

# **Integrativní léčba osob s poruchou osobnosti**

## **Část 1: Psychotherapie**

### **Integrative Treatment of personality disorder. Part I: Psychotherapy**

Autoři: **Mirjana Divac Jovanovic, Dragan Svrakic**

**Psychiatria Danubina, 2017; Vol. 29, No.1, pp 2-13. Medicinska naklada – Zagreb, Croatia**

Volný překlad: Tereza Bělecká

#### **Souhrn**

Článek se zabývá integrativní terapií hraniční poruchy osobnosti. Integrativní přístup autorů k léčbě těchto osob zahrnuje jednak farmakoterapii a jednak psychotherapii. Autoři zároveň předkládají jejich vlastní metodu psychotherapie, kterou nazývají Rekonstrukční interpersonální terapie (reconstructive interpersonal therapy - RIT). RIT integruje humanisticko-existenciální a psychodynamické paradigmaty a je proto vhodná k dosažení hluboké rekonstrukce základu psychopatologie, v rámci kontextu vyšších struktur.

#### **Krátce k hraniční poruše osobnosti**

Úvodem článku autoři předkládají tvrzení, že všechny subtypy poruchy osobnosti, jako je např. porucha narcistická, histriónská či závislostní porucha, sdílí základní psychopatologii označovanou jako 'hraniční úroveň fungování'. Je charakterizovaná jednak vnitřními osobnostními indikátory, jakož i interpersonálními indikátory.

- a) Mezi osobnostní indikátory patří zejm. rozpolcené a dysfunkční intrapsychické substrukтуры, projevující se prostřednictvím primitivních obranných mechanismů, rozpolcenou identitou, narušeným vnímáním reality, nízkou morálkou atd.
- b) Mezi interpersonálními indikátory pak patří následující: intenzivní, avšak nestabilní mezilidské vztahy, oscilace mezi idealizací a devalvací, sobecké a/nebo manipulativní chování bez empatie vůči ostatním, paradoxně doprovázené strachem z opuštění/osamocení.

Tato porucha osobnosti je alloplastickou poruchou, tudíž se tyto jedinci snaží spíše než sebe změnit své okolí, nevnímají své maladaptivní chování jako problematické, ale spíše jako pochopitelné, omluvitelné a normální. V rámci terapie pacient musí opustit výhody maladaptivního přístupu, aby byl schopen si vyvinout autentičtější struktury sebe sama a své identity. V tomto směru platí, že 'musí být hůř, než bude lépe'.

#### **Interaktivní vztah mezi psychotherapií a farmakoterapií**

Farmakoterapie sama o sobě kontroluje rušivé symptomy (úzkost, deprese, agrese), ale její výhody nejsou omezeny jen na potlačení symptomů. Např. u impulzivních subtypů osobnosti (narcistická, histriónská) vytváří léčba symptomů úzkosti a deprese prostor pro integrativní

proces v rámci psychoterapie, což nakonec vede k vytvoření schopnosti samoregulace nálady a chování. Na druhou stranu farmakologické ztlumení úzkosti pod nezbytnou úroveň je kontraproduktivní, jelikož potírá znaky, které pacient potřebuje k tomu, aby si vytvořil svůj vzhled v psychoterapii. V důsledku farmakoterapie se pacient navíc často cítí “mnohem lépe”, čímž se vytváří vhodná platforma pro vytvoření psychotherapeutického vztahu.

Jak již bylo zmíněno v nadpise, psychoterapie a farmakoterapie mohou působit nejen samostatně, ale mají zároveň oboustranný vztah - vzájemně se ovlivňují a doplňují. Psychoterapie může ovlivňovat strukturální CNS charakteristiky, např. aktivitu receptorů v mozku prostřednictvím epigenetických mechanismů (Karlson et al 2010, Hirvonen et al. 2011). Naopak farmakologické zlepšení depresivní nálady nebo symptomů psychózy může nepřímo pomoci obnovit komplexní psychologické fenomény jako je např. koheze identity. Co se týče cílů, tak medikace je celkem efektivní ve stabilizaci nálady, při snižování agrese apod., naopak efektivita chybí např. při snaze změnit internalizované koncepty o sobě a o okolním světě. Psychoterapie je tedy hlavní přístup pro nápravu komplexních psychologických procesů a osobnostních struktur.

## **Psychoterapie jedinců s hraniční poruchou osobnosti**

Psychoterapie těchto jedinců musí být na jedné straně rekonstruktivní a zaměřená “do hloubky”, zároveň by ale měla být vysoce strukturovaná, direktivní a praktická. Ačkoliv lze historicky tyto dvě roviny považovat za vzájemně se vylučující, vykristalizoval postupem času konsenzus ohledně principů psychotherapeutického přístupu (Bateman 2004, Bateman & Fonagy 2001, 2004, 2008, 2016, Tasman 2005). Tento přístup zahrnuje:

- a) Specifický terapeutický přístup.
- b) Stanovení priorit v terapii.
- c) Psychotherapeutický proces.
- d) Stanovení cílů psychoterapie, a to jak z pohledu terapeuta, tak i pacienta.
- e) Zohlednění typických fází terapeutických změn.

Je třeba dodat, že délka trvání jednotlivých fází se liší pacient od pacienta s tím, že jednotlivé fáze nemusí nutně následovat za sebou - celý proces je nelineární.

### **Ad a) Specifický terapeutický přístup**

- Psychotherapie je dlouhodobý proces, který zahrnuje v podstatě všechny vztahy terapeut-pacient, nikoliv jen interakce během terapeutických sezení.
- Stabilita terapeutického rámce a vysoce strukturalizovaný terapeutický proces.
- Definování hierarchie priorit.
- Definování rolí a odpovědnosti terapeuta a pacienta.
- Aktivní role terapeuta.
- Kontrola chování pacienta.
- Nastavení a udržování limitů.
- Flexibilní přístup, tzn. připravenost se odchýlit od “pravidel”.
- Kombinování terapeutických forem dle potřeb pacienta (individuální, skupinový...)

### **Ad b) Stanovení priorit v terapii**

Průběžné vyhodnocování rizika, a to ve vztahu k pacientovi, terapeutovi i samotnému terapeutickému procesu je klíčové. Vytvoření a udržení hierarchie priorit zahrnuje dokumentování riskantních typů chování, citlivost k přenosu a protipřenosu a průběžné konzultace a supervize. Priority adresované v rámci psychoterapie jsou následující:

- Sebevražedné a vražené pohnutky.
- Chování ohrožující terapii.
- Vážné acting-out\* v rámci terapie i mimo ni.
- Nepoctivost, lži a zatajování důležitých událostí.
- Bagatelizace obsahu sezení.
- Všudypřítomný narcistický vzdor.
- Porušení terapeutického kontraktu atd.

\*agování, zahajování jiné, nové činnosti (slovně i nonverbálně), převádění sociální komunikace jinam, na jinou oblast, na jiné téma, do jiné situace

### **Ad c) Psychoterapeutický proces**

- Silná terapeutická “aliance” a nastavení terapeutického kontraktu.
- Intenzivní a aktivní zapojení na straně terapeuta.
- Tolerance intenzivních negativních (a pozitivních) přenosů terapeutem.
- Neustálé monitorování a využití protipřenosu terapeutem.
- Vytvoření vztahu mezi pacientovým chováním a jeho pocity v daném okamžiku.
- Zvýšení pacientového povědomí o emočních stavech jeho a jeho okolí a jejich interpretace.
- Blokace acting-out a podpora seberegulace sebedestruktivního chování.
- Zaměření se, vyjasnění a interpretace pojmu “ted” a tady” atd.
- Bridging: spojení separovaných částí a fragmentů (sebe a objektů).
- Přizpůsobení cílů terapie etiologii jedince.

### **Ad d) Stanovení cílů psychoterapie**

#### **Cíle z pohledu terapeuta:**

- Vytvořit pozitivní a podporující emoční nastavení - pacient přebírá terapeutovi pozitivní emoce, protože sám takové nemá.
- Pomoc pacientovi vytvořit si obraz sebe sama a svého okolí a to takový, který který bude multidimensionální, soudržný a integrovaný (a omezit tak nesprávná vysvětlení v sociálních interakcích).
- Pomoc pacientovi rozvinout schopnost sebereflexe (rozvoj sebezpozorování, racionálního a kritického myšlení...).
- Ochrana pacienta před jeho přecitlivělostí na odmítnutí.
- Podpora rozvoje pacientovi tolerance ambivalentního vnímání sebe a svého okolí atd.
- Konsolidace ega pomocí integrace reprezentace sebe a ostatních.

**Cíle z pohledu klienta** (co se od klienta očekává že si osvojí v průběhu terapeutického procesu):

- Rozvoj sebezpozorování a “metapozice”.
- Interpretace pocitů a motivů, a to jak svých, tak i svého okolí.
- Akceptace negativních pocitů a sebe sama v době, kdy se nedaří.
- Kontrola projekcí v transakcích.
- Analýza svých pozic v komunikaci a jejich důsledků v mezilidských vztazích.
- Povědomí o tom, jaký význam klient přisuzuje událostem.
- Schopnost vcítit se do pozice ostatních.
- Schopnost respektovat vlastní a cizí zájmy.
- Schopnost převzít odpovědnost za vlastní chování, pocity a rozhodnutí.
- Spojit rozdělené aspekty sebe, ostatních a reality.
- Schopnost akceptovat a tolerovat nejistotu a a bolest.
- Rozvoj schopnosti vypořádat se se separační úzkostí.
- Schopnost tolerovat svou rozpolcenost.
- Schopnost „hodit věci za hlavu“ namísto neustálého boje o kontrolu.
- Kultivace poctivosti a přímé komunikace ve vztazích
- Experimentovat s odlišným rolemi a stavy ega.
- Vzdání se grandiózní validace svých i cizích pocitů.

#### **Ad e) Fáze terapeutických změn**

- **První fáze** je obvykle spojená se sebedestruktivním chováním a acting out, s depresemi, příp. s disintegrační úzkostí. Pacientův vztah s terapeutem je zpravidla založen na idealizaci terapeuta s tím, že pacient klade na terapeuta vysoké nároky a nerespektuje případy, kdy terapeut neuspokojí jeho očekávání. Pacient je obvykle sociálně dysfunkční, často vyžaduje podporu a “utěšování” - vytvoření silné terapeutické aliance je proto nezbytné.
- **Druhá fáze** terapie se vyznačuje omezením sebedestruktivních tendencí a potřeby kontaktu s terapeutem mimo samotnou terapii. Pacientova závislost na terapeutovi je vyjádřena spíše explicitně a nahrazuje tak implicitní požadavky pacienta na terapeutovu pozornost a na prokázání toho, že terapeutovi na pacientovi záleží. Prvotní znaky lepší sociální adaptace se mohou, ale nemusí v této fázi projevit.
- **Třetí fáze** - acting-out by mělo být v podstatě potlačeno, acting-in pokračuje v podobě testování chování v rámci terapie i mimo ni. Pacient vykazuje znaky vzrůstající důvěry v terapeuta, což ale mohou doprovázet časté projevy “nepřátelství” v reakci na limity či zklamání z terapeutického vztahu. Proces racionalizace postupuje díky čemuž je možné analyzovat přenosové a protiprenosové události v rámci terapie, jakožto i interpersonální vztahy mimo terapii (Akhtar 1995).
- **Ve čtvrté fázi** již pacient vykazuje výrazné zlepšení v sociálních vztazích, přisvojuje si vyšší míru odpovědnosti, profesní ambice a začíná si vytvářet přátelství. V této fázi je důležité pracovat s pacientem na tom, aby nedocházelo k sabotáži tohoto vývoje.

## Rekonstrukční interpersonální terapie (RIT)

### Základní principy psychoterapeutické práce

RIT zdůrazňuje důležitost flexibilní strategie při psychoterapii - terapie se odehrává nejen v rámci jednotlivých sezení, ale i při každém dalším kontaktu s pacientem. Konečným cílem je zahrnout pacienta do nápravné emoční zkušenosti se stabilním objektem, který nejen že konfrontuje nefunkční chování pacienta, ale i neustále “dovoluje” pacientovi být, existovat, cítit a myslet. RIT se primárně zaměřuje na vytvoření terapeutického vztahu a až následně na změnu. Jakmile pacient cítí, že mu rozumíme a že jej akceptujeme, je pro něj mnohem jednodušší mluvit o svých pocitech. Terapeut musí být velmi trpělivý ve vztahu k emočnímu přístupu, který je zahrnutý v základním motu těchto pacientů - “Nenávidím tě, neopouštěj mě” - a být schopen si najít zalíbení v tom, co se mu ve skutečnosti nelíbí. Terapeut by měl vždy být schopen v klientovi zahlédnout ono “zhrzené/zraněné dítě”.

RIT je definována osmi základními principy terapeutického procesu, který sice následuje tyto principy postupně (od 1 do 8.), je ale důležité, aby předchozí kroky zůstaly aktivní i následujících fázích tohoto procesu.

1. **Naladění se na emoční vlnu pacienta** - projevy empatie, pozorné sledování verbálních a nonverbálních znaků, ponechání kontroly na pacientovi - to vše s cílem “získat” si pacienta.
2. **Neustálé informování pacienta a vytvoření terapeutického a protektivního vztahu.** Terapeutický proces a logické základy léčby by měly být pacientovi již od počátku známy.
3. **Analýza pacientových probíhajících vztahů** (vč. vztahu terapeutického). Tato fáze předpokládá poskytování komfortu a pochopení pro pacientovi pocity, újmy a nespravedlnosti, dokud nejsou všechny konfliktní pacientovi vztahy vyčerpány.
4. **Analýza přenosových vztahů** - propojení pocitů “ted’ a tady” s pocity “tam a tehdy” vede k pochopení nevědomých motivací v současných vztazích. Na základě nespočtu konfliktů s terapeutem, nadřízenými, manželem/manželkou, přáteli apod. začíná pacient rozeznávat opakující se vzory chování a s tím spojené pocity na jedné straně a jeho/její nenaplněná nevědomá očekávání na straně druhé.
5. **Přerámcování**, tzn. poskytnutí alternativního významu známým událostem (pohled na ně jiným úhlem). Přerámcování napomáhá při práci s osamocením, strachem a smutkem.
6. **Analýza (a praktikování) možností, jak naplnit nově objevené potřeby** způsobem, který není sebepoškozující.
7. **Péče o terapeutický vztah.**
8. **Terapie s otevřeným koncem** - terapie osob s hraniční poruchou osobnosti je ve skutečnosti nikdy nekončící proces, kde terapeut zůstává k dispozici pro konzultace, podporu a koučink.

### Afektivní rezonance

Říká se, že terapie osob s rozpolcenou osobností zahrnuje dva druhy pacientů (Searls, 1986) - toto je odkaz na specifickou povahu vzniklého dvoustranného vztahu (přenos a protipřenos). Terapeut musí monitorovat nejen pacientovi pocity (ať už otevřeně či skrytě vyjádřené), ale musí zohledňovat i svou “rezonanci” těchto pocitů. Terapeut tak může identifikovat vzory

toho, jakým způsobem se vytvářely dřívější pacientovy vztahy a s nimi spojené pocity a významy, které pacient přikládá mezilidským vztahům. Tím, že se pacient učí pochopit jaké pocity vyvolává v terapeutovi, se zároveň učí sociálním dovednostem a empatii, jejíž nedostatek předně vedl k narušení jeho mezilidských vztahů.

Práce s hraniční osobností vyvolává řadu, ne vždy pozitivních pocitů v terapeutovi. Terapeut navíc často zažívá pocity, jakoby chodil po tenkém ledě, protože tito pacienti jsou extrémně citliví vůči způsobu volby slov a jakýmkoliv byt' i sebemenším nonverbálním projevům. Pocity, které nejčasněji tito pacienti přenášejí na terapeuta jsou:

- **Pocit viny** - pacienti často obviňují terapeuta z toho, že se o ně dostatečně nestará, že je nemá rád nebo že je neprofesionální.
- **Fantazírování o záchraně pacienta** - toto vyplývá z vnímání pacienta jako bezmocného, což vede k překročení profesionální hranice např. umožněním, aby sezení trvala déle, neúčtováním pacientovi za své služby apod.
- **Hněv a nenávisť**, pocity beznaděje a bezcennosti např. když pacient znevažuje terapeutovu práci.
- **Úzkost a strach** - terapeut neustále očekává, že řekne/udělá něco špatně a vyvolá tak projevy hněvu pacienta.

### **Korektivní emocionální zkušenost**

Studium emočních vývojových sekvencí u osob s poruchou osobnosti poukazuje na řadu charakteristických rysů. Jejich vývoj byl zastaven v nejcitlivějším období, a to v subfázi znovupřiblížení, fáze separace - individuace, kdy matka v důsledku své nedospělosti, duševní poruchy či stresu nebyla schopna dovolit dítěti usilovat o autonomii, aniž by v něm vyvolávala úzkosti, emočně ho vydírala, odmítala jej apod. Toto se týká i dětí, které byly neadekvátně milovány svými matkami, které buď lpěly na dítěti a byly přespříliš zaujaté dítětem (úzkostlivá matka), nebo naopak se o dítě vůbec nestaraly a agresivně jej odmítaly (psychotická/depresivní matka). Tato pozorování jsou podpořena výzkumy, které ukazují, že matky dětí, u nichž se následně vyvinula porucha osobnosti, byly často emočně nestabilní či psychotické (ať už otevřeně či latentně), měly afektivní onemocnění nebo byly depresivní. Jako takové měly nevědomou tendenci předávat dítěti "dvojsmyslné zprávy" ("jdi pryč, ale neopouštěj mě", nebo "klidně si odejdi, ale už se nevracej"), které neustále vyvolávaly překvapení, zmatení, a zklamání dítěte. Proto se mezilidské vztahy osob s poruchou osobnosti vyznačují podvědomou zprávou adresovanou původně své matce a následně i všem dalším "objektům" - "Nenávidím tě, neopouštěj mě" (Kreisman & Straus, 1991). Nejdůležitější v první fázi terapie je to, aby terapeut "obsáhl" pacientův vztek (sadism), strach a emoční bolest a usnadnit jejich vyjádření a zpracování. Pacient si musí vytvořit jistotu, že i v případě, kdy ukáže, co skutečně cítí, "stále zde budou tací, kteří se nezachovají jako matka" a kteří vydrží všechny útoky paniky, zloby a žalu. V tento okamžik si pacienti zpravidla začínají vytvářet vztah k terapeutovi, což je klíčové v dalších fázích terapie - terapeut se dostává do role "třetího rodiče" (Berger 1980). Tato úvodní fáze terapie se označuje jako "reparenting" (Schiff 1975).

### **Idiosynkratický pohled na věc: práce s významy**

Nezkušený terapeut se často snaží dokončit pacientovu větu a dosadit sebe sama do pacientových myšlenek a to proto, že si myslí, že pacientovi porozuměl. Vzhledem k tomu, že tito pacienti si často stěžují, že je ostatní nechápu/neakceptují (protože oni sami sebe nechápu a neakceptují sami sebe), tato dychtivost terapeuta je vedena snahou získat si pacienta. Nicméně je zpravidla dosaženo opačného efektu, protože pacienti často svérázně naznačují, že jejich příběhy jsou odlišné. Pravidlo pro terapeuta tedy zní: “Poslouchej, nepřerušuj a vyčkávej”. Tito pacienti “na tom nejsou nikdy tak dobře, jak se může zdát, když je vše v pořádku a zároveň nikdy tak špatně, jak se může zdát, když věci v pořádku nejsou” (Maffei 1993). Jakmile pacienti začnou vykazovat znaky dychtivosti, elánu (zejm. jakmile začnou porovnávat své porozumění vůči tomu, jak jej vnímají ostatní), terapeut by měl bez váhání předložit svůj pohled na věc. Protože osoby s poruchou osobnosti reagují velmi dobře na principiální diskuze, a protože fascinace hraje obrovskou úlohu při získání jejich pozornosti, měl by svůj pohled terapeut předkládat tak, že udělá na pacienta dojem.

### **Přerámcování: “královská” cesta v psychoterapii**

Změna vnímaného obsahu, resp. pohled na věci jiným úhlem, posouvá pacienta v relativně brzké fázi terapie do stavu, kdy je schopen plně akceptovat sám sebe před tím, než začne dělat požadované změny. Díky prisuzování nového významu starým událostem začíná pacient vidět možnost volby (kterou do té doby vylučoval) a uvědomuje si svou schopnost volby mezi alternativami, a tudíž i schopnost vytvářet odlišný životní příběh.

### **Reparenting: terapeut jakožto třetí rodič**

Pozitivní konotace, tzn. podpora a udělování “svolení” pacientovi, aby sám sebe akceptoval (namísto zákazů), umožňuje pacientům, kteří uvízli ve vývoji, aby dospěli, aby překonali rozpolcené a protichůdné reprezentace sebe a okolních objektů a vztahů, a aby si tak byli schopni utvářet realistické reprezentace. V první fázi terapie je nezbytné dát prostor pro rozvoj závislosti pacienta na terapeutovi. Jakmile je tato závislost vytvořena, práce se zaměřuje na překonání symbiotické závislosti a pacient se učí, jak být nezávislý, aniž by byl sužován pocity strachu a viny.

### **Párová terapie: mediace na dálku**

Místo rodinné/párové terapie (kterou pacienti s poruchou osobnosti jen zřídka akceptují) se uplatňuje párová terapie “na dálku”, kde člen rodiny je ovlivňován nepřímo, prostřednictvím pacientova vývoje v terapii. Terapeutická práce zahrnuje spíše mediaci než terapii, protože terapeut se neustále snaží interpretovat pacientovy pocity partnerovi a naopak. Partneri osob s poruchou osobnosti se mnohdy nechtějí účastnit terapie i přes to, že jim řečeno, že by to mohlo být pro pacienta prospěšné. To se obvykle stává, když nekooperující partner sám trpí určitou formou poruchy osobnosti, obvykle s pasivní agresivitou či násilnými sklony. I v případech, kdy partner přistoupí na společnou terapii, ukazuje se, že takoví partneri mají často sami určitou formu poruchy osobnosti, zpravidla komplementárního typu (disociální a histrionický, paranoidní a závislý atd.). Zároveň jsme vyzorovali, že jsou-li oba partneri zahrnuti současně v individuální terapii u dvou různých terapeutů, tak je mnohem

větší pravděpodobnost, že se vzájemně oddálí a nakonec rozejdou, aniž by se zlepšilo jejich vzájemné porozumění. Paradoxně, a v rozporu s pravidly, je v těchto případech vhodnější, aby tentýž terapeut vedl individuální sezení s oběma partnery.

### **Závěr**

I přes řadu pravidel, doporučení a direktiv, které lze v literatuře nalézt, terapeutové pracující s osobami s nerozvinutou (border-line, rozpolcenou) osobností čelí mnoha nezodpovězeným otázkám a dilematům ve vztahu k léčbě těchto osob. Terapie je zároveň náročná (kvůli intenzivnímu přenosu a protipřenosu) a zároveň není (protože umožňuje přímý přístup a improvizaci). Je zároveň dlouhodobá a zároveň není (kvůli častým přerušením čas strávený na terapii nemusí být v souhrnu dlouhý). Neodmyslitelnou součástí terapie je práce na etickém systému hodnot, což většinou vyžaduje, aby terapeut odhalil svůj systém hodnot jakožto referenci pro pacienta. Pacientova ochota přemýšlet a rozhodovat je kritická pro celou terapii. Terapie je buď zábavná (proobě strany), nebo by neměla probíhat vůbec. Nejen pacient, ale i terapeut získává z terapie určité hodnoty – snaha porozumět a pomoci osobám s poruchou osobnosti napomáhá terapeutovi stát se dospělejším a obecně moudřejším ve vztahu k životním prioritám.