

Integrovaný přístup v léčbě pacientů s poruchami osobnosti

John F. Clarkin
Nicole Cain
W. John Livesley

Překlad: Judita Trenklerová

Zdroj: Clarkin, J. F., Cain, N., & Livesley, W. J. (2015). **An integrated approach to treatment of patients with personality disorders.** *Journal of Psychotherapy Integration*, 25(1), 3–12. <https://doi.org/10.1037/a0038766>

V článku předkládáme rámec pro aplikaci léčebných postupů na hlavní oblasti dysfunkcí projevujících se u klientů s poruchami osobnosti (dále v textu jen PO). Tento integrovaný přístup přenáší terapeuta nad rámec stávajícího limitovaného léčebného výzkumu pomocí strategií a technik vycházejících ze všech hlavních terapeutických směrů zaměřujících se na práci s klienty s PO. Toto úsilí o integrativní přístup je nezbytné a aktuální, neboť oblast studující PO se pokouší neustále hlouběji porozumět patologii osobnosti, a to nad rámec jednotlivých kategorií poruch tím, že stanovuje hlavní oblasti dysfunkčnosti napříč všemi typy poruch osobnosti s různými stupni závažnosti potíží.

Klíčová slova: poruchy osobnosti, psychoterapie, integrativní psychoterapie

Poruchy osobnosti (PO) jsou rozšířené typy poruch, které mají silný negativní dopad na běžné fungování, a to zejména na blízké sociální vztahy. Existuje mnoho překážek v léčbě pacientů s patologií osobnosti jako jsou neshody v definování PO, rozmáhající se komorbidita mezi PO a symptomatickými poruchami, rozsah závažnosti poruch, obtíže při identifikaci klíčových dimenzí dané poruchy a v neposlední řadě nedostatek výzkumů u řady typů PO. V tomto článku představujeme integrativní modulární přístup k terapii PO. Popisujeme rámec aplikace terapeutických modulů do hlavních oblastí, v nichž se u klientů s PO projevuje dysfunkce. Nazýváme to tzv. **integrovaný přístup** (Stricker, 2010; Norcross & Wampold, 2011), protože překračuje stávající limitovaný výzkum a používá strategie a techniky ze všech hlavních terapeutických škol a směrů.

Integrovaný modulární přístup zdůrazňuje:

- a) individualitu pacienta nikoliv poruchu
- b) dysfunkční oblasti u každého jednotlivce
- c) terapeutické použití intervenčních modulů vycházejících ze stávajících klinických přístupů, a to zejména z těch, které byly empiricky zkoumány
- d) vytvoření srozumitelné struktury terapeutických intervencí v souvislosti s utvářením vztahu mezi terapeutem a pacientem.

Náš pokus zde představuje snahu o integraci skrze ustanovení terapeutického rámce specificky navrženého pro osoby s PO. Toto úsilí o integrativní přístup je nezbytné a aktuální, neboť oblast studující PO se pokouší neustále hlouběji porozumět patologii osobnosti, a to nad rámec jednotlivých kategorií poruch tím, že stanovuje hlavní oblasti dysfunkčnosti napříč všemi typy poruch osobnosti s různými stupni závažnosti potíží. (Clarkin, 2013). Objevuje se shoda v tom, že podstata všech PO spočívá v potížích v intrapersonálním i interpersonálním fungování (Stanislaw et al., 2010). Manuál DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental

Disorders) a jeho sekce poruch osobnosti (umístěná v části III (2013)) poskytuje potenciální korekci dříve dominantního zaměření na symptomy tím, že se vrací zpět k zaměření na podstatu patologie osobnosti, která tkví právě v oné intrapersonální a interpersonální dysfunkčnosti.

Proč se zabývat integrovaným přístupem k léčbě?

Přístup založený na důkazech (tzv. evidence-based) je definován jako kombinace nejlepšího dostupného výzkumu s klinickými zkušenostmi v souvislosti s charakteristikami pacienta, jeho kulturním zázemím a jeho preferencemi. Je zde pádný důvod k tomu čerpat informace z empiricky podložených terapeutických postupů, jsou-li k dispozici. Nicméně v oblasti poruch osobnosti je výzkum omezen jen na několik typů poruch, a dokonce i u těchto poruch jsou výsledky napříč různými přístupy srovnatelné. Evidence-based přístup v oblasti PO čelí řadě omezení a musí tak využívat klinické znalosti, aby každého klienta přizpůsobil nejlépe zvolenému terapeutickému přístupu.

Obtíže spojené s aplikací empiricky podloženého přístupu k léčbě PO jsou četné. Například to, že PO jsou označovány jako heterogenní skupina poruch, a to jak v rámci diagnózy, tak v komorbiditě napříč PO. Různé konstelace, které u PO předpokládáme znesnadňují jasné stanovení léčby, která by vyhovovala všem jednotlivcům v rámci jedné kategorie poruchy. Výzkum psychoterapie je navíc omezen na několik poruch s relativně srovnatelnými výsledky. Pouze několik kategorií PO z DSM přilákalo zájem výzkumu psychoterapie, přičemž velká část výzkumu byla zaměřena na hraniční poruchu osobnosti (borderline person.dis.) (dále jako HPO). Neexistuje žádný náznak toho, že by každá porucha mohla být podrobena výzkumu, ale i přesto musí klinik navzdory této situaci ve své práci pokračovat.

Roste také povědomí o tom, že geny a neurokognitivní poruchy nejsou specifické pro konkrétní diagnostickou kategorii, ale že spíše jednotlivé funkce napříč diagnostickými kategoriemi mohou být potenciálními ohnisky pro terapeutickou intervenci. Molekulární genetika neposkytuje jednoduchou klasifikaci psychiatrických chorob a spíše nabízí vymezení specifické biologické oblasti a oblasti psychopatologie (Craddock, 2013). V tomto ohledu Národní institut duševního zdraví vyhlásil iniciativu k zaměření výzkumu nikoliv na kategorie duševních nemocí, nýbrž na systémy neurokognitivního fungování a na poruchy, které se projevují napříč diagnostickými kategoriemi (Hyman, 2011).

Medicína postupuje směrem k individualizovanému přístupu v hodnocení i v léčbě. Každý jedinec je biologicky jedinečný a tato jedinečnost naznačuje, že léčba by měla být přizpůsobena každému jednotlivci. Ačkoli existují různé úrovně psychického fungování, ukázalo se, že každý člověk má jedinečnou psychologickou historii vývoje a interakce s prostředím (Norcross & Wampold, 2011). Tato jedinečnost je předmětem klinického zkoumání u klientů s podezřením na PO, jehož výsledky vedou **k na míru přizpůsobenému terapeutickému přístupu ke klientovi.**

S ohledem na uvedené problémy doporučujeme integrativní přístup k terapii, který již je pravděpodobně nejpobulárnějším přístupem k léčbě klientů s PO. Domníváme se, že je důležité popsat integrovaný přístup k léčbě PO, aby bylo možné tyto problémy dále vyjasnit a tento přístup zpřesnit. Formulování integrovaného přístupu k léčbě může také legitimizovat moudré integrativní přístupy mnoha kliniků, kteří se obávají, že tím porušují doporučení evidence-based léčby.

Co je to integrace?

Integraci považujeme za mentální proces prováděný terapeutem, který začíná už při prvním setkání s pacientem. Těžištěm integrace je sám jedinečný pacient s PO, který hledá pomoc. Obsah integrace je jedinečná kombinace domén dysfunkce a jim odpovídajících intervenčních modulů, které jsou aplikovány v určité sekvenci v průběhu terapie.

V našem pojetí integrace lze v tomto procesu dosáhnout několika kroků:

(a) vytvořit pracovní koncepci dysfunkčních oblastí pacienta

(b) vytvořit vizi toho, jak by klient mohl realisticky dosáhnout lepší úrovně fungování

(c) představit si, jak se tento klient může v průběhu času zlepšovat postupně a progresivně

(d) pomocí dobře načasovaných terapeutických intervencí vést klienta k tomu, aby byl připraven na změny a řešení zásadních problémů v daném okamžiku

(e) povědomí terapeuta o tom, jak je během terapie vnímán klientem a jaký to má dopad na proces změny.

Proces integrace, jak je zde koncipován, je zcela v souladu s výše zmíněným empiricky podporovaným léčebným přístupem. V případě absence empirických důkazů o specifické léčbě pro každý typ PO a při nedostatku empirických informací o mechanismech změny je lékař čas od času nucen použít svůj vlastní klinický úsudek. Pravděpodobně nejvýraznější výjimkou z nedostatku empiricky podporovaných přístupů k léčbě PO jsou důkazy o léčbě HPO. Kognitivně-behaviorální přístup (Linehan, 1993), přístupy založené na mentalizaci (Bateman & Fonagy, 2006) a přístupy založené na objektových vztazích (Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 2006) jsou všechny empiricky podporovány. Ačkoli víme, že tyto terapeutické přístupy jsou spojeny se změnou symptomů, není jasné, které faktory jsou v každém přístupu ty účinné. Někteří klienti navíc na konkrétní přístup nereagují. **Je možné, že přístup přizpůsobený na míru konkrétnímu pacientovi s jeho jedinečnými silnými a slabými stránkami a v kontextu jeho sociálního prostředí může vést k významným změnám.**

Rozdílné přístupy v integrativní psychoterapii

Stricker (2010) shrnul historii přístupů v integrativní psychoterapii, tj. společné faktory a techniky, teoretické a asimilační přístupy. Každý z těchto přístupů si zaslouží popis k objasnění toho, jak by mohl být plně nebo částečně použit při práci s klienty s PO. Přístup založený na **společných faktorech** se týká použití technik, které se aplikují při léčbě bez ohledu na teoretickou orientaci přístupu. **Teoretická integrace** je pokusem o integraci teorií, jako je behaviorální teorie a psychoanalytická teorie. Náš názor je, že oblast PO profitovala z mnoha teoretických přístupů, ale žádný z nich dosud není komplexní a empiricky zakotvený, aby dostatečně podpořil terapeutické intervence (Lenzenweger & Clarkin, 2005). Tyto teorie jsou nejlépe popsány jako dílčí teorie. Teoretická integrace týkající se PO bude postupovat v průběhu empirického výzkumu. Klinik však nemůže čekat na vznik komplexní teorie osobnosti a jejích poruch. Místo toho potřebuje zkušenostní model pro práci s PO fungující jako mapa pro hodnocení a intervence. **Asimilativní integrace** je přístup, který spočívá na jedné teoretické základně a do této základny začleňuje techniky z jiných terapeutických přístupů. Rámec pro integrovaný modulární přístup v tomto článku je nejbližší **technické integraci**, což je systematické používání technik z mnoha směrů bez ohledu na jejich teoretickou orientaci. Přestože odkazujeme na prominentní teorii normálního fungování osobnosti, stále neexistuje komplexní teorie PO (Lenzenweger & Clarkin, 2005).

Empiricky podporovaná teorie fungování osobnosti může posloužit jako základ pro chápání dysfunkce osobnosti. Například Mischel a Shoda (2008) vytvořili kognitivně-afektivní systém (CAPS) fungování osobnosti, který může poskytnout celkový rámec pro její pochopení. Model CAPS se zaměřuje na procesy, kterými jednotlivci vstupují do situací a přizpůsobují se prostředí. Tato metateorie zdůrazňuje pět úrovní zkušeností:

(a) *organizovaný model aktivace vnitřních kognitivních afektivních jednotek (např. pojetí sebe sama a ostatních, očekávání a přesvědčení, afekty, cíle a hodnoty, samoregulační plány),*

(b) *behaviorální vyjádření tohoto vnitřního systému*

(c) *sebepojetí a další vnímání tohoto chování v průběhu času*

(d) *vytvoření typického prostředí člověka*

(e) *predispozice na biologické a genetické úrovni existence.*

Tento rámec naznačuje, že k dysfunkci osobnosti může dojít na více úrovních a hodnocení těchto klíčových oblastí by mohlo vést k cílovým intervencím. Vzhledem k absenci komplexní teorie patologie osobnosti navrhujeme, aby se terapeut zaměřil na oblasti dysfunkce a na to, jak se projevují v konkrétním prostředí klienta. V modelu CAPS by se měl terapeut věnovat pozorovatelnému chování i tomu, jak pacient využívá své konkrétní koncepty v interakci s druhými, podle kterých řídí své chování.

Integrovaný modulární přístup

Vzhledem k výše uvedeným problémům při hodnocení a léčbě PO se zdá logické uvažovat o konkrétním klientovi z hlediska jeho významných interpersonálních obtíží a toho, jak se tyto obtíže projevují v jeho jedinečném prostředí. **Oblasti těchto dysfunkcí a jejich závažnost se při klinické práci stávají stejně důležitými jako identifikace samotné kategorie PO.** Integrovaný modulární přístup je výzvou k upuštění od kategorizace strategií a technik souvisejících s konkrétní terapeutickou školou (např. kognitivně-behaviorální, psychodynamické atd.) a na místo toho se zaměřit na oblasti dysfunkce u pacientů a různé způsoby jak je oslovit pomocí účinného léčebného modulu.

Oblasti patologie pacientů s PO

Integrovaný přístup se zaměřuje spíše na oblasti patologie než na specifické diagnostické kategorie PO. Činíme takto kvůli dysfunkčním oblastem, které jsou shodné u různých diagnóz PO. Ústředním problémem u osob s PO je pozorovatelná **dysfunkce v mezilidských vztazích se skrytými potížemi v mentálních reprezentacích sebe a ostatních** (Pincus, 2005; Kernberg, 1984). Je dobře zdokumentováno, že jednotlivci bodující vysoko v jakékoli dimenzi PO mají značné interpersonální potíže charakterizované samotářským životním stylem, konfliktními a neuspokojivými sociálními vztahy a nedostatkem sociální podpory (Hengartner, Müller, Rodgers, Rössler a AjdacicGross, 2014).

Dle modelu CAPS (Mischel & Shoda, 2008) lze oblasti fungování osob s PO identifikovat pomocí manuálu DSM-5, introspekce a teoretických popisů poruch osobnosti. Když jsou kategorie DSM zkoumány z hlediska jednotlivých kritérií, lze rozeznat následující **dysfunkční oblasti**:

- *defektní nebo relativní absence morálního fungování (např. nečestnost, krádež, fyzické násilí, nerespektování práv druhých)*
- *sebevražedné a sebezničující chování; obsesivní chování*
- *problémy ve vztahu k druhým (např. všudypřítomná nedůvěra k ostatním, izolace, snížená kapacita pro navazování blízkých vztahů, nestabilita v mezilidských vztazích, vyhledávání nadměrné pozornosti, vyhýbání se, submisivní a ulpívavé chování, zaujetí kontrolou, konflikt, agrese)*
- *potíže v sebeurčení (např. pocity méněcennosti, přecitlivělost na kritiku, grandióznost, nedostatek empatie, nedostatek motivace).*

Další přístup k zachycení nejdůležitějších funkčních a dysfunkčních oblastí u osob s PO spočívá v prozkoumání faktorů obsažených v hlavních sebeposuzovacích dotaznících. Například hlavní dimenzionální modely osobnosti a její patologie se projevují ve čtyřech rysech vyššího řádu:

(a) *neuroticismus / negativní afektivita / emoční dysregulace*

(b) *extraverze / pozitivní afektivita,*

(c) *dissociální chování / antagonismus*

(d) *sebeovládání / kompulzivita; svědomitost (Trull, 2006).*

Novější dotazníky (jako např. Inventář závažnosti osobnostních potíží) se zaměřují na pět faktorů fungování osobnosti: sebeovládání (např. regulace emocí, snaha o kontrolu), integrace identity, vztahové schopnosti (např. intimita, sch. utvářet trvalé vztahy), odpovědnost a sociální shoda (např. respekt, spolupráce; Verheul et al., 2008). Vedle toho byl Inventář závažnosti osobnostních potíží použit k prozkoumání specifických interpersonálních obtíží spojených s PO. Například paranoidní, narcistická a antisociální PO jsou často spojovány s převahou zlomyslného mezilidského chování, zatímco histriónská PO souvisí s obtěžujícím mezilidským chováním. Vyhýbavá PO je spojena s vyhýbavým a neasertivním chováním a závislá PO je charakterizována zneužitelným mezilidským chováním (Wiggins & Pincus, 1989). Souhrnně tak lze říci, že **hlavními dysfunkčními oblastmi u jedinců s PO jsou: potíže s regulací emocí, interpersonální fungování a self-fungování.**

Terapeutické (léčebné) moduly

Jedním ze způsobů, jak přizpůsobit terapii jednotlivci, je posoudit oblasti v nichž selhává a přizpůsobit jim terapeutické moduly. Tyto moduly chápeme jako **vzájemně propojenou řadu terapeutických intervencí (tj. technik), které mají specifický cíl.** Léčebné moduly jsme vybrali z větších intervenčních balíčků, které prošly empirickým výzkumem (např. Bateman & Fonagy, 2006; Clarkin a kol., 2006; Linehan, 1993) nebo takové, které navrhly kliničtí vědci se zkušenostmi ze specifických cílových oblastí (např. Safran & Muran, 2000). Zde uvádíme dva zastřešující moduly terapie pro osoby s PO:

(a) *obecné léčebné moduly, které se používají ke strukturování léčby, zvýšení motivace k změně a k organizaci vztahu mezi pacientem a terapeutem (viz tabulka 1)*

(b) *specifické léčebné moduly pro specifické dysfunkční domény.*

Obecný léčebný modul

Strukturovaná léčba bývá prováděna na základě pečlivého a společného hodnocení (Hilsenroth & Cromer, 2007), po němž následuje sjednání ústní smlouvy a rámce pro terapeutickou práci (Clarkin et al., 2006). Rámec stanovuje klientovi i terapeutovi povinnosti nezbytné k dosažení úspěšné terapie. Strukturovaná léčba však zůstává po celé období léčby. Klienti s PO mají často problémy s oblastí mezilidského fungování. Jednou z prvních výzev při práci s klienty s PO tak je nevyhnutelné vedení a směřování interpersonální složky terapie neboli terapeutického vztahu. Safran a Muran (2000) zdůrazňovali, že klienti a terapeuti jsou začleněni do vztahové matice (Mitchell, 1988) neboli terapeutické aliance, která je formována vždy dle implicitních potřeb a přání klienta i terapeuta. Ruptury nastávají, když dojde k nesouladu jejich potřebami a přáními (Safran & Muran, 2000), a proto se tyto ruptury stávají v terapii nevyhnutelnými. Neměly by tak být chápány jako překážky, které je nutné překonat, ale spíše jako příležitosti k terapeutickým změnám. Je důležité, aby si terapeuti uvědomili, že klienti mají často negativní nebo ambivalentní pocity ohledně terapeutického vztahu, což pro ně může

být obtížné přiznat nebo dokonce tomu porozumět. To platí zejména pro klienty s PO. Terapeuti by proto měli být naladěni na jemné náznaky změn nebo neshod v terapeutickém vztahu a měli by se chopit iniciativy k prozkoumání těchto změn či ruptur. Změna, ke které u klienta dojde po exploraci neshod v terapeutické alianci zahrnuje dva procesy: zvyšující se bezprostřední povědomí o sobě a ostatních a nová interpersonální zkušenost s terapeutem ideálně vedoucí k sociálnímu učení, které lze zobecnit mimo terapeutický vztah (Safran & Muran, 2000).

Léčebné moduly pro specifické domény a jejich správné načasování

V procesu integrativní terapie je nejdůležitější vytvoření vize nebo pracovní mapy ohledně posloupnosti dosahování změn u klientů s PO. Jednou z potíží klienta je neschopnost najít východisko ze současných obtíží, a proto je to terapeut, kdo musí nastavit flexibilní plán k postupnému dosažení změn. Stanovení posloupnosti cílů ke změně závisí na konkrétní poruše osobnosti, resp. závisí na stupni její závažnosti. Terapeut nutně volí posloupnost domén dle dané dysfunkce.

Pět fází terapie pacientů s PO:

- a) *zajištění bezpečnosti pacienta*
- b) *kontejnování symptomů, emocí a impulsů*
- c) *kontrola a modulace emocí a impulsů, které přispívají k udržování symptomů poruchy včetně úmyslného sebepoškození*
- d) *zkoumání a změna stabilnějších kognitivních struktur emocí, které jsou základem maladaptivního chování a interpersonálních vzorců*
- e) *integrace a syntéza adaptivnější self struktury (viz tabulka 2).*

Posloupnost terapeutických intervencí je primárně určována mírou znepokojení o bezpečí pacienta. Otázka bezpečnosti je na místě, pokud je to u daného pacienta relevantní. Například takové chování jako je sebepoškození formou řezání nebo vážnější sebevražedné chování musí být řešeno okamžitě. Patří sem i potenciálně nebezpečné (psychické) konflikty mezi pacienty a jejich blízkými. Krizová intervence, léky, strukturace a podpora to vše představuje zásadní prvky k zajištění bezpečí pacienta. Se zajištěním bezpečí může i léčba pokročit do fáze kontejnování, v níž strukturace a podpora představují nezbytné prvky k modulaci intenzivních emocí a narušeného kognitivního fungování.

Regulace emocí, resp. nedostatečná regulace či konstrikce a inhibice emocí je dalším ohniskem intervence. Regulace emocí se týká řady kognitivně afektivních schopností, které jednotlivec používá ke sledování, hodnocení a modulaci své emoční reakce na interpersonální či jiné nároky a požadavky sociálního prostředí za cílem dosažení svých cílů (Nolen-Hoeksema, 2012).

Na rozdíl od jedinců disponujícími dovednostmi a strategiemi pro regulaci emocí, jedinci s psychopatologií často projevují neregulované emoce. Potíže v regulaci emocí představují narušenou doménu fungování, která je ústřední pro mnoho poruch včetně depresí, úzkostných poruch, poruch příjmu potravy, zneužívání alkoholu a v neposlední řadě poruch osobností (Nolen-Hoeksema, 2012). Léčba osob s potížemi v regulaci emocí může mít mnoho podob a různé překrývající se cíle jako je snižování maladaptivních emočních strategií (například ruminace) a zvyšování a podpora strategií pro regulaci emocí (jako je přesun pozornosti, přehodnocení a zaměření na řešení problémů) K léčbě dysregulace emocí lze přistupovat hraním různých relevantních scénářů (Linehan, 1993) a zvyšováním povědomí o mentalizaci a o narušených mezilidských vztazích, ve kterých je afektivní regulace problematická (Bateman & Fonagy, 2006). Zaměření na emoce bude také vyvolávat určité situace v interakci mezi klientem a terapeutem. Objektový vztahový přístup podporuje přehodnocování vnímání sebe a ostatních právě v oněch (někdy) emocionálně nabitých interakcích mezi terapeutem a klientem.

S rozvojem modulovaných emočních reakcí se může terapie posunout dále a zaměřit se na dysfunkční interpersonální vzorce. Pacienti s PO mají potíže ve vztahování se k druhým kooperativním, uspokojujícím a produktivním způsobem. Tyto obtíže jsou klíčové v tom, že vedou ke snižování spokojenosti pacientů v pokusech o přátelské a intimní vztahy a v oblasti pracovních úspěchu a produktivity. Člověk s PO disponuje interpersonálním stylem, který je kontraproduktivní, což znamená, že se dostává do konfliktu s ostatními nebo do izolace. Proč toto zdánlivě kontraproduktivní chování pokračuje a jaké interakční procesy ho vlastně udržují? Při každodenní interakci pacient obvykle nemá příležitost prozkoumat vztahové interakce. Druzí nějak reagují na jeho chování a vnímání obou stran není obvykle nijak vyjádřeno ani sdíleno. Bez schopnosti sebekontroly a sebereflexe se pacient dostává do typického naučeného vzorce interakce, který brání jeho uvědomění i přes zřejmé narušování vztahů.

Jednou z variant je, že jednotlivec si není vědom dopadu svého chování na druhé. Pokud jsou druzí jeho chováním dotčeni, může mu chybět schopnost uvědomit si to. Nebo si může nesprávně interpretovat reakce ostatních, což znamená, že to vidí jako problém těch druhých (neboli já jsem v pořádku, problém mají oni). Tato neschopnost běžných denních interakcí vedoucích k sebekorekci v mezilidských konfliktech a percepční zkreslení jsou důvodem, proč je zapotřebí jedinečných kvalit terapeutické interakce.

Vzhledem k selektivní pozornosti pacientů k detailům a vzhledem k potřebě prezentovat sebe sama v pozitivním světle, informace poskytované pacientem o jeho mezilidských problémech oscilují v přesnosti. Příběh pacienta o jeho současných mezilidských vztazích může být spíše doplňkem k pečlivému pozorování a hodnocení jeho způsobu vztahování k terapeutovi jakožto určitý interakční vzorec. Pacienti si někdy neuvědomují, jak působí na ostatní, jak je druzí ovlivňují a jak jejich způsob chování vede k jejich vlastním problémům. Rozsah, ve kterém pacienti s PO rozpoznávají svůj podíl na svých potížích v mezilidském světě se liší od pacienta k pacientovi a čas od času se liší i u jednoho samého pacienta. Dialog s terapeutem je pak nejedukativnější zejména u těch pacientů, kteří si špatně uvědomují své znepokojující interakce s ostatními.

Termín interpersonální fungování zahrnuje širokou škálu činností, od intimních sexuálních vztahů, přátelství, pracovních vztahů, až po instrumentální vztahy jako je smlouvání o cenu na trhu. Relevantní jsou ty typy deficitů ve vztazích, které pacienti přinášejí do terapie, a ty které nejvíce ovlivňují jejich kvalitu života. U pacientů s těžkými PO mohou být vztahy natolik izolované nebo konfliktní, že jim brání v kariéře či v jakémkoliv pracovním uplatnění. Tento druh postižení vážně narušuje schopnost pacientů být nezávislý a soběstačný a závažně snižuje kvalitu života. Na druhém konci spektra jsou pacienti s méně závažnými PO, kteří jsou funkční a docela úspěšní v práci, navazují přátelství, ale nedosahují uspokojivého intimního vztahu, v němž se pojí láska a sexualita. Toto kontinuum mezilidských vztahů a kompetencí vyžaduje, aby byl terapeut schopen vymyslet takové moduly léčby na míru přizpůsobené daným podmínkám.

Setting terapeutického rámce a objasnění odpovědnosti obou účastníků terapie je klíčovým prvním krokem při vytváření kontextu a atmosféry, v níž může pacient beze strachu, rozpaků nebo odmítnutí zkoumat své chování, postoje a pocity. **Interpersonální chování pacientů lze zkoumat z hlediska toho jak se projevují v současném životě ve vztahu s blízkými a nebo v jejich bezprostředním chování k terapeutovi.** Terapeuti různých škol pravděpodobně využívají materiál z obou situací k prohloubení sebezporozumění pacientů. Zdá se, že jde o společný postup zaměřující se spíše na současné vztahy než na ty časově vzdálenější. Pacienti se mohou samozřejmě vyjadřovat i o tom, co vidí jako původ nebo historii svých vzorců chování ve vztahu k druhým, ale je to právě zaměření na současné vztahy, které poskytuje příležitost pro vznik širšího behaviorálního repertoáru s novými způsoby vztahování

Maladaptivní interpersonální vzorce se odehrávají jak uvnitř, tak vně terapii, což dává terapeutovi příležitost pochopit a prozkoumat etiologii a udržování těchto dysfunkčních interpersonálních vzorců s klientem v situaci tady a teď. Pincus a jeho kolegové formulovali terapeutický přístup, který integruje

současnou interpersonální teorii s objektivě vztahovým chápáním struktury osobnosti (Clarkin et al., 2006). Základním předpokladem je, že interpersonální situace nastávají nejen mezi mnou a ostatními, ale také v mysli prostřednictvím mentálních reprezentací. Podle Kernbergovy (1975, 1984) teorie objektivých vztahů se tyto internalizace často skládají ze sebe-reprezentace, reprezentace druhých a propojujících emocí. Léčba tedy může probíhat prostřednictvím vyjadřování internalizací sebe a druhých pomocí vyjasňování, konfrontací a dobře načasovaných interpretací současných interakcí (Clarkin et al., 2006), aby došlo k identifikaci, zpochybnění, a nakonec pochopení etiologie a udržování maladaptivních interpersonálních vzorců, což poté povede ke zvýšení mezilidského vědomí a sociálního učení.

Zaměření na zkoumání mezilidských vztahů rychle a hladce vede pacienta ke způsobu vnímání sebe sama. Vedení pacienta k přezkoumávání vlastní životního příběhu a mezer v něm je důležitým přístupem ke zlepšení pacientova sebepojetí a soběstačnosti (Dimaggio et al., 2012; Dimaggio, Popolo, Carcione a Salvatore, v tisku). Self-fungování může být rozděleno do nejméně pěti různých konceptů: self jako celá osoba, self jako osobnost, self jako prožívající subjekt, self jako přesvědčení o sobě a konečně self jako jednájící/řídící jednotka. V oblasti patologie osobnosti patří mezi hlavní oblasti zájmu terapeutických intervencí negativní přesvědčení a pocity o sobě včetně nízké sebeúcty, nedostatečného self-efficacy (vnímaná osobní účinnost) a velkolepé či grandiózní pocity sebevědomí.

Tyto **společné principy přístupu k interpersonálním obtížím** lze specifikovat následovně:

1. Nastavení rámce terapie tak, aby pacient mohl očekávat zaměření na zkoumání mezilidských interakcí, aniž by to vnímal jako kritiku nebo útok.
2. Budování terapeutického spojení s "pozorovatelskou" částí pacienta, čímž se terapeut stává jeho spojencem při snaze o korekci jeho mezilidského chování.
3. Ruptury ve vztahu mezi klientem a terapeutem by měly být očekávány a považovány za příležitost k prozkoumání toho, jak klient chápe terapeutovo vztahování k němu i celý terapeutický vztah.
4. Terapeutický postoj neutrality. Pacient bude terapeuta čas od času vnímat v konfliktu s ním či ke konfliktu přispívající. Při zkoumání těchto situací si terapeut pomáhá tím, že je neutrální, tj. zaujímá pozici vnějšího pozorovatele, který není zapojen do konfliktu a zaujímá pozorovací postoj.
5. Načasování. Mezi zkušenými terapeuty je běžným předpokladem, že načasování pokusu terapeuta reflektovat klientovi pohled na jeho mezilidské chování je zásadní pro pacientovu citlivost vnímat takové sdělení, které by jinak mohlo být vnímáno jako emočně nabitě, kritické či destabilizující.
6. Existuje mnoho terapeutických přístupů využívajících vztah, který vzniká mezi klientem a terapeutem za účelem prozkoumání obtíží klienta ve vztahu k ostatním. Tyto přístupy lze třídit na kontinuu od zájmu o otevřené mezilidské chování zahrnujícím jak defektní tak nové prosociální chování, až k pozornosti k vnitřním kognitivně-afektivním jednotkám, které reprezentují sebe a druhé.

Výzkum relevantní pro integrovaný modulární přístup

Modulární přístup předpokládá, že různé domény fungování se během terapie mění různou rychlostí. My jsme např. zjistili, že tři různé domény fungování se mění různou rychlostí napříč třemi terapeutickými přístupy určenými pro pacienty s HPO (tj. psychoterapie zaměřená na přenos, dialektová behaviorální terapie a podpůrná terapie). Do tohoto nálezu není zahrnuta pouze identifikace domén relevantních pro hraniční pacienty, ale také užitečnost opakovaného měření domén v průběhu terapie za účelem pochopení rychlosti změny konkrétní domény. Bylo by obrovským pokrokem, pokud by se vědci v oblasti klinické léčby mohli shodnout na klíčových doménách dysfunkce u pacientů s PO a používat stejné nástroje k měření rychlosti změn v těchto doménách při aplikaci různých přístupů. Druhým typem

studie je návrh používaný Weiszem et al. (2012), ve kterém byly moduly z různých empiricky podporovaných léčebných postupů kombinovány s přístupem šitým na míru (při léčbě preadolescentů s problémovým chováním). **Tento přístup šitý na míru byl shledán lepší než pouhá empiricky podporovaná léčba.**

Závěr

U pacientů s poruchami osobnosti, kteří mají dle definice potíže v mezilidských vztazích je prvořadé, aby byl terapeut neustále pozorný vůči povaze probíhajícího terapeutického vztahu. Terapeutické moduly nemohou fungovat bez kontextu daného terapeutického vztahu. Pečlivá pozornost k terapeutickému vztahu může zabránit předčasnému ukončení terapie. Klientova víra, že změna je možná, je pro úspěch terapie zásadní. Klienti s PO jsou často motivováni k dosažení úlevy od symptomů poruchy a nepohodlí. Ale jen s dostatečnou podporou a pocitem, že terapie funguje, může pacient skutečně uvěřit, že změna je možná. Zdá se jasné, že terapeut musí mít představu o tom, jak dosáhnout možné změny, a pacienti si poté mohou postupně začít tuto vizi a motivaci osvojovat. Schopnost klientů překročit jejich obvyklý reaktivní způsob vztahování k prostředí musí být navíc pozvolna přeměňována na zvědavost a zájem o reflexi jejich vlastních zkušeností a o tom jak tyto zkušenosti řídí jejich chování.

Pokus o integrovanou terapii klientů s PO není bez překážek. Ačkoliv články jako je tento mohou navrhnout rámec pro úvahy o integrovaném přístupu a jeho aplikaci v praxi, opravdová hodnota spočívá ve vnímavosti a talentu každého jednotlivého terapeuta. **Integrace je totiž zcela jedinečný proces probíhající u každého konkrétního terapeuta a každého jeho klienta.**

Tabulka 1

Hlavní terapeutické moduly

Terapeutické moduly: _____ Specifické postupy: _____

posouzení osobnostní patologie	diagnostický rozhovor
	cílené zaměření na oblasti dysfunkce
strukturace terapie	ustanovení rámce terapie
monitorování vztahu	řešení ruptur v terapeutickém vztahu
	průběžné ověřování u pacienta
	terapeutova bdělost vůči pacientovu sklonu vnímat terapeuta nebo terapii pozitivně a negativně
	reciproční komunikace
	intervence založená na mentalizaci

Tabulka 2

Fáze a priority dle terapeutických modulů

Fáze:

Modul:

1. zajištění pacientova bezpečí	krizová intervence krátká hospitalizace medikace strukturace a podpora
2. kontejnování	strukturace a podpora ustanovení rámce terapie medikace
3. kontrola a modulace	funkční analyzování chování a zvědomování propojení mezi kognicí, emocemi a chováním zvědomování a mentalizace interpersonálních spouštěčů mindfulness schopnost identifikovat a pojmenovat emoce dovednost tolerance vůči stresu jako je odklonění pozornosti a zklidnění interpersonální dovednosti jako je schopnost vyhledat vhodné sociální opory při hledání pomoci
4. explorace a změna	zkoumání interpersonálních schémat a ruptur ve vztahu, mezilidských charakteristických rysů a významných objektivních vztahů
5. integrace a syntéza	zkoumání smyslu sebe sama a rozšíření svého osobního příběhu utvářením osobního prostoru skrze zapojení do koníčků, práce, zlepšení romantických vztahů podpora zvědavosti a vnímání druhých skrze mentalizaci a zkoumání přenosu