P r a ž s k á v y s o k á š k o l a p s y c h o s o c i á l n í c h s t u d i í

Dialekticko-behaviorální terapie u lidí s poruchou osobnosti

Miroslava Čevelíková

Bakalářská práce

Studijní program: psychologie

vedoucí práce: Mgr. Katerína Durecová

Praha 2018

Prague College of Psychosocial Studies

Dialectical Behavior Therapy for people with Personality Disorder

Miroslava Čevelíková

The Bachelor

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Mgr. Katarína Durecová

Praha 2018

Prohlášení:

1. Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne ..... Podpis ……

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní magistře Kateríně Durecové za odborné vedení bakalářské práce, za její cenné podněty, časovou flexibilitu. Mé poděkování patří uživatelům a pracovníkům DBT Centra za jejich ochotnou spolupráci.

Anotace:

Předkládaná bakalářská práce je zaměřena na problematiku dialekticko-behaviorální terapie u lidí s poruchou osobnosti.

Celá práce je rozdělena na část teoretickou a část empirickou. První část práce shrnuje poznatky o poruchách osobnosti a seznamuje s dialekticko-behaviorální terapií.

Empirická část je soustředěna na šetření efektivnosti programu DBT Centra na základě subjektivního hodnocení respondentů. Ve výzkumném šetření je použit kvantitativní výzkum. Zvolenou metodou je dotazníkové šetření.

Klíčová slova: dialekticko-behaviorální terapie, poruchy osobnosti, emočně nestabilní porucha osobnosti

Abstract:

The thesis is focused on Dialectical Behavior Therapy for people with Personality Disorder. The work is divided into two parts – theoretical and empirical. The theoretical part summarizes the knowledge of the Personality Disorders. In addition to that, the Dialectical Behavior Therapy is introduced in this part. In the empirical part, the effectivity of therapy in DBT Centre is investigated. The research is conducted with a questionnaire. The conclusions are based on subjective views of the respondents.

Key words: Personality Disorder, Dialectical Behavior Therapy, Emotionally Unstable Personality Disorder

Obsah

ÚVOD

1 Teoretická část……. 9

1. 1 Psychologie osobnosti……... 9

1.1.1 Pojem osobnost……. 9

1.1.2 Psychické vlastnosti: temperament a charakter……. 12

1. 2 Problematika poruch osobnosti…….. 13

1.2.1 Poruchy osobnosti……. 14

1.2.2 Epidemiologie, Etiopatogeneze…… 15

1.2.3 Diagnostika……... 17

1.2.4 Léčba poruch osobnosti……. 19

1. 3 Specifické poruchy osobnosti…… 20

1. 3. 1 Emočně nestabilní porucha osobnosti ……. 23

1. 4 Dialekticko-behaviorální terapie……... 25

1. 4. 1 Základní pojmy DBT…… 26

1. 4. 2 Moduly dovedností……... 28

1. 4. 3 Model léčby DBT……. 32

1. 5 DBT Centrum…… 34

1. 5. 1 Obecná charakteristika služby…….. 34

1. 5. 2 Program služby……. 36

2 Empirická část……. 39

2. 1 Cíl práce…… 39

2. 2 Popis výzkumného vzorku…… 39

2. 3 Popis metody……. 41

2. 4 Výsledky…… 41

2. 5 Závěr výzkumného šetření.....…….. 49

ZÁVĚR....……..... 51

Seznam bibliografických citací……. 52

Přílohy…….....

Úvod

Hlavním tématem bakalářské práce je dialekticko-behaviorální terapie (DBT) u lidí s poruchou osobnosti.

Dané téma bylo zvoleno na základě velkého zájmu autorky o tento terapeutický přístup. Sama autorka prošla výcvikem dialekticko-behaviorální terapie ve Velké Británii. Dlouhodobě odborně pracuje s lidmi s poruchou osobnosti. Byla na počátku realizace nového projektu DBT Centra (Služby následné péče). Zatím je to stále jediná služba v České republice, která nabízí kompletní ambulantní péči na základě dialekticko-behaviorální terapie lidem s poruchou osobnosti.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. Cílem teoretické části je podat přehled poznatků z problematiky poruch osobnosti a dialekticko-behaviorální terapie.

V první kapitole je popsáno základní vymezení pojmu osobnost, dále je práce zaměřena na problematiku poruch osobnosti, jejich diagnostiku, etiologii a léčbu. Předkládá charakteristiku jednotlivých specifických poruch s bližším zaměřením na emočně nestabilní poruchu osobnosti. Podává základní přehled o dialekticko-behaviorální terapii, jejich základních pojmech, jednotlivých modulech léčby a struktuře léčby jako takové. Závěrem seznamuje čtenáře se službou DBT Centra, s její historií, jednotlivými programy a komponenty těchto programů.

V empirické části je cílem zaznamenat subjektivní hodnocení přínosu DBT programu z pohledu jeho absolventů. Dále se pokusíme zachytit, zda srozumitelnost předávání teorie ovlivňuje následně používání jednotlivých dovedností. Ve výzkumném šetření je použit kvantitativní výzkum. Zvolenou metodou je dotazníkové šetření. Respondenti jsou uživatelé služby DBT Centr

1 TEORETICKÁ ČÁST

1. 1 Psychologie osobnosti

Abychom lépe porozuměli problematice poruch osobnosti, krátce se seznámíme se základními pojmy z okruhu psychologie osobnosti. Na začátku vymezíme, co je vlastně považováno za normu (osobnost), následně co je považováno za abnormální (poruchu osobnosti). Závěrem se budeme věnovat osobnostním složkám temperamentu a charakteru, o kterých se často v odborných publikacích mluví v kontextu příčin poruch osobnosti.

1. 1. 1 Pojem osobnost

Osobnost je jeden ze základních předmětů zkoumání v psychosociálních vědách. V každé publikaci zabývající se lidskou psychikou nejdeme různorodé definice pojmu osobnost.

Osobnost bývá připodobňována k živé soustavě, která je zdrojem činnosti a neustále je v interakci se svým okolím. Během času člověk prochází změnami, stejně jako jeho osobnost. Jeden ze základních úkolů psychologie osobnosti je „popsat a vysvětlit výskyt a průběh jejích činností a stavů jako jednu ze základních stránek života lidské bytosti“ (BALCAR, 1983, s. 14).

Z toho vyplývají hlavní témata psychologie osobnosti: utváření a vývoj osobnosti, temperament (biologická báze osobnosti), motivy, rysy a kognice (BLATNÝ, 2010, s. 13).

Vymezení pojmu, který je sám o sobě dost obsáhlý, je velmi náročné. Definice tohoto pojmu není u konce a každý odborník zabývající se touto problematikou se snaží o co nejvýstižnější definici. Definic vzniklo už nad stovku. Každá definice je ovlivněna zaměřením autora, jeho teoretickým základem (BALCAR, 1983, s. 16–18).

Ucelená, odborná teorie osobnosti by měla být srozumitelná, vystavěna na logickém rámci s vnitřní jednotou. Měla by přinést nový pohled na problematiku osobnosti (DRAPELA, 1997, s. 15).

Pro prvotní seznámení s teoriemi osobnostmi doporučujeme přehlednou publikaci DRAPELY (1997, s. 13–145), kde teorie osobnosti jsou představeny v kontextu jednotlivých psychologických/psychoterapeutických směrů. Autor seznámí čtenáře s představiteli teorie, následně samotným konceptem teorie osobnosti (vysvětlení základních pojmů).

Pro zájemce o problematiku vymezení pojmu doporučujeme disertační práci R. ERNESTA (2007, s. 13), který se v ní zabýval podrobnou analýzou definic osobnosti a popsal základní znaky přístupů k osobnosti.

Pro potřeby této práce se seznámíme s vymezením pojmu osobnosti od českých autorů. NAKONEČNÝ (1995, s. 9) osobnost popisuje jako „celek dispozic, které spolu se situací determinují obsah a průběh psychických procesů, které jsou tak chápány jako reakce individua na určitou situaci."

BALCAR (1983, s. 13) osobnost popisuje jako „vnitřní jednotu a strukturovanost obsahu duševního života lidského jedince, a to v daném okamžiku i v průběhu času" Další znak, který tvoří osobnost je individuální svéráz tj. psychologická jinakost člověka od ostatních příslušníků jeho rodu.

Osobnost tvoří celek, který má vnitřní jednotu a strukturovanost. Je tvořen determinanty a psychickými projevy, které se projevují, ovlivňují a mění v dané chvíli i z dlouhodobého hlediska.

Na základě snahy osobnost popsat komplexně a vytvořit nějaký systém osobností vznikl **pětifaktorový model osobnosti** (tzv. Big Five). Vyvinul se postupně a podílelo se na něm několik autorů, kteří ho rozvíjely. Autoři McCRAE a JOHN mu dali pěti faktorovou podobu (BLATNÝ, 2010, s. 45).

V dnešní době je považován za nejrozšířenější, který se řadí mezi strukturální modely. Jeho základ tkví v popisu osobnosti pomocí analýzy lexikálních prostředků (BLATNÝ a PLHÁKOVÁ, 2003, s. 38–39). V diagnostice poruch osobnosti se odkazují např. na popis osobnosti neurotismu.

Charakteristika pětifaktorového modelu:

1. extraverze (zjišťuje množství mezilidských interakcí, úroveň aktivace a stimulace);

2. přívětivost (zjišťuje kvalitu vztahové orientace na kontinuu, od soucítění po nepřátelskost v činech, pocitech i myšlenkách);

3. svědomitost (zabývá se mírou vytrvalosti a motivací na cíl zaměřeného chování);

4. neurotismus = emocionální nestabilita (rozděluje jedince na odolné vůči dlouhodobému psychickému vyčerpání a jedince se sklonem k psychickému vyčerpání);

5. otevřenost vůči zkušenosti (sleduje toleranci k neznámému a zjišťuje aktivní vyhledávání nových podnětů, zkušeností).

Pro přiblížení pěti dimenzí uvádíme v následující tabulce (viz obrázek č. 1 Big Five) seznam vlastností, které se pojí k jednotlivým faktorům modelů.

V našem prostředí se tomuto modelu věnovala Olga Kolaříková. Zatím u nás ale pětifaktorový model nebyl formou monografie publikován. (HŘEBÍČKOVÁ, 2011, s. 9–12). Pochází z jiného kulturně-socio-ekonomického prostředí a musí se adaptovat na domácí poměry (SVOBODA, 1999, s. 298).

	otevřenost vůči zkušenosti	**svědomitost**	**Extraverze**	**přívětivost**	**neuroticismus/ emocionální stabilita**
↑ vysoké hodnoty	originální zvědaví tvořivost všestranné zájmy pokroková inteligentní	pracovití disciplinovaní přesní nároční na sebe vytrvalí puntičkářství pořádkumilovní	optimističtí orientování na lidi povídaví aktivní zábavní	pomáhající důvěryhodní dobrosrdeční upřímní laskaví	labilní nejistí napjatí neklidní nervózní hypochondričtí
nízké hodnoty ↓	přízemní konzervativní konvenční přízemní neumělečtí neinteligentní	líní nespolehliví nedbalí bezcílní bez vůle lhostejní požitkářští	vážní uzavření mlčenliví tiší orientovaní na úkoly	nespolupracující podezíraví cyničtí suroví pomstychtiví bezcitní	spokojení vyrovnaní klidní relaxovaní uvolnění sebejistí

Obr. č. 1. Big Five (SVOBODA, 1999, s. 297).

Naše práce se zaměřuje na lidi s poruchou osobnosti (viz kapitola níže), proto nám přijde přínosné zmínit u vymezení pojmu osobnost teorii „Ega“, kterou uvádí BELLAKA (1989) „Ego testuje a pociťuje realitu světa a sebe (rozlišuje mezi vnitřními a vnějšími podněty, mezi sebou a ostatními), posuzuje přiměřenost a důsledky zamýšleného chování, ovládá se (má sebekontrolu, frustrační toleranci a je schopné odložit uspokojení), vztahuje se stabilně (udrží dlouhodobý vztah i za nepřítomnosti druhého nebo ve chvílích nenávisti vůči němu). Realisticky a logicky myslí, udržuje autonomii, dokáže integrovat nejednoznačnost a

protichůdnost, podává výkon odpovídající možnostem a ve jménu tvořivosti a celistvosti je schopné se své kontroly včas vzdát“ (cit. dle BAŠTECKÉ, 2015, s. 454). Autor komplexně vyjmenovává funkční schopnosti osobnosti, které právě u poruch osobnosti postrádáme.

V této práci budeme vycházet z pojetí osobnosti dle LINEHANOVÉ (1993), kdy osobnost je definována bio-sociálním modelem (tomuto pojmu se více věnujeme viz kapitola 1. 4. 1). Osobnost tvoří biologická a sociální složka. Vzájemnou interakcí se ovlivňují. Sociální složku tvoří od počátku vývoje dítěte (osobnosti) jeho nejbližší, rodina. V ideálním případě mu potvrzují jeho potřeby. Berou ho vážně, což se prokazuje tím, že se ho ptají na jeho názor a myšlenky. Jeho emoce jsou pro ně důležitý komunikační prostředek. Předávají dítěti schopnost rozlišovat jeho emoce od druhých.

1. 1. 2 Psychické vlastnosti: temperament a charakter

Závěrem se zmíníme o psychických vlastnostech temperamentu a charakteru, na které se často odkazuje v publikacích pojednávajících o poruchách osobnosti. Pomocí psychických vlastností se snažíme popsat individuální psychologickou charakteristiku jedince. Tedy jde o snahu popsat individuální rozdíly v psychice člověka. Mezi psychické vlastnosti se řadí temperament, charakter, postoje, motivace, schopnosti a volní vlastnosti (NAKONEČNÝ, 1995, s. 61).

Temperament

Temperament se označuje jako **biologický aspekt osobnosti**. Je tvořen pudovou a emoční složkou (BOUČEK, 2006, s. 177).

V moderní historii výzkumu temperamentu jsou obecně platné dva přístupy. První přístup se označuje jako biologický (kauzální). Temperamentové vlastnosti jsou popisovány na základě biologických faktorů. Zkoumá se specifická souvislost mezi temperamentovými vlastnostmi a biologickými mechanismy. Zařazuje se sem teorie Kretschmera, Pavlova, Eysencka. Druhý přístup psychologický (deskriptivní) studuje „primárně temperament na psychologické úrovni a jednotlivé dimenze odvozuje na základě analýzy empirických dat“ (BLATNÝ a PLHÁKOVÁ, 2003, s. 40).

Na základě rozvoje přírodních věd jsou více dostupná data k analýze fyziologických a biochemických procesů. Ke sledování fyziologických procesů se využívají zobrazovací techniky jako funkční magnetická rezonance (FMRI), pozitronová emisní tomografie (PET) a magnetická rezonanční spektroskopie (MRS) (BLATNÝ a PLHÁKOVÁ, 2003, s. 40).

Charakter

Charakter (tj. povaha) tvoří vlastnosti **získané během vývoje a formované sociálním prostředím** (BOUČEK, 2006, s. 177).

Vznik, rozvoj a fixace charakteru je **závislá na temperamentu** (neurobiologických faktorech) a na **sociálním prostředím**, ve kterém je člověk ukotven. Zejména v prvních čtyřech letech života se utváří osobnost člověka. Sociální prostředí tvoří na prvním místě bezpečná vazba mezi dítětem a matkou (či jinou nejbližší osobou pečující o dítě) a funkční rodinné prostředí, ve kterém je vzájemná důvěra.

Jak uvádí PRAŠKO(2015, s. 24–26) v **psychoanalytické teorii** je charakter definován jako **obranné mechanismy**, které člověk získává v interakci s nejbližším okolím v raném období dětského vývoje.

Nejčastěji vyskytující mechanismy jsou:

- **regrese** (bývá dočasná, ego má tendenci se vracet do nižšího stádia vývoje);
- **fixace** (poměrně dlouhodobá, lpění na určitém stádiu vývoje);
- **sublimace** (převedení pozornosti na objekt/situaci, která už není natolik ohrožující);
- **vytěsnění** (iracionální útěk od ohrožujících myšlenek, situací) (DRAPELA, 1997, s. 26–28).

Osobnost vytváří temperament tj. biologický aspekt osobnosti, který v sobě obsahuje pudovou i emoční složku a zároveň charakter, který je tvořen vlastnostmi. Ty jsou získané během vývoje a ovlivněny sociálním prostředím. Toto pojetí osobnosti podporuje pojetí osobnosti jako bio-sociálního modelu od M. Linehanové (viz výše).

1. 2 Problematika poruch osobností

Tato kapitola blíže pojednává o pojmu porucha osobnosti. Definujeme, co tento pojem znamená a jak k němu můžeme přistupovat. Po vymezení termínu se zabýváme rozsahem této poruchy v populaci. Pro pochopení poruch osobnosti je nutné znát příčiny jejího vzniku, což není možné přesně stanovit. Jak popisujeme na řádcích níže, odborníci zatím nevytvořili obecně platný koncept, který by vysvětloval jejich vznik. Z toho důvodu popisujeme tři nejčastější přístupy, tj. biologický, psychodynamický a kognitivně-behaviorální.

Po tomto vymezení se zaměřujeme na možnosti diagnostiky a léčby. Vzhledem k tomu, že diagnostika je obtížná, pouze stručně nastiňujeme její možnosti. Obdobně je tomu u léčby, kterou dělíme na psychoterapeutickou a farmakologickou.

1. 2. 1 Poruchy osobnosti

MKN-10 uvádí všeobecná diagnostická vodítka, která odpovídají všem poruchám osobnosti. U lidí s poruchou osobnosti jsou jejich postoje a chování výrazně disharmonické. Tato disharmonie se odráží v několika oblastech funkcí např. způsobu vnímání, myšlení, afektivity, vzrušivosti, kontroly impulsů a styl vztahů k ostatním lidem. Vzniklý abnormální vzorec chování není omezen na nějaké epizody, ale je trvalý a dlouhodobý. Tímto abnormálním vzorcem chování je ovlivněna celá osobnost. Tyto uvedené projevy obvykle vznikají během dětství nebo dospívání a přetrvávají do dospělosti. Až v pozdějším průběhu nemoci se ukazuje, že všechny tyto faktory vedou ke značné osobní nepohodě. Porucha může mít negativní vliv na výkon jak v zaměstnání, tak ve společenské oblasti.

Ve Spojených státech mají svůj Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch, páté vydání (DSM-5), které se používá v psychiatrii k diagnostice. Vývoj jednotlivých vymezení – pojmosloví specifických poruch osobnosti představuje PRAŠKO (2015, s. 17), kde srovnává vývoj pojmů poruch osobnosti od DSM-I(1952) až po DSM – IV(1994).

Mnoho českých autorů vychází z MKN-10 a jen ji interpretují, či rozšiřují dle jejich odborného zaměření například PRAŠKO (2015, s. 15) poruchy osobnosti definuje jako kombinaci temperamentových a charakterových rysů, které se „významně odchylují od rysů patrných u většiny lidí. K těmto rysům patří hluboce zakořeněný a přetrvávající vzorec chování projevující se jako stereotypní reakce na široký rozsah osobních a sociálních situací.“ srov. PROBSTOVÁ a PĚČ (2014, s. 119) nebo ĆEŠKOVÁ a KUČEROVÁ (2006, s. 255) či BOUČEK (2006, s. 177).

Poruchu osobnosti jako poruchu funkčních dovedností „já“ vymezuje BAŠTECKÁ (2015, s. 454). Narušeny jsou tedy dovednosti ega: testování a pociťování reality, schopnost posuzovaní přiměřenosti a důsledku, ovládání se, ochrana sama sebe, udržení autonomie, podávání výkonu, integrace nejednoznačnosti, viz. definice osobnosti s. 11 v této práci.

Výše popsané projevy poruchy osobnosti nejsou konstantní, během života neměnné. Některé projevy poruch osobnosti se stárnutím zvýrazňují, např. deprese, dekompenzace. Jiné projevy jako disociální projevy či agresivita se zmírňují (ĆEŠKOVÁ a KUČEROVÁ, 2006, s. 255).

Všichni autoři se shodují, že porucha osobnosti je komplexní záležitostí osobnosti jako takové. Zasahuje do fungování jedince jak ve vztahu k sobě samému, tak ve vztahu k druhým, ke společnosti. Projevuje se na poli temperamentu (biologickém základu), tak i na poli charakteru (získaných vlastností). Při definici odchylky je nutné si uvědomit od jaké normy, která je daná společností, se odchyluje.

1. 2. 2 Epidemiologie a etiopatogeneze

Epidemiologie

Většina autorů rozděluje epidemiologii v populaci, ve všeobecné ambulantní péči a ambulantní psychiatrické péči.

V běžné populaci uvádí ĆEŠKOVÁ a KUČEROVÁ (2006, s. 256) kolem 10 %, PRAŠKO uvádí několik výzkumů, např. SMOLÍK (1996), CLARKIN (1998), JACKSON A BURGESS (2000). Poukazuje na to, že je důležité si uvědomit způsob výběru a zařazování dat. Shoduje se s BOUČKEM (2006, s. 178), že v běžné populaci roste procento lidí s poruchou osobnosti.

Odhad je kolem 11–23 %. Hovoří se o třech faktorech ovlivňující nárůst. První je rozdílný způsob diagnostiky poruch osobnosti, druhý vliv „postmoderní“ a multikulturní společnosti (BOUČEK, 2006, s. 178). Třetí faktor je malý počet ucelených, dlouhodobých, odborných výzkumů, jak v jednotlivých státech, tak v mezinárodním měřítku (COHEN, 2002, s. 147).

Ve všeobecné ambulantní péči se uvádí 20–30 % ĆEŠKOVÁ a KUČEROVÁ (2006, s. 256). V ambulantní psychiatrické péči Koenigsberg a kol., 1985 (cit. dle PRAŠKA, 2015, s. 20) uvádí 30–50 % pacientů s poruchou osobnosti.

Poměr zastoupení mužů a žen se liší u jednotlivých specifických poruch (BOUČEK, 2006, s. 178) např. anankastická porucha je častější u mužů (uvádí se poměr 2:1), u hraniční poruchy osobnosti právě naopak poměr ženy vs. muži 2 : 1 (PROBSTOVÁ a PĚČ, 2014, s. 143, 160).

Etiopatogeneze

Porozumění příčinám vzniku poruchy osobnosti je stále ve vývoji. Není definitivně ukončeno zkoumání a jasný závěr, jak porucha osobnosti vzniká. S rozvojem neurologie jsou publikovány nové poznatky o fungování nervové soustavy v souvislosti s utvářením osobnosti. Stále obecně převládá názor, že příčiny vzniku vychází z kombinace vlivů jak dědičných, tak psychosociálních.

„Kombinace vlivu temperamentu (tj. genetických a dalších biologických faktorů) a charakteru (tj. vývojových a environmentálních faktorů)“ (ĆEŠKOVÁ a KUČEROVÁ, 2006, s. 256). Poměr zastoupení těchto dvou faktorů je u každé specifické poruchy osobnosti různý (PRAŠKO, 2015, s. 20). RABOCH a ZVOLSKÝ (2001, s. 330–334) upozorňují, že sekundární změny osobnosti mohou vznikat v důsledku dlouhodobého onemocnění, ať už tělesného či duševního.

Odborná veřejnost se začala více zaměřovat na příčiny vzniku jednotlivých specifických poruch osobnosti. Tento fakt považujeme za velmi přínosný, neboť posouvá přístup v terapii těchto osob, kdy již nejsou považovány za „nevyléčitelné“. Tyto příčiny vývoje poruch přehledně zpracovává např. PROBSTOVÁ a PĚČ (2014, s. 119–168).

Existují tři hlavní teoretické přístupy, které vysvětlují možný vznik příčin poruch osobnosti (BOUČEK, 2006, s. 178):

1. Biologický přístup je přes historii biologického výzkumu pořád na počátku. Vychází z genetických a neurologických výzkumů. Například bylo zjištěno, že se dědičnost osobnostních rysů pohybuje okolo 50 %. Nové poznatky o neurotransmiterech otvírají možnost ovlivnit osobnost na organické úrovni. Pro získání představy, jak takové výzkumy probíhají, zmíníme jeden pilotní projekt „rTMS (repetitivně transkraniální magnetické stimulace)u pacientů s hraniční poruchou osobnosti“ prezentovaný na 60. česko-slovenské psychofarmakologická konferenci v Jeseníku v ČR. Projekt vychází z poznatku, že hraniční porucha osobnosti má potíže se sebekontrolou. Narušená emoční regulace se projevuje impulsivitou. „Na neurální úrovni je principem emoční kontroly regulace aktivity amygdaly při zpracování emočně intenzivních podnětů pomocí prefrontálního kortexu. Pacienti s hraniční poruchou osobnosti mají vyšší reaktivitu amygdaly a nižší aktivitu v prefrontálním kortexupři zpracování emočních podnětů. Tento specifický deficit posléze vede k potížím s kontrolou chování v situacích emoční dysregulace, tedy k tzv. emoční impulzivitě.“ Možnost, jak ovlivnit impulzivitu u pacientů s hraniční poruchou osobnosti může být posílení aktivity prefrontálního

kortexu. Využili k tomu vysokofrekvenční stimulaci pravého dorzolaterálního prefrontálního kortexu. Zatím prezentovali první výsledky u 6 pacientů, kteří léčbu snášeli dobře. Sami pacienti reflektovali po druhém týdnu léčby změny, které vedou ke zvýšení emoční regulace, zlepšení nálady a pozornosti a snížení emoční impulzivity PRAŠKO (2018).

2. Psychodynamický přístup založený na vývojových potřebách člověka, především v dětství. Každý autor rozděluje vývoj osobnosti na určitá období s klíčovým úkolem. V každém tomto období člověk potřebuje podporu od svého blízkého okolí a rodičů, aby se úspěšně vystavil adaptační úzkosti pomocí zralých obranných mechanismů a zvládl vývojový úkol. Symptomy poruchy osobnosti vznikají právě tehdy, pokud jedinec nedostává dostatečnou péči, podporu od blízkých a dochází k zafixování neadekvátních obranných mechanismů.

3. **Kognitivně-behaviorální (KB) přístup** neexistuje ucelený koncept KB terapie. např. BECK(1998) mluví o dysfunkčních kognitivních schématech. Toto dysfunkční schéma se vytvoří v dětství jako trvalý, negativní pohled na sebe, na druhé a svět, mnohdy zapříčiněn chronickou traumatizující zkušeností. Přes toto schéma pak jedinec zpracovává informace ze světa a to v konečném důsledku ovlivňuje jeho rejstřík nadměrně rozvinutých a nedostatečně rozvinutých strategií chování (cit. dle PRAŠKA, 2015, s. 67–68). M. LINEHAN (1993. s. 42) má bio-sociální model poruchy osobnosti. Dle tohoto modelu porucha osobnosti vzniká díky primární dysfunkci emočního regulačního sytému v důsledku biologické nerovnováhy v mozku a je ovlivněna s určitým dysfunkčním prostředím v době dětství.

1. 2. 3 Diagnostika

Na úvod slova ženy, které diagnostikovali poruchu osobnosti. „Když jsem se to dozvěděla, strašně se mi ulevilo. Konečně jsem věděla, co se mnou je, a mohla jsem se s tím učit žít, což dělám stále“ (ZIEDLEGOVÁ, 2018, s. 14). Určení diagnózy nemusí u všech vyvolat tuto reakci, jak zmiňujeme úvodem. Někoho to naopak vyděsí, cítí se devalvovaný, bezmocný apod..

Při individuální či skupinové spolupráci s rodinnými příslušníky, nebo s blízkými lidí s poruchou osobnosti jsme často slyšeli, jak se jim ulevilo, když zjistili, co konkrétně jejich blízký má. Úleva a částečný konec strachu z neznámého. Najednou se mohli o nemoci více dočíst, zjišťovat možnosti léčby.

Na začátku naší praxe tj. 12 let zpátky, jsme měli pocit, že jakmile je člověk trochu víc emotivní, neukotvený v životě, nezaměstnaný a prožívá krizi, získává diagnózu poruchy osobnosti. Proto

nás zaujala myšlenka k danému tématu od BAŠTECKÉ a MACHA (2015, s. 456) že při diagnostice poruchy osobnosti je dobré si uvědomovat, zda a jaký má diagnóza poruchy osobnosti význam – ať pro jejího nositele nebo pro společnost.

Prvotní příznaky poruchy osobnosti můžeme vysledovat už v období dětství. Samotná diagnostika probíhá až v dospělosti (RABOCH a ZVOLSKÝ, 2001, s. 330–334). Nedoporučuje se diagnostikovat před 16.–17. rokem, protože vývoj osobnosti dospívajícího není ukončený. I když může vykazovat úplné charakteristiky poruchy osobnosti, nelze odhadnout, zda se u něj specifická porucha v plné míře rozvine (KOUTEK a KOCOURKOVÁ, 2018, s. 13).

U diagnostiky poruch osobnosti si musíme uvědomit i sociální rozměr. Člověk může být s touto diagnózou vystaven stigmatizaci. Ve společnosti existuje negativní nálepkování – zvláště u pojmů „narcistická“, „hraniční“ a „sociální“ (PROBOSTOVÁ a PĚČ, 2014, s. 120).

Samotná diagnostika je jedna z nenáročnějších. PRAŠKO (2015, s. 94) upozorňuje na to, že neexistuje žádný algoritmus, který by platil po celém světě. Z toho důvodu musíme při diagnostice poruch osobnosti postupovat komplexně a využít k tomu dostupné nástroje. Tj. **MKN 10**, **dotazníky** (Minnesota Multiphasic Personality Inventory – MMPI II, Catellův 16faktorový dotazník 16 PF, Cloningerův dotazník TPQ atd.) s důkladnou **anamnézou** se zaměřením na rodinu, separační témata, vztahová problematika, schopnost stabilních výkonů apod. (BOUČEK, 2006, s. 179).

PRAŠKO (2015, s. 94) přidává mezi dostupné nástroje **strukturovaný rozhovor** s pacientem (např. Lorangerovo IPDE). Častá chyba, která se děje v ambulantní praxi, při diagnostice je, že se zkoumá aktuální stav oproti dlouhodobému vývoji, mnohdy chybí informace od blízkých.

BAŠTECKÁ a MACH (2015, s. 455) zmiňují ještě možnost využít „smíšený model poruch osobnosti navržený v DSM-5 ve zvláštní Části III: posuzuje jednak míru, do níž je narušena běžná funkční schopnost osobnosti (v dimenzích identita–sebeřízení–empatie–intimita), jednak profil osobnostních rysů odvozených z faktorů „Velké pětky“ jako jejich protipól (negativní emocionalita, stažení se, bezohlednost, slabá sebekontrola, psychoticismus)“ Dle PRAŠKA (2015, s. 92) DSM IV. i MKN 10 nekategorizují poruchy osobnosti optimálně.

1. 2. 4 Léčba poruch osobnosti

Léčba nefarmakologická – speciální psychoterapeutické přístupy

RABOCH a ZVOLSKÝ (2001, s. 330–334) popisují různé přístupy dlouhodobé psychoterapie a jejich nástroje. Uvádějí, že **dynamicky orientovaná terapie** se snaží odhalit nevědomé konflikty. Následně na ně získat náhled a tím tyto konflikty lépe zvládat. Při **kognitivně behaviorální terapii** probíhají kognitivní a behaviorální analýzy, edukace, korekce postojů, nácviky situací, které sám člověk nezvládá atd.. **Interpersonální terapie** se zaměřuje na vztahy. Cílem je rozpoznávat postoje a jednání, které vyvolávají negativní reakce okolí.

Domníváme se, že podobně jako je komplexní osobnost, tak by měla být komplexní terapie. Nejdříve považujeme za důležité naučit se zvládat své chování v krizi (např. u lidí s hraniční poruchou osobnosti – sebepoškozování). Následně pracovat na dynamických prvcích situací, které tuto událost vyvolávají. Protože ne zřídkakdy, právě když zpracováváte krizi, se samotná krize vyvolá. Tento přístup vystihuje heslo z dialekticko-behaviorální terapie „krok za krokem“. Nejdříve člověka seznámit s dovednostmi, kterými může svoji krizi lépe zvládat. Následně se věnovat příčinám krize (dynamický přístup) a následkům jeho chování ve vztazích (interpersonální přístup).

Pro zájemce o kognitivně behaviorální terapii u poruch osobnosti doporučujeme publikaci PRAŠKA (2015, s. 110–156), kde autor velmi podrobně seznamuje s touto terapií u poruch osobnosti. Dále ještě z nezmíněných terapií přidává **skupinovou a podpůrnou**.

ĆEŠKOVÁ a KUČEROVÁ (2006, s. 266–267) krátce seznamují čtenáře se specializovanou terapií pro lidi s hraniční poruchou osobnosti **Dialekticko-behaviorální psychoterapii (DBT)** od M. Linehan. Stručně popisují 8 různých technik DBT terapie. První vlaštovka o DBT terapii v českých odborných publikacích zabývajících se touto problematikou. My se budeme DBT věnovat v jedné celé kapitole této práce.

Farmakoterapie

RABOCH a ZVOLSKÝ (2001), ĆEŠKOVÁ a KUČEROVÁ (2006) se shodují na tom, že farmakoterapie u lidí s poruchou osobnosti léčí sekundární projevy nemoci. ĆEŠKOVÁ a KUČEROVÁ (2006, s. 265), člení na podskupiny problémů: malými dávkami antipsychotik se léčí dysfunkce vnímání a kognice, pro afektivní poruchy a stabilizace nálady se užívá lithium a antidepresiva, na úzkosti se používá analogická medikace a na agresivitu malé dávky lithia,

případně malé dávky antipsychotik. Za efektivní vnímá farmakologickou léčbu RABOCH a ZVOLSKÝ (2001, s. 330–334) u depresivních a úzkostných projevů lidí s poruchou osobnosti.

1. 3 Specifické poruchy osobnosti

V této kapitole vymezujeme specifické poruchy osobnosti dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), neboť tato klasifikace nemocí je v našem prostředí využívaná v největší míře. Pro úplnost a srovnání uvádíme pojmosloví specifických poruch osobnosti v DSM-V. Následně se krátce seznámíme s jednotlivými charakteristikami specifických poruch osobnosti.

V kontextu práce se více soustřeďujeme na emočně nestabilní poruchu. Jednak M. Linehan vyvinula dialekticko-behaviorální terapii na míru této diagnóze a v návaznosti na to je to diagnóza, která je, dle evidence služby DBT Centra, nejčastěji zastoupena u uživatelů.

U nás je nejrozšířenější pojmosloví z MKN-10 (2008, s. 226–228), která třídí poruchy osobnosti do podskupin, na základě vlastností, které popisují jejich nejnápadnější či nejčastější projevy chování. Tento popisný způsob tvoří typy a subtypy, které se někdy svými charakteristikami překrývají.

U DSM-V se od revize DSM-III z roku 1980 se používá víceosový systém. Poruchy osobnosti se nachází na ose II a jsou rozděleny do tří skupin. Pro každou specifickou poruchu jsou sepsány symptomy. Je stanoven limit, kolik těchto projevů musí člověk splňovat, aby mu byla diagnostikovaná specifická porucha osobnosti. Pro porovnání pojmosloví s terminologii DSM-V (2013, s. 645) nám poslouží obrázek č. 2. Srovnání terminologie MKN-10 a DSM-V.

Terminologie se u některých specifických poruch nemění např. schizoidní, závislá p. o., u jiných zcela MKN-10 Anankastická p. o. u DSM-V Obsedantně – kompulzivní p. o.; Hraniční p. o. dle DSM-V v MKN-10 je Emočně nestabilní p.o. a dělí se na typy impulzivní a hraniční.

MKN-10	DSM-V
F 60. 0 Paranoidní porucha osobnosti;	Paranoidní porucha osobnosti
F 60. 1 Schizoidní porucha osobnosti;	Schizoidní porucha osobnosti
F 60. 2 Disociální porucha osobnosti;	Asociální porucha osobnosti
F 60. 3 Emočně nestabilní porucha osobnosti;	Hraniční porucha osobnosti
F 60. 30 Impulzivní typ	
F 60. 31 Hraniční typ	
F 60. 4 Histrionská porucha osobnosti;	Histrionská porucha osobnosti
F 60. 5 Anankastická porucha osobnosti;	Obsedantně – kompulzivní porucha osobnosti
F 60. 6 Anxiózní (vyhýbavá) osobnost;	Vyhýbavá porucha osobnosti
F 60. 7 Závislá porucha osobnosti;	Závislá porucha osobnosti
F 60. 8 Jiné specifické poruchy osobnosti.	Dále jsou tam: Depresivní porucha osobnosti Schizotypní porucha osobnosti

Obr. č. 2 Srovnání terminologie MKN-10 a DSM-V.

F 60. 0 Paranoidní porucha osobnosti

MKN-10 (2008, s. 227) popisuje osobnost jako velmi vnímavou na odmítnutí. Má tendence prosazovat osobní práva bez kontextu situace. Sklony k trvalé zášti tj. neschopnosti odpustit urážky, bezpráví. Přátelské nebo neutrální interakce druhých má tendence zkreslovat a chybně interpretovat jako nepřátelské, pohrdavé. Když má intimní, sexuální vztah, často se objevují z její strany nařknutí partnera(-ky) z nevěry. Je k němu stále podezřívavá. Je přesvědčená, že ona je ta důležitá na světě, všechno se děje kolem ní. Události kolem sebe a ve světě vysvětluje nepodloženými „konspiračními“ teoriemi.

F. 60. 1 Schizoidní porucha osobnosti

Dle MKN-10 (2008, s. 227) je pro tento typ poruchy osobnosti nesnadné, najít činnost, která by ji bavila. Má redukovanou afektivitu. Její emoční stránka je charakteristická emočním chladem. Je pro ni nesnadné sdílet s blízkými pozitivní i negativní pocity. Nedotýká se jí chvála, ale ani kritika. Dává přednost činnostem, kde může být sama. Ráda se zabývá sama sebou a fantazií. Nemá moc blízkých vztahů, zároveň chybí potřeba takové vztahy mít.

F 60. 2 Disociální porucha osobnosti

MKN-10 (2008, s. 228) popisuje osobnost, která nemá absolutně zájem o city druhých. Vůči společenským závazkům, normám a pravidlům je bezohledná. I když umí vytvářet vztahy, neumí si je dlouhodobě udržet. Frustrační toleranci má velmi nízkou, taktéž nízký práh pro uvolnění agrese, včetně násilí. Neprožívá vinu. Nedokáže se ponaučit ze zkušenosti, zvláště z trestu. Velmi často svádí vinu na ostatní. Jako další rys může být nadměrně zvýšená citlivost, dráždivost.

F 60. 3 Emočně nestabilní porucha osobnosti je charakterizována v následující podkapitole viz níže.

F 60. 4 Histrionská porucha osobnosti

Dle MKN-10 (2008, s. 228) se projevuje teatrálností, přehnanými projevy emocí, sebedramatizací. Má vysokou míru ovlivnitelnosti cizími názory, postoji, vztahy. Dále také nestálou emocionalitou. Její city jsou velmi lehce zraněny. Neustálé vyhledává situace, kdy je středem pozornosti. Nebo je druhými oceňovaná ona sama, či její činnost. Hodně o sebe dbá, aby byla fyzicky přitažlivá. Může se u ní objevovat egocentrismus. K dosažení vlastních potřeb využívá záměrnou manipulaci.

F 60. 5 Anankastická porucha osobnosti

Dle MKN-10 (2008, s. 229) často prožívá nadměrné pochyby. Má ráda pořádek, plány, detaily, pravidla. Chce věci dělat dokonale, někdy na úkor toho, že všechno nestihne (sklony k perfekcionismu). Na úkor interpersonálních vztahů a radostí se zabývá produktivností. Přistupuje k věcem svědomitě až puntičkářsky. Těžce se přizpůsobuje a trvá si na svém. Prosazuje si svůj způsob práce, nebo dává neadekvátně situaci najevo odpor ke způsobu práce druhého.

F 60. 6 Anxiózní (vyhýbavá) porucha osobnosti

Dle MKN-10 (2008, s. 229) neustále pociťuje napětí a obavy. Vnímá se jako sociálně nešikovný bez osobní přitažlivosti nebo méněcenným vzhledem k druhým. Neustále přemítá, že bude kritizována nebo odmítnuta v interpersonálních vztazích. Pokud nemá jistotu, že bude oblíbená ve skupině lidí, nemá chuť se s nimi stýkat. Prožívaný strach z kritiky, odmítnutí či nesouhlasem

vede k vyhýbání se pracovním a sociálním činnostem, které přináší s sebou významné mezilidské styky.

F 60. 7 Závislá porucha osobnosti

Dle MKN-10 (2008, s. 229) odpovědnost za důležitá životní rozhodnutí ráda přenechává na ostatních. Ve vztahu k lidem, na kterých je často závislá, vyhovuje jejich přáním. Podřizuje vlastní potřeby dle jejich potřeb. Nechce na ně vznášet požadavky, i když jsou adekvátní situaci. Vyhýbá se situacím, kdy je sama, protože má přehnané obavy, že je neschopná se sama o sebe postarat. K tomu, aby se rozhodla sama ve všedních záležitostech dne, potřebuje nadměrné ujišťování a rady od druhých. Může se vnímat jako nekompetentní, bezmocná.

F 60. 8 Jiné specifické poruchy osobnosti

Řadí se sem ty poruchy osobnosti, které neodpovídají ani jedné z výše popsaných specifických poruch F 60.0 – F 60.7 a ještě se sem řadí **F 60. 9. Porucha osobnosti NS** MKN-10 (2008, s. 229).

Jednak dle MKN-10 (jak zmiňujeme v předchozím textu) i z jednotlivých charakteristik specifických poruch osobnosti (výše), mají **všechny poruchy osobnosti obtíže v oblastech vnímání, v interpersonálních vztazích, emocí**. I díky tomuto faktoru se ukazuje efektivnost programu DBT terapie i u jiných specifických poruch, než je jen hraniční porucha osobnosti, pro kterou byla vyvinuta. DBT moduly všímavost, efektivnost mezilidských vztahů, stresová tolerance a regulace emocí pracuje právě s těmito zmíněnými oblastmi.

1. 3. 1 Emočně nestabilní porucha osobnosti

Jak jsme již v úvodu zmínili, nyní se více budeme věnovat tomuto typu, neb při spolupráci s lidmi s hraniční poruchou osobnosti vyvinula M. Linehanová dialekticko-behaviorální terapii a zároveň je to nejčetněji zastoupena diagnóza v sociální službě DBT Centru.

F 60. 3 Emočně nestabilní porucha osobnosti

Dle MKN-10 (2008, s. 228) je pro emočně nestabilní poruchu osobnosti typická emoční nestálost. Často se chová impulzivně, bez uvážení následků. Není schopna si moc plánovat věci dopředu. Objevují se výbuchy silné zlosti, které mohou eskalovat k násilí nebo „explozivnímu chování“. Nejčastěji toto chování je vyvolané kritikou jejího impulzivního chování od okolí.

Emočně nestabilní porucha se dělí na dva typy a oba se projevují impulzivitou a nedostatkem sebekontroly (seberegulace).

F60.30 Impulzivní typ

V popředí je opět emoční nestálost a nedostatečná kontrola impulzů. Tento typ při kritice od ostatních jedná agresivně, výbušně.

F60.31 Hraniční typ

I zde je emoční nestálost, ale k tomu navíc má člověk často nejasné nebo narušené představy o sobě samém, cílech a vnitřních preferencích (včetně sexuálních). Chronické pocity prázdnoty se střídají s prudkými změnami afektivity a sebehodnocení. Má komplikované, intenzivní, nestálé interpersonální vztahy, které bývají často příčinou emoční krize. Ze strachu ztráty vztahu a následné samoty mohou vést k sebepoškozujícím činům (např. řezání se ostrým předmětem do kůže) nebo k sebevražedným výhružkám. Sebepoškozující činy se mohou objevovat i bez zjevných příčin.

Sebevražedné stavy jsou u lidí s hraniční poruchou osobnosti častější, když jsou depresivní. Uvádí se, že až 40–85% se pokusí o sebevraždu. Pokusy se často opakují. Tento fenomén je nebezpečný v tom, že odborníci mohou mít sklon toto chování podceňovat, protože se vlastně děje pořád dokola (LÁTALOVÁ, 2015, s. 117–122).

KRIEGELOVÁ (2008, s. 35) pojem sebepoškozující chování ještě rozšiřuje o situace setrvávání v násilném vztahu a rizikové chování (např. nahodilý pohlavní styk s úplně neznámou osobou z ulice).

Problémy se seberegulací se odrážejí v oblastech sexuálního chování (časté střídání partnerů, nahodilé sexuální styky), hospodaření s penězi (držet si daný měsíc nějakou finanční rozvahu, nedostatek peněz řeší rychlými půjčkami), zneužívání drog, poruchy příjmu potravy, mezilidské vztahy (interpersonální hranice) střídání nálad (KRIEGELOVÁ, 2008, s. 35).

V dětské anamnéze se u této poruchy může objevit sexuální zneužívání, agresivní prostředí, týrání dítěte či hyperprotektivita. V rodině dítěte se mohou vyskytovat duševní poruchy z okruhu poruch nálad, závislostí a disociálních poruch (PRAŠKO, 2015, s. 246).

Dle DSM-V (2013, s. 695), ze které vychází ve své teorii i M. Linehan, je definován okruh problémů hraniční poruchy osobnosti takto: zoufalá snaha zabránit skutečnému nebo představovanému opuštění; vzor nestabilních a intenzivních mezilidských vztahů

charakterizovaných změnami mezi extrémy idealizace a devalvace; porucha totožnosti – zkreslená přetrvávající a výrazně narušená, nebo nestabilní pocit sebe nebo sebepoznání; impulzivita v nejméně dvou oblastech, ve kterých se mohou sebepoškodit (např. záchvaty, bezohledná jízda, zneužívání léků, drogy; opakující se sebevražedné hrozby, gesta nebo chování; afektivní nestabilita: výrazná reaktivita nálady, obvykle trvá několik hodin a jen zřídka více než několik dní; chronické pocity prázdnoty a nevhodný intenzivní vztek nebo nedostatek kontroly nad hněvem; přechodné stresově spojené disociované symptomy nebo paranoidní myšlenky.

Příčiny vzniku hraniční poruchy osobnosti podle M. LINEHAN (1993, s. 42) jsou na základě bio-sociální teorie (viz kapitola 1. 4. 1 v této práci). Hraniční porucha osobnosti je způsobena primární dysfunkcí emočního regulačního sytému v důsledku biologické nerovnováhy v mozku ve spojení s určitým dysfunkčním prostředím v době dětství. Zhoršuje se vzájemnou interakcí dysfunkce mozku a prostředí a prohlubuje se v čase.

Dysfunkční emoční regulace se projevuje emoční zranitelností, kterou LINEHAN (1993, s. 2–3) charakterizuje jako velmi vysokou citlivost na emocionální podněty, velmi intenzivní odezvu na emocionální podněty a pomalý návrat k emocionálnímu výchozímu stavu, jakmile došlo k emočnímu vzrušení.

Dysfunkční prostředí pro dítě je dle LINEHAN (1993, s. 244–246) takové, ve kterém se devalvují jeho potřeby, nepřiměřeně se odmítá nebo trestá. Zanedbává se přiměřené vnímání a emoční prožívání dítěte. V rodině, kde se emoce znehodnocují, vzniká problém v tom, že blízcí odpovídají na vyjádření toho, co dítě chce, na jeho myšlenky a emoce, nevhodně a nekonzistentně. Buď reagují s extrémními důsledky, nebo reakce úplně chybí.

1. 4 Dialekticko-behaviorální terapie

V této kapitole se stručně seznámíme se základními pojmy dialekticko-behaviorální terapie (DBT) jako je **dialektika, bio-sociální model, validizační strategie**, **strategie řešení problémů a cíle terapie**, které tvoří dialekticko-behaviorální terapii. Rozhodně nepopisuje všechny složky, které tvoří DBT terapii, snažili jsme se vybrat ty základní, na čem stojí a s čím DBT terapie pracuje.

Následně popisujeme čtyři moduly dovedností, které jsou součástí strategií řešení problémů. Spoluvytváří léčebný program DBT. U jednotlivých modů **zvědomování přítomnosti,**

efektivita mezilidských vztahů, stresová tolerance a regulace emocí, zmiňujeme jednotlivé dovednosti, které se pacient učí. Chceme, aby čtenář získal představu, čeho konkrétně se jaký modul týká. Je nad rámec této práce podrobně popsat jednotlivé dovednosti a jejich nácvik.

Na závěr této části práce přibližujeme **model léčby DBT** terapie, který je složen z přípravné fáze terapie, individuální sezení, edukační skupiny, telefonní kontakt a konzultační setkání týmu terapeutů.

1. 4. 1 Základní pojmy DBT

DBT terapie byla vyvinuta v osmdesátých letech minulého století pro ženy – hraniční poruchu osobnosti. Autorkou je Marsha Linehanová, pracovnice na Washingtonské univerzitě. Dnes je rozšířena na další diagnózy. Dlouhodobé studie potvrzují efektivitu DBT při léčbě poruch osobnosti (ŠLEPECKÝ, 2018, s. 13)

Dialektický pohled na svět

3 hlavní charakteristiky (vnímání reality a lidského chování)

Princip vzájemné souvislosti a celistvosti

Dialektika předpokládá systémový pohled, analýza částí není plnohodnotná, není-li část vztažena k celku, identita je tedy relační, hranice mezi částmi jsou dočasné a existují pouze ve vztahu k celku (je to celek, co determinuje hranice). Proto abychom dostatečně pochopili aktuální chování, musíme ho začlenit do širšího kontextu. Počítat s tím, že se jednotlivé vzorce chování vzájemně ovlivňují.

Princip polarity

Realita není statická, je tvořena protichůdnými silami, jak v celku, tak v jeho nejmenších částech. V dialektické perspektivě tedy v disfunkci existuje i funkčnost, ve zkreslení přesnost, v destrukci „stavba“. Validitu pacientova současného chování nehledáme v minulosti, ale v současném okamžiku. Pacient má v sobě vše, co je nezbytné pro změnu. Žalud je stromem.

Teze, antiteze, syntéza – princip kontinuální změny

Změna (nebo proces), nikoli struktura je základní přirozeností života. V DBT terapeut umožňuje změnu v pacientovi, tato změna zároveň plodí „transformaci“ terapie a terapeuta. Je zde tedy všudypřítomné napětí mezi procesem změna a výsledkem změny. V každém okamžiku je dočasná rovnováha mezi udržováním se beze změny a pokusem změnit se (bez ohledu na

omezení minulosti a současné situace). Transformace každé nové dočasné stability je často prožíváno jako bolestivá krize (viz obrázek č. 3 Rovnováha v DBT) (LINEHAN, 1993a, s. 31–33) .

Obr. č. 3 Rovnováha v DBT

Bio-sociální teorie

DBT je založeno na biosociální teorii fungování osobnosti. Hlavní premisou je, že HPO je primárně dysfunkcí emoční regulace, což pramení z biologických nesrovnalostí v kombinaci s jistými dysfunkcemi prostředí, stejně jako z jejich interakcí a „transakcí" v průběhu času.

Invalidační (nenvalidační) prostředí v průběhu dětství přispívá k rozvoji emoční deregulace (dysregulation); také selhává v učení dítěte pojmenovat a regulovat vzrušení, snášet emoční nouzi a kdy důvěřovat svým vlastním emocionálním reakcím jako *odrazům platné interpretace událostí*.

V dospělosti pak přijímají charakteristiky invalidizujícho (invalidating) prostředí. Tím pádem zneplatňují (invalidate) své emocionální prožitky, dívají se na ostatní pro přesné zrcadlení vnější reality a příliš zjednodušují lehkost řešení životních problémů. Toto přílišné zjednodušování vede nevyhnutelně k nerealistickým cílům, neschopnosti užívat odměn namísto trestů při malých krocích směrem k cíli, a „sebenenávist" (self-hate) následující selhávání dosažení těchto cílů. Reakce studem – typická odpověď na nekontrolovatelné a negativní emoce u lidí s hraniční poruchou osobnosti – je přirozený výsledek sociálního prostředí, které „zostuzuje" ty, kteří vyjádří emoční zranitelnost (LINEHAN, 1993a, s. 42).

Validizační strategie

Terapeut pacientovi potvrzuje potlačované emoce, jako legitimní. Terapeut reflektuje pacientovi, že pacientova odezva dává smysl v aktuálním kontextu života či situace pochopitelná. Terapeut aktivně přijímá pacienta. Bere jeho emoce vážně a nezlehčuje je ani

nekritizuje. Součástí validizační strategie je poskytnutí pacientovi příležitost pro emoční vyjádření (LINEHAN, 1993a, s. 222–223).

Strategie řešení problémů

Analýza chování je jedna z nejdůležitějších a zároveň nejtěžších strategií v DBT. Je to první krok k řešení problému. Léčba nového pacienta i řešení jakéhokoliv nového problému současného pacienta vyžaduje novou analýzu chování, která by měla navést na možné způsoby řešení. Cílem analýzy je zjištění problému. Porozumění jeho příčinám a tomu, co brání v řešení a zároveň, co můžeme využít a máme k dispozici pro vyřešení problému. Jaké dovednosti nemá ve svém repertoáru, které se bude učit. Analýza ukáže, zda se tak chová proto, že dovednosti nemá, nebo má, ale nevyužívá je a proč je nevyužívá (LINEHAN, 1993a, s. 254–255).

Cíle

DBT terapie má sestavený žebříček cílů, se kterým je seznámen každý pacient v tzv. přípravné fázi léčby viz níže. Pacient se zavazuje, že bude respektovat hierarchii cílů.

Hierarchie **primárních cílů** se zaměřuje nejdříve na chování, které má být sníženo:

sebevražedné chování;

chování, které zasahuje do terapie;

chování, které zasahuje do kvality života.

A zároveň na dovednosti, které se mají u pacienta zvyšovat z oblastí:

základní schopnosti vnímavosti;

emoční regulace;

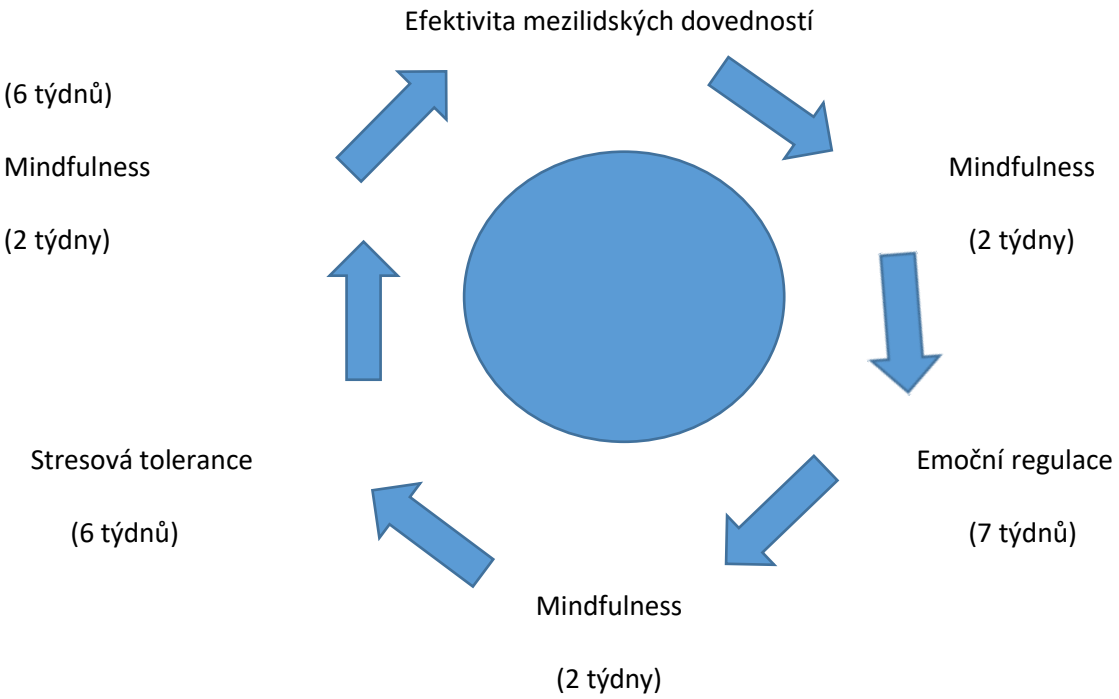
efektivní mezilidské vztahy;

stresová tolerance.

Sekundární cíl je snížení posttraumatického stresu a **terciální cíle** jsou zvýšení respektu k sobě samému a dosažení vlastních cílů (LINEHAN, 1993a, s. 124)

1. 4. 2 Moduly dovedností

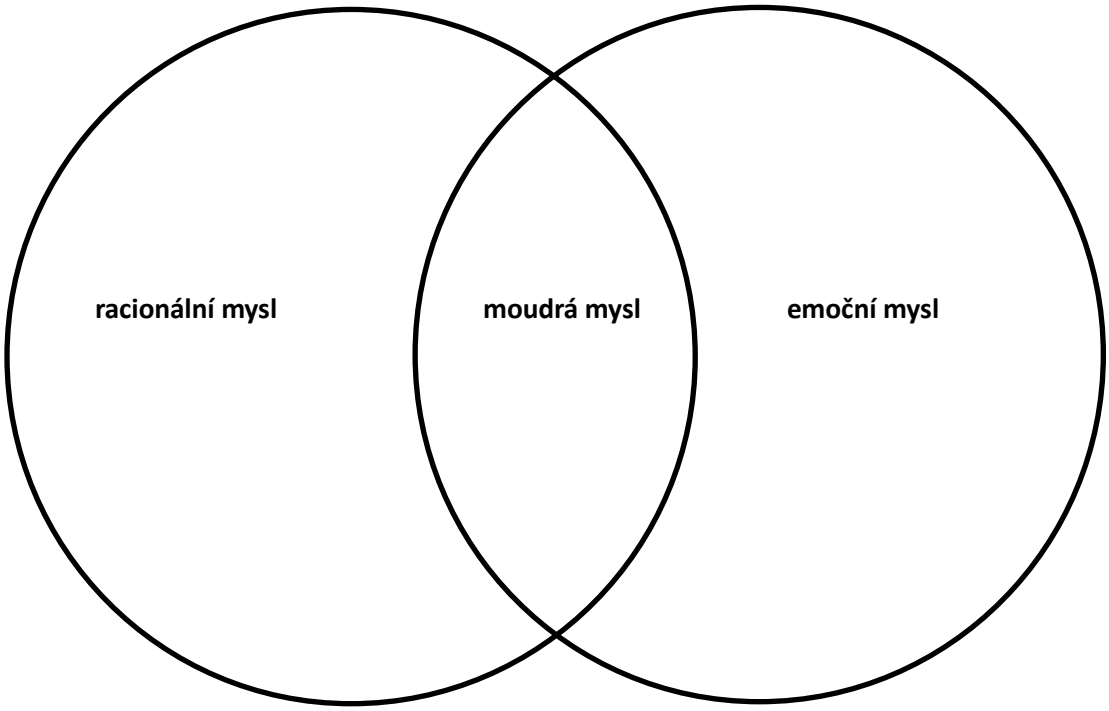
V DBT terapii jsou sestaveny čtyři moduly dovedností, které tvoří obvykle šestiměsíční léčebný cyklus (viz obrázek č. 4 Léčebný cyklu v DBT).



Obr. č. 4 Léčebný cyklus v DBT

Moduly dovedností jsou následující:

1. Zvědomování přítomnosti (mindfulness=všímavost) vede k nácvikům dovedností, které posilují plné prožívání přítomného okamžiku. Napomáhá k tomu dovednost **pozorovat** sám sebe, své myšlenky, své smysly. **Popsat** slovy to, co člověk prožívá. **Participuj** na daném okamžiku, vstup do něj. Dělej to **bez hodnocení**. **S plným vědomím**, vždy dělej jen jednu věc. Zbav se toho, co Tě rozptyluje. Zaměř se na to, co je funkční. Dělej to **efektivně**. Všechny tyto dovednosti vedou ke konceptu **moudré mysli**, který říká, že když budeme více prožívat daný okamžik, snadněji se nám bude nacházet optimální kombinace emocionálního a racionálního myšlení, které vede k moudré mysli. **Racionální mysl** zastupuje rozumové, faktové myšlení zaměřené na úkol. **Emoční mysl** prezentuje, jak název napovídá, emoční myšlení založené na náladě. Moudrá mysl je stav moudrého člověka, který pro daný okamžik vnímá rozum i cit. Ani jednu neopomíjí, nevylučuje (viz obrázek č. 5 Stavy mysli). Tento modul je základní pro ostatní učení se dovednostem. Pacient se naučí uvědomovat sám sebe. Opakuje se během jednoho cyklu DBT terapie 3x (LINEHAN, 1993b, s. 63–69).



Obr. č. 5 Stavy mysli

2. Modul efektivní mezilidské dovednosti obsahuje podobné dovednosti, které se učí v řadě kurzů např. „jak uplatnit svůj nárok“, „asertivně do života“, „jak efektivně řešit konflikty“. Základem **efektivnosti** ve vztahu je schopnost **analyzovat situaci, stanovit si cíl** v konkrétní situaci v jejím kontextu. Pacient se učí říkat o potřeby, které má.

Přínosné téma je **udržování vztahů**, neboť jejich základní problém je, že vztahy v sebemenší zátěži ukončují. Tento modul přináší také, jak **řešit konflikty** a zároveň **respektovat sám sebe**. Což vede právě k udržování vztahů.

Zvědomují se faktory, které mohou efektivitu v mezilidských vztazích snižovat, tj. nedostatek dovedností, obavy, nerozhodnost, emoce a prostředí.

Dále se pracuje s mýty, které má každý z nás v sobě vytvořené o vztazích. Pacientovi je nabídnuta celá řada výroků o vztazích. Ty, které ho osloví, musí přeformulovat do výzvy (např. výrok: „nic to nezmění, je mi to fakt jedno“ výzva: „vždycky se dá zkusit něco pro změnu“)

Nácvik komunikační dovednosti „4P“. Pacient se učí **popsat** svoji situaci, **projevit** své pocity a názory, **prosadit** se tím, že požádá jasně, co chce, nebo řekne ne, **posiluje** rozhodnutí druhého tím, že mu popíše pozitivní důsledky pro druhého. K procvičování této techniky slouží seznam

situací, ze kterého si pacient má vybrat a uskutečnit (např. zavolat do pojišťovny a zeptat se na ceny pojištění atd.).

Závěrem modulu se připomínají techniky, které zvyšují šanci k dosažení cíle. Jako je například pořád dokola opakovat svoji žádost, nebo říkat ne (u nás známá technika jako „pokažený gramofon“). Ignorovat, pokud se snaží druhý odvést pozornost k jinému tématu, či Vás slovně napadá, jděte si za cílem. Snažte se působit kompetentně, sebejistě. Vnímejte postavení svého těla, svůj hlas. Nešeptejte, nekoukejte do země. Buďte ochotný vyjednávat, např. držte se svého ne, ale zároveň nabídněte jiný způsob řešení. Přehoďte problém na druhého například otázkou, co myslíš, že bychom měli udělat?

Obvykle nemají pacienti problém s teorií dovedností, která je velmi konkrétní, uchopitelná, ale s použitím v praxi. Proto je zde mnoho modelových situací, které si pacienti mají za domácí úkol vyzkoušet a zkušenost sdílí na edukační skupině (LINEHAN, 1993b, s. 70–83).

3. Modul stresová tolerance si klade za cíl naučit pacienta schopnost tolerovat a přijímat bolest, utrpení a strach. Zaprvé bolest a strach jsou součástí života, nemohou být zcela vyloučeny nebo odstraněny. Za druhé neschopnost přijmout tento neměnný fakt vede ještě k většímu utrpení a bolesti.

Modul stresová tolerance navazuje na modul zvědomování přítomnosti v tom, že tolerovat trápení je v podstatě schopnost vnímat prostředí, aniž by se nějak hodnotilo, měnilo. Důležité pro pacienty je, že přijímat skutečnost neznamená schvalovat skutečnost!

Dovednosti vedou pacienta k tomu, aby toleroval, přežil a přijal krizi tak, jak se aktuálně odehrává v jeho životě.

Základní dovedností pro pacienty je, jak přežít, aniž by se uchýlili k chování, které by situaci ještě zhoršilo. Napomáhají k tomu strategie: **STOP** (zastav se, udělej krok zpět, pozoruj, buď všímavý), **sebezklidnění pomoci pěti smyslů, odvedení pozornosti jinam** (pomocí srovnání, jiných vjemů, myšlenek, odsunutí situace), **zlepšení okamžiku**, **přemýšlení pro a proti, změny tělesného prožívání** (svalová relaxace, udržení stejného rytmu dechu, intenzivní fyzické cvičení), **dovednosti pro přijetí skutečnosti** (radikálního přijetí, přesměrování mysli, nepatrný úsměv a ochotné ruce). Tento modul je pro pacienta dost náročný, je potřeba dbát ze strany terapeutů na srozumitelnost předávané teorie k dovednostem a povzbuzovat pacienty, aby nové dovednosti zkoušeli, i když je to je pro ně obtížné a stojí je to energii. Právě ve chvíli, kdy prožívají krizi a mají často pocit, že energii nemají na nic (LINEHAN, 1993b, s. 84 – 86).

4. Modul emoční regulace v kontextu obtíží lidí s hraniční poruchou osobnosti, jako jsou emocionálně labilní, často vzteklí, silně frustrovaní, depresivní a úzkostliví, je klíčový modul v jejich léčbě.

Ze zkušenosti se lidé s poruchou osobnosti snaží regulovat emoce tím, že se pokouší necítit to, co cítí. Vytváří to pak situace, kdy se usmívá, i když je nešťastný.

Podobně jako modul efektivity mezilidských dovedností tento modul uplatňuje dovednosti z modulu zvědomování přítomnosti.

V tomto případě jde o **pozorování a popis aktuální emoční reakce**. Teoretická myšlenka spočívá v tom, že velká část emocionálního utrpení lidí s poruchou osobnosti je výsledkem sekundárních reakcí (např. úzkost nebo hněv) na primární emoci. Základ je tedy pro pacienta umět popsat a porozumět emocím.

K tomu se využívá tzv. **model emocí**, se kterým je pacient teoreticky seznámen a pracuje s ním v rámci domácích úkolů. V teoretické části se pacienti blíže seznamují se **základními emocemi** (tj. **pocit viny, hněv, znechucení, závist, strach, štěstí, žárlivost, láska, smutek a pocit hanby**). U každé emoce se proberou kategorie: jak se emoci ještě jinak říká, možné podněty vyvolávající danou emoci, biologické změny při prožívání dané emoce, podněty a následky. Jeden z domácích úkolů je popis dané emoce dle popsaných kategorií. Pracuje se i s mýty o emocích.

Opět jsou pacientovi předkládány **mýty,** tentokrát o emocích a on je má přeformulovat ve výzvy (např. mýtus „dát druhým najevo, že se cítím blbě, je slabost“ výzva „dát druhým najevo, když se cítím blbě, napomůže tomu, že budu pro druhé srozumitelnější“).

Pracuje se i s **cíleným budováním pozitivních zážitků**. Opět postavené na uvědomění si pozitivních zážitků, nedávat prostor obavám. Pacientům je nabídnut seznam možných aktivit, které mají rozveselit. Jednu z nich si pacient opět vybere a za domácí úkol vyzkouší (LINEHAN, 1993b, s. 96–102).

1. 4. 3 Model léčby DBT

Léčba probíhá obvykle ambulantním způsobem. Skládá se z přípravné fáze před léčbou, individuálního sezení, edukační skupiny, telefonního kontaktu a konzultačním setkáním týmu terapeutů.

Přípravná fáze před léčbou

Přípravná fáze na léčbu slouží k bližšímu seznámení pacienta s DBT terapií, jejími cíli, principy a teoriemi. Doporučuje se na to vyhradit čtyři sezení s individuálním terapeutem.

Z teorie se předává psychosociální model, mapuje se chování – tvoří se hypotézy, které by mohly zasahovat do terapie (např. když se pacient cítí odmítnutý, ví, že má tendence nepřijít na další domluvené setkání) je mu předána teorie o řetězové analýze a hierarchie cílů.

U problematiky cílů se slaďuje, co nabízí DBT terapie a co chce pacient. Na terapeutovi je, aby dokázal propojit cíle pacienta s hierarchií cílů DBT. Například uživatelka N. bude mít cíl dokončit bakalářské studium, když o tom víc mluví, co to do teď komplikovalo, ukáže se, že studium musela několikrát přerušit díky nepravidelným hospitalizacím. Ty následovaly po jejich sebevražedných pokusech. Když se zapracuje na sebevražedném chování, přinese jí to pravidelnou docházku do školy a tím potenciál pro její zdárné ukončení.

Pacient se seznamuje se strukturou programu a jeho časovou náročností (např. je informován o domácích úkolech, nebo že není možné navštěvovat jen část programu, tj. využívat třeba jen individuální sezení).

Zároveň dochází k prvnímu bližšímu seznámení mezi pacientem a terapeutem. Prostor pro strachy, obavy pacienta z léčby, bližší doptávání na cíle. Terapeut pozorně naslouchá, doptává se na konkrétní podrobnosti. Například paní N. chce mít přítele, ale zároveň hovoří o tom, že vlastně netouží po blízkých vztazích.

Individuální sezení

Individuální sezení je zaměřené především na motivaci (motivační otázky, včetně motivace zůstat naživu). Nahradit hraniční chování za dovednosti, kterými může pacient stavět život, který stojí za to žít. LINEHAN (1993, s. 6). Každé sezení se začíná reflexí předešlého času od posledního individuálního setkání na základě záznamového archu. Vzniklým tématům se věnuje podle hierarchie cílů DBT (např. v záznamovém archu pacientky N. bude útěk z brigády a sebepoškození, bude se terapeut prvně věnovat sebepoškozujícímu chování).

Edukační skupiny

Edukační skupina probíhá jednou za týden. Slouží k vyhodnocování domácího úkolu z předešlého týdne a k předávání teorie jednotlivých modulů. Doporučuje se jasná struktura: 5 minut uvedení do skupiny (např. mindfulness), 60 minut vyhodnocování domácích úkolů, 10–15 minut přestávka, 60 minut nová teorie, 10–15 minut shrnutí, zadání domácího úkolu.

Důležité je, že zde se neprobírají žádná osobní témata, nejedná se o dynamickou skupinu, jak jsme zvyklí v českém prostředí. Situace ze života od uživatelů se udávají jako příklad k edukačnímu tématu.

Telefonní kontakt

Má důležité místo v DBT terapii. Funguje především jako podpora pro uživatele k přenesení dovedností do jeho běžného života či při aktuální krizi. Z terapeutického sezení vždy vyjdou jasné hranice, kdy a jak může pacient terapeutovi volat. Zároveň je i vymezeno, o čem mluví – co je předmětem hovoru. Vytvoří se plán, co dělat, když se terapeutovi nedovolá. Je možné si vytvořit dlouhodobé kódy např. SOS, tj. potřebuji nutně, abyste mi zavolal zpět (ohrožení života) nebo 111, tj. potřebuju poradit.

Konzultační setkání týmu terapeutů

Na tomto setkání se sejdou všichni členové DBT týmu. Hlavním cílem je vzájemná podpora, sdílení. Zároveň předávání informací o uživatelích služby mezi individuálním terapeutem a těmi, kteří vedou edukační skupiny. Připomínají si principy práce DBT pracovníků (např. zachovávání dialektického postoje, závazek zkoumání osobních limitů terapeuta, i terapeut může chybovat, je omylný atd.) (KUO J. a E. CHEN., 2003, s. 11–15).

1. 5 DBT Centrum

Následující kapitola popisuje fungování DBT Centra, které je součástí neziskové organizace Kaleidoskop – centrum terapie a vzdělávání, z. ú. V úvodu se nejprve seznamujeme s fungováním této organizace a její strukturou. Dále vymezujeme, pro jaké osoby je tato sociální služba vhodná a naopak, kteří jedinci ji využívat nemohou. Následně popisujeme programy, které DBT Centrum nabízí, jedná se o denní a večerní program. Oba programy jsou blíže popsány, včetně procesu, kterým zájemce o službu projde, pokud se rozhodne do programu zapojit.

1. 5. 1 Obecná charakteristika služby

Kaleidoskop – centrum terapie a vzdělávání, z. ú. je nezisková organizace, která se zaměřuje na poskytování podpory lidem s poruchou osobnosti. Od roku 2006 kontinuálně provozuje **terapeutickou komunitu Kaleidoskop** a **Ambulanci Kaleidoskop**, kde poskytuje odborné sociální poradenství. Už od počátku vzniku organizace existovala vize, že by měla vzniknout ještě třetí služba, a to Služby následné péče. Na jaře 2015 se tomu tak stalo, kdy na základě

projektu „Dialekticko-Behaiviorální Terapie v péči o psychiatricky nemocné s poruchou osobnosti s reg. č. CZ.11/MGS/032“ bylo založeno **DBT Centrum**. A tím vznikl trojlístek služeb, který zaručuje kontinuální, komplexní podporu lidem s poruchou osobnosti.

Lidé mohou kontaktovat a získávat základní informace o poruše osobnosti v rámci sociálního poradenství v Ambulanci Kaleidoskop. Když se rozhodnou pro léčbu a dovolí jim to životní okolnosti, využijí dlouhodobou pobytovou službu komunity Kaleidoskop. S DBT Centrem spolupracují jednak ti, kteří potřebují podporu při návratu do běžného života po absolvování pobytu v komunitě. Ale také ti, kteří se z osobních či objektivních důvodů rozhodli pro ambulantní léčbu.

Služby následné péče jsou dle **zákona 108/2006 Sb.** vymezeny takto: „***(1)*** Služby následné péče jsou ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly lůžkovou péči ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstinují.
(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:
a) sociálně terapeutické činnosti,
b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
c) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.
(3) Služba podle odstavce 1 poskytovaná formou pobytových služeb v zařízeních následné péče obsahuje vedle základních činností uvedených v odstavci 2 tyto základní činnosti:
a) poskytnutí ubytování,
b) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy.“

Služba je určena lidem, kteří se potýkají s poruchou osobnosti, tj. trpí dlouhodobými emocionálními a vztahovými problémy a následným chováním, které jim znemožňuje fungování v každodenním životě. Uživatelé služby buď mají **diagnostikovanou poruchu osobnosti dle MKN-10**, nebo **vykazují nejméně 3 znaky v chování** jako lidi, kteří poruchu osobnosti diagnostikovanou mají. Jsou **starší 18 let** a způsobilí k právním úkonům (svéprávní). Český jazyk používají aktivně. Jsou **soběstační**, (při běžných činnostech nepotřebují osobní asistenci) a zdravotní stav jim umožňuje **absolvovat všechny aktivity** terapeutického programu po celou dobu jeho trvání.

Služba není určena lidem, kteří problémy mají na základě organických změn v oblasti centrálního nervového systému. Mají diagnostikovou schizofrenii, nebo se nachází v akutní fázi závislosti. Dále není vhodná pro takové zájemce, kteří jsou nebezpeční sobě nebo okolí a vyžadují zajištění bezpečí. Mají blízký, nebo rodinný vztah s pracovníkem DBT Centra. Nebo služba má aktuálně naplněnou kapacitu.

Základní pravidla služby jsou **bezpečné prostředí** (žádné násilí směrem k sobě či druhým, nebo k vybavení majetku služby). **Čistá hlava** znamená, že uživatel na program přicházet ve stavu bdělém, ne pod vlivem léků, alkoholu či návykových látek (TUMLIROVA, 2016, s. 3).

Terapeutický tým služby tvoří tři lidé, vedoucí služby a dva terapeuti. Vedoucí služby absolvoval výcvik DBT přímo ve Velké Británii. Na aktivitách se střídají, aby všichni zažili všechny uživatele služby. Pravidelně se scházejí na poradě (tj. konzultačním setkání terapeutického týmu) a jednou za měsíc mají případovou supervizi.

1. 5. 2 Program služby

DBT Centrum nabízí dva programy:

1. Denní program pro nezaměstnané má za cíl, pomocí naučení nových dovedností DBT terapie, **aktivizovat jedince**, který buď právě opustil stabilizační pobyt v léčebně, nebo dlouhodobě není zatím schopný setrvat v práci. Uživatel služby dochází několikrát týdně do DBT Centra. Základní je účast na edukační skupinách, dále ale také sociální poradenství, pracovní činnosti (společné vaření, nákup, úklid), smysluplné trávení voleného času, individuální sezení (kde probíhá individuální plánování služby) a telefonní intervence.

2. Večerní program pro pracující má za cíl **aktivně podpořit lidi s poruchou osobnosti ve stabilizaci v zaměstnání, či škole**. Pomocí naučených dovedností DBT terapie zvládnout pracovní zátěž v zaměstnání, udržet si ji. Tito uživatelé buď docházejí pravidelně do práce, nebo studují. Mají opakovanou zkušenost, že pod tlakem selhávají a chtějí získat dovednosti k tomu, aby se sebou uměli efektivněji zacházet a zvládali lépe stresové pracovní prostředí a tím se stabilizovali v jejich životních aktivitách. Absolvují edukační skupiny, individuální sezení a telefonní intervenci.

Programové komponenty:

Základ tvoří aktivity z DBT modelu léčby, tedy **přípravná fáze před léčbou, individuální sezení, edukační skupiny, telefonní kontakt** (jak jsme blíže popsali v kapitole 1. 4. 3)

V **přípravné fázi před léčbou,** kromě náplně popsané v kapitole 1. 4. 3, se ještě v této fázi píše strukturovaný životopis. Seznamuje se s pravidly služby.

Individuální sezení si domlouvá individuální terapeut s uživatelem služby osobně dle časových možností obou. Doba individuálního sezení je 45 minut/týden. Uživatel služby má nárok na minimálně 3 individuální sezení během jednoho měsíce.

Dále je to skupinové setkání **DBT v praxi**. Funguje především ke sdílení životních situací a konkrétnímu nácviku, který modul a dovednost z něho by se hodil použít pro zvládnutí situace.

Komunita je skupinové setkání s jasnou, stálou strukturou, jak tématickou, tak časovou. Jejím cílem je hned na počátku denního programu seznámit členy skupiny i terapeuty s aktuálním stavem členů skupiny. Uživatelé trénují dovednost sdílení svého prožívání, schopnost poskytnout o sobě výstižnou zprávu, ale zároveň udržet hranici při sdílení osobních témat na adekvátní míře („Jak se máme“ a „Reflexe z individuálu“). Dále trénují dovednost poskytnout zpětnou vazbu ostatním členům skupiny. Zaměřujeme se primárně na vnímání a reflektování pozitivních zpětných vazeb a prostřednictvím diskuzí seznamujeme členy skupiny s rozdílem mezi pomocí, podporou a na druhé straně kontraproduktivním zachraňováním („Reflexe z podpory“). Aby nedocházelo k nereflektované komunikaci mezi členy skupiny nebo terapeuty a nevytvářely se tak nereflektované výjimečné vztahy, jsou na komunitě reflektovány i telefonické kontakty mezi členy skupiny, stejně tak i telefonáty mezi uživateli služby a terapeuty.

Další důležitou rolí komunity je zajištění a rozplánování struktury dne a rozdělení kompetencí (kdo bude vařit, co se bude vařit, kdo nakoupí, kam půjdeme na výlet, kdy začíná, kolik bude stát apod.). K tomu slouží „Technické“, která je též prostorem k předložení oficiálních žádostí uživatelů služby. „Jiné“ je možné využít k jakémukoli sdílení či řešení problémů.

Oddych je skupina, která trvá 30 minut. Probíhá na ní aktivní a praktický trénink metody mindfulness a práce s tělem. Účelem je seznámit uživatele s možnostmi a výhodami aktivního nakládání s tělem a trénink zklidnění se během dne.

Praktická aktivita **vaření**, která nejen zvyšuje dovednost naplnění jedné ze základních potřeb, ale je též vhodným a bezpečným prostředím, kde dochází k přirozeným sociálním interakcím,

kde uživatelé trénují komunikační dovednosti, stejně tak trénují i odpovědnost a týmovou spolupráci (komunikace ve stresu, dělba práce, vztah k autoritě, práce s časem). Úkolem terapeuta je autenticky reagovat na dění a facilitovat při konfliktech, které při vaření přirozeně vznikají. Snaží se podporovat vedoucího kuchyně, aby se zvýšila pravděpodobnost, že zvládne nároky spojené se zodpovědností za kvalitu jídla i včasné servírování a tím posílí motivaci k opakování těchto činností.

Aktivita **výlet** propojuje obě skupiny (denní i večerní), probíhá 1x v měsíci. Snahou je zprostředkovat uživatelům zkušenost, jak aktivní odpočinek pozitivně působí na psychiku a jak důležitá je dovednost práce s volným časem. Minimální trvání výletu je 6 hodin, kdy striktně platí pravidla výletu, která jsou kombinací dohod učiněných při začátku výletu a pravidly denního centra (hlavně zajištění bezpečnosti a čisté hlavy). Pokud účastník výletu nesplňuje základní pravidla výletu, pak je právem terapeuta, aby ukončil účast takového uživatele na výletě. Pokud doba výletu překračuje 6 hodin, pak je společný čas dále trávený ve skupině považován za dobrovolný a není možné jeho využívání vynucovat (TUMLIROVA, 2016, s. 11–18).

2 EMPIRICKÁ ČÁST

V této části práce se věnuji vytyčení hlavních výzkumných cílů, seznámení s výzkumnou metodou, která byla použita pro šetření a hodnocení šetření.

2. 1 Cíl práce

Cílem této práce je zachycení přínosu programu DBT Centra na základě subjektivního hodnocení respondentů pomocí dotazníkového šetření.

Výzkumné otázky jsou:

VO1: Jaké jsou podle výpovědí uživatelů, kteří absolvovali program DBT Centra jeho účinky na jejich zvládání života?

Podotázky:

A. Je průkazný vztah mezi srozumitelností modulů a jejich používáním v praxi?

B. Vnímají respondenti ve svém životě změnu k lepšímu díky učení se novým dovednostem?

C. Projevuje se přínos DBT pro respondenty i tak, že nadále využívají nějakou formu programu DBT Centra?

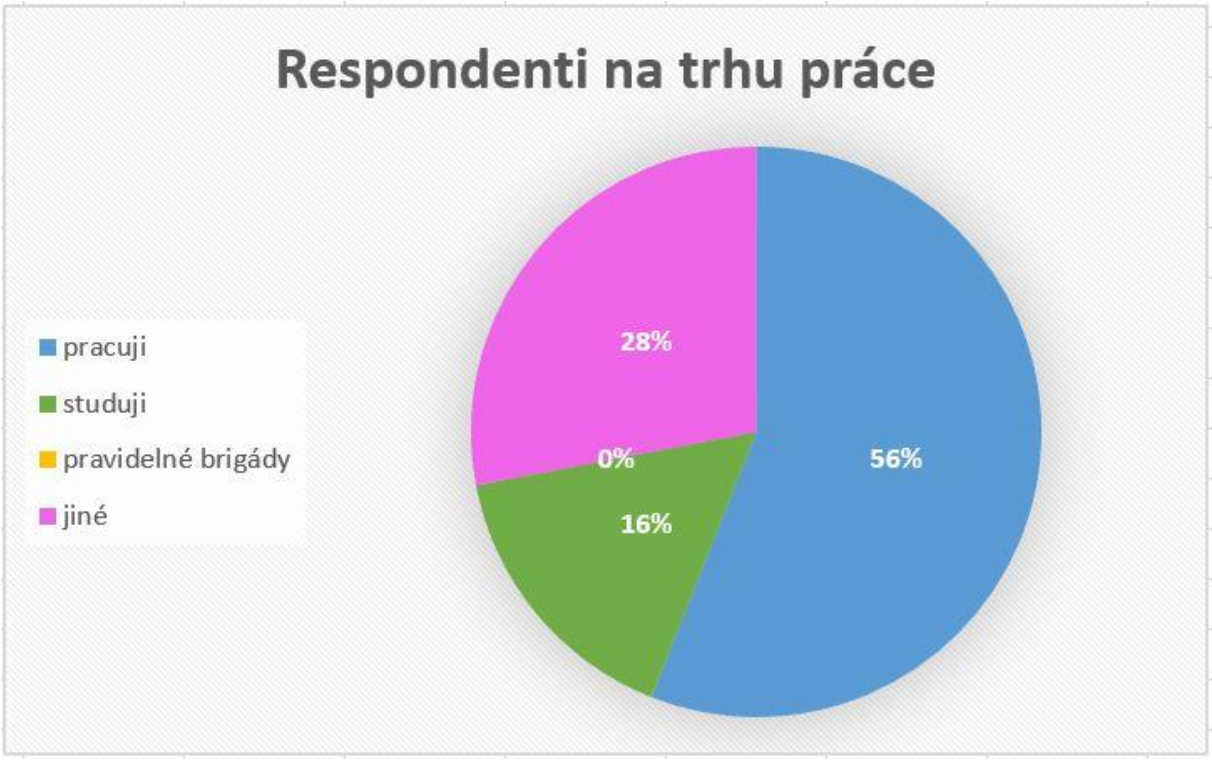
2. 2 Popis výzkumného vzorku

Požádali jsme o spolupráci uživatelé služby DBT Centra, kteří absolvovali celý půl roční program sociální služby DBT Centra. Kritériem, pro zařazení do šetření bylo absolvování půl roku programu DBT Centra, neboť to je čas, kdy se uživatel seznámí se všemi moduly dovedností DBT terapie.

Oslovený vzorek čítal 47 osob, dotazník vyplnilo 25 respondentů. Návratnost dotazníku je tedy 53 %. 7 respondentů byli muži, 18 respondentů byly ženy. Procentuální zastoupení tedy vypadá takto:

Z hlediska věku můžeme popsat výzkumný vzorek takto: Nejmladší respondent má 18 let, nejstarší 40 let. Průměrný věk respondentů je 28,16 let, medián udává 30 let, modus 32 let.

Pokud se budeme zajímat o životní situaci respondentů z hlediska jejich uplatnění na trhu práce, pak zjistíme, že více než polovina jich je v zaměstnání, 16 % studuje, 28 % uvedlo „jiné“, což znamená, že je na rodičovské dovolené (4 osoby), nebo je v této oblasti nyní ve fázi nějaké změny (4 osoby).



2. 3 Popis metody

Pro empirickou část bakalářské práce jsme zvolili výzkum kvantitivní, konkrétně hypotetickо-deduktivní model. Metodou sběru dat byl dotazník.

Sběr dat probíhal online od 19. 7. – 26. 7. 2018 prostřednictvím portálu Survio.com. Odkaz byl zaslán na emailové adresy uživatelů poskytnutým DBT Centrem s jejich souhlasem. Dotazník byl anonymní, nestandardizovaný, vytvořený přímo pro účely tohoto výzkumu. Obsahoval 10 položek, které byly uzavřené, polouzavřené a škálové.

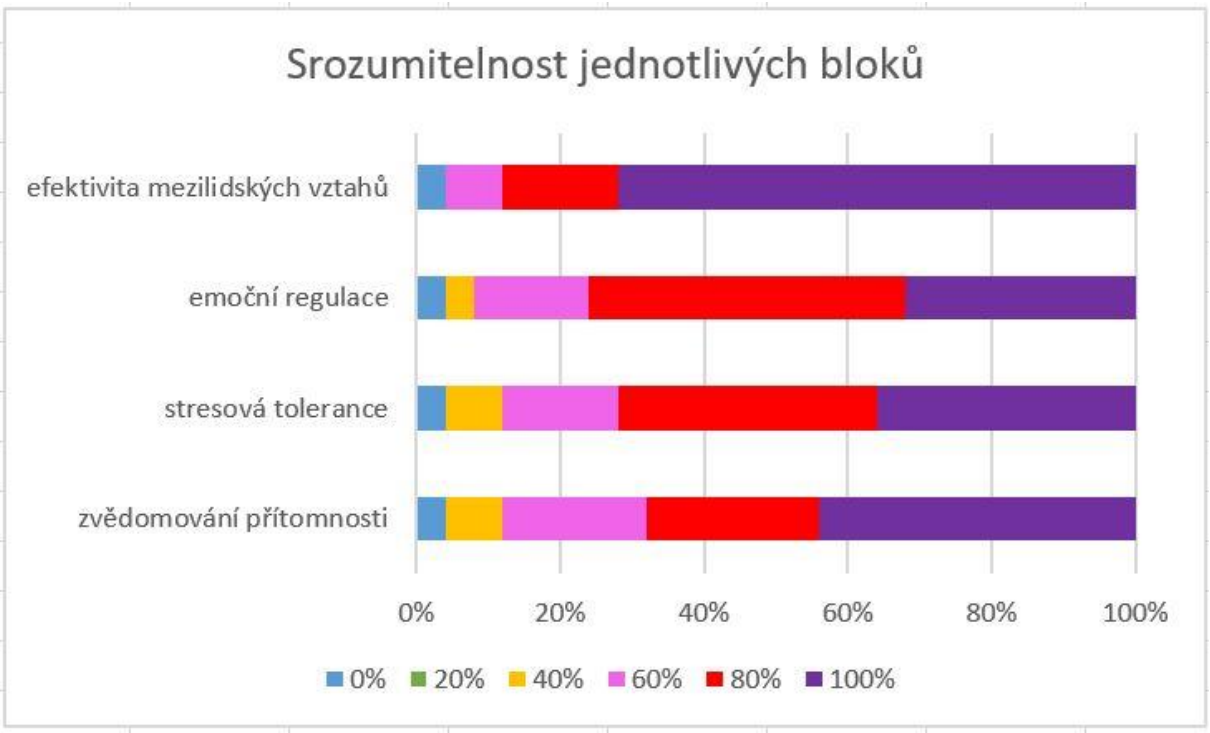
2. 4 Výsledky

Nejprve se seznámíme s obsahem jednotlivých položek dotazníku. První tři položky byly už zahrnuty do popisu výzkumného vzorku.

4. Do jaké míry pro Vás byly jednotlivé bloky srozumitelné?

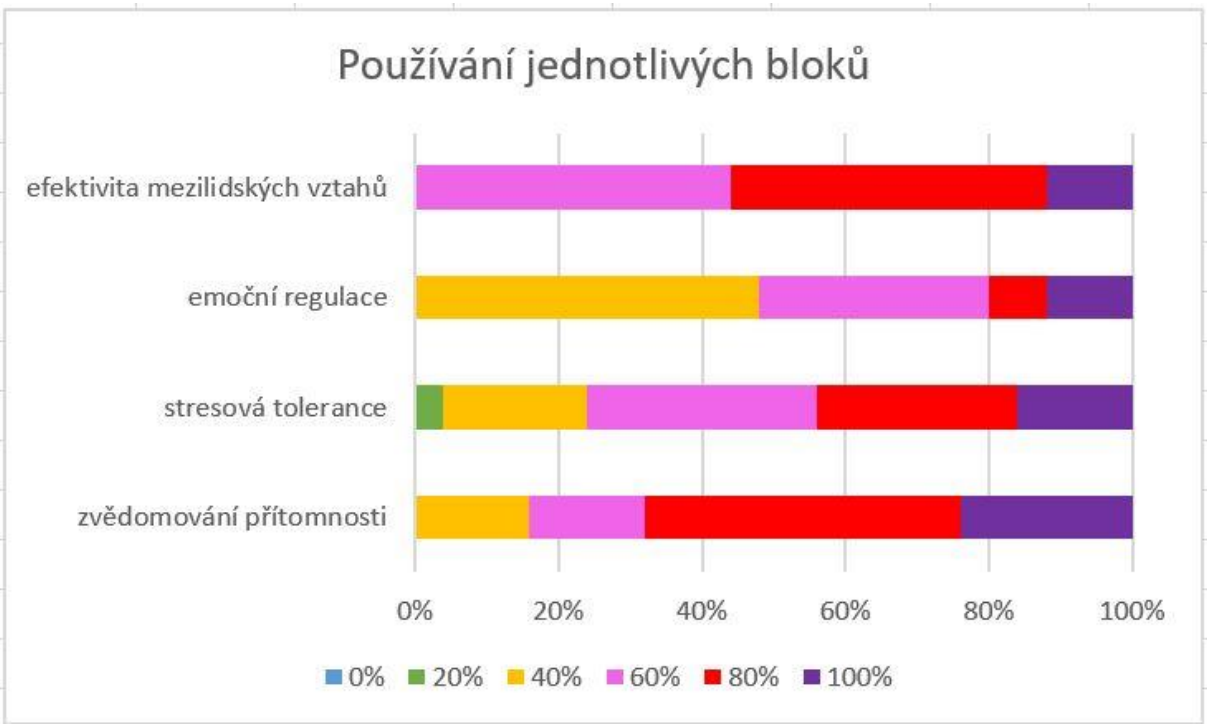
Srozumitelnost jednotlivých bloků se mírně liší, nicméně vykazuje více prvků shodných než rozdílných. Obecně je hladina porozumění vysoko, pod poloviční hranicí zůstalo jen 12 % respondentů, naopak 60 % respondentů se svými odpověďmi pohybuje v pásmu 80–100 %.

Nejvyšší míru porozumění získal modul efektivita mezilidských vztahů, nejnižší modul emoční regulace.



5. Jak často používáte/nepoužíváte tyto bloky dovedností ve svém každodenním životě?

Používání dovedností vykazuje podobné charakteristiky jako jejich srozumitelnost v předchozí otázce. Modul efektivita mezilidských vztahů uvedli všichni respondenti nad hranicí 50 %, a stal se jednoznačně nejpoužívanějším modulem. Jako nejméně užívaný vyhodnotili respondenti modul Stresová tolerance, který jako jediný získal „hlas“ na úrovni pod 40 %.

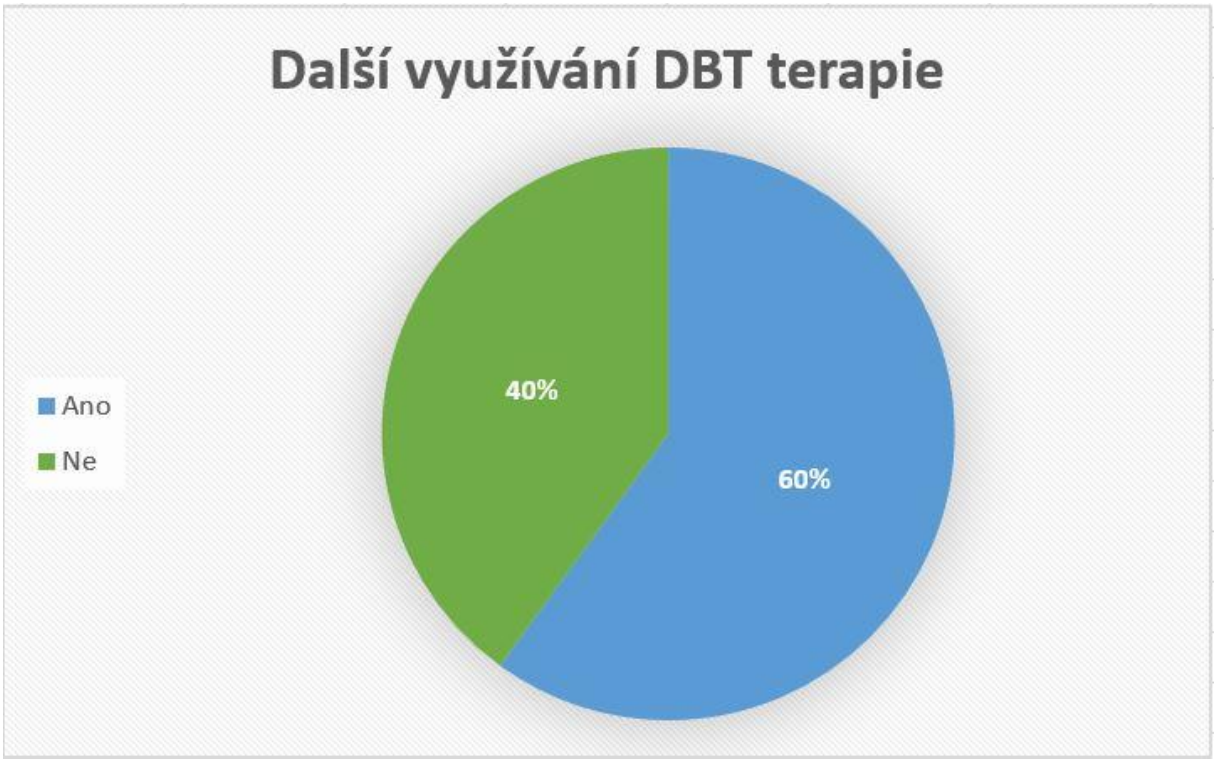


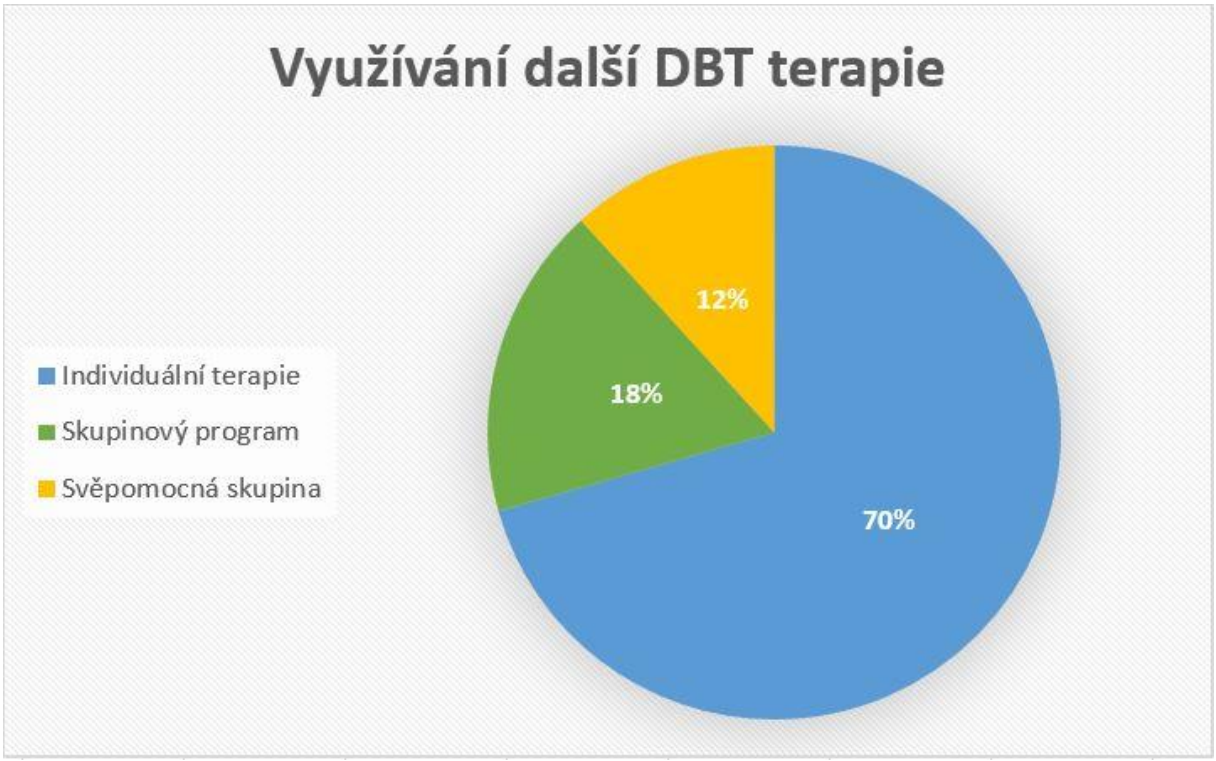
6. Které nabyté dovednosti používáte ve svém životě nejčastěji?

Nejčastěji byly uvedeny dovednosti z modulu efektivity mezilidských vztahů. Na druhém místě zvědomování přítomnosti, na třetím místě shodně další dva, tedy stresová tolerance a emoční regulace. Nejčastěji se vyskytovaly dovednosti moudrá mysl a 4P.

7. + 8. Využíváte dál nějakou formu DBT terapie? Jakou?

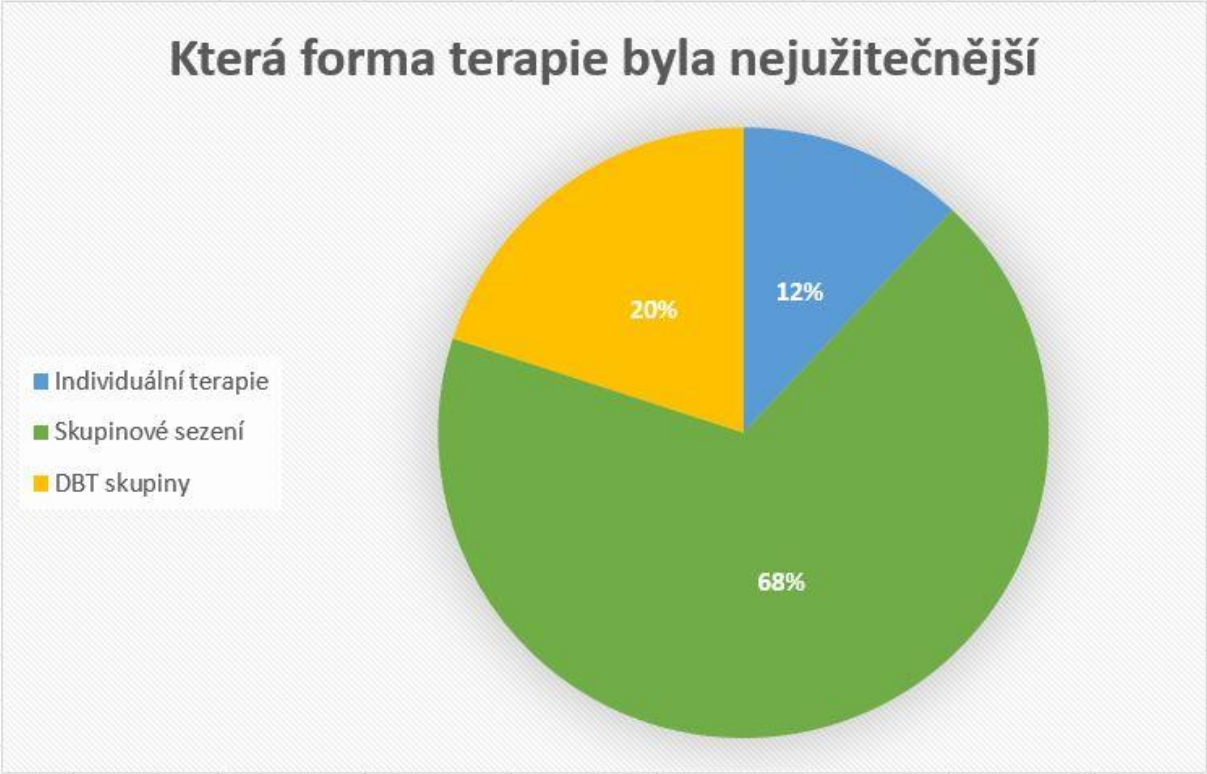
Jak je vidno z grafů, nadpoloviční část respondentů dále využívá nějakou formu DBT terapie, nejčastěji pak formou individuální terapie.





9. Jaká forma terapie Vám při ukotvování dovedností napomáhala nejvíce?

Při ukotvování dovedností naopak individuální terapie skončila až na poslední příčce s počtem 3 hlasů. O něco více, tedy 5, získaly DBT skupiny. Obě však skončily s velkým dostupem za skupinovým sezením DBT v praxi, které označilo za nejpřínosnější 17 respondentů.



10. Dopad DBT technik na praktický život?

V této položce respondenti vybírali z možností Ano/Ne na následující baterii otázek:

Využívám nově nabité dovednosti z okruhu mezilidských vztahů?

Vnímám, že mé blízké vztahy jsou méně chaotické?

Aktivně pracuji na tom, abych měl blízké, mezilidské vztahy?

Více prožívám daný okamžik?

Mám pocit, že mi život utíká mezi prsty a nemohu ho chytnout.

Každý den dělám nějakou formu mindfulness?

Dokážu popsat druhým své emoce, prožitky.

Zvládám řešit problémy, které mi život přinese.

Nedělám mrtvého brouka (nejsem aktivně pasivní), když mám nějaký problém, ale řeším ho.

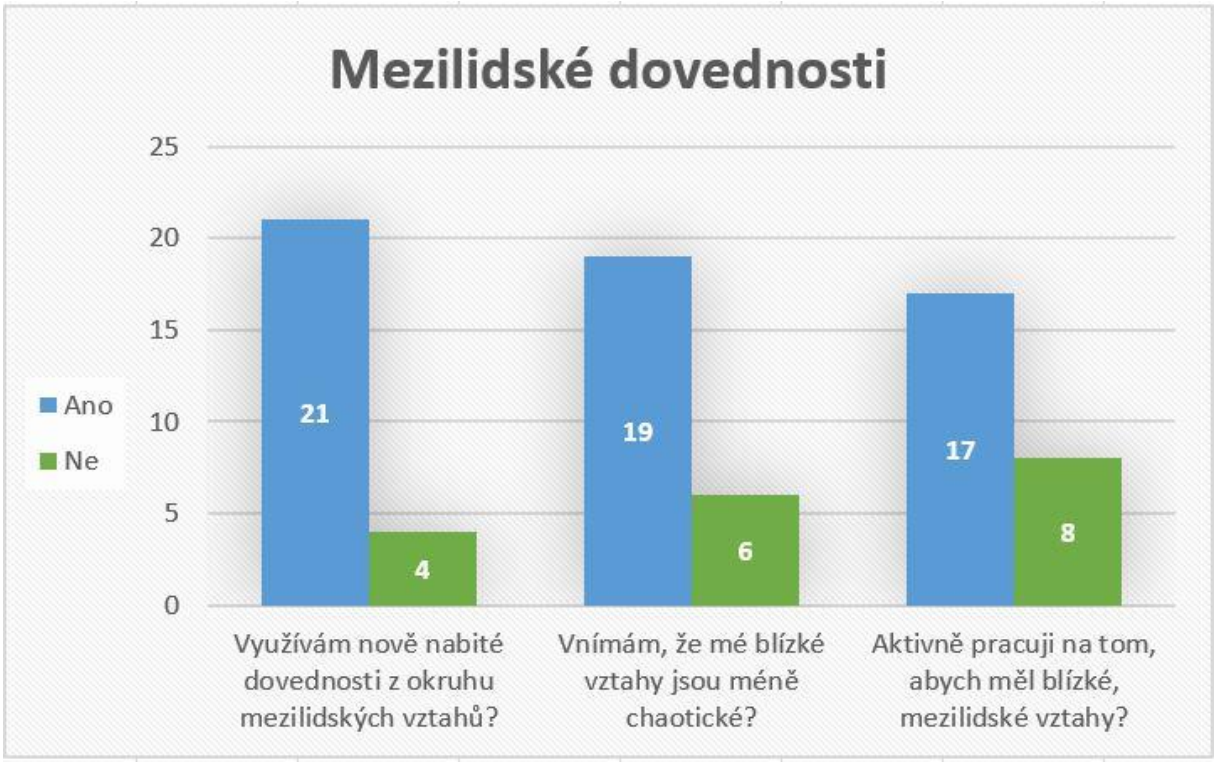
V těžkých životních chvílích umím podpořit sám sebe (sebepodporující myšlenky).

Používám dovednosti (STOP, pro a proti, odvedení pozornosti jinam, sebezklidnění či změnu

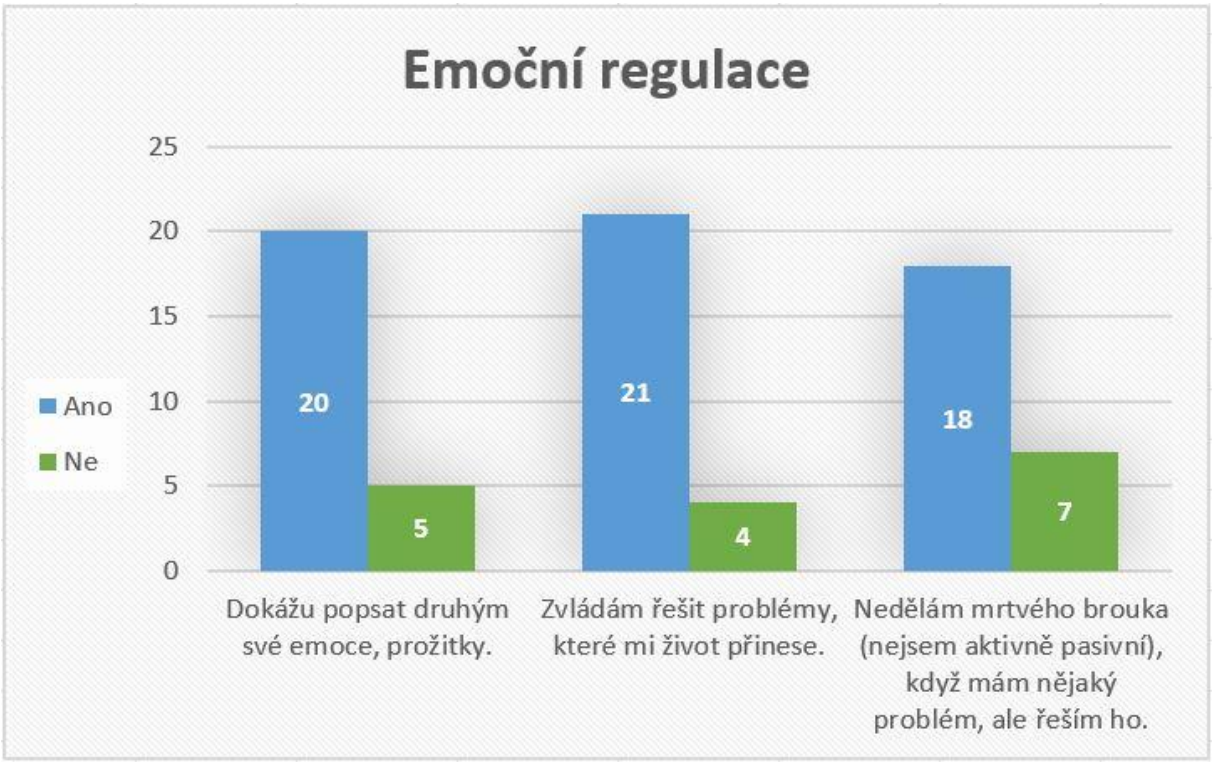
tělesného prožívání) když mám krizi?

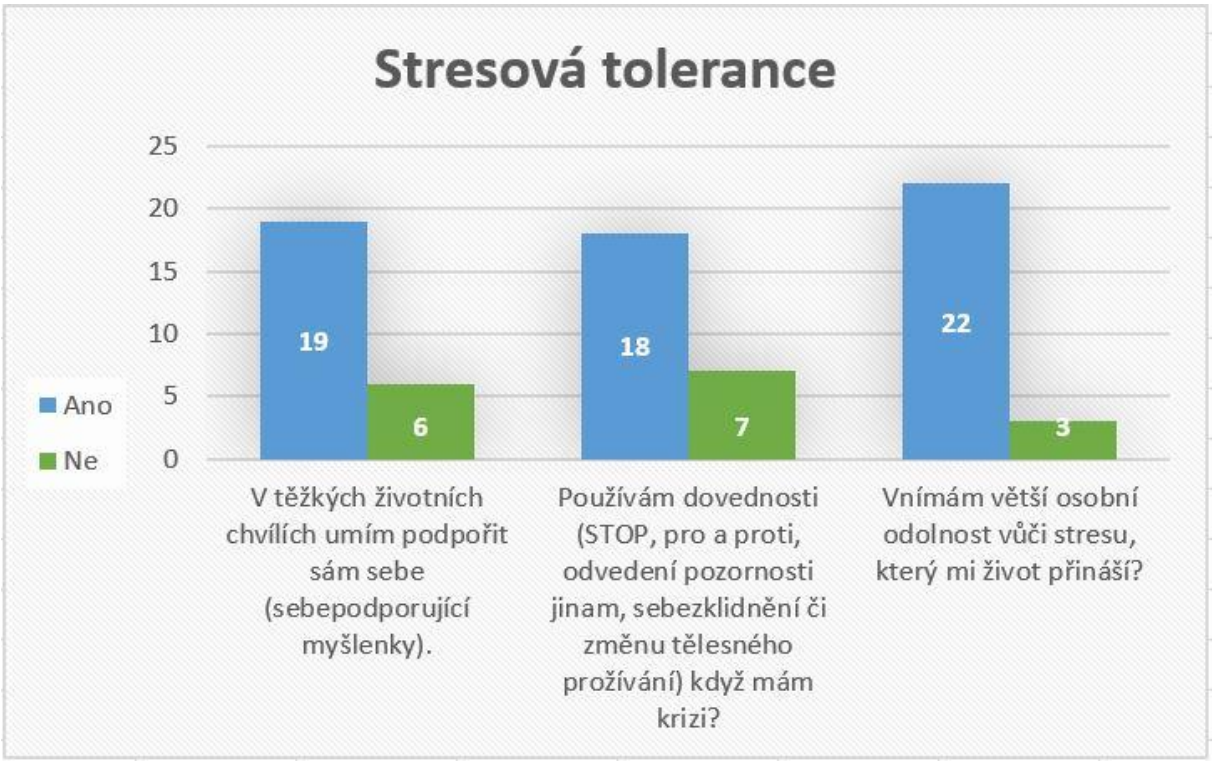
Vnímám větší osobní odolnost vůči stresu, který mi život přináší?

U všech bez výjimky převládá pozitivní hodnocení dopadu DBT na každodenní život. Pozitivní hodnoty jsou v rozptylu od 17 do 22 oproti škále negativních hodnot v pásmu od 3 do 8 bodů. Kladný dopad DBT je tedy vnímán velmi výrazně v celé škále dovedností.


Mezilidské dovednosti
25
20
15
10
5
0
Ano
Ne
21
4
19
6
17
8
Využívám nově nabité dovednosti z okruhu mezilidských vztahů?
Vnímám, že mé blízké vztahy jsou méně chaotické?
Aktivně pracuji na tom, abych měl blízké, mezilidské vztahy?

Zvědomování přítomnosti
20
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Ano
Ne
18
7
7
18
8
17
Více prožívám daný okamžik?
Mám pocit, že mi život utíká mezi prsty a nemohu ho chytnout.
Každý den dělám nějakou formu mindfulness?


Emoční regulace
25
20
15
10
5
0
Ano
Ne
20
5
21
4
18
7
Dokážu popsat druhým své emoce, prožitky.
Zvládám řešit problémy, které mi život přinese.
Nedělám mrtvého brouka (nejsem aktivně pasivní), když mám nějaký problém, ale řeším ho.


Stresová tolerance
25
20
15
10
5
0
Ano
Ne
19
6
18
7
22
3
V těžkých životních chvílích umím podpořit sám sebe (sebepodporující myšlenky).
Používám dovednosti (STOP, pro a proti, odvedení pozornosti jinam, sebezklidnění či změnu tělesného prožívání) když mám krizi?
Vnímám větší osobní odolnost vůči stresu, který mi život přináší?

2. 5 Závěr výzkumného šetření

Odpovědi na dílčí výzkumné otázky

A. Je průkazný vztah mezi srozumitelností modulů a jejich používáním v praxi?

Odpověď na tuto otázku jsme hledali vyhodnocením dat dotazníkové položky 4 a 5 formou korelačního koeficientu. Výsledkem je korelační koeficient 0,67, který značí přímou, poměrně silnou závislost. Průkazný vztah zde tedy jistě existuje. Protože však korelace neimplikuje kauzalitu, bylo by chybné tvrdit, že míra používání technik je důsledkem lepšího porozumění.

Dotazníková položka 6 nám dává představu o tom, které dovednosti používají respondenti nejčastěji – zde se potvrzuje, že nejčastěji používanými jsou dovednosti z modulu efektivita mezilidských vztahů.

B. Vnímají respondenti ve svém životě změnu k lepšímu díky učení se novým dovednostem?

Z odpovědí v položce 10 lze poměrně přesvědčivě vyvodit tvrzení, že většina uživatelů ve svém životě subjektivně vnímá posun k lepšímu, a to ve všech oblastech DBT dovedností (mezilidské vztahy, emoční regulace, stresová tolerance, zvědomování přítomnosti). Mezi jednotlivými oblastmi nejsou patrné žádné výraznější rozdíly či odchylky.

C. Projevuje se přínos DBT pro uživatele i tak, že nadále využívají nějakou formu programu DBT Centra?

60 % uživatelů DBT Centra patrně vnímá přínos jeho programů, neboť v nich i nadále pokračují: 70 % v rámci individuální terapie, 18 % ve formě skupinového programu a 12 % formou svépomocné skupiny. Tyto údaje jsou však paradoxně protichůdné s daty položky 9, kdy je skupinové sezení označováno jako nejužitečnější a individuální terapie končí až jako poslední.

Odpověď na hlavní výzkumnou otázku

VO1: Jaké jsou podle výpovědí uživatelů, kteří absolvovali program DBT Centra jeho účinky na jejich zvládání života?

Nikdo nevyplnil ID nebo nemocenskou,

Pokud jsou v zaměstnání, ve škole či na mateřské či rodičovské dovolené, můžeme si z toho odvodit, že zvládají udržet nějakou podobu struktury dne a zároveň zvládají nároky studia, práce či rodičovství.

V oblasti mezilidských dovedností vnímají respondenti snížení míry chaosu ve vztazích, aktivně pracují na blízkých vztazích, i když je zde poměr kladných a záporných odpovědí o něco vyrovnanější než jinde.

V oblasti všímavosti dělají pokroky v prožívání daného okamžiku. Dvě třetiny respondentů uvádí, že nedělají každý den nějakou formu mindfulness, ale v položce číslo 6 uvádějí jako nejčastější používanou dovednost moudrou mysl, která spadá do modulu mindfulness.

V oblasti emocí jsou více čitelní pro druhé lidi (dokáží popsat své emoce), 1/3 respondentů však stále řeší problematické situace děláním „mrtvého brouka“.

V oblasti stresu vnímají větší odolnost, 2/3 aktivně používají dovednosti z tohoto modulu, když přijde krize.

ZÁVĚR

Tato diplomová práce je zaměřena na problematiku dialekticko-behaiviorální terapie u lidí s poruchou osobnosti. Shrnuje poznatky o dané problematice, seznamuje podrobněji s některými pojmy z dialekticko-behaviorální terapie.

Během zpracování tématu se ukázalo, že je mnohem více dostupných odborných i populárních knih, zabývající se problematikou poruch osobnosti, než před deseti lety. Zároveň vznikají knihy zabývající se i jen určitým fenoménem objevující se u poruch osobnosti (např. sebevražedné chování). Stále se autoři nemohou shodnout u vzniku nemoci, kdy se jedná o disharmonický vývoj osobnosti a kdy už o poruchu osobnosti, hranice dospělosti je velmi tenká. Překvapilo nás, že stále není žádná dostupná komplexní knížka o dialekticko-behaviorální terapii v češtině. Čeští autoři se o tomto typu terapie buď okrajově zmíní, nebo jen shrnují stručné poznatky.

Díky tomuto šetření jsme zjistili, že programy DBT Centra přinášejí většině uživatelům komplexní zlepšení jejich kvality života, alespoň z jejich úhlu pohledu. Stálo by za to uskutečnit v DBT Centru dlouhodobější výzkum, který by získal tvrdá data porovnáváním dovedností uživatelů před nástupem do služby a po absolvování jeho programu.

LITERATURA

1. BALCAR, K. *Úvod do studia psychologie osobnosti: Vysokoškolská učebnice pro studenty filozofických fakult studijního oboru psychologie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1983.
2. BAŠTECKÁ, B., MACH, J. *Klinická psychologie.* Praha: Portál, 2015. s. 453–456 ISBN 978-80-262-0617-0.
3. BLATNÝ, M. *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy.* Praha: Grada, 2010. Psyché. ISBN 978-80-247-3434-7.
4. BLATNÝ, M, PLHÁKOVÁ, A. *Temperament, inteligence, sebepojetí: nové pohledy na tradiční témata psychologického výzkumu.* Brno: Psychologický ústav Akademie věd ČR, 2003. s. 11–42. ISBN 80-86620-05-0.
5. BOUČEK, J. *Speciální psychiatrie.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. s. 177–203. Učebnice. ISBN 80-244-1354-X.
6. COHEN, R. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi.* Praha: Portál, 2002. s. 140–150. ISBN 80-7178-497-4.
7. ČEŠKOVÁ, E., M. SVOBODA a H. KUČEROVÁ. *Psychologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy.* Praha: Portál, 2006. s. 255 – 265. ISBN 80-7367-154-9.
8. DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS FIFTH EDI T ION DSM-5 ™ 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, c2013. ISBN 978-0-89042-555-8.
9. DRAPELA, V. *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál, 1997, ISBN 80-7178-134-7.
10. HŘEBÍČKOVÁ, M. *Pětifaktorový model v psychologii osobnosti: přístupy, diagnostika, uplatnění.* Praha: Grada, 2011. Psyché. ISBN 978-80-247-3380-7.
11. KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci.* Praha: Grada, 2008. Psyché. ISBN 978-80-247-2333-4.
12. LÁTALOVÁ, K., D. KAMARÁDOVÁ a J. PRAŠKO. *Suicidialita u psychických poruch.* Praha:Grada, 2015. s. 117–137 Psyché. ISBN 978-80-247-4305-9.
13. LINEHAN, M. M. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder.* New York: Guilford Press, 1993a. ISBN 0-89862-183-6.
14. LINEHAN, Marsha M. *Skills Training Manual for Treating borderline personality disorder.* New York: Guilford Press, 1993b. ISBN 0-89862-034-4.

15. MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ A PŘIDRUŽENÝCH ZDRAVOTNÍCH PROBLÉMŮ: MKN-10 : desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1. 1. 2009. 2., aktualiz. Vyd. Praha: Bomton Agency, 2008-. s. 226–229. ISBN 978-80-904259-0-3.
16. NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti.* Praha: Academia, 1995. ISBN 80-200-0525-0.
17. SVOBODA, M. *Psychologická diagnostika dospělých*. Vyd. 3., Praha: Portál, 1999, s. 149–298) ISBN 80-7367-050-X
18. PRAŠKO, J. *Poruchy osobnosti.* Vyd. 3., Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0900-3.
19. PROBSTOVÁ, V. a O. PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly.* Praha: Portál, 2014. s. 119–170. ISBN 978-80-262-0731-3.
20. ROBOCH, J. a P. ZVOLSKÝ. *Psychiatrie.* Praha: Galén, c2001. s. 330–334 ISBN 80-7262-140-8.
21. ŠLEPECKÝ, M., J. PRAŠKO, A. KOTIANOVÁ aj. VYSKOČILOVÁ. *Třetí vlna v kognitivně-behaviorální terapii: nové směry.* Praha: Portál, 2018. s. 13–44. ISBN 978-80-262-1340-6.
22. ZIEDLEGOVÁ, K. *Mezi životem a smrtí*. Nakladatelství Petrklíč, 2018. ISBN 978-80-7229-639-2.

Periodika:

PRAŠKO, J. Léčba poruch osobnosti/Treatment of personality disorder. *Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii.* Praha: Tigis, 2018, roč. 22. ISSN 1211-7579.

KOUTEK, J. a J. KOCOURKOVÁ. Deprese a suicidální jednání v dětství a adolescenci. *Psychiatrie pro praxi.* Olomouc: SOLEN, 2018, roč. 19, č. 1 s. 12–15. ISSN 1213-0508.

Zákony

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.

Disertační práce

ERNEST, R. *Komunitní terapie poruch osobnosti.* Praha: Univerzita Karlova. Filosofická fakulta. Katedra psychologie, 2008. 120 s. vedoucí disertační práce doc. PhDr. Jiří Šípek, CSc.

Nepublikované práce

KUO J. a E. CHEN. *Dialectical behavior therapy, Treating multiple severe Disorders with DBT, Behavioral Tech.* Seattle, 2003. 48 s.

TUMLÍŘOVÁ, R. Vnitřní metodika pro provoz DBT Centra, Praha, 2016. 20 s.

PŘÍLOHA 1
Dotazník

Vážená paní, vážený pane,

dovoluji si Vás požádat o spolupráci formou tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma *„Dialekticko-behaviorální terapie u lidí s poruchou osobnosti“*. Dotazník obsahuje 7 položek, jeho vyplněním mi věnujete 5-8 minut Vašeho času.

Dotazník je určen pro uživatele služby DBT Centra, kteří absolvovali celý půlroční program sociální služby DBT Centra.

Pokud chcete být vyrozuměn/a o výsledcích výzkumu, můžete na konci zanechat Vaši emailovou adresu.

Děkuji.

Mgr. Miroslava Čevelíková

1. Pohlaví: muž žena

2. Věk:……..

3. pracuji studuji chodím na pravidelné brigády

jiné:……

4. Do jaké míry pro Vás byly jednotlivé bloky srozumitelné? (Vyznačte prosím na škále, kdy 0 % = nerozuměl(a) jsem, 100 % = rozuměl(a) jsem všemu.)

Zvědomování přítomnosti

0 % 10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 % 70 % 80 % 90 % 100 %

Stresová tolerance

0 % 10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 % 70 % 80 % 90 % 100 %

Usměrňování emocí

0 % 10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 % 70 % 80 % 90 % 100 %

Efektivita mezilidských vztahů

0 % 10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 % 70 % 80 % 90 % 100 %

5. Které nabyté dovednosti používáte ve svém životě nejčastěji (max. 3):

……

……

……

6. Jak často používáte/nepoužíváte tyto bloky dovedností ve svém každodenním životě?

(Vyznačte prosím na škále, kdy 0 % = nepoužívám vůbec, 100 % = používám velmi často.)

Zvědomování přítomnosti

0 % 10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 % 70 % 80 % 90 % 100 %

Stresová tolerance

0 % 10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 % 70 % 80 % 90 % 100 %

Usměrňování emocí

0 % 10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 % 70 % 80 % 90 % 100 %

Efektivita mezilidských vztahů

0 % 10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 % 70 % 80 % 90 % 100 %

7. Využíváte dál nějakou formu DBT terapie? ANO NE

8. Pokud ano, zaškrtněte, kterou:

Individuální psychoterapii Skupinový program DBT Svépomocnou skupinu

9. Jaká forma terapie Vám při ukotvování dovedností napomáhala nejvíce?

(Zaškrtněte, která z nich.)

Individuální psychoterapie Skupinové sezení (DBT v praxi)

DBT skupiny (teorie, vyhodnocování domácích úkolů)

10. Nyní Vám v tabulce předkládám 12 tvrzení o dopadu DBT technik na Váš praktický život. Pokuste se na ně prosím odpovědět. (Zaškrtněte ANO, nebo NE.)

A.	Vnímám, že mé blízké vztahy jsou méně chaotické.	**ANO**	**NE**
B.	Více prožívám daný okamžik.	**ANO**	**NE**
C.	V těžkých životních chvílích umím podpořit sám sebe (sebepodporující myšlenky).	**ANO**	**NE**
D.	Zvládám řešit problémy, které mi život přinese.	**ANO**	**NE**
E.	Využívám nově nabyté dovednosti z okruhu mezilidských vztahů.	**ANO**	**NE**
F.	Používám dovednosti (STOP, PRO a PROTI, odvedení pozornosti jinam, sebezklidnění, či změnu tělesného prožívání), když mám krizi.	**ANO**	**NE**
G.	Nedělám mrtvého brouka, když mám nějaký problém, ale řeším ho.	**ANO**	**NE**
H.	Mám pocit, že mi život utíká mezi prsty a nemohu ho chytnout.	**ANO**	**NE**
I.	Aktivně pracuji na tom, abych měl/a blízké, mezilidské vztahy.	**ANO**	**NE**
J.	Vnímám větší osobní odolnost vůči stresu, který mi život přináší.	**ANO**	**NE**
K.	Každý den dělám nějakou formu mindfulness.	**ANO**	**NE**
L.	Dokážu popsat druhým své emoce, prožitky.	**ANO**	**NE**

Zde je proctor pro uvedení Vaší emailové adressy:

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE
Jméno a příjmení autorky: Miroslava Čevelíková
Studijní program: psychologie
Název práce: Dialekticko-behaviorální terapie u lidí s poruchou osobnosti
Vedoucí práce: Mgr. Katerína Durecová
Rok dokončení práce: 2018
Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh)
Přímé citace: 2 071
Ostatní text: 74 958
Celkový počet znaků: 77 029
Názvy souborů umístěných na doprovodném CD
Text práce ve formátu PDc:
Text práce ve formátu DOC nebo DOCu:
Další soubory:

Posudek vedoucího bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií

Jméno a příjmení studentky: Miroslava Čevelíková
Obor studia: Psychologie
Název práce: Dialekticko-behaviorální terapie u lidí s poruchou osobnosti
Vedoucí práce: Mgr. Katarína Durecová

Technické parametry práce:
Počet stránek textu (bez příloh):51
Počet stránek příloh:2
Počet titulů v seznamu literatury: 28

	0**	1	2	3	4
Výběr tématu					
Závažnost tématu		1			
Oborová přiléhavost tématu		1			
Originalita tématu a jeho zpracování		1			
Formální zpracování					
Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)			2		
Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)		1			
Formální zpracování (jasnost tématu, rozčleněni textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)			2		
Metody práce					
Vhodnost a úroveň použitých metod		1			
Využití výzkumných empirických metod		1			
Využití praktických zkušeností		1			
Obsahová kritéria a přínos práce					
Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)		1			
Naplnění cílů práce		1			
Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu		1			
Návaznost kapitol a subkapitol		1			

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	1			

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

	1			

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

1. Jak DBT přístup konceptualizuje potíže klientů s emočně nestabilní osobností?
2. Které jsou základní strategie DBT?
3. Jaký je pohled autorky na možnost integrace DBT s jinými přístupy?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka představila dialektickou behaviorální terapii jako formu tradiční kognitivně behaviorální terapie, která byla původně vytvořená pro léčbu klientů s hraniční poruchou osobnosti a postupně se začala využívat i u dalších poruch osobnosti k ovlivnění impulzivnosti, emoční lability, interpersonálních potíží, závislostí a suicidálního jednání.

Práce odráží dobrou orientaci autorky v tématu poruch osobnosti a především výbornou znalost a bohaté zkušenosti s klientelou s emočně nestabilní poruchou osobnosti. Srozumitelně přiblížila specifický pohled DBT na konceptualizaci potíží lidí s touto osobností a vysvětlila základní postupy terapie. Detailně vysvětlila strukturu programu DBT v centru Kaleidoskop a zpracovala výsledky šetření přínosu tohoto programu pro klienty.

Autorka se opírala především o publikace českých autorů, možná by bylo dobré doplnit ještě výzkumné studie, které se zabývají efektivností využití DBT ze zahraničních zdrojů (JAMA Psychiatry, Behavior Research and Therapy, Journal of Consulting and Clinical Psychology).

Empirická studie kvantitativně-popisného druhu je zpracována solidně, od formulace výzkumných otázek a tvorby dotazníkových škál až po percentuální zpracování odpovědí a přiměřeně opatrnou interpretací výsledků (statistického testování hypotéz se u popisných studií neužívá). Autorka správně upozorňuje na to, že v dotazníku pracuje se subjektivními výpověďmi, jejichž validita není známa; zároveň však konfrontuje tyto jinak věrohodně vyhlížející údaje z nich s praktickým chováním respondentů v podobě jejich účasti na terapeutických programech centra.

I když se v práci místy objevují problémy s určitou nevyvážeností a neuceleností výkladu a také četnější pravopisné nesprávnosti, autorka demonstrovala dobré porozumění zkoumané problematice a vcelku srozumitelně je podala. Proto i celou bakalářskou práci hodnotím jako zdařilé splnění jejího zadání.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/~~nedoporučuji~~*

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis:

10.09.2018 Mgr. K. Durecová

10. 9. 18 Durec

* nehodící se, škrtněte

Posudek oponenta bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií

Jméno a příjmení studentky: Miroslava Čevelíková
Obor studia: Psychologie
Název práce: Dialekticko behaviorální terapie u lidí s poruchou osobnosti
Oponent práce: Mgr. Jan Jakub Zlámaný Ph.D.

Technické parametry práce:
Počet stránek textu (bez příloh): 54
Počet stránek příloh: 3
Počet titulů v seznamu literatury: 27

	0**	1	2	3	4
Výběr tématu					
Závažnost tématu		1			
Oborová přiléhavost tématu		1			
Originalita tématu a jeho zpracování		1			
Formální zpracování					
Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)		1			
Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)		1			
Formální zpracování (jasnost tématu, rozčleněni textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)		1			
Metody práce					
Vhodnost a úroveň použitých metod		1			
Využití výzkumných empirických metod		1			
Využití praktických zkušeností		1			
Obsahová kritéria a přínos práce					
Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)		1			
Naplnění cílů práce		1			
Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu		1			
Návaznost kapitol a subkapitol		1			
Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost					

výsledků v praxi		1			
Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)		1			

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Otázka k obhajobě:
Jaké je kritický pohled (např. z pohledu fenomenologické psychologie) na diagnostickou koncepci tzv. poruch osobnosti? Jaká je kritika DBT přístupu?
Mohl ovlivnit nějak nástroj sběru dat (on line dotazník) výsledky výzkumu?

Předkládaná práce splňuje nároky kladené na bakalářskou práci.

Stručný obsah práce:

Autorka rozdělila práci na teoretickou a empirickou část. Teoretická část obsahuje jednu kapitolu, kterou dále členila do 5 subkapitol. Popisuje v nich koncept osobnosti, problematiku poruch osobnosti, specifické poruchy osobnosti a dialekticko-behaviorální terapii. V další kapitole, která je zároveň empirickou částí práce a je členěna do 5 subkapitol, zjišťuje, jaké jsou účinky dialekticko behaviorální terapie na zvládání života 25 klientů, kteří absolvovali tento typ léčby v rámci DBT centra.

Celkové hodnocení práce:

Kolegyně v teoretické části prokázala schopnost práce s odbornou literaturou a systematického shromažďování informací o daném tématu. Z teoretického hlediska nevynechala, dle mého názoru, nic podstatného.V empirické části pro svůj výzkumný cíl využila kvantitativní metodologii. Metodou sběru dat byl on-line dotazník vlastní konstrukce. Autorka je poměrně stylisticky zdatná a v teoretické části popisuje všechny podstatné pojmy a teoretické koncepty spojené se studovanou problematikou. V praktické části své práce, prokazuje schopnost použít kvantitativní výzkumnou metodologii, zkonstruovat dotazník, sesbírat data a srozumitelně interpretovat výsledky.

Připomínky:

Formální: Chybí mi v obsahu BC práce kapitola diskuse tzn. kritický pohled na DBT i svojí práci, jinak neshledávám závažnější formální nedostatky. (Podr. viz otázka k diskusi)

Obsahové: U kvantitativních výzkumů je klíčová otázka výběru respondentů, která prostřednictvím on – line dotazování je omezená - odpoví jen ti co chtějí. To může velmi ovlivnit výsledky dotazování. (Viz. otázka k obhajobě.)

Celkově: **Ocenit musíme volbu tématu, které je velmi aktuální a přiléhavě odpovídá studovanému oboru. Práci hodnotím jako výbornou a doporučuji ji k obhajobě.**

Navrhovaná klasifikace: **výborně**
Doporučení k obhajobě: doporučuji*

* nehodící se, škrtněte