

**UNIVERZITA KARLOVA**

**HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA**

**Kognitivně-behaviorální terapie u klientů s hraniční poruchou osobnosti**

**Cognitive Behavioral Therapy of Clients with Borderline Personality  
Disorder**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Barbora Racková

Autor:

Ihor Vaishle

Praha 2020

Chtěl bych poděkovat paní Mgr. Barboře Rackové za její příjemný přístup při vedení této práce a veškerou odbornou pomoc při jejím zpracování.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „*Kognitivně-behaviorální terapie u klientu s hraniční poruchou osobnosti*“ vypracoval samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

Ihor Vaishle

## **Anotace**

Hraniční porucha osobnosti (HPO) je jednou z nejčastějších poruch osobnosti, která se objeví ve společnosti. V této práci budou popsány charakteristické aspekty HPO, příčiny vzniku tohoto duševního onemocnění, diagnostická kritéria, komorbidita a možnosti léčby. Následuje deskripce teoretických základů, struktury, metod a také forem kognitivně-behaviorální terapie (KBT). Dále budou zmíněny možnosti využití KBT a dialekticko-behaviorální terapie (DBT) u klientů s HPO. V posledních částech se bude věnována pozornost nabídce sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu a možnosti vývoje této oblasti sociální práce.

**Klíčová slova:** hraniční porucha osobnosti, psychoterapie, kognitivně-behaviorální terapie, dialektická behaviorální terapie, sociální práce.

## **Annotation**

Borderline personality disorder (BPD) is one of the most common personality disorders that occur in society. This work will describe the characteristic aspects of BPD, the causes of this mental illness, diagnostic criteria, comorbidity and treatment options. The following is a description of the theoretical foundations, structure, methods and also forms of cognitive-behavioral therapy (CBT). Further will be mentioned the possibilities of using CBT and dialectical-behavioral therapy (DBT) in clients with BPD. In the last parts, attention will be paid to the offer of social services for this target group and the possibilities of development of this area of social work.

**Keywords:** borderline personality disorder, psychotherapy, cognitive-behavioral therapy, dialectical behavioral therapy, social work.

## Obsah

Úvod .....	9
1. Co je osobnost a porucha osobnosti? .....	11
2. Charakteristika HPO .....	14
2.1.1. Historie diagnózy HPO.....	14
2.1.2. Epidemiologie.....	16
2.1.3. Typické rysy .....	16
2.2. Diagnostika .....	18
2.2.1. Diferenciální diagnostika.....	19
2.2.2. Diagnostická kritéria MKN-10.....	20
2.2.3. Diagnostická kritéria DSM-5 .....	21
2.3. Komorbidita .....	22
2.4. Etiopatogeneze .....	23
2.4.1. Genetické a neurobiologické faktory .....	24
2.4.2. Psychosociální a kulturní faktory .....	25
2.5. Léčba .....	27
2.5.1. Farmakoterapie .....	28
2.5.2. Psychoterapie.....	29
3. Kognitivně-behaviorální terapie.....	31
3.1. Historie: vznik a vývoj.....	32
3.1.1. Behaviorální terapie.....	32
3.1.2. Kognitivní terapie .....	34
3.1.3. Integrace KBT .....	36
3.2. Základní rysy.....	37

3.3.	Struktura KBT .....	39
3.4.	Metody KBT .....	41
3.4.1.	Behaviorální metody.....	42
3.4.2.	Kognitivní metody .....	43
3.4.3.	Komplexní metody .....	44
4.	Modifikace KBT .....	46
4.1.	Dialekticko-behaviorální terapie.....	47
4.1.1.	Strategie DBT .....	47
5.	Možnosti sociální práce pro osoby s hraniční poruchou osobnosti.....	51
5.1.	Sociální služby pro klienty s HPO.....	51
5.2.	Vývoj sociální práce pro lidi s HPO .....	53
6.	Diskuse .....	56
	Závěr .....	59
	Seznam použité literatury .....	60
	Seznam tabulek a obrázků.....	67

## **Seznam zkratek**

APA – Americká psychiatrická asociace

BT – Behaviorální terapie

CDZ – Centra duševního zdraví.

ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

DBT – Dialektická-behaviorální terapie

DSM-5 – Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch, 5 edice

HPO – Hraniční porucha osobnosti

KBT – Kognitivně-behaviorální terapie

KT – Kognitivní terapie

MKN-10 – Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. revize

*„Hraniční porucha osobnosti vzniká, pokud jednatel nemůže opustit své invalidizující prostředí a nemůže změnit ani své chování, ani toto prostředí, aby splnil jeho požadavky.“ – Marsha Linehanová*



## Úvod

Mezi rychle rostoucí oblasti sociálního lékařství v posledních letech patří hraniční psychiatrie. Souvisí to nejen s tendencí integrovat psychiatrii do sociální práce a psychologie, ale také s řadou objektivních skutečností moderního života, které vedou k psychoemocionálnímu přetížení lidí, což vyžaduje další zlepšení v hodnocení psychopatologických projevů. Plasticita psychiky je často nedostačující k tomu, aby se rychle a adekvátně přizpůsobila měnícím se podmínkám prostředí.

Sociální pracovník/ce se ve své praxi často setkává s lidmi nacházejícími se v nepříznivé, nebo dokonce krizové životní situaci. Materiální podpora, zlepšení životních podmínek a empatie mnohdy nebudou dostačující pro kardinální změnu životního stylu, a to z toho důvodu, že problém je hlubší. V tomto případě je potřeba kromě sociálních faktorů ovlivnit také psychologické. Zásadní otázkou však je fakt, že marginalizované rizikové skupiny často nemají možnost setkat se s psychoterapeutem nebo psychologem. V tomto případě je úkolem sociálních pracovníků včasná diagnostika závažnějších psychických poruch a vhodné metody terapeutického působení a pomoci jednotlivcům.

Významnou roli ve výskytu a průběhu hraniční poruchy osobnosti (dále HPO) hraje životní prostředí a sociokulturní faktory: rychlé životní tempo, roztržitá sociální struktura, vysoký počet rozvodů, deficit rodičovské péče, velká geografická mobilita a měnící se genderové role. K rozvoji onemocnění přispívá s největší pravděpodobností kombinace genetických, psychologických, neurobiologických a sociálních faktorů (Kreisman a Straus, 2010).

Osoby s takovou diagnózou vedou chaotický život, nemohou tolerovat osamělost, jsou impulzivní a neschopné introspekce. Nemohou se jasně oddělit od ostatních a použít jiné, aby se zbavily nepříjemných pocitů nebo uspokojili touhu cítit se bezpečně. Výsledkem není zpravidla úspěch, ale neustálá frustrace. Doprovází ji hněv a zoufalství, které jsou příčinou významného snížení kvality života jednotlivců (Röhr, 2009).

Jednou z možností, jak ovlivnit tyto klienty, je kognitivně-behaviorální terapie (dále KBT). Má obsáhlý a vědeckou metodologií prokázaný základ. Hypotézy se odvíjí od konkrétních faktů a léčba se zaměřuje na současné problémy. Od svého základu se KBT stále rozvíjí a popularizuje, využívá plody technického pokroku a aplikuje se v různých oblastech.

Cílem této práce je deskripce charakteristických aspektů hraniční poruchy osobnosti, deskripce KBT a dialekticko-behaviorální terapie (DBT), možnosti jejich využití u klientů s HPO a zmapování nabídky sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu. Kromě základních rysů budou stručně popsány příčiny vzniku tohoto duševního onemocnění, ale i diagnostika, komorbidita a možnosti léčby. V další části se práce věnuje koncepčnímu fundamentu, struktuře, metodám a také formám KBT. Následuje popis specifického přístupu na bázi KBT – DBT. Poslední část práce mapuje nabídky sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu a možnosti vývoje této oblasti sociální práce.

## 1. Co je osobnost a porucha osobnosti?

Vymezení pojmu HPO je těsně spjato s obecným pojmem *porucha osobnosti* a také obecným pojmem *osobnost*, protože definice nemoci, kořeny jejího vzniku a terapie jsou založené na odlišných pojetích struktury a vývoje osobnosti. Definice pojmu osobnost se liší u různých autorů a také záleží na tom, v rámci, které vědy nebo směru jsou definovány. Níže uvedeme ty nejpopulárnější.

Podle *klasické psychoanalýzy* Sigmunda Freuda, jež se zaměřuje hlavně na podvědomí, jsou hlavním faktorem rozvoje osobnosti vrozené instinkty. Ty tvoří dvě skupiny – životní instinkty (Eros) a instinkty smrti (Thanatos). Nejdůležitější pro rozvoj osobnosti je energie sexuálních instinktů – libido. Freud identifikoval tři hlavní struktury osobnosti: Ono (Id), Já (Ego) a NadJá (Superego). Ono, Já a NadJá, jsou v neustálém boji, silné konflikty mezi těmito strukturami mohou vést k duševním a somatickým poruchám. Freudova teorie se stala východiskem pro další přístupy: *individuální psychologii* Alfreda Adlera, *analytickou psychologii* Carla Gustava Junga, *ego-teorii* Erika Homburgera Ericksona, *humanistickou psychoanalýzu* Ericha Fromma a *sociokulturní teorii osobnosti* Karen Horneyové (Hjelle a Ziegler, 2014).

Fenomenologický přístup zdůrazňuje myšlenku, že lidské chování lze chápat pouze z hlediska subjektivního vnímání a poznání reality. Další důležitou tezí, která je základem tohoto přístupu, je to, že člověk je schopen určit svůj vlastní osud, může se svobodně rozhodovat o svém životě a zároveň nese plnou odpovědnost za to, čím je. Je spojen s takovými odborníky jako Erwin Straus, Karl Jaspers, Fritz Perls nebo Carl Rogers, kteří se uchýlili k myšlenkám, zásadám a metodám fenomenologie v psychologii a psychiatrii. Fenomenologická psychologie je často považována za součást jiných směrů: existenciální psychologie (Viktor Frankl, Rollo May, Medard Boss, Ludwig Binswanger, James F. T. Bugental, Irvin D. Yalom) a humanistické psychologie (Abraham H. Maslow) (Hjelle a Ziegler, 2014).

Představitelé dalšího důležitého konceptu předpokládali, že lidé mají určité predispozice (dispozice) a reagují určitým způsobem na různé situace. Jinými slovy lidé jsou ve svých jednáních, myšlenkách a pocitech konstantní, bez ohledu na okolnosti, události a životní zkušenosti. Každá osobnost je jedinečná, můžete jí porozumět popisem jejích specifických rysů. Nejvlivnějšími představiteli tohoto směru jsou Gordon Allport, Hans Eysenck a Raymond Cattell (Hjelle a Ziegler, 2014).

Behaviorismus je v širším smyslu směr v psychologii, který studuje lidské chování a způsoby jeho ovlivňování. Zkoumá pouze pozorované chování a nerozlišuje mezi chováním lidí a zvířat. Hlavní myšlenkou klasického behaviorismu je to, že lidské chování určují vnější okolnosti a lze jej popsat pomocí vzorce: S → R, kde S je stimul (podnět) a R reakce. Jeho představiteli jsou Edward Thorndike, Ivan Petrovič Pavlov, John Broadus Watson nebo Burrhus Frederic Skinner. Klasický behaviorismus označuje osobnost jako naprogramovaný stroj. Programátorem je společnost a člověk je reflexí sociokulturního prostředí, ve kterém vyrůstá. Behaviorální přístup je dobře kombinován s jinými přístupy moderní praktické psychologie. Mnoho moderních behavioristů používá prvky gestalt psychologie i prvky psychoanalýzy. Modifikace behaviorismu jsou rozšířeny v americké psychologii a zastupuje je především teorie sociálního učení Alberta Bandury a Juliana B. Rottera. (Hjelle a Ziegler, 2014).

Zakladatelem kognitivní teorie osobnosti byl americký psycholog George A. Kelly. Věřil, že člověk je vědec, který se snaží pochopit, co se s ním děje, a předpovídat, co se s ním v budoucnu stane. V tomto ohledu mají kognitivní a intelektuální procesy velký vliv na lidské chování. Člověk vnímá a interpretuje svět pomocí určitých modelů, které Kelly nazývá konstrukty. Osobnost je tedy organizovaný systém důležitých konstruktů (Hjelle a Ziegler, 2014).

Podle Praška v knize „Poruchy osobnosti“ z roku 2015 osobnost představuje „*individuální soubor duševních a tělesných vlastností člověka, které se utvářejí v průběhu vývoje a projevují se v sociálních vztazích.*“ (Praško a kol., 2015, str. 15)

Osobnost se zakládá na vrozených a získaných vlastnostech, které tvoří strukturu osobnosti. Vrozené vlastnosti představují pojem *temperament*. Odborníci strukturují osobnost podle různých kritérií: podle tělesných tekutin ([Galénos](#)), postavy (Kretschmer, Scheldon), přístupu k okolnímu světu (Jung), nervové soustavy (Pavlov), přístupu k okolnímu světu a nervové soustavy (Eysenck). Získané vlastnosti se popisují termínem *charakter* (Praško a kol., 2015).

Poruchy osobnosti jako celek jsou dominantní, stabilní vzorce vnímání, reakce a chování, které způsobují značné utrpení nebo způsobují funkční poškození. Poruchy osobnosti se ve svých projevech významně liší, nicméně se předpokládá, že jsou způsobeny kombinací genetických a environmentálních faktorů. Mnoho z nich se s věkem postupně zeslabuje, ale některé rysy mohou do jisté míry přetrvávat i po úlevě od akutních příznaků, které vedly k diagnóze. Ta je založena na klinických údajích a léčí se psychoterapií a farmakoterapií.

Typy poruch, jako jsou úzkost nebo poruchy nálady, jsou onemocnění s modelem: došlo ke stavu, ten se léčil a odezněl. Nemoc může být dlouhá nebo krátká. Pokud není dostatečně léčena, může přejít do chronické formy. Poruchy osobnosti se vyznačují intenzivním vyjadřováním určité sady zvláštností, které u člověka neustále existují, obvykle z období dospívání. Poruchy osobnosti se liší od jiných duševních nemocí hlavně tím, že se týkají osobnosti jako celku, to znamená, že porucha je stabilní po mnoho let. Projevuje se v chování, emocích a myšlení, které pokrývají celou duševní sféru. Podle MKN-10 poruchy osobnosti jsou: „*Extrémní nebo významné odchylky od způsobů, kterými průměrný člověk v dané kultuře vnímá, myslí, cítí a zvláště utváří vztahy.*“ (Praško a kol., 2015, s. 16) Diagnóza poruchy osobnosti se provádí souběžně s diagnózou základní poruchy, například panické poruchy u osoby s hysterickou poruchou osobnosti nebo deprese u osoby s narcistickou poruchou osobnosti (Praško a kol., 2015).

V dnešní době roste ve společnosti počet lidí trpících poruchami osobnosti. Jednou z nich je emočně nestabilní porucha osobnosti, také nazývaná HPO. „*Hovoří se o boomu hraničních poruch na konci tisíciletí a příčina se spatřuje v globálních kulturních a sociálních změnách.*“ (Faldyna, 2000) Existují domněnky, že v současném rytmu života bude výskyt HPO ještě větší (Röhr, 2009).

## 2. Charakteristika HPO

Termín HPO vychází z angl. slova *borderline* (hraniční) a původně znamenal, že porucha zaujímá místo mezi neurózou a psychózou a projevuje jak neurotické, tak i psychotické symptomy. HPO lze zařadit do raných poruch, jelikož stres v časném dětství může přispět k rozvoji této nemoci. Podle odborníků je zvláštním případem a vyniká mezi jinými poruchami osobnosti zvláštní závažností a složitostí kvůli vysokému sebevražednému riziku. „*O suicidium se někdy pokusí 40–85 % pacientů.*“ (Grambal et al., 2017, str. 25) Co se týká dokonaného pokusu, procento je stejné jako u depresivní poruchy. Riziko suicidia zvyšuje obvykle závislost na narkotických látkách a podle různých odhadů je sebevražda padesátkrát, nebo dokonce – jak uvádí Oumaya (2008) – čtyřístakrát vyšší než v běžné populaci (Grambal et al., 2017, str. 25–26).

HPO je zpravidla charakterizována maladaptací v hlavních oblastech života: v práci, ve vzdělání a v mezilidských vztazích. U pacientů s HPO jsou běžné epizody fyzického a sexuálního zneužívání, zanedbávání, oddělení od pečovatelů nebo ztráty rodičů v dětství, proto mohou od malička projevovat výbuchy vzteku a agrese. Pocity nejasnosti a problém sebeidentifikace se projevují u dítěte jako neschopnost se soustředit, z toho plynou komplikace s učením a výchovou, které mohou vést až k sociální izolaci. V pubertě pocity odmítnutí upevňuje sociální prostředí, které daného jedince „nepřijímá“. Rozvoj poruchy však zaleží nejenom na psychosociálních, ale také na genetických faktorech. Někteří lidé mají predispozice k patologické reakci na stres v prostředí a v tomto případě se HPO evidentně projevuje jako dědičná složka. U pacientů, jejichž příbuzným v první linii byla diagnostikována HPO, je pravděpodobnost výskytu pětikrát vyšší ve srovnání s běžnou populací (Röhr 2009, Grambal et al. 2017, Praško a kol. 2015).

### 2.1.1. Historie diagnózy HPO

HPO byla zahrnuta do diagnostických a statistických příruček až po roce 1980, a to do revidovaného vydání DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (Linehanová, 2008). První zmínky odpovídající popisu hraniční poruchy můžeme najít už v pramenech starověkých řeckých lékařů, kteří se zabývali zejména psychologií a psychiatrií. Popisované osoby vykazují podobné symptomy: deprese, intenzivní a protichůdné nálady (euforie a dysforie) nebo podrážděnost (Faldyna, 2000).

Emil Kraepelin (1896), známý především jako zakladatel moderního nosologického konceptu v psychiatrii a klasifikace duševních chorob, a Jules Farlet (1890) sledovali depresivní pacienty, u kterých se také střídala období hněvu a podrážděnosti s obdobími nadšenosti či normální nálady. Podle Farleta emočně nestabilní pacienti „měnili lásku v nenávisť, sympatii v odpor a touhu v odmítání“ (Faldyna, 2000, str. 8). Kraepelin řadil tendenci k sebepoškozování, afektivní nestabilitu a impulzivitu k maniodepresivním poruchám (Faldyna, 2000).

Adolf Stern, který byl prvním, kdo použil pojem *hraniční* (1938), se pokusil vymezit HPO v důsledku přibývajících pacientů, kteří nemohli být zařazeni do neurotických nebo psychotických poruch, a popsal ji deseti charakteristikami:

- narcismus,
- psychické krvácení,
- nepřiměřená hypersenzitivita,
- psychická a somatická rigidita,
- negativní terapeutická reakce,
- pocity méněcennosti,
- masochismus,
- somatická úzkost,
- mechanismus projekce,
- potíže s testováním reality. (Faldyna, 2000, s. 8)

Na přelomu 20. století odborníci (Knight, Deutschová, Schmideberg, Rado, Esser a Lesser nebo Grinker) popisovali HPO jako špatnou adaptaci v prostředí a neschopnost plánování, emoční instabilitu a podrážděnost, špatnou sebeidentifikaci, hédonismus a promiskuitu, v některých případech i jako delikvenci (Faldyna, 2000).

Důležitou roli v historickém vývoji popisu HPO hraje psychoanalytická koncepce, pomocí které Otto Kernberg (1975) vymezil psychopatologii hraniční organizace. Z tohoto úhlu pohledu spočívá kořen vývoje patologie v diferenciacní fázi vývoje, tedy v období šesti až osmi měsíců. Za obranný mechanismus tady považujeme štěpení (splitting), projektivní identifikaci a primitivní idealizaci. Z praxe vidíme, že tyto pacienti jsou velmi nároční. Proto v tomto případě můžeme pozorovat zhoršení emočního stavu terapeuta i pacienta (Faldyna, 2000).

Odlišný úhel pohledu z pozice teorie sociálního učení zastává Theodore Millon (1969), podle něhož „vycházejí hraniční projevy z jiných, méně závažných osobnostních

*rysů, a jsou posilovány vlivy prostředí.“ (Faldyna, 2000, str. 14) Na Millona navazuje Marsha M. Linehanová, která popisuje HPO jako „poruchy emoční regulace, na jejímž vývoji se podílí jak narušené prostředí, tak biologické faktory.“ (Faldyna, 2000, str. 15)*

Lze shrnout, že jedinci s HPO mají biologické predispozice ve formě intenzivnějších reakcí, které jsou posilovány negativním vlivem kulturního a sociálního prostředí.

### **2.1.2. Epidemiologie**

Podle různých studií výskyt HPO v celkové populaci existuje v rozmezí 1,6–5,9 %. (Grambal et al., 2017, s. 22) Podle některých vědeckých údajů tato porucha postihuje až 10 % populace. (Counseling Psychology and Psychotherapy, 2017) Odborníci říkají: „HPO je nejčastější porucha osobnosti v klinické péči.“ (Grambal et al., str. 22) Z celkového počtu ambulantních pacientů má HPO zhruba 10 %, mezi případy, u kterých dochází k hospitalizaci, je rozmezí okolo 15–20 %. Více než 50 % hraničních pacientů jsou ženy, což podle některých domněnek může být způsobeno tím, že ženy častěji vyhledávají pomoc a také je jich celkově víc i u jiných diagnóz. (Grambal et al., 2017,). Při průzkumech se ukázalo, že významnou převahou pacientů s HPO byli mladí, bílí a ženy a že „hraniční porucha osobnosti se pětikrát častěji objevuje u příbuzných prvního stupně než v běžné populaci“ (Praško a kol., 2015, str. 246). Údaje o výskytu však mohou být nepřesné a nelze je považovat za přesvědčivé (Grambal et al., 2017).

### **2.1.3. Typické rysy**

Hlavním příznakem HPO, který je ve skutečnosti základem této poruchy, je vada identity, nedostatek sebepojetí. Člověk nemá jasnou a stabilní představu o sobě, o svých vlastnostech, cílech a preferencích, to znamená, že mu chybí podpora ve svém vlastním „já“. Pro HPO jsou typické nestabilita v chování, mezilidských vztazích, problém udržování hranice mezi sebou a ostatními, afektivní dysregulace, neschopnost plánování, tendence jednat impulzivně, agrese a autoagrese, nejasnost o svých cílech nebo preferencích. Rychlé změny sebehodnocení provokují tendenci k sebepoškození, v nejtěžších případech se projevují jako suicidální pokusy (Grambal et al., 2017).

V psychoterapii hraje jednu z nejdůležitějších rolí terapeutický vztah – důvěra mezi klientem a odborníkem. Pro terapeuty je léčba velmi komplikovaná, což souvisí nejenom



s tím, že HPO je často komorbidní ale i s tím, že myšlení těchto klientů je dualistické. To může výrazně komplikovat nastavení důvěry.

Pacienti s HPO zpravidla náhle a ostře mění svůj pohled. Ze začátku si mohou terapeuta idealizovat, později demonizovat. A to vždy z iracionálních důvodů. Například se stane, že terapeut posune čas schůzky o 15 minut dopředu kvůli tomu, že terapie s předchozím pacientem trvalá déle. Reakcí klienta s HPO může být vztek a zklamání, případně pocit, že ho terapeut opustil. Následují provokace, ponižování, pacient zkouší, kam až může zajít. Stejný model chování pak probíhá i v běžném životě, kdy nemocný začíná zkoušet a provokovat okolí a domáhá se potvrzení podvědomé hypotézy o své marnosti, o tom, že je „kripl“. Tím většinu lidí naštvě a zase prožívá ty negativní emoce, které byly pro něj běžné v dětství. Tento přechod od idealizace k nenávisti odráží diametrálně protikladné, černobílé myšlení (rozdělení na dobro a zlo) pacientů s HPO.

Nedostatek sebevědomí vytváří tendenci k intenzivním mezilidským vztahům. Tito lidé vstupují do vztahů velmi rychle a díky své emocionalitě mohou zažívat pozitivní emoce, až euforii. Pokud se zamilují, zažijí skutečné nadšení a štěstí. Tento pocit se však může okamžitě změnit. Příklad: Partnerka, která večer nenáviděla manžela a chtěla se rozvést, dokonce připravila žádost o rozvod, další ráno vysvětluje, že ho miluje a že žádný rozvod nechce. Nebo: Muž, který píše ženě dobrou zprávu – že ji má rád, když okamžitě nedostane od ženy odpověď, třeba z pracovních důvodů, napíše, že ji nenávidí a že se na ni nemůže spolehnout. Pacienti s HPO cítí intenzivní strach nebo zlost, když mají pocit, že byli ignorováni nebo odmítnuti. Jsou přesvědčení, že toto opuštění naznačuje jejich špatnost. Ve vztahu s partnerem emoce osoby s HPO vždy kolísají mezi zcela pozitivními a zcela negativními. Při dlouhodobých vztazích pak často dochází k tomu, že tyto emoční výkyvy provokují partnery k opuštění vztahu.

Pacienti s HPO mohou také záměrně vztah zničit, aby nebyli partnerem opuštěni. Mohou předčasně ukončit školní docházku, když téměř dosáhli svého cíle, a to jen proto, že v určitém okamžiku zjistí, že je to „nebaví“. Podobné chování projevují i ve vztahu k práci: *„Práce mě bavila do té doby, než jsem se všechno naučil, pak už jsem ztratil zájem.“* (Röhr, 2009, str. 99) Na druhou stranu můžou pracovat až do fyzického vyčerpání. Bojí se své vlastní svobody, a proto často si ani neberou dovolenou, i když pracují v několika zaměstnáních. Tendence k sebedestrukci se u nich projevuje nejen ve fyzických poškozováních (řezy, rána do zdi pěstí nebo hlavou, popáleniny). Například když vydělají relativně dostačující částku peněz, schválně ji utrácí, aby zase mohli pracovat nepřetržitě. U těchto pacientů můžeme také pozorovat promiskuitu, hazardérství, nebezpečné řízení auta,

zneužívání drog a další destruktivní chování, kterým mohou ohrozit sebe i ostatní (Röhr, 2009).

Lidé s HPO pociťují prázdnotu a nudu. Osamoceně se cítí ztraceni. „*Potřebuji pořád akci. Pouštím si hudbu nebo na něco hraju. Jenom ne klid!*“ (Röhr, 2009, str. 97) Rozhodně někoho potřebují, a proto jsou závislí na vztazích. Emocionálně se většinou spoléhají na svého partnera, protože pouze on jim může pomoci vyrovnat se sám se sebou. Osamělost je pro ně velmi těžká mentální bolest a jsou mnohem zranitelnější než ostatní. „*I když jsem každý víkend mohl dostat dovolenou z vazby, málokdy jsem toho využil, ve vězení jsem se cítil tak nějak bezpečněji.*“ (Röhr, 2009, str. 100) To, co ostatní vidí jako malou nepříjemnost, se pro ně mění v obrovskou černou díru. Pokud si lidé s HPO vyslechnou od někoho negativní hodnocení, zažijí silnou duševní bolest. Chybí jim podpora jejich vlastní identity. V situaci odsouzení mají pocit, že je vše zničeno, a v tomto stavu začínají přemýšlet o sebevraždě (Röhr, 2009).

Pacienti s touto poruchou mají potíže s ovládním svého hněvu, často se chovají nevhodně a velmi se zlobí (Grambal et al., 2017). Vyjadřují svůj hněv sřízavým sarkasmem a hořkými nebo rozzlobenými tirádami, kterými často míří na své blízké. Jde o odplatu za zanedbání nebo opuštění. Po výbuchu emocí se často cítí zahanbení, což jim umožňuje posilovat jejich sebevědomí.

Typické rysy HPO lze strukturovaně shrnout následujícím způsobem:

- Obtížná sebeidentifikace – pacient nerozumí tomu, kdo skutečně je, z čeho vyplývá špatná definice vnějších podnětů z prostředí, nejistota ve všem.
- Emoční nestabilita, impulzivita.
- Destruktivní chování, agrese a autoagrese (sebepoškozování, pokusy o sebevraždu atd.), což je specifickým rysem nemoci.
- Dualistické myšlení (od extrémního k extrémnímu).
- Duchovní prázdnota a nuda.
- Pocity viny a strach z opuštění a osamělosti.
- Nedůvěra k sobě a ostatním („na nikoho se nemůžu spolehnout“).

## **2.2. Diagnostika**

Diagnostika HPO může být komplikovaná a obvykle vyžaduje delší dobu sledování pacienta. Například v období adolescence můžeme při současném životním rytmu často pozorovat nejasnost ohledně budoucích cílů, zájmů nebo preferencí. Můžeme vnímat i četné

změny nálad. Na druhou stranu v případě projevu psychotických příznaků (halucinace, narušený obraz vlastního těla) může být příčinou reakce na stres a nelze ji v tomto případě zařadit do psychózy. Je velmi důležité umět identifikovat samotnou HPO před zahájením léčby, a to proto, aby nedošlo ke zhoršení stavu v důsledku nesprávné diagnostiky. Jelikož HPO vykazuje společné rysy s dalšími poruchami, má smysl uvést jejich základní odlišnosti.

### 2.2.1. Diferenciální diagnostika

Jedním z typických rysů u pacientů s HPO je afektivní dysregulace, proto se podobá *afektivním poruchám*. Zásadní rozdíl ale spočívá v tom, že frekvence změn nálad u HPO je na rozdíl od poruch stabilnějších, které trvají minimálně dva týdny, vyšší. Depresivní rozlady u pacientů se samotnou HPO jsou intenzivnější a projevují se spíše jako pocity vzteku nebo prázdnoty než smutné nálady. Agresivní nálada je příčinou toho, že odborníci někdy neodliší HPO od dystymie. Pro klienty s dystymií ale není obvyklé, aby často měnili náladu. Na rozdíl od bipolární afektivní poruchy, která je méně závislá na vnějších podnětech, příčina změny nálady u HPO plyne často z jednoho typického rysu – strachu z opuštění (Grambal et al., 2017).

*Závislá porucha osobnosti* je podobná HPO strachem z opuštění, ale jsou pro ni typické stabilnější, dlouhodobější vztahy a submisivnější chování. Zároveň osoby s HPO projevují častěji příznaky nestability a sebedestrukce (Praško a kol., 2015). Hraniční klienti nejsou tak konstantní. „*Bylo mi třináct, často jsem střídal dívky, někdy i třikrát za týden.*“ (Röhr, 2009, s. 100) Tito lidé projektují zkušenosti z minulého neúspěšného vztahu na budoucí, protože jsou zklamaní a pociťují emoční prázdnotu. Právě kvůli ní nevyhledávají nový vztah. Závislí klientů naopak chtějí nahradit minulý vztah novým, aby čerpali podporu. Dalším rozdílem je větší submise a schopnost lidí se závislou poruchou jít na kompromis. U jedinců s HPO je pozorována absence adaptace ve vztahu, což je mnohdy příčinou konfliktů (Grambal et al., 2017).

Strach z neuznání je typickým projevem také *vyhýbavé poruchy osobnosti*. Pacienti s touto poruchou se rovněž bojí odmítnutí, ale neprojevuje se u nich emoční nestabilita. Permanentní obavy z neuznání mohou vést k paranoii a špatnému vyhodnocení vnějších podnětů. Pro paranoidní poruchu ale není typický strach z opuštěnosti ani nejasná představa o sobě samém nebo impulzivita (Grambal et al., 2017).

Jak uvádí Akhtar (1987), při analýze schizoidní poruchy osobnosti „*se člověk ve skutečnosti sestává z ‚odkrytého‘ a ‚uzavřeného‘ self‘*“ (Praško a kol., 2015, s. 218). Používá

při tom obranný mechanismus štěpení (splitting), stejně jako lidé s HPO. Schizoidní pacienti mohou být citliví na kritiku a odmítání, ale neprojevují při tom tak výrazné emoce a jsou celkově pasivnější (Praško a kol., 2015).

Obavy z odmítnutí u klientů s HPO jsou založené na vzpomínkách z dětství, a proto je často tato nemoc komorbidní s posttraumatickou stresovou poruchou (PTSD). U samotné PTSD ale není pozorována impulzivita či afektivní instabilita (Grambal et al., 2017).

Klienti s HPO jsou citliví ke kritice, velmi zranitelní a příliš znepokojení sebehodnocením. Tím se podobají narcistické poruše osobnosti, která se také charakterizuje neadekvátní emocionální reakcí na kritiku (Grambal et al., 2017). U HPO jsou ale silnější projevy beznaděje a příčiny nadměrné pracovní nebo jiné činnosti (Praško a kol., 2015). U narcisu je zřetelná touha po obdivu, u hraničních pacientů – jak zmiňuje Röhr (2009, str. 99) – to je touha po náklonnosti: „*Mistr byl pro mě jako táta, pro něj bych skočil do ohně.*“

Vyhledávání pozornosti nebo okamžité změny emocí se mohou pozorovat v rámci *histrionské poruchy osobnosti*. Jednotlivci s HPO nerespektují a očerňují sami sebe, často je jim jedno, jak vypadají – na rozdíl od histrionských, kteří neprojevují agresi vůči sobě a neustále se zabývají vlastním vzhledem. Přání získat si pozornost stimuluje klienty s HPO k manipulativnímu chování, což je typické pro *disociační poruchu osobnosti*. Toto chování má za cíl materiální uspokojení, a ne přijetí okolím (Grambal et al., 2017).

Snaha po sebeidentifikaci, manipulace nebo změny nálad se dají pozorovat nejen u hraničních pacientů. U HPO se však „hledání sebe sama“ projevuje výraznou destruktivitou vůči sobě, čím se v podstatě liší od většiny psychických poruch. Proto diagnostika HPO vyžaduje vysokou míru profesionality, zkušenosti, důkladnou analýzu předchozích událostí a precizní pozorování. Jen tak lze dojít k objektivní diagnóze.

### **2.2.2. Diagnostická kritéria MKN-10**

V MKN-10 (Mezinárodní klasifikaci nemocí) (1992) je HPO zařazená do kategorie F60 *specifické poruchy osobnosti* a je označena F 60.3 *emočně nestabilní porucha* (Praško a kol., 2015). Rozděluje se na *impulzivní typ* a *hraniční typ*.

**Tabulka 1: Diagnostická kritéria MKN-10 pro emočně nestabilní poruchu osobnosti F60.30 impulzivní typ a F 60. 31 hraniční typ**

<p>A. Musí být splněná obecná kritéria pro poruchu osobnosti.</p> <p>Impulzivní typ</p> <p>B. Musí být splněny nejméně tři z následujících charakteristik a jednou nich musí být:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) zřetelná tendence jednat neočekávaně a bez uvážení následků,</li><li>2) zřetelná tendence k nesnášenlivému chování a ke konfliktům s ostatními, zvláště když je impulzivní chování někým přerušeno nebo kritizováno,</li><li>3) sklon k výbuchům hněvu nebo zuřivosti s neschopností kontrolovat následné expolzivní chování,</li><li>4) obtíže se setrváním u jakékoliv činnosti, která nenabízí okamžitý zisk</li><li>5) nestala a nevypočitatelná nálada.</li></ol>
<p>Hraniční typ</p> <p>B. Musí být splněny nejméně tři příznaky z kritérií B pro impulzivní typ a spolu s nimi nejméně dva z následujících:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) narušená a nejistá představa o sobě samém, cílech a vnitřních preferencích, včetně sexuálních,</li><li>2) sklon k zaplétání se do intenzivních a nestálých vztahů, které často vedou k emočním krizím,</li><li>3) přehnaná snaha vyhnout se odmítnutí,</li><li>4) opakovaná nebezpečí nebo realizace sebepoškození,</li><li>5) chronické prázdnoty.</li></ol>

**Zdroj:(Grambal et al., 2017, str. 44)**

### **2.2.3. Diagnostická kritéria DSM-5**

DSM-5(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) uvádí stejná diagnostická kritéria jako DSM-4.Všechny příznaky poruchy se objevují v mladém věku a projevují se v mnoha situacích. Mezi příznaky HPO patří porucha self-identity, výrazná nestabilita v mezilidských vztazích, emoční dysregulace a impulzivita.

**Tabulka 2: Diagnostická kritéria pro hraniční poruchu osobnosti v DSM-5**

- A. Pervazivní vzorec nestability v interpersonálních vztazích, sebeobrazu, afektech a výrazné impulzivity, který začíná v rané dospělosti a projevuje se v nejrůznějších souvislostech. Porucha je určena přítomností pěti (a více) z následujících příznaků:
- 1) Bouřlivá snaha jedince vyhnout se skutečnému nebo domnělému opuštění. (Poznámka: nezařazujte sem suicidální a sebepoškozující projevy uvedené v kritériu 5)
  - 2) Vzorec nestabilních a intenzivních mezilidských vztahů charakterizovaný kolísáním mezi extrémní idealizací a devalvaci.
  - 3) Porucha identity: výrazně a trvalé nestabilní sebeobraz a vnímání sebe sama.
  - 4) Impulzivita nejméně do dvou oblastech, které v sobě nesou riziko sebepoškození oblastech (např. utrácení peněz, sex, látek, bezohledné řízení vozidla, záchvatovité přejídání). (Poznámka: nepatří sem suicidální nebo sebepoškozující projevy zahrnuté v kritériu 5)
  - 5) Opakující se suicidální jednání, gesta, pohružky a sebepoškozující chování.
  - 6) Afektivní nestabilita v důsledku výrazné reaktivity nálady (např. intenzivní epizodická dysforie, iritabilita či úzkost, která obvykle trvá několik hodin vzácně, pak déle než několik dnů)
  - 7) Chronické pocity prázdnoty.
  - 8) Nepřiměřený, intenzivní vztek či potíže s ovládním vzteku (např. častá hladovost, trvalá zlost, opakované fyzické konflikty).
  - 9) V reakci na stres přechodné projevy paranoidity nebo závažných disociativních příznaku.

**Zdroj: APA (2013, v Grambal et al., 2017, str. 46)**

### **2.3. Komorbidita**

Komplikace, se nimiž se setkávají odborníci při práci s jednotlivci, nekončí jenom na těžké diagnostice a na odlišné reakci hraničního člověka při různých proměnných. Jsou jimi pohlaví terapeuta, odlišná reakce na ostatní pacienty, pomocný zdravotnický personál a terapeut, zda se nachází tete a tete s lékařem nebo je ve skupině či komunitě. Přitěžující

okolností je často komorbidita HPO. Někteří odborníci uvádí, že u 84,5 % pacientů s HPO je diagnostikována další psychická porucha (Grambal et al., 2017).

Porucha také koexistuje a hraničí s dalšími duševními chorobami: depresí, úzkostí, bipolární (maniodepresivní) poruchou, schizofrenií, somatickou poruchou (hypochondrií), disociativní poruchou identity (vícenásobnou osobností), deficitní citlivostí / hyperaktivitou (ADHD), posttraumatickou stresovou poruchou, alkoholismem, zneužíváním drog (včetně závislosti na nikotinu), poruchami příjmu potravy, fobiemi, obsedantně-kompulzivní poruchou, hysterií, sociopatií a dalšími poruchami osobnosti (Kreisman a Straus, 2010).

Jak už bylo zmíněno výše v diferenciální diagnostice HPO, má tato nemoc společné rysy s jinými poruchami. Výzkumy (New et al., 2008) potvrzují, že lidé s HPO trpí dalšími nemocemi:

- 41–83 % depresivní poruchou,
- 50 % afektivními poruchami,
- 64–66 % zneužíváním návykových látek,
- 31–48 % panickou poruchou,
- 29 % poruchou příjmu potravy,
- 23–47 % sociální fobií,
- 16–25 % obsedantně-kompulzivní poruchou.

Ještě jeden výzkum, ve kterém bylo dotazováno 520 pacientů, ukázal u jedinců s HPO, že mají úzkostné poruchy stejně často jako afektivní poruchy. Přibližně polovina dotazovaných trpí panickou poruchou, sociální fobií nebo PTSD. Asi třetina má jednoduchou fobii a šestina splňuje kritéria pro agorafobii, obsedantně-kompulzivní poruchu a generalizovanou úzkostnou poruchu. Také se zjistilo, že posttraumatická stresová porucha se vyskytuje u 61 % žen s HPO, u mužů je to méně – 35 %. Co se týká příjmu poruch potravy, zjistilo se, že ženy více konzumovaly jídlo sebedestruktivně, muži zase častěji užívali psychoaktivní látky (Zanarini et al., 1998).

## **2.4. Etiopatogeneze**

Většina poruch osobnosti se projevuje v adolescenci a mládí, ale jejich formování začíná v raném věku. Existují důkazy, že duševní trauma, opakované fyzické, sexuální nebo emoční zneužívání v dětství jsou předpoklady pro rozvoj HPO (Herman et al., 1989).

Podle biosociální teorie se na vývoji hraniční poruchy podílí biologické a sociální faktory: „*HPO je především dysfunkce systému emoční regulace; vzniká v důsledku biologických poruch v kombinaci s určitými typy dysfunkčního prostředí, jakož i v důsledku jejich vzájemného působení a vzájemného překrývání v průběhu času.*“ (Linehanová, 2008, str. 71)

Na druhé straně existují lidé s HPO, kteří traumaty a zneužíváním v dětství neprošli. Hlavní zranitelností těchto lidí je genetická predispozice k silné emoční reakci. Dokonce i péče o rodiče v reakci na silnou emotivitu dítěte může tyto emoce například znehodnotit. Pokud je těchto emocí příliš mnoho a jsou příliš silné, rodiče mají tendenci se před nimi chránit. Ukazuje se, že dítě, původně náchylné k silné emocionalitě, setkávající se s nedostatečnou schopností rodičů vypořádat se s tak intenzivními emocemi, vyrůstá s pocitem znehodnocení vlastních zkušeností a sebe sama jako celku. Formování identity je komplikované, člověk se nenaučí vyrovnat se se silnými emocemi, což vede k sebepoškozování, možnosti sebevraždy a k riskantnímu chování. To ale neznamená, že je něco špatně s rodiči – často ve stejných rodinách psychologicky prosperují další děti, které nejsou náchylné k silné emoční reaktivitě. Faktory přispívající k nástupu nemoci jsou často přenášeny z generace na generaci. Rodokmen lidí s HPO se často hemží hlubokými a dlouhodobými problémy, a to včetně sebevražd, incestu, drogové závislosti, násilí, ztráty a osamělosti.

Dostupné důkazy naznačují, že neexistuje jediná určující příčina HPO. K rozvoji onemocnění s největší pravděpodobností přispívá kombinace genetických, psychologických, neurobiologických a sociálních faktorů (Kreisman a Straus, 2010).

### **2.4.1. Genetické a neurobiologické faktory**

Současné studie HPO se věnují úloze genetiky ve vývoji poruchy a také procesům regulace emocí a jejich vztahu k sebepoškozování. Například existují důkazy, že lidé s HPO mají vysokou toleranci k bolesti. (Bohus et al., 2000).

Americká psychiatrická asociace (2013) tvrdí: „*Porucha se vyskytuje 5krát častěji u příbuzných z prvního kolena jedinců s hraniční poruchou osobnosti ve srovnání s běžnou populací.*“ (Grambal et al., 2017 str. 111) Rodinné studie také ukazují, že u příbuzných prvního stupně jsou častěji pozorovány příznaky poruchy osobnosti, zejména HPO. Obvykle trpí poruchami nálady, impulzivitou, zneužíváním alkoholu a drog. Stejně jako u většiny



psychických poruch je pravděpodobné, že vývoj HPO je způsoben kombinací genů s vnějšími stimuly prostředí (Kreisman a Straus, 2010).

Poruchy produkce některých z neurotransmiterů (mozkových hormonů) – serotoninu, norepinefrinu, dopaminu a dalších – jsou spojeny právě s impulzivitou a poruchami nálad (Kreisman a Straus, 2010). Výzkumy ukazují: „*U pacientů s HPO prefrontální oblasti mozku, které obvykle řídí emocionální výraz a agresi (např. orbitální frontální kůra a přední gyrus cynguli), mohou selhávat v aktivitě během emoční provokace, zatímco limbické regiony (např. amygdala a inzula) jsou hyperaktivované.*“ (Grambal et al., 2017, str. 113) Dobra reakce na antidepresiva a lithium u agresivních, impulzivních a sebevražedných jedinců mohou svědčit o dysfunkci serotonergního systému (Praško J., a kol., 2015,). Nedostatek neuropeptidu oxitocinu, jak ukazují výzkumy, může být příčinou agresivních nekontrolovaných reakcí na vnímané odmítnutí a ztrátu (Grambal et al., 2017).

Poškození mozku nebo jeho nemoci mohou být příčinou nesprávné mozkové činnosti. U mnoha lidí s HPO šlo o mozkové trauma, encefalitidu, epilepsii, potíže s učením, ADHD nebo komplikace při těhotenství (Kreisman a Straus, 2010). Na vzniku HPO se také podílejí prenatální nepříznivé vlivy na plod: kouření, konzumace alkoholu, traumatický stres matky a zdravotní komplikace (Grambal et al., 2017).

Příznaky sebedestruktivního chování, jako jsou přejídání, užívání alkoholu a jiných omamných látek, lze také považovat za pokus o nezávislé odstranění emočních problémů. Lidé s HPO často hovoří o sedativním efektu sebepoškození, tedy že necítí fyzickou bolest, a naopak zažívají uklidňující úlevu. Například pořezání nebo popáleniny a další fyzická traumata stimulují produkci endorfinů – přírodních látek produkovaných tělem –, které zmírňují bolest. Navíc zranění a jiná fyzická poškození mohou ztlumit duševní bolesti (Kreisman a Straus, 2010).

Vzhledem k tomu, že studie naznačují přesvědčivou hypotézu o částečné dědičnosti HPO, rodiče a děti mohou trpět touto poruchou současně. Nedostatečný vývoj emočních a kognitivních vztahů v rodině posiluje zděděné genetické a biologické predispozice dítěte, což provokuje další vývoj HPO (Kreisman a Straus, 2010).

#### **2.4.2. Psychosociální a kulturní faktory**

V 80 % případů u hraničních pacientů byla zaznamenána raná trauma (Poradenská psychologie a psychoterapie, 2017). U jedinců s HPO v raných etapách vývoje jsou temperamentové, anatomické a fyziologické rysy stimulovány především negativním

vlivem mikroprostředí osobnosti. Teorie o příčinách vývoje HPO zdůrazňuje období zhruba od jednoho do tří let, kdy se dítě začíná snažit o nezávislost. Výchova a dospívání se charakterizují extrémy – zanedbáváním, nebo naopak rozmazlováním. Na jedné straně je péče příliš kontrolovaná, na druhé straně rodiče jen občas vzpomínají na své povinnosti nebo dokonce se vůbec o dítě nestarají. Kterýkoli z těchto extrémů může vést k tomu, že dítě není schopno vytvořit pozitivní, udržitelný pocit sebe sama a prožívá silnou potřebu připoutání a chronický strach z osamělosti (Kreisman a Straus, 2010). V těchto rodinách často dochází k emocionálnímu, fyzickému a sexuálnímu zneužívání (Grambal et al., 2017, s. 115). „*Rodinná anamnéza hraničních pacientů se často vyznačuje incestem, násilím nebo alkoholismem.*“ (Kreisman a Straus, 2010, str. 63)

Mezi hlavní traumatizující faktory v raném dětství, které mohou zvýšit riziko hraničního syndromu v období dospívání nebo v dospělosti, patří zanedbávání, fyzické nebo sexuální zneužívání, časté násilí, odmítnutí či ztráta rodiče. Animované filmy a pohádky, kde se vyskytují postavy dobra a zla, nutí dítě ve mnoha situacích používat štěpení (splitting) jako hlavní strategii. Projev emocí matky je definován jako láska nebo nenávisť, takže je idealizována nebo démonizována. Jedinec nechápe, že maminka může být našťvaná a zároveň ho milovat (Kreisman a Straus, 2010).

Traumatizující vztah mezi dítětem a rodičem je v mnoha případech výsledkem konfliktů mezi rodiči (Grambal et al., 2017). Dítě je tak postaveno do situace, kdy si musí vybrat stranu matky nebo otce. Existuje hodně případů, kdy otec buď chybí, nebo má psychologické problémy: trpí závislostmi nebo jinými poruchami a nemůže vychovávat dítě (Grambal et al., 2017). Matka v tom případě plní roli otce a potřebuje emocionální podporu, je depresivní a často sama trpí psychopatologiemi, zejména HPO. Dítě je v takové situaci postaveno do role rodiče a nedostává dostatečné množství ochrany a emocionální podpory.

K hraničnímu systému interakce se mnohdy uchylují celé rodiny. Například: Matka trpí chronickou depresí a cítí se opuštěná, protože ji podvádí manžel. Navíc není často doma. Dospívající dívka poslouchá intimní detaily neúspěšného manželství její matky, utěšuje ji. Pocit zodpovědnosti za štěstí matky brání děvčeti starat se o své vlastní potřeby, takže postupně začíná trpět mentální anorexií. Ta se proměňuje v její hlavní mechanismus kontroly a nezávislosti. Matka cítí odpovědnost a vinu za nemoc své dcery a hledá útěchu v impulzivním utrácení peněz. Aby se to nedozvěděl manžel, musí platit účty z peněz, které ukradla z bankovního účtu dcery. V takových případech musí být léčba HPO komplexní terapií celé rodiny (Kreisman a Straus, 2010).

Kromě rodiny může negativně ovlivnit potenciálního hraničního jednotlivce také škola nebo parta vrstevníků, která místo pochopení a empatie vyjadřuje kritiku a odsouzení. Pocity nejistoty a zlosti podporuje i masová kultura: agrese a násilí v počítačových hrách nebo filmech. Iracionální dramatizace problémů v televizních seriálech provokuje hraničního jedince ke stejnému chování v osobním životě. Neschopnost integrovat pozitivní a negativní emoce a vytvořit jasné a důsledné vnímání druhých nutí hraničního adolescenta k dualistickému myšlení (Grambal et al., 2017)

Emočně nestabilní prostředí, kritika ze strany druhých, absence podpory a ocenění nebo degradace v adolescenci stimuluje další vývoj nemoci. Paradoxní je, že lidé s HPO takové prostředí sami vyhledávají. Vysvětluje se to tím, že jim připomíná dětské prožitky (Grambal et al., 2017).

Zajímavé je, že ne všechny děti, které zažily trauma nebo násilí, se stanou hraničními dospělými. Většina studií příčin poruchy je založena na retrospektivních údajích, které vycházejí z příběhů dospělých. Mohou být tedy nepřesné. Existují studie, které prokázaly převahu méně závažných negativních vlivů v minulosti u hraničních pacientů, zejména ignorování a přísné, skromné manželské vazby, které vylučují přiměřenou ochranu a podporu dítěte. Existují také prospektivní studie, které potvrzují hypotézu o souvislosti mezi různými formami násilí, zanedbávání nebo zneužívání u osob s HPO (Grambal et al., 2017).

Zajímavý pohled na vývoj HPO nabízí také etologie, která vysvětluje dualistické myšlení a impulzivitu jako vyvinutou evoluční strategii. Ta umožňuje rychle se rozhodovat mezi kamarádem a nepřítelem. To znamená, že během nešťastného a často nebezpečného dětství s různými formami násilí člověk vytváří adaptační strategie, které mu pomáhají překonat překážku. Ale to, co dříve zachraňovalo život, v dnešních stabilnějších a bezpečnějších podmínkách plných oceňování a vzájemnosti může být nepříznivé a vyvolávat diskomfort v životě jednotlivce (Grambal et al., 2017).

## **2.5. Léčba**

Léčba HPO je dlouhodobou záležitostí. Důležité je už na začátku vybrat vhodný typ péče: farmakologickou, psychoterapeutickou, individuální nebo skupinovou. Je třeba rozhodnout, zda to bude ambulantní typ, nebo hospitalizace. HPO je často komorbidní. Hraniční pacienti obvykle vykazují širokou škálu příznaků, a proto identifikace a léčba souběžných poruch je

pro účinnou léčbu HPO nezbytná. Odborníci považují riziko sebevraždy, závislosti a těžké deprese za prioritní a od toho, jak je vysoké, se odvíjí typ péče.

*„Hospitalizace je nutná k odvracení akutních suicidálních tendencí, detoxikaci a pro léčbu těžké deprese či úzkostné poruchy.“* (Grambal et al., 2017, str. 132) Ústavní léčba ale má své nevýhody. Pacienti s HPO nemohou tolerovat osamělost; vyvolávají krizové situace, ukazují sebevražedná gesta, aby získali pozornost a péči. Může tím být negativně ovlivněno emocionální prostředí ostatních pacientů i zdravotnického personálu, proto hospitalizace může přispívat k vývoji maladaptivního chování, závislosti na „pomocníkovi“ a ke snížení sebedůvěry a sebejistoty (Grambal et al., 2017).

Existuje jen omezené množství studií, které by prokázaly efektivitu určitých léků. Problém je ve vysoké míře heterogenity zkoumaných skupin. Pacientům sice byla diagnostikována HPO, ale jejich osobnostní rysy se významně lišily (Grambal et al., 2017).

### **2.5.1. Farmakoterapie**

Otázkou také je, zda zahájit léčbu pomocí farmakologie, nebo ne. Neexistuje žádný lék přímo na odstranění všech příznaků zároveň, proto terapie HPO je symptomatologická – zaměřuje se na odstranění klasických symptomů: sebevražedného chování a agrese, impulzivity a afektivní dysregulace, úzkosti a depresivních stavů. Praxe ukazuje, že devět z deseti pacientů užívá preparáty (Grambal et al., 2017).

Antidepresiva mohou pomoci snížit úzkost a agresi, když pacient trpí spolu s HPO závažnou depresí nebo úzkostnou poruchou. Novější metaanalýzy však ukazují, že antidepresiva mají menší vliv na symptomy než antipsychotika a stabilizátory nálady. Antipsychotika, jak potvrzují studie, působí pozitivně na snížení míry impulzivity, hněvu, citlivosti na odmítnutí, deprese a suicidálních myšlenek. Stabilizátory nálady jsou velmi efektivní ve snižování podrážděnosti, hněvu nebo suicidálních sklonů. Souhrnně lze říct, že farmakologická léčba by měla být dlouhodobá, zaměřená na konkrétní příznaky a měla by zvažovat nebezpečí předávkování (antidepresiva) a závislosti (sedativa). Farmakoterapie může mít pozitivní efekt ve zlepšení terapeutického vztahu, což je jedním ze základních aspektů psychoterapie (Grambal et al., 2017).

## 2.5.2. Psychoterapie

Pacienti s HPO mají často řadu dalších poruch – depresi, poruchy nálady, úzkostnou poruchu, posttraumatickou stresovou poruchu nebo poruchu příjmu potravy a užívání návykových látek. Výzkum v této oblasti je proto náročnější a komplikovanější než v oblasti efektivity farmakoterapie. Existuje málo důkazů potvrzujících efektivitu určitého přístupu v léčbě HPO. Mezi vědecky prokázané patří především mentalizační psychoterapie, terapie zaměřená na přenos, DBT nebo schématerapie (Grambal et al., 2017). Kromě výše uvedených je také zmiňován přístup STEPPS – trénink emoční předvídatelnosti a řešení problémů (Kreisman a Straus, 2010) (Poradenská psychologie a psychoterapie, 2017).

V práci s osobami s hraniční poruchou je důležité permanentní stanovení hranic, vysoká míra empatie a podpory, ale také atmosféra důvěry. Podpurná psychoterapie za pomoci edukace, tedy vysvětlení klientových problémů, definuje nemoc v neutrálním kontextu tak, aby informace byla zároveň objektivní a pravdivá a nezranila křehké sebevědomí pacienta (Praško a kol., 2015). V případě HPO často dochází k neočekávanému, manipulativnímu, nestabilnímu nebo svůdnému chování. Terapeut vždy zdůrazňuje a srozumitelně vysvětluje hranice, aby klient jasně chápal příčinu jejich stanovení a správně je interpretoval. V terapii je důležité oddělit zdroje poruchy (negativní vzpomínky z dětství) od důsledků (agrese, impulzivní chování) a projevovat empatii pro zdroje a zároveň stabilizovat důsledky (Grambal et al., 2017).

Z hlediska psychoanalytického konceptu vývoj HPO začíná v období separace a individuace (5–36 měsíců), který Mahlerová považuje za zásadní pro pozdější duševní zdraví. Jak se dítě vyvíjí, rozdělení na „jenom dobré a jenom zlé“ je nahrazeno zdravější integrací dobrých a špatných vlastností ostatních jedinců (Kreisman a Straus, 2010). Pokud k integraci nedojde, vzniká základ pro HPO – myšlení jedince je dualistické. Hlavní aspekty terapie zaměřené na přenos je zvýšení schopnosti ega ovládat regresi a impulzivitu, ale také snášet bolestivé afektivní stavy. Kernberg (1973, v Grambal et al., 2017) považuje za nezbytné mít pod kontrolou hranice, což zamezuje vzniku „primitivní“ idealizace terapeuta. Doporučuje proto vytvořit terapeutickou smlouvu, která zahrnuje motivaci klienta, jeho otevřenost, čestnost a odpovědnost, ale rovněž faktory ohrožující léčbu. Odborník musí zdůrazňovat a připomínat jednotlivé body smlouvy v případě, že pacient zkouší smlouvu porušit nebo relativizovat. Efektivita terapie zaměřené na přenos byla prokázána některými studii a způsobila snížení sebedestrukce, menší počet sebevražedných pokusů nebo pozitivní změny v impulzivité a emoční nestabilitě (Grambal et al., 2017).

*„Mentalizační terapie je přístup, který integruje psychoanalytické teorie s nejnovějšími poznatky kognitivních věd a neurobiologie.“* (Grambal et al., 2017, str. 158) Definovat mentalizace lze jako schopnost lidí chápat a porozumět nejenom vlastnímu duševnímu stavu a myšlení, ale také duševnímu stavu a myšlení druhých. Hlavní problém u lidí s HPO, na který se zaměřuje mentalizační terapie, je zkreslené vnímání sebe sama a ostatních, ale rovněž neschopnost porozumět záměrům svým a druhých (Grambal et al., 2017).

*„HPO se vyznačuje deficitem mentalizace, který je částečný, dočasný a závislý na vztahu, ale právě toto je považováno za hlavní problém.“* (Bateman a Fonagy, 2016, str. 37) Terapie založená na mentalizaci se vyznačuje interakcí v bezpečném a podpůrném prostředí a pomáhá lidem odlišit své vlastní myšlenky a pocity od myšlenek a pocitů druhých. Efektivita tohoto přístupu byla potvrzena ve výzkumech, které ukazují snížení počtů sebevražedných pokusů a sebepoškozování a také lepší mezilidskou interakci (Grambal et al., 2017).

STEPPS byl vyvinut Nancee S. Blumovou a jeho cílem je informovat jedince s HPO o jejich diagnóze a pomoci získat dovednosti pro řešení různých aspektů poruchy, tedy regulaci svých emocí a chování. Program kombinuje kognitivně-behaviorální techniky a trénink dovedností se systémovou komponentou. Zahrnuje 20 dvouhodinových schůzek s frekvencí jednou týdně, a má konkrétní cíle, které má jedinec nebo skupina každý týden dosáhnout (Blum et al., 2002) Provádí se tedy ve skupinovém formátu. STEPPS se liší od jiných přístupů tím, že blízké osoby (členové rodiny, partneři a přátelé) jsou zahrnuti do procesu a používají se jako „posílení“ v zisku dovedností. Klienti musí každý den sledovat intenzitu svých emocí a chování a na sezeních sdílet, jakým dovednostem se naučili. To pomáhá blízkým lépe pochopit průběh nemoci a duševní stav nemocného. Výzkum ukazuje, že když je STEPPS přiřazen k léčbě HPO jako doplňková intervence v rámci individuální psychoterapie nebo farmakoterapie, může být užitečným a zlepšit celkový výsledek léčby. (Hoermann)

V následujících kapitolách je zvláštní pozornost věnována kognitivně-behaviorální terapii (dále KBT) a také přístupu, který vznikl na jejím základě a ukazuje velkou efektivitu v léčbě HPO: dialektické behaviorální terapii (DBT).

### 3. Kognitivně-behaviorální terapie

KBT je uznávána jako jedna z nejúčinnějších metod psychoterapeutické léčby, která se používá v současné době při léčbě afektivních a úzkostných poruch, neurózy, obsedantních stavů, poruch spánku či potravy. Lze ji využít jak ambulantně, při hospitalizaci, individuálně, skupinově a v rodině.

„Účinnost KBT byla v posledním desetiletí prokázána u panické poruchy (Barlow a Cerny, 1990), sociální fobie (Heimberg a kol., 1993), hypochondrie (Warwcik a kol., 1996), deprese (Blackburn a kol., 1986), generalizované úzkostné poruchy (Butler a kol., 1991) a agorafobie (Emmelkamp a kol., 1992)“. (Možný a Praško, 1999 s. 24) Je potvrzena efektivita KBT „při ovlivnění chronických floridních psychotických příznaků, tj. bludů a halucinací, které nereagují na neuroleptika (Kingdon a Turkington 1996; Chandwick a kol., 1996), při léčbě chronického únavového syndromu (Sharpe, 1996) či poruch příjmu potravy (Cooper, 1997; Fairburn, 1997)“. (Možný a Praško, 1999 s. 24) Podle Pearce a Wadle (1989, v Možný a Praško, 1999) behaviorální medicína využívá KBT k léčbě somatických chorob, například ischemické choroby srdeční, chronické bolesti, dráždivého tračníku nebo cukrovky.

KBT je obvykle konceptualizována jako krátkodobá léčba: „*Je to krátká kognitivní terapie panické poruchy, sestávající pouze ze sedmi sezení* (Clark a kol., 1995)“. (Možný, Praško, 1999 s. 24) Je zaměřená na dovednosti s cílem změnit maladaptivní emoční reakce změnou pacientových myšlenek, chování nebo obojího. Techniky KBT ukazují vynikající výsledky v léčbě závislosti: alkoholismu, závislosti na drogách nebo na hazardních hrách (Praško et al., 2013).

Metoda léčby, která se v praxi používá, závisí na pacientově problému, nemoci nebo poruše. Základní princip léčby je vždy stejný. To, o čem přemýšlíme, jak se cítíme a chováme, spolu přímo souvisí. Tedy zdůrazňuje potřebu pochopit vnitřní rámec a současné problémy klienta. Záměrem je projít aktuální problémy a najít jejich řešení.

V poslední době se rozvíjí především kognitivní složka, díky čemu se KBT přiblížila psychodynamickým směrům. „*Je ve své podstatě integrativní a pragmatický terapeutický směr*“. (Praško et al., 2013, s. 10) Datillio ukázal, že KBT zahrnuje i další přístupy (znázorněné na obr. 1). KBT ve své teorii i praxi integruje poznatky a metody mnoha dalších psychoterapeutických směrů (Praško et al., 2013).

**Obrázek 1. KBT jako integrativní psychoterapie**



**Zdroj:** Datillio (2003, v Praško et al., 2013, str. 10)

KBT je progresivní a rychle se vyvíjející přístup, který využívá poznatky psychofiziologie, neurofiziologie a anatomie. Navíc používá moderní technologie: virtuální realitu (VR) k léčbě fobií, úzkosti a jiných psychologických poruch. Léčba VR může být účinná, rychlá a snadná (Scozarri a Gamberini, 2011). Pomocí brýlí jsou modelovány situace, které způsobují úzkost – pacient se jí učí regulovat na základě systému biofeedback.

Důležitou roli v KBT hraje terapeutický vztah, to znamená, že odborník se zaměřuje na spolupráci s klientem. Charakteristickým rysem při tom je srozumitelnost, tedy používání běžné řeči (Praško et al., 2013).

Srozumitelnost jazyka a jednoduchost úkolů poskytuje příležitost provádět cvičení doporučená lékařem v příjemném domácím prostředí, což vede k soběstačnosti klienta.

### **3.1. Historie: vznik a vývoj**

KBT je jednou z nejčastějších a nejzkoumanějších forem psychoterapie. Jak vyplývá z názvu, kombinuje dva samostatné psychoterapeutické směry: kognitivní terapii a behaviorální terapii, které pocházejí z psychologických přístupů a opírají se o poznatky experimentální psychologie.

#### **3.1.1. Behaviorální terapie**

Behaviorální terapie vychází z teorie učení Pavlova, Watsona, Hulla, Skinnera a dalších (Praško et al., 2013). Poznatky teorie učení kumulují behaviorismus: „*Behaviorismus není*



*věda o lidském chování, ale filozofie této vědy – říká Skinner (1974).*“ (Cooper et al., 2016, str. 12) Centrálním pojmem behaviorismu je chování (z angl. behavior). „*Chování je ta složka fungování organismu, která působí na okolní prostředí nebo má s ním vztah.*“ (Skinner, 2016, str. 8)

Charakteristickým rysem behaviorální terapie byla analýza a měření jednotlivých složek problémového chování a prokazování účinnosti terapeutických postupů pomocí vědecké metodologie, statistických a experimentálních metod, během kterých srovnávali pacienti s kontrolní skupinou (Praško et al., 2013). Habituační je nejprimitivnější formou učení a znamená, že proces postupného oslabování reakce, tedy podnět, který nemá důležité následky, začíná člověk ignorovat (Praško et al., 2013). Respondentní nebo klasické podmiňování souvisí se jménem ruského fyziologa Ivana Petroviče Pavlova (1849–1936), podle kterého je chování způsobeno podnětem (podmíněným nebo nepodmíněným). Pavlov upozorňoval na skutečnost, že neutrální podněty mohou vyvolat podmíněné chování (Cooper et al., 2016). Zjistilo se, že emocionální a tělesné reakce je možné podmiňovat, což má důležitý význam pro objasnění psychopatologických jevů.

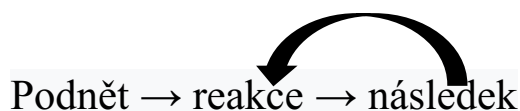
*„Učení formou klasického podmiňování lze znázornit následujícím způsobem:*

- |   |    |                            |
|---|----|----------------------------|
| 1. <i>Nepodmíněný podnět</i>                    | —> | <i>nepodmíněná reakce,</i> |
| 2. <i>Nepodmíněný podnět + podmíněný podnět</i> | —> | <i>nepodmíněná reakce,</i> |
| 3. <i>Podmíněný podnět</i>                      | —> | <i>podmíněná reakce.</i> “ |

(Praško et al., 2013, s. 20)

Mowrer (1947) to objasňuje pomocí *dvoufaktorové teorie strachu*, která říká, že strach vzniká po specifickém podnětu klasickým podmiňováním. Následuje vyhýbavé chování, což je příčinou toho, že strach zůstává, protože organismus se vyhýbá situacím, kterých se bojí (Praško et al., 2013).

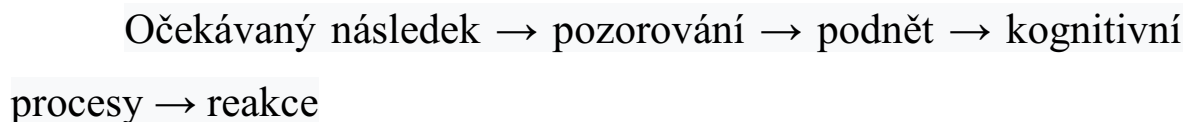
*„Operantní podmiňování (Operant Conditioning) je vliv důsledků chování na chování samotné.*“ (Cooper et al., 2016, str. 36) Zjednodušeně lze říct, že projev stejného chování v budoucnu závisí na povaze následků, které provokuje. Postupně bylo zjištěno, že když po určitém chování následuje „odměna“, pravděpodobnost projevu tohoto chování je vyšší. Když následuje „trest“, pravděpodobnost výskytu je nižší. Skinner (1953) pro tento jev uvedl pojem *pozitivní zpevnění* (Positive Reinforcement). Operantní podmiňování lze popsat jako ABC (Antecedent, Behavior, Consequence) a symbolicky znázornit jako:



Zdroj: (Praško et al., 2013, s.22–23)

Účelem posílení je zvýšit četnost projevů požadovaného chování a snížit pravděpodobnost projevu nežádoucího. V běžném životě se operantní naučení projevuje téměř permanentně a je evidentní, že každý z nás se chová takovým způsobem, aby měl žádoucí rezultat a vyhnul se nežádoucímu (Praško et al., 2013).

*Teorie sociálního učení* byla navržena kanadským psychologem Albertem Bandurou (1977), který zdokonalil myšlenky behaviorismu tím, že nabídl nový pohled na hlavní determinanty lidského chování a proces učení. V roce 1961 provedl Bandura spolu se svými kolegy experiment *Bobo doll*. Výsledky ukázaly, že sociální učení je možné prostřednictvím sledování určitého modelového chování na obrazovce (Bandura et al., 1961). Podle teorie sociálního učení je lidské chování určováno neustálým vzájemným ovlivňováním behaviorálních, kognitivních a environmentálních faktorů. Když se člověk učí pozorováním, vytvoří si představu o tom, jak by nové chování mělo být realizované, tedy získá symbolickou představu o modelu chování. Znázornit proces učení pozorováním lze následujícím způsobem:



Zdroj: (Bandura, 2000)

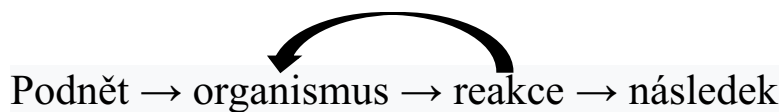
Vliv sociální podmíněnosti je obrovský zejména ve vytváření osobních norem chování na základě pozorování vzorů autorit různých sociálních institucí: vzdělávání, práce, masové kultury, náboženství a rodiny. Následně tak kritizujeme či uznáváme sami sebe (Praško et al., 2013).

### 3.1.2. Kognitivní terapie

Zakladateli kognitivní terapie jsou „disidenti“ z psychoanalýzy Aaron T. Beck (*kognitivní terapie deprese*) a Albert Ellis (*racionálně-emoční terapie*). Na rozdíl od behaviorální teorie vycházeli z intrapsychických procesů. To znamená, že kognitivní terapeuti korigovali kognitivní procesy (myšlení, paměť, pozornost, vnímání, hodnocení, očekávání) a aktuální problémy klientů. Kognitivní terapie vychází z poznatků kognitivní

psychologie (Miller, Bruner, Simon, Pribram, Luria), která v sobě spojuje různé disciplíny: neuropsychologii, neurobiologii, psycholingvistiku a neurolingvistiku (Praško et al., 2013). Beck definuje kognitivní terapii takto: „*Kognitivní terapie je aktivní, direktivní, časově omezený, strukturovaný přístup používaný k léčbě různých psychiatrických poruch (deprese, úzkost, fobie, bolesti atd.)*.“ (Beck, 1979, str. 3) Poznání je založené na postojích nebo předpokladech (schématech) vycházejících z předchozích zkušeností (Beck, 1979).

Podle KT není určujícím sám podnět, ale význam, který člověk tomuto podnětu přisoudí. Stejný podnět tedy může vyvolat odlišné následky v závislosti na tom, jak ho organismus definuje. Proces učení v tom případě lze znázornit jako:

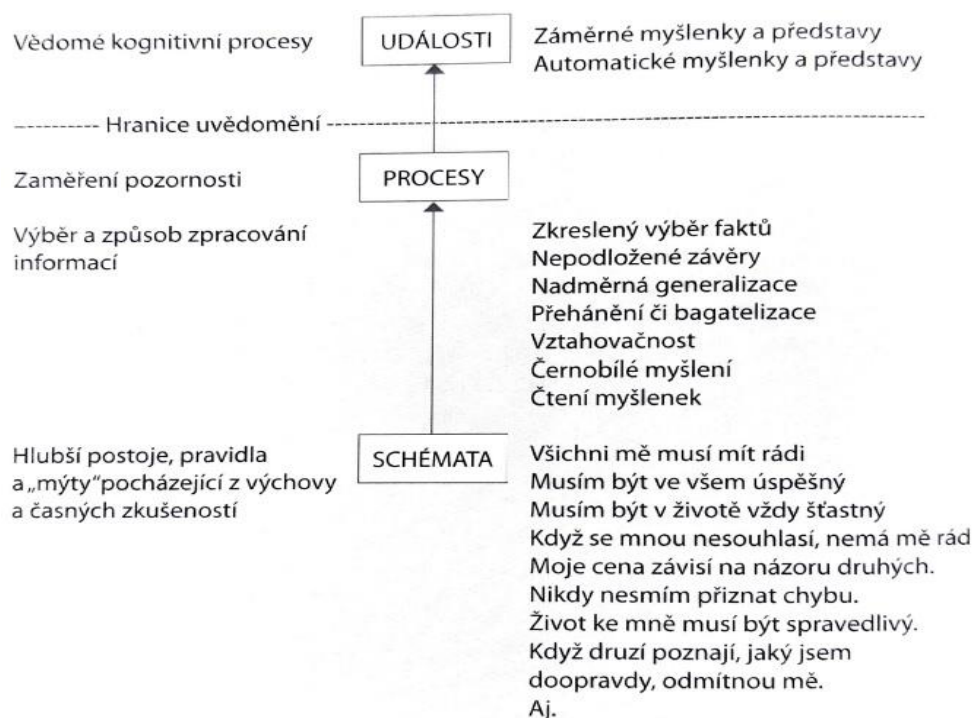


**Zdroj: (Praško et al., 2013)**

Člověk je myslící racionální bytost. Jeho chování je nezpůsobuje samotná událost, ale její kognitivní zpracování. Například hodnocení určité situace podle atribuční teorie: pesimistické, nebo optimistické. Ellis ve své racionálně-emoční behaviorální terapii (REBT), zdůrazňoval, že právě hodnocení na základě kognitivní události a její následná interpretace má rozhodující vliv pro kvalitu emocí. Interpretace a hodnocení vycházejí z přesvědčení: racionálních i iracionálních (Praško et al., 2013).

Psychologické problémy a duševní poruchy podle Becka jsou založené na přesvědčeních, které nazývá kognitivní schémata, a myšlenkách s výrazným emočním doprovodem. Beck ve své teorii strukturuje kognitivní procesy na tři úrovně (obr. 2). Nejvyšší nazývá *kognitivní události* a popisuje je jako volní nebo automatické myšlenky a představy, tedy buď to, na co záměrně myslíme, nebo to, co nás spontánně napadne. Dále informace postupuje do úrovně „kognitivních procesů“, kde je hodnocena, porovnávána a zařazována do kontextu minulých zkušeností prostřednictvím dedukce nebo indukce. Procesy pochopení smyslu a významu jsou založené na *kognitivních schématech*, které Ellis nazývá *přesvědčením* a Kelly *personálním konstruktem*. Jedna se tedy o hlubší přesvědčení a postoje, na základě kterých, člověk vytváří model pro vnímání světa (Praško et al., 2013).

**Obrázek 2. Kognitivní události, procesy a schémata**



**Zdroj: (Praško et al., 2013 str. 40)**

Léčba je zaměřená na změnu nelogických nebo nevhodných myšlenek a přesvědčení člověka, jakož i na dysfunkční stereotypy jeho myšlení a vnímání. V průběhu kognitivní psychoterapie se pacient učí řešit problémy a situace, které se mu dříve zdály nepřekonatelné, zatímco znovu promýšlí a opravuje své myšlení. Kognitivní terapeut pomáhá pacientovi naučit se myslet a jednat realističtěji a adaptivněji, čímž eliminuje jeho negativní příznaky (Praško et al., 2013).

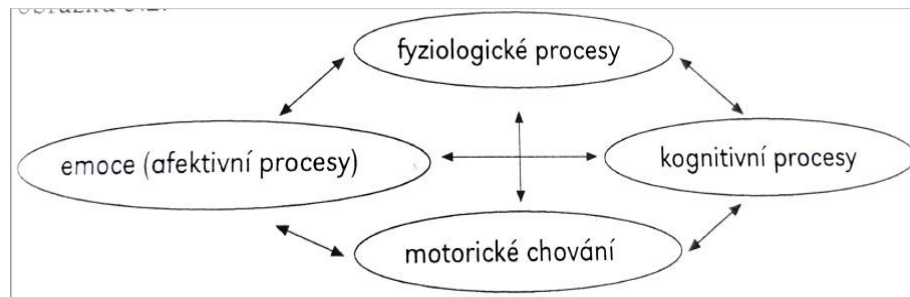
### 3.1.3. Integrace KBT

KBT převzala z behaviorální teorie empirické ověřování, tedy detailní analýzu a sledování podnětů nebo měření různých aspektů chování. Z kognitivní teorie pak zkoumání a měření intrapsychických proměnných, což umožnilo její aplikaci u různých psychických poruch: afektivních, úzkostných, u schizofrenie, posttraumatické stresové poruchy, poruch spánku, obezity, závislostí a sexuálních dysfunkcí (Praško et al., 2013).

Může se zdát, že přístupy jsou vzájemně vylučující, jelikož jeden tvrdí, že „významné jsou vnější pozorovatelné faktory“, a druhý, že „významné jsou vnitřní

nepozorovatelné faktory“. Ale jak ukazuje praxe, směry jsou vzájemně doplňující. To znamená, že behaviorální model P – R – N, který se opírá jen o pozorovatelné proměnné, doplňuje kognitivní model, který popisuje i různé reakce organismu na stejné podněty a následky. Hlavním pojmem v KBT je *chování*. Terapie je založena na vzájemném ovlivnění jeho složek. Například pokud člověk má fobii, mohou se objevit příznaky fyziologické (pocení, tepová frekvence, dychání), kognitivní (negativní myšlenky, např. „Mám infarkt...“), emocionální (pocity strachu a úzkosti) nebo motorické (člověk se pohybuje více, nebo naopak méně, mění se mimika, gesta a řeč). Každá z těchto složek se dá popsat pomocí tří vlastností: frekvencí, intenzitou a trváním (Možný a Praško, 1999).

**Obrázek 3: Langův model chování (1985)**



Zdroj: (Možný a Praško, 1999 str. 45)

### 3.2. Základní rysy

Kratochvil uvádí, že terapeuti KBT definují odlišně. Někdo ji popisuje jako behaviorální terapii, která se při korekci chování věnuje také intrapsychickým procesům, jako jsou myšlení a očekávání (představy). Někdo vidí KBT jak formu kognitivní terapie, jež využívá nácvikového chování ke změně myšlení klientů (Možný a Praško, 1999). Například Meichenbaum (1992) a Mahoney (1991) si myslí, že hlavní je změna klientova subjektivního světa, jeho škodlivých přesvědčení a nevhodného chování tak, aby to vyhovovalo jeho potřebám a cílům (Možný a Praško, 1999).

Praško s kolektivem (2013) uvádějí, že v praxi je hodně výjimek, které by přesně odpovídaly charakteristice KBT. Podle Beckové (2011) lze popsat její základní rysy takto:

#### 1. Rozsáhlý teoretický základ

Vychází z behaviorální a kognitivní psychologie. Postupy jsou založené na potřebách konkrétního klienta a detailní analýze případu.

#### 2. Je to vědecky podložený a logický typ psychoterapie

Kognitivně-behaviorální psychoterapie vylučuje mystiku, spekulace a nejasnou terminologii, spoléhá na konkrétní fakta a kriticky je zkoumá. Hypotézy se tvoří na základě objektivních faktů a konkrétních údajů a ověřují se v praxi. Síla, ale někdy slabost kognitivně-behaviorální psychoterapie, spočívá v tom, že se snaží přiblížit psychoterapii vědě přesunem od umění a filozofie. Účinnost psychoterapie je prokázána, testovala se na velkých skupinách pacientů s následným dlouhodobým sledováním stavu. V průběhu psychoterapie se shromažďují fakta, která svědčí o frekvenci, trvání a závažnosti negativních zážitků, ale také o problematickém chování.

### **3. Je zaměřená na aktuální problémy a na faktory problém udržující**

Ve srovnání s psychodynamickými oblastmi se kognitivně-behaviorální psychoterapie méně zaměřuje na dávné příčiny problémů, protože jejich stanovení je vždy nepřesné a obtížně ověřitelné. Akcentuje naopak faktory, které existují teď (vyhýbavé chování, sekundární zisk nebo iracionální přesvědčení).

### **4. Je přesná a konkrétní**

Cíle jsou formulovány stejně jako problémy konkrétně, funkčně a prakticky, aby bylo možné určit, zdali jich bylo dosaženo, nebo ne. Například: Pokud člověk má strach ze psů – cítí úzkost – terapeut se ptá u klienta: „Jak často cítíte úzkost, když vidíte psa? Jak dlouho to trvá? Jak byste ohodnotil sílu záchvatu od 1 do 10?“ Problém by zněl: „Klient se nemůže přiblížit k psovi blíže než na 50 metrů.“ A cíl by zněl: „Být schopný přiblížit se k psovi na 10–20 metrů.“

### **4. Terapeutický vztah je budován na aktivní vzájemné spolupráci**

Základem vztahů mezi terapeutem a klientem v kognitivně-behaviorální terapii je otevřená aktivní spolupráce. Terapeut poskytuje pacientovi potřebné informace – vysvětluje mu význam každého terapeutického procesu. Terapeut je empatický, citlivý a vnímavý. Používá pouze pacientovi dostupné pojmy. Psychoterapeut očekává, že se pacient bude aktivně snažit řešit své problémy sám, plnit domácí úkoly a bude připraven vyzkoušet nové způsoby myšlení a chování. A to i při dočasném nárůstu emočního nepohodlí.

### **5. Je strukturovaná a direktivní**

To znamená, že má předem strukturovaný program, který umožňuje nejlepší využití přiděleného času a dosažení konkrétních cílů. Psychoterapeut je zpočátku aktivnější a přebírá roli odborníka, ale postupně jeho aktivita klesá. Hlavní odpovědnost je přenesena na pacienta. Když se klient stává úspěšnější při řešení svých problémů, přestává potřebovat psychoterapeuta.

### **6. Vede k samostatnosti klienta**

S pomocí pravidelných tříd dostává klient určité dovednosti ve formování konstruktivního myšlení, naučí se řídit vnitřní stav, cvičí své schopnosti a rozvíjí sebevědomí, což vede k jeho soběstačnosti a nezávislosti.

### **7. Je relativně krátkodobá a časově omezená**

Psychoterapie obvykle trvá několik měsíců; ve výjimečných případech déle než jeden rok. Obvykle nepřevyšuje počet 20 sezení, které trvají 45 až 90 minut. Na začátku terapie je frekvence vyšší – jednou až dvakrát týdně. Postupně se frekvence snižuje – na jedenkrát za dva týdny až jednou měsíčně. Udržovací nebo podpůrná sezení jsou jednou za dva až tři měsíce.

### **3.3. Struktura KBT**

KBT je strukturovaná čili léčba se skládá z určitých logických etap, což už samo o sobě má pozitivní vliv na klienta. Před zahájením samotné terapie je vždy důležité provést důkladnou diagnostiku. Strukturu KBT rozděluje Praško takto:

- předběžné vyšetření,
- podrobné vyšetření,
- analýza a formulace problému,
- stanovení cílů,
- vytvoření a realizace plánu léčby,
- konec terapie.

Nejdříve proběhne orientační vyšetření, cílem, kterého je zjistit, zda je klient vůbec vhodný pro tento druh terapie. Například zda člověk netrpí závažným duševním onemocněním nebo nemá důvěru ke KBT, protože už jí zkoušel a nepomohla mu. Popřípadě se nechce ponořit do terapie a naplňovat to, co vyžaduje terapeut. Dále se získávají informace o problému (kdy začal a jak probíhá). Následuje vysvětlení principů KBT a charakteru léčby. Tato etapa trvá 60–90 minut (Možný a Praško, 1999).

Pokud předběžné vyšetření ukáže, že člověk by mohl začít léčbu, strany se dohodnou na vzájemné spolupráci. Provede se podrobné KBT vyšetření, které zahrnuje KB rozhovor, měření fyziologických údajů, sebesuzování (dotazníky a testy), sebesledování, informace od příbuzných a přímé pozorování. V této fázi – během kognitivně-behaviorálního rozhovoru – klient popisuje současný stav problému podle Langova modelu (obr. 4) ve třech dimenzích: frekvence, trvání a intenzita. Dále klient vypovídá o tom, jak problém vznikl a jak probíhá, tedy popisuje důležité životní události, které předcházely

vzniku a vývoji současného problému. Následuje popis choroby a predisponujících faktorů: vztahy (rodinné, sexuální, školní), koníčky a další aktivity, vzdělání a kariéra atd. Sebesledování má centrální roli v KBT, a to nejen proto, že poskytuje informace o klientovi a přispívá ke snížení frekvence sledovaných jevů, ale také proto, že pokud klient neplní pokyny terapeuta, terapie nepřinese očekávané výsledky. Sebeuposuzování je zcela konkrétní – používá škály s bodovým rozmezím. Terapeut během vyšetření pozoruje klienta a tím získává informace o tom, co klient sám nevnímá. Provádí se behaviorální testy nebo scény s pomocným hercem. Důležitou složkou je také informace, kterou člověk nedisponuje nebo si ji uchoval pro sebe. Pak ji terapeut může získat od dalších lidí. Tento krok trvá minimálně hodinu, ale bývají případy, kdy trvá dvě hodiny a více. Proto se tato etapa může skládat z několika sezení (Praško et al., 2013).

Po vyšetřeních následuje behaviorální, kognitivní a funkční analýza a formulace problému. Problém se analyzuje během behaviorální části podle modelu operantního podmiňování: podnět – reakce (chování) – následek. Podnětem v tom případě mohou být nejen události (situace), ale také faktory chování, kognitivní, tělesné, sociální nebo emoční faktory. Příjemné následky stimulují opětovné chování, naproti tomu nepříjemné nutí k tomu, aby se toto chování neopakovalo. Kromě okamžitých mohou existovat i dlouhodobé následky, které mění životní styl klienta. Kognitivní analýza se zabývá rozborem myšlenek. Pomocí funkční analýzy můžeme pochopit, proč tento problém zůstává. Jedním z důvodů může být sekundární zisk – člověk s monofobií (strach z osamělosti) se nechce zbavit této poruchy, protože příbuzní vědí, že nemůže zůstat sám. Tím pádem s ním vždy někdo je. Po kompletní diagnostice je předběžně formulován problém, který má klient upravit nebo modifikovat (Praško et al., 2013).

Cíle se zakládají na tom, jak byly definovány problémy. Musí souhlasit s těmito kritérii:

- Být konkrétní, tedy obsahovat přesnou frekvenci a trvání, aby bylo zřejmé, zda cíle bylo dosaženo, nebo ne (Budu schopen být sám doma šest hodin).
- Být reálně dosažitelný a funkční, aby to přineslo praktický užitek.
- Být pozitivní a říkat si: „Budu moct, budu schopen...“

(Praško et al., 2013)

Dále se vytvoří plán léčby, který závisí kromě cílů na druhu poruchy. Podle toho se určí počet sezení. Obvykle je jich 5–20 s frekvencí jednou týdně (Praško et al., 2013).



Pokud cílů bylo dosaženo, poslední etapou je ukončení léčby, které odpovídá principům KBT: konečným cílem je samostatnost klienta. Podpůrná terapie má preventivní funkci a provádí se jednou měsíčně, aby klient neměl strach z toho, že léčba končí (Praško et al., 2013).

### 3.4. Metody KBT

Detailně popsat všechny metody a techniky není kvůli rozsahu této práce možné. V následujících kapitolách proto budou uvedeny jenom ty, které se k léčbě HPO používají.

HPO je obvykle komorbidní, tedy spolu s ní se objevují další poruchy (depresivní, úzkostná, zavistlosti atd.), a proto je důležité hierarchicky strukturovat problémy podle jejich závažnosti. Becková upozorňuje: „*Při výběru techniky je třeba se orientovat na obecnou konceptualizaci pacientovy situace a cílů konkrétního sezení.*“ Spolu s terapeutem pacient pracuje na zdůraznění konkrétních modelů negativních myšlenek a behaviorálních reakcí na složité a stresové situace. Léčba zahrnuje vývoj vyváženějších a konstruktivnějších způsobů, jak reagovat na podněty (situace) protředí. Terapeut učí pacienta konstruktivním formám chování, přizpůsobuje jeho dysfunkční myšlenky a vzorce chování (Becková, 2011).

V základních rysech KBT je velmi důležitou částí terapeutický vztah, který vyžaduje důvěru a otevřenost. „*Terapeutický vztah je zásadní pro celou terapii a je potřeba jej v podstatě v každém sezení obnovovat.*“ (Grambal et al., 2017, s. 174) Klient s HPO musí pochopit a cítit, že terapeut pacienta opravdu přijímá. Odborníci doporučují mít trpělivost, podporovat pacienta v jeho snaze zlepšit se, dávat mu najevo, že terapeut rozumí, proč je pro něj komplikované důvěřovat lidem a jakou negativní zkušenost s tím měli hraniční lidé dříve (Grambal et al., 2017). Další složkou dlouhodobého důvěrného vztahu je potřeba domluvit a nastavit hranice, a to jak ze strany terapeuta, tak ze strany klienta, aby nedocházelo ke konfliktním situacím, které by mohly narušit křehkou stabilitu spolupráce.

KBT je moderní psychoterapeutický přístup, jenž obsahuje velké množství metod, technik a postupů. Pro jedince bez terapeutické zkušenosti v této oblasti a obsáhlých teoretických znalostí může být komplikované strukturovat je, a přitom se do nich nezamotat. Možný a Praško (1999) je rozdělují do těchto kategorií:

- metody zaměřené na ovlivnění tělesných příznaků;
- metody zaměřené na ovlivnění zjevného chování (později byly spojeny do kategorie behaviorální metody);
- kognitivní metody;

- komplexní metody.

Odborníci však upozorňují, že toto rozdělení je umělé a vytvořené pouze z didaktických důvodů, jelikož ovlivnění příznaků je vzájemně propojené a změna v jednom aspektu problémů provokuje změny v ostatních (Praško et al., 2013). Mezi techniky využívané v KBT u klientů s HPO patří: nácvik seberegulace a sebeřízení, nácvik emočního sebeuvědomování, regulace afektů a impulzivity (Grambal et al., 2017).

### **3.4.1. Behavioralní metody**

Behaviorální techniky se zaměřují na změny chování, jako jsou redukce sebedestruktivního chování a nácvik dovedností, jak reagovat na problémy zdravým a adaptivním způsobem (Matusiewicz et al., 2010) Můžou pomoci techniky, jejichž základním komponentem je habituace (vyhasnutí), která byla zmíněná v kapitole Behaviorální terapie. Patří mezi ně techniky expozice, kdy je nemocný vystaven tomu, čeho se bojí, v případě jedinců s HPO strachu z opuštění. Během imaginární expozice si klient opakovaně představuje situace nebo nejhorší alternativy, ze kterých má strach, a to se všemi detaily, tedy emocemi, myšlenkami a pocity. Klient ve fantaziích prožívá, jak ho partner opouští, a analyzuje, co bude dál. Tímto způsobem postupně dochází k desenzibilizaci, tedy strach už není tak silný jako dřív. Systematická desenzibilizace se zaměřuje na vyvolávání pocitu obávané situace současně se svalovou relaxací (Praško et al., 2013).

Lidi s HPO – v nekomfortní situaci – cítí strach a úzkost, v důsledku čehož mohou jednat impulzivně a nepromyšleně. Techniky svalové relaxace a kontrolovaného dýchání by mohly pomoci uklidnit se v případě hyperventilace nebo záchvatu zlosti a následně lépe proanalýzovat situaci a po důkladné úvaze najít lepší řešení. Nejpopulárnější modely vyvinuli Schultz, Jacobson a Öst. Během Jacobsonovy techniky progresivní relaxace se klient učí lépe vnímat svůj organismus střídavým smršťováním a uvolňováním svalů. Cílem této techniky je rychlá relaxace v okamžiku, kdy klient cítí úzkost. Östova aplikovaná relaxace by mohla pomoci klientovi získat jistotu v tom, že může snést a zvládnout úzkost. Během této techniky je člověk vystaven na krátkou dobu stresující situaci a snaží se uvolnit a překonat nepříjemné pocity. Během Schultzova autogenního tréninku klient prostřednictvím vět zklidňuje dech, tím pádem i tep a vyvolává si příjemné pocity v těle (Praško et al., 2013).

Klient s HPO často vede chaotický způsob života, špatně plánuje věci dopředu a impulzivně utrácí peníze (Röhr, 2009). V analýze vlastního chování může pomoci

sledování a plánování činnosti. Detailní záznam činnosti může pomáhat terapeutovi, ale také klientovi pochopit věci, které škodí životu klienta (Praško et al., 2013). Plánování a sebeodměňování mu pomáhají uspořádat činnost a naplnit potřebu pochvaly či ocenění, které klientům chyběly v dětství.

Jak už bylo uvedeno, klient s HPO se chová maladaptivně, a to buď z toho důvodu, že se nenaucil jednat, nebo ví, jak se má chovat, ale nemůže to udělat, v důsledku čehož ho okolí často odsuzuje. Při skupinové terapii může člověk s HPO pozorovat úspěšnější kolegy a napodobovat je. Hraní rolí je jednou z nejužívanějších metod, během které se odehrává modelová situace. Klient zaujímá roli pozorovatele a snaží se popsat aktuální situaci. Potom se stává jedním z aktérů – terapeut ho v případě vhodného chování chválí a upozorňuje na to, kde se musí ještě zlepšit (Praško et al., 2013). Například: Odehrává se situace, kdy klientka pozoruje partnera mluvícího s jinou ženou. Načež mu vynadá, že ji nemá rád. Pod vedením terapeuta si postupně bude zkoušet vhodnější varianty chování v této situaci.

### **3.4.2. Kognitivní metody**

Obvykle se stává, že lidé s HPO nechápou, co se nimi vlastně děje. Lepší informovanost o poruše – že se v populaci objevuje poměrně často a že je možné ji ovlivnit a vyléčit – už sama o sobě může mít terapeutický efekt. Edukace může pomoci pacientovi pochopit lépe nejen průběh nemoci, ale také sama sebe, což by mohlo mít pozitivní vliv na zlepšení sebeidentifikace hraničních pacientů.

K redukci sebedestruktivního a sebevražedného chování by mohly být užitečné techniky odvedení pozornosti nebo sebeinstruktáže. Například když začnou vznikat autoagresivní myšlenky a představy, klient začne s plným soustředěním dělat něco jiného: věnuje se běhu, opravě motorky nebo auta, posilování atp. A to s cílem přerušit neadekvátních myšlenek. Může se soustředit na okolí, začne detailně popisovat co vidí a slyší, věnuje pozornost tomu, kde se momentálně nachází. Důležité je také kombinovat mentální a tělesnou činnost, například vařit jídlo a zároveň poslouchat audioknihu (Praško et al., 2013). Během sebeinstruktáže v situaci, kdy se chce třeba pořezat, sám sobě řekne: „Co já to vůbec dělám? Proč to dělám? Musím se uklidnit...“ A když se mu podaří zabránit pořezání, pochválí se: „Výborně, zvládl jsem ten pocit, mám nad ním kontrolu.“

Jednou z technik používaných kognitivně-behaviorálním terapeutem je kognitivní restrukturalizace (Matusiewicz et al., 2010). Je to hlavní metoda v kategorii kognitivních metod, která pomáhá určit automatické negativní myšlenky (ANM) a změnit je na

racionálnější a vhodnější (Praško et al., 2013). Hraniční pacienti často neumí adekvatně vyhodnotit situaci. Například partner řekne, že se mu nelíbí nová sukňe – myšlenkou bude: „Chce mě opustit“, „Nemá mě rád“, „Určitě by své kamarádce něco takového neřekl, nenavidím ho“. Následnou reakcí bude smutek nebo hněv. Terapeut pomáhá člověku určit, za jakých okolností vznikají ANM, zkoumat jejich platnost a najít alternativní myšlenky. Například, že partner mě má rád, jen když se vrací z práce unavený a hladový, moc mě nevnímá, jinak mi stále říká, jak jsem krásná. Velmi rozšířenou je technika sokratovského dotazování, kdy terapeut prostřednictvím vhodných otázek směřuje klienta k tomu, aby si uvědomil iracionalitu svých dualistických přesvědčení (Praško et al., 2013). Například: Klientka říká, že partner ji dřív miloval a víc se jí věnoval, ale teď na ni nemá čas, tedy ji nemiluje. Terapeut upozorňuje na skutečnost, že teď má víc pracovních povinností, proto nemá tolik času. A že když má aspoň jeden den volna, tak se jí věnuje.

Podle Becka ANM vychází z hlubší urovně kognitivních přesvědčení, které psycholog nazývá *kognitivní schémata*. Používá se zde technika určení a zpochybňování dysfunkčních schémat Tyto struktury se formují v dětství jako reakce na odmítavé chování, opuštění a zanedbávání ze straný druhých (Praško et al., 2013). Lidé s HPO jsou přesvědčení, že ostatním nelze věřit, že oni sami jsou špatní, nikdo je nechce, celý život budou sami, a kdyby náhodou někoho zaujali, tak si jsou jistí, že je dotyčný člověk stejně opustí. Určit schémata lze pomocí rozboru vzpomínek, analýzy životopisu nebo diskuse během terapie. Zpochybňování určitých schémat je možné pomocí vhodných otázek a uvádění příkladů. Cílem je změnit radikální přesvědčení na vhodnější (Praško et al., 2013). Například „Lidem nelze věřit“ na „Lidé jsou různí – někomu se dá věřit, jinému ne.“

### **3.4.3. Komplexní metody**

Mezi komplexní metody, které mohou být užitečné při terapii HPO, patří především nácvik sociálních dovedností, řešení problémů, regulace emocí, zvládání impulzů, snížení přecitlivělosti nebo nácviky zvládání úzkosti a zlosti.

Nácvik sociálních dovedností pomáhá zvýšit efektivitu mezilidské interakce a tím předcházet zbytečnému stresu v jednáních. Mezi nejužívanější techniky patří hraní rolí, nácvik podle vzoru a zpětná vazba (Praško et al., 2013). Lidé s HPO se charakterizují tím, že se často nemohou zapojit do společnosti a kolektivu, a proto pořád trpí pocitem osamělosti. Technikou, která by pomohla nacvičit vhodné chování mezi lidmi, může být hraní rolí, kdy klient s terapeutem modelují situace a hledají alternativy pro adaptivnější

chování. Hraniční klient se také může učit napodobováním podle vzoru, kterým může být jak terapeut, tak i člen terapeutické skupiny. Praško s kolektivem(2013) zdůraňují, že nejdůležitějším aspektem těchto technik je pozitivní ohodnocení a ocenění klienta.

Nácvik řešení problémů přispívá k lepšímu fungování jedince s HPO ve společnosti a ke snížení počtu nepromyšlených řešení. Pacient se pokouší najít vhodnější řešení určité situace. Klienti s HPO obvykle jednájí impulzivně a neumí hodnotit své činy. Tato metoda umožňuje nalézt všechny možné varianty řešení určité situace, zhodnotit jejich výhody nebo nevýhody a uskutečnit tu nejlepší z nich (Grambal et al., 2017).

Nácvik zvládnání emocí je pro člověka s afektivní dysregulací velmi přínosný v tom, že mu pomáhá pojmenovat, zhodnotit a efektivně vyjadřovat své emoce ( Praško et al., 2013). Sebedestruktivní chování je také specifickým rysem HPO, ovládat ho pomůže nácvik kontroly impulzivity. Během něho klient nejdříve zaznamenává, za jakých okolností toto chování vzniká a nacvičuje postupy pro jeho eliminaci pomocí odvedení pozornosti. Lidé s HPO jsou velmi citliví a obvykle zkráceně vnímají informace prostupující z okolí.

Nácvik snížení přecitlivělosti stabilizuje reakci a pomáhá lépe snášet kritiku, žárlivost nebo podezřívavost. Většinou se používá technika kognitivní restrukturalizaci a hraní rolí (Praško et al., 2013). Klient se učí reagovat přiměřeným způsobem, logicky vysvětlit situaci a v klidu si rozmyslet následky.

Člověk s HPO se musí naučit ovládat svůj hněv a reagovat vhodnějším způsobem na stresující podněty. Pomocť mu k tomu může nácvik zvládnání zlosti. Druhou reakcí na stres může být úzkost a strach, které mohou provokovat potíže v životě člověka s HPO. Zvládnout úzkost pomůže speciální nácvik, během kterého se klient učí technikám kontrolovaného dýchání a svalové relaxace (Grambal et al., 2017). Záměrem všech výše popsaných technik je především samostatnost klienta, tedy naučit ho reagovat v určité situaci správně, a poskytovat mu tak pomoc bez účasti terapeuta.

Přestože klasická KBT z druhé vlny ukazuje dobrou efektivitu při ovlivňování jedinců s HPO, jeden z jejich zakladatelů a nejznámějších představitelů Aaron Beck říká, že klasická KBT musí být modifikována z toho důvodu, že má pouze omezený efekt (Praško et al., 2013). V následujících kapitolách budou zmíněny právě tyto modifikované přístupy ze třetí vlny a jejich odlišnosti od klasického KBT modelu. Detailnější bude pohled na DBT.

## 4. Modifikace KBT

Na základě KBT se začaly objevovat další přístupy: přístup založený na všímavosti (angl. Mindfulness-based Cognitive Therapy), terapie pomocí přijetí a závazku (Acceptance and Commitment Therapy), schématerapie a DBT. Klasický KBT model se zaměřuje více na problémy a negativní vzorce, které je třeba změnit. KBT třetí vlny se zaměřuje na uvědomění a přijetí, tedy pomáhá klientovi přijímat sám sebe, jeho zvláštnosti a lépe si porozumět (Šlepecký et al., 2018). V léčbě HPO však zvláštní pozornost zaslouží DBT a schématerapie.

Schématerapie je integrativní systém v psychoterapii pro léčbu poruch osobnosti, který v sobě spojuje KBT, psychoanalýzu, gestalt terapii, teorii objektivních vztahů, teorii attachmentu (citové vazby) a interpersonální psychoterapii. Byla vyvinuta americkým psychologem Jeffreyem Youngem (Vreeswijk et al., 2014). Název terapie zdůrazňuje myšlenku, že hraniční klient jedná podle vzoru vytvořeného v dětství – raných maladaptivních schémat. Lze je definovat jak vnímání reality, které se vytvořilo v dětství pod vlivem traumatických událostí nebo špatného zacházení a projevuje se během celého života vlivem podobných okolností. Cílem terapie je pomoci pacientovi uvědomit si jeho vzorce (schémata) a zdroj emocí, které vznikají, když jsou tyto vzorce aktivovány. Při aktivaci schématu člověk zažívá silné negativní emoce a používá obvyklé copingové styly: kapitulaci, vyhýbání se schématu a hyperkompenzaci. Kapitlace znamená, že lidé se vzdávají a akceptují schéma jako skutečnost. Při vyhýbání se člověk brání podnětům, které by mohly spustit schéma. Hyperkompenzace popisuje opak toho, co člověk zažil v dětství, když byl zanedbáván svými blízkými, to znamená, že v dospělosti bude velmi přísný, a bude se snažit všechno kontrolovat. Dále je třeba najít způsoby, jak reagovat odlišně na události zničením starých vzorců chování. Na rozdíl od kognitivně-behaviorální psychoterapie, terapie zaměřená na schémata bere v úvahu a analyzuje dětská zranění a silné pocity spojené se současnými i minulými situacemi (Grambal et al., 2017).

Jednou z nejznámějších technik je *omezené znovurodičovství* (limited reparanting). Terapeut hraje roli „správného“ rodiče a snaží se naplnit chybějící potřeby pacienta (Vreeswijk et al., 2014). Efektivita této techniky byla potvrzena studiemi, které prezentují plné uzdravení HPO klientů (Lockwood, 2008) Dobré výsledky v terapii klientů s HPO má také DBT, kterou vyvinula Marsha Linehanová.

## 4.1. Dialekticko-behaviorální terapie

Zakladatelka přístupu trpěla HPO, poškodila sama sebe a nemohla založit společenský život. Většinu času trávila v nemocnici a nechápala, co se s ní děje. Pocit přijetí jí pomohl vyrovnat se s emoční nestabilitou. Linehanová v interview New York Times říká: „*Rozuměla jsem jejich utrpení, protože jsem tam byla, v pekle, bez potuchy, jak se dostat ven.*“ (Carey, 2011)

DBT přístup je určen k léčbě komplexních poruch osobnosti, zejména HPO. Kombinuje individuální a skupinovou formu (Praško et al., 2019). Spojuje přitom KBT s přesnou diagnostikou a důkladným pozorováním chování, ale také s dialektikou (akceptace protikladů – přijetí klienta, jaký je, a zároveň jeho změn). Charakteristickým aspektem je spojení západních vědeckých technik a východní filozofie zenového buddhismu. Základem DBT je biosociální teorie, která říká, že HPO vzniká na základě biologických predispozic, které jsou posílené prostředím. Hlavním bodem této terapie je nutnost přijímat pacienty a zároveň se je pokoušet měnit. V procesu DBT terapeut učí pacienta používat dovednosti emoční regulace, mezilidské účinnosti, dovednosti přenosu stresu, obecného duševního zapojení a sebekontroly. Důraz je kladen na rozpoznávání emočních reakcí člověka, v důsledku čehož osoba trpící HPO cítí podporu. (Linehanová, 2008) Současně bylo prokázáno, že zvládnutí dovedností při regulaci emocí v procesu DBT snižuje emoční reaktivitu (Kreisman a Straus, 2010).

### 4.1.1. Strategie DBT

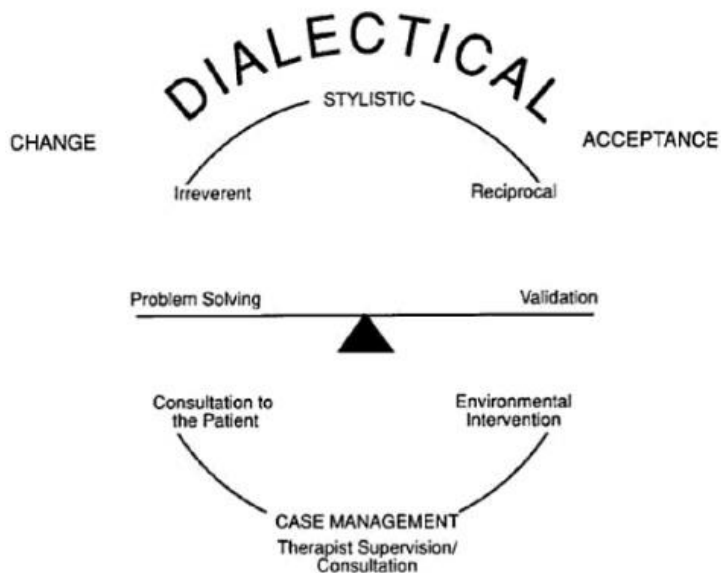
Linehanová (2008) vymezuje tyto formy DBT: individuální terapie, skupinová terapie, trénink dovedností, telefonické koučování, poradenství při klinických případech a doplňková léčba. Individuální terapie se koná jednou týdně a trvá jednu až dvě hodiny. Během ní se terapeut zabývá změnou maladaptivního chování na vhodnější. Návik dovedností s terapeutem pomáhá klientovi získat schopnosti do jeho života, pracovat s myšlenkami a chováním. Skupinová terapie probíhá dvě až tři hodiny každý týden. Ve skupině a s pomocí terapeuta klient pozoruje dovednosti zvládnání emocí u ostatních členů. Jedná se o klíčovou součást terapie, protože lidé s HPO nejčastěji trpí afektivní dysregulací. Pokud se klient v každodenním životě potýká s obtížnou situací, může (po předchozí domluvě) se telefonicky spojit s terapeutem a získat nezbytnou podporu. Terapeut mu připomene strategie, které získal skupinovou a individuální terapií, a vyjedná s ním, jak je uplatní v současné situaci. Někteří klienti potřebují kromě výše popsaných forem ještě farmakoterapii, denní stacionář, rodinné konzultace atp., tedy doplňkovou léčbu

(Linehanová, 2008). Práce s těmito klienty je velmi náročná a problémová, proto spolu terapeuti řeší problematické aspekty v terapeutickém konzultačním týmu (Praško et al., 2019)

Konečným cílem DBT je samostatnost a nezávislost klienta, tedy aby jedinec byl „sám sobě terapeutem“. Během léčby klientů s HPO však existuje několik cílů, které lze hierarchicky strukturovat. Jak už bylo zmíněno, jedním z charakteristických rysů těchto lidí je sebevražedné chování – proto prioritním cílem je eliminace suicidálního, parasuicidálního a autoagresivního chování. Dále je potřeba odstranit jednání, které může negativně ovlivnit terapeutický proces. Potom je třeba zbavit se potíží, které by mohly bránit v dosažení komfortního života. Důležitým cílem je i stabilizace dovedností, které jedinci pomáhají zvládat stres a jiné projevy nevhodného chování. Sekundární cíle se zaměřují především na zvládnutí emocí (Linehanová, 2008).

Terapeutický vztah tedy hraje jednu z určujících rolí – u pacientů, kteří mají tendenci k sebevraždám, to platí dvojnásob, protože vztah s terapeutem je někdy posledním zdržujícím faktorem před fatálním činem. Odborník musí bilancovat v dialektickém vztahu nejen mezi přijetím a změnou klienta, ale také mezi pomocí a samostatností (Linehanová, 2008). Kromě základních strategií validizace a řešení problémů se používají také strategie stylistické a strategie case managementu (obr. 4).

Obrázek 4: Terapeutické strategie DBT



Zdroj: (Linehanová, 1993)

Validizace je základní strategií, která popisuje schválení klienta. „*Terapeut pomáhá pacientovi porozumět, že jeho reakce dávají smysl a jsou pochopitelné v současném kontextu*“



*jeho života nebo v této situaci.*“ (Linehanová, 2008, str., 262) Validizace zahrnuje pozorování, reflexi a vlastní validizaci. Terapeut se snaží důkladně pozorovat, „čist myšlenky“, pochopit, co klient neřekl. Ve druhé fázi dává najevo klientovi, že ho poslouchá, parafrázuje jeho slova a projevuje empatii. Potom vyjadřuje pochopení s klientovým negativním chováním a reakcemi, zároveň akcentuje pozornost na vhodné reakce a chování. Emoční strategie validizace potřebuje výše zmíněnou bilanci, tedy přijetí nevhodných emocí tak, aby to vyvolalo kontrolu, a ne upevnění nebo potlačování, které může hrozit pozdějším výbuchem. Behaviorální strategie validizace pomáhá klientovi uvědomit si příčiny pocitu viny a vysvětlit je z hlediska okolností nezávislých na klientovi. Během kognitivní strategie validizace terapeut určuje konstrukty a přesvědčení jedince a pomocí sokratovského dotazování směřuje klienta k racionálnější interpretaci faktů. Důležité je i ocenění klientových úspěchů, pochvala a víra v to, že člověk má schopnosti to zvládnout (Linehanová, 2008).

Strategie řešení problémů se skládá ze dvou částí: pochopení a přijetí existujícího problému a rozvoj schopností zvládat problémové situace. První fáze zahrnuje analýzu chování, strategii insightu a didaktickou strategii. Druhá fáze se zaměřuje na změnu – zahrnuje analýzu variant řešení, orientačních strategií a strategií povinnosti. Behaviorální analýza pomáhá popsat problémové chování z hlediska frekvence, intenzity a trvání a následně ho analyzovat v modelu chování P–R–N (podnět – reakce – následek) z hlediska fyziologických, emočních a kognitivních procesů, motorického chování a faktorů prostředí. Strategie insightu je zaměřená na formulaci hypotéz o tom, jak a proč se klient chová určitým způsobem. Terapeut pomáhá pacientovi popsat různé aspekty chování a upozorňuje na ty body, kterých by si jedinec nevšiml. V rámci didaktické strategie terapeut nabízí empirické údaje výzkumů, odlišné teorie a koncepce chování, předává materiály o hraniční poruše, zejména o metodách léčby. Analýza variant řešení pomáhá klientovi pochopit jeho cíle a potřeby. Například sebepoškozující chování má za cíl potlačit duševní bolest atp. Terapeut pomáhá klientovi ve zpracování a hodnocení různých variant řešení situace. Orientační strategie používá odborník k tomu, aby klient pochopil, co dělá a proč. Když tomu klient rozumí, existuje větší pravděpodobnost, že výsledek bude úspěšný. V rámci strategie povinností klient slibuje, co bude dělat, a diskutuje o „za“ a „proti“ povinnosti s terapeutem. Populární technikou je *Ďáblův advokát*, kdy odborník uvádí protiargumenty, proč klient nemusí plnit slíbené povinnosti. Pacient se snaží překonat terapeuta, proč to dělat musí. Tato technika je vhodná k tomu, aby vytvořila u jedince „iluzi“ kontroly (Linehanová, 2008).

Stylistické strategie popisují charakter, styl a formy komunikace. V závislosti na tom, jak jedinci s HPO rychle mění své emoce a pohled na situaci, terapeut může jednat v rámci reciproční strategie, kde je citlivý, laskavý a upřímný, nebo používat negativní komunikační styl, tedy být nepřátelským a hrubým. Reciprocita je zranitelná, negativita může být konfrontační. Terapeut musí být schopen přecházet z jednoho stylu do druhého takovou rychlostí, že jejich sloučení jako takové bude stylistickou strategií.

Strategie case managementu zahrnují environmentální intervenční strategie, poradenství pacienta, supervizi a poradenství terapeuta. Environmentální intervence zahrnují péči o pacienta, ochranu jeho zájmů a poskytnutí informací jiným odborníkům, které se také zabývají léčbou. Poradenství je v podstatě pomoc klientovi, aby mohl vykonávat stejné úkoly sám, tedy starat se o sebe, předávat informace o sobě dalším odborníkům v jeho vlastním zájmu, ale také hovořit o svých potřebách a úspěšně spolupůsobit s ostatními. Jelikož obvykle léčbu provádí několik terapeutů, je potřebná výměna informací o pacientech, tedy supervize a poradenství. Na sezeních odborníci poskytují pomoc a rady, plánují léčbu a dostávají emoční podporu (Linehanová, 2008).

## 5. Možnosti sociální práce pro osoby s hraniční poruchou osobnosti

S ohledem na epidemiologickou situaci výskytu HPO ve společnosti, která je uvedena v kapitole Epidemiologie, potenciální množství lidí s touto poruchou se pohybuje v rozmezí přibližně 171 093–630 908 (Český statistický úřad, 2020). Nabídka sociálních služeb pro tuto specifickou cílovou skupinu je poměrně malá. Většina organizací zabývajících se cílovou skupinou „osoby s chronickým duševním onemocněním“ se zaměřuje spíše na poruchy psychotického spektra.

### 5.1. Sociální služby pro klienty s HPO

Jednou z nemnoha organizací, které mohou pomoci klientům s HPO, je nestátní nezisková organizace Kaleidoskop – centrum terapie a vzdělávání, z. ú. Mezi sociální služby, které poskytuje patří odborné sociální poradenství, služby následné péče a terapeutická komunita (Kaleidoskop, 2017).

Kaleidoskop na svém webu uvádí: „Založili jsme první a doposud jedinou terapeutickou komunitu pro lidi s poruchou osobnosti.“ (Kaleidoskop, 2017) Terapeutická komunita funguje od roku 2006 v Praze, v roce 2014 se však přestěhovala do Solenic pod Orlickou přehradou. Kromě hlavní léčebné metody – samotné komunity lidí, kde se klienti navzájem podporují a pomáhají, je využívána DBT, která je pro osoby s HPO velmi efektivní. Kapacita terapeutické komunity je 22 lidí ve třech skupinách, a to včetně klientů s jinými poruchami osobnosti. Pobyt klientů je rozdělen na dvě fáze (stabilizační a sociálně terapeutická), jejichž délka nepřesahuje 18 měsíců, obvykle však pobyt trvá zhruba rok. Délka stabilizační fáze je 1 až 3 měsíce, během kterých probíhá adaptace klientů a jejich příprava na další fázi. „Léčebný přístup i obsahová náplň aktivit vychází z technik *Dialekticko-behaviorální terapie*.“ (Kaleidoskop, 2019, str. 10). Sociálně-terapeutická fáze zahrnuje léčebný program, který je rozdělen na několik úseků, trvajících pár měsíců. Délka druhé fáze se zakládá na připravenosti klienta k samostatnému fungování ve společnosti a nepřesahuje 1,5 roku. V roce 2019 službu využilo 54 klientů, 15 osob však bylo odmítnuto (sedm z kapacitních důvodů, osm kvůli přílišné dekompenzaci nebo závažnějšímu duševnímu onemocnění) (Kaleidoskop, 2019). Prioritním úkolem v práci s těmito klienty je především snížení sebevražedných a sebedestruktivních tendencí. Pro hraniční klienty je důležitá permanentní podpora a důvěra. Pokud klienti budou cítit bezpečí, a ne budou mít

strach z opuštění, budou otevřenější a terapeutický vztah bude silnější. Pro sociální začlenění, jedinci s HPO se musí naučit správně jednat a komunikovat s lidmi v societě, kontrolovat, vyjadřovat a rozpoznávat emoce, zvládat impulzy. Tím, že se budou nacházet v těsném a dlouhodobém kontaktu s lidmi v komunitě, pozitivně ovlivní jejich adaptaci ke společnosti.

V rámci služeb následné péče jsou v pražském DBT centru poskytovány denní a večerní programy pro klienty s poruchou osobnosti a také podpůrné aktivity pro jejich příbuzné nebo blízké. Terapie může být jak individuální, tak i skupinová. Jejich cílem je nácvik sociálních dovedností, který pomáhá zvýšit efektivitu mezilidské interakce a snížit riziko maladaptivního chování (Kaleidoskop, 2019). Osoby s HPO jak bylo uvedeno v kapitolách výše iracionálně a nelogicky definují chování ostatních, a neumějí správně vyjadřovat své emoce. Nezbytnými dovednostmi pro tyto klienty jsou: verbální a neverbální dovednosti, řešení konfliktů, vyjadřování empatie vůči ostatním, vyjadřování svých vlastních emocí a pocitů, vyjádření zlosti a přijímání kritiky.

V rámci služeb sociálního poradenství se poskytují informace o poruše a seznam služeb a odborníků přicházejících do kontaktu s touto cílovou skupinou. Za poslední rok (2019) službu využilo 122 klientů v rámci léčebných programů – terapeutická komunita (54) a DBT centrum (68) – a 575 v rámci odborného sociálního poradenství. Jediná organizace v ČR, která se specializuje na poruchu osobnosti a nabízí DBT je Kaleidoskop. Podporu získává především od MPSV, Hlavního města Prahy, MČ Praha 4, MČ Praha 10, MČ Praha 12 a Středočeského kraje (Kaleidoskop, 2019). Není ve volném dostupu informace, která by více specifikovala poruchy klientů, využívajících výše sociální služby. S ohledem na výskyt HPO v populaci je velmi pravděpodobné, že tato kategorie klientů se tam objevuje.

Organizací, kde by klient s HPO mohl najít pomoc, je terapeutické centrum Modré dveře. Centrum nabízí služby pro široký spektrum psychických poruch včetně F60.3 – emočně nestabilní poruchy (TC Modré dveře, 2020). Filiálky se nachází v Praze, Říčanech a Kostelci nad Černými lesy a poskytují jak ambulantní, tak i terénní služby sociální rehabilitace, sociální aktivizace a krizové pomoci. Pro zájemce nabízí také individuální, skupinovou a rodinnou psychoterapii (TC Modré dveře, 2019).

Psychoterapeutická a psychosomatická klinika ESET v Praze nabízí pro klienty s HPO denní stacionář s psychoterapeutickou péčí, který trvá devět měsíců a zahrnuje skupinovou psychoterapii a arteterapii. Pro zájemce je také dostupná individuální psychoterapie (ESET, 2020).

Další organizací, která by mohla být vhodná pro klienty s HPO, je Fokus ČR. Je členem mezinárodních organizací a sdružuje deset samostatných neziskových organizací v sedmi krajích ČR. Většina z nich se nachází v severozápadních a jižních Čechách. Jejich cílovou skupinou jsou osoby s duševním onemocněním, na rozdíl od jiných společností však neodmítají ani lidi s hraniční poruchou (Fokus ČR). Kromě denních stacionářů, psychoterapie, psychiatrických a psychologických ambulancí, poskytují také služby případového managementu s prioritní terénní prací a krizovou pomocí (Fokus ČR).

## **5.2. Vývoj sociální práce pro lidi s HPO**

Jak již bylo zmíněno člověk s HPO má kvůli specifickému charakteru své nemoci řadu problémů, které mu brání cítit se komfortně ve společnosti, což vede ke zhoršení sociálního fungování. V důsledku stigmatizace ze strany společnosti a sebestigmatizace, adaptace klienta se snižuje. Vzdělání, pracovní uplatnění, rodinné vztahy, volnočasové aktivity a ostatní prvky běžného života se stávají komplikovanějším procesem. Dlouhodobá hospitalizace pacienta do nemocnice vede k jeho izolaci od společnosti a příbuzných, osamocení, ztrátě sociálních vazeb, a také omezení sociálního fungování. (Konová a Bakumenko, 2019)

Sociální práce v této oblasti má tři hlavní směry. První je orientovaný na klienta, terapie se provádí individuálně i ve skupinách. Cíle jsou: omezení a zmírnění následků choroby, rozvoj osobnosti, zlepšení kvality života klienta, posílení vazeb s vnějším světem. Druhý je zaměřen na mikrosociální prostředí klienta, tedy na jeho rodinu, přátele atd. Podpora se vytváří formováním umělého socioterapeutického prostředí: chráněného bydlení, včetně svépomocných skupin, psychosociálních klubů. Sociální práce ve třetím směru se provádí na makrosociální úrovni, a přispívá ke zvýšení tolerance populace vůči lidem s HPO, k překonání problému stigmatizace, zlepšení legislativy v oblasti duševního zdraví a v sociální oblasti, prevenci poruch osobnosti a dalších duševních poruch, obracení pozornosti státu, soukromých, charitativních, veřejných organizací, masmédií k problémům duševního zdraví a psychosociální rehabilitace lidí s HPO. Hlavním cílem sociálních služeb v této oblasti je zlepšit kvalitu života klientů s HPO a pomoci jim začlenit se do společnosti (Konová a Bakumenko, 2019). Služby by měly být dobře dostupné a zahrnovat komplexní psychoterapeutickou a sociální pomoc. Počet duševně nemocných ve společnostech stoupá, a proto vznikla potřeba modifikovat stávající systém.

V ČR v říjnu roku 2013 byla schválená na Ministerstvu zdravotnictví reforma psychiatrické péče, která bude probíhat 15 až 20 let. Realizace projektu začala jenom v roce 2017. Tato reforma je zaměřená na transformaci současného systému, a zahrnuje podporu nových služeb, zavádění nových přístupů, zapojení nových technologií. Důležitou součástí transformace institucionální péče v komunitní je vytvoření multidisciplinárních specializovaných komunitních týmů (MZ ČR, 2013). Během první poloviny roku 2019 bylo propuštěno 736 pacientů. Problémem je ale to, že přibližně půlka nemá bydlení a jejich příjem je nižší než 8500 korun (MZ ČR, 2019). V tomto případě sociální pracovník by mohl doplnit tým odborníků v oblasti psychiatrii. Pro klienty s HPO by to bylo velmi přínosné, jelikož klient se potřebuje naučit kontrolovat své emoce, chování a myšlenky, a také získat sociální dovednosti a informaci o své nemoci a možnostech začlenění do společnosti. To znamená, že jedinec by měl možnost dostat komplexní pomoc bez umístění do specializovaného ústavního zařízení.

*„Důraz bude kladen na primární zdravotní a psychiatrickou péči tak, aby její pracovníci byli schopni zajistit včasnou diagnostiku a léčbu základních duševních poruch.“* (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017, str.8). V kapitolách výše bylo uvedeno, že HPO je způsobená individuálními psychologickými zvláštnostmi a nepříznivým prostředím v dospívání. Včasná diagnostika by mohla snížit výskyt a rozvoj hraniční poruchy v populaci. Specialista v oblasti sociální práce by měl mít dobrou orientaci v poruchách osobnosti, pro správnou diagnostiku a směřování klienta ke kolegům s užšími znalostmi v oboru psychiatrie.

Zdravotnické a sociální služby budou fungovat jak „propojený systém“. Vytvoří se nové typy služeb: ambulance s rozšířenou péčí, centra duševního zdraví (CDZ). V ambulancích, kromě lékařů a zdravotnického personálu jako jsou adiktologové, psychiatrické sestry, terapeuti budou také pracovat odborníci v oblasti sociální práce. Součástí služeb mohou být také terénní práce a denní stacionáře. Mezi poskytované služby patří psychoterapeutické, adiktologické, psychiatrické, terénní komunitní služby a konsiliární služby. Ambulance bude poskytovat pomoc jak v, tak i vně ordinaci (MZ ČR, 2013). HPO je často komorbidní, a proto multidisciplinární tým odborníků by mohl zajistit široký spektrum pomoci pro hraniční klienty.

Tým CDZ by poskytoval zdravotně-sociální pomoc a také by zahrnoval profesionály z oboru sociální práce. Na 100 000 tisíc obyvatel by měl být dostupný 1 centrum, v Praze by jich mělo být kolem 10. Pomoc by byla dostupná jak v zařízení CDZ, tak i v přirozeném prostředí klienta. Centra by měli být dostupné, tedy aby se klient pomoci

veřejné dopravy tam dostal přibližně za 30 minut. Mezi ambulantní služby patří denní stacionář nebo denní centrum a zahrnuje individuální, skupinovou a rodinnou psychoterapii, vzdělávací programy a volnočasové aktivity. Terénní tým by se zabýval koordinací péči, vyšetřením a krizovou intervencí. Pro klienty v případě akutních problémů by byli dostupná krizová lůžka a krizová telefonická intervence. Na rozdíl od ambulanci CDZ by pracovali nepřetržitě (MZ ČR, 2013). Jedním z hlavních aspektu HPO, jak bylo uvedeno v předchozích kapitolách je emoční nestabilita, změna nálady a následné autoagresivní chování. Díky přítomnosti permanentní podpory a pomoci, klesalo by množství suicidálního a parasuicidálního chování, a spolu s tím i počet dokončených sebevražd.

Důležitým aspektem pomoci osobám s HPO je zotavení, to znamená, že člověk se nemusí plně uzdravit, ale to, že se musí adaptovat k měnícím se podmínkám okolí (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017). Jedinec s HPO se musí naučit jednat s lidmi, tedy správně identifikovat a definovat informaci postupující z vnějšího prostředí a zároveň vyjadřovat své vlastní emoce a myšlenky tak, jak je to přijatelné ve společnosti. On se musí naučit vykonávat svou sociální roli a přizpůsobit se společnosti s cílem komfortnějšího a kvalitnějšího života.

V některých případech je vhodnější psychiatrická nebo psychoterapeutická pomoc, v některých sociální práce. „*Pomáhající profesionálové by přece neměli soupeřit, měli by spolupracovat ve prospěch klienta.*“ (Faltisová, 2017) Profesionálové v oblasti sociální práce by měli být schopní posoudit a rozhodnout, zda pro klienta bude vhodná a dostačující sociální práce, a v případě potřeby směřovat osobu ke kolegům-psychoterapeutům a psychiatrům. Vytvoření dostupných center s multidisciplinárními týmy pracovníků, poskytujících jak ambulantní, tak terénní pomoc a v případě akutních potřeb klientů, krizovou pomoc, by zlepšilo jak odhalení HPO, tak i sám proces léčby a zapojení osoby do society.

## 6. Diskuse

Pacienti s HPO mají často řadu dalších poruch – depresi, poruchy nálady, úzkostnou poruchu, posttraumatickou stresovou poruchu nebo poruchu příjmu potravy a užívání návykových látek. Výzkum v této oblasti je proto náročnější a komplikovanější než v oblasti efektivity farmakoterapie. Existuje málo důkazů potvrzujících efektivitu určitého přístupu v léčbě HPO.

Výzkumy ukazují, že KBT přináší dobré výsledky v léčbě poruch osobnosti, a to včetně HPO (Matuszewicz et al., 2010). Snížení suicidálních myšlenek, depresivních příznaků a hraničních rysů jedniců s HPO (n = 32) léčených KT ukazují výsledky studie Browna a kolektivu z roku 2004 v (Grambal et al., 2017). Další studie srovnávající KBT (n = 32) s přístupem zaměřeným na člověka Karla Rogerse (n = 33) ukazují, že celková efektivita KBT byla vyšší (Cottraux et al., 2009). Některá dlouhodobější studie, které srovnávají KBT (n = 54) s obvyklou léčbou (n = 52) však ukazují přibližně stejné výsledky. U snížení suicidálních pokusů ale KBT ukazuje vyšší efektivitu (Davidson et al., 2006). Snížení sebevražedných tendencí ukazuje také review 15 RCT (Randomized control trial) studií KBT (Mewton a Andrews, 2016).

Efektivita DBT přístupu byla prokázána různými nezávislými studiemi (Matuszewicz et al., 2010). Metaanalýza srovnávající studie Linehanové a kolektivu (1991) (2006), Koonse a kolektivu (2001), Verheula a kolektivu (2003) a Cartera a kolektivu (2010) ukazuje účinnost DBT ve snížení parasuicidálního chování, afektivní kontrole a celkovém zlepšení (Grambal et al., 2017). Vyšší efektivita DBT byla také prokázána ve srovnání s přístupem zaměřeným na klienta (Turner, 2000). Další studie ukázaly menší počet hospitalizací, suicidálních pokusů (Rathus a Miller, 2002). Studie Evershead a kolektivu (2003, Rotter a Carr, 2013) a také Berzins a Trestman (2004, v Rotter a Carr, 2013), zaznamenali kontrolu zlosti u osob s HPO. Existují však studie, které srovnávají DBT s psychodynamickými terapiemi a ukazují stejné výsledky Clarkin et al. (2007, v Grambal et al., 2017). Studie také naznačují, že tři měsíce ústavní léčby DBT jsou výrazně lepší než nespécifická ambulantní léčba (Bohus et al., 2004)

Jak už bylo zmíněno výše, KBT a další směry založené na tomto přístupu mají prokázanou efektivitu v pomoci lidem s HPO. Je komplikované jednoznačně říct, jaký druh léčby je efektivnější a ekonomicky nenáročnější. Diferenciální výzkumy nejsou jednoduché, a to z toho důvodu, že výzkumné skupiny často bývají heterogenní, jelikož u HPO je častá komorbidita. Výzkumy, během kterých stejní pacienti budou léčeni KBT a po remisi



psychodynamickou terapií, nebo naopak, mohou trvat deset a více let, během kterých klient může změnit své postoje atp. Nelze jednoznačně říct, že předchozí zkušenost s léčbou nebude mít vliv na terapii po remisi.

Oliver James – psycholog psychoanalytického směru – v článku britského deníku Daily Mail říká, že KBT je „podvod a ztráta peněz“. Toto tvrzení se opírá o názor, že se KBT zaměřuje na současnost, a ne na kořen nemoci – nemůže jí tedy úplně eliminovat. Tyto myšlenky odborníci psychodynamického směru vyjadřovali ještě v minulém století, kdy KBT se jako směr začínal formovat. Další tézi Jamese lze v podstatě shrnout takto: „Krátkodobá léčba dává krátkodobý efekt.“ Výzkumy podle něj ukazují na to, že jedinci trpící depresí a úzkostí po dvou letech od ukončení KBT jsou stejní jako osoby, které vůbec neabsolvovaly žádnou psychoterapii (Hope, 2014). Z článku není jasné, o jaké výzkumy se opírá James, proto nelze tento článek vnímat jako objektivní fakt, ale spíše jako připomínku, což v podstatě detailněji popisuje John M. Grohol.

Argumentem proti Jamesovu tvrzení o krátkodobém efektu je výzkum Paykel et al. (2005), který zkoumá jedince s depresí ( $n = 158$ ) cca po šesti letech od ukončení KBT. Jeho výsledky ukazují, že postupně dochází k oslabení efektu léčby, plná remise byla pozorována po 3–4 letech. Další výzkum (Fava et al., 2004), o kterém se zmiňuje Grohol, také zkoumá depresivní pacienty ( $n = 40$ ). Během šesti let pozorování bylo zjištěno, že u lidí léčených v rámci KBT recidivy bylo dvakrát méně ve srovnání s klinickou léčbou (Grohol, 2018). Bohužel nepodařilo se najít výzkumy srovnávající účinnost terapie hraničních klientů léčených KBT a psychodynamickou terapií. Odborníci KBT zmiňují, že tento druh léčby není zázračný, i u jiných přístupů může po nějaké době docházet k remisi. Chtěl bych také vyjádřit subjektivní domněnku, že v tvrzeních Jamese může být ekonomický aspekt a osobní interes, který plyne z toho, že zájem britské vlády o programy léčby, ve kterých se používala KBT, a to včetně financování, byl vyšší. (Hope, 2014)

Jane Miltonová (2001) říká, že diferenciální výzkumy, srovnávající KBT s krátkodobou psychodynamickou terapií ukazují to, že výsledky jsou podobné. U výše zmíněných, a také ostatních psychoterapeutických přístupů využívaných v práci s klienty s HPO, důraz je kladen na profesionalitu a zkušenost terapeuta, a také na terapeutický vztah, který se charakterizuje důvěrou a podporou.

V některých zemích se sociální pracovník věnuje duševně nemocným mimo specializovaná zařízení a působí spíše jak pečovatel. V ČR sociální pracovník může pracovat jak v komunitních zařízeních, například krizová centra, denní sanatoria, centra denních aktivit atd., tak i v institucionálních zařízeních: psychiatrické oddělení nemocnice a léčebny.

V USA může například klinický sociální pracovník vykonávat i funkci psychoterapeuta (Matoušek et al., 2010). Výhodou sociálního pracovníka-psychoterapeuta může být jeho schopnost zaměřit se mimo jiné na psychické problémy klientů, ale zároveň existuje také nebezpečí podceňování sociálních aspektů problémů (Šupa, 2017). Podle názorů mnohých odborníků nemůže sociální pracovník takovou odbornou práci vykonávat, lidé ale obvykle neřeší, jestli před nimi sedí psycholog, psychoterapeut nebo sociální pracovník. Klient přichází s otázkou: „Můžete mi pomoci?“ (Lundquist, 2020) Václava Probstová v knize „Sociální práce v praxi“ píše: „*Vývoj systémů péče by měl podporovat deinstitucionalizaci.*“ (Matoušek et al., 2010, str. 134) Vývoj multidisciplinárních týmů, zvýšení dostupnosti a přenesení péče do přirozeného prostředí klienta jsou mimo jiné úkolem psychiatrické reformy (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017). V případech, kdy klient potřebuje vyřešit problém se zaměstnáním, s dluhem, bydlením atp., je užitečnější sociální pracovník. V případě, že člověk potřebuje vyřešit vnitřní psychologické problémy nebo se jedná o psychickou poruchu jako je například HPO, může být lepší psychoterapeut (Šupa, 2017). Podle mého názoru jsou vnitřní a vnější aspekty spolu propojeny a změna v jednom z nich ovlivní stav druhého aspektu. Tedy změna chování a myšlenek u klienta s HPO může způsobit jeho lepší zapojení do společnosti. Stejně tak, když se klientovi s HPO podaří získat zaměstnání, kde si ho váží a kde se cítí být potřebným, pocity úzkosti, depresivní nálady, sebevražedné myšlenky a maladaptivní chování mohou ustoupit do pozadí.

V USA jsou KBT a přístupy na ní založené velmi populární a mnoho terapeutů je využívá. U nás – jak plyne z informací, které jsem našel na webech jednotlivých organizací, málokdo z terapeutů má výcvik v KBT nebo podobném směru. S výjimkou jednotlivých pracovníků, kteří by teoreticky mohli absolvovat KBT nebo DBT výcvik, jedinou společností v ČR, kde je využíván DBT přístup, je Kaleidoskop. Je zřejmé, že počet potenciálních poskytovatelů behaviorálních přístupů pro osoby s HPO je nedostačující.

## Závěr

Sociální pracovník musí mít velmi široké spektrum znalostí v různých oblastech. Psychoterapeutické prvky v sociální práci jsou obvyklou skutečností. Mezi nejdůležitější části psychoterapie patří pomoc a podpora, které jsou také nedílnou součástí sociální práce. V některých případech pro kardinální změny je nutná komplexní pomoc, zahrnující jak sociální složku, tak i psychologickou a psychiatrickou.

Bylo uvedeno, že HPO trpí poměrně velká část populace a její vznik je způsoben právě psychologickými zvláštnostmi a nepříznivým prostředím. Jedinci s HPO se vyznačují potížemi v mezilidské interakci, a to kvůli impulzivité a afektivní dysregulaci, proto se nemohou plně integrovat do společnosti, navázat dlouhodobý vztah a racionálně reagovat na negativní situace. Z toho vyplývá potřeba změnit jejich maladaptivní chování a iracionální myšlenky a reakce. Dosáhnout pozitivních výsledků je možné pomocí KBT přístupu a jeho modifikaci, která je vytvořena speciálně pro touto kategorii klientů. Je to DBT.

V současné digitalizované společnosti musí být pomoc lidem přizpůsobená moderním aspektům společnosti. Reforma psychiatrické péče, která je zaměřená na deinstitucionalizaci, nutí sociální pracovníky k tomu, aby se lépe orientovali v oblasti poruch osobnosti a mohli zajišťovat kvalitní profesionální pomoc. Teoretický základ KBT by mohl sloužit nejen k definici příčin deviantního a delikventního chování klientů s HPO, ale je důležité i jeho etické hledisko. Pokud klient bude vnímán jako produkt okolností, bude jednodušší vést nehodnotící komunikaci a chovat se k němu s empatií a přijetím, nehledě na jeho nežádoucí chování. Některé KBT techniky jsou jednoduché a klient je může využívat sám, bez pomoci terapeuta, což v kontextu posledních událostí (pandemie covid-19) je velmi užitečné.

Problémem ale je nedostatečné množství míst, kde by klient s HPO mohl pomoc v rámci KBT a DBT získat. Jedinou organizací, která by mohla zajistit pomoc v rámci DBT je Kaleidoskop – Centrum terapie a vzdělávání, z. ú.. Jedním z řešení je financování KBT nebo DBT výcviků v rámci vzdělávací činnosti sociálních pracovníků v nově formujících se CDZ.

Na závěr uvedu shrnutí: Nejlepší pomocí, ať už v kontextu sociální práce nebo psychoterapie, je naučit člověka pomáhat sám sobě. KBT a odvozené přístupy jsou jednou z možných variant pomoci klientům s HPO.

## Seznam použité literatury

### Literární zdroje

BECK, Aaron T., John A. RUSH, Brian F. SHAW and Gary EMERY, 1979. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press. ISBN 0-89862-000-7

BECK., Judith S., 2011. *Cognitive behavior therapy: basics and beyond*. New York, USA: The Guilford Press. 2nd ed. Rev. ed. of: *Cognitive therapy*. 1995. ISBN 978-1-60918-504-6.

FALDYNA, Zdeněk, 2000. *Hraniční porucha osobnosti: diagnostika, komorbidita a možnosti terapeutického ovlivnění při psychiatrické hospitalizaci*. Praha: Psychiatrické centrum Praha. ISBN 80-85121-56-5.

GRAMBAL, Aleš, Ján PRAŠKO a Petra KASALOVÁ, 2017. *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Praha: Grada Publishing. Psyché. ISBN 978-80-247-5796-4

KREISMAN, Jerold J. and Hal STRAUS, 2010. *I hate you – don't leave me: understanding the borderline personality*. New York, USA: Penguin Group. ISBN 1-101-44168-2

LINEHAN, Marsha, 1993. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, USA: The Guilford Press. ISBN 0-89862-183-6

MATOUŠEK, Odřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLAČKOVÁ, 2010. *Sociální práce v praxi*. 2 vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-818-0.

MATOUŠEK, Oldřich. a kol., 2007. *Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánování hodnocení*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-310-9

MOŽNÝ, Petr a Ján PRAŠKO, 1999. *Kognitivně-behaviorální terapie: úvod do teorie a praxe*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-038-6.

PRAŠKO, Ján a kol, 2015. *Poruchy osobnosti*. 3 vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0900-3.

PRAŠKO, Ján, Aleš GRAMBAL, Miloš ŠLEPECKÝ, Petr MOŽNÝ a Jana VYSKOČILOVÁ, 2019. *Skupinová kognitivně-behaviorální terapie*. Praha: Grada Publishing. Psyché. ISBN 978-80-271-0496-3.

PRAŠKO, Ján, Petr MOŽNÝ a Miloš ŠLEPECKÝ, 2007. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-865-1.

RÖHR, Heinz-Peter, 2009. *Hraniční porucha osobnosti*. 3 vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-637-7.

ŠLEPECKÝ, Miloš, Ján PRAŠKO, Antónia KOTIANOVÁ a Jana VYSKOČILOVÁ, 2018. *Třetí vlna v kognitivně-behaviorální terapii: nové směry*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1340-6

VREESWIJK, Michiel van , BROERSEN Jenny and SCHURINK Ger, 2014. *Mindfulness and schema therapy: a practical guide*. UK, West Sussex: John Wiley and Sons. ISBN 978-1-118-75318-7

БАНДУРА, Альберт, 2000. *Теория социального научения*. Пер. с англ. Чубарь Н. Н. Санкт-Петербург: Евразия. ISBN 5-8071-0040-9

БЕЙТМАН Энтони и Питер ФОНАГИ, 2016. *Лечение пограничного расстройства личности с опорой на ментализацию: практическое пособие*. Москва: Институт общегуманитарных исследований. пер. с англ. Инна Кушнарёва; под ред. И.В. Сизиковой. ISBN 978-5-94193-811-7

КУПЕР, Джон, Тимоти ХЕРОН и Уильям ХЬЮАРД, 2016. *Прикладной анализ поведения*. Пер. с англ. - Москва: Практика. ISBN 978-5-89816-157-6

ЛАЙНЕН, Марша, 2008. *Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности*. Пер. с англ. Москва: Вильямс. ISBN 978-5-8459-1235-0

СКИННЕР, Бёррес Фредерик, 2016. *Поведение организмов*. Москва: Оперант,. Пер. с англ. Д. Зуев. ISBN 978-5-9906841-7-1

ХЬЕЛЛ, Ларри А., Дэниел Дж. ЗИГЛЕР 2014. *Теории личности*. Санкт-Петербург: Питер. ISBN 978-5-496-00030-7

### **Elektronické zdroje**

BANDURA Albert, D. Ross and S A. Ross, 1961. Transmission of aggression through imitation of aggressive models [online] *Classics in the history of psychology* [cit. 2020.07.01]. Dostupné z: <http://psychclassics.yorku.ca/Bandura/bobo.htm>

BATEMAN ANTHONY and PETER FONAGY, 2010 *Mentalization based treatment for borderline personality disorder*. [online] *World Psychiatry*. 2010 Feb; 9(1): 11–15 [cit. 2020.07.09]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2816926/>

BLUM, Nancee, B. Pfohl, D. St.John, P. Monahan, D. W.Black, 2002. STEPPS: A cognitive-behavioral systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder—a preliminary report. [online] *Comprehensive Psychiatry*. Volume 43, Issue 4, July 2002, Pages 301-310. [cit. 2020.07.09] Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0010440X02000068>

BOHUS M., M. LIMBERGER, U. EBNER, F. X. GLOCKER, B. SCHWARZ, M. WERNZ, K. LIEB, 2000. Pain perception during self-reported distress and calmness in patients with borderline personality disorder and self-mutilating behavior. [online] *Psychiatry Research*. Volume 95, Issue 3, 11 July 2000, Pages 251-260. [cit. 2020.07.08] Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178100001797>

BOHUS, M., B. HAAF, T. SIMMS, M. F. LIMBERGER, SCHMAHL, C., Unckel, C., ... Linehan, M. M., 2004. Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. [online] *Behaviour Research and Therapy*, 42(5), 487–499. [cit. 2020.07.08] Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005796703001748>.

CAREY Benedict, 2011. Expert on Mental Illness Reveals Her Own Fight. [online] *New York Times*. [cit. 2020.07.14]. Dostupné z: <https://www.nytimes.com/2011/06/23/health/23lives.html>

COTTRAUX J., Ivan Druon Note, Florent Boutitie, Milliery M, Virginie Genouihlac, Sai Nan Yao, Brigitte Note, Evelyne Mollard, Bonasse F., Gaillard S., Djamoossian D., Guillard de Mey C., Culem A. and Gueyffier F., 2009. Cognitive therapy versus Rogerian supportive therapy in borderline personality disorder. [online] *Psychother Psychosom*;78(5):307-16. [cit. 2020.07.21]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19628959/>

Counseling Psychology and Psychotherapy, 2017. Психотерапия пограничного расстройства личности: что эффективнее? [online] *Counseling Psychology and Psychotherapy* Vol. 25, no. 4, pp. 180—187 ISSN: 2311-9446 © 2017 Moscow State University of Psychology & Education. [cit. 2020.07.10] Dostupné z: [https://psyjournals.ru/files/88908/kpip\\_2017\\_n4\\_Digest.pdf](https://psyjournals.ru/files/88908/kpip_2017_n4_Digest.pdf)

Český statistický úřad, 2020. *Obyvatelstvo*. [online] 05.08.2020. [cit. 2020.08. 13]. Dostupné z: [https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo\\_lide1](https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo_lide1)

DAVIDSON, K., J. NORRIE, P. Tyrer, A. GUMLEY, P. TATA, H. MURRAY and S. Palmer, 2006. The Effectiveness of Cognitive Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder: Results from the Borderline Personality Disorder Study of Cognitive Therapy (BOSCOT) Trial. [online] *Journal of Personality Disorders*, 20(5), 450–465. [cit. 2020.07.16] Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1852259/>

ESET, Psychoterapeutická a psychosomatická klinika, s.r.o., 2020. *Hraniční porucha osobnosti*. [online] [cit. 2020.07.23]. Dostupné z: <https://www.klinikaeset.cz/potize-lecba/hranicni-poruchy/>.

FALTISOVÁ, Táňa, 2017. Sociální práce a psychoterapie. *Sociální práce* [online] 5/2017 [cit. 2020.07.25]. ISSN 1805-885X. Dostupné z: <http://socialniprace.cz/zpravy.php?oblast=1&clanek=989>

Fokus ČR. *Komunitní služby*. [online] [cit. 2020.07.23] Dostupné z: <https://www.fokus-cr.cz/index.php/komunitni-sluzby>.

Fokus ČR. *O Fokusu*. [online] [cit. 2020.07.23] Dostupné z: <https://www.fokus-cr.cz/index.php/o-fokusu>.

GROHOL, John M., 2018. *Is CBT a Scam & a Waste of Money?* [online] Psych Central: 8 July 2018 [cit. 2020.07.24] Dostupné z: <https://psychcentral.com/blog/is-cbt-a-scam-a-waste-of-money/>

HERMAN, J. L., J. C Perry, & B. A Van der Kolk. 1989. Childhood trauma in borderline personality disorder. [online] *The American Journal of Psychiatry*, 146(4), p. 490–495 [cit. 2020.07.12]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2929750/>

HOERMANN SIMONE. *STEPPS for Borderline Personality Disorder* [online] [cit. 2020.07.09] Dostupné z: <https://www.mentalhelp.net/blogs/stepps-for-borderline-personality-disorder/>.

HOPE, Jenny, 2014. „*CBT is a scam and a waste of money*“: *Popular talking therapy is not a long-term solution, says leading psychologist*. [online] Mail online: 18:23 BST, 10 November 2014, Update: 18:25, 10 November 2014 [cit. 2020.07.21] Dostupné z: <https://www.dailymail.co.uk/health/article-2828509/CBT-scam-waste-money-Popular-talking-therapy-not-long-term-solution-says-leading-psychologist.html>.

Kaleidoskop – centrum terapie a vzdělávání, z. ú., 2017. *O nás*. [online] [cit. 24.07.2020]. Dostupné z: <http://www.kaleidoskop-os.cz/>

Kaleidoskop – centrum terapie a vzdělávání, z. ú., 2019. *Výroční zpráva 2019*. [online] [cit. 2020.07.24]. Dostupné z: [http://www.kaleidoskop-os.cz/wp-content/uploads/2020/07/200625\\_VZ\\_2019\\_final.pdf](http://www.kaleidoskop-os.cz/wp-content/uploads/2020/07/200625_VZ_2019_final.pdf).

LOCKWOOD George, 2008. *Limited reparenting* [online] International Society of Schema Therapy [cit. 2020.07.15] ©2020. Dostupné z: <https://www.schematherapysociety.org/Limited-Reparenting>

LUNDQUIST, Matt, 2020. *Social workers as psychotherapists*. [online] Tribeca therapy [cit. 2020.07.21] Dostupné z: <https://tribecatherapy.com/social-workers-as-psychotherapists/>

Matusiewicz A.K., C.J Hopwood., A.N. Banducci, C.W Lejuez., 2010. The effectiveness of cognitive behavioral therapy for personality disorders. [online] *Psychiatric*

*Clinic of North Amerika.*;33(3):657-85. [cit. 2020.07.10] Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0193953X10000493?via%3Dihub>

MEWTON, Louise and Gavin ANDREWS, 2016. Cognitive behavioral therapy for suicidal behaviors: improving patient outcomes. [online] *Psychology Research and Behavior Management*, 2016:9 p. 21-29. [cit. 2020.07.28] Dostupné z <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27042148/>

MILTON, Jane, 2001. Psychoanalysis and cognitive behaviour therapy – Rival paradigms or common ground? [online] *The International Journal of Psychoanalysis*, 5/2017 82(3), 431–447 [cit. 21.07.2020] Dostupné z: <https://psycnet.apa.org/record/2002-12638-001>

Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013. *Strategie reformy psychiatrické péče*. [online] MZČR, 8. října 2013, verze 1.0. [cit. 2020.07.29] Dostupné z: [http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP\\_publicace\\_web\\_9-10-2013.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf)

Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2019. *Reforma psychiatrie a transformace psychiatrických nemocnic*. Podklady pro 2. kulatý stůl s OSZS [online] MZČR [cit. 2020.07.29] Dostupné z: [https://www.psychiatrie.cz/images/2019/Souhrn\\_reforma\\_12-2019.pdf](https://www.psychiatrie.cz/images/2019/Souhrn_reforma_12-2019.pdf)

NEW A.S., J. TRIEBWASSER, D.S. CHARNEY, 2008. *The case for shifting borderline personality disorder to Axis I*. [online] [cit. 2020.07.08] *Biological Psychiatry*. Dostupné z: <http://apsychoserver.psych.arizona.edu/JJBAReprints/PSYC621/New%20Triebwasser%20Charney%20Bio%20Psychiatry%20In%20Press%20%28BPD%20to%20Axis%20I%29.pdf>

Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče*. [online] Regionální úřadovna WHO pro Evropu. Praha: Galén, duben 2017 [cit. 2020.07.21] Dostupné z: [https://www.psychiatrie.cz/images/stories/MZ\\_psychiatrie\\_pruvodce\\_final.pdf](https://www.psychiatrie.cz/images/stories/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf)

RATHUS, Jill and Alec MILLER, 2002. Dialectical Behavior Therapy Adapted for Suicidal Adolescents. [online] *Suicide and life-threatening behavior*, 32(2), 146–157 [cit. 2020.07.26]. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/11296153\\_Dialectical\\_Behavior\\_Therapy\\_Adapted\\_for\\_Suicidal\\_Adolescents](https://www.researchgate.net/publication/11296153_Dialectical_Behavior_Therapy_Adapted_for_Suicidal_Adolescents)



Registr poskytovatelů sociálních služeb – vyhledání služby. Registr poskytovatelů sociálních služeb [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2020 [cit. 2018-03-05]. Dostupné z: [http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani\\_sluzby.do?sd=terapeutick%C3%A9+komunity&zak=&zaok=&SUBSESSION\\_ID=1595873411041\\_1](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?sd=terapeutick%C3%A9+komunity&zak=&zaok=&SUBSESSION_ID=1595873411041_1)

ROTTER Merrill, and W. Amory CARR, 2013. Reducing criminal recidivism for justice-involved persons with mental illness: risk/needs/responsivity and cognitive-behavioral interventions. [online] *Samhsa's gains center for behavioral and justice transformation* october, 2013 p.39-44 [cit. 21.07.2020] Dostupné z: <https://authkethea03.files.wordpress.com/2015/09/readings.pdf>

SCOZZARI Simona and Luciano GAMBERINI, 2011. Virtual Reality as a Tool for Cognitive Behavioral Therapy: A Review. [online] *Advanced Computational Intelligence Paradigms in Healthcare* 6. Virtual Reality in Psychotherapy, Rehabilitation, and Assessment. Pages 63-108 [cit. 2020.07.09] Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/225680497\\_Virtual\\_Reality\\_as\\_a\\_Tool\\_for\\_Cognitive\\_Behavioral\\_Therapy\\_A\\_Review](https://www.researchgate.net/publication/225680497_Virtual_Reality_as_a_Tool_for_Cognitive_Behavioral_Therapy_A_Review)

ŠUPA Jiří, 2017. Využití psychoterapie v sociální práci. *Sociální práce* [online] 5/2017 [cit. 28.07.2020]. ISSN 1805-885X. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/zpravy.php?oblast=1&clanek=990>

Terapeutické centrum Modré dveře, z.ú., 2019. *Výroční zpráva 2019*. [online] [cit. 2020.07.24]. Dostupné z: <http://www.modredvere.cz/cz/vyrocní-zpravy>.

Terapeutické centrum Modré dveře, z.ú., 2020. *Naše služby-pro koho jsme*. [online] [cit. 2020.07.24]. Dostupné z: <http://www.modredvere.cz/>.

TURNER, Ralph M., 2000. Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. [online] *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(4), 413–419. [cit. 2020.07.29] Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1077722900800528>

Úřad vlády ČR, 2017. *Reforma péče o duševní zdraví: Uskutečněné kroky a nejbližší cíle*. [online] MZČR, 26. dubna 2017 [cit. 2020.07.21] Dostupné z: [https://www.psychiatrie.cz/images/Prezentace-Reforma-pece-o-dusevni-zdravi\\_2017\\_04\\_26.pdf](https://www.psychiatrie.cz/images/Prezentace-Reforma-pece-o-dusevni-zdravi_2017_04_26.pdf)

ZANARINI, M. C., F. R., Frankenburg, E. D. Dubo, A. E. Sickel, A. Trikha, A. Levin and V. Reynolds. 1998. *Axis I Comorbidity of Borderline Personality Disorder*

[online] *The American Journal of Psychiatry*; 155:1733–1739 [cit. 2020.07.12]. Dostupné z: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ajp.155.12.1733>

Конова В, С., В. И. Бакуменко, 2019. *Социальная работа в современной психиатрии* [online] Главный врач Юга России. [cit. 2020.07.29]Dostupné z: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialnaya-rabota-v-sovremennoy-psihiatrii/viewer>

## Seznam tabulek a obrázků

<b>Tabulka 1: Diagnostická kritéria MKN-10 pro emočně nestabilní poruchu osobnosti F60.30 impulziví typ a F 60. 31 hraniční typ .....</b>	<b>21</b>
<b>Tabulka 2: Diagnostická kritéria pro hraniční poruchu osobnosti v DSM-5</b>	<b>22</b>
<b>Obrázek 1. KBT jako integrativní psychoterapie.....</b>	<b>32</b>
<b>Obrázek 2. Kognitivní události, procesy a schémata .....</b>	<b>36</b>
<b>Obrázek 3: Langův model chování (1985) .....</b>	<b>37</b>