neformální podpora, výsledky psychoterapie jsou relevantní a přetrvávají, psychoterapie je relativně efektivní a psychoterapie vede nejen ke zlepšení, ale i k zhoršení.

V protipólu s výše uvedenými výsledky sta let výzkumu v psychoterapii přicházejí Hillman & Ventura (2016) ve své kontroverzní publikaci „Máme za sebou sto let psychoterapie a svět je čím dál horší“ s odlišnými názory. Jedním z mnoha předmětů jejich kritiky psychoterapie je tzv. růst v psychoterapii, o kterém tvrdí „*Co by v tobě mělo růst? Kukuřice? Rajčata? Nové archetypy? Co ve mně roste, co roste v tobě? Obvyklá odpověď terapeuta je: rosteš ty sám. Ale filosof Kierkegaard by na to řekl: Hlubší povahy se nemění, jen se víc a víc stávají samy sebou*“ (2016, 16). Tento pro někoho možná až pobuřující výrok však vede k určité pokoře a zamyšlení nad omnipotencí terapie a představuje jisté vyvážení nad zcela pozitivistickými a optimistickými náhledy na psychoterapii jako takovou, která v dnešní době převládá.

## 3.2 Psychoterapie HPO

Coolidge & Segal (1998, in Riegel et al., 2020) uvádějí, že až 50 % klientů, kteří vyhledají psychoterapii trpí nějakou z forem poruchy osobnosti různé závažnosti. Zároveň se dlouhodobě setkáváme se situací, kdy oblast poruch osobnosti patří k nejvíce stigmatizované oblasti soudobé psychiatrie (Riegel et al. 2020). Ocisková a Praško (2015) uvádějí, že lidé s poruchou osobnosti, kteří se chovají nápadně, bývají laickou veřejností označováni za „podivíny“ (platí zj. pro schizoidní, anankastickou nebo vyhýbavou PO) nebo „nenormální“ (emočně nestabilní – hraniční, paranoidní a histriónská PO).

Pod vlivem kleiniánského způsobu myšlení a vývojem teorií objektních vztahů popisují Hoch & Polatin (1949, in Riegel et al., 2020) následující manifestaci symptomů hraničních pacientů, která nám poskytuje historický kontext, zároveň neztrácí na aktuálnosti:

*„Prakticky vše, co tito lidé prožívají, jim způsobuje úzkost. Jedná se o polymorfni anxieta, přičemž nezáleží na tom, jak se člověk snaží vyjádřit, vyhnout se problému, postavit se konfliktu nebo se mu vyhnout. Úzkost je vždy přítomna. Všechny tyto pokusy, tedy vyjádřit se, vyhnout se, čelit konfliktu nebo se mu vyhnout, se navíc obvykle objevují najednou, (...), tito pacienti obvykle nevykazují jeden nebo dva odlišné neurotické symptomy, nýbrž všechny symptomy známé u neuróz, jež jsou navíc přítomny ve stejný okamžik.“*

Jak už bylo popsáno v jedné z předchozích kapitol, psychoterapie je pro pacienty s HPO léčbou první volby (Stoffers-Winterling et al., 2012). Při terapii pacienta s HPO je kladen důraz na porozumění jeho strachům z opuštění, zároveň obav z pohlcující blízkosti (Clarkin et al., 2004; Young, 1994; Verheul et al., 2003 in Grambal et al., 2017). Kromě přijímajícího a podpůrného prostředí je v terapeutickém vztahu velmi důležité vymezení hranic. Terapeutický vztah s hraničním pacientem i přesto často bývá nesmírně nestabilní, intenzivní a těžký (APA, 2011 in Grambal et al., 2017).

(Röhr, 2009) ve své publikaci výstižně shrnuje terapeutická doporučení pro práci s hraničními pacienty. Uvádí, že hlavním cílem terapie by mělo být zastavení sebepoškozujícího chování a nasměrování od chaosu směrem ke struktuře. Pacient by měl být informován o své poruše i o faktu, že bude ve své terapii zřejmě muset vynaložit větší námahu než jedinec s jiným duševním onemocněním, primární těžiště terapie by mělo být v „tady a teď“, pozornost by měla být věnována zpracovávání přenosových konfliktů, je potřeba posilovat funkce ega a budovat „pravé self“, pacienta je třeba udržovat v realitě a ošetřit produkci nerealistických fantazií a denního snění, je potřeba posilovat odvahu k nesouhlasu a umožnit tím vyjádření negativních introjektů. Terapie by měla pacienta vést od zaměření na negativní aspekty více k těm pozitivním, je třeba se zaměřit na práci s emocemi – ať už pozitivními či negativními, je třeba reflektovat (ne)dodržování terapeutických dohod.

### **3.3 Komunitní léčba HPO**

V této části své práce bych ráda více přiblížila specifika komunitní léčby HPO, jež není na území ČR téměř rozšířená. Vyjma terapeutické komunity Kaleidoskop neexistuje na území ČR zařízení podobného typu, jež by tento typ služby nabízely. Činím tak zejména z důvodu zaměření svého výzkumu, který se váže přímo na psychoterapii poruch osobnosti v komunitním prostředí. Dalším důvodem je má určitá snaha o upozornění na možnost tohoto způsobu léčby poruch osobnosti včetně HPO, který se ukazuje být velmi efektivní.

Nejprve bych ráda zmínila pár faktů o typech psychoterapie a druzích psychiatrické péče a zasadit tak komunitní způsob léčby do širšího kontextu. Dle Kratochvíla (2017) rozlišujeme několik typů psychoterapie, na jejíž dělení lze nahlížet z různých pohledů. Psychoterapie tak může nabývat podoby individuální, která je zaměřená na jedince, hromadné, kde terapeut uplatňuje principy individuální psychoterapie na více pacientů zároveň a konečně psychoterapie skupinová, jež čerpá z dynamiky vztahů, které vznikají v rámci dané skupiny. V rámci organizace psychiatrické péče v ČR rozlišujeme síť psychiatrických zařízení lůžkových, ambulantních a komplementárních (Orel et al., 2016). Dle nastíněného rozdělení spadají terapeutické komunity do komplementární (intermediární) části psychiatrické péče.

*Podle Kratochvíla (1979, in Kalina, 2008, 17) je „terapeutická komunita zvláštní formou intenzivní skupinové psychoterapie, kde klienti, většinou různého věku, pohlaví a vzdělání, spolu určitou dobu žijí a kromě skupinových sezení sdílejí další společný program s pracovní i jinou různorodou činností, což umožňuje, aby do tohoto malého modelu společnosti promítali problémy ze svého vlastního života, zejména své vztahy k lidem. Komunita je terapeutická proto, že kromě uvedené projekce umožňuje též zpětné informace o maladaptivním chování, podněcuje získáním náhledu na vlastní problémy a na vlastní podíl na vytváření těchto problémů, má umožnit korektivní zkušenost a podporuje nácvik vhodnějších adaptivnějších způsobů chování.“*

Smyslem terapeutické komunity je být místem změny (Kalina, 2018). Koncept terapeutických komunit vychází z předpokladu, že utváření psychosociálního prostředí a změna jsou kauzálně propojeny. Prostředí terapeutických komunit je navrženo tak, aby síť vztahů, vzorce interakce, pravidla, role a hodnoty v komunitě navodily pozitivní změny u jednotlivých účastníků komunitního dění.

Penelope Camplingová a Rex Haigh, kteří patří k předním autorům současných britských terapeutických komunit, které pracují především s lidmi s poruchou osobnosti, považují za důležité léčebně působící principy terapeutické komunity především attachment, containment, komunikaci, zapojení a jednání (Kalina, 2008). Toto schéma ve své podstatě představuje zjednodušenou podobu normálního vývoje ve smyslu vztahu self k druhým osobám. Přítomnost těchto principů je stěžejní zejména z toho důvodu, že u mnohých klientů terapeutických komunit zaznamenal primární emoční vývoj závažná poškození (Kalina, 2008). Terapeutické komunity však mohou a ve většině případů i dávají možnost tzv.

sekundárnímu emočnímu vývoji – znovuprožití a zpracování poškozujících životních situací a jejich integraci.

**Obr. 1:** Principy působení terapeutické komunity (Campling & Haigh, 1999)

<b>Teoretický princip</b>	<b>Původ v individuálním vývoji</b>	<b>Kultura v TK</b>	<b>Struktury v TK</b>	<b>Původní témata TK dle Rapoport</b>
<i>attachment</i>	primární vazba, ztráty a růst	sounáležitost	doporučování, připojování, odcházení	
<i>containment</i>	mateřské a otcovské „obsahování/ ohraničování“	bezpečí	podpora, pravidla, hranice	permisivita
<i>komunikace</i>	hra, řeč druhí jako oddělení	otevřenost	skupiny, ethos, návštěvníci	komunalismus
<i>zapojení</i>	nacházení místa mezi ostatními	živé učení	komunitní setkání: agenda a struktura	konfrontace s realitou
<i>jednání</i>	ustavení vlastního Já jako východiska akcí	zmocnění	hlasování, rozhodování, seniorita	demokratizace

Norton a Bloomová (2004, in Ernest, 2013) popisují jako další důležité mechanismy dění v terapeutické komunitě cyklus interakce, explorace a experimentace, který probíhá jak během stanoveného terapeutického programu (v psychoterapii), tak v nestrukturovaném čase mezi těmito aktivitami (označují jej jako socioterapii). Interakce zprvu vedou k obvyklým reakcím na základě minulých strategií a vnitřního implicitního modelu sociálního světa, poté se pomocí korektivních zkušeností mění.

Nyní bych chtěla stručně představit fungování a principy TK Kaleidoskop, první a doposud jediné terapeutické komunity zaměřené na léčbu poruch osobnosti v ČR. Tato komunita je provozována občanským sdružením stejného názvu, které poskytuje podporu lidem s dlouhodobým duševním onemocněním, konkrétně poruchou osobnosti, kontinuálně již od roku 2006. Děje se tak prostřednictvím komplexních sociálních služeb, do kterých spadá kromě terapeutické komunity také poskytování odborného sociálního poradenství v ambulanci Kaleidoskop a služba následné péče, tzv. DBT centrum, které nabízí denní a

večerní stacionář pro klienty s poruchou osobnosti a podpůrné aktivity pro rodiče a blízké lidi s poruchou osobnosti.

Terapeutická komunita Kaleidoskop má svou filozofii a principy, které se dají stručně vystihnout těmito body (zdrojem jsou interní metodické dokumenty TK Kaleidoskop):

- Komunita se děje pořád
- Komunita simuluje běžný život
- Důležité je to, co se odehrává tady a teď
- Důraz je kladen na posilování toho, co je zdravé a co funguje
- Účast na všech procesech komunity a zodpovědnost za terapeutický vliv na druhé
- Klienti jsou ochotni a schopni nést odpovědnost za své chování
- Odklon od černobílého vidění světa
- Dialektický postoj
- Princip demokracie
- Prostor pro chyby
- Důvěrnost
- Klienti chtějí terapeutickou komunitu jako formu terapie

Součástí terapeutického programu komunity jsou individuální a skupinová sezení, přičemž hlavní důraz je kladen na skupinové dění. Jelikož je teoretický rámec komunity postaven na principech DBT, jsou nedílnou součástí terapeutického programu také výuka a praktický nácvik DBT dovedností, jež klientům poskytují stabilitu a oporu v komunitním fungování. Pilířem komunity je pevně daný týdenní program, který klientům poskytuje jasně dané hranice a je pro klienty povinný, uvolnit se z něj lze pouze za předem určených podmínek. Součástí řádného vymezeného programu je i tzv. mimořádný program, kde se odehrávají mimořádné komunitní události, jako jsou závažná porušení pravidel, psychické krize či žádost o podporu. Komunitní pravidla a principy slouží k vymezení rámce fungování v komunitě. Ohrožení bezpečí sebe, druhých nebo majetku komunity, či jejích principů do takové míry, že většina členů se cítí ohrožena, může vést k návrhu na vyloučení z komunity. Program TK má jasně stanovené hranice, poskytuje však i prostor pro odchylnost, jež je zpětně reflektována. Dalším důležitým pilířem komunitního fungování jsou pozice či posty, do kterých jsou klienti komunity voleni na různě dlouhá časová období a které obnášejí

plnění reálných úkolů, jež jsou nezbytné k zajištění chodu terapeutické komunity. Důležité je také fázování pobytu v komunitě, každá z fází má jinou náplň i cíl:

- *Adaptační fáze* – cílem je zvládnout komunitní režim, hranice komunity a požadavky adaptační fáze tak, aby bylo možné bezpečně prozkoumávat chování a další aspekty, které klienta ovlivňují v další fázi pobytu. Není zde nárok na náhledy důsledku činů
- *Fáze F1* – cílem klienta v této fázi je vymezovat se a nést důsledky svých činů, klient by měl také neodmítat nápravu škod za své činy, není zde nárok na změnu chování, spíše důraz na uvědomění si důsledků
- *Fáze F2 (změna na sobě)* – cílem klienta je podporovat a vymezovat se tak, aby neohrozil druhé a sám uspokojil své potřeby, klient formou změny chování dosahuje uspokojení svých potřeb, aniž by popřel své hodnoty, či ničil vztahy
- *Fáze F3 (péče o ostatní)* – cílem je naplňování individuálních plánů, klient se snaží komunitě „dát“ zpět, co v předchozích fázích „dostal“, dílem je dávat způsobem, aby byly uspokojené potřeby a klient neohrozil sám sebe, ani druhé svou péčí
- *Fáze F4 a F5 (příprava na odchod z komunity)* – cílem je zdravé nedestruktivní odpoutávání se od komunity a budování nového zázemí mimo komunitu

Práce s lidmi s hraniční poruchou osobnosti v prostředí terapeutické komunity je zcela výjimečná nejen délkou léčebného pobytu, intenzitou terapeutického procesu, který se děje neustále, ale také díky důvěře, jakou vkládá ve schopnosti a potenciál klienta být strůjcem vlastního terapeutického pokroku a zároveň se podílet na terapeutických změnách ostatních klientů komunity. To vše při práci s klinickou populací, u níž je často psychoterapie, ač pokládána za metodu léčby první volby, ze strany odborníků odmítána a považována za nerealizovatelnou (Ernest, 2013). Ernest (2013, 150) ve svém příspěvku z výzkumu efektivity psychoterapie lidí s poruchou osobnosti v TK Kaleidoskop uvádí: „*V tradičním ústavním uspořádání vykonával odborný personál na pacientovi ve vymezenou dobu své profesionální zákroky, zatímco po zbylých třiatdvaceti hodin dne byl pacient prostě k dispozici. Oproti tomu v TK se všechno dění, byť by k němu došlo uprostřed noci, stává nejen potenciálním zdrojem témat pro skupinová sezení, ale i příležitostí k bezprostřednímu prožitkovému učení v dané situaci.*“



# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 4 METODOLOGIE

### 4.1 Výzkumý problém, cíle, výzkumné otázky

Z výzkumů na téma terapie poruch osobnosti vyplývá, že existují povzbudivé důkazy o tom, že pacienti s poruchou osobnosti jsou „léčitelní“ (Bateman a Tyrer, 2004a). Vezmeme-li v úvahu fakt, že celá řada odborníků jedince s poruchou osobnosti stereotypně označuje jako ty, u kterých se očekává obtížná léčitelnost a celková náročnost, není překvapivé, že velké množství lidí trpících HPO se raději snaží pomoci si vlastními silami, než by vyhledali odbornou pomoc (Grambal et al., 2017). Dlouhodobé zkušenosti potvrzují, že pro lidi s poruchou osobnosti není vhodná ústavní péče (Praško et al., 2003), jelikož posiluje jejich pocity nekompetence, vede k regresi a utvrzuje je v závislosti na zdravotním systému. Chiesa a Fonagy (2003) zjistili, že komunitní způsob léčby pacientů s poruchou osobnosti přináší větší míru zlepšení v oblasti snížení sebepoškozování, pokusů o sebevraždu a opakovaných hospitalizací než čistě nemocniční program.

Cílem mého výzkumu je přiblížit subjektivní zkušenost klientů s HPO s terapeutickým procesem v terapeutické komunitě Kaleidoskop, která je jedinou terapeutickou komunitou v ČR zaměřenou na léčbu poruch osobnosti, v průběhu devíti měsíců jejich léčby, zachytit důležité milníky v jejich terapii a popsat důležité oblasti, které prošly v subjektivním vnímání klientů změnou.

Na základě výzkumných potřeb jsem si stanovila dvě výzkumné otázky:

1. Jak lidé s HPO vnímají prožívané změny v terapii v průběhu léčby v terapeutické komunitě Kaleidoskop?
2. Jaké další faktory přispěly ke změně v terapii?

### 4.2 Výzkumná metoda

Vzhledem k předmětu mého výzkumu, jež je zaměřen na zachycení, popis a analýzu žité zkušenosti klientů s vlastním terapeutickým procesem v průběhu několika měsíců léčby v terapeutické komunitě, jsem zvolila kvalitativní přístup a metodu interpretativní fenomenologické analýzy (dále jen IPA).

IPA byla vytvořena v 90. letech minulého století Jonathanem A. Smithem jako kvalitativní výzkumný přístup, jenž se zaměřuje na porozumění žité zkušenosti daného člověka (Řiháček et al., 2013). Výzkumná metoda vychází celkem ze tří teoretických zdrojů – z fenomenologie, hermeneutiky a idiografického přístupu. Souvislost s fenomenologií nacházíme především ve zkoumání individuálního, a tudíž jedinečného, prožitku světa jako takového konkrétními lidmi, v určitém čase a místě (Řiháček et al., 2013). Důležitým analytickým zájmem IPA je poznání, jež je také dominujícím kognitivním paradigmatem v současné psychologii (Kocvrlichová, 2006). IPA představuje protiklad k tradičním kvantitativním výzkumným metodám v psychologii a přináší porozumění zkušenosti člověka na idiografické úrovni. Výzkumník v IPA otevřeně přiznává svou subjektivitu s tím, že je nezbytná k tomu, aby vůbec mohl porozumět žité zkušenosti jiného člověka. Zkušenost je v rámci IPA výsledkem společného sdílení výzkumníka a participanta (Řiháček et al., 2013).

### **4.3 Metoda tvorby, zpracování a analýzy dat**

I přesto, že je nejčastěji používanou metodou v rámci IPA polostrukturovaný rozhovor (Řiháček et al., 2013), data pro svůj výzkum jsem získala z psaných narativních zpráv klientů terapeutické komunity Kaleidoskop, tzv. reviews. Tímto krokem jsem mohla využít flexibilitu IPA týkající se sběru dat, kde je možné kromě rozhovorů a narativních zpráv využít také autobiografické deníky, případně emailové diskuze (Brocki a Wearden, 2006, in Řiháček et al., 2013).

Na tomto místě bych ráda stručně přiblížila povahu a úlohu reviews v terapeutickém procesu klientů TK Kaleidoskop. Reviews, neboli psané narativní zprávy, jsou dokumenty, které klienti zpracovávají v průběhu svého pobytu v terapeutické komunitě – rozlišuje se tzv. tříměsíční, šestiměsíční a devítiměsíční review, názvy jednotlivých dokumentů odpovídají době, po které je klienti odevzdávají. Jak již sám název dokumentu napovídá, je review jakýmsi ohlédnutím, bilancí či revizí za uplynulou dobou třech měsíců, jež má klientům poskytnout prostor pro zastavení se a zmapování jednotlivých oblastí a případného posunu v nich. Dalo by se říci, že jsou prostředkem k zachycení terapeutických změn. Témata, kterými se klienti v review zabývají, nejsou volitelná, nýbrž dopředu pevně daná. Jedná se o oblast *emocí, chování, myšlení, vztahů a vztahu k sobě, rodiny, zapojení do programu, relapsu, specifických dovedností, volného času, zdraví, sociální a právních záležitostí a*

*využití technik a dovedností DBT*<sup>2</sup>. Témata v jednotlivých review zůstávají totožná, mění se pouze zadání k jejich zpracování<sup>3</sup> (na začátku terapie jsou nároky na klienty menší, v dalších dvou review se objevují požadavky související s potřebou větší sebereflexe klientů). Moment, kdy klient odevzdává review, je také momentem přestupu do další fáze komunitního terapeutického procesu. Důvodů přítomnosti tohoto terapeutického nástroje v rámci komunitní léčby je hned několik – prostřednictvím review se rozvíjí schopnost sebereflexe klientů a zachycení změn a pokroků, které v terapii proběhly, často obsahují důležité informace, které jsou následně vytěženy při skupinových či individuálních terapiích a v neposlední řadě poskytují klientům jisté zachycení jejich posunu v terapii v průběhu času.

Jak jsem již zmínila výše, pro účely svého výzkumu jsem k analýze pomocí IPA využila narativní psané zprávy (reviews). Pro získání širšího kontextu příběhu jednotlivých respondentů jsem také pečlivě prostudovala jejich životopis, který klienti terapeutické komunity Kaleidoskop odevzdávají při přechodu z adaptační fáze terapeutického pobytu (nejčastěji po 1 měsíci pobytu v komunitě, pozn. autorky) do první fáze v dlouhodobé komunitě a motivační dopis<sup>4</sup>, který je součástí vstupního souboru dokumentů, se kterým klient do komunity přichází. Informace získané z těchto dokumentů jsem následně začlenila do úvodních informací o respondentech. U každého participanta mého výzkumu jsem měla k dispozici celkem tři psané narativní zprávy k následné analýze, které jsem po zvážení analyzovala každou zvlášť. Důvodem byla především možnost lepšího zachycení terapeutických změn participantů výzkumu v průběhu času (zprávy vznikaly v průběhu devíti měsíců léčby klientů) a následná vyšší transparentnost při prezentování výsledků výzkumu. Z důvodu rozsahu a množství analyzovaných dat a vzhledem k povaze závěrečné práce, jsem se rozhodla do finálního výzkumného souboru začlenit pouze 2 respondenty.

Na rozdíl od jiných metodologických přístupů ponechává IPA velký prostor pro kreativitu výzkumníka, co se týče tvorby dat. Cílem je extrakce témat, jež zachycují podstatu zkoumaného fenoménu. V procesu tvorby dat jsou možné dva přístupy: 1. Po analýze prvního rozhovoru použijeme vynořující se témata k analýze dalších případů, nebo 2.

---

<sup>2</sup> DBT neboli dialekticko-behaviorální terapie je terapeutickým přístupem, jež je pilířem terapeutické komunity Kaleidoskop. Kromě intenzivního terapeutického programu jsou klienti v rámci pobytu v komunitě vyučovani v technikách DBT, které využívají při zvládnání zátěžových situací.

<sup>3</sup> Klienti dostávají k dispozici „návod“ k vypracování jednotlivých reviews, kde jsou požadované oblasti podrobně popsány.

<sup>4</sup> Účelem motivačního dopisu je zmapování motivace klienta pro vstup do léčby v terapeutické komunitě

analyzujeme každý případ jednotlivě včetně samostatného hledání zásadních témat. Smith, Flowers & Larkin (2009, in Řiháček et al., 2013) doporučují druhý postup. Zvolila jsem doporučený způsob analýzy dat a každý případ jsem analyzovala samostatně.

Proces analýzy v IPA obsahuje několik samostatných kroků (Smith, Flowers & Larkin, 2009, in Řiháček et al., 2013):

0. *Reflexe výzkumníkovy zkušenosti s tématem výzkumu*
1. *Zaujetí textem, opakované čtení textu*
2. *Tvorba počátečních poznámek a komentářů*
3. *Vynořující se témata*
4. *Hledání propojení mezi tématy, redukce témat*
5. *Analýza dalšího případu (následně opět fáze 1–4)*
6. *Hledání společných témat napříč případy*

Při procesu analýzy dat jsem postupovala podle výše doporučeného postupu. Vzhledem k tomu, že jsem nezpracovávala data získaná z rozhovorů, nebylo nutné je transkribovat.

Získaná data od jednotlivých respondentek se lišila svou podobou – některá jsem měla k dispozici v elektronické podobě, jiná pouze ve formě kopií textu psaného rukou. Vzhledem k rozdílným formátům dat jsem si mohla vyzkoušet dva rozdílné typy práce s textem – v případě dat psaných rukou jsem k tvorbě počátečních poznámek přistoupila metodou vlastních ručně psaných poznámek na samostatné listy papíru, které jsem následně přepsala do elektronické podoby. V případě elektronické formy narativních zpráv jsem si vytvořila tabulku, která mi poté umožnila ve vazbě na text kódovat data. Práce s daty v elektronické podobě byla o poznání jednodušší, práce s daty formou ručně psaných poznámek, ač byla časově náročnější, mi určitým způsobem umožnila intenzivnější propojení s příběhem respondentky, jak ostatně potvrzuje i Pringle et al. (2011, in Řiháček et al., 2013, 18): „*Poznámky psané rukou navozují intimnější sepětí výzkumníka s textem, příběhem i samotným výzkumem.*“

Počáteční poznámky jsem si poté přepsala v chronologickém pořadí do přehledné tabulky a pokračovala jsem tvorbou vynořujících se témat. Tato témata jsem opět umístila do tabulky společně se subtématy (počátečními poznámkami), poté přišla na řadu tvorba

nadřazených – finálních – témat. Takto jsem postupovala u každého respondenta (a každého review) zvlášť.

V rámci dodržení všech kroků v procesu analýzy IPA nabízím svou stručnou reflexi k tématu výzkumu:

S tematikou hraniční poruchy osobnosti jsem se zřejmě poprvé setkala ve svých patnácti letech prostřednictvím filmu *Narušení* (*Girl, interrupted*), kde hlavní role ztvárnily herečky Winona Ryder a Angelina Jolie (v roce 2000 získala za tento film Oscara za nejlepší ženský herecký výkon ve vedlejší roli, pozn. autorky). Velmi si pamatuji, jak mě tento film uchvátil svou atmosférou a tématem, stejně jako další filmy v tom samém roce, např. *Smrt Panen* (*Virgin Suicides*), jež zanechaly nesmazatelnou stopu v oblasti popkultury. Bylo pro mě vlastně nepochopitelné a zároveň fascinující, jak může dívka, která je „pouze“ trochu více smutná než ostatní dívky, tak trochu netuší, jak dál naložit se svým životem, občas to přežene s alkoholem nebo s prášky, skončit v ústavu pro duševně nemocné. Pamatuji si na ten přítomný moment bezradnosti ve filmu, kdy nikdo nevěděl, co si s ní počít. V té době jsem o existenci HPO netušila.

Další setkání s problematikou poruch osobnosti, a konkrétně tedy s HPO, proběhlo na akademické půdě v rámci výuky odborných předmětů, kde často probíhala řada dynamických diskuzí, jejichž častým předmětem byla otázka, zda poruchy osobnosti vůbec lze nebo nelze léčit.

První bližší zkušenost s lidmi s HPO jsem získala díky své dlouhodobé odborné stáži v terapeutické komunitě Kaleidoskop, kde se mi naskytla jedinečná příležitost blíže poznat tuto klinickou skupinu a seznámit se s komunitním přístupem k léčbě HPO, který je založený na principech dialekticko-behaviorální terapie (DBT). Zde jsem měla poprvé možnost zažít rozdíl mezi klasickým medicínským modelem vztahu lékař – pacient a principem společenství, které podporuje rozvoj kompetencí klientů, změny vzorců chování, kdy těžiště terapie spočívá také v tlaku a podpoře ze strany druhých, což je samo o sobě účinným terapeutickým nástrojem, jež posiluje žádoucí změnu. Klienti komunity tak nejsou pouze pasivními příjemci psychiatrické péče, ale sami nesou odpovědnost za každodenní chod komunity i za svůj terapeutický proces. O tom, jak komunita mění životy klientů, jsem se mohla přesvědčit v následujících letech, kdy jsem v Kaleidoskopu začala pracovat na pozici sociálního terapeuta.

Motivací k výběru tématu mé práce byla právě tato zkušenost. Lákalo mě zachytit proces změn, které u klientů terapeutické komunity probíhají v průběhu intenzivní každodenní terapie v průběhu deseti měsíců léčby a mít možnost předat tuto zkušenost dál. Tím se moci také podílet na destigmatizaci lidí s poruchou osobnosti, jež jsou pro mnohé lidi z řad odborné veřejnosti považováni za „neterapeutizovatelné“, nežádoucí a problematické.

## 4.4 Výběrový soubor

Výzkumný soubor tvoří lidé s diagnózou emočně nestabilní poruchy osobnosti hraničního typu, kteří byli osloveni nepravděpodobnostní metodou záměrného výběru. Jedná se o bývalé či současné klienty terapeutické komunity Kaleidoskop. Podkladem pro výběr respondentů byla lékařská zpráva, kterou mají všichni klienti terapeutické komunity Kaleidoskop k dispozici v den svého nástupu do komunity. Svůj záměr oslovit současné a bývalé klienty komunity jsem předem konzultovala s ředitelkou Kaleidoskop, z. ú., od které jsem dostala svolení klienty k účasti ve výzkumu oslovit s doporučením nabídnout jim za účast mnou zvolenou formu odměny, jelikož jsou k účasti k různým výzkumům souvisejícím s tématem hraniční poruchy osobnosti oslovováni relativně často.

O účast ve výzkumu jsem současné či bývalé klienty požádala prostřednictvím emailu, kde jsem poskytla podrobnější informace k výzkumu. Jednalo se o vzorek pěti žen a jednoho muže. Výrazně ženské zastoupení výzkumného vzorku tak kopíruje známý fakt vyššího výskytu hraniční poruchy osobnosti v populaci žen. Účast ve výzkumu byla dobrovolná. Odměnou za participaci ve výzkumu bylo 100 Kč. Z celkového počtu šesti oslovených lidí s účastí ve výzkumu souhlasilo pět z nich.

Pro účast ve výzkumu jsem si stanovila dvě podmínky – kromě kritéria splnění diagnózy byla další podmínkou délka pobytu klienta v terapeutické komunitě Kaleidoskop v délce minimálně deseti měsíců, a tudíž i kompletní dispozice psaných narativních zpráv (reviews), které byly nezbytné k následné analýze případů.

Finální výzkumný soubor tvoří dvě mladé ženy s diagnózou emočně nestabilní poruchy osobnosti hraničního typu. Jedna z žen byla v době realizace výzkumu klientkou terapeutické komunity Kaleidoskop, druhá participantka měla v době realizace výzkumu již dva roky ukončenou léčbu v komunitě. Rozhodnutí ohledně rozsahu finálního výzkumného souboru o dvou participantech bylo provedeno vědomě, a to z důvodu rozsahu

analyzovaných materiálů – u každého participanta byly analyzovány tři psané narativní zprávy (review), kdy každé review svým rozsahem odpovídá rozsahu běžného polostrukturovaného interview. Výsledky analýzy dokumentů byly také doplněny o informace ze životopisu a motivačního dopisu participantů. V rozhodnutí o rozsahu výzkumného souboru jsem se opírala o názory Smith, Flowerse a Larkina (2009, in Řiháček et al., 2013), kteří uvádějí, že pro IPA je stěžejní bohatost dat, nikoliv počet respondentů.

## 4.5 Etické aspekty výzkumu

Jelikož účastníky výzkumu byli současní či bývalí klienti terapeutické komunity Kaleidoskop, kde třetím rokem pracuji na pozici sociální terapeutky, považovala jsem za důležité a transparentní požádat o souhlas s provedením výzkumu a oslovením klientů s nabídkou zapojení se do výzkumu vedení organizace. S tím souvisela i žádost o svolení k zapůjčení narativních zpráv (reviews) a dalších doplňujících dokumentů současných a bývalých klientů, kteří souhlasili s účastí ve výzkumu, jenž jsou součástí dokumentace klientů. K obojímu jsem dostala svolení. O záměru a průběhu svého výzkumu jsem v rámci transparentnosti celého procesu informovala také kolegy z terapeutického týmu.

Participanty výzkumu jsem seznámila s výzkumným cílem, průběhem výzkumu, způsobem získávání a zpracování dat. Zapojení participantů do výzkumu bylo dobrovolné. V rámci zachování anonymity participantů byla změněna veškerá jména, která se v datech vyskytují.

Při výběru dokumentu témat vzešlých z analýzy psané narativní zprávy jedné z respondentek za účelem zveřejnění v této práci jsem oslovila respondentku, zda s publikováním souhlasí. Mé prosbě ochotně vyhověla.

Důležitým momentem, který v souvislosti s tématem mého výzkumu vystoupil do popředí, byly hranice kontaktu s výzkumníkem. Nepsaným pravidlem komunitního terapeutického týmu je, že kontakt s bývalými klienty držíme v hranicích formálního prostoru komunity – tzn., je určitě možný a žádoucí kontakt při oficiálních komunitních setkáních, případně je žádoucí zareagovat, pokud se bývalý klient ozve prostřednictvím komunitních kontaktů s tím, že chce s terapeutickým týmem sdílet novinky ze svého života. V tomto případě jsem však narazila na situace, kdy jsem s klienty komunikovala prostřednictvím svého soukromého emailu a několikrát se mi stalo, že klienti projevovali tendenci překračovat hranice naší vzájemné komunikace mimo rámec problematiky mého



výzkumu. V těchto chvílích jsem si uvědomovala křehkou hranici mezi tím, abych udržela vzájemný kontakt ve vytyčených mezích a zároveň abych klienty nezranila. Pokud by se tak stalo, byla jsem připravená danou situaci vyjasnit, případně ošetřit.

## 4.6 Výsledky výzkumu

V následující kapitole prezentuji výsledky svého výzkumu. U každé z respondentek se zabývám analýzou jednotlivých review (psaných narativních zpráv) každého zvlášť, které nesou svá specifická témata vzešlá z analýzy. V druhé podkapitole se zabývám odpověďmi na výzkumné otázky a společnými tématy napříč oběma případy.

### 4.6.1 Slečna Linda

Lindě bylo při nástupu do terapeutické komunity 18 let, v té době měla za sebou opakované hospitalizace v psychiatrické léčebně, kam se poprvé dostala po pokusu o sebevraždu. Ve svém motivačním dopise<sup>5</sup> uvádí: „*Když jsem byla přijatá k první hospitalizaci, myslela jsem si, že tam zkrátka nějakou dobu pobudu a až mi bude lépe, vrátím se domů, začnu chodit do školy a všechno bude v pořádku. Nestalo se tak a přišla druhá hospitalizace. Za pár dní jsem zase seděla na příjmu.*“ V důvodech, které ji přivedly k léčbě v terapeutické komunitě, několikrát uvádí „*že to chce změnit taktiku*“, kterou je podle ní právě terapeutická komunita, která by ji „*mohla alespoň trochu nasměrovat do života*“ a pobyt v ní „*by byl tím správným velkým krokem k budoucnosti*“. Také uvádí, že chce „*jít jinou cestou*“ a „*vynaložit veškeré úsilí, překonat se a konečně zvládnout něco složitého.*“ Říká, že „*poprvé v životě má svůj velký cíl.*“ Důležitá témata, se kterými do komunity vstupuje a na kterých by chtěla pracovat, jsou myšlenky vnitřní prázdnoty, osamění, beznaděj, žádní přátelé, neschopnost udržet si dlouhodobý vztah, deprese, bulimie, sebepoškozování, pokus o sebevraždu, ztráta matky a vztah k ní, negativní vztah k sobě.

---

<sup>5</sup> Motivační dopis je dokument, který zájemce o pobyt v terapeutické komunitě Kaleidoskop odevzdává ještě před nástupem do komunity, kde uvádí hlavní důvody, proč má o pobyt v terapeutické komunitě zájem a jaké jsou hlavní terapeutické zakázky. Tento dokument odevzdává spolu s dalšími dokumenty pracovníkům komunity v den nástupu.

## ANALÝZA TŘÍMĚSÍČNÍHO REVIEW

*„Někdy mám pocit, že je mnohem snadnější nemít s nikým žádný blízký vztah, protože pak nehrozí, že bych toho člověka mohla ztratit.“*

**Tab. 1:** Témata tříměsíčního review

EMOCE JAKO PROSTŘEDEK POROZUMĚNÍ SOBĚ SAMÉ	Intenzivní prožívání emocí Vzteky jako nová a důležitá emoce Potřeba být autentická
STRACH Z BLÍZKÝCH VZTAHŮ	Neohrabanost ve vztazích s druhými Nezvládnutí konfliktů ve vztazích Strach z blízkých vztahů Vztah s otcem Těžkosti při pobytu doma
PROŽÍVÁNÍ V ODSTÍNECH ČERNOBÍLÉ	Selhání jako něco nepřijatelného Negativní vztah k tělu Tendence ke štěpení Bytí v realitě vs. být mimo ni Vyčerpanost Zapojení do programu

Slečna Linda se v době vypracování tříměsíčního review nachází čtvrtým měsícem v terapeutické komunitě, má za sebou adaptační fázi<sup>6</sup> a tři měsíce dlouhodobého programu.

<sup>6</sup> Adaptační (stabilizační) fáze – klient/ka při vstupu do terapeutické komunity nejprve vstupuje do adaptační fáze (FA). V této fázi setrvává dle potřeby 1-3 měsíce. FA má samostatný program oddělený od zbytku komunity. Ve skupině je max. 8 členů (výjimečně, krátkodobě až 12). Po odchodu z této fáze má klient/ka možnost přestoupit do krátkodobého či dlouhodobého programu terapeutické komunity.

Atmosféra, která z review na čtenáře dýchá, by se dala označit slovem „sevření“. Z Lindina vyprávění lze vycítit, že se nachází v začátku intenzivního terapeutického procesu, poznává sama sebe, poznává se ve vztazích s ostatními, subjektivně důležitá témata spíše naznačuje, než otevírá.

## **I. Emoce jako prostředek k porozumění sobě samé**

Výrazným motivem tříměsíčního review, který jako by prostupoval téměř všemi oblastmi, jsou Lindiny emoce a její seznamování se se svým emočním prožíváním, které nyní nabývá nové intenzity: „...*dřív se mi nestávalo, že bych něco dokázala tak intenzivně cítit. Často moc neumím to, co cítím, pojmenovat...*“. Participantka začíná prožívat emoce, které dříve spíše potlačovala: „...*hodně důležitou emoci je pro mě teď vztek. Cítila jsem ho tady sice asi jenom jednou, mám ale pocit, že to bylo možná poprvé v životě. Když na mně přicházel, vybavilo se mi, že přesně v tuhle chvíli jsem ho v sobě dřív vždycky někam zatlačila...*“ Prožívá také emoce, které nedokáže rozeznat a pojmenovat: „...*prostě se něco děje, ale nevím co. Za poslední dobu se mi několikrát stalo, že jsem najednou začala brečet, aniž bych věděla vlastně proč. To mi vadí, protože se za to stydím, nemůžu to totiž pak nijak vysvětlit.*“ Jako důležité se jeví její prožívání emocí v celé šířce jejich spektra, pozitivních: „...*opravdu šťastně jsem se tu cítila, když jsme dohráli na Kulturfestu a když jsem si ostříhala vlasy...*“ i negativních: „...*stejně tak je pro mně i důležité neskryvat negativní emoce, mít špatnou náladu a zvládnout odpovědět, když se mně někdo zeptá, jak se mám, i jinak, než že dobře...*“ Nově se také objevuje potřeba autentického prožívání emocí a potřeba být pro ostatní srozumitelná: „*Chtěla bych dokázat více říct, co cítím a mluvit o svých pocitech tak, aby to bylo pro ostatní srozumitelné, protože se mi zdá, že často mluvím hodně chaoticky.*“

## **II. Strach z blízkých vztahů**

Slečna Linda si je vědoma potíží, které jí přinášejí vztahy s druhými lidmi. Již při vstupu do komunity referovala tuto oblast jako něco problematického ve svém životě, jako něco, co by chtěla změnit: „*Ve vztazích a v komunikaci s druhými lidmi si často připadám hodně neohrabaná a nesvá. Nevím, jak si mám s někým začít nějak přirozeně povídat.*“ Jako velmi důležité téma se také ukazuje strach z konfliktů ve vztazích, Lindinými slovy: „*Konflikty*

*nezvládám moc dobře. Mám strach se s někým hádat, protože se na mě ten člověk naštve a já ho ztratím.*“ Zde se nabízí interpretace, která nás vede k symptomům typickým pro hraniční poruchu osobnosti, konkrétně k tzv. splynutí, kdy mají hraniční pacienti tendenci vyvíjet vztah enormní závislosti (Dušek et.al., 2010), kde je také přítomen intenzivní strach ze ztráty blízkého vztahu. Linda je si toho vědoma: *„Chtěla bych se líp naučit vycházet s lidmi tak, abych se dokázala i naštvat na někoho, koho mám ráda a stát si za tím.“*

Z mého pohledu velmi důležitý moment Lindiny vztahové dynamiky, který jakoby „vystupoval“ z review je, když mluví o svém postoji ke vztahům obecně: *„Někdy mám pocit, že je mnohem snadnější nemít s nikým žádný blízký vztah, protože pak nehrozí, že bych mohla toho člověka ztratit.“* Jako by se nám zde zhmotnily její obrovské obavy z citového zranění. Zároveň také začíná zažívat zájem o blízké vztahy, které ji však děsí: *„Začalo mi teď docházet, že mám kolem sebe nebezpečně moc blízkých lidí. A mám z toho docela strach. (...) ...děsí mě, že bych ji jakkoliv mohla ztratit. A nejen ji. Nějak jsem si k sobě pustila asi moc lidí.“*

Důležitým opěrným bodem v oblasti vztahové se ukazuje Lindin otec. Říká o něm: *„Táta je pro mě v pobytu v TK velkou podporou. Komunita byla původně i jeho nápad. Myslím, že mu na mě teď i záleží.“* Na vztahu s otcem se promítá taky Lindina nejistota a rozpačitost z jejich vzájemného vztahu, když říká: *„Třeba mi napsal, že se chystá jít na schůzi blízkých osob s poruchou osobnosti, nebo chtěl, abych mu poslala to, co zahráji na klávesy. Nikdy dřív by tohle neudělal a je to pro mě asi hodně důležité, i když z toho mám strach.“* Ambivalentní pocity ve vztahu k rodině se manifestovaly také při jedné z prvních dovolenek, které v rámci pobytu v komunitě participantka absolvovala: *„Když jsem byla na dovolence, nebylo mi tam moc dobře. Měla jsem pocit, že tam vůbec nepatřím. Vracely se mi špatné myšlenky, které jsem měla před TK jako chuť se přejít, říznout nebo myšlenky, že už nechci žít.“*

### **III. Prožívání v odstínech černobílé**

V tomto bodě terapeutického procesu slečny Lindy se ukazuje výrazná tendence k černobílému vidění a prožívání situací. Ve spoustě oblastech jako kdyby chyběla „druhá polovina“ sdělení, či druhý pohled, který by vyvážil to, jakým způsobem participantka nahlíží svět, druhé i sama sebe. Tato tendence se manifestuje v situacích, kdy slečna Linda

prožívá selhání: „Uvědomila jsem si, že když se mi něco nepodaří, nebo mi něco nejde, hodně se shazuji. Mám taky docela velký strach ze selhání. Když selžu, připadám si už navždycky úplně neschopná, slabá a k ničemu.“ Když hovoří o svém těle, je pro ni obtížné nacházet na něm pozitivita: „Špatný vztah mám ke svému tělu. Hodně ho nemám ráda, nelíbí se mi a nedokážu se smířit s tím, jak vypadá.“ Jako důležitá vystupuje také kontrola vzhledu: „Pořád se musím kontrolovat v zrcadle nebo v odrazech. A každý takový pohled je pro mě hrozně těžký.“ Způsob, jakým hodnotí své tělo, je pro ni zdrojem frustrace: „Mám dojem, že se sebou asi nikdy nedokážu smířit.“ Tělo je pro ni zdrojem odporu a nepřijetí, protože, jak sama uvádí: „...na sobě mám část těla, kterou nesnáším a nikdy ji nepřijmu.“ Jaká je ona tajemná část, která je zdrojem tolika negativních emocí, můžeme jen hádat. Ukazuje se také, že zažívá nejistotu v situacích, které je nucena vyhodnocovat: „Uvědomila jsem si, že se často ptám, jestli je něco správně nebo špatně. Je pro mě nějak těžké smířit se s tím, že ne vždycky se to dá takto určit.“ Tendence ke štěpení se také ukazuje v jejím pohledu na lidi: „Je pro mě stále těžké vidět lidi i s chybami nebo dobrými věcmi. Pořád někoho vidím buď pozitivně nebo naopak jenom špatně. Hodně to vnímám hlavně u rodiny.“ Rozpor se objevuje také v oblasti trávení volného času: „Chci být o samotě, přestože mi pak všechno připadá takové neskutečné. Když jsem mezi lidmi, připadám si méně jako ve snu. Nevím sama, jestli je mi v tom dobře, asi mám spíš pocit, že to je to jediné, co dokážu.“

## ANALÝZA ŠESTIMĚSÍČNÍHO REVIEW

„Můj vztah s mámou je už jenom v mojí hlavě, přesto se nějakým způsobem vyvíjí. Chybí mi. A jsem ráda, že už ji nemám. Nedává to smysl, ale cítím to obojí.“

**Tab. 2:** Témata šestiměsíčního review

LÁSKA A JEJÍ PODOBY	Láska jako nová emoce Partnerský vztah zdroj radosti i obav
DO HLUBIN VZTAHŮ	Já a ti druzí
PEVNĚJŠÍ SAMA V SOBĚ	Stálost Križe už nejsou velkou neznámou „Mám na to nárok“

RODINA JAKO NĚCO DIVNÉHO	Bratr Ambivalence ve vztahu k matce Domov Slovo rodina jako něco divného Otec
TO, CO SE TĚŽKO MĚNÍ	Tělo jako problém, jídlo jako nepřítel Důležitost sebepoškozování Jak mluvím a jak si připadám

Linda je v době odevzdání šestiměsíčního review sedmým měsícem v terapeutické komunitě. V tomto review jako by došlo k proměně atmosféry. Je plné velmi otevřených a upřímných výpovědí, které čtenáře velmi intenzivně vtahují do dění z Lindiny minulosti i současnosti. Otevřeně zde hovoří o svém vztahu k umírající matce, velmi niterně a upřímně popisuje své první zamilování, nikterak si jej neidealizuje a mluví o pozitivních i negativních, která jí partnerský vztah přináší. Upřímně také mluví o stále přítomné „chuti“ na sebepoškození, o problémech spojených s jídlem, mluví o komplikovaném vztahu s bratrem. Toto review jako by znamenalo jisté hluboké vyznání, po kterém přichází úleva.

## I. Láska a její podoby

Ačkoliv by se na první pohled mohlo zdát, že by toto téma mohlo být součástí dalšího vztahového podtématu, přišlo mi velmi důležité jej oddělit, neboť pro participantku znamená určitý důležitý zlom. Jak sama popisuje: „*Za ty tři měsíce byla asi **nejdůležitější** emoce **láska**, kterou jsem pocítila k Sáře. Hodně ovlivnila moje prožívání a život v komunitě, protože jsem o svých pocitech hodně mluvila a zároveň je i žila. (...) ...poznala jsem, že jsem téhle emoce schopná, nebo si to uvědomila/přiznala.*“ Ačkoliv je to poprvé, co zamilování zažívá, je zajímavé, jakým způsobem na něj nahlíží. Namísto idealizace jako by byla přítomna vyváženost pozitivních i negativních aspektů, které si uvědomuje a dokáže je také popsat: „*Se Sárou mám hodně komplikovaný vztah. Je to moc hezké a zároveň i vyčerpávající.*“ (...) „*Mám ji moc ráda ... Když jsem s ní, připadám si hrozně moc normálně. Líbí se mi ty čisté chvíle, když spolu jen sedíme a povídáme si, nebo když jsme se poprvé*

držely za ruce.“ (...) „Jsou pro mě hodně náročné její krize. Nedokážu pro ni být podporou.“ (...) „Snažím se říkat, co se mi nelíbí a nebýt v tom, že se vším souhlasím ... Mám ale strach, abych ji neztratila, když udělám něco špatně.“ Z Lindiných pocitů z jejího partnerského vztahu můžeme usuzovat, že problematickým bodem je nejspíše jeho přílišná intenzita, se kterou je těžké se vyrovnat: „Ráda se na ni dívám a chybí mi, když se nevidíme ... zároveň je to někdy i odlehčující.“ Nebo na jiném místě: „Když je Sára na marodce, cítím se trochu méně zahlceně. Nevyznám se v tom.“ Důležité téma partnerského vztahu se dále manifestuje prožívanou ambivalencí a zároveň přáním jej nadále udržet: „Náš vztah mi přijde hodně blízký a tenký ... Mám z něj strach a jsem za něj i ráda ... Cítím ale ve vztahu k Sáře velkou nejistotu ... Poslední dny je pro mě náš vztah hodně zahlcující ... Potřebuji najít nějaký způsob, jak ten vztah unést a zůstat tady v TK.“ Jako problematické se také ukazuje, jak Linda zvládá partnerčiny krize, jako by se v tu chvíli ocitala v pasti: „Krize a témata Sáry mě hodně vyčerpávají. Cítím velkou únavu a jsem schopná okamžitě usnout. Někdy mám pocit, že mě to může zničit. (...) v téhle situaci mě poprvé napadla myšlenka na odchod z komunity. (...) i když vím, že odejít nechci, ta myšlenka se mi objevovala.“ Autorka zde nabízí interpretaci, která může odkazovat na podobnou vztahovou dynamiku s matkou. Participantka při svém popisu vztahu s matkou uváděla, že se matce snažila hodně vyhovovat, „ladit se na ni“, dělat vše pro to, aby byla spokojená, což vedlo k velkým nárokům na containování pocitů matky. Nyní jako by se ukazovalo, že už něčemu podobnému nechce být vystavována. Tuto možnou interpretaci také podporuje Lindin výrok, kdy říká, že „v některých věcech mi náš vztah hodně připomíná vztah mně a mámy. Ale vidím v tom asi i rozdíly, jak se v určitých situacích chovám. (...) Snažím se víc říkat, co se mi nelíbí a nebýt v tom, že se vším souhlasím. (...) mám ale strach, abych ji neztratila, když udělám něco špatně.“

## **II. Do hlubin vztahů**

Ačkoliv je z Lindina popisování vztahů stále cítit prožívanou nejistotu: „...dotklo se jí to a pár dnů jsme spolu nemluvily. Bylo to pro mě hodně nepříjemné. Měla jsem pocit, že už to nevydržím, protože jsem nedokázala snést fakt, že jsem jí ublížila a hned jsem měla pocit, že jsem jí už nenávratně ztratila...“, je také patrné, že se ve „vztahovém poli“ dokáže lépe a sebejistěji pohybovat: „Myslím, že se mi daří lépe se za sebe postavit a vymezit se druhým. ... v kuchyni to s ním bylo hodně náročné, ale snažila jsem se stát si za svým a udělat

*prostředí a situaci takovou, aby pro mě nebyla tolik stresující.“* Tento výrok jako by byl esencí uvědomění, že ona sama může být tvůrcem vlastní (ne)pohody. Vadí jí, když musí lidem svůj názor či požadavek neustále opakovat: *„Když jsme se o něčem dohadovali, musela jsem mu svůj názor neustále opakovat. Tyhle situace mi někdy nahání strach, připomíná mi to vztah s bráchou.“* Zde se můžeme domnívat, že se participantka ve svém životě nejspíše setkávala se situacemi, kdy se cítila nevyslyšená, jako by její názor nebyl důležitý.

Druzí lidé se také ukazují jako důležitá součást jejího emočního prožívání, a to ve chvíli, kdy její emoce validují: *„Když mi někdo řekne, že by se cítil úplně stejně, je to pro mě hodně úlevné. (...) zdá se mi, že v tu chvíli dokážu tu emoci plně cítit a nejsem kvůli tomu špatná nebo zlá nebo přehnaně hysterická.“* Během svého pobytu v terapeutické komunitě si také ujasnila, jaké atributy má mít vztah, který označuje jako blízký. Uvádí, že ten druhý musí být *„bezpečný člověk“*, musí v něm cítit *„podporu a pochopení“*, je pro ni *„inspirací“*, *„ráda si s ním povídá“*, *„nevadí jí, když spolu mlčí“*, *„necítí se trapně“* a *„nemusí přemýšlet, co by měla říkat“*. Nemá také strach, že *„pokud udělá něco proti jeho názoru, tak jej ztratí“*, zároveň *„se nestydí a je hodně uvolněná“*.

Linda dále mluví o tom, že jí stále dělá problém přijímat pomoc od druhých: *„Mám pocit, že všechno musím zvládnout sama. (...) ...možná si lépe dokážu o nějakou pomoc říct, ale přijmout ji, když mi ji někdo nabízí, je těžší.“* Těžkosti v přijímání pomoci s největší pravděpodobností pramení z jejího pocitu selhání, když říká: *„Mám pocit, že mě pak ostatní podceňují, i když vím, že logicky to nemusí být pravda.“*

### **III. Pevnější sama v sobě**

Z Lindina popisu různých aspektů jejího terapeutického procesu i pobytu v komunitě můžeme usuzovat, jako by se více usazovala sama v sobě a ve svých emocích. *„Myslím, že teď už lépe popisuji, co cítím. (...) Cítila jsem hodně smutek, ale vlastně mi to docela vyhovovalo. Bylo to v situacích, kdy mi nevadilo smutek cítit a chtěla jsem ho prožít.“* S tím souvisí také to, že již lépe rozeznává, když je v krizi a umí s těmito stavy lépe pracovat: *„Myslím, že se teď víc soustředím na pozorování příznaků mé krize. (...) Pomáhají mi v tom zpětné vazby ostatních. (...) Mým cílem je zvládat krize bez sebepoškozování.“* Se zvládáním krizí také souvisí její prožívané zlepšení v tom, že o svých pocitech dokáže lépe mluvit:



„Mám dojem, že už dokážu o něco lépe popisovat, co se ve mně děje, ale pořád to nestojí za moc.“ Dokáže také lépe vnímat signály svého těla, které ji upozorňují na krizi: „Uvědomila jsem si, že s mojí krizí často souvisí únava a vyčerpání. (...) při náročných a vysilujících dnech, ..., jsem pochopila důležitost desetiminutových pauz po programu. (...) teď se snažím víc sledovat situace, které mě unavují, abych mohla předejít vyčerpání. (...) myslím, že víc odpočívám.“ Také si uvědomuje novou souvislost mezi únavou a svým emočním prožíváním: „Víc teď vnímám, z čeho jsem unavená. Dřív jsem si myslela, že mám špatné pocity, protože jsem unavená. Teď si ale myslím, že je to spíš tak, že jsem unavená, protože mám špatné emoce.“ K pocitu větší stálosti také přispívá její postavení ve skupině. Ačkoliv má tendenci trochu jej trochu shazovat: „...řekla bych, že za poslední 3 měsíce se moje postavení ve skupině nijak zvlášť nezměnilo.“, zároveň s tím přichází uvědomění, že je jiné: „..., že už víc patřím mezi ty lidi, co už tu jsou dlouho. Zdá se mi, že mě lidi berou o něco dospěleji.“ Linda v průběhu terapeutického procesu pochopila, že k pocitu vlastní stability přispívá také to, když dělá, co opravdu dělat chce a cítí to tak. „Myslím, že mému životu dává smysl to, když jedním podle sebe a dělám to, co chci a ne to, co bych měla nebo musela. (...), když se nechovám podle někoho, ale podle toho, kdo doopravdy jsem.“ Zde se opět nabízí interpretace, která odkazuje na náročnou vztahovou dynamiku s matkou, kdy Linda ve snaze uspokojit matčiny potřeby a být pro ni dokonalým dítětem, dělala maximum pro to, aby s ní matka byla spokojená. Lindino uvědomění a touha po autentičnosti, „být více sama za sebe“ dle autorky ukazuje na důležitý terapeutický proces.

K budování „pevnějšího“ self přispívá i uvědomění, že na některé věci a názory má prostě nárok. Týká se to vztahu k matce: „..., že nejsem úplně zlý člověk, když si přeju, aby máma už umřela...“, jejího emočního prožívání: „...někdy mnou projede taková vlna, nedokážu to v sobě udržet, řeknu něco vztekle, aniž bych si to mohla rozmyslet..“, hodnocení některých situací, které nyní již nehodnotí tolik fatálně: „...dokážu si říct, že to neznamená, že je všechno ztraceno, (...), např. když jsem byla v listopadu na dovolence, pořezala jsem se, ale v tu chvíli jsem nepřemýšlela tak, že je všechno ztraceno, (...), nemyslela jsem na to, že jediná možnost je umřít, protože jsem všechno udělala špatně.“ Zároveň si uvědomuje, že jsou oblasti a témata, o kterých se jí těžko mluví, přitom k nim přistupuje bez hodnocení: „Mluvit o tématu mojí sexuality je pro mě nepříjemné a stydím se.“

#### **IV. Rodina jako něco divného**

V tomto review dává Linda mnoho prostoru tématům, která souvisejí s rodinou. Oproti předchozímu review, kde participantka mluvila pouze o vztahu k otci, můžeme blíže nahlédnout jejímu vztahu k matce a k bratrovi, jenž jsou pro ni vztahy důležité a zároveň hodně komplikované. Autorka nabízí interpretaci, že v předchozím review bylo pro participantku velmi náročné o těchto vztazích hovořit, nyní s tím, jak postupuje v terapii, je možné tato témata otevírat.

Vztah k bratrovi vnímá jako „komplikovaný, „cítí se v něm zmateně“ a je pro ni „těžké se s bratrem vidět, i když jí chybí“. Mluví o něm také jako o „posledním požitku se životem, který byl, když žili s mámou“. Linda vnímá, že její vztah s bratrem prošel změnami, které v reálném životě znamenají jejich oddálení. V době, kdy byla hospitalizovaná v psychiatrické nemocnici, se vídali velmi intenzivně, nyní je jejich kontakt minimální: „...poté, co jsem se dostala do nemocnice, jsme se vídali skoro každý den, (...), povídali jsme si o všem možném a byl pro mě tím nejbližším člověkem, (...), a myslím, že v tu dobu i já pro něj.“ V době, kdy byla hospitalizovaná, se její bratr sblížil s její spolupacientkou, se kterou měla slečna Linda velmi blízký vztah. Tato skutečnost se postupně stávala předmětem žárlivosti a vzteku vůči bratrovi: „Pak mi Emil jeden den řekl, že za mnou nepřijede, protože pojedou za Janou. Bylo to mezi námi pořád fajn, ale začala jsem na něj žárlit, protože měla Jana najednou mnohem větší zájem o něj než o mně.“ Na jiném místě mluví o momentu, kdy se jejich vztah proměnil: „Když jsem byla hospitalizovaná v Bohnicích, vztah mezi mnou, bráchou a Janou se zhoršil, (...), začali spolu chodit a všechno se mezi námi pokazilo...“ Její vztah s bratrem nyní není takový, jaký by si přála, je pro ni „zdrojem stresu“, „náročný“ a „vyčerpávající“. Zároveň se objevuje i lítost z nemožnosti mluvit s ním o matce: „Když měla v říjnu narozeniny, volala jsem mu a chtěla to asi jen nějak sdílet, připomenout si to, (...), ten rozhovor pro mě skončil zklamáním a byla jsem pak hodně smutná.“

Velmi důležitý je pro Lindu vztah k matce. Pro pochopení celkového kontextu jejich vztahu pokládám za důležité zmínit některé detaily, které Linda o matce uvádí ve svém životopise<sup>7</sup>. S matkou měly hodně blízký vztah, který Linda nazývá vztahem závislým. Protože matka neměla moc přátel, byla pro ni Linda nejbližší osobou, které se neustále a intenzivně svěřovala. Linda to v té době považovala za přirozené, nyní by jí podobné rozhovory připadaly hodně vyčerpávající. Linda se snažila být dokonalým dítětem, neustále se snažila matce zavděčit, aby byla spokojená, nikdy jí nedokázala odporovat, aby jí

---

<sup>7</sup> Životopis je dokumentem, který klient komunity zpracovává v adaptační fázi svého pobytu a který slouží jako uvedení do skupiny při přechodu z adaptační fáze do dlouhodobého programu terapeutické komunity.

nezpůsobila ještě větší smutek, než v jakém již byla. V roce 2015 byla Lindina matka akutně hospitalizovaná s prasklým aneurysmatem na mozku, a ačkoliv je při vědomí, její stav je velmi vážný. V té době Linda přišla o svůj domov a byla nucena přestěhovat se k otci. Zhruba po půl roce od matčiny hospitalizace si uvědomila, že se matčin stav nezlepší. Byl to den, kdy se poprvé přejedla. Od té doby se začala potýkat s bulimií a sebepoškozováním.

O vztahu s matkou mluví jako o vztahu, který je pro ni „nejnáročnější“, který je už pouze „v její hlavě, ale přesto se nějakým způsobem vyvíjí.“ Na mnoha místech můžeme pozorovat ambivalenci, kterou Linda ve vztahu k matce prožívá, když říká: „Chybí mi. A jsem ráda, že už ji nemám. Nedává to smysl, ale cítím to obojí.“ Nebo: „Někdy mám stav, že se mi po ní hrozně stýská, chci s ní mluvit, obejmout ji a mít ji u sebe. Pak jsem v módu, kdy se na ní zlobím a nechci o ní vůbec přemýšlet.“ Zároveň je u ní přítomna touha tyto dva protipóly nějakým způsobem spojit: „Chtěla bych ale dokázat v sobě ve vztahu k ní nějak skloubit obě dvě varianty toho, co k ní cítím.“ Nejsnazší cestou je podle Lindy úplně tuto skutečnost ignorovat. Jako problematické se však ukazují situace, které jí matku připomínají: „Párkrát jsem zkoušela volat na její číslo a bylo mi hrozně líto, že ho dostala nějaká paní.“ Nebo: „Hodně jsem brečela, když jsem zjistila, že si brácha do svého bytu odvezl naše vánoční ozdoby. Nechci, aby se to takhle vytrácelo, (...), připadám si v tom jako dítě.“ Uvědomuje si, že jí matka nechybí tolik jako člověk, ale jako matka – „životní prvek“ nebo „element“. Také už si tolik nevyčítá, že si přeje, „aby už umřela“, protože jak sama uvádí: „...už to není ona, protože vypadá úplně jinak, má v sobě hadičky, nic neřekne, nepohne se a není tam.“ Za velmi důležitý pokládám moment, kdy si Linda uvědomuje důležitý aspekt celé této konstelace, když říká: „...jsem ale svým způsobem ráda, že to takhle dopadlo a asi i mělo. Můžu zjistit, kdo jsem a můžu žít sama za sebe. Je to děsivé a těžké, zároveň moc příjemné.“ Jako by si v celé té velmi náročné situaci také uvědomovala enormní zátěž, kterou na ní matka vkládala. A nyní se otevírá prostor žít s větším pocitem lehkosti.

Zajímavý je způsob, jakým se slečna Linda vztahuje k pojmům „rodina“ a „domov“. Dozvídáme se, že slovo rodina a rodiče nikdy moc nepoužívala, protože svoji rodinu „nevnímá jako celek, ale spíš různě rozmístěné blízké lidi.“ Rodina v ní vytváří pocit „hrozné zamotanosti“. Zde se nabízí interpretace, která nás odkazuje ke složité rodinné dynamice – rozvod rodičů, matka a přítomnost stále nových partnerů, matčiny vážné zdravotní problémy a nutnost přestěhovat se k otci, otec a nevlastní matka, vlastní a nevlastní bratr.

Domov je pro ni místo, které je „teplé a příjemné“. Za skutečný domov považovala místo, kde žili s matkou, o domově u otce říká: „*Doma to ale nepovažuju moc za domov. Necítím se tam příliš dobře.*“ Zároveň toto místo dokáže vnímat jako něco, co ji přináší stabilitu. „*Když jsem byla na dovolence, hodně jsem myslela na to, že se mám kam vrátit, a to mě uklidňovalo.*“

## V. To, co se těžko mění

Kromě oblastí, které dle subjektivního vnímání slečny Lindy prošly výraznými změnami, jsou stále přítomny i ty aspekty, které ji hodně ovlivňovaly v minulosti a které sice ztratily na síle, ale jsou v Lindině životě stále zastoupeny. První dvě souvisí se vztahem k tělu a jeho integritě, třetí se více vztahuje k tomu, jak se Linda vidí a jak se hodnotí.

Lindu stále ovlivňuje problém s poruchou příjmu potravy, se kterou se dříve výrazně potýkala (jednalo se o bulimii, pozn. autorky). Sice se u ní již neprojevuje aktivně, ale stále má výčitky z některých jídel, která sní nebo sní více jídla, než by chtěla a potřebovala. Zajímavý je způsob a emoční nabitost sdělení, kterým popisuje proces vážení: „*Když jsem byla o Vánocích na dovolence, nevydržela jsem to a každý den jsem se vážila. Je to takový vzrušující proces. Osprchuji se, dokonale se osuším, aby na mě nebyla voda a pak čekám na to číslo. Než se ta váha ukáže, je to takový příjemný specifický moment plný strachu. A výsledek je obvykle nepřekvapivě děsivý. A pak se nenávidím.*“ Důležitý je nejen Lindin vztah k jídlu, ale také to, jak hodnotí své tělo: „*Pořád se kontroluji v zrcadlech nebo odrazech, nosím pořád dokola stejné kusy oblečení, ve kterých si nepřipadám tolik tlustě...*“

Slečnu Lindu také ovlivňuje problém se **sebepoškozováním**. Mluví o tom, že již nemá ty „*nutkavé svědící chutě*“, zároveň ale popisuje, že na sebepoškozování myslí, má na něj chuť a přeje si, aby to cítila. Velmi emočně nabitě také vyznívá Lindin výrok, kdy popisuje, co pro ni sebepoškozování znamená, zároveň si ale uvědomuje, že je to něco destruktivního: „*Je to asi ten nejúžasnější pocit, který jsem kdy zažila. Víím, že tohle ale v životě nechci.*“ Na jiném místě také mluví o uvědomění si, jaké důsledky má její sebepoškozování na její blízké, za což nyní cítí pocity viny: „*Myslela jsem na to, jak asi muselo být tátovi, když mu volali, že jsem se předávkovala léky. Cítím za to vinu.*“

Oblast, ve které se Linda stále intenzivně hodnotí, je její **verbální projev**. Problémy s mluvením si automaticky spojuje s pocity vlastní hlouposti a neschopností: „*...někdy moc*

*dlouho přemýšlím, když něco říkám a připadám si hodně hloupá.“ (...) „S mluvením mám stále problém, mám pocit, že mluvím hrozně moc divně...“ Linda také hodnotí způsob, jakým věci sděluje: „...někdy řeknu něco, co mi připadá v pořádku, ale vyzní to asi úplně jinak a pak toho lituji, že jsem to neřekla nějakým lepším způsobem.“ (...) „Někdy si připadám hloupě a neschopně.“ Jako důležitý faktor se také ukazuje potřeba zpětné vazby od ostatních jako validace smyslu toho, o čem mluví: „Když se mi podaří propojit nějaké mé téma s jiným, cítím to jako nějakou skládačku, která v tu chvíli dává větší smysl.“*

### ANALÝZA DEVÍTIMĚSÍČNÍHO REVIEW

*„Přemýšlela jsem o tom, že buď odejdu a umřu nebo zůstanu a budu pokračovat v životě. Nakonec jsem našla nějaké důvody, proč nechtít umřít.“*

**Tab. 3:** Témata devítiměsíčního review

EMOCE, KTERÉ SE TĚŽKO PŘIJÍMAJÍ / EMOCE V BARVÁCH	Pestrý svět emocí Vztek a jeho projevy Žárlivost a závist jako silné emoce “Jsem schopna lásky”
TÍHA VZTAHŮ	Komunita versus partnerský vztah Vztah k bratrovi jako zdroj tíhy Matka jako absentující element
“VÍM, KDO JSEM A CO POTŘEBUJI... I KDYŽ NĚKDY POCHYBUJI”	Vztahy v komunitě a vztahy mimo ni „Vím, kdo jsem a co potřebuji” Zvýšená sebek péče Pestřejší vnímání lidí Potřeba řádu věcí Verbální projev jako zdroj sebekritiky “Její svět” Domov jako třpytivé teplo Ženství a sexualita
TĚŽKOSTI, KTERÉ ZVLÁDÁM	Největší krize její existence Sebepoškozování jako “zakázané” ovoce Vztah k tělu

Jako leitmotiv Lindina devítiměsíčního review by se dalo označit slovo smíření. Ačkoliv jsou stále oblasti, se kterými smířená není, případně není, chtěla by být, ale zatím neví, jak na to, toto slovo jako by výstižně označovalo atmosféru, ve které se Linda nachází. Ukazuje se to především na popisu vztahu s matkou a bratrem, na vztazích s ostatními i na vztahu sama k sobě. Dalším silným prvkem je také síla, se kterou se staví k problematickým oblastem a situacím, otevřenost, se kterou přináší nová a pro ni náročná témata „jejího světa“, potřeby nastolení řádu věcí či téma sexuality a ženství. Smíření se ukazuje jako cesta – zejména k přijetí věcí takových, jaké jsou a také jako důležitý krok ke změně.

## **I. Emoce, které se těžko přijímají / Emoce v barvách**

Slečna Linda si uvědomuje, že se v průběhu jejího pobytu v komunitě prožívání emocí zvýšilo. Dokáže lépe pojmenovat a popsat, co cítí, více si uvědomuje emoce, které prožívá a zároveň připouští, že jich je více než jen, že „je jí blbě“ a „jde to“.

Důležitým momentem, které se v devítiměsíčním review objevuje, jsou Lindiny emoce, které se jí těžko přijímají. První z nich je vztek, u kterého uvádí, že je pro ni nyní „novou a důležitou emoci“, dále také emoci, o které si myslela, „že jí vůbec není schopna“. Zajímavé je, že o vzteku podobně referuje i ve dvou předchozích review. Z toho, co sděluje, můžeme tedy usuzovat, že je pro ni emoce vzteku natolik vzdálená a neznámá, že může být každý jednotlivý projev prožíván jako něco, co je zdrojem znejištění: „Taky mám ale ze svého vzteku částečně strach. Čím častěji ho cítím, tím víc se mi zdá intenzivnější, nekontrolovanější a agresivnější.“ Zde se ukazuje, že kromě toho, že je pro ni subjektivně nově prožívanou emoci, má také velké obavy z jeho projevu: „Cítím v tu chvíli chuť si ublížit sobě nebo někomu, (...), že se mi v jedné situaci úplně zatmělo před očima a neuvědomila jsem si, co ze vzteku dělám a říkám...“ Linda si uvědomuje, že vztek nechce potlačovat, zároveň se objevuje potřeba mít jeho projevy pod kontrolou: „... tohle nechci zažívat, protože jsem svoje chování vůbec nedokázala ovládat, a to mě děsí.“ Dalšími emocemi jsou žárlivost a závist, které Linda referuje jako intenzivně prožívané ve vztahu k bratrovi: „Žárlím na něj kvůli Janě. Žárlím na něj, protože byl zase v něčem lepší než já, protože má to, co jsem chtěla já. A závidím mu to, čeho dosáhl. Závidím mu ten jeho fajn normální život, vztah, to, že to všechno zvládnul.“ Kvůli těmto pocitům se negativně hodnotí, cítí někdy i „velkou beznaděj“ a zdá se jí, „že to nemá žádné řešení“. Jako by nebylo nemožné tyto emoce

přijmout: „*Nedokážu se s tím smířit a přijmout to, i když vím, že nic jiného mi stejně nezbyvá.*“

Lásku uvádí jako důležitou emoci, která se už stala více její součástí, zároveň je náročné skloubit její prožívání s pobytem v komunitě: „*Libí se mi jí cítit, i když tady v komunitě je to někdy pro mě moc komplikované a toužím po věcech, které jsou tady omezené a nemůžu je zažívat.*“ Lásku zažívá ve vztahu k partnerce, když říká: „*Nikdy jsem k nikomu necítila to, co cítím k Sáře. Někdy si představuji naši společnou budoucnost a dovedu si představit, že bych tak dokázala být šťastná.*“

## **II. Tíha vztahů**

Lindin vztah s bratrem je pro ni stále zdrojem pocitu smutku a lítosti, se kterým se těžko smíruje: „*Je pro mě těžké smířit se s tím, že si nikdy nebudeme tolik blízcí a že náš vztah bude takový, jaký teď je.*“ Jinde uvádí: „*Všechno to chápu, ale stejně je mi to líto..., (...), asi jsem byla hodně naivní, když jsem si myslela, že by náš vztah mohl být dobrý, protože Emilovi na našem vztahu nikdy nezáleželo a nestál o něj, kromě toho půl roku, kdy jsme si byli tak blízcí.*“ I přes tyto pocity vůči bratrovi má snahu o kontakt s ním, při kterém se ale necítí moc dobře: „*...byli jsme spolu na obědě. Bylo to hodně divné, necítila jsem se moc pohodlně. Zdálo se mi to takové oficiální a formální.*“ Lindě na vztahu s bratrem záleží, říká o něm, že je pro ni „*hodně důležitý*“. Z výše uvedeného můžeme vyvozovat, že kořeny vztahových problémů s bratrem sahají zřejmě hluboko do minulosti. Práce na zlepšení vztahu s bratrem může být předmětem další terapeutické práce participantky.

Vztah s matkou je dalším výrazným vztahem, který slečnu Lindu ovlivňuje, ačkoliv je pro ni „*hodně abstraktní*“. Linda mluví o tom, že její vztah k matce během jejího pobytu v komunitě prošel změnou, není si však jistá, o jakou změnu se konkrétně jedná. Po necelém roce ji byla navštívit v nemocnici, z návštěvy však byla zklamaná, přestože si nebyla jistá „*jaká vlastně měla očekávání.*“ Ukazuje se, že doufala, „*že ji tam přeci jen uvidí nebo ucítí*“, byla však nucená konfrontovat se s tím, že matka je jen „*prázdné tělo*“. Ačkoliv je pro slečnu Lindu velmi náročné smířit se s faktem, že matka v jejím životě již dlouho nefiguruje jako „*skutečný člověk*“, reflektuje, že jsou na sebe „*intuitivně napojené*“: „*Mám pocit, že někde je, protože někdy, když si moc přeju, aby něco věděla, cítím, že mě dokáže slyšet, aniž bych musela cokoli říkat.*“ Mohli bychom říci, že je to určitá copingová strategie, která slečně

Lindě pomáhá vyrovnat se se složitou životní situací. Důležitý je také prostor, který Linda v review věnuje tomu, co jí v souvislosti s matkou chybí. Velmi detailně, pročitěně a nežně popisuje nejrůznější aspekty, které postrádá: „*Hodně mi chybí její vůně, (...), chybí mi takový okamžik, kdy jsem byla v pokoji, slyšela jsem přijíždějící auto, vykoukla jsem a viděla jsem, že je to ona, (...), chybí mi jí „muchlinkat“ vlasy, (...), chybí mi, jak mě škrábala na zádech a říkala „spolu to zvládneme“, (...), chybí mi její písmo a vzkazy, které nám s bráchou psala... k tomu vždycky dopsala, že nás má ráda, (...), chybí mi domov, který dokázala vytvořit, (...), chybí mi, jak jsme takhle žili.*“ Neméně podstatný je také moment uvědomění, že se ve vzpomínkách na matku objevuje i mnoho okamžiků, které jí ublížily: „*Chci si ale zapamatovat i ty špatné věci, protože ty tam byly taky a je to v pořádku.*“ Slečna Linda také reflektuje potřebu svůj vztah k matce nějakým způsobem uzavřít, jelikož je pro ni zdrojem dlouhodobé nejistoty a vyčerpání. S celou situací si připadá „*smířená, ale ne vyrovnaná*“. Přináší také obavu z toho, že tato situace možná nemá žádné východisko: „*...ale mám čím dál větší pocit, že možná žádný způsob, jak se s tím vyrovnat, není. Přála bych si najít nějaké řešení, které asi neexistuje*“.

Důležitými změnami prošel také Lindin partnerský vztah. Zásadním momentem byl partnerčin odchod z komunity, ke kterému vlastně „přispěla“ svým hlasováním o jejím setrvání/nesetrvání v komunitě, kdy se musela rozhodovat „*mezi komunitou a vztahem*“. Sama partnerku navrhla na sankci za chování, které brání v terapii (jedna ze sankcí udělovaných v komunitě, pozn. autorky): „*Hlasování o jejím setrvání v komunitě bylo hodně těžké. Několikrát jsem se zdržela, až jsem si řekla, že se prostě musím rozhodnout, (...), věděla jsem, že kdyby tam byl kdokoliv jiný, byla bych proti.*“ Z výše uvedeného můžeme usuzovat, že u participantky došlo k výraznému posílení jejího self a sebehodnoty natolik, že byla schopna „riskovat“ ztrátu vztahu tím, že se partnerce vymezí: „*Ale protože jsem se už dávno předtím rozhodla, že chci upřednostnit komunitu a léčbu před naším vztahem, byla jsem nakonec proti.*“ Nabízenou možnou interpretaci podporuje i další výrok: „*Jsem ale také ráda, že jsem se tak nakonec rozhodla, protože to bylo podle mého nejlepšího přesvědčení.*“ Hlasování o partnerčině setrvání v komunitě ji ukázalo, že je schopna stát si za svým i v situacích, které jsou pro ni obvykle náročné: „*Také jsem v celé této situaci dokázala jít s ní, jako hodně blízkou osobou, do konfliktu, což je pro mě obvykle těžké.*“ Zároveň přiznává, že to pro ni bylo velmi těžké: „*Bylo to nejhorší hlasování za můj pobyt, (...), stresovalo mě, že nevím, jestli tu bude nebo ne.*“ I přesto, že se slečna Linda dostala se svojí partnerkou do přímého konfliktu, jejich vztah vydržel: „*I když už nejsme klientky obě, jsme*



*spolu dál hodně v kontaktu. Skoro každý den si voláme a byly jsme spolu i v Příbrami. “ Jako výhodu a zároveň i zdroj možných problémů nyní vnímá absenci hranic ve vztahu, které jim komunita poskytovala: „Je moc fajn, že teď můžem to, co jsme v komunitě nemohly. Cítím kvůli tomu i nejistotu, protože ta komunitní omezení byla svým způsobem bezpečná. “*

### **III. „Vím, kdo jsem a co potřebuji... i když někdy pochybuji“**

Poslední podtéma analýzy devítiměsíčního review jako by bylo jistým symbolickým dovršením Lindina dosavadního terapeutického procesu. Sdružuje pestrou mozaiku témat, ve kterých se objevuje Lindina reflexe oblastí, které jsou pro ni důležité a často také problematické, na kterých se však participantka nebojí pracovat a s upřímností na ně nahlíží.

Slečna Linda mluví o tom, že se během pobytu v komunitě více poznala, díky čemu se nyní cítí více sebejistěji než předtím. Cítí se mnohem více „sama sebou“ a snaží se rozhodovat podle sebe, i když ji názory ostatních někdy hodně zpochybňují. Výrazně se změnilo také její vnímání lidí a vztahů: „*Nevidím ostatní lidi tak černobíle. Dokážu už více chápat, že lidé nejsou jen špatní nebo jen dobří, (...), vnímám, že jsou lidi a ti mají dobré i špatné vlastnosti a stránky. Protože svět se vlastně nedělí na dobré lidi a Smrtijedy*<sup>8</sup>.“ Ve vztazích se již nebojí se vymezit, když cítí, že je to potřeba: „*Vím, že můžu s něčím nesouhlasit a neznamena to, že je to konec vztahu a toho člověka navždycky ztratím.*“ V jejím životě je nyní přítomno více vztahů než před komunitou, jsou pro ni důležité, zároveň referuje, že „*na nich už tolik nezávisím a více dokážu žít sama za sebe.*“ Blízké vztahy má v komunitě: „*...hlavně s Ád'ou, na které mi moc záleží, cením si jejich názorů a chtěla bych s ní být v kontaktu i po TK,*“ i mimo ni: „*Moji přátelé venku jsou Kačka, kamarádka ze školy, (...), a Kuba, se kterým jsme si dřív byli hodně blízcí, (...), s oběma udržuji kontakt, protože mi na nich záleží a chci je mít ve svém životě.*“

Jako důležité se ukazuje téma sexuality a ženství: „*Mám pocit, že v poslední době se mi trochu uvolnil nějaký blok v tomto tématu, že ho více pouštím do svého vědomí a tolik se tomu nebráním.*“ Slečna Linda vyjadřuje také potíže ve vyrovnávání se se svým ženstvím:

---

<sup>8</sup> Smrtijed (v originále Death Eater) je v sérii knih o Harry Potterovi stoupenec lorda Voldemorta. Smrtijedi tvoří Voldemortův nejbližší kruh a pomáhají mu ve snaze o ovládnutí světa. Své protivníky zastrašují a fyzicky likvidují je i jejich rodiny. Od Smrtijedů se očekává absolutní loajalita a poslušnost, v případě selhání přicházejí tvrdé tresty-většinou smrt.

*„Mám problém o sobě mluvit a přemýšlet jako o ženě, (...), mluvím o sobě jako o holce a s tím slovem žena se nějak nedokážu ztotožnit.“* Před nástupem do komunity si slečna Linda nebyla jistá svou sexuální orientací, což se během pobytu změnilo: *„Díky vztahu se Sárrou jsem přijala, že je s pravděpodobností homosexuální.“*

Slečna Linda mluví o změnách, kterými prošlo její vnímání vlastních krizí a způsob, jakým se o sebe může postarat: *„Změnilo se také to, že mi pomáhá si v krizích říkat, že je to jen stav a že jsou i lepší chvíle, protože často na ty dobré chvíle nezapomínám...“* Zjistila, že požádat o pomoc není znakem selhání, naopak prostředkem, jak se v těžké situaci zabezpečit: *„...když ji potřebuji, prostě to řeknu a neberu to tolik jako selhání, např. jsem si řekla o pomoc, když jsem jela navštívit mámu, (...), někdy mi spíš dělá problém si uvědomit, že bych ji mohla potřebovat.“*

Změnami prošel také její verbální projev, jež je oblastí, kterou slečna Linda referuje jako problematickou již od začátku pobytu v komunitě: *„Také se změnilo to, že víc mluvím. Minimálně o něco víc než na začátku.“* I přes pokroky, které participantka vnímá, je její verbální projev předmětem hodnocení a nespokojenosti: *„...přesto mám pořád s mluvením problém. Nedokážu mluvit košatě, hlavně když něco reflektuji. Často si dlouho rozmýšlím, když na něco odpovídám...“* Pocit určitého subjektivně vnímaného deficitu ve verbálním projevu se také ukazuje jako zdroj Lindiny sebekritiky: *„...někdy taky ale žádnou myšlenku vůbec nemám, (...), mám v hlavě prázdno a nevím, co odpovědět, (...), cítím se pak hodně hloupá...“* Slečna Linda také obtížně snáší, když ji někdo do mluvení nutí, zároveň je pro ni velmi těžké konverzace začínat, ať už se jedná o ty formální či neformální. Linda o sobě říká, že ani v neformálních konverzacích není *„moc ukecaná“* a špatně se jí mluví s cizími lidmi, v cizím prostředí, případně ve velké skupině lidí. Slečna Linda si uvědomuje, že její *„nespolečenskost“* mnozí lidé čtou jako aroganci kombinovanou s nedostupností, což ji hodně dlouhou dobu vadilo, nyní na to nahlíží jinou optikou: *„Celá léta mi to vadilo, brala jsem to jako špatnou a nepřipustnou vlastnost, jako něco, co se musí změnit, (...), že to rozhodně není normální, (...), teď to vnímám jinak. Myslím, že taková prostě jsem, patří to ke mně a nikdy nebudu příliš společenský člověk, (...), mně samotné to nevadí, vždycky to vadilo jen ostatním.“*

Slečna Linda ve svém závěrečném review přináší nové téma *„svého světa“* – prostoru, který je pro ni důležitý, je to *„hodně podstatná část jí samé“*, těžko se jí o něm mluví a někdy se v něm hodně ztrácí: *„Je pro mě pak těžké udržovat se v realitě, (...), vím ale, že o něj nechci přijít, nechci se ho vzdát.“* O tom, jak *„její svět“* vypadá, co v něm je a

co se v něm odehrává, mluví relativně nejasně: „*Nikdy jsem asi nikomu neřekla, co přesně v mém světě je. Jen, že to není hezké a je to agresivní.*“ Za „svůj svět“ se stydí, není si jistá, co ji vlastně dává, sama zároveň přichází s hypotézou, že si jím nejspíše kompenzuje něco, co ji schází v realitě: „*Nejspíš si tím kompenzuju právě nějaké nedostatky ze skutečného světa, (...), jsem tam vlastně hodně dokonalá, (...), asi mi vyhovuje, že to tam můžu mít hodně pod kontrolou.*“ Slečna Linda si uvědomuje, jak jednoduché a lákavé je tomuto světu „podlehnutí“ a jak těžké pro ni někdy je setrvání v realitě: „*Chci se naučit fungovat tak, aby mě nepohlcoval, zároveň aby ale ani nezmezil, (...), mám hrozně ráda ty chvíle, kdy se mu můžu plně poddat, jen se tím nesmím příliš pohltit.*“

Nově se také objevuje téma potřeby řádu věcí, které u slečny Lindy souvisí zejména s potřebou mít o svých věcech přehled. Objevují se také pocity diskomfortu, když se jejích věcí někdo dotýká, případně si je půjčuje: „*Téma, že mi vadí, když mi někdo sahá na věci, asi neprošlo nějakou změnou, ale aspoň jsem si ho uvědomila a nějak pojmenovala, (...), nejvýraznější je to u piana, kterého se dotknul Libor, když nevěděl, že je moje, hrál na něj a které tak kontaminoval, (...), měla jsem pocit, že je najednou cizí. Odstěhovala jsem ho do pokoje, kde zase nasoslo mě a bylo to v pořádku.*“ Z lingvistického hlediska je zajímavé, v jakém kontextu Linda používá slova kontaminace, dekontaminace a „nasosnutí“. Jako by tím chtěla dostatečně důrazně vyjádřit, jak moc ji vadí, když někdo vstupuje do „jejího prostoru“: „*...mám tam takový obdélník, do kterého se bez mého vědomí nevstupuje, (...), na své věci jsem hodně háklivá, musím o nich mít přehled a ráda je přerovávám.*“ Když používá pojem dekontaminace, má tím na mysli důkladný úklid svých osobních věcí, který jí přináší uspokojení: „*...v té době jsem si dekontaminovala pokoj, což znamená všechno přerovnat a uspořádat a od té doby se cítím dobře, (...), rovnání a uklízení mých věcí (dekontaminace) mě hodně uklidňuje, (...), moje potřeba nastolení řádu mých věcí je silná.*“ Na tomto místě by se nabízelo mnoho interpretací, v čem tkví tato silná potřeba slečny Lindy, s určitým vysvětlením přichází ona sama: „*Obecně v životě mám potřebu mít hodně věcí po kontrolou a mít kolem sebe jistoty. Nejistota mě hodně stresuje.*“

#### **IV. Těžkosti, které zvládám**

Důležitou zkušeností, kterou slečna Linda za uplynulé 3 měsíce prošla, byl subjektivně prožívaný velký propad v terapii, který sama označuje jako „největší krizi své existence“. Tato velká krize souvisela s pocity obrovské beznaděje, které prožívala kvůli vztahu svého bratra a jeho přítelkyně: „*Vrátily se mi intenzivní myšlenky, že nezvládnou život., (...), přemýšlela jsem nad tím, jestli mám žít a dál pokračovat v komunitě., (...), přemýšlela jsem, že budu odejdu a umřu nebo zůstanu a pokračovat v životě.*“ Co přesně její velkou krizi způsobilo se z Lindiných výpovědí však nedozvídáme. Tyto intenzivní pocity ji dovedly k využití institutu tzv. 72 hodinovky<sup>9</sup>, ze které se zpět do komunity vrátila s rozhodnutím pokračovat dále ve své léčbě. Slečna Linda uvádí, že se po návratu cítila „*hodně zoufale*“: „*I po návratu do TK jsem se nějakou dobu cítila hodně špatně. Připadala jsem si jako na začátku, že jsem se vůbec nikam neposunula. Hodně se mi střídaly nálady.*“ Jako velmi průlomový se ukazuje způsob, jakým se Linda ke své krizi postavila: „*Nakonec jsem našla nějaké důvody, proč nechci umřít., (...), nevím přesně, jak tohle období přešlo, ale dává mi to alespoň myšlenku, že tahle zoufalá období přijdou a zase odejdou, že netrvají věčně.*“ Z toho, co sděluje, můžeme usuzovat nad zásadní důležitostí této korektivní zkušenosti pro participantčin další život.

Oblastí, která je v Lindině životě stále přítomna a ovlivňuje jí, je sebepoškozování. Mluví o tom, že jí sebepoškozování chybí a „*vracejí se jí chutě*“ na něj, když expresivně popisuje: „*Projede mnou touha po bolesti, krvi a ostrém říznutí.*“ Ve jejích úvahách o vztahu k sebepoškozování se také objevuje pochybnost, jak to bude zvládat v životě mimo komunitu, bez bezpečných hranic: „*...někdy mě napadají myšlenky, jestli to všechno úsilí za to vážně stojí. Někdy myslím na to, že mám strach, jestli se pak venku udržím. Jestli budu mít dostatečně silnou motivaci to neudělat.*“ To, co ji pomáhá tyto „chutě“ zvládat, je odvedení pozornosti: „*Většinou se pak snažím nějak rozptýlit.*“

Jako problematický vnímá slečna Linda vztah ke svému tělu, ve kterém se necítí dobře, stydí se za něj a vadí jí, když její tělo poutá pozornost: „*Bojím se léta, protože se necítím tak dobře v letním oblečení jako ve svetrku nebo v džínách., (...), ...hodně mě to znervóznělo, protože mi vadí to vědomí, že se na mě někdo dívá...*“ Linda si uvědomuje přímý

---

<sup>9</sup> Neúčast na programu spojená fyzickou nepřítomností v komunitě přesahující večerku. Je to prostor časově ohraničený 72 hodinami, který klientovi komunity slouží k přemýšlení o motivaci k další léčbě.

vztah způsobu hodnocení svého těla se svou momentální náladou: „*Uvědomuji si, že to, jak se vidím a cítím, se taky řídí podle nálady. Když se cítím špatně, připadám si tlustá víc, než když jsem v pohodě.*“ Ačkoliv má ke svému tělu rozporuplný vztah, má snahu o něj lépe pečovat: „*V poslední době se mi daří trochu více o sebe pečovat. Častěji si myju vlasy, dělám si copánky, nosím náušnice, někdy si lakuji nehty a nosím méně tepláky.*“ Začíná také připouštět, že může být pro někoho atraktivní: „*Taky si začínám přiznávat myšlenku, že se někomu – Sáře – můžu líbit, i když je těžké tomu věřit.*“ Slečna Linda vnímá, že se její vztah k jídlu proměnil, stále je u ní přítomna potřeba kontroly těla: „*Ted' mám období, kdy se tolik netrápím jídlem. Nejsem si moc jistá, čím se to řídí. Pořád se ale hodně kontrolojuji v zrcadlech nebo odrazech.*“ Z výše uvedeného můžeme pozorovat, že participantka si je vědoma toho, že její vztah k tělu je stále spíše odmítavý, je zde však znát přání toto měnit: „*Na vztahu k mému tělu bych chtěla ještě dál pracovat.*“

#### **4.6.2 Slečna Anna**

Anna vstupuje do rok a půl dlouhého intenzivního terapeutického programu v komunitě za zajímavých okolností – je to její druhý pobyt. V komunitě již absolvovala svůj první pobyt v délce necelých pěti měsíců, který však nedokončila a sama z komunity odešla. Důvodem bylo nekomunitní jednání – na jedné ze svých dovolenek mimo terapeutickou komunitu a později i poté v komunitě tajně užívala marihuanu, zároveň věděla o tajemstvích dalších spoluklientů, která se týkala především zneužívání návykových látek a alkoholu. Celou tuto situaci spojenou s držením tajemství a vědomým porušováním komunitních pravidel nakonec neunesla, pocity viny byly příliš silné a z komunity sama dobrovolně odešla: „*Rozhodla jsem se, že všechno řeknu a pak si zavolám záchranku, protože jinak mě to opravdu zabije.*“ Následky pro ni byly velmi náročné: „*Ty tři měsíce, které teď čekám na znovupřijetí, byly jedním z nejtěžších období mého života – i když jsem se to snažila ustát, skončila jsem na měsíc na uzavřeném oddělení, celou dobu mě víceméně provázejí sebevražedná nutkání, rozsáhlé sebepoškozování, na nějakou dobu jsem upadla do většiny svých patologií najednou a počítám dny, až se budu moct vrátit...*“ Toto náročné období zvládla a dokázala se do komunity vrátit a překonat všechny obavy, strach a stud z toho, jak ji komunita znovu přijme: „*Ted' už budu od začátku vědět, jak důležitá a přínosná pro mě komunita a její principy je, i to, že terapie má cenu pouze když do ní půjdu se vším všudy.*“

Důležitá témata, se kterými do komunity vstupuje, jsou lépe se naučit přijímat sama sebe, neutíkat k černobílému vidění a neupadat do extrémů, omezit své časté impulsivní a

většinou sebedestruktivní chování, naučit se zacházet se svým časem, mít ve věcech a v životě řád, naučit se lépe přijímat a starat se o své tělo, ke kterému se chová destruktivně, sama sebe přijímat natolik, aby mohla do budoucna žít v partnerském vztahu, vydat se na cestu ke stabilitě, aby jednou mohla být milující matkou, naučit se tolik neprokrastinovat a neutíkat, využívat ke své spokojenosti svá nadání místo toho, aby je vnímala jako další nárok, chtěla by nevidět budoucnost tak katastroficky, zbavit se předtuchy, že za každým rohem čeká pohroma nebo že se nedožije zítřka.

## ANALÝZA TŘÍMĚSÍČNÍHO REVIEW

*„Až v kontaktu s druhými vnímám sebe jako osobu a všímám si toho, jaká jsem, nebo spíš, jak působím – když jsem sama, jako bych byla nějaká rozplizlá hmota bez tváře a osobnosti.“*

**Tab. 4:** Témata tříměsíčního review

PRŮZKUM EMOČNÍ MAPY	Rozlišovat emoce Emoce, které dobře znám
VZTAHY A JEJICH BOLEST	Pro druhé jsem důležitá Vztahová bolest Nová dimenze vztahů Prázdnost v sobě Modeluji se podle tebe
POTŘEBUJI, ALE NEZASLOUŽÍM SI TO	Vnitřní kritik Preventivní černé hodnocení Tak, jak jsem, jsem nepřijatelná Moje bezmoc Zabírám prostor a nezasloužím si jej Touha po pozornosti
KRIZE JAKO BEZEDNÁ BAŽINA...ZE KTERÉ MŮŽE VZEJÍT LOTOS	Intenzivní prožívání krizí Pozornější sama k sobě aneb začínám se poznávat a zkouším se přijímat Co mě baví

Slečna Anna se v době vypracování tříměsíčního review nachází čtvrtým měsícem v terapeutické komunitě. Atmosféra tohoto review je prochnutá intenzivním nitrozpytem a sebereflexí participantky a ačkoliv má participantka tuto schopnost velmi rozvinutou, je zde

patrné zaměření popisu těch oblastí, které jsou problematické, již zde nacházíme méně pasáží, kde by slečna Anna popisovala své pokroky. Tento trend může být zčásti ovlivněn i okolnostmi, za kterých participantka do komunity vstupuje.

## **I. Průzkum emoční mapy**

Anna si uvědomuje, že své emoce nedokáže tak úplně popsat, rozeznat a rozlišit jednu od druhé, co však rozlišuje je jejich intenzita: „*Co se týče emocí, mám dvě hlavní polohy – buď je prožívám velice intenzivně, což většinou trvá jen chvíli, nebo cítím jen jakési napětí a tíhu, neklid a netrpělivost, což se děje většinu času.*“ Znamé jsou jí pocity viny a studu: „*...ty bývají palčivé, spojují si je s odmítáním sebe sama a věci tak, jak zrovna jsou, a s tím, když něco udělám špatně. Tyhle emoce taky umějí trvat delší dobu, až mám občas pocit, že jsou neustále přítomné – když se snažím v té druhé poloze rozklíčovat, co vlastně cítím, přijdu většinou na ně.*“ Dokáže prožívat radost: „*..., i když často čekám, že ji někde budu cítit a ona tam pak není. Když už ji cítívám, bývá až extaticky intenzivní, což nedokážu vydržet a uteču do nějaké jiné...*“, dobře známý je jí i smutek: „*...čistý smutek, to je asi vůbec nejpříjemnější emoce, možná proto, že často souvisí s přijetím – sebe, svých pocitů a situace, a hlavně s povolením se tak cítit.*“ Dále popisuje, že měla v minulosti „*neschopnost brečet*“, která nyní odezněla: „*...a teď naopak brečím často, většinou z pocitů vzteku a beznaděje, často to souvisí s pocity zrady, odmítnutí nebo opuštění.*“

## **II. Vztahy a jejich bolest**

Slečna Anna prožívá ve vztazích silné ambivalentní pocity. Na jednu stranu si uvědomuje, že vztahy jsou něco, co „*umí*“, co dělá správně, vztahy se jí velmi dobře navazují, zároveň si uvědomuje bolestnou skutečnost, že ve vztazích vlastně „*není*“, protože je pro ni těžké být v nich autenticky sama za sebe, i se svými „*těžkými stránkami*“ aniž by se „*nemodelovala*“ podle představ daného člověka: „*...mám často pocit, že když se nebudu plně věnovat přizpůsobování sebe podle svých představ o tom, jakou by mě chtěl druhý mít, začnu toho člověka ztrácet, (...), možná proto se mi vztahy sice dobře navazují a když už s druhými jsem, jsou to setkání plná blízkosti, porozumění a světla, ale často pak následuje období, kdy se úplně stáhnou, (...), je pro mě důležité, že je hodně lidí, kteří o mě stojí, zároveň ten*

*potenciál nemám sílu naplnit, a navíc vlastně vnitřně nevěřím, že tam je.*“ Svou sebehodnotu zakládá na vědomí, že je pro mnoho lidí důležitá: *„...pocit, že smím existovat, hodně zakládám na skutečnosti, že mám hodně lidí, co mě mají rádi, se kterými jsem si blízko, pro které jsem výjimečná a kteří o mě stojí – mnohem víc, než dokážu „uživit“.* Na základě výše uvedeného se nabízí interpretace, že načrtnutá vztahová dynamika participantky má velmi blízko k rysům narcistní vztahové dynamiky, jak o ní hovoří McWilliamsová (2015). Uvádí, že označení „narcistický“ se vztahuje k lidem, jejichž osobnost je uspořádána kolem udržování vlastní sebeúcty získáváním potvrzení zvnějšku. Rysy narcistní dynamiky jsou patrné také na Annině vztahu s otcem: *„S tátou už jsem trochu zahájila proces změny vztahu, ve kterém chci, aby se zmenšila má role emocionální opory. Zároveň je to těžké, protože tak, jak je to teď, mám jistotu, že jsem pro tátu důležitá.*“ Zde se ukazuje vztahový vzorec, o kterém mluví McWilliamsová: *„Narcističtí klienti mohou být životně důležití pro rodiče nebo jiné pečující osoby nikoliv proto, kdo skutečně jsou, ale kvůli úloze, kterou plnili.“* (McWilliamsová, 2015, 190)<sup>10</sup>.

Vztahy v komunitě jsou pro ni náročné, protože zde neprožívá *„bleskové a naprosté blízkosti“*, zároveň se zde konfrontuje s tím, že ke vztahům patří i konflikty a nepochopení, což se jí těžko přijímá: *„Mám od malička kvůli tátovi v hlavě uloženo to, že nesmím být hádavá, a najednou čelím tomu, že mám i konfliktní, a ne zcela přizpůsobivou stránku.*“ Uvědomuje si, že díky tomu se dokáže lépe vymezovat a snaží se kontrolovat svou tendenci obětovat se pro druhé, aniž by o to byla požádána. To, že se jí to daří, zároveň přináší i to, že sama sebe hodnotí jako nechotnou a nepřátelskou: *„Celkově mám kvůli tomu pocit, že jsem špatná a nepřijemná a nikdo mě tady nemá rád, mám dokonce pocit, že se blíží den, kdy mi to všichni v tomhle ohledu spočítají a já budu muset odejít.*“ Slečna Anna reflektuje, že by se chtěla více začít chovat jako *„samostatná jednotka“*: *„...nepotřebovat naprostou blízkost a odhalení k tomu, abych s někým měla vztah, (...), zakoušet, že vztahy mohou mít mnohem a mnohem méně černobílých podob, zatím to je zúzkostňující, ale v komunitě se mi to začíná dařit.*“

Z toho, jak slečna Anna popisuje vztah k sobě samé, vystupuje několik důležitých momentů. Anna si uvědomuje, že svou identitu zakládá na momentálních reakcích ostatních. Když je sama se sebou, dostavuje se pocit obrovské prázdnoty, od které většinou utíká:

---

<sup>10</sup> Zde bych ráda zmínila, že bych se nerada dopustila určité formy zjednodušení či redukce vztahu participantky a jejího otce na pouhou formu narcistní vztahové dynamiky, přišlo mi pouze důležité upozornit na typický projev tohoto druhu dynamiky, který se v jejich vzájemném vztahu objevuje.



*„Když jsem sama, mám pocit, jako bych nebyla, většinou se utápím do seriálů, knížek a jiných prostředků k útěku od sebe, když se k sobě snažím vrátit, vyděsí mě většinou prázdnota, kterou cítím a která bolí...“* Při pozorování sebe samé zjišťuje, kolik věcí dělá „pro oči ostatních“, mluví o sobě jako o „pečlivě naaranžovaném živém obrazu“, kterému život vdechne až pohled těch očí, pro které je určen. Jako by až interakce s druhými mohla přinést sdělení o tom, kdo vlastně je: „Až v kontaktu s druhými vnímám sebe jako osobu a všímám si toho, jaká jsem, nebo spíš, jak působím – když jsem sama, jako bych byla **nějaká rozplzlá hmota bez tváře a osobnosti**.“ Nemožnost zachytit se sama v sobě a spolehout se na sebe vytváří silnou potřebu přizpůsobovat se druhým a docílit tak určitého sebepotvrzení: „Také si všímám, že se i dlouhodobě modeluji podle konkrétních osob, a když od toho upustím, objeví se bolavá prázdnota.“ Na jiném místě dodává: „Když jsem s lidmi, jsem pozorností většinou u nich a snažím se prozkoumat každý svůj projev ze všech stran, najít všechny způsoby, kterými by mohl být negativně vykládán, a pak se podle nich modelovat. Je to vyčerpávající a zúzkostňující – i proto, že se to nikdy nemůže úplně podařit.“ Slečna Anna také prožívá velkou nedůvěru k sobě samé, což ji vede k pocitům beznaděje: „... často začnu zpochybňovat úplně všechny své motivace ke všemu, podezřívát se z nejhorsích věcí a nemám se čeho zachytit a podle čeho zjistit, co je pravda. Připadám si úplně prázdná a falešná...“

### **III. Potřebuji, ale nezasloužím si to**

Téma prostoru a zabírání prostoru se v případě slečny Anny v aktuální fázi její terapie ukazuje jako velmi důležité, říkající si o pozornost a sepnuté s potřebou, možná až voláním po pozornosti a zájmu, které je však nemožné zakusit kvůli silným pocitům provinění: „...mám pocit, že když ho zabírám, beru ho ostatním, že jsem obecně moc výrazná a jakoby rozpínavá, hned potom, co se projevím, obvykle přichází úzkost z toho, že mě ostatní negativně hodnotí.“ Tyto ambivalentní pocity souvisí se střídajícím projevem aktivity a pasivity: „...často se tím pádem děje, že jsem v jednu chvíli aktivní a v druhou se úplně stáhnu, jde to z extrému do extrému. Když už prostor zabírám, mám pocit, že s každou minutou ostatním vadím víc a víc, takže mě to vyčerpává a chci utéct.“ Slečna Anna si uvědomuje svoji touhu po pozornosti, kterou nedokáže přijímat: „Je v tom i pocit touhy po pozornosti, na kterou ovšem nemám právo, hodně situací si pak vykládám tak, že jsem naivně chtěla vyjít ze svého místa na světě a opět se mi potvrdilo, že je to jaksi bláhové a nemístné...“

Také si uvědomuje, že téma prostoru je pro ni důležité i proto, že je spojené s její minulostí: *„Zjistila jsem, že téma prostoru pro mě je opravdu hluboké, všímám si, že ve mně probouzí vzpomínky a pocity spojené s vyrůstáním s bráchou, což vede k pocitům hořkosti a ublíženosti.“*

Slečna Anna si uvědomuje, že se pohybuje v „preventivním černém hodnocení“, které se silně manifestuje na zpětných vazbách druhých: *„...všímám si, že hledám a později se ztotožňuji s výklady, které v nich odhalí nějakou formu odmítnutí...“* Zároveň přiznává, že ji tento zažitý způsob přemýšlení děsí: *„Když se občas na tyhle mechanismy zaměřím v reálném čase, vyděsí mě, jak negativní věci si o sobě, druhých a jejich vztahu ke mně a o fungování světa obecně myslím, (...), prožívám to jako takové vězení, i když si čím dál tím častěji uvědomuji, že to dělám sama.“* Slečna Anna si uvědomuje, že celý tento mechanismus je jakási příprava na to, aby ji možná kritika ze strany ostatních nezasáhla nepřipravenou, zároveň se zde nabízí interpretace, že kořeny tohoto mechanismu tkví v obrovském strachu z nepřijetí: *„Mívám pak takovou paranoii o tom, že ve skutečnosti tohle vůbec nemám pod kontrolou a žiju v naprosté nevědomosti, že jsem ve skutečnosti opravdu celá nemístná, trapná, obtěžující a nechtěná, že nevědomě ubližuji ostatním, ale nikdo mi to neříká, aby ušetřil moje city, nebo proto, že mu za to nestojím, nebo proto, že to každý považuje za očividnou realitu a netuší, že já to nevím.“*

Slečna Anna si uvědomuje, že padá do polohy bezmoci, což je podle ní „obecně nejhůře napadnutelný způsob komunikace“, který jí zároveň umožňuje myslet si, že neprojevuje své potřeby a neříká si o ně, což dříve vnímala jako něco, na co nemá právo. Možnou interpretací této tendence může být nemožnost říkat si o své potřeby přímo – na jednu stranu z přítomných pocitů viny, na druhou stranu z možného strachu z odmítnutí. Zároveň se také dozvídáme, že pozice bezmoci ji nevyhovuje: *„Uvědomuji si, že bezmocí zároveň prodávám kus sebe, ponižuji se, což naprosto zahazuje mou sebeúctu, o které si také začínám uvědomovat, že je důležitá, ne nutně morálně špatná, a navíc dokonce i dosažitelná.“* Když se jí podaří tento postoj přepnout, cítí se mnohem více *„naživu a silná“*.

V naplňování potřeb jí také brání něco, co sama nazývá vnitřním kritikem, což je část jí, která *„promlouvá jen v hodnoceních a je jí dobře jen v odsudcích“*: *„Když k sobě připustím nějaký podnět zvenčí – vlastně bez výjimky něčí pozitivní reakci na mě – který mi ukáže, že ten svět, se kterým každý den bojuji a který působí, že je tak těžké žít, tam vlastně možná vůbec není, uvrhne mě to do krize, protože pocítím beznaděj vyplývající z toho, že už na sobě tak dlouho pracuji a ta propast zůstává nepřeklenutá, zdi stojí dál.“*

#### IV. Krize jako bezedná bažina... ze které může vzejít lotos

Slečna Anna popisuje, že prožívá náhlé a silné krize, které jsou často provázeny pláčem: „...je mi nepříjemné, když se to děje na programu, protože tím pak chtě nechtě ovlivňuji situaci, jsem nějakým způsobem výrazný prvek, i když třeba chci pravý opak.“ Také u sebe zná propady, které mají dlouhodobější charakter a jsou způsobeny „únavou materiálu“, jak tento stav sama trefně nazývá: „...neumím zatím čerpat energii průběžně, takže se stává, že jakoby vyhořím, připadám si, jako bych se **topila v bezedné bažině** a cítím nutkání uchýlit se k nezdravým mechanismům, o kterých ale vím, že fungují – pálit se cigaretou, pořezat se, jít se opít, zvracet jídlo a tak.“ Slečna Anna popisuje, že nutkání uchýlovat se k sebeustrukci prožívá intenzivněji v dlouhodobých krizích než v těch krátkodobých. Stává se jí, že se v silných emocích cítí být zrazena komunitou, která jí v danou chvíli neposkytla podporu, musela si tedy poradit sama: „...zažila jsem, že je dokážu překonat i sama, jakkoliv se mi v tu chvíli chce udělat přesný opak, možná zčásti demonstrativně. Už se mi povedlo uvědomit si, že problémovým chováním akorát ublížím sama sobě, a rozhodnout se to neudělat. Není to ale zatím něco, na co bych se v sobě mohla zcela spolehnout.“

V Annině review nacházíme mnoho vlastní sebereflexe nad problematickými oblastmi, které by chtěla změnit. Nachází se zde o poznání méně momentů, kde popisuje to, co se jí daří, co je pozitivní. Proto mi přijde důležité dát těmto místům prostor, jelikož jsou krokem směrem k utváření Anniny sebehodnoty. Slečna Anna popisuje, že k sobě v některých momentech dokáže zaujmout laskavější přístup, nepochybuje o sobě ve schopnosti snášet bolest a začíná si uvědomovat, že její sebeúcta je důležitá a dosažitelná: „V některých momentech se mi ale daří na chvíli upustit od tvrdosti a na moment zastat sama k sobě něžnější přístup.“ Je aktivně zapojená do komunitního programu, zároveň se učí držet si své hranice, což jí obecně dělá problém: „Učím se nechodit „přes sebe“ – když má třeba někdo téma na skupině. Dřív jsem jako by po hlavě skákala do snahy mu pomoci ze všech sil, což je také vyčerpávající.“

Ukotvuje se také v oblasti trávení volného času a objevuje nové věci, které ji baví: „Začalo mě tady bavit vaření a ke svému údivu zjišťuji, že mi to celkem jde, mám v tom ze sebe dobrý pocit.“ K některým svým zájmům, ve kterých dříve byla výkonově a na efekt orientovaná zaujímá nový přístup: „Snažím se teď najít knížky, které by mi vyhovovaly – ne

*superintelektuální díla, která by se dobře vyjímala na seznamu přečtených knížek a o kterých by se dalo hodiny rokovat na literárních seminářích, ale zároveň ne knížek napsaných tak nešikovně a brakově, že mě nechytanou.“*

## **ANALÝZA ŠESTIMĚSÍČNÍHO REVIEW**

*„Učím se, že důvěra je o tom, dovolit si pustit kontrolu – znamená to pro mě, že zkusím něco udělat tak, abych naplnila své potřeby nebo hodnoty, a pak až sleduji, co to se vztahem udělá.“*

**Tab. 5:** Témata šestiměsíčního review

<p><b>TĚŽKÉ A ZRAŇUJÍCÍ, PŘESTO PŘIJATELNÉ</b></p>	<p>Těžko přijatelné emoce přestávají být tabu V emocích jsem zranitelná</p>
<p><b>POUŠTĚT KONTROLU</b></p>	<p>Vztah se mnou je takový, jaký si jej druhý přeje Význam důvěry ve vztazích Konflikty ve vztazích Do vztahů už vstupuji jinak Závislá na vztazích Významné vztahy v komunitě Vztahy mimo komunitu Rodina beze změny</p>
<p><b>ZPOCHYBŇUJI, ALE I PŘIJÍMÁM</b></p>	<p>Už se tolik neničím Vztah k tělu Já a bytí v realitě Negativní scénáře Jsem už jinde Pocit zaseknutí Zabírám prostor Zpochybňuji sama sebe</p>
<p><b>KDO JSEM, CO CHCI A KAM SMĚŘUJI</b></p>	<p>Mé hodnoty Sny versus nároky Dlouhodobé versus krátkodobé Má role v komunitě To, co ráda dělám Hodnota DBT</p>

--	--

Annino šestiměsíční review na čtenáře dýchá jinou atmosférou než review předchozí. Ačkoliv slečna Anna stále bojuje s oblastmi, které chtějí v terapii svůj čas, tak na mnoha místech nalzáme mnoho důvodů k naději, že její terapeutický proces pokračuje směrem k jejímu spokojenějšímu životu a smíření samé se sebou. Anna má díky terapeutické komunitě příležitost vstupovat do vztahů jinak, než byla dosud zvyklá, učí se přijímat své negativní emoce, potkává se více sama se sebou v mnoha rovinách, poznává se, utváří si své hodnoty a mění se intenzita bažení po sebedestruktivních mechanismech ve chvílích krize.

## I. Těžké a zraňující, přesto přijatelné

Chápání a vnímání vlastního emočního prožívání a celkový postoj k emocím se u slečny Anny výrazně proměňuje. Jako velmi zásadní se ukazují momenty, kdy byla Anna schopna přijmout fakt, že negativní emoce patří k životu. Sama je vnímá jako „zlomové“: „*Ve chvílích, kdy si uvědomím, nebo častěji když někdo jiný validuje, že je něco těžkého, že mám na negativní emoce právo, přichází taková katarze, často provázená samovolnými slzami.*“ Dokáže si dovolit prožívat vztek: „*Mnohem víc už vnímám vztek, dřív jsem si myslela, že ho nikdy neprožívám, pak, že ho prožívat nesmím, teď si to umím do jisté míry dovolit, a dokonce mě to svým způsobem umí i bavit.*“, zažívá závist a žárlivost: „*...připouštím si je v maličkostech, a díky tomu přestávají být tabu a já se v nich tolik neodsuzuji. Předtím jsem je vnímala jako ponižující, zbytečné, nestrategické – raději předstírám, že jsem o danou věc nebo člověka nikdy nestála, že na něm nejsem nijak závislá, že mi nemůže tímto způsobem ublížit...*“, zažívá pocity znechucení jak ze sebe, tak z ostatních: „*...znechucená sama ze sebe jsem jakoby podprahově, obecně, (...), jsou lidé, ke kterým cítím znechucení, které často pochází z jedné z jejich vlastností nebo způsobů projevu, přes kterou je začnu odmítat celé, za což pak cítím velký pocit viny a proto si tuto reakci vnitřně zakazuji.*“, zároveň si všimá, že největší strach má z ponížení: „*...což se mi špatně přiznává, nejraději bych se nadále viděla jako pokornou a pýchy prostou, protože nebyt taková je přece zavrženíhodná – a taky ponižující.*“ Dokázala si také přiznat, že jí je dobře v pocitech odmítnutí, opuštěnosti a zrady, jelikož tyto pocity jsou jí dobře známé, a tudíž i bezpečné: „*...párkrát už jsem se přistihla u toho, že si schválně „vytvářím“ scénáře, interpretuji si situace, tak, abych je cítila – a i když*

*o tom vím naživo, nedokážu v tu chvíli chtít to změnit. Mám v těch emocích pocit domova. “*  
K negativním emocím ještě přidává velmi dospělou a trefnou reflexi: *„V přijímání negativních emocí mě osvobodilo uvědomění, že když člověk něco potlačuje, vždycky se to projeví někde jinde, což ze mě sejmulo přesvědčení, že mít nebo nemít jisté emoce má něco společného s morálkou. “*

Slečna Anna si uvědomuje, že jí dělá velké problémy sdílet své emoce s druhými. Ačkoliv měla dříve pocit, že je ve svém emočním prožívání otevřená, zjišťuje, že má strach vnášet své emoce do vztahů a být v nich před ostatními: *„Sdílím ty, které se mi hodí, a nejradši bych si je plánovala, štvě mě, že to nejde, že mám i ty, co mi jakoby překážejí. Chtěla bych to mít úplně jinak, ale nejsem s tím v kontaktu a nejsem si jistá, jestli vím, jak to měnit. “* Také si uvědomila, že velmi rychle přechází do zranitelnosti a poté se raději stáhne: *„...dokážu své emoce popsat, možná i projevit, ale následně je rychle odstraním ze stolu, takže v nich reálně nejsem, a ani je nesdílím s druhým v pravém slova smyslu. “* Uvědomuje si, že často zaměňuje obdiv za „mít rád“, kde si je vědoma snahy o „nezranitelnost“: *„Opravdu se chci postupně učit tyhle dvě věci nezaměňovat, mimo jiné proto, že přijetí a blízkost, po kterých toužím, z obdivu prostě nevykřešu. “*

## **II. Pouštět kontrolu**

Pro slečnu Annu jsou blízké vztahy a sdílení s druhými *„tím nejdůležitějším v životě“*. Zároveň si uvědomuje, že v nich není autentická, snaží se *„tvarovat se“* tak, aby s ní druhému bylo dobře a aby si o ní myslel *„ty nejlepší věci“*: *„...do interakcí s druhými tím pádem nevstupuji celá, ale nastavuji druhému jen pečlivě vybrané strany sebe... “* Svě blízké vztahy považuje za hluboké a ačkoliv tak dle jejích slov *„ze všech možných úhlů vypadají a zdají se“*, z její strany tomu vlastně tak není: *„...i když se v nich odhalují slovy, opět to jsou spíš předpřipravené projevy – více či méně, podle toho, jak bezpečně se s druhým dokážu cítit.. “*. Celou svou vztahovou sebereflexi, ze které je cítit smutek, uzavírá důležitým sdělením, ve kterém se nabízí odkaz na narcistní vztahovou dynamiku: *„Přemýšlím, nakolik jsou mi vztahy setkáním s druhým, a nakolik příležitostí najít zrcadlo, ve kterém dokážu sama sebe vidět i pozitivně, ve kterém si stále znovu potvrzuji vlastní hodnotu. “*

Ačkoliv si je slečna Anna vědoma hluboce zakořeněného problému vztahování se k ostatním, v kterém se řídí svým zažitým vzorcem chování *„tvarování“* či *„modelování“* se

podle toho, „*jakou ji druhý potřebuje mít*“, během svého terapeutického procesu začíná tyto mechanismy měnit: „*V tom vidím cestu ke hledání sama sebe a pravdivému bytí ve vztazích. Odvrátit pozornost od toho, co by po mně druhý mohl chtít, a rozhodnout se bezproblémovost vztahu riskovat v zájmu projevení sama sebe.*“ Začíná také měnit způsob, jakým do nových vztahů vstupuje. Dříve byla zvyklá „vrhnout se“ do co největší blízkosti s každým novým člověkem a tím si zajistit pocit důležitosti a výjimečnosti, který jí přinášel pocit bezpečí. Tento způsob vědomě odložila: „*...bylo to těžké, protože mi chyběla jistota v podobě naprosté blízkosti s druhým, ale bylo to dobré rozhodnutí...*“ a do nových vztahů nyní vstupuje „méně intenzivně“ a „po hlavě“. Její pohyb ve vztahovém poli je nyní zdravější: „*Většina mých vztahů tady teď není absolutně blízkých a pozitivních, ale učím se v tom fungovat spokojeně.*“ Důležitým aspektem je také vpouštění důvěry do vztahů, které se jí nyní více daří: „*Učím se, že důvěra je o tom, dovolit si pustit kontrolu – znamená to pro mě, že zkusím něco udělat tak, abych naplnila své potřeby nebo hodnoty, a pak až sleduji, co to se vztahem udělá, (...), je to podobný pocit, jako bych se pustila skály a přešla na chvíli do volného pádu, ale zatím to, když jsem sebrala odvahu a ať už byl výsledek jaký chtěl, stálo za to.*“

Vlivem svého nového postoje začíná slečna Anna zažívat také „*trhliny ve vztazích*“, jež jsou přímým důsledkem její větší autentičnosti. Učí se to ustát, zároveň se cítí svobodněji: „*Snažím se po konfliktu okamžitě nevrhnout do urovnávání a ověřování, že mě druhý stále přijímá, protože si už uvědomuji, že to může druhého dusit a oběma nám tím upírám svobodu. Zároveň upřímně přiznává, že v tom velkou roli hraje také jistá „vztahová stabilita“, kterou si v komunitě vytvořila: „ V tom, že dokážu takové situace ustát, ale zároveň velkou roli hraje to, že vím, že jiné moje vztahy tady jsou pevné a že se o ně můžu opřít, takže v tom stále je jistá závislost.*“

Důležitý prostor v tomto review slečna Anna věnuje popisu jednotlivým pro ni významným vztahům v komunitě s klienty i terapeutky, kde se odráží jak to, co ona sama ve vztazích považuje za důležité a cenné, tak to, čemu se díky vztahům učí.

Dozvěděla se, že pro to, aby vztah fungoval, na něj nemusí tlačit, protože pokud je tam potenciál, vztah začne sám přirozeně růst. Poprvé vnímá ve vztahu pocit pevnosti, aniž by si jej musela potvrdovat: „*Náš vztah od té doby čím dál tím víc i emočně prožívám jako oboustranný, věřím, že má o mě zájem a vlastně i, že mě má ráda, a nepotřebuji to chápat a analyzovat myslí, snažit se to zachytit důkazy a pak se zlobit na pocity, že je nereflektují. Neumím si představit, jaký by pro mě celý pobyt a proces byl bez ní.*“

Pochopila, že druhým občas nedává svobodu, snaží se neustále věci urovnávat a tlačí na blízkost: „*Tím, že jsem tehdy zjistila, že Monika o vztah se mnou nestojí, jsem se mohla přestat snažit, díky tomu mám teď pocit, že spolu fungujeme dobře a mnohem svobodněji, (...), je mi s ní často dobře, a hlavně se mi tuto zkušenost daří zpracovat a pracovat na tom, abych stejné mechanismy měla v ostatních vztazích víc pod kontrolou.*“

Zjistila, že ji zraňuje, když druhého nezajímá. Touží po tom být pro druhého důležitá. Vadí jí, když druhému pomáhá a podporuje jej a její péče se jí nevrací nazpět, ať už ve formě zájmu, potvrzení nebo ocenění. Zároveň postupně dokázala přijmout, že pro každého není důležitá a výjimečná, což jí nakonec přineslo jistou úlevu: „*Poslední dobou Tonda občas zmíní, že je mu se mnou dobře, že mu chybím, když tu nejsem, a podobné malé věci. Děje se to jako moc milá překvapení a ne jako něco, o co bych se hrozně snažila a pak s napětím čekala, kdy už to konečně přijde.*“

Vadí jí, když nastavování hranic nebo vymezování se není vyváжено srdečnými a odlehčenými interakcemi: „*Občas, zvláště na několika mimořádkách<sup>11</sup>, mi její vztahování se k nám přišlo vyloženě ponižující, degradující – když na něco, co jsem řekla, reagovala ironickým úsměvem pro sebe a zavrtěním hlavou.*“ Zjistila, že je pro ni matoucí vztahování se, které velmi připomíná dvojnou vazbu<sup>12</sup>: „*Zároveň ji ale také často vnímám jako velice pečující, takže ve vztahu přepínám, čímž je pak další zranění trochu horší, a další projev péče o trochu významnější.*“ Naopak je pro ni velmi důležité zažívat pocit stálosti, který jí přináší pocit bezpečí: „*Ačkoli nastavuje hranice stejně, jako ostatní terapeuti, u ní to zpravidla nevnímám jako odmítnutí, oslabení vztahu, nevnímám dvě různé polohy, ale stále tu samou lidskou Jarku, a díky tomu se cítím bezpečně a přijatá.*“

Zjistila, že i v momentech krize a ohrožení se už může spolehnout sama na sebe: „*...zvláště v době jejího PP<sup>13</sup> za to, že mě pomlouvala, a kdy jsem měla důvody se bát, že proti mně chce obrátit ostatní, které mám ráda, jsem poprvé začala doopravdy prožívat takovou*

---

<sup>11</sup> Mimořádka – mimořádná komunita na ohrožení, je setkání všech členů terapeutické komunity, jehož účelem je řešení aktuální ohrožující situace, která v komunitě nastala. Je to mimořádný program, jež vstupuje do programu řádného v jakokouliv denní či noční dobu. Právo na svolání mimořádné komunity má kdokoliv z členů.

<sup>12</sup> Dvojná vazba (v originále „double bind“) je psychologický pojem, označující způsob komunikace, při níž jedinec dostává od komunikující osoby dvě neslučitelné informace současně. Může jít o rozpor mezi verbální a neverbální složkou projevu, případně v širším pojetí i o logický protiklad.

<sup>13</sup> PP neboli povolení přespat – pokud klient/ka poruší některé z pravidel vyplývajících ze smlouvy o poskytování sociální služby, základních pravidel či obecné pravidlo, může být hlasováním členů podmíněně vyloučen/a z komunity. Pokud dojde hlasováním komunity k tomu, že je klient/ka z komunity podmíněně vyloučen/a, pak má možnost požádat komunitu o poskytnutí příležitosti v programu pokračovat. Činí tak prostřednictvím žádosti o povolení přespat (PP).



*pevnost sama v sobě, místo, o které se mohu opřít.“ Utvrdila se v tom, že za každou cenu nemusí druhé zachraňovat jen proto, aby se jí dostalo potvrzení vlastní hodnoty: „V těchto dnech se moje prožívání tohoto vztahu zase mění, protože má s Anežkou více či méně otevřený vztahový problém víc lidí, kvůli čemuž mi jí je líto, vím, že je v těžké situaci, (...), zároveň si chci uchovat vlastní právo na to sama sebe chránit, i když dřív bych jí asi přispěchala na pomoc a zapoměla na svoje emoce, kapacity a sebeúctu.“*

### **III. Zpochybňuji, ale i přijímám**

Důležitým motivem, který se v tomto review objevuje napříč mnoha důležitými oblastmi, je Annina reflexe toho, co se posouvá a mění, v čem se již cítí silnější a pevnější a toho, co zatím měnit nelze, nebo sama měnit nechce, jelikož jsou to věci známé a ačkoliv sebedestruktivní, tak pro ni nějakým způsobem bezpečné.

Slečnu Annu stále ovlivňují témata vlastní nepříjatelnosti, divnosti, zasluhování si místa na světě sebetřýzněním, předjímaní hranic druhých a zodpovědnost za jejich hranice. Často se dostává do destruktivního kolotoče myšlenek o tom, co si o ní druzí myslí: *„Významnou součástí mého přemýšlení je intenzivní pozorování sama sebe a zkoumání, jestli to, co dělám, není nějaká hra, kterou se snažím působit na ostatní, což už samo o sobě znamená, že se jí stává, (...), promyslím všechny možné způsoby, jak by mě ostatní mohli v danou chvíli vidět, přičemž se samozřejmě věnuji těm negativním, a snažím se přijít na způsob, jak tomu předejít, (...), čímž začnu být znechucená sama sebou a paranoidní z toho, že to je každému jasné, že jsem trapná a falešná, a čím dál to jde, tím víc ztrácím kontakt se skutečností a čímkoliv, čeho bych se mohla chytit.“* Stále intenzivní je i téma „preventivního černého myšlení“: *„To, že se moje myšlení točí kolem snahy předejít nečekanému „úderu“ a tím pádem setrvává ve významně negativních scénářích, se tedy od tříměsíčního review nezměnilo. Slečna Anna si nově uvědomuje, že silnou motivací k tomuto způsobu myšlení je strach z ponížení.“*

Pro Annu je také důležité téma testování reality, které přináší úlevu, zároveň i pocity zmaru: *„ Chvilé, kdy si ji „otestuji“ tak, že to ke mně opravdu dolehne, jsou často těžké, ne tím, co zjistím – to samotné je zpravidla úlevné -, ale prožitím toho, jak velký je rozdíl mezi tím, s jakou představou o realitě žiju, jaká mě každý den a ve všem ovlivňuje, resp. v propasti rozdílů mezi nimi...“* Zjistila, že příliš nedůvěřuje mechanismu přímého testování domněnek,

jelikož tím na druhého vytváří nátlak, který je pro vztah ohrožující. Mnohem lépe se cítí, když dokáže být autentická: „Zjišťuji, že se ke mně zpětná vazba dostane spíš ve chvíli, kdy vyjádřím své prožívání za sebe a druhý se k němu přirozeně vztáhne.“ Reakce druhých v ní stále vyvolávají silné pocity strachu z vlastní nepřijatelnosti: „Ověření domněnek občas funguje lépe, když není odpověď‘ stoprocentně pozitivní – to pomáhá, abych odpovědi uvěřila, dokážu ji pak zpracovat, i když pak často začnu hledat, není-li drobná „výtká“ jen špičkou obrovského ledovce zavržení...“

Pro slečnu Annu je stále velmi živé téma zabírání prostoru. Neumí si o něj říkat napřímo, když si jej vezme, je v napětí z toho, že tím bere prostor ostatním a kazí si tím vztahy. Obecně je toto téma u slečny Anny propojeno se silnými pocity úzkosti a sebeodmítání: „Když ho potřebuji a nevezmu si ho, propadám se pak do přesvědčení, že si ho nezasloužím, že jsem ho vůbec neměla chtít, s nečekanou silou přicházejí ozvěny pocitů z dětství, (...), na programu se málokdy stává, že bych se k druhým nevztahovala, nereagovala na jejich témata, projevy, problémy, zkušenosti. Občas z toho pak začnu mít špatný pocit, že je mě moc plno, že zabírám moc prostoru, jsem s tím otravná...“

Pochyby přináší také obava z toho, zda se v komunitním dění nesnaží zaujímat roli terapeuta: „...to pak vede k tomu, že ačkoliv bych ráda nějakým způsobem na druhého reagovala, neudělám to. Potom často přichází napětí, zůstávám pak s těmito negativními domněnkami...“ Zároveň se v tomto ohledu dokáže sama „zkorigovat“ a vidět i tu část, která může být pro druhé přínosná: „... když se ale v tomhle ohledu pokouším sama sebe zkoumat, z většiny je v tom prostě chuť se vyjadřovat, často mě prostě něco za mě relevantního napadne a chci to říct...“

Situace, kdy se druhý ocitne v krizi, ji vedou k extrémům – buď se úplně odsáhne, nebo se mu vší silou snaží pomoci a tím se vyčerpává: „Často se stává, že např. na MKK<sup>14</sup> plánuji z důvodu sebeochrany zaujmout první zmíněnou polohu, ale nakonec se stejně překloupím do té druhé, to když dostanu pocit, že bych mu dokázala pomoci, že to znám, že už jsem možná někdy dokázala z toho samého místa najít cestu ven...“ Ačkoliv v ní tato poloha vyvolává pochybnosti o vlastní nadřazenosti, dokáže v nich nezůstávat: „...když se ale do druhého opravdu vžiju, a když se nám pak společně s ostatními povede k němu nějak dostat, dojít do místa, ve kterém je prostor pro naději, pravidelně mě překvapí slzy dojetí...“

---

<sup>14</sup> MKK – mimořádná komunita na krizi, je aktivita s jasnou strukturou vedoucí k zvládnutí akutní krize dotyčného klienta/klientky, který si mimořádnou komunitu svolává a to tak, aby se celá skupina mohla co nejrychleji vrátit k řádnému programu.

Slečna Anna si všímá, že se u ní nově objevuje tendence být stále silná a neříkat si o pomoc, což vede k jejímu vyčerpání a následné krizi. Někdy také vědomě setrvává ve vlastních negativních představách o sobě a o druhých: „...jsou to také chvíle, kdy si vytvořím scénář, ve kterém jsem zrazená a odmítnutá a pak se v něm na nějakou dobu uvelebím, (...), občas začnu mít pocit, že mě někdo nesnáší, je na mě alergický, pak v tom zůstávám a hodně mě to ovlivňuje ve fungování.“

Slečna Anna reflektuje oblasti, ve kterých vnímá výrazný posun. Velkou proměnou prošel její vztah k sebedestruktivnímu jednání: „Snižuje se má chuť ničit sama sebe. Poslední dobou nemám chuť na látky měnící vědomí, naopak mě jejich představa spíš znepokojuje, ohrožuje, (...), nesebepoškodila jsem se už od prvního týdne tady, na začátku to určitě bylo hlavně kvůli pravidlům, teď cítím kromě impulsů a nutkání, které jsou alespoň momentálně slabší, i opačnou tendenci – při představě zasažení do své tělesné schránky cítím, že kus mě se tomu brání, představuji si, že je to možná kousek přirozeného, „normálního“ prožívání, (...), s radostí si poslední dobou všímám, že vnější motivace komunitními pravidly a principy, která mě celou dobu drží od destruktivních mechanismů (především sebepoškozování, látky, které mění stav mysli, hraní si s příjmem potravy) se postupně začíná měnit ve vnitřní – po letech mě často odpuzuje představa pálení se cigaretou nebo ztráty kontroly pomocí změněného stavu mysli.“

Proměnil se také její vztah k tělu, který již před nástupem do komunity referovala jako velmi problematický. Způsob, kterým onu proměnu líčí, je velmi upřímný a bez potřeby „uhlazovat realitu“: „...vztah k tělu se proměnil i ve fyzické otázce – nejsem sic spokojená se svou postavou a pořád mám nerealistické představy o tom, že kdybych byla hubená, neměla bych žádné starosti, mám pořád i touhu být výrazně hubená, cítím vůči podobě svého těla stud, a znechucení, zároveň ale moje nespokojenost s tělem není zdaleka tak v popředí, jako bývala...“

Slečna Anna také mluví o tom, že důvodem, který ji brání v nevyužívání sebedestruktivních mechanismů, je především komunita jako taková – tedy vnější hranice a motivace být v komunitě „cele a upřímně“. Tato tendence však stále úplně nevymizela: „...pořád si ubližuji cigaretami, občas přehnaným příjmem kofeinu, špatnými návyky co se týče jídla, (...), tuhle svou stránku už dobře znám, vím, jak chutná – můžu mít opravdovou chuť a odhodlání zvolit si konstruktivnější cestu, ale pak se objeví nutkání jít si tu cigaretu dát, ačkoliv vím, že mi z ní zrovna bude špatně, nebo si jít udělat další kafe, ačkoliv vím, že mi neudělá dobře, že potřebuji něco úplně jiného – a já tomu nutkání automaticky předám

*kontrolu z pozice, že proti němu nic nezmůžu, nebo možná z chuti vzbouřit se proti konstruktivním nárokům, a pak jako bych sama sebe pozorovala, jak jdu a tu věc udělám, dřív, než může vyhrát konstruktivní stránka. Slyším ji, jak se ozývá, ale vyberu si tunelové vidění.“*

#### **IV. Kdo jsem, co chci a kam směřuji**

V tomto review se výrazně ukazuje potřeba slečny Anny prozkoumávat vlastní hodnoty, své směřování, sny a nároky, svou roli a postavení v komunitě, stejně jako to, čím vyplňuje svůj volný čas.

Slečna Anna cítí v tématu hodnot nejistotu, zkoumá, zda hodnoty, které vyznává a tvoří její světonázor, jsou opravdu její osobní, vycházející z ní samotné, nebo zda jsou to postoje, které by jako „*dobry člověk měla vyznávat*“. Cítí potřebu přesahu, víry, vztahu s něčím, co jejímu životu dá smysl. Věrně popisuje, že v sobě má pořád křesťanku, tato její část je však nyní „*u ledu*“: „*...přes všechnu snahu zažívat Boha jako milujícího ve mně hluboko uvnitř přetrvává představa, že mě nenávidí, že mě maximálně s odporem trpí – odráží se v tom moje představa o světě a o sobě, a je to zatím příliš velká překážka. Tak nějak doufám, že jednou to zase budu mít jinak.*“ Aktuálně se po smyslu života tolik neptá, jelikož jej nachází v komunitě: „*...ve svém fungování tady. To má pro mě inherentně smysl, a zbytek odkládám na později s tím, že v téhle fázi potřebuji řešit jiné věci.*“

V současnosti jsou jejími hodnotami především komunitní principy: „*...u těch mám jistotu, že jim věřím, že se za ně dokážu a chci postavit, a každý den v tom můžu sama sebe zkoumat, konfrontovat se se sebou a skutečností, jestli se jimi sama řídím a co ve mně vzniká za konflikty, co pro mě celkově doopravdy znamenají.*“ Prožívá také obavu z možného rozpadu či rozvolňování komunitních principů: „*Komunitní principy a hranice jsou pro mě osobně velice důležité, mám o ně starost, když teď například je hodně nově přestoupivších klientů, a stává se, že starší klienti a pracovníci hlasují protichůdně k nim, mám úzkost z toho, že rozboří věci, jejichž smysl zatím nevidí.*“ Slečna Anna se nyní zároveň nachází v období, kdy zkoumá otázku své role v komunitě. Referuje, že se poslední dobou ocitá v roli té, „*kteřá drží principy*“. V této poloze se nejprve necítila dobře, i to se postupně mění: „*...zvnějšku role možná přetrvává, ale hledám si v ní svojí autentickou polohu, tak, aby v ní*

*byla má lidskost a vlastní hlava, a zároveň respekt a vnímání smyslu principů. Pořád to ale je těžké, občas se v tom cítím zaseknutá...“*

Slova jako potenciál, talent, vlastní výjimečnost, sny a přání jsou pro slečnu Annu zdrojem pocitů rozporuplnosti. Ačkoliv si je vědoma talentů a obdarování, kterými disponuje, bere je zároveň jako „*prokletí*“, jelikož cítí neustálou potřebu „*vykupovat*“ jimi svou existenci. Zároveň byly vždy zdrojem jisté formy sebe prezentace a něčím, za co se často „*schovávala*“. Proto má ke svým snům a přáním nyní spíše opatrný postoj: „*Pořád mám jednu velkou motanici ze snů a nároků a v tom smyslu si teď snažím dát co nejvíce volnosti, trpělivosti, netlačít na sebe, takže vlastně nevím...“* Zároveň autenticky pojmenovává svá přání, která až esenciálně zachycují její niterné potřeby: „*Chtěla bych dokázat hrát a tvořit s radostí a svobodou. Chtěla bych žít život bez sebedestrukce. Chtěla bych umět přijímat lásku druhých a mít ráda. A fakt tam cítím to chtění, nejen nárok nebo představu, jak by to mělo být. Chtěla bych jednou asi dokázat mít vztah, a myslím, že i děti, a co nejméně je psychicky poškodit. Jsem si čím dál tím jistější, že bych chtěla věřit, že můžu žít obyčejný život, že nejsem natolik vadná, aby mi to bylo zapovězeno, že se nemusím navždycky vykupovat extrémními úspěchy nebo sebedestruktivními berličkami...“*

Další důležitou oblastí, o které slečna Anna ve svém review hovoří, je rozpor mezi okamžitým uspokojováním krátkodobých potřeb versus naplňování dlouhodobých cílů. Trápí jí, že doposud dává přednost okamžitému uspokojení, zároveň si uvědomuje, co přispívá k opaku: „*...i když s přihlédnutím k tomu, kolikrát, s jakou silou, jak dlouho a jak neúspěšně se snažím měnit tohle chování, mám za to, že vnitřní klid a vyrovnanost jsou spíš podmínkami, co změnu umožňují, i když jsem si jistá, že jedno ovlivňuje druhé a zase naopak...“* Uvědomuje si, že tento problém ji viditelně brání ve „*zdravém*“ životě venku: „*...nejsem kvůli němu schopná strukturovat si čas, věnovat se důležitým věcem, když nemám zvnějšku nastavené hranice, upadám hlouběji a hlouběji do všech svých patologií...“* I přesto v této oblasti dělá pokroky: „*Změna se mi daří alespoň při<sup>15</sup> psaní komunit do počítače – v tom se překonám, a i když cítím odpor, dělám to co nejdříve, abych měla klid. Občas také vytřu a vysaju pokoj už v sobotu – ze stejného důvodu.“*

Velkou zálibou slečny Anny je hudba. Zároveň se za ni určitým způsobem stydí, protože je to jeden z talentů, který je předmětem obdivu ze strany Annina okolí. Hudbě se

---

<sup>15</sup> Zapisování komunit do počítače patří k povinnostem klientů komunity, kteří jsou v tzv. statutárních funkcích, což znamená, že se podílejí na chodu komunity a pro terapeutický tým jsou spojovníkem mezi nimi – terapeuti a klienti komunity.

chce nadále věnovat: „...najít chuť a vytrvalost ke cvičení na hudební nástroje a zpěvu, ke skládání písní a tak. Zatím tam ale jsou velké nároky, které mi to celé naprosto znechucují a úplně z toho vyštípou radost, spontánnost a chuť do života...“ Svou zálibu v hudbě posunula dál, není si však jistá, zda je to něco, co opravdu chce: „ve vzduchu visí nahrávání alba, které mám z vnějšího, praktického hlediska už v podstatě zajištěné, což se stalo samovolně, dřív, než se cítím připravená. Teď si ale nejsem jistá ničím...“ Přemýšlení o své zálibě uzavírá větou, která jako by ji velice trefně charakterizovala: „Klidně bych začala čímkoli na světě, kdybych se na tom dokázala učit, jak u něčeho vydržet, jak na tom pracovat a přitom si zachovat lásku a zájem.“

## ANALÝZA DEVÍTIMĚSÍČNÍHO REVIEW

„Co se posunulo, je můj vztah k životu jako takovému – téměř nemám pochyby o tom, že chci žít, a dokonce odchází i podvědomé počítání s tím, že můj život nebude nijak dlouhý.“

**Tab. 6:** Témata devítiměsíčního review

<p>OBRANNÉ EMOCE SE HLÁSÍ O SLOVO</p>	<p>Intenzivní vztek a hněv Strach – starý známý společník Přijímat a rozeznávat emoce</p>
<p>NEJISTOTA JAKO VZTAHOVÁ NORMA</p>	<p>Nejistota jako vztahová norma To, co ve vztazích potřebuji jinak Být zranitelná Nejistota a pochybnosti ve vztahu k sobě Sexualita a partnerství jako zdroj studu Rodina – téma, které stále není tématem Krok za krokem k větší spokojenosti sama se sebou</p>

<p>SEBEDESTRUKCE JAKO TĚŽIŠTĚ,... KTERÉ POMALU OPOUŠTÍM</p>	<p>Sebedestrukce – moje těžiště Relaps aneb volání o péči a pozornost Moje krize a bytí s druhými Moje krize a sebedestrukce Chci žít</p>
<p>ZDRAVÝ STŘED</p>	<p>Moje myšlení – nejistota a vnitřní kritik V myšlenkách daleko od reality Autenticita v chování Dlouhodobé cíle versus krátkodobé uspokojení Podporuji a pečuji versus potřebuji a zabírám prostor Zdravý střed Hranice a komunitní režim Nároky versus rezignace Význam DBT</p>

Devítiměsíční review je pro klienty terapeutické komunity Kaleidoskop důležitým milníkem, „oslavou“ zvládnutí důležité fáze terapie, jež je zakončeno získáním statusu „úspěšného klienta<sup>16</sup>“ a postupem do další fáze terapeutického procesu. Při čtení tohoto review však na čtenáře dýchá jakýsi zvláštní smutek. Toto review je sice plné důležitých sebereflexí participantky, ze kterých poznáváme, že se slečna Anna již velmi dobře zná, přesně ví, jaké jsou její potřeby a má zmapované své problematické oblasti. Přesto nebo právě proto dostává v tomto review velký prostor popisování toho, na čem participantka potřebuje pracovat, oblasti, které potřebuje změnit. Mnohem menší prostor je zde věnován reflexi toho, co se v terapii podařilo. Důvodem může být Annina dlouhodobá krize, ve které se nachází, o které v review mluví a která ji zřejmě nutí dívat se na svět více negativní optikou.

## I. Obranné emoce se hlásí o slovo

V této fázi Annina terapeutického procesu je důležitá intenzita prožívání a přítomnost negativních emocí, zj. vzteku a hněvu, které si slečna Anna dokáže připustit a dovoluje si je

<sup>16</sup> Status úspěšného klienta získává klient terapeutické komunity Kaleidoskop, který dokončí devět kalendářních měsíců léčby v terapeutické komunitě.

prožit: „Nevím, jestli to tak bylo i dřív a já si to jen nepřiznávala, nebo jestli došlo ke změně, ale poslední dobou je mojí nejčastější emoci a emoci, kterou nahrazuji ty ostatní, vztek nebo hněv, (...), vzhledem k tomu, že ještě před časem jsem byla přesvědčená o tom, že vztek vůbec nezažívám, a později si ho striktně zakazovala, je to velký posun, ačkoli mě přepadávají pochyby, jestli je to opravdu správným směrem.“ Uvědomuje si také, že to, co dříve vnímala jako úzkost, ji nyní připadá jako hluboká podrážděnost. Vztek je stále nejčastěji namířen proti ní, ale čím dál častěji i proti druhým, což je pro ni lépe zachytitelné. Novou zkušeností je pro ni také to, že pod vlivem vzteku jedná impulsivně: „Poprvé v životě se mi občas děje, že v naštvání řeknu nebo udělám něco, co bych zpětně byla chtěla udělat jinak, mírněji. Vím, že to patří k životu, ale je to pro mě nové – sice mě to trochu děsí, ale zčásti si to umím i užít.“

O strachu hovoří jako o své nejdominantnější emoci, kterou si často ani neuvědomuje, protože je na její společnost zcela přivyklá: „Chtěla bych umět strach lépe uchopit a přistupovat k němu jako k emoci, se kterou se dá pracovat, a kterou prožívám, ale nejsem jí.“

Slečna Anna hovoří o tom, že chtěla lépe umět rozeznat a uchopit své jednotlivé emoce, aby s nimi mohla lépe nakládat: „...chci zkoumat, které se bojím projevit kvůli strachu ze zranitelnosti a ponížení. Potřebuji se naučit je přijímat a nehodnotit je, ani skutečnost, že je vůbec mám. Potřebuji se zbavit strachu z bytí s emocemi, který vede k mému vyhýbání se jim i sama sobě.“

## **II. Nejistota jako vztahová norma**

Ukazuje se, že pro slečnu Annu je stále velmi náročné být ve vztazích, jelikož jsou zdrojem nejistoty: „...se kterou se automaticky vypořádávám tím, že pro jistotu předpokládám, že jsou věci ze strany druhého špatné a jsem pak překvapená pozitivními interakcemi.“ Sama sobě přiznává, že v lidech často vidí „to nejhorší“: „...jsem podezřívavá, podezírám ostatní, že mi chtějí ublížit, že jsou falešní a sobečtí.“ Uvědomuje si, že vztahy prožívá „hraničářsky



černobíle“: „...všímám si, že na základě jedné interakce nebo jedné stránky druhého dokážu celý vztah i člověka zavrhnout, a zároveň pak na stejně kusovitém základu v sobě zaujmout úplně opačnou pozici, (...), potřebuji se učit rozeznávat to, že jedna interakce nedefinuje celý vztah, a jedna stránka nebo vlastnost celého člověka – víc než dřív si uvědomuji, jak velká to pro mě je výzva.“ Annino bytí ve vztazích je stále definováno její potřebou potvrzování ze strany ostatních: „Potřebovala bych přestat po druhých chtít potvrzení o tom, že jsem OK a o tom, jestli smím být taková, jaká zrovna jsem, (...), potřebovala bych se také přestat tolik upínat na druhé a jejich mínění jako na návod, podle kterého mám sama sebe tvořit.“ Výrazná a naléhavá je také potřeba dovolit si být ve vztazích zranitelná: „Potřebuji si dokázat říct, když mě něco bolí nebo mi něco ublíží, místo toho, abych se prostě stáhla a distancovala, (...), přiznat druhému, když mě třeba zraní – ačkoliv to znamená přiznat, že má nade mnou moc, což ve mně probouzí hrůzu...“ Z výše uvedeného můžeme usuzovat, že slečna Anna touží po autenticitě ve vztazích, že se již možná dostavuje „únava“ z neustálého přizpůsobování se druhým. Anna zmiňuje i důležitou potřebu chránit sama sebe od vztahů, které mohou být náročné či toxické: „Potřebuji si umět ustát vzdálenost u lidí, co mi ubližují, nebo co mi s nimi prostě není dobře – bez užírání se a nenávisti, ale zároveň bez ztráty sama sebe a přehnaného urovnávání věcí.“

Ve vztahu k sobě slečna Anna stále bojuje s přesvědčením, že je hluboce nepřijatelná tak, jak je, vytváří o sobě iluze a je pro ni těžké dostat se do kontaktu se svým pravým já: „...toto se během pobytu v komunitě výrazně nezměnilo, ačkoli je to věc, která mě trápí snad úplně nejvíc.“ Zároveň ale dokáže zachytit změnu, která nastala v intenzitě projevů: „...možná se tedy samotné jádro problému zcela neposunulo a jeho důsledky mi ztěžují každodenní prožívání, ale ubývá jeho extrémních projevů a tím i míry, do které mi brání ve fungování v životě.“ Také si uvědomuje, že je mnohem více v kontaktu se sebou: „...třeba jsem začala rozeznávat, že toužím po dokonalosti, nenapadnutelnosti, že se hodně hodnotím, že mám strach z toho, jaká doopravdy jsem, a proto to úzkostlivě zakrývám před sebou i ostatními...“ Změnila se také intenzita potřeby nebýt, případně být někým jiným: „Mám i nadále stavy, kdy toužím úplně zmizet, nebýt, anebo alespoň být čímkoliv a kýmkoliv jiným než sebou, ale když nad tím přemýšlím, říkám si, že už jsou mnohem méně časté.“

Důležitým místem v review je výčet přání, která vyslovuje, když definuje, co všechno by potřebovala k tomu, aby byla spokojenější sama se sebou: „...dovolit si být sama sobě autoritou v tom, co nesmím a smím, chci a nechci být, a ustát si to, místo, abych se tuhle moc snažila nacpat do rukou ostatním, (...), Potřebuji najít sílu a motivaci dělat věci, co mě

*baví, co jsou pro mě dobré, co mi chutnají, a z nich si skládat život, (...), potřebuji opustit sebedestrukci, tíhnout ke věcem, kterými se ničím, a uvěřit, že to nemusím být já – že můžu být i člověk, který se o sebe stará, který chce být spokojený a zdravý, (...), potřebovala bych na sobě vidět i dobré věci, o které se můžu opřít, a neustále je nezpochybňovat s tím, že to jsou jen propočítané lži, nenechat si je ve svých očích vynulovat tím, že jsou na mě i věci, které se mi nelíbí, (...), potřebovala bych umět být se sebou spokojená a na sebe hrdá nezávisle na potvrzení a ocenění ostatních.“*

Jako velmi nejisté a neprobádané území se pro slečnu Annu ukazuje pole partnerských vztahů a její vlastní sexuality: *„Chtěla bych otevřít téma partnerských vztahů, i když v tom mám hodně studu a strachu, abych mohla začít zkoumat, jak to mám a jak to chci, a co mohu udělat pro to, abych v budoucnosti dokázala být ve spokojeném vztahu.“* Její sexualita není něčím, čím by se během pobytu v komunitě příliš zabývala, mluvení o ní ji přináší mnoho studu a sebeodmítání, i přesto zde vnímá slečna Anna jistý posun: *„...myslím ale, že mě už méně přitahují představy, že mě někdo využívá nebo celkově jde proti mé sebehodnotě a bez opravdového zájmu o mě, někdo, u koho mám pocit, že je hodně „pod mojí úroveň“, (...), ačkoliv nemohu říct, že bych se uměla ztotožnit s představou partnerštějšího fyzického kontaktu ve kterém by hrál roli opravdový zájem, něha a respekt ke mně jako ke člověku, moje vlastní preference, a kde by druhý byl někdo, ke komu cítím upřímnou lásku a obdiv, nepřijde mi to už tolik vzdálené.“*

Téma vztahů s rodinou je oblastí, kterému slečna Anna během svého pobytu v komunitě věnuje velmi málo prostoru. V každém z review, a ani toto není výjimkou, uvádí, že se v tématu rodiny „neposunula“: *„...i když mě na něj Martin (individuální terapeut, pozn. autorky) několikrát upozorňoval a podněcoval mě k tomu, abych se na něj zaměřila, já nevím, odkud, a navíc mám vždycky jiná témata, která vnímám jako pro sebe aktuálnější...“* Svůj vztah s rodiči vnímá jako relativně stabilní a blízký, zároveň si uvědomuje, že je tomu tak z velké části díky její snaze a vzorcům chování, na jejichž změně se snaží pracovat: *„...rozumíme si, nemáme konflikty, dokážu se s nimi bavit o hodně věcech, o našem vnitřním prožívání a tak, zkrátka alespoň na první pohled máme výjimečně dobrý vztah. Asi i proto se mi téma rodiny nechce otevírat – znamenalo by to znestabilnit momentální stav, ve kterém jsem víceméně spokojená. Zároveň si více uvědomuji, že momentálně je náš vztah založený hodně na mojí snaze zavděčit se, na mém přizpůsobování se tomu, jakou by mě naši mohli chtít.“* Tématu rodiny by se slečna Anna chtěla více věnovat v následujících měsících svého pobytu v komunitě.

### III. Sebedestrukce jako těžiště, .... které pomalu opouštím

Sebedestrukce, krize, propad... to jsou termíny, které mají v životě slečny Anny stále své místo, ačkoliv, jak sama říká, s nimi dokáže již lépe pracovat, rozpoznávat je a ví, co jí způsobuje těžkosti: „*Celkově jsou moje relapsy spíš dlouhodobé propady, které mě postupně úplně vysají a zbaví naděje. Ted' se právě z jednoho takového po dlouhých týdnech nebo měsících začínám vynořovat.*“ Pro slečnu Annu je nyní důležité, aby své sebedestruktivní chování dokázala více ovládat: „*...potřebuji získat větší moc nad sebedestruktivním chováním, mám pocit, jako by v tomhle nastavení bylo moje těžiště – snažit se z něj odchýlit směrem ke konstruktivitě a spokojenosti chce vždycky spoustu síly, a nakonec se vrátím zpět, tam, kde jsem doma.*“ Uvědomuje si, že se stále pohybuje v „*krizovém módu*“: „*...hledám možné skulinky a nedokonalosti, kudy by ke mně mohlo proniknout ponížení, odsouzení nebo odmítnutí, a zkouším vymyslet, jak tomu zabránit.*“

Slečna Anna u sebe nyní rozlišuje dvě rozdílné polohy, které se týkají nutkání k sebedestruktivnímu chování – nutkání k sebepoškození (na úrovni těla) je pro ni signálem, že jí není dobře a potřebuje pomoc: „*Když si svolávám krizi s nutkáním si ublížit, všimla jsem si, že vždycky řeknu, že tam ta chuť je, ale že vím, že to neudělám – protože to tak je a nechci svůj problém zbytečně zveličovat, (...), mám z toho radost – chuť si ublížit už vnímám spíš jako indikátor toho, že se se mnou něco důležitého děje, než jako opravdovou hrozbu.*“ Nutkání k sebepoškození prostřednictvím alkoholu a drog je u slečny Anny stále přítomné a reálné, děje se tak zejména ve chvílích, kdy u ní dochází k hlubokému propadu vedoucímu k zoufalství, sebenenávisti, potřebě zmizet: „*...potom mám velkou chuť na alkohol, drogy, nebo prášky. Na rozdíl od sebepoškození si v této oblasti nedůvěřuji, že bych tyhle stavy dokázala venku ustát. Možná by pro mě opravdu bylo dobré si takovou situaci zažít ještě v komunitě a moci se na ni podívat v terapii.*“

Slečna Anna si uvědomuje, že největší potíží ji přinášejí situace, kdy je nucena být před druhými konfrontována se svými pochybeními, případně když nemá danou situaci pod kontrolou: „*Když to bylo nejhorší, rozhodla jsem se nakonec místo toho jít na dvaasedmdesátku. Tehdy se také ukázalo, že pořád nedokážu být s druhými v tom, když něco pokazím, nebo když je mi tak špatně, že nemám pod kontrolou to, jak působím navenek.*“ Slečna Anna zároveň vyslovuje přání v takových situacích neutíkat, naopak moci se projevit

autenticky: „Ze všeho nejvíc bych se chtěla naučit být i se svými relapsy ve vztazích, dokázat neutéct nebo se neuzavřít, nenasazovat masky. I když to teď občas dokážu, stejně ve mně ve výsledku roste napětí a strach o vztah, až to nakonec nevydržím, (...), chtěla bych v tom umět spočinout. Potřebuji se také učit s relapsy něco dělat ve chvílích, kdy to ještě jde, a nečekat s tím až do momentu, kdy nedokážu vydržet už ani vteřinu.“

Ačkoliv je mnoho oblastí, ve kterých se sebou slečna Anna bojuje, důležitým momentem zůstává proměna jejího pohledu na život, resp. jejího vztahu k životu: „Co se posunulo, je můj vztah k životu jako takovému – téměř nemám pochyby o tom, že chci žít, a dokonce odchází i podvědomé počítání s tím, že můj život nebude nijak dlouhý. Mám i nadále stavy, kdy toužím úplně zmizet, nebýt, anebo alespoň být čímkoliv a kýmkoliv jiným než sebou, ale když nad tím přemýšlím, říkám si, že už jsou mnohem méně časté.“

#### IV. Zdravý střed

Název závěrečného tematického celku analýzy devítiměsíčního review slečny Anny prostupuje několika oblastmi, se kterými se v review setkáváme.

První oblastí je pomyslná oscilace mezi její potřebou podpory a prostoru v rámci skupinových terapií a péčí o ostatní, kterou slečna Anna prožívá: „Nedávno jsem na skupině mluvila o tom, že je pro mě těžké tam být, protože pendluji mezi potřebou zabrat prostor, dostat pozornost a vztáhnout všechno k sobě, za kterou se stydím, a snahou dávat najevo zájem ostatním, přičinit se k tomu, aby jim tam bylo lépe a aby jim skupina pomohla, v čemž pak ale zase nejsem sama sebou. Tuhle dualitu vnímám i v jiných částech programu.“ Slečna Anna stále bojuje s pocitem, že se příliš projevuje a zatím hledá polohu, ve které by se cítila dobře: „...zkrátka stále hledám, jak být v programu sama za sebe, hlavně tak, abych se v tom necítila nesvobodně ani nekonzistentně, aby se mi tolik nestávalo, že se najednou zastavím a zjistím, že jsem se vychýlila někam, kam jsem nechtěla, a že mám najednou potřebu jít úplně druhým směrem, abych to vyrovnala.“

Slečna Anna popisuje potíže ve schopnosti dlouhodobě pracovat na určitém cíli. Sama říká, že by „potřebovala přestat dělat vždy to, co je momentálně nejlehčí“. Na tuto potíž naráží vždy, když se snaží o jakoukoliv změnu. Namísto dlouhodobého cíle dává přednost momentálnímu uspokojení a pohodlí, což ji dostává do beznaděje a paralýzy: „...je to něco, co řeším už dlouho, a mám pocit, že se to spíš zhoršuje než naopak, a nevím, jestli

*se mi může podařit tuhle tendenci obrátit – opět mám pocit, že na to nikdy nebudu mít sílu, energii, vůli. Změnit to ale potřebuji a jsem rozhodnutá přijít na to, jak se mi to může povést.“*

Další oblastí, ve které se slečna Anna cítí paralyzovaně, je prožívaný nesoulad mezi obrovskými nároky, které si sama na sebe klade a rezignací, do které upadá, když se jí nároky nedaří plnit: *„Potřebuji překonat nastavení, že když už začnu dělat věci konstruktivně, musí to být na sto procent, a když není, nemá vůbec cenu se snažit. Potřebuji v tom hledat lehkost, (...), uspořádání volného času a schopnost dokopávat se k věcem jsou pro mě tady i venku velkým problémem, který mě dostává do velkých a těžko překonatelných krizí, (...), chci se učit dělat věci, které mě baví a jsou konstruktivní, a neležet místo toho v pomyslném příkopu rezignace a sebedestrukce.“*

V aktuální fázi terapeutického procesu slečně Anně prospívá komunitní režim, díky kterému se jí daří i přes počáteční nechuť fungovat: *„Znovu a znovu zažívám, že i když mi třeba přijde skoro nemožné vstát z postele, ale kvůli režimu musím, za nějakou chvíli už dokážu normálně fungovat – nevěřím si ale, že bych i přes toto vědomí dokázala tyhle překážky překonat bez tlaku režimu a povinností.“* Anna také momentálně hledá polohu, ve které by se cítila autenticky, v oblasti nastavování hranic druhým: *„Sama umím ve formálním prostoru nastavovat hranice mnohem lépe, než dříve, ale zároveň to pro mě znamená, že i sama pro sebe přepnu do role někoho nekompromisního a bezcitného a odmítám se v tom, (...), také je pro mě stále těžké si jednou nastavené hranice později ustát, nesnažit se věci vzít zpět, uhladit. Den po dni tu ale zažívám, že se v konkrétních vztazích nemusí tohle vylučovat s péčí a blízkostí.“* Zároveň je pro ni stále náročné přijímat vymezení ze strany druhých: *„...ted' mám opět větší tendenci s tím bojovat, bránit se. Už ale lépe umím vnímat to, že se nastavení hranic nevylučuje s péčí, a ačkoliv se v danou chvíli cítím odmítnutá, nezůstávám v tom pocitu tak dlouho.“*

### **4.6.3 Odpovědi na výzkumné otázky**

V této podkapitole se věnuji odpovědím na výzkumné otázky, které pro mě představují dovršení procesu analýzy psaných narativních zpráv jednotlivých respondentů a zachycení změn v jejich terapii, které souvisí s vývojem v čase. Zabývám se popisem hlavních oblastí terapeutických změn, které jsou z mého pohledu výrazné a stěžejní s vědomím, že výsledky

mého výzkumu obsahují mnohé drobné nuance terapeutického posunu obou participantek, se kterými se čtenář může seznámit v podrobné analýze v kapitole výsledků výzkumu.

Výzkumné otázky, které jsem si na začátku výzkumu stanovila, znějí následovně:

1. Jak lidé s HPO vnímají prožívané změny v terapii v průběhu léčby v terapeutické komunitě Kaleidoskop?
2. Jaké další faktory přispěly ke změně v terapii?

**Odpověď na první výzkumnou otázku: Jak lidé s HPO vnímají prožívané změny v terapii v průběhu léčby v terapeutické komunitě Kaleidoskop?**

### **Slečna Linda**

První respondentka, slečna Linda, do komunity vstupuje s tématy osamění, beznaděje, absence přátel, myšlenek vnitřní prázdnoty a neschopností udržet si dlouhodobý vztah. Dalšími důležitými tématy jsou deprese, bulimie, sebepoškozování, pokus o sebevraždu, ztráta matky a vztah k ní a negativní vztah k sobě.

Důležitými oblastmi, které vzešly z detailní analýzy psaných narativních zpráv a ve kterých participantka vykazuje terapeutickou změnu či posun v terapii, jsou následující:

#### **1. Emoční prožívání**

Oblast emocí prošla důležitým vývojem. Na začátku pobytu participantka referovala, že se její prožívání emocí zvýšilo, zároveň si začíná dovolovat prožívat emoce, které dříve potlačovala, objevuje se také potřeba autentického emočního prožívání.

Po dalších třech měsících se v oblasti emočního prožívání ukazuje jako nejdůležitější prožívanou emocií láska, kterou participantka zažívá v plné šíři zřejmě poprvé v životě. To, že je schopná dovolit si prožívat lásku, souvisí také se změnou v jejím postoji ke vztahům a k blízkosti obecně. Zajímavé je způsob, jak na lásku „nehraničně“ nahlíží, ačkoliv jí zažívá poprvé – namísto idealizace je v jejím prožívání přítomna vyváženost pozitivních i negativních aspektů vztahu, které si uvědomuje a dokáže je popsat. Také se více usazuje v sobě a ve svých emocích, dokáže již lépe popsat, co cítí. Dokáže si také dovolit prožít těžké emoce, jako např. smutek a nepotlačovat jej. Uvědomuje si souvislost mezi svou únavou a emočním prožíváním, s čím souvisí také to, že již dokáže lépe rozpoznat signály těla, které ji upozorňují na přicházející krizi.

V další fázi svého terapeutického procesu připouští přítomnost nových emocí, které dříve úplně chyběly v repertoáru jejího emočního prožívání, nebo si myslela, že jich vůbec není schopna, jako je např. vztek, závist a žárlivost. Vztek je pro ni novou a důležitou emocií, který však vyvolává obavy ze ztráty kontroly a nepřiměřených projevů.

## **2. Oblast vztahů**

Na začátku svého pobytu participantka uvádí vztahovou oblast jako problematickou, je to i jedno z témat, se kterým přichází do komunity. Ve vztazích s druhými a v sociálních interakcích obecně si připadá hodně nesvá a neohrabaná, mluví také o strachu z konfliktů ve vztazích, objevuje se hluboce zakořeněné přesvědčení, že je jednodušší blízké vztahy nemít, jelikož se tím eliminuje možnost citového zranění z možné ztráty vztahu.

V další fázi terapeutického procesu se participantka v oblasti vztahů více ukotvuje a dokáže se již ve vztahovém poli pohybovat více sebejistě. Dokáže pojmenovat důležité atributy blízkého vztahu, v komunitě také začíná navazovat blízké vztahy, dokáže se více a lépe vymezovat a postavit se za sebe a své potřeby. Důležitým aspektem je také její partnerský vztah se spoluklientkou, který je zdrojem ambivalentních pocitů. Je pro ni stále náročné být před druhými zranitelná a požádat o pomoc, což bere jako výraz vlastního selhání.

V další fázi terapie je velmi důležitou oblastí Lindin partnerský vztah. Zásadním momentem byl partnerčin odchod z komunity, ke kterému participantka přistoupila velmi konstruktivně, ačkoliv to pro ni bylo obtížné. V této fázi byla nucena volit mezi komunitními

principy a shovívavosti vůči partnerce vzhledem k jejich vztahu. Podařilo se jí uchopit náročnou situaci konstruktivně a postavit se za hodnoty, které v tu chvíli cítila jako správné a důležité, ačkoliv tím riskovala ztrátu vztahu, o čemž velmi autenticky hovoří jako o jednom z nejtěžších období v komunitě. I přes náročnou situaci její partnerský vztah přetrval i po odchodu partnerky z komunity. V jejím životě je zároveň přítomno mnohem více vztahů než před pobytem v komunitě, což vnímá velmi pozitivně.

### **3. Vztah k sobě**

Výraznou proměnou prošel participantčin vztah k sobě samé. V začátcích terapeutického procesu je velmi výrazný negativní vztah Lindy k svému tělu a silná potřeba jeho kontroly. Důležitým tématem je také strach ze selhání a nemožnost ukázat se zranitelná.

V další fázi terapeutického procesu se participantka více usazuje sama v sobě a posiluje se její sebehodnota. Lépe rozeznává stavy krize, umí s nimi lépe pracovat a dokázat si říct o pomoc, k budování „pevnějšího“ self také přispívá uvědomění, že na některé věci má nárok (týká se vztahu k matce, prožívání emocí, laskavějšího přístupu sama k sobě, možnost vidění některých věcí „méně fatálně“ atd.), k pocitu větší stability také přispívá, když dělá to, co opravdu dělat chce a cítí to tak. Změnilo se také její postavení ve skupině, kdy jí ostatní berou více dospěleji. Zároveň jsou oblasti a témata, o kterých se jí těžko hovoří, ale přistupuje k tomu bez hodnocení.

V následující fázi Lindiny terapie dochází k dalšímu posilování jejího self a vlastní sebehodnoty. Participantka mluví o tom, že se během pobytu v komunitě více poznala, díky čemu se nyní cítí sebejistěji, snaží se více rozhodovat podle sebe, svých preferencí a potřeb. Výrazně se proměnilo její vnímání lidí, které už nevidí černobíle, ve vztazích se nebojí vymezit, když cítí, že je to potřeba. Jako důležité se ukazuje téma její sexuality a ženství, o kterém je již schopna i hovořit. Změnil se její přístup k řešení náročných situací, došla také k zjištění, že požádat o pomoc není slabost, naopak způsob, jak se v těžké situaci zabezpečit. Změnou prošel také její verbální projev – ze začátku pobytu velmi bojovala s mluvením před lidmi obecně, nyní se jí podařilo tento blok do velké míry odstranit. Změnou také prošel její vztah k vnímání vlastní zdrženlivosti ve vztazích, kterou druzí čtou jako aroganci, dříve jí to vadilo, nyní to přijímá jako součást sebe samé.



#### 4. Vztah k tělu a k sebepoškozování

Participantčin vztah k tělu a k narušování integrity tělesné schránky prošel během terapeutického procesu určitými změnami. Participantka se před nástupem do komunity potýkala s poruchou příjmu potravy (bulimie) a sebepoškozováním (sebepoškozovala se řezáním).

Participantku stále ovlivňuje problém s poruchou příjmu potravy, který se již neprojevuje v aktivní formě, stále však trpí výčitkami ve chvíli, kdy sní více jídla, než by chtěla a potřebovala. S tím souvisí i participantčin vztah k tělu, který je stále spíše negativní. Svě tělo nepřijímá, hodnotí je, stydí se za něj a má potřebu jej neustále kontrolovat v zrcadlech a odrazech. Negativní vztah k tělu se projevuje také v tom, že si vybírá volné oblečení, ve kterých její tělo není tolik vidět. V další fázi terapie si participantka uvědomuje, že to, jak se vztahuje ke svému tělu má přímou souvislost s její náladou – ve chvíli, kdy se necítí dobře, má tendenci se více hodnotit a naopak. Ačkoliv má ke svému tělu stále ambivalentní vztah, dokáže se o něj již lépe starat a celkově o sebe více pečovat, což je pro ni nové. Zároveň si také uvědomuje, že může být pro někoho atraktivní. Svůj problematický vztah k tělu si uvědomuje a chtěla by na něm nadále pracovat.

Lindu také stále ovlivňuje problém se sebepoškozováním. Ačkoliv se v rámci komunitní péče podařilo stabilizovat její potřebu v narušování integrity těla, myšlenky na sebepoškození jsou u ní stále přítomny. K sebepoškození se velmi emočně vztahuje, když o něm mluví, jako o „*nejúžasnějším pocitu, který kdy zažila*“, zároveň si uvědomuje, že tento způsob řešení krizových momentů je destruktivní a ve svém životě jej nechce. Také si uvědomuje, jak její sebepoškozování a pokusy o sebevraždu museli prožívat její blízcí, cítí za to vinu.

V další fázi své terapie hovoří o tom, že „chutě“ k sebepoškození jsou u ní stále přítomny, sebepoškozování ji chybí. Vyjadřuje také pochyby nad tím, jak bude tyto tendence k sebedestruktivnímu chování zvládat mimo bezpečné komunitní hranice. Na tomto místě je důležité zdůraznit, že ačkoliv jsou u participantky přítomny myšlenky na sebepoškození, již více než půl roku se nesebepoškodila – dokonce i ve chvíli, kdy se ocitla ve velkém propadu a několik dní byla mimo prostředí komunity.

## 5. Rodina

Téma rodiny je v participantčích narativních zprávách silně přítomné, což je zřejmě dáno velmi specifickou rodinnou situací, jež je zdrojem silných emocí a pocitů beznaděje (matka participantky je velmi vážně nemocná a již druhým rokem upoutaná na lůžko a udržována v umělém spánku, pozn. autorky).

O vážné nemoci své matky, její hospitalizaci a jejich komplikovaném vztahu participantka otevřeně hovoří již v životopise. Poté se ke vztahu k matce vrací v další fázi terapeutického procesu. Matčina náhlá a nečekaná hospitalizace byla počátkem Lindiny poruchy příjmu potravy a sebepoškozování. Ve vztahu k matce zažívá silnou ambivalenci – matka jí chybí, zároveň se na ní také zlobí. Participantka vyjadřuje touhu tyto dva protipóly nějakým způsobem sjednotit, což se jí nedaří. Uvědomuje si, že jí matka tolik nechybí jako člověk, ale spíše jako „matka – životní element“. Přestává si také vyčítat, že si přeje matčinu smrt. Jelikož si uvědomuje, že její vztah s matkou byl vztahem závislým a matka jí vystavovala enormní emoční zátěži, dokáže na celé této složité situaci vidět i jiný aspekt než jen negativní, když mluví o tom, že matčina absence v jejím životě ji může poskytnout prostor, aby zjistila, kým je a žít více sama za sebe.

V další fázi terapeutického procesu hovoří participantka o tom, že její vztah k matce prošel změnou, ale není si přesně jistá jakou. Po více než roce byla matku navštívit v nemocnici, tato zkušenost ji přinesla zklamání. Její vztah k matce se tříbí a usazuje, velmi expresivně hovoří o tom, co jí v souvislosti s absencí matky chybí, zároveň je schopna nahlédnout i na její problematické a negativní aspekty. Na svůj vztah s matkou získává vyvážený pohled a dochází k jistému smíření.

### Slečna Anna

Druhá respondentka, slečna Anna, vstupuje do komunity s tématy lépe se naučit přijímat sama sebe, neutíkat k černobílému vidění a neupadat do extrémů, omezit své časté impulsivní a většinou sebedestruktivní chování, naučit se zacházet se svým časem, mít ve věcech a v životě řád, naučit se lépe přijímat a starat se o své tělo, ke kterému se chová

destruktivně, sama sebe přijímat natolik, aby mohla do budoucna žít v partnerském vztahu, vydat se na cestu ke stabilitě, aby jednou mohla být milující matkou, naučit se tolik neprokrastinovat a neutíkat, využívat ke své spokojenosti svá nadání místo toho, aby je vnímala jako další nárok, chtěla by nevidět budoucnost tak katastroficky, zbavit se předtuchy, že za každým rohem čeká pohroma nebo že se nedožije zítřka.

Důležitými oblastmi, které vzešly z detailní analýzy psaných narativních zpráv a ve kterých participantka vykazuje terapeutickou změnu či posun v terapii, jsou následující:

## **1. Emoce**

Pro Annin vývoj v oblasti emočního prožívání je specifické a důležité prožívání dříve potlačovaných emocí.

V začátcích terapeutického procesu je pro participantku obtížné rozlišovat jednotlivé emoce, dokáže vnímat pouze jejich intenzitu, učí se tedy své emoce poznávat. Znamé jsou jí pocity viny a studu, dobře známá je jí také emoce smutku, dokáže prožívat i radost, ale spíše v extrémních projevech. Odezněla také neschopnost plakat, která jí nyní v podstatě obtěžuje.

V další fázi terapeutického procesu byl pro participantku zlomový moment, kdy si připustila, že negativní emoce patří k životu a že na ně má nárok. Intenzivně prožívá vztek, závist a žárlivost, zjistila také, že největší strach má z ponížení. Přiznává, že se paradoxně dobře cítí v pocitech odmítnutí, opuštěnosti a zrady a ačkoliv jsou to pocity, které ji ubližují, cítí se v nich bezpečně, jelikož je důvěrně zná. Důležité bylo také uvědomění, že pokud bude negativní emoce potlačovat, projeví se jinde, což slečnu Annu povzbudilo, aby si je nezakazovala. Anna si také uvědomuje, že jí dělá potíže sdílet své emoce s ostatními, jelikož tím ukazuje svou zranitelnost, a to je poloha, ve které jí není dobře.

V následující fázi terapeutického procesu, který je poznamenán její prožívanou dlouhodobou krizí, nejvíce vystupují pocity vzteku a hněvu. Uvědomila si také, že to, co dříve vnímala jako úzkost je hluboká podrážděnost. Často prožívá také vztek, který je stále nejčastěji namířen proti ní, ale čím dál častěji i proti druhým, což je pro ni lépe zachytitelné. Novou zkušeností je pro ni také to, že pod vlivem vzteku jedná impulsivně.

## 2. Blízké vztahy

Bytí ve vztazích je pro slečnu Annu jedním z nejdůležitějších témat, které ji provází po celou dobu terapeutického pobytu. V jejich blízkých vztazích se velkou měrou odráží i její vztahování k sobě samé.

V začátcích terapeutického procesu participantka reflektuje svou velkou zdatnost v navazování vztahů, které se velmi často stávají vztahy blízkými, až extrémně blízkými, zároveň si uvědomuje skutečnost, že v těchto vztazích není autentická, ale má tendenci „modelovat“ se podle představ a přání druhého člověka. Svou sebehodnotu zakládá na vědomí, že je pro mnoho lidí důležitá. Vztahy v komunitě prožívá jako náročné, jelikož zde neprožívá svůj obvyklý vztahový vzorec jít s druhým do naprosté blízkosti. Zároveň je konfrontována s tím, že ke vztahům patří i konflikty a nepochopení.

V další fázi terapie si participantka uvědomuje, že ačkoliv své blízké vztahy považuje za hluboké, neodpovídá to realitě, jelikož do nich nevstupuje autenticky. Přiznává si, že více než setkáním s druhým jsou jí blízké vztahy příležitostí k potvrzení vlastní sebehodnoty. Uvědomění maladaptivních vzorců v jejím pojetí blízkých vztahů jí pomohlo tyto mechanismy začít vědomě měnit. Dřívější potřeba vytváření co největší blízkosti s každým novým člověkem a následné zajištění pocitu důležitosti a výjimečnosti ustupuje a do vztahů vstupuje jinak – většina jejich vztahů v komunitě není absolutně blízkých, ani pozitivních. I v tomto „novém vztahovém nastavení“ se učí nalézat spokojenost. Důležitým aspektem je ústup potřeby absolutní kontroly ve vztahu a vpouštění důvěry, které prožívá jako osvobozující. Vlivem nového postoje ke vztahům v komunitě začíná také zažívat více konfliktů a vztahových problémů, jež jsou přímým důsledkem její větší autentičnosti. V těchto situacích se učí postavit se za sebe bez potřeby konflikty ihned uhlazovat. Díky vztahům s klienty i terapeutky v komunitě si uvědomuje nové a důležité poznatky o vztazích, které jsou pro ni důležité. Dozvěděla se, že pro to, aby vztah fungoval, na něj nemusí tlačit, protože pokud je tam potenciál, vztah začne sám přirozeně růst. Poprvé vnímá ve vztahu pocit pevnosti, aniž by si jej musela potvrzovat. Pochopila, že druhým občas nedává svobodu, snaží se neustále věci urovnávat a tlačí na blízkost. Zjistila, že ji zraňuje, když druhého nezajímá. Touží po tom být pro druhého důležitá. Vadí jí, když druhému pomáhá a podporuje jej a její péče se jí nevrací nazpět, ať už ve formě zájmu, potvrzení nebo ocenění. Zjistila, že i v momentech krize a ohrožení se už může spolehnout sama na sebe. Její pohyb ve vztahovém poli se stává zdravějším.

V další fázi terapie je znatelný určitý regres, který se projevuje ve více oblastech, vztahy nevyjímaje. Pro participantku jsou v této fázi vztahy zdrojem velké nejistoty, cítí se být druhými ohrožená a má tendenci v nich vidět „to nejhorší“. Znovu se ukazuje také její tendence prožívat vztahy černobílou optikou. Jako výrazná a naléhavá se ukazuje být potřeba dovolit si být ve vztazích zranitelná, zároveň také vystupuje potřeba chránit sama sebe od vztahů, které mohou být náročné či toxické.

### **3. Vztah k sobě**

Participantčin vztah k sobě samé je velmi úzce propojen s jejím vztahováním se k druhým lidem, skrze které je zvyklá nahlížet sama sebe.

Na začátku terapeutického procesu vystupuje jako velmi důležité téma Annina tendence přizpůsobovat svou vlastní identitu podle potřeb a přání ostatních lidí a na základě jejich reakcí na ní. Participantka mluví o tom, že je pro ni takřka nemožné být sama se sebou, jelikož se v těchto chvílích dostávají pocity obrovské prázdnoty, od které utíká. Mluví o sobě jako o pečlivě naaranžovaném „živém obrazu“. Až v kontaktu s druhými vnímá sebe samu jako osobu, když je sama se sebou, prožívá se jako „rozplizlá hmota bez tváře a osobnosti“. Nemožnost zachytit se sama v sobě a spolehnout se na sebe vytváří silnou potřebu přizpůsobovat se druhým a docílit tak určitého sebepotvrzení.

V další fázi terapie jsou stále živá témata vlastní nepřijatelnosti, divnosti, zasluhování si místa na světě sebetřýzněním, předjímání hranic druhých a zodpovědnost za jejich hranice. Participantka se často dostává do destruktivního kolotoče myšlenek o tom, co si o ní druzí myslí. Výrazné je také téma zabírání prostoru, o který si neumí říci napřímo, když jej dostane, dostavuje se sebeobviňování. Nově se u ní objevuje tendence být stále silná a neříkat si o pomoc, což vede k vyčerpání a následné krizi. Někdy také vědomě setrvává ve vlastních negativních představách o sobě a o druhých. Jako důležitá vystupují také témata hodnot, přání, naplnění potenciálu, vědomí vlastní výjimečnosti. Zabývání se těmito tématy je u participantky zdrojem úzkosti, jelikož existují oblasti, ve kterých disponuje výjimečným talentem, který vnímá jako své „prokletí“.

Problematický vztah k sobě samé je tématem, které Annu provází i v další fázi její terapie. Stále bojuje s přesvědčením, že je hluboce nepřijatelná, vytváří o sobě iluze a je pro ni těžké dostat se do kontaktu se svým pravým já. Sama referuje o tom, že toto je něco, co

se během jejího pobytu v komunitě příliš nezměnilo, ačkoliv je to oblast, která ji trápí ze všeho nejvíce. Zároveň ale dokáže zachytit změnu, která nastala ve viditelném zmírnění intenzity projevů těchto pocitů nepřijímání sebe sama, které ji velmi limitují ve fungování v životě. Změnilo se také to, že si začala připouštět „stínové aspekty“ svého já, tedy stránky, které se těžko přijímají. Zmírnila se také intenzita potřeby nebýt, případně být někým jiným, která je již mnohem méně častá. Participantka si zároveň uvědomuje a definuje oblasti, které by potřebovala „mít jinak“, aby se sebou byla spokojenější. Je to např. přání dovolit si být sama sobě autoritou, potřeba najít sílu a motivaci k tomu, aby se věnovala věcem, které ji těší, potřeba opustit sebedestrukci a začít se o sebe starat, potřeba vidět na sobě dobré věci, o které se může opřít, potřeba být se sebou spokojená a hrdá sama na sebe, nezávisle na potvrzení a ocenění ostatních. Vztah k sobě samé je oblastí, na které by Anna chtěla i nadále pracovat v rámci dalších fází terapeutického pobytu v komunitě.

#### **4. Sebedestruktivní chování a vztah k tělu**

U participantky nacházíme sklony k sebedestruktivnímu chování ve dvou polohách – prvním případem jsou náhlé a silné krize, v druhém případě se jedná o propady, které mají dlouhodobější charakter. Nutkání uchýlovat se k sebedestrukci je silnější v druhém případě.

Na začátku terapeutického procesu participantka popisuje nutkání k sebedestruktivním mechanismům zj. ve stavech, kdy se dlouhodobě vyčerpává a poté následuje určitá forma vyhoření. Zde se dostavuje nutkání k popálení se cigaretou, pořezání, zneužití alkoholu, zvracení apod.

V další fázi terapie prošel její vztah k sebedestruktivnímu jednání velkou proměnou. Snižuje se její chuť ničit sama sebe, přestává cítit potřebu uchýlovat se k látkám měnící vědomí, představa jejich požití vyvolává spíše znepokojení a pocity ohrožení. Participantka se od prvního týdne v komunitě nesebepoškodila, intenzita impulsů a nutkání k sebepoškození se výrazně snížila, fantazie ohledně zásahu do tělesné schránky je částečně stále přítomna, zároveň určitá část jí samé se tomu brání, což participantka považuje za důkaz přítomnosti „normality“ v sobě. Důležitým momentem je také změna vnější motivace ohledně neuchylování se k sebedestruktivnímu jednání ve vnitřní – participantka referuje, že nejprve to byla motivace komunitními pravidly, nyní ji po letech doslova odpuzuje představa sebepoškození prostřednictvím popálení se cigaretou či užití látek měnících vědomí.

Participantka zároveň upřímně přiznává, že jsou u ní stále přítomny „jemnější“ způsoby sebedestruktivního chování – kouření, nadužívání kofeinu, špatné jídelní návyky.

V následujícím období terapie vystupuje důležité téma sebedestrukce jako těžiště. Ačkoliv participantka již lépe zvládá rozpoznávat své krize a dokáže s nimi lépe pracovat, dokázat se k nim postavit konstruktivně pro ni znamená vynaložit obrovské úsilí a energii. Participantka také dokáže rozpoznat dvě úrovně nutkání k destruktivnímu jednání - nutkání k sebepoškození (na úrovni těla) je pro ni signálem, že jí není dobře a je pro ni indikátorem, že potřebuje pomoci. Chuť si ublížit již nevystupuje v podobě reálné hrozby, je spíše symbolickým vyjádřením krize. U participantky se znovu objevuje nutkání k sebepoškození prostřednictvím alkoholu a drog, zj. ve chvílích, kdy u ní dochází k hlubokému propadu vedoucímu k zoufalství, sebenenávisti a potřebě nebýt. Objevuje se u ní také obava, jak tyto tendence zvládne mimo bezpečné hranice komunity.

Zásadní je moment proměny pohledu na život jako takový. Participantka již nepochybuje o tom, že chce žít a ustoupilo také podvědomé kalkulování s tím, že její život nebude mít dlouhého trvání.

Vztah k tělu referovala participantka jako problematický již při nástupu do komunity. Anna uvádí, že stále není spokojená se svou postavou a jsou u ní přítomné nerealistické představy o tom, že pokud by byla extrémně štíhlá, neměla by žádné starosti. Ačkoliv vůči svému tělu prožívá stud a znechucení, její nespokojenost s tělem není zdaleka tolik v popředí, jak tomu bývalo dříve.

### **Odpověď na druhou výzkumnou otázku: Jaké další faktory přispěly ke změně v terapii?**

Na druhou výzkumnou otázku odpovídám již neodděleně, jelikož se domnívám, že další faktory, které přispěly ke změně v terapii obou participantek, jsou v obou případech velmi podobné.

Důležitý faktor v procesu terapeutických změn obou participantek byla **samotná komunita**. Ta je založena na principech společenství, které přirozeně podporuje nové vzorce chování a sekundární emocionální vývoj. V terapeutické komunitě jsou každodenní události, interakce a zkušenosti využívány k reflexi a procesu učení, těžiště spočívá i v tlaku a podpoře od vrstevníků, kteří se vzájemně konfrontují s realitou, reflektují a posilují vývoj a tím sami vytvářejí silný a účinný terapeutický nástroj a posilují žádoucí změnu (Kaleidoskop – centrum terapie a vzdělávání, z. ú., 2020).

Dalším faktorem, který významně vstupoval do procesu terapeutických změn, byly **vztahy s podpůrnými osobami**. Primárně vztahy se spoluklienty v komunitě, v případě slečny Anny také vztahy s přáteli mimo komunitu, v případě obou participantek také podpora ze strany rodiny.

Dalším důležitým faktorem, který klienti komunity často referují jako velmi důležitý v terapeutickém procesu, je **vztah s terapeutickým týmem**. V terapeutické komunitě Kaleidoskop (a velmi pravděpodobně to platí pro komunitní systém péče obecně), zažívají klienti mnohem bližší a intenzivnější kontakt s terapeuty, než je jejich zkušeností např. z nemocničního prostředí. V komunitním prostředí mají terapeuti zažít jak ve formální části programu, tak i v té neformální, což umožňuje zažít větší pocit blízkosti. Zažít přijetí ze strany autorit a ochotu trávit s nimi čas je pro ně často velmi důležitou korektivní zkušeností.

Dalším faktorem, který často vstupuje do terapeutického procesu v případě klientů TK Kaleidoskop, je vědomí, že komunita je „**poslední šancí na záchranu**“. Mnoho klientů má za sebou opakované hospitalizace v psychiatrických nemocnicích, které jim poskytly důležitou oporu v obdobích největších krizí a poskytli jim základní stabilizaci. Málomnozí z klientů, který do komunity nastupuje, však referuje o tom, že by jim pobyt v nemocnici výrazně pomohl ke spokojenějšímu životu. **Motivace k pobytu** v komunitě je tedy velmi zásadním faktorem v jejich terapeutickém procesu. Nejinak tomu bylo u obou participantek. Pro slečnu Annu to již byl dokonce druhý pobyt v komunitě poté, kdy první pobyt dobrovolně ukončila. Její motivace tudíž byla větší než strach z nepřijetí a odmítnutí, se kterým se obvykle potýká.



## 5 DISKUZE

Výzkum subjektivní zkušenosti klientů s HPO s vnímáním prožívaných změn v terapii v průběhu dlouhodobé léčby v terapeutické komunitě Kaleidoskop dospěl k řadě zjištění, jež jsou prezentována v předchozí kapitole. Nyní budou výsledky konkrétněji interpretovány a doplněny o důležité poznatky, které se v souvislosti s problematikou HPO v současnosti objevují.

Jako důležitý faktor, který vstupuje do vymezení rámce výzkumu v otázce terapeutické změny, je primární silná motivace obou participantek k léčbě v terapeutické komunitě Kaleidoskop. Motivace participantek vychází v první řadě z potřeby řešit své psychické obtíže, v druhé řadě nalézt efektivní způsob, jak tohoto cíle dosáhnout. Obě participantky měly zkušenost s opakovanými hospitalizacemi v psychiatrických nemocnicích, tyto pobyty se však ukázaly jako neefektivní. Důvodem byla krátkodobost léčby (pobyt v psychiatrické nemocnici sloužil spíše ke stabilizaci) a samotné nastavení léčebného programu (nedostatečná intenzita terapeutického programu). Do TK Kaleidoskop přicházejí na doporučení od ošetřujících psychiatrů, kteří léčbu doporučují zj. z důvodu délky a intenzity pobytu (osmnáct měsíců dlouhý pobyt ve spojení s intenzivním terapeutickým programem a podporou rozvoje sociálních dovedností). Toto tvrzení svým dlouhodobým výzkumem potvrzují i Chiesa, M. & Fonagy, P. (2003), kteří zjistili, že komunitní způsob léčby pacientů s poruchou osobnosti přináší větší míru zlepšení v oblasti snížení sebepoškozování, pokusů o sebevraždu a opakovaných hospitalizací než čistě nemocniční program.

U obou participantek výzkumu bylo možné pozorovat a zachytit terapeutické změny v několika oblastech, které na začátku léčby referovaly jako problematické, zároveň se u obou mladých žen vyskytovaly oblasti, které zásadními změnami neprošly, případně bylo možné v těchto oblastech pozorovat určité kolísání v průběhu času.

První oblastí, která u obou respondentek prošla v terapeutickém procesu změnami, je oblast emocí. Z analýzy vyplynulo, že v průběhu pobytu v komunitě se emoční prožívání obou participantek zvýšilo. Dále byly participantky schopné své emoce lépe rozlišovat a pojmenovávat, dovolit si prožívat dlouho potlačované emoce a naučily se se svými emocemi také lépe pracovat. Zmiňovaná práce s emocemi neprobíhala pouze v běžných komunitních interakcích, ať již ve formálním či neformálním prostoru, ale zj. také díky výuce a nácviku

v DBT dovednostech<sup>17</sup>. Důležitou oblastí byla také validace přítomnosti negativních emocí. Naléhavou důležitostí zaměření se na práci s emocemi u lidí s HPO potvrzuje např. Linehanová (1993), která spatřuje jádro HPO v emoční zranitelnosti a v potížích s regulací emocí. Práce s emocemi, jejich poznání a regulace je tak u lidí trpících HPO velmi důležitou součástí terapie.

Vztah k sobě je další oblastí, která během terapeutického pobytu prošla u obou participantek významnými změnami. U slečny Lindy se výrazně projevoval negativní vztah k tělu a silná potřeba jeho kontroly, v průběhu terapeutického procesu se posiluje Lindina sebehodnota, efektivněji zvládá stavy krize, je více zaměřená na své potřeby, lépe funguje ve vztazích, ve kterých se nebojí vymezit, důležité je téma sexuality a ženství, zmírňuje se blok a hodnocení verbálního projevu. Výrazným tématem slečny Anny, které ji provází po celou dobu pobytu v terapeutické komunitě, je tendence přizpůsobovat svou vlastní identitu a samu sebe dle potřeb a přání ostatních lidí. Přítomné je také témata vlastní nepřijatelnosti a neschopnost být v kontaktu se svým pravým já. Změna postoje k sobě samé se z počátku děje především prostřednictvím blízkých vztahů, později přichází prostor pro utváření vlastní sebehodnoty mimo jiné skrze přijetí negativních stránek vlastní osobnosti. Zmírňuje se potřeba bytí v pózách, uvolňuje se prostor pro autenticitu.

Oblast vztahů s druhými byla dalším důležitým předmětem terapeutické změny. Slečna Linda měla zpočátku strach z blízkých vztahů, prožívala obavy z konfliktů, stejně jako strach ze ztráty vztahů. Později opatrně navazuje blízké vztahy, dokáže se více vymezovat a navazuje partnerský vztah s klientkou komunity, což je pro ni zcela novou zkušeností. Na konci terapeutického pobytu má fungující vztahy se spoluklienty i s lidmi mimo komunitu. V průběhu terapeutického procesu se vyrovnává s náročným vztahem s absentující matkou. Slečna Anna nemá s navazováním blízkých vztahů problémy. Jelikož se ve svých vztazích přizpůsobuje dle potřeb ostatních, učí se novému modelu vztahovosti – dokázat si udržet určitý odstup a ve vztahové oblasti nevstupovat do absolutní blízkosti. Konfrontuje se s konflikty s druhými a učí se být autentickou. Ustupuje také potřeba absolutní kontroly ve vztazích a prostor dostává důvěra. Těžkosti se ukazují v projevech vlastní zranitelnosti ve vztazích. Do popředí také vystupuje potřeba chránit sebe sama před

---

<sup>17</sup> DBT – neboli dialekticko-behaviorální terapie tvoří teoretický rámec terapeutické komunity Kaleidoskop. DBT je terapeutický program navržený (mimo jiné) pro léčbu hraniční poruchy osobnosti. Tento přístup je zaměřený na zvládání symptomů hraniční poruchy, pracuje s nácvičkou nových dovedností a také vede klienty k všímavosti. DBT vytvořila americká profesorka psychologie Marsha Linehan a její přístup vyrůstá z KBT a je obohacen o prvky z praxe východního myšlení jako je všímavost a akceptace.

toxickými vztahy. V kontextu tohoto tématu přispívá i současná studie Mohi et al. (2018), která potvrdila, že pro lidi s HPO jsou blízké intimní vztahy jednou z nejdůležitějších hodnot.

Sebedestruktivní chování a vztah k tělu jsou dalšími oblastmi, které prošly v procesu terapie změnami u obou participantek. Slečna Linda referuje o nutkání k sebepoškození v průběhu celého terapeutického procesu. Neodehrává se sice v aktivní formě, ve formě představ je však stále živé a přítomné. Participantka hovoří o tom, že ji sebepoškození chybí. Lindin vztah k tělu se během terapeutického procesu proměňuje, více se přijímá a dokáže o své tělo lépe pečovat. Slečna Anna referuje o nutkání k sebedestruktivnímu jednání především v obdobích vleklých krizí. Tendence k sebepoškození se objevují ve chvílích, kdy potřebuje podporu druhých, tendence k zneužití alkoholu a látek měnících vědomí se objevuje ve chvílích sebenenávisti a touze nebýt. Výraznou proměnou prošel její vztah k životu jako takovému – již nepochybuje o tom, že chce žít. Ačkoliv je její vztah k tělu poznamenán studem a znechucením, její nespokojenost s tělem není zdaleka tolik v popředí, jak tomu bývalo dříve.

Dalšími důležitými faktory, jež přispěly k terapeutické změně, bylo prostředí terapeutické komunity, motivace participantek k léčbě a vědomí terapeutické komunity jako „poslední záchrany“, blízké vztahy s podpůrnými osobami a vztah s terapeutickým týmem.

Mnou realizovaný výzkum naráží na několik limitů, kterých jsem si vědoma. Limity se týkají neúplnosti výzkumného pokrytí kompletního terapeutického procesu participantek, limitů vycházejících z analýzy psaných narativních zpráv, osobního vztahu k participantkám výzkumu, k prostředí terapeutické komunity a limitem je zcela jistě i výběr výzkumného vzorku.

Předmětem mého výzkumu byla analýza psaných narativních zpráv klientů TK Kaleidoskop, jež jsou určitým nástrojem k reflexi a zmapování terapeutických změn. Je však důležité podotknout, že tímto způsobem nebyl zachycen kompletní terapeutický proces klientů v délce osmnácti měsíců. Pomocí analýzy psaných narativních zpráv se podařilo zmapovat deset měsíců terapeutického procesu participantů. Z mé osobní zkušenosti z působení v TK Kaleidoskop vyplývá, že v oněch dalších osmi měsících léčebného pobytu klientů se odehrávají další důležité terapeutické změny, které by bylo možné zmapovat např. následnými polostrukturovanými rozhovory. Někteří klienti také referují, že se další důležité terapeutické změny odehrávají až po ukončení terapeutického pobytu v komunitě, např. v následné terapii. Z tohoto důvodu by bylo jistě zajímavé doplnit toto výzkumné téma ještě

následnými katamnézami. Pro účely bakalářské diplomové práce jsem analýzu narativních zpráv vyhodnotila jako dostačující.

Při výběru metody tvorby dat a vzhledem k zaměření výzkumu se analýza psaných narativních zpráv ukázala jako metoda první volby. I zde jsem však narazila na limit v podobě pevně dané tematické struktury dokumentů, která svým obsahem sice naplnila rámec výzkumného záměru, ale připravila jsem se o možnost být v přímém kontaktu s participanty. Postrádala jsem možnost přípravy vlastní osnovy otázek a možnost pružně reagovat na přirozený vývoj interview pokládáním doplňujících otázek. Za přínos využití této konkrétní metody získávání dat považuji fakt, že psané narativní zprávy (reviews) dosud nikdo vědeckému zkoumání ještě nepodrobil, tudíž vstupuji do oblasti *terra incognita* a mohu tak neskromně říci, že můj výzkum tím nabývá na originalitě.

Významný vliv na průběh výzkumu a interpretaci dat má také skutečnost, že v TK Kaleidoskop třetím rokem pracuji a s oběma participantkami se osobně znám. Moje působení v terapeutické komunitě a fakt, že o participantkách vím řadu dalších informací, které nejsou předmětem výzkumných dat, mohlo ovlivnit způsob, jakým jsem data interpretovala. Limitujícím faktorem mohlo být i mé ovlivnění komunitní filozofií, metodikou a východisky DBT, které se podílely na prismatu, kterým jsem na data nahlížela.

Také rozsah a výběr výzkumného vzorku je zcela jistě limitujícím faktorem. Nepochybně by bylo zajímavé zahrnout do výzkumného vzorku lidi trpící HPO, kteří se léčí v jiných zařízeních, než je TK Kaleidoskop. Vhodná by také byla účast mužů s HPO ve výzkumu.

Za přínos výzkumu považuji fakt, že se mi podařilo přiblížit problematiku terapie lidí s hraniční poruchou osobnosti a odvrátit tak jistý „terapeutický pesimismus“ tím, že je v této klinické skupině možné dosahovat terapeutických změn. Za velmi důležité považuji propojení s prostředím terapeutické komunity, jež se v terapii lidí s HPO ukazuje jako velmi efektivní.

Za důležité pokládám zmínit ještě další aspekt výzkumu, který byl pro mě samotnou relativně překvapivý. Při podrobné analýze psaných narativních zpráv jsem si povšimla jistého protipřenosového dění<sup>18</sup>, které se dostavovalo při zaujetí daty a jejich zpracovávání.

---

<sup>18</sup> Protipřenos = je přenosem analytika na pacienta. Analytik na pacienta reaguje, a tyto reakce mohou, ale také nemusí, souviset s terapeutickou situací. Reakce tedy jsou svou podstatou založeny buď v přítomné interpersonální situaci nebo v minulé analytikově zkušenosti, kterou aktuální situace oživuje stejně, jako na pacientově straně působí přenos.

Ačkoliv mají obě participantky shodnou diagnózu HPO, celkové vyznění jejich příběhu a průběhu terapie bylo výrazně odlišné. U první respondentky do popředí více vystupovala úzkostně – depresivní symptomatika, určité introvertní ladění, úzkostnost, ostych, kdežto u druhé respondentky byly silně přítomné odkazy na symptomatiku narcistní, problematika hraní rolí, pózy a masky, moc a mocenskost a nakládání s vlastní výjimečností. Tento jev si získal mou pozornost. Vedl mě k úvahám nad kontroverzností a nejasností diagnózy HPO, obecně nad problematikou diagnostiky poruch osobnosti, okolo které nyní v odborných kruzích probíhá vášnivá polemika. Trefně se k této problematice vyjadřuje McWilliamsová (2015, 67), která uvádí: „*Pokud se veškerý náš empirický výzkum hraničních jevů úzce vztahuje k sebedramatizující, histriónské podobě uspořádání osobnosti na hraniční úrovni, schází nám znalost etiologie a léčby jiných poruch osobnosti na hraniční úrovni.*“ Toto zjištění mě vedlo také k úvahám nad jistou obezřetností, abychom se při práci s lidmi s duševním onemocněním nedopouštěli jisté formy labellingu, případně redukcionismu na základě „diagnózy“, abychom ke každému pacientovi či klientovi přistupovali jako k člověku, který kromě diagnózy nese především svůj individuální příběh.

## 6 ZÁVĚR

Práce si kladla za cíl zodpovědět dvě výzkumné otázky: Jak lidé s HPO vnímají prožívané změny v terapii v průběhu léčby v terapeutické komunitě Kaleidoskop? Jaké další faktory přispěly ke změně v terapii?

Výsledky analýzy a interpretace dat identifikovaly několik oblastí, které u participantek výzkumu prošly v průběhu terapie změnou:

1. Emoční prožívání
2. Vztah k sobě
3. Vztahy s druhými / Blízké vztahy
4. Vztah k tělu a sebedestrukce / sebedestruktivní chování
5. Rodina

Jako další významné faktory, které přispěly ke změně v terapii, byly identifikovány následující oblasti:

1. Prostředí terapeutické komunity
2. Vztahy s podpůrnými osobami
3. Vztah s terapeutickým týmem komunity
4. Silná motivace k pobytu v terapeutické komunitě
5. Komunita jako prožívaná „poslední šance na záchranu“

Tato zjištění přispívají k destigmatizaci hraniční poruchy osobnosti v oblasti psychoterapie, jež je obtěžkána nálepkou obtížné „terapeutizovanosti“. Tato perspektiva se jeví jako obzvlášť důležitá z hlediska klinické praxe a přináší tak nový pohled na terapii hraniční poruchy osobnosti. Kombinace validujícího prostředí, intenzivního terapeutického programu ve spojení s nácvikem sociálních dovedností a posilování kompetencí se ukazují jako vhodné prostředky k docílení snížení život ohrožujícího chování lidí s HPO, postupné stabilizaci a nasměrování k možnosti žít spokojenější život.

## 7 SOUHRN

Ústředním tématem předkládané bakalářské práce je moment změny v terapii jedinců s hraniční poruchou osobnosti (HPO). Jejím cílem je zodpovězení dvou výzkumných otázek: Jak lidé s HPO vnímají prožívané změny v terapii v průběhu léčby v terapeutické komunitě Kaleidoskop? Jaké další faktory přispěly ke změně v terapii?

Teoretická část práce obsahuje tři podkapitoly, které se dotýkají problematiky tématu osobnosti a poruch osobnosti, blíže představují specifika jedinců s HPO včetně oblasti diagnostiky a přístupů k léčbě jedinců s HPO, poslední kapitola je věnována tématu změny v psychoterapii a psychoterapii HPO včetně specifík komunitní léčby.

První kapitola teoretické části nejprve vymezuje pojem „normální osobnost“ a zasazuje hraniční poruchu osobnosti do kontextu problematiky poruch osobnosti, jež je dle mnoha autorů jednou z nejvíce stigmatizovaných oblastí soudobé psychiatrie. Je zde vymezen diagnostický rámec dle MKN-10 a samostatná část je zde věnována také připravovaným změnám v klasifikaci poruch osobnosti v MKN-11.

Další kapitola si kladla za cíl přiblížit hraniční poruchu osobnosti v její plné šíři – pomocí popisných diagnostických a faktických vodítek, až po oblast charakteristiky projevů jedinců s HPO a nastíněním možnosti účinné léčby. Kromě vymezení rozdílů v pojetí HPO mezi MKN-10 a DSM-5 společně s úskalími soudobé diagnostiky HPO, byla další část byla věnována přístupům k léčbě pacientů s HPO a v rámci vymezení teoretického rámce pro následný výzkum i pojetím HPO podle M. Linehanové.

Poslední kapitola teoretické části byla věnována tématu terapeutické změny. Prezentuje téma psychoterapie jako takové, zvláštní pozornost věnuje účinným faktorům psychoterapie, jež jsou společné všem psychoterapeutickým přístupům a přináší reflexi nad tématem relativity změny v psychoterapii. V další části jsou podrobněji nahlížena terapeutická doporučení pro práci s jedinci s HPO. Kapitola je uzavřena tématem komunitní léčby HPO, která s důrazem na výzkumnou část práce poskytuje potřebné teoretické zázemí. Nejprve je zde téma komunitní péče prezentováno v širším obecném kontextu se zaměřením na specifika tohoto druhu léčby, v závěrečné části je prostor věnován prezentaci konkrétního zařízení, jeho principům a filozofii, kterým je terapeutická komunita Kaleidoskop určená pro léčbu lidí s poruchou osobnosti.

Výzkumné zaměření práce spočívá v přiblížení subjektivní zkušenosti jedinců s HPO s terapeutickým procesem v TK Kaleidoskop v procesu dlouhodobé psychoterapie, zachycení důležitých milníků v jejich terapii a deskripci důležitých oblastí, které prošly v subjektivním vnímání klientů změnou. Výzkum bakalářské práce je výzkumem kvalitativního typu využívající interpretativní fenomenologické analýzy (IPA).

Data pro výzkum byla získána z psaných narativních zpráv klientů TK Kaleidoskop v souladu s doporučeními IPA. Oslovení respondentů probíhalo metodou záměrného výběru, jednalo se o bývalé či současné klienty terapeutické komunity Kaleidoskop. Pro účast ve výzkumu byly stanoveny dvě podmínky – diagnóza emočně nestabilní poruchy osobnosti hraničního typu a absolvovaná délka pobytu v TK Kaleidoskop v minimální délce deseti měsíců. Výsledný soubor tvořily 2 mladé ženy – jedna současná a jedna bývalá klientka TK Kaleidoskop. Rozhodnutí ohledně rozsahu finálního výzkumného souboru o dvou participantech bylo provedeno vědomě, a to z důvodu rozsahu analyzovaných materiálů – u každého participanta byly analyzovány tři psané narativní zprávy, kdy každá ze zpráv svým rozsahem odpovídá rozsahu běžného polostrukturovaného interview.

Pro analýzu psaných narativních zpráv byla vybrána metoda IPA. Pro získání širšího kontextu o životním příběhu respondentů byly nejprve opakovaně přečteny doplňující dokumenty, až poté bylo přistoupeno k pročitání psaných narativních zpráv. K výrokům respondentů byly nejprve pořizovány volné komentáře (subtémata), která byla po dalších čteních kategorizována do nadřazených témat. Z těchto témat byla extrahována finální témata vzešlá z analýzy psaných narativních zpráv. K analýze jednotlivých psaných narativních zpráv respondentů bylo přistupováno samostatně, posledním krokem byla identifikace témat (oblastí), která dle výsledku analýzy prošla terapeutickou změnou.

Odpovědí na první výzkumnou otázku (jak lidé s HPO vnímají prožívané změny v terapii v průběhu léčby v terapeutické komunitě Kaleidoskop?) byla identifikace pěti klíčových oblastí, které u obou respondentek během průběhu dlouhodobé psychoterapie prošly terapeutickou změnou. Jedná se o oblast emočního prožívání, vztahu k sobě, vztahů s druhými / blízkých vztahů, vztah k tělu a sebepoškozování / sebedestruktivnímu chování a oblasti rodiny. Odpovědí na druhou výzkumnou otázku (jaké další faktory přispěly ke změně v terapii?) byla identifikace dalších pěti významných oblastí. Jedná se o prostředí terapeutické komunity, vztahy s podpůrnými osobami, vztah s terapeutickým týmem komunity, silná motivace k pobytu v terapeutické komunitě a komunita jako prožívaná „poslední šance na záchranu“.



# SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

- Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). 8-Year Follow-Up of Patients Treated for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment Versus Treatment as Usual. *American Journal Of Psychiatry*, 165(5), 631-638. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07040636>
- Bateman, A. W., & Tyrer, P. (2004). Psychological treatment for personality disorders. *Advances In Psychiatric Treatment*, 10(5), 378-388. <https://doi.org/10.1192/apt.10.5.378>
- Blatný, M. (2010). *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Grada Publishing.
- Bohus, M. (c2005). *Borderline porucha osobnosti: pokroky psychoterapie* (přeložil Natália KAŠČÁKOVÁ). Vydavatel'stvo F.
- Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Grada.
- Ernest, R. (2013). Terapeutická komunita pro klienty s poruchami osobnosti. *Psychoterapie*, 2(3-4), 142-150. <https://journals.muni.cz/psychoterapie/article/view/9613>
- Faldyna, Z. (2000). *Hraniční porucha osobnosti: diagnostika, komorbidita a možnosti terapeutického ovlivnění při psychiatrické hospitalizaci*. Psychiatrické centrum.
- Fassbinder, E., Assmann, N., Schaich, A., Heinecke, K., Wagner, T., Sipos, V., Jauch-Chara, K., Hüppe, M., Arntz, A., & Schweiger, U. (2018). PRO\*BPD: effectiveness of outpatient treatment programs for borderline personality disorder. *Bmc Psychiatry*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1905-6>
- Grambal, A., Praško, J., & Kasalová, P. (2017). *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Grada Publishing.
- Hillman, J., & Ventura, M. (2016). *Máme za sebou sto let psychoterapie, a svět je čím dál horší* (přeložil Jindřich VESELÝ). Malvern.
- Chiesa, M., & Fonagy, P. (2003). Psychosocial treatment for severe personality disorder: 36-month follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 183(4), 356-362. doi:10.1192/bjp.183.4.356.
- Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Grada.
- Kocvrlichová, M. (2006). *Vina*. Triton.

- Kratochvíl, S. (2017). *Základy psychoterapie* (7. vydání). Portál.
- Křivková, E. (2002). Hraničná porucha osobnosti diagnostické a terapeutické přístupy. *Psychiatrie*, 6(1), 41-50.  
[http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2002/01/Psychiatrie\\_slo\\_1\\_09.pdf](http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2002/01/Psychiatrie_slo_1_09.pdf)
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT Skills Training Manual: Second Edition*. Guilford Press.
- McWilliams, N. (2015). *Psychoanalytická diagnóza: porozumění struktuře osobnosti v klinickém procesu* (přeložil Hana DRÁBKOVÁ). Portál.
- Mohi, S. R., Deane, F. P., Bailey, A., Mooney-Reh, D., & Ciaglia, D. (2018). An exploration of values among consumers seeking treatment for borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder And Emotion Dysregulation*, 5(1).  
<https://doi.org/10.1186/s40479-018-0085-9>
- Nakonečný, M. (1995). *Psychologie osobnosti*. Academia.
- Ocisková, M., & Praško, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Grada Publishing.
- Orel, M., Facová, V., Heřman, M., Kaláb, M., Koranda, P., & Šimonek, J. (2012). *Psychopatologie*. Grada Publishing.
- Praško, J. (2003). *Poruchy osobnosti*. Portál.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1999). *Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi* (přeložil Jiří ŠTĚPO). Grada Publishing.
- Riegel, K. D., Kalina, K., & Pěč, O. (2020). *Poruchy osobnosti v 21. století: diagnostika v teorii a praxi*. Portál.
- Röhr, H. -P. (2009). *Hraniční porucha osobnosti: vznik poruchy, průběh a možnosti jejího překonání* (Vyd. 2, přeložil Antonín KONEČNÝ). Portál.
- Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Masarykova univerzita.
- Řiháček, T., & Juhová, D. (2016). Monitorování účinnosti v psychoterapii a poradenství. *Testforum*, 5(7), 1-13. <https://doi.org/10.5817/TF2016-7-99>
- Smolík, P. (1996). *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Maxdorf.
- Svoboda, M., Češková, E., & Kučerová, H. (2006). *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Portál.

Švestka, J., Libiger, J., & Höschl, C. (Eds.). (2002). *Psychiatrie*. Tigris.

Timulák, L. (2005). *Současný výzkum psychoterapie*. Triton.

Tyrer, P., Crawford, M., Mulder, R., Blashfield, R., Farnam, A., Fossati, A., Kim, Y. -R.,

Koldobsky, N., Lecic-Tosevski, D., Ndeti, D., Swales, M., Clark, L. A., & Reed, G. M. (2011). The rationale for the reclassification of personality disorder in the 11th revision of the International Classification of Diseases (ICD-11). *Personality And Mental Health*, 5(4), 246-259. <https://doi.org/10.1002/pmh.190>

Vágnerová, M. (2010). *Psychologie osobnosti*. Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum.

Vybíral, Z., & Timulák, L. (2009). Odkud víme, že je psychoterapie účinná? *Psychoterapie*, 3(1), 9. <https://journals.muni.cz/psychoterapie/article/view/9648>

*Kaleidoskop - centrum terapie a vzdělávání, z. ú.* (2020). Kaleidoskop. Retrieved November 26, 2020, from <http://www.kaleidoskop-os.cz/>

*Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009.* (2008-) (2., aktualiz. vyd). Bomton Agency.

# PŘÍLOHY

## **Seznam příloh:**

1. Abstrakt bakalářské diplomové práce
2. Analýza témat psané narativní zprávy (tříměsíční review, slečna Anna)

## ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Moment změny v terapii jedinců s hraniční poruchou osobnosti

Autor práce: Mgr. Zuzana Karnoubová

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka, PhD.

Počet stran a znaků: 109 stran, 230 234 znaků

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 37

Abstrakt: Cílem výzkumu bylo popsat subjektivní zkušenosti klientů s HPO s vnímáním prožívaných změn v terapii v průběhu dlouhodobé léčby v terapeutické komunitě Kaleidoskop. Výzkumné otázky zněly: Jak lidé s HPO vnímají prožívané změny v terapii v průběhu léčby v terapeutické komunitě Kaleidoskop? Jaké další faktory přispěly ke změně v terapii? Metodologicky byl zvolen kvalitativní přístup a metoda IPA. Výběrový soubor tvořily 2 ženy, současné či bývalé klientky terapeutické komunity Kaleidoskop s diagnózou HPO. Data byla získána pomocí analýzy psaných narativních zpráv a analyzována na základě deskriptivních a konceptuálních poznámek. Interpretována byla podle jednotlivých participantů i z hlediska sdílených témat. Participantů definovali několik oblastí, které prošly v průběhu dlouhodobé terapie změnou. Jednalo se o oblast emočního prožívání, vztahu k sobě, vztahů s druhými, vztahu k tělu a sebepoškozování a téma rodiny. Identifikovány byly další významné faktory, které přispěly ke změně v terapii. Jednalo se o prostředí terapeutické komunity, vztahy s podpůrnými osobami, vztah s terapeutickým týmem komunity, silnou motivaci k pobytu v terapeutické komunitě a komunitu jako místo „poslední šance na záchranu“.

Klíčová slova: hraniční porucha osobnosti, změna v terapii, terapeutická komunita, IPA

## ABSTRACT OF BACHELOR THESIS

Title: A breakthrough in psychotherapy of borderline personality disorder

Author: Mgr. Zuzana Karnoubová

Supervisor: Mgr. Martin Kupka, PhD.

Number of pages and characters: 109 pages, 230 234 characters

Number of appendices: 2

Number of references: 37

Abstract: The aim of the research was to describe the subjective experiences of clients with BPO with the perception of experienced changes in therapy during long-term treatment in the Kaleidoskop therapeutic community. Research questions were: How do people with BPO perceive the changes in therapy experienced during treatment in the Kaleidoskop therapeutic community? What other factors contributed to the change in therapy? The qualitative approach and IPA method were used. The sample consisted of 2 women, current or former clients of the Kaleidoskop therapeutic community with a diagnosis of BPO. Data were obtained by analyzing written narrative reports and analyzed based on descriptive and conceptual notes. There were interpreted both individual cases and shared themes. Participants defined several areas that underwent change during long-term therapy - emotions, relationship to oneself, relationships with others, relationship to the body and self-harm and relations to family members. Other important factors that contributed to the change in therapy were identified - environment of the therapeutic community itself, the relationships with peers and close family members, the relationship with the therapeutic team of the community, the strong motivation to treat themselves in the therapeutic community and the community as a place of "last chance to save".

Key words: borderline personality disorder, breakthrough in psychotherapy, therapeutic community, IPA

**TŘÍMĚSÍČNÍ REVIEW  
ANALÝZA - SLEČNA ANNA**

VYNOŘUJÍCÍ SE TÉMATA	SUBTÉMATA
ROZLIŠOVAT EMOCE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jednotlivé emoce se jí špatně rozlišují</li> <li>• Chtěla by se naučit efektivnější způsob zacházení s emocemi</li> <li>• V emočním prožívání rozlišuje dvě hlavní polohy</li> <li>• Emoce cítí buď intenzivně a krátce, zbytek času cítí napětí, tíhu a neklid               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jednotlivé emoce neumí rozlišovat                   <ul style="list-style-type: none"> <li>• Umí rozlišit intenzitu emocí</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
EMOCE, KTERÉ DOBŘE ZNÁM	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dobře zná pocity viny a studu</li> <li>• Pocity viny a studu si spojuje s odmítáním sebe sama</li> <li>• Pocity viny a studu si spojuje s odmítáním věcí, jak zrovna jsou a když něco udělá špatně               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pocity viny a studu mají dlouhodobý charakter                   <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokáže prožívat radost</li> <li>• Radost prožívá extaticky</li> </ul> </li> <li>• Intenzita radosti se jí těžko snáší                   <ul style="list-style-type: none"> <li>• Často pláče</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Pláč přichází z pocitů vzteku a beznaděje</li> <li>• Pláč souvisí s pocity zrady, odmítnutí a opuštění               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Občas cítí i „čistý smutek“</li> <li>• Smutek jako nejpříjemnější emoce</li> </ul> </li> <li>• Prožívání smutku si spojuje s přijetím sebe</li> </ul>
PRO DRUHÉ JSEM DŮLEŽITÁ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dříve si myslela, že vztahy jsou něco, co „umí“</li> <li>• Svou sebehodnotu zakládá na skutečnosti, že existuje hodně lidí, kteří o ni stojí</li> <li>• Má více blízkých vztahů, než je její kapacita</li> <li>• Pocit, že o ni druzí stojí, je pro ni důležitý               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sílu čerpá ze vztahů venku</li> </ul> </li> <li>• Sílu by chtěla čerpat z komunitních zdrojů</li> </ul>

<p>VZTAHOVÁ BOLEST</p>	<p>Pocit, že vztahy nemá, protože v nich není  Prožívá těžkost bytí ve vztahu se svými  „těžkými“ stránkami  Její vztahové motto – „Pokud se ve vztahu  nebudu přizpůsobovat tomu, jakou mě chce  mít druhý, o vztah přijdu“  Vztahy dobře navazuje, brzo v nich však vyhoří  a stáhne se  Nemá kapacitu naplňovat blízké vztahy,  protože jich má hodně  Dlouhodobé vztahy ji nabízejí přijetí, které není  schopna přijmout  Nevěří tomu, že ji ostatní přijímají  Prožívané subjektivní nepřijetí ve vztazích  vytváří pocit beznaděje a frustrace</p>
<p>NOVÉ DIMENZE VZTAHŮ</p>	<p>Vztahy v komunitě jsou pro ni náročné  V komunitě neprožívá rychlá vztahová sblížení  Ve vztazích v komunitě zažívá i konflikty a  neporozumění  Od malička pocit, že nesmí být hádavá  Zjišťuje, že má i konfliktní a nepřizpůsobivou  stránku  Její konfliktní stránka také znamená, že se umí  vymezit  Více si chrání své hranice a tolik se neobětuje  pro druhé  Neobětování se pro druhé jako znak neochoty  a nepřátelskosti  Neobětování se pro druhé vytváří pocit, že ji  nikdo nemá rád  Strach z odchodu z komunity z důvodu, že ji  nikdo nemá rád  Chtěla by začít fungovat jako samostatná  jednotka  Chtěla by zažít méně černobílou podobu  vztahů</p>
<p>PRÁZDNO V SOBĚ</p>	<p>Svou idenitu zakládá na momentálních  reakcích ostatních  Když je sama, prožívá pocit, jako by nebyla  Když je sama, utíká od sebe  Když se vrací sama k sobě, prožívá prázdnotu,  která je děsivá  Zaměřuje se na kritiku a prázdnotu v sobě  Když je sama sebou, cítí prázdnotu  Sebe jako osobu vnímá až v kontaktu  s druhými  Když je sama, prožívá se jako rozplizlá hmota  bez tváře a osobnosti  Utíká od sebe k seriálům a filmům</p>
<p>VNITŘNÍ KRITIK</p>	<p>Když se vrací k sobě, je tam přítomen pouze  vnitřní kritik  Vnitřní kritik  Vnitřní kritik utváří její realitu</p>



<p>MODELUJI SE PODLE TEBE</p>	<p>Touha po pozitivních reakcích ostatních ji motivuje  Pozitivní reakce ostatních si vysvětluje jako odmítnutí  “Modeluje se” podle konkrétních osob  Dělá věci pro oči ostatních  Dělá ze sebe naaranžovaný živý obraz  Když je s lidmi, zůstává u hodnocení toho, zda ona či něco z ní nepůsobí negativně  Když je s lidmi, snaží se modelovat tak, aby nepůsobila negativně  Modelování podle druhých se nikdy úplně nedaří  Modelování podle druhých ji zúzkostňuje a vyčerpává  Snaží se kontrolovat, co si ostatní myslí  Potvrzování/utvrzování od druhých</p>
<p>PREVENTIVNÍ ČERNÉ HODNOCENÍ</p>	<p>V myšlení se objevuje preventivní černé hodnocení  „Je možné na tomhle najít něco špatného/ohrožujícího?“  Dokud na věci/prožitku/situaci nenalezne něco špatného nebo ohrožujícího, cítí nejistotu  Na ZV od druhých hledá odmítnutí  Děsí ji, jak negativní postoj má sama k sobě, k druhým i fungování světa  Negativní postoj k sobě a ke světu vnímá jako vězení, do kterého se sama dostává  V pocitu, že ji druzí odmítají, se promítá, že odmítá sama sebe  Obavy, zda to, jak se projevuje, na ni nevrhá negativní světlo  Přizpůsobování chování tak, aby nepůsobilo negativně, ji uvádí do paralýzy  Když zjistí, že své chování přizpůsobuje tak, aby nepůsobilo negativně, jde do protiakce</p>

<p>TAK, JAK JSEM, JSEM NEPŘIJATELNÁ</p>	<p>Bojí se, aby ji kritika druhých nezasáhla nepřipravenou  Bojí se, aby nevědomě nezpůsobovala něco špatného  Bojí se, že si neuvědomuje, že ve skutečnosti disponuje velmi negativními vlastnostmi  Bojí se, že jí ostatní neříkají, co si o ni doopravdy myslí (=negativní věci)  Její myšlení ovládá strach z „nečekané rány“  Všímá si černobílosti svého myšlení  V tématu chování prožívá nejistotu  Kontrola toho, co si ostatní myslí, vede k nedůvěře k sobě samé  Často zpochybňuje své motivace ke všemu  Často se podezřívá z hrozných věcí  Kontrola toho, co si ostatní myslí, vedou k pocitům prázdnoty, falše a beznaděje  Její potíže v nepřijímání sama sebe se manifestují na vztahu k tělu  Z představy, že je „holka do nepohody“ je jí špatně  Ze svých talentů prožívá pocity viny a velké nároky  Není spokojená s tím, jak tráví volný čas  Zkoumá a hodnotí své projevy  Úzkost z negativního hodnocení ostatních</p>
<p>MOJE BEZMOC</p>	<p>Nemožnost přijímat pozitivní ZV  Pozitivní ZV ostatních ji dostávají do krize a beznaděje  Často jedná z pozice bezmoci  Věří, že bezmoc je nejhůře napadnutelný způsob komunikace  Pozice bezmoci ji dovoluje si myslet, že neprojevuje své potřeby a neříká si o ně  Požádala členy skupiny, aby ji upozorňovali na to, když do bezmoci padá  Polohu bezmoci si zkouší zvědomovat  Polohu bezmoci zkouší přepnout  Když se jí podaří polohu bezmoci přepnout, cítí se silnější  Bezmocí prodává kus sebe a ponižuje se  Bezmocí zahazuje svou sebeúctu  Střídání aktivity a pasivity  Jde z extrému do extrému</p>

<p>RODINNÁ POUTA</p>	<p>S matkou a otcem udržuje kontakt  Uvědomuje si, že i přes vztahové problémy s rodiči nemá tak komplikované rodinné pozadí jako někteří spoluklienti  S otcem zahájila proces změny vztahu  Zmenšila se její role emocionální opory ve vztahu k otci  Prožívá obavu, že s umenšením své role emoc. opory přestane být pro otce důležitá  Rodiče jako podpora  Rodiče berou její psychické problémy vážněji než ona  Potřeba naštvat se na rodiče v rámci svého terapeutického procesu  S vlastními sourozenci není příliš v kontaktu  Pocit, že nyní není schopna tu pro sourozence být  Omezila kontakt s okolním světem  Cítí blízkost k nevlastnímu bratrovi, jeho partnerce a synovci  Bratranec jako nejbližší člověk  Bratranec vůči ní prožívá zamilování  Těší se na výlety s bratrancem  Cítí zájem o sebe ze strany babiček</p>
<p>ZABÍRÁM PROSTOR A NEZASLOUŽÍM SI JEJ</p>	<p>Pocit, že zabírá prostor  Když zabírá prostor, bere ho ostatním  Obava, že je příliš výrazná a rozpínavá  Neunáší, když/že zabírá prostor  Téma prostoru je pro ni hluboké  Téma prostoru v ní probouzí pocity z dětství spojené s bratrem  Zažívá pocit frustrace, že pro ni není prostor na skupině</p>
<p>TOUHA PO POZORNOSTI</p>	<p>V aktivním vztahování se k ostatním se objevuje potřeba dostávat to zpět  Touha po pozornosti  Na pozornost nemá právo  Někdy nedostává podporu komunity</p>
<p>INTENZIVNÍ PROŽÍVÁNÍ KRIZÍ</p>	<p>Intenzivní prožívání krizí  Prožívání krizí často doprovází pláč  Když je v krizi, je výrazná  Zažívá dlouhodobé propady z „únavy materiálu“  Energii neumí čerpat průběžně  Pocit vyhoření  Pocit, že se topí v bezedné bažině  Nutkání uchýlit se k sebedestructivním mechanismům  Sebedestructivní chuť má v dlouhodobých propadech, ne v intenzivních krizích  V silných emocích se cítí zrazená komunitou  Silné emoce dokáže zvládnout sama  Někdy má chuť udělat něco sebedestructivního</p>

<p>CO MĚ BAVÍ</p>	<p>Zpívá a hraje na kytaru          Mixuje hudbu          Cítí touhu se v hudbě zlepšovat          Skládá poezii a píše texty k písním          V komunitě jí začalo bavit vaření a jde jí to          Čte ve francouzštině          Občas objeví nové věci, které jí baví          Když čte, je sama se sebou spokojená          Hodně volného času tráví se spoluklientkou          Doris          Skládání puzzle jako nový objev</p>
<p>POZORNĚJŠÍ SAMA K SOBĚ ANEB          ZAČÍNÁM SE POZNÁVAT A ZKOUŠÍM SE          PŘIJÍMAT</p>	<p>Poznává sama sebe prostřednictvím svých          momentálních reakcí          V některých momentech k sobě dokáže být          něžná          Dokáže tvrdě a silně snášet bolest a nekomfort          Ve snášení bolesti o sobě nepochybuje          Začíná si uvědomovat, že je její sebeúcta          důležitá a dosažitelná          Do programu v komunitě je aktivně zapojená          Učí se „nechodit přes sebe“          Dříve se velmi aktivně vztahovala k ostatním          Uvědomila si, že problémovým chováním          ubližuje jen sama sobě</p>
<p>DÍLČÍ SPECIFICKÁ TÉMATA</p>	<p>Invalidní důchod jí umožňuje finanční          nezávislost na rodině          Problémy s atopickým ekzémem          „Vyhazující se“ žebra          DBT není součástí jejího života          Nadšená ze zjištění, že je v ČR místo, kde se          DBT vyučuje          Na DBT se chce do budoucna více zaměřit          Používá některé DBT techniky</p>

<p><b>TÉMATA VZEŠLÁ Z ANALÝZY 3M REVIEW</b></p>	
<p>PRŮZKUM EMOČNÍ MAPY</p>	<p>Rozlišovat emoce          Emoce, které dobře znám</p>
<p>VZTAHY A JEJICH BOLEST</p>	<p>Pro druhé jsem důležitá          Vztahová bolest          Nové dimenze vztahů          Prázdnost v sobě          Modeluji se podle tebe</p>
<p>POTŘEBUJI, ALE NEZASLOUŽÍM SI TO</p>	<p>Vnitřní kritik          Preventivní černé hodnocení          Tak, jak jsem, jsem nepřijatelná          Moje bezmoc          Zabírám prostor a nezasloužím si jej          Touha po pozornosti</p>

KRIZE JAKO BEZEDNÁ BAŽINA...ZE KTERÉ  
MŮŽE VZEJÍT LOTOS

Intenzivní prožívání krizí  
Pozornější sama k sobě aneb začínám se  
poznávat a zkouším se přijímat  
Co mě baví