

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Bakalářská práce



Adéla Kopecká

Strukturální změna v psychoterapeutické praxi a výzkumu

Structural change in psychotherapy research and practice

Vedoucí práce: Mgr. Jakub Kuchař, Ph.D.

Praha, 2024

Poděkování

V první řadě bych ráda poděkovala Mgr. Jakubu Kuchařovi, Ph.D. za velmi cenné rady a podněty, za velkou ochotu a trpělivost při vedení této práce. Dále jsem nesmírně vděčná svému partnerovi, rodině a přátelům za jejich neutuchající podporu a péči v průběhu celého procesu.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

Adéla Kopecká

V Praze dne 2. července 2024

Abstrakt

Současný výzkum účinnosti psychoterapie se převážně zaměřuje na kvantitativní měření symptomů, což má své výhody, ale i nedostatky. Alternativním přístupem, vycházejícím z psychoanalytické tradice, je měření strukturální změny, která se zaměřuje na komplexní změny relativně stabilních latentních aspektů psychiky jedince. V českém prostředí však zpracování této problematiky dosud chybí. Cílem tohoto literárního přehledu je tedy uspořádat aktuální poznatky o strukturální změně, její souvislosti s psychoterapeutickou praxí, s výzkumem a zpřístupnit tuto perspektivu širší odborné veřejnosti.

Práce nejdříve situuje měření strukturální změny v kontextu současných výzkumných přístupů a jejich limitací. Definiuje strukturální aspekty psychiky vzhledem k různým psychodynamickým teoretickým přístupům a zabývá se hlouběji vztahem mezi změnami latentních psychických struktur a změnami pozorovatelných projevů patologie. V souvislosti s psychoterapeutickou praxí se práce zabývá intervencemi, které ke strukturální změně přispívají. Pro představení strukturální změny ve výzkumu práce nabízí vzájemné porovnání různých konceptualizací struktury a strukturální změny, mezi které patří například pojetí Operacionalizované Psychodynamické Diagnostiky (OPD), *Karolinska Psychodynamic Profile* (KAPP), Kernbergova organizace osobnosti či pojetí *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM). Poslední částí práce je přehled konkrétních metod, které jsou ve výzkumu strukturální změny využívány.

Klíčová slova: strukturální změna; výzkum psychoterapie; psychodynamická psychoterapie

Abstract

Current research on the effectiveness of psychotherapy has largely focused on quantitative measures of symptoms, which has its advantages but also its shortcomings. An alternative approach, drawing on the psychoanalytic tradition, is the measurement of structural change, which focuses on complex changes in relatively stable latent aspects of an individual's psyche. In the Czech environment, however, the treatment of this issue is still lacking. Therefore, the aim of this literature review is to clarify the knowledge about structural change, its relation to psychotherapeutic practice and research and to make this perspective available to a wider professional public.

The thesis first situates the measurement of structural change in the context of current research approaches and their limitations. It defines structural aspects of the psyche in relation to different psychodynamic theoretical approaches and delves deeper into the relationship between changes in latent psychological structures and changes in observable manifestations of pathology. In the context of psychotherapeutic practice, the thesis examines interventions that contribute to structural change. In order to introduce structural change in research, the thesis offers a cross-comparison of different conceptualizations of structure and structural change, which include, for example, the concepts of Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD), the Karolinska Psychodynamic Profile (KAPP), Kernberg's organization of personality, and the Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM). The last part of the thesis provides an overview of specific methods that are used in structural change research.

Key words: structural change; psychotherapy research; psychodynamic psychotherapy

Obsah

Úvod.....	11
1. Strukturální změna v kontextu současného výzkumu psychoterapie.....	12
1.1. Zaměření na symptomy a pozorovatelné chování.....	12
1.2. Sebeuposuzovací měřítka	14
2. Struktura a struktury.....	17
2.1. Freudův strukturální model	17
2.2. Pluralita a heterogenita struktur napříč psychoanalýzou.....	20
2.3. Hierarchické uspořádání struktur a jejich kategorizace	21
2.3.1. Komplexita	22
2.3.2. Zdraví a patologie.....	23
2.3.3. Dynamické a statické struktury	24
2.4. Definice struktury a kritéria	25
2.4.1. Funkce	25
2.4.2. Organizace a hierarchie	25
2.4.3. Kritérium stálosti.....	26
2.4.4. Vědomé a nevědomé struktury.....	27
2.4.5. Vztah struktur ke zkušenosti a jejich pozorovatelnost	27
3. Strukturální změna	30
3.1. Definice	30
3.2. Projevy strukturální změny	32
3.3. Cesta ke strukturální změně	35
3.3.1. Vhled	36
3.3.2. Vymezení pojmů	38
3.3.3. Terapeutické intervence	39
4. Srovnání současných konceptualizací strukturální změny a struktury.....	41
4.1. Stručný přehled komplexních konceptualizací strukturální změny	41

4.1.1.	Operacionalizovaná psychodynamická diagnostika (OPD) a Heidelberská Škála Strukturální Změny (HSCS).....	41
4.1.2.	Karolinska Psychodynamic Profile (KAPP)	43
4.1.3.	The Scales of Psychological Capacities (SPC)	44
4.1.4.	Organizace osobnosti	45
4.1.5.	Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM-2)	46
4.2.	Struktura (osa IV. OPD).....	48
4.2.1.	Kognitivní schopnosti	49
4.2.2.	Schopnost regulace.....	51
4.2.3.	Emocionální schopnosti	52
4.2.4.	Schopnosti vazby s objekty	52
4.2.5.	Obrana	53
4.2.6.	Úroveň strukturální integrace	54
4.3.	Intrapsychické konflikty (osa III. OPD).....	54
4.4.	Interpersonální vztahy (osa II. OPD)	55
4.5.	Shrnutí	56
5.	Operacionalizace strukturální změny a jejich využití ve výzkumu.....	58
5.1.	Metody založené na rozhovorech.....	58
5.1.1.	Karolinska Psychodynamic Profile (KAPP)	59
5.1.2.	Scales of Psychological Capacities (SPC)	60
5.1.2.1.	Reliabilita	61
5.1.2.2.	Validita a výzkumné výsledky	61
5.1.3.	Psychodiagnostic Chart – druhé vydání (PDC-2)	63
5.1.4.	Heidelberské škály strukturální změny (HSCS).....	64
5.1.4.1.	Psychometrické vlastnosti	66
5.1.4.2.	Výzkumné výsledky	66
5.1.5.	Kernbergovy rozhovory	68

5.1.6.	Reflective Functioning Scale (RFS).....	70
5.1.7.	Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP)	71
5.1.8.	Object Relations Inventory: Differentiation-Relatedness Scale (ORI, D-RS). 72	
5.1.9.	Defense Mechanism Rating Scale (DMRS).....	74
5.2.	Sebeposuzovací nástroje	76
5.2.1.	OPD Structure Questionnaire (OPD-SQ).....	76
5.2.2.	Inventory of Personality Organisation (IPO)	76
5.2.3.	Defense Style Questionnaire (DSQ)	77
5.2.4.	Reflective Functioning Questionnaire (RFQ)	78
5.3.	Projektivní a výkonnostní testy	79
5.3.1.	Social Cognition and Object Relations Scale (SCORS)	79
5.3.2.	Levels of Emotional Awareness (LEAS).....	80
5.3.3.	Rorschachův test	80
5.4.	Volba výzkumného designu pro měření strukturální změny.....	81
5.5.	Obecné charakteristiky a limitace metod a výzkumných studií.....	82
6.	Závěr.....	85
	Reference.....	87

Seznam zkratek

AAI	Adult Attachment Interview
BDI	Beck Depression Inventory
DMRS	Defense Mechanism Rating Scale
D-RS	Differentiation-Relatedness Scale
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders
DSQ	Defense Style Questionnaire
EMT	Early Memory Test
GSI	Global Severity Index
HSCS	Heidelberská škála strukturální změny
ICC	Koeficient vnitrotřídní korelace
IIP	Inventory of Interpersonal Problems
IPO	Inventory of Personality Organisation
KAPP	Karolinska Psychodynamic Profile
KBT	Kognitivně-behaviorální terapie
LEAS	Level of Emotional Awareness
LPO	Level of Personality Organisation
MKN	Mezinárodní Klasifikace Nemocí
MMPI	Minnesota Multiphasic Personality Inventory
ODF	Overall Defensive Functioning
OPD	Operacionalizovaná Psychodynamická Psychodiagnostika
OPD-LSIA	OPD Level of Structural Integration Axis
OPD-SQ	OPD Structural Questionnaire
ORI	Object Relations Inventory
PDM	Psychodynamic Diagnostic Manual
PDC	Psychodiagnostic Chart
RF	Reflektivní fungování
RFS	Reflective Functioning Scale
RFQ	Reflective Functioning Questionnaire
SCID-AMPD	Structured Clinical Interview for the DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders
SCORS	Social Cognition and Object Relations Scale

SPC	Scales of Psychological Capacities
STIPO	Strukturované Interview Organizace Osobnosti
SWAP	Shedler-Westen Assessment Procedure
TAT	Thematic Apperception Test
TFP	Transference-Focused Psychotherapy

Úvod

Současný výzkum psychoterapie a její účinnosti je z velké části kvantitativní a převážně se zaměřuje na měření symptomů za pomoci sebeposuzovacích dotazníků. Tento přístup k vyhodnocování účinnosti psychoterapie má i přes své výhody mnoho nedostatků. Jeden z alternativních přístupů vychází z psychoanalytické tradice a spočívá v měření takzvané strukturální změny. Na rozdíl od symptomatických změn je strukturální změna „komplexní změna v intrapsychické matici, která je základem symptomů a maladaptivního chování“ (Klug & Huber, 2003). Z aktuálních výzkumů vyplývá, že strukturální změna by mohla být lepším prediktorem dlouhodobého pozitivního vlivu psychoterapie na psychické zdraví (Grande et al., 2009). Dosavadní poznatky o strukturální změně ale v českém prostředí dosud nikdo přehledně nezpracoval. Koncepty související se strukturální změnou mohou být navíc hůře srozumitelné pro akademickou veřejnost, která není obeznámena s psychoanalytickou terminologií.

Cílem tohoto literárního přehledu je tedy zpřehlednit poznatky o strukturální změně, její souvislosti s psychoterapeutickou praxí, a zpřístupnit tak tuto výzkumnou perspektivu širší odborné veřejnosti. Za tímto účelem je práce členěna do pěti kapitol. První kapitola situuje měření strukturální změny v kontextu současných výzkumných přístupů. Pokládá ji jako doplňující perspektivu k aktuálně dominantnímu přístupu k lidské psychice a vymezuje strukturální změnu vůči změně symptomatické či behaviorální. Druhá kapitola se věnuje vymezení psychoanalytického pojmu struktura, jelikož ta se strukturální změnou a její definicí přímo souvisí. V této části práce se pokusíme překonat různorodost pojetí struktury v rámci psychoanalýzy a vymezíme stěžejní kritéria, která strukturální koncepty charakterizují. Definice struktury má totiž přímý vliv na definici strukturální změny, které se věnuje kapitola třetí. Ta kromě vymezení pojmu zahrnuje strukturální změnu jakožto cíl psychoterapie, věnuje se jejím přínosům a limitacím v praxi, a nakonec také intervencím, které se strukturální změnou souvisejí. Závěrečná část práce se věnuje využití strukturální změny ve výzkumu. Pro přehled nejdříve vzájemně porovnáme vybrané konceptualizace strukturální změny a struktury. Pátá kapitola se věnuje již konkrétním výzkumným metodám, které jsou k měření strukturální změny využívány. Podává stručný přehled o psychometrických vlastnostech dané metody, praktických aspektech jejího využití ve výzkumu, a krátce představuje některé současné výzkumné poznatky získané za použití dané metody.

1. Strukturální změna v kontextu současného výzkumu psychoterapie

Cílem výzkumu psychoterapie je objektivně posoudit účinnost různých intervencí a zpřístupnit tak co nejvíce efektivní léčbu těm, kteří ji potřebují. V současné době se zlatým standardem výzkumu psychoterapie staly randomizované kontrolované studie (RCT), výzkumný design umožňující prokázat kauzální vztah mezi danou intervencí a výsledným stavem pacienta (Barkham et al., 2021). Účinnost intervencí je posuzovaná standardizovanými měřítky, většinou ve formě sebesposuzovacích dotazníků. Terapie, které v rigorózním empirickém testování prokážou svou účinnost, nazýváme *evidence-based* nebo *empiricky validované psychoterapie*.

Při bližším pohledu na výzkumnou literaturu se však ukazuje, že tyto terapie často nemají klinicky významný efekt, a pokud ano, trvá pouze krátce (Shedler, 2018; Westen et al., 2004). Tyto rozporuplné výsledky souvisí jak s metodologickými nedostatky samotných výzkumných studií, tak i s obecnějšími předpoklady, které výzkum psychoterapie usměřují. Jedním z faktorů je i způsob, jakým v současnosti definujeme účinnost psychoterapie. Dnešní pojetí změny v psychoterapii charakterizuje mimo jiné zaměření se na symptomy a pozorovatelné chování, používání sebesposuzovacích dotazníků pro její vyhodnocování a celkového zaměření psychoterapie na odstranění patologie. V těchto oblastech může studium strukturální změny nabídnout komplexnější pohled na to, jak změnu uchopit, sledovat a posuzovat.

1.1. Zaměření na symptomy a pozorovatelné chování

Velká část klientů vyhledává psychoterapii z důvodu psychických symptomů jako deprese či úzkosti. Je tedy logické formulovat cíl terapie jako odstranění těchto symptomů. Ukazuje se však, že symptomy jako takové nemusí být spolehlivým měřítkem problému pacienta.

V psychodynamickém pojetí mohou mít symptomy různé příčiny. V případě deprese se tomuto tématu věnoval Sidney Blatt (2004), který rozlišuje depresi anaklitickou a introjektivní. Anaklitická deprese souvisí s pocitem osamění a opuštěnosti, zatímco introjektivní deprese vychází z pocitu selhání a nedostatečné sebeúcty. Kernberg nahlíží na depresi v souvislosti s konceptem organizace osobnosti, kterému se budeme blíže věnovat v práci později. Symptomy deprese podle něj mohou vycházet z autentických pocitů viny, nebo spíše souviset s rozpadem idealizovaného self-konceptu a pocitů bezmocnosti a beznaděje (Kernberg, 1992). Depresivní symptomy tak v každém případě vycházejí z jiné intrapsychické problematiky.

Kernberg (1992) navíc upozorňuje, že nejen depresivní symptomy ale i jejich absence mohou být projevem nízké úrovně organizace osobnosti. Absenci depresivních symptomů tedy nelze jednoduše interpretovat jako projev psychického zdraví.

To samé platí i pro lidské chování. Kernberg a Caligor (2005) dávají jako příklad nesmělost či sociální inhibici, která může být projevem schizoidní nebo vyhýbavé osobnosti. Stejně tak ale můžeme stejné chování pozorovat u dalších osobnostních typů, ale z naprosto odlišných důvodů. U paranoidních jedinců může vycházet ze silných obav, u grandiózně narcistických jedinců může souviset se strachem z odhalení a v případě hysterických jedinců se může jednat o obranu proti exhibicionistickým tendencím.

Symptomy ani pozorovatelné chování tak nelze oddělit od procesů jejich vzniku a je třeba jim porozumět v kontextu osobnosti jedince a jeho intrapsychické dynamiky.

S tímto aspektem souvisí i jedna z limitací aktuálně používaných diagnostických kategorií. Jejich deskriptivní charakter a zaměření na symptomy přirozeně nereflektuje tuto vnitřní dynamiku. Dva jedinci s odlišnou vnitřní problematikou tak mohou být nositeli stejné diagnózy. Pro ilustraci můžeme zmínit kazuistickou studii dvou dívek s diagnózou F93 (emoční porucha se separační úzkostí), se stejnými symptomatickými projevy. U jedné z dívek diagnóza souvisela s konfliktem submise a kontroly, zatímco u druhé pacientky s konfliktem mezi pozicí být opečovávaná a opečovávat druhé (Seiffge-Krenke, 2021). Tento rozdíl úzce souvisel se vztahem pacientek k vlastním rodičům a měl dopad na plánování a průběh psychotherapeutické práce s nimi. Pouze diagnostická kategorie by tyto cenné informace nepřinesla. Náhled na rozdílnou povahu konfliktů u těchto pacientek umožnila až psychodynamická diagnostika dle OPD (Operacionalizovaná Psychodynamická Diagnostika).

Deskriptivní povaha dnes používaných diagnostických kategorií však přináší benefit v podobě relativní nezávislosti na teorii. Vysvětlení intrapsychické dynamiky, která má být podkladem pro vznik symptomů, přímo závisí na námi zvoleném explanačním rámci, od psychoanalytického, přes humanistický až po kognitivně-behaviorální. Právě z tohoto důvodu jsou diagnostické kategorie vymezovány pomocí pozorovatelných kritérií. Jsou tak srozumitelné a přístupné jak pro odborníky a psychiatry bez terapeutických výcviků, tak pro klinické pracovníky napříč terapeutickými přístupy. Výměnou za tuto srozumitelnost však dochází k určitému vytržení z kontextu projevů pacientovy patologie.

Lidské emoční prožívání je navíc relativně proměnlivé, proto i stav symptomů v moment měření nemusí reflektovat dlouhodobou změnu. I negativní prožívání může být

někdy nezbytnou součástí uzdravného procesu. Počáteční zhoršení symptomů v terapii může reflektovat otevření bolestných témat a nemusí nezbytně poukazovat na špatné směřování terapie (Owen et al., 2015). Idea negativního prožívání jako přirozené až nezbytné součásti terapie se projevuje i v některých měřítkách strukturální změny, jako například v Heidelberské škále strukturální změny (HSCS). Detailně se jí budeme věnovat ve druhé části práce. Zkráceně se však jedná o škálu, která mapuje postoj jedince k problematické oblasti jeho psychického fungování, a znázorňuje tak postup změny v průběhu psychoterapie. V páté fázi, před ustálením změny, dochází k destabilizaci a rozpadu dosud fungujících maladaptivních copingových strategií. Podle škály tento úsek provází negativní emoce a pacient psychoterapii „trpí“, jelikož k pozitivnímu přerámování dojde až s odstupem (OPD Task Force, 2008).

Vzhledem k tomu, že symptomy a pozorovatelné chování nemusí dostatečně dobře reflektovat skutečný problém jedince, je otázkou, zda můžeme úspěšnost psychoterapie hodnotit právě na základě změny symptomů. Zaměření na strukturální změnu je pokusem o přenesení pozornosti k hlubším, trvalejším determinantám psychického zdraví, v kontextu celé osobnosti jedince.

1.2. Sebeuposuzovací měřítko

Sebeuposuzující škály, jako například Beckova sebeuposuzovací škála deprese (BDI) nebo Inventář interpersonálních problémů (IIP), jsou hojně používány ve výzkumu psychoterapie, zejména při srovnání stavu před a po terapii. Důvodem je zejména snadná administrace i u většího počtu klientů a časová úspornost vyhodnocování.

Sebeuposuzovací měřítko však podléhá mnohým zkreslením, například vlivem sociální desirability (Heppner et al., 2016). Jonathan Shedler popisuje specifické zkreslení vlivem obranných mechanismů a popření, které se projevuje jako *iluzorní zdraví* (Cousineau & Shedler, 2006; Shedler et al., 1993). Jedinci s iluzorním zdravím jsou psychicky zdraví podle sebeuposuzujících dotazníků (BDI a Eysenck Neuroticism scale), ale posudek klinického pracovníka (Early Memory Test, EMT) u nich odhalí psychické obtíže. Shedlerovy výzkumy navíc poukazují na souvislost iluzorního zdraví se změnami fyziologické reaktivity, které mohou mít dopad na zdraví jedince. Zvýšení fyziologické reaktivity bylo u pacientů s iluzorním zdravím navíc výraznější než u těch, kteří vykazovali známky psychické nepohody i v sebeuposuzujících dotaznících (Shedler et al., 1993). V jiné studii umožnil výsledek EMT predikovat lékařsky ověřenou nemocnost, kdy vyšší míra psychické nepohody předpovídala

častější onemocnění (Cousineau & Shedler, 2006). Posuzování psychického stavu pouze podle sebeposuzujících nástrojů by tak dle těchto výzkumů způsobilo přehlédnutí nejrizikovější skupiny pacientů.

EMT použité v Shedlerových výzkumech měří implicitní psychologické procesy, které nemusí být přístupné skrze sebereflexi, a umožňuje tak odhalit psychické strádání, kterého si pacient není explicitně vědom. Tato myšlenka reflektuje psychodynamický způsob uvažování, ve kterém samotnému pacientovi zůstává pravá podstata problému skrytá v nevědomí. V již zmiňované škále HSCS se tento předpoklad projevuje v definici nejnižšího stadia, které je definováno jako nevnímání daného problému a vyhýbání se jeho řešení (OPD Task Force, 2008).

Způsob posouzení psychického stavu jedince a výsledku psychoterapie, který umožňuje odhalení právě i implicitních aspektů, je hodnocení klinikem. Pozorovatelem vyhodnocované nástroje mohou umožňovat vysoce reliabilní a validní posouzení, pokud jsou pozorování a úsudky kvantifikovány pomocí sofistikovaných nástrojů (Westen & Weinberger, 2004). Většina nástrojů měřících strukturální změnu je právě operacionalizací klinického úsudku.

1.3. Změna jako odstranění patologie

Současný výzkum psychoterapie tedy formuluje úspěšnou změnu v terapii primárně jako snížení symptomů patologie, někdy až na úroveň, která již nevyžaduje psychiatrickou diagnózu. V komplexním pojetí však nelze oddělit patologické mechanismy od celkové osobnosti jedince. Důsledkem terapie v praxi navíc není pouze snížení negativních symptomů, ale také posilování adaptivních vzorců myšlení, cítění a chování. Tradiční pojetí změny v psychoterapii je tak značně reduktivní a posuzuje pouze část dosažené transformace.

Strukturální změna je komplexní pojem, zahrnující kompletní restrukturuaci psychiky jedince, a to jak patologických, tak i relativně zdravých aspektů. Metody zaměřené na posuzování strukturální změny často posuzují přímo lidské kapacity a schopnosti. Některé metody tuto charakteristiku nesou již ve svém názvu, jako například *Scales of Psychological Capacities* (SPC).

Měřítka strukturální změny lze uplatnit jak ve výzkumu, tak v praxi. Povědomí psychoterapeuta o pacientových silných stránkách může usnadnit práci se zdroji. Posouzení

celkové struktury osobnosti navíc může pomoci rozhodnout, zda je určitá léčba pro daného jedince vhodná, a případně ji přizpůsobit jeho schopnostem (J. C. Ehrental & Benecke, 2019).

Měření strukturální změny tak může rozšířit naši perspektivu o pojetí patologie v kontextu pacientovy osobnosti a jeho zdrojů. Může tak zvýšit spolehlivost a validitu výzkumu změny v psychoterapii. Značnou nevýhodou konceptu strukturální změny je však absence jednotné definice tohoto pojmu, ale také velmi úzká vazba na psychoanalytickou teorii a terminologii. Koncept je tak hůře uchopitelný pro velkou část výzkumníků a kliniků. Cílem následujících kapitol je tedy koncept srozumitelně definovat.

2. Struktura a struktury

Akhtar ve svém slovníku *Comprehensive dictionary of psychoanalysis* pod heslem *struktura* zmiňuje jednu z nejrozšířenějších definic struktury od Davida Rapaporta. Ten strukturu vymezuje jako „psychické fenomény s pomalým tempem změny, které jsou relativně stálými určovateli chování a symptomů“ (Rapaport, 1960 citováno dle Akhtar, 2009). Tato definice struktury nám tak podává informace nejen o strukturách jako takových, ale i o jejich změně. Koncepty *struktura* a *strukturální změna* jsou tedy již od počátku velmi úzce spjaty.

V psychoanalytické literatuře se však setkáváme s velmi různými pojetími termínu *struktura*, a mnozí autoři se jeho významu nijak nevěnují. Než přistoupíme k vymezení pojmu *strukturální změna*, je třeba se zaměřit na samotný pojem *struktura*.

Küchenhoff dělí definice struktury v rámci psychologie do tří kategorií: A) *struktura* jako shluk osobnostních rysů, B) *struktura* podle Freudova strukturálního modelu a C) *struktura* jako úroveň osobnostního fungování (Küchenhoff, 2008 citováno podle Gablonski et al., 2022). Již z tohoto dělení je zřejmé, že pojem *struktura* má široký rozptyl významů. Každá z definic pak vychází z jiného teoretického rámce: pro Küchenhoffa od teorie rysů až po psychoanalytické pojetí. V této práci se zaměřujeme zejména na psychodynamické či psychoanalytické pojetí strukturální změny. I v rámci psychoanalytické teorie je ale pojem *struktura* definován různě, právě pod vlivem jednotlivých myšlenkových škol. Následující část práce zodpovíme na otázku, kde pojem *struktura* vznikl, jak se vyvíjí dodnes a jaký vliv má jeho význam na výzkum *strukturální změny*.

2.1. Freudův strukturální model

Jednu z prvních zmínek o *struktuře* nacházíme v díle Sigmunda Freuda, který svou teorii lidské psychiky zakládal na paralelách mezi psychickými a fyziologickými jevy či strukturami. Konkrétně se jedná o dílo *Ego a Id* (1926), kde Freud představuje svůj strukturální model psychiky. Pro porozumění tomuto modelu je však třeba nejprve vysvětlit některé zásadní pojmy a myšlenky, ze kterých samotný model vychází.

Jedním ze základních předpokladů psychoanalýzy jako takové je existence vědomí a nevědomí, případně předvědomí. Dělení psychiky na tyto tři složky Freud představuje v rámci svého prvního, topografického modelu myslí v díle *Výklad snů* již v roce 1900 (Freud, 1913).

Vědomí je podle tohoto modelu v podstatě povrchovou vrstvou mentálního aparátu. Je v úzkém kontaktu se smyslovými informacemi z vnějšího světa a zahrnuje uvědomované myšlenky, přání a obsahy. S vědomím je úzce spjato *ego* (Já). Pojem *ego* byl přesně definován až s pozdější strukturální teorií psychiky, nicméně Freud s ním pracuje i v topografickém modelu, kde je *ego* charakterizováno svým úzkým vztahem k vědomí, a svou funkcí kontroly a organizace mentálních procesů.

Ohledně *ego* je podle topografického modelu další složkou lidské psychiky *předvědomí*. Zde nalezneme tzv. latentní obsah, který je možné si v daný okamžik uvědomit. Freud (1926) pro předvědomé obsahy také používá termín „deskriptivně nevědomé“. Tím dává předvědomí do kontrastu s „dynamicky nevědomými“ obsahy, které se ocitají v nevědomí vlivem dynamického procesu vytěsnění (o tom více v dalším odstavci). Na rozdíl od nevědomých obsahů jsou obsahy předvědomí propojeny s jejich slovními reprezentacemi, mohou být verbalizovány. To je důležitým předpokladem pro účinnost léčby mluvením.

Nejhlubší vrstvou psychiky je pak *nevědomí*. Zde setrvávají touhy, přání a myšlenky, které byly pro vědomou vrstvu psychiky ohrožující, a proto byly *egem vytěsněny*. Vytěsněné obsahy v nevědomí jsou ale i nadále aktivní a navzdory vytěsnění mají vliv na psychický život jedince. Výsledkem jejich aktivity jsou různé symptomy, sny, parapraxe či chybné úkony (Freud et al., 2015). Aby mohly být nevědomé pocity či myšlenky zvědoměny, musí být propojeny s vlastní slovní reprezentací (Freud, 1926). K tomuto procesu zvědomování dochází právě i v průběhu analýzy.

Mezi základními pojmy bychom neměli opomenout ani Freudovy *primární a sekundární procesy*. *Primární procesy* jsou instinktivní, řídí se principem slasti, tedy snahou dosáhnout uspokojení a vyhnout se nelibosti. Vycházejí z nevědomí a jsou středobodem lidského života již od narození. Charakteristikou primárních procesů je nezávislost na zákonech logiky, absence kontradikce a zaměňování psychické reality za tu vnější. V jejich sféře neexistuje časovost, impulzy tedy neovlivňuje běh času. O nesoudržnosti primárních procesů vypovídají i jejich typické projevy v podobě *přesunutí* a *kondenzace*, kde jedno či více „vybití“ (*katexe*) může být přesunuto na jiný objekt. Často zmiňovaným projevem *přesunutí* v běžném životě bývá vybití své frustrace z pracovních problémů na svého partnera doma. Primární procesy také pozorujeme v našich snech, jejichž podobu formují. *Sekundární procesy* jsou naopak koherentní, podřízeny zákonům logiky a principu reality. Jsou výsledkem (před)vědomé aktivity člověka a vznikají v průběhu vývoje jedince. Jejich funkcí je inhibovat a upravovat

procesy primární (Freud, 1913, 1922, 2005). Součástí procesů, jimiž sekundární procesy regulují ty primární, je právě i již zmiňované vytěsnění.

Výše popsaný topografický model psychiky je základem psychoanalytického uvažování, ale v některých ohledech je nedostačující. Přestože veškeré vytěsněné obsahy jsou nevědomé, existují i nevědomé obsahy, které vytěsněny nebyly. Jedním z takových nevědomých jevů, které Freud ve svém díle *Ego a Id* zmiňuje, je například odpor v psychoanalytickém procesu, tedy opozice ega vůči zabývání se vytěsněným obsahem. Tento odpor je bezpochyby vyvíjen egem, dosud spojovaným s vědomou částí psychiky. Sámotný odpor je ale navzdory tomu nevědomý: jedinec podstupující analýzu, tedy analyzand, ho nevyvíjí záměrně. Toto pozorování tak otevírá problematiku vztahu ega s nevědomím a koncept nevědomí se stává hůře uchopitelným.

Freud proto přichází s nástavbou k již existujícímu topografickému modelu, se strukturální teorií myslí. V novém pojetí je lidská psychika organizována ve třech strukturách: *ego* (Já), *id* (Ono) a *superego* (Nadjá), a tyto struktury jsou situovány napříč topografickými úrovněmi psychického aparátu (Freud, 1926). *Id* je jádrem jedince a jeho psychického aparátu, je to ona nevědomá a neznámá složka psychiky. *Id* je tak sídlem vytěsněných obsahů a zejména instinktů. *Id* je také rezervoárem *libida*, instinktivní psychické energie či sexuálního pudu, který může být přesměrován k vyšším uměleckým cílům (Freud, 2017). *Id* se řídí principem slasti, tedy snahou uspokojovat požadavky *libida*.

Ego je další strukturou psychického aparátu. Freud *ego* popisuje jako součást *id* modifikovanou percepčním systémem, případně jako vrstvu ležící na povrchu *id*. Jádrem *ega* je tedy vědomí a percepce, od nichž se odvíjí jeho obsah i funkce. Hranice mezi strukturami *id* a *ego* tedy není jednoznačně vymezena a v určité oblasti se vzájemně prolínají. *Ego* je díky svému přímému propojení s vnějším světem hybatelem lidského organismu a podřizuje jeho pudy principu reality tím, že umožňuje sublimaci instinktů. Tím reguluje pnutí a stabilizuje psychický aparát.

Podobně jako se z části *id* pod vlivem percepce diferencovalo *ego*, i v *egu* se v určitý moment vývoje jedince vyděluje část, kterou nazýváme *superegem*. Zde se tak děje vlivem identifikace s rodičovskými figurami v průběhu tzv. oidipova komplexu, který *ego* vytěsnilo a nechalo tak vzniknout právě *superego*. *Superego* je tak zdrojem příkazů a zákazů. Tento kritický aspekt *superega* zapříčiňuje pnutí s *egem*, což se projevuje jako úzkost.

Freudem popsané tři struktury slouží k vysvětlení dynamiky intrapsychického života a psychosexuálního vývoje jedince. Zásadní vliv na vznik struktur mají ve Freudově teorii konflikty. Zatímco konflikt mezi principem slasti a principem reality je stěžejní pro vznik *ega*, Oidipův konflikt pak slouží jako katalyzátor diferenciaci *superega*. Struktury jsou tedy aspekty psychického aparátu, které udržují rovnováhu mezi protichůdnými tendencemi, pudy. Nejsou tím pádem statické, ale dynamické komplexní prvky implikované ve veškerých intrapsychických jevech. Zároveň se dle Freuda nejedná o izolované, na sobě nezávislé jednotky. Struktury ve Freudově pojetí spolu vzájemně interagují.

S pojmy strukturálního modelu pracovali i mnozí další teoretici, kteří převzali stejné dělení psychického aparátu. Hartmann například definuje tyto tři substruktury jejich funkcemi (Hartmann et al., 1946). Funkce *id* je směřována touhou uspokojovat potřeby a souvisí přímo s *katexemi*, tedy uvolněním energie ve směru pudových tendencí. *Ego* má syntetickou funkci, jeho rolí je udržet kontakt organismu s realitou a je mediátorem mezi mnohdy protichůdnými požadavky ostatních intrapsychických struktur. *Superego* pak slouží k udržování morálních zásad, ideálů a k sebekritice.

Někteří však považují strukturální model za překonaný a zastávají názor, že dělení psychiky na struktury zjednodušuje a vede ke zkreslujícím klinickým úsudkům (Brenner, 2003). Za většinou lidského chování stojí komplexní interakce různých motivačních faktorů, tužeb a obran, nikdy se nejedná o dílo pouze jedné ze tří psychických struktur. Navzdory potenciálním nedostatkům však i dnes tyto struktury zůstávají relevantní.

2.2. Pluralita a heterogenita struktur napříč psychoanalýzou

Freudovo dělení psychického aparátu na *ego*, *id* a *superego* je přehledné a umožňuje vysvětlit četné intrapsychické děje. Již ve Freudově díle se však objevuje pojem *struktura* i mimo popis oněch tří hlavních složek strukturálního modelu osobnosti. V díle *Ego a Id* (Freud, 1926) je například zmínka o tzv. *ego-strukturách*, tedy strukturách vzniklých v rámci samotného *ega*. Od samého počátku je tedy zřejmá potřeba popsat i menší, či zcela odlišné strukturální celky. Postupně se tak objevují nové koncepty napříč psychoanalytickými směry, které si nárokují status *struktury*.

Akhtar (2009) i Wallerstein (1991) zmiňují několik příkladů takových konceptů. V rámci teorie objektních vztahů jsou za stěžejní struktury považovány *objekty*, tedy intrapsychické

reprezentace věcí. O struktuře můžeme tedy mluvit například v případě *dobrého a špatného objektu* Melanie Kleinové (1996), kde je objektem myšlena zvnitřněná blízká osoba či její část, například prso matky, eventuálně matka jako celek. Dle Akhtara (2009) můžeme však o struktuře mluvit i v případě Kleinovou popsané *depressivní a paranoidně-schizoidní pozice*, kde se jedná o podstatně širší strukturu celkové dynamiky vnitřního prožívání jedince. Depresivní i paranoidně-schizoidní pozice je charakteristická určitými dominantními obrannými mechanismy a různou mírou integrace ega (Klein, 1996). Přestože paranoidně schizoidní pozice je z ontogenetického hlediska vývojově mladší, podle Kleinové se obě pozice v průběhu života jedince mohou střídát. Převaha paranoidně-schizoidní dynamiky však svědčí o vážném narušení psychiky. Zůstaneme-li stále v rámci školy objektních vztahů, strukturou je nazýváno i Winnicottovo *pravé a falešné self* (1996), kde je smyslem falešného self skrývat vnitřní realitu jedince, tedy jeho pravé self. Zde se také jedná o velmi komplexní struktury, v případě falešného self vzniklé důsledkem socializace dítěte a jeho adaptace na prostředí, vycházející z nutných kompromisů mezi pravým self a vnějším světem. Z pohledu ego-psychologie jsou podle Wallersteina za zásadní struktury považovány specifické konfigurace impulzů a příslušných obran, tedy podstatně užší oblasti intrapsychické dynamiky. Z perspektivy self-psychologie se pak mezi struktury řadí Kohutovo komplexní pojetí *bipolárního self*, rozděleného na sub-struktury *grandiózní-exhibicionistické self* a *idealizované rodičovské imago* (Kohut, 2009).

Výčet struktur výše není vyčerpávající, je z něj ale zřejmé, že jejich množství s každou teoretickou perspektivou dále narůstá. Obecně bývají jednotlivé struktury a jejich organizace relativně izolovány v rámci daného teoretického přístupu. Vycházejí z teoretických základů specifických dané teorii, což znesnadňuje srovnávání strukturálních konceptů napříč teoretickými proudy. Mnohé struktury samozřejmě pronikají i napříč školami, příkladem takového konceptu je superego. Nicméně platí, že stěžejní struktura daného teoretického přístupu úzce souvisí s úhlem, ze kterého je intrapsychická dynamika člověka vysvětlována.

2.3. Hierarchické uspořádání struktur a jejich kategorizace

Navzdory heterogenitě a pluralitě zmíněných konceptů je můžeme systematicky dělit do kategorií, nebo pozorovat určitou hierarchii struktur. A to jak v rámci konkrétních teorií, tak i jimi napříč.

2.3.1. Komplexita

Existují jak konkrétnější, dílčí struktury, jakými jsou například specifické soustavy impulz-obrana, tak i rozsáhlejší struktury, které popisují širší dynamiky mezi jednotlivými sub-strukturami. Wallerstein (1991) v tomto smyslu mluví o *mikrokonceptech* a *makrokonceptech*. Pojem *mikrokoncepty* používá například pro paměťové stopy či konkrétní přetrvávající fantazie. O větších strukturách, jakými jsou například složky strukturálního modelu Sigmunda Freuda, mluví jako o *makrokonceptech*. Gill (1963 citováno dle Applegarth, 1989) přišel s termínem *mikrostruktury*, kterým označuje vzpomínky, kognitivní struktury, afektivní struktury, obrany a identifikace jedince. Gillův koncept mikrostruktury se tak z velké části překrývá s Wallersteinovými mikrokoncepty.

Setkáváme se tedy s duálním dělením konceptů, podle jejich rozsahu či komplexity, na makro- a mikrostruktury. Pomyslná hranice mezi těmito kategoriemi však není jednoznačná, a i v rámci jednotlivých kategorií jsou podstatné rozdíly v komplexitě. Dobrým příkladem této problematiky jsou struktury v rámci teorie osobnosti Otta Kernberga (1992).

Kernberg rozlišuje několik patologických charakterových konstelací neboli struktur osobnosti, jakými jsou například narcistická, paranoidní či hysterická struktura osobnosti. Jedná se o vysoce komplexní organizace a hierarchie funkcí a procesů v nitru jedince. Každá struktura osobnosti je charakteristická svou intrapsychickou dynamikou, povahou internalizovaných objektních vztahů, typickými obrannými mechanismy, mírou schopnosti kontrolovat impulzy, apod. Například hysterickou strukturu osobnosti charakterizuje pseudo-hyperemotivita, přehnaná a povrchní blízkost k druhým, touha být středem pozornosti a hypersexualizace v kombinaci se sexuální inhibicí (Kernberg, 1992).

O struktuře se ale Kernberg zmiňuje i na vyšší úrovni zobecnění, když mluví o tzv. *organizaci osobnosti*. Struktura osobnosti v této perspektivě má podle něj tři úrovně organizace: neurotickou, hraniční a psychotickou (Kernberg, 1992). Jednotlivé osobnostní struktury se pak podle Kernberga zpravidla nacházejí na určité úrovni organizace: hysterická struktura osobnosti na neurotické úrovni, narcistická pak na úrovni hraniční apod. (Kernberg & Caligor, 2005). Každá ze tří úrovní organizace struktury osobnosti je pak charakteristická určitou mírou integrace ega a superega, užíváním specifických obranných mechanismů, diferenciací mezi Já a objektem a celkovou stabilitou identity jedince. Dělení organizace struktury osobnosti do těchto tří úrovní nacházíme i mimo Kernbergovo dílo. McWilliamsová (2011) používá pro tyto

tří stupně termín *vývojové úrovně uspořádání osobnosti* a pojímá je spíše jako kontinuum než jako tři jasně vymezené kategorie.

V Kernbergově teorii osobnosti tedy nacházíme pojem *struktura* na dvou různých měřítkách. Vzhledem k míře komplexity těchto konceptů bychom zařadili Kernbergovy struktury i organizace osobnosti spolu s McWilliamsově úrovní uspořádání osobnosti mezi makrostruktury. Pod makrostruktury však spadají i ego či superego, které v tomto pojetí tvoří substruktury samotné struktury osobnosti. Na tomto příkladu můžeme dobře demonstrovat, do jaké míry se mohou jednotlivé makrostruktury mezi sebou lišit ve své komplexnosti.

Vzhledem k množství a různorodosti mikro- a makrostruktur můžeme tedy zvážit alternativu duálního dělení, a rozložit konceptualizace struktur na určitém kontinuu, od jednoduchých, mikrostruktur, až po komplexní, makrostruktury, dělitelné na více či méně substruktur. Představu kontinua můžeme aplikovat nejen v rámci jednotlivých teorií, ale i napříč všemi koncepty, které si nárokují statut struktury.

Představa tohoto kontinua se doplňuje i s hierarchií struktur, která z jejich definic a vzájemných vztahů vyplývá. Mnohé mikrostruktury se totiž organizují do vyšších celků, a ty dále vytvářejí ještě komplexnější makrostruktury. Například opakované afektivně nabitě vzpomínky, tedy paměťové struktury, tvoří základ internalizovaných objektivních vztahů (Kernberg & Caligor, 2005). Podle Edith Jacobsonové jsou to pak tyto zvnitřněné objekty a reprezentace vlastního Já, které se díky zrání vlivem oidipovského konfliktu organizují do makrostruktury známé jako superego (Jacobson, 1954). Jak jsme již zmínili dříve, superego se interakcí s dalšími strukturami podílí na celkové struktuře osobnosti jedince.

2.3.2. Zdraví a patologie

Kromě míry komplexity se od sebe struktury liší i v dalších aspektech. Velká část již zmiňovaných struktur, jako například ego, id a superego, jsou přirozenými součástmi normálního fungování lidské psychiky. Existují ale i struktury, jejichž existence je projevem patologie. Příkladem takové struktury může být například tzv. *grandiózní self*, přítomné u narcistické struktury osobnosti. Podle Kernberga se jedná o strukturu vznikající výhradně v případě rozvoje narcistické osobnosti (Kernberg, 1992). Zajímavé je, že v Kohutově původním pojetí je grandiózní self normální strukturou, která je projevem přirozeného dětského narcismu, a patologický narcismus je pouze výsledkem narušení jejího přirozeného vývoje

(Kohut, 2009). Za patologickou strukturu můžeme nakonec považovat i samotnou narcistickou osobnost, stejně jako hysterickou, paranoidní a jakoukoliv jinou strukturu osobnosti. Jako je tomu v případě grandiózního self v Kohutově pojetí, i struktury, které běžně spojujeme s normálním fungováním lidské psychiky, mohou v případě narušení jejich funkce způsobovat patologii. Příliš striktní superego může zapříčinit řadu symptomů, čímž se Freud zabýval od samého počátku své klinické práce. Naopak v některých oblastech příliš permissivní superego bývá asociováno s nedostatečnou kontrolou impulzů a antisociálním chováním (Johnson, 1949).

Sandell (2019) vymezuje dva typy struktur na základě jejich vztahu k patologickým symptomům. *Nevědomé fantazie* jsou struktury, ze kterých samotný symptom vychází. Poté existují struktury, které těmto fantaziím zabraňují vstup do vědomí, což jsou struktury, které známe pod názvem *obranné mechanismy*.

2.3.3. Dynamické a statické struktury

Pulver (1988) upozorňuje na rozdíl mezi *dynamickými* a *statickými strukturami*, které podle něj psychoanalytici autoři nedostatečně rozlišují. Stěžejním bodem v tomto rozdělení je funkce. *Dynamické struktury* definuje jako organizované systémy psychických obsahů a procesů, které vykonávají určitou funkci. Jsou tedy více než pouhou sumou svých částí. Tato definice odpovídá i Freudovu pojetí struktury tak, jak je prezentováno ve strukturálním modelu. I méně komplexní struktury však mohou být dynamické, jako je tomu v případě obranných struktur ega. *Statické struktury* v Pulverově pojetí na rozdíl od dynamických neplní žádnou funkci. Jedná se pouze o organizace mentálních obsahů, které postrádají vnitřní proces, který by byl nezbytnou součástí jejich organizace a dodával dané struktuře její dynamický aspekt. Mezi statické struktury tak patří např. ideje, reprezentace či fantazie. Pulver používá ilustrativní příklad traumatické vzpomínky. Pouhý obsah této vzpomínky, kognitivní paměťová stopa události, je statickou strukturou. Jakmile však vstupuje do interakce s emočními systémy a v daném jedinci vzbuzuje silnou afektivní reakci, stává se tato statická struktura strukturou dynamickou.

Na rozdíl od Gilla, který dynamické a statické struktury v podstatě nerozlišoval, se Pulver přiklání k používání pojmu *struktura* pouze pro struktury dynamické. Dostatečně jasné vymezení pojmu je zásadní pro udržení smysluplného dialogu. Zároveň ale určuje směr, jakým se bude dialog a pozornost jeho účastníků ubírat. S některými komplexními strukturami

můžeme relativně dobře pracovat při klinických úvahách, ale jejich operacionalizace pro výzkumné účely je nereálná. Diverzita konceptualizací tak značně ztěžuje proces operacionalizace a výzkumu strukturálních konceptů.

2.4. Definice struktury a kritéria

Tímto se dostáváme k problematice samotné definice pojmu struktura v rámci psychoanalytického uvažování. Co můžeme považovat za strukturu a jaké jsou její klíčové charakteristiky? Co z tak různorodých konceptů, jaké jsme dosud prezentovali, činí navzdory mnohým rozdílům *struktury*? Definic struktury je přirozeně mnoho a vzájemně se v mnoha ohledech liší, jelikož každá klade důraz na jiný klíčový aspekt. V této podkapitole nabízíme přehled zásadních kritérií a definic, a jejich srovnání.

2.4.1. Funkce

Struktury mezi sebou vzájemně interagují a vzájemně se tedy ovlivňují. To je stěžejní v již rozebíraných teoretických přístupech Hartmanna (1946) v souvislosti se strukturálním modelem, i Pulvera v kontextu dynamických a statických struktur (Pulver, 1988). Právě proto je zjednodušeně struktura často pojímána jako „něco co vykonává určitou funkci“ (Applegarth, 1989). Příkladem takové funkce může být syntetická funkce ega či obrana proti nechtěnému obsahu. Dewald (1972) upozorňuje na to, že pojem *struktura* je pouhou abstrakcí, a ve skutečnosti se jedná o skupiny mentálních funkcí splňujících určité charakteristiky (jsou repetitivní, relativně automatické, předvídatelné, s pomalým tempem změny).

Podmínka, že struktura vykonává určitou funkci, je zásadním opodstatněním výzkumu strukturální změny. Pokud struktura není dostatečně rozvinutá, neplní svou funkci či se jinak vymyká normě, je žádoucí usilovat skrze psychoterapii o její změnu. Tato úvaha předpokládá vztah struktur a vnějších symptomů, kterému se budeme věnovat níže.

2.4.2. Organizace a hierarchie

Pojem *struktura* bývá často nahrazován pojmy *organizace*, *systém* apod. I to podtrhává aspekt struktury, jímž jsme se zabývali výše, tedy jejich hierarchické uspořádání a různá míra komplexity: některé struktury jsou organizací vzájemně propojených substruktur. Jednotlivé

složky tak nejsou nezávislé, ale struktury mezi sebou interagují. Toto kritérium vyplývá z pojetí struktur Gilla a Applegarthové (Applegarth, 1989), zároveň ho uvádí i Sandell (2005, 2019).

2.4.3. Kritérium stálosti

Idea stálosti je s psychickou strukturou spjata již od počátku, kdy základním předpokladem Freuda je premisa, že psychosexuální vývoj jedince je ukončen v adolescenci a dále se osobnost člověka, případně jeho struktura, již nemění. Jednou z nejčastěji používaných definic struktury je definice Davida Rapaporta, jež strukturu vymezuje jako „psychické fenomény s pomalým tempem změny, které jsou relativně stálými určovateli chování a symptomů“ (Rapaport, 1960 citováno podle Akhtar, 2009). Podle této definice je pak zásadní charakteristikou struktury právě její stálost a pomalé tempo změny. Právě proto Rapaport mezi struktury zahrnuje například obrany, ale ne pudy z důvodu jejich proměnlivosti. Podobně argumentuje i Applegarthová, když obhajuje statut Id jako struktury, navzdory jeho nezávislosti na zákonech logiky. Id je podle ní strukturou, jelikož se jedná o „trvalý způsob myšlení“, který podléhá určité pravidelnosti (Applegarth, 1989). I její definice struktury tak spočívá na kritériu relativní stability.

Toto kritérium nevyklučuje určitý vývoj struktur či strukturální změnu jako takovou. Struktury sice oproti jiným intrapsychickým obsahům nejsou velmi flexibilní a proměnlivé, ale přesto k jejich změnám dochází, děje se tak ale velmi pomalu. Ke strukturální změně jako takové se však dostaneme v další části této práce.

Pulver definici založenou na stabilitě kritizuje, jelikož svým důrazem na stálost opomíjí samotnou funkci struktury, která je podle něj zásadní charakteristikou všech dynamických struktur (Pulver, 1988). Rapaport tak svou definicí zahrnuje primárně struktury statické a nerozlišuje je od struktur dynamických.

Pokud vykročíme za hranice psychodynamického pohledu na psychiku, můžeme dojít k závěru, že za *strukturu* lze dle tohoto kritéria považovat i další koncepty, jakými jsou například *rysy* (Sandell, 2019). Tento přesah má význam pro operacionalizaci strukturální změny. Psychoanalytické pojetí struktury se totiž do určité míry překrývá s koncepty jako jsou právě *rysy*. Strukturální koncepty tak mohou být relevantní i mimo oblast výzkumu psychoanalýzy.

Kritérium stability navíc nezahrnuje pouze stálost struktury samotné, ale i jejích derivátů, symptomů. Stabilita lidského chování a dalších projevů, včetně těch patologických, totiž vyplývá ze stability vnitřních struktur, které je determinují. Blíže se ke vztahu struktur a symptomů vrátíme na konci kapitoly.

2.4.4. Vědomé a nevědomé struktury

Sundin a Armelius ve své studii uvádějí velmi obecnou definici, podle které psychická struktura „vyznačuje u dané osoby organizaci přání, strachů a domněnek, které jsou často nevědomé“ (Sundin & Armelius, 1998). Velká část intrapsychických struktur je opravdu nevědomá, ale jak vyplývá i z této definice, není to pravidlem. Některé reprezentace Já, paměťové struktury či kognitivní struktury obecně mohou být vědomé. Vědomé i nevědomé struktury zahrnuje do své definice i Sandell (2005, 2019).

Někteří teoretici ale staví struktury do zvláštní kategorie stranou, na kterou se pojmy vědomí a nevědomí nemohou vztahovat. Takový přístup zastávají Sandler a Joffe (1969), kteří rozlišují sféru prožitků (angl. *experiential realm*) a sféru ne-prožitků (angl. *non-experiential realm*). *Sféra prožitků* zahrnuje veškerou subjektivní realitu jedince, tedy jeho prožívání, impulzy, fantazie, vzpomínky apod., ať jsou vědomé či nevědomé. *Sféra ne-prožitků* vymezuje to, co samo o sobě není obsahem lidské zkušenosti. Spadají do ní psychické i biologické orgány, včetně celého psychického aparátu, a mezi nimi působící síly, energie a mechanismy. A právě stabilnější aspekty této sféry Sandler a Joffe označují za psychické struktury tak, jak je definuje Rapaport. Struktury tak nemohou být vědomé či nevědomé, protože stojí mimo subjektivní prožívání jedince.

2.4.5. Vztah struktur ke zkušenosti a jejich pozorovatelnost

Struktura je abstraktní pojem, který nepopisuje přímo měřitelné či pozorovatelné symptomy ani chování. Práce se strukturami je odklonem od pozorovatelného chování jedince, a někdy dokonce i od jím prožívané subjektivní reality. Struktury jsou tak určitou abstrakcí a snahou o popis širších souvislostí a vztahů pomocí teoretického konstruktů. I proto se pojem *struktura* podobně jako mnoho dalších psychoanalytických konceptů potýká s problematikou nejasné a nejednotné definice. To vychází právě i ze vzdálenosti struktur od pozorovatelných symptomů a dalších kvantifikovatelných měřítek. Jejich vzdálenost od klinické zkušenosti způsobuje, že pojem struktura nabývá mnoha rozdílných významů.

Tento odklon od přímé zkušenosti jedince popisují i Sandler a Joffe (1969), když umisťují struktury do *ne-prožitkové sféry*. Přesto ale i v tomto pojetí existuje úzká vazba mezi strukturami a obsahy jedincova prožívání, jelikož vývoj struktur a jejich modifikace jsou mimo jiné ovlivňovány právě změnami ve *sféře prožitků*, tedy vjemy, pocity, myšlenkami apod. Tato interakce však není jednostranná a takto modifikované struktury mají za následek tvorbu nových obsahů v *prožitkové sféře*. Interakce mezi jednotlivými sférami je tak vzájemná, prožívání ovlivňuje struktury a samotné struktury pak formují způsob prožívání.

Struktury tedy navzdory svému vzdálení od přímé zkušenosti nejsou pouze izolovanými teoretickými konstrukty, ale s lidskými prožíváním jsou v úzkém kontaktu. To strukturálním konceptům dodává klinickou validitu. Prožívaná zkušenost jedince totiž souvisí s jím projevovanými pozorovatelnými symptomy. Podle Sandella (2005, 2019) je pro definici struktur stěžejní fakt, že struktury samy o sobě nejsou přímo pozorovatelné a že můžeme pozorovat pouze jejich deriváty, tedy symptomy. Symptomy jsou tak vnímány jako manifestní projevy poruchy latentní struktury.

V současné psychoanalýze se můžeme setkat s trochu odlišnou terminologií, která dělí struktury dle pozorovatelnosti na hloubkové a povrchové (Kernberg & Caligor, 2005). Dle tohoto přístupu tedy lze některé struktury pozorovat, nicméně struktury v této kategorii jsou považovány pouze za deskriptivní. Patří mezi ně například osobnostní rysy. Povrchové struktury pak vycházejí ze struktur hloubkových, které již pozorovat nemůžeme. Právě hloubkové struktury jsou v této koncepci ony relativně stabilní konfigurace mentálních procesů. Kernberg a Caligorová však blíže nedefinují *pozorování*, pomocí kterého vymezují povrchové struktury. Přímou pozorovat můžeme například chování a projevy jedince, je ale možné takto přímo pozorovat osobnostní rysy? Jedním z nejznámějších osobnostních rysů je extraverte. Avšak i extraverte je koncept, který nemůžeme pozorovat přímo, a vyvozujeme jej z jeho projevů v chování (v tomto případě např. pokud je někdo hovorný) nebo ze samotného prožitku jedince (má kolem sebe rád hodně lidí). I povrchové struktury tedy odvozujeme skrze interpretaci něčeho povrchovějšího, přímo pozorovatelného. Koncept hloubky struktury se tak jeví jako relativně arbitrární. Sandell (2019) dělení na povrchové a hloubkové struktury kritizuje právě z důvodu nedostatečného empirického podkladu konceptu hloubky. Upozorňuje na to, že dosud nebyly definovány indikátory hloubky, a tedy rozlišení mezi hloubkovými a povrchovými strukturami je pouze teoretický předpoklad.

Přestože terminologie může být zavádějící, psychodynamické přístupy sjednocuje právě ono zaměření se na latentní, nepozorovatelné, hloubkové struktury, na rozdíl od pozorovatelných symptomů či chování, na které se zaměřují například kognitivně-behaviorální směry. Toto zaměření se promítá do terapeutické praxe i do výzkumu, mimo jiné i v podobě usilování o strukturální změnu.

3. Strukturální změna

3.1. Definice

Zaměříme se nejdříve na definici strukturální změny z teoretického hlediska. Základní premisou psychodynamického přístupu je teoretický předpoklad, že strukturální změna vede k trvalejším a stabilnějším změnám v životě jedince. I vzhledem k těmto charakteristikám je považována za cíl psychoanalytické psychoterapie. V souvislosti s tím je strukturální změna často kladena do kontrastu oproti změně symptomatické či behaviorální, kde dochází ke změně symptomů a chování, avšak beze změny latentních intrapsychických struktur. Předpokládá se, že tyto změny jsou pak méně stabilní. Strukturální změna je tedy komplexní, hloubkovou a trvalou změnou osobnosti, na rozdíl od povrchové změny izolovaných symptomatických či behaviorálních projevů osobnosti. Jak uvádí Grande et al. (2009), jde o celkovou změnu referenčního systému, kterým pacient pohlíží na svou realitu, své prožívání a chování.

Pojmu *strukturální změna* můžeme obvykle rozumět ve smyslu *změny struktur*. Různé definice struktury tedy zároveň ovlivňují různá vymezení významu strukturální změny. Podle Freuda bylo například cílem psychoanalytické terapie posílit ego a učinit ho více nezávislým na superegu. „Necht' je ego tam, kde bylo id“, také uvádí ve své přednášce *Strukturální rozbor psychické osobnosti* (Freud & Richards, 1953), čímž odkazuje na zaměření psychoanalýzy na zvědomování vytěsněných obsahů. Takto lze tedy popsat strukturální změnu za použití terminologie strukturálního modelu psychiky.

Akhtar (2009) na základě modelu Mahlerové, Pinea a Bergmanové (1989) navrhuje vymezení strukturální změny u hraničních jedinců jako dosažení určitého stupně *libidinózní stálosti objektu*, kdy je pozitivní vnitřní reprezentace mateřské figury dostatečně stabilní.

Kernberg integruje ego-psychologii a teorii objektních vztahů, a tak vymezuje strukturální změnu vzhledem k interakcím konfigurací impulz-obrana s internalizovanými objektními vztahy (Kernberg, 1988).

Z pohledu změny organizace osobnosti se pak strukturální změnou rozumí vývoj třech klíčových funkcí Já. Konkrétně se tak psychoterapie snaží o přechod ze stavu difúze identity směrem k identitě konsolidované, k užívání vyspělejších obran a nedotčenému testování reality (Clarkin et al., 2004/2016).

Obecně tedy můžeme definovat strukturální změnu za pomoci struktury, jejíž změnu terapie cílí.

Další podstatné rozlišení nám může nabídnout perspektiva dělení na prožitkovou a ne-prožitkovou sféru.

V pojetí Sandlera a Joffeho (1969) psychické struktury neustále procházejí změnami, ať už vlivem zrání, nebo vědomým či nevědomým uvědoměním obsahů subjektivní reality jedince. Ve změně struktur tedy hraje důležitou roli sféra prožitků, kterou je právě ona subjektivní realita jedince, ale k samotné změně struktur přirozeně stále dochází ve sféře ne-prožitékové.

Wallerstein (1991) nicméně poukazuje na to, že jiní autoři strukturální změnu situují i ve sféře prožitků. Kernberg (1984, citováno dle Wallerstein, 1991) například definuje strukturální změnu jako modifikaci nevědomých intrapsychických konfliktů. Konflikty však spadají do sféry prožitků. Mohlo by se tedy zdát, že strukturální změna není pouze změnou struktur, alespoň ne v tomto případě, za použití definice struktur Sandlera a Joffeho. Různí teoretici by však zřejmě došli k rozdílným názorům na to, zda stabilní konflikty s pomalým tempem změny nemůžeme také klasifikovat jako struktury. Tato problematika nás však přivádí k novému aspektu strukturální změny, a to že změna samotných struktur nezbytně způsobuje změnu i v jejich vzájemné dynamice a rozložení sil. Rangell (1989) o takových změnách mluví jako o změně *interstrukturální*, oproti změně *strukturální*.

I další teoretické přístupy neomezují strukturální změnu pouze na změnu *struktur(y)*. Podle OPD (2008) se strukturální změna posuzuje na základě předem stanovených ohnisek, tedy klíčových problematických oblastí daného jedince. Tato ohniska jsou vybírána ze tří os. Jednou z těchto os je právě i osa struktury (osa IV.), ale ohniska se týkají i interpersonálních vztahů (osa II) a intrapsychických konfliktů (osa III). V praxi se strukturální změna u každého jedince týká odlišných oblastí či ohnisek, jelikož vychází z individuální organizace jeho osobnosti. U některých diagnostických kategorií však určité oblasti zaujímají častěji centrální pozici. Jako ilustrační příklad můžeme uvést ohniska jedinců s depresemi. Výzkum naznačuje, že v tomto případě se obvykle setkáváme s problematikou v oblasti sebe-regulace a vnitřní komunikace, centrální je pro ně také konflikt mezi potřebou péče a soběstačností (Leuzinger-Bohleber et al., 2019). Změna v těchto oblastech je pak podle OPD a HSCS považována za změnu strukturální.

Z výše zmíněných přístupů vyplývá, že strukturální změna není pouze změnou samotných dílčích struktur. Tento pojem se také používá k popisu změn dynamiky mezi strukturami a změn v rámci intrapsychických konfliktů.

I toto shrnutí však není vyčerpávající, a slouží pouze k základnímu přehledu a orientaci v části problematiky. V následujících kapitolách představíme několik dalších přístupů, které definují strukturální změnu za pomoci dalších specifických struktur či schopností jedince.

Na závěr ještě upozorníme na zcela odlišný přístup k definici strukturální změny, který zaujímá Rolf Sandell (2005). Podle něj nezáleží na tom, jakou strukturu měříme či jaký specifický nástroj k měření použijeme. Strukturální změna je podle něj, stejně jako struktura, charakterizována stabilitou a konzistencí. Změna je tedy strukturální, pokud je dlouhodobě stabilní, což lze prokázat pouze volbou správného výzkumného designu. Touto problematikou se blíže budeme zabývat v poslední kapitole.

3.2. Projevy strukturální změny

Dosud jsme o strukturální změně uvažovali jako o změně latentních intrapsychických struktur. Vzhledem k její skryté podstatě tak nemáme možnost ji pozorovat přímo, což má dopad na práci s ní jak v terapeutickém, tak i výzkumném kontextu.

Již jsme zmínili výše, že strukturální změna jako koncept je relevantní mimo jiné i díky své vazbě na symptomy. Vztah mezi strukturální změnou a změnou symptomů je však komplexní. Sundin a Armelius (1998) se zabývali souvislostí konceptů *mentálního zdraví* a *psychické struktury*, jelikož se různily názory na to, zda se jedná o dva rozdílné koncepty, které je třeba měřit odlišně, nebo zda se překrývají natolik, že je jeden z nich přebytečný. Mentální zdraví ve svém výzkumu posuzovali podle *Health-Sickness Rating Scale* a strukturu osobnosti vyhodnocovali za pomoci dvou přístupů: Kernbergovy organizace osobnosti a Wallersteinových *Scales of Psychological Capacities* (SPC). Došli k závěru, že psychická struktura úzce souvisí s mentálním zdravím, jelikož v modelu regresní analýzy sdílely oba koncepty 21% variance. Zároveň 9% variance zůstávalo společných pouze měřítkům psychické struktury. Přesto, že spolu tedy struktura a mentální zdraví souvisejí, existence této „čisté“ komponenty vylučuje, že by se kompletně překrývaly. Zároveň ze zmíněných výsledků vyplývá, že každý nástroj měří určitý specifický aspekt psychické struktury. Právě tak i případná asociace strukturální změny se symptomy závisí na konkrétní definici strukturální změny a zvoleném výzkumném nástroji. Souvislosti mezi indikátory psychického zdraví a strukturální změnou se budeme právě proto hlouběji věnovat až v poslední kapitole, u každého

výzkumného nástroje zvlášť. V této části práce si však dovolíme zdůraznit obecné trendy, abychom poukázali na potenciální přínos a smysl strukturální změny.

Pomocí klinických pozorování bývá těžké identifikovat právě probíhající strukturální změnu, a terapeut si jí mnohdy jasně všímá až když je kompletní (Applegarth, 1989). V LAC studii první rok po započetí terapie u většiny pacientů ke strukturální změně nedošlo (Beutel et al., 2023). I samotní pacienti si navíc až s odstupem uvědomují celý rozsah změn, ke kterým v jejich životě v souvislosti s terapií došlo. To může souviset s tím, že je pro pacienty snazší reflektovat změny v oblasti symptomů, těch si jsou vědomi již krátce po ukončení terapie. Hlubších změn osobnosti a jejich dopadu na různé životní oblasti si klienti všímají až s odstupem. Tomu by nasvědčovalo i zjištění, že strukturální změna dobře predikuje retrospektivní hodnocení účinnosti terapie samotnými klienty až tři roky po terapii, zatímco pouhý rok po ukončení terapie tento vztah nepozorujeme (Grande et al., 2009). V citovaném výzkumu navíc zpětné vyhodnocení úspěšnosti terapie klientem po třech letech predikovala strukturální změna lépe než změna symptomatická.

Předpokládá se, že strukturální změna vede k pevnějším a trvalejším charakterovým dispozicím, díky kterým je jedinec více rezilientní, odolný a ve svém životě produktivní (Wallerstein, 2003). Kauzální vztah mezi strukturální změnou a trvalejším zlepšením se zatím jednoznačně prokázat nepodařilo. Aktuální výzkum však dospěl v této oblasti k mnoha významným závěrům. V LAC studii u klientů podstupujících psychoanalytickou léčbu souvisela strukturální změna (definována dle OPD a HSCS) s poklesem depresivních symptomů (Leuzinger-Bohleber et al., 2019). V další studii predikovaly strukturální změny během terapie (definovány podle SPC) vývoj psychiatrických i depresivních symptomů dokonce 3 roky po ukončení léčby (Huber et al., 2017). Studován je ale nejen vztah strukturální změny a symptomů. Grande et al. (2003) se zabývali změnami v životech pacientů 6 měsíců po ukončení terapie: interní a externí rozvoj, nové životní události a jejich význam, začlenění do každodenní reality i efekt práce odvedené v terapii na každodenní život. V této studii strukturální změna (definována dle HSCS) umožňovala tyto změny predikovat, na rozdíl od změn symptomatických, které se změnami po terapii nekorelovaly. Jinde strukturální změna predikovala lépe než změna symptomatická i efekt terapie hodnocený samotným pacientem (Grande et al., 2009). Zmíněné výzkumné závěry jsou konzistentní s předpokladem trvajících dlouhodobého efektu strukturální změny na život léčeného jedince. Poslední citované studie

však znovu připomínají, že psychické symptomy nejsou vždy spolehlivým ukazatelem komplexních změn v osobnosti jedince.

Vztah mezi strukturální změnou a symptomy tedy zůstává nejasný. Z výzkumů na jedné straně vyplývá, že strukturální změna může stát za dlouhodobým a stabilním zlepšením symptomů. Na druhou stranu však vývoj symptomů mnohdy se změnami v životě pacienta nekoreluje. Obecně se tedy symptomy zdají být nespolehlivým indikátorem strukturální změny. Podle Dewalda (1972) zkreslení vychází z přirozeného průběhu psychotherapeutického procesu. Pokud nedošlo ke strukturální změně, může za změnou symptomů stát přenosová neuroza, regrese či obrany. Zhoršení symptomů jakožto *negativní terapeutická reakce* bývá podle Freuda (1926) projevem negativního vztahu k terapeutovi a ulpívání na zisku z nemoci. I na truchlení, které je samo o sobě intenzivní negativní afektivní reakcí na ztrátu objektu, psychoanalýza pohlíží jako na důležitý proces nutný k reorganizaci self (Hagman, 2001). Těmto teoretickým modelům ale chybí dostatečný empirický podklad. Výzkum však poukazuje na to, že počáteční zhoršení symptomů nemusí souviset s problémy v průběhu terapie a může u některých klientů předcházet následnému zlepšení (Owen et al., 2015). Výkyvy v symptomech jsou tedy přirozenou součástí terapeutického procesu a pouze na základě symptomů samotných nelze jednoznačně interpretovat jejich důsledek na nadcházející vývoj terapie.

Dosud jsme se zaměřovali na vliv strukturální změny na symptomy a na kvalitu života jedince. Neměli bychom však zapomenout, že i změna symptomů může ovlivňovat průběh strukturální změny. Například snížená míra depresivních symptomů může usnadnit řešení hloubkových konfliktů a tím favorizovat průběh strukturální změny. Tato interakce však dosud nebyla výzkumně prověřena.

Ukazuje se, že strukturální změna pokračuje i po ukončení psychoterapie. Ve studii zabývající se vlivem psychodynamické terapie na pacienty s poruchou osobnosti byla pozorována strukturální změna (v pojetí organizace osobnosti měřené pomocí IPO), která dále pokračovala i 5 let po ukončení psychoterapie (Lowyck et al., 2015). Strukturální změna tak přivádí naši pozornost na dlouhodobý efekt psychoterapie na osobnost jedince a na její další vývoj.

V souvislosti s projevy strukturální změny je třeba zmínit problematiku jejího měření. Mnohé pozorovatelné lidské projevy, jakými jsou například symptomy, jsou nespolehlivými ukazateli strukturální změny. Teoretici se shodují na tom, že struktury, a tedy i strukturální

změna, jsou nepozorovatelné (Sandell, 2005; Wallerstein, 1991). Je tedy nezbytné vyvozovat informace o jejím stavu a vývoji z pozorovatelných ukazatelů. Existují různé pohledy na to, jaké indikátory jsou spolehlivé a podstatné, čímž se zabýváme v následujících kapitolách.

Strukturální změna tedy úzce souvisí s pozitivním vlivem psychoterapie na prožívání jedince a jeho produktivitu v různých životních oblastech. Přirozeně tedy následuje otázka, jak lze strukturální změny dosáhnout?

3.3. Cesta ke strukturální změně

V průběhu vymezování pojmu strukturální změna a struktura jsme se setkali s myšlenkou, že strukturální změna není pouze výhradou psychoterapie, ale dochází k ní i přirozeně, v rámci běžného intrapsychického života jedince. Z vývojového pohledu se v dětství rozvíjí soudržnost ego a superego se formuje vlivem výchovy. I obranné mechanismy, jejichž použití je součástí normálního psychického fungování, jako jsou například vytěsnění či identifikace, mohou permanentně modifikovat strukturu osobnosti (Hartmann et al., 1946). Vytěsnění je proces, který udržuje v nevědomí problematické impulzy, které nejsou v souladu se standardy superega. Umožňuje tak kontrolovat, jaké obsahy se dostávají do vědomí, a podílí na neustálém vymezování hranice mezi strukturami ego a id. Identifikace, tedy zvnitřnění či introjekce vnějšího objektu, může například sloužit jako obrana proti bolestné ztrátě (např.: mladá žena se po úmrtí své matky ztotožní s jedním z matčinych rysů a rozvine se u ní silný zájem o vaření) (Auchincloss, 2015). Tím se identifikace podílí na změně identity jedince. Strukturální změnu tak můžeme vnímat jako přirozený, dynamický adaptivní proces.

Nejčastěji je však strukturální změna zmiňována v souvislosti s psychoanalýzou a jejím účinkem. O integrovaný popis teoretického cíle psychoanalýzy se na základě svého výzkumu pokusila Heike Westenberger-Breuerová (2007) a dospěla k následující definici:

„Trvalá úleva od stížností a životních problémů z pohledu pacienta, zakořeněná ve změnách osobnostní struktury, dosažena využitím psychoanalytické metody.“

Strukturální změna jakožto změna osobnostní struktury je tedy ústředním cílem psychoanalýzy. V literatuře je navíc přítomná představa, že je možno těchto hloubkových, strukturálních změn dosáhnout vlivem psychoanalýzy (Sandell, 2019). Pohledy na to, jak této změny psychoanalýza dosahuje, se však liší.

3.3.1. Vhled

Vhled zastává v psychoanalytické literatuře centrální místo, jako mechanismus vedoucí ke strukturální změně, ale také jako její ukazatel (Messer & McWilliams, 2007). Nejčastěji je pojímán jako dosažení schopnosti objektivního sebe-pozorování a získání přístupu k některým nevědomým derivátům (Weinshel, 1990). Smyslem analýzy je v tomto pojetí dosáhnout úlevy od symptomů skrze umožnění vhledu (ibid.). Psychoanalýza dlouho považovala za základní mechanismus sloužící k dosažení vhledu verbální interpretace nevědomých obsahů (impulzů, obran apod.) (Sugarman, 2006). Tato perspektiva však nedostatečně adresuje vztahové aspekty terapie. Dlouhodobě proto panuje rozkol ohledně stěžejních faktorů vedoucích ke strukturální změně: zda k ní vede interpretace umožňující získání vhledu, nebo spíše nová vztahová zkušenost, případně kombinace obou procesů (Wallerstein, 2003).

Tuto problematiku empiricky prověřoval Psychoterapeutický Výzkumný Projekt (PRP) Menningerovy Nadace (*The Psychotherapy Research Project of The Menninger Foundation*) (Wallerstein, 1989) prostřednictvím studia rozdílu mezi expresivní a podpůrnou psychoanalytickou terapií. Expresivní terapie byla ve výzkumu vymezena jako terapie zaměřená na posílení vhledu prostřednictvím interpretací, analýzy obran a odhalování nevědomých konfliktů. Cílem podpůrné psychoanalytické terapie bylo spíše posílení ega a jeho obran, aby bylo vytěsnění konfliktů efektivnější. Strukturální změna tak měla být pozorovatelná výhradně u klientů terapeutů využívajících expresivní přístup, zatímco podpůrná psychoterapie měla dospět pouze k povrchovým změnám behaviorálním. Výsledkem analýzy průběhu terapie 42 klientů bylo ale zjištění, že i podpůrné psychoanalytické terapie vedly ke strukturální změně, a to ve stejné míře, jako tradiční interpretativní psychoanalýza. Ukázalo se navíc, že v praxi není dělení na expresivní a podpůrnou psychoanalytickou psychoterapii jednoznačné, a že většina analytiků aplikuje smíšený přístup, přizpůsobený danému klientovi. Mezi podpůrné mechanismy, jejichž účinek byl pozorován právě i v expresivní psychoanalytické terapii, řadí Wallerstein (2000) například pozitivní závislý přenos, testování reality a edukace, korektivní emoční zážitek, vyjmutí z nežádoucí životní situace, nebo vzájemnou domluvu o tom, že určitá problematická oblast nebude v terapii adresována za cenu toho, že bude pozornost směřována k jiné problematice. První zmiňovaný mechanismus, tzv. *pozitivní závislá přenosová vazba*, je typicky podpůrný. Jedná se o určitou formu pacientovy fixace na terapeuta, kterou terapeut neinterpretuje. Přijímá roli onnipotentní autority, na které se pacient stává do určité míry závislý. Díky této vazbě dochází k výměnnému obchodu: pacient se mimo terapii zlepšuje na přání terapeuta, výměnou za terapeutovu oporu, ocenění a lásku (Wallerstein, 1989, 2000).

Tímto způsobem terapeutický vztah fungoval zejména v počátečních stádiích analýzy, než se potřeba této závislé vazby snížila, přesunula na jinou osobu (partner/ka), nebo byla daná schopnost internalizována, čímž se změny v životě jedince upevnily. V některých případech však závislá přenosová vazba vyřešena nebyla a vyústila v neukončitelnou analýzu (ibid.). V případech, kdy ale pacient dosáhl úspěšného osamostatnění se od terapeuta, můžeme považovat závislou přenosovou vazbu za mechanismus strukturální změny. Podpůrné mechanismy tak hrají klíčovou roli i v expresivních terapiích.

Je třeba zmínit, že kromě relativně malého počtu studovaných jedinců bylo podstatnou limitací PRP způsob posuzování strukturální změny, to jest pouze klinickým úsudkem. Ten je přirozeně do určité míry ovlivňován teoretickým stanoviskem daného klinika, nemá známou reliabilitu ani validitu (Wallerstein, 1994). I tak lze však z výsledků PRP vyvodit, že psychoanalytická terapie nepůsobí pouze skrze interpretaci a následné získání vhledu. Strukturální změny je zřejmě dosahováno kombinací podpůrných i interpretativních intervencí.

Jinou konceptualizaci strukturální změny i vhledu nabízí Stern (1998), který změnu vymezuje vzhledem k explicitním a implicitním znalostem pacienta. Ve svém článku uvádí, že psychoanalytické interpretace umožňují vhled, tedy restrukturalizaci explicitních, vědomých znalostí o pacientově vlastní intrapsychoické organizaci a o přenosovém vztahu. Vedle těchto explicitních znalostí však Stern zdůrazňuje také implicitní či procedurální znalost interpersonálních interakcí a pravidel, která je řídí, k jejichž restrukturalizaci vedou tzv. „momenty setkání“ mezi pacientem a analytikem. V průběhu těchto „momentů setkání“ dochází ke kvalitativním změnám vztahu mezi terapeutem a pacientem, mimo rámec klasického přenosu a protipřenosu, díky čemuž pacient získává novou perspektivu, jiné zařamování svých dřívějších prožitků. V terapii tak působí dva komplementární mechanismy změny ovlivňující různé oblasti lidského prožívání. Zatímco interpretace umožňují vhled na explicitní úrovni, „momenty setkání“ vedou ke změně implicitních vztahových znalostí.

Tyto mechanismy však nejsou na sobě nezávislé, vzájemně se doplňují. Podle Sterna mohou být v průběhu analýzy některé implicitní znalosti zvědoměny na úroveň explicitních znalostí. Podle jiných teoretiků je možné, že dodatečný rozvoj vhledu může ochránit pacienta před návratem automatického chování a tím může změnu upevnit (Subic-Wrana et al., 2011).

Často se setkáváme s pojetím vhledu ve smyslu nově nabytého stavu, nebo znalostí, které pacient díky analýze odkryje či získá, a to za pomoci analytika. Tento pohled však vnímá pacienta velmi pasivně. Alternativní pojetí vhledu jakožto schopnosti, kterou se pacient učí sám

aplikovat, nabízí Sugarman (2006). Pojem *vhled* nahrazuje výrazem *insightfulness*, tedy *prozíravost*. V tomto pojetí není *vhled* něco, co analytik analyzandovi předává (v podobě verbalizace nevědomých obsahů). Jedná se spíše o schopnost reflektovat na symbolické úrovni a integrovat, kognitivně i afektivně, fungování své mysli, kterou se analyzand v rámci psychoterapeutického vztahu učí. Cílem terapie je tak pomoci pacientovi získat schopnost mentalizace (tomuto konceptu se blíže věnujeme v další kapitole). Toto pojetí je tak v souladu s již zmiňovanou charakteristikou strukturální změny, která je komplexní změnou jedincova vnímání vnější i vnitřní reality. Ze systematického přehledu a metaanalýzy Jennissen et al. (2018) navíc vyplývá, že *vhled* (ve smyslu sebe-porozumění) je asociován s pozitivním výsledkem terapie napříč různými terapeutickými modalitami. Nejedná se tedy o koncept, který by byl neoddelitelný od psychoanalýzy a interpretací.

Vhled však nadále zůstává důležitým a užitečným konceptem a i dnes ovlivňuje operacionalizaci strukturální změny. Některé nástroje, jako například Heidelberská škála strukturální změny (HSCS, OPD Task Force, 2008), pojmají míru uvědomování si (vhledu do) centrálních intrapsychických problémů jako nezbytný krok na cestě ke strukturální změně.

3.3.2. Vymezení pojmů

Než se zaměříme na samotné výsledky výzkumů, je třeba vymežit několik pojmů. Dosud jsme v práci používali pojmy *psychoanalytický* či *psychodynamický* zaměnitelně. Můžeme však rozlišovat mezi psychodynamickou terapií, psychoanalytickou terapií a psychoanalýzou. Všechny tyto terapie sdílejí teoretickou základnu a uplatňují psychoanalytické myšlení, liší se zejména jejich frekvence, stěžejní intervence a terapeutický setting.

Psychodynamická terapie je relativně obecný pojem zastřešující terapie inspirované psychoanalýzou, většinou ve frekvenci jednoho až dvou sezení týdně (1 sese týdně (Huber et al., 2013), 1-2 sese týdně (Grande et al., 2006), ale i 2-3 sese týdně (Lindfors et al., 2015)). Pacient s terapeutem pracují čelem k sobě. Terapie je zaměřená na intrapsychické konflikty spojené s aktuálními problémy pacienta a využívá jak interpretace, tak i podpůrných elementů psychoterapeutické práce.

V rozdílech mezi psychoanalytickou terapií a psychoanalýzou však nepanuje jednoznačná shoda. Podle Vybírala a Roubala (2010) se psychoanalytická terapie blíže podobá naší definici psychodynamické terapie. Je prováděna v sedě za udržení očního kontaktu, je zaměřená na

řešení aktuálních konfliktů a problémů, se sezeními třikrát týdně a méně. Psychoanalýza je podle autorů naopak charakterizována polohou vleže zády k analytikovi, prací s volnými asociacemi a důrazem na hlubší práci s přenosem, umožněnou neutralitou analytika a vysokou frekvencí sezení (minimálně čtyři sezení týdně). V některých studiích se však setkáváme s definicí psychoanalytické psychoterapie blíže k právě popsané psychoanalýze, včetně neutrality analytika i polohy pacienta (Grande et al., 2006). Různá vymezení se však shodují ve vyšší frekvenci a délce psychoanalýzy (4-5 sesí týdně (Grande et al., 2006), 4 sese týdně (Lindfors et al., 2019)) oproti psychoanalytické terapii (2-3 sezení týdně (Huber et al., 2013), minimálně 3 sezení týdně (Grande et al., 2006)).

Každá výzkumná studie tedy rozlišuje tyto terapeutické směry podle vlastních kritérií, kritérií stanovených pojišťovny dané země, či dle zvolených psychoterapeutických manuálů. Většina studií se zaměřuje na individuální terapii, relativně zavádějící pojem „psychodynamická léčba“ byl však použit i pro popis kombinace skupinové psychodynamické terapie a neverbální léčby (Lowyck et al., 2015). Různé délky a frekvence léčby komplikují možnost vzájemného porovnávání výsledků studií a zpracování dat v meta-analýzách či systematických přehledových studiích. Ve zbytku práce budeme používat terminologii používanou v dané výzkumné studii, případně upřesníme frekvenci sezení či délku terapie.

3.3.3. Terapeutické intervence

Ve studii srovnávající psychoanalytickou a psychodynamickou psychoterapii byly pozorovány jeden rok po ukončení terapie výraznější změny v rozvoji psychologických kapacit (SPC) v psychoanalytické psychoterapii, a po třech letech výraznější pokrok v pozitivním sebehodnocení (dotazník Intrex) také v psychoanalytické psychoterapii (Huber et al., 2013).

Lindfors et al. (2019) srovnávali strukturální změnu vlivem psychoanalýzy ve srovnání s psychodynamickou psychoterapií. Po 10ti letech od započetí terapie však mezi oběma přístupy nebyl signifikantní rozdíl ve zralosti obraných mechanismů (Defense Style Questionnaire, DSQ) ani úrovni organizace osobnosti (LPO).

Efekt psychoanalytické a psychodynamické psychoterapie porovnávali také ve studii pacientů s hraniční poruchou osobnosti (Steinmair et al., 2021). Oba terapeutické přístupy souvisely se srovnatelným zlepšením objektivních vztahů (Quality of object relations, QORS) jeden rok po ukončení terapie. Hraniční osobnostní charakteristiky (Shedler-Westen Assesment Procedure) se u obou přístupů signifikantně nelišily, i když bylo možné pozorovat

výrazné zhoršení jeden rok po léčbě u skupiny pacientů léčených v psychoanalýze. Tyto výsledky naznačují, že strukturální změna teoreticky může sloužit jako nástroj ke zkoumání různého průběhu strukturální změny u různých forem terapie. Podstatnou limitací této studie je však velmi malý počet pacientů (19 na začátku studie, po 3 letech pouze 12).

Výzkumy však poukazují na to, že známky strukturální změny můžeme pozorovat i v ne-psychodynamických terapiích.

Helsinská Psychoterapeutická Studie (Lindfors et al., 2015) se zaměřila na 326 pacientů s depresivními a úzkostnými symptomy, aby porovnála efekt krátkodobých terapií (terapie zaměřená na řešení a krátkodobá psychodynamická psychoterapie) s dlouhodobou psychodynamickou psychoterapií. Snížení míry užívání nezralých obranných mechanismů (Defense Style Questionnaire, DSQ) bylo u obou forem krátkodobé terapie rychlejší. Tři roky po započetí terapie pozorovali výraznější zlepšení v organizaci osobnosti u dlouhodobé psychodynamické psychoterapie než u krátkodobé zaměřené na řešení. Pět let po započetí terapie došlo ke zvýšení úrovně organizace osobnosti (LPO) u jedinců v krátkodobých i dlouhodobé formě terapie, i když udržení efektu u krátkodobých terapií je částečně podpořeno vyhledáváním doplňující léčby. I v krátkodobých terapiích tedy může docházet ke strukturálním změnám, avšak dlouhodobá psychodynamická terapie zřejmě umožňuje trvalejší efekt.

LAC studie (Beutel et al., 2023; Leuzinger-Bohleber et al., 2019) se zaměřuje na výzkum dlouhodobého efektu psychoanalytické a kognitivně-behaviorální terapie na chronicky depresivní pacienty. Po třech letech více pacientů v psychoanalytické terapii (60%) splňovalo kritéria strukturální změny (podle OPD a Heidelberské Škály Strukturální Změny, HSCS) než ve skupině KBT (36%) (Leuzinger-Bohleber et al., 2019). Po pěti letech i nadále pacienti v psychoanalytické terapii projevovali vyšší známky strukturální změny (Beutel et al., 2023). Měli bychom však upozornit na to, že stejně jako i v ostatních studiích, ne u všech pacientů ke strukturální změně došlo (u KBT 36.4%, ve skupině psychoanalytické terapie 6.7%).

Dosavadní studie je třeba replikovat pro vyvození konkrétních závěrů. Z aktuálních výsledků však vyplývá, že strukturální změna většinou vyžaduje dlouhodobější léčbu. Přestože ke strukturální změně dochází i v KBT či na řešení založené terapii, v psychoanalytické a psychodynamické terapii většinou dochází ke strukturální změně ve větší míře. Otázkou pro budoucí výzkumy zůstává, zda strukturální změna opravdu vede k trvalejším změnám, které pacient pozitivně vnímá v různých oblastech svého života.

4. Srovnání současných konceptualizací strukturální změny a struktury

Cílem této kapitoly je porovnat teoretické pohledy na strukturální změnu a na jaké složky intrapsychické struktury či psychiky jedince se zaměřují, tedy které považují za nejvíce vypovídající o strukturální změně. Některé konceptualizace se zaměřují na konkrétnější prvky v psychice jedince, jiné jsou komplexnější. Navíc se mnohé konceptualizace částečně překrývají.

Pro zpřehlednění tohoto srovnání využijeme jako kostru Operacionalizovanou Psychodynamickou Diagnostiku (OPD Task Force, 2008) a její pojetí strukturální změny. V první části v zájmu přehlednosti stručně představíme základní pojetí strukturální změny podle OPD a dalších komplexních nástrojů, které ve své konceptualizaci zahrnují více dimenzí. V následujících podkapitolách se budeme postupně věnovat jednotlivým dimenzím strukturální změny podle OPD a nabídneme srovnání s ostatními konceptualizacemi.

4.1. Stručný přehled komplexních konceptualizací strukturální změny

4.1.1. Operacionalizovaná psychodynamická diagnostika (OPD) a Heidelberská Škála Strukturální Změny (HSCS)

První verze OPD začala vznikat v roce 1992 jako iniciativa profesorů Manfreda Cierpka a Wolfganga Schneidera, a jejím cílem bylo doplnit deskriptivní, na symptomech založený diagnostický model Mezinárodní Klasifikace Nemocí (MKN) o psychodynamické dimenze (OPD Task Force, 2008). Druhá verze, OPD-2 (dále jen OPD) je mnohem více zaměřena na samotný psychoterapeutický proces a pracuje i s pacientovými zdroji a silnými stránkami, ať už v rovině vztahů či strukturálních kapacit. Aktuální verze OPD byla přeložena do češtiny Romanem Telerovským a Davidem Holubem (OPD Task Force, 2013)

Pro diagnostiku podle OPD a pro posouzení strukturální změny jsou stěžejní tzv. *ohniska*: charakteristiky, „které přispívají příčině a udržování poruchy pacienta a hrají klíčovou roli v psychodynamice nemoci“ (OPD Task Force, 2008). Slouží, jak k udání směru terapie a volbě vhodného přístupu, tak i k identifikaci strukturální změny. Již jsme zmiňovali, že v některých konceptualizacích není strukturální změna pouze změnou struktury (tak, jak ji definuje daná konceptualizace), což je případ právě pojetí OPD. Ohniska jsou totiž vybírána na základě výsledků diagnostiky ze tří os: nejen z osy struktura (IV.), ale i z os interpersonálních vztahů (II.) a intrapsychických konfliktů (III.). Výběr ohnisek se však může lišit podle toho, zda je vybíráme za účelem směřování terapeutické práce, nebo pro účely výzkumné. OPD doporučuje

vydefinovat problematiku jedince pomocí 5ti ohnisek: jednoho z oblasti dysfunkčních vztahů a ostatní čtyři z oblasti konfliktů a struktury, podle toho, zda u pacienta převažuje jedno nebo druhé. Zde je při výběru ohnisek třeba vzít v potaz, že strukturální limitace mohou komplikovat propracovávání intrapsychických konfliktů, a proto je jejich propracování přednější. Autoři OPD pro vysvětlení tohoto vztahu používají metaforu divadla. Poruchy strukturální integrace přirovnávají k nestabilnímu podiu, špatně umístěnému či vratkému nábytku nebo nepřipraveným hercům. Takové rušivé elementy divákovi brání v porozumění samotnému ději divadelní hry, která v této metafoře reprezentuje intrapsychické konflikty. U jedinců s nižší úrovní strukturální integrace jsou tak konflikty proměnlivé a nejsou jasně ohraničené. Pro porozumění pacientově intrapsychické dynamice se proto zaměřujeme na strukturální deficity.

Strukturální změna v průběhu terapie, či po ní, je následně u každého z ohnisek vyhodnocována pomocí Heidelberské škály strukturální změny (HSCS, OPD Task Force, 2013). Tento nástroj je psychodynamickou modifikací škály Assimilation of Problematic Experiences Scale (APES, Stiles et al., 1990). Tato klinikem vyhodnocovaná škála umožňuje situovat pacienta v různých fázích zvládnání problému: od vyhýbání se, přes získání náhledu, až po strukturální změnu jako takovou, která zahrnuje rozpad starých struktur a poté rekonstrukci nových, adaptivnějších (viz Tabulka 1).

Tabulka 1 Heidelberská škála strukturální změny (HSCS) (OPD Task Force, 2013)

1. Nevnímání problémového ohniska	1 1+	Úplná obrana nebo vyhýbání se ohnisku; pacient „nemá žádný problém“ v kritické oblasti	
2. Nechtěné zaobírání se ohniskem	2- 2 2+	Tlak symptomu, potíže ve vztazích: nesmyslné nároky pocíťované jako vnější	
3. Vágní uvědomování si ohniska	3- 3 3+	Pasivní zaobírání se ohniskem, jeho částečné rozpoznání, tušení vlastní odpovědnosti	
4. Uznání a zkoumání ohniska	4- 4 4+	Snaha problém pochopit, pracovní spojenectví, aktivní „zvládnání“ a zabývání se problémovou oblastí	Zvládnání problému
5. Rozvolnění starých struktur v oblasti ohniska	5- 5 5+	Obrany se stávají chatrné, proces se stává strastiplným, smutek, pocit nechráněnosti, zmatek	
6. Nová strukturace v oblasti ohniska	6- 6 6+	Smířlivý přístup k oblasti ohniska, spontánní vznik nových způsobů prožívání a možností chování	Strukturální změna
7. Rozpuštění ohniska	7- 7	Integrace, soulad se sebou, prožívání je v souladu s realitou, vznik nových útvarů	

OPD tedy nepojímá pozitivní terapeutickou změnu jako odstranění či zmenšení nežádoucího rysu, jak o psychotherapeutické změně často přemýšlíme v kontextu symptomů. Strukturální změna se v pojetí OPD projevuje jako „lepší možnost regulace a konstruktivního nakládání“ se strukturálními omezeními či dysfunkčními vztahovými vzorci pacienta (OPD Task Force, 2008).

4.1.2. Karolinska Psychodynamic Profile (KAPP)

KAPP je metodou, které vznikla za účelem operacionalizace psychoanalytických konceptů pro výzkumné účely. Nástroj je koncipován tak, aby měřil „relativně stabilní a pomalu se měnící způsoby duševního fungování a charakterové rysy“ (Weinryb et al., 1991a). Důraz právě na stabilitu a pomalé tempo změny je v souladu s jedním z účelů této metody, kterým je měření strukturální změny v psychoterapii (Weinryb et al., 1997).

Tabulka 2 Škály Karolinska Psychodynamic Profile (KAPP, tabulka vytvořena podle Weinryb et al., 1991a)

Kvalita interpersonálních vztahů	1. Intimita a reciprocita	Důležitost přisuzovaná tělu v souvislosti se sebeúctou	10. Pojetí tělesného vzhledu a jeho význam pro sebeúctu
	2. Závislost a separace		11. Pojetí tělesného fungování a jeho význam pro sebeúctu
	3. Kontrolující osobnostní rysy		12. Současná body image
Specifické aspekty osobnostního fungování	4. Frustrační tolerance	Sexualita	13. Sexuální fungování
	5. Kontrola impulzů		14. Sexuální uspokojení
	6. Regrese ve službách ega	Dojem o vlastním společenském významu	15. Pocit sounáležitosti
	7. Zvládání agresivních afektů		16. Pocit potřebnosti
Diferenciace afektu (prožívání i vyjadřování)	8. Alexitymie		17. Přístup k radám a pomoci
	9. Normopatické rysy		18. Organizace osobnosti

KAPP má 18 škál (Tabulka 2) a její pojetí vychází z již zmiňované dichotomie mezi psychickou strukturou a obsahy. Škály KAPP se zaměřují právě na strukturu osobnosti a charakter, spíše než na psychodynamické obsahy (konflikty, obrany, přání, strachy) (Weinryb et al., 1997). Škála č. 18 měří charakter jako organizaci, zatímco ostatní škály se zaměřují na klinicky pozorovatelné charakterové rysy.

4.1.3. The Scales of Psychological Capacities (SPC)

Intrapsychická struktura je definována i funkcí, kterou vykonává. Wallerstein a jeho výzkumný tým se při měření strukturální změny zaměřili právě na tyto funkce (Wallerstein, 1991). Ve *Scales of Psychological Capacities* identifikovali 17 psychologických kapacit (DeWitt et al., 2017), funkcí či povahových sklonů a dispozic, u kterých by mělo dojít ke změně za předpokladu, že dochází ke změně intrapsychických struktur. Tyto funkce jsou formulovány tak, aby byly přijatelné a srozumitelné pro výzkumníky napříč psychoanalytickými teoretickými proudy, nehledě na jejich definici struktur samotných. Jsou popsány tak, aby mohly být posuzovány na základě pozorovatelného chování, ke kterému má experimentátor přístup přímo v průběhu klinického rozhovoru, tak i skrze anamnestický materiál.

Název každé ze škál popisuje optimální úroveň fungování dané schopnosti, a oba extrémny, hyper- i hypo-, vycházejí z tohoto středu paralelně. To umožňuje umístit na škály i jedince, kteří jsou vychýlení v obou směrech současně. Wallerstein (1991) užitečnost tohoto pojetí ukazuje na příkladu jedince, který je převážně afektivně inhibovaný, avšak dochází k němu k občasným silným emočním „výbuchům“. Na standardní lineární škále (od hyperkontroly emocí až po časté silné emoční výkyvy) bychom takového jedince nedokázali správně umístit. Schopnost č.7 „regulace afektů“ nám to však díky své dvou-škalové konfiguraci umožňuje. Tři schopnosti jsou však výjimkou a jsou každá posuzovány podle tří škál (viz Tabulka 3).

Ve srovnání s OPD, které rozlišuje patologii podle toho, zda vychází ze strukturálních limitací či konfliktové problematiky, škály SPC tyto aspekty neodlišují. To může ve výsledku způsobit různé korelace mezi škálami obou nástrojů podle toho, zda je problematika spíše strukturální, nebo konfliktově založená (OPD Task Force, 2008).

Tabulka 3 Současná podoba Scales of Psychological Capacities (SPC, tabulka adaptována a přeložena podle DeWitt et al., 2017)

Schopnosti vůči sobě

- | | |
|-----------------------------|--|
| 1. Naděje | A. Od absence k přílišnému <i>Optimismu</i>
B. Od schopnosti mít naději k přílišnému <i>Pesimismu</i> |
| 2. Chuť do života | A. Od absence k <i>Přehnanému nadšení</i>
B. Od entusiasmů až k <i>Dojmu dřiny</i>
C. Od angažovanosti v životních aktivitách až k <i>Apatii</i> |
| 3. Připisování odpovědnosti | A. Od převzetí odpovědnosti až k <i>Nadměrné externalizaci</i>
B. Od zřeknutí se odpovědnosti až k <i>Nadměrné internalizaci</i> |
| 4. Flexibilita | A. Od otevřenosti až k <i>Uzavřenosti mysli</i>
B. Od sebejistoty až ke zmatení a <i>Pochybnostem o sobě samém</i> |
| 5. Vytrvalost | A. Od přijetí omezení až k <i>Odhodlání</i>
B. Od schopnosti vytrvat až ke <i>Vzdání se</i> |
| 6. Normy a hodnoty | A. Od tolerance k <i>Moralismu</i>
B. O absence k přítomnosti <i>Bezzásadového chování</i> |
| 7. Regulace afektů | A. Od kontroly afektů k <i>Nekontrolovatelným afektivním bouřím</i>
B. Od tolerance afektů k <i>Hyperkontrole</i> |
| 8. Regulace impulzů | A. Od absence k přítomnosti <i>Nutkavého nadměrného oddávání se</i>
B. Od schopnosti se oddat impulzu ke stažené <i>Nadměrné inhibici</i> |
| 9. Sexuální regulace | A. Od absence k přítomnosti <i>Impulzivní sexuality</i>
B. Od aktivního sexuálního zájmu a jeho vyjadřování k <i>Inhibici</i> |
| 10. Sebeúcta | A. Od skromnosti ke <i>Grandiozitě</i>
B. Od respektu k sobě ke <i>Sebeznevažování</i> |
| 11. Koherence self | A. Od koherence k <i>Inkonsistentnímu chování a prožívání</i> |

Vztahové schopnosti

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 12. Empatie | A. Od přiměřeného odstupu k emočnímu <i>Pohlčení</i>
B. Od schopnosti reagovat na emoce k emočnímu <i>Otupění</i>
C. Od schopnosti zaujmout perspektivu druhých k <i>Egocentrismu</i> |
| 13. Závazek | A. Od schopnosti se odpoutat k nutkavé <i>Nadměrné angažovanosti</i>
B. Od pevného k omezenému, <i>Nejistému závazku</i> |
| 14. Vzájemnost | A. Od regulace přijímání k <i>Využívání druhých</i>
B. Od regulace dávání k <i>Odevzdání self</i> |
| 15. Důvěra | A. Od otevřenosti vůči druhým k extrémní <i>Podezřívavosti</i>
B. Od přiměřené skepse k extrémní <i>Důvěřivosti</i> |
| 16. Prosazení se | A. Od schopnosti ustoupit k <i>Šikaně</i>
B. Od schopnosti prosadit své zájmy k <i>Nesmělosti</i> |
| 17. Spoléhání se na sebe a na druhé | A. Od bezpečného spolehnutí se ke vzácnému <i>Spoléhání se na druhé</i>
B. Od bezpečného spolehnutí se na sebe ke vzácnému <i>Spoléhání se na sebe</i>
C. Od nechávání druhých se na mě spolehnout až po stav, kdy je na mě málokdy <i>Spolehnutí</i> |

S konceptem *schopností* pracují i další konceptualizace strukturální změny, které se snaží komplexně pojmut stěžejní psychické schopnosti, jako například OPD (osm strukturálních schopností osy IV.) či *Mental Functioning Scale* z PDM. Na jednu jedinou schopnost, reflektivní fungování, se zaměřil tým výzkumníků kolem Fonagyho.

4.1.4. Organizace osobnosti

Organizace osobnosti je pojem zavedený Kernbergem v rámci jeho teorie osobnosti. V ní vychází z teorie objektních vztahů. Velkým přínosem jeho teorie je vymezení *hraniční*

organizace osobnosti jako samostatné kategorie, charakteristické mimo jiné používanými obrannými mechanismy a právě i specifickými poruchami internalizovaných objektních vztahů (Kernberg, 1967).

Interní objektní vztahy jsou v jádru afektivně nabitě interakce s blízkými osobami, které jedinec v průběhu vývoje zvnitřnil. Jejich podoba nezávisí pouze na jednotlivých interakcích, ale jsou kombinací jak skutečných interakcí, tak i fantazijních aspektů těchto vztahů (Caligor et al., 2007). Interní objektní vztahy se poté stávají relativně stabilními strukturami v psychice jedince, které zásadně formují vývoj jeho osobnosti a jeho vzorců prožívání a chování.

Organizace je v Kernbergově modelu hierarchickým uspořádáním a integrací vnitřních struktur jedince (včetně zmiňovaných interních objektních vztahů) (Kernberg & Caligor, 2005). Osobnostní rysy, i ty patologické, pak tuto organizaci reflektují. Tak Kernberg propojuje deskriptivní aspekty osobnostní problematiky s těmi strukturálními.

Kernberg rozlišuje tři úrovně organizace osobnosti, podle kterých klasifikuje jednotlivé osobnostní poruchy: organizaci neurotickou, hraniční (někdy dále rozdělovanou na vyšší a nižší) a psychotickou, která je nejvážnější formou. Mezi domény, které od sebe jednotlivé úrovně organizace rozlišují, patří konsolidace (či difúze) identity, používané obranné mechanismy a testování reality (Kernberg & Caligor, 2005). Dále také bývá posuzováno pacientovo etické fungování (systémy hodnot a morálního fungování) (Caligor et al., 2007).

Kernbergova organizace osobnosti se v naší hierarchii struktur nachází na jejím vrcholu, jedná se o makrostrukturu popisující konfiguraci samotné identity jedince. Toto pojetí našlo uplatnění v několika existujících konceptualizacích. Organizace osobnosti, posuzována na základě objektních vztahů a využívaných obran, je poslední škálou KAPP. OPD využívá v mnohém podobný koncept úrovní strukturální integrace. Sundin a Armelius (1998) navrhují model struktury, ve kterém psychologické schopnosti, definované pomocí SPC, vymezují obsah psychické struktury, zatímco koncept organizace osobnosti se věnuje způsobu, jak jsou tyto zdroje organizovány mezi sebou.

4.1.5. Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM-2)

Přestože PDM neprezentuje své osy přímo jako operacionalizace strukturální změny či struktury osobnosti, rozhodli jsme se je v tomto přehledu zahrnout, jelikož se konceptuálně překrývají s ostatními přístupy. Autoři manuálu sami při jeho tvorbě vycházeli z již existujících metod, které jsou jako měřítko strukturální změny prezentovány: Shedler-Westen Assessment

Procedures (SWAP), Structural Interview for Personality Organization (STIPO), Karolisnka Psychodynamic Profile (KAPP), Defense Mechanism Rating Scales (DMRS), Social Cognition and Object Relations Scale (SCORS) či Object Relations Scale (ORI).

Psychodynamický diagnostický manuál (PDM-2, dále jen PDM, Lingiardi & McWilliams, 2017) vznikl jako reakce na převážně na symptomy orientované diagnostické systémy DSM a MKN. PDM klade více důraz na vnitřní prožitek pacientů a tak doplňuje deskriptivní symptomatickou diagnostiku. Na rozdíl od jiných zmiňovaných konceptualizací, PDM definuje specifické postupy pro diagnostiku nejen dospělých, ale i dětí a adolescentů. I když manuál reflektuje převážně psychodynamický pohled, je koncipován tak, aby byl užitečný i pro kliniky s jiným teoretickým zázemím (Gordon, 2017). Navíc PDM obsahuje přehled metod používaných k posuzování jednotlivých os a dalších konceptů, se kterými manuál pracuje.

Jedinci jsou vyhodnocováni ve třech osách: P (organizace osobnosti), M (mentální fungování) a S (symptomatické vzorce). S intrapsychickou strukturou a strukturální změnou souvisí první dvě osy. Osa P se zaměřuje na úroveň organizace osobnosti tak, jak jsme ji představili v předchozí podkapitole, a na osobnostní styly. Umožňuje tak klinikům posoudit osobnost pacienta ve srovnání s různými prototypy osobnostního fungování. Osa M se naopak zaměřuje na jednotlivé oblasti psychického fungování. Definuje 12 stěžejních schopností či kapacit, uskupených do čtyř kategorií (viz Tabulka 4).

Tabulka 4: 12 schopností osy M (přeloženo podle Lingiardi & McWilliams, 2017)

Kognitivní a afektivní procesy

1. Schopnost regulace, pozornosti a učení
2. Schopnost afektivního rozsahu, komunikace a porozumění
3. Schopnost mentalizace a reflektivního fungování

Identita a vztahy

4. Schopnost diferenciací a integrace (identity)
5. Kapacita pro vztahy a intimitu
6. Schopnost regulace sebeúcty a kvality interního prožívání

Obrany a zvládání

7. Schopnost kontroly impulzů a regulace
8. Schopnost obranného fungování
9. Schopnost adaptace, reziliencie a síly

Sebeuvědomění a sebeřízení

10. Schopnost sebezpozorování (psychologické myšlení)
11. Schopnost vytvořit a používat vnitřní normy a ideály
12. Kapacita pro význam a smysl

Konkrétně zmíníme několik schopností, které PDM zařazuje mezi 12 stěžejních, ale ostatní metody se jim v této šíři nevěnují. Mezi takové schopnosti patří schopnost adaptace, reziliencie a síly (9). Tato schopnost zahrnuje dovednosti z jiných škál, jako empatie či schopnost uznat

jiné úhly pohledu, a jak jsou využity k efektivní reakci a adaptaci na životní změny a výzvy. Schopnost vybudovat a používat vnitřní normy a ideály (11) reflektuje jedincův smysl pro morálku a jeho hodnoty. Tuto oblast lidské psychiky posuzuje i Kernberg v rámci hodnocení organizace osobnosti, jinak se jí ale ostatní metody explicitně nevěnují. Další takovou oblastí je kapacita pro význam a smysl, která vyhodnocuje jedincův postoj ke spiritualitě a jeho schopnost vnímat svůj život v širším kontextu.

PDM zahrnuje specifický nástroj k měření těchto 12ti schopností, *Psychodiagnostic Chart-2* (PDC-2), i verzi nástroje pro použití u adolescentů (PDC-A). Celkový koncept osy M se podobá 17ti kapacitám Wallersteinových škál SPC. Oba přístupy se nezaměřují pouze na patologii, ale umožňují i posouzení pacientových zdrojů a silných stránek. Zatímco kapacity SPC byly definovány tak, aby se koncepty mezi sebou nepřekrývaly (nebo k překrytí docházelo minimálně), v PDM uvádí, že schopnosti osy M nejsou vzájemně izolované. To souvisí s pojetím psychického fungování podle PDM jako jednotného celku vzájemně propojených procesů (Lingiardi & McWilliams, 2017). Škály SPC navíc vycházejí z psychoanalytické teorie, zatímco 12 schopností v PDM bylo definováno na základě integrace konceptů nejen z psychodynamických, ale také kognitivních a vývojových modelů.

Po představení jednotlivých komplexních konceptualizací můžeme přejít k jejich srovnání.

4.2. Struktura (osa IV. OPD)

OPD definuje strukturu jako „kapacitu zpracovávat vnitřní konflikty a vnější stresové události“ (OPD Task Force, 2008), úzce souvisí se způsobem, jakým se jedinec vztahuje k sobě i vnitřním a vnějším objektům. U daného pacienta, případně u každé z jednotlivých dimenzí struktury (popsáno dále), můžeme určit úroveň strukturální integrace (vysoká, střední, nízká a dezintegrace).

OPD vymezuje čtyři základní dimenze struktury neboli schopnosti: kognitivní schopnosti, schopnost regulace, emocionální schopnosti a schopnosti vazby s objekty. Každá z těchto schopností je zároveň dále dělena podle toho, zda je orientovaná vůči jedinci, nebo jeho okolí. Vzniká tak tedy celkem osm strukturálních schopností: vnímání sebe, vnímání druhých,

seberegulace, regulace vztahů k druhým, vnitřní komunikace, komunikace s okolím, vazba k vnitřním a vnějším objektům.

4.2.1. Kognitivní schopnosti

Schopnost vnímání podle OPD se dělí na dvě složky, schopnost vnímání sebe a druhých. Úroveň integrace schopnosti vnímání sám sebe vychází z toho, jak je jedinec schopen sebereflexe, do jaké míry dokáže rozlišovat své afekty a jak soudržná v čase je jeho identita.

Kognitivní schopnost orientovaná směrem na okolí jedince je schopnost vnímání objektu. Zahrnuje schopnost jedince vymezit své myšlenky, afekty a impulzy oproti myšlenkám, afektům a impulzům druhých. Posuzuje se zde schopnost jedince vnímat druhé jako celistvé osoby s vlastními zájmy a osobní historií, a zda je tento obraz realistický.

Sebereflexi popisuje PDM ve své škále schopnost sebezpozorování a psychologického myšlení (10), která zahrnuje schopnost a zájem pozorovat introspektivně vlastní intrapsychické dění (Lingiardi & McWilliams, 2017). Tato schopnost je bezpochyby nezbytným předpokladem k úspěšné psychoterapii a tedy strukturální změně.

Soudržnost identity vyhodnocují SPC skrze schopnost Koherence self (11). Stav *difúzní identity*, stěžejní charakteristika jedinců s hraniční organizací osobnosti, se projevuje mimo jiné právě nestabilitou identity v čase a chaotickým popisem sám sebe, své životní situace a svých potíží (Caligor et al., 2007). Podle Kernberga stav difúze identity souvisí s procesem štěpení, který vede k paralelní existenci idealizovaných a perzekučních interních objektivních vztahů, které pacient nedokáže sjednotit (Kernberg, 1967; Kernberg & Caligor, 2005). Cílem terapie hraničních pacientů je tedy právě integrace těchto odštěpených částí a umožnění vzniku celistvého objektu. Tento proces bychom mohli nazvat strukturální změnou.

Součástí kognitivních schopností je podle OPD již zmiňovaná schopnost diferenciací mezi sebou a druhými jedinci, mezi vlastními intrapsychickými a externími stimuly. Tuto schopnost nazýváme také *testování reality* (Kernberg & Caligor, 2005). Zatímco zdravý a neurotičtí jedinci mají testování reality plně funkční, na hraniční úrovni organizace osobnosti dochází k jeho zhoršení, a to zejména v kontextu intenzivních afektivních prožitků (Caligor et al., 2007). Konkrétně ztrácí také schopnost usuzovat na vnitřní stavy druhých jedinců (ibid.). Schopnost testování reality je ztracena u jedinců s psychotickou organizací, což se projevuje bludy a halucinacemi (Kernberg & Caligor, 2005).

Soudržnost identity i testování reality slučuje čtvrtá škála PDM, schopnost diferenciacce a integrace (identity). Ta se projevuje jako schopnost vnímat komplexní a realistické reprezentace sebe i ostatních, vzájemně je od sebe odlišovat, stejně jako dokázat spolehlivě oddělit realitu od fantazie, minulost od budoucnosti apod (Lingiardi & McWilliams, 2017). Kognitivní vlastnosti v pojetí PDM jsou jinak více zaměřeny na aspekt zaměřování a přesouvání pozornosti, zpracování informací a učení ze svých zkušeností (1), ale také na schopnost mentalizace a reflektivního fungování (3).

Fonagyho koncept reflektivního fungování (RF) vychází z výzkumů attachmentu (Fonagy et al., 1991). RF je psychologický proces umožňující psychologickou funkci mentalizace, tedy schopnost vnímat a rozumět mentálním stavům (pocity, touhy, přesvědčení, úmysly) sebe i druhých (Fonagy et al., 1998). Koncept tedy zahrnuje jak aspekt sebereflexe, tak i interpersonální dimenzi. Na rozdíl od vývojového přístupu (ve smyslu teorie mysli, Baron-Cohen et al., 1994) není tato schopnost ve Fonagyho pojetí nikdy plně dosažena. Její rozvoj se tak může stát jedním z cílů psychoterapie.

Fonagy se původně zaměřuje výhradně na implicitní aspekt mentalizace, kde RF definuje jako automatické a nevědomé, procedurální znalosti myslí obecně (Fonagy et al., 1998). Postupně ale do konceptu mentalizace zahrnuje jak implicitní, tak i explicitní interpretaci chování sebe a druhých jako motivované mentálními stavy a procesy (Bateman & Fonagy, 2004). Právě oddělení těchto dvou aspektů mentalizace v průběhu vývoje jedince považují Fonagy a Bateman za potenciálně určující kritérium psychických poruch.

Celkové hodnocení úrovně RF se pohybuje od hodnot -1 až 9. Na negativní úrovni RF mluvíme o anti-reflektivním přístupu pacienta, který se vyhýbá reflexi mentálních stavů a často vnímá dotazování jako útěk, z čehož vyplývá hostilita jeho reakcí („Proč myslíte, že se Vaši rodiče chovali tak, jak se chovali?“ Pacient: „Jak to mám vědět? To mi řekněte vy, vy jste psycholog!“) (Fonagy et al., 1998). Při nedostatku RF (1) je časté egocentricky zkreslené reflektování psychických stavů. Na úrovni nízkého RF (3) je reflexe naivní, zjednodušující, nebo naopak příliš analyzující. Jedinci s běžnou úrovní RF (5) mají průměrnou schopnost reflektovat myšlenky a pocity, ale selhávají v kontextu konfliktů či ambivalence. Nadprůměrné hodnoty RF (7 a 9) se vyznačují velmi detailní a spontánní reflexí psychických stavů, včetně porozumění jejich souvislosti s chováním.

RF jako koncept tak přesahuje dimenzi kognitivních schopností podle OPD, a přesahuje do dalších aspektů fungování osobnosti. Můžeme předpokládat, že úzce souvisí se schopností vazby k druhým, a může být předpokladem pro schopnosti regulace (např.: regulace

afektů a schopnost předvídat reakce ostatních). RF je tak považováno za strukturální aspekt osobnosti, který je základem pro projev struktury jedince v jeho vztahu k druhým (C. Müller et al., 2006).

4.2.2. Schopnost regulace

V OPD je schopnost regulace členěna na schopnost seberegulace a regulace vztahů. Seberegulace se týká jak impulzů, tak i afektů a sebehodnoty jedince.

Druhou stránkou regulace je schopnost regulace objektivních vztahů. Zahrnuje schopnost chránit vztahy před vlastními vnitřními impulzy, vyvažovat vlastní zájmy a zájmy druhých a předvídat reakce ostatních.

Schopnost regulace, a to zejména seberegulace, je jedním ze zásadních aspektů strukturální změny, jelikož se objevuje ve všech komplexních konceptualizacích. PDM definuje schopnost kontrolovat impulzy a regulovat se (7), která je zaměřena na aspekt seberegulace. Zahrnuje kontrolu vlastních afektů, impulzů, i míru frustrační tolerance. V KAPP je schopnost seberegulace posuzována za pomoci škál frustrační tolerance (4), kontroly impulzů (5), regrese ve službách ega (6) a zvládnání agresivních afektů (7). Se schopností regulace v mezilidských vztazích souvisí i škála normopatických rysů v KAPP (9), která popisuje schopnost jedince projevovat své potřeby a přání, přičemž v absenci této schopnosti se jedinec raději podřizuje sociálním konvencím (Weinryb et al., 1997). Normopatické rysy samozřejmě závisí i na emocionálních schopnostech jedince. Škály SPC posuzují regulaci vlastních afektů (7), impulzů (8) a specificky i impulzů sexuálních (9). Mezilidský aspekt regulace ve smyslu vyvažování vlastních zájmů a zájmů druhých SPC vyhodnocují pomocí škál Prosazení se (16) a případně i Vzájemnosti (14). Byla také pozorována korelace mezi dimenzí seberegulace OPD a škálou Odhodlání (5A) v SPC (OPD Task Force, 2008).

Regulaci vlastní sebehodnoty posuzuje PDM v rámci schopnosti regulace sebeúcty a kvality vnitřního prožívání (6). Tato kapacita zahrnuje realistickou míru sebevědomí, pocit vnitřní kontroly a self-efficacy (Lingiardi & McWilliams, 2017).

V Kernbergově modelu organizace osobnosti je patologická intenzita agresivních impulzů úzce souvisí s nízkou úrovní organizace osobnosti a tedy vážnější mírou patologie (Kernberg & Caligor, 2005).

4.2.3. Emocionální schopnosti

OPD ve vztahu k emocím používá termín komunikace, a to vnitřní nebo vnější. Vnitřní komunikace je schopnost jedince prožívat celou škálu afektů. Závisí také na přítomnosti a povaze fantazijní a snové aktivity a prožitku vlastní tělesnosti.

Strukturální schopnost vnější komunikace zahrnuje schopnost navázat autentický emocionální kontakt s druhým, své afekty komunikovat a porozumět prožívání druhých (empatie).

Škály SPC také zdůrazňují empatii jako zásadní schopnosti (12.), ve smyslu udržení si přiměřeného odstupů (A), schopnosti reagovat na emoce (B) i porozumět prožívání druhých (C). V KAPP se v souvislosti s emocemi posuzují rysy alexitymie (škála 8), která také zahrnuje jak schopnost prožívat celou škálu svých emocí, tak i jejich verbalizaci. S alexitymií jsou spojovány poruchy druhé škály PDM. Ta, stejně jako OPD i KAPP, zdůrazňuje schopnost prožívat, vyjadřovat a verbalizovat širokou škálu lidských emocí (Lingiardi & McWilliams, 2017).

S prožitkem vlastní tělesnosti souvisí několik KAPP škál, které se zaměřují na vztah sebeúcty jedince s jeho pohledem na tělesný vzhled (škála 10), funkce (škála 11) a jeho „body image“ (škála 12), čímž propojují prožitek těla s kognitivní schopností vnímat sám sebe. Vztahu ke své tělesnosti se ale nevěnuje žádná ze schopností či škál SPC.

4.2.4. Schopnosti vazby s objekty

Schopnost vazby s objekty je v OPD posuzovaná jak u objektů vnitřních, tak vnějších. Ve vztahu k vnitřním objektům posuzuje schopnost internalizovat a udržet si vnitřní reprezentace sebe i blízkých, díky pozitivním introjektům se o sebe postarat a postavit se za sebe. Důležitým aspektem je také různorodost vazeb a vnitřních objektů, a schopnost udržovat triadické vztahy.

Tvorba vazby k externím objektům závisí na obecné schopnosti vytvořit si emoční vazbu, přijmout pomoc a zvládnout odloučení či rozchod.

Jak jsme již zmínili, objekty jedinců s hraniční organizací mají extrémní podobu, jsou převážně perzekutivní a ohrožující, případně idealizované. I v Kernbergově pojetí je zdůrazněn zájem o potřeby druhých, schopnost vzájemného brání a dávání, včetně záviset na druhých a být jim zároveň oporou (Caligor et al., 2007). Tyto schopnosti jsou u pacientů s vyšší mírou osobnostní patologie narušeny.

PDM také ve své klasifikaci klade důraz na vztah k vnitřním i vnějším objektům. Kapacita pro vztahy a intimitu (5) zahrnuje jak kvalitu vnitřních objektů, tedy reprezentací self, druhých a vzájemných interakcí, tak i stabilitu a hloubku vztahů, včetně schopnosti udržet ve vztazích vhodnou blízkost či odstup. Součástí této škály je navíc i vztah jedince k sexualitě a její propojení s emoční intimitou (Lingiardi & McWilliams, 2017).

Ve svých vztahových schopnostech vyhodnotili autoři SPC jako zásadní schopnost vytvořit si vazbu k druhým (Závazek, 13), včetně zdůraznění schopnosti se odpoutat, aspekt Vzájemnosti (14) i Spoléhání se na sebe a na druhé (17).

4.2.5. Obrana

Intrapsychické obrany tvoří v druhé verzi OPD samostatně posuzovanou kategorii, jako je tomu například v Kernbergově pojetí, přesto však hrají důležitou roli jak v OPD, tak i v jiných konceptualizacích, a proto jim věnujeme samostatnou podkapitolu. Obrany jsou v pojetí OPD součástí všech strukturálních dimenzí a posuzují se tedy v jejich kontextu (například jak dobře umožňují seberegulaci nebo jaký mají vliv na vztahy pacienta). Při diagnostice se zaměřujeme zejména na kvalitativní aspekt obran a jejich účinnost.

OPD, podobně jako Kernberg, rozlišuje obranné mechanismy typické pro různé úrovně strukturální integrace (OPD Task Force, 2008). Obrany jedinců s vysokou úrovní integrace jsou flexibilní, adaptivní a efektivní. Na střední úrovni jsou naopak rigidní, a proto často selhávají. Mezi typicky používané obrany na této úrovni patří popření, obrácení proti sobě, reaktivní formace, izolace a projekce. Na nízké úrovni strukturální integrace již intrapsychické obrany nejsou efektivní, a proto přesahují do sféry interpersonálních vztahů. Nejčastěji používané obrany jsou založeny na štěpení, jako například projektivní identifikace, idealizace i devalvace. Ve stavu dezintegrace jsou obrany účinné pouze za cenu výrazného zkreslení reality a dočasných psychotických stavů.

V diagnostice organizace osobnosti zastávají obrany centrální místo. Zdraví jedinci jsou velmi flexibilní díky využívání vyspělých, adaptivních obran. Jedinci s neurotickou organizací již mají rigidnější fungování, a využívají obrany založené na vytěsnění, které slouží k izolaci určitých ohrožujících interních objektních vztahů (Kernberg & Caligor, 2005). U pacientů na hraniční úrovni organizace osobnosti převažují primitivní obrany založené na štěpení, jako projektivní identifikace, onnipotentní kontrola, idealizace a devalvace. Štěpení se projevuje

mimo jiné i protikladnými charakterovými rysy (např. paní učitelka ze základní školy si přivydělává jako tanečnice v nočním klubu) (Caligor et al., 2007).

PDM definuje kapacitu obranného fungování (8), která popisuje právě schopnost jedince adaptivně a efektivně se vyrovnávat s interními konflikty i tlakem z okolního prostředí. Poruchy v této oblasti se projevují výraznějšími zkresleními vnímání reality a častějším agováním (Lingiardi & McWilliams, 2017).

4.2.6. Úroveň strukturální integrace

Již jsme zmínili, že v OPD se na základě vyhodnocení všech strukturálních dimenzí určuje celková úroveň strukturální integrace jedince (vysoká, střední, nízká a úroveň dezintegrace). Jsou charakterizované stavem jednotlivých strukturálních dimenzí, centrálním strachem a typickým protipřenosem, ale také již zmiňovanými obrannými mechanismy.

Určité podobnosti můžeme nalézt při srovnání konceptu úrovně strukturální integrace s Kernbergovou organizací osobnosti. Vysoká úroveň strukturální integrace, stejně jako zdravá či neurotická organizace osobnosti, jsou charakterizovány funkčním testováním reality a dostatečně dobrými, celistvými interními objekty. Pro nízkou úroveň strukturální integrace a hraniční organizaci osobnosti je naopak typická difúze identity a obrany založené na štěpení. S tím souvisí i povaha interních objektů, které jsou na těchto úrovních převážně trestající a persekující, nebo idealizované. Ztráta rozlišování mezi sebou a objekty je společným rysem dezintegrované struktury a psychotické organizace osobnosti.

4.3. Intrapsychické konflikty (osa III. OPD)

Intrapsychické konflikty jsou v OPD posuzovány jako samostatná osa, vedle Struktury a Interpersonálních vztahů. Jedná se o repetitivní patologické vzorce, které jsou se strukturou úzce spjaty. Pokud je úroveň strukturální integrace nízká, není možné vymezit stěžejní konflikty, proto se v takových případech detailnější diagnostika konfliktů neprovádí (OPD Task Force, 2008).

Pokud je však úroveň strukturální integrace postačující, rozlišuje OPD celkem sedm základních typů: C1: individuace vs závislost, C2: podřízení vs kontrola, C3: péče vs soběstačnost, C4: konflikt v oblasti sebehodnoty (sebehodnota vs hodnota objektu), C5: konflikt v oblasti viny (egoistické vs prosociální sklony), C6: Oidipovský konflikt a C7: Konflikt v oblasti identity (identita vs disonance) (OPD Task Force, 2008). U každého

z konfliktů můžeme posoudit pasivní nebo aktivní modus, podle toho, zda pacient ve stresu zaujímá spíše polohu přizpůsobení se či rezignace, nebo jestli reaguje aktivní obranou. Zároveň se klinik během diagnostiky zaměřuje na centrální afekty konfliktu a na to, jak se konflikt projevuje v různých oblastech života pacienta: rodina, partnerství, vlastnictví a peníze, práce a profesní život, sociální kontext, tělo a sexualita, i nemoc.

Jako ohniska, která následně sledujeme i v rámci měření strukturální změny, jsou většinou vybrány dva konflikty klinicky vyhodnocené jako nejdůležitější.

Osa konfliktů samozřejmě vychází z psychodynamického pojetí, avšak nepopisuje konflikty pouze za použití strukturálního modelu psychiky (ego, id, superego), ani nepoužívá klasické psychoanalytické termíny (výjimkou je pouze oidipovský konflikt). Pojetí OPD je tak přístupnější pro kliniky s jiným než psychodynamickým zázemím.

V případě, že se jedinec potýká s patologií na úrovni konfliktů, můžeme například pozorovat korelaci mezi konfliktem podřízení a kontroly (C2) s osou Moralismu škál SPC (OPD Task Force, 2008), které tedy potenciálně měří podobné koncepty.

V Kernbergově pojetí je pro dané úrovně organizace osobnosti typický konflikt v určité oblasti. Organizace osobnosti na vyšší, neurotické úrovni je tak spojována s konflikty v oblasti sexuality, zejména oidipovského konfliktu (Kernberg, 1976; Kernberg & Caligor, 2005).

Sexualita jedince v OPD netvoří samostatně posuzovanou kategorii, jako je tomu např. v KAPP (škála 13 a 14). Sexualita zde prostupuje napříč posuzovanými oblastmi. Oidipovský konflikt reprezentuje určitou složku lidské sexuality, ale u veškerých konfliktů je posuzován jejich projev v oblasti sexuality a tělesnosti. Sexuální identita jedince zase reflektuje jeho sebepojetí, a v souvislosti s kontrolou impulzů se posuzují také impulzy sexuální. Podobný rozdíl pozorujeme i u vztahu k tělu, pro který má KAPP specifické škály (10, 11 a 12), které se věnují souvislosti těla se sebeúctou, zatímco OPD pojímá tělo jako oblast, kde se projevují intrapsychické konflikty, případně je prožitek vlastní tělesnosti projevem strukturálních emocionálních schopností.

4.4. Interpersonální vztahy (osa II. OPD)

Druhá osa OPD se zaměřuje na interpersonální vztahy a patologické vztahové vzorce. Při posuzování pracuje jak s perspektivou pacienta, tak i s perspektivou ostatních, kteří jsou s pacientem v kontaktu, včetně vyšetřujícího. V každé z těchto perspektiv se zaměříme na

dva aspekty: vnímání sebe a vnímání druhých. Vztahy jsou tedy analyzovány ze čtyř pozic, které se pravidelně v životě pacienta opakují: jak pacient v interakci vnímá sám sebe; jak pacient vnímá ostatní; jak ostatní, včetně vyšetřujícího, vnímají pacienta a jak ostatní vnímají sebe v průběhu interakce s pacientem. Všechny tyto pozice jsou ve vzájemné interakci a výsledkem diagnostiky je tak dynamický model problematické vztahové konstelace, která se v životě pacienta opakuje, nejen popis chování a jeho frekvence. V průběhu vyhodnocování je navíc brána v potaz i perspektiva klinika, který rozhovor vede. Čtyři zmiňované perspektivy jsou vyhodnocovány podle vztahových modů, které jsou deviacemi (moc nebo málo) vztahových témat. Vztahové mody i témata jsou slovně i graficky vydefinovány cirkumflexním modelem a jsou detailně popsány v manuálu OPD. Původní autorkou cirkumflexního modelu, ze kterého model OPD vychází, je Lorna Smith Benjaminová (1974), která tak formuluje základy strukturální analýzy sociálního chování (SASB), hojně využívané ve výzkumu psychoterapie. Stále se opakující vztahová dynamika, s informacemi o tom, jak je vnímána ze čtyř různých perspektiv, je graficky znázorněna, a tak se stává jedním z pěti vyhodnocovaných ohnisek. Změny v náhledu na tuto dynamiku a případná restrukturalizace vztahové dynamiky jsou následně posuzovány pomocí HSCS.

OPD tak staví svou diagnostiku interpersonálních vztahů a jejich strukturální změny na komplexním modelu, zahrnujícího perspektivy jednotlivých aktérů.

I když se KAPP zaměřuje na strukturální prvky charakteru, první tři škály (intimita a vzájemnost, závislost a separace, kontrolující osobnostní rysy) se zaměřují na posouzení kvality interpersonálních vztahů. Perspektiva jedince v sociálních interakcích je v KAPP reprezentována jeho pocitem sounáležitosti (15), potřebnosti (16) a dostupností pomoci a rad (17).

4.5. Shrnutí

Může být matoucí, že mezi aspekty strukturální změny zahrnujeme i kvalitu interpersonálních vztahů, které jsou potenciálně blíže behaviorálním měřítkům změny než intrapsychickým strukturám samotným. Rozhodnutí zahrnout interpersonální změny vychází z pojetí OPD, ale také souvisí s obecnější problematikou vzdálenosti struktur od zkušenosti. Stav intrapsychických struktur je vždy posuzován na základě pozorovatelných projevů. Záleží však, jak tyto projevy získáváme (např.: sebereportování vs klinický úsudek) a jak je interpretujeme.

Z přehledu vyplývá, že se strukturální změna týká široké škály intrapsychických aspektů jedince. I když naše srovnání nabízí jen povrchový přehled dané problematiky, je zřejmé, že různá pojetí struktury a strukturální změny se mnohdy vzájemně překrývají. Mezi takovými koncepty, které se napříč teoretickými proudy opakují, můžeme zmínit například téma seberegulace (afektů i impulzů), míru integrace či difúze identity, obranné mechanismy, reflektivní fungování i opakované vztahové vzorce.

5. Operacionalizace strukturální změny a jejich využití ve výzkumu

V předchozí kapitole jsme se seznámili s koncepty strukturální změny a jejími operacionalizacemi z pohledu jejich teoretického pojetí. Cílem této kapitoly je zaměřit se na výzkumný aspekt operacionalizací, konkrétní metody získávání informací, jejich psychometrické vlastnosti i praktickou stránku využití metod ve výzkumu.

Jak vyplývá z již prezentovaných konceptualizací, strukturální změna nemůže být měřena přímo a vždy tedy sledujeme pouze její indikátory, více či méně vzdálené od intrapsychických struktur. Hranice mezi metodami, které měří strukturální změnu, a těmi, které měří pouze její efekt a její koreláty, je tedy relativně arbitrární. Tato problematika měla samozřejmě dopad i na výběr metod, které prezentujeme v této kapitole. Zaměřili jsme se proto na metody, které jsou jako měřítka strukturální změny výslovně prezentovány, případně jsou s tímto konceptem velmi úzce spjaty, a přináší do výzkumu psychoterapie komplexní informace o dlouhotrvajícím a stabilním intrapsychickém vývoji pacientů vlivem psychoterapie.

Dále prezentované metody byly využity v řadě významných výzkumů v oblasti lidské osobnosti, psychopatologie a psychoterapie. Reportování veškerých významných výzkumných výsledků by však bylo nad rámec této práce. Zde se proto zaměřujeme na výzkumné studie měřící strukturální změnu v psychoterapii, převážně tedy studie srovnávající stav pacientů před a po terapii (pre-post design) a studie zahrnující další měření v různých časových intervalech po ukončení terapie (follow-up). Nevěnujeme se tedy ani studiím, které využívaly počáteční stav intrapsychické struktury jedince k predikci výsledku psychoterapie měřeného pomocí symptomů.

5.1. Metody založené na rozhovorech

Převážná většina metod vyvinutých k posuzování strukturální změny v psychoterapii je založena na materiálu získaném během rozhovoru či v průběhu terapeutických sezení. Ten bývá následně vyhodnocován dle klinického úsudku experimentátora. Výhodou této formy hodnocení je možnost získat informace o fungování jedincovy osobnosti podle jeho přirozeného projevu, a i pomocí rozboru interakce mezi pacientem a klinikem provádějícím rozhovor, tedy přenosu a protipřenosu.

Reliabilita mezi hodnotiteli je ve většině studií vyhodnocována na základě ICC. Podle doporučení Shrouta a Fleisse (1979) jsou interpretovány jako slabé pokud $ICC < 0.40$, dostačující mezi 0.40 a 0.59, dobré mezi 0.60 a 0.74 a vynikající s $ICC > 0.74$.

5.1.1. Karolinska Psychodynamic Profile (KAPP)

Karolinska Psychodynamic Profile (KAPP) se skládá z 18ti subškál, vyhodnocujících relativně stabilní způsoby duševního fungování a charakterové rysy (Weinryb et al., 1991a). Každá škála má obecný popis dané charakteristiky a popis každé ze tří vyhodnocovaných úrovní, včetně ilustrativních příkladů. Úroveň jedna je „neuroticky normální“ a třetí je nejvíce patologická. Při hodnocení je možné využít dvě meziúrovně, celkem je tedy každá charakteristika hodnocena na pěti-bodové škále. Detailní popisy škál se zaměřují na klinicky pozorovatelné fenomény, ale vyžadují interpretaci těchto pozorování, založenou na psychoanalytické teorii.

KAPP je standardizací Kernbergova strukturálního rozhovoru, doplněného o otevřené otázky (Weinryb et al., 1997). Rozhovor trvá přibližně 2 hodiny, ale i déle. Examinátor při vyhodnocování interpretuje nejen obsah odpovědí, ale i pacientovo chování a neverbální projevy v průběhu vyšetření. Examinátor pracuje i se svým vlastním protipřenosem.

Podle přehledu autorů (Weinryb et al., 1997) KAPP prokázal obecně uspokojivou reliabilitu mezi hodnotiteli, a to i po jediném tréninkovém sezení, kde byl cvičně vyhodnocován jeden pacient na základě videonahrávky rozhovoru (Weinryb et al., 1991b). Reliabilita měla tendenci u hodnotitelů stoupat s rozsahem psychodynamického výcviku, ale u všech pěti hodnotitelů se korelace pohybovala od 0.73 po 0.99 (Weinryb et al., 1991b). Znalost psychodynamické či psychoanalytické teorie a zkušenosti s terapeutickou prací s psychodynamickými procesy jsou podmínkou k administraci tohoto nástroje. Studie reliability jsou však limitovány nízkým počtem porovnávaných hodnotitelů (5).

Autoři nástroje se zabývali stálostí strukturálních charakteristik u jedinců. Ve studii porovnávali rozdíl mezi dvěma hodnoceními s průměrným odstupem 22 měsíců, u jedinců před a po podstoupení operačního zákroku břicha. Výsledky každé škály v obou časech spolu korelovaly ($r = 0.31-0.85$) a jejich rozdíly se signifikantně lišily u pěti škál z 18ti (Weinryb et al., 1992a). KAPP tedy měřil charakteristiky, které navzdory závažné životní události (operace) zůstaly přes uplynulé období převážně stabilní. Skór KAPP také rozlišuje mezi pacienty s DSM diagnózou a pacienty bez (Weinryb et al., 1992b).

Wilczek et al. (2004) sledovali asociaci mezi dlouhodobou psychoanalytickou psychoterapií a změnou charakteru (KAPP) a symptomů u 36 pacientů. Měření po psychoterapii prokázalo signifikantní snížení symptomů i patologie na osmi škálách KAPP. Z dalších analýz nicméně vyplývá, že strukturální změna (redukce charakterové patologie měřena KAPP) s redukcí symptomů nesouvisela. Studie je dalším důkazem o nejasném vztahu strukturální změny a změny symptomů.

Podle dostupných informací nebyla metoda KAPP adaptována pro český jazyk.

5.1.2. Scales of Psychological Capacities (SPC)

17 psychologických schopností je operacionalizováno celkem 36 škálami, které byly formulovány ve spolupráci s psychoanalytiky reprezentujícími různé teoretické proudy (DeWitt, 2018). Od první verze SPC došlo k mnohým proměnám, například v počtu definovaných schopností (původně 15). Dosud však přetrvává specifické pojetí škál, kde je deviace od normy každým směrem (hypo- a hyper-) reprezentována na vlastní škále. Odchýlení od normy lze na škálách hodnotit na sedmi úrovních od nuly do tří (půl body mezi každou z úrovní), kde nula reprezentuje normu a další body reflektují vzrůstající frekvenci, intenzitu a dopad potíží na fungování jedince (Huber et al., 2017). V manuálu je pro každou úroveň deviace k dispozici popis a ilustrační klinický příklad (ukázka viz DeWitt, 2018). Z nízkých korelací škál napříč schopnostmi vyplývá, že jednotlivé schopnosti definované v SPC jsou na sobě nezávislé a samostatné koncepty, jak bylo původně zamýšleno (DeWitt et al., 2017). Vyšší korelace byly pozorovány mezi škálami v rámci jedné schopnosti, například u „empatie“ (DeWitt et al., 2017; Huber et al., 2004). To naznačuje příležitost pro další úpravy a případné sloučení některých škál.

Škály jsou hodnotitelem aplikovány na videonahrávku rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor specificky vyvinut pro hodnocení SPC trvá 4-6 hodin (DeWitt et al., 2017), jiné zdroje uvádí ale i 2.5 hodiny (Huber et al., 2017). Samotné vyhodnocování vyžaduje 6-8 hodin (DeWitt et al., 2017) a většinou zahrnuje vzájemnou diskusi s ostatními hodnotiteli a případně i výcvikovými lektory. Rozhovor i vyhodnocování jeho videonahrávky by měli provádět důkladně proškolení odborníci s rozsáhlými klinickými zkušenostmi. Podle dostupných informací proškolení prováděl Robert Wallerstein a jeho spolupracovníci. Ti zřejmě v aktivitě dále pokračují. Školení ve vedení rozhovoru trvá 4-6 hodin, školení hodnotitelů videonahrávek vyžaduje 6-8 hodin (DeWitt et al., 2017) a spočívá v jednom až více tréninkových hodnoceních.

SPC jsou dostupné v anglické, švédské i německé verzi, avšak do češtiny dosud nebyly přeloženy.

5.1.2.1. Reliabilita

Nejnižší reliabilita mezi hodnotiteli vychází ve studii Leuzinger-Bohleberové a Fischmannové (2018), a to i přes to, že většina hodnotitelů byli analytici s rozsáhlými klinickými zkušenostmi. Průměrná reliabilita všech škál (Horstův koeficient) dosahovala ICC = 0.61. V jiné studii, která kombinovala informace o reliabilitě SPC z celkem tří výzkumů, vyšlo 24 škál s uspokojivou reliabilitou 0.70 a vyšší (DeWitt et al., 2017). Dosud nejlepší reliabilitu reportovala německá studie Huber et al. (2004), navzdory různorodým klinickým zkušenostem všech tří hodnotitelů. V této studii 32 ze 36 škál dosahovalo reliability 0.70 a vyšší. Jak shrnuje DeWittová (2017), žádná ze škál neměla ve více než jedné ze tří zmiňovaných studií ICC nižší nebo rovno hodnotě 0.50.

Důležitým aspektem, zejména u strukturální změny, je také test-retest reliabilita, která reflektuje, do jaké míry SPC opravdu měří strukturální, tedy relativně stabilní aspekty psychiky. 20 depresivních pacientů bylo testováno s odstupem dvou až tří měsíců pomocí SPC a BDI. Koeficient stability celkového skóru SPC dosahoval uspokojivé hodnoty 0.88 ($p < 0.05$) (Huber et al., 2005). Oba výsledky BDI se na rozdíl od SPC signifikantně lišily, což poukazuje na to, že SPC opravdu měří osobnostní charakteristiky stabilní v čase.

5.1.2.2. Validita a výzkumné výsledky

Výsledek škál po psychoterapii je srovnatelný s hodnocením výsledku terapie u daného pacienta skupinou psychoanalytiků: skupina pacientů s úspěšnou strukturální změnou měla schopnosti SPC na úrovni dvě a tři, zatímco neúspěšná skupina na úrovni nula a jedna (Leuzinger-Bohleber & Fischmann, 2018). Tento výsledek svědčí o obsahové validitě nástroje SPC. Konstruktovou validitu testovali Huber et al. (2004) na vzorku 47 depresivních pacientů. Zatímco nástroje vyhodnocené jako konstruktově vzdálené SPC, zejména nástroje k měření symptomů jako *Symptom Check List-90-Revised*, *Beck Depression Inventory*, *Global Assessment of Functioning Scale* podle DSM-IV či *Symptom Severity of Impairment Score* (BSS) signifikantně nekorelovaly ani s jednou škálou SPC. Korelací s konstruktově blízkými měřítky bylo více. Celkový skór SPC koreloval s výsledným skórem čtvrté osy OPD Struktura ($r=0.49$, $p < 0.001$). Bylo také zjištěno 19 signifikantních korelací mezi škálami SPC a Inventory of Interpersonal Functioning (IIP) ($r=0.46-0.59$, $p < 0.001$), a další korelace s dotazníky

měřícími životní spokojenost (Questions on Life Satisfaction, FLZ) a obranné mechanismy (Questionnaire for Coping Strategies, FKBS).

Studie DeWittové (2017) exploratorní faktorovou analýzou SPC odhalila čtyři faktory: depresivní, narcistickou, schizoidní a hysterickou dimenzi. Tyto faktory byly následně ve studii porovnány s výsledky ve vybraných sebehodnotících měřítkách a výsledky byly konzistentní s měřenými konstrukty. V téže studii pomocí SPC dokázali správně klasifikovat pacienty s depresivní a hraniční poruchou (podle diagnostických checklistů DSM-IV a MKN-10) i zdravé kontrolní jedince. Výsledný model správně zařadil 100% zdravých kontrolních jedinců, 94% hraničních a 89% depresivních jedinců (Huber et al., 2004).

Ve výzkumu strukturální změny byly škály SPC použity například pro vyhodnocení efektu psychoanalytické terapie (26 měsíců) u depresivních pacientů (N=42), včetně srovnání se zdravou kontrolní skupinou (N=60) (Huber et al., 2005). Po srovnání měření před a po terapii, u 20ti škál pozorujeme signifikantní rozdíl a u devíti škál je navíc velikost účinku velká (> 0.80). Celkový skóre SPC depresivních pacientů se po terapii taktéž signifikantně snížil a u 81% pacientů byla změna klinicky signifikantní (výpočet podle Reliable Change Index). Limitací této studie je kromě malé velikosti vzorku i fakt, že testy před a po terapii prováděli různí hodnotitelé, kteří nebyli zaslepeni ohledně pre- či post- statutu pacienta.

Srovnáním psychoanalytické (PAT) a psychodynamické (PD) terapie u depresivních pacientů se zabývala *Munich Psychotherapy Study* (MPS, Huber et al., 2013). Jeden rok po terapii se nacházelo v oblasti normality 68.6% pacientů PAT a 38.7% pacientů PD. Rok po léčbě skupina léčená psychoanalytickou psychoterapií demonstrovala signifikantně výraznější strukturální změnu ($F(1, 63) = 6.81, p = .011$). Další analýzy dat z MPS za pomoci regresní analýzy poukázaly na to, že strukturální změna, reprezentována výrazným snížením skóre SPC po terapii, predikovala nižší míru depresivních symptomů (BDI) tři roky po ukončení léčby. Strukturální změna také predikovala nižší míru psychiatrických symptomů (GSI) tři roky po ukončení léčby, ale pouze u pacientů, kteří v daném období prožili několik negativních životních událostí (Huber et al., 2017). Jedním z možných vysvětlení je protektivní funkce strukturální změny proti negativním životním událostem a s nimi souvisejícímu zhoršení psychiatrických symptomů. Jednou z podstatných limitací této studie je malá velikost vzorku (N=67).

5.1.3. Psychodiagnostic Chart – druhé vydání (PDC-2)

Druhá verze *Psychodiagnostic Chart* (dále jen PDC, Bornstein & Gordon, 2015) je nástroj pro klinické posouzení diagnostických konceptů operacionalizovaných dle PDM. Je dostupný jak ve verzi pro dospělé, tak i verzi pro mladší i starší děti, adolescenty i starší dospělé. Pro výzkum strukturální změny v terapii byly využity pouze škály pro dospělé, takže se dále věnujeme podobě této verze. Verze PDC pro dospělé ve čtyřech sekcích umožňuje posuzovat různé aspekty psychického stavu jedince. Pro posuzování strukturální změny jsou stěžejní 2 sekce, zaměřené na hodnocení osy P a M. Sekce organizace osobnosti umožňuje posuzovat čtyři aspekty osobnosti: identita, objektivní vztahy, úroveň obranných mechanismů a testování reality, a následné vyhodnocení celkové organizace osobnosti, od psychotické po zdravou. Další sekce se zaměřuje na posouzení psychického fungování jedince podle osy M. 12 schopností této osy je posuzováno na pěti-bodové škále, kde úroveň jedna značí vážný deficit a úroveň pět symbolizuje zdravý stav. Suma hodnot jednotlivých škál je indikátorem celkové úrovně psychického fungování.

PDC jsou tak vodítkem pro vytvoření a organizaci klinického úsudku odborníka na základě kombinace diagnostického rozhovoru a výsledků psychologických testů. Pro získávání dat bývá používán rozhovor *Adult Attachment Interview* (AAI) (Patriarca et al., 2023; Tanzilli et al., 2021). Jedna studie prokázala uspokojivou reliabilitu a validitu i při aplikaci PDC na velmi krátký rozhovor (průměrný čas 24 minut) zaměřen na ranné vzpomínky (Hinrichs et al., 2019). PDM navíc nabízí detailní ilustrační kazuistiky, na kterých demonstruje, jak lze dimenze PDC posuzovat na základě výsledků jiných nástrojů (SWAP, TAT apod.). PDC tak může sloužit k integraci výsledků komplexního klinického vyšetření, nejen ve výzkumném kontextu, ale také v souvislosti s iniciální diagnostikou a plánováním vhodného léčebného postupu.

Informace o zacvičení kliniků k použití PDC jsou limitované, v jedné studii však zmiňují časovou dotaci výcviku psychoterapeutů 16 hodin (Muzi et al., 2021). Z výsledku výzkumu ale vyplývá, že i kratší zaškolení (přečtení vybraných kapitol PDM) vede k uspokojivé validitě a reliabilitě i u méně zkušených hodnotitelů (studenti doktorského studia) (Biberdzic & Grenyer, 2023).

Validita a reliabilita nástroje byla testována u první verze PDC, avšak malé změny, které odlišují jeho druhou verzi, by neměly tyto psychometrické vlastnosti ovlivnit (Lingiardi & McWilliams, 2017; Muzi et al., 2021). Detailnější přehled reliability a validity PDC nabízí Gordon a Bornstein (2018), zde uvádíme nejpodstatnější body, doplněné o výsledky novějších studií.

První verze PDC prokázala vysokou stabilitu hodnocení mezi dvěma měřeními v rozpětí dvou týdnů, a to jak pro hodnocení celkové organizace osobnosti (0.92, $p < 0.001$), tak i pro jednotlivé škály psychického fungování (0.77-0.89, $p < 0.001$) (Gordon & Stoffey, 2014).

V téže studii prokázali významné korelace hodnocení organizace osobnosti se škálou organizace osobnosti KAPP ($r = -0.88$, $p < 0.001$) a celkovou úrovní strukturální integrace dle OPD ($r = -0.93$, $p < 0.001$). To svědčí o konstruktové validitě PDC jako měřítka organizace osobnosti a jejích strukturálních aspektů. Signifikantní korelace byly prokázány i mezi škálami psychického fungování s vybranými škálami MMPI-2, KAPP a OPD (ze 79 korelací 95% signifikantní $p < 0.05$, 81% při $p < 0.001$) (Gordon & Stoffey, 2014).

Biberdzic a Grenyer (2023) testovali reliabilitu a validitu přímo PDC-2. Vzorek 5ti studentů doktorátu se zájmem o psychodynamický přístup nechali prostudovat vybrané části PDM. Následně studenti vyhodnotili 20 pacientů na základě doslovných přepisů jejich prvních 3 terapeutických sezení. Reliabilita mezi hodnotiteli byla vyšší pro celkový skóre než pro jednotlivé škály: u organizace osobnosti bylo ICC dobré (0.64, $p < 0.05$), u psychického fungování dostačující (0.59, $p < 0.05$). Při zprůměrování hodnocení všech pěti hodnotitelů se reliabilita významně zvýšila (osa P: ICC=0.90, $p < 0.05$; osa M: ICC=0.90, $p < 0.05$). Výsledky naznačují, že hodnocení organizace osobnosti (osa P) má větší reliabilitu mezi hodnotiteli než psychické fungování (osa M). Kernbergova konceptualizace je tak pravděpodobně lépe uchopitelný koncept i pro méně zkušené hodnotitele.

Jediná dostupná studie, která měřila strukturální změny pomocí PDC, byla provedena na malém vzorku hraničních pacientů ($N=12$), kteří podstoupili roční na přenos zaměřenou terapii (TFP) (Patriarca et al., 2023). Analýzy pomocí Wilcoxonova testu ukázaly signifikantní zlepšení v oblasti organizace osobnosti, ($z = -2.709$, $p = 0.007$, $r = -0.55$), kde došlo k přesunu z nižší do vyšší hraniční organizace, tedy blíže k neurotickému konci škály. Pozorováno bylo také signifikantní zlepšení celkového psychického fungování ($z = -2.987$, $p = 0.003$, $r = -0.61$), kde došlo k signifikantnímu posunu v 11 schopnostech z 12 ($p < 0.05$). Tyto změny se projevíly také v nižší míře hraničních projevů podle DSM.

5.1.4. Heidelberské škály strukturální změny (HSCS)

Heidelberská škála strukturální změny (HSCS) je nástroj vyvinutý na základě neúspěšného pokusu měřit strukturální změnu pomocí metody OPD-LSIA, která na základě rozhovoru OPD vyhodnocuje úroveň strukturální integrace jedince podle již popsanych osmi dimenzí (kapitola 4.2) (Rudolf et al., 2000). Proto autoři studie vytvořili alternativní měřítko strukturální změny,

HSCS. Formální struktura škály vychází ze škály *Assimilation of Problematic Experiences* (APES, Stiles et al., 1990), ale je upravena tak, aby reflektovala psychoanalytické pojetí změny v psychoterapii. Škála HSCS v sedmi stádiích popisuje vývoj pacientova zvládnání ohniskového problému, od jeho nevnímání (stadium 1), přes získání náhledu a aktivní snahu problém pochopit a zvládat (stadium 4), až po výslednou restrukturalizaci v oblasti ohniska (stadium 6) a jeho případné rozpuštění (stadium 7) (OPD Task Force, 2008). Kromě výzkumu psychoterapie lze HSCS uplatnit i při plánování a vyhodnocování průběhu psychodynamické terapie v klinické praxi (Rudolf et al., 2000).

Hodnotitelé by měli projít 60 hodinami výcviku v diagnostice pomocí OPD (Grande et al., 2009). Výcvik v používání samotné škály HSCS je ale kratší (ibid.), bývá však součástí pokročilých seminářů v rámci 60ti hodinového výcviku (OPD Task Force, 2008). Vyhodnocení strukturální změny vychází z komplexního hodnocení osobnosti dle OPD na základě 60-90 minutového rozhovoru (Grande et al., 2006). Je důležité provést komplexní diagnostiku OPD, jelikož osy tvoří vzájemně propojený systém (např.: úroveň strukturální integrace ovlivňuje volbu konfliktových ohnisek) (OPD Task Force, 2008). Dle doporučení OPD je pro kompletní diagnostiku terapeutem definováno pět ohnisek (OPD Task Force, 2008). Nezávislý hodnotitel, na základě videonahrávky rozhovoru dle OPD, následně přistoupí k situování pacientova přístupu ke každému ohniskovému problému na škále od jedné do sedmi, s možností využití mezibodů (např.: 3- a 3+) (Grande et al., 2003, 2009). Hodnoty strukturální změny u jednotlivých ohnisek se mohou zprůměrovat pro získání celkového skóru strukturální změny pacienta. K posouzení strukturální změny můžeme vypočítat rozdíl skóru mezi hodnocením před započítáním a po ukončení terapie, nebo lze použít pouze hodnoty škály ihned po ukončení terapie (Grande et al., 2003). V dalších studiích měřili vývoj strukturální změny i několik let po ukončení terapie (Beutel et al., 2023; Leuzinger-Bohleber et al., 2019).

Definice pojmu *strukturální změna* v souvislosti s HSCS se v různých studiích liší. Podle OPD lze za validní terapeutický cíl považovat již dosažení stadia 4, jelikož v tento moment dochází ke kategorické změně ve vztahu pacienta k jeho ohniskovému problému, dochází u něj k náhledu (OPD Task Force, 2008). I proto v některých studiích považují za strukturální změnu právě tento přechod ze třetího do čtvrtého stadia (Leuzinger-Bohleber et al., 2019). V jiných studiích je strukturální změna vnímána jako posun ve skóru HSCS od započítání terapie do jejího ukončení (Grande et al., 2009), nezávisle na přesném stadiu. Z tabulky v OPD vyplývá však další možný význam strukturální změny, a to ve smyslu samotné restrukturalizace

intrapsychických aspektů jedince a tvorby nových struktur. Ke strukturální změně v tomto smyslu však dochází až ve stádiích pět až sedm (viz Tabulka 1).

5.1.4.1. Psychometrické vlastnosti

V prezentovaných studiích HSCS prokazuje dobrou reliabilitu mezi hodnotiteli, s ICC o hodnotách 0.83 (Grande et al., 2009) a .85 (Leuzinger-Bohleber et al., 2019). Reliabilita výběru ohnisek, která jsou k aplikaci HSCS nezbytná, je o něco slabší, ale stále uspokojivá: kappa = 0.62 (Grande et al., 2009), případně 0.59 (Grande et al., 2003). V poslední zmiňované studii však upozorňují na to, že tento odhad reliability je relativně skromný, jelikož nebere v potaz podobnosti mezi ohnisky v rámci jednotlivých strukturálních dimenzí. Při korekci vyšla hodnota kappa 0.70. OPD (2008) u škál HSCS také reportuje velmi dobrou reliabilitu ($r=0.77-0.88$) a validitu vzhledem k vysoké korelaci škál s celkovým posouzením výsledku terapie terapeutickým týmem.

5.1.4.2. Výzkumné výsledky

Grande et al. (2003) měřili strukturální změnu u 39 pacientů před a po 12ti týdenní psychodynamické terapii (individuální, skupinová i arteterapie). Šest měsíců po ukončení terapie u těchto jedinců formou rozhovoru zjišťovali reálné životní změny (životní události a jejich význam, pacientův vnitřní i vnější vývoj, znovu začlenění do každodenní reality, dopady terapeutické práce v běžném životě). Z výsledných korelací vyplývá pozitivní vztah mezi úrovní strukturální změny (HSCS) na konci terapie a progresivními změnami v životě pacientů ($r=0.41$, $P<0.01$). Menší, ale stále signifikantní korelace byla nalezena i mezi progresivními změnami po terapii a mírou posunu strukturální změny v průběhu terapie (rozdíl skóru HSCS před a po terapii) ($r=0.35$, $p<0.05$). Změny symptomů (*Psychic and Social-Communicative Questionnaire*) v průběhu terapie s následnými změnami v životě pacientů signifikantně nekorelovaly. Silnou stránkou této studie je získání dat o tom, zda pacienti i po propuštění z této léčby navštěvovali další terapie. Ty bývají častou potenciální intervenující proměnnou právě ve follow-up výzkumných designech. Z výsledných analýz však vyplynulo, že i při přidání dalších terapií jako kontrolní proměnné, progresivní změny v životě pacientů 6 měsíců po ukončení terapie stále signifikantně korelovaly se skórem HSCS ($r=0.41$, $p=0.011$). Autoři studie však přiznávají, že šest měsíců je relativně krátká doba na to, aby se případný efekt těchto následných terapií projevil.

Heidelberg-Berlin study byly longitudinální výzkum dlouhodobých psychoanalytických terapií (nebo PAL) (Grande et al., 2006, 2009). Při srovnání psychodynamické a psychoanalytické terapie (N=54) vycházela strukturální změna (rozdíl celkového skóru HSCS

před a po terapii) jako signifikantní prediktor pacienty posuzovaných změn po terapii: vysvětlovala 21.7% variance ihned po ukončení terapie, 25.3% jeden rok po ukončení a 19.9% tři roky po ukončení terapie (Grande et al., 2009). Prediktivní schopnost strukturální změny zůstala stabilní, zatímco u psychiatrických symptomů (GSI) a interpersonálních vztahů (IIP) byla nejsilnější ihned po ukončení terapie, ale poté průběžně klesala.

Obě zmiňované studie přispívají k hypotéze, že symptomatické změny nevypovídají vždy nejlépe o skutečném dopadu terapie na život pacienta. Měření strukturální změny se zde nabízí jako potenciálně komplexnější forma posuzování efektivity terapie disponující větší validitou.

Zároveň však strukturální změna se symptomy do určité míry souvisí. LAC studie je první studií zabývající se rozdílem dosažení strukturální změny v psychoanalytické (PAT) a kognitivně-behaviorální terapii (KBT) u chronicky depresivních pacientů, a to až 5 let po započetí léčby (Beutel et al., 2023; Leuzinger-Bohleber et al., 2019). Po 1 roce terapie došlo ke strukturální změně (definována dvěma podmínkami: minimálně dvě ohniska na úrovni 4 a vyšší, současně nárůst o 1.5 bodu na škále) u KBT i PAT ve stejné míře (KBT: 24%, PAT: 26%). Po třech letech již docházelo ke strukturální změně v PAT signifikantně více (KBT: 36%, PAT: 60%), tento trend pokračoval i pět let po započetí léčby (KBT: 48,4%, PAT: 71,2%). Z dalších analýz vyplývá, že po třech letech od započetí léčby byla pouze u PAT strukturální změna asociována s nižší mírou depresivních symptomů (BDI) (N=69). Navzdory tomu byla však míra snížení depresivních symptomů u obou terapeutických směrů stejná ($p=0.43$). Mezi limitace této studie patří jak nízký počet sledovaných pacientů, tak i fakt, že do analýz nebyla jako proměnná započítána frekvence terapeutických sezení, která se mezi oběma směry výrazně liší. Ze studie však vyplývá, že přestože obě terapie vedly ke snížení symptomů ve stejné míře, mechanismus této změny u PAT souvisí více se získáním náhledu na problematickou oblast psychického fungování, včetně intrapsychické restrukturalizace.

Pozitivní souvislost strukturální změny se symptomy prokázala i studie Schneidera et al. (2014), ve které zvýšené uvědomění dysfunkčních vztahových vzorců (HSCS) ihned po terapii korelovalo s nižší mírou negativních symptomů při follow-up měření ($p=-0.16$).

Zajímavé poznatky přinášejí i případové studie. Explorativní studie Juana et al. (2023) se zaměřila na proces strukturální změny v průběhu psychodynamické terapie jednoho pacienta. Ukázalo se, že strukturální změny jednotlivých ohniskových problémů se vzájemně ovlivňují a mají tak dopad na průběh terapie. Obecně pozorovali u pacienta dva trendy: strukturální změna ve vztahové oblasti předcházela menší míře změny v oblasti konfliktů, a strukturální změna v oblasti konfliktů souvisela se strukturální změnou ve strukturálním ohnisku. Autoři ve studii

nabízí detailnější hypotézy, které se pokouší tyto interakce osvětlit. Vzhledem k povaze výzkumu jeho výsledky nelze zatím generalizovat, avšak HSCS může v budoucnu sloužit k bližšímu porozumění terapeutického procesu a jeho dynamice, od jednoho sezení k druhému.

HSCS, stejně jako manuál OPD, jsou dostupné již i v české verzi (OPD Task Force, 2013). Ta byla použita v systematické případové studii, zabývající se mimo jiné i spolehlivostí identifikace problémových ohnisek již na základě prvního interview (Holub et al., 2020).

Velká část výzkumů HSCS, a obecně studií podle rámce OPD, je však dostupná pouze v němčině, proto jsme je v tomto přehledu nemohli zahrnout (např.: Rudolf et al., 2012).

5.1.5. Kernbergovy rozhovory

Otto Kernberg vyvinul vlastní klinický strukturální rozhovor, který slouží k vyhodnocení úrovně organizace osobnosti (Kernberg, 1981). Výpovědní hodnota tohoto interview však závisí na zkušenosti klinického pracovníka a chybí mu systém skórování. Existuje proto několik standardizací a modifikací podoby tohoto interview, které jsou hojně využívány ve výzkumu změny osobnosti v terapii. Jednou z nich je i nástroj KAPP, kterému je věnována samostatná podkapitola. Další dva nástroje zmiňujeme zde.

Jednou z variant je Strukturované interview organizace osobnosti (STIPO), které bylo přeloženo i do češtiny (Clarkin et al., 2004/2016). Jedná se o sto-položkový polostrukturovaný rozhovor, pomocí něhož je hodnoceno 7 dimenzí osobnosti: identita, coping/rigidita, primitivní obrany, testování reality, kvalita objektivních vztahů, agresivita a morální hodnoty (Clarkin et al., 2004/2016). Každá z těchto dimenzí je na základě hodnot jednotlivých položek posuzována na pěti-bodové škále. Podle těchto výsledků pak jedince zařazujeme do skupiny reflektující jeho míru patologie: normální, neurotickou (dvě úrovně patologie) a hraniční (tři úrovně). Rozhovor trvá 90-180 minut a je vyhodnocován průběžně (Doering et al., 2013). I z důvodu relativně dlouhého času, který rozhovor vyžaduje, vznikla kratší, revidovaná verze (STIPO-R), která má pouze 55 položek (Clarkin et al., 2019).

Polostrukturovaný rozhovor vykazuje velmi dobrou reliabilitu (ICC v rozpětí 0.82-1.00 napříč studiemi) i validitu (Hörz-Sagstetter et al., 2018). Podle manuálu je STIPO navrženo tak, aby administraci prováděli zkušení a psychoanalyticky orientovaní kliničtí pracovníci. Je ale možné, že to není nezbytnou podmínkou. Studie české verze vykazovala vysokou míru reliability (ICC(2,1)= 0,74 [0,53; 0,93], ICC(2,35)= 0,99 [0,98; 1,00]) a vysokou až uspokojivou míru validity, a to i přesto, že hodnotiteli byli studenti magisterského oboru

adiktologie, kteří měli limitované klinické i diagnostické zkušenosti a neměli důkladný trénink v metodě STIPO (Riegel, 2021).

STIPO bylo použito například v randomizované kontrolované studii srovnávající efektivitu psychoterapie zaměřené na přenos (TFP) u hraničních pacientů, ve srovnání se smíšenými terapeutickými přístupy (trvání 1 rok, N=90) (Doering et al., 2010). TFP dosahovala signifikantně vyšších výsledků v oblasti organizace osobnosti ($d=1.0$, $p=0.001$) a to i po započítání kontrolní proměnné v podobě počtu terapeutických sezení, kterých měla TFP více. Kromě organizace osobnosti došlo k signifikantnímu zlepšení i v oblasti hraničních symptomů a psychosociálního fungování. Pozitivní vliv TFP na organizaci osobnosti dokládají i další výzkumy účinnosti TFP, ve kterých je STIPO využíváno velmi často (např.: Diamond et al., 2023). To jistě souvisí i s tím, že TFP je terapeutický přístup vyvinutý právě Otto Kernbergem. TFP i STIPO tak vycházejí ze stejných teoretických základů.

Jak vyplývá z přehledu v předchozí kapitole, existuje určitý překryv mezi konceptem organizace osobnosti a pojetím struktury dle OPD. To se potvrdilo i výzkumně, a to korelací skóru STIPO s celkovým skórem osy IV. OPD ($r=0.68$, $P<0.001$) (Doering et al., 2013). Konceptu organizace osobnosti se také blíží škála Level of Personality Functioning Scale (LPFS), která je nově součástí DSM-V. K jejímu posouzení slouží strukturovaný klinický rozhovor SCID-AMPD, a s výjimkou pouze jedné škály spolu všechny škály STIPO i SCID-AMPD signifikantně korelují (od 0.35 do 0.76) (Kampe et al., 2018). To nasvědčuje tomu, že pravděpodobně posuzují velmi podobné oblasti psychiky, i když z prvních analýz dat vyplývá, že STIPO by mohlo mít lepší schopnost predikovat určitá klinicky relevantní kritéria (např.: četnost pokusů o sebevraždu) (ibid.). Další výzkum však tyto předběžné výsledky musí potvrdit. Koncept struktury v pojetí organizace osobnosti ale nepochybně ovlivňuje pojetí osobností patologie v DSM, a tím pádem i klinickou praxi.

Další operacionalizací, založenou na modifikaci Kernbergova strukturovaného rozhovoru, je škála *Level of Personality Organization* (LPO) (Pyykkonen, 2008 citován podle Valkonen et al., 2012). Posuzuje organizaci osobnosti na škále od jedné (normální) po úroveň sedm (psychotická). K posouzení jsou vyžadována dvě sezení po 45 minutách a jedno 60ti minutové. Škála zatím prokázala vysokou reliabilitu mezi hodnotiteli (0.85) i test-retest reliabilitu (0.74) (Valkonen et al., 2012)

Nástroj použili například v Helsinské studii psychoterapie, kde sledovali strukturální změnu u krátkodobých terapií (průměrné trvání 6 měsíců, na řešení zaměřená terapie a krátkodobá

psychodynamická terapie) ve srovnání s dlouhodobou psychodynamickou psychoterapií (průměrné trvání tři roky) (Lindfors et al., 2015). V krátkodobých terapiích docházelo k rychlejším změnám v ostatních měřítkách, ale ne v organizaci osobnosti, jejíž změny většinou vyžadují delší terapeutickou práci. Tři roky po zahájení studie byly pozorovány výraznější změny v organizaci osobnosti v dlouhodobé PD na rozdíl od na řešení zaměřené terapie. Nepozorovali však žádné rozdíly mezi zlepšením organizace osobnosti v krátkodobé a dlouhodobé PD. Další analýzy pak odhalily, že za udržení pozitivního efektu jsou z části zodpovědné psychiatrické léčby vyhledávané po ukončení krátkodobých terapií. I pět let po terapii tak dlouhodobá PD vedla k vyspělejší organizaci osobnosti a menšímu množství interpersonálních problémů (IIP).

Autoři předchozí studie sledovali pacienty dále a zaměřili se na strukturální změnu u dlouhodobých terapií, psychoanalytické (PA) a psychodynamické (PD), až 10 let po započetí léčby (N(10 let)=117) (Lindfors et al., 2019). Strukturální změna u pacientů PA měla signifikantně jiný vývoj, a to jak v případě organizace osobnosti (LPO, $p=0.008$), tak i obranných mechanismů (DSQ, $p=0.002$) a pozitivního self-konceptu (AF osa SASB, $p=0.06$). Strukturální změna nastupovala u PA pomaleji, nejvýraznější byla pět let od započetí terapie. V závěru studie, 10 let po započetí terapií, však rozdíl mezi PA a PD zmizel. Jelikož PA byla v této studii skoro třikrát nákladnější než PD, autoři studie upozorňují na důležitost dalšího výzkumu v oblasti dlouhodobých efektů léčby, i v souvislosti s frekvencí sezení.

5.1.6. Reflective Functioning Scale (RFS)

Reflective Functioning Scale (RFS) je operacionalizací konceptu mentalizace a reflektivního fungování (RF), vyvinuta pro účely výzkumného projektu London Parent-Child Project (Fonagy et al., 1991, 1998). Škála má šest definovaných kategorií na 11ti bodové škále, od negativního (-1) či nepřítomného (0) RF, přes chybějící ale nezapřené RF (1), nízké (3), průměrné (5), až po výrazné (7) a výjimečné RF (9).

Škála je aplikována na odpovědi na manuálem specifikované otázky získané v průběhu *Adult Attachment Interview* (AAI), kde se hodnotitel zaměřuje na jedincovo povědomí o psychických stavech sebe i druhých, zejména v kontextu vztahu s rodiči (Fonagy et al., 1998). V některých studiích byly pro získání dat použity jiné rozhovory, například ORI (Vermote et al., 2011), nebo přepisy z terapeutických sezení (Karlsson & Kermott, 2006). V manuálu jsou popsány charakteristiky jednotlivých úrovní na škále, spolu s detailními instrukcemi, jak

odpovědi pacienta posuzovat. Celkové skóre není pouhým průměrem všech vyhodnocovaných odpovědí, ale je klinickým vyhodnocením rozhovoru jako celku (Fonagy et al., 1998).

Taubner et al. (2013) prokázal u celkového skóru RFS uspokojivou stabilitu v čase ($r=0.64$, měření s odstupem 12-24 měsíců) a dobrou reliabilitu ($ICC=0.71$). Ještě vyšší reliabilitu reportují další studie, s ICC v hodnotách 0.86 (Vermote et al., 2011) a 0.84 (Tanzilli et al., 2021).

Hodnoty RF korelovaly s celkovou úrovní strukturální integrace podle OPD (první verze) (0.51 , $p<0.01$), a s konkrétními dimenzemi struktury, jako vnímání sebe ($r=0.54$, $p<0.01$) či komunikace (0.52 $p<0.01$) (C. Müller et al., 2006). RF a úroveň strukturální integrace tak sdílely 26% společné variance. Vyšší hodnoty RF jsou také asociovány s adaptivnějšími obrannými mechanismy (DMRS-Q) (Tanzilli et al., 2021). Koncept RF tedy úzce souvisí s dalšími nástroji používanými k měření strukturální změny.

Systematická review Lüdemanna et al. (2021) nabízí shrnutí výzkumu mentalizace jako faktoru v psychoterapii. Z devíti studií používajících RFS pouze dvě pozorovaly signifikantní zvýšení RF v průběhu terapie (TFP: Fischer-Kern et al., 2015; analytická psychoterapie: Taubner et al., 2015), jedna studie odhalila zvýšení RF pouze při follow-up měření (krátkodobá psychodynamická terapie: Bressi et al., 2017), a jedna ze studií navíc prokázala snížení RFS v průběhu terapie (interpersonální terapie: Karlsson & Kermott, 2006). Studie srovnávající vývoj RF v souvislosti s různými terapeutickými přístupy podporují hypotézu, že krátkodobé terapie nepodporují pozitivní změny v RF (Karlsson & Kermott, 2006). K signifikantnímu zlepšení však došlo po roční na přenos zaměřené terapie TFP (posun hodnot RFS z 2.75 na 3.31, Fischer-Kern et al., 2015) a po ročním trvání terapie analytické (Taubner et al., 2015).

Změna RF v průběhu terapie, a zda může být spolehlivým měřítkem určitého aspektu strukturální změny, tedy zůstává neobjasněná. Další studie jsou potřeba k bližšímu porozumění vztahu mezi RF, terapeutickým přístupem a dobou trvání léčby.

5.1.7. Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP)

Nástroj SWAP vznikl jako měřítko osobnostní patologie pomocí metody Q-trídění (Shedler & Westen, 1998). Nejpoužívanější verze obsahuje 200 tvrzení, která popisují pozorovatelné prvky chování a projevů osobnosti (např.: „bydlení je chaotické a nestabilní“, „má tendenci svádět vinu za svá vlastní selhání na ostatní; věří, že jeho/její problémy jsou způsobeny

externími faktory“). Cílem bylo operacionalizovat psychologické konstrukty, které nebyly posuzovány v tehdejšímu manuálu DSM, jako například zdravé a adaptivní fungování jedince.

Hodnotitel metody podle rozhovoru s pacientem, nebo na základě jeho znalosti z terapeutických sezení, roztrídí 200 tvrzení do osmi kategorií (hodnoty 0-7), podle toho, jak dobře pacienta popisují. Čím vyšší je hodnota, tím lépe dané tvrzení pacienta vystihuje. Získaný profil je poté srovnáván s prototypy reprezentujícími relevantní skupiny pacientů (poruchy osobnosti dle DSM, ale i prototypy pacientů s farmakologicky rezistentní depresí apod.). Vyhodnocení metody trvá přibližně 45-60 minut (Shedler & Westen, 1998). Reliabilita mezi hodnotiteli dosahovala v předchozích studiích hodnot 0.75 až 0.89 (Lingiardi et al., 2006). Současné studie reportují dobré až vynikající hodnoty ICC (0.71 až 0.88) (Rocco et al., 2021).

Pro vyhodnocování změn pomocí SWAP-200 byly vyvinuty dva indexy: Personality Health Index (PHI) a RADIO (Waldron et al., 2011). PHI reprezentuje celkovou úroveň osobnostního fungování. Podstatně méně používaný je index RADIO, který posuzuje silné a slabé stránky jedince v pěti klíčových oblastech: testování reality, regulace a tolerance afektu, organizace obran, integrace identity a objektivní vztahy. Pro SWAP-200 existuje také procedura umožňující posouzení změny v psychoterapii na základě pacientova vhledu (Cogan & Porcerelli, 2013; Jennissen et al., 2018).

Ve studii Rocco et al. (2021) se v průběhu intenzivní krátkodobé dynamické psychoterapie zvýšil index PHI přibližně o jednu standardní odchylku. Analýza položek poukázala na nahrazení dysfunkčních rysů adaptivnějšími. Tyto změny byly udrženy 6-12 měsíců po léčbě.

U pacientů s hraniční poruchou osobnosti sledovali změny u pacientů v psychoanalýze (PA) a psychodynamické psychoterapii (PDT) Steinmair et al. (2021). Skóre položek reprezentujících hraniční problematiku se na začátku PA zvýšilo (+6.71), zatímco u PDT naopak (-3.18). Po uplynutí roku i tří let po započetí terapií však bylo celkové skóre hraničního faktoru nižší ve skupině PA.

Podle dostupných informací zatím nebyla metoda přeložena do češtiny (Shedler & Westen, 2020).

5.1.8. Object Relations Inventory: Differentiation-Relatedness Scale (ORI, D-RS)

Na začátku práce jsme zmiňovali koncept anaklitické a introjektivní deprese popsány Sidney Blattem (2004). Autor však postupně svou teorii zobecňuje na pojetí osobnosti jako takové. Anaklitická konfigurace osobnosti souvisí s problematikou vztahovosti a vzájemnosti (*relatedness*) a s úzkostí z připoutání, zatímco pro introjektivní osobnosti je stěžejní téma

sebedefinice (*differentiation*), sebe-kritický perfekcionismus (Luyten & Blatt, 2013). Toto dělení lze také vnímat jako dvě vývojové linie: anaklitická, vztahová linie, která souvisí s rozvojem schopnosti udržovat zralé interpersonální vztahy, a linie introjektivní, související s tématem sebedefinice, která sleduje rozvoj převážně pozitivní, diferencované a integrované identity jedince (Blatt & Auerbach, 2003). S tímto pojetím, integrujícím psychoanalytický i kognitivně-vývojový pohled na psychiku, souvisí právě i metoda ORI a škála D-R.

ORI (Blatt & Auerbach, 2003; Harpaz-Rotem & Blatt, 2005) je polostrukturovaný rozhovor, ve kterém je pacient vyzván k popisu sebe a svých blízkých („Popište mi, prosím, sebe/svou matku/otce/terapeuta“ (Werbart et al., 2017)). Byly vyvinuty tři procedury k hodnocení takto získaných popisů sebe a významných druhých (pro přehled viz Huprich et al., 2016). Jednou z procedur je právě i škála *Differentiation-Relatedness*, která se ve výzkumu změny v psychoterapii používá nejčastěji. Nástroj D-R slouží k posouzení vývojových úrovní reprezentací sebe, matky a otce, které by se vlivem vývoje měly stávat diferencovanější a integrovanější (Blatt & Auerbach, 2003).. Samotná škála má 10 bodů (Blatt & Auerbach, 2003). Úrovně 1 a 2 reprezentují nejnižší úroveň, kde není dostatečně rozlišená reprezentace self a druhých. Dále škála pokračuje přes používání zrcadlení (3. úroveň), idealizaci nebo znevažování sebe a druhých (4. úroveň) až k oscilaci mezi negativními a pozitivními atributy (5. úroveň). 6. a 7. úroveň charakterizují již vznikající diferencovanou, stálou a integrovanou reprezentaci sebe a druhých. Úroveň sedm je považována za základní předpoklad normálního fungování osobnosti. Empatické propojení s druhými se objevuje na úrovni 8. Nejvyšší úrovně jsou charakterizovány recipročními a vzájemně usnadňujícími interakcemi (9.), až reflektovanými integrovanými reprezentacemi ve vzájemných a recipročních vztazích (10.).

Nástroj prokazuje uspokojivou reliabilitu mezi hodnotiteli (ICC=0.71) (Werbart et al., 2017). Nejsou nám známa oficiální doporučení ohledně výcviku hodnotitelů škály D-R. Huprich et al. (2016) však uvádí, že podle jednoho ze spoluautorů metody (Diamond) je nezbytný magisterský titul, klinická zkušenost s psychodynamickou teorií a dvoudenní výcvik vedený autory metody.

Harpaz-Rotem a Blatt (2005) sledovali 40 adolescentů a mladých dospělých s vážným narušením psychického fungování (převážně poruchy osobnosti s poruchami chování a/nebo depresemi), v minimálně 12ti měsíční psychodynamické pobytové léčbě. Ze studie vyplývá, že klinické zlepšení (GAS) pacienta po terapii je nejlépe predikováno změnou ve vývojové úrovni reprezentace blízké osoby, kterou si pacient sám vybral k popisu (od prarodiče až po partnera).

Vermote et al. (2010) studovali 44 pacientů s poruchou osobnosti v psychodynamické pobytové léčbě (12 měsíců). Analýzy dat prokázaly lineární zvýšení vývojové úrovně reprezentací sebe i blízkých v průběhu léčby. Tento trend po léčbě nepokračoval, zatímco i 12 měsíců po léčbě docházelo dále k redukci symptomů a ke zlepšení v oblasti fungování osobnosti.

Škálu D-R použili například Werbart et al. (2017) při analýze dat ze švédského *Young Adult Psychotherapy Project* (YAPP), kde se zaměřili na změny u 33 mladých dospělých v psychoanalytické psychoterapii (průměrná délka léčby 22 měsíců). Kromě redukce symptomů (GSI) a lepší integrace anaklitické a introjektivní dimenze osobnosti (PMAI¹), pozorovali výzkumníci až tři roky po ukončení psychoterapie reprezentace sebe a druhých na vyšší vývojové úrovni. Velikosti efektu (Hedgeovo *g*) této změny v anaklitické skupině byly velké (0.78 až 1.58), v introjektivní skupině variovaly mezi malými (0.13) a velkými (1.28). Na základě předchozích výzkumů autoři předpokládali, že u skupiny s introjektivní osobností by měla být výraznější změna v oblasti symptomů, zatímco u anaklitické skupiny by měly být více viditelné změny v oblasti mezilidských vztahů a tedy reprezentací sebe a svých blízkých. Z důvodu malého vzorku a nedostatečné síly testu nebylo možné prokázat rozdíly mezi anaklitickou a introjektivní skupinou, ale lze skutečně pozorovat určitý trend ve výraznějším zlepšení ve výsledcích D-RS u anaklitické skupiny.

Škála ani manuál dosud nebyly přeloženy do češtiny.

5.1.9. Defense Mechanism Rating Scale (DMRS)

Škála DMRS (Perry, 1990 citováno podle Perry et al., 1993) umožňuje identifikaci 28 obranných mechanismů, buďto na základě 50ti minutového rozhovoru, nebo na základě přepisů rozhovoru. Ve druhém případě můžeme navíc kvantitativně posuzovat frekvenci používaných mechanismů. DMRS hierarchicky uspořádává obranné mechanismy dle jejich adaptability. Vymezuje sedm úrovní, od první akční úrovně (agování apod.), přes velkou míru zkreslení (2, hraniční úroveň; štěpení, projektivní identifikace), úroveň odmítání (3; popření, projekce, racionalizace), menší míru zkreslení (4; znehodnocování, idealizace, omnipotence), jinou neurotickou úroveň (5; vytěsnění, disociace, reakční formace, přesunutí) a obsedantní úroveň (6; intelektualizace, izolace afektu, odčinění), až po vysokou úroveň adaptace (7, zralost:

¹ *Prototype Matching of Anaclitic-Introjective Personality Configuration* (PMAI) umožňuje na základě materiálu z ORI posoudit shodu pacienta s prototypem anaklitické nebo introjektivní osobnosti na škále 1-5. Metodu lze také považovat za měřítko strukturální změny, vzhledem k rozsahu práce se jí však blíže nevěnujeme.

altruismus, humor, sublimace apod.). Popis jednotlivých obranných mechanismů je nad rámec naší práce, bližší popis je uveden v manuálu metody. Každý z mechanismů je hodnocen na tříbodové škále, ke které je v manuálu k dispozici detailní popis s příklady.

V případě škály je reliabilita individuálních hodnotitelů nižší, než reliabilita pomocí shody hodnotitelů ($ICC=0.36$ vs $ICC=0.57$) (Perry et al., 1993). Oba typy reliability dále vrostly, pokud vezmeme v potaz podobnost některých obranných mechanismů (0.53 vs 0.74) (ibid.). Některé studie však pozorovaly i vyšší reliabilitu, a to při hodnocení jednotlivých obran s $ICC(2,1)$ mezi 0.69 a 0.94 , a při srovnání celkového skóru Overall Defensive Functioning (ODF) i s průměrným $ICC(2,1)=0.85$ (De Roten et al., 2021).

Autor škály (Perry et al., 1993) doporučuje mimo jiné, aby měli hodnotitelé určitou míru klinických zkušeností, znalost psychodynamické teorie je výhodou. Výcvik spočívá v četbě manuálu a cvičném vyhodnocení 10-15 videonahrávek, s možností srovnání s expertním hodnocením, případně s diskuzí ve skupinách za účelem dosažení koncenzu.

De Roten et al. (2021) sledovali pacienty ($n=41$) v manualizované psychodynamické terapii deprese o 12ti sezeních. Celkové ODF se v průběhu léčby signifikantně zlepšilo ($d=0.727$), došlo ke zvýšení míry vysoce adaptivních obran a naopak ke snížení obran nezralých. Změna obran však nepredikovala remisi symptomů, což však může souviset i s velmi krátkým trváním léčby.

Zlepšení celkového obranného fungování bylo pozorováno i v souvislosti s kognitivně behaviorální léčbou o 25 sezeních (Babl et al., 2019). V této studii depresivních a úzkostných pacientů ($n=47$) pozorovali, že depresivní pacienti používají více nezralých, konkrétně depresivních obran (např.: pasivní agresivita, agování, štěpení sebe a druhých, projektivní identifikace, projekce), než pacienti s úzkostnými poruchami. U depresivních pacientů došlo k signifikantnímu zlepšení v obranném fungování, u úzkostných nikoliv. To může souviset s obecně nižší úrovní obran u depresivních pacientů při započetí léčby.

Di Giuseppe a Perry (2021) vyvinuli verzi DMRS-Q, která využívá metody Q třídění. Pro každou ze 30ti obran je k dispozici pět položek, popisujících danou obranu na různých vývojových úrovních (detailní popis je k dispozici v citované studii). Počáteční studie vykazují vyšší reliabilitu mezi hodnotiteli než původní metoda, a to i v případě hodnotitelů s limitovaným výcvikem (Di Giuseppe & Perry, 2021).

Sedmi-úrovňové pojetí nezahrnuje psychotické obrany, proto byla vyvinuta doplňková škála P-DMRS (Berney et al., 2014).

Podle dostupných informací nebyla metoda ani její manuál v žádné ze svých podob přeložena a adaptována pro české prostředí.

5.2. Sebeuposuzovací nástroje

5.2.1. OPD Structure Questionnaire (OPD-SQ)

Strukturu osobnosti dle osy IV. OPD lze posuzovat také pomocí sebeuposuzovacího dotazníku OPD-SQ (J. Ehrental et al., 2012). Dotazník má 95 položek v podobě pěti bodových likertových škál. Z prvních studií vyplývá uspokojivá reliabilita i validita a dotazník je schopen rozlišit mezi pacienty s poruchou osobnosti a bez (J. Ehrental et al., 2012; Zimmermann et al., 2014).

OPD-SQ byl aplikován ve výzkumu strukturální změny v psychoterapii jen v malé míře. Ve studii srovnávající OPD-SQ a dotazník IPO-16, oba dotazníky reflektovaly změnu osobnostního fungování v průběhu psychodynamické terapie u pacientů s komplexními psychiatrickými diagnózami (OPD: $F(2,88) = 8.24, p < .01, \eta^2_p = 0.09$) (Kraus et al., 2021). Tato studie poukazuje na konceptuální podobnosti modelu OPD, organizace osobnosti a konceptu Level of Personality Functioning dle DSM-V. Ve stejné studii zmiňují jeden nepublikovaný výzkum, kde byly pomocí dotazníku OPD-SQ zaznamenány signifikantní změny ve strukturální integraci pacientů již v průběhu několika týdenní terapie.

I přes dosud limitovanou aplikaci ve výzkumu strukturální změny dotazník OPD-SQ zmiňujeme, jelikož se jedná o časově i ekonomicky výhodnější alternativu jinak náročného vyhodnocování strukturální změny dle pojetí osy IV. OPD. Většina relevantních studií je však bohužel zatím dostupná pouze v německém jazyce.

5.2.2. Inventory of Personality Organisation (IPO)

Inventář IPO (Lenzenweger et al., 2001) byl vytvořen jako sebeuposuzovací alternativa časově náročného rozhovoru STIPO. Dotazník má 83 položek a zaměřuje se na vyhodnocení tří hlavních dimenzí Kernbergova modelu organizace osobnosti: difúzi identity, primitivní obrany a testování reality (Lenzenweger et al., 2001). Doplňující škály dále umožňují hodnocení dimenzí agresivity a morálních hodnot. Existuje také kratší verze dotazníku pouze o 16ti položkách (IPO-16).

Podle dostupných studií prokazují primární škály IPO uspokojivou interní konzistenci, s hodnotami v rozpětí 0.81 až 0.91 (Lenzenweger et al., 2001; B. Stern et al., 2010). IPO také prokazuje uspokojivou test-retest reliabilitu v průběhu jednoho měsíce (Lenzenweger et al., 2001) a je také validním měřítkem vážnosti osobnostní psychopatologie (Unoka et al., 2022). Korelace mezi dimenzemi IPO a STIPO se pohybují v rozsahu $r=0.45$ a $r=0.57$ ($p<0.001$) (B. Stern et al., 2010).

V předchozí podkapitole jsme zmiňovali studii Krause et al. (2021), kde srovnávali OPD-SQ a IPO-16. Oba dotazníky refletovaly změnu osobnostního fungování v průběhu terapie (IPO-16: $F(2,91) = 6.09$, $p < .05$, $\eta^2_p = 0.06$). Skóry obou dotazníků spolu navíc signifikantně korelovaly, což je v souladu s určitou podobností měřených konstruktů. Autoři studie zmiňují například podobnost škály Difúze identity v IPO-16 a škál Vnímání sebe a Vnímání objektu v OPD-SQ. IPO-16 navíc umožňuje posuzování Primitivních obran a Testování reality, pro které OPD-SQ nemá ekvivalent. Tyto výsledky jsou v souladu s teoretickými konceptualizacemi organizace osobnosti a struktury dle OPD.

Podstatná část výzkumu strukturální změny v psychoterapii pomocí IPO je však dostupná pouze v němčině.

Kromě zmínky o probíhající validizační studii (Riegel, 2020) se nám nepodařilo dohledat bližší informace o české verzi dotazníku.

5.2.3. Defense Style Questionnaire (DSQ)

Dotazník DSQ (Bond et al., 1989) má 88 položek (existuje však také kratší verze o 40ti položkách, DSQ-40), hodnocených na devíti bodové likertově škále. Obrany jsou klasifikovány do čtyř kategorií, neboli obranných stylů: maladaptivní styl (nezralé obrany, jako inhibice, pasivní agresivita, projektivní identifikace, somatizace apod.), zkreslující styl (primitivní mechanismy jako štěpení, omnipotence, primitivní idealizace), sebe-obětující styl (vyzrálejší obranné mechanismy, vytěsnění, reaktivní formace, pseudoaltruismus) a adaptivní styl (zralé mechanismy jako sublimace, anticipace, humor, potlačení apod.) (Floros, 2017).

Dotazník má dobrou validitu, Cronbachovým alfa od 0.65 v případě adaptivních obran, až po 0.85 pro obrany maladaptivní (Floros, 2017). Metoda vykazovala dobrou stabilitu v čase (měření s odstupem šesti měsíců) s korelací 0.68 až 0.73 ($p<0.001$) (Bond et al., 1989).

V již zmiňované studii Lindfors et al. (2019) bylo během prvního roku v psychoanalýze pozorováno méně změn v nezralých obranných mechanismech, než v psychodynamické terapii. Výraznější pozitivní změny ve zralých obranných mechanismech byly pozorovány jeden až dva roky po skončení psychoanalýzy, tedy šestý a sedmý rok od započetí terapie. Na konci studie, po deseti letech, však rozdíl mezi obrannými mechanismy v obou skupinách nebyl signifikantní. Trajektorie vývoje obranných mechanismů se tak v obou terapeutických přístupech liší, avšak celkové výsledky naznačují, že rozdíl není z dlouhodobého hlediska významný.

Ve studii pacientů (N=39) v krátkodobé dynamické psychoterapii (max. 40 sezení) však pomocí sebeposuzovacího dotazníku nepozorovali signifikantní změny v obranných mechanismech, přestože jejich klinické vyhodnocení (DMRS) prokazovalo velikost efektu 0.70 (Hersoug et al., 2002). Můžeme si položit otázku, zda by tyto výsledky mohly souviset s krátkým trváním terapie.

Český překlad krátké verze dotazníku (DSQ-40) validizovala Červenková (2005).

5.2.4. Reflective Functioning Questionnaire (RFQ)

Dotazník reflektivního fungování vyvinul Fonagy (2016) jako časově úsporný, screeningový sebeposuzovací nástroj pro hodnocení mentalizace. Dotazník se skládá z 54 položek, případně je dostupný v kratší osmi (nebo šesti) položkové verzi. Respondenti u každé z položek zaznamenávají míru souhlasu. Faktorová analýza odhalila dvě dimenze dotazníku: jistotu (RFQ_C) a nejistotu (RFQ_U) ohledně mentálních stavů (Fonagy et al., 2016). Iniciální studie Fonagyho poukazují na uspokojivou vnitřní konzistenci dotazníku a výbornou stabilitu v čase (ibid.). Pozdější studie na velkém vzorku (klinický vzorek n=861 a neklinický n=566) však reportovala faktorovou strukturu pouze o jediné dimenzi a navrhli verzi dotazníku o šesti položkách (Müller et al., 2022). Autoři studie také upozorňují, že dotazník měří zejména hypomentalizaci, tedy míru nejistoty ohledně mentálních stavů, a nedostatečně identifikuje hypermentalizaci, tedy jistotu ohledně mentálních stavů. Dále ve studii odhalili výraznou podobnost položek s měřítky impulzivity a emoční lability, což může ohrožovat validitu dotazníku. Další výzkumy by se tedy měly zaměřit na faktorovou strukturu dotazníku a ověření jeho validity.

Pilotní studie Sonntag et al. (2022) sledovala vývoj reflektivního fungování u pacientů s poruchou příjmu potravy v šesti-měsíční léčbě v terapii zaměřené na mentalizaci (MBT). U

pacientů došlo ke statisticky významnému zvýšení jistoty ohledně mentálních stavů (RFQ_C). Z důvodu malého vzorku (N=19) je však třeba potvrdit tyto závěry v dalších studiích.

Studie depresivních pacientů (N=57) v 3 měsíční psychodynamické pobytové léčbě však u pacientů neprokázala zlepšení v reflektivním fungování, i když terapie jinak vedla k výraznému snížení depresivních symptomů (Halstensen et al., 2021). Výzkumníci navrhuji jako jedno z možných vysvětlení krátké trvání léčby. I další studie však naznačují, že reflektivní fungování není konzistentně spojováno se symptomy jako úzkost a deprese, ale že může mít silnější souvislost s osobnostní patologií (Bryde Christensen et al., 2024; S. Müller et al., 2022).

Krátká i delší verze dotazníku byly přeloženy do několika jazyků, dostupné jsou také v české verzi (University College London, 2024).

5.3. Projektivní a výkonnostní testy

5.3.1. Social Cognition and Object Relations Scale (SCORS)

Škála SCORS (Westen, 1995 citováno podle Fowler et al., 2004) je nástroj měřící afektivní a kognitivní aspekty objektivních vztahů jedince. Nástroj integruje různá hlediska, a to sociální, kognitivní a psychoanalytickou teorii objektivních vztahů. Škálu lze aplikovat na písemné produkce z TAT, polostrukturované rozhovory, narativní produkce ranných vzpomínek i záznamy terapeutických sezení (Peters et al., 2006). Následně je hodnotitelem posuzováno osm proměnných, každá sedmi-bodovým hodnocením, kde nižší skóre indikuje vyšší míru patologie. Posuzované proměnné jsou: komplexita reprezentací (sebe/druhých, negativní/pozitivní), afektivní kvalita reprezentací (očekávání ve vztazích), emoční investici ve vztazích, emoční investici v hodnotách a morálních standardech, porozumění sociální kauzalitě, zvládání agresivních impulzů, sebeúctu a identitu a koherenci self.

Excelentní reliabilitu mezi hodnotiteli vykazuje škála při hodnocení na základě TAT s ICC celkového skóru v hodnotě 0.82 (Fowler et al., 2004). V jiné studii se hodnoty pohybovaly od 0.73 do 0.85 (Porcerelli et al., 2006). SCORS koreluje s měřítky symptomů (Mullin et al., 2018; Peters et al., 2006) a osobnostní patologie (PDI) (Peters et al., 2006), ale také s měřítky nezralých obran (Porcerelli et al., 2006).

Porcerelli et al. (2006) sledovali změnu u mladých dospělých (N=83) před a po 15ti měsíční psychoanalytické pobytové léčbě. Ke změnám došlo v oblasti afektivního ladění vztahových reprezentací ($d=0.72$), investice ve vztazích a morálních hodnotách ($d=0.51$), sociální kauzalitě ($d=0.44$) a komplexitě reprezentací ($d=0.30$). U jiného vzorku pacientů ze stejného léčebného

programu se pomocí SCORS ukázalo signifikantní zlepšení v oblasti komplexity reprezentací a porozumění sociální kauzalitě s malou až střední velikostí efektu (Fowler et al., 2004). Změnu o střední až velké velikosti efektu u všech proměnných SCORS změřili ve studii Mullina et al. (2018), která sledovala změnu v krátkodobé psychodynamické psychoterapii.

5.3.2. Levels of Emotional Awareness (LEAS)

Metoda LEAS je také navrhována jako měřítko strukturální změny, konkrétně její složky spojené s kognitivním zpracováním emocí (Subic-Wrana et al., 2011). Metoda je postavena na 20ti scénách, které probouzejí ambivalentní kombinace emocí. Pacient si má scény představit a zaznamenat, jak by se cítil on a ostatní osoby v dané situaci. Jeho produkce je poté klinicky vyhodnocena. Ve studii Subic-Wrana et al. (2005) pomocí LEAS změřili změnu implicitních aspektů alexitymie po terapii. V některých studiích se však nepodařilo tímto nástrojem změnu zachytit (Brand et al., 2016; Simson et al., 2006).

5.3.3. Rorschachův test

Rorschachův test je běžně používán pro měření osobnosti. Pro jeho kódování a následné vyhodnocování existuje více systémů, mimo jiné Exnerův komprehenzivní systém (CS; Exner, 1993) nebo *Rorschach Performance Assessment System* (R-PAS, Meyer, 2011).

Tato projektivní metoda byla již také využita k měření strukturální změny v psychoterapii. Weiner a Exner (1991) pomocí Rorschachova testu (kódovaného podle CS) identifikovali signifikantní změny osobnosti u pacientů čtyři roky od započetí dlouhodobé psychodynamické terapie i krátkodobé behaviorální nebo gestalt terapie. Fowler et al. (2004, kódováno podle CS) v longitudinální studii efektivity psychodynamické psychoterapie pozorovali při nejvíce konzervativním hodnocení klinické významnosti změn zlepšení zejména v oblasti agrese v primárním procesu (A1, 19% pacientů). Při využití volnějších kritérií ale docházelo k významnému klinickému zlepšení i v oblasti objektivních vztahů (MOAX, 19%; PATH, 12%) a poruch myšlení (BDS, 17%).

Výzkum strukturální změny pomocí Rorschachova testu je relativně vzácný, avšak výhodou této metody je její běžná dostupnost i v českém prostředí.

5.4. Volba výzkumného designu pro měření strukturální změny

V podkapitolách výše jsme prezentovali různé metody, které jsou určené k hodnocení různých dimenzí strukturální změny. Podle některých výzkumníků však strukturální změna nespočívá tolik v obsahu, ale spíše v podobě této změny.

Jedním z nich je právě i Rolf Sandell, podle něhož „neexistují měřítka či škály či nástroje, které by sami o sobě specificky měřili strukturu nebo strukturální změnu“ (Sandell, 2005). Nástroje jako takové totiž měří pouze stavy, ve kterých se jedinec v daný moment nachází. Strukturální změnu však podle Sandella stabilita a konzistence v čase (Sandell, 2019). Jediným způsobem, jak lze strukturální změnu měřit, je tedy správný výzkumný design, kterým jsou opakovaná měření. Můžeme tak sledovat jak změnu vnitřních reprezentací objektů, tak i kognitivních schémat, osobnostních rysů či postojů (Sandell, 2019). I symptomatické změny mohou v tomto pojetí reflektovat strukturální změnu, pokud je jejich změna opakovaná, tedy stabilní v čase, a je přítomna v různých projevech. Tato kritéria podle Sandella (2019) naznačují, že změna symptomu je skutečně indikátorem změny v nepozorovatelné intrapsychické struktuře, která je skutečným zdrojem patologie. Měření strukturální změny tak nespočívá ve volbě správných měřících nástrojů, ale v opakovaných měřeních v průběhu delšího časového období.

Josephs a Bornstein (2011) mluví o tzv. „iluzi strukturální změny“. Tak nazývají chybu II. typu ve výzkumu strukturální změny, kdy chybně byhodnotíme absenci určité patologické struktury na základě absence jejích projevů. Ve skutečnosti je však daná patologická struktura stále přítomna, pouze nedošlo k její aktivaci. Autoři tak navrhnou, že skutečnou strukturální změnu bychom měli hodnotit na základě neschopnosti aktivovat onu patologickou strukturu, jejíž odstranění bylo cílem terapie. Takové výzkumné designy spočívají v různých formách experimentální manipulace, jejímž účelem je aktivovat nevědomé konflikty, které jsou základem dané patologie. Za tímto účelem lze používat například metodu podprahové psychodynamické aktivace (SPA), kdy je pacientům prezentován stimul aktivující psychologické mechanismy zodpovědné za danou psychickou poruchu. Dočasná znovunabuzení symptomů je pak projevem přetrvávající patologie a tedy vylučuje strukturální změnu. Tato oblast výzkumu strukturální změny v psychoterapii je však dosud značně nerozvinutá.

Oba představené pohledy upozorňují na důležitost dlouhodobých studií s opakovanými follow-up měřeními při posuzování strukturální změny. Několikaleté longitudinální studie

navíc zvyšují pravděpodobnost, že dojde k přirozeným změnám v prostředí jedince, které mohou hrát podobnou roli jako zmiňované experimentální intervence.

5.5. Obecné charakteristiky a limitace metod a výzkumných studií

Náš přehled metod používaných k měření strukturální změny zahrnoval převážně operacionalizace klinických rozhovorů a terapeutických sezení, ale také sebesposuzovací měřítka a projektivní metody. Nástroje se zaměřují na vyhodnocování různých dimenzí a strukturální změny. Některé metody posuzují strukturální změnu podle úrovně určitých lidských schopností (SPC, PDC nebo RFS a RFQ), jiné se zaměřují na obranné mechanismy (DMRS a DSQ) či úroveň objektivních vztahů (STIPO, IPO, SCORS, D-RS). Další metody posuzují změnu podle struktury osobnosti (OPD-SQ) či její organizace (STIPO). Relativně unikátní přístup zaujímá škála HSCS, která posuzuje náhled pacienta na problematické oblasti jeho fungování.

Na tomto místě je vhodné připomenout, že se v této práci zaměřujeme na psychodynamická měřítka strukturální změny. Koncept strukturální změny se však neomezuje pouze na psychodynamické pojetí. Několik zmiňovaných metod například vychází z integrace více teoretických pohledů (např. SCORS nebo ORI). I ne-psychodynamické nástroje, primárně určené k měření osobnosti a psychopatologie, teoreticky mohou sloužit jako měřítka strukturální změny, jelikož ze své podstaty hodnotí relativně stabilní prvky psychiky. Jedním z příkladů podobného využití těchto metod je studie Gordona et al. (2001), ve které výzkumníci mezi druhým a třetím rokem psychoanalytické terapie úspěšně pozorovali výrazné změny v osobnosti pacientů reflektované ve skórech MMPI.

Z našeho přehledu je zřejmé, že většina psychodynamických metod určených k měření strukturální změny je operacionalizací klinického úsudku. S tím souvisí zvýšená časová náročnost metod, které mnohdy vyžadují hodnocení na základě až několikahodinového rozhovoru. Tento aspekt souvisí s vzrůstajícími finančními náklady na realizaci výzkumu. Většina nástrojů navíc vyžaduje hodnotitele s rozsáhlými klinickými zkušenostmi v oblasti terapie, diagnostiky a psychodynamické teorie. Strukturovanější rozhovory, jako například STIPO, však dosahují dobré reliability a validity i s méně zkušenými experimentátory. Další výzkum by měl ujasnit požadavky na hodnotitele daných metod.

Výzkumné studie, které metody využívají, většinou neuvádějí dostatečné informace o počtu hodnotitelů, jejich vzdělání a zkušenostech, případně o jejich zácviku v aplikaci dané metody.

I proto tyto informace v přehledu mnohdy chybí, nebo jsou nedostačující. Vzhledem k povaze metod jsou však tyto informace zásadní pro správné vyhodnocení jejich psychometrických vlastností. Častou limitací studií je také malé množství respondentů (většinou v rádu desítek jedinců), což jistě souvisí s výše zmiňovanou časovou, organizační a finanční náročností aplikace daných metod. Pouze ve výjimečných případech jsou ve studiích zahrnuty kontrolní skupiny. To je pravděpodobně spjato s etickou problematikou výzkumu psychoterapie obecně. Může to však omezovat naši schopnost usuzovat na kauzální vztah mezi terapeutickou intervencí a pozorovanou strukturální změnou vzhledem k tomu, že se jedná mnohdy i několik let trvající studie, a ke strukturální změně může docházet i přirozeně vlivem životních okolností. S obecnou problematikou výzkumu psychoterapie souvisí také fakt, že většina prezentovaných studií byly studie naturalistické, a v případě porovnávání různých terapeutických přístupů tak pacienti většinou nebyli randomizováni, nebo pouze částečně. To souvisí s předpokladem, že účinnost psychoterapie je částečně závislá i na motivaci samotného pacienta a jeho důvěře v proces terapie. Studie vyvažují absenci randomizace sledováním ekvivalence skupin (pohlaví, diagnóza, vážnost patologie apod.) a případně ověřují potenciálně rušivý vliv faktorů, které skupiny odlišují. Naturalistická povaha studií nám však umožňuje studovat skutečnou podobu psychoterapie tak, jak je přítomna v praxi.

Většina studií měří strukturální změnu i s odstupem po ukončení terapie, mnohdy však je prodleva pouze krátká, v rámci několika týdnů či měsíců. Pro měření stabilní a trvalé změny jsou však důležitá opakovaná měření s delší prodlevou. V takových případech ale na druhou stranu vzniká riziko postupného snižování počtu sledovaných jedinců vlivem experimentální mortality. Zvyšuje se tak nárok na počáteční velikost vzorku.

Mezi nejčastější účastníky prezentovaných studií patří pacienti s depresivními poruchami a s hraniční poruchou osobnosti. Vzácnější jsou studie změny u pacientů s vážnější formou psychopatologie, jakou je schizofrenie apod. Některé studie pozorují u pacientů s danou diagnózou strukturální změnu opakovaně v určitých specifických oblastech. Pozorování tohoto typu mohou přispět k formulaci a úpravám diagnostických kategorií a psychoterapeutických intervencí. Léčení pacienti jsou také převážně dospělí, avšak v menší míře existují i studie zaměřující se na děti či adolescenty (např.: Ness et al., 2018). Na mladší dospělé se ve větší míře zaměřují výzkumy využívající škálu D-RS, částečně vycházející z vývojového pohledu na psychiku.

Velká část studií byla také realizována autory samotných metod, kteří sami zacvičovali hodnotitele. Je otázkou, zda i výcvik pod vedením jiných odborníků může vést ke srovnatelným

výsledkům. Je tedy třeba výzkumy dále replikovat, abychom vliv tohoto faktoru mohli případně vyloučit.

6. Závěr

Strukturální změna je komplexním pojetím změny v psychoterapii. Identifikuje odlišné aspekty změny psychiky jedince než ty, které zachytí běžné měření symptomatických a behaviorálních změn. Definice strukturální změny vychází ze široké škály konceptů, které spojují kořeny v psychodynamické tradici. Její princip vychází z psychodynamického pojetí psychoterapie, podle něhož je jejím cílem dlouhotrvající změna hloubkových struktur v psychice jedince a trvalých charakteristik jeho osobnosti. Výzkumy nasvědčují tomu, že je strukturální změna v psychoterapii jedním z faktorů souvisejících s dlouhodobým udržení změny v životě jedince. Studium strukturální změny nám také může umožnit blíže porozumět efektivitě dlouhodobých a psychodynamických terapií, a jejich odlišnostem ve srovnání s léčbou krátkodobou a behaviorálně zaměřenou.

Výzkumné metody jsou převážně založeny na operacionalizaci klinického úsudku, jsou tedy časově i finančně náročné, což negativně ovlivňuje množství publikovaných výzkumů v této oblasti. Jak vyplývá z našeho přehledu, existují však i dostupnější, spolehlivé a validní metody v podobě dotazníků apod. Je však třeba připomenout, že strukturální změna spočívá zejména ve stabilitě a stálosti dosažených proměn. Zdůrazňuje tak důležitost výzkumu skutečných, dlouhotrvajících dopadů terapie na život jedince, trvajících i několik let po ukončení léčby.

Zpracování tématu strukturální změny pomocí narativního přehledu nám neumožňuje jednoznačně vyhodnotit její souvislost s účinností psychoterapie, poukázali jsme však na některé trendy, které vyžadují bližší empirické zkoumání. Strukturální změna je navíc velmi komplexní koncept a rozsah práce tak neumožňoval proniknout do hloubky jednotlivých dílčích aspektů. Umožnilo nám to však toto téma zpřehlednit, vysvětlit stěžejní koncepty a zpřístupnit tak toto téma i pro výzkumníky s jiným teoretickým zázemím. K tomu bylo nezbytné popsat i základní psychoanalytické koncepty. S tím souvisela volba starších publikací a zdrojů, zejména v části zabývající se definicí struktury a strukturální změny. V neposlední řadě bychom měli zmínit, že z důvodu jazykové bariéry nebylo možné do práce zahrnout studie v němčině, které však tvoří relativně podstatnou část výzkumu o strukturální změně. Výčet metod k měření strukturální změny navíc není vyčerpávající. Zaměřuje se zejména na nejrozšířenější psychodynamické operacionalizace a nesleduje potenciální překryv s metodami měřícími koncepty, které vycházejí z jiných teoretických předpokladů.

Pro bližší porozumění konceptu strukturální změny by bylo vhodné se v budoucnosti zaměřit na objasnění vztahů mezi jednotlivými metodami a koncepty. Další výzkumy jsou také třeba k porozumění interakce strukturální změny s dalšími aspekty změny v psychoterapii, jako například symptomy, sociální adaptace apod. K tomu by byly vhodné systematické review či metaanalýzy zaměřené na jednu nebo více konkrétních operacionalizací. Dosavadní poznatky o strukturální změně také zdůrazňují centrální pozici dlouhodobých longitudinálních studií s opakovanými follow-up měřeními, které poskytují nejvíce validní formu výzkumu účinnosti psychoterapie.

Vyhodnocení strukturální změny může ve výzkumných studiích psychoterapie doplnit informace o změně symptomatické a behaviorální, a upřesnit naše porozumění procesu a faktorům účinnosti v psychoterapii. Případné rozšíření této perspektivy ve výzkumu psychoterapie může mít v budoucnosti praktický dopad na dostupnost psychoterapeutické péče. Výzkumné výsledky mohou mít vliv například na formulaci podmínek pro proplácení terapeutických intervencí pojišťovnami, včetně uznávaných terapeutických směrů či proplácené délky léčby.

Reference

- Akhtar, S. (2009). *Comprehensive dictionary of psychoanalysis* (1. publ). Karnac.
- Applegarth, A. (1989). On Structures. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 37(4), 1097–1107. <https://doi.org/10.1177/000306518903700411>
- Auchincloss, E. L. (2015). *The psychoanalytic model of the mind* (First edition). American Psychiatric Publishing, a division of American Psychiatric Association.
- Babl, A., Grosse Holtforth, M., Perry, J. C., Schneider, N., Dommann, E., Heer, S., Stähli, A., Aeschbacher, N., Eggel, M., Eggenberg, J., Sonntag, M., Berger, T., & Caspar, F. (2019). Comparison and change of defense mechanisms over the course of psychotherapy in patients with depression or anxiety disorder: Evidence from a randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 252, 212–220. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.021>
- Barkham, M., Lutz, W., Castonguay, L. G., Bergin, A. E., & Garfield, S. L. (Ed.). (2021). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (7th edition, 50th anniversary edition). Wiley.
- Baron-Cohen, S., Tager-Flusberg, H., & Cohen, D. J. (Ed.). (1994). *Understanding other minds: Perspectives from autism*. Oxford University Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. Oxford University Press.
- Benjamin, L. S. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Review*, 81(5), 392–425. <https://doi.org/10.1037/h0037024>
- Berney, S., De Roten, Y., Beretta, V., Kramer, U., & Despland, J.-N. (2014). Identifying Psychotic Defenses in a Clinical Interview: Identifying Psychotic Defenses. *Journal of Clinical Psychology*, 70(5), 428–439. <https://doi.org/10.1002/jclp.22087>
- Beutel, M., Krakau, L., Kaufhold, J., Bahrke, U., Grabhorn, A., Hautzinger, M., Fiedler, G., Kallenbach-Kaminski, L., Ernst, M., Rüger, B., & Leuzinger-Bohleber, M. (2023). Recovery from chronic depression and structural change: 5-year outcomes after psychoanalytic and cognitive-behavioural long-term treatments (LAC depression

- study). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 30(1), 188–201.
<https://doi.org/10.1002/cpp.2793>
- Biberdzic, M., & Grenyer, B. F. S. (2023). How Much Training Do We Need? Assessing the Validity and Interrater Reliability of the PDM-2's Psychodiagnostic Chart among Less Experienced Clinicians. *Journal of Personality Assessment*, 105(3), 436–444.
<https://doi.org/10.1080/00223891.2022.2086133>
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*. American Psychological Association.
- Blatt, S. J., & Auerbach, J. (2003). Psychodynamic Measures of Therapeutic Change. *Psychoanalytic Inquiry - PSYCHOANAL INQ*, 23, 268–307.
<https://doi.org/10.1080/07351692309349034>
- Bond, M., Christopher, J., Gautier, M., Goldenberg, M., Oppenheimer, J., & Simand, J. (1989). Validating the Self-Report of Defense Styles. *Journal of Personality Disorders*, 3(2), 101–112. <https://doi.org/10.1521/pedi.1989.3.2.101>
- Bornstein, R. F., & Gordon, R. M. (2015). The psychodiagnostic chart-2 (PDC-2). In V. Lingiardi & N. McWilliams (Ed.), *Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2* (Second edition, s. 1017–1039). The Guilford Press.
- Brand, T., Hecke, D., Rietz, C., & Schultz-Venrath, U. (2016). Therapieeffekte mentalisierungsbasierter und psychodynamischer Gruppenpsychotherapie in einer randomisierten Tagesklinik-Studie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 52(2), 156–174. <https://doi.org/10.13109/grup.2016.52.2.156>
- Brenner, C. (2003). Is the structural model still useful? *The International Journal of Psychoanalysis*, 84(5), 1093–1096. <https://doi.org/10.1516/HPY0-6VCD-9JEX-HX50>
- Bressi, C., Fronza, S., Minacapelli, E., Nocito, E. P., Dipasquale, E., Magri, L., Lionetti, F., & Barone, L. (2017). Short-Term Psychodynamic Psychotherapy with Mentalization-Based Techniques in Major Depressive Disorder patients: Relationship among alexithymia, reflective functioning, and outcome variables – A Pilot study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(3), 299–313.
<https://doi.org/10.1111/papt.12110>

- Bryde Christensen, A., Poulsen, S., Højberg, T. M., Jessen, S. B., Reinholt, N., Hvenegaard, M., Eskildsen, A., Arendt, M., & Arnfred, S. (2024). Emotion Regulation and Mentalization in Patients With Depression and Anxiety. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 31(3), e2995. <https://doi.org/10.1002/cpp.2995>
- Caligor, E., Kernberg, O. F., & Clarkin, J. F. (2007). *Handbook of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology* (1st ed). American Psychiatric Pub.
- Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B., & Kernberg, O. F. (2016). *Strukturované Interview Organizace Osobnosti (STIPO)* (K. D. Riegel & D. Šamánková, Přel.). (Original work published 2004)
- Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B., & Kernberg, O. F. (2019). *Structured interview of personality organization—Revised (STIPO-R)*.
- Cogan, R., & Porcerelli, J. H. (2013). Validation of the Shedler-Westen Assessment Procedure Insight Scale. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 201(8), 706–708. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31829db5bf>
- Cousineau, T. M., & Shedler, J. (2006). Predicting Physical Health: Implicit Mental Health Measures Versus Self-Report Scales. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 194(6), 427–432. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000221373.74045.51>
- Červenková, I. (2005). *Možnosti měření obranných mechanismů ega (standardizace české verze dotazníku DSQ 40)* [Diplomová práce]. Univerzita Karlova, Filosofická fakulta.
- De Roten, Y., Djillali, S., Crettaz Von Roten, F., Despland, J.-N., & Ambresin, G. (2021). Defense Mechanisms and Treatment Response in Depressed Inpatients. *Frontiers in Psychology*, 12, 633939. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.633939>
- Dewald, P. A. (1972). The Clinical Assessment of Structural Change. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 20(2), 302–324. Scopus. <https://doi.org/10.1177/000306517202000204>
- DeWitt, K. (2018). The development of the Scales of Psychological Capacities: A work in progress. In *From Impression to Inquiry: A Tribute to the Work of Robert Wallerstein* (s. 67–81). Taylor and Francis; Scopus. <https://doi.org/10.4324/9780429475146-11>

- DeWitt, K., Milbrath, C., & Simon, N. (2017). Wallerstein's Scales of Psychological Capacities: A Clinically Useful Measure of Character Change. *Psychoanalytic Psychology*. <https://doi.org/10.1037/pap0000139>
- Di Giuseppe, M., & Perry, J. C. (2021). The Hierarchy of Defense Mechanisms: Assessing Defensive Functioning With the Defense Mechanisms Rating Scales Q-Sort. *Frontiers in Psychology*, *12*. Scopus. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.718440>
- Diamond, D., Keefe, J. R., Hörz-Sagstetter, S., Fischer-Kern, M., Doering, S., & Buchheim, A. (2023). Changes in Attachment Representation and Personality Organization in Transference-Focused Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, *76*(1), 31–38. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20220018>
- Doering, S., Burgmer, M., Heuft, G., Menke, D., Bäumer, B., Lübking, M., Feldmann, M., Hörz, S., & Schneider, G. (2013). Reliability and validity of the German version of the Structured Interview of Personality Organization (STIPO). *BMC Psychiatry*, *13*(1), 210. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-210>
- Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., Buchheim, A., Martius, P., & Buchheim, P. (2010). Transference-focused psychotherapy vs. Treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, *196*(5), 389–395. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.070177>
- Ehrenthal, J. C., & Benecke, C. (2019). Tailored Treatment Planning for Individuals With Personality Disorders. In *Case Formulation for Personality Disorders* (s. 291–314). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813521-1.00015-1>
- Ehrenthal, J., Dinger, U., Horsch, L., Komo-Lang, M., Klinkerfuß, M., Grande, T., & Schauenburg, H. (2012). Der OPD-Strukturfragebogen (OPD-SF): Erste Ergebnisse zu Reliabilität und Validität. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, *62*(01), 25–32. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1295481>
- Exner, J. E. (1993). *The Rorschach: A comprehensive system: Basic foundations (3rd ed.)*. John Wiley & Sons.

- Fischer-Kern, M., Doering, S., Taubner, S., Hörz, S., Zimmermann, J., Rentrop, M., Schuster, P., Buchheim, P., & Buchheim, A. (2015). Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: Change in reflective function. *The British Journal of Psychiatry*, 207(2), 173–174. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.143842>
- Floros, G. D. (2017). Defense Style Questionnaire. In V. Zeigler-Hill & T. K. Shackelford (Ed.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (s. 1–3). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_22-1
- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y.-W., Warren, F., Howard, S., Ghinai, R., Fearon, P., & Lowyck, B. (2016). Development and Validation of a Self-Report Measure of Mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PLOS ONE*, 11(7), e0158678. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678>
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 201–218. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199123\)12:3<201::AID-IMHJ2280120307>3.0.CO;2-7](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199123)12:3<201::AID-IMHJ2280120307>3.0.CO;2-7)
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). *Reflective-functioning manual: For application to Adult Attachment Interviews. Version 5.0*. University College London.
- Fowler, J. C., Ackerman, S. J., Speanburg, S., Bailey, A., Blagys, M., & Conklin, A. C. (2004). Personality and symptom change in treatment-refractory inpatients: Evaluation of the phase model of change using rorschach, TAT, and DSM-IV axis V. *JOURNAL OF PERSONALITY ASSESSMENT*, 83(3), 306–322. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8303_12
- Freud, S. (1913). *The interpretation of dreams* (s. liv, 458). MacMillan Co. <https://doi.org/10.1037/10561-000>
- Freud, S. (1922). *Beyond the pleasure principle* (s. 90). The International Psycho-Analytical Press. <https://doi.org/10.1037/11189-000>
- Freud, S. (1926). *The Ego And The Id*. <http://archive.org/details/in.ernet.dli.2015.218607>

- Freud, S. (2005). *The Unconscious*. Penguin Books.
- Freud, S. (2017). *Three essays on the theory of sexuality*. Verso.
- Freud, S., Le Lay, Y., Harrus-Révidi, G., & Debout, F. (2015). *Cinq leçons sur la psychanalyse suivi de Contribution à l'histoire du mouvement psychanalytique* (Nouvelle éd). Payot & Rivages.
- Freud, S., & Richards, A. (1953). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (J. Strachey, A. Freud, & C. L. Rothgeb, Ed.). Hogarth Press.
- Gablonski, T.-C., Senft, B., & Andreas, S. (2022). Level of Structural Integration and Its Association with Intersession Experiences and Outcomes: A Pilot Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(15).
<https://doi.org/10.3390/ijerph19159254>
- Gordon, R. M. (2001). MMPI/MMPI-2 changes in long term psychoanalytic psychotherapy. *Issues in Psychoanalytic Psychology Psychology*, *23*, 59–79.
- Gordon, R. M. (2017). Do Practitioners Find A Psychodynamic Taxonomy Useful? *Journal of Psychology & Clinical Psychiatry*, *7*(5). <https://doi.org/10.15406/jpcpy.2017.07.00452>
- Gordon, R. M., & Bornstein, R. F. (2018). Construct validity of the Psychodiagnostic Chart: A transdiagnostic measure of personality organization, personality syndromes, mental functioning, and symptomatology. *Psychoanalytic Psychology*, *35*(2), 280–288.
<https://doi.org/10.1037/pap0000142>
- Gordon, R. M., & Stoffey, R. W. (2014). Operationalizing the Psychodynamic Diagnostic Manual: A preliminary study of the Psychodiagnostic Chart. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *78*(1), 1–15. <https://doi.org/10.1521/bumc.2014.78.1.1>
- Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., Krawietz, B., Langer, M., Oberbracht, C., Stehle, S., Stennes, M., & Rudolf, G. (2006). Differential effects of two forms of psychoanalytic therapy: Results of the Heidelberg-Berlin study. *Psychotherapy Research*, *16*(4), 470–485. <https://doi.org/10.1080/10503300600608082>

- Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., Krawietz, B., Langer, M., Oberbracht, C., Stehle, S., Stennes, M., & Rudolf, G. (2009). Structural change as a predictor of long-term follow-up outcome. *Psychotherapy Research, 19*(3), 344.
- Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C., & Pauli-Magnus, C. (2003). Progressive changes in patients' lives after psychotherapy: Which treatment effects support them? *Psychotherapy Research, 13*(1), 43–58. Scopus. <https://doi.org/10.1093/ptr/kpg006>
- Hagman, G. (2001). Beyond decathexis: Toward a new psychoanalytic understanding and treatment of mourning. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Meaning reconstruction & the experience of loss*. (s. 13–31). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10397-001>
- Halstensen, K., Gjestad, R., Luyten, P., Wampold, B., Granqvist, P., Stålsett, G., & Johnson, S. U. (2021). Depression and mentalizing: A psychodynamic therapy process study. *Journal of Counseling Psychology, 68*(6), 705–718. <https://doi.org/10.1037/cou0000544>
- Harpaz-Rotem, I., & Blatt, S. J. (2005). Changes in Representations of a Self–Designated Significant Other in Long–Term Intensive Inpatient Treatment of Seriously Disturbed Adolescents and Young Adults. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 68*(3), 266–282. <https://doi.org/10.1521/psyc.2005.68.3.266>
- Hartmann, H., Kris, E., & Loewenstein, R. M. (1946). Comments on the Formation of Psychic Structure. *The Psychoanalytic Study of the Child, 2*(1), 11–38. <https://doi.org/10.1080/00797308.1946.11823535>
- Heppner, P. P., Wampold, B. E., Owen, J., Thompson, M. N., & Wang, K. T. (2016). *Research design in counseling* (Fourth edition). Cengage / Thomson Learning Services Ltd.
- Hersoug, A. G., Sexton, H. C., & Høglend, P. (2002). Contribution of Defensive Functioning to the Quality of Working Alliance and Psychotherapy Outcome. *American Journal of Psychotherapy, 56*(4), 539–554. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2002.56.4.539>

- Hinrichs, J., Dauphin, V. B., Munday, C. C., Porcerelli, J. H., Kamoo, R., & Christian-Kliger, P. (2019). Assessing Level of Personality Organization With the Psychodiagnostic Chart: A Validity Study. *Journal of Personality Assessment, 101*(2), 181–190. <https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1436062>
- Holub, D., Telerovský, R., Benešová, M., Karpíšek, R., Peřich, T., Nondek, M., Viktorinova, M., & Tischler, L. (2020). Identifikace vynořující se dynamické scény během úvodního psychodynamického interview: Klinická a výzkumná perspektiva. *Psychoterapie, 13*(3), 222–243.
- Hörz-Sagstetter, S., Caligor, E., Preti, E., Stern, B., De Panfilis, C., & Clarkin, J. F. (2018). Clinician-Guided Assessment of Personality Using the Structural Interview and the Structured Interview of Personality Organization (STIPO). *Journal of Personality Assessment, 100*(1), 30–42. <https://doi.org/10.1080/00223891.2017.1298115>
- Huber, D., Brandl, T., & Klug, G. (2004). The scales of psychological capacities: Measuring beyond symptoms. *Psychotherapy Research, 14*(1), 89–106. Scopus. <https://doi.org/10.1093/ptr/kph006>
- Huber, D., Henrich, G., Clarkin, J., & Klug, G. (2013). Psychoanalytic Versus Psychodynamic Therapy for Depression: A Three-Year Follow-Up Study. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 76*(2), 132–149. <https://doi.org/10.1521/psyc.2013.76.2.132>
- Huber, D., Henrich, G., & Klug, G. (2005). The scales of psychological capacities: Measuring Change in psychic structure. *Psychotherapy Research, 15*(4), 445–456. <https://doi.org/10.1080/10503300500091298>
- Huber, D., Zimmermann, J., & Klug, G. (2017). Change in personality functioning during psychotherapy for depression predicts long-term outcome. *Psychoanalytic Psychology, 34*(4), 434–445. <https://doi.org/10.1037/pap0000129>
- Huprich, S. K., Auerbach, J. S., Porcerelli, J. H., & Bupp, L. L. (2016). Sidney Blatt's Object Relations Inventory: Contributions and Future Directions. *Journal of Personality Assessment, 98*(1), 30–43. <https://doi.org/10.1080/00223891.2015.1099539>

- Jacobson, E. (1954). The self and the object world. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 9(1), 75–127.
- Jennissen, S., Huber, J., Ehrental, J. C., Schauenburg, H., & Dinger, U. (2018). Association Between Insight and Outcome of Psychotherapy: Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 175(10), 961–969. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17080847>
- Johnson, A. M. (1949). Sanctions for superego lacunae of adolescents. In *Searchlights on delinquency; new psychoanalytic studies* (s. 225–245). International Universities Press.
- Josephs, L., & Bornstein, R. F. (2011). Beyond the illusion of structural change: A process priming approach to psychotherapy outcome research. *Psychoanalytic Psychology*, 28(3), 420–434. <https://doi.org/10.1037/a0023449>
- Juan, S., Manubens, R., Muiños, R., Babl, A., & Penedo, J. M. G. (2023). Mechanisms of change in focused psychodynamic therapy: A systematized single-case time-series analysis. *Cogent Mental Health*, 2(1), 2266229. <https://doi.org/10.1080/28324765.2023.2266229>
- Kampe, L., Zimmermann, J., Bender, D., Caligor, E., Borowski, A.-L., Ehrental, J. C., Benecke, C., & Hörz-Sagstetter, S. (2018). Comparison of the Structured DSM–5 Clinical Interview for the Level of Personality Functioning Scale With the Structured Interview of Personality Organization. *Journal of Personality Assessment*, 100(6), 642–649. Scopus. <https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1489257>
- Karlsson, R., & Kermott, A. (2006). Reflective-functioning during the process in brief psychotherapies. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(1), 65–84. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.1.65>
- Kernberg, O. F. (1967). Borderline Personality Organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15(3), 641–685. <https://doi.org/10.1177/000306516701500309>

- Kernberg, O. F. (1976). Technical considerations in the treatment of borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 24(4), 795–829. Scopus. <https://doi.org/10.1177/000306517602400403>
- Kernberg, O. F. (1981). Structural interviewing. *The Psychiatric Clinics of North America*, 4(1), 169–195.
- Kernberg, O. F. (1988). Psychic Structure And Structural Change: An Ego Psychology-object Relations Theory Viewpoint. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 36, 315–337.
- Kernberg, O. F. (1992). *Borderline conditions and pathological narcissism* (1. softcover ed). Aronson.
- Kernberg, O. F., & Caligor, E. (2005). A Psychoanalytic Theory of Personality Disorders. In M. F. Lenzenweger & J. F. Clarkin (Ed.), *Major theories of personality disorder* (2., ed). Guilford Press.
- Klein, M. (1996). Notes on Some Schizoid Mechanisms. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5(2), 160–179.
- Klug, G., & Huber, D. (2003). Assessment of structural change: The Scales of Psychological Capacities (SPC). *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie / im Auftrag der Görres-Gesellschaft*, 51, 71–81.
- Kohut, H. (2009). *The restoration of the self*. The University of Chicago Press.
- Kraus, B., Dammann, G., Rudaz, M., Sammet, I., Jeggle, D., & Grimmer, B. (2021). Changes in the level of personality functioning in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 31(1), 117–131. Scopus. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1763493>
- Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F., & Foelsch, P. A. (2001). The Inventory of Personality Organization: Psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychological Assessment*, 13(4), 577–591. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.13.4.577>

- Leuzinger-Bohleber, M., & Fischmann, T. (2018). Application of the Scales of Psychological Capacities in a multiperspective, representative follow-up study. In *From Impression to Inquiry: A Tribute to the Work of Robert Wallerstein* (s. 82–96). Taylor and Francis; Scopus. <https://doi.org/10.4324/9780429475146-11>
- Leuzinger-Bohleber, M., Kaufhold, J., Kallenbach, L., Negele, A., Ernst, M., Keller, W., Fiedler, G., Hautzinger, M., Bahrke, U., & Beutel, M. (2019). How to measure sustained psychic transformations in long-term treatments of chronically depressed patients: Symptomatic and structural changes in the LAC Depression Study of the outcome of cognitive-behavioural and psychoanalytic long-term treatments. *The International Journal of Psychoanalysis*, *100*(1), 99–127. <https://doi.org/10.1080/00207578.2018.1533377>
- Lindfors, O., Knekt, P., Heinonen, E., Härkänen, T., & Virtala, E. (2015). The effectiveness of short- and long-term psychotherapy on personality functioning during a 5-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, *173*, 31–38. Scopus. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.10.039>
- Lindfors, O., Knekt, P., Lehtonen, J., Virtala, E., Maljanen, T., & Härkänen, T. (2019). Effectiveness of psychoanalysis and long-term psychodynamic psychotherapy on personality and social functioning 10 years after start of treatment. *Psychiatry Research*, *272*, 774–783. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.082>
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (Ed.). (2017). *Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2* (Second edition). The Guilford Press.
- Lingiardi, V., Shedler, J., & Gazzillo, F. (2006). Assessing Personality Change in Psychotherapy With the SWAP–200: A Case Study. *Journal of Personality Assessment*, *86*(1), 23–32. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8601_04
- Lowyck, B., Vermote, R., Verhaest, Y., Vandeneede, B., Wampers, M., & Luyten, P. (2015). Hospitalization-based psychodynamic treatment for personality disorders: A five-year follow-up. *Psychoanalytic Psychology*, *32*(3), 381–402. Scopus. <https://doi.org/10.1037/a0038959>

- Lüdemann, J., Rabung, S., & Andreas, S. (2021). Systematic Review on Mentalization as Key Factor in Psychotherapy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), Article 17. <https://doi.org/10.3390/ijerph18179161>
- Luyten, P., & Blatt, S. J. (2013). Interpersonal relatedness and self-definition in normal and disrupted personality development: Retrospect and prospect. *American Psychologist*, 68(3), 172–183. <https://doi.org/10.1037/a0032243>
- Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (1989). *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. Maresfield Library/Karnac.
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process, 2nd ed* (s. xxi, 426). Guilford Press.
- Messer, S. B., & McWilliams, N. (2007). Insight in Psychodynamic Therapy: Theory and Assessment. In L. G. Castonguay & C. Hill (Ed.), *Insight in psychotherapy*. (s. 9–29). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11532-001>
- Meyer, G. J. (2011). *Rorschach Performance Assessment System: Administration, coding, interpretation, and technical manual*. Rorschach Performance Assessment System, LLC.
- Müller, C., Kaufhold, J., Overbeck, G., & Grabhorn, R. (2006). The importance of reflective functioning to the diagnosis of psychic structure. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79(4), 485–494. Scopus. <https://doi.org/10.1348/147608305X68048>
- Müller, S., Wendt, L. P., Spitzer, C., Masuhr, O., Back, S. N., & Zimmermann, J. (2022). A Critical Evaluation of the Reflective Functioning Questionnaire (RFQ). *Journal of Personality Assessment*, 104(5), 613–627. <https://doi.org/10.1080/00223891.2021.1981346>
- Mullin, A. S. J., Hilsenroth, M. J., Gold, J., & Farber, B. A. (2018). Facets of Object Representation: Process and Outcome Over the Course of Psychodynamic Psychotherapy. *Journal of Personality Assessment*, 100(2), 145–155. <https://doi.org/10.1080/00223891.2016.1215320>

- Muzi, L., Tieghi, L., Rugo, M., & Lingiardi, V. (2021). Eating Pathology and Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM-2) Diagnostic Assessment: Implications for Treatment Outcomes in a Psychodynamic-Oriented Residential Setting. *Psychoanalytic Psychology*, 38(4), 300–310. Scopus. <https://doi.org/10.1037/pap0000337>
- Ness, E., Dahl, H.-S. J., Tallberg, P., Amlo, S., Høglend, P., Thorén, A., Egeland, J., & Ulberg, R. (2018). Assessment of dynamic change in psychotherapy with adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 12(1), 39. <https://doi.org/10.1186/s13034-018-0246-z>
- OPD Task Force. (2008). *Operationalized psychodynamic diagnostics OPD-2: Manual of diagnosis and treatment planning*. Hogrefe.
- OPD Task Force. (2013). *Operacionalizovaná psychodynamická diagnostika OPD-2* (R. Telerovský & D. Holub, Přel.; 1. české vyd). Hogrefe - Testcentrum.
- Owen, J., Adelson, J., Budge, S., Wampold, B., Kopta, M., Minami, T., & Miller, S. (2015). Trajectories of Change in Psychotherapy: International Center for Clinical Excellence. *Journal of Clinical Psychology*, 71(9), 817–827. <https://doi.org/10.1002/jclp.22191>
- Patriarca, E., Tanzilli, A., Brusadelli, E., Lingiardi, V., & Grenyer, B. F. S. (2023). A Multidimensional Assessment of Therapeutic Outcomes: Toward a Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM-2)-Oriented Approach to Psychotherapy Research. *Psychoanalytic Psychology*, 40(2), 128–133. Scopus. <https://doi.org/10.1037/pap0000455>
- Perry, J. C., Kardos, M. E., & Pagano, C. J. (1993). The Study of Defenses in Psychotherapy Using the Defense Mechanism Rating Scales (DMRS). In U. Hentschel, G. J. W. Smith, W. Ehlers, & J. G. Draguns (Ed.), *The Concept of Defense Mechanisms in Contemporary Psychology* (s. 122–132). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4613-8303-1_8
- Peters, E. J., Hilsenroth, M. J., Eudell-Simmons, E. M., Blagys, M. D., & Handler, L. (2006). Reliability and validity of the Social Cognition and Object Relations Scale in clinical use. *Psychotherapy Research*, 16(5), 617–626. <https://doi.org/10.1080/10503300600591288>

- Porcerelli, J. H., Shahar, G., Blatt, S. J., Ford, R. Q., Mezza, J. A., & Greenlee, L. M. (2006). Social cognition and object relations scale: Convergent validity and changes following intensive inpatient treatment. *Personality and Individual Differences*, 41(3), 407–417. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.10.027>
- Pulver, S. (1988). Psychic Structure, Function, Process, And Content: Toward A Definition. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 36, 165–188.
- Rangell, L. (1989). Structural and interstructural change in psychoanalytic treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 9(1), 45–66. <https://doi.org/10.1080/07351698909533754>
- Riegel, K. D. (2020). *Poruchy osobnosti v 21. Století: Diagnostika v teorii a praxi* [Rigorózní práce]. Univerzita Karlova, Filosofická fakulta.
- Riegel, K. D. (2021). *Schopnost posouzení závažnosti osobnostní psychopatologie na základě Strukturovaného interview organizace osobnosti (STIPO) u magisterských studentů adiktologie*. Univerzita Karlova. 1. lékařská fakulta.
- Rocco, D., Calvo, V., Agrosi, V., Bergami, F., Busetto, L. M., Marin, S., Pezzetta, G., Rossi, L., Zuccotti, L., & Abbass, A. (2021). Intensive short-term dynamic psychotherapy provided by novice psychotherapists: Effects on symptomatology and psychological structure in patients with anxiety disorders. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 24(1), Article 1. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2021.503>
- Rudolf, G., Grande, T., & Oberbracht, C. (2000). Die Heidelberger Umstrukturierungsskala: Ein Modell der Veränderung in psychoanalytischen Therapien und seine Operationalisierung in einer Schätzskaala. *Psychotherapeut*, 45(4), 237–246. <https://doi.org/10.1007/PL00006720>
- Rudolf, G., Jakobsen, T., Keller, W., Krawietz, B., Langer, M., Oberbracht, C., Stehle, S., Stennes, M., & Grande, T. (2012). Structural change as an outcome paradigm in psychodynamic psychotherapy—Results of the PAL-Study (long-term psychoanalytic psychotherapy study). *ZEITSCHRIFT FUR PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN UND PSYCHOTHERAPIE*, 58(1), 55–66. <https://doi.org/10.13109/zptm.2012.58.1.55>

- Sandell, R. (2005). XI. Structural change and its assessment. Experiences from the Stockholm Outcome Psychoanalysis and Psychotherapy Project. In P. Giampieri-Deutsch (Ed.), *Psychoanalysis as an Empirical, Interdisciplinary Science* (s. 269–284). Austrian Academy of Sciences. <https://doi.org/10.1553/3-7001-3386-3s269>
- Sandell, R. (2019). Structural Change and its Assessment. *International Journal of Psychology and Psychoanalysis*, 5(1). <https://doi.org/10.23937/2572-4037.1510042>
- Sandler, J., & Joffe, W. G. (1969). Towards a basic psychoanalytic model. *The International Journal of Psychoanalysis*, 50(1), 79–90.
- Seiffge-Krenke, I. (2021). One diagnosis—different conflicts: Using the OPD-CA conflict axis as tool for treatment planning. *Nordic Psychology*, 73(4), 300–307. <https://doi.org/10.1080/19012276.2021.2001679>
- Shedler, J. (2018). Where Is the Evidence for “Evidence-Based” Therapy? *Psychiatric Clinics of North America*, 41(2), 319–329. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.02.001>
- Shedler, J., Mayman, M., & Manis, M. (1993). The illusion of mental health. *American Psychologist*, 48(11), 1117–1131. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.48.11.1117>
- Shedler, J., & Westen, D. (1998). Refining the Measurement of Axis II: A Q-Sort Procedure for Assessing Personality Pathology. *Assessment*, 5(4), 333–353. <https://doi.org/10.1177/107319119800500403>
- Shedler, J., & Westen, D. (2020). *SWAP Assessment*. <https://swapassessment.org>
- Schneider, G., Tiemann, M., Stumpf, A., & Heuft, G. (2014). Dimensions of the Operationalized Psychodynamic Diagnosis System that Predict Long-Term Outcome after Inpatient Psychotherapy. *Psychopathology*, 48(2), 101–113. <https://doi.org/10.1159/000368311>
- Simson, U., Martin, K., Schäfer, R., Franz, M., & Janssen, P. (2006). Veränderung der Wahrnehmung von Emotionen im Verlauf stationärer psychotherapeutischer Behandlung. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 56(09/10), 376–382. <https://doi.org/10.1055/s-2006-940127>

- Sonntag, M., & Russell, J. (2022). The mind-in-mind study: A pilot randomised controlled trial that compared modified mentalisation based treatment with supportive clinical management for patients with eating disorders without borderline personality disorder. *European Eating Disorders Review*, 30(3), 206–220. <https://doi.org/10.1002/erv.2888>
- Steinmair, D., Wong, G., Frantal, S., Rohm, C., & Löffler-Stastka, H. (2021). Affect regulation in psychoanalytic treatments of patients with a borderline personality disorder—psychoanalysis and psychodynamic psychotherapy—a comparison. *World Journal of Psychiatry*, 11(12), 1328–1345. <https://doi.org/10.5498/wjp.v11.i12.1328>
- Stern, B., Caligor, E., Clarkin, J. F., Critchfield, K. L., Horz, S., MacCornack, V., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2010). Structured Interview of Personality Organization (STIPO): Preliminary Psychometrics in a Clinical Sample. *Journal of Personality Assessment*, 92(1), 35–44. <https://doi.org/10.1080/00223890903379308>
- Stern, D. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The 'something more' than interpretation. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 79(5).
- Stiles, W. B., Elliott, R., Llewelyn, S. P., Firth-Cozens, J. A., Margison, F. R., Shapiro, D. A., & Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(3), 411–420. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.27.3.411>
- Subic-Wrana, C., Beutel, M. E., Garfield, D. A., & Lane, R. D. (2011). Levels of emotional awareness: A model for conceptualizing and measuring emotion-centered structural change. *International Journal of Psychoanalysis*, 92(2), 289–310. Scopus. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2011.00392.x>
- Subic-Wrana, C., Bruder, S., Thomas, W., Lane, R. D., & Köhle, K. (2005). Emotional Awareness Deficits in Inpatients of a Psychosomatic Ward: A Comparison of Two Different Measures of Alexithymia. *Psychosomatic Medicine*, 67(3), 483–489. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000160461.19239.13>
- Sugarman, A. (2006). Mentalization, insightfulness, and therapeutic action: The importance of mental organization. *The International Journal of Psychoanalysis*, 87(4), 965–987. <https://doi.org/10.1516/6DGH-0KJT-PA40-REX9>

- Sundin, E., & Armelius, B. (1998). Mental health and psychic structure: An empirical study. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 62, 475–489.
- Tanzilli, A., Di Giuseppe, M., Giovanardi, G., Boldrini, T., Caviglia, G., Conversano, C., & Lingiardi, V. (2021). Mentalization, attachment, and defense mechanisms: A Psychodynamic Diagnostic Manual-2-oriented empirical investigation. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 24(1).
<https://doi.org/10.4081/ripppo.2021.531>
- Taubner, S., Hörz, S., Fischer-Kern, M., Doering, S., Buchheim, A., & Zimmermann, J. (2013). Internal structure of the Reflective Functioning Scale. *Psychological Assessment*, 25(1), 127–135. <https://doi.org/10.1037/a0029138>
- Taubner, S., Schulze, C. I., Kessler, H., Buchheim, A., Kächele, H., & Staun, L. (2015). Veränderungen der mentalisierten Affektivität nach 24 Monaten analytischer Psychotherapie bei Patienten mit chronischer Depression. *Psychotherapie Forum*, 20(1–2), 20–28. <https://doi.org/10.1007/s00729-015-0032-9>
- University College London. (2024). *The Reflective Functioning Questionnaire (RFQ)*.
<https://www.ucl.ac.uk/psychoanalysis/research/reflective-functioning-questionnaire-rfq>
- Unoka, Z., Csáky-Pallavicini, K., Horváth, Z., Demetrovics, Z., & Maraz, A. (2022). The Inventory of Personality Organization: A valid instrument to detect the severity of personality dysfunction. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 995726.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.995726>
- Valkonen, H., Lindfors, O., & Knekt, P. (2012). Association between the Rorschach Ego Impairment Index and the Level of Personality Organization interview assessment in depressive and anxiety disorder patients. *Psychiatry Research*, 200(2–3), 849–856.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.05.012>
- Vermote, R., Lowyck, B., Luyten, P., Verhaest, Y., Vertommen, H., Vandeneede, B., Corveleyn, J., & Peuskens, J. (2011). Patterns of inner change and their relation with patient characteristics and outcome in a psychoanalytic hospitalization-based treatment for personality disordered patients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(4), 303–313. <https://doi.org/10.1002/cpp.713>

- Vermote, R., Lowyck, B., Luyten, P., Vertommen, H., Corveleyn, J., Verhaest, Y., Stroobants, R., Vandeneede, B., Vansteelandt, K., & Peuskens, J. (2010). Process and Outcome in Psychodynamic Hospitalization-Based Treatment for Patients With a Personality Disorder. *Journal of Nervous & Mental Disease, 198*(2), 110–115. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181cc0d59>
- Vybíral, Z., & Roubal, J. (2010). *Současná psychoterapie* (Vyd. 1). Portál.
- Waldron, S., Moscovitz, S., Lundin, J., Helm, F. L., Jemerin, J., & Gorman, B. (2011). Evaluating the outcomes of psychotherapies: The Personality Health Index. *Psychoanalytic Psychology, 28*(3), 363–388. <https://doi.org/10.1037/a0024559>
- Wallerstein, R. S. (1989). The Psychotherapy Research Project of the Menninger Foundation: An overview. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 195–205. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.57.2.195>
- Wallerstein, R. S. (1991). Assessment of structural change in psychoanalytic therapy and research. In T. Shapiro (Ed.), *The concept of structure in psychoanalysis* (s. 241–261). International Universities Press, Inc.
- Wallerstein, R. S. (1994). Psychotherapy research and its implications for a theory of therapeutic change. A forty-year overview. *The Psychoanalytic Study of the Child, 49*, 120–141. Scopus. <https://doi.org/10.1080/00797308.1994.11823055>
- Wallerstein, R. S. (2000). *Forty-two lives in treatment: A study of psychoanalysis and psychotherapy: the report of the Psychotherapy Research Project of the Menninger Foundation, 1954-1982*. Other Press.
- Wallerstein, R. S. (2003). Psychoanalytic therapy research: Its coming of age. *Psychoanalytic Inquiry, 23*(2), 375–404. Scopus. <https://doi.org/10.1080/07351692309349039>
- Weiner, I. B., & Exner, J. E. (1991). Rorschach Changes in Long-Term and Short-Term Psychotherapy. *Journal of Personality Assessment, 56*(3), 453–465.
- Weinryb, R. M., Gustavsson, J. P., Åsberg, M., & Rössel, R. J. (1992a). Stability over time of character assessment using a psychodynamic instrument and personality inventories.

- Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86(2), 179–184. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1992.tb03248.x>
- Weinryb, R. M., Gustavsson, J. P., Åsberg, M., & Rössel, R. J. (1992b). The concept of alexithymia: An empirical study using psychodynamic ratings and self-reports. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85(2), 153–162. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1992.tb01461.x>
- Weinryb, R. M., Rössel, R. J., & Åsberg, M. (1991a). The Karolinska Psychodynamic Profile. I. Validity and dimensionality. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83(1), 64–72. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1991.tb05513.x>
- Weinryb, R. M., Rössel, R. J., & Åsberg, M. (1991b). The Karolinska Psychodynamic Profile. II. Interdisciplinary and cross-cultural reliability. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83(1), 73–76. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1991.tb05514.x>
- Weinryb, R. M., Rössel, R. J., Gustavsson, J. P., Åsberg, M., & Barber, J. P. (1997). The Karolinska Psychodynamic Profile (KAPP): Studies of character and well-being. *Psychoanalytic Psychology*, 14(4), 495–515. <https://doi.org/10.1037/h0079737>
- Weinshel, E. M. (1990). Further Observations on the Psychoanalytic Process. *The Psychoanalytic Quarterly*, 59(4), 629–649. <https://doi.org/10.1080/21674086.1990.11927291>
- Werbart, A., Aldèn, S., & Diedrichs, A. (2017). Changes in the anaclitic-introjective personality configurations following psychoanalytic psychotherapy with young adults. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 20(1), Article 1. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2017.239>
- Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The Empirical Status of Empirically Supported Psychotherapies: Assumptions, Findings, and Reporting in Controlled Clinical Trials. *Psychological Bulletin*, 130(4), 631–663. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.4.631>
- Westen, D., & Weinberger, J. (2004). When clinical description becomes statistical prediction. *American Psychologist*, 59(7), 595–613. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.595>

- Westenberger-Breuer, H. (2007). The goals of psychoanalytic treatment: Conceptual considerations and follow-up interview evaluation with a former analysand. *International Journal of Psychoanalysis*, 88(2), 475–488. Scopus.
<https://doi.org/10.1516/C563-520Q-1K76-9056>
- Wilczek, A., Barber, J. P., Gustavsson, J. P., Åsberg, M., & Weinryb, R. M. (2004). Change after long-term psychoanalytic psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 52(4), 1163–1184. Scopus.
<https://doi.org/10.1177/00030651040520042001>
- Winnicott, D. W. (1996). Ego distortion in terms of True and False Self. In *The Person Who Is Me*. Routledge.
- Zimmermann, J., Dahlbender, R., Herbold, W., Krasnow, K., Turrión, C., Zika, M., & Spitzer, C. (2014). Der OPD-Strukturfragebogen erfasst die allgemeinen Merkmale einer Persönlichkeitsstörung. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 65(02), 81–83. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1395626>