

**Pražská vysoká škola psychosociálních studií**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2019**

**Markéta Součková**

**Pražská vysoká škola psychosociálních studií**



**Prožívání terapeutického vztahu s hraničním klientem  
očiima psychoterapeuta**

Markéta Součková

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Magdalena Kotřová, Ph.D.

**Praha 2019**

**Prague College of Psychosocial Studies**



**Therapeutic Relationship with a Client Suffering from  
Borderline Personality Disorder: A Psychotherapist's  
Perspective**

Markéta Součková

The Bachelor Thesis Work Supervisor: PhDr. Magdalena Kot'ová,  
Ph.D.

**Praha 2019**

## **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 27.7.2019

.....

Podpis autorky

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí své bakalářské práce PhDr. Magdaleně Koťové, Ph.D. za to, že dala mé práci směr i za cenné připomínky.

Dále děkuji všem terapeutům, kteří se zúčastnili mého výzkumu za jejich otevřenost a ochotu sdílet se mnou své prožitky.

## **Abstrakt**

Bakalářská práce se zabývá prožíváním terapeutického vztahu s hraničním klientem z pohledu psychoterapeuta. Teoretická část práce nejprve definuje, co je to hraniční porucha osobnosti a jaké jsou její charakteristické rysy, a poté se věnuje možnostem psychoterapie těchto klientů. Důraz klade zejména na obecně platná specifika při práci s těmito klienty, následně zmiňuje jednotlivé přístupy v psychoterapii a rámcově je popisuje. V praktické části práce je nastíněna kvalitativní výzkumná sonda, v níž lze prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů nahlédnout, co prožívají terapeuti při individuální práci s hraničními klienty a, jaké jsou jejich strategie zacházení s těmito prožitky. Prostor je věnován i pohledu dotazovaných terapeutů na to, jak pohlíží odborná veřejnost na jedince s touto diagnózou.

## **Klíčové pojmy**

hraniční porucha osobnosti, psychoterapie, prožívání, emoce, pocity, strategie zvládání, stigma

## **Abstract**

The Bachelor's thesis focuses on therapeutic relationship with a client with borderline personality disorder from a psychotherapist's perspective. First, the theoretical part defines borderline personality disorder and its characteristics. Next, it concentrates on possible psychotherapy techniques aimed at these clients. In particular, this part emphasizes generally applicable specifics of work with these clients and then it mentions individual approaches in psychotherapy and describes them. The practical part is conducted by a qualitative research method. Using semi-structured interviews, this part attempts to understand what therapists experience in their individual work with clients suffering from borderline personality disorder. It also concentrates on therapists' coping strategies for dealing with these experiences and discusses their opinion on how clients with this diagnosis are viewed by other professionals.

## **Key words**

borderline personality disorder, psychotherapy, experience, emotions, feelings, coping strategies, stigma

# Obsah

ÚVOD .....	8
<b>TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>9</b>
<b>1.    HRANIČNÍ PORUCHA OSOBNOSTI .....</b>	<b>9</b>
1.1 Hraniční porucha osobnosti - historie diagnózy.....	9
1.2 Faktory ovlivňující vznik a vývoj hraniční poruchy osobnosti .....	11
1.3 Výskyt hraniční poruchy osobnosti .....	13
1.4 Charakteristika hraniční poruchy osobnosti .....	14
1.5 Obranné mechanismy.....	16
<b>2.    TERAPIE KLIENTŮ S HRANIČNÍ PORUCHOU OSOBNOSTI .....</b>	<b>19</b>
2.1 Obecně platná specifika v terapii hraničních klientů (napříč terapeutickými směry).....	20
2.2 Konkrétní psychoterapeutické přístupy k terapii hraničních klientů .....	21
<b>VÝZKUMNÁ ČÁST .....</b>	<b>30</b>
<b>3.    METODIKA VÝZKUMNÉ SONDY .....</b>	<b>30</b>
3.1 Cíl výzkumné sondy a výzkumné otázky .....	30
3.2 Výzkumný soubor .....	31
3.3 Příprava na výzkumnou sondu .....	33
3.4 Etické aspekty výzkumné sondy .....	37
3.5 Metoda získávání dat.....	38
3.6 Metoda analýzy dat.....	39
3.7 Výsledky výzkumného šetření.....	40
<b>DISKUSE.....</b>	<b>59</b>
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>62</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>63</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>65</b>
Příloha 1.....	65
Příloha 2.....	65
Příloha 3.....	65



# ÚVOD

Téma práce *Prožívání terapeutického vztahu s hraničním klientem očima psychoterapeuta* jsem zvolila z důvodu, že sama již třetím rokem s těmito klienty pracuji. I proto jsem si nemohla nevšimnout, že ačkoli se tomuto tématu v zahraničí věnuje mnoho odborných publikací, článků i studií, v České republice se mu zatím nedostává takové pozornosti, jakou si zaslouží. Zamýšlím se nad tím, jaké je pro jiné terapeuty pracovat s klienty s hraniční poruchou osobnosti, co prožívají a co si myslí, jakou cestu volí, aby svým klientům pomohli dosáhnout jejich cílů. Pokládám si otázku, co může terapeut na této cestě očekávat, i jakým způsobem by o sebe měl pečovat. Dále jaké strategie mohou terapeutovi pomoci při zpracovávání vlastních prožitků, aby mohl nastoupit na dobrodružnou cestu světem s těmito klienty, a přitom se na ní bezpečně udržet.

Teoretická část mé práce se věnuje hraniční poruše - od "historie" diagnostické kategorie přes její vývoj až po její charakteristické projevy. Dále se zaměřuje na možnosti psychoterapie lidí trpících touto poruchou osobnosti a to napříč terapeutickými směry uznávaných zásad práce s touto klientelou až po představení konkrétních přístupů, které se v práci s hraničními klienty osvědčily. Výzkumná část práce si klade za cíl pomocí polostrukturovaných rozhovorů a jejich následné analýzy do hloubky prozkoumat prožívání terapeutů, kteří dlouhodobě pracují s lidmi s hraniční poruchou osobnosti. Tato část je zaměřena především na prožitky, které se u terapeutů objevují při práci s touto klientelou a na jejich strategie, kterými se s těmito prožitky vyrovnávají. Dále se věnuje tématu stigmatizace hraničních klientů ze strany odborné veřejnosti a důvodům, které k ní mohou vést.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. HRANIČNÍ PORUCHA OSOBNOSTI

Hraniční porucha osobnosti je ve své barevnosti, živosti a nezkrotnosti velmi často připodobňována k jízdě na horské dráze. Životy lidí potýkajících se s takto označenými obtížemi jsou skutečně někdy až neuvěřitelnou směsicí nejrůznějších protikladů, vzestupů a pádů, lásky k životu a tužbě po smrti, bažení po vztazích a pálení mostů, emocí silných tak, že jsou někdy až k nevydržení. Zároveň bych si ale netroufla říct, že takzvaný hraniční klient je vždy bouřlivě emoční a živelný, nebo jakkoli jinak se pokusit tyto osoby unifikovat. Stejně jako u všech ostatních druhů potíží jsou i tito lidé nezjednodušitelní ve své rozmanitosti. A ačkoli rozumím tomu, že pro účely diagnostiky je definice určitých kritérií nezbytná, z pohledu psychoterapie se domnívám, že i když je určitě dobré mít tato diagnostická kritéria na paměti, není nezbytné se jich urputně držet, a nedat si možnost objevovat svět klienta v jeho jedinečnosti.

### 1.1 Hraniční porucha osobnosti - historie diagnózy

Pokud pátráme po kořenech diagnózy, která je dnes označována termínem Hraniční porucha osobnosti, zjistíme, že první náznaky hovořící o specifických rysech osobnosti se dají vystopovat až do dob řeckého lékaře Hippokrata, který pracoval na popisu různých temperamentových kategorií na základě čtyř tělesných tekutin a jejich vzájemného poměru v těle. Hippokratovým učením se inspiroval jeden z nejznámějších starořeckých lékařů Aretaeus z Cappadocie, který se mimo jiné zabýval střídavou přítomností impulzivní zlosti, melancholie a mánie uvnitř jedné osoby. Ačkoli se odkazy, s nimiž se můžeme v tomto období setkat, nezmiňují o uceleném souboru psychických rysů, přesto v nich nalézáme zmínky o lidech s výraznými tendencemi k intenzivním výkyvům nálady, přes depresivní propady k následným stavům připomínajícím euforii (Holubová, 2013). S postupným rozvojem psychiatrie byla tato témata pečlivěji studována a popisována. Různé osobnostní rysy v dnešní době popisované jako

„hraniční“, tedy například střídání odporu a sympatií, impulzivní jednání, sebepoškozování aj., byly, jak píše Unger, součástí pojmů maniodepresivity nebo cyklotymie. Teprve ve 30. letech 20.století byla definována nová kategorie duševních poruch, které se nacházejí na pomezí neurózy a psychózy (2008). Prvním, kdo se pokusil definovat termín „hraniční porucha osobnosti“, byl Adolph Stern v roce 1938. Všiml si, že stále přibývá pacientů, které není možné zařadit do kategorie neurotických onemocnění, a zároveň ani mezi onemocnění psychotická. Hlavsa (2007) uvádí, že z toho důvodu zavedl Stern pojem „hraniční skupina neuróz“, kterou odlišuje hraniční neurózy od tak zvaných „pravých neuróz“ pomocí deseti kritérií, mezi které patří „nepřiměřená hypersenzitivita“, „psychická a somatická rigidita“, „masochismus“, „somatická úzkost“, „mechanismus projekce“, „potíže s testováním reality“, „narcismus“ (současná idealizace a devalvace analytika). Ve 40. a 50. letech si stejně jako Stern začali další psychoanalytici všimnout skupiny pacientů, které nebylo možné zařadit do zavedených kategorií duševních onemocnění. Jednalo se o pacienty, kteří se na první pohled jeví jako neurotičtí, ale když s nimi byla zahájena terapie, tradičně psychoanalýza, začaly se symptomy zhoršovat a pacienti na léčbu nereagovali způsobem, jakým byli odborníci u neurotických pacientů zvyklí. Naopak tu pak byli pacienti, kteří vykazovali psychotické příznaky, a často byli diagnostikováni jako schizofrenní, nicméně po nastoupení léčby se velmi rychle a výrazně zlepšili, v některých případech až do vymizení příznaků, za dobu, která byla v případě klasického průběhu léčby schizofrenie nevídaná. (Kreisman & Straus, 2017)

Mnoho odborníků se shodovalo na tom, že se jedná o poruchu podobnou schizofrenii, proto se ve snaze postihnout v názvu specifika této poruchy objevovala označení jako „pojízdná schizofrenie“ (Zilboorg), latentní schizofrenie (Rapaport) a další. Jak uvádí Kreisman a Straus „v roce 1942 popsala Deutschová skupinu pacientů, kteří překonávali vnitřní pocit prázdnoty tím, že jako chameleoni měnili své vnitřní a vnější emoční zážitky, aby odpovídali lidem a situacím, jimž se v danou chvíli věnovali“ (2017, s.232). O jedenáct let později se Knight znovu vrátil k označení „hraniční“, v úvahách nad tím, že ačkoli mají tito pacienti různorodé příznaky, patologie je společná, při popisu pacientů klade důraz zejména na „slabost ega“. Ačkoli se výzkumní pracovníci propracovávali k jasnějším obrysům této poruchy čím dál více, pro praktikující klinické lékaře byla stále zahalená do mnoha pochyb a nejasností. Z hraniční poruchy se stala jakási „zbytková diagnóza“ pod kterou bylo možné zahrnout všechny případy pacientů,

kteře neodpovídaly obvyklým diagnózám a odborníci jim nerozuměli a nedařilo se jim je léčit.

V 60. a 70. letech se v rámci výzkum této problematiky objevili dva různé přístupy, školy, které se snažili sestavit jednotná kritéria, která by hraniční poruchu vystihovala. Empirická škola v čele s Gundersonem preferovala strukturovaný, behaviorální přístup založený na pozorovatelném chování pacientů, jehož nesporná výhoda spočívá v možnosti jej snáze postihnout, a tedy i zkoumat. Jejich definice založená především na základech poruch nálad a chování byla v 80. letech zapracována do DSM-III, kde byla odlišena od schizotypální poruchy osobnosti, později se stala součástí i DSM-IV. Druhá škola, pod vedením amerického psychoanalytika O. Kernberga, se zaměřovala především na výzkum vnitřního prožívání a obranných mechanismů pacientů, a nekladla takový důraz na pozorovatelné chování. Sám Kernberg pak představil svůj koncept Hraniční organizace osobnosti, kterou stavil mezi neurotické a psychotické uspořádání osobnosti. Toto schéma klade důraz na vnitřní fungování hraničních pacientů. (Kreisman & Straus, 2017)

Závazná kritéria, na jejichž základě se v současnosti odborníci orientují, byla popsána roku 1992 v poslední 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí. Finální terminologie v Americkém statistickém manuálu se ustálila až ve 4. verzi DSM-IV v roce 1994 (Holubová, 2013). Aktuálně už odborníci pracují s 5. revizí tohoto diagnostického manuálu (2013).

## **1.2 Faktory ovlivňující vznik a vývoj hraniční poruchy osobnosti**

Na otázku po příčině vzniku hraniční poruchy osobnosti zatím bohužel nemáme odpověď. Odborníci se shodují na tom, že k rozvoji této nemoci pravděpodobně přispívá mnoho různých faktorů. V odborné literatuře se objevuje jak teorie konstituční, zahrnující genetické a neurobiologické příčiny, tak i teorie, které kladou důraz na faktory vývojové. Dostáváme se tak k tradiční otázce „příroda versus výchova“. V této kapitole se pokusím krátce shrnout, základní argumenty, které by mohly svědčit pro jednu nebo druhou teorii. Já osobně se ztotožňuji s metaforou, kterou použili Kreisman a Straus ve své knize *Nenávidím tě, neopouštěj mě!* která zní: „Hraniční osobnost je složitou tapisérií, bohatě vyšitou nesčetnými protínajícími se nitkami.“ (2017, s. 78) Tedy s názorem, že ve vývoji

této komplikované poruchy je propojeno velké množství nejrůznějších faktorů, které lze od sebe jen velmi těžko oddělit.

### Genetické a neurobiologické faktory

Za pravděpodobný se pokládá podíl organicity, jak uvádí Smolík (1996), a to buď v důsledku perinatálního nebo postnatálního poranění, případně jako následek mozkové infekce. Silver zmiňuje jako možnou příčinu dysfunkci serotonergního systému, který si udržuje za normálního stavu optimální hladinu serotoninu vlastní syntézou. Praško mluví o tom, že pokud by se tento předpoklad potvrdil, bylo by možné hraniční poruchu osobnosti zařadit mezi afektivní poruchy (Praško, 2015).

S hraniční poruchou osobnosti, která je charakteristická impulzivním jednáním a poruchami nálad, bývají, dle Praška (2015), spojovány také dysfunkce některých neurotransmiterů, jako je například právě serotonin, dopamin nebo noradrenalin. Vzhledem k emoční nestabilitě příznačné pro hraniční klienty se stal centrem zájmu výzkumů především limbický systém. Bylo zjištěno, že hraniční pacienti vykazují výrazně zvýšenou činnost právě v oblasti limbického systému, který je zodpovědný za emocionalitu a impulzivitu. A zároveň nižší aktivitu prefrontálního kortexu, ovládajícího racionální myšlení, plánování a redukci emocí. Ve studii publikované v roce 2000 Driessenem a kolegy je uvedeno zjištění, že pacienti mají o 16% menší objem hipokampu než je tomu u kontrolní skupiny a objemy amygdal jsou menší také, a to o 8%. Tento výsledek je velmi zásadní, vzhledem k tomu, jakou roli hrají tyto části mozku u regulace emocí a agresivity u zvířat (Grambal, Praško & Kasalová, 2017).

### Vývojové faktory

Z psychologických a enviromentálních příčin zmiňuje Praško (2015) týrání, sexuální zneužívání, hyperprotektivní přístup rodičů k dítěti nebo naopak jeho odmítání. Hraniční rodinné zázemí se často vyznačuje incestem, násilím a/nebo alkoholismem (případně jinou závislostí).

Většina autorů se shoduje, že pro rozvoj závažného psychického onemocnění jsou zásadní první tři roky života. Obecně je také přijímaný fakt, že čím dříve je dítě vystaveno

traumatizující situaci s patologickým vlivem, tím závažnější psychické onemocnění může následně vzniknout (Říčan & Krejčířová, 2006). Za klíčové je považováno období mezi osmnácti a třiceti měsíci, kdy se dítě začíná pomalu oddělovat od matky (nebo jiné pečující osoby), a začíná zkoumat svět ve snaze získat autonomii. V tomto období hovoří Kreisman a Straus (2017) o dvou extrémech v přístupu rodičů (pečujících osob) k dítěti, které mohou vést k hraniční poruše osobnosti. První z nich osamostatňování dítěte brání, rodiče nejsou schopni opustit do té doby standartní symbiotický vztah, a dát dítěti prostor, který v této vývojové fázi potřebuje. Vyžadují, aby jejich tak zvaný „exkluzivní vztah“ pokračoval. Druhým typem jsou potom rodiče, kteří o své dítě pečují velmi málo, nevěnují mu příliš pozornost nebo je jejich péče jen občasná, kolísavá. Děti s tímto typem rodičů potom nezažívají pocity přijetí a potvrzení sebe sama. Oba tyto extrémní přístupy mohou vést k tomu, že se dítěti nepodaří vytvořit si stabilní a pozitivní vztah ke svému „já“, a to se následně může projevit neustálou intenzivní potřebou lásky a patologickým strachem z opuštění. Zároveň tato nestabilita v pojetí sebe sama může v konečném důsledku vést i k iracionálnímu a impulzivnímu chování. Například k pořezení se snaze předejít domnělému či skutečnému opuštění.

Dalším často uváděným faktorem je nefunkční nebo psychicky narušený rodič. Rodič může být například nevyzpytatelný, deprimovaný nebo může sám trpět výraznou psychopatologií.

### **1.3 Výskyt hraniční poruchy osobnosti**

Hraniční porucha osobnosti je uváděna jako pravděpodobně nejčastější porucha osobnosti vůbec, dle Praška (2015) postihuje přibližně 2-3% populace. Pro představu, Americká psychologická společnost v roce 2013 uvedla, že prevalence ambulantních pacientů s poruchou osobnosti je asi 27%, z toho pacientů s touto diagnózou je více než třetina. Ohledně hospitalizovaných pacientů s poruchou osobnosti uvádí 51%, z nichž hraniční poruchu osobnosti má dokonce 15-20% případů.

Tato diagnóza je častěji diagnostikována u žen než u mužů (2:1). Nicméně, jak podotýkají Hooley et al., dle Praška (2015), je třeba brát v potaz i fakt, že jsou to právě ženy, které častěji vyhledávají psychiatrickou péči a obecně představují většinu klinických vzorků i u jiných diagnóz.

Na základě studií rodin hraničních pacientů, uvádí Praško (2015), u geneticky příbuzných až pětkrát vyšší prevalenci poruch nálady, disociativních poruch a závislostí.

#### **1.4 Charakteristika hraniční poruchy osobnosti**

V této kapitole se pokusím přiblížit základní charakteristické rysy, které jsou s hraniční poruchou osobnosti spojovány. Obecně lze říct, že pacienti trpící touto poruchou mají problémy téměř ve všech oblastech svého života. Mají nestabilní obraz sebe sama, stejně jako obraz druhých a světa kolem sebe. Mají významnou a trvalou poruchu pocitu identity, která se projevuje například nejasnou sexuální orientací, nerozhodností, jakým směrem se chtějí ubírat v profesním životě, nebo jaké jsou jejich hodnoty. Jejich vnímání je ovlivňováno vrozenou přecitlivělostí, která se objevuje i v reakci na běžné události. Mají sníženou frustrační toleranci spojenou s impulzivními reakcemi. Objevují se u nich opakované výhrůžky sebevraždou, sebepoškozování, většina z nich má zkušenost i s pokusem o sebevraždu. Životem je provází velká obava z odmítnutí, které si často paradoxně přivodí svým nepředvídatelným chováním, a to je jen jeden z mnoha bludných kruhů, ve kterých jsou chyceni.

Typické pro hraniční poruchu osobnosti je především výrazná emocionální nestabilita a nápadnosti v projevech chování. Za základní charakteristické rysy označují Grambal, Praško a Kasalová (2017) například neschopnost nakládat se silnými emočními prožitky jinak, než okamžitě a bez uvážení volit nejkratší možnou cestu vedoucí k úlevě. Což v jejich případě často znamená nějakou formu sebepoškozujícího chování, ať už řezání se, pálení, nadužívání alkoholu či rychlé jízdy autem. Hraniční pacient se pod vlivem silných emocí často dopouští kognitivního zkreslení situace, na jehož základě následně jedná v přesvědčení, že je to jediný možný způsob řešení situace. Ačkoli je většina pacientů schopná zpětně reflektovat, co spustilo jejich impulzivní reakci, přesto své konání i s odstupem obvykle hodnotí jako přiměřené situaci.

Pacienti trpící touto diagnózou mají sklon k potlačování negativních emocí, důvodem je pravděpodobně opakovaná zkušenost z dětství, kdy jejich autentické projevy negativních emocí nebyly pečující osobou přijímány či byly dokonce za jejich projevení trestány. Naučili se tedy tyto emoce neprojevovat a shromažďovat je v sobě. Toto

nahromadění se po určitém čase nutně projevuje emočními výbuchy, které není v moci pacienta korigovat.

Typicky problematické jsou pro hraniční osobnosti interpersonální vztahy. Jejich vztahy bývají zpravidla velmi intenzivní, plné dramatu a zvrátů a nezřídka končí špatně. Mají velký problém v rozpoznávání hranic, a to jak svých, tak i druhé osoby. Snaží se tedy tento nedostatek kompenzovat tím, že jdou z jednoho extrému do druhého. Často jsou jejich vztahy založené na velmi křehkých základech, a fungují na principu všechno nebo nic. Tvoří extrémně závislé vztahy ve snaze najít symbiózu, která jim nebyla dána jako dětem. Touží po velmi hlubokém, někdy až spirituálním, splynutí. Toto splynutí je pro ně ale zároveň velice ohrožující, protože na jeho základě upadají do velkých úzkostí ze ztráty sebe samého, a ve snaze uchránit se a vytvořit ve vztahu odstup postupují způsobem, že milovaného partnera začnou odmítat a kritizovat. Následně se objeví známá úzkost, že by mohli o partnera přijít, a dělají všechno proto, aby si ho udrželi. Není ojedinělá ani nedůvěřivost a podezřívavost spolu s testováním, kam až mohou ve vztahu zajít. Charakteristické je také černo-bílé vnímání ostatních. Druzí lidé jsou vnímáni buď jako výhradně dobří nebo špatní, což je následek obranného mechanismu zvaného „splitting“ neboli štěpení, kterému se budu věnovat v dalších částech své práce. Je nasnadě, že vydrzet v takovémto vztahu, může být pro partnera hraničního pacienta velmi vyčerpávající a náročné.

Dalším příznačným projevem je tendence k hašteřivosti, která vede k vyvolávání konfliktních situací. Nejčastěji nastává ve chvílích, kdy jsou hraniční klienti vystaveni kritice nebo odmítnutí. Tyto situace mohou nastávat velice často, protože ačkoli jsou sami v mnoha ohledech poměrně dost kritičtí, nezřídka vyžadují od svého okolí nasycení svých obtížně nasytitelných potřeb a očekávají, že druzí naplnění jejich někdy až nerealistické představy o vztahu. Pokud se toto naplnění nedostaví, vyhodnocují to jako nedostatečný zájem o svou osobu, na což reagují frustrací, zklamáním a prožívají pocit odmítnutí. Hraniční pacienti, jak uvádí Grambal, Praško a Kasalová „často reagují na známky nezájmu nebo odmítnutí panikou, emoční labilitou, pocitem nesnesitelné tenze, nevědomou manipulací, hněvem nebo impulzivitou“ (2017, s. 13).

U poměrně velkého procenta postižených se projevuje takzvaná pananxieta neboli intenzivní všeprostupující úzkost. Která vytváří pocit nesnesitelného vnitřního napětí,



kterého se pacient snaží zbavit pomocí medikace, nebo případně alkoholem či jiným sebepoškozujícím chováním. (2017)

Lieb, Zanarini a kol. ve svém článku „*Borderline personality disorder*“ vymezují čtyři hlavní kategorie, ve kterých se projevují problémy hraničních osobností. Pod souhrnné označení „porucha afektivity“ řadí napětí, averzi, vztek, smutek, stud, paniku, děs a chronické pocity prázdnoty a osamělosti. Druhá kategorie je věnována „narušení kognice“, spadají do ní přesvědčení o vlastní špatnosti či nedostatečnosti a disociativní stavy – depersonalizace, derealizace. Třetí kategorie rozděluje impulzivitu na dva typy – úmyslně destruktivní (tedy sebepoškozování, suicidální myšlenky a pokusy) a obecné formy impulzivity (poruchy stravování, užívání návykových látek, rychlá jízda aj.) Poslední oblastí jsou „nestabilní mezilidské vztahy“ (Holubová, 2013).

## 1.5 Obranné mechanismy

Každý z nás má ve svém životě k dispozici paletu různých obranných mechanismů. Obranné mechanismy jsou specifické způsoby chování, které využíváme v případech, kdy hrozí narušení naší psychické rovnováhy. Slouží k tomu, abychom s jejich pomocí uchránili celistvost vlastního já. Tyto mechanismy můžeme rozdělit na vývojově zralejší a ty, které patří k primitivnějším osobnostním strukturám. Podle toho, jak se naše já postupně vyvíjí, učíme se chránit svou integritu pomocí vývojově zralejších forem obranných mechanismů (Unger, 2008). Hraniční osobnosti využívají převážně primitivnější druhy mechanismů, jakými jsou štěpení (splitting), projektivní identifikace.

### Štěpení (splitting)

Štěpení je bazální obranný mechanismus, který používají už nejmenší děti, když se snaží integrovat vnější svět do své vyvíjející se identity. Ke štěpení podle Röhra (2012) může dojít tehdy, když je dítě jedním z rodičů nechtěné nebo odmítané, a to v prenatálním období a/nebo po narození. Být milovaný rodiči je základní potřeba každého dítěte, a pokud není tato bazální potřeba naplněna, usiluje dítě o to, aby si lásku rodičů získalo

jiným způsobem, například dobrým výkon. Pokud se mu nepodaří ani tak rodičovské lásky dosáhnout, usídli se v něm pocit, že je nedostatečné, a že je jeho existence ohrožena, a to vede k silné úzkosti. Aby se mohlo této úzkosti alespoň částečně zbavit, učí se úzkost odštěpit, aby ji necítilo, protože pochopit rozporuplnost ve vztahu je pro něj ještě příliš obtížné.

Kernberg popisuje mechanismus štěpení jako nejdůležitější mechanismus, který mají hraniční pacienti k dispozici. Vnímá ho coby aktivní proces, pomocí kterého se od sebe mohou oddělit protichůdné psychické obsahy a afekty. Třídí tak vnější objekty do černobílých kategorií. Vnímané objekty jsou tedy buď „dobré“ nebo „špatné“ (Grambal, Praško & Kasalová, 2017). Hraniční pacienti pomocí této obrany potom vnímají blízké osoby v roli naprosto zidealizovaných zachránců nebo jako zosobnění zla. Nicméně ze zachránce se může v mžiku stát zloduch a naopak. Ovšem v jednu chvíli je tento objekt špatný nebo dobrý, není rozvinutá schopnost vnímat objekt integrovaně v jeho rozmanitosti s pozitivními a negativními stránkami zároveň. Ačkoli je tento mechanismus u malých dětí běžný, v dospělosti se u zdravě se vyvíjejících osob přeměňuje na vytěsnění.

### Projektivní identifikace

Projektivní identifikace je mechanismus sloužící hraničnímu pacientovi, který se neumí vypořádat s intrapsychickým konfliktem, k tomu, aby tento konflikt převedl na vnější úroveň ve vztahu k druhé osobě. Ke spuštění mechanismu dochází v momentě, kdy by měl pacient být konfrontován s negativními pocity týkajícími se jeho osoby. Například s prožitkem vlastní bezcennosti, agresivity a nenávisti k sobě samému, tato obrana funguje tak, že aby pacient uchránil pozitivní obraz svého já, promítne tyto negativní pocity na druhé osoby jako na projekční plátno. Tato strategie je spojena na jednu stranu s nevědomou nadějí, že daná osoba dokáže pro pacienta nezpracovatelnou zkušenost přijmout, a zpracovat ji za něj, ale i se strachem, že to daná osoba nedokáže, a stane se pro něj reprezentací této odštěpené části intrapsychické zkušenosti. Druzí lidé jsou pak nevědomě vmanipulováni do chování, které promítanému materiálu odpovídá. Pokud se tedy pro představu pacient potýká s nenávistí k sobě samému, promítne tento pocit do druhého člověka, tedy ho označí jako někoho, kdo ho nenávidí, a následně se pak k němu podle toho chová. Tím je druhý člověk vlastně vmanipulován do pozice někoho, kdo

smýšlí o pacientovi negativně, tím pádem musí snášet jeho vztek na sebe, a často se zde uplatní, jak píše Praško (2015), sebenaplňující se proroctví v tom slova smyslu, že osoba, na kterou byla tato projekce promítnuta, může začít pociťovat k pacientovi tytéž pocity, které jí on sám připsal.

### Psychotické obrany

Dalšími obrannými strategiemi, které se mohou objevit, pokud je pacientovo slabé já pod natolik silným a neúnosným tlakem, že není schopno situaci zvládnout, jsou stavy na pokraji psychózy, které chrání pacienta od konfrontace s realitou. Mezi tyto stavy řadí Boleloucký (1993) za prvé stav derealizace, kdy má jedinec pocit, že on ani okolní svět nejsou reální. Za druhé stav depersonalizace, tedy pocit oddělení od vlastního prožívání i těla. A dále disociaci, odštěpení určitých částí vlastní osobnosti.

Mezi další obranné mechanismy, se kterými se můžeme u osob s diagnózou hraniční porucha osobnosti setkat řadíme například vytěsnění, devalvací či omnipotentní kontrolu

## 2. TERAPIE KLIENTŮ S HRANIČNÍ PORUCHOU OSOBNOSTI

Osoby s hraniční poruchou osobnosti řadí většina odborníků k nejobtížnější skupině klientů z hlediska terapeutické práce. Z toho důvodu není ojedinělé, že se tito pacienti v průběhu svého života setkávají s mnohým zklamáním za strany terapeutické veřejnosti. Je velmi časté, že pacient terapeuta ihned po příchodu na první setkání informuje, že už má za sebou mnoho různých individuálních a skupinových terapií, ze kterých byl povětšinou vyloučen a/nebo mu bylo tak či onak naznačeno, že daný terapeutický směr není k léčbě jeho specifických potíží vhodný. Tato skutečnost je mnohdy obohacená o demotivující zkušenost, že ačkoli v nějaké terapii setrval (ze svého pohledu) delší časový úsek, nakonec stejně usoudil, že nepocítuje, že by na něm terapeut „provedl“ nějaké změny, a terapii proto předčasně ukončil. Všechny tyto zážitky pak vedou pacienta k přesvědčení, že je natolik „vadný“, že to ani terapie nemůže napravit.

Uvedené krátké nahlédnutí do prvního setkání s pacientem nám ve skutečnosti demonstruje hned několik důvodů, proč je terapie hraničních pacientů vnímána jako velmi obtížná. V první řadě jsou překážkou pacientova nerealistická očekávání ve spojení s netrpělivostí a sklonem k impulzivnímu jednání. Pacienta je nutné hned v začátku informovat, že aby mohl mít terapeutický proces citelný efekt, musí trvat minimálně rok. Stejně tak je třeba dát jasně na srozuměnou, že pacient je v terapii aktivním účastníkem nikoli jen „příjemce“ změn. Tedy jasně vymežit, že terapeut bude jeho oporou a průvodcem na této dlouhé a obtížné cestě, nikoli hlavním hybatelem změn. Další obtíží v práci s hraničními pacienty je jejich tendence neustále testovat, provokovat a překračovat všemožné hranice terapie i terapeuta samotného. Samotná spolupráce nebývá lehká i z důvodu, že pacientům je právem přičítána určitá dávka nespolehlivosti, tedy i nízká schopnost dodržovat pravidla a dohody.

Pokud se terapeut přece jen rozhodne hraničního pacienta do terapie přijmout, je důležité, aby byl seznámen s touto specifickou skupinou pacientů, a s pevnou strukturou, kterou je třeba v jejich léčbě dodržovat. A to nejen pro dosažení co nejlepšího možného efektu terapie pro klienta, ale také pro ochranu terapeuta samotného.

## 2.1 Obecně platná specifika v terapii hraničních klientů (napříč terapeutickými směry)

Různé přístupy k terapii pacienta s hraniční poruchou osobnosti jsou přirozeně dány rozdílným zaměřením jednotlivých terapeutických škol. Křivková (2002) ale popisuje tři základní body, které jsou navzdory rozdílnosti všem přístupům společné. Jako první uvádí vybudování bezpečného terapeutického vztahu, druhým bodem je stabilní přístup terapeuta k pacientovi opřený o konzistentní teorii a třetí je pevný a jasný vnější rámec terapie.

Inspirojící pro mnoho odborníků jsou i následující zásady terapie hraničních pacientů popsané Waldingerem (1987):

- a) Stabilní rámec terapie: jasná, v ideálním případě sepsaná dohoda mezi terapeutem a pacientem, ve které jsou zahrnuty a přesně definovány vnější hranice terapie. Frekvence a délka setkávání, finance, a vyjasnění vzájemných očekávání a požadavků. Tento rámec je poté striktně dodržován, a v případě, že je v něm třeba provést změnu, obě strany ji společně konzultují a odsouhlasí.
- b) Větší aktivita terapeuta: u pacientů s HPO je nutná větší aktivita terapeuta, než je tomu třeba u neurotických pacientů. Terapeut hraje důležitou roli nejen obsahem svých slov, ale také vlastní přítomností a stabilním přístupem podporuje pacienta a kotví ho v realitě. To je důležité především pro minimalizaci přenosového zkreslení, ke kterému pacienti tendují.
- c) Tolerování pacientovi hostility: schopnost přijímat a unášet pacientovo agresivní a zlostné chování směřované k osobě terapeuta, nabízí pacientovi korektivní zkušenost, a vytváří prostor pro práci pacienta na svém sebepřijetí.
- d) Učinit sebedestruktivní chování pacienta pro něj neuspokojivým: pomoci pacientovi uvědomit si, jakou funkci hraje v jeho životě toto chování a poukázat na jeho negativní dopady.
- e) Znemožnění nebo alespoň omezení agování: nutné nastavení hranic alespoň těm formám agování, které ohrožují terapeuta, pacienta nebo jeho terapii. Hraniční pacient se pomocí agování brání uvědomění si přenosu v terapii, které je zásadní pro postup v léčbě.

- f) Klarifikace a interpretace typu „tady a teď“: zejména v začátku terapie je třeba pracovat na aktuálních problémech pacienta, které ho ohrožují na zdraví a ničí mu život. Není zde produktivní interpretovat pacientovi zážitky z minulosti, které odvracejí pozornost od naléhavějších témat.
- g) Trvalá pozornost protipřenosovým pocitům: Prostřednictvím protipřenosových pocitů prožívá terapeut část pacientovi psychické reality. Protipřenos může být pro terapeuta zdrojem informací o pacientovi, a jeho využití účinným a efektivním nástrojem při terapeutické práci. Terapeutova práce s protipřenosem je zásadní, protože hraniční pacient je typický rychlými přesuny afektivních stavů a převahou agresivních témat. Terapeut je zde ohrožený pacientovým agováním se dvěma možnými typy reakcí: buď splyne s projikovanou agresí, které se ve vztahu může projevit trestáním pacienta anebo zareaguje stažením se, které ho má ochránit před vstupováním do konfrontačních situací, jehož důsledkem je zaujetí odtažitého pozitivního „pseudovztahu“ (Hlavsa, 2007).

Röhr (2003) kromě výše popsaných zásad ještě vyzdvihuje důležitost edukace pacienta o jeho poruše. Dále práci na posílení funkce ega, především v oblasti snášení nepříjemných situací a pocitů, a za žádnou cenu neztrácet ze zřetele cíl terapie, kterým je přechod od chaosu ke struktuře.

## **2.2 Konkrétní psychoterapeutické přístupy k terapii hraničních klientů**

Terapeutických přístupů zaměřených na léčbu poruch osobnosti je celá řada, nicméně nemnoho z nich se zaměřuje na léčbu hraniční poruchy osobnosti. Já se v této kapitole budu věnovat těm přístupům, u kterých vědecké studie prokázaly, že mají na léčbu hraničních pacientů pozitivní dopad. Grambal, Praško a Kasalová (2017) mezi ně řadí psychodynamické přístupy: terapii zaměřenou na mentalizaci (MBT) a terapii zaměřenou na přenos (TFT) a kognitivně behaviorální přístupy: terapii zaměřenou na schémata (SFT) a dialekticko-behaviorální terapii (DBT).

### Terapie zaměřená na mentalizaci (MBT)

Mentalizace označuje schopnost správně přiřazovat sobě i ostatním myšlenky, pocity, přání a jiné duševní stavy. Tato schopnost je velmi důležitá v každodenních interpersonálních interakcích, abychom porozuměli jednání lidí kolem sebe a zároveň i sami sobě. Mentalizaci si člověk osvojuje v dětství, v rámci kontaktu se svou nejbližší osobou, není tedy vrozená. MBT vychází z předpokladu, že u hraničních pacientů je tato schopnost výrazně narušena, a proto se zaměřuje na její naučení pomocí alternativních pohledů na sebe sama i ostatní. Grambal, Praško a Kasalová (2017) píší, že MB terapeuti učí své klienty mentalizovat nejdříve v bezpečí terapeutického vztahu, a postupně pacienta podporují v tom, aby ji trénoval se svými blízkými. Pomocí těchto nácviků se mentalizační schopnosti pacientů zlepšují, což dle výzkumných studií přináší kladné výsledky v počtu a délce hospitalizace, frekvenci suicidálních pokusů, hodnocení deprese, úzkosti a v neposlední řadě v interpersonálních vztazích a fungování těchto osob v sociálním prostředí (Holubová, 2013).

### Terapie zaměřená na přenos (TFT)

Autorem TFT je Otto Kernberg, který se ve své psychoanalytické práci u hraničních pacientů zaměřoval na zejména na tzv. „slabost ega“, které není v důsledku chybného vývoje objektivních vztahů v dětství, vymezené. Pacient tedy uvízne na nevyspělé úrovni fungování. Z toho důvodu, uvádí, nejsou hraniční pacienti schopni integrovat dobré a špatné reprezentace sebe a ostatních, a proto k nim dochází k černobílému pohledu na svět (neboli ke štěpení). TFT se zaměřuje především na bezpečný terapeutický vztah, který nabízí pacientovi možnost „tady a teď“ zažít ono „štěpení“ a prozkoumávat své pocity a emoce. Během tohoto procesu dochází ke konfrontaci s nezpracovanými zážitky, které následně pomáhá terapeut pacientovi integrovat do jeho osobnostní struktury (Kreisman & Straus, 2017).

## Terapie zaměřená na schémata (SFT)

Autor terapie zaměřené na schémata Jeffrey Young, jak uvádí Grambal, Praško a Kasalová, kombinuje prvky kognitivní teorie, tvarové psychologie a různých psychodynamických teorií. Ústředním tématem terapie je práce s tzv. „ranými maladaptivními schématy“, které Young definuje jako zvnitřněný pohled na svět, který se vyvíjí u hraničních pacientů na základě frustrace v dětství. Jedná se o stabilní vzorce maladaptivního myšlení a chování, které pomáhají dítěti překonat extrémně náročné situace. Tato zvnitřněná přesvědčení neboli schémata podle Younga udržují v chodu zejména tři mechanismy: kognitivní omyly, sebezničující životní vzorce a schematické zvládací styly. Pacient na základě selektivního vnímání skutečnosti znovu a znovu opakuje sebezničující vzorce chování, a setrvává v situacích a vztazích, které schémata posilují, naopak se vyhýbá těm, které by schématu odporovaly. V rámci následování schématu jedinec vychází z hluboce zakořeněného předpokladu, který získalo od svých primárních vztahových osob, například, že je „defektní“ nebo „nehodný lásky“. Z interakcí potom vybírá pouze informace, které jeho vnitřní schéma potvrzují, a informace, které by ho vyvracely ignoruje a/nebo překrucuje (Grambal, Praško & Kasalová, 2017).

Protože schémata fungují na nevědomé úrovni, nemá pacient možnost jakkoli s nimi pracovat. SFT se zaměřuje na identifikaci schémat, která se utvořila v dětství, upevnila v průběhu dospívání a přetrvávají doposud. Terapeut ve spolupráci s pacientem používá při pátrání po schématech kognitivní, emocionální, behaviorální a interpersonální strategie. Pokouší se tyto zkrslené reakce měnit a učít pacienta novým způsobům zvládnání, pokud se pacient opakovaně vrací k dysfunkčním způsobům chování, empaticky ho vede k jejich nahlédnutí a jemně připomíná důvody ke změně. Jak uvádí Grambal, Praško a Kasalová „Během terapeutického vztahu, který má dle Younga (1994) charakter „limitovaného náhradního rodičovství“ (...), terapeut pacientovi nahrazuje potřeby, které nebyly v dětství a dospívání dostatečně uspokojeny“ (2017, s. 205).



## Dialekticko-behaviorální terapie (DBT)

Dialekticko-behaviorální terapie byla vytvořena na washingtonské univerzitě Marshou M. Linehan v 90. letech 20. století. Tento strukturovaný přístup k léčbě HPO vychází především z kognitivně behaviorální terapie, kterou obohacuje o myšlenky a techniky převzaté ze zen-buddhismu i o prvky dynamických přístupů v psychoterapii. Z buddhistické tradice zapojila do terapie zejména prvky meditace a přijetí. Domnívám se, že autorčin přístup k terapii hraničních klientů je velmi přínosný i tím, že se autorka sama s rysy hraniční poruchy potýkala, při vytváření svého přístupu tedy čerpala i z vlastních zkušeností a mohla jejich terapeutický dopad ověřovat sama na sobě. Jeden z jejích impulsů pro vytvoření dialekticko-behaviorální terapie prý bylo to, že vnímala, že vedle apelu na změnu, se kterým pracuje velká část ostatních přístupů, je nutné ve stejné míře do terapie zařadit i pochopení a přijetí klienta.

Proto je dialektická část terapie, jak uvádí Unger (2008), postavena na myšlence důležitosti rovnováhy mezi přijetím klienta v jeho jedinečnosti, spolu se zaměřením na jeho změnu. Spočívá především v náhledu na typicky protichůdné postoje a chování klientů pomocí terapeutických rozhovorů, dále pak na uvědomění si provázanosti s prostředím a fokusem na postupnou změnu.

Linehan při tvorbě terapie vycházela z předpokladu, že v rodinné prostředí, ve kterém vyrůstá dítě později označené diagnózou hraniční poruchy, jsou základní nedostatky v naplňování emočních potřeb tohoto dítěte. Linehan (1993) popisuje, že potřeby dítěte jsou nejčastěji devalvovány, odmítány nebo dokonce trestány, a dítě tak prožívá svého blízkého jako násilníka a ochránce v jedné osobě. Na základě toho se dítě naučí své emoce neprojevat, aby se vyhnulo odmítnutí, a zároveň získá dojem, že jeho emoční prožívání je nesprávné a „vadné“. Jak uvádí Praško (2017), právě z důvodu netolerance emočních projevů dítěte, spolu s nekontrolovatelnými afektivními reakcemi jeho blízkých osob, nemá dítě možnost se naučit přiměřeně své emoce regulovat, a vyvíjí se u něj maladaptivní vzorce chování, které ho v rodinném prostředí chrání, ale zároveň ho následně diskvalifikují ve společnosti.

Tento deficit přijetí si sebou hraniční klienti nesou celý život, a touží po tom najít někoho, od koho by se bezpodmínečného přijetí mohli dočkat. Proto velmi citlivě

a intenzivně reagují na každý náznak blízkosti a daný člověk, který jim ho poskytne se v jejich očích okamžitě stává zachráncem v lesklé zbroji stojící vysoko na piedestalu a klient do něj vkládá veškerou svou naději a nerealistická očekávání, bohužel ve chvíli, kdy daný jedinec tato očekávání nenaplní, což se nutně musí dříve či později stát, přichází obrovského zklamání, které se následně projeví jeho naprostou devalvací.

Tento deficit jasně naznačuje směr, kterým je třeba se v práci s hraničními klienty ubírat. Právě na základě tohoto nedostatku se klienti uchylují k maladaptivním způsobům chování jako je sebepoškozování, pití alkoholu či k sexuální promiskuitě, které má pro ně krátkodobě podobu úlevy od nesnesitelné emoční tenze.

Linehan ve snaze sestavit terapii šitou na míru hraničním pacientům, definovala základní dovednosti, které je třeba pacienty naučit. Řadí mezi ně tyto dovednosti: „věnovat pozornost svému vnitřnímu prožívání, myšlenkám a emocím a pochopit, jak souvisejí s impulzy v chování či s vyhýbáním se řešení důležitých situací v životě“ (Grambal, Praško & Kasalová, 2017, s. 202).

V práci s pacienty proto doporučuje využívat strategie, které jsou zaměřeny na práci s těmito deficitními dovednostmi. Tyto strategie nám přehledně zpracované nabízí Grambal, Praško a Kasalová (2017), ve své knize Hraniční porucha osobnosti a její léčba. Jedná se o:

- Validizační strategie: vychází z toho, že pacienti se během svého života setkali především s devalvací svých emocionálních prožitků, proto je nutné, aby terapeut emoce neznehodnocoval. Je třeba pacientovi emoce přijímat, uznávat je jako platné, a pracovat s nimi v tom smyslu, že jim sám pacient porozumí a bude schopen a ochoten je modulovat.
- Kontingenční a kognitivní strategie: vedou pacienta k pochopení jeho impulzivního chování. Pacient je učen zachycovat a mapovat automatické negativní myšlenky, na jejichž základě terapeut pacientovi objasňuje behaviorální vzorce, podle kterých funguje v krizových situacích.
- Dialektické strategie: pracují s pacientovým černo-bílým vnímáním světa.

- Strategie řešení problémů: učí pacienta přistupovat k řešenému problému po malých krocích namísto impulzivního pokusu o vyřešení problémové situace okamžitě bez ohledu na následky tohoto řešení.
- Strategie k rozšíření kompetencí: vede pacienta k rozšíření repertoáru efektivních mezilidských dovedností. Nejčastěji prostřednictvím nácviku.
- Vztahové strategie: slouží k demonstraci pacientových obtíží ve vztazích, typově se tyto obtíže nutně projevují i v terapeutickém vztahu, kde se jim ale pacient může věnovat v bezpečném, nehodnotícím prostředí.

Dále stanovila Linehan (1993) osm základních východisek, která je třeba mít na zřeteli při práci s hraničními klienty.

- „Každé chování pacienta je v jeho subjektivním kontextu smysluplné (logické), pokuste se z jeho katastrofické situace udělat to nejlepší, co lze. Úkolem terapeuta je propracovat spouštěče, schémata a důsledky chování.
- Hraniční pacienti se chtějí zlepšit.
- Hraniční pacienti se musejí více namáhat, tvrději pracovat a být více motivovaní, aby se mohli změnit. To je nespravedlivé.
- Hraniční pacienti si nezavinili všechny své problémy sami, musí je ale sami řešit.
- Život hraničních pacientů, jak ho v přítomnosti prožívají, je zpravidla nesnesitelný.
- Hraniční pacienti se musí téměř ve všech podstatných dimenzích naučit nové chování.
- Pacienti nemohou v terapii selhat.
- Terapeuti, kteří pracují s hraničními pacienty, potřebují podporu.“ (Grambal, Praško & Kasalová, 2017, s. 200).

### Časový rámec terapie a frekvence setkávání

Pro dosažení významnějších změn pomocí DBT je nutné, aby klient do terapie docházel minimálně po dobu jednoho roku. Výzkumy dokládají velké procento

úspěšnosti DBT v terapeutických komunitách, ale pacienti mají možnost nastoupit i ambulantní verzi této terapie.

Program se standardně skládá z individuální a skupinové terapie. Individuální terapie je orientovaná více dynamicky než terapie skupinová. Pacient v ní pracuje na svých individuálních cílech a zároveň zde má prostor na sdílení témat, která se mu otevírají během nácvikových skupin (kde není příliš prostor jim věnovat pozornost). Specifickým prvkem individuální části programu je telefonická podpora pacienta dostupná v mezičase mezi setkáními.

Program skupinové terapie je koncipován do čtyř osmitýdenních bloků (tzv. modulů), jejichž pořadí je neměnné. 1. mindfulness (všímavost), 2. efektivní mezilidské dovednosti, 3. emoční regulace a 4. stresová tolerance. Po dokončení tohoto cyklu se opět přechází do modulu mindfulness. (Obsahem jednotlivých modulů se budu podrobněji věnovat níže.) Často jsou do programu zařazeny i dynamické skupiny, ale není tomu tak vždy.

## Moduly DBT

### 1. Mindfulness (všímavost)

Tento modul je věnován nácviku dovedností plného prožívání. Ne náhodou je v terapii zařazen na první místo. Zvládnutí dovedností plného prožívání je totiž naprosto zásadní pro celkový úspěch terapie. Je to z toho důvodu, že techniky nacvičované ve zbylých modulech na tyto dovednosti navazují. DBT se snaží pacientům předat základní koncept mindfulness, který uvádí, že lidská mysl se může nacházet ve třech stavech, a to ve stavu moudré, racionální či emoční mysli. Hraniční pacienti obvykle oscilují mezi extrémny emoční a racionální mysli, zatímco dovednosti plného prožívání jim mají umožnit, aby si byli schopni vytvořit v krizové situaci odstup od obou extrémů, a získali tak možnost volby se situací nakládat namísto automatické zkratkovité impulzivní reakce.

Proto je náplní tohoto modulu v podstatě návod a následně nácvik dovedností kontroly mysli.

### 2. Efektivní mezilidské dovednosti

Ve druhém modulu DBT se nacvičují velmi podobné vzorce interpersonální komunikace jako je tomu v různých kurzech zaměřených na trénink asertivity a řešení interpersonálních problémů. Pracuje se zde s komunikačním trojúhelníkem cíl-vztah-sebeúcta, jako s vodítkem k efektivní cestě k dosažení cíle. Pacienti nacvičují dovednosti jako: požádat někoho o laskavost, něčí žádost odmítnout nebo jak postupovat, aby měli v dané situaci možnost dosáhnout svého takovým způsobem, aby neutrpěl vztah ani jejich sebeúcta.

### 3. Emoční regulace

Je část terapie zaměřená na edukaci ohledně funkce emocí v životě, jejich rozeznávání a ovládání. Pacienti se zde učí jednotlivé emoce pojmenovávat a rozlišovat na základě jejich specifických (tělesných nebo kognitivních) projevů, aby se jim lépe dařilo se ve svých prožitcích orientovat. Náplní je i trénink regulace pomocí mindfulness technik.

### 4. Stresová tolerance

Poslední modul se zabývá nácvikem technik pro přežití krize a přijetí nezměnitelného. Mezi techniky pro přežití krize, které mají sloužit k přestání situace, kterou nelze zlepšit ani změnit, se řadí například: odvedení pozornosti jinam, zklidnění pomocí pěti smyslů nebo změna tělesného požívání. Z technik pro akceptaci reality pak můžeme uvést: radikální přijetí nebo nepatrný úsměv a ochotné ruce (tyto techniky jsou převážně inspirované zen-buddhismem).

### Hierarchie cílů

Dialekticko-behaviorální terapie má jasně daný hieratický systém problémových oblastí, kterého je třeba se držet, aby měla terapie kýžený efekt. Tato struktura se skládá ze čtyř fází. V rámci těchto fází jsou pak definovány cíle, kterým je potřeba se věnovat, než je možné postoupit do fáze následující.

Nultá fáze tak zvaná přípravná, jak uvádí Praško (2017), se týká obeznámení klienta s průběhem terapie, prozkoumání jeho motivace a následně stanovení cílů,

kterým se budou terapeut s klientem společně věnovat. Pokud se klient na základě získaných informací rozhodne terapii nastoupit, postupuje terapie do první fáze.

Tato fáze je v první řadě zaměřena na práci se sebevražedným a parasuicidálním chováním. Poté se terapeut s klientem věnují chování ohrožujícímu terapii a krokům k jeho zvládnutí (většinou se na jeho základě sepisuje závazný kontrakt). Nejčastěji se jedná o nedocházení/časté pozdní příchody na terapii, nadměrné užívání návykových látek, které má za následek neschopnost na sobě pracovat aj. Pokud se podaří odstranit toto chování proti terapii, posunují se klient s terapeutem do bodu, kdy se mohou zaměřit na zvyšování emocionální kontroly (učí se monitorovat silné afekty, a jejich regulaci a pracují na zlepšení efektivních mezilidských dovedností). Primárním cílem je naučit se věnovat pozornost svému vnitřnímu prožívání, myšlenkám a emocím a porozumět jejich souvislosti s impulzivním či vyhýbavým chováním v náročných, krizových situacích. A poté se zaměřuje na možnosti alternativního chování, které by zohledňovalo dlouhodobé cíle namísto krátkodobých (Grambal, Praško & Kasalová, 2017).

Druhá fáze se věnuje práci s traumatem. Pracuje se zde s technikami přejatými z kognitivně behaviorální terapie (imaginace vzpomínek, hraní rolí, terapeutické dopisy). Pomocí opakovaných rozhovorů má klient možnost trauma znovu prožít v bezpečném prostředí, a poté pomocí imaginace pracovat na jeho akceptaci.

Třetí fáze má za cíl pomoci klientovi pracovat na cestě k sebepřijetí, sebeúctě a sebeaktualizaci.

# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 3. METODIKA VÝZKUMNÉ SONDY

Pro zpracování výzkumné sondy jsem zvolila kvalitativní metodologii, neboť umožňuje porozumět tomu, jak terapeut prožívá práci s hraničním klientem. Cítila jsem především na jedinečný prožitek každého z terapeutů. Snažila jsem se nahlédnout, jaká je subjektivní zkušenost každého z nich.

### 3.1 Cíl výzkumné sondy a výzkumné otázky

Jak vychází již z názvu této práce, mým záměrem je zmapovat prožívání terapeutického vztahu s hraničním klientem. Mým cílem je pokusit se zmapovat pocity, které se objevují u jednotlivých terapeutů v průběhu individuální terapie s klientem s těmito obtížemi, a současně postihnout způsoby, jakými s nimi jednotliví odborníci nakládají. Co v průběhu své praxe zjistili, a potvrdili si, že jim funguje. Soustředím se zde jednak na zpracování prožitků přímo v průběhu terapeutického sezení, ale i na způsoby zpracování bezprostředně po tomto sezení.

Zároveň se v rámci práce soustředím na terapeutovu zkušenost, jak vnímá hraniční klienty odborná veřejnost. S jakými pohledy a názory se s ohledem na tuto klientelu setkává nejčastěji.

#### Interview

Rozhodla jsem se interview rozdělit do dvou částí. První z nich, kterou pro sebe označuji za část „obecnou“, se spíše věnuje terapeutovu pojetí této klientely obecně, jeho pohledu na hraniční klienty a na celkový přístup odborné veřejnosti k této specifické skupině. Ve druhé části se pak zaměřuji na terapeutovu zkušenost s konkrétním klientem, kterého daný participant má nebo měl v individuální terapii,

a na jeho prožívání v průběhu této spolupráce. Tuto část označuji jednoduše jako část „konkrétní“.

### Výzkumné otázky

V návaznosti na výše uvedené cíle jsem si formulovala tyto tři výzkumné otázky:

1. Co prožívá terapeut při práci s hraničním klientem?
2. Jakým způsobem terapeut se svým prožíváním pracuje?
3. Jaký je, podle terapeuta, pohled odborné veřejnosti na klienty s diagnózou hraniční porucha osobnosti?

Ve své práci používám k označení této skupiny klientů záměrně označení *klient s hraniční poruchou osobnosti* případně termín *hraniční klient*, ačkoli jako korektnější a sobě bližší vnímám označení klient s hraničními rysy. Důvodem je, že jsem od participantů pro účely interview explicitě požadovala výběr klienta, který do terapie s touto diagnózou přichází, abychom se vyhnuli pochybnostem o tom, ke kterému klientovi se budeme vztahovat. A tedy abych pokud možno co nejvíce snížila pravděpodobnost nedorozumění a zvýšila tak šanci na naplnění stanoveného cíle.

### **3.2 Výzkumný soubor**

Za účelem výběru participantů jsem zvolila metodu prostého záměrného výběru v kombinaci s metodou sněhové koule. Prostý záměrný výběr, jak uvádí Miovský (2006), se vyznačuje cíleným vyhledáváním respondentů na základě předem stanovených kritérií. Vybíráme tedy účastníky, kteří našim kritériím vyhovují, a kteří jsou zároveň ochotni se výzkumu zúčastnit.

Kritéria, podle kterých jsem respondenty vybírala byla následující:

- a) ukončené vysokoškolské vzdělání v oboru psychologie nebo psychiatrie
- b) ukončený nebo alespoň započatý komplexní psychoterapeutický výcvik
- c) minimálně tři letá zkušenost v práci s klienty s hraniční poruchou osobnosti



- d) osobní zkušenost s individuální psychoterapií s alespoň pěti klienty s diagnózou hraniční porucha osobnosti

Tato kritéria jsem zvolila z toho důvodu, abychom měli jistotu, že získané výpovědi budou mít skutečnou relevanci a psychotherapeutický charakter. Zároveň se domnívám, že participant splňující tato kritéria bude mít dostatečnou schopnost sebereflexe, a dovednost oddělit své prožívání od prožívání klienta, což je pro účely práce klíčové. Vycházím z předpokladu, že v tomto případě není vhodné, aby se výzkumu účastnili psychotherapeuti, kteří by nesplňovali výše uvedená kritéria, protože jejich výpovědi by potenciálně mohly zkreslovat výsledná zjištění výzkumné sondy.

### Výběr participantů

Výběr participantů jsem zahájila tím způsobem, že jsem po telefonu oslovila čtyři therapy, se kterými se znám osobně, protože se v tomto prostředí již nějaký čas pohybuji. Oslovila jsem konkrétně dvě své bývalé kolegyně z terapeutické komunity Kaleidoskop a dva psychotherapeuty, které znám díky jedné ze svých praxí, a vím, že s hraničními klienty také pracují.

Další čtyři odborníky jsem oslovila na základě přímého doporučení vedoucí mé bakalářské práce. Tyto psychotherapeuty jsem oslovila e-mailem, ve kterém jsem stručně popsala výzkum a požádala je o jejich účast. Doslovné znění tohoto e-mailu lze nalézt v této práci jako přílohu číslo 1.

Z těchto osmi oslovených therapy mi kladně odpovědělo sedm, kteří byli velmi vstřícní, a účast na výzkumu mi přislíbili. Bohužel se třemi z nich jsme nenašli společný termín. (Nicméně rozhovory s nimi jsem se rozhodla později stejně uskutečnit jako potenciální materiál k případné diplomové práci.)

Celkově výzkumný soubor tvoří čtyři psychotherapeuti. Tři ženy a jeden muž, všichni splňují výše popsaná kritéria s tím, že jedna z participantek má započatý psychotherapeutický výcvik, všichni ostatní mají plné psychotherapeutické vzdělání ukončeno.

Místo setkání jsem se snažila, pokud možno co nejvíce přizpůsobit participantům, tedy u většiny, vyjma jednoho, jsem se dostavila na jimi vybrané místo, obvykle jejich

pracoviště, abychom předešli případným rušivým elementům. V jednom případě jsme se s participantkou domluvily, že interview proběhne v prostorách, kde pracuji já.

### **3.3 Příprava na výzkumnou sondu**

#### Reflexe vlastní zkušenosti se zvoleným tématem

V současné době pracuji již třetím rokem v organizaci Kaleidoskop, centru terapie a vzdělávání, z.ú. První rok jsem se v roli stážistky seznamovala s prací s hraničními klienty v terapeutické komunitě, následně jsem nastoupila na pozici sociálního terapeuta do stacionáře dialekticko-behaviorální terapie. V rámci této práce se denně setkávám s hraničními klienty, a to jak při terapii skupinové, tak i individuální. Z toho důvodu pro mě bylo poměrně snadné rozhodnutí, jaké problematice bych se chtěla v rámci své bakalářské práce věnovat.

Vzhledem k tomu, že se s těmito klienty v podstatě každodenně setkávám, vnímám jako důležité pro svou výzkumnou sondu, abych shrnula svá předporozumění, zkušenosti i očekávání, která by mohla zkreslovat můj pohled na prováděnou výzkumnou sondu, a tedy i ovlivnit její výsledky.

Když se zamýšlím nad svým prožíváním vztahů s klienty, dostávám se k pocitům vlastní nejistoty, potřebě podpory od zkušenějších kolegů spolu s nedocenitelnou pomocí v podobě supervize. Zároveň k silným emočním prožitkům na jedné i druhé straně a k fascinaci nad barevností a nezdolností těchto lidí. Domnívám se, že tato témata by se mohla v rámci mé analýzy objevit.

Z mé zkušenosti také vyplývá, že jednou z častých reakcí terapeutů či psychiatrů, se kterou se setkávám, když se zmíním o tom, kde a s kým pracuji, je zděšený a nechápavý, někdy až soucitný pohled, následovaný obvykle otázkou začínající slovem „proč“. Proto jedním z předpokladů, který očekávám, že by se v analýze mohl objevit, je negativní pohled odborné veřejnosti na klienty s touto diagnózou. K tomuto předpokladu přispívá i vědomí toho, kolik našich klientů se setkala s odmítavou reakcí ze strany různých odborníků přes duši i tělo. Zároveň si však plně uvědomuji svou přecitlivělost na toto téma, a že je tedy třeba, abych se v tomto ohledu snažila být, co nejvíce objektivní.

## Výběr tématu

Na úvod ještě než jsem se pustila do sestavování výzkumných otázek, jsem se rozhodla, že by bylo na místě se zamyslet nad mou motivací, pro vytváření výzkumné sondy na toto téma. Zamýšlela jsem se nad tím, z jakého důvodu jsem zvolila zkoumanou problematiku, a jaký je vlastně můj osobní postoj ke zkoumanému tématu. Snažila jsem vybavit si, jak jsem vlastně dospěla k rozhodnutí věnovat se ve své práci zrovna tomuto tématu, i proč jsem se rozhodla pojmout výzkumnou sondy z pohledu psychoterapeutů. Výsledek své sebereflexe jsem si zapisovala (tužka, papír), abych byla později schopná, například během interview a následně jejich analýzy, odlišit své prekoncepce od výpovědí respondentů. A alespoň částečně se tak vyhnula zkreslení, které bych do své práce mohla přinést. Tyto své úvahy nad tématem bych chtěla krátce shrnout.

Nejdříve k výběru tématu. Rozhodnutí, že se moje bakalářská práce bude tak či onak věnovat tématice hraniční poruchy osobnosti vycházelo v celku logicky z toho, že nyní již třetím rokem s touto klientelou pracuji. Tedy velká část mojí každodenní pozornosti je tímto směrem upřena. Nicméně neměla jsem úplně jasno v tom, z jakého úhlu pohledu se k tomuto tématu vztáhnout, jak si vydefinovat to, co mě v této souvislosti oslovuje nejvíce. Původně jsem zvažovala zaměření na klienty a jejich pohled na dialekticko-behaviorální terapii (dále DBT), kterou využíváme při práci s našimi klienty. Nicméně v průběhu bližšího zkoumání tohoto tématu se mi nedařilo stanovit si, o co konkrétně bych ve své práci usilovala. O postižení nejefektivnějších metod, které DBT nabízí? O jaká témata by klienti DBT rádi rozšířili? Jaký je jejich pohled na účinnost DBT ve vztahu k ostatním terapiím, které vyzkoušeli? V tomto bodě jsem se zarazila, a uvědomila si, že bych vlastně po klientech vyžadovala zhodnocení jednotlivých terapeutických přístupů v šíři, která by pro ně byla pravděpodobně nepostihnutelná. Proto mě napadla možnost, obrátit svou pozornost k psychoterapeutům a prozkoumat účinnost DBT z jejich pohledu. K zaměření se na terapeuty jsem se přikláběla i z toho důvodu, že při snaze o definování tématu, které bych mohla diskutovat s klienty, mi do úvah stále vstupovala nejistota ohledně mísení rolí, kterému bych se pravděpodobně nevyhnula v případě interview s lidmi, se kterými v terapii pracuji. A zároveň jsem se přistihla při tom, že minimálně pro mě, by tato změna role nebyla komfortní, a domnívám se, že i pro klienty by to

mohlo být přinejmenším matoucí nebo i skutečně nepříjemné. To mě definitivně dovedlo k rozhodnutí, že se chci věnovat spíše pohledu psychoterapeutů.

V rámci nového pohledu na výběr tématu se mi znovu otevřelo mnoho možností, kudy bych se mohla vydat. Položila jsem si otázku, zda usiluji o to, aby má práce měla spíše charakter teoretický, zaměřený na přínos na poli dialekticko-behaviorální terapie či charakter praktický, osobní, směřující k tématům a otázkám, které vyvstávají u mě samotné při práci s touto klientelou. Na základě této otázky jsem se rozhodla pro malý průzkum toho, jak se jeví tyto oblasti z hlediska zajímavosti kolegům. Výsledkem byla jednoznačná shoda zúčastněných, že by upřednostnili pohled osobní.

To byl odrazový můstek, který jsem potřebovala, pro to, aby se začalo rýsovat finální téma. Přemýšlela jsem o svých klientech, jak bych vůbec popsala klienta s hraniční poruchou osobnosti, o tom, co při práci s nimi prožívám i jaká témata se mně i kolegům opakovaně objevují na supervizích.

Uvědomila jsem si, jak náročné bylo pro náš tým vybudovat si vzájemnou důvěru, která by byla natolik pevná, abychom se odvážili pustit se do sdílení vlastních nejistot, objevujících se v našich individuálních terapiích, nebyli jsme nikdo příliš zvyklí přicházet s tématy osobního rázu, často jsme se v rámci supervizních témat drželi „bezpečného“ zaměření na konceptualizaci a operacionalizaci jednotlivých případů. Mnohem méně prostoru supervize jsme věnovali našemu prožívání, troufám si říct, že jsme se mu místy dokonce snažili vyhnout. Bylo pro nás velmi obtížné otevřít prostor pro sdílení pocitů. Já, podobně jako ostatní začínající kolegové, jsem se obávala, že prožívání strachu, hněvu a bezmoci v terapii je důsledkem nedostatečných zkušeností a poukazuje na mou nezralost a limitované množství znalostí, které o této problematice mám. A jejich přiznání by bylo ponižující a neakceptovatelné. Volila jsem tedy raději strategii, že jsem četla všechny možné knihy a navštěvovala veškeré dostupné semináře, které se tomuto tématu věnovaly, abych svou nedostatečnost co nejdříve dorovnala. Starší kolegové, jak jsem se později dozvěděla, prožívali podobné pocity selhání, s jakými jsem se setkávala já, ale oni se zase cítili limitováni rolí profesionálů, představa, že by se měli podělit o své prožívání byla stejně nepřijatelná. Obava, aby se neshodili v očích služebně mladších kolegů, kteří k nim vzhlíželi, jim bránila v tom, aby se do těchto vod pouštěli. A cesta z tohoto bludného kruhu byla trnitá. Nicméně poté, co se nám podařilo tuto bariéru prolomit,

jsem si o to více uvědomila, jak je pro mě možnost o těchto prožitcích mluvit nedocenitelná. A zjištění, že se člověk s těmito pocity nepotýká jako jediný, bylo velmi úlevné.

Když mě tedy mé uvažování nad tématem dovedlo až k tomuto bodu, moje představa začala dostávat konkrétnější obrysy. Myšlenka, že by mohlo být přínosné o tomto tématu promluvit se zkušenými odborníky, a pomoci tak rozšířit prostor ke sdílení, mi dodala odvahu začít toto téma zpracovávat.

### Pilotáž

Jako první jsem záměrně oslovila jednu ze svých bývalých kolegyň a domluvila si s ní pilotní interview. Bylo to především z důvodu, že jsem byla z rozhovorů poměrně hodně nervózní, a tuto terapeutku velmi dobře znám, čímž jsem ze sebe sejmula alespoň částečně svou počáteční nejistotu. Zároveň jsem se s ní domluvila, že by mi mohla dát po dokončení interview zpětnou vazbu, jaký pro ni rozhovor byl, a na co bych si případně u dalších interview měla dát pozor. Původně jsem plánovala toto pilotní interview v práci nepoužít, ale po jeho dokončení a transkripci jsem se rozhodla, že přestože bylo původně bráno jako pokusné, podle mého názoru splňuje má osobní kritéria pro zařazení mezi ostatní analyzovaná interview.

### 3.4 Etické aspekty výzkumné sondy

S ohledem na citlivost předmětu zkoumání, považuji za nezbytné věnovat velkou pozornost ochraně jednotlivých účastníků výzkumu. V první řadě mám na zřeteli to, že terapeutická obec není tak velká, jak by se mohlo na první pohled zdát. A pokud mluvíme o terapeutech, kteří pracují s hraničními klienty, okruh se nám ještě výrazně zmenšuje. Proto vnímám jako zásadní ochranu osobních údajů každého z participantů.

Téma, kterému jsme se v interview věnovali je samo o sobě hodně citlivé, mluvit s neznámým člověkem o svých emocích, myšlenkách, nejistotách není jednoduché, zvláště pak když víte, že je z interview pořizován audio záznam. Proto jsem před zahájením každého interview zdůraznila, že audio nahrávka našeho rozhovoru je určena výhradně pro mé potřeby, bude využita pouze k transkripci rozhovoru a nahrávka nebude součástí odevzdávané práce. Nejen proto, že by v nahrávce mohly zaznít informace, podle kterých by mohl být daný terapeut rozpoznatelný, ale v našem případě by již samotný hlas účastníka výzkumné sondy mohl být prostředkem k identifikaci. Pro zachování anonymity a důvěrnosti jsem se rozhodla z transkripce rozhovorů vynechat veškeré údaje, na jejichž základě by bylo terapeuta možné poznat, jako je jméno, název pracoviště a místo pracoviště. Ve dvou rozhovorech se vyskytuje název bývalého pracoviště, nicméně k tomu mám výslovný souhlas obou participantek. Zároveň transkripce těchto interview nebude volně přístupnou přílohou mé bakalářské práce.

Současně jsem taktéž před zahájením interview uvedla, že pokud by dotazovaný na některou z otázek nechtěl odpovídat, případně by chtěl interview ukončit, budu jeho přání samozřejmě respektovat. Spolu s těmito informacemi jsem participanty požádala o podepsání informovaného souhlasu, jehož vzor příkládám k nahlédnutí jako přílohu číslo 2.

### 3.5 Metoda získávání dat

Data byla získána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s psychoterapeuty, kteří mají zkušenost s individuální terapií klientů s hraniční poruchou osobnosti. Osnovu interview jsem si pro přehlednost rozdělila na dvě části, pracovně nazvané obecná a konkrétní. V rámci obecné části jsem se zaměřovala na terapeutovo vnímání hraniční poruchy osobnosti, specifika terapeutického vztahu s těmito klienty a jeho pohledu na postoj odborné veřejnosti k této skupině klientů. Konkrétní část je zaměřena na terapeutovo prožívání vztahu s vybraným klientem.

Má příprava na interview vypadala pokaždé následovně. Přichystala jsem si desky, které obsahovaly: informovaný souhlas, list papíru se seznamem devíti základních otázek a prázdný list papíru na případné poznámky. Věrná své úzkostlivé povaze jsem na místo setkání dorazila s alespoň půl hodinovým předstihem, abych si stihla vše připravit a v klidu si připomenout jednotlivé fáze nadcházejícího setkání. Průběh setkání probíhal standartně následovně:

- I. Nultá fáze, která nastala pouze v jednom případě, bylo seznámení se s účastníkem výzkumu.
- II. První fáze měla za cíl vytvořit příjemnou atmosféru, ve které se nám bude dobře povídat. Obvykle jsem začala poděkováním, že si na mě daný terapeut udělal čas, a dále, vzhledem k tomu, že tři ze čtyř účastníků znám, jsem se zeptala, jak se mají, co je u nich nového, za tu dobu, co jsme se neviděly.
- III. Druhá fáze sloužila k seznámení psychoterapeuta s výzkumem a mým následným zpracováním poskytnutých informací s důrazem na ochranu osobních údajů účastníka, byla zakončena podpisem informovaného souhlasu obou zúčastněných.
- IV. Třetí fáze byla věnována interview samotnému.
- V. Čtvrtou fází jsem vnímala jako čas, který můžeme využít buď k diskusi o proběhlém rozhovoru, nebo k tomu, jak se terapeut po ukončení rozhovoru cítí.
- VI. V závěrečné páté fázi jsem participantům znovu poděkovala za jejich otevřenost a odvalu ve sdílení tak křehkých informací. Zeptala jsem se, zda budou chtít výslednou transkripci interview poslat ke schválení, a zdůraznila, že kdyby se jim něco rozleželo, a některou část interview nechtěli uveřejnit, tak ať se neváhají na mě obrátit. Potom jsme se rozloučili.

Celý proces jsem pro sebe zakončila tím, že jsem si zapsala poznámky, které mě k interview napadaly. Snažila jsem se zaměřit na to, co bych si pro sebe mohla odnést jako poučení pro další interview.

### 3.6 Metoda analýzy dat

Pro účely své výzkumné sondy jsem zvolila metodu tematické analýzy. Podle Hendla (2016), se jedná o velmi rozšířenou metodu, která poskytuje o datech podrobnou a komplexní zprávu. Tato metoda se dostala do povědomí především díky výkladu psycholožek Braun a Clarke (2006). Tento typ analýzy je vhodný zejména tam, kde chceme získat odpovědi na výzkumné otázky, zaměřující se na lidskou zkušenost a názory, pro otázky vztahující se k porozumění a reprezentaci nebo k zodpovězení otázek ve vztahu ke stanovení významu (Hendl, 2016). Zároveň, jak uvádějí Braun a Clarke (2006), je tato metoda vhodná i pro začátečníka na poli kvalitativního výzkumu, kterým bezesporu jsem.

Při analýze souboru výzkumných dat jsem vycházela z teoretického přístupu, který spočívá v tom, že na základě teorie či existující koncepce, máme stanovenou výzkumnou otázku, a pomocí teoretické přístupu pak získáváme podrobnější analýzu několika málo aspektů dat. Na rozdíl od přístupu induktivního, který se řídí samotnými daty, na jejichž základě se výzkumná otázka postupně vynořuje (Braun & Clarke, 2006).

Autorky Braun a Clarke (2006) popisují šest fází procesu analýzy:

1. Seznámení s daty: v této fázi jsem se snažila detailně seznámit s daty, opakovaně jsem si proto poslechla audiozáznamy, a mnohokrát přečetla transkripce interview, jak doporučují autorky Braun a Clarke (2006). A začala jsem s psaním poznámek, které by mi mohly být potenciálně užitečné při následném kódování.
2. Generování počátečních kódů: v této fázi dochází k zahájení systematické analýzy za pomoci kódování. Při vytváření kódů jsem si ověřovala, zda jsou dané kódy relevantní pro mé výzkumné otázky. Vyhledávala jsem v datech opakující se vzorce, které bych mohla považovat za potenciální témata.



3. Vyhledávání témat: je fáze přesunu od kódů k tématům. Zde jsem přezkoumávala kódovaná data a snažila se identifikovat oblasti ve kterých se překrývají nebo jsou si alespoň podobné. Na doporučení autorek, jsem se zaměřila na taková témata, která se v textu opakují a jsou pro něj podstatná. V rámci těchto vznikajících témat jsem ověřovala jejich vzájemné vztahy, a zvažovala, zda dohromady tvoří smysluplný celek.
4. Propracování témat a jejich přezkoumání: v tomto bodě jsem znovu prošla celý text, abych se ujistila, že mnou navržená témata jsou skutečně relevantní a vztahují se k výzkumným otázkám. V této fázi jsem i kontrolovala, zda jsem při práci nepřehlédla něco podstatného.
5. Vymezení a pojmenování témat: v této části procesu jsem se snažila postihnout hlavní podstatu tématu, jeho rozsah a vztah k ostatním tématům. U rozsáhlejších témat jsem poté zvažovala, jestli by je nebylo vhodné rozdělit na podtémata. Poté jsem se zaměřila na vymyšlení co nejužitečnějších názvů.
6. Sepsání závěrečné zprávy: tato poslední fáze je věnovaná sepsání závěrečného výstupu analýzy, který je zpracován na základě finálně zvolených témat.

### 3.7 Výsledky výzkumného šetření

#### Stručná charakteristika respondentů

Vzhledem ke své zvýšené opatrnosti v zájmu zachování anonymity jednotlivých terapeutů, jsem se rozhodla charakteristiku jednotlivých participantů omezit na minimum, budu se tedy k této skupině vyjadřovat jako k celku. Výzkumné sondy se nakonec zúčastnili čtyři respondenti, z toho tři ženy a jeden muž. Věkové rozmezí respondentů je od třiceti do šedesáti let. Jejich terapeutické směry jsou psychodynamická psychoterapie u dvou z nich, u jednoho dialekticko-behaviorální terapie a u posledního daseinsanalytická psychoterapie.

#### Popis společných témat

Interview s každým z terapeutů bylo jedinečné, stejně jako je jedinečná zkušenost každého z nich. Mým cílem bylo dát participantům dostatek prostoru, aby se k problematice svého prožívání ve vztahu s hraničním klientem mohli vztáhnout tak, jak

jim bylo blízké. Díky tomu, jsem v průběhu analýzy objevila i několik témat, která sice podnítila mou zvědavost, nicméně neměla souvislost s výzkumnými otázkami, proto si je ponechám pro další případné rozpracování tohoto tématu.

V této části práce bych se chtěla vztáhnout k tématům, která se vyskytla shodně buď u všech čtyř respondentů, nebo alespoň u tří z nich. V následující tabulce uvádím seznam témat, která se v průběhu analýzy objevila, dále se každému tématu budu věnovat podrobněji, a jejich výskyt v rozhovorech budu dokládat přímými citacemi.

Tabulka č.1 – výsledná témata analýzy

	Terapeut číslo 1	Terapeut číslo 2	Terapeut číslo 3	Terapeut číslo 4
<b>Intenzivní emocionální terapie pro oba zúčastněné</b>	ano	ano	ano	ano
<b>Hraje se tu o hranice</b>	ano	ano	ano	ano
<b>Mezi přijetím a odmítnutím je jen tenká linie</b>		ano	ano	ano
<b>Být člověkem, co nejvíce to jde, pokud možno...</b>	ano	ano	ano	ano
<b>Nebudeš si jistý, budeš pochybovat a bát se</b>	ano	ano	ano	ano
<b>Hněv jako nástroj na ohlídání hranic</b>	ano	ano	ano	ano
<b>Vidíš se jejich očima a nemusí to být zrovna fešácký setkání</b>		ano	ano	ano

	Terapeut číslo 1	Terapeut číslo 2	Terapeut číslo 3	Terapeut číslo 4
<b>Láká tě to, baví tě to, je to dobrodružství</b>	ano	ano	ano	ano
<b>Potřebuješ na to nebýt sám</b>	ano	ano	ano	ano
<b>Upustit páru a vylejt ten kontejner</b>	ano	ano	ano	ano
<b>Rituálky a péče o sebe</b>	ano	ano	ano	ano
<b>Prevence problémů</b>	ano		ano	ano
<b>Je to děsivé, a ještě k tomu neléčitelné</b>	ano	ano	ano	ano
Jedna pani povídala...	ano	ano	ano	ano
Hodíme je do jednoho pytle	ano	ano	ano	

## 1. Témata vztahující se k otázce: Co prožívá terapeut při práci s hraničním klientem?

### Intenzivní emocionální terapie pro oba zúčastněné

Toto téma jsem vybrala jako první, protože se nejen vyskytuje ve všech rozhovorech, ale vyskytuje se v nich dokonce opakovaně. Téma odkazuje na velice intenzivní hluboký citový vztah, který vzniká mezi hraničním klientem a terapeutem. Dále poukazuje na velkou emoční investici, kterou tento vztah vyžaduje, a to jak ze strany klienta, tak i terapeuta.

*„(...) ale že vlastně že se podařilo to, že v tu chvíli tam mohl se ukázat křehkej a zranitelnej, to co schovával, a já přemýšlím, jako čím to, mně na něm velmi záleželo, měla jsem ho vlastně ráda, hodně ráda, takže si myslím že to tam, že to musel cejtít, že to asi určitě cejtít, že mi na něm záleží, a že ho mám ráda a de mi ... nějak jako chci aby mu bylo dobře..takže asi tohle určitě v tom vztahu je cejtít, takže to mu mohlo pomoci k tomu aby byl takle jako otevřenej, že sem se toho nebála, asi, myslím si to, že sem se toho nebála přesto že to bylo silný(...)“ (Terapeutka č. 1)*

*„(...) se mi vybaví někteří konkrétní lidé jo, ty, ty které znám a který vlastně mam taky rád, protože ty lidi co ke mně choděj , (...) s lidma, kteří maj tuhle diagnózu, tohle-e tohle označení vlastně, mi přijde že terapeut může vytvářet nebo vytváří velice intenzivní citový vztahy (...) když de o spolupráci s člověkem, který trpí potížema, (...) tak předpokládám, že to může bejt nesnadný, ta terapie, pro oba, že může být taky dlouhodobá a nemusí, protože to může bouchnout a může to být velice krátký ((smích)), může se lecos přihodit, a hlavně když to bude pokračovat, když to neskončí na prvním, druhým, třetím setkání, tak to bude intenzivní terapie pro oba. Intenzivní emocionální terapie pro oba, a-a vycházím z toho, protože sem psychoanalytik a-a a orientovanej tím tak zvaným intersubjektivním způsobem, tak si myslím že v takový terapii se nemění jenom ten pacient, ale mění se i terapeut.“ (Terapeut č. 2)*

*„(...) Protože to sou klienti, který potřebujou hodně, hodně pozornosti a hodně energie, je to prostě velkej emocionální výdej terapeuta (...) Jó jenom tady je to možná,*

*co mě na tom jako baví u nich, že to jako je rychlejší. Tady, že je to mnohem rychlejší vlastně a někdy mnohem víc e-e na blízko ten vztah. S jinejma klientama z takovýho jako tak třeba úzkostnější nebo nějaký jako depresivní se nedostanu nikdy ve vztahu třeba tak daleko. Jako tady s těma. Nebo do nějaký jako hloubky, jo, že voni sou vlastně né všichni zase že jo, ale někteří, víc víc ty jako emočně třeba nestabilní tak ty, ty dou někdy víc do hloubky.“ (Terapeutka č. 3)*

*„(...) že vlastně... sou to náročný klienti, do kterých je potřeba investovat hodně energie, s poměrně nejistým výsledkem, e-e myslím si že jo, asi je to i o tom vlastně, že moje zkušenost s hraničními klienty, hraničníma klientama je, že oni opravdu vlastně... trošku trošku u nich očekávám, že ten vztah bude takový jako hlubší, jo vlastně jakoby osobnější (...)“ (Terapeutka č. 4)*

### **Hraje se tu o hranice**

Další z témat, které se v rozhovorech hojně opakovalo bylo právě téma hranic. Téma se objevovalo skutečně mnohokrát, takže zde nebudeme uvádět všechny citace, ale alespoň pár za všechny. Hranic se v rozhovorech dotýkáme ze dvou stran, první strana, ke které se odkazuje toto téma, je terapeutovo setkávání se se svými hranicemi. Toto pojetí se vztahuje k první výzkumné otázce. Druhá strana pak odkazuje na hranice z hlediska dodržování pravidel terapie, a té se budu věnovat v tématu Prevence problémů.

*„(...): Já si myslím, že je to proto, (...) protože to jako nutí podle mě toho terapeuta jako sahat si sám na sebe v tý práci. eee je to hodně vo emocích ta práce, hodně o nějakých vlastních jako hranicích a tomu, jak já sama to mám (...) já jsem velmi osobní v tý práci a nebojím se pouštět k sobě ty klienty, ale zároveň pro mě bylo důležitý držet hranice, při práci s těmahle klientama, ale vlastně když nad tím přemýšlím, tak ty hranice byly mnohem víc o zase o nějaký mý upřímnosti kdy sem jim říkala tohle je mi příjemný tohle je mi nepříjemný, takhle to chci a nechci, a tímhle tím, jako vlastně v tomhle tom držet pevně tu hranici (...)“ (Terapeutka č. 1)*

*„(...)myslím, že lidi, který maj tohleto utrpení, sou výzvou i pro ty profesionály, výzvou k tomu, i ty se sebou musíš něco udělat, i ty musíš překročit nějakou hranici, něčeho*

*běžnýho, né jaksi jako plánovitě, že ahá já budu překračovat hranici, já budu originální terapeut nebo budu super terapeut ((mění hlas)) nenene, budeš... přijde mi tam někde v podtextu, budeš muset překročit i něco, co se ti překročit nechce, a kde se budeš bát, ale-e (.) může to pomoci té věci (...) i tak si myslím, bude konfrontovanej se svejma možnostma a hranicema a mezema (...)*“ (Terapeut č. 2)

*„(...) Jo, že často se mi děje u tědlech klientů, že zjistěj, že dyž já je přijímám a něk navážem nákej vztah blížší, že oni jako neodlišuju jako od jiných jako vztahů nebo nechápou, že je to ohraničený, patří to sem jenom na určitou dobu, určitej čas, a je pro ně těžký přijmout, že nemůžou mě kontaktovat třeba kdykoli, nebo že no, pokud to nemáme něk domluvený že jo, že pak to berou zase jako odmítnutí, dyž vlastně na to nereaguju. Takže takže s tímhle asi jako jako je dobrý počítat (...)*“ (Terapeutka č. 3)

*„(...) no to když vlastně přišla s tím, že mě chce vobejmout, respektive že chce, abych jí vobejmula, to vlastně sem se něk potkala, jak sem na začátku říkala jo, s něk jako s těma svejma hranicema (...) Tak to bylo takový náročný pro mě, to jak to může zaběhnout až k vyložení vaší fyzický hranici, do té intimní zóny“* (Terapeutka č. 4)

### **Mezi přijetím a odmítnutím je jen tenká linie**

Toto téma se vztahuje k velké citlivosti hraničních klientů, kteří jsou velmi vnímaví k jakýmkoli náznakům odmítnutí, ať už reálným nebo domnělým. Terapeuti se postupnou praxí také stávají senzitivnějšími vůči jednotlivým klientům a jejich reakcím.

*„(...) to je těžký no, protože ta (...) ta hranice přijetí odmítnutí, pořád se vo to hraje, přijetí a vodmítnutí, všichni sme to zažili, přijetí vodmítnutí, v terapii se furt mluví přijetí vodmítnutí, a pořád je to ta tenká hranice mezi přijetím odmítnutí, cokoli může bejt přijetí a cokoli může bejt odmítnutí. (...)*“ (Terapeut č. 2)

*„(...) tak často je typický, je že sou hodně zranitelný, hodně citlivý, takže na co si asi musím dávat hodně velkej pozor na tohle jako, jako bejt víc tolerantní, jo, na něký*

*způsob chování nebo chování, který mm by se třeba... je těžký takle přijmout třeba, jo? Je těžký jako přijmout jako být jako víc otevřená tomu, že je to možný, protože vim že je to jako potřeba. A že sou hrozně citlivý na na odmítnutí na na nepřijetí, tak na tohle si asi musím dát hodně pozor, no. (...)*“ (Terapeutka č. 3)

*„(...) kladu velký důraz na přijetí, na to aby ten klient viděl, že mu rozumím jo, nebo lépe že se mu snažím porozumět, že sice asi budeme usilovat společně o nějakou změnu (...) ale jako pro mě je asi důležitý dát najevo, že ho nevodsuzuju, nebo že se nebojím tý práce s nim jo, nebo jak to říct (...) vlastně hodně dávám bacha na to, že odmítnutí může pro ně být lecos, a že o tom případně můžeme mluvit“ (...)* (Terapeutka č. 4)

### **Být člověkem, co nejvíce to jde, pokud možno...**

Téma, které taktéž hraje roli v každém z rozhovorů. Pohled na terapeuta jako na člověka, který může být prostřednictvím vlastní otevřenosti a autentičnosti pro klienta vzorem v tom, jak může vztah mezi dvěma lidmi vypadat. Dotýká se otázky, do jaké míry být v terapii za odborníka, profesionála, schovaného za svou rolí, a do jaké míry tam být za sebe, za člověka.

*„(...) Určitě bejt autentická, to je pro mě úplně zásadní vždycky při práci s klientem, ale tady prostě bejt autentická nějak otevřená mm být tam sama za sebe prostě (...) nebejt za odborníka nějakýho jako, mně se úplně nevyplácelo, (...) ta role profesionála jakože drží je ode mě ty klienty, (...) už tímhle tím bych vytvářela hranice, ale to asi neumím, nedělám to, není mi to vlastně blížký, (...) protože věřím, že tohle je nejlepší způsob jednak že vytvářím skutečnej vztah s tím klientem a taky mu dávám nějak vzor jak jako to můžou lidi mít spolu, že se nemusím schovávat, nemusím bejt odosobněná a á la jako v bílým plášti, ale můžu bejt sama za sebe a přesto tam bejt nějak pevně, stejně jako... protože to co já chci nebo to co si přeju je, aby ten klient taky moh bejt sám za sebe v tom světě a moh bejt ve vztahu s druhým a nemusel se schovávat za žádný jako pózy, ale bejt tam a bejt uvnitř toho vztahu, a zároveň, přesto že jsem uvnitř, tak si umím uhlídat svůj prostor, no tak nějak vlastně takle jsem se snažila já bejt s klientama a vyplatilo se mi, že pak ty vztahy, byly vždycky pevný a byly jako plný důvěry a respektu, a dalo se nejlíp spolupracovat no (...)*“ (Terapeutka č. 1)



„(...) takže myslím že u lidí s touhle problematikou terapeut je vystavený tomu, zachovat si na jednu stranu profesionalitu a pozornost, a zároveň být tam, pokud možno člověkem, co nejvíc to de. Tedy takzvaně autentický, že myslím, že lidi okamžitě sou citlivý na to, když zahlédnout nebo zacítí ty známky neautenticity, ty známky toho že-e je něco jinak (...)“ (Terapeut č. 2)

„(...) když sem mluvila o tom, co se se mnou jako s člověkem, ne jako s terapeutem, se mnou jako s člověkem co se děje, když ona dělá to a to, že sem jí dávala tu zpětnou vazbu. (...) Že to byly ty jako momenty, kdy, skrz který sme vlastně ten vztah podle mě upevnily velmi, že opravdu ona se začala orientovat v tom, jak to mám já, jo, že už to nebylo že to čte někde mezi řádky a tak dále(...) a já jsem jí to říkala, samozřejmě v rámci jako pro ní přínosnejch mezí, co to se mnou dělá, což bylo dobrý, protože ona si na tom začala reálně uvědomovat, a viděla, že to prostě všichni nemaj tak jako ona, takže kromě toho, že to ten vztah jako posilovalo, tak to mělo i pořádněj přesah do jejího osobního života(...)“ (Terapeutka č. 4)

### **Nebudeš si jistý, budeš pochybovat a bát se**

Nejistota a pochybnosti k práci psychoterapeuta asi neodmyslitelně patří, nicméně v práci s hraničními klienty je to možná ještě umocněno tím, že se terapeut obává, aby jeho pochybení nebylo fatální.

„(...) zároveň sem zažívala i strach že vodejde, že se to nepovede, že se mi vlastně... né přesvědčit, ale že se mi vlastně nepodaří ukázat mu to co vidím já. (...) nejnáročnější byl ten vodchod zpracovat pro mě... (...), kdy sem měla pocit že to de dobře, že máme jako kdybych to chytla a pak vodešel prostě, (...) no a pak přesně takový ty... ty vole tak to sem byla prostě sem šla blbě na to, moc rychle, vytvořili sme si hodně specifickej vztah v individuálu, (...) takže sem to dělala jako blbě... a todle sem tam všechno řešila.(...)“ (Terapeutka č. 1)

„(...) třeba to, když mi zmizí ten klient, když zmizí prostě, chodí chodí chodí a najednou není a neozve se. A tak prostě nejistota, co se stalo že jo, vyplývá to z toho kontextu? na něco sme narazili? nebo je na mě naštvanej anebo si něco udělal? Řek sem něco takovýho jako, a zvlášť když sem něco řek, třeba něco, co bylo příliš silný třeba, a

*von příště nepřijde tak co to je? Jako zlobí se na mě? V úvozovkách, je to trest? Výčitka? Anebo si něco proved? (...) je důležitý, aby ten terapeut se na ní vydal na tu stezku s-budou se tam oba taky bát, že jo, ale je lepší když se ten terapeut bojí míň (...)*“ (Terapeut č. 2)

*„(...) no a i tady na sezení, kdy prostě třeba půlku sezení mi mlčela, protože se na mě zlobila, a já sem nevěděla proč, protože něco z nějakýho minulýho sezení někdy v minulosti něco... což mi neřekla, a teď já sem nevěděla, jestli jsem něco udělala, něco zkazila ... a čekala vode mě, že já to jako e-e přece musím vědět, že to je přece jasný.(...)“* (Terapeutka č. 3)

*„(...) no je to nepříjemný strašně že jo, je to vlastně... vobčas jako dete domu, a říkáte si, no třeba vopravdu jako sem to něk podělala jo? Nebo možná sem něco měla udělat jinak (.) a často, nebo často, ale asi se dá říct i jako často, se to prostě stane, jo, že něco terapeut řekne, a napadne ho vlastně až ex post, že mohl říct něco jiného, něco vám secvakne, nějaký dva dílky vám do sebe zapadnou až vlastně třeba vopravdu po nějaký době. (...) jako tak latentně tam ten strach tam vo ní byl. Já to vobčas mam, né moc často, ale že si někdy říkám, pane bože, co kdyby náhodou vopravdu to teďkon bylo jiný, a fakt si něco udělala. (...)“* (Terapeutka č. 4)

### **Hněv jako nástroj na ohlídání hranic**

Téma zachycuje terapeutův hněv jako informaci, že se něco děje, a jako nástroj či motivátor k tomu, aby se to včas zarazilo.

*„ (...) často se zlobim na klienty, vlastně hněv, byla dominantní emoce u mě při tý práci, (...) zároveň to nikdy nebyl hněv, kterej by mně bránil v práci, pro mě to byl nákej nástroj vlastně, ten hněv, takový jako nástroj nebo filtr, jako kdyby to byl filtr přes kterej já jako můžu jít hodně na blízko k těm klientům....to zní zvláště, ale velmi osvobozující je smět říct klientovi, fakt si mě teď naštvál. (...)“* (Terapeutka č. 1)

*„(...) anebo když to zasel ten člověk ve mně, to sou ty silný emoce, když mě tak rozčílí, dyž ve mně vyvolá ty emoce, když si říkám kruci tak já tady prostě čekám, čekám a von prostě na prázdniny e-e si zmizí a pak automaticky předpokládá, že já zase po prázdninách řeknu ano, jo a teďka já tam co tam já? Prostě, člověk má pocit že je využitěj, že takže naštvanej (...) on jí chrání před svým vztekem, že jo terapeut se snaží chránit*

*svého klienta, i před svejma emocema, aby ho nezavalil, aby ho s nima nezničil (...)*  
(Terapeut č. 2)

*„(...) ale jako určitě bylo víc takových jako těžkejch momentů, kdy, kdy sem se i na ní zlobila, kdy mě něco štválo (...)*“ (Terapeutka č. 3)

*„(...) asi bych za klíčový označila to, když sem si dovolila poprví jí říct, že se na ní zlobim, že mě něčim naštvá, a-a že jsem jí řekla, že se na ní teď zlobim, tak to pro mě bylo hodně důležitý, a teda nejenom pro mě myslim, ale domnívám se, že pro nás pro obě, pro tu terapii (...)*“ (Terapeutka č. 4)

### **Vidíš se jejich očima a nemusí to být zrovna fešácký setkání**

Pro název tohoto tématu, jsem si vypůjčila slovní obrat *fešácký setkání* od terapeuta č.2. Téma popisuje setkání se sebou samým způsobem, jakým se terapeut někdy ani potkat nechce. Poukazuje na to, jaké to je čelit tváří v tvář negativnímu pohledu klienta na svou osobu.

*„(...) že byste nejradši řekla: ne! takovej já nejsem nebo naopak takovej já sem, že jo, můžete říkat né dyť já kdybyste věděl, já nejsem žádněj gauner, posílám tady, já nevím, na konto bariéry a pravidelně se účastním charitativních akcí a bojuju za klima ((smích)) a von vám někdo řekne ne ne ne ste prostě studenej čumák, kterej tady když to skončí, tak už mě nezná, prostě si mě nevezmete domů nechcete se vo mě už starat víc, a ste studenej člověk, kterej to končí a já bych ještě chtěl pokračovat. Takže ano, tak to ten druhej cítí, a to je jeho vnitřní pravda (...) takže tam se ten terapeut potká sám se sebou, kromě toho, že se potká s tím druhým, s tím člověkem, pacientem (...) najednou se zahlíží často tak jak by se nechtěl zahlížet, jako omezeněj, úzkoprsej, rigidní, vylekanej a tak dál ten terapeut, (...) se tam potká, tedy se sám uvidí skrze toho pacienta nebo v něm, a nemusí to být jenom fešácký setkání. (...)*“ (Terapeut č. 2)

*„(...) se mně přiznala, že vlastně byla strašně zklamaná, že dostala jako mě, na individuál, že to asi bude problém, jako že sem ženská, jo a tak, to si jako vybavuju, že to bylo (...) nebylo to jako jednoduchý, není to příjemný, že jo, todle člověk nerad slyší že jo, že je prostě odmítanej že jo, tak to nebylo příjemný. (...)*“ (Terapeutka č. 3)

*„(...) tak určitě není příjemný ňák slyšet, že ste špatnej člověk, terapeut, nekompetentní jedinec, no no taky ((smích)) ale vlastně v něčem jako jí člověk rozumí, že*

*jo, nebo vlastně sem rozuměla tomu, jako ona to vidí a proč to tak vidí, (...) a člověk by chtěl být ten ideální, ideální terapeut, ideální průvodce, a opora na té cestě tou terapií, a zároveň vopravdu (...) narazí na ty... na to obvinění, nebo na ty pochyby toho klienta o sobě, a to je prostě někdy hodně těžký, no. (...)*“ (Terapeutka č. 4)

### **Láká tě to, baví tě to, je to dobrodružství**

V rámci tohoto tématu chci poukázat na to, na čem se shodli všichni participanti, a to, že práce s hraničními klienty, jakkoli se může zdát na jedné straně příliš náročná a beznadějná, na straně druhé, je stejně intenzivně lákavá, radostná a dobrodružná. Ke každému hlubokému propadu patří i vysoký vrchol.

*„(...) jeho model byl, budu prostě silnej, aby mi nikdo neublížil. No, což láká, myslím si, že terapeuticky to hrozně láká, teda aspoň mě (...) To dostat se pod to... pod tuhleto masku a tu pózu siláka, jakože nechci a budu na všechny drsnej nebo jako odmítat, tak vlastně velmi lákalo to, vytvořit si s ním vztah. Což se povedlo, akorát že možná až moc ((smích)) (...) vlastně i osobně no, že mě bavil, vlastně bavilo mě i s ním jako pracovat a být (...)“* (Terapeutka č. 1)

*„(...)tak tahle prázdnota to zrovna mě ňák jako hodně baví ((smích)), zrovna tohle, protože mi to přijde, že sem vždycky měl rád takový ty knížky typu nebo autory typu franz kafka nebo borges nebo ať už tedy ty tajemný autory nebo autory s takovoutou tou ten ta fantaskní literatura, kde se prolíná skutečný a neskutečný, kde (...) ani na konci toho příběhu přesně nevíte, tak to mě vždycky přitahovalo a bavilo a líbilo se mi, takže kdo ví, možná sem sám... ((smích)), ale taky sem sám, samozřejmě sám se trápil prázdnotou, a pocitem, že sem hledal ňákej smysl proč vůbec sem, nebo co dělat, a hrozně sem o sobě pochyboval, a takže vlastně mi je ta problematika něčím blížká. (...) že ho to bude bavit, že je to jako krásná práce vlastně, je to vzrušující práce, nemusíte chodit do kina pomalu, jste v románu, ste přímo v románu, ste přímo v povídce, ste přímo ve filmu, akorát že je to živý“* (Terapeut č. 2)

*„(...) tak mně se asi vybavěj jako konkrétní třeba klienti nebo konkrétní práce s těmadle lidma, vlastně jako tam mám jako vzrušení, dobrodružství, vybaví se mi todle. Velká citlivost, no vlastně že mě tydle lidi bavěj. (...)“* (Terapeutka č. 3)

„(...) já se na jednu stranu nějak jako bavím, protože si říkám, že to je neskutečný, jak je ten svět barevnej, a jak ty lidi prostě žijou vopravdu, a jak žijou na těch sto procent to to dno, tak pak žijou stejně na sto procent ty vrcholy, ty peaky, to je prostě, no tak to taky mě baví no, to mě na tý práci baví, že (...) je to úplně nepředvídatelný ((smích)) (...)“ (Terapeutka č. 4)

## 2. Témata vztahující se k otázce: Jakým způsobem se svým prožíváním terapeut pracuje?

### Potřebuješ na to nebýt sám

Všichni čtyři participanti opakovaně zdůrazňovali potřebu sdílení s kolegy a důležitost supervizí, intervizí, jako něčeho, co vnímají pro práci nepostradatelné a nenahraditelné.

„(...) pak mi pomáhá supervize, jednak jako zase v tom byly dobrý porady, že kolegové to viděj jinak, řeknou, hele ale vono takle nebo mně... já s nim pracuju takhle třeba a je to dobrý, de to, netlačím na něj. protože když mi někdo poskytne jinej pohled... to potřebuju v tu chvíli, vyjít ze svého, protože sem tim často pohlcená a přesvědčená o nějaký pravdě hrozný, pomáhal mi třeba kolega jeden, kterej říkal, tady to není všespásný není to to jediný, co těm klientům pomůže. (...)“ (Terapeutka č. 1)

„(...) takže supervize určitě, intervize a různý kolegiální sdílení sou důležitý, protože ten terapeut to taky potřebuje někam poslat (...) určitě, ty starší kolegové na začátku mi hrozně pomohli, protože si myslim že nikdo se nestvoří jako génius, takže, se to učí (...)“ (Terapeut č. 2)

„(...) rozhodně jako s takovejhlema klientama supervizi mám vždycky (...) jo důležitý bylo to, že sem měla podporu, a možná by bylo dobrý říct, že tam byl ten mužskej pohled od kolegy kterej nebyl tak úzkostnej, jo, že tam sem dostávala, hele tak to už je její věc, to něk zvládne jo, tak to bylo jako dobrý. (...)“ (Terapeutka č. 3)

„(...) já si myslim, že určitě bych si stála za tím chodit do supervize, určitě, já to dělám a myslim, že je to potřeba (...), a asi i nejt do toho sám, mít nějakýho toho kolegu, se kterým si zanádváte, když je to těžký, že vám to pomůže tak jako vodlehčit, a můžete si o tom s někym promluvit, no. (...)“ (Terapeutka č. 4)

## Upustit páru a vylejt ten kontejner

Téma ilustruje osvědčené způsoby terapeutů, jak zacházet se svými silnými prožitky, aby byli schopní udržet si v terapii odstup tolik potřebný pro práci.

*„(...) Mně pomáhalo vždycky sdílení, když je možnost mít tam kolegu nebo kolegyni a můžeš říct: ty vole! ((smích)) to bylo hrozně náročný, tak tohle jako bylo fakt dobrý, a dovolit si to tak vypustit, vypustit se, jak to bylo třeba úplně příšerný a hrozný a nejradši bych toho klienta uškrtila, ale to, když to vždycky vypustím tak zase jasně, ale vždyť to nedělá naschvál, to je prostě jeho problém, a najednou mě to zas hodí zpátky do toho jako nohama na zem, ale dovolit si být někdy.. já nevím, jestli je to jako nekorektní? Ale prostě to tak pustit (...)“ (Terapeutka č. 1)*

*„(...) protože ten terapeut to taky potřebuje někam poslat, jo jakoby ten kontejner se zaplní, a potřebuje ho zas on vyprázdnit, a nemůže ho vyprazdňovat tomu klientovi, pacientovi, nejde mu některý věci říkat, né proto, že je to neoprávdové a neautentické, ale protože by mu to nepomohlo, protože je to něco, co já si potřebuju zpracovat v sobě, a né a už to nepotřebuje on. (...)“ (Terapeut č. 2)*

*„(...) někdy mi pomůže, že se prostě po těžkym takovymdle sezení jako, začnu skákat a hopsat a prostě musím to jako rozhábat, nebo si zanádvám, prostě to ňák jako pustím, no (...)“ (Terapeutka č. 3)*

*„(...) no s tím vztekem ((smích)) to je takový asi...nevím jestli je to úplně hezký jo, ((smích)) ale no nadávám, nadávám občas, trochu se vztekám, řeknu si těch pět sprostých slov co znám ((smích)), trošku dupu, někdy, hodně mi pomůže, když třeba, když třeba se potkám s kolegou, a jenom na chvíli si vlastně jenom upustím tu páru, pomyslně, že si trochu zanádvám a uleví se mi, a trochu jako vodleju z toho napětí, a zase se můžu pak vrátit zpátky k tomu, tak co budeme dělat teď, jak to teď vlastně vypadá, a ňáká ta...to další směřování (...)“ (Terapeutka č. 4)*

## Rituálky a péče o sebe

U všech terapeutek se shodně objevilo téma malých rituálů, které jim pomáhají před terapií, v jejím průběhu, nebo i po skončení se ukotvit, zpracovat své emoce či získat odstup.

„(...) co mi pomáhalo (...) no nějaký moje rituály jako (...) že většinou v tý komunitě sem si udělala kávu a šla sem na balkón a tam si zakouřila, tak to bylo takový jako hezký, vlastně k tomu i pomáhalo i ty oficiální věci jak například napsat zápis, protože to (...) asi mi pomáhalo k tomu nák, to jako uzavřít no a oprostít se od tý tíhy, která někdy z toho de. (...) a na individuálu to, že si dávám vlastně jako prostor pro sebe, abych třeba věděla, co to je, nebo proč to je. Dejchám, jako reálně se prostě nadechnu, vydechnu, ale asi nejvíc mi pomáhá to říct, že teď tuhle emoci třeba mám, a vlastně trošku nahlas přemýšlet, před tím klientem, co se to jako děje. (...)“ (Terapeutka č. 1)

„(...) já si to asi nák hodně prodejchávám, a jako sem chvilku sama se sebou, jako že se já ukotvim, dám si nák nohy na zem, a nák se jako ošetřím svoje tělo, takle no, asi to samý, co doporučuju svejm klientům no. (...) a pak si udělám dobrej čaj... (...)“ (Terapeutka č. 3)

„(...)jinak mi asi pomáhaj náky jako rituály,(...) spíš rituálky, že si třeba dám kávu, po po skončení terapie (...) asi pro mě je důležitý, že si udržuju ty pauzy, udržuju si pauzy, aspoň patnáct minut, (...) si udržuju vlastně na to, abych si jednak si třeba zapsala myšlenky, něco co mě jako napadá k tomu procesu, abych si to pro sebe nák jako v hlavě nák ucelila, a zároveň potom no... a potom třeba du, právě tam u nás na dvoreček, a dám si cigaretu, a tak si vo tom jako přemýšlím, pak to vopustím, a přemýšlím si vo něčem jiným, abych si vlastně tu hlavu nák pročistila... no... no tak to tak, to s tím dělám, když vlastně mě pohltí náká emoce silná, nebo to ve mně nechá nákej jinej dopad (...) náký moje oddělení, jednoho sezení od druhýho, no, tak to taky vnímám pro sebe jako důležitý v tý práci, nejen s hraničnima klientama, ale s nima samozřejmě taky, možná obzvášť s nima, je potřeba, aby o sebe člověk dbal.“ (Terapeutka č. 4)

### **Prevence problémů**

Pod tématem Prevence problémů jsem se snažila podchytit zkušenosti a strategie, které se terapeutům v práci s hraničními klienty osvědčily, a které používají, aby předešli právě potenciálně problematickým situacím. Budeme se zde dotýkat, jak jsem avizovala výše, například pravidel a držení rámce terapie.

„(...) tohle se mi zatím neproměnilo, a vždycky sem to říkala mladším kolegům, princip práce, že nejdřív je dobrý pevně nastavit hranice spolupráce, a postupem tý práce je můžeš uvolňovat. naopak se to nedá dělat a je to bolestivý pro klienta i pro tebe. (...)“

*klidně jako je lepší na začátku bejt víc jako přísněj nebo víc drsnej ((smích)), já nevím jak to jako nazvat, a postupem... jak se buduje ten vztah a jak se znáte, tak klidně jako to uvolňovat, ale prostě, mít úplně otevřenou náruč může ublížit terapeutovi nebo terapeutce, když nemá asi zkušenost s prací s těmahle lidma nebo s lidma který mají tenhle problém, protože ta diagnóza je vlastně o problému ve vztazích, a o tom že du moc nebo nejdu vůbec, takže ten, myslím, že terapeut musí umět umět vztahy jako držet zdravě, při práci s těmahle klientama.(...)“ (Terapeutka č. 1)*

*„(...) musím si dát hodně pozor na to, jak pečlivě si nastavit vlastně nějaká pravidla naší spolupráce, jo, že nemůžu předpokládat, že je budou automaticky vědět, že třeba příklad, že třeba nemůžou terapeutovi volat kdykoli je to napadne, třeba, kdykoli cejtěj potřebu, jo? Jo tak že to je potřeba si jako to pole vykolíkovat, jo? Co třeba jiný klienti ti ty to ani nenapadne. (...) Jo, že často se mi děje u tědlech klientů, (...) že dyž zjistěj, že já je přijímám a nějak navážem nějak vztah bližší, že oni jako neodlišuju jako od jiných jako vztahů nebo nechápou, že je to ohraničený, patří to sem jenom na určitou dobu, určitej čas, a je pro ně těžký přijmout, že nemůžou mě kontaktovat třeba kdykoli, nebo že no, pokud to nemáme nějak domluvený že jo, že pak to berou zase jako odmítnutí, dyž vlastně na to nereaguju. Takže takže s tímhle asi jako jako je dobrý počítat. (...)“ (Terapeutka č. 3)*

*„(...) já asi vopravdu si hlídám to, abych jasně stanovila pravidla, která třeba né se všemi klienty popravdě stanovuju, jo? Že někdy si říkám, že takový to že implicitně vlastně sou jasná, a je pravda, že i když asi na to nejsem úplně hrdá, tak ale když přijde klient, s tím že vlastně má tadyty hraniční rysy (...) tak si říkám trošku v hlavě, aha, musím naprosto jasně vlastně stanovit nějak rámeček tý naší terapie, neřekla bych že bych se snažila o nějak přísnější přístup (...) ale spíš opravdu explicitě říct co a jak, a dávám si pozor, aby jako zaznělo, jak budeme řešit (...) když nebude docházet, jak budeme řešit platby, (...) jaká je možnost vlastně našeho kontaktu mimo sezení (...) a vlastně si uvědomuju, že si vopravdu dávám pozor na dodržování těhle limitů(...)“ (Terapeutka č. 4)*



### 3. Témata vztahující se k otázce: Jaký je, podle terapeuta, pohled odborné veřejnosti na klienty s diagnózou hraniční porucha osobnosti?

#### **Je to děsivé, a ještě k tomu neléčitelné**

Toto téma shrnuje předsudky o hraničních klientech, které vnímají terapeuti ze strany odborné veřejnosti. Často opakovaný termín byl stigma.

„(...) vždycky si vybavím to, že se vo týdletý diagnóze spousu jako věci říká a moje zkušenost je trošku jiná, vybaví se mi černobílý vidění světa, drama, hysterie ((smích)) a to že se s tím nedá nic dělat, že je to neléčitelný, že sou to maniaci, vrazi, to myslím tím stigmatem prostě to že se o tom takle mluví. (...)“ (Terapeutka č. 1)

„(...) pro mnohý lidi, když se řekne hraniční pacient, tak je to ó to radši né, terapeuti se toho můžou lekat že jo, protože ty popisy v těch manuálech diagnostickéjch sou takový ,někdy je to jako když si čtete příbalový letáky, u léků který nejsou (...), když se dobře používaj, smrtelný, ale čtete tam že vám vypadaj vlasy a ztráta libida ((smích)), pocity prázdnoty kožní problémy, takže když si člověk čte příbalovej leták tak často někdo se lekne a radši ten prášek ani nepoužije byť je to i kinedryl na zvracení že jo (...) myslím že kolem toho je spousta mýtů, předsudků, strachu a logicky strachu terapeutů, protože tuší, že to bude nesnáž jako. (...)“ (Terapeut č. 2)

„(...) že panujou takový jako názory na tydle lidi, že se s nima nic moc nedá dělat, že je to s nima těžký, že tam terapie moc jako psychoterapie nefunguje, nó že sou to vlastně jako nepřizpůsobivý lidi, je s nima těžký žít (...)“ (Terapeutka č. 3)

„(...) mně se vybaví vlastně asi spousta věcí, nějaký stigmatizační pohled na tuhle poruchu... (...) napadaj mě termíny jako těžký, náročný, nezvladatelný, neléčitelný, dokonce psychopat, manipulátor, člověk kterej se nechce léčit, to mě napadá spíš asi k tomu, jak vnímám to, jak se obecně v psychologický obci mluví (...)“ (Terapeutka č. 4)

#### Jedna pani povídala...

Název tohoto podtématu jsem zvolila schválně s lehkou nadsázkou, protože chci poukázat na to, jak se mohou předávat právě výše zmiňované předsudky, tradovaná přesvědčení mezi odbornou veřejností.

„(...) *A mám i nějaký, jako sice zprostředkovaný, ale nějaký informace, že někdo dělal prostě na klinice, na klinický atestaci zkoušku a teď tam ten zkoušející se ho snažil přesvědčit, že se to nedá léčit prostě, dneska, v dnešní době, to mi přijde jako úplně jako tvrdit, že homosexualita je nemoc, a měla by se léčit, úplně stejnej jako model. (...)*“ (Terapeutka č. 1)

„(...) *je to mix všemožných jako mýtů, předsudků, děsivosti, vyjímečností, tradovanejš předsvědčení, kdy se s tím asi každěj setká, ať už terapeut nebo ten pacient, kterej je tak označenej nebo má takový potíže (...)*“ (Terapeut č. 2)

„(...) *vždycky předsudky a strach je někde, kde se moc o tom neví nebo chybí nějaká osvěta třeba nebo nějakěj pravdivěj pohled, a že taky to souvisí s nějakým jako rozvojem třeba psychiatrie u nás, a vývojem a kterej úplně nejde dopředu, takže panujou pořád nějaký ještě třeba jako starý názory, na tydle lidi, z nějaký jako zkušenosti který se dál jako přijímaj bez toho aniž by se to nějak jako třeba ověřovalo, myslím v tý medicinský jako obci, v tý psychiatrický (...)*“ (Terapeutka č. 3)

„(...) *když slyšíte třeba v rádiu, jak vlastně i takovej odborník vo těhle klientech mluví, tak si myslím, že je to taková předávaná pravda v uvozovkách, no, že vlastně to tak možná potom víc lidí vnímá (...)* takle no, bez vlastní zkušenosti, ale třeba s nějakou...no přijímá takle nekriticky zkušenost nebo to co říká někdo jinej, někdo známej, někdo uznávaněj. (...)“ (Terapeutka č. 4)

### Hod'me je do jednoho pytle s nálepkou hraničář

Podtéma Hod'me je do jednoho pytle s nálepkou hraničář, ukazuje předsudky z ještě trochu jiného úhlu pohledu, poukazuje na jeden z hlavních rysů předsudků samotných, tedy na generalizaci a s ní spojenou ztrátu individuality jednotlivých klientů. A na označení „hraničář“, které není dotazovanými terapeuty vnímáno ani tak jako hantýrka v rámci oboru, ale jako urážlivé označení určitého typu klientů.

„(...) *nerada mluvím jako v těchletěch škatulkách, že jako všichni testujou hranice a chtěj pozornost ((dělá uvozovky rukama)) (...)*“ (Terapeutka č. 1)

„(...) *už jen v tom označování, že nemám rád, když se říká hraničáři, (...) mně na tom nevadí ta hantýrkovitost, to je normální, (...) ale vadí mi to, že se stírá ta individualita těch lidí, že se setře tím, že se řekne hraničáři to maj takle, a člověku se chce říct, ale maj*

*to taky jinak a taky nejsou všichni podle jednoho mustru, (...) samozřejmě tím nechci popřít tu důležitost toho diagnostickýho rozčlenění, ale vadí mi to, když se to používá jako k setření individuality těch lidí, protože ty lidi sou různý (...) že se řekne, tohle je typickej hraničář, (...) protože třeba ti lidé co ke mně chodí, tak (...) někteří tím hodně trpí že, a někteří a většina z nich je velice inteligentních, vzdělaných a (...) účastní se některých i veřejných diskuzí (...) a jsou z nich otrávení, z takových diskuzí kde byli lidi, kteří veřejně mluvili o tý problematice a mluvili způsobem, který je vlastně urážel. (Terapeut č. 2)*

*„(...) že ty lidi sou házený do jednoho pytle taky jó, jako nějaký zobecňování, generalizace, zjednodušení, (...) už se používá nálepka, to je takovej hraničář, se říká, a vlastně se už tím označujou i lidi který tudle diagnózu vůbec nemaj ale prostě se něk jako chovaj (...) No v podstatě hraničář rovná se problémovej klient. A tak sem zvědavá, kam se to bude vyvíjet, jako jestli ta diagnóza se pak změní podobně jakou jiných diagnóz, který se začly používat jako nadávka, tak už se nesměj používat že jo ((smích)), tak si myslim, že už se to k tomudle tak jako posune no (...)“ (Terapeutka č. 3)*

## DISKUSE

Zkoumání terapeutického vztahu prostřednictvím subjektivního hodnocení klientů je dnes již poměrně rozšířený způsob získávání dat a informací o terapeutickém procesu. Naopak zaměření na terapeutický vztah očima terapeuta je využíváno mnohem méně. Za možný přínos této výzkumné sondy považuji možnost otevření prostoru pro sdílení terapeutových prožitků při práci s hraničními klienty, i to, jak s těmito prožitky lze nakládat a vypořádávat se s nimi, možná i s přesahem do toho, jak jich využít v rámci terapeutického procesu. Domnívám se, že jednou ze součástí výše uvedené stigmatizace této diagnózy je i jakási nejasná, ale o to děsivější obava z práce s touto problematikou, bez jasnějšího vymezení, co je tedy to „děsivé“ a „náročné“. Na základě své zkušenosti s prací s hraničními klienty vycházím i z předpokladu, že se terapeut při této práci setkává velmi často sám se sebou, a ne vždy je toto setkání tak docela příjemné. Spolu se setkáním se sebou samým čelí terapeut mnohdy pocitům vlastní neschopnosti, bezradnosti či bezmoci, které tak či tak k psychoterapii hraničních klientů neodmyslitelně patří, nicméně je terapeuti obvykle nechávají spíše za zavřenými dveřmi svých pracoven.

Domnívám se, že otevřené výpovědi na toto téma mohou nabídnout inspiraci jak psychoterapeutům začínajícím v práci s touto klientelou, tak i podporu pro odborníky, kteří se v této oblasti pohybují již delší dobu.

V rámci výzkumné sondy byla provedena čtyři interview s terapeuty s dlouholetou praxí s touto klientelou. Výsledná témata, která odpovídají na výzkumné otázky, jsou pro přehlednost rozdělena do tří oddílů podle toho, ke které výzkumné otázce se vztahují. Důležité pro mě bylo do hloubky prozkoumat individuální zkušenost všech participantů. Domnívám se, že tento cíl se mi do velké míry podařilo naplnit.

Příjemné pro mě bylo zjištění, že všichni dotazovaní byli ve svých výpovědích velmi otevření, a byli ochotní se mnou sdílet i tak citlivá témata, jakými jsou vlastní pocity selhání nebo setkání se svými hranicemi. V tomto ohledu pro mě bylo až dojemné slyšet, že dotázaní terapeuti mají podobnou zkušenost jako já, ačkoli jsou to odborníci, jejichž názorů a zkušeností si vážím. Z toho důvodu se domnívám, že by tato výzkumná sonda mohla být přínosem i pro jiné začínající terapeuty, konkrétně v tom, že je dobré si

uvědomit, že ne všechny pocity selhání a nejistoty nezbytně plynou z nezkušenosti nebo nedostatku schopností daného jedince.

Za zajímavé považuji, že se u všech terapeutů objevovalo téma hlubokého vztahu s jejich klienty a obecně velké pochopení pro jejich obtíže, v kontrastu s tím, jak se k této problematice staví většinová odborná veřejnost.

Když se zpětně nad svou výzkumnou sondou zamýšlím, musím přiznat, že jednou z největších výzev pro mě bylo sestavování otázek polostrukturovaného rozhovoru, které jsem do té doby nikdy nesestavovala, ani jsem neabsolvovala takto vedený rozhovor. Při následné transkripci interview jsem si mnohokrát říkala, že jsem se mohla doptat ještě na další informace. Tím se dostávám k limitům této práce.

Limitů své výzkumné sondy si uvědomuji hned několik. V první řadě se jedná o velmi malý počet participantů, na jejichž základě lze jen těžko vydávat témata pojmenovaná v mé analýze za zobecnitelná. Za další limit, který jsem si uvědomila až v průběhu interview, považuji to, že dvě participantky hovořily v rámci části interview, která byla věnovaná kazuistice, o své zkušenosti s prací s klientem v terapeutické komunitě, což by mohlo trochu zkreslit jejich prožívání tohoto vztahu. Možné omezení spatřuji v tom, že prožitky terapeuta při práci s klientem mohou být odlišné v případě, že je součástí terapeutického týmu, který celý zodpovídá za to, jakým směrem se terapie jednotlivých klientů ubírá. Sama z vlastní zkušenosti vnímám rozdíl mezi jakousi „rozdělenou zodpovědností“ za klienta v rámci terapeutického týmu a pocitem zodpovědnosti za klienta v individuální praxi. Hlavní rozdíl spatřuji v bezpečném prostředí terapeutické komunity, kde se terapeut může opřít o pravidla chránící klienta. Ta přirozeně snižují intenzitu některých emočních prožitků terapeuta, které se objevují, když klient odchází z terapie neznámo kam, a terapeut nemá žádnou záruku toho, jak se mu bude dařit do příštího setkání. Nicméně obě terapeutky mají zkušenost i s individuální prací s těmito klienty a shodly se na tom, že nemají dojem, že by jejich prožitek byl touto skutečností příliš zkreslený.

Jako další omezení vnímám, že poznatky této výzkumné sondy, jsou založeny na upřímnosti participantů, jsou tedy i vystaveny riziku, že terapeutům mohl například stud zabránit ve sdílení některých pocitů, které při práci s hraničními klienty zažívají. Posledním limitem, který je třeba uvést, je má nezkušenost na výzkumném poli. A s tím související nezkušenost v oblasti vedení interview i jejich analýzy.

Navzdory výše popsaným limitům této práce věřím, že tato výzkumná sonda přispívá k podkrytí prožívání terapeutů při práci s hraničními klienty, a může inspirovat další výzkumníky, aby toto tajemné a lákavé téma blíže prozkoumali. Zároveň jsem přesvědčená, že obohacující zkušenost všech čtyř dotazovaných terapeutů, může být přínosná i pro další odborníky, kteří se této problematice věnují.

## ZÁVĚR

Předkládaná bakalářská práce se věnuje dosud málo prozkoumanému tématu terapeutova prožívání vztahu s hraničním klientem. Cílem výzkumu bylo zmapovat, co terapeuti při práci s těmito klienty prožívají a jak se svým prožíváním nakládají. Dále se výzkum zaměřoval na jejich názory na převažující postoj odborné veřejnosti k této skupině klientů. Toto téma jsem zvolila, protože se domnívám, že by mu mělo být věnováno více pozornosti, než jak je tomu nyní. Dalším důvodem tohoto výběru bylo, že mám k tématu vztah daný prací s touto klientelou, a měla jsem tak možnost konfrontovat teoretické poznatky se svými zkušenostmi, což se ukázalo jako velmi obohacující.

Práce je rozdělena do dvou částí: na část teoretickou a část výzkumnou. Teoretická část se zabývá podrobnějším představením hraniční poruchy osobnosti a dále se zaměřuje na psychoterapii této poruchy a na přístupy, které se v práci s hraničními klienty metodicky osvědčily. Výzkumná část popisuje průběh výzkumného šetření a předkládá tematickou analýzu interview, která jsem realizovala pro účely této práce. Výsledkem analýzy je přehled témat, která se vztahují k předem stanoveným výzkumným otázkám. Z analýzy vyplynulo třináct hlavních témat a dvě dílčí podtémata. Tato data vypovídají o tom, jaké jsou nejčastější prožitky dotazovaných terapeutů při práci s hraničními klienty, jaké jsou jejich specifické strategie zvládnání a zpracovávání těchto prožitků, a dále zachycují pohled participantů na přístup většinové odborné veřejnosti k této diagnóze.

Z analýzy vyplynulo, že mezi významné prožitky terapeutů patří setkání se sebou samým, se svými hranicemi a limity a se silnými emočními prožitky. Jako zásadní pro práci s prožíváním je akcentována důležitost supervize, sdílení s kolegy a možnost ventilace vlastních emocí mimo prostor terapie. Pohled většinové odborné veřejnosti je pak vnímán jako jednoznačně stigmatizující.

V souvislosti s posledním bodem vnímám jako důležité otevření tématu stigmatizace hraničních klientů. Pokládám si otázku, do jaké míry pohled většinové odborné veřejnosti na tuto klientelu ovlivňuje přístup psychiatrů a psychoterapeutů k lidem trpícím těmito obtížemi. Ačkoli v této práci nebyla možnost tuto problematiku více rozpracovat, domnívám se, že by si důkladné hlubší prozkoumání rozhodně zasloužila.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Baštecká, B., & Mach, J. (2015). *Klinická psychologie*. Praha: Portál.
- Becková, S. J. (2018). *Kognitivně behaviorální terapie - základy a něco navíc*. (K. Bartošová, A. Holá, P. Možný, & T. Nezbedová, Překl.) Praha: Triton.
- Boleloucký, Z., Smulevič, A. B., & Plevová, J. (1993). *Hraniční stavy v psychiatrii*. Praha: Grada : Avicenum.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Buber, M. (2016). *Já a ty*. Praha: Portál.
- Fox, S. (2008). *Relating to Clients The Therapeutic Relationship for Complementary Therapists*. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Freud, A. (2006). *Já a obranné mechanismy*. Praha: Portál.
- Grambal, A., Praško, J., & Kasalová, P. (2017). *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Praha: Grada.
- Hartl, P., Hartlová-Císařová, H., & Nepraš, K. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní metody aplikace* (4., přepracované a rozšířené vydání). Praha: Portál.
- Hlavsa, M. (2007). *Vnitřní obraz hraniční poruchy osobnosti* (diplomová práce). Dostupné z [https://is.muni.cz/th/mlqcn/Diplomova\\_prace\\_-\\_Michal\\_Hlavsa.pdf](https://is.muni.cz/th/mlqcn/Diplomova_prace_-_Michal_Hlavsa.pdf)
- Holubová, M. (2013). *Stigmatizace u pacientů s hraniční poruchou osobnosti* (diplomová práce). Dostupné z [https://theses.cz/id/97ud50/Bakalsk\\_prce\\_Michaela\\_Holubov.pdf?lang=cs;furl=%2Fid%2F97ud50%2FBakalsk\\_prce\\_Michaela\\_Holubov.pdf;so=nx;info=1;isshret=civilizace%20%20civilizacnich%20chorobach%26start%3D46](https://theses.cz/id/97ud50/Bakalsk_prce_Michaela_Holubov.pdf?lang=cs;furl=%2Fid%2F97ud50%2FBakalsk_prce_Michaela_Holubov.pdf;so=nx;info=1;isshret=civilizace%20%20civilizacnich%20chorobach%26start%3D46)
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (september 1993). The role of the therapeutic alliance in Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 561-573.
- Koukolík, F., & Drtilová, J. (2018). *Vzpouřa deprivantů: nestvůry, nástroje, obrana*. Praha: Galén.
- Kratochvíl, S. (2006). *Základy Psychoterapie*. Praha: Portál.
- Kreisman, J. J., & Straus, H. (2017). *Nenávidím tě, neopouštěj mě!: zvládání hraniční poruchy osobnosti*. (M. Kopicová, Překl.) Praha: Portál.
- Křivková, E. (2002). *Hraničná porucha osobnosti. Diagnostické a terapeutické přístupy*. *Psychiatrie*, 6(1), 41-49.



- Lieb, K., Zanarini, M., Schmahl, C., Linehan, M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *THE LANCET*, 453-461. Načteno z [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(04\)16770-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(04)16770-6/fulltext)
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Praško, J. (2015). *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál.
- Říčan, P., & Krejčířová, D. (2006). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada.
- Smolík, P. (1996). *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf s.r.o.
- Unger, D. (2008). *Zkušenost psychoterapeutického vztahu u terapeutů s pacienty s hraniční poruchou osobnosti (rigorózní práce)*. Dostupné z [https://is.muni.cz/th/61362/fss\\_r/](https://is.muni.cz/th/61362/fss_r/)
- Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Vymětal, J. (2010). *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada.
- Yalom, I. D. (2012). *Chvála psychoterapie: otevřený dopis nové generaci psychoterapeutů a jejich pacientů*. (H. Hartlová, Překl.) Praha: Portál

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha 1** Vzor e-mailu pro participanty s žádostí o účast na výzkumu

**Příloha 2** Vzor informovaného souhlasu

**Příloha 3** Transkripce interview

## E-MAIL PRO PARTICIPANTY S ŽÁDOSTÍ O ÚČAST NA VÝZKUMNÉ SONDĚ

Předmět: prosba o spolupráci

Vážený pane/paní...

obracím se na Vás s prosbou o zapojení se do výzkumu k mé bakalářské práci.

Jmenuji se Markéta Součková a studuji na Pražské vysoké škole psychosociálních studií obor Psychologie. Ve své bakalářské práci se zabývám tématem *Prožívání terapeutického vztahu s hraničním klientem očima psychoterapeuta*. Mým cílem je blíže prozkoumat prožívání, emoce a myšlenky terapeuta v rámci individuálního vztahu s hraničním klientem. Zaměření na terapeuta jsem zvolila proto, že se z mého pohledu jedná o oblast, které se nevěnuje zdaleka taková pozornost, jakou by si zasloužila.

Oslovuji Vás na doporučení mé vedoucí PhDr. Magdaleny Koťové, Ph.D. a dovoluji si Vás tímto požádat o účast na mém výzkumu. Jednalo by se o jeden rozhovor (maximálně 60 minut) na téma Vašeho prožívání terapeutického vztahu při individuální psychoterapii s hraničním klientem.

Velice bych si vážila toho, kdybyste se rozhodl/a tohoto výzkumu zúčastnit.

V případě Vašeho nezájmu budu ráda i za kontakt na jiného psychoterapeuta, který má s individuální prací s hraničními klienty zkušenost.

S pozdravem a přáním hezkého dne

Markéta Součková

## INFORMOVANÝ SOUHLAS

Informovaný souhlas se týká bakalářské práce na téma: “Prožívání terapeutického vztahu s hraničním klientem očima psychoterapeuta.” Výzkum probíhá v rámci bakalářského studia na Pražské vysoké škole psychosociálních studií. Bakalářská práce je psána na oboru psychologie Markétou Součkovou.

Žádám Vás tímto o souhlas s poskytnutím rozhovoru pro potřeby mé bakalářské práce a souhlas s nahráváním rozhovoru na záznamové médium i jeho dalším zpracováním.

Vzhledem k citlivosti zkoumané problematiky je náležitá pozornost věnována etickým otázkám a zajištění bezpečí participantů. Důraz je kladen na:

- Anonymitu participantů – v prepisech rozhovorů budou odstraněny i potenciálně identifikující údaje.
- Mlčenlivost – s poskytnutými informacemi participanta bude zacházeno jako s citlivým materiálem. Osobní údaje nebudou dále šířeny, s informacemi bude nakládat jen osoba provádějící rozhovor, a to vše v rámci této bakalářské práce.
- Autorizace textu po přepsání rozhovoru za účelem dodatečného vyjádření a možností rozhodnutí, zda participant souhlasí se zveřejněním rozhovoru nebo částí tohoto rozhovoru v rámci bakalářské práce.

Děkuji Vám za pozornost věnovanou výše zmíněným informacím a tímto vás žádám, abyste poskytla souhlas s výše uvedeným.

Markéta Součková

Podpis:.....

Podle zákona 101/2000 sbírky o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů uděluji souhlas s účastí v uvedeném výzkumném projektu a s poskytnutím výzkumného materiálu.

V ..... dne .....

Podpis:.....

Jméno a příjmení autorky: Markéta Součková

Studijní program: Psychologie (Bc. Prezenční)

Název práce: Prožívání terapeutického vztahu s hraničním klientem očima psychoterapeuta

Vedoucí práce: Ph.Dr. Magdalena Koťová, Ph.D.

Rok dokončení práce: 2019

Počty znaků hlavního textu práce včetně mezer (včetně literatury, bez příloh)

Celkový počet znaků: 111 010

**Posudek vedoucí bakalářské práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Markéta Součková

Obor studia: Psychologie

Název práce: Prožívání terapeutického vztahu s hraničním klientem očima psychoterapeuta

Vedoucí práce: PhDr. Magdalena Koťová, Ph.D.

Rok dokončení: 2019

**Technické parametry práce:**

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

	X	X		
--	---	---	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		X		
--	--	---	--	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

			X	
--	--	--	---	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		X	X	
--	--	---	---	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		X		
--	--	---	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

		X		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		X	X	
--	--	---	---	--

Využití praktických zkušeností

	X			
--	---	--	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

--	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

		X		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		X		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

		X		
--	--	---	--	--

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

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost  
výsledků v praxi

	X	X		
--	---	---	--	--

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

X				
---	--	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jak by se dal zkoumat tzv. "pohled odborné veřejnosti" na téma hraniční poruchy osobnosti či na osoby touto poruchou trpící?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka se v bakalářské práci zabývá tématem hraniční poruchy osobnosti (dále HPO). V teoretické části práce nastiňuje "historii diagnózy", její výskyt, faktory podílející se na jejím vzniku a vývoji, poruchu se pokouší charakterizovat a popisuje také vybrané obranné mechanismy. Zpracovává - na základě literatury - téma terapie lidí s HPO. V rámci empirické části práce předkládá autorka kvalitativní výzkumnou sondu týkající se prožívání terapeutického vztahu s člověkem s HPO psychoterapeutkou či psychoterapeutem.

Na úvod textu posudku je nutné poznamenat, že autorka práci zpracovala zcela samostatně. Zdá se, že se téma pokusila uchopit skutečně poctivě a také tzv. "živě" - text není suchopárný, což oceňuji. Autorka se též dle mého názoru pokouší vystihnout především to podstatné. Velmi oceňuji volbu tématu a práci jsem přečetla se zájmem. Mám však některé dílčí výhrady:.... V textu práce je velké množství překlepů, chyb ve formátování, opakování slov, stylistických nedostatků a dokonce hrubých chyb. Anglické části textu by si zasloužily mírnou revizi. Místy není zcela jasný zdroj informací, které autorka překládá (tj. citace a zdroje, např. subkapitola 1.4, str. 19 - zde mi není jasné, zda je o názor autorky či citace autorit oboru atp.). Autorka se věnuje hodně zejména DBT terapii a není jasné, proč - bylo by vhodné lépe a pečlivěji vysvětlit důvod (jinak téma je zajímavé).

V rámci empirické sondy bych uvítala ještě preciznější formulaci cílů sondy. Kladu si otázku, zda kritéria výběru participantů skutečně zajistí například žádoucí míru sebereflexe - dle mého subjektivního názoru nikoli (zejména tehdy, pokud je kritériem pouze započatý výcvik). Nerozumím tomu, proč jsou kritéria stanovena takto a potřebovala bych zde preciznější metodologické zdůvodnění.

Posílám informace o tom, z jakých zdrojů autorka vycházela při tvorbě scénáře rozhovoru.

V rámci tematické analýzy nepovažuji za vhodné formulace témat - jsou velmi specifické a tím možná zkreslující (například u tématu "Intenzivní emocionální terapie pro oba" - nerozumím tomu, jak se k tématu vztahuje citát terapeutky číslo 1...). Lze se domnívat, že je vhodné formulovat témata obecně - zdá se, že v textu práce lze nalézt názvy témat, která jsou vybrána z konkrétních rozhovorů - jsou bezpochyby inspirující, zajímavá a mnohdy výstižná, svou barvitostí však mohou být zavádějící.

V rozhovorech bych uvítala, kdyby se čtenář mohl dozvědět, proč terapeut či terapeutka vybrali právě jednoho konkrétního klienta.

Práci hodnotím jako přínosnou, zajímavé jsou rozhovory s terapeuty, pro mne bylo velmi přínosné potkat se s živou zkušeností jiných, mnohé aspekty terapeutické práce znám i z vlastní zkušenosti. Lze se domnívat, že autorka je vnímavá posluchačka a participantech dokázala zřejmě vzbudit důvěru.



Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: v závislosti na obhajobě 2-3

Datum, podpis: 04. 09. 2019

PhDr. Magdalena Kořová, Ph.D.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'M' with a horizontal line above it, followed by a cursive 'k'.

**Posudek oponenta bakalářské práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Markéta Součková

Obor studia: Psychologie

Název práce: Prožívání terapeutického vztahu s hraničním klientem očima psychoterapeuta

Oponent práce: Mgr. Jan Jakub Zlámaný Ph.D.

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 65

Počet stránek příloh: 67

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)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		2		
--	--	---	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

Využití praktických zkušeností

		2		
--	--	---	--	--

	1			
--	---	--	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

		2		
--	--	---	--	--

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:

Zná autorka koncept protipřenosu a protipřenosové neurózy?

Všimla si u některých terapeutů protipřenosových fenoménů, popř. protipřenosové neurózy ?

Všimla si protipřenosových fenoménů u sebe?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

**Předkládaná práce splňuje nároky kladené na bakalářskou práci.** Autorka rozdělila práci na teoretickou a empirickou část. Teoretická část nejprve objasňuje pojem hraniční porucha osobnosti, historický vývoj této diagnostické kategorie, její problematiku, charakteristické projevy, etiopatologii, terapeutické přístupy aj.. Teoretickou část uzavírá podrobnějším popisem Dialekticko-behaviorální přístupu k terapii hraničních poruch osobnosti (DBT). Z teoretického hlediska nevynechala, dle mého názoru, nic podstatného a prokázala schopnost práce s odbornou literaturou a systematického shromažďování informací o daném tématu. V empirické části práce, kolegyně provádí kvalitativní výzkum s cílem prozkoumat prožívání terapeutů pracujícími s lidmi trpícími hraniční poruchou osobnosti. Pro sběr dat používá polostrukturované rozhovory a následně je podrobuje tématické analýze.

**Připomínky:**

**Formální:** Neshledávám vážné formální nedostatky.

**Obsahové:** Chybí mi v teoretické i v praktické části zmínka o konceptu protipřenosu popř. protipřenosové neurózy. Koncept protipřenosu umožňuje vystoupit v terapii z obecné roviny diagnózy a přejít na větší hloubku resp. osobní úroveň mezi klientem a terapeutem. Souvisí s otázkou jaké osobní témata klienta se otevřely i u terapeuta. Např. zaplavující úzkost, nebo problematické vztahy s partnerem, či matkou u klienta jestli se nepřenesla i na terapeuta. Např. v rozhovoru číslo 2 se terapeut dotýká i svých protipřenosových fenoménů v práci s klientem, ale autorka zachovává v dalších otázkách spíše zdrženlivý postoj. Rozhovory by tak získaly na větší plasticitě a hloubce, ale to by již přesahovalo nároky kladené na bakalářské práce a doporučuji se tímto tématem zabývat v rámci diplomové práce. Podr. viz otázka k obhajobě.

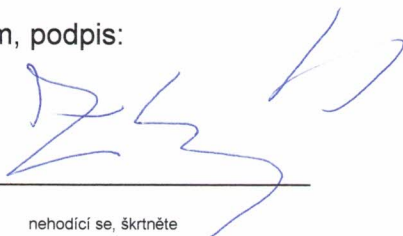
**Celkové:** Autorka je poměrně stylisticky zdatná a v teoretické části popisuje všechny podstatné pojmy a teoretické koncepty spojené se studovanou problematikou. V praktické části své práce, prokazuje schopnost uplatnit kvalitativní metodologický postup, provést polostrukturované rozhovory, analyzovat data za pomoci tématické analýzy a srozumitelně interpretovat výsledky. **Ocenit musím především výběr tématu, který se zabývá analýzou prožitých zkušeností terapeutů pracujícími s těmito lidmi.**

**Práci hodnotím jako výbornou a doporučuji ji k obhajobě.**

Doporučení k obhajobě: doporučuji\*

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis:



\*

nehodící se, škrtněte