

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**LIEČBA HRANIČNEJ PORUCHY OSOBNOSTI:
TEÓRIA VERZUS PSYCHOTERAPEUTICKÁ PRAX**

**TREATMENT OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER:
THEORY VERSUS PSYCHOTHERAPEUTIC PRACTICE**



Bakalárska diplomová práca

Autor: Ľubomír Hlubocký

Vedúci práce: MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

OLOMOUČ 2020

Prehlásenie

Čestne prehlasujem, že som bakalársku diplomovú prácu na tému: „Liečba hraničnej poruchy osobnosti v psychoterapii“ vypracoval samostatne pod odborným dohľadom vedúceho diplomovej práce a uviedol som všetky použité podklady a literatúru.

V Bratislave dňa

Podpis

Za vedenie diplomovej práce, ústretový, trpezlivý a starostlivý prístup ďakujem MUDr. PhDr. Miroslavovi Orlovi, Ph.D.

Ďakujem všetkým terapeutom, ktorí sa zúčastnili na výskume a boli ochotní zdieľať so mnou svoje skúsenosti.

OBSAH

ÚVOD	6
TEORETICKÁ ČASŤ	7
1 Základné vymedzenie hraničnej poruchy osobnosti	7
2 Klasifikácia hraničnej poruchy osobnosti	9
2.1 Historické súvislosti vzniku diagnózy hraničnej poruchy osobnosti	9
2.2 Súčasná klasifikácia hraničnej poruchy osobnosti.....	11
2.2.1 Klasifikácia podľa manuálu DSM-5	11
2.2.2 Klasifikácia podľa manuálu MKCH-10	12
2.3 Transformácia súčasnej klasifikácie hraničnej poruchy osobnosti	14
2.3.1 Alternatívny model DSM-5 pre poruchy osobnosti	15
2.3.2 Poruchy osobnosti podľa plánovaného manuálu MKCH-11.....	17
2.4 Súhrn vývoja klasifikácie hraničnej poruchy osobnosti	18
3 Etiológia hraničnej poruchy osobnosti	20
3.1 Primárne biologické faktory vzniku hraničnej poruchy osobnosti	20
3.2 Primárne sociálne faktory vzniku hraničnej poruchy osobnosti	21
3.2.1 Konceptia Margaret Mahler	23
3.2.2 Konceptia Otta F. Kernberga.....	23
3.2.3 Konceptia Anthonyho Batemana a Petera Fonagyho	24
3.2.4 Biosociálna teória Marshi Linehan	25
4 Liečba hraničnej poruchy osobnosti	26
4.1 Psychoterapia hraničnej poruchy osobnosti.....	26
4.1.1 Terapeutické prístupy zamerané na liečbu hraničnej poruchy osobnosti	28
4.1.2 Ďalšie odporúčania ohľadom psychoterapie hraničnej poruchy osobnosti	34
4.2 Farmakoterapia hraničnej poruchy osobnosti	38
PRAKTICKÁ ČASŤ	40
5 Ciele a metóda výskumu	40
6 Výskumný súbor	42
6.1 Výber výskumného súboru.....	42
6.2 Popis výskumného súboru.....	42
7 Etické aspekty výskumu	44
8 Metóda spracovania a analýzy dát	45
9 Výsledky analýzy dát	47
9.1 Výstupy z analýzy - princípy 1. kategórie	49

9.2	Výstupy z analýzy - princípy 2. kategórie	67
9.3	Výstupy z analýzy - ďalšie vyplývajúce zistenia.....	73
10	Diskusia	76
10.1	Diskusia výsledkov s inými autormi.....	76
10.2	Limity štúdie.....	80
10.3	Prínos a ďalší výhľad práce	81
11	Závery	83
Súhrn	85
Zoznam použitých zdrojov a literatúry	88
Zoznam príloh	91

ÚVOD

Hraničná porucha osobnosti je diagnóza o ktorej ešte aj v súčasnosti koluje relatívne mnoho nejasností a dohadov. Tieto sa okrem iného týkajú spôsobu akým je vhodné pristupovať k jej liečbe, pričom je dokonca možné sa stretnúť s názorom, že táto porucha liečiteľná nie je. Tieto nejasnosti existujú napriek tomu, že v dnešnej dobe je táto diagnóza relatívne dobre preskúmaná a existuje množstvo štúdií potvrdzujúcich efektivitu konkrétnych terapeutických prístupov. Faktom však ostáva, že terapia tejto poruchy osobnosti je považovaná za obťažnú a kladúcu veľké nároky ako na terapeuta, tak na pacienta trpiaceho touto diagnózou. Ukazuje sa tiež, že jej prevalencia je omnoho vyššia ako sa kedysi predpokladalo. Považujem za dôležité, aby terapia tejto osobnostnej poruchy ostávala v pozornosti výskumu. Jednak z dôvodu prehľbovania poznatkov smerujúcich k zvyšovaniu efektivity jej liečby, rovnako z dôvodu šírenia „osvety“ rozptyľujúcej nejasnosti, ktoré okolo nej pretrvávajú.

Bakalárska práca skúma, čo v rámci psychoterapie prispieva k efektívite liečby tejto poruchy osobnosti. **Cieľom teoretickej časti** je rešerš literatúry zameranej na liečbu hraničnej poruchy osobnosti a zmapovanie existujúcich efektívnych terapeutických postupov. Pozornosť bude takisto venovaná historickému vývoju diagnózy, ako aj meniacemu sa pohľadu na jej klasifikáciu, pretože si myslím, že dobre

Cieľom praktickej časti je preskúmaním skúseností terapeutov, ktorý majú s jej liečbou skúsenosti, definovať princípy, ktoré by terapeut pracujúci s touto kategóriou pacientov mal do svojej psychoterapie z hľadiska jej efektivity zakomponovať. Práca vychádza z kvalitatívneho prístupu a prináša výpovede celkom ôsmich terapeutov.

K spracovaniu témy liečby hraničnej poruchy osobnosti ma motivovali rozporné názory na jej diagnostiku a liečbu, s ktorou som sa počas svojho dlhodobého záujmu o psychológiu stretával. Nakoľko by som bol rád v budúcnosti terapeutom, téma ma zaujíma aj z praktického hľadiska - verím, že sa s touto kategóriou pacientov budem kvôli jej značnej prevalencii často stretávať. Téma psychoterapie mi je osobne blízka aj preto, lebo sám mám vlastnú skúsenosť s psychoterapiou.

Práca môže byť užitočná pre odborníkov i bežných ľudí so záujmom o psychoterapiu. Prácu by mohli oceniť aj záujemci o psychológiu osobnosti a vývojovú psychológiu.

TEORETICKÁ ČASŤ

1 Základné vymedzenie hraničnej poruchy osobnosti

Definícia hraničnej poruchy osobnosti je pomerne široká a vo veľkej miere závislá od konkrétneho manuálu prípadne autora ktorý sa problematikou zaoberá. Aj keď sú rôzne definície v mnohom podobné, jednotliví autori, ktorých uvádzam ďalej v texte často kladú dôraz na odlišné stránky tejto osobnostnej patológie. Medzi najčastejšie uvádzané znaky patrí určitá nestálosť identity, pocitov, preferencií, precitlivenosť na odmietnutie a náchylnosť k emočne silným reakciám. Charakteristické môžu byť sebapoškodzovanie, suicidalita a chronické pocity prázdnoty. Niekedy sa uvádzajú aj dočasné psychotické a disociačné fenomény (Kernberg, 2004), kedy napríklad pacienti popisujú zvláštny stav pocitového oddelenia od svojich emočných alebo fyzických procesov. Medziľudské vzťahy týchto pacientov sa vyznačujú nestabilitou, pričom dochádza k častým zvratom medzi idealizáciou a devalváciou účastníkov týchto vzťahov. Idealizácia a devalvácia sa však týka aj vlastného sebaobrazu pacientov. V intímnych vzťahoch býva popisovaná impulzivita, promiskuita a časté striedanie partnerov. Pacienti môžu mať problém efektívne socioekonomicky fungovať a zaradiť sa do života. Častá je komorbidita s inými psychickými poruchami (Grambal, Praško, & Kasalová, 2017).

Problémom môže byť aj samotný medziľudský kontakt, ktorý jedna pacientka metaforicky prirovnala k stavu človeka s "popáleninami tretieho stupňa", ktoré pri každom dotyku iného človeka spôsobujú utrpenie (Nagyová, 2019).

Heretik a Heretik (2016) uvádzajú, že mnohí pacienti s hraničnou poruchou osobnosti sú charakteristickí dramatickou úpravou zovňajšku, týkajúcej sa napr. piercingov, reťazí, tetovaní, inklináciou k čiernej farbe, nápadnými účesmi a doplnkami.

V literatúre sa často spomína, že hraniční pacienti sú charakteristickí vyvolávaním silných protiprenosových reakcií u terapeutov. Casher a Bess (2010, 70) uvádzajú ako príklad nasledujúci výrok istého psychiatra: „*ak ste s pacientom (pacientkou) päť minút a už po tak krátkom čase máte chuť sa s ním (s ňou) oženiť, alebo ho(ju) zabiť, môžete si byť istý, že sa jedná o pacienta (pacientku) s hraničnou poruchou osobnosti*“.

Prevalencia hraničnej poruchy osobnosti v bežnej populácii je 1,6 až 5,9 percent (APA, 2013; Kessler et al., 2005; Alegria et al., 2010 in Grambal, Praško, & Kasalová, 2017). Jedná sa však o najčastejšiu poruchu osobnosti v klinickom prostredí pričom medzi hospitalizovanými psychiatrickými pacientami je jej miera 15 až 20 percentná (Phillips & Gunderson, 1999; Bateman & Fonagy, 2004; Oumaya et al., 2008; Sansone et al., 2011 in Grambal, Praško, & Kasalová, 2017).

Rozlišujú sa minimálne dva druhy hraničných pacientov. Kreisman a Straus (2017) napríklad hovoria o „**hraničných pacientoch na vyššej úrovni**“. Ich symptomatika je o niečo miernejšia a zvyčajne sa vyznačujú lepším socioekonomickým zaradením v spoločnosti. Následne hovoria o „**hraničných pacientoch na nižšej úrovni**“, ktorí mávajú ohľadom fungovania ďaleko väčšie problémy. S podobným rozdelením som sa stretol aj počas realizácie praktickej časti tejto práce, kde sa pri rozhovoroch psychoterapeuti zmieňovali napríklad o „*tých echt*“, prípadne o „*ťažších*“ hraničných pacientoch a o pacientoch s miernejšou symptomatikou.

Pre správne uchopenie tejto problematiky je tiež podstatné rozlíšenie medzi termínom **hraničná porucha osobnosti** a **hraničná organizácia osobnosti**. Prvý termín sa týka užšie profilovanej diagnózy a jedná sa o historicky mladší pojem. Druhý termín (významovo zahŕňajúci aj prvý termín), z ktorého je prvý odvodený sa týka širšej osobnostnej štruktúry a dynamiky, odkazujúcej na psychodynamické poňatie psychopatológie z ktorého hraničná problematika pôvodne pochádza (podrobnejšiu súvislosť oboch pojmov vid' kapitola 2).

2 Klasifikácia hraničnej poruchy osobnosti

Táto kapitola sa venuje klasifikácii hraničnej poruchy osobnosti. V úvode predstavím súvislosti na základe ktorých bola táto porucha zaradená do dnes používaných diagnostických manuálov. Následne sa budem venovať jej klasifikácii v rámci manuálov MKCH-10 a DSM-5. Takisto tu bude venovaný priestor tendenciám k zmene princípov klasifikácie porúch osobnosti ako u európskeho tak u amerického diagnostického manuálu.

2.1 Historické súvislosti vzniku diagnózy hraničnej poruchy osobnosti

Z dôvodu komplexnosti hraničnej problematiky je na jej dobré porozumenie podľa môjho názoru veľmi nápomocné priblíženie historických súvislostí vývoja jej terminológie a klasifikácie. Táto terminológia vo svojich počiatkoch odrážala psychoterapeutickú prax. Postupne však svojou transformáciou a „vrastaním“ do oficiálnej klasifikácie začala strácať svoj pôvodný význam. To pravdepodobne sťažilo aj možnosť jej dôsledne porozumieť.

Od psychoanalýzy k DSM-3

„Hraničnú problematiku“ do psychológie priniesli psychoanalyticky bádatelia a preto je vývoj tohto fenoménu s vývojom samotnej psychoanalýzy úzko spätý. V psychoanalytickej praxi sa terapeuti čoraz častejšie stretávali s pacientmi, pri ktorých sa štandardné psychoanalytické postupy ukazovali ako neefektívne. Zdalo sa, že títo pacienti boli príliš „narušení“ na to aby u nich bolo možné hovoriť o neuróze a zároveň príliš „zdraví“ na to aby sa dalo hovoriť o psychóze. Stern preto v roku 1938 zaviedol do dovedy v psychoanalýze zaužívaného „dvojzložkového modelu“ (neuróza, psychóza) nový pojem. Začal hovoriť o „**hraničných pacientoch**“ (*angl.* borderline), čím chcel poukázať na umiestnenie fenoménu na hranici medzi neurózou a psychózou (Kreisman & Straus, 2017).

Psychoanalyticky terapeuti sa snažili nájsť vhodnú metódu na liečbu tejto problematiky a preto ju podrobne skúmali. Najlepšie sa ju darilo uchopiť psychoanalytikom zameraným na objektívne vzťahy zaoberajúcimi sa dopadom týchto vzťahov na vývoj osobnosti (McWilliams, 2015). V tomto smere bol významný Kernberg, ktorý problematiku do hĺbky rozpracoval a to jednak na úrovni prístupu k liečbe, etiológii ako aj klasifikácii.

V roku 1967 zaviedol pojem **hraničná organizácia osobnosti** (Kreisman & Straus, 2017). Jeho uchopenie sa opieralo o vývojový model. Podľa jeho koncepcie, na základe toho ako prebieha v ranom detstve vývoj osobnosti (v závislosti od objektných vzťahov a genetických vplyvov) sa môže psychika človeka vyvinúť v rámci kontinua psychóza - hraničná organizácia – neuróza (Kernberg, 2004). Jeho model bol ďalej rozpracovaný a veľká časť psychoanalýzy sa oň opiera aj v súčasnosti.

V psychoanalytickom vývojovom modeli je pri diagnostike v prvom rade potrebné identifikovať vývojovú pozíciu človeka v medziach spomenutého troj-zložkového kontinua a následne určiť osobnostný typ. McWilliams (2015) napríklad udáva 9 osobnostných typov: psychopatický, narcistický, schizoidný, paranoidný, depresívny, masochistický, obsedantne kompulzívny, hysterický a "iný". Podobne, aj keď o niečo zložitejšie (pracuje sa ešte s ďalšími tromi osami) prebieha stanovovanie psychoanalytickej diagnózy aj podľa manuálu Operacionalizovaná psychodynamická diagnostika (Pracovná skupina OPD, 2013). Osobnosť je takto v psychoanalýze definovaná primárne v rámci týchto dvoch "osí", pričom vývojová úroveň sa so značným zjednodušením dá považovať za stupeň závažnosti. Napríklad môže byť pacient, ktorý je narcistický na hraničnej úrovni, prípadne obsedantne-kompulzívny pacient na neurotickej úrovni.

Od 60-tych do 80-tych rokov prebehlo viacero výskumov venovaných hraničnej úrovne organizácie osobnosti a keďže problematika už bola dostatočne preskúmaná, v roku 1980 prišlo k zaradeniu pojmu do manuálu DSM-3. Toto zaradenie však bolo problematické a okrem zmeny názvoslovia, pravdepodobne prispelo k určitým nejasnostiam ohľadom diagnostiky ako aj liečby tejto osobnostnej problematiky. Podľa McWilliams (2015) síce bol vďaka nemu do širších kruhov oficiálne zavedený cenný psychoanalytický pojem. Problém spočíval v tom, že týmto zaradením stratil svoj pôvodný význam.

Do DSM-3 bol totiž zaradený pod pojmom **hraničná porucha osobnosti** vedľa ostatných porúch osobnosti. Stratil sa význam vývojovej úrovne. Pri jeho zaradení sa navyše zostavovatelia riadili primárne výskumom J. G. Gundersona (1984, in McWilliams, 2015), v ktorom boli popisovaní pacienti, ktorí by podľa dnešných psychoanalytických kritérií boli zaradení ako hysterickí na hraničnej úrovni, čo pôvodné spektrum tejto diagnózy výrazne okresáva. Ďalšou nepresnosťou je podľa autorky, že pôvodný termín hraničná organizácia osobnosti bol chápaný ako súčasť kontinua ktoré je možné identifikovať na základe dôsledného rozpoznanie vnútornej štruktúry človeka, nie ako ohraničený osobnostný rys,

ktorý by bolo možné určiť len podľa výpočtu určitých vlastností, ktoré má pacient vykazovať. V prvom rade teda išlo o dimenzionálnu a nie kategorickú charakteristiku.

Navyše, nakoľko boli v tretej revízii manuálu DSM poruchy osobnosti popisované ako začínajúce v detstve alebo dospievaní a zotrúvajúce v stabilnej forme do dospelosti, zaradenie hraničnej poruchy do tejto kategórie je jedným z dôvodov, prečo ešte aj v súčasnosti porucha trpí stigmou nevyliciteľnosti (Kreisman & Straus, 2017). V rozpore s týmto názorom sú najnovšie výskumy, ktoré dokazujú, že táto diagnóza má tendenciu časom sa zlepšovať, dokonca aj bez terapeutickú intervencie (Bateman & Fonagy, 2006).

Manuálom DSM-3 samozrejme vývoj terminológie a klasifikácie hraničnej problematiky nekončí. Z hľadiska historických súvislostí sa však jedná o dôležitý medzník. O ďalšom vývoji v rámci manuálov DSM-4 a DSM-5, ako aj MKCH-10 a plánovanom MKCH-11 pojednávajú nasledujúce kapitoly.

2.2 Súčasná klasifikácia hraničnej poruchy osobnosti

V súčasnosti sa v Európe na klasifikáciu duševných porúch primárne používa desiatu edíciu manuálu Medzinárodná klasifikácia chorôb (MKCH-10). V USA sa na rovnaký účel používa piata edícia Diagnostického a štatistického manuálu duševných porúch (DSM-5) (Orel a kol., 2016). Napriek tomu, že na území Slovenska a Česka je oficiálnym zdrojom MKCH-10, v tejto kapitole začínam popisom amerického DSM-5. Rozhodol som sa pre toto usporiadanie v nadväznosti na predchádzajúcu kapitolu a v súlade s faktom, že historicky bola táto porucha najprv zaradená v tomto manuáli a do európskej medzinárodnej klasifikácie chorôb bola zaradená neskôr.

2.2.1 Klasifikácia podľa manuálu DSM-5

Napriek snahe o zmenu v klasifikácii porúch osobnosti v manuáli DSM-5, vydanom v roku 2013, sa v jeho hlavnej časti (sekcia II) od predchádzajúceho vydania (DSM-4) ohľadom klasifikácie hraničnej poruchy osobnosti, ako aj ostatných porúch osobnosti prakticky nič nezmenilo. Model, ktorý mal pôvodne staršiu koncepciu porúch osobnosti nahradiť v novej klasifikácii, napokon nebol schválený a v rámci DSM-5 bol zaradený do sekcie III: „novovznikajúce modely a posudzovacie metódy“ (*angl.* Emerging Measures and Models) pod názvom „**Alternatívny model pre poruchy osobnosti**“ (Korcsog, 2016). Jeho špecifiká

sú uvedené v kapitole 2.3.1. Od zaradenia hraničnej poruchy osobnosti do manuálu DSM-3 v roku 1980 až po súčasnosť tak došlo v manuáli, ohľadom tejto poruchy osobnosti len k jednej významnej zmene, a to pri vydaní DSM-4 v roku 1994. Zmena spočívala v pridaní deviateho kritéria (paranoidné a disociatívne stavy) k dovtedy platným ôsmim (Gunderson, 2010).

Hraničná porucha osobnosti je v manuáli DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) definovaná rovnako ako v manuáli DSM-4: Ide o pervazívny vzorec nestability v medziľudských vzťahoch, sebaobrazu a afektoch, s výraznou impulzivitou, ktorý začína v ranej dospelosti a prejavuje sa v najrôznejších súvislostiach. Porucha je určená prítomnosťou piatich (alebo viacerých) znakov z nasledujúcich:

1. Búrlivá snaha jedinca vyhnúť sa skutočnému alebo domnelému opusteniu.
2. Vzorec nestabilných a intenzívnych medziľudských vzťahov charakterizovaný kolísaním medzi extrémnou idealizáciou a devalváciou.
3. Porucha identity: výrazne a trvale nestabilný sebaobraz a vnímanie samého seba.
4. Impulzivita minimálne v dvoch oblastiach, ktoré v sebe nesú riziko sebapoškodenia (Např. utrácanie peňazí, sex, zneužívanie návykových látok, bezohľadné riadenie motorových vozidiel, záchvatové prejedanie).
5. Opakujúce sa suicidálne konanie, gestá a vyhrážky alebo sebapoškodzujúce správanie.
6. Afektívna nestabilita v dôsledku výraznej reaktivity nálady.
7. Chronické pocity prázdnoty.
8. Neprimeraný, intenzívny hnev alebo ťažkosti s ovládaním hnevu.
9. Prechodné, so stresom súvisiace paranoidné predstavy alebo závažné disociatívne stavy.

2.2.2 Klasifikácia podľa manuálu MKCH-10

Hraničná porucha osobnosti bola do medzinárodnej klasifikácie chorôb zaradená v roku 1992 v jej desiatej revízií (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 2012), ktorá je platná aj v súčasnosti. V manuáli nie je samostatná kategória pre hraničnú poruchu osobnosti ale je v nej zahrnutá pod kategóriou **Emočne nestabilná osobnosť**.

Jej charakteristikou je náchylnosť konať impulzívne a bez ohľadu na následky a nevypočítateľná a vrtošivá nálada, príznačný sklon k výbuchom emócií, neschopnosť ovládať tieto výbuchy, náklonnosť k priečnemu správaniu a ku konfliktom s inými, najmä ak sa impulzívne konanie zmarí, alebo sa posudzuje (Národné centrum zdravotníckych informácií, 2020).

MKCH-10 (1996, in Grambal, Praško, & Kasalová, 2017) rozlišuje impulzívny typ a hraničný typ emočne nestabilnej osobnosti. K tomu, aby mohol byť diagnostikovaný **impulzívny typ**, musia byť splnené minimálne tri z nasledujúcich charakteristík:

1. Zreteľná tendencia konať neočakávane a bez uváženia následkov.
2. Zreteľná tendencia k neznášateľnému správaniu a ku konfliktom s ostatnými, obzvlášť ak je impulzívne konanie niekým prerušené alebo kritizované.
3. Sklon k výbuchom hnevu alebo zúrivosti s neschopnosťou kontrolovať následné explozívne chovanie.
4. Ťažkosti pri vytrvaní u akejkoľvek činnosti, ktorá neponúka okamžitý zisk.
5. Nestála a nevypočítateľná nálada.

Pri diagnostikovaní **hraničného typu**, musia byť splnené najmenej tri charakteristiky pre impulzívny typ a spolu s nimi aspoň dve z nasledujúcich (medzinárodná klasifikácia chorôb, 1996, in Grambal, Praško, & Kasalová, 2017):

1. Narušená a neistá predstava o sebe samom, cieľoch a vnútorných preferenciách, vrátane sexuálnych.
2. Sklon k zaplietaniu sa do intenzívnych a nestálych vzťahov, ktoré často vedú k emočným krízam.
3. Prehnaná snaha vyhnúť sa odmietnutiu.
4. Opakované nebezpečenstvo alebo realizácia sebapoškodenia.
5. Chronické pocity prázdnoty.

2.3 Transformácia súčasnej klasifikácie hraničnej poruchy osobnosti

U manuálov MKCH a DSM dochádza k pravidelným revíziám. Takto sa môžu v manuáloch odrážať zmeny v porozumení psychickým poruchám, ku ktorému vedecké bádanie prirodzene vedie.

Nedostatky súčasnej klasifikácie

Poruchy osobnosti sú v súčasnosti rovnako v hlavnej časti manuálu DSM-5 a v MKCH-10 klasifikované na základe **kategorického modelu**. Prax ukázala, že kategorická klasifikácia je značne problematická. Jednotlivé kategórie v DSM-5 aj MKCH-10 vychádzajú z kategórií zavedených ešte Schneiderom v roku 1923 (do oficiálnej klasifikácie boli zaradené v roku 1949, v rámci MKCH-6) a do dnešnej doby boli obmieňané len v malej miere (Farnam & Zamanlu, 2018). Tieto kategórie už dnes nezodpovedajú empirickej evidencii a ich existencia je skôr výsledkom určitého konsenzu v medicíne, než by bola založená na vedecky podložených dôkazoch (Bach & First, 2018).

Dôsledkom je, že mnohé diagnózy sa prelínajú a sú si navzájom podobné. Pacientom sú tak často diagnostikované viaceré poruchy osobnosti naraz, a naopak, niektoré z porúch sa pri klasifikácií v súčasnosti už takmer vôbec nepoužívajú. Napríklad napriek 10 kategóriám špecifických porúch osobnosti v MKCH-10 a DSM-5 väčšina diagnóz spadá len do troch kategórií: hraničná (emočne nestabilná v MKCH-10), antisociálna (disociálna v MKCH-10) a „ďalej nešpecifikovaná“ porucha osobnosti (Tyrer, Mulder, Kim, & Crawford, 2019). Schneiderove kategórie navyše zachytávajú v prvom rade špecifiká „západného kultúrneho prostredia“ a ich širšia aplikácia je problematická aj s ohľadom na tento fakt (Farnam & Zamanlu, 2018). Celkovo sa táto klasifikácia ukazuje ako nepružná a len do malej miery schopná zachytiť fenomenológiu porúch osobnosti (PsychiatryLectures, 2015).

Tieto nedostatky boli reflektované ako zostavovateľmi už používaného manuálu DSM-5, tak zostavovateľmi v súčasnosti ešte nezavedeného manuálu MKCH-11.¹ Dôsledkom je príklon k novej podstate klasifikácie, ktorá sa opiera namiesto kategorického o tzv. **dimenzionálny**

¹ MKCH-11 už bola schválená zdravotníckou organizáciou World Health Organization (2018). V súčasnosti sa pripravujú verzie pre jednotlivé štáty. V platnosti by mala byť od roku 2022. Či tomu tak skutočne bude ukáže budúcnosť.

model. Ten spočíva v tom, že sa jedinca nesnaží vtisnúť do statických, nemenných, často abstraktných kategórií, ale naopak, snaží sa v prvom rade zachytiť jeho vnútornú osobnostnú dynamiku. Robí tak identifikovaním celkovej úrovne závažnosti poruchy a následne zachytením konkrétnejších osobnostných črt. To, že sú ukazovatele dimenzionálne znamená, že vyjadrujú mieru v akej sú u jedinca zastúpené a môžu pokrývať celé spektrum od patológie po normalitu. Tento druh diagnostiky je možné prirovnať k určitému „**screeningu**“ celej osobnosti. Výsledkom môže byť plastický model ľudskej psychiky, ukazujúci jej silné aj slabé miesta a nie iba výpočet poruchových symptómov (PsychiatryLectures, 2015).

Nové modely pre poruchy osobnosti navrhnuté v revíziách DSM-5 a MKCH-11 sú v na mnohých úrovniach podobné. Obe sa v prvom rade snažia zachytiť základnú úroveň závažnosti patológie a následne spektrum piatich osobnostných črt, pričom pri oboch, tieto osobnostné črty úzko súvisia s inventárom BIG5 (Tyrer et al., 2019). Jedným z rozdielov je, že MKCH-11 neurčuje žiadne špecifické poruchy osobnosti, porucha osobnosti je v tomto kontexte len jedna, odlišnosti v diagnózach sú len v rámci osobnostných črt a v stupni závažnosti. DSM-5 na rozdiel od toho operuje aj s kategóriami špecifických porúch osobnosti, ale z pôvodných desiatich bol ich počet zredukovaný na šesť (Korcsog, 2016).

2.3.1 Alternatívny model DSM-5 pre poruchy osobnosti

Pri tvorbe najnovšej revízie DSM-5 došlo k snahe o nahradenie kategorického modelu modelom dimenzionálnym. Výsledkom je tzv. hybridný dimenzionálne-kategorický model, ktorý síce vychádza v prvom rade z dimenzionálneho prístupu, no zachováva určitú kontinuitu aj v rámci pôvodných kategórií. Napriek tomu, že skupina poverená jeho prípravou, celý nový model zhotovila, tento model nakoniec nebol schválený správnu radou, lebo bol ohodnotený ako príliš zložitý a tiež ako priveľká zmena oproti dovtedy zaužívanej koncepcii (Nasjonal kompetansetjeneste ROP, 2018). V DSM-5 je uvedený iba ako alternatívny model v sekcii III tohto manuálu.

Alternatívny model DSM-5, postupuje pri klasifikácii každej poruchy osobnosti rovnako. V prvom rade je potrebné určiť **stupeň závažnosti**, ktorý sa nazýva „úroveň fungovania osobnosti“. Má dve zložky. Prvou je fungovanie „self“ a týka sa vnútorných osobnostných charakteristík a má dve podkategórie: identita a sebariadenie (*angl.* selfdirection). Druhou zložkou je interpersonálne fungovanie, ktorá má taktiež dve podkategórie: empatiu

a intimitu. Na základe ohodnotenia týchto štyroch elementov sa dospeje k tzv. škále úrovne osobnostného fungovania (*angl.* level of personality functioning scale), ktorá má päť úrovní (0-4), od adaptívneho fungovania až po extrémne poruchové. Porucha osobnosti je diagnostikovaná v prípade, že škála osobnostného fungovania dosiahne hodnotu 2, čo znamená miernu úroveň závažnosti (American Psychiatric Association, 2013)

Následne sa dimenzionálne určuje úroveň piatich osobnostných rysov: negatívna afektivita, odcudzenie (detachment), antagonizmus, disinhibícia a psychotizmus. Ide o maladaptívne varianty osobnostných rysov zodpovedajúcich inventáru „Big Five“, pričom každý rys má škálu na jednom konci označenú vyššie uvedenými pomenovaniami a na druhom konci jej adaptívnym náprotivkom. Týchto päť osobnostných rysov sa ešte člení na 25 konkrétnejších osobnostných črt (American Psychiatric Association, 2013).

Takto sa rozhodne, či jedinec spĺňa kritériá pre poruchu osobnosti a zároveň dochádza identifikáciou osobnostných črt aj k zaradeniu do jednej zo 6 kategórií porúch osobnosti (antisociálna, vyhýbavá, hraničná, narcistická, obsedantne-kompulzívna a schizotypálna). Pôvodný počet 10 porúch bol zredukovaný na 6, nakoľko výsledky výskumov naznačili, že existencia ostatných porúch osobnosti nie je empiricky podložená (PsychiatryLectures, 2015).

Klasifikácia hraničnej poruchy osobnosti podľa Alternatívneho modelu DSM-5 pre poruchy osobnosti

V alternatívnom modeli DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) je hraničná porucha osobnosti klasifikovaná nasledovne:

- A) Mierna alebo vyššia závažnosť na škále osobnostného fungovania, ktorá sa manifestuje ťažkosťami v dvoch alebo viacerých z nasledujúcich oblastí:
1. Identita: Značne ochudobnená, málo vyvinutá. Nestabilný sebaobraz, často spojený s prehnanou sebakritikou. Chronické pocity prázdnoty. V stresových situáciách sa objavujú disociatívne stavy.
 2. Sebariadenie: nejasnosť v cieľoch, aspiráciách, hodnotách a v kariérnych plánoch.

3. Empatia: znížená schopnosť rozpoznávať pocity a potreby druhých ľudí, spojená s hypersenzitivitou v interpersonálnej oblasti. Vnímanie druhých ľudí je zamerané na ich negatívne vlastnosti a slabosti.
4. Intimita: Intenzívnosť, nestabilita. Blízke vzťahy sú často konfliktné, poznačené nedôverou. Úzkostné zaoberanie sa skutočným alebo imaginárnym opustením. Blízke vzťahy sú vnímané v extrémoch idealizácie a devalvácie so striedaním silnej angažovanosti a potreby separácie.

B) Štyri alebo viac z nasledujúcich siedmich osobnostných rysov, pričom aspoň jeden z nich musí byť impulzivita, rizikové chovanie alebo hostilita: emočná labilita, úzkostnosť, separačná neistota, depresivita, impulzivita, rizikové chovanie, hostilita.

2.3.2 Poruchy osobnosti podľa plánovaného manuálu MKCH-11

Nová revízia MKCH (MKCH-11), ktorá nahradí doteraz platnú MKCH-10², bola vydaná 18.6. 2018. Do platnosti by sa mala v jednotlivých členských krajinách zavádzať od roku 2022 (World Health Organization, 2018). Na rozdiel od nie až tak úspešného pokusu o zmenu v DSM-5, v MKCH-11 sa zmenu urobiť podarilo a v prípade, že nedôjde k ďalším návrhom na jeho úpravu bude starý kategorický systém kompletne nahradený novým dimenzionálnym (Farnam & Zamanlu, 2018).

Navrhovaný systém sa úplne zbavuje pôvodných kategórií označujúcich jednotlivé typy porúch osobnosti. Princíp je podobný ako vo vyššie popísanom alternatívnom modeli DSM-5. Pacient je v prvom rade diagnostikovaný ohľadom stupňa závažnosti. Na základe toho MKCH-11 rozlišuje tri poruchy osobnosti: ľahkú, miernu a vážnu. MKCH-11 rozlišuje ešte štvrtú kategóriu, ktorá sa ale už neradí pod poruchy osobnosti. Ide o tzv. „**osobnostné potiaže**“ (*angl. personality difficulty*), ktorá je diagnostikovaná v prípade, že jedinec trpí spôsobom príznačným pre poruchu osobnosti, avšak závažnosť nebola diagnostikovaná v takej miere aby bolo možné hovoriť o poruche osobnosti (Bach & First, 2018).

Po stanovení úrovne závažnosti sa určia patologické rysy osobnosti, ktoré v skladbe osobnosti daného jedinca prevažujú. MKCH-11 rozlišuje nasledujúcich 5 rysov: negatívna afektivita, izolácia (*angl. detachment*), disocialita, disinhibícia, anankastia. (World Health

² Posledná aktualizácia MKCH-10 je k dátumu 1.1.2020 (Národné centrum zdravotníckych informácií, 2020)

Organization, 2018). Tieto rysy na rozdiel od alternatívneho modelu DSV-5 nie sú určené dimenzionálne. Určuje sa len ich **prítomnosť alebo neprítomnosť**. Predpokladá sa pritom, že čím vyššia je celková úroveň závažnosti, tým výraznejšie sú tieto rysy v osobnosti jednotlivca zastúpené. Navyše sa ukazuje, že čím vyššia je závažnosť, tým viac patologických rysov býva u pacienta diagnostikovaných. Nie je to však pravidlo. Môže preto existovať aj pacient s vážnym stupňom závažnosti a manifestovať sa iba jedným patologickým rysom (Bach & First, 2018).

Klasifikácia hraničnej poruchy osobnosti podľa plánovaného manuálu MKCH-11

Nakoľko špecifické kategórie porúch osobnosti v navrhovanej revízií manuálu nie sú, typický predstaviteľ hraničnej poruchy osobnosti by v ňom bol klasifikovaný ako jedinec s miernou až vážnou úrovňou závažnosti s dominantnými rysmi negatívnej afektivity, disociality a disinhibície (Tyrer et al., 2019).

Špeciálne pre diagnostiku hraničnej poruchy osobnosti existuje v manuáli MKCH-11 ešte jedna možnosť. Pri zostavovaní manuálu sa zdvihla vlna kritiky proti úplnému odstráneniu diagnózy hraničnej poruchy osobnosti z klasifikácie. Argumentom bola najmä veľká užitočnosť tejto diagnózy pre klinickú prax. Riešenie, s ktorým prišli zostavovatelia MKCH-11 je tzv. **indikátor hraničnej štruktúry** (*angl.* *borderline pattern descriptor*). Tento je zaradený ako prídavok k spomenutým piatim osobnostným črtám a pri diagnostike ho zdravotníci môžu použiť, ak majú pocit, že je na popis pacientových ťažkostí vhodnejší ako zostávajúce črty, prípadne ich dobre dopĺňa. Jeho znenie je len čiastočne preformulovaná definícia emočne nestabilnej poruchy osobnosti z manuálu MKCH-10. Hraničná porucha osobnosti tak naďalej ostáva ako jediná z pôvodných porúch osobnosti určitým spôsobom súčasťou manuálu MKCH-11 (Tyrer et al., 2019).

2.4 Súhrn vývoja klasifikácie hraničnej poruchy osobnosti

Dnešná európska aj americká klasifikácia hraničnej poruchy osobnosti stavia na základoch manuálu DSM-3. Nezohľadňovanie historických súvislostí (viď. kapitola 2.1) podľa môjho

názoru, dlhodobo sťažovalo možnosť kvalitnej diagnostiky ako aj následnej efektívnej liečby tejto poruchy osobnosti.

Od DSM-3 k psychoanalýze

Z priebehu vývoja klasifikácie hraničnej poruchy osobnosti zachyteného v predchádzajúcich kapitolách však možno podľa mňa konštatovať, že súčasný trend pri oboch klasifikáciách (alternatívny model DSM-5, MKCH-11) vyvíjajúci sa smerom k **dimenzionálnemu prístupu** má rozhodne bližšie k pôvodnému psychoanalytickému modelu, z ktorého táto diagnóza pôvodne pochádza (okrem samotného dimenzionálneho prístupu, je možné podobnosť napríklad vidieť v prípade oboch transformovaných klasifikácii aj v rámci priority určenia stupňa závažnosti). Na túto tendenciu poukazujú aj Bach a First (2018).

Predpokladám, že klasifikačný prístup, ktorý zohľadňuje historický vývoj ako aj súčasné vedecké poznatky v zdravotníctve či už konkrétne ohľadom hraničnej poruchy osobnosti, alebo ohľadom porúch osobnosti vo všeobecnosti môže mať priaznivý dopad a praktický význam pre odborníkov pracujúcich s poruchami osobnosti, aj pre samotných pacientov.

3 Etiológia hraničnej poruchy osobnosti

V tejto kapitole predstavím faktory, ktoré sa pravdepodobne podieľajú na vzniku hraničnej poruchy osobnosti. Podobne ako u ostatných porúch osobnosti, konkrétne súvislosti vzniku tejto poruchy osobnosti nie sú známe. V literatúre sa zvyčajne uvádza kombinácia biologických príčin a faktorov prostredia. V tejto kapitole bude kladený dôraz najmä na faktory primárne sociálne v rámci ktorých čitateľa zoznámim s vybranými konceptami vplyvných autorov, ktorí sa problematikou zaoberali v minulosti alebo sa ňou zaoberajú aj v súčasnosti.

3.1 Primárne biologické faktory vzniku hraničnej poruchy osobnosti

Biologické faktory hľadajú príčinu vzniku porúch na úrovni tela. Príčiny môžu byť genetickej aj negetickej povahy. Prejavia sa okrem iného aj v odlišnostiach v stavbe a funkcii mozgu (Orel a kol., 2016).

Biologické výskumy naznačujú, že neexistuje jeden špecifický gén ktorý by sa dal považovať za predispozíciu pre túto poruchu osobnosti. Skôr je pravdepodobná **súhra viacerých génov**, ktorých expresia a potlačenie sú závislé od vplyvu vonkajších faktorov a sprostredkujú tak **nešpecifickú zraniteľnosť** pre rozvoj tejto osobnostnej patológie (Grambal et al., 2017).

Ukazuje sa, že väčšia pravdepodobnosť výskytu hraničnej poruchy osobnosti je u jedincov u ktorých sa v rodinnej histórii už nejaký druh poruchy osobnosti objavil. Na neurobiologickej úrovni sa uvažuje o dysfunkcii transmitterov **serotonín, norepinefrín a dopamín**. Na morfolologickej úrovni sa pri týchto jedincoch ukazuje hyperaktivita v oblasti limbického systému, súvisiaceho s emotivitou. Naopak, znížená činnosť je zaznamenaná v oblasti **prefrontálneho kortexu**, ktorý má na starosti racionálne myslenie a usmerňovanie emócií. Výskumy pritom naznačujú aj súvislosť so zmenami vo veľkosti spomínaných mozgových oblastí. Popísané zmeny na úrovni mozgu môžu mať súvislosť s traumatickým poranením mozgu, encefalitídou epilepsiou, poruchami učenia, ADHD a komplikáciami v tehotenstve (Kreisman & Straus, 2017).

Neurobiologické výskumy vzťahovej väzby, ktoré vo svojej práci uvádza Trokanová (2010) kladú dôraz na pravú stranu orbitofrontálnej časti prefrontálneho kortexu. Je zodpovedná za zvládanie stresu, emócie a sociálnu kogníciu. Malé a stredné hladiny **nabudenia** (*angl. arosualu*) sú pre funkciu orbitofrontálneho kortexu optimálne. Extrémne hladiny nabudenia spúšťajú „**neurochemický switch**“, ktorý orbitofrontálny kortex vyraduje z činnosti. Ľudia s neistou alebo dezorganizovanou vzťahovou väzbou (ktorá je charakteristická pre hraničnú poruchu osobnosti) sú senzitivizovaní voči medziľudským konfliktom a zažívajú pri nich vyššiu hladinu nabudenia. Pri vyradení orbitofrontálneho kortexu z činnosti sa na neurobiologickej úrovni spúšťajú mechanizmy ostražitosti, reakcia boj alebo útek, prípadne "zamrznutie". Bezpečná vzťahová väzba najmä počas prvých troch rokov života podľa týchto výskumov podporuje zrenie tejto mozgovej štruktúry.

Amygdala a **orbitofronálny kortex**, ktoré obe vo veľkej miere prispievajú k emočným zážitkom si zachovávajú počas života vysokú plasticitu (Schore, 2001 in Trokanová, 2010). Vzťahová väzba, preto môže mať úlohu vo vývoji cerebrálnej regulácie v priebehu celého života, čo by mohlo vysvetliť efektivitu terapeutických prístupov, ktoré sa pri tejto kategórii pacientov zameriavajú práve na vzťahovú väzbu (viď kapitola 4.1).

3.2 Primárne sociálne faktory vzniku hraničnej poruchy osobnosti

Sociálne faktory, respektíve psychosociálne faktory hľadajú príčiny vzniku patológie v prvom rade v sociálne-vzťahovej oblasti a takisto vo vplyve individuálnych osobnostných intrapsychických charakteristík a dispozícií jedincov (Orel a kol., 2016).

Sociálne faktory sa považujú za podstatný zdroj príčin vzniku hraničnej poruchy osobnosti. V anamnéze hraničných pacientov sa často vyskytujú **traumy v detstve**. Objavuje sa zlé zaobchádzanie, fyzické a sexuálne zneužívanie. Hovorí sa dokonca o výraznej súvislosti hraničnej poruchy osobnosti s **post-traumatickou stresovou poruchou** (Masland, Cummings, Null, Woynowskie, & Choi-Kain, 2019). Existuje však veľké percento pacientov, u ktorých sa takéto patologické prostredie alebo zážitky nevyskytujú, no napriek tomu sa u nich hraničná problematika prejaví (National Health and Medical Research Council, 2012). Je preto pravdepodobné, že ohľadom prostredia sú rozhodujúce aj subtílnejšie vplyvy.

V nasledujúcich odstavcoch priblížim teórie autorov, ktorí veľkou mierou prispeli k lepšiemu porozumeniu tejto diagnóze. Pri formovaní svojich štúdií vychádzali zo svojich klinických skúseností, na základe ktorých neskôr väčšina z nich rozpracovala aj praktické postupy liečby tejto poruchy. Spomenuté teórie sa opierajú najmä o sociálne faktory v ranom detstve, no vždy počítajú aj s pôsobením biologických vplyvov. Ich spoločným menovateľom je pojem **vzťahovej väzby** (*angl. attachment*), ktorý bol dôsledne skúmaný a rozpracovaný napríklad Bowlbom (2010), v Českej republike Langmaierom a Matějčekom (2011) a takisto Medelovou a Procházkom (2014). Vzťahová väzba v stručnosti predpokladá, že človek je okrem potrieb ako hlad, smäd alebo sexuálna potreba evolučne nastavený aj na samostatne stojacu vzťahovú potrebu. Ak táto nie je adekvátne napĺňaná, stojí za veľkou časťou psychopatológie.

Všetky tieto teórie spája určité vývojové hľadisko. Počítajú s nepriaznivým vývojom **interakcií** medzi dieťaťom a jeho primárnymi vzťahovými osobami, ktoré vedú k nedostatočnému, prípadne patologickému vývinu ich sebapoňatia, čoho následkom sú symptómy, ktoré rozoznávame u hraničnej problematiky. Dôvody takejto interakcie môžu byť ako na strane dieťaťa, tak na strane primárnej vzťahovej osoby, prípadne kombinácia oboch. Často sa uvádza určitá **predispozícia dieťaťa k špecifickej reaktivite**, kedy je problematickejšie s dieťaťom vytvoriť adekvátny vzťah. Takisto môže byť dôvodom chlad, emočná neprístupnosť, emočná nestabilita alebo nízka empatia primárnej vzťahovej osoby (osôb), prípadne celková zlá klíma v rodinnom prostredí (Mahler, 1971; Kernberg, 2004; Bateman & Fonagy, 2016; Linehan, 2015).

Prví štyria autori, ktorých koncepcie predstavím: Mahler, Kernberg, Bateman a Fonagy vychádzajú z prostredia psychoanalýzy a okrem už spomínaného ich teórie spája aj predpoklad určitého primárneho **symbiotického vzťahu dieťaťa s matkou**, pričom za jeden z predpokladov úspešného psychického vývoja považujú úspešné „psychické vyslobodenie sa“ z tejto symbiózy. Tento fakt na tomto mieste zdôrazňujem, pretože sa ukazuje dôležitý aj z hľadiska samotnej psychoterapie a aj mnohí ďalší autori naň odkazujú vo svojich terapeutických konceptoch (viď. kapitola č. 5).

V zásade platí, že všetky štyri teórie nahliadajú na etiológiu hraničnej problematiky z trochu odlišného uhla pohľadu a ich súčet môže poskytnúť jej komplexnejší obraz.

3.2.1 Koncepcia Margaret Mahler

Mahler, Pine a Bergman (2006) popísali tri vývojové fázy a štyri subfázy ktorými musí dieťa v rámci interakcie so svojou primárnou vzťahovou osobou do približne troch rokov svojho veku úspešne prejsť na to aby sa vybudoval zdravý základ jeho psychickej konštitúcie. Tieto fázy sú charakteristické striedaním **približovania a vzd'aloovania** sa dieťaťa od primárnej vzťahovej osoby, ktoré sa pri interakcii deje v závislosti na pokračujúcom vývoji psychiky dieťaťa a ktoré smeruje od prvej intrapsychickej symbiózy s touto osobou až k finálnej autonómii pri ktorej sa na symbolickej úrovni z tohto puta oslobodí.

Pre vývoj hraničnej problematiky, podľa Mahler (1977) je zásadná najmä "**subfáza zblíženia**" ktorá prebieha vo veku 15 až 24 mesiacov po narodení. V prípade, že táto fáza neprebehne priaznivo, ostáva dieťa a neskôr aj dospelý človek určitým spôsobom uväznený vo vzťahovej dileme charakteristickej pre túto fázu, kedy sa silná potreba "splynúť" s objektom prekrýva s potrebou opačnej valencie - osamostatniť sa. Táto dilema sa ako vzorec na jednej strane prejavuje v najrôznejších podobách v rámci jedincových sociálnych interakcií – dospelý človek má napríklad v medziľudských vzťahoch problém ako s prílišnou interpersonálnou blízkosťou, tak aj s dištanciou a separáciou. Na druhej strane sa nezvládnutý vývojový krok prejaví nedostatočne vyvinutým "egom", čo má za dôsledok difúziu, slabú identitu ktorá je „zaplavovaná“ silnými **preverbálnymi afektami** agresivity ako aj pocitmi prázdnoty a **straty "seba"**.

Uvedená autorka zároveň odporovala, že na konci tejto fázy sa utvára sexuálna identita dieťaťa. Podľa môjho názoru ide zaujímavý poznatok, nakoľko sa dá predpokladať, že nezvládnutie tejto fázy implikuje nejednoznačne sformovanú **sexuálnu identitu**, čo je jedným zo znakov hraničnej poruchy osobnosti, napríklad podľa manuálu MKCH-10 (viď. kapitola 2.2.2)

3.2.2 Koncepcia Otta F. Kernberga

Na to aby sa identita jedinca vyvíjala zdravo je podľa Kernberga (2004) potrebné v ranom veku prejsť v rámci primárneho vzťahu dvoma etapami. Najprv je treba prekonať prvotné „symbiotické štádium“ a intrapsychicky **oddeliť seba od objektu**. Následne je potrebné prekonať ďalšie pôvodné vývojové nastavenie, a to zjednotiť primitívne vnímanie

rozlišujúce len dva extrémne póly: "**absolútne dobré**" a "**absolútne zlé**" (*angl. all good / all bad*).

Podľa uvedeného autora, v prípade, že sa nepodarí prvá úloha, vyvíja sa ďalej jedinec v spektre psychózy, kedy nie je schopný rozlíšiť seba od objektu. V prípade, že prvú úlohu aspoň do určitej miery zvládne, ale v nepodarí sa mu zjednotiť dva extrémne póly vo vnímaní, ocitá sa identita jedinca vo sfére hraničnej organizácie osobnosti, pre ktorú je charakteristické tzv. **štiepenie** rozdeľujúce svet okolo ako aj jeho samotného na dva extrémny s chýbajúcou stredovou polohou. Podobne ako u Mahler (viď. kapitola 3.2.1) to ale rovnako znamená, že identita jedinca sa nesformovala v dostatočne stabilnú a preto je pre ňu charakteristická difúznosť a neohraničenosť, čo je koreňom ďalších špecifických symptómov. Ďalším problémom je podľa autorov Kernberg, Yeomans, Clarkin & Levy, (2008) internalizácia patologických dyadických vzorcov, teda vzorcov medzi dieťaťom a primárnou vzťahovou osobou.

Častým prejavom hraničnej organizácie osobnosti je podľa Kernebrga (2004) tzv. „**ako keby osobnosť**“ (*angl. as if personality*), ktorá sa u pacientov prejavuje nejasnou predstavou o svojich skutočných pocitoch a preferenciách, kedy sa napríklad pri sociálnych interakciách subjektívne prežívajú iba ako hráči rolí, ktoré sú z hľadiska danej situácie očakávané. Podľa Kernberga (1984) vzniká hraničná patológia skôr ako podľa Mahler a to už vo veku 6-8 mesiacov.

3.2.3 Konceptia Anthonyho Batemana a Petera Fonagyho

Podľa Batemana a Fonagyho (2016) na to, aby sa u človeka vytvorila stabilná identita a mohol efektívne fungovať je potrebné, aby sa u neho v kontexte vzťahovej väzby (attachmentu) vyvinula schopnosť mentalizovať. **Mentalizácia** je schopnosť rozumieť svojim vlastným mentálnym stavom a tiež mentálnym stavom druhých ľudí.

Nevyhnutnou podmienkou na vývoj mentalizácie je tzv. **zrkadlenie**, čo je špecifická forma interakcie dieťaťa s primárnym objektom (najčastejšie matkou), pri ktorej primárny objekt dostatočne citlivo a presne zachytáva mentálne stavy dieťaťa a vo vhodnej, pre dieťa zrozumiteľnej forme mu ich komunikuje (zrkadlí) naspäť (Trokanová, 2010).

Týmto spôsobom sa dieťa učí rozumieť sebe a ostatným, a svet okolo sa preň stáva zrozumiteľným a uchopiteľným. Vytvára sa v ňom predispozícia na spôsob, akým bude emočne aj kognitívne vyhodnocovať signály, ktoré prijíma. Zároveň si tak dieťa buduje

svoju identitu (self), pomocou ktorej dokáže **odlíšiť seba od ostatných**. Na dôležitosť tejto špecifickej formy interakcie medzi dieťaťom a jeho primárnou vzťahovou osobou vzhľadom na ďalší vývoj detskej psychiky upozorňujú aj Langmeier a Krejčířová (2006).

Hraniční pacienti majú problém práve s nedostatočne vyvinutou mentalizáciou, kedy nesprávne a na základe zlých vodítok vyhodnocujú interpersonálne situácie v ktorých sa nachádzajú. Pacienti sa takto často ocitajú v pozícií tzv. „**patologickej istoty**“ ohľadom motívov iných ľudí, pričom strácajú možnosť orientovať sa v situácii na základe reality (Choi-Kain, Finch, Masland, Jenkins & Unruh, 2017).

Kvôli nedostatočnej mentalizácii v detstve sa u pacientov nevyvinula dostatočne integrovaná, stabilná a ohraničená osobnosť. Takáto osobnosť je potom náchylná na prudké a emočne labilné jednanie. Z rovnakého dôvodu majú podľa Batemana a Fonagyho (2016) hraniční pacienti tendenciu k tzv. **fragmentácii**. Ide o veľmi bolestivý psychický stav kedy sa difúzna identita v záťažovej situácii takpovediac rozpadáva. Na to, aby sa tomuto stavu jedinci vyhli využívajú mechanizmy projekcie a projektívnej identifikácie, kedy sa podvedome snažia príliš ohrozujúce psychické obsahy umiestniť mimo sféru svojej osobnosti.

3.2.4 Biosociálna teória Marshi Linehan

Linehan (2015) prišla s koncepciou, ktorá je v mnohom podobná vyššie uvedenej koncepcii Fonagyho. Podľa autorky sa ľudské self formuje na základe pozorovania seba a na základe pozorovania toho ako okolie reaguje na jeho konanie. Takisto zdôrazňuje potrebu "vhodného naladenia" rodiča na dieťa a na **zrkadlenie** jeho emočných stavov. Za základnú podmienku zdravého vývoja identity považuje **predvídateľnosť** a **emočnú konzistentnosť** v priebehu času.

U hraničných pacientov je táto základná podmienka narušená, jednak vrodenu biologickou predispozíciou k náchylnosti k prehnaným emočným reakciám a tzv. **diskvalifikujúcim prostredím**, ktoré na dieťa nevhodne reaguje, nedostatočne ho „potvrďuje“ (*angl.* validate), prípadne aj neschvaľuje jeho pocity. Dieťa a neskôr dospelý človek sa tak nenaučí rozumieť, regulovať a „označovať“ svoje emočné reakcie a osciluje medzi extrémnou emočnou labilitou a inhibíciou (Dijk, 2012).

4 Liečba hraničnej poruchy osobnosti

Bakalárska práca sa zaoberá liečbou hraničnej poruchy osobnosti. Kapitulu s názvom Liečba hraničnej poruchy osobnosti teda možno považovať za teoretické jadro celej práce. Jej najdôležitejším odkazom je, že hraničná porucha osobnosti liečiteľná je. Považujem za podstatné tento fakt zdôrazniť, aby som tak prispel „svojou troškou“ k rozptýleniu mýtu jej **nevyliciteľnosti** (viď. kapitola 2).

Za liečbu prvej voľby je pri hraničnej poruche osobnosti považovaná psychoterapia. Bez ohľadu na konkrétny terapeutický smer, by mala byť východiskom vždy tzv. **podporná psychoterapia**, ktorej cieľom je stabilizácia pacienta a vybudovanie bezpečného terapeutického vzťahu. Oproti iným psychickým poruchám ako aj oproti niektorým iným poruchám osobnosti je na dosiahnutie pozitívnej zmeny potrebné počítať s dlhším časovým obdobím (Heretik & Heretik, 2016). Ako doplnok k psychoterapii sa na potlačenie niektorých akútnych symptómov zvykne aplikovať farmakoterapia.

V tejto kapitole najprv predstavím všeobecné psychoterapeutické princípy. Následne zoznámim čitateľa s psychoterapeutickými postupmi zameranými na liečbu hraničnej poruchy osobnosti, ktoré spĺňajú kritériá medicíny založenej na dôkazoch. Potom poukážem na rôzne ďalšie odporúčania ohľadom jej liečby. Na záver sa zmienim o možnostiach doplnkovej farmakoterapie.

4.1 Psychoterapia hraničnej poruchy osobnosti

Podľa Orla a kol. (2016) je psychoterapia liečba duševných porúch a stavov psychologickými prostriedkami, na ktorú je možné nazerať ako na liečbu prostredníctvom **ľudského vzťahu**. Jej cieľom je zmierniť, alebo odstrániť ťažkosti pacienta. Často pri tom dochádza k zvýšeniu úrovne sebapoznania, sebaakceptácie, sebarealizácie, sebaocenenia a k nájdeniu zmyslu.

Všeobecné psychoterapeutické princípy

Existuje síce veľké množstvo psychoterapeutických smerov, no podľa niektorých výskumov, je len niekoľko princíпов, ktoré sú v základoch väčšiny týchto smerov a ktoré sú z hľadiska liečby kľúčové. Prochaska, Norcross a DiClemente (2018) popisujú deväť takýchto princíпов a nazývajú ich „**procesy zmeny**“. Sú zastúpené rôznou mierou v

piatich hlavných psychoterapeutických smeroch: psychoanalytický, humanistický/existenciálny, Gestalt, kognitívny a behaviorálny. Podľa uvedených autorov ide o nasledujúce princípy:

- **Zvyšovanie vedomia** – rozširovanie vedomostí pacienta najmä o sebe samom, o vnímanie nových súvislostí, nahliadanie na svoje vnútorné vzorce správania, motívy, prípadne zvedomovanie toho, čo bolo nevedomé.
- **Sociálne oslobodenie** – poskytnutie pacientovi taký sociálny priestor, v ktorom sa môže cítiť akceptovaný aj napriek problémom a dysfunkciám, ktoré v sebe nosí a kvôli ktorým sa môže cítiť stigmatizovaný. Príkladom môže byť skupina anonymných alkoholikov.
- **Emočné vyburcovanie (katarzia)** – ide o zažitie silnej emočnej skúsenosť súvisiacej s daným problémom. Katarzia môže viesť k hlbšiemu uvedomeniu si podstaty problému alebo aj k úplnej zmene postojov k nemu.
- **Sebaprehodnotenie** – inými slovami ide o naštartovanie túžby zmeniť sa, pri ktorom pacient začne jasnejšie vidieť, napríklad nakoľko je jeho problémové chovanie v konflikte s jeho osobnými hodnotami.
- **Záväzok** – prevzatie zodpovednosti za samého seba, ako aj za proces zmeny. Pacient si uvedomí, že je jediný, kto je schopný reagovať, hovoriť a jednať sám za seba.
- **Vzdorovanie (protipodmieňovanie)** – vedomá náhrada nezdravých reakcií zdravými. Užívateľ drog sa napríklad rozhodne ísť behať, aby jednal proti svojmu baženiu po droge.
- **Kontrola prostredia** – ide o reštrukturalizáciu prostredia, kvôli zníženiu pravdepodobnosti udalostí spôsobujúcich problém.
- **Odmena** – posilnenie zdravých reakcií, či už sa jedná o sebaodmneňovanie alebo odmenu zo strany druhých. Autori zdôrazňujú, že pri odmenách sa často hovorí aj o trestoch, ktoré sú z terapeutického hľadiska neefektívne, nakoľko majú tendenciu iba dočasne potláčať problémové chovanie a nevedú k trvalej zmene.
- **Podporné vzťahy** – v psychoterapii ide o najčastejšie využívaný proces zmeny. Jedná sa o terapeutický vzťah, ktorý ponúka pomoc, pochopenie a prijatie.

Livesley (2005) špecifikuje pre liečbu porúch osobnosti nasledovné princípy:

- **zrkadlenie** (viď. kapitola 3.2.3)
- schopnosť **empaticky a pohotovo reagovať**
- poskytovanie **oporného a facilitujúceho prostredia**.

4.1.1 Terapeutické prístupy zamerané na liečbu hraničnej poruchy osobnosti

V súčasnosti existuje päť overených terapeutických prístupov, ktoré boli uznané ako efektívne pri liečbe hraničnej poruchy osobnosti a spĺňajú kritéria **medicíny založenej na dôkazoch**. Jedná sa o Terapiu zameranú na prenos, Terapiu založenú na mentalizácii, Dialektickú behaviorálnu terapiu, Terapiu zameranú na schémy a Systémový tréning práce s emóciami a riešenie problémov – STEPPS. Okrem menovaných existujú aj iné prístupy, ktoré sa ukazujú ako efektívne, no pre nedostatok výskumov ešte v súčasnosti nemožno považovať ich efektivitu za dostatočne overenú (Choi-Kain et al. 2017). Existujú takisto štúdie porovnávajúce efektivitu uvedených piatich prístupov. Tieto štúdie však často pochádzajú z prostredia jednotlivých terapeutických prístupov a preto je ich zovšeobecniteľnosť problematická (Harvard Health Publishing, Jún 2010). V nasledujúcom texte predstavím v úvode spomenutých päť terapeutických prístupov.

Terapia zameraná na prenos

V prípade terapie zameranej na prenos ide o manualizovanú psychoterapiu navrhnutú Kernbergom, vychádzajúcu z psychodynamiky a zameriavajúcu sa na **ovplyvnenie nevedomých procesov** (Harvard Health Publishing, Jún 2010). Opiera sa o autorovu koncepciu etiológie hraničnej organizácie osobnosti (viď. kapitola 3.2.2) a v súvislosti s ňou je hlavným cieľom tejto terapie zjednotenie pacientovho rozštiepeného (polarizovaného) vnímania seba a ostatných, ktoré je jadrom tejto osobnostnej organizácie a stojí za difúziou identity a ostatnými symptómami (Choi-Kain et al., 2017).

Toto **zjednotenie (integrácia)** sa deje analýzou pacientových patologických interpersonálnych vzorcov, ktoré kvôli mechanizmu prenosu vstupujú do vzťahu medzi terapeutom a pacientom. Cieľom je aktivácia **štiepenia** a ostatných primitívnych obrán, v rámci bezpečného prostredia terapeutického vzťahu. To umožňuje pacientovi tieto svoje

vnútorné stavy pozorovať, skúmať a získať chýbajúci náhľad (Choi-Kain et al., 2017). Kombináciou rozumového pochopenia a emočného zážitku (Kreisman & Straus, 2017) sa takto, prepracovaním pocitov viny a integráciou idealizácie a dôvery s hnevom a pohrdaním integrujú pozitívne a negatívne súčasti pacientovej psychiky (Heretiková-Marsalová, 2016). Manualizovaná frekvencia sedení je 1 hodina 2-krát týždenne (Kreisman & Straus, 2017) pričom ide len o individuálnu psychoterapiu. Kernberg (1984) za efektívnu považuje aj frekvenciu 2-3 krát do týždňa a viac, lebo je tak lepšie udržateľné zameranie sa na dôležité aspekty terapie a je možné zachytiť a spracovať viac psychických výkyvov, ktoré pacient medzi sedeniami bežne zažíva.

Odporúča sa zameriavať na okamih **tu a teraz** namiesto analýzy biografických údajov. Zaoberanie sa dopadom minulosti na prítomnosť sa odporúča až v neskorších obdobiach liečby. V centre je neustále vyjasňovanie, výklad a konfrontácia chovania. Terapeut napríklad môže pacienta v danom momente konfrontovať s rozporom medzi jeho verbálnou a neverbálnou komunikáciou (Kernberg, Yeomans, Clarkin & Levy, 2008).

Pri popisovaní vnútorných stavov pacienta sa odporúča používať pacientove vlastné výrazy a metafory (Kernberg, 1984). Zdôrazňuje sa **stráženie si hraníc** terapeutom a zachovanie si tzv. technickej neutrality, čo znamená prirodzený a úprimný záujem terapeuta o osobu pacienta a jednanie podľa základných princípov slušnosti, no nezameriavanie sa na terapeutove osobné záujmy a životné problémy. Okrem stráženia terapeutových hraníc tento prístup zabraňuje prílišnej primitívnej idealizácií a devalvácií terapeuta pacientom. Tento prístup je však podľa autora (Kernberg, 2016) potrebné odlišovať od tzv. "anonymity", čo bol jeden z konceptov psychoanalýzy 50-tych rokov, podľa ktorého sa mal terapeut vo vzťahu k pacientovi vyvarovať akýmkoľvek bežným ľudským prejavom.

V úvode terapie je pozornosť zameraná najskôr na **redukciu symptómov** a sebaohrozujúceho chovania. Súčasťou je takisto podpísanie **kontraktu**, v ktorom je zahrnuté trvanie na otvorenosti a pravdovravnosti, trvanie na vylúčení faktorov, ktoré ohrozujú kontinuitu liečby a zdôraznenie vlastnej zodpovednosti pacienta (Zanarini, 2009). Kvôli náročnosti práce s týmito pacientami je odporúčaná supervízia (Heretiková-Marsalová, 2016).

Terapia založená na mentalizácii

Terapia založená na mentalizácii bola vyvinutá Batemanom a Fonagym (Etiológia o ktorú sa autori opierajú je popísaná v kapitole 3.2.3). Nakoľko v centre patológie tejto poruchy je podľa autorov (2016) nedostatočne vyvinutá **schopnosť mentalizácie**, cieľom psychoterapie je u pacientov zdokonaľiť túto schopnosť.

Deje sa tak primárne prostredníctvom **zrkadlenia pacientových afektívnych stavov** terapeutom (Grambal et al., 2017), pričom cieľom je dosiahnutie, aby bol pacient v konečnom dôsledku schopný mentalizovať nezávisle od facilitácie terapeutom. Pre pacienta je z tohto hľadiska kľúčové zažiť existenciu svojej mysle v myšli inej ľudskej bytosti (Bateman & Fonagy, 2016).

Namiesto ponúkajúceho intelektuálnych vysvetlení alebo učenia konkrétnych techník, terapeut týmto spôsobom posilňuje pacientovu schopnosť mentalizácie najmä počas situácii stresu a pomáha tak pacientovi aj v týchto stavoch emočnej hyperaktívácie a skreslenia reality udržať si sebareflexiu a schopnosť premýšľať (Choi-Kain et al., 2017). Na neurobiologickej úrovni ide o udržiavanie **frontálneho kortexu** v chode aj počas stresu (Trokanová, 2010). Takto terapeut pomáha pacientovi vybudovať si chýbajúce mentálne predstavy o svojich vnútorných stavoch a vyjasniť si s čím súvisia (Grambal et al., 2017).

Proces terapie by sa dal zjednodušiť ako aktivácia systému **vzťahovej väzby (attachmentu)**, v miere, ktorá podporuje mentalizáciu u pacienta. Nie je to ľahká úloha, pretože na neurobiologickej úrovni sa ukázalo, že oblasti mozgu aktivované pri vzťahovej väzbe môžu pôsobiť inhibične na oblasti mozgu zodpovedné za mentalizáciu. Terapeut teda musí vedieť vytvoriť prostredie v ktorom sa attachment aktivuje len vo vhodnej miere (Trokanová, 2010).

Terapeutický proces sa začína prostredníctvom terapeutických sedení, kedy sa v dobre vytvorenom terapeutickom vzťahu a citlivou intervenciou terapeuta (najmä zrkadlením) otvára v pacientovi určitý **evolučne naprogramovaný „kanál“**, prostredníctvom ktorého je jeho centrálna nervová sústava pripravená v rámci vhodných sociálnych interakcií efektívnejšie prijímať, zaznamenávať a prepisovať informácie. Tento „kanál“ musí v procese terapie spevniť natoľko aby ho bolo možné aktivovať aj v prostredí pacientovho reálneho života. Až keď sa terapeutický proces presúva aj do oblastí mimo terapeutického prostredia a pacient je schopný sa „učiť z vlastnej skúsenosti“ možno hovoriť o úspešne prebiehajúcej psychoterapii (Bateman & Fonagy, 2016).

Terapeut by mal ďalej, podľa Batemana a Fonagyho (2016) disponovať dostatočnou mierou **autenticity** a vo vhodnej miere s pacientom zdieľať svoje mentálne stavy. Autori totižto zdôrazňujú terapeutický význam zážitku meniacej sa mysle terapeuta najmä v náväznosti na pacientove reakcie. Tak pacient zažíva svoju myseľ ako aktívneho činiteľa, ktorý mení myseľ druhého človeka. Navyše mu to pomáha rozlišovať svoje mentálne stavy od terapeutových, čo je nápomocné v tvorbe jeho chýbajúceho ohraničenia.

Manualizovaná forma terapie obsahuje 50 minút individuálnej a 75 minút skupinovej psychoterapie na týždennej báze. Raz do týždňa sa takisto stretáva tím špecialistov, pracujúci s týmito pacientami, aby sa jeho členovia zdokonaľovali vo svojich vlastných mentalizačných schopnostiach (Choi-Kain et al., 2017). Psychoterapia nekladie dôraz na analyzovanie minulosti, ale v centre sú vždy tie stavy, ktoré si vie pacient prepojiť so subjektívne prežívanou realitou. Na podporenie pacienta v introspekcii je odporúčaný zvedavý a tzv. „**prirodzene nevediaci postoj**“ terapeuta (*angl. not knowing stance*) (Bateman & Fonagy, 2016).

Dialektická behaviorálna terapia

Dialektická behaviorálna terapia je prístup, ktorý navrhla Linehan (2015), vychádzajúci z **kognitívne-behaviorálnej terapie**, opierajúci sa o biosociálnu teóriu vzniku hraničnej poruchy osobnosti (viď. kapitola 3.2.4). Za príčinu pacientových ťažkostí sa v tomto prípade považuje **emočná dysregulácia**, vyplývajúca z nedostatočnej schopnosti vnímať svoje pocity a emočné stavy. Dialektická behaviorálna psychoterapia sa pri práci s pacientami zameriava v prvom rade na učenie pacienta rôznym zručnostiam, ktoré tieto schopnosti podporujú (Choi-Kain et al., 2017).

Základnou zručnosťou, ktorú si pacienti osvojujú a ktorá stojí aj v centre všetkých ostatných zručností je „**všímavosť**“ (*angl. mindfulness*). Ide o koncept, ktorý má pôvod v budhizme a v jeho jadre sú dva princípy: Zameranie sa na prítomný okamih a nehodnotiace pozorovanie, čo počas toho v mysli vyvstáva. Na osvojenie si všímavosti sa v dialektickej behaviorálnej terapii používa viacero techník, jednou z nich je meditácia (Dijk, 2012).

Pacient v procese terapie pracuje na svojej zmene, pričom sa ale zároveň učí prijať veci, ktoré sa zmeniť nedajú ako aj svoje náročné emočné stavy, bolesť a napätie z nich plynúce. Používajú sa tiež rôzne **pracovné listy**, kde pacienti zapisujú napríklad svoje pocity a to čo

ich spúšťa a učia sa takto označovať svoje emočné stavy a rozumieť im. Pacientom sú zadávané rôzne domáce úlohy (Linehan, 2015).

V úvode je cieľom podchytenie sebaohrozujúceho chovania, ako aj iného chovania ktoré ohrozuje terapeutický proces. Na tento účel sa takisto s pacientom vypracúva a podpisuje **kontrakt** (Kreisman & Straus, 2017).

Táto terapia kladie veľký dôraz na terapeutický vzťah, ktorý sám o sebe považuje za jeden z prostriedkov zmeny. „Dialektická“ v názve terapie okrem iného referuje na spôsob, akým terapeut pristupuje k pacientovi. Tento by mal na jednej strane pacientovi komunikovať, že ho akceptuje a schvaľuje takého aký je, na druhej ho podporovať v jeho snažení o zmenu. Terapeut musí počas terapie, čo najpresnejšie zaznamenávať pacientove pocity, ako aj jeho **neverbálny materiál** a tieto mu citlivo reflektovať naspäť (Dijk, 2012).

Týždenný program manualizovanej terapie je nasledovný: 1 hodina individuálnej terapie - vyznačuje sa flexibilitou a prispôsobuje sa individuálnym potrebám pacienta, 2 hodiny skupinovej terapie – majú fixne stanovený program a zameriavajú sa na učenie zručností, koučing po telefóne zameraný v prvom rade na krízovú intervenciu a stretnutie konzultačného tímu pracujúceho s týmito pacientmi navrhnutý na podporu, supervíziu a prehľbovanie potrebných zručností (Grambal et al., 2017).

Linehanová (2015) podobne ako v koncepcii **zen budhizmu** (Ambalu, Coogan, Feinstein, Freedman, Philip, Stobart, Thompson, Tieszen & Weeks, 2013) uvažuje o existencii takzvanej „**múdrej mysle**“ (*angl. wise mind*), ktorú sa snaží s pacientami v terapii sprístupniť. Ide to určitý „prirodzene múdry a všímavý“ stav mysle, ktorý sa vyznačuje spojením vnútorných protikladov. Človek je v ňom schopný vnímať realitu neskreslenú, takú aká v skutočnosti je a bez vnútorných konfliktov. Múdra myseľ je podľa autorky síce prirodzená každému človeku, nie každému sa ju však podarí sprístupniť. Je k tomu potrebné úsilie a prax všímavosti.

Terapia zameraná na schémy

V prípade terapie zameranej na schémy ide o terapeutický prístup vyvinutý Youngom (2003, in Kreisman & Straus, 2017), ktorý spája princípy kognitívnej, psychodynamickej a Gestalt psychoterapie. Ohľadom etiogenézy hraničnej poruchy osobnosti sa opiera o predpoklad, že dieťa si v ranom veku na jednej strane kvôli biologickej predispozícii, na druhej, kvôli nezdravému prostrediu vyznačujúcemu sa nestabilitou, zanedbávaním alebo zneužívaním

osvojí niektoré zo štyroch hlavných **maladaptívnych schém**, ktoré potom určujú jeho vnímanie, správanie a pociťovanie: "opustené a týrané dieťa", "rozhnevané dieťa", "trestajúci rodič", "ľahostajný ochranca". Z veľkej časti ide o nevedomé vzorce a pacient ich často podporuje tým, že v rámci sociálnej interakcie zdôrazňuje a zameriava svoju pozornosť na tie informácie, ktoré tieto jeho schémy podporujú a minimalizuje alebo popiera tie, ktoré im protirečia (Grambal et al., 2017).

Cieľ terapie je osvojiť si mód tzv. "**zdravého dospelého**", ktorým tieto schémy nahradí. Toto sa dosahuje pri pôsobení dvoch princípov. Prvým je empatická konfrontácia, pri ktorej terapeut vyjadruje podporu pacientovi a zároveň ho konfrontuje s jeho maladaptívnymi schémami. Druhým je tzv. "**limitované rodičovstvo**", čo predstavuje vrelý, prijímajúci terapeutický vzťah v ktorom pacient na vzťahovej úrovni zažíva to, čo mu v detstve chýbalo. Podmienkou zmeny je, aby si pacient nevedomované schémy začal u seba všímať. Preto je dôraz kladený na sebaopozorovanie a to aj mimo terapeutických sedení (Grambal et al., 2017).

Terapia pozostáva z individuálnych sedení 2x do týždňa (Choi-Kain et al., 2017). Používajú sa rôzne techniky ako imaginácia, hranie rolí, tréning asertivity a iné. Terapeutický vzťah je tu v porovnaní s inými terapiami menej formálny, otvorenejší a bližší (povolené je napríklad obdarúvanie sa počas sviatkov) a terapeuti preto musia venovať obzvlášť veľkú pozornosť práci s prenosom a protiprenosom (Kreisman & Straus, 2017).

Systemový tréning práce s emóciami a riešenie problémov (STEPPS)

System STEPPS nie je navrhnutý ako samostatná liečebná metóda. Jedná sa o kratší terapeutický program, slúžiaci ako doplnok k inej liečbe, ako napríklad k individuálnej psychoterapii, prípadne k farmakoterapii. Program STEPPS vychádza z kognitívne behaviorálnej terapie a opiera sa najmä o nácvik zručností (Kreisman & Straus, 2017).

Trvá dvadsať týždňov po dvoch hodinách za týždeň a forma terapie je len skupinová (Choi-Kain et al., 2017). Program sa skladá z troch častí: prvou je **psychoedukácia** - je zameraná na učenie pacientov o ich maladaptívnych vzorcoch, ďalej nácvik zručností pre lepšiu kontrolu emócií a nácvik behaviorálnych zručností. V rámci tohto programu môžu participovať aj príbuzní a partneri pacientov (Kreisman & Straus, 2017).

4.1.2 Ďalšie odporúčania ohľadom psychoterapie hraničnej poruchy osobnosti

Podľa McWilliams (2015) je potrebné na rozdiel od pacientov na neurotickej úrovni - ktorí reagujú dobre na tzv. **odkrývaciú exploratívnu liečbu**, pri ktorej terapeut poskytuje pacientovi vhl'ady a interpretácie odkrývajúce jeho nevedomé konflikty - smerom k hraničnej organizácii patológie pristupovať skôr „podporne“ s dôrazom na bezpečie a rešpekt pacienta. Odporúča zameriavať sa na **štruktúrovanie terapie**, rozvoj pacientovej individuality, dôsledné dodržovanie hraníc terapeutom, pomenovávanie protikladných stavov ja, interpretáciu primitívnych obrán a za dôležitú tiež považuje veľmi citlivú prácu s autenticitou terapeuta. Hraniční pacienti sú podľa autorky veľmi senzitívni a v prípade, že sa napríklad terapeut snaží byť príliš neutrálny, môžu to vyhodnotiť tak, že sa správa falošne, čo môže viesť aj k ukončeniu liečby pacientom. Autorka je preto vo vzťahu k týmto pacientom viac emočne „skutočná“ ako pri práci s pacientami na neurotickej úrovni fungovania.

Heretiková-Marsalová (2016) uvádza pri liečbe týchto pacientov ako dôležitý terapeutický prvok **konzistentné správanie terapeuta**. Je to preto, že práve takéto správanie je v kontraste s neustálymi výkyvmi v správaní a emóciách pacienta s touto poruchou osobnosti. V podobnom zmysle hovorí Livesley (2005) o tom, že konzistentný rámec terapie (vyznačujúci sa určitou mierou stability a predvídateľnosti) ponúka pacientovi štruktúru, ktorá mu pomáha zažívať jeho self stabilnejšie.

Podobný bod je uvedený aj v odporúčaníach National Health and Medical Research Council (2012), kde je zdôraznené, že najmä v momentoch vrcholiacich emočných výkyvov je potrebné zachovať pokoj, rešpekt voči pacientovi a **nehodnotiaci postoj**. Podľa môjho názoru je to analógiou toho, čo považuje pri liečbe týchto pacientov za esenciálne aj Winnicott (2018). Pri popise problematiky hraničného prípadu (*angl.* borderline case) zdôrazňuje, že jeden z krokov pri vývoji self je ten, že malé dieťa sa musí od vnímania matky ako časti seba posunúť k jej vnímaniu ako samostatného a nezávislého objektu. Na to aby to dieťa mohlo urobiť, musí matku, „zničiť“. Tá deštrukciu musí „prežiť“. V prípade, že sa to podarí, a dieťa zažíva, že matka túto deštrukciu prežije, začína byť schopné vnímať matku ako nezávislý vonkajší objekt, oddelený od seba. Inými slovami, umiestňuje objekt mimo svoje self. V tomto zmysle autor doslova hovorí, že objekt (matka) musí snahu dieťaťa o jej deštrukciu „neodplácať“. V rovnakom zmysle považuje za nevyhnutné aby terapeut ustál

„**útoky**“ **pacienta** a aby mu umožňoval odohrať si dôležitý vývojový medzník, ktorý u takéhoto pacienta v jeho ranom veku neprebehol zdarne.

Podľa Livesleyho (2005) majú črty typické pre poruchy osobnosti rôznu stabilitu a odolnosť voči zmene. Je potrebné s tým v terapii počítať a nastaviť podľa toho liečbu. Najrýchlejšie podliehajú zmene symptómy a maladaptívne vzorce myslenia. Mali by preto byť v centre pozornosti liečby na začiatku terapeutického procesu, prípadne by sa na ne mala zamerať terapia, ktorá z rôznych príčin môže byť len krátkodobá. Naproti tomu najstabilnejšie a zmene najodolnejšie sú osobnostné rysy, „jadrová“ a interpersonálna patológia. K dosiahnutiu ich zmeny je potrebné rátať s dlhodobou terapeutickou intervenciou.

Autor zdôrazňuje rolu **validácie**, resp. potvrdzovania pacienta v terapii, ktoré však musí byť presne cielené. Validované má byť vnútorné prežívanie pacienta. Nie však príčiny, alebo dôsledky tohto prežívania, ktoré sú pri týchto pacientoch v mnohých prípadoch neadekvátne. V prípade správnej validácie, pomáha táto napraviť seba-znevažujúci spôsob myslenia, ktorý bráni formovaniu koherentnej identity.

Podľa autora je jedným z najpodstatnejších komponentov terapie postupné zvyšovanie pacientovho **sebapoznania a sebapozorovania**. Prepájaním pocitov, myšlienok a činov a postupnou reformuláciou sebapoznania, tak dochádza k štruktúrovaniu a organizovaniu pacientovej „sebakúsenosti“. Spomínanou citlivou validáciou, čiže poskytovaním pacientovi zážitku vnútorného porozumenia terapeut tento proces facilituje.

Livesley(2005) ďalej tvrdí, že pacienti s poruchami osobnosti majú problém znášať alebo tolerovať svoje pocity. To je jeden z dôvodov sebapoškodzovania, ktoré od týchto pocitov môže poskytnúť úľavu. Terapeut by mal preto podporovať pacientov v pozorovaní a „**udržaní**“ **svojich pocitov**, keď sa počas terapie objavia. Mal by s pacientom pracovať aj na regulácii pocitov a na tento účel pacienta učiť rôzne „uzemňovacie“ a relaxačné techniky alebo techniky zamerané na kontrolu pozornosti.

Autor konkretizuje jeden z liečebných aspektov terapeutického vzťahu. Pre proces zmeny je podľa neho nevyhnutné, aby pacient **prerámoval** (*angl. reframe*) vnímanie situácií spúšťajúcich osobnostnú patológiu. Pacienti vnímajú udalosti veľmi personalizovane, vzťahujú ich na seba a žijú v presvedčení, že tento ich pohľad je jediný možný a nemenný a sú tak najmä spočiatku rezistentní voči terapeutovým snahám ponúknuť k ich pohľadu alternatívu. Keď však neskôr dôjde k upevneniu terapeutického vzťahu, môžu byť tieto alternatívy pacientom vnímané ako prijateľnejšie.

Bateman a Fonagy (2006) upozorňujú na to, že nesprávne vedená terapia môže mať práve, pri liečbe pacienta s hraničnou patológiou negatívne účinky. V tomto prípade sa hovorí o tzv. **iatrogénnom** poškodení pacienta. Toto môže nastať v prípade, že terapeut nevie s dostatočnou presnosťou odhadnúť vnútorný stav pacienta. Jedným z hlavných prostriedkov terapie je podľa autorov konfrontácia pacienta s terapeutovými vhl'admi ohľadom reality a osobnosti pacienta a v prípade, že sú dostatočne presné a empatické ich **integrácia** s pacientovým doterajším sebapoňatím. Tento proces spravidla prebieha jednoduchšie u pacientov, ktorých vnútorná štruktúra sa vyznačuje vyššou mierou stability. U hraničných pacientov, u ktorých je však vážne narušená je tento proces náročnejší. V prípade, že terapeut ponúka svoje interpretácie a vhl'ady pacientovi, ktorého identita je práve v stave nedostatočnej stability, nemajú sa tieto inak prínosné, konfrontácie u pacienta v čom „uchytiť“. Inými slovami, terapeut sa síce snaží pôsobiť na pacientovu identitu, tá ale v danom momente ako keby neexistuje. Dôsledky môžu byť dva. Buď sa u pacienta prítomný chaos a zmätok ešte znásobí, alebo príjme terapeutovu intervenciu nekriticky a dochádza k **falošnej stabilizácii**. Ani v jednom prípade nedochádza k integrácií nových poznatkov s osobnostnou štruktúrou pacienta. Takto sa môže podľa autorov terapia vyvíjať aj dlhé roky, pričom k skutočnému posunu u pacienta nedochádza. Práve naopak, pacientova možnosť integrácie je s'ťažovaná. Podľa autorov je preto rozhodujúce správne **načasovanie** takéhoto druhu konfrontácie.

Odporúčana pre liečbu hraničnej poruchy osobnosti vydané National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2009) a National Health and Medical Research Council (NHMRC, 2012) upriamujú pozornosť ešte na niekoľko bodov. Obe zdôrazňujú, že podstatný je jasný teoretický model týkajúci sa pacientovej patológie ako aj štruktúrovaný model liečby, ktoré by mali byť zrejme terapeutovi (prípadne terapeutickému tímu) ako aj pacientovi. Podľa oboch je z hľadiska liečby dôležité aby pacienti aktívne participovali na procese liečby ako aj na rozhodovaní o tom akým smerom sa liečba bude uberať. Terapeut by mal pacientovi vždy objasniť ako liečba bude vyzeráť a čo presne bude obsahovať. Celkovo sa zdôrazňuje **podpora pacientovej autonómie**. V prípade, že je to možné odporúčajú tiež aby na liečbe do určitej miery participovali aj rodinní príslušníci pacienta.

Aj keď oba manuály ohľadom **frekvencie sedení** odporúčajú prispôbiť sa pacientovým potrebám, podľa NICE (2009) by frekvencia nemala byť nižšia ako **2 krát do týždňa** a podľa NHMRC (2012) nižšia ako **1 krát do týždňa**. V manuáli NICE (2009) sa ešte uvádza, že ak je to možné, liečba by nikdy nemala trvať kratšie ako **tri mesiace**.

Podľa NHMRC (2012) častým problémom v zdravotných zariadeniach býva, že ošetrojúci lekár (terapeut) nie je oboznámený s efektívnymi prístupmi k liečbe hraničnej poruchy osobnosti. To následne často vedie napríklad k tomu, že sa títo pacienti opakovane ocitnú na oddeleniach intenzívnej starostlivosti, čo z pohľadu liečby tejto poruchy osobnosti nie je efektívne. Je preto dôležité, aby terapeuti pracujúci s touto kategóriou pacientov boli o efektívnych prístupoch (Najmä na dôkazoch založených, vid' kapitola 4.1.1) informovaní.

Tento manuál hospitalizácie hraničných pacientov odporúča len vo výnimočných prípadoch, vždy len z krátkodobého hľadiska. Výnimkou sú špecializované intenzívne terapeutické programy, ktoré sa používajú napríklad v rámci Dialektickej behaviorálnej terapie.

Komunikácia s hraničným pacientom

Nakoľko interakcia s hraničnými pacientmi môže byť kvôli ich nestabilnej identite a **skreslenom vnímaní reality** najmä v čase ich emočného rozrušenia veľmi náročná, môže byť z terapeutického hľadiska podstatné vedieť s nimi komunikovať. Kreisman a Straus (2017) uvádzajú spôsob, ktorý bol vyvinutý špeciálne na **krízovú komunikáciu** s týmito pacientmi. Program sa volá SET UP a definuje tri zložky, ktoré by takáto komunikácia mala vždy obsahovať:

- S – support – podpora
- E – empathy – empatia
- T – truth – pravda

Podpora by mala byť vyjadrená vždy **v prvej osobe**. Akcent sa kladie na vlastné pocity hovorca (terapeuta). Príklad: „Mám úprimné obavy a starosť o to ako sa cítite.“ Pacientovi je takto komunikovaný úprimný záujem o jeho osobu.

Empatia má byť vyjadrená **v druhej osobe**, mala by sa zameriavať na pacienta a nemá obsahovať narážky na vlastné pocity terapeuta. Jej zmyslom potvrdiť zmätené pocity hraničného pacienta. Príklad: „Asi sa cítite hrozne.“

Vyjadrenie pravdy uznáva existenciu problému a obracia sa k praktickej a objektívnej otázke, čo je možné urobiť pre jeho vyriešenie, no zároveň z pacienta nesníma za riešenie zodpovednosť. Príklad: „A čo stým teraz urobíte?“

Prvé dve zložky sú subjektívne a vyjadrujú podporu a tretia sa zameriava na objektívny problém. V prípade, že v komunikácii pacient necíti podporu, môže dôjsť k obvineniu, že

terapeut sa o pacienta nezaujíma, prípadne, že mu chce ublížiť a toto sa môže týkať celej ďalšej komunikácie. Ak pacient nepocíti empatiu, môže dôjsť k **devalvácii terapeuta**, dokonca ho môže vnímať ako človeka, ktorý nie je schopný pochopiť jeho utrpenie. V oboch prípadoch to môže viesť k prerušeniu komunikácie. Za najviac rizikovú autori považujú absenciu „pravdy“. V tom prípade si pacient komunikáciu môže vysvetliť ako potvrdenie toho, že jeho pohľad na vec je obecné zdieľaný a podporovaný, čo nakoniec zvyčajne vedie k sklamaniu a hnevu.

4.2 Farmakoterapia hraničnej poruchy osobnosti

Farmakoterapia je biologická liečba, ktorej účelom je chemickou cestou, prostredníctvom psychofarmák, optimalizovať psychický stav. Jedná sa o veľmi rozšírenú a často používanú metódu liečby psychických porúch (Orel a kol., 2016).

Podľa odporúčaní vydaných napríklad britským National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2009) prípadne austrálskym National Health and Medical Research Council (NHMRC, 2012) sa farmakoterapia ako **hlavná liečba** pri hraničnej poruche osobnosti **neodporúča**. Napriek tomu sa mnohí špecialisti práve k tejto forme liečby uchylujú. Okrem toho, že na podporu efektivity takéhoto prístupu v tomto prípade nie sú empirické dôkazy. Podľa výskumu Rogersa a Actona (2012) je tento druh liečby vnímaný negatívne aj samotnými pacientami. Tí sa pri takto vedenej liečbe často cítia ako „pokusné zvieratá“, na ktoré sa aplikuje jeden liek za druhým, bez možnosti participácie na procese rozhodovania o smerovaní liečby. Pacientov v terapii to posúva do pasívnej role, čo okrem negatívneho vplyvu na samotnú liečbu znižuje aj motiváciu k liečbe týchto pacientov. Kvôli neefektívite farmakoterapeutickej liečby to navyše podporuje **stigmatizáciu** hraničnej poruchy ako neliečiteľného ochorenia.

I keď sa z hľadiska hlavnej liečby hraničnej poruchy osobnosti farmakoterapia neodporúča, môže byť použitá ako jej vhodný doplnok v niektorých (najmä **krízových**) obdobiach. Využíva sa najmä na dočasné **potlačenie symptómov**, ktoré môžu predstavovať prekážku v pokračovaní, prípadne aj v začatí psychoterapeutickej liečby (Grambal et al., 2017; NICE, 2009; NHMRC, 2012).

Z tohto dôvodu sa zvyknú používať nasledovné psychofarmaká (Kreisman & Straus, 2017):

- **Antidepressíva** – pomáhajú pri náladovej nestabilite, depresívnych symptómoch, pocitoch prázdnoty, úzkosti a citlivosti na odmietnutie. Znižujú tiež výbuchy hnevu a sebeпоškodzujúce správanie.
- **Stabilizátory nálady** – využívajú sa na stabilizovanie nálad, znižovanie úzkosti, zlepšenie zvládania impulzivity, agresivity, podráždenosti a hnevu.
- **Antipsychotiká** – odporúčajú sa na počiatočnú liečbu percepčných distorzií. Ide najmä o paranoju, disociačné symptómy a pocity neskutočnosti.
- **Anxiolitiká** – používajú sa v akútnych prípadoch na zníženie úzkosti. Avšak vykazujú zvýšenie impulzivity. Ich rizikom je návykovosť.

PRAKTICKÁ ČASŤ

5 Ciele a metóda výskumu

Ciele predkladanej práce som si zadefinoval na úplnom začiatku jej spracúvania. Rešerš literatúry, ktorý som následne urobil v jej teoretickej časti, mi rozšíril vedomosti o problematike, no samotné ciele ostali nezmenené. To isté platí aj o metodológii praktickej časti, pri ktorej bolo od začiatku zrejmé, že najvhodnejšou bude kvalitatívny výskum opierajúci sa o analýzu pološtruktúrovaných rozhovorov.

Ciele výskumu

Predkladaná bakalárska práca skúma liečbu hraničnej poruchy osobnosti v terapeutickej praxi. Pokúša sa definovať elementy psychoterapeutickej práce, ktoré prispievajú k efektívnosti jej liečby. **Cieľom je definovať princípy, o ktoré by sa terapeut pracujúci s touto kategóriou pacientov mohol pri liečbe oprieť.**

Metodologický rámec výskumu

Pre výskum som zvolil **kvalitatívny prístup**. Podľa Miovskeého (2006), ide o typ výskumu vhodný pre popis, analýzu a interpretáciu nekvantifikovaných, alebo nekvantifikovateľných fenoménov, ktorý je schopný zachytiť ich jedinečnosť a neopakovateľnosť. Nakoľko som chcel zachytiť osobitú skúsenosť terapeutov so skúmaným fenoménom, zdal sa mi tento druh výskumu ako najvhodnejší.

Metóda zberu dát

Dáta boli získavané pomocou **pološtruktúrovaných rozhovorov**. Na tento účel bol vypracovaný **dotazník s otázkami** (viď príloha č. 2), ktoré boli participantom počas rozhovoru kladené. Dotazník pozostával z **trinástich hlavných otázok**, ktoré boli kladené každému participantovi. Väčšinou mali formu otvorených otázok a pýtali sa na hlavné rysy terapeutovho postupu pri práci s hraničnými pacientami.

Boli formulované tak, aby participantovi poskytli jasný rámec toho, na čo sa má pri odpovedi zamerať, ale zároveň boli dostatočne široké na to, aby mu pri odpovedi poskytli

čo najväčší priestor pre popis vlastnej skúsenosti. Ďalej bolo obsahom dotazníka **osem podotázok**, ktoré dopĺňali niektoré z hlavných otázok a boli kladené v prípade, že participant odpovede na ne v odpovedi na hlavnú otázku nezahrnul. Dotazník obsahoval takisto **desať „bonusových otázok“**, ktoré sa zameriavali na konkrétnejšie aspekty liečby. Tieto boli kladené v prípade, že po zodpovedaní hlavnej časti otázok ostal na to čas.

V priebehu rozhovorov sa ukázalo, že „bonusové“ otázky práve kvôli príliš úzkemu záberu nie sú pre tento výskum vhodné a po treťom z rozhovorov som ich prestal klásť. Dotazník ešte obsahoval aj sériu **demografických otázok**, ktoré sa pýtali na hlavné charakteristiky každého participanta (vek, terapeutický smer, počet hraničných pacientov v terapii) a zvyčajne boli kladené ako prvé.

Pred začiatkom každého z rozhovorov, som dal každému z terapeutov prečítať a podpísať **informovaný súhlas** (viď príloha č. 3), v ktorom bolo zmienené, že rozhovor bude nahrávaný, anonymný a že sa participant výskumu zúčastňuje dobrovoľne.

V dvoch prípadoch som po zrealizovaní rozhovorov ešte potreboval doplniť informácie. To prebehlo prostredníctvom **emailovej komunikácie**.

Rozhovory prebiehali v piatich prípadoch v ambulanciách terapeutov. V dvoch prípadoch v kaviarni a v jednom prípade v domácnosti terapeuta.

Participant znenie otázok dopredu nevedeli s výnimkou jedného terapeuta, ktorému som ich na jeho vyžiadanie pred stretnutím poslal.

Rozhovory boli zaznamenané na audio rekordér typu **ZOOM H1**. Okrem toho som niektoré myšlienky alebo zaujímavé súvislosti, ktoré sa počas rozhovoru objavili, zaznamenával perom do dotazníku, ktorý som mal počas rozhovoru pred sebou. Rozhovory trvali v priemere 45 minút. Najdlhší z rozhovorov mal 63 minút a najkratší 30 minút.

6 Výskumný súbor

Výskumný súbor tvorí hlavný pilier tejto bakalárskej práce. Umožnil do nej totiž pretaviť jedinečné skúsenosti ľudí, ktorí majú so skúmaným fenoménom skúsenosti. To, či sa celý výskum podarí zrealizovať bol teda v prvom rade podmienený tým, či sa mi podarí nájsť adekvátny počet participantov (terapeutov).

6.1 Výber výskumného súboru

Za spôsob výberu výskumného súboru bol zvolený **zámerný výber**. Ide o nepravdepodobnostnú metódu výberu vzorky, v ktorej sú účastníci cielene vyberaní podľa vopred stanovených požadovaných vlastností (Miovský. 2006).

Podmienky účasti participantov vo výskume boli:

- Participant je psychoterapeut.
- Vo svojej praxi sa stretáva / stretával s hraničnými pacientami.

Kontakty na terapeutov, ktorí sa výskumu zúčastnili som dostal cez odporúčania svojich známych. S jedným z terapeutov som sa poznal osobne. Zvyčajne bol postup taký, že som najprv kontaktoval terapeuta **telefonicky**, pričom som mu v krátkosti popísal, čo by som od neho potreboval. V zapätí som mu poslal **email**, v ktorom som vysvetlil všetky podrobnosti. Okrem toho som emailom kontaktoval aj terapeutov mimo odporúčaní, o ktorých som vedel z počutia a domnieval sa, že by s problematikou mohli mať skúsenosti. Žiaden z nich však na môj email nezareagoval. Celkovo som kontaktoval 15 terapeutov, z toho sa výskumu zúčastnilo 8 z nich.

6.2 Popis výskumného súboru

Pološtrukturované rozhovory som zrealizoval s ôsmimi terapeutmi. Išlo o dve terapeutky a šiestich terapeutov zo Slovenska a Českej republiky. Základné vlastnosti výskumného súboru som zachytil pomocou **demografických otázok**, kladených zvyčajne na začiatku rozhovoru. Zhrnutie uvádzam v tabuľke č.1. Terapeuti sú zoradení podľa poradia v ktorom jednotlivé rozhovory prebiehali. Niektorí z terapeutov majú absolvovaných viac terapeutických výcvikov. V tabuľke je uvedený ten, ktorý považujú za hlavný. Podrobnejšie

informácie ohľadom terapeutických výcvikov ako aj komplexný popis toho, ako ktorý z terapeutov pri práci s hraničnými pacientami postupuje sú obsahom prílohy číslo 4.

Tabuľka č.1 – Popis výskumného súboru

Terapeut	Vek	Pohlavie	Hlavný terapeutický smer	Dĺžka praxe	Približný počet hraničných pacientov	Druh praxe
1	36	Žena	Psychodynamická terapia zameraná na Arteterapiu	4 roky	Okolo 30	V rámci nemocnice
2	60	Muž	Psychodynamický	30 rokov	Viac ako 100	Súkromná prax
3	64	Muž	Psychoanalyticky orientovaná psychoterapia	36 rokov	Viac ako 100	Súkromná prax
4	46	Muž	Geštalt	20 rokov	Okolo 80	Súkromná prax
5	58	Žena	Katátymne-imaginatívna psychoterapia	30 rokov	Okolo 5	Súkromná prax
6	49	Muž	Geštalt	15 rokov	Okolo 20	Súkromná prax
7	39	Muž	Rogeriánsky	4 roky	Okolo 8	Súkromná prax
8	44	Muž	Pesso-Boyden	20 rokov	Okolo 50	Súkromná prax

7 Etické aspekty výskumu

Pred začiatkom každého rozhovoru som terapeutov požiadal, aby si prečítali a podpísali **informovaný súhlas** (viď. príloha č. 4). Obsahoval súhlas terapeuta s tým, že sa na výskume zúčastňuje dobrovoľne, že mu boli ohľadom výskumu zodpovedané všetky otázky, že rozhovor bude nahrávaný a že vo výskume bude zachovaná anonymita všetkých participantov. O týchto skutočnostiach som participantov takisto informoval už v informačnom e-maili, ktorý som im posielal na začiatku našej komunikácie. Výskumu sa zúčastnili terapeuti zo Slovenska a Českej Republiky. Z dôvodu **zvýšenia anonymity**, informácie o krajne pôvodu a pôsobenia terapeuta neuvádzam. Z rovnakého dôvodu boli všetky rozhovory prepisované do slovenčiny bez ohľadu na jazyk, ktorým terapeut rozprával. Terapeuti boli tiež informovaní, že v prípade, že si to želajú, bude im za stretnutie zaplatený **honorár**. Túto možnosť využil jeden z terapeutov, zaúčtovaním svojej bežnej ceny za terapeutickú hodinu. Honorár bol hrađený z osobných zdrojov výskumníka.

Záverom môžem konštatovať, že si nie som vedomý žiadneho pochybenia v tomto smere a verím, že všetky požiadavky na etickú stránku výskumu boli naplnené.

8 Metóda spracovania a analýzy dát

Pre metódu analýzy a spracovania dát som použil **tematickú analýzu** podľa popisu Braunovej a Clarkovej (2006). Podľa autoriek táto metóda umožňuje zmysluplne zosumarizovať hlavné aspekty väčších celkov dát, pričom zároveň necháva priestor na zachytenie **neočakávaných vhl'adov** (*angl. insights*) do skúmaného fenoménu a ponúka tiež priestor pre **interpretáciu**.

V súlade s ich metodikou som postupoval podľa nasledujúcich krokov:

1. Zoznámenie sa s dátami, pri ktorom dochádza k transkripcii a opakovanému čítaniu prepísaného materiálu.
2. Vytváranie otvorených kódov na celom súbore dát.
3. Identifikácia tém. V tomto bode sa kódy zlučujú do väčších tematických celkov.
4. Revízia tém, ktorá súvisí s ďalším zlučovaním tematických celkov, ako aj k vylučovaniu tých, ktoré z hľadiska výskumu nie sú relevantné.
5. Definovanie a pomenovanie tém. Dochádza k identifikovaniu jadra každej témy, jej interpretácii a následnému pomenovaniu. Pomenovanie jednotlivých tém sa pri tom musí čo najpresnejšie vzťahovať k cieľom výskumu.
6. Spracovanie výstupu.

Vytváranie jednotlivých tém bol proces, ktorý sa začal od prvého kontaktu s dátami (v niektorých prípadoch už počas rozhovorov). Témy sa postupne „vynárali“ pri čítaní, porovnávaní jednotlivých prepisov a neustálej **reflexii**. Významových jednotiek bolo z počiatku viac. Následne došlo k ich **redukcii**.

Samotný proces kódovania prebiehal metódou „**pero, papier**“. Finálne názvy jednotlivých tém som sa snažil voliť tak, aby dostatočne presne vystihovali popisovaný fenomén, no aby zároveň poskytovali priestor pre odlišnosti, ktoré sa v jeho rámci medzi terapeutmi vyskytovali. Ich výber je tiež ovplyvnený aspektami niektorých teoretických konceptov, ktoré sú súčasťou teoretickej časti práce.

Ako **medziprodukt** tohto „kreatívneho“ procesu vznikli texty (**Výt'ah z rozhovorov s terapeutmi**), ktoré v niekoľkých odstavcoch zachytávajú prístup k terapii hraničných pacientov u každého terapeuta zvlášť. Tieto texty mi pomohli v širšom kontexte porovnať prácu jednotlivých terapeutov a všimnúť si tak niektoré súvislosti, ktoré by mi pri bežnom

kódovaní pravdepodobne unikli. Aj keď by tieto texty určite boli z hľadiska výstupu práce obohatením jej praktickej časti, z dôvodu úspory miesta sú zaradené v časti príloh (príloha č. 4), kde sa s nimi čitateľ s hlbším záujmom o problematiku môže oboznámiť.

9 Výsledky analýzy dát

Výsledkom tematickej analýzy je **deväťnásť tém**. Témy som rozdelil do dvoch skupín. Prvú som označil ako „**princípy 1. kategórie**“. Tieto princípy vznikli na základe tematickej analýzy s tým, že ich formulácia nebola predmetom žiadnej z otázok, ktoré boli terapeutom kladené. Je pravdepodobnejšie, že ich terapeuti prinášali spontánne a z hľadiska ich osobnej skúsenosti majú teda vyššiu výpovednú hodnotu. „**Princípy 2. kategórie**“ boli priamou súčasťou niektorých otázok. Z hľadiska ich efektivity a možnosti využitia pri liečbe to síce neznižuje ich význam, je však možné, že v konkrétnom rozhovore by sa bez otázky takáto téma neobjavila. Takýmto spôsobom, som sa snažil urobiť výskum transparentnejším a oddeliť „neskreslené“ výsledky od tých, pri ktorých je väčšia pravdepodobnosť ovplyvnenia participanta výskumníkom.

Z hľadiska väčšej prehľadnosti uvádzam tiež **frekvenciu výskytu** tém u jednotlivých terapeutov a to napriek tomu, že sa nejedná o kvantitatívny výskum. Fakt, že sa určitý princíp objaví u väčšieho množstva terapeutov zákonite neznamena, že je z hľadiska liečby významnejší. Domnievam sa skôr, že častejší výskyt konkrétneho princípu poukazuje na overenie jeho funkčnosti v terapeutickú praxi.

Pred prezentáciou samotných výsledkov by som rád zdôraznil, že kvalitatívny výskum prináša prioritne originálne a jedinečné výpovede respondentov, ktoré **nie je možné generalizovať**.

Témy ku ktorým som na základe tematickej analýzy dospel sú nasledovné:

- **princípy 1. kategórie:** pevnosť, dôraz na hranice, zážitok, trpezlivosť, akceptácia negatívneho sebeobrazu, zvedomovanie, čitateľnosť–jasnosť, skúsenosti a odbornosť terapeuta, motivácia na strane pacienta, maximálne štyroch hraničných pacientov v terapii, prevencia rozpadu pacientovej štruktúry, vyčkať s konfrontáciou, vnímavosť-bdelosť, mimoterapeutické prostredie, nedirektivita – podpora autonómie.
- **princípy 2. kategórie:** bezpečný vzťah, protiprenos, „nepoužívanie“ techník, Pozitívny vzťah terapeuta k pacientovi.

Prehľadný výpis tém aj s frekvenciami ich výskytu uvádzam nižšie v Tabuľke č.2.

Tabuľka č.2. – Zoznam identifikovaných tém

Princípy 1. kategórie		
č.	Princíp	Frekvencia výskytu
1.	Pevnosť	8 z 8
2.	Dôraz na hranice	8 z 8
3.	Zážitok	7 z 8
4.	Trpezlivosť	6 z 8
5.	Akceptácia negatívneho sebeobrazu	6 z 8
6.	Zvedomovanie	5 z 8
7.	Čitateľnosť – jasnosť	5 z 8
8.	Skúsenosti a odbornosť terapeuta	5 z 8
9.	Motivácia na strane pacienta	5 z 8
10.	Maximálne 4 hraniční pacienti v terapii	4 z 8
11.	Prevenencia rozpadu pacientovej štruktúry	4 z 8
12.	Vyčkat' s konfrontáciou	3 z 8
13.	Vnímavosť, bdelosť	3 z 8
14.	Mimoterapeutické prostredie	3 z 8
15.	Nedirektivita – podpora autonómie pacienta	3 z 8
Princípy 2. kategórie		
16.	Bezpečný vzťah	7 z 8
17.	Protiprenos	6 z 8
18.	„Nepoužívanie“ techník	6 z 8
19.	Pozitívny vzťah terapeuta k pacientovi	3 z 8

9.1 Výstupy z analýzy - princípy 1. kategórie

Témy, ktoré sú výsledkom analýzy uvádzam v poradí podľa výšky frekvencie, s ktorou sa medzi terapeutmi objavovali. Každá téma bude najprv vysvetlená a rozvedená na rôzne aspekty toho, čo zahŕňa. Následne budú pre lepšiu ilustráciu uvedené príklady konkrétnych výpovedí niektorých z terapeutov, ktoré s danou témou súvisia.

1. Pevnosť (frekvencia: 8 z 8)

Z analýzy rozhovorov vyplýva, že významným momentom počas liečby hraničných pacientov je, keď v terapii dochádza k takzvanému „*konfliktu*“ medzi pacientom a terapeutom. Môže sa napríklad stať, že terapeut zareaguje s nechuťou na niečo, čo s pacientom priamo nesúvisí, tento to však na seba vzťahuje a berie osobne. Pacient sa následne na terapeuta hnevá a zažíva voči nemu prepád dôvery. Terapeuti sú vtedy často konfrontovaní s agresivitou, verbálnymi útokmi a obviňovaním, čo ich môže vyvádzať z rovnováhy a vyvolávať v nich potrebu brániť sa, prípadne ísť určitým spôsobom do protiútok. Z hľadiska terapie je dôležité, aby v týchto momentoch terapeut zostal „pevný“ a nenechal sa „vyprovokovať“ intenzitou emócie, ktorú v ňom práve pacient vyvolal.

Z niektorých rozhovorov vyplýva, že okrem zachovania bezpečia v rámci terapeutického vzťahu sa takto pacientovi sprostredkúva zážitok toho, že i keď pacient určitú situáciu v tomto momente nezvláda, osoba, ktorá je momentálne prítomná v jeho vzťahovom rámci (terapeut) situáciu ustojí. Pacient teda zažíva, že situáciu je možné zvládnuť a zažíva „*stálosť objektu*“. Terapeut č. 2 konkretizuje, že v týchto momentoch sa jeho (terapeutova) reprezentácia dostáva do vnútra pacienta ako časť jeho psyché, ktorá mu v detstve chýbala. Takáto skúsenosť je presný opak toho, čo pacient očakáva na základe svojich skúseností z detstva, prípadne aj zo súčasného života.

Ďalší z terapeutov (terapeut č. 4) označuje podobné momenty ako určité nevyhnutné zlyhávanie objektu (v tomto prípade terapeuta) vo vzťahu. Vychádza z premisy, že patológia pacienta nevzniká samá od seba, ale že vždy ide o reakciu pacienta na vzťahovú realitu v ktorej sa práve nachádza. Je to pre pacienta dôležitá skúsenosť, že skutočnosť, že objekt (terapeut) „*má vo vzťahu vinu a nevyhnutne zlyháva, neznamená, že je zlý a neznamená to, že ho opustil v úsilí mu pomôcť*“. Okrem zmienenej skúsenosti, môže pacient vďaka týmto momentom spolu s terapeutom sledovať spoluvytváranie patológie ku ktorému dochádza

v terapii, ale aj v každodennom živote a na základe toho svojmu fungovaniu lepšie porozumieť (viď princíp „zvedomovanie“).

Príklady výpovedí respondentov:

- *„Kľúčové momenty sa zvyčajne dejú v terapii tak, že dôjde k nejakému konfliktu medzi mnou a tým človekom. Že vidím, že ten človek sa v ten moment hnevá alebo má prepad dôvery a sama neviem ako to dopadne. Ja z toho vzťahu neutekám. Zostávam tam, aby ten človek vedel, že som mu k dispozícii. A záleží na tom ako to ten človek spracuje. Väčšinou, keď dôjde k takémuto pocitu nedôvery na strane tej klientky alebo k nejakému prepadu, tak potom keď sa vráti a ideme ďalej, tak je to iné.“* (Terapeut č. 1)
- *„...ja som istá podoba primárneho objektu, ktorý bol zlyhávajúci v minulosti a ja keď unesiem jeho hnev a agresivitu a reagujem s kludom, dávam mu návod, jemu samému, že keď sám bude niekedy hnevlivý, agresívny, že je možné to ustáť.“* (Terapeut č. 2)
- *„... v terapii sa mu to nepotvrdí. To čo si potvrdzuje každodenne v živote (...) on zažije, že ten terapeut je pevný a zažije, že sa na neho napríklad nehnevá. Alebo, že ho neodsúdi.“* (Terapeut č. 7)
- *„Ak by sa mi stalo, a to sa stať môže, som tiež len človek, že ten súcit zabudnem a nejak sa nechám vtiahnuť alebo niečím vyprovokovať, tak v tú ranu to oni veľmi citlivo vnímajú a môže to byť kritické pre tú terapiu.“* (Terapeut č. 8)

2. Dôraz na hranice (frekvencia: 8 z 8)

Podľa všetkých oslovených terapeutov je pre terapiu s touto kategóriou pacientov kľúčové, klásť dôraz na hranice. Hraniční pacienti majú tendenciu ich nedodržiavať, prekračovať a posúvať, prípadne majú požiadavku „dostať niečo extra“. Je preto potrebné ich pevne udržiavať, opakovane vymedzovať, prípadne pacientovi ukazovať, keď ich prekročí. Hranice pri práci s týmito pacientami sú špecificky dôležité aj preto, lebo im chýba vnútorná štruktúra. Umožňujú im zažívať určitú štruktúru aspoň z vonku.

Práca s hranicami je dôležitá i z hľadiska vzťahov. Terapeutka č. 5 uvádza, že takýto pacient napríklad môže požadovať, aby sa pred každým sedením poprehadzoval nábytok v miestnosti, pretože sa tam v opačnom prípade necíti dobre. Keďže podobným spôsobom zvyknú pacienti prekračovať hranice aj v bežnom živote, je pre iných ľudí spravidla

náročné s nimi vo vzťahoch zotrvať. Práca s hranicami v terapii je potrebná, aby sa s nimi pacienti naučili zachádzať aj v rámci svojich osobných vzťahov a tak mohli byť stabilnejšie. Hranice pomáhajú pacientom zvládnuť ich častú netrpezlivosť a „*pestovať zdržanlivosť*“. Jeden z terapeutov (terapeut č. 2) upozorňuje na to, že súčasná uvoľnená morálka v našom kultúrnom priestore vyznačujúca sa „*bezbrehou spontánnosťou*“ je presne to, čo je potrebné týchto pacientov učiť brzdiť.

Hraniční pacienti sa tiež musia naučiť niesť zodpovednosť. To znamená, že prekročenie hraníc, by pre nich vždy malo mať konsekvencie. Terapeut č. 8 napríklad uvádza, že ak pacient zruší sedenie z „*pochybných príčin*“, neposkytne mu ďalší termín, kým za prepadnuté sedenie nezaplatí. Terapeut č. 7 sa s pacientom dohaduje na pravidle, že po troch zrušených termínoch zo strany pacienta už pacienta viac neobjedná. Terapeutka č. 1 má pravidlo, že si s pacientami nikdy netyká a to bez ohľadu na to či sa oslovujú menami.

Terapeut č. 4 hovorí, že skôr než striktne vymedzovať, je potrebné tieto hranice spolu s pacientom skúmať a citlivo a láskavo mu ukazovať, kde v ktorom momente sú a kedy prípadne došlo k ich prekročeniu. V niektorých situáciách môže pacientovi vyjsť v ústrety a hranice určitým spôsobom sám prekročiť, podstatné však je, aby aj vtedy pacient registroval, kde sa táto prekročená hranica nachádza.

Kontribúciou pri práci s hranicami je uzatváranie písomných alebo ústnych kontraktov, kde sa pevne nastaví pravidlá ohľadom platieb, časov, náhrad a iných náležitostí. Tieto väčšina terapeutov uzatvára aj s inými pacientami, pri ktorých často ide „*len o formalitu*“. Pri hraničných pacientoch sú dohody kľúčové. Špeciálnou časťou či už ústnych alebo písomných dohôd býva podchytenie suicidálnych myšlienok a tendencií. Ak majú pacienti samovražedné myšlienky, je potrebné tieto myšlienky s terapeutom zdieľať. V prípade samovražedných tendencií býva dohoda, že sa pacienti nechajú hospitalizovať. Terapeut č. 6 sa s pacientami dohaduje na podmienke, že ak sa pacient pokúsi o samovraždu, terapia nebude pokračovať.

Príklady výpovedí respondentov:

- „*Ešte u hraničných je taký základný princíp, že oni niekedy nedodržiavajú hranice. Že nedodržiavajú termíny, chodia neskôr alebo chcú aby som urobila niečo, čo nie je štandardné. Napísala profesorovi do školy, alebo niečo... čiže u hraničných si veľmi strážim hranice, veľmi.*“ (Terapeut č. 5)

- „...aby boli jasné hranice. A asi im to potom pomáha v tomto, v tejto hranici, že vlastne je to, nie že by som ich odmietal, alebo že by som proti nim niečo mal. Ale, že hranice sú potrebné k tomu aby sa pestovala ich trpezlivosť, zdržanlivosť s čím oni majú problém. Aby sa tá impulzivita regulovala.“ (Terapeut č. 2)
- „...ukazovať im, že kde je tá hranica, že ja ju dokážem prekročiť, ale potrebujem ju vidieť. A ako láskavo viem v tom byť flexibilný, ale vždy ju tam zvýrazniť a ukázať, že tu tá hranica je takto. To môže byť čas, priestor, peniaze... klasika.“ (Terapeut č. 4)

3. Zážitok (frekvencia 7 z 8)

Napriek tomu, že terapeuti z výskumnej vzorky pracujú primárne „verbálne“, predstava, že terapeutické pôsobenie je redukované iba na výmenu informácií, by bola mylná. Z rozhovorov vyplýva, že kľúčovým prvkom terapie je pre pacienta práve zážitok ku ktorému na terapii dochádza.

K zážitkom dochádza zvyčajne vtedy, keď sa pacienti počas terapie dotknú nejakej svojej hlbokej témy. Tieto zážitky sú prežívané často aj telesne. Ako to opísal terapeut č. 7: „*potíš sa, plačeš, trasieš sa, je ti zle, máš knedlík v krku a vtedy prichádza k nejakej zmene*“. Terapeut č. 8 v podobnom zmysle hovorí, že pacient sa v terapii potrebuje dotýkať svojej „*jadrovej bolesti*“, ktorá pri hraničných pacientoch obvykle býva „*nevydržateľne páľčivý pocit menejcennosti a existenciálneho strachu*“.

Terapeutka č. 5 hovorila o pacientke, u ktorej nastal z hľadiska liečby posun, keď po dohode s terapeutkou na sedenie prišla so svojou mamou a zažila spontánny okamih, keď v určitom momente terapie, terapeutka na jej mamu zareagovala kriticky. Na základe tohto zážitku totižto zrejme prvý krát pochopila, že pocity, ktoré voči svojej mame častokrát sama zažívala boli oprávnené. U pacientky tento zážitok viedol k tomu, že začala viac dôverovať svojim pocitom.

Ďalší terapeut (č. 4) hovorí, že terapia „*nie je masáž*“. Pacient v nej potrebuje zažívať aj náročné stavy, pričom často ide až na „*hranicu psychózy*“. Podstatné ostáva, že to zažíva spolu s terapeutom a tým pádom má „*reality check*“.

Zážitok sa môže týkať aj toho, že sa pacient pravidelne stretáva s človekom ktorý ho má skutočne rád, „*že to není fejk*“. Na sprostredkovanie takého zážitku musí byť tento pocit u terapeuta hlboký a autentický.

Jeden z terapeuticky silných zážitkov je popísaný v princípe „pevnosť“, kedy pacient na terapii zažije, že terapeut ustojí jeho útok respektíve hnev.

Obzvlášť pri hraničných pacientov je však potrebné dávať si z hľadiska zážitkov pozor, aby nedošlo k retraumatizácii pacienta. Extrém v zmysle prehnaneho „vrtania“ sa v emóciách, najmä v prípade, že nie je vybudovaný dostatočne bezpečný terapeutický vzťah môže týmto pacientom totižto ublížiť. Terapeut č. 4 si myslí, že v niektorých prípadoch trvá liečba týchto pacientov dlho aj z toho dôvodu, že chodia na terapiu, kde sa otvárajú témy, na ktoré pacient ešte nie je pripravený a kde zároveň nemá priestor na to aby takéto silné zážitky spracoval.

Príklady výpovedí respondentov:

- *„Musí mať trochu - neviem čo mám povedať - odvahu? - alebo proste motiváciu sa v tých boľavých veciach - nechcem povedať vrtať - ale tak sa ich nejak dotknúť, alebo ich nejak vydržať (...) ja tomu hovorím core pain, jadrová bolesť alebo niekedy používam slovo stud...“ (Terapeut č. 8)*
- *„...že tam niečo objasníme a zrazu to o čom hovoríme viackrát opakované, zrazu to akoby zapadne a zrazu hovorí „teraz som to naozaj pochopil“. Teraz to naozaj cítim aj vo vnútri. Nemám to iba v hlave, niekde v myšlienkach, ale sa vo mne čosi pohlo, zrazu prežívam prvýkrát taký pocit kludu, ktorý som v živote predtým neprežíval.“ (Terapeut č. 2)*
- *„Však ja keď mám takých, čo chodia dosť často, tak ideme do toho. Ideme až na hranicu tej psychózy. Že tam sa jedine „shiftne“ veľa. Ale keď to niekto robí tak, že ich potom nechá tak, tak podľa mňa to predlžuje, alebo aj zhoršuje priebeh ochorenia“ (Terapeut č. 4)*

4. Trpezlivosť (frekvencia: 6 z 8)

Aj trpezlivosť je rozhodujúca pri práci s hraničnými pacientami. Z analýzy rozhovorov vyplýva, že pokiaľ má byť liečba efektívna, vždy pôjde o dlhodobú terapiu. Dôvodom, ktorí špecifikovali niektorí z opýtaných terapeutov sa zdá byť, že psychika pacientov má svoju vlastnú dynamiku a teda liečebný proces nie je možné umelo urýchliť. Je nutné s tým pri terapii počítať a nestrácať nádej i v prípade, že sa zdá, že pacient sa v terapii neposúva. Vždy treba mať pochopenie pre dlhodobý proces. Pre niektorých terapeutov to môže byť frustrujúce, pretože výsledok dlho nebude viditeľný. Nastávajú aj situácie kedy sa môže

zdať, že pacient sa v určitom smere posunul, no na ďalšom sedení sa tento posun už nepotvrzuje.

Odhadovaná dĺžka celkovej terapie vhodná na liečbu hraničnej poruchy osobnosti sa v závislosti od jednotlivých terapeutov líši. Ako minimálna doba boli spomenuté dva roky. Hovorilo sa aj o štyroch, siedmych, dvadsiatich rokoch, a jeden z terapeutov (terapeut č. 7) dokonca vyslovil, že terapia môže trvať aj celý život a týka sa určitého osobnostného rastu. Niektorí terapeuti tiež prízvukovali, že terapia s týmito pacientami sa často naťahuje, lebo majú tendenciu terapiu prerušovať a po určitom období sa do nej opäť vracajú. Dvaja z terapeutov sa zhodujú na tom, že ak má mať terapia aspoň stabilizujúci účinok, respektíve, aby u pacienta došlo k prvým štrukturálnym zmenám, sú potrebné minimálne dva až tri roky terapie.

Príklady výpovedí respondentov:

- *„Najťažšie je mať trpezlivosť. Vedieť, že oni sa nebudú rýchlo posúvať. Alebo nebudú mať náhľad. Teda tá práca s nimi je špecificky dlhodobá.“* (Terapeut č. 3)
- *„... každý pacient má svoj čas. A my tú rýchlosť nemôžeme urýchliť ani keby sme chceli. Takže aj terapeuti, alebo profesionáli by mali byť trpezliví a rešpektovať to, že každý ten čas má iný.“* (Terapeut č. 1)
- *„Takže myslím si, že zmena možná je, ale taká pomalá bolestivá“* (Terapeut č. 7)
- *„Áno, viac ako niekoľko rokov. Aj päť je úplne bežné. Rok, dva sú intenzívne. Oni potrebujú potom odstup. Zažiť si svoju skúsenosť. To sa stáva u mnohých pacientov, že sa vrátia, že niektoré veci si spracujú, vrátia sa o pol roka alebo o dva roky a môže pracovať ďalej.“* (Terapeut č. 5)

5. Akceptácia negatívneho sebaobrazu (frekvencia: 6 z 8)

Ďalším faktorom, ktorý bolo možné u skúmanej vzorky terapeutov identifikovať bolo to, že pacient by mal v terapii na seba nazerať v reálnom svetle so všetkými kladmi aj záporni, ktoré má. Inými slovami, mal by ustáť vlastnú negatívitu (respektíve to, čo on na sebe ako negatívne vníma). Ide o to, aby pacient sám pred sebou neuhýbal a vnímal sa taký aký v skutočnosti je. Aby sa na seba vedel pozeráť pravdivo. Je to schopnosť kontaktu človeka s realitou. Terapeut č. 2 túto schopnosť vystihol tvrdením, že dobrá terapia je o „pravde o človeku“. Človek-pacient pritom musí prekonať strach sa tejto pravdy dotknúť. Pravda

môže byť zdrojom strachu a hanby, prípadne až sebanenávisti. Dosiagnúť akceptáciu negatívneho sebaobrazu je u hraničných pacientov viac než náročné, pretože pre nich znamená, že musia opustiť určitý pre nich bezpečný a známy obraz o sebe.

Aby to boli schopní urobiť, musia vydržať neistotu, ktorá opustenie zaužívaného obrazu sprevádza. Ak majú pacienti zvládnuť neistotu je potrebné, aby si počas terapie postupne vo svojom vnútri budovali novú, dospelú časť, z ktorej sa nebudú báť na všetky tieto svoje vlastnosti pozeráť a z ktorej im budú schopní čeliť a ustáť ich.

Terapeuti uvádzajú, že náznaky počiatkov tohto procesu vidia, napríklad vtedy, keď si pacient je ochotný priznať svoju bezmocnosť. Napríklad pacient prináša, že vidí svoj podiel na tom čo sa mu v živote neprestajne deje, no zároveň priznáva, že si so sebou nevie poradiť. Takisto sa to ukazuje v situáciách, keď pacient pri terapeutovi začne prejavovať emócie, za ktoré sa dovtedy hanbil a prejavíť by sa ich neodvážil. Pri niektorom z pacientov to môže znamenať, že sa pri terapeutovi dokáže rozplakať, pre iného to môže byť aj vyjadrenie hnevu alebo akejkoľvek inej dovtedy „zakázanej“ emócie .

Terapeutka č. 1 opísala prípad, v ktorom v detstve týraná pacientka, bola v určitom momente terapie schopná v predstave podať ruku svojej detskej časti, ktorú celý život nenávidela a pohrdala ňou.

Terapeut môže tento proces podporiť napríklad tým, že v terapii dôjde k objasneniu súvislostí medzi minulosťou a súčasnosťou. Pacient tak môže pochopiť, že aj patologické stránky jeho osobnosti majú z hľadiska jeho osobnej histórie určitý dôvod a sú teda opodstatnené. Takýmto spôsobom si vie lepšie porozumieť a mať pre seba pochopenie, čo nakoniec môže viesť k tomu, že má väčšiu tendenciu svoje patologické stránky prijať.

Pacientom v prijatí svojich negatívnych stránok niekedy, paradoxne, pomáha aj samotná diagnóza. Terapeutka č. 1 uvádza, že niekedy nechá svoje pacientky prečítať si niečo o hraničnej poruche osobnosti. Pacienti vtedy zisťujú, že ich správanie určitým spôsobom dáva zmysel a že nie sú sami, kto podobné problémy má a majú následne väčšiu ochotu sa aj so svojimi problémami akceptovať.

Príklady výpovedí respondentov:

- *„Dobrá psychoterapia je o pravde. A nebáť sa tej pravdy dotknúť. A s tou pravdou pracovať. A tá pravda je naozaj niekedy nebezpečná a niekedy zdrojom strachu a hanby... je to pravda o človeku.“* (terapeut č. 2)

- „...že vydrží to nepříjemné a tím plačom, pred ktorým ani ona neuteká, a dokonca už jej nevadilo, že aj ja to vidím (...) Neuteká pred sebou ani v tej interakcii napríklad so mnou. Tak som si hovoril, áno, to už je dobré. To znamená, že ona už má v sebe vybudovanú nejakú dospelú časť, ktorá je schopná s nejakým pochopením toto sledovať a nejak to uniesť“ (Terapeut č. 6)

6. Zvedomovanie (frekvencia 5 z 8)

Pomáhanie pacientovi prehlbovať jeho vhl'ad do vlastnej problematiky sa ukázalo ako efektívny princíp u viacerých terapeutov. Často sa to týkalo zvyšovania pacientovej sebareflexie, zameriavania pozornosti na to, čo sa pri sedení v danom okamihu deje, a upriamovanie pozornosti pacienta na svoje emócie. Niektorí terapeuti považujú za opodstatnené pomáhať pacientovi zvyšovať uvedomovanie si vlastného tela a telesných procesov. Zvedomovanie je dôležité, pretože pacienti majú v sebe množstvo potlačeného a skresleného materiálu a v prípade, že ho nemajú pomenovaný a zvedomený nemajú nad ním kontrolu a ovláda ich.

Terapeut môže tiež ukazovať a objasňovať ako pacient funguje vo svojom bežnom živote. Napríklad mu priamo pomenuje, že v živote pacient zažíva často chaotickosť, prázdnotu, ambivalenciu, prípadne niekedy veľké nadšenie, a že sa jedná o „prejav jeho veľkej emocionality“. Tiež mu môže popísať, ako sa jeho emocionalita prejavuje v jeho interpersonálnych vzťahoch. Vhodné je tiež prepájať situácie, ktoré sa odohrávajú na terapeutickom sedení so situáciami, ktoré pacient zažíva vo svojom bežnom živote. Skrátka „treba to neustále monitorovať, prepájať a ponúkať mu to.“

Niektorí terapeuti zdôrazňovali význam poukazovania na tzv. „prešmyky“. Ide o rýchlo sa meniace pacientove stavy, ktoré často súvisia s obranným mechanizmom štiepenia a s prechodom od idealizácie k devalvácii. Pacient napríklad prináša zážitok v ktorom niekým silne pohrda a devaluje ho, pritom si neuvedomuje, že predtým tú istú osobu vychvaľoval a idealizoval. V prípade, že je to vzorec, ktorý sa u pacienta často opakuje, čomu tak pri hraničných pacientoch obvykle býva, terapeut ho na to upozorní, a popíše mu, že sa v ňom striedajú takéto dve paradoxné tendencie. Toto podporuje pacienta, aby si viac uvedomoval, čo sa v jeho vnútri v danom okamihu odohráva. Ďalej je potrebné pacienta viesť k tomu, aby si pri silných devalváciách overoval svoje pocity s realitou. Či sa jeho práve odohrávajúci pocit skutočne zakladá na niečom, čo sa v tomto okamihu v realite deje. Či sa človek,

s ktorým je v práve v interakcii skutočne voči nemu správa „úkorne“ a na základe akých znakov a indícií tak pacient usudzuje.

U pacientov sa často objavuje charakteristický pocit, že samých seba nemajú pod kontrolou. Terapeut č. 2 to nazval pocit „biliardovej gule“ do ktorej z každej strany niekto „šťuchá“ a pacient nemá možnosť to nijak ovplyvniť. V terapii je možné pacientovi ukázať, že aj takéto stavy vie dostať pod vedomú kontrolu. V prípade, že sa počas terapeutického sedenia objaví nejaká silná emócia, ktorá smeruje k okamžitému vybitiu, je možné analyzovať, v ktorej časti procesu je možné konanie napríklad zastaviť.

Niektorí terapeuti považujú za dôležité objasňovanie súvislostí medzi prítomnosťou a minulosťou. Myslia tým práve dopad súvislostí raných vzťahov pacienta na jeho súčasné prežívanie a chovanie. Terapeut č. 8 hovorí, že pri práci pomáha ak sa pacient dotýka svojej minulosti a vracia sa k svojim zraneniam. Okrem náhľadu na svoje fungovanie, mu to pomáha samého seba akceptovať a mať pre seba pochopenie (viď. princíp „ustáť vlastnú negatívu“).

Terapeut č. 7 zhŕňa, že „čím viac človek rozumie sám sebe, svojmu prežívaniu, svojim pocitom a vzťahom, tým sa stáva konzistentnejší, tým viac sa má rád a tým pevnejšia je jeho hodnota“, čo je pri nedostatočne sformovanej identite hraničných pacientov kľúčové.

Príklady výpovedí respondentov:

- „Často mu to ukážem, že predtým ste o niekom alebo o situácii hovorili že je to super hyper a potom zrazu hovoríte, že vám to bolo úplne opačné. Ukážem mu, že tieto dve časti, čo je vlastne splitting, aby si uvedomoval, že čo sa vlastne sním deje“ (Terapeut č. 2)
- „...moja úloha je počúvať s čím prichádza a potom hľadať, kde sa to vyskytuje v tom živote, či sa to opakuje“ (Terapeut č. 3)
- „učím ich telesné vnímanie (...) zvyšujeme to uvedomenie v tele a samozrejme to pri hraničnej patológii opatrne, lebo tie emócie sú často veľmi silné, ale učím ich s tým pracovať, učím ich to udýchať (...)esteticky to vnímať v tele, čo to robí. Zostaňte s tým, dýchajte do toho. Je v tele nejaký pohyb?“ (Terapeut č. 4)
- „A vlastne tým, že otvorene na tie problémy nazerala, vlastne vedela, prečo tie problémy chodia, prečo ich takto rieši, nejak tomu porozumela ..tak ako keby už nebol dôvod, že z nevedomia sa to niekde vynorí.“ (Terapeut č. 6)

- „Porozumenie tomu, kde sa tie emočné schémy, teda obranné mechanizmy... kde sa vzali.(...) tie návraty do detstva sú dosť zásadné u nich“ (terapeut č. 8)

7. Čitateľnosť – jasnosť (frekvencia 5 z 8)

Z realizovaných rozhovorov tiež vyplynulo, že terapeut pracujúci s hraničným pacientom by pre pacienta mal byť čitateľný a jasný. Pre týchto pacientov je kvôli ich mechanizmu štiepenia prežívania na „dobré“ a „zlé“, ale aj kvôli ostatným obranným mechanizmom náročné orientovať sa v interpersonálnych situáciách. Majú tendenciu prispôbovať si vnímanie reality tak, aby bola v súlade s ich sebaobrazom. Z tohto dôvodu môžu to, čo sa odohráva v terapii ako aj v bežnom živote, vnímať skreslene. Terapeut by preto pre pacienta mal byť dostatočne zreteľný, jasný vo svojich stanoviskách a nejednoznačnosťou neposkytovať priestor pre nadbytočnú projekciu alebo „lavírovanie“. Mal by byť jednoznačný v dohadovaní a v pravidlách, v zmysle „čo poviem, to platí“.

Títo pacienti majú tendenciu hrať s terapeutmi „rôzne hry a očakávať súhlas s ich videním sveta“. Terapeut by mal byť vždy jasný a pevný i v prípade, že to u pacienta zaznamená a nepodporovať to. Terapeutova jasnosť a čitateľnosť pomáha hraničným pacientom orientovať sa v situácii a takisto im pomáha definovať hranice, ktoré majú tendenciu prekračovať (viď princíp „dôraz na hranice“).

Jasnosť a čitateľnosť by mala znamenať aj určitú autenticitu vo vyjadrovaní emócií terapeuta; samozrejme len v prípade, že terapeut má spracovaný svoj protiprenos a emócie sú primerané (viď princíp „protiprenos“). Keďže pacienti sa sami vyznačujú zvýšenou emocionalitou a spontánnosťou, je takýto terapeutov prejav pre pacientov čitateľný, zrozumiteľný a býva pri práci oceňovaný. Podľa terapeuta č. 3 pacienti potrebujú terapeuta „čítať“, potrebujú jeho reakcie a prežívanie. Terapeut môže napríklad komunikovať pacientovi, že to čo práve povedal v ňom vyvoláva strach, úzkosť alebo naopak radosť, prípadne, že ho to privádza do neistoty.

Autenticita a jasnosť takisto terapeutovi pomáha získavať si pacientovu dôveru. Pacient totižto potrebuje cítiť, že terapeutove prejavy sú autentické a že sa „na nič nehrá“. Títo pacienti majú tendenciu na terapeuta útočiť, devalvovať ho, prípadne ho určitým spôsobom konfrontovať s nepríjemnými emóciami. Môže sa stať, že na to, aby sa terapeut pred tým ochránil zaujme voči pacientovi určitý predpripravený neutrálny alebo defenzívny postoj. Takým prístupom sa však vytráca autenticita, čo môže byť v prípade, že to pacient vycíti

vnímané ako nedôveryhodné a tým pádom to môže ohroziť terapeutický vzťah, prípadne viesť rovno k predčasnému ukončeniu terapie pacientom.

Príklady výpovedí respondentov:

- „...čiže ja musím v sebe rozumieť, čo robím, prečo to robím, čo sa so mnou deje. Byť v tomto zmysle jasný, priehľadný. Aby ten človek mal niekde istotu, že ho niekde neľahám, alebo že nemám nejaké zámery. Že sa mi dá veriť“ (Terapeut č. 7)
- „Nenaskakovať na hry, Byť jasný. Jasne sa dohadovať. Poviem to tak buzerantsky, puntičkársky.“ (Terapeut č. 7)
- „U týchto hraničných ľudí mám pocit, alebo u tých konkrétnych, že tá spontaneita, ktorou sa nimi kontaktujem je oceňovaná. Že som zase pre nich ja čitateľnejší. A zase je to tá emocionalita, ktorú oni majú častokrát. Oni ju majú síce takú extrémnu, ale nejakým spôsobom tomu rozumejú cez seba.“ (Terapeut č. 6)
- „Oni keď sú trochu rozvinutí, tak oni nás čítajú a potrebujú naše reakcie a naše prežívanie. Takže určite mu tam nerozprávam o svojich bôľoch, ale ja hodne sa nechám akoby čítať, alebo keď sa pýta, alebo vyjadrím aj svoje pocity voči nemu. Pretože, to sa mu nedialo akoby v tom živote. Teda nemôžem od neho chcieť aby on psychicky rástol, keď ja zostanem neutrálny, alebo neotvorený.“ (Terapeut č. 3)

8. Skúsenosti a odbornosť terapeuta (frekvencia: 5 z 8)

V rozhovoroch sa opakovane objavovala téma určitej pripravenosti terapeuta na prácu s touto diagnózou. Často zaznievalo, že na prácu s týmito pacientami sú jednak nevyhnutné skúsenosti s terapeutickou prácou, no predovšetkým veľká miera sebazoznania, k čomu môže napomôcť sebakúsenosť v rámci terapeutického výcviku. Podľa terapeuta č. 8 táto porucha zachádza až „k jadru našich zranení“. Aby mohol človek s takýmito pacientami pracovať, musí sa týchto vlastných hlbokých zranení - „hraničných častí v sebe“ dotknúť. Tomuto terapeutovi sa podarilo do „týchto úrovní v sebe“ dostať až niekedy pred štyridsiatym rokom života.

Terapeuti ďalej považujú za nápomocné, ak sa pri práci s týmito pacientami môžu aspoň čiastočne oprieť o určitý funkčný a overený teoretický model, ktorý ponúkajú niektoré terapeutické metódy zamerané na prácu s hraničnými pacientami. Spomínali sa napríklad Kernbergova terapia zameraná na prenos, dialektická behaviorálna terapia Marshi Linehan

alebo Youngova terapia zameraná na schémy. Dvaja terapeuti naznačili, že v prípade, že terapeut má záujem pracovať s touto kategóriou pacientov, nestačia mu všeobecné princípy práce s človekom, ale je potrebné prostredníctvom existujúcich, najmä „vývojových“ teórií porozumieť tomu, z čoho táto porucha vychádza, s čím súvisí a akú má dynamiku.

Terapeutka č. 1 v tejto súvislosti hovorila o probléme nízkeho povedomia o hraničnej problematike v rámci personálu nemocníc, najmä čo sa týka sestier a sanitárov. Kvôli nedostatočnému oboznámeniu s touto diagnózou, nevedia ako k pacientom pristupovať, považujú ich za „protivných“ a ich problémy bagatelizujú. Takýto prístup môže negatívne vplývať aj na úspešnosť liečby.

Príklady výpovedí respondentov:

- „*To znamená, stále sa v týchto oblastiach dozvedávať. V rôznych smeroch. Nech som KBT terapeut alebo geštaltista. Ale naozaj, ak chcem robiť s nejakým typom pacientov, tak všetky smery, čo mi k tomuto môžu dať.*“ (Terapeut č. 6)
- „*Teda prvý krok by bol, že terapeut, ktorý by mal robiť s týmito ľuďmi je prezentovať sa vedomosťami. Ja si myslím, že najlepšie má psychoanalytická vývinová teória. Aj vývinová teória patológie. Niečo musí odprezentovať. A potom môžeš robiť aj symbolicky cez KIP, aj interpretačne, aj s telom robiť, prípadne aj behaviorálne robiť, ale musíš najprv vedieť, že o čo sa tam jedná*“ (Terapeut č. 3)
- „*vyžaduje to sebaskúsenosť. A to v tomto prípade dosť hlbokú. Aby človek mohol pracovať s takýmito klientami, tak sa potrebuje dotknúť týchto hraničných častí v sebe, čo je veľká výzva*“ (Terapeut č. 8)

9. Motivácia na strane pacienta (frekvencia: 5 z 8)

Motivácia pacienta, vôľa alebo ochota na seba pracovať, sa podľa skúmanej vzorky terapeutov ukazuje byť ďalším kľúčovým prvkom terapie. Pacientov stav sa dá vždy zlepšiť, len musí chcieť on sám. Terapeut vie poskytnúť bezpečie a vhodné podmienky takmer každému pacientovi, motiváciu však nie, tú musí mať pacient v sebe. Ak chýba tak sa terapeut môže snažiť koľkokoľvek chce, terapia sa hýbať nebude.

Za priaznivý prognostický faktor motivácie, sa môže pokladať, ak pacient niekde v rámci svojej anamnézy vykázal pevnejšiu motiváciu v akomkoľvek smere. Či už sa to týkalo toho, že chodil v detstve na hudobnú, alebo do nejakého záujmového krúžku, prípadne mal v škole

rád určitý predmet, alebo mal nejakú inú záľubu. Skrátka, ak mal vo svojom živote určitú sféru v rámci ktorej sa vedel „*koncentrovať, prispôbiť a mať určitú disciplínu*“.

Z rozhovorov tiež vyplýva, že motivačným spúšťačom u pacientov často býva určitá kríza alebo kritická udalosť. Môže sa napríklad stať, že sa ocitnú na oddelení intenzívnej starostlivosti a uvedomia si svoju nevoľu takýto zážitok absolvovať opakovane. Prípadne môžu zažiť utrpenie, ktoré spôsobili svojim blízkym, a rozhodnú sa, že im takýmto spôsobom viac ubližovať nechcú. Niekedy motivácia príde až časom. Pacientovi sa celý život dokola opakujú určité vzorce a ich príčinu hľadá primárne u ľudí, ktorí ho obklopujú. Po určitom počte opakovaní môže dôjsť k uvedomeniu, že časť zodpovednosti nesie on a motivuje ho to napríklad vyhľadať terapeutickú pomoc.

Terapeut č. 8 uvádza, že akokoľvek k tomu dôjde, ak je pacient motivovaný a ochotný pripustiť si, že má problém, tak v prípade, že „*natrafi*“ na dobrého terapeuta, „*má z polovice vyhrať*“.

Príklady výpovedí respondentov:

- „*aby mal motiváciu niečo so sebou robiť. Lebo aj tak psychológ nič nespraví. Všetku prácu, čo sa má stať musí spraviť ten klient na sebe. On ho môže iniciovať, konfrontovať, môže mu to v obrazoch nejakých psychológ mu to ukazovať alebo čo, ale v podstate keď sa nezaangažuje ten klient sám, tak je to všetko márne.*“ (Terapeut č. 3)
- „*Ja skôr vnímam, že niečo v tom živote človeka akoby dotlačí, že sa sem objedná. skôr je to často nejaká kríza (...) Niečo im spravidla v tom živote škripne a donúti ich si pripustiť tú možnosť, že možno je predsa len časť problému niekde v nich. A aj keď je to pre nich ťažké a nepríjemné, tak z môjho pohľadu je to dobré v tom zmysle, keď ich to v úvodzovkách donúti to začať riešiť.*“ (Terapeut č. 8)

10. Maximálne štyria hraniční pacienti v terapii (frekvencia 4 z 8)

Všetci oslovení terapeuti sa zhodli, že práca s takýmito pacientami je veľmi náročná a vyčerpávajúca. Práve z tohto dôvodu má vplyv na efektívnu liečbu aj počet pacientov s hraničnou poruchou osobnosti v terapii. Podľa výskumnej vzorky terapeutov sú limitom približne štyria hraniční pacienti v terapii. Dôsledky nedodržania limitu by sa mohli odraziť na kvalite terapeutickej práce.

Príklady výpovedí respondentov:

- „Človek nemôže mať piatich naraz v terapii hraničných podľa mňa... vzťahovo. Lebo to pracuje v hlave normálne (...) Ja si dávam bacha, že viem, že ich nemôžem mať veľa, lebo potom ma to pohlcuje, nevládzem.“ (Terapeut č. 4)
- „Určite títo pacienti stoja hodne energie. A mám taký limit, že pokiaľ niekto chodí pravidelne, tak povedzme troch, štyroch hraničiarov do individuálnej áno, ale viac nie. Pretože cítim, že už aj ja som potom z toho unavená (...) Tak chcem aby som tým nebola zahľtená, mala som silu a nepoškodzovalo to ani tú prácu pre toho klienta ani mňa v rámci nejakej psychohygieny“ (Terapeut č. 1)

11. Prevencia rozpadu pacientovej štruktúry (frekvencia: 4 z 8)

Rozhovory potvrdili, že štruktúra osobnosti hraničných pacientov je krehká. Kvôli svojej krehkosti má tendenciu sa rozpadávať a to najmä vo fázach, kedy ešte nie je terapiou dostatočne spevnená. Vo vzorke terapeutov bola táto krehkosť štruktúry často vyjadrovaná priamo. Bolo ju však možné postrehnúť aj z metafor, ktoré pri popise osobnosti týchto pacientov terapeuti používajú. Pri týchto popisoch často zaznievali slová ako rozlievanie, rozsýpanie, rozkladanie, rozpadanie, rozbitosť, atď...

Podľa dvoch terapeutov zo skúmanej vzorky je z dôvodu tejto krehkosti, pri liečbe potrebná väčšia frekvencia sedení ako pri iných druhoch pacientov. Ako minimum uvádzajú jedenkrát do týždňa, ideálne aj viac, obzvlášť v začiatkovej fáze liečby. Ísť pod tento model považujú obaja z hľadiska liečby za neefektívne. Pacient počas terapie „internalizuje dobrý obraz terapeuta“, ktorý je však zo začiatku fragilný. V prípade, že by sa pacient dostal do väčšej frustrácie, ktorá býva sprevádzaná úzkosťou a pocitmi prázdnoty a ostal by bez možnosti mať s terapeutom kontakt, tento obraz sa zničí, čo sa môže prejaviť ukončením terapie, sebapoškodzovaním alebo abúzm návykových látok.

Niektorí z oslovených terapeutov, kvôli hroziacim krízam identity umožňujú pacientom kontaktovať ich aj mimo pracovnú dobu. Terapeutka č. 1 napríklad uvádza, že im dáva svoj pracovný email s upozornením, že k emailu nemá prístup vždy a môže sa stať, že sa k správe dostane až za dva dni. Pacienti sa môžu k terapeutovi „vztiahnuť“ aj mimo terapeutické sedenie. Môžu tak vyjadriť to čo potrebujú a nerastie v nich tenzia, ktorá by viedla ku kríze a zároveň je tam hranica toho, že terapeut nie je k dispozícii non-stop.

Príklady výpovedí respondentov:

- „*ten vnútorný objekt, ktorý tam spolu budujeme, tú reprezentáciu, je labilný. To znamená, že keď je to iba raz do týždňa alebo raz za dva týždne, s čím nesúhlasím... tak ten dobrý obraz mňa zrazu keď majú a sú frustrovaní a nemôžu ma mať v kontakte, tak ľahko ho zničia, zlikvidujú a terapiu ukončujú. Preto im vysvetľujem, že je dobré na úvod terapie aj dva krát do týždňa*“ (Terapeut č. 2)
- „*To je tá stálosť vzťahu. Tá ako keby fragilnosť, to sa rozpadne tá vzťahová skúsenosť, keď nie sme spolu... vieš objektová stálosť.*“ (Terapeut č. 4)
- „*Ale nech mi to napíšeš, že budem rada, že oni to zo seba dostanú a hneď ako to prečítam, že im odpoviem. Lebo inak to v sebe držia a rastie v nich tenzia, čo potom riešia sebepoškodzovaním alebo alkoholom alebo by si našli nejakú inú nevhodnú stratégiu.*“ (Terapeut č. 1)

12. Vyčkat' s konfrontáciou (frekvencia 3 z 8)

V priebehu terapie dochádza k momentom, keď terapeut môže poskytnúť pacientovi na jeho problematiku určitý náhľad. Či už formou interpretácie, alebo len vo forme priameho pomenovania prítomného fenoménu alebo opakujúceho sa vzorca. Zvyčajne sa jedná o citlivé súvislosti, ktoré si ešte pacient dostatočne jasne neuvedomuje. V takomto prípade, sa však mnohí z terapeutov zhodujú na tom, že konfrontácia pacienta s takýmto materiálom je vhodná až potom, čo sú na to v terapii vytvorené vhodné podmienky. Či už ide o dostatočne spevnený terapeutický vzťah alebo o dostatočnú pevnosť štruktúry samotného pacienta. Odhadnúť, kedy je ten správny čas pacienta konfrontovať, vyžaduje od terapeuta skúsenosti a dávku trpezlivosti. Terapeutka č. 1 to prirovnala k „*balansovaniu na tenkom lade*“.

Ďalší z participujúcich terapeutov hovorí, že najmä v začiatkových fázach terapie sa títo pacienti zvyknú prezentovať v určitej falošnej roli alebo „*pod maskou*“ a je pre nich veľmi dôležité, aby ich terapeut v súlade s tým vnímal. Dodáva, že je náročné nájsť vhodné načasovanie ako aj spôsob ako citlivo podať tomuto pacientovi správu, „*že tú hru vidí a že ho nesúdi za to, že ju hrá*“.

Príklady výpovedí respondentov:

- „...že či pritlačiť, nepritlačiť a či je teraz vhodné povedať alebo nie. Ako v tomto prípade. Či poukázať na to, že ten človek bol zneužitý ako dieťa. A on si to len neuvedomuje... už to má skoro na jazyku. A teraz je to presne o tom mať trpezlivosť. Že to nebudem hovoriť ja. Mala by si to uvedomiť ona. A keď ju k tomu ešte viac navediem... tak si hovorím.. čo sa stane? Sa tu zosype, niečo si urobí? Pred víkendom? Cez víkend ? Je tam možnosť zaistenia? Je hrozne ťažké tomu človeku, keď si to uvedomí, tak ho nechať niekde, aby niečo urobil napríklad impulzívne. Takže určite tam je nejaká krehkosť ktorú ctím... sú tam také okamžiky tenkého ladu.“ (Terapeut č.1)
- „...že chápem, že je to nejaký obranný mechanizmus, ale že považujem za užitočné tú rolu zavesiť na vešiak a pozrieť sa na to, čo je pod ňou. A človek na začiatku asi musí toho človeka vypočuť a tá jeho dôvera je tak krehká, že nieže by som to sním hral úplne, lebo to sa ani nedá, keď vidím, že to je hra od začiatku, ale že človek musí mať určitú trpezlivosť v tomto smere, ale zase to neprehnať. (Terapeut č. 8)

13. Vnímavosť, bdelosť (frekvencia 3 z 8)

Niektorí z výskumnej vzorky terapeutov sa zhodujú na tom, že pri hraničných pacientoch je rozhodujúce, aby bol terapeut pri práci pozorný a schopný všímať si najjemnejšie nuansy toho, čo sa v danej situácii v terapii deje či už s ním (viď. princíp „protiprenos“), alebo s pacientom. V porovnaní s prácou s inými kategóriami pacientov sa vyžaduje, aby bol terapeut koncentrovanejší, pozornejší, opatrnejší a precíznejší.

Jedným z dôvodov sú rýchlo meniace sa nálady pacienta, pričom tieto zmeny do terapie často priamo neprináša. Ideálne je, ak to terapeut vie vyčítať napríklad z jeho mimiky.

Je tiež potrebné sa viac sústrediť na spôsob ako s takýmto pacientom terapeut komunikuje a dávať si pozor, aby pacienta nehodnotil. Rovnako je potrebné byť vnímavý voči vlastnej gestikulácii. Terapeut č. 2 napríklad uvádza, že títo pacienti môžu akékoľvek povzdychnutie, automaticky vzťahnúť na seba a rozumieť mu tak, že sa s nimi terapeut nudí. Je teda potrebné si v každom okamihu všímať, ako to čo terapeut pacientovi hovorí alebo čo robí na pacienta pôsobí.

Jeden z participujúcich terapeutov (terapeut č. 4) v tejto súvislosti poukazuje na spoluvytváranie patológie (viď. princíp „pevnosť“), pričom je z jeho pohľadu dôležité, aby terapeut bol schopný zaznamenať ako v danej situácii prispieva k tomu, čo sa deje

u pacienta. Aký má napríklad, podiel na tom, že sa pacient cíti zranený. Za každých okolností je potrebné vnímať túto „intersubjektívnu“ úroveň toho, čo sa na sedení odohráva, pretože v opačnom prípade sa stráca možnosť pacientovi skutočne porozumieť.

Potrebné je venovať pozornosť neverbálnej komunikácii a okrem samotného obsahu informácie si uvedomovať, z akého dôvodu je napríklad súčasný konverzačný tok pre pacienta dôležitý a na čo to môže poukazovať. Terapeut č. 8 v tejto súvislosti hovorí o koncepte všímavosti alebo „mindfulness“, teda o určitom pozornom vnímaní prítomnosti pri ktorom si terapeut napríklad uvedomuje „že slová ktoré v terapii zaznievajú sú len slová“ a tie môžu byť často nepresné alebo zavádzajúce. Podstatné je reflektovať procesy, ktoré skutočne v danom okamžiku prebiehajú.

Príklady výpovedí respondentov:

- „Ale inak sú to samozrejme náročné sedenia niekedy, lebo musím byť bdelejší ako pri iných klientoch. Viac zaangažovaný, viac v strehu a viac v kondícii.“ (Terapeut č. 2)
- „Pri tej hraničnej poruche je to tak, že ja tam musím niekde reflektovať a citlivo zvažovať a vidieť toho človeka, že v akom je stave, že čo on prežíva. A čo on je niekde v tejto chvíli schopný.“ (Terapeut č. 7)

14. Mimoterapeutické prostredie (frekvencia 3 z 8)

Okrem významnosti terapeutického vzťahu (viď princíp „bezpečný vzťah“) poukazujú niektorí z participujúcich terapeutov aj na dôležitosť vzťahov, ktoré pacient udržuje a buduje vo svojom bežnom živote.

Pacient môže pravidelne chodiť na terapiu, ale ak sa po návrate z nej ocitá v nefunkčných, odmietajúcich až ohrozujúcich vzťahoch alebo je ohrozený existenčne, môže to na neho pôsobiť retramatizujúco, čo môže proces pozitívnej zmeny komplikovať. Problémom je aj opak. Niekedy pacient funguje v prostredí, ktoré mu nenastavuje hranice, v ktorom zažíva, že sa ľudia často jeho neadekvátnym požiadavkám prispôsobujú a ustupujú mu. Akoby ho do jeho problému „ťahajú späť“ a to len posilňuje jeho hlboko zakorenené maladaptívne schémy a vzorce. Fakt, že sa pacient ocitá raz alebo dvakrát do týždňa vo vzťahu, ktorý na neho pôsobí terapeuticky je za vyššie uvedených podmienok nedostatočné. V takých prípadoch je potrebné, najskôr sa zamerať na vytvorenie funkčného prostredia a až následne je možné s pacientom zmysluplne terapeuticky pracovať.

Terapeut č. 6 sa vyslovil, že z hľadiska liečby je dôležité, aby mal pacient vo svojom okolí aspoň jeden dostatočne funkčný vzťah. Či už to je vzťah partnerský, priateľský, prípadne aj dobre fungujúci vzťah s rodičom. Budovanie kvalitných mimoterapeutických vzťahov prirovnáva k budovaniu „mriežky“ stability. Čím viac pevných bodov okrem terapeuta pacient má, tým je to z hľadiska prognózy lepšie.

Usporiadané mimoterapeutické vzťahy môžu byť dobrým ukazovateľom toho, že v terapii dochádza k pokroku. Hraniční pacienti majú tendenciu opakovane vstupovať do problémových vzťahov, keďže si často vyberajú partnerov, ktorí „dopĺňajú ich psyché“. V prípade, že terapia napreduje a dochádza k pozitívnej zmene, mení sa aj pacientove fungovanie vo vzťahoch, čo sa okrem iného prejaví tým, že si začne vyberať „kvalitnejších“ partnerov.

Príklady výpovedí respondentov:

- *„Oni musia byť v nejakých zrkadliacich vzťahoch, ktoré majú nejakú hĺbku...()... Ale aj mimo terapie. Aj keby to bolo dva krát do týždňa 90 minút za týždeň, to nikomu nebude stačiť na to, aby si vytvoril seba. On potrebuje hodiny týždenne...to aj tak vyslovene prakticky s nimi riešim, že fakt musia robiť zmeny v živote. Musia mať tam vzťahy. Nemôžu byť na Tindri a Facebooku a neviem čom a that's it.“ (Terapeut č. 4)*

15. Nedirektivita – podpora autonómie pacienta (frekvencia: 3 z 8)

Ako dôležité sa taktiež ukazuje nedirektívne pôsobenie terapeuta. Dôraz by mal byť kladený na rozvoj pacientovej autonómie a kompetencie. Je prospešné, ak pacient cíti, že v prípade jeho problémov je on sám dostatočne silný a schopný, aby ich vyriešil. Pacient by mal cítiť, že „on je centrom toho, čo sa deje, že život začína chytať do vlastných rúk“. Nemá teda zmysel v terapii pacienta niekam nasilu smerovať.

Príklady výpovedí respondentov:

- *„Ja jej dávam najavo viac, že ona má tie kompetencie. Že ja ju nespasím. Určite sa vyhýbam tomu, aby som rozhodovala za ňu. Samozrejme ak sa jedná o domáce násilie alebo zlé situácie, tak áno, to riešim, musíme hľadať pomoc. Tu sú možnosti rôzne organizácie, o tom sa bavíme konkrétne. Ale inak sa snažím o to, aby ten človek skutočne cítil, že ak má akékoľvek problémy, tak je dost' silný na to aby to vyriešil.“ (Terapeut č. 1)*

- *„On je centrom toho, čo sa deje. Nie ja, alebo nejaká odbornosť alebo nejaká autorita. V tomto zmysle on ako človek. A v našej terminológii alebo v tom smere je to tak, že on rozhoduje ako to bude. A ja si myslím, že to je skutočne tak. Že ty nemáš moc nad tým človekom, akokeby niečo sním robiť, a nejak ho nasilu otáčať. On sa rozhodne, že čo so sebou urobí, kam ťa on pustí, kam ťa nepustí“ (Terapeut č. 7)*

9.2 Výstupy z analýzy - princípy 2. kategórie

Princípy 2. kategórie sa od princípov 1. kategórie líšia tým, že témy na základe ktorých boli sformulované boli aspoň okrajovo aj súčasťou niektorej z otázok, ktoré boli terapeutom kladené. Snažil som sa tým zvýšiť transparentnosť výsledkov práce. Rovnako ako princípy 1. kategórie sú aj tieto uvádzané s frekvenciou ich výskytu ako aj s príkladmi výpovedí niektorých z terapeutov.

16. Bezpečný vzťah (frekvencia: 7 z 8)

Vzťah sám o sebe bol často pri rozhovoroch uvádzaný ako najdôležitejší komponent celej terapie. Poukazované bolo na problémy hraničných pacientov, ktorí majú primárne pôvod v raných vzťahoch, v rámci ktorých nemali podmienky na to aby sa im vyvinula dostatočne pevná vnútorná štruktúra. Inými slovami, nevytvorila sa u nich dostatočná „stálosť objektu“. Terapeut č. 4 popísal, že to o čo v terapii na určitej úrovni ide je „učenie sa tomu ako fungujú vzťahy“. Ide o učenie, ktoré sa za normálnych okolností deje v preverbálnom období vývoja človeka prostredníctvom „zrkadliaceho vzťahu“. Dieťa sa učí, že keď vzťahová osoba odíde, vráti sa. Keď dieťa zažíva silné emócie, dokáže ich vzťahová osoba spracovať a vrátiť mu ich v pre neho stráviteľnej forme („konteinuje ich“). Terapia by sa primárne mala primárne zamerať práve na samotný terapeutický vzťah. Mal by poskytnúť podmienky na to, aby sa pacientova štruktúra mohla ďalej vyvíjať a aby sa v jeho bezpečí mohli uvoľňovať obranné mechanizmy. Pacient by si v ňom mal doslova vytvoriť svoje „chýbajúce ja“.

K problematike vzťahu boli u vzorky terapeutov vyzdvihované najmä dve konkrétne črty – bezpečie a prijatie. Keďže sa ego pacienta vyvíjalo v prostredí, v ktorom sa necítilo bezpečne, terapeut by mal vytvoriť „bezpečný rámec“, kde mu budú vysielané signály, že môže o čomkoľvek hovoriť a že ho terapeut počúva.

Terapeuti pri hraničných pacientoch často zažívajú ich rozštiepený pohľad na svet. V jednom momente pacient terapeuta napríklad obdivuje a v druhom ho kvôli drobnej chybe

úplne zavrhne. Podstatné je, aby si terapeut uvedomil, že rovnakým spôsobom tento pacient vníma samého seba. To ho robí krehkým a zraniteľným. Terapeut by preto mal pacientovi dávať najavo, že takým (rozštiepeným) spôsobom ako vníma samého seba, ho terapeut nevníma. Mal by v terapeutickom vzťahu vytvárať bezpečie, ktoré bude tvoriť „protipól tej obrovskej sebakritiky, až sebanenávisti, ktorú takýto človek voči sebe pociťuje“. Terapeut by mal pacientovi dávať jasne najavo, že ho prijíma, že je rád, že chodí na terapiu, uisťovať pacienta, že je dobré a že „je“ a že terapeutovi „nevadí“.

Dvaja z terapeutov v tomto kontexte vyzdvihli, aké dôležité je v terapii pacienta oceňovať. Môžu to byť napríklad pokroky, ktoré pacient urobil i keď si ich nie je dostatočne vedomý. Prípadne čokoľvek, čo terapeut u pacienta zaregistruje ako hodné pozitívnej spätnej väzby. Napomáha to upevňovaniu vzťahu medzi pacientom a terapeutom.

Predovšetkým by terapeut mal hraničnému pacientovi poskytovať prijatie a bezpečie. Ponúkať mu náhľad a „konfrontovať“ ho by mal až v neskorších fázach terapie, keď má pocit, že pacient je na to pripravený (Vid' princíp „vyčkat' s konfrontáciou“).

U dvoch terapeutov sa objavila téma, že vzťah je vzájomný a na to aby sa v ňom mohol cítiť bezpečne pacient, musí sa v ňom bezpečne cítiť aj terapeut. Terapeutický vzťah by mal teda byť vzťahom v ktorom sa ako pacient, tak terapeut, môžu cítiť bezpečne a správať sa autenticky.

Príklady výpovedí respondentov:

- „Je tam kladený veľký dôraz na to, že je to vzťah. Je to terapeutický vzťah, ale je to vzťah. A toto je akoby taký kľúčový princíp, že ten človek prichádza do vzťahu. A že len vo vzťahu sa dá ako keby byť v bezpečí a uvoľňovať svoje potlačené skryté mechanizmy, ktoré, až keď ich ja niekde viem ako keby uvoľniť a viem sa niekde ako keby otvoriť, až potom ako keby tie kocky rozhodím a potom z nich môžem poskladať nejaký iný obraz.“ (Terapeut č. 7)
- „A že to čo sa deje medzi nami dvomi je nevyhnutne vzťahové. Kojenec sa nedá oddeliť od matky. A tie emócie presne a nie len u hraničných pacientov sú vždy spojené s tým druhým. Keď to oddelíme, tak stratím nejakú ako keby kapacitu tomu porozumieť.“ (Terapeut č. 4)

- *„Opatrne, pomaličky. Povedala by som, že veľmi sa neodvažujem terapeuticky vstupovať do procesu, že veľmi dlho udržiavam, alebo sa snažím len nadviazať kontakt a vytvoriť nejaké bezpečie.“ (Terapeut č. 5)*
- *„Takže aj tam, kde to lieta si uvedomujem, že toto je dosť hraničné... hraničný spôsob prežívania alebo organizácie svojho života. A vtedy si zase len pre seba dávam väčší pozor na to, aby som viac lepil, než rozleptával. To znamená, viac toho človeka ako dával dohromady, ako to, že budem rozkladať tie jeho veci aby mal náhľad a tak ďalej“ (Terapeut č. 6)*

17. Protiprenos (frekvencia: 6 z 8)

Za esenciálny komponent terapie bola považovaná práca terapeuta s protiprenosom. Týmto je myslené, dôsledné všimanie si a porozumenie vlastným emočným stavom, ktoré v terapii s konkrétnym pacientom u terapeuta vystanú. Hraniční pacienti boli terapeutmi považovaní z hľadiska protiprenosu za náročnú kategóriu pacientov. U terapeutov sa objavuje hnev, strach, pocity viny, prípadne negatívny sebaobraz. Traja z terapeutov v tejto súvislosti hovorili, že sa týmito pacientami cítia „zaplavovaní“.

Protiprenos úzko súvisí s prvým spomenutým princípom – „pevnosť“. Z rozhovorov vyplynulo, že v prípade, že terapeut nie je v kontakte alebo nerozumie dostatočne dobre svojim vyvstávajúcim emóciám, nemá ich následne pod kontrolou, a tým je skôr náchylný k tomu, aby sa pacientom nechal vyprovokovať k „protiútok“, prípadne zmanipulovať, čo môže viesť k neefektívnej alebo predčasne ukončenej terapii. V prvom rade si terapeut musí byť odohrávajúceho sa protiprenosu vedomý.

Keď je protiprenos akútne, terapeut sa napríklad môže zamerať na prítomný okamih a popísať sám pre seba mechanizmus toho, čo sa práve odohráva. Intenzita protiprenosu sa tým zvyčajne zmierni. Následne je potrebné oddeliť v rámci tohto zážitku to, čo sa týka jeho samotného od radikálnosti, ktorá zvyčajne súvisí s pacientom.

Pravidelná supervízia, bola identifikovaná ako fundamentálny aspekt práce s protiprenosom. Počas supervízie terapeut svoj protiprenos spracuje, aby ním neskôr „nekontaminoval“ terapiu a neohrozoval tak terapeutický proces. Schopnosť pracovať s protiprenosom a uvedomovať si ho, určuje od akej miery môže byť terapeut voči pacientovi empatický. Rozhoduje teda o tom, nakoľko sa terapeutovi podarí vytvoriť dostatočne bezpečný

terapeutický vzťah (viď princíp „bezpečný vzťah“). U týchto pacientov je to o to dôležitejšie, že sú považovaní za zvýšene senzitívnych a sú schopní veľa „vycítiť“.

Protiprenos je niekedy terapeutmi využívaný aj priamo ako terapeutický nástroj. Pre terapeuta, môže obsahovať určitú informáciu, či už o tom čo sa práve deje s ním, ale aj o tom, čo sa deje s pacientom. Terapeut si napríklad môže uvedomiť, že v ňom pacient práve otvoril nejakú jeho citlivú tému. V tom prípade si musí dať pozor, aby jeho otvorená téma, príliš nemodifikovala jeho vnímanie odohrávajúcej sa reality. Terapeut č. 6 v tejto súvislosti uvádza príklad, kedy pri práci s pacientom vo veku svojho dieťaťa u seba rozpoznal tendenciu stavať sa do role rodiča.

Protiprenos môže terapeutovi tiež priniesť informáciu, že sa dostal k určitej svojej hranici, k niečomu, čo ešte nemá spracované a že v tejto téme nemôže ísť kvôli vlastnému bezpečiu s pacientom hlbšie. Terapeut môže takisto naopak postrehnúť, že sa určitá emócia, ktorá by v danom momente bola na mieste, neobjaví. Môže to byť varovanie, že u pacienta je niečo inak ako sa navonok javí, čo mu poskytuje možnosť danej situácii lepšie porozumieť. Terapeut č. 4 v tejto súvislosti spomenul prípad, kedy v prítomnosti pacienta, ktorý mu povedal, že sa chce zabiť nepocitoval na pacienta hnev, ktorý sa v týchto prípadoch u neho zvyčajne vyskytuje. Bol to pre neho signál, že sa deje niečo neobvyklé a vedel, že je potrebné to ďalej skúmať (v tomto konkrétnom prípade to viedlo k tomu, že nechal pacienta hospitalizovať).

Ak si je terapeut protiprenosu dostatočne vedomý a vie ho v daný okamžik dobre spracovať, môže ho v určitej forme do terapie „priniest“. Buď ho transformuje do niečoho čo vie popísať z perspektívy „vzťahovej reality“ a pacientovi tak pomôže lepšie uchopiť určitú tému, prípadne ho šetrne vyjadri, čím sa v určitých okamžikoch môže stať pre pacienta viac čitateľný (viď princíp „čitateľnosť - jasnosť“). Treba dbať na to, aby terapeut „neprestrelil“ a nepriniesol ho v surovej podobe, v ktorej môže byť pre terapiu ohrozujúci.

Príklady výpovedí respondentov:

- *„No v tomto zmysle je to pre mňa také, že vždy sa so mnou niečo deje a môže sa diať niečo, čo by teoreticky mohlo uškodiť klientovi. Ale iba v tej chvíli keď si to ja neuvedomím a neviem o tom“* (Terapeut č. 7)
- *„Chodiť na tie supervízie. Je to prenosová vec. To sa nedá skryť. A oni vedia veľmi veľa vycítiť. Sú veľmi senzitívny na takéto veci.“* (Terapeut č. 5)

- *„Supervidovať určite. Možno aj na týždennej báze. Na dvojtýždennej určite (...) v tomto určite proste, aby som nevyhorel, lebo oni sú strašne nároční. S tými emóciami, to je strašne náročné.“ (Terapeut č. 6)*
- *„majú tú tendenciu brať veci osobne a tým vlastne mňa vťahujú do tých svojich bludov a do tých svojich schém. Takže to je niekedy veľmi krehké. Ja sa musím snažiť vlastne seba, nejak ako oddeliť, popísať ten mechanizmus... dá sa to, ale sú to také krehké momenty. (Terapeut č. 8)*
- *„keď tá terapia nejak drží, a je pokope, tak podľa mňa často ten protiprenos môže byť aj liečivý aj sa to snažím nejak priniesť do tej terapie. Musím to uchopiť... nemôžem to napáliť tak jak to mám v tej surovej, primitívnej podobe... že najradšej by som Vás vykopol, alebo ešte aj niečo horšie...ako nejaké nenávisťné, odpudivé emócie... ako keby ich transformovať do niečoho, čo dokážem popísať, ako nejakú vzťahovú realitu.“ (Terapeut č. 4)*

18. „Nepoužívanie“ techník (frekvencia: 6 z 8)

Väčšina oslovených terapeutov pri práci týmito pacientami techniky nepoužíva. Terapeutka č. 5 napríklad uvádza, že napriek tomu, že je zvyknutá vo všeobecnosti pracovať s pacientami prostredníctvom snov a imaginácii, pri týchto pacientoch tak nerobí. Ich obrazy sú totižto ťažko uchopiteľné, chaotické a menia sa, prípadne môžu byť pre pacientov ohrozujúce. Terapeut č. 2 hovorí, že imaginácie s týmito pacientami môžu byť problematické, pretože sa pri nich dostávajú do regresívneho stavu v ktorom zažívajú stratu kontroly, ktorá je pre nich veľmi nepríjemná.

Za použiteľné však niektorí terapeuti považujú prácu s „vonkajšími“ symbolmi (teda nie so symbolmi a obrazmi pochádzajúcimi priamo od pacienta), s ktorými je možné pracovať prostredníctvom rozprávok, obrázkov, rôznych hmotných predmetov alebo malých rozprávkových figúrok.

Terapeutka č. 1 hovorí, že jej pri práci pomáhajú prostriedky arteterapie. Nie ako spôsob priamo osloviť určité nevedomé časti pacienta, ale skôr ako barlička, o ktorú sa v terapii pacient „oprie“ aby sa osmelil a po čase sa odvážil otvárať témy, ktoré sú z hľadiska terapeutického práce dôležité.

Treba podotknúť, že rozsah do akej miery je možné niektoré techniky používať závisí od miery pevnosti vnútornej štruktúry pacientov. Terapeut č. 2 totižto uvádza, že pri hraničných

pacientoch s pevnejšou štruktúrou sú techniky ako sny, imaginácie dobrým nástrojom s ktorým sa dá „*zasiahnúť hlbšie štruktúry*“ a konštruovať „*intrapsychický interiér*“.

Terapeut č. 8 používa techniku s názvom „*krotenie démonov*“. Ide o techniku podobnú dialógu dvoch stoličiek v geštalt terapii. Pacient pri nej spoznáva a učí sa porozumieť častiam seba samého, ktoré má problém prijať.

Príklady výpovedí respondentov:

- „*Nevedela by som povedať, že títo pacienti reagujú na toto (...) Oni sú v úvodzovkách tak rozbitý, že to vidno aj v snoch a to ťažko poskladať. Nevedela by som si jednoznačne vybrať. Dá sa napríklad použiť symbol. Niečo pevné.. vyberte si niečo, nejaký kameň... alebo mám veľmi veľa postavičiek, obrázkov. S tým sa dá.*“ (Terapeut č. 5)
- „*Mám tam na stole sto hračiek a všelijakých figúr. A tomu sa hovorí terapia pomocou predmetných symbolov. A to mám na stole. A často to používam na to, čo cítia, alebo kam ich to vedie, alebo jak sa cítia. Také rôzne pocitové veci. Používajú zobrazenie tej figúry a stavajú tam nejaké príbehy z tých figúr. Že takto sa cítia, takto je na začiatku, tak teraz vyber figúru, ktorá toto spôsobila, že sa cítia buď neistý alebo niečo také. Cez tie figúry sa potom dostávame do tej štruktúry.*“ (Terapeut č. 3)

19. Pozitívny vzťah terapeuta k pacientovi (frekvencia: 3 z 8)

Podľa niektorých terapeutov sú z hľadiska úspešnosti liečby dôležité aj pocity ktoré terapeut voči pacientovi prechováva. Terapeuti napríklad hovoria, že rozhodujúce pri práci s pacientom je, aby sa s ním radi vidali. V opačnom prípade, nie je možné pacientovi pomôcť, skôr by taká terapia mohla pacientovi uškodiť. Preto vtedy zvyknú odporučiť pacientovi iného terapeuta. Pacient totižto musí cítiť, že „*to nie je fejk*“. Ide tu o zážitok, že sa o pacienta niekto skutočne zaujíma a že niekomu na ňom záleží.

Terapeut č. 8 v podobnom zmysle hovorí, že ak sa má pacientom pomôcť je potrebné mať s nimi súcit. S týmito pacientami je totižto náročné vychádzať, kvôli ich tendencii „*hrotiť konflikty a ísť do extrému*“. Na základe svojej praxe a skúseností pochopil, z čoho tieto ich tendencie pramenia. Vďaka tomu s nimi dokáže súcitiť „*a to rozhodne viac ako oni dokážu súcitiť so sebou*“. Súcit je podľa neho to, čo z neho pacienti cítia v terapii a čo je pre výsledok terapie rozhodujúce.

Príklady výpovedí respondentov:

- *„A treba ich mať aj rád. Keď ich nemám rád, nedokážem im pomôcť. Keď sa cítim unavený a neviem čo... tak radšej poviem, že neviem tomuto pacientovi pomôcť a pošlem ho preč, lebo si myslím, že mu tým môžem ublížiť. Keď pôjdem ja cez svoje hranice. Keď ja pôjdem do nejakého terénu kde už to potom neudržím.“* (Terapeut č.4)
- *„A ja sa s nimi musím naozaj rád vídavať. Tu ide o to, že to neni fejk... že sa hrám... ale, že ja ich mám ako ľudí rád. A to si myslím, že ani oni sami nevedia o sebe. O tej hodnote o tej self value. Ale keď ich môže mať niekto rád. Niekto cudzí vlastne... že niekto sa s nimi rád stretáva. Tak to je také proste.. pre nich veľmi zvláštne“* (Terapeut č. 6)
- *„takže to čo ja nejak vďaka tej svojej praxi, že mám predstavu, z čoho to vychádza a jak strašné peklo to pre tých ľudí je a mám práve, myslím k nim ten súcít.“* (Terapeut č. 8)

9.3 Výstupy z analýzy - ďalšie vyplývajúce zistenia

Okrem princípov sú výsledkom analýzy rozhovorov oslovených terapeutov ešte dve zistenia, ktoré sa síce nedajú považovať za princípy terapeutickej práce, avšak sú z hľadiska skúmaného fenoménu zaujímavé a preto som ich do výsledkov zahrnul.

„Škola pre terapeutov“

Výskumná vzorka terapeutov sa zhodla na tom, že terapia hraničných pacientov je napriek svojej náročnosti veľmi cennou skúsenosťou pokiaľ ide o terapeutickú prácu. V rozhovoroch zaznievalo, že táto terapia sa od práce s inými pacientami až tak veľmi nelíši a v podstate pri nej platí všetko to, čo platí aj pri práci s inými pacientami. Rozdiel vidia v tom, že pri práci s hraničnými pacientami platí všetko v extrémnej forme. Fenomény, ktoré sú pri iných pacientoch okrajové sú pri týchto pacientoch zvýraznené a zároveň veľmi názorné a poučné z hľadiska terapeutických skúseností. Pri troche zovšeobecnenia platí, že ak sa terapeut naučí pracovať s hraničnými pacientami, bude následne schopný pracovať so všetkými ostatnými druhmi pacientov. Navyše zaznievalo, že princípy fungovania hraničných pacientov sú v hĺbke ukryté v každom človeku, len nie sú tak naliehavé a preto prácu s nimi možno považovať za dobrú náuku o fungovaní človeka vo všeobecnosti.

Terapeut č. 4 oceňuje, že vďaka nim zostupuje do svojich hĺbok, do ktorých by sa sám nikdy nedostal. Ďalší sa zhodli v tom, že práca s nimi ich naučila určitej pokore. Akokoľvek sa totiž terapeut môže snažiť, výsledok nie je nikdy istý. Naučila ich ďalej, aké dôležité je bezpečie a prijatie vo vzťahu. Aká dôležitá je trpezlivosť, pozornosť a vnímavosť a aké dôležité je držať hranice.

Oslovení terapeuti sa pri práci s hraničnými pacientami môžu „vytrénovať“ v odolávaní manipulácii, nestratení sa v „príbehoch“ a „hrách“ pacientov a v schopnosti zachytiť pod týmito „manévrami“ skutočnosť.

Terapeut č. 8 hovorí, že práca s hraničnými pacientami je dobré zrkadlo z hľadiska spätnej väzby. Spôsob podania tejto spätnej väzby je síce väčšinou neprimeraný a prehnaný, no často sa v ňom skrýva určitá pravda, ktorej skúmanie môže byť pre terapeuta prínosné z hľadiska sebapoznania.

Príklady výpovedí respondentov:

- „Naučila ma trpezlivosti, väčšej pozornosti a vnímavosti.“ (Terapeut č. 3)
- „...aké je dôležité trebárs dodržiavať určité pravidlá, že zvyky starých otcov, vôbec nie sú na nič. Treba dôverovať kolegom. Takej lojalite možno ma to naučilo (...) keď mi kedysi hovorili, že dbaj na to, dohodni sa s klientom. To je u týchto najdôležitejšie.“ (Terapeut č. 5)
- „oni vlastne nemajú ten problém nejak úplne iný, než ostatní, akurát je proste intenzívnejší, vyhrotenejší a možno mi tak umožňujú ako porozumieť niečomu, čo sa týka aj nás všetkých ostatných, aj tých zdravých aj tých, ktorí majú menšie problémy, ale tie východiska sú podobné. U nich je to tak vyhrotené, že je to zaujímavé štúdium.“ (Terapeut č. 8)
- „oni ma vedú do veľkých hĺbin. Do častí, ktoré ja inak ani nestretávam, lebo to by som musel byť fakt, v zmenenom stave vedomia a s nimi to zažívam. Takže ich aj mám rád kvôli tomu.“ (Terapeut č. 4)

Frekvencia sedení

Názory ohľadom frekvencie sa rozdelili do dvoch skupín. Jedna skupina terapeutov tvrdí, že na liečbu tejto poruchy osobnosti je potrebná frekvencia minimálne raz do týždňa, prípadne častejšie. Jedným z dôvodov je nedostatočne stabilná štruktúra týchto pacientov (viď,

princíp „prevencia rozpadu pacientovej štruktúry“). Ďalším dôvodom je, že v prípade častejšej frekvencie môžu terapeutické hodiny tematicky nadväzovať. Ak sú rozstupy väčšie, téma u pacienta „zhasne“ a nadväzovanie je obťažné, čo niektorí terapeuti považujú za nepriaznivé.

Frekvencia sa však odvíja aj od fáze v ktorej sa terapia nachádza. Vyššia frekvencia je dôležitá hlavne v úvodnej a jadrovej fáze terapie a v prípade krízových období.

Druhá skupina (frekvencia 3) v rámci frekvencie ponúka určitú voľnosť. Dvaja terapeuti, aj keď štandardne preferujú frekvenciu raz do týždňa, rešpektujú pri hraničných pacientoch väčšie intervaly medzi sedeniami, pretože sa stáva, že sa na sedení otvorí citlivá téma, ktorú potrebujú pacienti dlhšiu dobu spracúvať. Terapeut č. 7 považuje za adekvátnu frekvenciu raz za dva týždne, pretože človek sa podľa jeho slov „*tak rýchlo nemení*“. Navyše, by si mal podľa jeho názoru pacient frekvenciu určovať sám, pretože to podporuje jeho autonómiu (viď princíp „nedirektivita – podpora autonómie pacienta“).

Príklady výpovedí respondentov:

- *„Raz za týždeň. Mala som aj obdobie keď to bolo dva krát do týždňa ale to bolo dosť zahlcujúce. Myslím si že pre obidve. Pre mňa teda určite a pre toho človeka tiež. Mám pocit, že nemal dostatok priestoru o tých veciach premýšľať.“* (Terapeut č. 1)
- *„Ja mám skúsenosť, v nejakých krízových týchto chodia aj častejšie, ale tak nejak, nejaké dlhšie úseky dva krát do týždňa funguje dobre, ale ja pod jeden krát do týždňa nejdem s nikým“* (Terapeut č. 4)
- *„je pravda, že som to s niektorými klientmi, nie že by som chcel, ale mohli raz za dva týždne, raz za tri a sú to tí, ktorí nevydržali. Zase... je tam spojitosť?(...) Nejaká korelácia tam bude podľa mňa. Nenadviazal som tak pevný vzťah terapeutický. Dôvera a tak ďalej. Takže raz za týždeň.“* (Terapeut č. 6)

10 Diskusia

V nasledujúcom texte budem niektoré z výsledkov analýzy dát komentovať a porovnávať ich s rešeršou literatúry. Ďalej sa zmienim o limitoch zrealizovaného výskumu, o jeho prínose a ďalšom možnom smerovaní.

10.1 Diskusia výsledkov s inými autormi

Jeden z princípov, ktoré sa objavujú v literatúre (Winnicott, 2018, NHMRC, 2012, Choi-kaim et al., 2017) a ktoré sa mi potvrdili v analýze rozhovorov bola dôležitosť terapeutovej schopnosti ustáť pacientove „prepady“, počas ktorých pacienti zvyknú na terapeuta verbálne útočiť, prípadne ho obviňovať. V mojom výskume má tento princíp názov „**pevnosť**“. Jeden zo skúmanej vzorky terapeutov (terapeut č.2) hovorí, že v týchto momentoch si pacient zvnútorňuje dobrú reprezentáciu terapeuta, iní zdôrazňujú určitú korektívnu skúsenosť ku ktorej pri tom dochádza. Na jeho dôležitosť odkazuje aj Winnicott (2018) podľa ktorého si v týchto momentoch pacient odohráva dôležitý vývojový proces, na základe ktorého diferencuje svoje ja od objektu (viď kapitola 5.1.2). Rovnako je konkretizovaný aj v odporúčaníach National Health and Medical Research Council, podľa ktorých má terapeut počas vrcholiacich emočných výkyvov, pacienta zachovávať voči pacientovi pokoj, rešpekt a nehodnotiaci postoj. Ďalej sa ho podľa môjho názoru dotýkajú aj Choi-kaim et al. (2017) pri popise Na prenos zameranej terapie, keď hovoria, že cieľom terapie je aktivácia primitívnych obrán pacienta v rámci bezpečia terapeutického vzťahu.

Prekvapilo ma, že aspoň okrajovo sa o dôležitosti princípu „pevnosti“ zmienil každý z terapeutov. V súvislosti s prienikom tejto témy s literatúrou na ktorý poukazujem v odstavci vyššie predpokladám, že sa z hľadiska liečby týchto pacientov jedná o kľúčový princíp. Rozumiem tomu tak, že pacientom chýba pevná identita a tým pádom aj konzistentné ohraničenie od vonkajšieho prostredia. Či už zvnútorňovanie terapeuta alebo diferenciacia svojho ja od objektu, ku ktorej v týchto momentoch dochádza spôsobuje, že sa ich identita a ohraničenie spevňuje. Dá sa povedať, že tak dochádza k efektívnemu zacieleniu na samotné jadro patológie týchto pacientov.

Fakt, že pri liečbe tejto poruchy osobnosti je na prvom mieste bezpečný terapeutický vzťah (vo výsledkoch analýzy „**bezpečný vzťah**“) je ďalší z momentov, ktorý okrem môjho výskumu potvrdzujú aj ďalej uvedené literárne pramene. McWilliams (2018) v tejto

súvislosti liečbu hraničných pacientov oddeľuje od liečby pacientov na vyššej úrovni usporiadania, pri ktorých je vhodné postupovať viac konfrontačne a interpretačne. Pri hraničných pacientoch je predovšetkým potrebné pôsobiť podporne s dôrazom na bezpečie a rešpekt pacienta. V rámci terapie zameranej na schémy sa dokonca hovorí o „limitovanom rodičovstve“ (Grambal et al., 2017), v ktorom pacient na vzťahovej úrovni zažíva to, čo mu v detstve chýbalo. Kernberg (1984) a Livesley(2005) v súlade s výsledkami tejto bakalárskej práce (princíp „**vyčkat' s konfrontáciou**“), interpretácie a konfrontácie odporúčajú až v neskorších štádiách liečby, kedy je vzťah medzi terapeutom a pacientom dostatočne upevnený. Osobne si myslím, že človek je primárne vzťahová bytosť a stotožňujem sa s tvrdením terapeuta č. 7, že len v bezpečnom vzťahu môže uvoľňovať svoje potlačené alebo skryté obranné mechanizmy a budovať svoje „*chýbajúce ja*“.

Ďalším z princípov, ktorý bol výsledkom analýzy rozhovorov, a na základe rešerše možno konštatovať jeho jednoznačnú oporu aj na mnohých miestach literatúry (Linehan, 2015; Dijk, 2012, Grambal et al., 2017, Kernberg, 1984, Bateman & Fonagy, 2016) je princíp „**zvedomovanie**“. Zvyšovanie pacientovej introspekcie je kľúčovým prvkom dialekticko-behaviorálnej terapie (Linehan, 2015; Dijk, 2012), terapie zameranej na schémy (Grambal et al., 2017), terapie zameranej na prenos (Kernberg, 1984) a terapia založenej na mentalizácii (Bateman & Fonagy, 2016). Introspekcia vo všetkých týchto smeroch sa týka primárne zamerania sa na prítomný okamih a analyzovania interpersonálnych vzorcov. V prípade terapie zameranej na prenos sa v neskorších fázach liečby odporúča aj analýza minulosti.

Nižšie uvedení autori zaoberajúci sa hraničnou poruchou osobnosti, v súlade s výsledkami môjho výskumu tvrdia, že pacient v terapii potrebuje samého seba akceptovať (princíp „**Akceptácia negatívneho sebeobrazu**“). Zvyčajne totižto pociťuje voči niektorým stránkam svojej osobnosti odpor až nenávisť, prípadne ich má úplne odštiepené. Heretiková-Marsalová (2016) zhodne s terapiou zameranou na prenos hovorí, že pacient musí integrovať pozitívne a negatívne súčasti svojej psychiky. V podobnom zmysle aj Linehan (2015) a Livesley (2005) tvrdia, že pacient sa musí naučiť prijať veci, ktoré sa nedajú zmeniť ako aj náročné emočné stavy a bolesť, ktoré z nich vyplývajú. Rovnako ako jeden z terapeutov analyzovanej vzorky (terapeut č. 8), si myslím, že na to aby bol pacient schopný tieto svoje časti prijať, respektíve integrovať, je nevyhnutné aby so sebou pociťoval súcit. Tento súcit v terapii môže podporiť analýza jeho minulosti na základe ktorej môže pacient

pochopiť adaptívny význam, ktorý jeho obranné mechanizmy mali v detstve. Získaný súcit ho môže podporiť v akceptovaní častí osobností, s ktorými má u seba problém.

Princípom, na ktorý tiež upozorňuje teória (viď. autori uvedení nižšie) ako aj výskumná vzorka terapeutov je „**čitateľnosť a jasnosť**“ terapeuta. Týka sa predovšetkým jeho adekvátnej autenticity. V opačnom prípade, by ho podľa McWilliams (2018) kvôli svojej senzitivite mohli vyhodnotiť ako falošného a nevedeli by mu dôverovať. Podľa Batemana & Fonagyho (2016) pacientovi pomáha, ak zažíva terapeutove autentické reakcie, pretože v takom momente zažíva svoju myseľ ako aktívneho činiteľa, pôsobiaceho na myseľ druhého človeka, čo pacientom pomáha v ohraničovaní sa od okolia. Terapeut č. 3 poukázal na podobný fakt, keď povedal: „*títo pacienti nás potrebujú čítať*“. Participujúci terapeuti, v zmysle tohto princípu tiež zdôrazňovali, že terapeut musí byť pre pacienta jasný a čitateľný vo svojich postojoch, a „*nenaskočiť*“ na „*hry*“ a „*manipulácie*“, ktoré títo pacienti niekedy do terapie prinášajú. Podľa Heretikovej-Marsalovej (2016) je dôležité aby bol terapeut konzistentný, pretože je to v kontraste s neustálymi výkyvmi v správaní a v emóciách týchto pacientov.

„**Dôraz na hranice**“, ktorý je výsledkom analýzy rozhovorov má takisto podporu v odborných literárnych zdrojoch: upozorňuje naň McWilliams (2018), terapia zameraná na prenos (Kernberg, 2004) a dialekticko behaviorálna terapia (Linehan, 2015). V rámci dvoch zmienených terapeutických prístupov, podobne ako u niektorých zo skúmanej vzorky terapeutov, sa s pacientom podpisuje ohľadom pravidiel liečby kontrakt. Stotožňujem sa s názorom Livesleyho (2005), ktorý hovorí, že stabilný a predvídateľný rámec terapie ponúka pacientovi štruktúru, ktorá mu pomáha zažívať jeho self stabilnejšie.

Zhoda medzi ďalej uvedenými zdrojmi a mojim výskumom je tiež v princípe „**Nedirektivita - podpora autonómie**“. Podľa odporúčaní National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2009) a National Health and Medical Research Council (NHMRC, 2012) by mal byť kladený dôraz na rozvoj pacientovej autonómie. Pacienti by sa mali aktívne zapájať do procesu liečby a rozhodovať akým smerom sa bude liečba uberať. Podľa autorov Prochaska, Norcross a DiClemente (2018), si pacient musí uvedomiť, že je jediný, kto je schopný reagovať, hovoriť a jednať sám za seba.

Problém, na ktorý poukazuje výskum tejto bakalárskej práce, ako aj nižšie uvedená literatúra je nedostatočná informovanosť odborníkov o skutočnej povahe tejto poruchy a možnostiach jej liečby. Vedie to k tomu, že liečba týchto pacientov následne býva neefektívna (NHMRC,

2012). Môže sa to napríklad prejavovať tak, že pacient je primárne liečený psychofarmaceutikami (Rogers, Acton, 2012), prípadne ako spomenula terapeutka č. 1, personál nemocnice nevie ako k týmto ľuďom pristupovať.

Z osobnej skúsenosti môžem potvrdiť, že povedomie o hraničnej poruche osobnosti medzi odborníkmi nie je na všetkých pracoviskách ideálne. Keď som hľadal terapeutov, ochotných sa so mnou na túto tému rozprávať, dostal som odporúčanie na psychologičku – terapeutku, zamestnanú na jednej z fakultných nemocníc. Keď som jej objasnil ciele môjho výskumu, dostal som odpoveď, že mi žiaľ nevie pomôcť, pretože s touto poruchou sa „u nás“ moc nerobí, a že mám skúsiť v Čechách, kde „sú v tom možno ďalej“. Osobne sa stotožňujem tvrdeniami niektorých terapeutov, že na liečbu tejto poruchy osobnosti je potrebné aj teoreticky porozumieť jej dynamike (napr. terapeut č. 2, terapeut č. 3), mať skúsenosti a veľkú mieru sebapoznania (napr. terapeut č. 8).

Určitá zhoda medzi výskumom a nižšie uvedenou literatúrou sa ukazuje aj vo **frekvencii sedení**. Väčšina autorov (Linehan, 2015, Kernberg, 2004, Bateman & Fonagy, 2016, NHMRC, 2012, NICE 2009), s ktorými som sa oboznámil pri písaní teoretickej časti práce, odporúčajú frekvenciu minimálne jedenkrát do týždňa (Dialekticko behaviorálna terapia, National Health and Medical Research Council), prípadne dve a viac (Terapia zameraná na prenos, Terapia zameraná na schémy, Terapia zameraná na mentalizáciu, National Institute for Health and Care Excellence). Podľa Kernberga (1984), je častejšia frekvencia výhodou nakoľko je tak lepšie udržateľné zameranie sa na dôležité aspekty terapie a je možné zachytiť a spracovať viac psychických výkyvov, ktoré pacient medzi sedeniami bežne zažíva. V zrealizovanom výskume sa o výhode nadväznosti sedení vyjadrili dvaja terapeuti (terapeut č. 2, terapeut č. 3). Dvaja (terapeut č. 2, terapeut č. 4) tiež vyššiu frekvenciu odporúčajú z hľadiska princípu, ktorý bol v tejto práci nazvaný „**prevencia rozpadu pacientovej štruktúry**“. Z podobného dôvodu, niektorí terapeuti umožňujú pacientovi kontaktovať terapeuta mimo dohodnutých sedení. Telefonický kontakt, mimo rámca terapeutických sedení umožňuje v svojich pravidlách, aj Dialekticko behaviorálna terapia (Dijk, 2012).

Myslím si, že frekvencia sedení je jeden z kľúčových bodov v ktorom sa terapia hraničných pacientov líši od terapie pacientov na vyššej úrovni organizácie osobnosti. V súvislosti s teóriami (Kernberg, 1984, Bateman & Fonagy, 2016), ktoré za jadro tejto patológie považujú nedostatočne rozvinuté a tým pádom málo spevnené self, mi pripadá zmysluplné a logické, že kľúčovým faktorom je práve, čo najfrekventovanejšie zažívanie základného

medziľudského kontaktu v bezpečnom vzťahu v terapii. Myslím si, že v tomto vzťahu môžu vzniknúť podmienky na to aby sa v jeho rámci mohlo toto self „dovyvíjať“.

Treba však poukázať na to, že niektorí terapeuti (terapeutka č. 1, terapeutka č. 5, terapeut č. 8) z výskumnej vzorky tolerujú medzi sedeniami väčšie rozostupy a to najmä v obdobiach, keď pacient potrebuje spracovať náročný materiál. Terapeut č. 7, naopak, s častejšou frekvenciou nesúhlasí a frekvencia raz za dva týždne je podľa neho adekvátne. Je otázne, čo je dôvodom tejto nezahody a určite by bolo vhodné rozdielne pohľady terapeutov na frekvenciu sedení hlbšie skúmať.

Pri výsledkoch výskumu ma prekvapilo, že relatívne málo z participujúcej vzorky terapeutov (2 z 8) sa pri rozhovore zmienilo konkrétnejšie o problematike mentalizácie a zrkadlenia, prípadne o spôsobe ako tieto procesy pri liečbe podporujú. Nakoľko sa podľa vývojových teórií (Kernberg, 1984, Bateman & Fonagy, 2016) jedná o základné procesy z hľadiska budovania self, očakával som, že pri práci s hraničnými pacientami budú terapeuti týmto procesom venovať špeciálnu pozornosť. Vysvetlením by mohlo byť tvrdenie Batemana & Fonagyho (2016), podľa ktorých sú tieto procesy esenciálnym implicitným prvkom každej dobre fungujúcej terapie bezohľadu na to, či sa na to terapeut zameriava alebo nie. Každopádne si myslím, že výskum tejto problematiky v rámci psychoterapie by mohol priniesť zaujímavé výsledky.

10.2 Limity štúdie

Limitom štúdie je v prvom rade výber výskumnej vzorky, ktorý je nenáhodný (nepravdepodobnostný) ako aj jeho rozsah, ktorý tvorí len 8 terapeutov. Z tohto dôvodu ako aj zo samotnej podstaty kvalitatívneho výskumu, ktorý skúma osobnú a jedinečnú skúsenosť zúčastnených participantov, nie je možné získaný výstup zovšeobecniť (generalizovať) na celú populáciu terapeutov.

Na základe analýzy rozhovorov, by som však rád skonštatoval, že malú reprezentatívnosť vzorky, podľa môjho názoru, aspoň čiastočne dorovnáva relatívne veľká zhoda v mnohých stránkach terapeutického prístupu zúčastnených terapeutov a to napriek rôznym terapeutickým smerom, z ktorých títo terapeuti vychádzajú.

Vo vzorke je tiež nepomer medzi počtom mužov (6) a žien (2). Predpokladám, že prístup mužov a žien sa môže v niektorých aspektoch terapie líšiť. Keďže vzorka nie je vyvážená mnohé z týchto aspektov pravdepodobne zostali neidentifikované.

Problémom výskumnej vzorky je ďalej jeho nevyváženosť ohľadom skúseností jednotlivých terapeutov s hraničnými pacientami. Zatiaľ čo niektorí uvádzajú, že počas svojej praxe pracovali s vyše stovkou hraničných pacientov, u dvoch je toto číslo menšie ako desať. Tieto rozdiely v niektorých prípadoch súvisia s odlišnou dĺžkou praxe jednotlivých terapeutov.

Samotný odhad počtu pacientov spôsoboval pri rozhovoroch terapeutom asi najväčší problém. Môže to súvisieť s tým, že terapeuti si tento druh záznamov nevedú. Problém môže súvisieť aj s pomerne nejasnou klasifikáciou tejto poruchy v rámci psychológie. S tou súvisí aj ďalší limit tohto výskumu. Kategórie hraničnej poruchy osobnosti a hraničnej organizácie osobnosti sa do veľkej miery prekrývajú, no zároveň sú v niektorých aspektoch odlišné. Otázky, ktoré som pre výskum formuloval rozdiely medzi týmito kategóriami nezohľadňovali. Inými slovami, vychádzal som z predpokladu, že to čo platí pre hraničnú poruchu osobnosti, platí aj pre hraničnú organizáciu osobnosti. Podľa môjho názoru, to síce do určitej miery platí, no bolo by zaujímavé urobiť výskum, v ktorom by boli zahrnuté obe diagnostické kategórie zvlášť a skúmali by sa v prístupoch k nim rozdiely.

Za najväčší limit tejto práce považujem fakt, že sám nie som terapeut a nemám absolvovaný terapeutický výcvik. Jedná sa totižto o tému, ktorá je veľmi špecifická a jej dobré uchopenie vyžaduje v tomto smere skúsenosti. Verím, že v dôsledku tejto skutočnosti mi mohli ujsť mnohé zaujímavé súvislosti, ktoré sa v rozhovoroch, rovnako aj v literatúre objavili. Iné súvislosti som mohol z rovnakého dôvodu nepresne pochopiť a interpretovať.

Limitom aj výhodou zároveň je fakt, že mám skúsenosť s psychoterapeutickými sedeniami. Vďaka tomu sú mi niektoré zo skúmaných fenoménov osobne známe. Na druhej strane môže mať táto skúsenosť dopad na to ako k téme pristupujem. Nakoľko mám skúsenosť s psychodynamickou psychoterapiou, výber tém ako aj to, na čo v práci kladiem dôraz tým bolo určite ovplyvnené.

10.3 Prínos a ďalší výhľad práce

Napriek uvedeným limitom, si myslím, že práca by mohla byť prínosná a to či už pre študentov, odborníkov v oblasti psychológie, alebo začínajúcich psychoterapeutov. Je to jednak preto, lebo rozptyľuje mýtus o neliečiteľnosti hraničnej poruchy osobnosti poukázaním na to, že psychoterapia pri tejto kategórii pacientov má skutočne veľký význam. Rovnako, podľa mňa prispieva k rozširovaniu povedomia o spôsoboch ako k takejto terapii pristupovať. V neposlednom rade ponúka možnosť, najmä začínajúcim terapeutom, ktorí sa

s takýmito pacientami stretávajú alebo budú stretávať, nahliadnuť do jedinečných postupov, ktoré pri práci využívajú terapeuti „z terénu“, ktorí s jej liečbou majú skúsenosť. Verím, že aj skúsení terapeuti môžu vo výpovediach terapeutov výskumnej vzorky nájsť pre svoju prácu inšpiráciu.

Okrem toho, že zmyslom práce bolo nájsť odpoveď na otázku ako efektívne pristupovať k liečbe hraničnej poruchy osobnosti, priniesla práca aj otázky a podnety, ktoré by mohli byť témou na ďalší výskum.

Práca skúma problematiku z uhla pohľadu terapeutov pracujúcich s touto poruchou osobnosti. Myslím si, že jej nevyhnutným doplnkom by mal byť výskum skúmajúci problematiku z opačnej strany, teda z pohľadu pacientov, ktorí majú s liečbou hraničnej poruchy osobnosti skúsenosť. Prienik takýchto dvoch výskumov by podľa mňa skúmaný fenomén veľmi obohatil a presnejšie objasnil.

Výskumom sa otvorili aj konkrétnejšie a jemnejšie otázky. Zaujímavé by mohlo byť napríklad skúmať ako, alebo či vôbec, terapeuti pracujúci s touto kategóriou pacientov určitým spôsobom podnecujú procesy mentalizácie a zrkadlenia, ktoré sa ukazujú byť pre týchto pacientov kľúčové (viď kapitola 4).

Tiež by bolo zaujímavé samostatne preskúmať otázku frekvencie sedení, pri práci s hraničnými pacientami.

Výskum by napríklad takisto mohol skúmať nakoľko pozitívny vzťah terapeuta k pacientovi (alebo terapeutova schopnosť „mať pacienta rád“) vplýva na efektívnosť terapeutickú liečby.

Zaujímavé by bolo takisto preskúmať rozdiel v prístupe k liečbe hraničnej poruchy osobnosti a hraničnej štruktúry osobnosti.

11 Závěry

V tejto kapitole uvádzam hlavné výstupy, ku ktorým pri realizácii štúdie došlo na základe kvalitatívnej analýzy rozhovorov s použitím metódy tematickej analýzy. V praktickej časti práce som identifikoval 19 princípov:

- **princípy 1. kategórie:** pevnosť, dôraz na hranice, zážitok, trpezlivosť, akceptácia negatívneho sebeobrazu, zvedomovanie, čitateľnosť–jasnosť, skúsenosti a odbornosť terapeuta, motivácia na strane pacienta, maximálne štyroch hraničných pacientov v terapii, prevencia rozpadu pacientovej štruktúry, vyčkať s konfrontáciou, vnímavosť-bdelosť, mimoterapeutické prostredie, nedirektivita – podpora autonómie.
- **princípy 2. kategórie:** bezpečný vzťah, protiprenos, „nepoužívanie“ techník, Pozitívny vzťah terapeuta k pacientovi.

V skratke je možné konštatovať, že pri terapii hraničných pacientov je potrebné zamerať sa na vybudovanie a udržiavanie bezpečného terapeutického vzťahu v rámci ktorého pacient objavuje vzorce svojho fungovania a prežívania a akceptuje aspekty svojej osobnosti, ktoré považuje za negatívne. V začiatkovej fáze terapie by mal byť kladený dôraz na budovanie bezpečia a kvalitného terapeutického vzťahu. Je však potrebné si uvedomiť, že táto fáza môže trvať aj niekoľko rokov. Pristúpiť ku konfrontáciám je lepšie až v neskoršej fáze liečby, kedy je už terapeutický vzťah pevnejší. Terapeut musí byť koncentrovanejší, vzdelanejší a skúsenejší ako pri práci s inými pacientami a musí dbať na prácu s hranicami. Sedenia by aspoň zo začiatku mali byť frekventovanejšie.

Terapeut musí byť schopný emočne ustáť pacientove „útoky“ a nenechať sa vyprovokovať a zároveň disponovať dostatočnou mierou autenticity, aby pacient nenadobudol pocit, že terapeut nie je „sám sebou“. Na to je potrebná dôsledná práca s protiprenosom, pri ktorej si musí byť vedomý toho, aké pocity v ňom v ktorom momente pacient vyvoláva a s čím súvisia. V opačnom prípade, si pravdepodobne nebude vedieť poradiť s výraznými emočnými prejavmi, prípadne manipuláciami pacientov. Z tohto dôvodu sa pri práci s týmito pacientami odporúča pravidelná supervízia.

Práca so snami a imagináciami môže byť efektívna pri tých hraničných pacientoch, ktorých osobnostná štruktúra je pevnejšia. Pri pacientoch, u ktorých štruktúra natoľko pevná nie je,

je možné prácu podporiť technikami zahrňujúcimi „externé“ symboly v zmysle obrázkov, rozprávok alebo figúrok.

Je potrebné rátať s tým, že terapia bude trvať vždy viac ako dva roky, no obvykle pravdepodobne oveľa dlhšie.

SÚHRN

Objektom výskumu práce je hraničná porucha osobnosti. Ide o poruchu osobnosti charakterizovanú zvýšenou emočnou labilitou, interpersonálnymi problémami a pocitmi prázdnoty. Tieto problémy sa spravidla začínajú prejavovať už detstve alebo adolescencii. Príznačná Je pre ňu aj zvýšená tendencia k sebapoškodzovaniu a nadužívaniu návykových látok. Jej presná diagnostika je vymedzená v európskom manuáli MKCH-10 pod názvom emočne nestabilná porucha osobnosti, hraničný typ. V americkom manuáli DSM-5 je uvedená pod názvom hraničná porucha osobnosti. Predpokladá sa, že má korene v ranom detstve a podľa mnohých odborníkov súvisí najmä so vzťahovou väzbou (attachment) medzi dieťaťom a jeho primárnou vzťahovou osobou. Súčasne však pravdepodobne súvisí aj s biologickými a genetickými faktormi.

Z historického hľadiska je zaujímavý vývoj jej klasifikácie a názvoslovnia, pri ktorých sú podstatné dva pojmy. Jedným je hraničná organizácia osobnosti, druhým hraničná porucha osobnosti. Hraničná organizácia osobnosti je dimenzionálny pojem, ktorý podchádza z psychoanalýzy a označuje takú vývojovú úroveň osobnosti, ktorá sa z rôznych etiologických dôvodov pohybuje na hranici neurózy a psychózy. Pojem hraničná porucha osobnosti je pojem, ktorý je z predošlého pojmu odvodený, no je významovo užší, až redukujúci. Bol vytvorený pri zavádzaní manuálu DSM-3 a ovplyvnil všetky následné americké (DSM) ale aj európske (MKCH) klasifikácie.

Napriek tomu, že súčasná európska (MKCH-10) a americká (DSM-5) klasifikácia vychádzajú z tzv. kategorického, na symptómy zameraného modelu vo vývoji oboch klasifikácií je v súčasnosti možné zaznamenať tendencie k prechodu k dimenzionálnemu modelu. Či už sa týka alternatívneho modelu pre poruchy osobnosti, ktorý je súčasťou DSM-5 alebo navrhovaného modelu pre poruchy osobnosti v pripravovanej klasifikácii MKCH-11.

Pre liečbu hraničnej poruchy osobnosti je ako metóda prvej voľby odporúčaná psychoterapia. Na dočasné potlačenie akútnych symptómov sa v niektorých prípadoch môže aplikovať aj farmakoterapia. V súčasnosti existuje päť terapeutických prístupov, ktoré sa z hľadiska jej liečby ukázali ako efektívne a ktoré spĺňajú kritériá medicíny založenej na dôkazoch. Ide o nasledujúce: Terapia zameraná na prenos, Terapia založená na mentalizácii, Dialektická behaviorálna terapia, Terapia zameraná na schémy a Systémový tréning práce s emóciami a riešenie problémov (STEPPS). Okrem toho existuje mnoho ďalších

terapeutických smerov, autorov a štúdií, ktoré sa liečbe hraničnej poruche osobnosti venujú a skúmajú ju.

Práca má za úlohu definovať princípy, ktoré sú z hľadiska psychoterapie pri liečbe hraničnej poruchy osobnosti efektívne. Metodologicky vychádza z kvalitatívneho prístupu. Dáta boli získané pomocou pološtruktúrovaných rozhovorov s celkom 8 terapeutmi. Ich spracovanie prebehlo pomocou tematickej analýzy, ktorej výstupom bolo 19 tém, nazvaných princípy 1. kategórie a princípy 2. kategórie.

- **princípy 1. kategórie:** pevnosť, dôraz na hranice, zážitok, trpezlivosť, akceptácia negatívneho sebeobrazu, zvedomovanie, čitateľnosť - jasnosť, skúsenosti a odbornosť terapeuta, motivácia na strane pacienta, maximálne štyroch hraničných pacientov v terapii, prevencia rozpadu pacientovej štruktúry, vyčkať s konfrontáciou, vnímavosť - bdelosť, mimoterapeutické prostredie, nedirektivita - podpora autonómie, Pozitívny vzťah terapeuta k pacientovi.
- **princípy 2. kategórie:** bezpečný vzťah, protiprenos, „nepoužívanie“ techník.

Pri ôsmich z týchto princípov bola nájdená aj opora v odborných literárnych zdrojoch, ktorej rešerš bol súčasťou teoretickej časti práce.

- Pevnosť terapeuta, v zmysle jeho schopnosti ustáť náročné okamihy pacientových emočných prepádov a nenechať sa vyvolanými emóciami vyprovokovať.
- Vybudovanie bezpečného terapeutického vzťahu, v rámci ktorého môže prebiehať pacientova zmena.
- Podpora pacienta vo zvedomovaní materiálu, ale aj emočných stavov, ktorých si nie je dostatočne vedomý.
- S príliš citlivým materiálom je možné pacienta konfrontovať až v neskorších fázach liečby.
- Podpora pacienta v akceptovaní jeho negatívneho sebeobrazu.
- Jasnosť a zrozumiteľnosť prejavujúca sa aj adekvátnou autenticitou terapeuta.
- Dôraz na prácu s hranicami.
- Nedirektivita a podpora pacientovej autonómie.

Okrem overenia týchto skutočností výskum priniesol aj ďalšie podnetné zistenia:

- Počas terapie týchto pacientov je rozhodujúca práca terapeuta s protiprenosom, ktorá okrem sebapoznania terapeuta vyžaduje pravidelné supervízie.
- Osobnostná štruktúra týchto pacientov má tendenciu rozpadávať sa, čo je z hľadiska prognózy liečby nepriaznivé, preto je najmä v začiatkových fázach terapie vhodná zvýšená frekvencia sedení, prípadne umožnenie pacientovi kontaktovať terapeuta aj mimo dohodnutých sedení.
- Pri práci je potrebná trpezlivosť, pretože práca s týmito pacientami je špecificky dlhodobá. Terapeut musí byť pri práci s týmito pacientami všímavejší a bdejší ako pri iných pacientoch, a uvedomovať si ako svoju, tak pacientovu neverbálnu komunikáciu.
- Vzťah terapeuta k pacientovi je faktor vplývajúci na liečbu. Ak má terapeut pacienta úprimne rád, vie mu poskytnúť v terapeutickom vzťahu viac prijatia a bezpečia. V prípade, že s ním dokáže mať súcit, môže pomôcť pacientovi mať pre seba viac pochopenia.
- Aby mohol terapeut pracovať efektívne, nemal by mať viac ako štyroch hraničných pacientov v terapii kvôli náročnosti, ktorou sa práca s nimi vyznačuje.
- Práca so snami a imagináciami sa odporúča, iba pri takých hraničných pacientoch, ktorí majú väčšiu pevnosť vnútornej štruktúry.

ZOZNAM POUŽITÝCH ZDROJOV A LITERATÚRY

1. Ambalu S; Coogan M.; Feinstein L. E.; Freedman P., Philip N.; Stobart A; Thompson M.; Tieszen Ch.; Weeks M. (2013). *The Religions Book*, London: Dorling Kindersley Limited.
2. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
3. Bach, B., & First, M. B. (2018). Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC psychiatry*, 18(1), 351. doi:10.1186/s12888-018-1908-3
4. Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of clinical psychology*, 62(4), 411-430.
5. Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). Progress in the treatment of borderline personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 188(1), 1-3.
6. Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders*. Oxford: Oxford University Press
7. Bowlby, J. (2010). *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.
8. Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
9. Casher M., I., Bess D. (2010). *Manual of Inpatient Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press
10. Choi-Kain, L.W., Finch E.F., Masland S.R., Jenkins J.A., & Unruh B.T. (2017) What Works in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 4(1), 21-30. 10.1007/s40473-017-0103-z
11. Farnam A., & Zamanlu M. (2018). Personality disorders: The Reformed Classification in International Classification of Diseases-11 (ICD-11). *Indian Journal of Social Psychiatry*, 34(5), 49-53
12. Grambal, A., Praško, J., & Kasalová, P. (2017). *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Praha: Grada.
13. Gunderson, J. G. (2010). Revising The Borderline Diagnosis For DSM-5: An Alternative Proposal. *Journal of Personality Disorders*, 24(6), 694-708
14. Harvard Health Publishing. (Jún, 2010). *Treating borderline personality disorder*. Získané z https://www.health.harvard.edu/newsletter_article/treating-borderline-personality-disorder

15. Heretik, A., & Heretik, A. (2016). *Klinická psychológia* (2. prepracované a rozšírené vydanie). Nové Zámky: Psychoprof.
16. Heretiková-Marsalová, A. (2016). Terapia hraničnej poruchy osobnosti. *Psychiatria pre prax*, 17(4), 144-147
17. Kernberg, O. F. (1984). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*, New York: Yale University Press.
18. Kernberg, O. F. (2004). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. Maryland: Rowman & Littlefield.
19. Kernberg, O. F. (2016). The four basic components of psychoanalytic technique and derived psychoanalytic psychotherapies. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 15(3), 287–288. doi:10.1002/wps.20368
20. Kernberg, O. F., Yeomans F. E., Clarkin J. F. & Levy, K. N. (2008). Transference focused psychotherapy: Overview and update. *The International Journal of Psychoanalysis*. 89(3). 601-620
21. Kreisman, J. J., & Straus, H. (2017). *Nenávidím tě, neopouštěj mě!: zvládání hraniční poruchy osobnosti*. Praha: Portál.
22. Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie: (2. Vyd.)*. Praha: Grada.
23. Langmeier, J., & Matějček, Z. (2011). *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum
24. Linehan M. M. (2015), *DBT Skills Training Manual (2nd. ed.)*, New York: The Guilford Press
25. Livesley, W. J. (2005). Principles and Strategies for Treating Personality Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(8), 442–450.
26. Mahler, M.S., Pine F., Bergman A. (2006) *Psychologický zrod dítěte*. Praha: Triton.
27. Mahler, M. (1971) A study of the separation-individuation process and its possible application to borderline phenomena in the psychoanalytic situation. *Psychoanalytic Study of the Child*, 26, 403-424
28. Masland, S. R., Cummings, M. H., Null, K. E., Woynowskie, K. M., & Choi-Kain, L. W. (2019). Changes in post-traumatic stress disorder symptoms during residential treatment for borderline personality disorder: a longitudinal cross-lagged study. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 6(1), 1-9.
29. McWilliams N. (2015). *Psychoanalytická diagnóza*. Praha: Portál.
30. Medalová, K., & Procházka, R. (2014). Rané maladaptívne schémy, attachement a stratégie zvládania stresu u klinickej a neklinickej populácie. *E-psychologie*, 8(4) , 11 - 22

31. National Institute for Health and Clinical Excellence. (2009). *Borderline personality disorder: recognition and management*. (NICE clinical guideline No. 78). získané z <https://www.nice.org.uk/guidance/cg78>
32. National Health and Medical Research Council. (2012). *Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder*. Melbourne: National Health and Medical Research Council
33. Nasjonal kompetansetjeneste ROP. (5.8.2018). *Michael First: Personality disorders in ICD-11 and DSM-5* [video dokument], získané <https://www.youtube.com/watch?v=ScZBFPPFNsU>
34. Národné centrum zdravotníckych informácií. (2020). *MKCH 10 (10. REVÍZIA)*, získané z <http://data.nczisk.sk/old/infozz/mkch/mkch-10/cast0500.pdf>
35. Orel, M. a kol. (2016). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. Praha: Grada.
36. Pracovní skupina OPD. (2013). *Operacionalizovaná psychodiagnostika OPD-2: Manuál pro dianostiku a plánování léčby*. Praha: Hogrefe.
37. Prochaska, J., O., Norcross, J., C., & DiClemente, C., C. (2018). *Změna k lepšímu*. Praha: Portál
38. PsychiatryLectures. (30.6.2015). *Andrew Skodol: Personality disorders in DSM-5* [video dokument], získané z <https://www.youtube.com/watch?v=4mgifm3ftl8&t=3525s>
39. Rogers, B & Acton, T. (2012). 'I think we're all guinea pigs really': A qualitative study of medication and borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 19(4), 341–347. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01800.x>
40. Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie*. Praha: Portál.
41. Trokanová, Z. (2010). Hraničná porucha osobnosti a mentalizácia. *Psychiatria-psychoterapia-psychosomatika*, 17(3), 178-185
42. Tyrer P., Mulder R., Kim Y.-R., & Crawford M. J. (2019). The Development of the ICD-11 Classification of Personality Disorders: An Amalgam of Science, Pragmatism, and Politics. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15(1), 481-502
43. Van Dijk, S. (2012). *DBT made simple: A step-by-step guide to dialectical behavior therapy*. Oakland: New Harbinger Publications, Inc.
44. Winnicott, D. W. (2018). *Hraní a realita*. Praha: Portál.
45. World Health Organization. (2018). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th Revision)*. Získané z <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
46. Zanarini, M. C. (2009). Psychotherapy of borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 120(5), 373-377, <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01448.x>

ZOZNAM PRÍLOH

Príloha č. 1: Abstrakt bakalárskej práce v slovenskom a anglickom jazyku

Príloha č. 2: Otázky pološtrukturovaného rozhovoru

Príloha č. 3: Informovaný súhlas

Príloha č. 4: Výťah z rozhovorov s terapeutmi

Príloha č. 5: Ukážka časti prepisu rozhovoru s terapeutom č. 7

Príloha č. 1: Abstrakt diplomovej práce v slovenskom a anglickom jazyku

ABSTRAKT DIPLOMOVEJ PRÁCE

Názov práce: Liečba hraničnej poruchy osobnosti: Teória verzus terapeutická prax

Autor práce: Ľubomír Hlubocký

Vedúci práce: MUDr. Miroslav Orel, PhDr.

Počet strán a znakov: 91 strán, 183 222 znakov,

Počet príloh: 5

Počet titulov použitej literatúry: 46

Abstrakt:

Práca sa zaoberá psychoterapeutickou liečbou hraničnej poruchy osobnosti. Jej cieľom je definovanie princípov, o ktoré by sa terapeut pri práci s hraničným pacientom mohol oprieť a ktoré by tak prispeli k efektívnosti takejto liečby. Teoretická časť práce sa zaoberá vymedzením tejto diagnostickej kategórie a ponúka rešerš literatúry venujúcej sa prístupu k jej liečbe.

V rámci praktickej časti práce bol zrealizovaný kvalitatívny výskum, prostredníctvom pološtrukturovaných rozhovorov s terapeutmi, ktorí majú s liečbou tejto poruchy osobnosti skúsenosti. Výskumu sa zúčastnilo osem terapeutov z rôznych terapeutických smerov. Dáta boli spracované pomocou tematickej analýzy.

Výsledkom výskumu je 19 princípov: pevnosť, dôraz na hranice, bezpečný vzťah, zážitok, trpezlivosť, akceptácia negatívneho sebeobrazu, zvedomovanie, čitateľnosť - jasnosť, skúsenosti a odbornosť terapeuta, motivácia na strane pacienta, maximálne štyroch hraničných pacientov v terapii, prevencia rozpadu pacientovej štruktúry, vyčkat' s konfrontáciou, vnímavosť - bdelosť, mimoterapeutické prostredie, nedirektivita - podpora autonómie, Pozitívny vzťah terapeuta k pacientovi, protiprenos, „nepoužívanie“ techník. 8 z týchto princípov má oporu aj v literatúre, ktorá je súčasťou teoretickej časti práce.

Kľúčové slová: psychoterapia, vzťahová väzba, terapeutický vzťah, hraničná porucha osobnosti

ABSTRACT OF THESIS

Title: Treatment of Borderline Personality Disorder: Theory Versus Psychotherapeutic Practice

Author: Lubomír Hlubocký

Supervisor: MUDr. Miroslav Orel, PhDr.

Number of pages and characters: 91 pages, 183 222 characters,

Number of appendices: 5

Number of references: 46

Abstract:

Topic of this paper is a psychotherapeutic treatment of borderline personality disorder. Its goal was to define principles which a therapist working with this type of patient would be able to use in terms of making the treatment more efficient. The theoretical part of the work focuses on defining the borderline personality disorder and covers theories of its etiology and treatment.

In its practical part a research was carried out. It was based upon semi-structured interviews with 8 therapists that have had experience with this category of patients. The data analysis was conducted using the framework of thematic analysis.

The outcome of the research is 19 principles: therapists inner stability, focus on borders, secure therapeutic relationship, sensation, patience, acceptance of ones negative personality aspects, bringing unconscious material into awareness, unambiguousness, experience and expertness of therapist, patients motivation, maximum of four borderlines patients in a therapy, prevention of decomposing of the patients self, holding-up with confrontation, vigilance, extra-therapeutic environment, positive relation of a therapist towards patient, countertransference, “no techniques”. 8 of these principles directly correspond with current research, which is concisely overviewed in the theoretical part of the work.

Key words: psychotherapy, attachment, therapeutic relationship, borderline personality disorder

Príloha č. 2: Otázky pološtrukturovaného rozhovoru

Pohlavie:	Štádium:
Veľkosť:	Počet hraničných pacientov :
Dĺžka praxe:	počet pacientov ročne:
Absolvované terapeutické výcviky:	Druh praxe: súkromná / v rámci zdravotného strediska
Doplňujúce otázky	
Hlavné otázky	
1) Dokázali by ste prosím v krátkosti popísať, ako postupujete pri práci s hraničnými pacientmi ?	1a) Čo sa vám osvedčilo pri práci s touto kategóriou pacientov? Vedeli by ste to zhrnúť do nejakého postupu, prípadne definovať princípy na základe ktorých sa Vám s týmito pacientmi efektívne pracuje ?
2) Čo považujete pri práci s týmito pacientmi za najdôležitejšie ?	4a) Znamenali ste v priebehu terapií týchto pacientov nejaké kľúčové momenty z hľadiska ich celkovej liečby, ktoré by ste vedeli zovšeobecniť? Spomeniete si na nejaký príklad?
3) Čo považujete pri práci s týmito pacientmi za najťažšie ?	5a) Vedeli by ste popísať kedy v rámci Vami vedenej terapie, prípadne v rámci akých pacientových životných okolností nastávajú pri liečbe týchto pacientov najväčšie pokroky ?
4) Čo považujete za známku toho, že terapia s takýmto pacientom prebieha dobre? Jednak v rámci jedného sedenia, ale aj v rámci jej celkového priebehu? Spomeniete si na nejaký príklad?	8a) Pracujete pri liečbe týchto pacientov s prenosom ? Ak áno, ako s ním pracujete a prečo je to dôležité?
5) Vedeli by ste si spomenúť s akým najväčším pokrokom v liečbe ste sa pri práci s konkrétnym hraničným pacientom vo vašej praxi stretli ? Viete odhadnúť, čo k takémuto vývoju najviac prispelo?	8b) Pracujete pri liečbe týchto pacientov s protiprenosom ? Ak áno, ako s ním pracujete a prečo je to dôležité?
6) Aká frekvencia sedení sa Vám pri práci s týmito pacientmi osvedčila? Prečo?	10a) Čo sa týka vzťahu... aký ste vy sám pri práci s hraničným pacientom? Napríklad: ste skôr spontánny, alebo skôr neutrálny prípadne ako inak by ste to vedeli popísať ?
7) Akú máte skúsenosť s dĺžkou liečby týchto pacientov?	11a) Ak by ste mali možnosť si v rámci terapeutického práce vybrať medzi hraničnými pacientmi a medzi inou kategóriou pacientov, pre koho ako by ste sa rozhodli? Prečo?
8) Osvedčili sa Vám pri práci s týmito pacientmi nejaké konkrétne techniky ?	13a) Čo Vás osobne naučila terapia s týmito pacientmi ?
9) Dohadujete sa s týmito pacientmi na nejakých podmienkach spolupráce, prípadne pravidlách? Ak áno na akých a prečo je to podľa Vás dôležité?	
10) Aké sú z Vašej skúsenosti špecifická terapeutického vzťahu pri práci s týmito pacientmi?	
11) Zaujíma ma Vaš subjektívny pocit z práce s týmito pacientmi. Pracujete s touto kategóriou pacientov rád/a ? Viete to nejak špecifikovať?	
12) Čo považujete na základe Vašich skúseností, pre liečbu týchto pacientov za najviac kontraproduktívne? Či už na strane terapeuta, alebo na strane pacienta ? Viete uviesť nejaký príklad z Vašej praxe ?	
13) Čo by ste odporučili začínajúcim terapeutom, ktorí chcú pracovať s hraničnými pacientmi?	
Bonusové otázky	
1) Pristupujete k liečbe hraničných pacientov v niečom inak ako pri liečbe iných pacientov? Ak áno v čom a prečo?	6) Zameriavate sa pri práci s nimi na prítomný moment „tu a teraz“? Ak áno prečo a ako to robíte?
2) Je nejaký teoretický model chápania hraničnej poruchy osobnosti o ktorý sa pri práci s týmito pacientmi opierate a prídete Vám užitočný ? Ak áno v čom je pre Vás užitočný?	7) Z akého dôvodu z Vašej skúsenosti títo klienti zvyčajne vstupujú do terapie ?
3) Je podľa Vás pri liečbe týchto pacientov potrebné pristupovať inak k liečbe mužů a inak k liečbe žien? Ak áno v čom?	8) S akými symptómami sa u týchto pacientov zvyčajne stretávate ?
4) Máte skúsenosť s farmakoterapiou v pri liečení týchto pacientov? Čo si myslíte o jej efektívnosti ?	9) Čo si myslíte o meditácii ako technike pri liečbe hraničnej poruchy osobnosti?
5) Pri práci s takýmto pacientom sa zameriavate skôr na jeho minulosť, alebo na prítomnosť? Prečo?	10) Je z Vašej skúsenosti časté, že hraničný pacient terapiu ukončí predčasne? Čo býva najčastejší dôvod?

Príloha č. 3: Informovaný súhlas



Korespondenční adresa: Křížkovského 10, 771 80 Olomouc
Sídlo: Vodární 6, 779 00 Olomouc
Tel.: +420 585 633 501 | Fax: +420 585 633 700
Email: psychologie@upol.cz | www.psych.upol.cz

Informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci bakalářské diplomové práce

Název práce: Liečba hraničnej poruchy osobnosti: teória verzus psychoterapeutická prax
Autor práce: Ľubomír Hlubocký
Vedoucí práce: MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.
Termín realizace: listopad 2018 – červen 2020
Místo realizace: Bratislava

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami účasti na výzkumu „Liečba hraničnej poruchy | osobnosti: teória verzus psychoterapeutická prax“ a že se jej chci dobrovolně zúčastnit.

Prohlašuji, že souhlasím s pořízením zvukového záznamu v rámci polostrukturovaného rozhovoru, který je součástí tohoto výzkumu.

Prohlašuji, že mi byly zodpovězeny všechny dotazy, které jsem v souvislosti s výzkumem měl(a) a nevyjadřuji připomínky.

Beru na vědomí, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu jsou anonymní a nebudou použity jinak, než k interpretaci výsledků v rámci diplomové práce a pro vědecké a akademické výstupy.

Rovněž beru na vědomí, že mohu z výzkumu kdykoli, podle svého vlastního uvážení, vystoupit.

Dne.....

Jméno a příjmení.....

Podpis.....



Príloha č. 4: Výt'ah z rozhovorov s terapeutmi

Terapeut č. 1

Ide o 36 ročnú terapeutku so 4 ročnou praxou v nemocničnom zariadení. Jej základným ukončeným výcvikom je psychodynamická terapia zameraná na arteterapiu a v súčasnosti je frekventantkou ďalšieho psychodynamického výcviku zameraného na skupinovú terapiu. Počas svojej praxe pracovala celkovo v rámci skupinovej aj individuálnej terapie s približne 30 hraničnými pacientmi.

Pri liečbe hraničných pacientov považuje za dôležité vytvoriť vzťah v ktorom sa pacient cíti prijatí a pochopení. Keďže títo pacienti často pociťujú bezmocnosť, že sa s ich stavom nedá nič robiť, je dôležité, ak im terapeut vie poskytnúť nádej, že *„tá cesta von z toho je“*. Nakoľko hraniční pacienti často prechádzajú od idealizácie k devalvácii, pričom si toho ale nie sú plne vedomí, považuje za potrebné v momentoch tohto *„prešmyknutia“* na toto upriamiť pozornosť a klarifikovať realitu, čo napríklad v prípade, že sa pacient cíti ako *„obťažujúci“* a *„nenávidený“* zvyčajne znamená, objasnenie toho, že tento druh pocitov v danej situácii terapeut voči pacientovi nepociťuje. Za podstatné považuje podporu seba prijatia a sebelásky pacienta, s ktorými majú hraniční pacienti problém. Nápomocné napríklad môže byť, ak hraničný pacient prijme svoju diagnózu. Pacientom niekedy odporúča si o svojej diagnóze aj niečo prečítať. Podľa nej, na rozdiel od niektorých iných pacientov, ktorým diagnózy nevyhovujú a považujú to za určitú stigmatizáciu, pre túto kategóriu pacientov naopak, jej prijatie niekedy slúži ako určité vodítko - cítia, že ich spávanie má zmysel a pomáha im to nájsť pre seba pochopenie.

Takisto považuje za dôležité podporovať iniciatívu a autonómiu pacienta. Nedáva teda (okrem výnimočných, ohrozujúcich situácií) pacientovi návody na to, čo má pacient robiť. Je lepšie, ak na to príde pacient sám. Pacientovi komunikuje, že kompetencie sú v jeho rukách a že terapeut sám o sebe pacienta *„nespasí“*. Za podstatné, ale tiež náročné, považuje správne odhadnúť kedy je pacient pripravený na to, aby mu mohla poskytnúť náhľad na určitý problém a kedy je lepšie nechať pacienta, aby to v sebe definoval sám. Túto situáciu prirovnáva k *„balansovaniu na tenkom ľade“*.

Za jednu z najdôležitejších zásad považuje držanie hraníc, ktoré títo pacienti majú tendenciu prekračovať. V tomto považuje za podstatné *„dať na javo svoje hranice, ale držať aj tie ich“*. Okrem dodržovania obecných pravidiel, na ktorých sa v rámci terapie dohodnú,

zahŕňajúcich dodržiavanie presného času, dohodnutého programu, zákazu užívania omamných látok a konsekvencie v prípade suicidálnych pokusov sa terapeutka práve z dôvodu udržiavania hraníc drží pravidla, že si s pacientmi vždy vyká a to aj v prípade, že už je vzťah s pacientom bližší a oslovujú sa menami. Za dôležité tiež považuje nezdieľať s nimi priveľa informácií o svojom súkromnom živote.

Za faktor dôležitý pre liečbu tejto poruchy osobnosti považuje i trpezlivosť. Ako u terapeuta, tak u pacienta. Každý z pacientov totižto „*má svoj čas*“, ktorý je od pacienta k pacientovi iný a terapeut proces zmeny nemôže urýchliť. Za ďalší relevantný faktor z hľadiska liečby považuje motiváciu pacientov, ktorá sa u jednotlivých pacientov veľmi líši. Niektorí motiváciu vedú najsť rýchlejšie, niektorých k tomu dovedú až situácie, pri ktorých pociťujú reálne ohrozenie svojej existencie alebo dopad ich rizikového správania na najbližšie okolie.

Za kľúčové momenty z hľadiska liečby považuje, keď počas terapeutického sedenia dôjde ku konfliktu medzi ňou a pacientom. Konkrétne, keď sa na základe ich vzájomnej interakcie pacient dostáva do určitého „*prepadu*“, kedy terapeuta alebo seba vníma pacient negatívne, prípadne je nahnevaný. Podstatný podľa nej je zážitok pacienta, že terapeut zostáva v takejto situácii k dispozícii a neodchádza zo vzťahu. Napriek tomu, že nie je dopredu samozrejme ako to pacient spracuje, v prípade, že sa túto situáciu podarí v terapii ustáť, môže to viesť k posunu.

Terapeutka je s pacientmi dohodnutá, že jej v prípade nutnosti môžu kedykoľvek napísať email. Vopred ich upozorní, že sa jedná o pracovný email a nemá k nemu prístup nonstop. Musia takisto rátať s tým, že je pravdepodobné, že odpoveď dostanú s určitým oneskorením. Terapeutka sa domnieva, že ide o správny spôsob ako pacientom pomôcť znížiť tenziu, ktorá môže po niektorých sedeniach nastať, a ktorá by za iných okolností mohla u pacientov viesť k sebaškodovaniu alebo intoxikácii.

Za problém na strane odborníkov pri liečbe týchto pacientov považuje neinformovanosť. Týka sa to najmä sestier, sanitárov a iného personálu, ktorí s touto problematikou často nemajú skúsenosti, prípadne sa o ňu nezaujímajú, čo následne často vedie k bagatelizácii problémov týchto pacientov negatívne ovplyvňujúcej liečbu.

Za vhodnú považuje frekvenciu sedení raz do týždňa, pri ktorej sa dobre udrží „*kontakt*“ medzi pacientom a terapeutom. Pri týchto pacientoch sa jej osvedčila aj určitá flexibilita, kedy navrhne pacientovi frekvenciu, ktorú ona považuje za efektívnu, no necháva na

pacientovi nech sa rozhodne sám. V prípade kríz, považuje za vhodnú aj frekvenciu dva krát do týždňa, v prípade, že sa stav výrazne zlepšuje stačí raz za dva týždne.

Terapeutka sa vo vzťahu s klientom považuje za prísnu, ale prijímajúcu. Za dôležité považuje byť vo vzťahu s pacientom autentická. Nakoľko sa týmto pacientom niekedy nepredvídateľne menia ich vnútorné stavy, často je ťažké odhadnúť, čo bude v terapii nasledovať a preto je podľa nej veľmi dôležité aby terapeut bol schopný improvizovať.

Ohľadom techník využíva rôzne prostriedky arteterapie. Pacienti sa totiž niekedy nechcú dotýkať hlbších tém a práve cez arteterapiu sa k nim postupne môžu prepracovať. S niektorými pacientami používa aj prácu so snami.

Za známku toho, že terapia s pacientom prebieha dobre považuje, že sa pacient vracia na terapiu, že u pacienta vidí motiváciu, že je schopný naviazať vzťah, že dáva spätnú väzbu, že to čo mu terapeutka komunikuje k nemu „*dolieha*“, a že nejaké kroky k zmene začne pacient robiť aj sám. Prípadne si pacient prestane robiť výčitky kvôli veciam, za ktoré nemôže.

S touto kategóriou pacientov terapeutka pracuje rada, pretože prácu s nimi považuje za zaujímavú a baví ju. Považuje ju za výzvu. Motivuje ju, keď vidí, že pracovať s týmito pacientami má zmysel, nakoľko terapia s nimi funguje a je možné prostredníctvom nej stav týchto pacientov zlepšiť. Hovorí však, že jej limit na počet hraničných pacientov v individuálnej terapii sú 3 až 4 takéto pacienti, pretože práca s nimi je vyčerpávajúca a pri viacerých pacientoch by už bola „*zahltená*“ čo by neprospeľo „*ani jej, ani pacientom*“.

Terapeut č. 2

Tento 60 ročný terapeut má 30 rokov praxe. Jeho hlavné dva terapeutické výcviky sú Psychodynamický a výcvik v katatýmne imaginatívnej psychoterapii. Má súkromnú prax. Z jeho klientely tvoria pacienti s hraničnou štruktúrou osobnosti približne 60%, pri hraničnej poruche je to okolo 10%.

Pri práci s týmito pacientmi sa najviac opiera o princípy definované Kernbergom, ktoré považuje za veľmi účinné a názorné a o Operacionalizovanú psychodynamickú diagnostiku. Ako hlavný problém týchto pacientov sa mu javí, ich pocit, že seba a svoj život nevedia kontrolovať, ovládať a prirovnáva ho k „*pocitu biliardovej gule*“, do ktorej len stále niečo „*šľuchá*“ a ktorá sa podľa toho odráža rôznymi smermi. V terapii ide o to, aby pacient pocit kontroly získal. Hlavným princípom jeho práce je postupná konfrontácia pacienta s jeho

obrannými mechanizmami, ktoré sa v terapii prostredníctvom prenosu objavujú. Všíma si verbálnu a neverbálnu komunikáciu a najmä momenty, keď sú v rozpore, čo aj ukazuje pacientovi. Všíma si tiež protiprenos. Pacientovi ukazuje a analyzuje s ním, čo sa v danom momente deje, rovnako sa zameriava na to aby s pacientom preskúmal ako sa isté fenomény a vzorce prenášajú aj do pacientovho života mimo terapeutické sedenie. Pacienta necháva prinášať situácie, ktoré zažil a hľadajú, čo je ich spúšťačom a kam smerujú, prípadne v ktorej časti situácie je možné zastaviť problematické chovanie. Za podstatné tiež považuje ukazovať pacientovi momenty, v ktorých dochádza k náhlým zmenám jeho vnútorného stavu. Terapeut by to mal všetko neustále „*monitorovať, prepájať a ponúkať*“ pacientovi. Pre priebeh terapie je veľmi nápomocné, ak má pacient schopnosť mentalizovať (schopnosť rozumieť svojim vlastným mentálnym stavom a tiež mentálnym stavom druhých ľudí). V prípade, že ju nemá, je potrebné ju v terapii „*krvopotne vytvárať*“. Terapeut sa domnieva, že akákoľvek psychoterapia je predovšetkým o pravde, ktorej sa treba dotýkať a pracovať s ňou. Ide o pravdu o človeku, ktorá niekedy môže byť nebezpečná, môže byť zdrojom hanby a strachu.

Za veľmi dôležité v terapii hraničných pacientov považuje ustávanie pacientovej agresivity a nespokojnosti s pokojom. Tak pacient dostáva návod, že tieto jeho náročné stavy je možné zvládnuť aj inak ako je zvyknutý, zároveň sa práve v týchto momentoch postupne dostáva reprezentácia terapeuta do pacientovho vnútra a vytvára sa tak „*reparovaná časť, ktorá mu v detstve chýbala*“. Takto začína pacient postupne nad sebou získavať kontrolu.

Terapia by sa mala vyznačovať jasnými hranicami. Najskôr cez jej jasný rámec a dodržiavanie pravidelných termínov. Pacientom ďalej objasní, že je dostupný iba počas pracovnej doby, nakoľko niekedy majú tendenciu kontaktovať ho vo večerných alebo nočných hodinách, prípadne cez víkendy. „*Pestuje sa tak ich trpezlivosť a zdržanlivosť*“. Z terapeutovho pohľadu, je veľmi dôležité zachovať s pacientom terapeutický vzťah, či už sa to týka netykania si s klientami, nechodenia s nimi na kávu, prípadne sa nedat' zlákať k agresívnym ani sexuálnym výzvam, ktoré sú u týchto pacientov časté.

Prácu s týmito pacientami považuje za náročnú, pretože pri nich musí byť oveľa „*pozornejší, bdelejší a koncentrovanejší*“ ako pri iných pacientoch. Ako príklad uvádza, že niekedy stačí aj povzdychnutie a klient si to môže vysvetliť tak, že sa sním terapeut nudí, prípadne to iným „*úkorným*“ spôsobom vzťahne na svoju osobu.

Svoj vzťahový prístup ku klientovi definuje niekde na hranici autentického a neutrálneho, pričom voči klientovi prejavuje primerané emócie. Vie sa s človekom zasmiať, prípadne s nim smútiť.

Za ideálnu považuje frekvenciu sedení 2 krát za týždeň, niekoľko rokov. Prípadne 2 krát za týždeň aspoň v začiatkovej fáze terapie. Nesúhlasí s frekvenciou menej ako jeden krát do týždňa, pretože ju považuje za neefektívnu. Zvnútorňovaný „dobrý obraz“ terapeuta, respektíve vnútorný objekt, ktorý spolu budujú je totiž zo začiatku veľmi „labilný“ a hrozí že v prípade určitej frustrácie, za predpokladu nemožnosti sa s terapeutom kontaktovať sa tento zničí. Následne sa pacienti akoby „nemajú čoho zachytiť“ čo u nich vedie k pocitom prázdnoty, úzkosti a k napätiu, čo môže vyústiť v sebapoškodzovanie alebo ukončenie terapie.

Pri práci používa aj sny a imaginácie. Imaginovať sa však nedá s každým hraničným pacientom, nakoľko pri katatýmne imaginatívnom prežívaní títo pacienti majú tendenciu prežívať stratu kontroly a to im nerobí dobre. V prípade, že to ale možné je, považuje to za účinnú metódu, pretože „obchádza vedomie, zasahuje hlbšie časti“ a s pacientom tak môžu spoločne konštruovať „intrapyschický interiér“.

Za znak toho, že terapia s pacientom prebieha dobre považuje pokles symptómov a to, že pacient má nad sebou väčšiu kontrolu a nepodlieha impulzom. Pacient vie lepšie overovať realitu, kedy v pre neho záťažovej situácii, ktorá by kedysi spustila automatickú reakciu vie prostredníctvom mentalizácie overiť, či situáciu skutočne vníma správne (napr. „skutočne sa v tomto momente okolie správa voči mne úkorne?“). Tento progres je možné zaznamenať aj v snoch, prípadne prostredníctvom Rorschachovho testu, ktorý niekedy urobí na niektorom z prvých sedení a následne v neskorších fázach terapie. Uvádza tiež špecifický príklad, ktorý odkazuje na pokrok a to, keď mu v určitom bode terapie pacient prináša situáciu v ktorej sa ocitol a ktorú za normálnych okolností zvládol maladaptívne no tentokrát situáciu zvládol inak: „bol som opäť v tej situácii kde som obyčajne vybuchoval a potom som si zrazu spomenul na Vás“. Toto podľa neho znamená, že jeho (terapeutova) reprezentácia sa už dostáva do pacientovho vnútra. Ďalšou známkou progresu obvykle býva, že si títo pacienti začnú do vzťahov vyberať „vhodnejších“ partnerov. Už to prestáva byť o vyberaní problémových partnerov, ktorí len nejakým spôsobom „doplňajú ich psyché“.

Myslí si, že terapeuti, ktorí majú záujem pracovať s touto kategóriou pacientov, by mali mať absolvovanú kvalitnú individuálnu psychoterapiu a mali by takýchto pacientov pravidelne

konzultovať na supervíziách. Mali by mať tiež dostatok trpezlivosti. „*Prvé štrukturálne zmeny*“ totižto podľa jeho skúseností nastávajú až po vyše 100 terapeutických sedeniach. Terapie s týmito pacientami môžu trvať od 2 do 20 rokov.

Tento terapeut s hraničnými pacientami pracuje rád, v prípade, že už za sebou „*niečo majú*“, chápu, že majú problém a sú motivovaní ho zmeniť. Prácu s nimi považuje za výzvu. Zároveň hovorí, že práca s hraničnými pacientami môže terapeutovi poskytnúť dobrý náhľad do toho ako funguje u ľudí psychika vo všeobecnosti, čo je podporné pre prácu s akoukoľvek ďalšou diagnózou.

Terapeut č. 3

64 ročný terapeut s 36 rokmi praxe. Má absolvovaný výcvik v psychoanalyticky orientovanej psychoterapii a niekoľko rokov bol takisto frekventantom výcviku v katatýmne imaginatívnej psychoterapii. Počas svojej praxe mal v terapii „niekoľko stoviek“ hraničných pacientov. Má súkromnú prax.

Hraniční pacienti majú podľa neho problémy prameniace z narušenia bezpečia vzťahov v detstve a cítia sa kvôli tomu často v ohrození a nehodnotní. V terapii im teda poskytuje bezpečné prostredie, kde môžu o svojich problémoch rozprávať, pričom sa cítia vypočutí. Nakoľko títo pacienti nemajú vyvinutú „*štruktúru ovládania emócií*“, ak sa práve nachádzajú v stave vyššieho emočného nabudenia, alebo zvýšeného prenosu, odporúča „*stiahnuť sa, počúvať, nastoliť väčšiu vzdialenosť*“ a popisovať pacientovi, čo prináša. V týchto momentoch je lepšie sa nezaujímať o emočný aspekt tohto rozprávania, ktorý je často prehnaný. Popisovaním pacientovi ním prinášaného materiálu sa táto silná emocionalita tíši a dostáva hranice. To, s čím pacient prichádza ďalej podľa neho treba prepájať s pacientovým reálnym životom. Pokroky v terapii si treba všímať a oceniť, „*porovnať s tým, čo bolo predtým*“, pretože to pacienta posilňuje.

Za kľúčové v terapii týchto pacientov považuje dosiahnutie motivácie. Ide o základnú motiváciu pracovať so sebou. Z jeho skúseností s tým hraniční pacienti majú problém. Terapeut, podľa jeho slov môže poskytnúť „*bezpečie a prijatie*“, ale ak chýba motivácia, terapia sa „*nepohne*“.

Pri práci s touto kategóriou pacientov je podľa terapeuta nevyhnutná veľká dávka trpezlivosti. Prístupovať k interpretáciám a očakávať posuny v terapii je možné až v neskorších fázach terapie. S trpezlivosťou ďalej súvisí aj „*primeranosť cieľov*“. Ciele

treba nastavovať rozdielne od pacienta k pacientovi a „*neslúbiť nemožné*“. Pri niektorých pacientoch môže byť podľa neho najvyšším cieľom iba zníženie utrpenia, suicidality, prípadne umožnenie začať v živote fungovať v určitom smere konštruktívnejšie. V niektorých prípadoch prílišnej agresivity, útočnosti a príliš nízkej schopnosti sebaovládania však podľa neho ani nie je možné v štandardnej psychoterapii pracovať.

Pri práci dbá na hranice. Za extrémne dôležité považuje, nenechať sa vťahovať ich vnímaním reality, alebo „*bojovať za ich veci, za ich názor*“. Títo pacienti totiž „*vytvárajú silný príbeh, ktorý zanecháva v terapeutovi citovú odozvu*“ a z tohto dôvodu, je udržať si pri nich odstup dosť náročné. Takisto považuje za dôležité, udržovať si vlastné súkromie a tiež nezneužívať v žiadnom zmysle svoju pozíciu voči pacientovi.

Každý terapeut, ktorý chce s touto kategóriou pacientov pracovať, by mal podľa neho, disponovať určitým teoretickým modelom patológie a psychiky týchto pacientov. Za vhodný považuje napríklad psychoanalytický vývojový model, avšak zdôrazňuje, že ani ten nemusí byť jednoznačne najsprávnejší. Považuje za dôležité sa o nejaký prepracovaný model opierať. Následne už podľa neho na konkrétnom psychoterapeutickom smere až tak nezáleží.

Za dobrý prognostický aspekt z hľadiska liečby považuje, keď pacient, ktorý začína terapiu, v rámci svojej životnej histórie vykázal, aspoň určitú schopnosť vytrvať v určitom systéme. Ako príklad môže ísť o nejaký vzťah, záujmový krúžok alebo obľúbený predmet v rámci ktorého bol schopný sa „*koncentrovať, prispôbiť alebo dodržiavať disciplínu*“. Je to totiž známka toho, že má vybudovaný aspoň „*aký-taký*“ vnútorný systém a práca s takýmto človekom ide zvyčajne lepšie.

Znakom toho, že terapia s týmito pacientami prebieha úspešne, je znižovanie emočnej intenzity a vyššia konštruktívnosť v rámci práce a vzťahov. Ide teda o kritéria „*kontaktu človeka s realitou*“.

Svoj prístup k pacientovi v rámci terapeutického vzťahu považuje za autentický. Títo pacienti totižto „*potrebujú naše reakcie a prežívanie*“. V tomto zmysle sa pacientom „*necháva čítať*“. Pacientovi napríklad môže odkomunikovať, že to, čo mu hovorí ho „*straší*“, „*privádza do neistoty*“, prípadne ho upozorní na to, že pacient sa správa agresívne. Neutralitu v terapeutickom vzťahu neodporúča, pretože takýto pacient to môže vnímať ako nezáujem a chlad. Takisto však považuje za dôležité, aby terapeut vnímal svoj protiprenos a prípadne ním terapiu „*nekontaminoval*“. Protiprenos by mal byť potom spracúvaný v rámci supervízie.

Pri práci používa aj sny a prácu s predmetnými symbolmi pomocou hračiek a figúr, kedy rôzne psychické stavy a aspekty necháva pacienta pomocou týchto predmetov zobrazovať a vie sa tak s pacientom dostávať do ich „štruktúry“. Celkovo sa pri práci opiera o symbolickú rovinu, v ktorej sú podstatné všetky nuansy neverbálneho kontaktu, motivácie ale napríklad aj životných cieľov, ktoré poskytujú v „meta rovine“ ďalšie podstatné informácie.

Za vhodnú považuje frekvenciu sedení 1 krát za týždeň. Ak sa s pacientom dá dobre pracovať, je ešte lepšia frekvencia 2 až 3 krát za týždeň. Potom téma, ktorá je na sedení otvorená môže v pacientovi ďalej pracovať a na ďalšom sedení v nej môžu pokračovať. Keď sú rozostupy medzi sedeniami väčšie, tak sa takáto nadväznosť robiť nedá, „*je to všetko zhasnuté*“. Na základe skúsenosti odporúča, aby hraničný pacient dochádzal minimálne 3 roky, aby sa dostavil aspoň „stabilizujúci účinok terapie“. V závere zdôrazňuje, že terapiu, ktorú by považoval, za úplne „uzavretú“, zatiaľ so žiadnym z tejto kategórie pacientov nemal. Domnieva sa, že to môže súvisieť s ich tendenciou terapie prerušovať, prípadne ich predčasne ukončiť úplne.

Terapeut prácu s hraničnými pacientami skôr nepreferuje. Dôvodom je, že práca s nimi si vyžaduje väčšiu pozornosť a je náročnejšia. No najmä obľubuje „úspešnosť pri práci“, kedy vidí, že pacienti vnímajú, že terapia pre nich má cenu a že sa ich život pozitívne mení, čo je podľa neho satisfakcia, ktorú je pri práci s týmito pacientami oveľa náročnejšie dosiahnuť.

Terapeut č. 4

Ide o 46 ročného terapeuta s niečo vyše 20 rokmi praxe. Ako svoje hlavné výcviky uvádza výcvik v Geštalt terapii a Operacionalizovanú psychodynamickú diagnostiku. Absolvoval takisto Terapiu zameranú na emócie (*angl.* emotion focused therapy). Skúsenosť má tiež s Terapiou zameranou na schémy a s Dialektickou behaviorálnou terapiou. V terapii mal vyše 80 hraničných pacientov. Má súkromnú prax.

Tento terapeut hovorí, že oficiálnu diagnózu hraničnej poruchy osobnosti vo svojej praxi nerozlišuje, nakoľko jeho pohľad na patológiu sa líši od tradičného kategorického psychiatrického pohľadu. V tejto súvislosti pracuje s pojmom hraničná organizácia, ktorú do istej miery nachádza u každého človeka, rozdiel tkvie v tom, že u niekoho je takáto vnútorná štruktúra dominantná a to je pre neho z hľadiska diagnostiky podstatné.

U týchto pacientov, sú podľa neho, najzásadnejšie otázky bezpečia a blízkosti, „*či tam niekto je*“. Tvrdí, že z určitého pohľadu, sa na ich prácu v terapii dá pozerat' aj ako na učenie ako vzťahy fungujú. Ide o učenie týkajúce sa bazálnych procesov preverbálneho obdobia: „*Keď odídem, vrátim sa, keď sú emócie, vieme ich zkonteinovať*“. Kládne dôraz na objektovú stálosť. Snaží sa byť jasný, zrozumiteľný, stabilný a vytvára „*štruktúru, ktorá bude pre toho človeka držať*“. Pri jeho postupe je veľmi dôležitá takzvaná intersubjektivita a spoluvytváranie, čo znamená, že všetko čo sa deje medzi dvomi ľuďmi je vždy vzťahové. „*Tak ako sa kojeneц nedá vnímať oddelene od matky, emócie u hraničných pacientov sú vždy spojené s druhým človekom.*“ Ak sa počas terapie s pacientom na pocitovej úrovni niečo deje, musí to mať súvis so vzťahom, v ktorom sa pacient práve nachádza, teda so vzťahom s terapeutom. Takýmto spôsobom terapeut spoluvytvára pacientovu skúsenosť. V procese terapie nevyhnutne dochádza k určitému zraneniu na strane pacienta a zlyhávaniu terapeuta. S pacientom potom sleduje to, ako k tomuto zraneniu on ako vzťahová osoba prispel. To však neznamená dramatické sebaobviňovanie, ktoré by podporovalo u pacienta štiepenie. S pacientom je len potrebné tento proces sledovať, aby videl ako sa spoluvytváranie deje. Podstatný je pre pacienta zážitok, že to, že terapeut má vo vzťahu aj vinu a zlyháva ešte neznamená, že je zlý a že ho opúšťa. Pri práci tiež dáva pozor na to, aby nenastávalo „*retraumatizujúce opustenie*“.

V rámci terapie nastavuje hranice. S pacientom sa na nich dohaduje spolu s časom, peniazmi a dôvernosťou. Pri práci s týmito pacientami považuje za dôležité s týmito hranicami aj aktívne pracovať. Pacienti napríklad majú často pocit, že vzťahy fungujú na reciprocite a že terapeutovi sú niečo dlžní. Ako keby z terapie s nimi mal mať terapeut nejaký benefit. Je preto pre nich dôležité v terapii preskúmať fakt, že čas za ktorý si zaplatili je ich priestor a že terapeutovi sa nemusia žiadnym ďalším spôsobom „*revanšovať*“. Ďalšia zaujímavá skúsenosť, ktorá môže byť v rozpore s pacientovým presvedčením a súvisí s hranicami je, že i napriek tomu, že táto služba je platená, terapeut môže mať o pacienta ako o človeka úprimný záujem. Hraniční pacienti majú tiež tendenciu prekračovať hranice, napríklad tým, že si pre seba pýtajú niečo „*extra*“. S pacientmi teda testuje, „*pokiaľ je hranica toho, kde im on vie vyhovieť*“. Za svoju úlohu v tomto prípade nepovažuje silou mocou si svoje hranice strážiť. Hranice je v prvom rade potrebné vidieť a preto ich pacientom „*láskavo a flexibilne*“ ukazuje.

Pacientov „*nenálepkuje*“ diagnózami, nakoľko to podľa neho vedie k „*fixovaniu patológie*“. Skôr sa snaží „*v tom celom nájsť niečo pozitívne*“ a to pacientovi ukázať. Svoj prístup zhŕňa

nasledovne: *"Vytvorím si hranice. Snažím sa tam nájsť niečo pozitívne, čím to ako keby zlepíme do vzťahu a sledujem spoluvytváranie tej patológie"*.

Za najdôležitejší faktor liečby považuje dobrý zrkadliaci vzťah, v rámci ktorého si môže pacient budovať identitu, sebavytvárať sa. Nestačí nato však vzťah s terapeutom. Je nevyhnutné, aby pacient fungoval v zdravom prostredí, v ktorom sú kvalitné vzťahy *„ktoré majú nejakú hĺbku“*. Podľa neho nie je možné liečiť niekoho, kto žije v traumatickom prostredí a preto je potrebné sa v terapii najprv zamerať na to, aby si pacient vhodné prostredie vytvoril.

Frekvencia jedenkrát za týždeň je pre liečbu týchto pacientov nedostatočná. Ideálne, ak dochádzajú aspoň dvakrát za týždeň, prípadne ak sú dlhšie sedenia. Terapeut zdôrazňuje, aby pacienti sedenia nevynechávali a aby medzi sedeniami nevznikali veľké časové medzery. S pacientami sa preto vždy vopred dohaduje na tom, aby mali nejaký konkrétny počet sedení. Pri týchto pacientoch je totižto rozhodujúca objektová stálosť. V prípade, že frekvencia nie je dostatočná, môže viesť *„fragilita“* týchto pacientov k tomu, že sa ich *„vzťahová skúsenosť rozpadne“*. Upozorňuje, že terapia *„nie je masáž, aby bolo tomu pacientovi lepšie“*. K týmto *„rozpadom“* dochádza aj na sedeniach, ale podstatné je, že ich spolužívajú s terapeutom, pretože pri nich potrebujú *„reality check“*. Z jeho skúsenosti, určité posuny pri týchto pacientoch niekedy nastávajú práve vtedy, keď s pacientami ide *„až na hranicu psychózy“*.

Aj z tohto dôvodu považuje pri týchto pacientoch za veľmi náročné, no dôležité, pracovať s protiprenosom. V rámci neho terapeut zažíva často negatívny sebaobraz, pocity viny alebo hanbu. Za kľúčové považuje v určitých vypätých situáciách *„neodpovedať na útok odvetou“* a svoj protiprenos sledovať. Terapeut odporúča chodiť pri práci s týmito pacientami na supervízie. Keď je už vzťah s pacientom pevnejší, môže byť protiprenos aj *„liečivý“* a vtedy ho prináša aj do terapie. Nie však v *„surovej podobe“*, ktorá môže byť kontraproduktívna, ale vo forme, ktorú terapeut dokáže popísať *„ako nejakú vzťahovú realitu“*. Protiprenos mu môže poskytnúť dôležité informácie o vzťahu s pacientom. Keď sa napríklad pacient správa určitým spôsobom, ktorý v terapeutovi bežne vyvoláva silné pocity (napríklad hnev) a v konkrétnom prípade sa tieto pocity nedostavia, môže to byť pre neho signál, že sa deje niečo, čomu je potrebné venovať zvláštnu pozornosť.

Za kontraproduktívne považuje, ak sa terapia nasilu *„ňúra“* v pacientových emóciách. Keď v terapii dôjde k zažitiu rozpadu, a zároveň terapia neposkytuje dostatočne kvalitný vzťah

a pacient ostáva s takýmto stavom sám, môže byť takáto terapia pre pacienta škodlivá, prípadne viesť k zbytočnému predlžovaniu liečby.

Terapeut používa techniky imaginácie a prácu s telom. Pacienta vedie k tomu, aby svoje telo pozoroval. Skúmajú ako chodí, ako drží rovnováhu aký má postoj, čo s nim, ktorá emócia robí na telesnej úrovni. Takto sa v pacientovi podporuje „*sebautváranie*“. Niekedy pacientom prechodne odporúča aj techniky mindfulness. Avšak len v obmedzenej miere. Je totižto presvedčený o tom, že mindfulness môže posilňovať disociáciu, kedy sa pacient od seba „*odpája*“, čo považuje za škodlivé. Za vhodnejšie považuje učiť ich „*dýchať*“ a zvyšovať si uvedomenie v tele. S tým však treba byť takisto opatrný kvôli intenzite emócií týchto pacientov.

Výsledky, ako dobre terapia s pacientom prebieha, vidí okrem redukcie príznakov v tom ako vníma ich vzájomný vzťah v terapii a zároveň na základe toho, ako pacient referuje o svojich vzťahoch mimo terapie.

Dĺžka liečby týchto pacientov je z jeho skúseností 2 až 8 rokov.

O svojom vzťahu k týmto pacientom hovorí: „*aj ich mám rád, aj si dávam bacha*“. Títo pacienti ho často vedú do „*veľkých hlbín*“, kam by sa inak dostal len v „*zmenenom stave vedomia*“. Tieto silné zážitky sú aj jedným z dôvodov, prečo s týmito pacientami robí rád. Zároveň však dodáva, že kvôli náročnosti takejto práce, nemôže mať v terapii viac ako päť hraničných pacientov.

Terapeut č. 5

Jedná sa o 58 ročnú terapeutku, s 30 ročnou praxou. Má absolvovaný výcvik v katatýmne imaginatívnej psychoterapii. Má súkromnú prax. V terapii mala doteraz 4 až 5 hraničných pacientov.

Pri týchto pacientoch postupuje „*opatrne a pomaličky*“, neinterpretuje a to najmä vtedy, keď zaregistruje v rámci pacientovej komunikácie útočnosť, či už konkrétne na ňu alebo na ľudí o ktorých sa v terapii rozpráva. Hlavným cieľom jej postupu je vytváranie vzťahu a bezpečia. Pocit bezpečia pri tom musí byť na oboch stranách. Čím viac bezpečia totižto pociťuje terapeut, tým viac ho môže cítiť aj pacient.

Pri týchto pacientoch považuje za kľúčové udržiavať hranice. Vyznačujú sa tým, že nedodržiavajú a menia dohody, rušia na poslednú chvíľu termíny, chodia neskoro a často

požadujú niečo, čo nie je štandardné. Napríklad chcú preorganizovať nábytok v ambulancii alebo žiadajú terapeutku aby „*napísala list profesorovi*“. Jedným z hlavných dôvodov, prečo je potrebné, aby sa naučili hranice dodržiavať je, že s takto fungujúcimi ľuďmi „*nikto nevydrží*“. Nevedia kvôli tomu fungovať vo vzťahoch. Či už sa jedná o vzťah partnerský alebo aj terapeutický. Považuje za podstatné s takýmito pacientami podpísať zmluvu, v rámci ktorej sa dohodnú základné pravidlá. Je to dohoda, ktorú podpisuje s každým pacientom. Zvyčajne ide len o formalitu. Pri hraničných pacientoch, je však zmluva výnimočne dôležitá. Terapeutka sa práve pri týchto pacientoch naučila, že „*zvyky starých otcov, vôbec nie sú na nič*“, že pokiaľ terapia nemá rámeček, nie je možné s týmito pacientami pracovať.

Práca s touto kategóriou pacientov je podľa nej o „*veľkej trpezlivosti a pokore*“. Jednak kvôli tomu, že sa jedná o prácu dlhodobú. Rovnako preto, že je pri nej pre terapeuta podstatné naučiť sa emočne ustáť svoju potrebu, určitým spôsobom prehnane reagovať na veci, ktoré pacient prináša a ktoré často takúto potrebu vyvolávajú, a najmä nebrať to, čo v takýchto momentoch pacient prináša, osobne. Toto považuje terapeutka pre seba za veľmi náročné. Podľa nej je pointa „*nevrátiť im to, čo sa im v detstve dostávalo*“.

Supervíziu považuje za nevyhnutnú. Tam môže spracúvať silný protiprenos, ktorý pri práci s týmito pacientmi vzniká. Stáva sa jej, že po sedení s takýmto pacientom „*je nahnevaná ako čert*“ a v prípade, že by tieto svoje pocity nechala nespracované, je pravdepodobné, že na ďalšom sedení by to mohlo najmä z dôvodu vysokej senzitivity týchto pacientov znamenať problém.

Napriek tomu, že bežne pri svojej práci používa prácu so snami a imaginácie, u hraničných pacientov tomu tak zvyčajne nebýva. V prípade, že použije imagináciu, býva to obyčajne v neskoršej fáze terapie ako pri iných pacientoch. Často sa imagináciám vyhýba, pretože vlastné predstavy týchto pacientov bývajú nejasné, chaotické, menia sa a sú ťažko uchopiteľné. „*Oni sú v úvodzovkách tak rozbití, že to vidno aj v snoch a to ťažko poskladať*“. Čo sa podľa nej využiť dá, je práca s konkrétnymi symbolmi alebo predmetmi. „*Tie predmety, ktoré môžu chytiť, môžu ich postaviť tak ako oni potrebujú*.“ Na tento účel používa rôzne postavičky alebo obrázky. Ďalej sa podľa nej dajú použiť príbehy a rozprávky. S pacientom sa napríklad rozpráva o jeho obľúbenej rozprávke z detstva. Identifikujú, s ktorou postavou sa najviac stotožňoval atď. Pri týchto pacientoch je z jej skúsenosti takisto obtiažne zameriavať sa na prácu tu a teraz. *Dostáva ich to do chaosu. Oni nevedia čo...chcú vyhovieť alebo naopak, nevyhovieť.*“

V terapeutickom vzťahu sa považuje za „*neutrálnu, strážiacu sa*“. Pri práci s nimi musí byť opatrnejšia a presnejšia a za dôležité tiež pokladá dávať si veľký pozor, aby v žiadnom prípade pacientov nehodnotila.

Pri popisovaní podporných faktorov a pokroku a v rámci liečby, si spomenula na sedenie, kedy jej pacientka po dohode na sedenie prišla aj so svojim rodinným príslušníkom. Kľúčovým bol pre pacientku zážitok, keď terapeutka v určitom momente cez konfrontáciu s týmto rodinným príslušníkom, reagujúc na neho kriticky, uznala a potvrdila oprávnenosť pacientkiných pocitov. Išlo o zážitok toho „*že neni úplne zmätená*“ a že to čo voči nemu cítila, bolo mnohokrát oprávnené. Od toho konkrétneho momentu došlo v rámci terapie k zmene, „*zlomilo sa to*“ a pacientka prestala spochybňovať svoje pocity a názory v miere v akej to robila predtým.

Za faktory zodpovedné za pozitívnu zmenu v psychoterapii akéhokoľvek pacienta považuje zážitok stálosti - či už pacient ako stáleho zažíva terapeuta, alebo samého seba - ďalej pravidelnosť a pochopenie svojich pocitov.

Za ideálnu považuje frekvenciu jedenkrát do týždňa, aby bolo možné udržať kontinuitu začatých tém. Pri týchto pacientoch, v určitých obdobiach rešpektuje aj väčšie rozostupy. Podľa nej totiž potrebujú odstup „*aby uniesli to, že menia setting*“ a potrebujú tiež „*vlastnú skúsenosť*“. Napríklad pacient môže chodiť jeden, dva roky intenzívne, potom si dá pol roka-rok pauzu a neskôr začne chodiť znovu. Terapia môže s prestávkami trvať úplne bežne aj päť rokov.

Prácu s týmito pacientami terapeutka nepreferuje. Považuje ju za veľmi náročnú.

Terapeut č. 6

Má 49 rokov a 15 ročnú prax. Absolvoval výcvik v Geštalt terapii a má aj niekoľkoročnú skúsenosť s rogeriánskym výcvikom. Počas svojej praxe mal v terapii okolo 20 hraničných pacientov.

Pri práci s akýmkoľvek pacientom postupuje vždy tak, že vytvára jasné hranice a bezpečný terapeutický priestor, vzťah a dôvernosť. Na začiatku sa pacienta snaží neklasifikovať, aby nemal „*predom vytvorený rámec*“. Ak postupne zisťuje, že sa jedná o hraničného pacienta, čoho indikátor zvyčajne býva „*bezhraničnosť*“ v rámci kontaktu (prekračovanie hraníc) alebo prežívania (pacient môže oscilovať medzi neurotickou a psychotickou úrovňou), začína hranice držať o niečo pevnejšie. Pre pacienta musí byť čitateľný, jasný a spoľahlivý.

Určitým spôsobom mu nastavuje mantinely, čo pre pacienta môže byť aj nepríjemné, no podstatné je, že pacient vie, že sa na neho môže spoliehať. Zároveň sa snaží skôr „lepiti“ a „dávať dohromady“ ako „rozkladať“ a ponúkať náhľad. Práca je skôr podporná ako interpretačná.

Najliečivejší účinok v terapii, podľa neho je vzťah a dôvera v jeho rámci. Pre pacienta je kľúčová skúsenosť, že aj napriek ich ťažkostiam sa s nimi niekto rád stretáva. Je to o to významnejšie, že ide v podstate o cudzieho človeka, „ktorý môže kedykoľvek odísť“. Dôležitý je zážitok, že „keď to unesie terapeut, unesú to aj oni“. Všetko toto je autentické, pretože tento terapeut má svojich pacientov skutočne rád. V prípade, že by to tak nebolo, a aj napriek opakovaným sedeniam by sa mu k pacientovi nepodarilo nájsť cestu, odporučí radšej pacientovi iného odborníka.

Pri práci s týmito pacientmi sa považuje za spontánneho. Keď sa s pacientom počas sedenia na emočnej úrovni niečo deje „pomenúva to“ a porovnáva s pacientom, či sa s takýmito reakciami stretáva aj vo svojom bežnom živote. Spontaneitu, podľa neho títo pacienti oceňujú, pretože je pre nich čitateľná a nakoľko sú tiež dosť emotívni, rozumejú jej. Spontaneita a autenticita je pri týchto pacientoch dôležitá, no najmä kvôli ich tendencii devalvovať terapeuta náročná úloha. V prípade, že však autenticita chýba, vedie to podľa neho u pacienta k strate dôvery. Snahu byť pri týchto pacientoch „sám sebou“ a nepodľahnúť určitému strachu zo zlyhania si terapeut pri práci s týmito pacientami musí kognitívne uvedomovať. Tému toho, že v rámci terapie môže v niektorých momentoch z pohľadu pacienta, on ako terapeut aj zlyhať prináša do terapie a podporuje pacienta v tom, aby v momentoch, kedy niečo také pacient pociťuje, toto pomenúval.

Ohľadom protiprenosu odporúča pri práci s týmito pacientami chodiť na supervízie aj jedenkrát do týždňa. Protiprenos považuje za zdroj dôležitých informácií ohľadom toho, čo sa vo vzťahu práve deje a či sa tam práve neotvára nejaká jeho (terapeutova) téma. Ak ide napríklad o mladšieho pacienta, môže preskúmať, či jeho motív „pomôcť mu“ nevystupuje v rámci určitej jeho „otcovskej“ dynamiky. V prípade, že si toto uvedomí, je možné s tým ďalej pracovať.

S pacientami uzatvára ústny kontrakt. Tento sa týka napríklad platieb alebo náhrad za vynechanie sedení no najmä dohody, že v prípade, že pacient seriózne rozmýšľa nad samovraždou, nechá sa hospitalizovať na psychiatrii. S pacientom, ktorého má v terapii a ktorý by sa pokúsil vziať si život by totižto nevedel ďalej pracovať. Tento akt by terapeuta

pri ďalšej práci s týmto pacientom veľmi zneisťoval v strachu, že sa takýto jeho pokus zopakuje.

Terapeut pri práci techniky nepoužíva. V prípade, že pacienti trpia úzkosťami, prípadne depresiami im však určité techniky vie odporučiť. Pri práci s touto kategóriou pacientov mu pomohlo, keď sa oboznámil s tým ako sa k liečbe týchto pacientov pristupuje z hľadiska Dialektickej behaviorálnej terapie, Terapie zameranej na emócie a Terapie zameranej na prenos. Myslí si, že je dobré sa v tomto smere priebežne dozvedávať.

Za dobrý faktor z hľadiska liečby týchto pacientov pokladá to, ak majú nejaký „pevný, nosný“ vzťah aj mimo terapiu. Či už partnerský alebo priateľský, prípadne môže ísť o upevnenie vzťahu s rodičom.

To, že terapia s takýmto pacientom prebieha dobre vidí napríklad v tom, že pacient dochádza pravidelne na terapiu, má odhodlanie, je voči terapii zodpovedný a nevzdá to hneď ako príde nejaký neúspech. Dochádza tiež k poklesu príznakov. Pacient už otvorene nazerá na svoje problémy, vie prečo ich má a preto sa už nevynárajú z nevedomia. Pokrok vie tiež identifikovať na základe toho ako pacient reaguje na „dopytovanie“ terapeutom. Môže ísť o to, že vidí, že pacient práve prežíva niečo náročné, napríklad hnev na terapeuta, a nepoprie to. Emócie mu ešte môžu oscilovať, no „sínusoida“ je už oveľa vyrovnanejšia. Dodáva však, že za zlepšením nemusí byť vždy terapia. Často to podľa neho súvisí aj s pacientovým „životným obdobím“.

Vhodná frekvencia sedení je podľa neho jedenkrát za týždeň. Pacienti, ktorí chodili jedenkrát za dva až tri týždne z jeho skúseností obvykle ukončili terapiu predčasne. Usudzuje, že to bolo tým, že nenadviazal dostatočne pevný terapeutický vzťah. Dĺžka terapie je minimálne 3 až 4 roky na týždňovej báze. Niektorí pacienti v neskorších fázach terapie pokračujú s nižšou frekvenciou sedení.

Terapia s týmito pacientmi ho naučila určitej pokore. Zistil, že akokoľvek dobre môže k terapii pristúpiť, nikdy nevie „ako to skončí“. A že aj keď niečo vyzerá nádejne, nemusí to vyjsť.

Terapeut č. 7

Terapeut má 49 rokov a 4 roky praxe. Má absolvovaný výcvik v Rogeriánskej Na človeka zameranej terapii. Ďalej má ešte rôzne doplnkové výcviky ako výcvik zameraný na elimináciu domáceho násillia, terénna sociálna práca alebo mediátorstvo. Počas svojej praxe mal v terapii 6 až 10 hraničných pacientov. Má súkromnú prax.

Títo pacienti k nemu väčšinou prichádzajú s rôznymi, prevažne so vzťahom súvisiacimi problémami, prípadne so sebaopoškodzovaním, pričom to že sa jedná o hraničnú problematiku sa zvyčajne ukáže až neskôr. Za základný problém týchto pacientov považuje nedostatočný, až chýbajúci sebaobraz, čo sa vo vzťahovej oblasti môže prejaviť závislosťou na druhých alebo tým, že sa pacient bez partnera cíti bez hodnoty.

Za prvý krok v terapii považuje, že pacient identifikuje, že má problém a je schopný si v problémových situáciách priznať svoj podiel viny. V ďalšej fáze musí porozumieť tomu, „prečo to tak má, prečo jedná ako jedná“. Títo pacienti majú veľa potlačeného materiálu a často vnímajú veci skreslene. Princíp osobnostnej zmeny podľa neho je, že čím človek samému sebe rozumie lepšie, čím viac porozumie svojmu telu, prežívaniu, svojim pocitom a vzťahom, tým viac sa stáva konzistentný a má sa doslova „radšej“. Týmto sa aj jeho hodnota a sebaobraz spevňuje. Úlohou terapeuta je pomáhať pacientovi, aby svojim nevedomým mechanizmom porozumel. Keď už svoje mechanizmy pacient začína vidieť, na to aby sa posunul ďalej, musí svoje staré spôsoby a vzorce opustiť a vydržať v neistote, čo je však veľmi náročné a stojí ho to veľa síl. Pacient v rámci terapie najprv „rozleje“, „rozsype“ svoj obraz a potom postupne skladá nový. Terapeut tam nie je na to, aby pacienta „rozsypal“. Jeho hlavnou úlohou je pokúsiť sa vytvoriť atmosféru, v rámci ktorej sa môže vybudovať vzťah. V bezpečí dobrého vzťahu sa môžu začať uvoľňovať obranné mechanizmy a človek na seba začína nazerať a rozumieť si. Za hlavný prvok terapie považuje vzťah.

Terapeut, v súlade s rogeriánskou terminológiou, považuje za nevyhnutnú prítomnosť troch podmienok na strane terapeuta k vytvoreniu vzťahu. Prvou je prijímať a nehodnotiť pacienta. Ďalšou je byť kongruentný. To znamená, že terapeut musí vedieť, čo sa v ňom deje, byť v tom jasný a priehľadný. Terapeut musí poznať seba samého. Ak napríklad pri pacientovi cíti nervozitu, mal by to skúmať: „Skúša pacient moje hranice, správa sa nadradene a je mi to nepríjemné?“ V terapeutovi sa môže diať niečo, čo potencionálne môže pacientovi uškodiť, no len vtedy, ak si to terapeut v tom momente neuvedomí. Ak si

to uvedomí, má obvykle dve možnosti. Tým, že porozumie, že „*toto je jeho (pacientove), takto on funguje a potrebuje to*“ tak ho ako terapeuta nevyrušuje a môže „*ostať pri ňom*“. Môže takisto pacienta konfrontovať s tým, čo (pacient) práve robí. To však nepovažuje vždy za ideálne, nakoľko sa pacient môže „*zľaknúť*“. Terapeut musí mať o sebe reálny sebaobraz a poznať aj svoje limity. Napríklad „*sem už nemôžem, je to pre mňa nebezpečné*“. Tretia podmienka je empatia. Empatia, ale neexistuje bez kongruencie: „*ja som schopný byť len do takej miery empatický, do akej som kongruentný*“.

Pri hraničných pacientoch je podľa neho obzvlášť dôležité byť pevný, jasne formulovať, dohadovať sa a rozprávať. Títo pacienti totižto často fungujú na princípe, že „*všetko je nejasné*“. Keď je to totiž nejasné, „*vedia si to vždy nejakým spôsobom prispôbiť tak, aby im to sedelo*“. Majú potom tendenciu vymýšľať rôzne stratégie a s terapeutom hrať rôzne, často značne prepracované „*hry*“. Terapeut popisuje napríklad pacientku, ktorá na terapiu prišla s návrhom, že jej vzťahový deficit budú ošetrovať tak, že sa budú počas sedenia objímať. Preto treba byť pri týchto pacientoch obzvlášť jasný a reálny, nakoľko pacient vtedy „*naráža a dostáva hranicu*“. Pomáha mu to orientovať sa, dostať „*nulový bod*“, určitý „*pevný základ*“. V prípade, že je terapeut nejasný, v podstate len kopíruje život ktorý tento pacient bežne žije.

Pevnosť terapeuta, je takisto dôležitá pri jeho schopnosti „*bytia s pacientom*“ v zmysle unášania jeho náročných prejavov, kedy sa napríklad na terapeuta hnevá alebo je iným spôsobom nepríjemný. Toto musí terapeut ustáť, „*neposlať ho preč*“, „*neodsúdiť ho*“. Dôležitý v týchto momentoch je pre pacienta hlavne zážitok, že sa mu nepotvrdí to, čo si on v živote denno-denne potvrdzuje. Toto si pacient potrebuje reálne zažiť, pretože len pri „*zážitku*“, (keď sa človek „*trásie, potí, plače*“) dochádza k „*dotyku s hĺbčinou v sebe a k nejakej zmene*“

Pacientovi zároveň necháva veľký priestor. Je totižto podľa neho podstatné, aby sa ako v živote, tak aj v liečbe rozhodoval on sám. „*Ty nemáš moc nad tým človekom, ako keby niečo sním robiť, a nejak ho nasilu otáčať. On sa rozhodne, že čo so sebou urobí, kam ťa on pustí, kam ťa nepustí*“

Z hľadiska liečby je podstatné, aby mal pacient funkčné okolie. Keď sa totižto vracia do prostredia, v ktorom fungujú jeho zaužívané vzorce, schémy a vzťahy, „*ťahá ho to naspäť*“, pretože ešte nie je v tomto zmysle dostatočne pevný. Jeho vzťahové osoby mu napríklad ustupujú, vychádzajú v ústrety, nakoľko môžu tiež chcieť, napríklad určité potvrdenie,

ocenenie, prípadne sú už vyčerpané a chcú mať len klud. Takto mu však nepomáhajú, ale ho len v jeho probléme udržujú. Nápomocné môže byť, v určitej miere pracovať s rodinnými príslušníkmi tohto pacienta, aby napríklad vedeli ako na pacienta reagovať.

Ideálna frekvencia je podľa neho jedenkrát za dva týždne. Častejšia frekvencia sa mu neosvedčila, pretože človek sa podľa neho „*tak rýchlo nemení*“. Voľbu frekvencie však necháva na pacienta, pretože považuje za podstatné, aby začal život „*chytat' do vlastných rúk*“. Jedná sa podľa neho o ťažký, dlhodobý a bolestivý proces. Niekedy má pocit, „*že sa to nedá*“, niekedy, „*že to proste ide svojim tempom*“. V rámci terapie sú podľa neho potrebné minimálne 4 roky. Ide však o celoživotný proces, ktorý nezávisí len od terapie, ale rozhodujúce sú aj životné okolnosti. Je preto vhodné, ak pacient niekam dochádza dlhodobo. Ak v pacientovom živote dôjde k nejakej náročnej okolnosti a je práve v terapii, je možné na ňu presnejšie zareagovať a „*postupne to korigovať*“.

S pacientami sa dohaduje na pravidlách dodržiavania času a termínov a uzavruť tiež dohodu, že v prípade, že pacient zruší termín trikrát, už ho viac neobjedná.

Vo vzťahu k týmto pacientom považuje za dôležité, byť sám sebou, tu a teraz, jasný, zreteľný, rozumieť samému sebe a byť podľa možnosti čo najviac ako je to možné „*vo vzťahu s tým človekom*“. Byť zámerne otvorený alebo akokoľvek dopredu nastavený mu príde nezmyselné, pretože pokiaľ sa on cíti otvorený, slobodný a cíti voľnosť pri pacientovi a nemyslí na to, či napríklad v danom momente správne zareagoval alebo nie, v tej chvíli podľa neho nastáva „*kvalitný priestor pre zmenu*“.

Znakom toho, že terapia s takýmto pacientom prebieha dobre býva napríklad to, že pacient v rámci určitej opakujúcej sa témy zrazu niečo pochopí inak. „*Inak to povie, inak to uchopí*“. Alebo ak sa na terapii venujú určitej téme, neskôr sa v pacientovom živote niečo odohrá a vtedy rozoberaná téma pacientovi zrazu „*zapadne*“. Ďalším znakom býva, že pacienti začnú vo svojom živote niečo aktívne meniť. Pokrok môže vyzeráť aj tak, že si pacient uvedomí že vôbec nie je schopný fungovať vo vzťahoch.

Tento terapeut pracuje s týmito pacientmi rád pretože dokáže „*upútať človeka tým svojim*“. Z dlhodobého hľadiska však podľa neho môže byť práca s nimi aj unavujúca, nakoľko ich vzorce podliehajú zmene veľmi pomaly. „*To je také, že ten človek príde, rozprávame sa, a už je vidno, že rozumie čomusi, aj si niekde poplače, aj to niekde prežije. Že z vonka to vyzerá, že niečo sa mení. A potom príde zase a znova je na tom istom. Znova príde s tým istým*“

Terapeut č.8

Ide o 44 ročného terapeuta s dvadsiatimi rokmi praxe. Jeho hlavnými výcvikmi sú výcvik v satiterapii, pesso boyden terapii, v terapii zameranej na emócie a terapii zameranej na súciti. Má súkromnú prax a v terapii mal „*niekoľko desiatok*“ hraničných pacientov.

Podľa neho majú títo pacienti veľký problém so seba prijatím, sú k sebe veľmi kritickí a zároveň sú veľmi krehkí a zraniteľní. V terapii je preto potrebné zmeniť ich postoj k sebe samým, aby mali so sebou súciti a vedeli si odpúšťať. Pri práci s nimi vychádza najmä z prístupu pesso boyden. Hovorí, že je voči nim vľúdny a prijímajúci a je dobrým protipólom ich sebakritiky. On sám ako terapeut musí voči týmto pacientom vysielat' signály, že ich nevníma tak kriticky ako sa vnímajú oni. V terapii sa musia cítiť bezpečne, sú u nich totiž veľmi rýchle prechody od obdivu k nenávisti, pričom sú schopní v „*priebehu sekundy*“ zahodiť dôveru voči terapeutovi a už sa nikdy nevrátiť.

Pacienti sa podľa neho vnímajú rozpoltené. Majú ako keby viac aspektov osobnosti a keď sa im určitý z nich dostane do vedomia, identifikujú sa s ním a strácajú „*sebareflexiu a schopnosť to riadiť*“. V týchto prípadoch používa techniku, ktorá má názov „*krotenie démonov*“. Vtedy akoby oddelí jednotlivé aspekty osobnosti tohto pacienta a pracuje s každým zvlášť. Následne, podobne ako pri dialógu dvoch stoličiek v Geštalť terapii, necháva jednotlivé aspekty medzi sebou komunikovať. Takýmto spôsobom pomáha pacientom tieto aspekty „*pomenovať, pozrieť sa na ne z vonku*“ a získať nadhľad.

Pri práci s týmito pacientami sú dôležité „*návraty do detstva*“ pri ktorých sa odhaľujú korene ich problémov. S pacientom zisťujú, ako bol zranený, alebo kde trpel depriváciou základných potrieb. Často pri tom pacienti zisťujú, že aj ich patologické časti majú svoje opodstatnenie a že sú historické dôvody toho, prečo sa vytvorili. Jedná sa o „*obranné mechanizmy z detstva*“. Moment, keď si túto súvislosť pacienti uvedomia ich zvyčajne „*posúva*“ z hľadiska terapeutickej práce ďalej.

Tiež je potrebné, aby sa pacient dotýkal svojej „*jadrovej bolesti*“, čo u týchto pacientov znamená strašne silný pocit menejcennosti. Toto je náročná úloha, lebo pacienti majú tendenciu od neho pomocou svojich obranných mechanizmov utekať. S pacientom nie je možné v tomto smere bojovať. Je preto potrebné ich určitým spôsobom namotivovať „*nech sa toho dotknú, porozumejú tomu, hovoria o tom*“. Cieľom terapie je vybudovať „*dospelú časť*“, ktoré je schopná to celé „*sledovať a uniesť*“.

Terapeut počas práce s hraničnými pacientami odpozoroval, že pacienti, obzvlášť v prvých fázach terapie neukazujú svoje „*autentické ja*“, ale terapeutovi sa prezentujú prostredníctvom určitej „*masky*“. Je pre nich dôležité, aby tejto maske veril ako terapeut, tak oni sami. Jedná sa o ich falošný sebaobraz, ktorý je dôsledkom ich boja s aspektami seba samých, ktoré nevedia prijať. Podľa neho je rozhodujúce, aby terapeut na túto „*hru*“, respektíve masku, pacientovi „*nenaskočil*“, pretože potom sa môže stať, že nepochopí skutočnú problematiku pacienta. Dosiahnuť to, môže byť náročné, pretože títo ľudia sú aj keď často nevedomo, „*dobří manipulátori*“ a dokážu človeka „*dostať tam, kam potrebujú*“. V tejto súvislosti spomína napríklad všímavosť (*angl. mindfulness*), ktorá je jemu práve v tomto nápomocná: uvedomenie si toho, že „*slová, ktoré človek hovorí sú len slová*“ a že ďaleko podstatnejšie je reflektovať procesy, ktoré v danom okamžiku medzi terapeutom a pacientom reálne prebiehajú. Problémom je tiež, že akonáhle majú títo pacienti pocit, že terapeut ich „*hru preukukne*“, vidí aj ich „*menej sympatické aspekty*“ a ich maska už je neudržateľná, stáva sa pre nich ohrozujúcim, čo môže byť z hľadiska pokračovania liečby fatálne. „*Ja vždy hľadám správny spôsob a to načasovanie ako citlivo dať tomu človeku tú správu, že tú hru vidím a že ho nesúdím za to, že ju hrá. Že chápem, že je to nejaký obranný mechanizmus, ale že považujem za užitočné tú rolu zavesiť na vešiak a pozrieť sa na to, čo je pod ňou.*“ Je teda dôležité zvoliť správne prostriedky, aby pacient nespanikáril a aby sa nestratila dôvera, ale aby sa rozvíjala.

Z hľadiska protiprenosu, považuje prácu s týmito pacientami za náročnú. Títo pacienti idú z extrému do extrému. Majú tendenciu hrotiť konflikty, prípadne zvyknú na terapeuta útočiť a obviňovať ho, vyvolávať pocity že spravil niečo zlé. Pacienti ho takto vťahujú „*do svojich schém a bludov*“ a on sa musí snažiť to od seba oddeliť a tento mechanizmus popísať.

Pri práci s týmito pacientami je podľa neho najdôležitejšie mať s nimi súcit. Správajú sa „*šialene*“ a za normálnych okolností sa s takými ľuďmi „*nedá vydržať*“. Na základe jeho skúseností, ale rozumie tomu, z čoho toto ich náročné chovanie vychádza a tiež tomu „*aké strašné peklo*“ to je pre nich samotných. Vďaka tomu s pacientami súcití, a oni to podľa neho cítia. Zároveň dodáva, že na to aby terapeut s týmito pacientami mohol takto pracovať je nevyhnutná hlboká sebakúsenosť, pri ktorej sa človek dotkne svojich vlastných „*hraničných častí v sebe*“. Toto považuje za veľkú výzvu a jemu samému sa to podarilo až niekedy pred 40tym rokom života. Ak na tento svoj súcit niekedy „*zabudne*“ a nechá sa „*vyprovokovať*“, môže to byť z hľadiska terapie „*kritické*“.

Nakoľko sa títo pacienti vyznačujú istou nespoľahlivosťou a nevypočítateľnosťou, potrebujú limity a hranice. Terapeut je ešte dôslednejší ako pri iných pacientoch, napríklad v tom, že v prípade, že sa pacient nedostaví na sedenie alebo sa ospravedlní na poslednú chvíľu, musí sedenie uhradiť. Pacientov tiež na ďalšie sedenie objedná až po tom, čo toto zameškané sedenie uhradili.

Pri týchto pacientoch je úplne najdôležitejšie, aby si pripustili, že majú problém a vyhľadali pomoc. Paradoxne nápomocná môže byť určitá životná kríza pri ktorej k takémuto uvedomeniu príde. V prípade, že potom nájdú kompetentného terapeuta, je podľa jeho slov veľká šanca na pozitívnu zmenu.

Za ideálnu považuje frekvenciu sedení jedenkrát do týždňa. Pri týchto pacientoch však rešpektuje aj „určitú nepravidelnosť“ a to najmä z toho dôvodu, že keď sa „dotknú“ niečoho „pálčivého“, musia to dlhšie spracovávať a dajú si napríklad na jeden mesiac prestávku od sedení. Keď to naopak „frčí a oni chápu“ objednávajú sa každý týždeň. S rôznymi takýmito pauzami a sériami môže terapia trvať dva až tri roky.

To, že sa v terapii pacient posúva vidí na základe toho, že keď sa napríklad pacient dostáva do podobných situácií ako predtým, je zrazu schopný reagovať inak. V terapii môže ísť o situáciu, keď terapeut dáva pacientovi spätnú väzbu a tento ju vie spracovať bez toho, aby sa potreboval brániť. Pacienti pred sebou už „neutekajú“. Terapeut napríklad popisuje pacientku, ktorá ku koncu terapie začala byť schopná pri terapeutovi plakať, čo znamenalo, že pri tejto emócii už vie vydržať, dokonca aj v situácii, keď ju pri nej on vidí, čo bolo dovtedy nepredstaviteľné.

S touto kategóriou pacientov pracuje terapeut rád a považuje ich za „spestrenie“. Sú u neho „vítaní“ aj z toho dôvodu, že mu ponúkajú možnosť sa pri interakcii s nimi veľa naučiť. Podľa neho majú podobný problém ako všetci ostatní pacienti, ale „intenzívnejší, vyhrotenejší“ a umožňujú mu tak jasnejšie pochopiť mnohé, či už čo sa týka iných pacientov alebo aj ľudí vo všeobecnosti. Ďalej oceňuje, že mu nastavujú dobré „zrkadlo“. Považuje ich totiž za veľmi citlivých a vnímavých ľudí a keď si z ich kritiky „oddelí tú intenzitu a radikálnosť, ktorá je skôr o tom klientovi“, tak to môže byť inšpiratívne. Môže ich však mať v terapii iba limitovaný počet. V opačnom prípade, by to bolo pre neho náročné.

Príloha 5: Ukážka časti prepisu rozhovoru s Terapeutom 7

R: Áno. Podľa mňa je dobré, keď terapeut vie že „aha, toto moc nie, toto áno, že toto si rozumiem, tuto viem, tuto ešte neviem“ to je podľa mňa veľmi zodpovedné a veľmi dobré. Ja to tak napríklad mám. Pociťujem dosť často, že keď sa zamyslím, že dôjde nejaký klient, že „do r***, že teraz je tento?“ Tak mmm, tak to je do supervízie...ale väčšinou je to pri takých tých hodne úzkostných, ktorí nikdy nič nechcú, len si potvrdiť, že sú chudáci, že vždycky si to tak otočia na seba, že všetko je na h*** a všetko je na nič. A nič nezaberá... a ešte to neni a ešte to neni. To je pre mňa častokrát vysilujúce...“

V: Hej. Ale s týmito teda nemáš problém. Týchto máš rád.

R: Ja mám všetkých rád. Ale zase záleží od toho človeka. Že ani nejde o to, že aký problém má, ale že ako si sadneme podľa mňa. Teda tiež by som to takto striktné necharakterizoval.“

V: Čo považuješ pri liečbe týchto pacientov za najviac kontraproduktívne? Na strane terapeuta, alebo pacienta.

R: Čo sa týka pacienta, to neviem ako by som na to odpovedal. Čo sa týka terapeuta, tak to je jasné. Ak sa terapeut nechá v tom vláčiť a nechá sa stiahnuť do hier a možno terapeuti, ktorí chcú byť strašne citliví a empatickí, oni si to takto vysvetľujú, tak potom idú do toho, že pomáhať, môžu niekedy aj poľutovať alebo môžu naskočiť na nejaký flirt. Čo sa týka žien tak toto mám ako kontraproduktívne zo strany terapeuta.

V: Čo by si odporučil začínajúcim terapeutom, ktorí chcú pracovať s hraničnými pacientami.

R: Mať v sebe jasno.

V: Čo teba osobne naučila terapia s týmito pacientami?

R: Že je dôležité byť jasný a zreteľný a pevný.

V: Čo si myslíš, že v rámci terapie je to, čo „liečí“? To, čo spôsobuje zmenu.

R: Myslím, že práve to prijatie, tá empatia, to znamená, že porozumenie toho človeka. Ochota vstúpiť do jeho sveta niekde. To samozrejme nejde bez toho aby som si ja rozumel. A to, že samozrejme som pevný, som jasný, som niekde citlivý.