

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Humanisticky orientovaná psychoterapie hraniční poruchy osobnosti

Vasilisa Tolkacheva

Bakalářská práce

Studijní obor: Psychologie

Vedoucí práce: Mgr. Eva Dubovská, PhD.

Praha 2021

College of Psychosocial studies



Humanistic psychotherapy of borderline personality disorder

Vasilisa Tolkacheva

Bachelor's Thesis

Study programme: Psychology

The Bachelor's Thesis Supervisor: Mgr. Eva Dubovská, PhD.

Praha 2021

Prohlášení:

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

V Praze dne

Podpis

Poděkování:

Tímto bych ráda poděkovala Ing. Mgr. Evě Dubovské, PhD. za vstřícnost, podnětné rady, podporu a čas, který mi věnovala při řešení bakalářské práce. Taktéž děkuji participantům, kteří se v rámci výzkumného šetření zúčastnili rozhovorů.

Anotace

Bakalářská práce se věnuje zkoumání psychoterapeutického přístupu humanisticky orientovaných psychoterapeutů. Zabývá se tím, jak se humanistický směr při práci s klientem s hraniční poruchou osobnosti projevuje. Výzkum byl proveden pomocí 6 polostrukturovaných rozhovorů s psychoterapeuty z gestaltistického, daseinsanalytického směru, logoterapii a z terapie zaměřené na klienta (PCA). Práce obsahuje dvě části. Teoretická část popisuje hraniční poruchu osobnosti, její nejčastější projevy a možnosti léčby. Pojednává o nepoužívanějších terapeutických směrech v léčbě HPO. Praktická část se zabývá výzkumným šetřením a jeho výsledky vycházející z Tematické analýzy (TA).

Klíčová slova: hraniční porucha osobnosti, léčba hraniční poruchy osobnosti, humanisticky orientovaná psychoterapie

Abstract

The bachelor thesis is focused on the psychotherapeutic approach of humanistic therapists. It shows specifics of humanistic course in treatment of client with borderline personality disorder. The research was conducted by six semi-structured interviews with psychotherapists from gestalt and daseins course, logotherapy and person-centered approach. The thesis is divided into two parts. The theoretical part describes borderline personality disorder, its most frequent symptoms and methods of treatment. It discusses therapeutic approaches that are mostly used for treatment of BPD. The practical part provides the description of conducted research and its results based on the thematic analysis.

Key words: borderline personality disorder, treatment of borderline personality disorder, humanistic psychotherapy

Obsah

Úvod.....	8
Teoretická část.....	9
1 Hraniční porucha osobnosti a její specifika.....	9
1.1 Charakteristika a diagnostická kritéria HPO	9
1.2 Etiopatogeneze	10
1.3 Komorbidita hraniční poruchy osobnosti	11
1.4 Stanovení diagnózy	11
2 Léčba hraniční poruchy osobnosti.....	13
2.1 Farmakoterapie	13
2.2 Psychoterapie.....	14
3 Vybrané psychoterapeutické směry a metody a jejich přístup k léčbě HPO	16
3.1 Humanisticky orientované psychoterapeutické směry	16
3.1.1 Gestalt terapie.....	16
3.1.2 Terapie zaměřená na klienta.....	18
3.1.3 Daseinsanalýza a logoterapie	18
3.2 Další vybrané psychoterapeutické směry se specifickým zaměřením na léčbu HPO.....	19
3.2.1 Terapie zaměřená na přenos.....	20
3.2.2 Kognitivně-behaviorální terapie	21
3.2.3 Terapie zaměřená na schémata	23
Praktická část.....	26
4 Výzkumné šetření	26
4.1 Cíl výzkumu a metoda sběru dat	26
4.2 Výzkumný plán a typ výzkumu	26
4.3 Výzkumný problém a otázky	28
4.4 Výzkumný soubor a jeho charakteristiky.....	28
4.5 Metoda zpracování a analýzy dat.....	29
4.6 Reflexe vlastního předporozumění	31
4.7 Deskriptivní část – Tematická analýza dat.....	31

4.8 Závěr výzkumu	46
Diskuze.....	50
Závěr	53
Seznam použité literatury a pramenů	54
Přílohy.....	i
Příloha č.1: PCA1.....	i
Příloha č.2: DA1.....	xiii
Příloha č.3: DA2.....	xx
Příloha č.4: EA1	xxviii
Příloha č.5: GT1.....	xxxv
Příloha č.6: GT2.....	xliv
Příloha č.7: Informovaný souhlas.....	lii
Bibliografické údaje	liii

Úvod

Hraniční porucha osobnosti je velmi závažná duševní nemoc, která vyžaduje psychoterapeutickou léčbu a v případě závažných komorbidních poruch se u ní doporučuje i farmakoterapie. Je řada psychoterapeutických směrů, které jsou určeny přímo pro práci s klienty s touto poruchou osobnosti. Mezi ně například patří dialektická behaviorální terapie, terapie zaměřená na přenos, terapie zaměřená na schémata atd.

Hraniční porucha osobnosti je jednou z nejčastějších psychiatrických diagnóz. V rámci psychoterapeutické práce se s takovým pacientem může setkat hodně terapeutů bez ohledu na jejich psychoterapeutický směr.

Cílem této práce je prozkoumat, jak se z perspektivy humanisticky orientovaných psychoterapeutů přistupuje k pacientům s diagnostikovanou hraniční poruchou osobnosti. Dalším záměrem dané práce je prozkoumat, jak se humanistický terapeutický přístup při práci s touto skupinou klientů projevuje.

Tato bakalářská práce je rozdělena na dvě části. Teoretická část je věnována popisu hraniční poruchy osobnosti a způsobům léčby. Dále pojednává o nejpoužívanějších psychoterapeutických směrech využívaných při léčbě hraniční poruchy osobnosti. Praktická část je zaměřena především na výzkumné šetření, pojednává o výzkumném postupu a použitých metodách během získávání a zpracovávání dat. V závěrečné části jsou popsány výsledky výzkumného šetření.

Teoretická část

1 Hraniční porucha osobnosti a její specifika

1.1 Charakteristika a diagnostická kritéria HPO

Hraniční porucha osobnosti je charakteristická nestabilitou nálady, nápadnými projevy chování a zároveň afektivitou v interpersonálních vztazích. Nejčastějším důvodem, proč klienti s hraniční poruchou osobnosti vyhledávají psychoterapeutickou pomoc, je neschopnost udržovat hranice mezi sebou a ostatními lidmi. Tyto nedostačující zkušenosti v mezilidských interakcích se mohou odrážet i v psychoterapii, ve vztahu mezi terapeutem a klientem s hraniční poruchou osobnosti (Grambal, Kasalová & Praško, 2017, s. 10).

Hraniční porucha osobnosti dle diagnostického manuálu MKN-10 spadá pod emočně nestabilní poruchu (F60.3), která se dělí na impulzivní typ a hraniční typ. Tato práce se především věnuje hraničnímu typu. Světová zdravotnická organizace (2006, s. 164) definuje hraniční poruchu osobnosti (F60.31) následovně: „Je přítomno několik charakteristik emoční nestálosti, navíc má pacient často nejasné nebo narušené představy o sebe samém, cílech a vnitřních preferencích (včetně sexuálních), obvykle má chronické pocity prázdnoty. Náchylnost k angažovanosti v intenzivních a nestálých interpersonálních vztazích může být příčinou opakovaných emočních krizí a může být sdružena s excesivními pokusy vyhnout se opuštěnosti řadou sebevražedných vyhrůžek nebo sebepoškozujících činů (i když se také mohou vyskytnout bez zjevných příčin).“

Lidé s hraniční poruchou osobnosti kromě intenzivního prožívání emocí, obzvlášť vzteku, mívají prudké změny nálad, nestálý sebeobraz – pro takové pacienty je těžké pochopit, kým doopravdy jsou, čeho ve svém životě chtějí dosáhnout. Jejich vnitřní hodnoty a životní cíle se mohou často měnit. Je také běžné, že mají velmi nestabilní interpersonální vztahy. Pro lidi s HPO je typické zneužívání návykových látek, např. alkohol nebo drogy, nebezpečné řízení auta, gambling a promiskuita (Craighead et al., 2013, s. 511).

Hraniční porucha osobnosti může být diagnostikována již v období adolescence. Ve studii (Kramer et al., 2017, s. 167) byly porovnávány dvě adolescentní skupiny: adolescenti s diagnostikovanou hraniční poruchou a adolescenti bez ní. Zásadní rozdíly mezi těmito skupinami spočívaly v tom, že jedinci s HPO častěji zmiňovali horší vztahy se svými rodiči. Ve škole nebo

v práci jejich vztahy mohly být také komplikované. Měli rovněž vztahové problémy s vrstevníky, kamarády nebo se svými partnery. Adolescenti s HPO častěji uváděli, že s někým chodí a také měli větší potřebu být ve vztahu.

Hraniční poruchu osobnosti může být obtížné odlišit od bipolární poruchy, rozdíl je však pozorovatelný ve frekvenci změny nálad. V případě bipolární poruchy osobnosti epizoda změny nálady trvá minimálně dva týdny, u lidí s hraniční poruchou se nálada běžně střídá několikrát denně, výjimečně jedna epizoda může trvat několik dnů. Hraniční poruchu je možné odlišit i od jiných poruch v případě, kdy je přítomná porucha identity a chronické sebepoškozování, které se u jiných poruch osobnosti zpravidla nevyskytují (Grambal et al., 2017, s. 47).

1.2 Etiopatogeneze

Na vzniku hraniční poruchy se podílejí biologické příčiny a faktory prostředí (Praško et al., 2003, s. 245). Do faktorů prostředí se zařazuje především týrání v dětství – fyzické, sexuální nebo psychologické zanedbání. U více než 70 % jedinců s hraniční poruchou osobnosti se v anamnéze vyskytovala separace a slabý attachment s matkou, psychopatologie a závislost na návykových látkách u rodičů a nevhodné nastavení hranic v rodině (Chapman et al., 2020).

Predispozice ke vzniku dané poruchy pravděpodobně mají genetický podklad, zároveň to může souviset s prenatálním obdobím vývoje dítěte, kdy v důsledku velké zátěže nebo stresu působícího na matku, může dojít k nepříznivému vývoji mozku dítěte. Podobný vliv mohou mít i poranění mozku během porodu. Nesmírně důležitou roli také hraje rodinné prostředí, které ovlivňuje to, jaký postoj vytvoří dítě k sobě, jiným lidem a světu (Widiger, 2005, s. 64).

Během norské studie s dvojčaty (Reichborn-Kjennerud et al., 2013, s. 1209) věnované prozkoumávání symptomů provázejících hraniční poruchu osobnosti a možných faktorů podílejících se na jejím vzniku bylo zjištěno, že daná porucha je s velkou pravděpodobností zapříčiněna geneticky, mají na tom podíl i specifické faktory prostředí (např. rodina). Další studie provedená v Německu (Schwarze et al., 2012, s. 1285) poukázala na skutečnost, že v patogenezi hraniční poruchy osobnosti se častěji vyskytují prenatální adverzity, které mohou zapříčinit rozvoj HPO u dítěte. Tato pravděpodobnost může činit až 25,7 %. Největší dopad má nadměrné kouření tabáku a zdravotní komplikace spojené s těhotenstvím a porodem. Matky pacientů s hraniční

poruchou osobnosti na rozdíl od kontrolní skupiny matek se zdravými dětmi (healthy control group) vnímaly svoje těhotenství jako velmi stresující.

Přestože řada výzkumů zdůrazňuje vliv dědičnosti, nebylo dosud zjištěno, jaké specifické genetické faktory mají na tom přímý podíl (Calati et al., 2013, s. 1285). Mezi základní výchovné vlivy přispívající k rozvoji hraniční poruchy osobnosti patří nejisté rodinné vztahy a prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, stresující a traumatické události (opuštění rodičem, sexuální zneužívání) a závislé vztahy (Grambal et al., 2017, s. 115).

1.3 Komorbidita hraniční poruchy osobnosti

Nejčastějšími komorbidními poruchami jsou návykové, depresivní, bipolární nebo porucha příjmu potravy. Klienti s hraniční poruchou osobnosti ve většině případů mohou mít úzkostné, afektivní poruchy nebo psychotické onemocnění, která mohou značně zhoršovat celkový stav klienta a kvalitu jeho života.

Terapie deprese nebo jiné komorbidní poruchy s hraniční poruchou osobnosti může mít delší průběh. Může to být zapříčiněno nestálostí terapie kvůli měnícím se cílům nebo vztahu klienta k terapeutovi. Pacient také může psychoterapeuta zahlcovat aktuálními tématy, nepravidelně docházet na sezení nebo mít tendenci se terapie vzdát, když se mu zrovna nedaří (Grambal et al., 2017, 56-57).

1.4 Stanovení diagnózy

Při diagnostikování hraniční poruchy osobnosti se používá semistrukturovaný diagnostický rozhovor IPDE, který má za cíl určit diferenciální a komorbidní diagnózy podle diagnostických kritérií MKN-10 (1996, cituji podle Grambal et al., 2017, s. 63). Pro diagnostikování dle Amerického DSM-5 se nejčastěji využívá semistrukturovaný rozhovor – Diagnostic Interview for Borderlines – Revised (DIB-R). Daná metoda umožňuje posoudit složky hraniční poruchy osobnosti, kterými mohou být např. afektivní dysregulace a impulzivita (McDermut a Zimmerman, 2008; Miller, 2012 cituji podle Grambal et al., 2017, s. 63). K určení hraniční poruchy osobnosti se také používá Pětifaktorový hraniční inventář (Five-Factor Borderline Inventory), který umožňuje posoudit takové složky HPO jako např. afektivní a

behaviorální dysregulace, narušení regulace hněvu, poruchy identity a manipulativnost (Mullins-Sweatt et al., 2012, s. 477).

Kvalitní psychologické vyšetření je časově náročný proces, který může zabrat zhruba osm a více hodin. Vyšetření psychologickými metodami však pomáhá doplnit informace získané z rozhovoru s pacientem. Klíčovou roli hraje zkušenost klinického odborníka a jeho odhad. Výsledky psychologického vyšetření mohou být ovlivněny několika faktory a to např. nedostatkem času, nezkušeností, projekcemi a protipřenosem, neschopností koncentrace na kladené požadavky během vyšetření a neochotou ke spolupráci ze strany pacienta. Může být vhodné rozložit psychologické vyšetření na více sezení (Grambal et al., 2017, 65-66). Rozložení diagnostického vyšetření by mohlo poskytnout klinickému odborníkovi příležitost pozorovat případné změny nálad pacienta a z toho i vyplývající změny v osobnostním projevu. Mohlo by to tak doplnit celkový klinický obraz pacienta a být užitečné při stanovení diagnózy.

Při diagnostickém vyšetření je podstatné zohlednit psychofarmaka, která pacient užívá. Psychofarmaka mohou ovlivnit schopnost koncentrace pozornosti, psychomotorické tempo, paměť a exekutivní funkce a mohou tak celkově mít vliv na výkonnost pacienta. V rozhovoru je důležité zjistit, co pacienta trápí a proč se rozhodl přijít právě teď, zmapovat jeho celou životní situaci – jaké má vztahy v rodině, jak to má s bydlením a prací, zjistit historii traumatických zážitků (např. násilí v rodině, sexuální zneužívání).

Během rozhovoru je také vhodné posoudit možnost výskytu komorbidních poruch, dotazovat na projevy disociace: sebepoškozování, zmatení ohledně vlastní identity, sníženou schopnost prožívat emoce, sluchové a vizuální halucinace atd. Během rozhovoru se doporučuje citlivě vyptávat pacienta zejména na tyto oblasti: jak pacient zvládá své emoce, zda mívá pocity prázdnoty, jestli někdy prožívá nekontrolovaný vztek na sebe nebo na druhé, jestli se poškozuje nebo poškozoval. Při diagnostickém vyšetření klinický odborník musí dbát na dodržování hranic v situaci, kdy pacient vypráví o těžkých zážitcích z minulosti, a dle možností oddělovat psychoterapeutickou práci od diagnostického procesu. Klinický odborník může být během vyšetření popuzen provést krizovou intervenci nebo psychoterapeutický zásah, a to by mohlo značně zkomplikovat celý proces. Z toho vyplývá, že je pro klinického psychologa důležité to mít na vědomí a také si uvědomovat přenosu pacienta i vlastního protipřenosu a pracovat s tím (Grambal et al., 2017, 67-70).

2 Léčba hraniční poruchy osobnosti

2.1 Farmakoterapie

Farmakologická léčba hraniční poruchy osobnosti dosud nebyla řádně prozkoumána. Ze studie (Choi-Kain et al., 2017, s. 28) vyplývá, že stále nebyla vyvinuta farmakoterapie pro hraniční poruchu osobnosti, která by definitivně pomáhala pacientům překonat symptomy HPO, interpersonální a funkční potíže. Z klinického pohledu výzkumy, které se věnovaly farmakologické léčbě, mají řadu omezení, mezi nimi jsou např. malé výzkumné vzorky a krátká období pozorování. Dle Bendera et al. (2001, s. 300) pacienti s hraniční poruchou osobnosti nejčastěji užívají léky proti úzkosti, antidepresiva a stabilizátory nálady. Pacientům s hraniční poruchou osobnosti se běžně předepisují různorodá psychofarmaka jako antikonvulziva, antipsychotika, antidepresiva atd. Farmakologická léčba HPO je převážně symptomatická.

National Collaborating Centre for Mental Health (2009, s. 219-257) uvádí, že u antikonvulzivů (např. Topiramát) byl prokázán příznivý účinek na typické symptomy HPO jako naštvanost, úzkost, deprese a hostilita. Lithium se používá pro stabilizaci nálady a pro léčení agresivního a sebedestruktivního chování. Antipsychotika (Olanzapin, Haloperidol) se podávají pacientům pro redukci psychotických symptomů, např. paranoidní identifikace, halucinace a disociace. Haloperidol dokáže zmírnit impulzivní, hostilní projevy a deprese. Další skupinou léků, která může být předepsána pacientům s hraniční poruchou osobnosti, jsou antidepresiva (např. Amitriptylin). Jejich účelem je zmírnit depresivní symptomy nebo komorbidní deprese. Bylo také zjištěno, že Omega-3 nenasycené mastné kyseliny mohou potenciálně zlepšit psychický stav pacienta trpícího poruchou osobnosti. Daný způsob léčby však nebyl dostatečně prozkoumán, a proto nelze s jistotou potvrdit jeho účinnost.

V léčbě pacientů s hraniční poruchou osobnosti se doporučuje omezit příjem psychofarmak a brát je pouze v nezbytném případě. Na jednu stranu symptomatická léčba může poskytnout pacientům výraznou úlevu. Na druhou stranu ale psychofarmaka mají řadu vedlejších účinků jako např. riziko obezity, diabetes, kardiovaskulárního onemocnění a mnoho dalších. Z tohoto důvodu je vhodné zvážit nutnost farmakologické léčby a pokud je to možné, upřednostnit psychoterapii.

2.2 Psychoterapie

Za posledních čtyřicet let, během kterých byla hraniční porucha osobnosti zkoumána, došlo k velkým změnám v přístupu k její léčbě. Mnohé psychoterapeutické směry byly přizpůsobeny požadavkům pacientů s HPO a zapříčinilo to tak jejich transformaci. Došlo např. ke vzniku dialektické behaviorální terapie z původní behaviorální terapie. Z kognitivně-behaviorální terapie vznikl nový směr – schématerapie a z psychoanalytického směru pochází kromě jiného psychoterapie zaměřená na přenos (Bateman et al., 2015, s. 737).

Dle Grambala et al. (2017, s. 143-144) klienti s hraniční poruchou osobnosti vyhledávají psychoterapii (např. podpůrnou) zpravidla v období afektivní dekompenzace nebo kvůli potížím vyvolaným komorbidními poruchami. Na začátku spolupráce se může řešit možnost hospitalizace. Klient může mít představu, že psychoterapeut vyřeší všechny problémy za něj. Když se tato mylná představa vyvrátí, může na to klient reagovat vůči terapeutovi vztekem a agresivním chováním. Pro to, aby se začal utvářet terapeutický vztah, je pro klienta důležité vnímat přijetí ze strany psychoterapeuta, nastavení hranic a empatickou konfrontaci postojů. Hranice je možné na začátku spolupráce vymezit pomocí iniciálního kontraktu. Nejčastější problém s vymezením hranic nastává v situaci, kdy nezkušený psychoterapeut nestanovil pravidla hned na začátku spolupráce. Následná snaha o nastavení tvrdých hranic již v průběhu spolupráce může zapříčinit to, že klient bude chtít terapii předčasně ukončit.

Další neoddelitelnou součástí psychoterapie hraniční poruchy osobnosti je edukace. Psychoterapeut klientovi poskytuje pravdivé a užitečné informace, které se týkají pacientovy diagnózy, např. poukazuje na možné příčiny častých a nepředvídatelných změn nálady. Edukovat klienta je vhodné ve chvíli, kdy má psychickou a mentální kapacitu nové informace zpracovat.

Pro terapeuta obecně platí, že pokud plánuje převzít do terapie nového klienta s hraniční poruchou osobnosti, musí především brát v úvahu, že se jedná o velmi intenzivní a dlouhodobou spolupráci. Jelikož jde o emočně nabitou práci, je vhodné přezkoumat svou vnitřní kapacitu a dostupnost supervize. Během terapie se může nedařit, a na to by terapeut měl být připraven také. Aby psychoterapie byla účinná, terapeut musí neustále reflektovat svoje negativní reakce ve vztahu ke pacientovi (protipřenosové reakce) nebo romantické a sexuální touhy. Na straně klienta je

důležité se zabývat tendencemi k polarizaci citových reakcí (splitting), např. idealizací stávajícího terapeuta a devalvací předchozího (Grambal et al., 2017, s. 126-127).

Terapeutům je doporučován klidný a metodický přístup. Je důležité, aby nevníмали každý nový příznak klienta s hraniční poruchou jako naléhavý problém, protože se později může ukázat, že se jednalo pouze o přechodný stav (Grambal et al., 2017, s. 146).

Klienti s HPO mohou neustále testovat hranice psychoterapeuta. Může to mít různé podoby, např. nadměrná vděčnost, nabízení dárků, mohou zvat terapeuta na rande, nabízet sex, společné kouření marihuany atd. Klienti mohou terapeuta zahlcovat i nadměrnou telefonickou komunikací, posíláním e-mailů nebo SMS zpráv. Psychoterapeut se také dostává do velmi nezáviděníhodné pozice, pokud mu klient zavolá zrovna ve chvíli, když se chystá skočit z mostu nebo poté co spolknul velké množství léků.

Dalším nesmírně náročným, ale zároveň důležitým aspektem psychoterapie HPO, je práce s přenosem a protipřenosem. Přenos klienta na terapeuta může spočívat v nadměrné závislosti klienta na terapeutovi, erotických fantaziích, které náhle může vystřídat nenávisť při domnělém odmítnutí. Je vhodné, aby terapeut testovací chování klienta akceptoval, zároveň je důležité o tom mluvit a stanovit limity klientovy závislosti na terapeutovi. Pro počátek psychoterapie hraniční poruchy osobnosti je také typické, že si klient terapeuta idealizuje, může ho zbožňovat a sexuálně svádět. V průběhu terapie může dojít k devalvací terapeuta, klientovy emoční reakce mohou být velmi bouřlivé, může docházet k tzv. "acting outům". Psychoterapeut může na dané chování klienta reagovat protipřenosem v podobě křiku, výčitek, bagatelizace a později sebezpytování. Pro terapeuta může být náročné odlišit své emoční prožívání od projektivní identifikace neboli od emocí, které jsou do něj klientem projektovány. Při práci s HPO je důležité, aby si psychoterapeut neustále uvědomoval vlastní emoce a pocity, a díky tomu si dokáže zachovat vůči klientovi přiměřený odstup (Praško et al., 2003, s. 247-248).

3 Vybrané psychoterapeutické směry a metody a jejich přístup k léčbě HPO

3.1 Humanisticky orientované psychoterapeutické směry

V dané kapitole se popisují Gestalt terapie, terapie zaměřená na klienta (PCA), daseinsanalýza a logoterapie. Dané humanistické přístupy se mohou využívat v psychoterapii hraniční poruchy osobnosti. Tato kapitola je zaměřená především na stručný popis jednotlivých psychoterapeutických směrů a vysvětlení používaných terapeutických přístupů.

3.1.1 Gestalt terapie

Knop a Roubal (2009, s. 111-112) popisují gestalt terapii jako psychoterapeutický směr, který klade důraz na neustálé uvědomování si vlastního vnímání, prožívání a jednání tady a teď. Umožňuje to tak jedinci všimnout si opakující se vzorce chování, řídit se více vlastní volbou a přebírat za své rozhodnutí zodpovědnost. Daný psychoterapeutický směr podporuje sebezpřijetí, sebevyjádření a seberealizaci.

Neoddělitelnou součástí gestalt terapie je **teorie pole**, která popisuje pole jako celek životního prostoru majícího jednotlivé prvky. Ty se navzájem ovlivňují a pole se v důsledku toho proměňuje, organizuje se k lepšímu tvaru. Terapeut může být také součástí pole klienta a pomáhat mu odpozorovat proměny v jeho poli a přizpůsobit se jim. Dalšími základními pojmy v gestalt terapii jsou **figura a pozadí**. Figura vyznačuje aktuální potřebu pacienta. Může to být vjem, emoce nebo myšlenka, která má v tento okamžik největší význam. Uspokojená potřeba ustupuje do pozadí, gestalt se tím uzavírá, a uvolňuje se tak prostor pro novou potřebu. Daný fenomén se nazývá **kontaktní cyklus**. Pokud nedochází k uspokojení určité potřeby, gestalt nemůže být ukončen. V případě, že neukončený gestalt nepříznivě ovlivňuje nově vznikající figury, stává se z něj **fixovaný gestalt**. V důsledku toho jedinec opakuje určité vzorce chování a prožívání, které mohou zapříčinit potíže v interpersonálních vztazích nebo se sebou samým při kontaktu s okolím.

Pacient s hraniční poruchou osobnosti, který v dětství zažil odmítnutí a způsobilo mu to trauma, může později ve svém poli pozorovat náznaky odmítnutí od svého terapeuta. Je tu však prostor pro korektivní zkušenost. Ve chvíli, kdy klient vnímá odmítnutí ze strany terapeuta (např. nesouhlasem nebo pouze verbálním náznakem), může zároveň vnímat, že psychoterapeut ho neopouští a že dokáže unést i intenzivní emoční prožívání svého pacienta (Grambal et al., s. 163).

Yonsef (2009, s. 128) dospěl k závěru, že gestaltistický psychoterapeutický směr je terapií volby u pacientů s HPO, vyžaduje to však modifikaci terapie a její větší sofistikovanost. Je proto potřeba u každého pacienta obecné psychoterapeutické principy přizpůsobit specifické klinické situaci. Neměly by se opomenout znalosti diagnózy, teorie osobnosti ani psychodynamická teorie (Yonsef, 2009, s. 186).

Efektivní gestalt psychoterapie hraniční poruchy osobnosti vyžaduje od terapeuta, aby byl pevný a aby klienta naučil zodpovědnosti. Velký důraz je kladen na uvědomování si polarity v emočním prožívání pacienta – terapeut může být jak dobrý, tak i zlý, schopný a neschopný nebo přijímající a zároveň kritizující. V psychoterapii může dojít z počátku k tomu, že klient si svého terapeuta idealizuje (pozitivní přenos), domnívá se, že ho terapeut zachrání. Na první pohled se může zdát, že terapie funguje. Pravda ale vypluje na povrch ve chvíli, kdy si klient všimne, že jeho představy o terapeutovi neodpovídají skutečnosti (Yonsef, 2009, s. 300).

Yonsef (2009, s. 140) zdůrazňuje význam včasné konfrontace pacientovy zodpovědnosti a motivaci zahájit skutečnou psychoterapeutickou práci. V opačném případě si klient nerozvine sebedopůrné nástroje pro to, aby dokázal čelit vnitřnímu zklamání a pocitu opuštěnosti. Z psychodynamického pohledu se primární pozitivní přenos může proměnit v negativní přenos, který může být i potenciálně psychotický.

Pro gestaltický směr je podstatný stabilní rámec terapie, který představuje jasnou dohodu mezi klientem a terapeutem o tom, jak to v terapii bude probíhat. Druhou zásadou je větší aktivita terapeuta. Znamená to, že by terapeut měl dávat časté komentáře, měl by se také snažit klienta ukotvit v realitě a předejít přenosovým distorzím. Dále by terapeut měl tolerovat pacientovu hostilitu, protože je to způsob, jak se pacient s HPO vymezuje k významným osobám ve svém životě. Poslední zásadou je upozorňovat pacienta na důsledky jeho sebedestruktivního chování a učinit tak to jednání neuspokojujícím (Grambal et al., 2017, s. 171).

3.1.2 Terapie zaměřená na klienta

Terapie zaměřená na klienta (Person-centered therapy) je nedirektivní směr, který byl založen Carlem Rogersem v čtyřicátých letech 20. století. Přestože PCT se nepovažuje za direktivní směr, v terapeutické práci s klientem s HPO se mohou objevit direktivní prvky v podobě zadávání domácích úkolů, poskytování informace o behaviorálních cvičeních a jejich nácvik, trvání terapeuta na psychiatrickém vyšetření pacienta, vyjadřování nesouhlasu ze strany psychoterapeuta vůči klientovi a v neposlední řadě terapeutické vedení pacienta, které klade velký důraz na neustálou sebeaktualizaci (Quinn, 2011, s. 478).

Mezi zásadní mechanismy změny v terapii zaměřené na klienta patří kongruence, která předpokládá autentičnost terapeuta v jeho prožívání a chování vůči pacientovi. Terapeut musí být dostatečně kongruentní na to, aby mohl vhodně reagovat na svého klienta a pomáhat mu porozumět jeho vnitřnímu emočnímu prožívání nebo tomu, co se v jeho životě děje. Dalším nepostradatelným aspektem PCT je bezpodmínečné pozitivní přijetí klienta, které napomáhá k hlubšímu porozumění. Empatie nebo empatické porozumění je zcela zásadní pro navození osobnostních změn u klienta.

Za zmínku stojí i utišující (mitigating) protipřenos. Terapeut nevnímá protipřenos jako překážku v terapii, ale spíše jako její nedílnou součást. Vlastní negativní emoční prožívání sděluje terapeut klientovi velice citlivě a s důrazem na to, že jsou to jeho vlastní emoce. Všechny mechanismy změny musí být poskytnuty v dostatečné míře, důsledně a bez prodlení, aby byly účinné (Quinn, 2011, s. 481-483).

Psychoterapie zaměřená na klienta pomáhá pacientovi zvýšit schopnost sebeuvědomění, zlepšit sebehodnocení, podpořit rozvoj interního locus of control (místa řízení), sebpřijetí, akceptaci vlastních negativních životních zkušeností a akceptaci ostatních lidí (Quinn, 2011, s. 484-487).

3.1.3 Daseinsanalýza a logoterapie

Kratochvíl (2006, s. 86-88) uvádí, že daseinsanalýza vychází z existenciální filosofie M. Heideggera. Daný směr se zaměřuje na "býti ve světě" jedince a na analýzu jeho prožívání. Klade velký důraz na rozvoj aktualizací vrozených schopností klienta. Předpokládá, že každý člověk ve

své podstatě si umí uvědomovat sám sebe, to, co dělá, je zároveň schopen se rozhodovat a nést za své jednání zodpovědnost.

Daseinsanalytici se vyhýbají zařazování pacientů do diagnostických kategorií a zastávají názor, že poruchy chování je možné pochopit jenom z hlediska daného jedince. Velký důraz je kladen na jedinečnost a neopakovatelnost osobnosti pacienta. Vyžaduje to tak individuální přístup ke každému klientovi. V terapii je hledán snesitelný pevný způsob "bytí ve světě". Cílem terapie je probudit v pacientovi jeho potenciál a možnosti. Na základě toho potom může jednat, uskutečňovat vlastní existenci a být sám sebou. Díky tomu se klientovi otevírají nové obzory, může dospět ke zralejšímu postoji k životu a získat zralejší sebevědomí. Svou existenci se tak učí prožívat plně a na základě toho jedná vážně a zodpovědně.

Logoterapii a existenciální analýzu založil Viktor Frankl. Daný směr především klade důraz na naplnění základní lidské potřeby – touhy po smyslu. Nenaplněním této potřeby vzniká existenciální frustrace. Logoterapie se snaží pacientovi pomoci najít východiska z jeho existenciální frustrace. Terapeut pomáhá klientovi najít jeho vlastní život smysl, který je v souladu s jeho osobností.

Logoterapie rozšiřuje obzor pro hodnoty, které klient může uskutečňovat. Pacient by tak měl přijímat zodpovědnost za sebe a za uskutečňování hodnot tím, že reaguje na životní požadavky a úkoly. Konečným cílem terapie je sebetranscendence, kdy klient dokáže překročit úzké zaměření na sebe a bude otevřen hodnotám, které ho přesahují (Kratochvíl, 2006, s. 89-91)

3.2 Další vybrané psychoterapeutické směry se specifickým zaměřením na léčbu HPO

V dané kapitole budou představeny psychoterapeutické směry, které se bezprostředně zaměřují na léčbu hraniční poruchy osobnosti. Terapie zaměřená na přenos, kognitivně-behaviorální terapie a terapie zaměřená na schémata byly modifikovány a přizpůsobeny specifickým potřebám pacientů s hraniční poruchou osobnosti. V rámci této kapitoly budou popsány základní principy a metody zvolených terapeutických směrů.

3.2.1 Terapie zaměřená na přenos

Kernberg (1975, s. 246) uvádí, že jedinci trpící hraniční poruchou osobnosti mají velmi silné a explozivní agresivní pudy v důsledku chybného vývoje objektních vztahů. Následně mohou svůj hněv obrátit proti objektům (lidem), které vnímají jako zcela špatné. Cílem terapie je tedy zbavit se negativního sebeobrazu, který splývá se špatným objektem. Terapeut by měl na jednu stranu umět vyhovět požadavkům klienta, na druhou stranu musí stanovit limity terapie tak, aby mohlo dojít k obnovení zastaveného procesu psychického zrání pacienta (Grambal et al., s. 153).

Pro psychoterapii zaměřenou na přenos (Gabbard, 2001, s. 46-51) je doporučován flexibilní přístup vyjadřující podporu klientovi s hraniční poruchou osobnosti. Před zahájením interpretací přenosu je důležité validovat vnitřní prožívání pacienta a vytvořit tak podporující atmosféru. Jedinci s větší mírou úzkosti a impulzivity budou potřebovat více podpory ze strany terapeuta. Flexibilní přístup především spočívá v tom, že psychoterapeut může volit mezi interpretativním a neinterpretativním terapeutickým stylem na základě toho, má-li klient stabilnější nebo oslabené ego. Tato skutečnost poukazuje na míru, do které je pacient schopen porozumět psychologickým souvislostem.

Dále je pro psychoterapeuty doporučováno vyhnout se nadměrné přisnosti ve vztahu ke klientovi, který může nabýt dojmu, že mu terapeut nerozumí. V důsledku toho nevznikne žádoucí propojení mezi terapeutem a klientem, a proto může být psychoterapie z pacientovy iniciativy předčasně ukončena. Dalším důležitým aspektem psychoterapie je stanovení podmínek tak, aby byla funkční. Před zahájením psychoterapie je proto zásadní s klientem určit, co je terapie a co není a vysvětlit nutnost ukončování terapeutických sezení včas. Dále je nutné zjistit, jaká má klient očekávání a vyjasnit si způsob úhrady terapie. Je vhodné trvat na tom, aby terapeutická sezení byla pravidelná, jakož i informovat klienta o tom, co se stane v případě, kdy by sezení vynechal. Terapeut by také měl sdělit svoje očekávání týkající se aktivní spolupráce klienta v průběhu psychoterapie. V neposlední řadě je nezbytné stanovit si cíle a postupně se k nim dopracovávat.

Další doporučení se týká transformace terapeuta na špatný objekt ve vědomí klienta. Psychoterapeut má nesnadný úkol – musí ustát a tolerovat devalvací své osobnosti ze strany klienta. Pro terapeuta v takové situaci je důležité této devalvací nepodlehout. Psychoterapeut proto musí mít pevný a pozitivní sebeobraz, aby tak náročnou situaci ustál. V terapii zaměřené na

přenos je také kladen značný důraz na rozvoj klientovy schopnosti sebereflexe. Následně by měl vnímat vlastní vnitřní prožívání a přemýšlet o tom. Přispívá to tak k celkové adaptaci pacienta.

V neposlední řadě se Gabbard (2001, s. 53) zmiňuje o práci s hranicemi klienta. Pro terapeuta může být opravdu náročné trvat na dodržení hranic, když klientovi zrovna není dobře a vyžaduje pomoc. Posouvání stanovených pravidel však nepomáhá, nýbrž od klienta posléze přibývají nové a nové požadavky. Nejtěžší pro terapeuta může být situace, kdy pacient má suicidiální tendence. Terapeut musí mít neustále na paměti, že pacienta nejde ochránit před sebevraždou neustálým kontaktem v ambulantním prostředí. Když nejsou klientovy sebevražedné impulsy pod kontrolou, musí být hospitalizován, a právě tím bude i chráněn.

3.2.2 Kognitivně-behaviorální terapie

Pretzer et al. (2013, s. 180) uvádí, že existují tři základní přesvědčení u pacientů s hraniční poruchou osobnosti, která vedou k maladaptivnímu chování: „Náš svět je nebezpečný a zlý“, „Já jsem bezmocný a zranitelný“ a „Já jsem ve své podstatě nepřijatelný“. První a druhé přesvědčení mohou mít za následek ostražitost a nedůvěru v mezilidských vztazích. Pro pacienty s hraniční poruchou osobnosti jsou kromě nadměrné ostražitosti typické kognitivní charakteristiky jako například dichotomní (černobílé) myšlení a oslabený pocit vlastní identity. Tato základní přesvědčení a kognitivní charakteristiky jsou klíčové podněty pro kognitivně-behaviorální terapii.

Na začátku psychoterapie je zásadní vytvořit si s klientem pozitivní vztah a každé další sezení ho v podstatě obnovovat. Dobrý terapeutický vztah je základem pro efektivní psychoterapii a pro prosazování změn v průběhu spolupráce. Pacienti s hraniční poruchou osobnosti mohou vnímat náhlé změny jako nebezpečné, proto ve většině případů potřebují delší čas na akceptaci těchto změn (Grambal et al., 2017, s. 174).

Pokud je psychoterapeut schopen nastavit jasné hranice a bude v rámci nich citlivě reagovat na klienta, s velkou pravděpodobností se jim pacient dokáže přizpůsobit. V případě, že terapeut není v nastavování hranic konzistentní, klient bude mít neustálou potřebu psychoterapeuta testovat, aby zjistil, kde ty hranice jsou. Při práci se klientovými hranicemi je také důležité, aby psychoterapeut neposkytoval svému pacientovi žádné mimořádné výhody, protože ve většině případů má klient tendenci dožadovat se dalších výhod, a může to tedy být kontraproduktivní (Grambal et al., 2017, s. 176). Během prvních terapeutických sezení se terapeutům doporučuje

vyhýbat se fyzickému kontaktu, familiárnosti nebo sdělování svých osobních zkušeností, aby se tím předešlo překročení klientových hranic. V průběhu sezení by si terapeut měl také všimnout signálů svědčících o tom, že se pacient necítí pohodlně a citlivě na to reagovat (Grambal et al., 2017, s. 177).

Pokud pacient prožívá odmítnutí ze strany terapeuta, tak je potřeba nejdříve zaměřit pozornost klienta na to, co cítí a na co myslí a zeptat se ho, zda byl něčím zraněn. V takovém případě by psychoterapeut měl přímo a explicitně klientovi objasnit vzniklé nedorozumění (Grambal et al., 2017, s. 180).

Terapeut může zjistit, že pacient s hraniční poruchou osobnosti v něm vyvolává silné emocionální reakce. Tyto reakce mohou být různorodé, např. pocit bezmoci, deprese, strachu, hněvu atd. Pro kvalitu poskytované psychoterapeutické práce, kterou terapeut odvádí, je zcela zásadní, aby se těm emocím věnoval a kriticky je prozkoumal, ale především je důležité, aby si je terapeut dokázal uvědomit. V tomto případě je vhodné věnovat se dysfunkčním myšlenkám a konzultovat problematické situace se supervizorem nebo s nezaujatým kolegou (Grambal et al., 2017, s. 181).

V rámci kognitivně-behaviorální terapie hraniční poruchy osobnosti provádí terapeut analýzu vzorců extrémního maladaptivního chování klienta, např. konflikty a závislost na druhých lidech, zkratkovité jednání atd. Pacienti také v průběhu života vytvářejí kognitivní schémata, která představují negativní pohled na sama sebe, na druhé lidi a na svět (Grambal et al., 2017, s. 182).

Terapeutické metody KBT jsou především zaměřeny na změnu stylu (temperamentu) a změnu schémat (modifikace charakteru). Změna stylu spočívá v nácvičení sebeuvědomování a v regulaci impulzivního chování. Změna schémat zahrnuje hlubší analýzu, zpochybňování a testování automatických a dysfunkčních myšlenek a schémat pomocí behaviorálních experimentů (Grambal et al., 2017, s. 188). Kognitivně-behaviorální terapie se také zaměřuje na odstraňování dichotomního myšlení, zlepšování kontroly emocí a zvládání impulzů, posiluje rovněž pacientův pocit vlastní identity (Grambal et al., s. 189-194).

3.2.3 Terapie zaměřená na schémata

Terapie zaměřená na schémata vychází z KBT a je také v podobné míře strukturovaná a systematická. V terapii se zkoumají schémata a zvládací strategie klientů. Jedná se o aktivní a direktivní přístup, který usiluje o kognitivní, emocionální, interpersonální a behaviorální změny (Young et al., 2006, s. 9).

Na začátku spolupráce s pacientem s HPO se psychoterapeut nepouští do kognitivní práce, nýbrž zaměřuje svoji pozornost na budování stabilního pouta s klientem (Young et al., 2006, s. 91). Pro zpracování dětských traumat se u pacientů používá terapeutický přístup zahrnující prvky "limitovaného náhradního rodičovství" (limited reparenting). Daný přístup poskytuje pacientovi s hraniční poruchou osobnosti bezpečný prostor pro vyjádření svých emocí (Young et al., 2006, s. 54).

Young et al. (2006, s. 209) zdůrazňují význam terapeutického vztahu a zastávají názor, že pro pacienty se schématem „opuštění“ je terapeutický vztah primárním zdrojem uzdravení. Terapeut je pro něj stabilní základnou, ze které se může odvážit jít do světa a utvářet stabilní pouta s ostatními lidmi. Nejdříve však pacient musí překonat schéma „opuštění“ skrz terapeutický vztah, získané poznatky potom aplikovat ve vztazích s významnými osobnostmi v jeho životě.

Terapeut jako náhradní rodič poskytuje klientovi pocit jistoty a pacient se ho učí vnímat jako stabilní objekt (stable object). Využitím empatické konfrontace terapeut pomáhá klientovi překonat pocit hrozícího opuštění, pacient se tak postupně učí akceptovat skutečnost, že terapeut nemůže být vždy dostupný. Nakonec terapeut pomáhá klientovi nahradit primární terapeutický vztah jiným vztahem, v důsledku toho by pacient neměl zůstat závislý na terapeutovi jako na jediné stabilní postavě v jeho životě.

Young et al. (2006, s. 209) uvádí, že kognitivní strategie se zaměřují na úpravu přehnaného pohledu klienta na svět. Myslí si, že ho všichni opustí, zemřou nebo se budou chovat nepředvídatelně. Pacient se učí zvládat dočasnou separaci od důležitých osob v jeho životě. Kognitivní strategie se také zaměřují na nápravu nerealistického očekávání, které má klient k ostatním lidem. Domnívá se, že druzí lidé budou vždy dostupní a důslední. Klient se učí akceptovat, že ostatní mají nárok na stanovení limitů a vlastní soukromí. Kognitivní strategie se zaměřují i na zmírnění potřeby neustále se ujišťovat, jestli je osoba důležitá pro klienta stále tady.

Kognitivní strategie se soustřeďují na změnu klientova přesvědčení, že musí dělat všechno, co po něm ostatní chtějí, jinak by byl brzy opuštěn; že postrádají kompetence a bez pomoci jiných lidí to v životě nezvládnou; že jsou vadní a až to ostatní zjistí, tak je určitě opustí.

Práce s hraniční poruchou osobnosti je hodně náročná v tom, že nálady klienta se mohou neustále střídat. Koncept modů (ohraňovaných vzorců emočního prožívání, myšlení a chování, která se aktivují v určitých situacích) byl vytvořen pro zachycení měnících se afektivních stavů klienta s HPO. Na rozdíl od zdravých jedinců pacient s hraniční poruchou osobnosti dokáže přejít z jednoho modu do druhého během krátké chvíle, zároveň ale po ostatních modech, které se objevovaly předtím, nezůstane ani stopa (Young et al., 2006, s. 306-307).

Dle Younga et al. (2006, s. 307-311) u pacientů s HPO je identifikováno pět základních modů:

1. Opuštěné dítě (Abandoned Child): v tomto modu pacienti jsou křehčí a projevují se více jako děti. Zdají se být zoufalí, vyděšení a ztracení. Hledají rodičovskou postavu, která se o ně postará. Terapeut se snaží klientovi poskytnout přijetí, naplnit jeho emocionální potřeby jako bezpečný attachment, empatie a lásku; současně nechává klientovi prostor pro sebevyjádření a přirozenou spontaneitu.

2. Naštvané a Impulzivní dítě (Angry and Impulsive Child): když je klient v tomto modu, intenzivně ventiluje nahromaděný vztek. Může působit rozzuřeně a jednat velice impulzivně na základě svých potřeb. Může dojít i k emočnímu vydírání terapeuta, v důsledku toho, že pacient zoufale potřebuje naplnění svých emočních potřeb. Psychoterapeut nastavuje hranice a učí klienta, jak dávat najevo své naštvaní a jak své emoční potřeby vyjadřovat přiměřeným způsobem.

3. Trestající rodič (Punitive Parent): v tomto modu klient trestá sám sebe, pokud udělal něco špatně. Pacient jedná v souladu se zvnitřněným hněvem, nenávistí a znechucením jednoho nebo obou rodičů. Klient je naštvaný na sebe, když od rodičů žádá naplnění základních potřeb, které mu rodiče ale nedovolili dávat najevo. Trestá se tím, že se sebepoškozuje nebo o sobě mluví jako o "zlém", "špatném" nebo "špinavém". Z dlouhodobějšího hlediska je ten modus nejdestruktivnější. Terapeut využívá strategie k odbourání vzkazů od trestajících rodičů a pomáhá klientovi budovat sebeúctu. Terapeut se také snaží svrhnout a nahradit Trestajícího rodiče.

4. Odtahitý obránce (Detached Protector): v daném modu se klient chová dle očekávání terapeuta: chodí a hraje terapii včas, dělá domácí úkoly a neztrácí kontrolu nad svými emocemi. Terapeut může daný modus vnímat příznivě a posílit ho. Ve skutečnosti však pacient odstrhne vlastní emoční potřeby, nabyde identitu někoho, díky čemuž může získat terapeutovo uznání. Dělá proto všechno, co po něm psychoterapeut vyžaduje, ale přitom není na terapeuta vůbec napojený a nedělá tak v terapii žádný pokrok. Terapeut se v tomto modu snaží klientovi pomoci propojit se se svým emočním prožíváním, aby se dokázal na ostatní lidi napojit a dát najevo svoje potřeby.

5. Zdravý dospělý (Healthy Adult): je zdravá součást osobnosti, která řídí ostatní mody. Pomáhá klientovi naplnit základní emoční potřeby, které nebyly naplněny v dětství. Cílem práce s mody je vybudovat a posílit pacientova Zdravého dospělého, aby došlo k efektivní práci s ostatními mody. Zdravý dospělý má tři základní funkce: stará se a chrání Zraněné dítě; nastavuje hranice Naštvanému a Impulzivnímu dítěti; zápasí a zmírňuje maladaptivní a dysfunkční rodičovské mody (Young et al., 2006, s. 277-278).

Young et al. (2006, s. 324-325) definuje hlavní cíl schématerapie jako začlenění do klientovy osobnosti Zdravého dospělého vytvořeného podle vzoru terapeuta. Za tímto účelem musí terapeut:

1. Snažit se pochopit a ochránit Opuštěné dítě.
2. Pomoci Opuštěnému dítěti dávat a přijímat lásku.
3. Bojovat proti Trestajícímu rodiči a snažit se ho zbavit.
4. Nastavit hranice pro chování Naštvaného a Impulzivního dítěte a naučit pacienta v tomto modu vyjadřovat svoje emoce a potřeby přiměřeným způsobem.
5. Ujistit a nahradit Odtahitého obránce Zdravým dospělým.

Praktická část

4 Výzkumné šetření

4.1 Cíl výzkumu a metoda sběru dat

Daný výzkum se věnuje problematice humanisticky orientované psychoterapie hraniční poruchy osobnosti. Cílem této výzkumné části práce je prozkoumat psychoterapeutický přístup ke klientům s danou diagnózou a zjistit, jaká specifika má humanistický přístup psychoterapeutů.

Jako výzkumná metoda byla zvolena tematická analýza polostrukturovaných rozhovorů s psychoterapeuty, kteří měli nebo mají v péči klienty s hraniční poruchou osobnosti. Tato metoda umožňuje položit participantům seznam neměnných otázek a zároveň poskytuje možnost se na informace poskytnuté participantem ptát více do hloubky. Flexibilita dané metody umožňuje zaměřit se i na jiné informace, které se během rozhovoru objeví a mohou být pro účel výzkumu užitečné. Tato metoda v rámci daného výzkumného šetření pomohla získat hlubší pochopení psychoterapeutického vztahu mezi daným terapeutem a klientem.

4.2 Výzkumný plán a typ výzkumu

Pro podrobnější zkoumání psychoterapeutického přístupu ke hraniční poruše osobnosti, byla zvolena kvalitativní metoda sběru dat. Daná metoda je určena pro analýzu lidských prožitků a vnímání odlišných životních událostí. Zároveň se zabývá tím, jak mohou lidé zvládat obtížné situace. Kvalitativní výzkum se především zaměřuje na významy, které se v situacích objevují, a nepoužívá předem vytvořené proměnné, které mohou způsobit ovlivnění výpovědí participantů (Willig, 2013).

Před samotným dotazováním psychoterapeuta bylo zapotřebí vytvořit strukturu rozhovoru neboli schéma, které mělo za účel získat od participanta cenné informace pro dané výzkumné šetření. Schéma rozhovoru tvořily okruhy otázek, které byly pro účel výzkumu závazné. Pořadí otázek kladených participantovi se může měnit, aby se tím maximalizovala výtěžnost interview. Při polostrukturovaném rozhovoru je vhodné použít upřesnění a vysvětlení odpovědi participanta. Takový postup nabízí možnost se ujistit, jestli výpověď účastníka interview byla pochopena a interpretována správně. Kladením doplňujících otázek se zároveň téma rozhovoru rozpracovává více do hloubky (Miovský, 2006).

Výzkumný plán se zakládal na polostrukturovaných rozhovorech s psychoterapeuty a klinickými psychology, kteří absolvovali psychoterapeutický výcvik v jednom z humanisticky orientovaných směrů – PCA, daseinsanalýze, existenciální analýze nebo v gestalt terapii. Zvolená metoda sběru dat odpovídala požadavkům tohoto výzkumu, neboť měla předem určenou strukturu a zároveň poskytovala určitou míru pružnosti a flexibility. Umožňovala se ptát participantů na informace, které původní soubor otázek neobsahoval. Schéma interview zůstávalo beze změn bez ohledu na psychoterapeutický směr participantů.

Výzkumný plán se odvíjel od účelů výzkumného šetření a výzkumných otázek. Zcela zásadní bylo nejprve sestavit schéma interview. Zahrnovalo to stěžejní otázky znějící následně:

1. Pokud jste měli více klientů s HPO, mohli byste si prosím vybavit některého z nich, se kterým jste měli delší průběh terapie? Jak dlouho k Vám docházel?
2. S jakým problémem k Vám tento klient přišel?
3. Jak jste k tomuto problému přistupovali?
4. Jak přibližně probíhalo Vaše sezení? Jaký byl časový interval mezi jednotlivými sezeními?
5. Mohli byste mi popsat, jaký jste s klientem měli vztah? Doplnující otázky:
 - A) pokud klientovi nebylo líp, jak jste se s tím vyrovnávali?
 - B) Účastnili jste se supervize? Pokud ano, vybavujete si, co jste tam přinášeli? A pokud jste supervizi neměli, je-li nějaká situace, kterou byste zpětně rádi zkonzultovali?
 - C) Proměňoval se Váš vztah s klientem za celou dobu terapie?
 - D) Docházelo někdy k překročení hranic ze strany klienta? Pokud ano, jak jste s tím pracovali?
6. Bylo něco, co Vás bavilo a naplňovalo v práci s klientem s HPO?
7. Bylo pro Vás něco náročného při práci s tímto klientem? Bylo tam něco, co tu práci brzdilo?
8. Jak byl Váš vztah s klientem ukončen (pokud už byl ukončen)?
9. Co si myslíte, že je pro klienty s HPO v psychoterapii důležité? Co byste doporučili začínajícím terapeutům při práci s touto skupinou?

Formulace otázek byla ze začátku volena velice důkladně, proto během výzkumu nevznikla potřeba otázky měnit, vyřazovat nebo doplňovat. Během interview participant mohl

někdy poskytnout potřebné informace, aniž by byl dotazován, obzvláště v případě sady doplňujících otázek týkajících se vztahu mezi psychoterapeutem a klientem.

4.3 Výzkumný problém a otázky

Tato práce se věnuje humanisticky orientované psychoterapii u klientů s hraniční poruchou osobnosti. Zabývá se především psychoterapeutickou prací, která terapeuta může stát hodně sil a energie. Psychoterapeut musí nastavit pevné hranice, pokud pracuje s klientem s hraniční poruchou osobnosti. Tato práce se zabývá psychoterapeutickým vztahem mezi klientem a terapeutem, který vzniká v případě, že klient danému psychoterapeutovi důvěřuje. V rámci tohoto výzkumu se zkoumají také náročné a příznivé aspekty terapie z pohledů humanistických psychoterapeutů a jejich zdroje sebepodpory.

Výzkumné otázky byly vytvořeny ještě před zahájením výzkumného šetření formou polostrukturovaných rozhovorů. První výzkumná otázka zní následovně: „Jak humanisticky zaměřeni psychoterapeuti přistupují k léčbě pacientů s hraniční poruchou osobnosti?“ Daná otázka má za účel prozkoumat přístup humanistických psychoterapeutů ke klientům s danou diagnózou neboli zjistit, jak terapeuti pracují a jak reagují na problematické chování pacienta, například při překračování terapeutových hranic. Druhou výzkumnou otázkou je: „Jak se u psychoterapeutů projevuje humanistický přístup?“ Tato otázka by měla poskytnout jasnější představu o tom, jak humanistický přístup v praxi může vypadat a jaká má specifika.

4.4 Výzkumný soubor a jeho charakteristiky

Zvolení participantů měli mít absolvovaný výcvik v jednom z humanisticky orientovaných psychoterapeutických směrů neboli v PCA (Person-Centered Approach), daseinsanalýze, existenciální analýze nebo v gestalt terapii. Jelikož tento výzkum se přímo věnuje humanisticky orientované psychoterapii, byl to jeden z nejdůležitějších požadavků, který musel být splněn.

Tento výzkum vyžadoval vzorek participantů skládající se ze šesti terapeutů. Z nich byli čtyři terapeutky a dva terapeuti. Výzkumný soubor vypadal následovně:

1. Terapeutka, směr PCA; dále označována jako PCA1
2. Terapeut, gestalt (GT1)
3. Terapeutka, daseinsanalýza (DA1)

4. Terapeutka, existenciální analýza (EA1)
5. Terapeut, gestalt (GT2)
6. Terapeutka, daseinsanalýza (DA2)

Psychoterapeuti buď měli soukromou praxi nebo to byli kliničtí psychologové s absolvovaným psychoterapeutickým výcvikem. Všichni účastníci rozhovorů měli psychoterapeutickou praxi minimálně pět let a aktivně se jí věnovali. Délka praxe byla rozhodujícím kritériem. Pro kvalitu daného výzkumu byla nesmírně cenná psychoterapeutická zkušenost, která se odrážela v odpovědích participantů. Pokud psychoterapeut měl více klientů s hraniční poruchou osobnosti, měl potom rozsáhlejší představu o hraniční poruše osobnosti samotné a zároveň o psychoterapeutické péči, kterou klienti s touto diagnózou vyžadují. Poslední podmínka se týkala respondentových klientů. Museli mít diagnostikovanou hraniční poruchu osobnosti. Pro účely tohoto výzkumu by nestačili klienti pouze s hraničními rysy. V takovém případě by mohlo dojít k nevyžádanému zkreslení představy o tom, jak psychoterapie hraniční poruchy osobnosti může v praxi vypadat.

Dva rozhovory s psychoterapeuty proběhly v jejich ordinaci. Zbylé čtyři byly provedeny online přes aplikaci Skype. Původně měly všechny rozhovory proběhnout buď v ordinaci terapeuta, nebo v jiném klidném a příjemném prostředí. Nařízení vlády 110/1998 Sb., o bezpečnosti České republiky, které vyhlásilo pro území České republiky z důvodu ohrožení zdraví v souvislosti s prokázáním výskytu koronaviru /označovaný jako SARS CoV-2/ na území České republiky nouzový stav, však výzkum v této formě neumožnilo. Rozhovory tedy musely probíhat distančně, jejich náplň a délka se ale zásadně nezměnily. Web kamera a mikrofon umožnily přenos zvuku a obrazu mezi oběma účastníky rozhovoru.

4.5 Metoda zpracování a analýzy dat

Rozhovory s participanty byly s jejich souhlasem nahrávány na diktafon. Délka interview mohla být od třiceti pěti minut až po hodinu a čtvrt'. Před zahájením rozhovoru byli všichni psychoterapeuti informováni o dané bakalářské práci a o tom, jak s nahrávkou interview bude nakládáno. Všechny nahrané rozhovory byly následně přepsány. Při prepisech interview nebyla zaznamenána neverbální složka. Rozhovory byly dále zpracovány dle postupů a zásad tematické analýzy. Daná metoda byla zvolena jako nejvhodnější pro zpracování získaných dat.

Tematická analýza (TA) je metoda, která systematicky identifikuje, uspořádává a nabízí pohled do vzorců významných témat napříč souborem dat. Daná metoda umožňuje přidělovat specifický význam zkušenostem, které se vzájemně v něčem podobají. Tematická analýza je flexibilní metoda zpracování dat, která nabízí možnost prozkoumat soubor dat z různých úhlů pohledu a do větší hloubky (Braun & Clarke, 2012).

Braun a Clarke (2012) popisují postup pro provedení tematické analýzy zahrnující šest fází. Jedná se tak o podrobnou a spolehlivou metodu, která byla v rámci této práce využita pro analýzu dat. **1. fáze „seznámení se s daty“** představuje opakovaný poslech a čtení přepisu rozhovorů, psaní vlastních poznámek a zvýraznění těch částí textu, které mohou být pro výzkum užitečné. V této fázi je důležité na text pohlížet analyticky a kriticky. Poznámky slouží pouze za účelem zaznamenání vlastních myšlenek a nápadů. **2. fáze „vytváření počátečních kódů“** zahajuje systematickou analýzu dat pomocí kódů. Dochází k identifikaci a pojmenování jednotlivých prvků dat, které mohou být přínosné pro dané výzkumné šetření. Kódy nenabízí podrobné vysvětlování významu dat, nýbrž slouží pouze za účelem popsání a interpretace dat. **3. fáze „hledání témat“** zahrnuje přezkoumání vytvořených kódů a hledání témat. Pro vznik témat a podtémat je důležité dát kódy, které mají shodný význam, do smysluplných celků. Tím vzniknou potenciální témata, mezi kterými je nutné vyhledávat spojitost a zkoumat, jestli dávají s ohledem na data smysl. **4. fáze „prohlížení potenciálních témat“** představuje zkoumání vztahu mezi vznikajícími tématy, kódy a daty a jejich smysluplností. V této fázi je velká pozornost věnována kontrole kvality vytvořených témat a jejich formulaci. Zároveň se zjišťuje, jestli kódy byly přiřazeny ke vhodnému tématu. V této fázi je zapotřebí u potenciálních témat znovu prozkoumat, jestli ve vztahu k datům dávají smysl a mají s nimi spojitost. **5. fáze „vymezení a pojmenování témat“** je určena pro přesné vymezení každého tématu, přidělení mu specifického významu a odlišení od ostatních témat. Každé téma tak má mít vlastní zaměření, rozsah a účel. Témata by se měla navzájem doplňovat. Poslední **6. fáze „psaní zprávy“** spočívá v shrnutí informací získaných pomocí tematické analýzy. Pro tento krok jsou důležité neformální poznámky k datům, které byly vytvořeny během seznámení s daty v první fázi tematické analýzy. Tato fáze je z pohledu výzkumného šetření klíčová, jelikož představuje závěrečnou zprávu, která je především určena pro popis významu a účelu shromážděných dat.

4.6 Reflexe vlastního předporozumění

Vnímám psychoterapii hraniční poruchy osobnosti jako velmi náročný a dlouhý proces. Daná porucha osobnosti je velmi komplikovaná svými projevy – impulzivní emocionální prožívání a s tím spojené zkratkovité jednání, v závažných případech se může jednat o sebevražední pokusy. Proto terapie HPO vyžadovala modifikaci základních psychoterapeutických směrů, především to spočívalo v nastavení pevných hranic a v hledání jemnějších způsobů konfrontace pacientových postojů.

Humanistické psychoterapeutické směry na rozdíl direktivních nemají takové množství nástrojů a metod, jak psychoterapii HPO vést. Z tohoto důvodu je zajímavé se podívat na to, jak terapie hraniční poruchy osobnosti může v rámci humanisticky orientovaných směrů vypadat, jaké metody a přístupy volí psychoterapeuti pro zvládnutí náročných situací s klientem.

Domnívám se, že zkušenost v humanistické terapii pro pacienty s danou poruchou může být velmi příjemná a obohacující, zároveň ale nedostatečné nastavení hranic může naopak celý uzdravovací proces zkomplikovat.

4.7 Deskriptivní část – Tematická analýza dat

Dále budou představena témata a podtémata, která byla identifikována a popsána pomocí tematické analýzy bezprostředně navazující na výzkumné otázky.

Téma 1: Psychoterapeutická práce s hraniční poruchou osobnosti

Dané téma je ze všech témat nejrozsáhlejší, protože v sobě zahrnuje poznatky získané při rozhovorech s psychoterapeuty o tom, jak pracují a přistupují ke klientům s diagnostikovanou hraniční poruchou osobnosti. Toto téma bylo rozděleno na více podtémat, aby tím vznikl lepší přehled v získaných informacích.

Podtéma: Práce s hranicemi

U tohoto tématu se pozastavil skoro každý dotazovaný psychoterapeut. Práce s hranicemi, jak by se dalo očekávat, je zásadní při psychoterapii hraniční poruchy osobnosti. Tato práce je velice jemná a přitom je nesmírně náročná. Pro terapeuta je zásadní neustále si uvědomovat vlastní hranice i hranice klienta a mít pro něj velkou míru pochopení.

PCA1: „...je důležité u těch hraničních (pacientů)... že já jsem musela umět rozpoznat, kde je její schopnost, co dokáže reflektovat, co třeba nedokáže, co je hranice pro ni, co je hranice pro mě jo, že vlastně ona se učila... ona, když ke mně přišla, tak v tom čase měla deset partnerů, to že měla po roku dva, jsem pokládala za úspěch jo, že jsou to už takové věci, že vlastně člověk s tím úplně jinak zachází...“

Samotné překračování hranic nemusí být vnímáno negativně, nýbrž to může sloužit jako dobrý nástroj pro práci s klienty s hraniční poruchou osobnosti.

DA2: „...kde třeba jsou překračované hranice, kde on cítí třeba ode mě nějaký tlak – to všechno byly hrozně vlastně cenné věci, když se začaly objevovat...“

Pokud klient hranice překročí, je nesmírně důležité na to zareagovat v klidu a vysvětlit klientovi, proč je potřeba dbát na dodržení stanovených pravidel, jaký to má účel a smysl. Když se psychoterapeut nebude věnovat klientovi mimo terapii, může to klient prožívat jako odmítnutí a nést to těžce. Pokud mu ale terapeut objasní, proč nebo z jakého důvodu na klienta nemá kapacitu, může to klientovi pomoci se s tím smířit. Z tohoto pohledu transparentnost terapeuta je zásadní.

EA1: „...co vlastně doporučujeme... tak určitě to, že řekneme těm klientům, že můžou prostě ty zprávy nechávat, ale že já je určitě nebudu číst, protože... že prostě na to nemám kapacitu nebudu s nimi ani telefonovat mimo terapii, protože na to nemám podmínky, protože prostě nemůžu nějaké osobní věci rozebírat v prostředí, když kupuju v supermarketu nebo jsme v městské hromadné dopravě, prostě z respektu k nim a z respektu k sobě budeme vždycky řešit ty věci jenom v té terapii, a zároveň jim prostě říkám, že tomu rozumím, že někdy ty věci potřebují, protože jsou ve velikém tlaku, takže jim se samozřejmě uleví, protože nějakou zprávu nahrají, nějakou zprávu napíší, ale prostě ta dohoda je, že já se tím nebudu zabývat, budu se tím zabývat v té hodině, až se uvidíme...“

Podtéma: Práce s emocemi

Z provedených rozhovorů vyplynulo, že práce s emocemi je určitě náročná jak pro psychoterapeuta, tak i pro jeho klienta. Střídání nálad a intenzita prožívaných emocí je to, co terapeut musí ustát a zároveň pomoci klientovi se v tom vyznat.

PCA1: „...těžké to samozřejmě bylo pro ni a pro mě v tom, že ona poprvé zažívala mnoho silných emocí – jak pozitivních, tak negativních. Takže to bylo hodně jako přechod ze smutku do radosti, takže hodně jsem pracovala v těch začátcích, aby ona se učila rozpoznávat emoce, uměla s nimi jako zacházet, nehrotila se z nich...“

Pokud klient dlouhodobě potlačoval nebo si nedovolil prožívat určité emoce, pak je důležité v terapii se k tomu postupně dostávat. Prvním krokem je znovu se naučit určitou emoci prožívat. Druhým a poněkud komplikovanějším krokem je pochopit, jak s těmi emocemi naložit, jaká je skrytá emoční potřeba klienta.

PCA1: „...ale byla jsem ráda, že se dokázala jako naštvat, co předtím jako neuměla, že to se stávalo jako často a učila jsem ji jako kdyby pracovat... že jedna věc je, že se na někoho zlobit a pak ale aby ty negativní emoce pak byly ku prospěchu, takže s tím se učila pracovat, že nejenom se naštvat, ale co teď s tím budeme jako dělat...“

Při intenzivním prožívání emocí je důležité klienta uklidnit a postupně se dostávat k tomu, co bylo příčinou a co způsobilo ty emoce.

GT2: „...takže velká část téhle práce, když třeba byl agresivní, tak byla zklidňovat nějak jeho emoce jo, pracovat na tom, aby se zklidnil, nějak uvádět to naštvaní do kontextu toho, co se mu děje...“

V případě, pokud se klient nedokáže ve svých emocích vyznat, je vhodné zvolit nepřímou cestu. Například terapeutka z daseinsanalytického směru zvolila velmi zajímavý a kreativní způsob, jak se společně s jejím klientem dostat k jeho prožívání:

DA1: „...a pak se nám velmi osvědčilo, že mi vždycky našel na mobilu nějakou písničku a vlastně zahrál, pustil ji jo, aby to vyjádřil jako tu náladu a potom jsme ještě upřesňovali, co to teda, co to je, protože když se zahraje písnička a jsou tam dva lidé, tak každý to ještě může nějak jo, cítit, takže ještě na základě té písničky, jestli šlo o tu hudbu nebo jestli šlo o ty slova a tak. A i vlastně k básním jsme se s ním dostali jo... Takže to bylo takové jako v tomhle i takové jako kreativní...“

Podtéma: Medikace

Téma medikace je zvláště důležité a svým způsobem zajímavé, protože u každého klienta byla dle vypovědí participantů úprava medikace individuální. Přístup terapeutů a klientů se v tomto ohledu také lišil. Psychoterapeutka z PCA směru vnímala, že medikace ve velkých dávkách není nutná. Mělo to svoje výhody – klientka byla během sezení více přítomná.

PCA1: „...vlastně když jsem s ní začala pracovat, tak jsem se s ní domluvila, že s jejím souhlasem zkontaktuji jejího psychiatra... a ladili jsme medikaci, že jsem chtěla ho poprosit, že vzhledem k tomu, že se o ní budu takhle starat, jestli je nezbytně nutné některé ty léky užívat. Naštěstí se s ním dalo jako domluvit, a ona zůstala na nejmenších dávkách nějaké medikace, co pro mě bylo dobré v rámci psychoterapie v tom, že ona byla víc jako přítomná, víc jako při vědomí v té přítomnosti...“

Potřeba medikace se však může lišit od toho, v jakém je stavu klient. Jsou situace, kdy bez medikace psychoterapie nemá velký účinek a prostor pro nabídnutí pomoci klientovi je velice malý. Značně se to může komplikovat v případech, že klient možnost medikace zcela odmítá, i přestože by léky měly sloužit jenom proto, aby se klientovi ulevilo a aby během psychoterapeutických sezení byla možnost se dostat do větší hloubky.

DA2: „...on už byl natolik vyčerpaný, že vlastně tam ty setkávání neměly vyšší smysl, neměly větší smysl než v tom, že on byl jako v bezpečné blízkosti s někým a mohl si vlastně postěžovat a mohl se vypovídat, ale on vlastně byl v natolik vzbouřeném stavu, že neměl vůbec síly na to udělat nějaké změny nebo mít nějaké jiné nadhledy na situace. Tak to bylo potřeba jenom prostě vydržet a taky respektovat, ale nicméně neustále jako nabízet a vysvětlovat to, proč ta medikace by byla vhodná...“

Terapeutka dále popisuje přínos medikace a rozdíl ve stavu klienta, který bylo patrně vidět:

DA2: „...a on se rozhodl, že do toho půjde a se mu výrazně ulevilo, a ta práce pak vypadala úplně jinak... on začal spát – to bylo prioritní, že si odpočinul, přestal být tolik vztahovačný, nebyl tak desorientovaný v těch situacích, dokázal jako měnit nadhledy na ty situace jo, bylo to takový konstruktivnější... a někdy i přínos je to, že se dá vydržet to, že ta

radost není tak jako extatická, ale že to utrpení není takové trápení jo, to je velký zisk, když to utrpení přestane být jako nezvladatelné...“

Podtéma: Edukace a korektivní zkušenost

Neoddělitelnou součástí psychoterapie klientů s hraniční poruchou osobnosti je edukace. Během interview terapeuti sdělovali, že svoje klienty edukovali ohledně drogové nebo alkoholové závislosti nebo klienti potřebovali, aby jim jejich psychoterapeuti poradili více v osobní rovině.

PCA1: „...ona se mě občas ptala na takové jako i dojemné situace, že ona mi třeba říkala, že jde na první skutečné rande jako bez drog... že ona vlastně vůbec nevěděla, jak se má chovat, říkala: „Tak mě znáte jako asi bych na něj neměla vyjíždět hned na té první schůzce, abych ho neodradila“, že to byly takové jako milé situace, říkám: „Já bych tomu nechala volný průběh“, že byla jako zlatá, ona říká: „On asi přinese nějakou kytku, vidíte? To bych si asi měla jako vzít“, já říkám: „Tak možná přinese...“ a ona: „Jak se mám u toho tvářit?“ že už to byly takové jako... kdybyste se bavila s patnáctiletou holkou, protože ona to úplně... takže to byly milé situace...“

Psychoterapeutka z PCA směru také vyprávěla o tom, že u klientů s hraniční poruchou osobnosti je také možné se setkat s nezralostí v určitých sférách života, protože jim chybí zásadní zkušenosti z dětství nebo během období dospívání. V takovém případě terapeut může nabídnout svému klientovi korektivní zkušenost právě tím, že tu nezralost nebude odsuzovat, nýbrž k ní bude přistupovat s respektem a porozuměním.

PCA1: „...ale zároveň když dělá něco, co není v pořádku, že být asi... já říkám lidsky normální, že chovat se k nim jako k dospělým lidem, ale zároveň oni se často v některých situacích chovají jako děti, takže nechci říct, že by je měla jako vychovávat, to není to správné slovo, ale spíš, aby měli tu korektivní zkušenost. Myslím si, že ta terapie je dobrá jako v tom, že oni opravdu se v některých situacích chovají jako nezralé, nedospělé, ale aby sami viděli, že i když se tak chovají, že je za to nijak netrestám, ale zároveň se je snažím naučit, aby to bylo jinak, protože jim to neprospívá jo, že když jim něco prospívá, tak v pořádku...“

Podtéma: Podpora zdravé části osobnosti klienta

Podporu zdravé části osobnosti klienta v psychoterapii vnímali dotazovaní terapeuti jako zásadní pro zlepšení psychického stavu klienta. Z jejich pohledu při terapii hraniční poruchy osobnosti je nesmírně důležité pochopit a umět odlišit projev nemoci, která zhoršuje kvalitu klientova života, od té zdravé části, kterou je potřeba podpořit v rozvoji.

EA1: „...to je základ práce té existenciální analýzy, že tam vlastně skutečně pracujeme s tou osobou, která je zdravá, svobodná, má schopnost se nějak rozhodovat, zaujímat postoj, volit, a ta nemoc je ta, která nás vede do nějakých spíš jako afektů, kdy jsme nějak nesvobodní, kdy křičíme a určitě křičet nechceme, pak je nám toho líto, nebo pálíme mosty a pak je nám toho líto. Tak vlastně v tom porozumění, co vlastně chce to zdravé ve mně a jak toho dosáhnout, je určitě základ té práce s těmito lidmi...“

Podpora zdravé části klienta může být i skrz nabídnutí většího osobního prostoru. Klient nemusí docházet na terapii se stejnou frekvencí jako předtím. Terapeut to však může vnímat pozitivně, jako náznak samostatnosti a soběstačnosti klienta.

DA2: „...dochází k přerušení pravidelně o prázdninách, kdy vlastně letošní prázdniny my jsme se neviděli ani jednou, a to je asi, já si vždycky říkám, že to je znak toho, že ten klient vlastně už je soběstačný, že prostě umí si nějak žít ten svůj život...“

Téma 2: Humánní psychoterapeutický přístup.

Dané téma popisuje psychoterapeutický přístup dotazovaných humanistických psychoterapeutů. Jejich přístup je velmi jemný a vůči klientům uctivý. U klientů s hraniční poruchou osobnosti pozorují nejen projevy nemoci, ale více se vztahují k jejich osobnosti. Přistupují tak ke svým klientům především jako k lidské bytosti, která potřebuje porozumění a podporu.

PCA1: „...oni hodně věcí opravdu jako neumějí a že v mnoha věcech oni můžou působit, že jsou ve své podstatě nesmírně křehcí, že já jsem vždy měla jako pocit, že když si je představím jako skleněnou vázu, jak je krásná, ale zároveň jako křehká a potřebuje speciální péči...“

DA1: „...já jsem věděla, že to... že je to prostě hra, on na druhou stranu vlastně byl velmi, velmi křehký, velmi naivní...“

V rozhovorech dotazování psychoterapeuti se zmiňovali o osobnosti klienta, jak může být krásná, nehledě na poruchu osobnosti, kterou má. Bylo také patrné, že se svým klientem soucítí a snaží se pochopit, jak pro ně mohou být projevy nemoci klienta náročné.

PCA1: „...vlastně pro mne byla jako okouzující osobnost jako vůbec tím, že jak jsem věděla, že jako z pohledu terapeutického to bylo i fascinující, ale zároveň náročné jako v tom, že jak to má těžké v mnohých jako situacích, že pro mne to byla určitě dobrá odborná zkušenost, že vlastně pracovat s někým, že to není jenom teoreticky, že najednou tam toho člověka mám prakticky, že najednou mi tam sedí a mně tam běží, jaký je to člověk, jaká je ta nemoc, ale zároveň jako je to lidská bytost...“

DA2: „...já mám vždycky hroznou radost, když se objeví taková ta dobrá duše toho člověka jo, že to je takový nepoškozený... že jim jde o dobré věci, že se jako tak zdravě vztahují, tak to je, co mě hodně naplňuje...“

Terapeut z gestaltistického směru vyprávěl i o tom, že ta samotná porucha osobnosti je mu v jejich projevech sympatická:

GT1: „...třeba ta pacientka, oni to mají jako mnozí, ono je to hodně podobný tomu, když člověk poslouchá nějakou hudbu nebo čte nějakou poezii, že je to takové jako... že čtete poezii takovou syrovější, a v člověku to fakt vyvolává ty silné emoce a takové čtení mezi řádky, že jo, oni mají taky. Oni vlastně mají takové... nebo náhodou mnoho umělců i má tu diagnózu, že taková jako rozervanost je mi v něčem i nějak sympatická...“

Velmi zajímavou byla zmínka od psychoterapeutky z PCA směru o jedinečnosti každého klienta v jeho nemoci. Zmiňovali se o tom několikrát i jiní humanisticky orientovaní psychoterapeuti.

PCA1: „...takže vlastně nezapomenout na to onemocnění, ale zároveň s ní (klientkou) pracovat jako s lidskou bytostí, která i když je nějak nemocná, pořád je jako jedinečná i v té nemoci...“

Téma 3: Psychoterapeutický vztah s klientem

Psychoterapeutický vztah je významný pro celý psychoterapeutický proces. Budování důvěrného vztahu je první krok, který je pro účinnost zcela zásadní a který terapeut společně se svým klientem musí udělat. Pro přehlednost byly k tomuto tématu vytvořeny podtémata.

Podtéma: Důvěra

Pomocí výpovědí participantů bylo zjištěno, že důvěrný vztah mezi klientem s hraniční poruchou osobnosti a jeho terapeutem je velice účinnou složkou psychoterapeutické práce. Klíčová pro důvěru klienta k terapeutovi dle dotazovaných psychoterapeutů je autentičnost a transparentnost terapeutů. Pokud klient důvěřuje svému psychoterapeutovi, může mu začít sdělovat to, co ho ve skutečnosti trápí, může také vyprávět o traumatických událostech z dětství nebo období dospívání.

EA1: *„...terapie s pacientem hraniční poruchy osobnosti je postavena na tom, že nejdřív musí začít ten klient... vůbec začít věřit tomu terapeutovi...“*

DA2: *„...ony (cenné věci) se vlastně objevovaly postupně, protože to hodně záleželo vlastně na stavu ty důvěry jo, na navázání důvěrného vztahu no...“*

V důvěrném vztahu může klient společně s psychoterapeutem zažít krásné chvíle. Klient může mít větší odvahu si o něco říct nebo poprosit psychoterapeuta o pomoc.

PCA1: *„...pak si pamatuju, že jsme měly jedno sezení, když ona přišla a poprosila mě, jestli by mi mohla sebe ukázat v té její jako jiné své životní etapě, tak se šla převléct, přišla v těch flitrových šatech, v těch podpatcích, tam se jako posadila a mi řekla: „Takhle já vypadám, když chodím do toho jako baru, že teď bych se chtěla rituálně rozloučit ale s tou svoji částí“, takže se svlékla, dala tam to oblečení, my jsme si o tom jako povídaly, takže se vlastně rozloučila... To bylo její přání, jestli bych to mohla pro ni jako udělat, já říkám, že určitě...“*

Jeden dotazovaný participant se také zmínil o tom, že důvěra může být ve značné míře projevena i v opačném směru, tedy terapeutem ke klientovi.

GT2: „...necítil jsem se já sám ohrožen, ale nějak jsem vnímal to ohrožení, ve kterém žije, byly období v terapii, kdy jsem se bál o něj, nebo o jeho blízké, o to, že opravdu jako ublíží, v průběhu jsem získával nějakou důvěru, že on je vlastně nějakým způsobem sebezodpůrný, možná díky té terapii...“

Podtéma: Autentičnost a transparentnost psychoterapeuta

Pro navázání důvěrného psychoterapeutického vztahu je nesmírně důležitá transparentnost a upřímnost terapeuta ke klientovi. Klienti se mohou cítit ohroženi nebo odmítnuti v případě, kdy jejich terapeut není transparentní a neříká jim pravdu.

EA1: „...hraniční pacienti prostě hodně poznají, jestli jste nedospalá, jestli jste naštvaná, jestli vás něco bolí a velmi rychle se vás jako zeptají takovou nějakou pasivně-agresivní cestou, a je to dobré v tom zůstat transparentní, aby vlastně vznikla i ta důvěra, to znamená, terapeut, který není nijak autentický, upřímný, to neznámá, že má vykládat všechno, co se mu stalo, ale terapeut, který prostě nějak by hrál nějaké hry, určitě bude dynamizovat toho klienta, takové to že nějak někdo řekne, že vy jste dneska nějaká unavená, asi na mě nemáte náladu, takže řeknu v klidu náladu na vás mám a unavená jsem taky, to se nevyklučuje...“

Podtéma: Porozumění a soucit

Nedílnou součástí důvěrného psychoterapeutického vztahu je porozumění ze strany terapeuta tomu, jak pro klienta může být jeho nemoc náročná a jak to může například komplikovat jeho vztahy s blízkými. Porozumění tak napomáhá k vytvoření důvěrného vztahu mezi klientem a psychoterapeutem a nabízí možnost se dostat v tomto vztahu do větší hloubky. Klienti tak mohou překračovat hranice, protože neumějí jednat jinak a nemusí si to uvědomovat.

DA1: „...a mně teda pomáhá to, že rozumím, že... jak je to pro ně obtížný jo, a že to teda není něco, co... jako dělají schválně (směje se) jo, když to řeknu takhle úplně... úplně jako jednoduše, ale to prostě jinak neumí jo...“

Podtéma: Vydržet s klientem

Psychoterapie s klientem, který má hraniční poruchu osobnosti, může klást na terapeuta nesmírně velké nároky. Dotazovaní psychoterapeuti se zmiňovali o situacích, které byly nějakým způsobem náročné a kde to vnímali tak, že bylo potřeba opravdu vydržet. Na začátku terapie klient může terapeuta zkoušet a devalvovat, terapeuti to označovali jako „testovací fázi“. Dle terapeutky z existenciálního směru to však klienti nedělají záměrně, nýbrž jejich chování je výsledkem toho, že to jinak neumějí. Klíčovou roli hraje reflektování takových situací s klientem.

EA1: „...to znamená terapeut musí být připravený na to, že ho bude ten pacient nějakým způsobem devalvovat, bude na něj nepříjemný, bude překračovat hranice, nebude chodit dostatečně do terapie, a vlastně jenom tím, že ten terapeut nějakým způsobem reflektuje, ustojí, poradí se s tím, tak vlastně se ten klient začne učit nějaký jiný způsob komunikace, takže vlastně ten nácvik té komunikace se vlastně opravdu děje primárně v tom settingu té terapie a vlastně tam staví s tím terapeutem...“

Terapeutka z daseinsanalytického směru popisuje situace, kdy se klientovi v životě nedaří a jak je důležité s ním v tom vydržet a tím ho podpořit. Může to být pro terapeuta opravdu náročné, jelikož to nejde změnit. Může to být doprovázeno pocitem bezmoci.

DA2: „...že já jsem na to trochu zvyklá, že je prostě takový období latentní, když se těm klientům třeba taky nedaří, tak to vím jenomže... kdysi jsem to nesnášela vůbec dobře, ale postupem let nějak jsem si na víc zvykla a myslím si, že je to hodně vlastně dobře s tím klientem to vydržet, a to období projít, protože i v tom životě to tak je, že někdy prostě nějaký utrpení třeba chvíli změnit nejde, a je potřeba v tom vydržet...“

V psychoterapii hraniční poruchy osobnosti dle výpovědí participantů se mohou objevit i jiné zátěžové situace, které psychoterapeut může vnímat, že je potřebuje ustát. Jedna z nich jsou vnitřní pochybnosti terapeuta o vlastní kompetenci nebo o schopnosti danému klientovi pomoci. Takové myšlenky se mohou objevit v případě, kdy se klientovi s hraniční poruchou osobnosti dlouhodobě nedaří.

GT1: „... a ustát nějaké to pochybování o sobě...“

Podtéma: Co je v psychoterapii důležité pro klienty s hraniční poruchou osobnosti?

Toto podtéma zahrnuje poznatky dotazovaných psychoterapeutů o tom, co z jejich pohledu pro klienty je v psychoterapii zásadní. Většina participantů se zmínila o laskavosti a zároveň pevnosti terapeuta. Tato kombinace je pro úspěšnost terapie nezbytná. Laskavost psychoterapeuta pomáhá klientovi se v terapeutickém vztahu cítit bezpečně. Pomáhá to také vnímat přijetí ze strany psychoterapeuta. Pevnost je důležitá v situacích, kdy klient má tendenci překračovat terapeutovy hranice.

PCA1: „...ale že takové to laskavé přijetí, ale zároveň to pevné jako učení se pracovat s těmi hranicemi, že být jako laskavý, ale pevný...“

Dotazovaní psychoterapeuti se také zmiňovali o trpělivosti vůči klientovi. Mohou to být různé situace, kdy se klient například chová ne v souladu se stanovenými pravidly v terapii, ve značné míře se snaží překročit osobní hranice psychoterapeuta atd. Trpělivost je důležitá v kombinaci s přijetím a nastavováním hranic.

DA2: „...no úplně nejdůležitější je trpělivost a vlastně přijetí a zároveň teda nastavování hranic jo, a to si myslím, že je i nejtěžší teda...“

Spolu s trpělivostí je zásadní srozumitelnost terapeuta a jeho chování ve vztahu ke klientovi. Tato transparentnost psychoterapeuta poskytuje klientovi pocit bezpečí.

EA1: „...ta stabilita, spolehlivost toho terapeuta, je srozumitelný v tom, proč se třeba omlouvá z hodiny jo, když třeba terapeut onemocní, tak aby to bylo transparentní, protože oni mají pocit, že jim měníme termín, protože pro nás někdo jiný je důležitější, takže se třeba zlobí... aby prostě měli jistotu toho vztahu, to je pro ně důležité, aby to bylo stabilní, ale zároveň, aby tam byly pevné hranice...“

Téma 4: Náročné aspekty psychoterapie hraniční poruchy osobnosti

Toto téma určitým způsobem navazuje na podtéma „vydržet s klientem“, kvůli většímu rozsahu bylo však pojmenováno jako samostatné téma. Psychoterapie s klienty s diagnostikovanou hraniční poruchou osobnosti představuje velmi intenzivní a v jistých ohledech i velice náročnou spolupráci. Každý dotazovaný terapeut se zmínil o náročných aspektech terapie.

Záleželo hodně na tom, v jakém stavu byl klient. Pokud byl stabilizovaný, měl tak větší kapacitu pro získání nadhledu nad situací a v terapii pak byl větší prostor pro zpracování problematických situací a jejich reflexe. Z pohledu psychoterapeutky z PCA směru byly zatěžující intenzivní projevy emocí, které měly tendenci rychle se střídát bez plynulého přechodu neboli jak se zmiňuje terapeutka „z extrému do extrému“.

PCA1: „...náročné byly ty velké projevy těch emocí, že já třeba nemám problém pracovat s emocemi, pracuji s nimi ráda, ale u ní to bylo opravdu takové... že třeba vám urputně pláče, do toho takhle lusknete prstem a najednou se směje, že má takový hysterický záchvat jako smích a že je to hrozně těžké ty emoce uchopovat, zároveň je stabilizovat a zároveň s nimi pracovat. Takže tohle bylo pro mě jako těžké, protože ona pro mě byla jako z extrému do extrému...“

Pokud je těžké emoce uchopit a na chvíli se u nich zastavit a porozumět více tomu, zabraňuje to potom dostat se v terapii do větší hloubky. Jsou i jiné situace, kde psychoterapeutický proces může stagnovat. O tom se zmiňoval psychoterapeut z gestaltistického směru. Přeskakování z jednoho tématu na jiné téma, které bylo typické pro jeho klientku, také zabraňovalo dostat se do hloubky.

GT1: „...jak ona vlastně mluvila o spoustě věcí, ale vlastně to rozdělovala poměrně dost málo, jako přirovnávám k tomu, když mluví politici, používají mnoho slov, ale vlastně nic konkrétního často neřeknou...“

Náročné situace se mohou objevit i bezprostředně ve vztahu mezi terapeutem a klientem. Pokud se klient necítí bezpečně, může na terapeuta slovně útočit a tím se celý psychoterapeutický proces značně komplikuje.

GT1: „...začala být jako velmi, velmi vlastně vztahovačná při těch hodinách a začala mě vlastně chytat za slova, a začala mi spoustu věcí vyčítat, k tomu mě vlastně pak napadl takový popis: cokoliv řeknu může být použito proti mně...“

Obzvláště náročná situace v psychoterapii nastává, když se klientka zamiluje do terapeuta. Dle slov psychoterapeuta z gestaltistického směru se nejedná o neobvyklou věc, stávalo se mu to poměrně často. Nesmírně důležité však bylo to v terapii následně zpracovat. Daná klientka

vnímala interpretace svého psychoterapeuta jako odmítnutí, nebylo pro ni možné získat náhled a psychoterapie musela být předčasně ukončena.

GT1: „...to je něco, co si vyžaduje nějaké, řekněme, zpracování, nějakou interpretaci že jo, ale tady to ona absolutně odmítala vlastně. Ona prostě do mne byla zamilována, ona mně prostě chtěla, a jakékoliv moje snahy o propojení s tou terapií a vysvětlení toho, že to je nějakým důsledkem a součástí té psychoterapie absolutně jako odmítala, a hrozně se jí to jako dotýkalo, hrozně ji to rozčilovalo, a tady z toho se vlastně jako nedokázala dostat...“

Jako další náročný aspekt psychoterapie hraniční poruchy osobnosti terapeuti popisují svou vnitřní nejistotu ohledně stavu, ve kterém klient dorazí na další sezení. Nevědí, s čím klient přijde a nakolik intenzivní emoce u toho bude prožívat.

GT2: „...byla to s ním taková nejistota v tom, že v jakém stavu zrovna přijde, že opravdu přicházel ve stavech, které byly náročné, byl úzkostní, stažený, velmi agresivní, tak v tom to byla taková nejistota...“

Z výpovědí dotazovaných psychoterapeutů vyplynula i skutečnost o opakování se problémů, se kterými klient přichází. Dříve rozpracované situace a emoce spojené s nimi mohou klienta začít trápit znovu a dostane potřebu to v psychoterapii znovu zpracovat. Může se jednat o vztahový problém nebo alkoholovou či drogovou závislost a o opakující se relapsy. V závažnějších případech může jít o opakující se pokusy spáchat sebevraždu. Takové situace kladou velké požadavky na terapeuta, aby to s klientem vydržel a častokrát vyžadují supervizi, jak bylo zjištěno během rozhovorů s participanty.

EA1: „...pro naši kolegy, co začínají, je nejtěžší se smířit s tím, že vlastně oni (klienti) se zhoršují a zlepšují, takže prostě opracujeme kousek, máme pocit, že se jim daří, že už jsme si to vysvětlili, že tyhle věci jim třeba škodí, které dělají, a za chvíli, za půl roku zjistíme, že do toho padají znovu, tak to začínajícího terapeuta prostě znejistuje, říká si, že něco dělá špatně a má pocit, že to nikam nepovede, tak tam vnímám, že je hrozně prima, když pak můžeme třeba v těch supervizích právě ty mladší kolegy povzbudit, že to prostě patří do té terapie, že oni jsou stabilně nestabilní, a že se vlastně nic neděje...“

Téma 5: Sebepéče a zdroje sebedopory pro psychoterapeuty

Toto téma shrnuje poznatky tázaných psychoterapeutů o tom, jak o sebe mohou pečovat a jaké mají zdroje sebedopory pro zvládnutí psychoterapie hraniční poruchy osobnosti, která, jak již bylo zjištěno dříve, může být opravdu velmi náročná a klade na terapeuta velké nároky. Supervize a intervize dle výpovědí participantů hrají nesmírně důležitou roli ve zvládnání obtížných momentů v psychoterapii. Supervizoři mohou terapeuty ujistit, že terapii vedou dobře nebo naopak poukázat na možné chyby a pomoci je napravit.

PCA1: „...s ní jsem teda chodila nejvíc na supervize, bylo to tím, že to bylo takové intenzivní a v mnohých ohledech to bylo... že jsem fakt o ni měla (starost), jak právě byla bez té medikamentózní léčby, tak ona opravdu měla jako hodně výkyvy nálad a to, a já jsem se potřebovala ujistovat, že to, co s ní dělám, že dělám správně a dobře...“

DA2: „...no já mám hrozně ráda skupinové supervize, a velmi mi pomohlo sdílení zkušeností prostě ostatních kolegů a nějak jako... hlavně to sdílení a třeba i nějaké jejich jako doporučení a jejich pohled na věc, to je pro mě vždycky hrozně přínosný...“

Neoddělitelnou součástí psychoterapie hraniční poruchy osobnosti je spolupráce s jinými odborníky nebo s institucemi. Klienti s danou diagnózou vyžadují komplexní péči, ale zároveň i pro psychoterapeuta to může být snadnější, když na to nebude sám a jeho klient bude zasítován.

GT2: „...je dobré u lidí, kteří jsou opravdu takhle nároční, mít to tak, aby ten člověk vlastně byl zasítován – byl psychiatricky léčen, i když říkají, že žádné léky na poruchy osobnosti nejsou, ale můžou ty emoce nějakým způsobem, třeba když jsou úzkostní, tak ty úzkosti můžou snižovat léky, takže ještě je dobré spolupracovat vlastně s nějakými jinými institucemi, psychiatrií, nebo pokud je to možné doporučit toho člověka pro stacionář, skupinovou terapii, aby tam byla spolupráce s více odborníky...“

Pro psychoterapeuty je nesmírně důležitá péče o sebe a psychohygienu. Potřebují mít možnost odreagování se, získání energie a sil pro svou práci. Každý psychoterapeut vnímá zdroje sebedopory jinak a u každého psychoterapeuta se pochopitelně liší způsoby sebedopory nebo psychohygieny.

DA1: „...no tak svoje přítokové kanálky jo, to znamená opravdu to, co člověka nabijí, co mu dělá dobře a to co, mluvím vlastně s každým klientem, vést se sebou takový ten bytostný rozhovor jo a vědět, co se se mnou jako děje, takový ten hlídací střed, a dbát taky na to, že když nás na něco upozorní ti naši nejbližší, že aha, tak já teď... já teď jedu a jako dobrý jo, vlastně myslit si na svůj odpočinek, na svoje relaxace, to, co všechno vlastně do té péče o duši jako patří jo, být v tom svým... tom svým středu...“

Téma 6: Rady pro začínající psychoterapeuty

Toto téma je určeno pro shrnutí rad a poznatků od zkušených psychoterapeutů. Tyto informace mohou být užitečné pro studenty psychologie a začínající psychoterapeuty. Je nesmírně důležité mít v prvních letech psychoterapeutické praxe zkušenosti s klienty, kteří nemají poruchu osobnosti. Nezkušený terapeut nevědomě a zcela nezáměrně může napáchat více škody než užítu. Dále je zásadní dbát na počet docházejících klientů s hraniční poruchou osobnosti. Dotazovaní psychoterapeuti se shodli na jednom až dvou klientech. Psychoterapie hraniční poruchy osobnosti je velmi intenzivní spolupráce mezi terapeutem a klientem, která vyžaduje opravdu hodně sil a energie.

PCA1: „...určitě bych byla hodně obezřetná, opatrná v těch začátcích, že i když samozřejmě jednou k tomu přijde, ale byla bych hodně opatrná, a kdyby k tomu došlo, že samozřejmě s nimi začneme pracovat tak, aby jich nebylo moc jo. Určitě třeba když je to taková zátěž, tak je to i pro zkušeného terapeuta těžké, takže si třeba nechat jednoho, a pro tu svoji psychohygienu si dát třeba i jiné klienty...“

Další nesmírně cennou radou získanou od terapeutů je umět odlišit projev hraniční poruchy osobnosti od osobnosti klienta. Tato úloha není tak snadná a vyžaduje jak teoretické znalosti, tak i pokud možno předcházející zkušenosti s klienty s danou poruchou osobnosti v jiných zařízeních, například ve skupinové terapii, kde je zároveň prostor pro intervizi s týmem terapeutů.

PCA1: „...je jako důležité, že i když třeba ne všichni jako pracují s diagnózou jako takovou, ale hrozně brát na zřetel jako to, že já mám člověka, který má nějaké jako duševní obtíže, a umět jako pracovat i s tím, že musím jako i teoreticky vědět, rozpoznávat jo, co ta nemoc opravdu je, co skutečně není, a samozřejmě pak je tam ta individualita toho klienta, ale abych uměla jako terapeut pracovat, abych ho jako třeba i v dobré víře v podstatě víc

neutvrzovala v nějaké jako nemoci, spíš mu pomáhala se z toho dostat, tak tomu musím rozumět. Musím jako vědět, když se nějak chová, že co může být projev nemoci a co je projev jeho osobnosti jako takové, na to bych si dávala pozor určitě...“

GT1: „...úplně pro začínajícího terapeuta zkušenost s těmi pacienty nejprve, než by s tím měl zkušenost z nějakého jako individuálu, tak zkušenost v rámci nějakého stacionáře nebo nějakého oddělení psychiatrického nebo nějaké komunity, myslím si, že je to hrozně jako fajn mít ten zážitek, že o tom pacientovi se může bavit i s jinými kolegy... pokud terapeut pracuje individuálně, tak opravdu mít v jednu chvíli v terapii maximálně jednoho až dva lidi s tady tou diagnózou, určitě ne víc. Protože opravdu nemusí se to nejprve zdát, ale v určitých momentech to může být opravdu strašně zahlcující a tady to jsem četl doporučení mnohokrát, a opravdu se mi potvrzuje...“

4.7 Závěr výzkumu

Využitá tematická analýza jako metoda pro zpracování získaných dat pomocí polostrukturovaných rozhovorů s psychoterapeuty pomohla zpracovat velké množství dat. V důsledku toho tato data byla zpracována na šest samostatných témat, která mají bezprostřední vztah k výzkumným otázkám a vzájemně se propojují a doplňují. Téma 1: Psychoterapeutická práce s hraniční poruchou osobnosti; téma 2: Humánní psychoterapeutický přístup; téma 3: Psychoterapeutický vztah s klientem; téma 4: Náročné aspekty psychoterapie hraniční poruchy osobnosti; téma 5: Sebepéče a zdroje sebedopory pro terapeuty; téma 6: Rady pro začínající psychoterapeuty. Pomocí dat shrnutých v jednotlivých tématech budou zodpovězeny výzkumné otázky.

(1) Jak humanisticky zaměření psychoterapeuti přistupují k léčbě pacientů s hraniční poruchou osobnosti?

Z rozhovorů provedených s psychoterapeuty vyplynulo, že klient s hraniční poruchou osobnosti může mít odlišné projevy nemoci, které mohou komplikovat vztah mezi klientem a jeho terapeutem. Nicméně téměř vždycky se v terapii řeší překračování hranic ze strany klienta, které může mít různé podoby a také se může lišit dopad na okolí a jeho následná reakce. Dle názorů dotazovaných participantů psychoterapeut by měl být „laskavý, ale pevný“. Klient by měl ze strany terapeuta vnímat přijetí a že ho psychoterapeut neodsuzuje, nicméně je nutno stále trvat na

stanovených pravidlech na začátku terapie. Takový přístup je pro klienty s hraniční poruchou osobnosti zásadní. Získávají tím pozitivní korektivní zkušenost, která je nesmírně cenná a klíčová pro budování zdravých vztahů s jinými lidmi mimo terapii.

Neoddělitelnou součástí psychoterapie hraniční poruchy osobnosti je i práce s emocemi. Z provedeného výzkumného šetření bylo zjištěno, že tato práce může mít různé podoby. Hodně se to odvíjí od toho, v jakém je stavu klient a jestli má nadhled nad situací nebo nikoli. Psychoterapeutický přístup při práci s intenzivním projevem emocí ze strany klienta může spočívat v uklidnění silných emocí a jejich následném zařazení do kontextu toho, co se zrovna v životě klienta odehrává. Na opačném pólu jsou klienti s hraniční poruchou osobnosti, kteří nedokážou své emoce uchopit a popsat. V tomto případě je také důležité se u toho zastavit a použít nedirektivní metodu, například to může být pouštění písniček nebo čtení básní, jak zmínila jedna terapeutka z daseinsanalytického směru.

Psychoterapeutický přístup se může lišit i při upravování medikace u klientů. Psychoterapeut v takovém případě může spolupracovat s klientovým psychiatrem. Dávky medikace se mohou zvyšovat nebo naopak snižovat tak, aby klient dokázal během psychoterapeutických sezení s terapeutem spolupracovat. Pokud klient bere větší dávky léků, může na psychoterapeuta působit nepřítomným dojmem. V takové situaci je v psychoterapii těžké se dopracovat do větší hloubky a dostat se k tomu, co klienta uvnitř trápí. Další náročná situace nastává tehdy, když klient nebere léky nebo bere menší dávky, ale bylo by vhodné aplikovat větší. Může se to projevovat velmi intenzivními emocemi, které se rychle střídají, a terapeut nemá možnost se společně s klientem u jedné z nich zastavit a rozpracovat to víc do hloubky. Zároveň klient může být vůči terapeutovi vztahovačný a paranoidní, a to může ve značné míře narušovat jejich psychoterapeutický vztah a zpomalovat tím uzdravovací proces.

Pro humanistický psychoterapeutický přístup je důležité si uvědomovat zdravou část osobnosti klienta a podporovat její rozvoj, který hraniční porucha osobnosti mohla zabrzdit nebo zcela zastavit. Pro psychoterapeuta je zásadní odlišit projevy nemoci od projevů osobnosti klienta. Vyžaduje to dobré teoretické znalosti o hraniční poruše osobnosti a samozřejmě osobní psychoterapeutickou zkušenost jak v individuální, tak i ve skupinové terapii.

V práci s hraniční poruchou osobnosti hraje pro psychoterapeuta nesmírně důležitou roli supervize a péče o sebe. Umožňuje mu tak získávat cenné rady od zkušených kolegů a celkový nadhled nad situací. Péče o sebe je pro terapeuta zdrojem energie, jelikož spolupráce s klienty s hraniční poruchou osobnosti může být hodně intenzivní a svým způsobem i vyčerpávající. Péče o sebe je také výbornou prevencí před syndromem vyhoření.

(2) Jak se u psychoterapeutů projevuje humanistický přístup?

Pro odpověď na danou výzkumnou otázku byla použita pouze data, která byla získána v rámci tohoto výzkumného šetření. Je potřeba podotknout, že daný výzkum nedisponuje kontrolní skupinou participantů z jiných psychoterapeutických směrů, nýbrž se zakládá na tom, že všichni oslovení psychoterapeuti se hlásí k humanistickému pohledu na člověka. V rozhovorech s terapeuty se objevily hodnoty, které jsou dle mého názoru v souladu s humanistickým pojetím psychoterapie.

Humanistický přístup tázaných psychoterapeutů byl především patrný v tom, jak vnímají osobnost svého klienta, jaký k ní mají respekt a jak se snaží zachovat důstojnost klienta za každou cenu. Projevy hraniční poruchy osobnosti mohou být někdy nepřijemné nebo dokonce pro terapeuty odrazující, ale přesto psychoterapeuti dokážou vidět tu křehkou bytost, která se za tím skrývá. Výstižný je citát od terapeutky z PCA směru: *„když si je (klienty s HPO) představím jako skleněnou vázu, jak je krásná, ale zároveň jako křehká a potřebuje speciální péči...“*.

Humanistický přístup v práci s hraniční poruchou osobnosti se vyznačuje opatrným zacházením s klientem, jedná se tak o velmi jemnou práci. Humanisticky orientováni psychoterapeuti se také zmiňují o individualitě osobnosti klienta a že i ve své nemoci klient může být individuální. Tato myšlenka se do značné míry potvrdila v rámci daného výzkumného šetření. Když psychoterapeuti vyprávěli o svých klientech, každý z nich měl trochu jiné potíže, odlišné způsoby překračování hranic, jinak se vztahoval k terapeutovi atd.

Další důležitou myšlenkou humanisticky založených psychoterapeutů bylo, že i když se jedná o poměrně náročného klienta, který má řadu projevů své nemoci, je to pořád lidská bytost. Teoretické znalosti pro vykonávání této práce jsou samozřejmě klíčové, ale je také důležité nezapomenout na to, že se jedná o křehkou bytost, která má za sebou pravděpodobně velmi těžký příběh a hluboce se trápí.

Nevyčerpaná témata

Během provádění tematické analýzy byla objevena témata, která neměla dostatečně velký obsah, aby byla prezentována jako samostatná. V závěru tohoto výzkumu však stojí za zmínku. Jeden dotazovaný psychoterapeut hovořil o přínosu práce s klienty, kteří mají hraniční poruchu osobnosti. Jedná se o velmi zajímavý pohled na psychoterapii hraniční poruchy osobnosti. Psychoterapeut v průběhu spolupráce s takovým klientem získává cenné odborné zkušenosti, učí se například být pro klienta čitelný a transparentní. Terapie také od psychoterapeuta vyžaduje, aby dával klientovi reálné zpětné vazby. Může to terapeuta naučit lépe pracovat s emocemi, neboť klienti s hraniční poruchou osobnosti jsou z tohoto pohledu zcela výjimeční intenzitou svého emočního prožívání.

Dalším potenciálně zajímavým tématem je popis situací, kdy se v terapii klientovi může nedařit a v jakých případech se může jednat o chybný psychoterapeutický přístup. Dotazovaní psychoterapeuti se hodně zmiňovali o překračování svých osobních hranic ze strany klienta. Je také zajímavé, že i psychoterapeut může překročit hranice klienta tím, že ať už vědomě nebo nevědomě, vystoupí z profesionální vztahové roviny a bude se chtít s klientem například více spřátelit. Takový přístup pochopitelně klientovi neprospívá a může dokonce i uškodit. V rámci této bakalářské práce se zkoumal obecný humanistický přístup terapeutů. Chybný psychoterapeutický přístup je však velmi zajímavé téma, které by mohlo být vhodným podnětem pro budoucí výzkum.

Diskuze

Hlavní část dané bakalářské práce tvoří kvalitativní výzkumné šetření. Z tohoto důvodu mu v rámci této práce bylo věnováno více prostoru. Daná diskuze se bude zabývat shrnutím a porovnáním některých teoretických poznatků a výsledků praktické části. V neposlední řadě bude poukázáno na limity provedeného výzkumného šetření.

Záměrem dané bakalářské práce bylo především najít odpovědi na stanovené výzkumné otázky. Pomocí tematické analýzy byly tyto odpovědi úspěšně nalezeny.

V rámci daného výzkumu bylo zjištěno, že práce s hranicemi tvoří nedílnou součást psychoterapie. Humanisticky orientovaní psychoterapeuti, kteří se zúčastnili interview, zastávají názor, že by terapeut při práci s klientem s hraniční poruchou osobnosti měl být „laskavý, ale pevný“ a trvat na dodržování stanovených pravidel. O významu dodržování hranic se zmiňuje Gabbard (2001), posouvání hranic klientovi nepomáhá, nýbrž ho nutí vznášet nové požadavky. Grambal et al. (2017) uvádějí, že pokud psychoterapeut nastaví jasné hranice a bude v rámci nich na klienta citlivě reagovat, s velkou pravděpodobností se jim pacient dokáže přizpůsobit.

K práci s intenzivním emočním prožíváním přistupovali dotazovaní terapeuti tak, že je nejdříve potřeba pacienta uklidnit a následně jeho emoce zařadit do životního kontextu. V opačném případě, kdy klient není schopen se na své emocionální prožívání napojit, je vhodné použít nedirektivní a např. i kreativní přístup (čtení básní, pouštění písniček). V rámci terapie zaměřené na schémata (Young et al., 2006) je daný jev popsán v modu „Odtahitého obránce“, kdy klient není v kontaktu se svým emočním prožíváním a s vnitřními potřebami. V terapii zaměřené na přenos (Gabbard, 2001), v gestalt terapii (Yonsef, 2009) a v kognitivně-behaviorální terapii (Grambal et al., 2017) se navíc v rámci práce s emocemi zohledňují přenosové a protipřenosové reakce.

V rámci upravování medikace bylo zjištěno, že dávky léků se mohou měnit podle potřeb klienta. Medikace je doporučována v případě, kdy pacient nemá kapacitu na zpracování intenzivních emocí, a v případě, kdy začíná být nadměrně vztahovačný a paranoidní. Psychodynamická literatura tento stav definuje jako psychotickou dekompenzaci. Dle údajů zveřejněných National Collaborating Centre for Mental Health (2009) bylo doporučeno nepoužívat farmakologickou léčbu, jelikož psychofarmaka mají řadu vedlejších účinků. Jejich dlouhodobé

užívání může značně zkomplikovat zdravotní stav pacienta. Je proto vhodné u klientů s hraniční poruchou osobnosti upřednostnit psychoterapii.

Participantů kladli důraz na uvědomování si zdravé části osobnosti klienta a na podporu jejího vývoje. Daný aspekt byl popsán u schématerapie v rámci popisu modu „Zdravého dospělého“. Začlenění tohoto modu do osobnosti pacienta je hlavním cílem terapie zaměřené na schémata.

Dotazovaní terapeuti trvali na tom, že je důležité mít dobré teoretické znalosti o hraniční poruše osobnosti, klíčová je také osobní terapeutická zkušenost jak v individuální, tak i ve skupinové terapii.

Humanisticky orientovaní participantů v klientovi s HPO vidí křehkou bytost, která se skrývá za vnějšími impulzivními projevy. Zdůrazňují, že se jedná o velmi jemnou práci. To také popisuje Gabbard (2001) v rámci terapie zaměřené na přenos a klade velký důraz na flexibilní psychoterapeutický přístup – terapeut může volit mezi interpretativním a neinterpretativním stylem na základě toho, jak se pacient zrovna cítí. Důležitým poznatkem od dotazovaných participantů bylo to, že se zmiňují o individualitě pacienta na osobnostní rovině, ale také i z pohledu vývoje jejich nemoci. Další významnou myšlenkou bylo i to, že ačkoliv se jedná o poměrně náročného klienta, je to především lidská bytost.

Na základě malého vzorku participantů (6 psychoterapeutů) je obtížné dělat závěry o tom, jak se obecně přistupuje ke klientům s hraniční poruchou osobnosti v rámci humanisticky orientované terapie. Je důležité však podotknout, že většina základních terapeutických směrů jako například psychoanalýza, KBT a gestalt terapie musely být pro práci s hraniční poruchou osobnosti modifikovány (Bateman, 2015; Yonsef, 2009). Daná tendence byla v rámci tohoto výzkumného šetření rovněž pozorována u humanisticky orientovaných směrů. Potřeba modifikace terapie především spočívá v nastavení pevných hranic a poskytování průběžné edukace. V humanisticky orientované psychoterapii se navíc mohou využívat direktivní metody z jiných psychoterapeutických směrů.

Potenciálním limitem daného výzkumu může být skutečnost, že čtyři rozhovory proběhly v online prostředí. Zbylé čtyři rozhovory probíhaly v období říjen až prosinec 2020. Nařízení vlády 110/1998 Sb., o bezpečnosti České republiky, vyhlášené pro území České republiky z důvodu

ohrožení zdraví v souvislosti s prokázáním výskytu koronaviru, neumožnilo osobně provést tato interview. Přestože hloubka a obsah rozhovorů zdánlivě nebyly ovlivněny online prostředím (Skype), bylo by určitě podnětné setkat se s participanty osobně.

V rámci výzkumného šetření se jeden participant odmítl bavit kazuisticky o hraniční poruše osobnosti z etických důvodů. Rozhovor však byl velice přínosný především díky mnoholetým zkušenostem v terapeutické práci s danou diagnózou.

Dalším aspektem, který by mohl omezit výzkum, je moje limitovaná zkušenost s tematickou analýzou. Struktura interview a analýza dat byly proto průběžně a důkladně konzultovány s vedoucí dané bakalářské práce.

Závěr

Daná bakalářská práce se zaměřuje na téma humanisticky orientované psychoterapie hraniční poruchy osobnosti. Zkoumá psychoterapeutický přístup a humanistické projevy terapeutů při práci s klienty s hraniční poruchou osobnosti. Důvodem volby daného tématu je především zájem a snaha o hlubší prozkoumání humanistického přístupu v práci s poměrně náročnou skupinou pacientů. Byl také zjištěn nedostatek výzkumů v této oblasti, zejména to platí pro daseinsanalýzu a existenciální analýzu nebo logoterapii.

Práce obsahuje teoretickou a praktickou část. Teoretická část popisuje hraniční poruchu osobnosti, její nejčastější projevy, etiopatogenezi, diagnostická kritéria a stanovení diagnózy. Dále se věnuje problematice farmakologické léčby a psychoterapie. V neposlední řadě jsou v teoretické části popsány nejpoužívanější psychoterapeutické směry, které se uplatňují v léčbě hraniční poruchy osobnosti.

Praktická část je především věnována popisu výzkumného šetření a tematické analýze dat. Daný výzkum je kvalitativní a byl proveden pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Získaná data byla následovně zpracována pomocí tematické analýzy na šest samostatných témat. V závěrečné části výzkumu byly zodpovězeny výzkumné otázky, zároveň se v ní popisují nevyčerpané podněty, které by mohly být využity pro budoucí výzkum.

Daná bakalářská práce měla za cíl prozkoumat terapeutický přístup humanisticky orientovaných psychoterapeutů v práci s hraniční poruchou osobnosti. Bylo zjištěno, že tato psychoterapie vyžaduje především práci s hranicemi neboli jejich pevné stanovení a dodržování. Dále je důležité pracovat s emocemi pacienta, např. zklidnění impulzivního emocionálního prožívání a zařazení emocí do životního kontextu klienta. V průběhu spolupráce může být po domluvě s pacientovým psychiatrem upravována medikace. V neposledně řadě je potřeba zmínit humanistický pohled dotazovaných terapeutů na jejich klienty. Přestože se jedná o poměrně náročnou skupinu pacientů a jejich projevy mohou být opravdu nepříjemné, pořád se za vším tím skrývá křehká a lidská bytost. Z pohledu humanisticky orientovaných psychoterapeutů tato osoba ve svém nitru hodně trpí a potřebuje pomoc.

Seznam použité literatury a pramenů

- Bateman, A. W., Gunderson, J., & Mulder, R. (2015). Treatment of personality disorder. *The Lancet*, 385(9969), 735–743.
- Bender, D. S., Dolan, R. T., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Dyck, I. R., McGlashan, T. H., ... & Gunderson, J. G. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *American Journal of psychiatry*, 158(2), 295-302.
- Braun, V., & Clarke, V. (2012). Thematic analysis. *APA Handbook of Research Methods in Psychology: Vol. 2. Research Designs*. Chapter 4.
- Calati, R., Gressier, F., Balestri, M., & Serretti, A. (2013). Genetic modulation of borderline personality disorder: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 47(10), 1275–1287.
- Craighead, W. E., Miklowitz, D. J., & Craighead, L. W. (2013). *Psychopathology: History, diagnosis, and empirical foundations*. John Wiley & Sons.
- Gabbard, G. O. (2001). Psychodynamic psychotherapy of borderline personality disorder: a contemporary approach. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 65(1: Special issue), 41-57.
- Chapman, J., Jamil, R. T., & Fleisher, C. (2020). *Borderline Personality Disorder*. In StatPearls. StatPearls Publishing.
- Choi-Kain, L. W., Finch, E. F., Masland, S. R., Jenkins, J. A., & Unruh, B. T. (2017). What works in the treatment of borderline personality disorder. *Current behavioral neuroscience reports*, 4(1), 21-30.
- Kernberg, O. F. (1975). Further contributions to the treatment of narcissistic personalities: A reply to the discussion by Paul H. Ornstein. *International Journal of Psycho-Analysis*, 56, 245-247.
- Knop, J., Roubal, J. (2009). *Gestalt terapie*. In: Hoskovec, J. Baštecká, B. (ed.). *Psychologická encyklopedie. Aplikovaná psychologie*. Praha: Portál.
- Kramer, U., Temes, C. M., Magni, L. R., Fitzmaurice, G. M., Aguirre, B. A., Goodman, M., & Zanarini, M. C. (2017). Psychosocial functioning in adolescents with and without borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 11(3), 164–170.
- Kratochvíl, S. (2006). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.

Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada Publishing.

Mullins-Sweatt, S. N., Edmundson, M., Sauer-Zavala, S., Lynam, D. R., Miller, J. D., & Widiger, T. A. (2012). Five-Factor Measure of Borderline Personality Traits. *Journal of Personality Assessment*, 94(5), 475–487.

National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2009). *Borderline Personality Disorder: Treatment and Management*. British Psychological Society.

Praško, J. (2003). *Poruchy osobnosti*. PORTÁL s. r. o.

Quinn, A. (2011). A person-centered approach to the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Humanistic Psychology*, 51(4), 465-491.

Světová zdravotnická organizace (2006). *Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka: mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize*. Praha: Psychiatrické centrum.

Reichborn-Kjennerud, T., Ystrom, E., Neale, M. C., Aggen, S. H., Mazzeo, S. E., Knudsen, G. P., Tambs, K., Czajkowski, N. O., & Kendler, K. S. (2013). Structure of Genetic and Environmental Risk Factors for Symptoms of DSM-IV Borderline Personality Disorder. *JAMA Psychiatry*, 70(11), 1206–1214.

Schwarze, C. E., Mobascher, A., Pallasch, B., Hoppe, G., Kurz, M., Hellhammer, D. H., & Lieb, K. (2013). Prenatal adversity: a risk factor in borderline personality disorder?. *Psychological medicine*, 43(6), 1279–1291.

Widiger, T. A. (2005). *A temperament model of borderline personality disorder*. In: Zanarini, M. (ed.). *Borderline personality disorder*. Boca Raton, FL.: Taylor and Francis, 63-81.

Willig, C. (2013). *Introducing Qualitative Research in Psychology*. McGraw-Hill Education (UK).

Yontef, G. M. (2009). *Gestaltterapie: uvědomování, dialog a proces: historie a současnost*. Praha: Triton.

Přílohy

Příloha č. 1: PCAI

31.8.2020 10:00, délka rozhovoru 52:14

První úvodní otázkou je, jak jste se dostala k té práci s klienty s hraniční poruchou osobnosti?

Hmm. Začala jsem pracovat v adiktologické ambulanci pro léčbu závislosti. Tehdy jsme se právě specializovali na lidi i s duševním onemocněním, takže jsem pracovala převážně s lidmi s duální diagnózou – mnoho z nich mělo hraniční poruchu osobnosti.

Hmm.

To byla kombinace se závislosti.

Jo, takže vy jste těch klientů měla víc. Můžete si vybavit nějakého, se kterým jste měla delší průběh terapie?

Možná úplně první klientku s hraniční poruchou osobnosti., se kterou jsem pracovala pět let.

Hmm, tak to je docela dlouhá doba.

Byla to úplně první klientka moje, s tím, že přišla s tím, že se léčí ze závislosti od drog a že má nějaké psychické potíže. Měla od psychiatra diagnostikovanou... vlastně takovou těžší depresi, a já jsem pak v průběhu terapie vlastně zjistila, že se potýká s hraniční poruchou osobnosti.

Hmm, takže se to zjistilo až v průběhu terapie.

V průběhu, hmm. Takže byla léčena na těžké deprese, a v průběhu procesu jsem vlastně zjistila, že to má.

A jak jste přistupovala k tomu problému, ona vlastně léčila tu závislost, tak vlastně jak to probíhalo?

Hmm, jako vlastně když je tam přidružená jako nemoc, tak pro mě vždy bylo důležité, aby ona věděla rozpoznávat, co je jako potíží hraniční poruchy osobnosti, co je problém závislosti, a hledaly jsme, čo je spouštěč jo, jestli je spouštěčem je to psychiatrické onemocnění nebo naopak. Pak se tam jako hodně pracovalo s tím, že ona by dokázala rozpoznávat, a v podstatě současně pracuju s dvěma těžkými onemocněními.

Jasně.

Ale dělala jsem to souběžně, podle toho, s čím ta klientka přišla, a co v tom případě bylo jako aktuální, jestli třeba víc nějaký propad psychický nebo třeba nějaké abstinční příznaky.

Rozumím. Můžu se jenom zeptat z čeho měla závislost?

Ona byla závislá na všech drogách kromě kokainu... všech dostupných (usmívá se).

Jasně. Rozumím. Takže byl tam třeba i heroin a něco těžšího?

Heroin, alkohol, kokain ne.

Hmm. Jak přibližně probíhalo vaše sezení?

No já jsem se s ní potkávala ze začátku dvakrát týdně... po padesát minut, protože přišla ve velmi špatném psychickém stavu. Když se vlastně ke mně dostala, tak se zabít.

Hmmm.

Vlastně přišla s tím, že byla opakovaně odmítnutá jako z jiných ambulancí, protože nesplňovala nějaké standartní kritéria, což už pro mě byl tedy signál nějaké hraniční poruchy osobnosti, že často nesplňují jakoby nějaké ty kritérii, se nevejdou do nějakých jako pravidel právě díky tomuto onemocnění. No a vlastně dozvěděla se, že pracujeme s různými jako klienty, takže já jsem si ji nechala v ambulanci, takže chodila dvakrát týdně. A pak se mi po třech měsících po domluvě s kolegou, jsme ji zkusili zařadit do skupiny.

Hmm.

Aby si ona zkusila samozřejmě... jsme citlivě přistupovali k tomu, aby byla jedna s hraniční poruchou osobnosti, abysme s tím mohli pracovat i v rámci té skupiny.

Jasně. A stávalo se, že třeba tu terapii nějak přerušila, že nějakou dobu nedocházela?

Ne

Ne, takže docházela furt?

Vlastně ona docházela celý čas, a vždy ta spolupráce s ní byla tak jako intenzivní, a hodně jako pracovala, a v podstatě jsme se hodně brzy dostaly k takovým hodně hlubokým a nosným tématům, které si myslím, že mohly mít vliv na její onemocnění.

Hmm-hmm. Rozumím. Mohla byste prosím popsat, jaký jste s tou klientkou měla vztah?

Já myslím, že hodně blízký, důvěrný, zároveň náročný, tím že ona sama o sobě... vlastně když jsem s ní začala pracovat, tak jsem se s ní domluvila, že s její souhlasem zkontaktuji jejího psychiatra, aby věděl, že bude chodit na dlouhodobou intenzivní psychoterapii, a ladili jsme medikaci, že jsem chtěla ho poprosit, že vzhledem k tomu, že se o ní budu takhle starat, že jestli je nezbytně nutné některé ty léky užívat. Naštěstí se s ním dalo jako domluvit, a ona zůstala na nejmenších dávkách nějaké medikace, což pro mě bylo dobré v rámci psychoterapie v tom, že ona byla víc jako přítomná, víc jako při vědomí v té přítomnosti. Těžké to samozřejmě bylo pro ni a pro mě v tom, že ona poprvé zažívala mnoho silných emocí – jak pozitivních, tak negativních. Takže to bylo hodně jako přechod ze smutku do radosti, takže hodně jsem pracovala v těch začátcích, aby ona se učila rozpoznávat emoce, uměla s nimi jako zacházet, nehroutila se z nich. Takže to byly ty jako začátky spolupráce. Byly jako náročné v tom, že ona najednou jako zažívala věci, já měla pocit jako kdyby v některých ohledech napoprvé jo. Třeba to, což mi přišlo jako běžné a že člověk to zná, tak najednou... ono třeba jedna z těžkostí, kterou měla, je že v rámci toho svého života dosavadního byla promiskuitní a ona vůbec nevěděla normálně randit, takže ona prožívala velmi úporně jako třeba normální vztahy a učila se s tím jako fungovat v rámci toho svého onemocnění.

A z vaší strany ten vztah byl více méně furt stejný, jako blízký? A jestli z její strany se to nějak měnilo?

Bylo to pro mě takové jako... vlastně mám pocit, že se nám povedlo hned na začátku vlastně fakt navázat takový jako důvěrný vztah, který se samozřejmě budoval... Těžké to bylo v tom začátku, když ona vlastně přišla, řekla mi, že se chce zabít a že jsem vlastně jediná, která jí může pomoci. Bylo těžké takové to přenášení zodpovědnosti, kdy já jsem jí vlastně řekla, že můžu se pokusit jí pomoci, ale že o ní nic nevím, že kdyby chtěla, že se určitě můžeme podívat na to, co se s ní děje, abych jí mohla jako pomoci, takže ze začátku já měla i starost jako o to, že já jsem potřebovala zmapovat, jak ona na tom je, jako s tou sebevraždou, jestli je to fakt jako jenom nějaké volání o pomoc nebo skutečně

by si třeba sáhla na život. Takže ty začátky byly těžké, ale tím, že se nám jako povedlo, a pro mě bylo takové, že ona se mi proměňovala nejenom psychicky, ale i fyzicky, že jo. Ona, když přišla, tak vlastně jí nebylo vidět do obličeje. Ona neměla žádný oční kontakt, měla vlastně vlasy v obličeji. Styděla vlastně se mi ukázat jako do obličeje... ona měla jako jizvu v obličeji, takže ona postupně... jsme se postupně dostávaly k tomu, že vlastně... ona se mi přiznala jako hodně brzo, že když ke mně přišla, že na jednu stranu, že cítila tu moji jako snahu jí pomoci, ale na druhou stranu, že ona hodně bojovala s tím, jak vypadám já a že vlastně se tak pasovala v té ženské jakože měla pocit, že když se mi dívá do obličeje, že vlastně se s tím... jako srovnávala se se mnou, hodně moc, že to byla jedno z témat, které jsme měly na začátku, které jsem si cenila, že nabrala odvalu, že to řekla.

Hmmm, to je pravda. Říkáte, že přišla s tím, že chtěla spáchat sebevraždu a jestli se stávalo třeba v průběhu těch pěti let, že se to nějak opakovalo?

No, na život si sáhnout nechtěla, jako to se nám povedlo s tím jako pracovat, ale vzhledem k tomu jejímu způsobu života, tak byla jako zvyklá, tak ona se... právě jsme se hodně učily pracovat s těmi hranicemi. Takže někdy to bylo jako těžké v tom, že ona byla hodně ovlivnitelná a třeba jsem odjela na dovolenou, tak tehdy jsem o ni měla starost, že dostala jako kontakt na krizové centrum, jako na kolegy, ale náhle třeba já jsem nebyla úplně dostupná třeba nějaký čas, tak jsem měla o ni větší starost jo, že třeba udělala jako věc, že mi třeba zavolá, s radostí mi oznamuje, že našla jako nové kamarády, že je na letisku a že letí jako do Austrálie s úplně cizími lidmi, takže třeba moje intervence byla, že tím, jak mi to chtěla sdělit a zároveň jako slyšet, jako jestli je to v pořádku nebo ne, a slyšela tu moji starost o ní, tak jsem jí říkala, že jako doufám, že si koupila otevřenou letenku a že kdyby cokoliv bylo, ať mi zavolá, když bude tam, aby se mohla vrátit zpátky. Takže často to byly spíš takové ty momenty jako, že některé tyto projevy právě byly jako hodně dětské, nedospělé, ale vždy to se mnou konzultovala. Takže když udělala něco, co nebylo úplně oukej, že jsem měla pocit, že se mi nebojí ty věci říkat, protože jsem se vždy takto snažila nějak jako ji stabilizovat a pak jsme to vždy probraly, a učila se pracovat s těmi rizikami, které ona neuměla.

Hmm. A když se třeba... když se nezlepšovala, když jí nebylo líp, jak jste se s tím vyrovnávala?

No ona vlastně když třeba přišla ve stavu třeba fakt že se dostala do nějakých depresí, tak jsem se snažila vždy jako rozklíčovat jako ty deprese a pracovat s tím depresivním stavem, že vlastně vždy s tou aktuální jako situací a přijít jako na to, jak dlouho to trvá, co se stalo, co třeba mohlo zapříčinit spuštění nějakého nepříjemného jako stavu. Takže pro mě to nikdy nebyla nějaká zátěž, já jsem měla jako pocit, že mě jako, to asi moje osobnostní nastavení, vždy jsem měla jako radost z toho, že já jsem vždy viděla, že jí to jako prospívá i když je to těžké, že i přes ten těžký stav se ona dostává jako k uzdravě a to pro mě vždy bylo tak jako motivující jo, že se dokázala stabilizovat, no a že přesně třeba měla deprese, ale že si nechtěla ublížovat. Když se těch vztahů dostala, tak si požádala třeba o urgentnější termín alebo o něco Takže vlastně mi nesklouzala jako k tomu... a že třeba když měla jeden propad, ale to bylo tím, že se napila, ako náhle se napila, tak věděla, že v rámci toho, jak s ní pracuji, jak k ní přistupuji, takže zvládnutý relapsy, pokračující abstinence v té nemoci, takže mi okamžitě volala, nahlásila mi, že si dala skleničku, já jsem s ní pracovala hodinu a hned na druhý den jsem si ji urgentně vzala, zpracovaly jsme relaps, takže ona zažívala jako kdyby ty svoje propady s novou zkušeností. Že i když se mi něco nedaří, ale že se to dá zvládnout, a myslím si, že to pro ni bylo jako hodně posilující a motivující, že i když se jí úplně nedaří, že pořad je na tom líp a líp, že zažívala tu postupnou jako kdyby uzdravu, čo byla pro ni nová zkušenost.

Hmm-hmm, už jste zmiňovala překračování hranic, tak jestli mi můžete popsat nějaké situace a jak jste na to reagovala, jak jste s tím pracovala?

Nejvíce u ní a asi nejenom u ní, ale u ní to asi bylo takové jako výraznější, že hodně chtěla o mně vědět, že takové jako přesahování té osobní hranice, jako moji, a často jsme pracovaly s tím, že potřebovala podle mě... proč jí ty věci nechci říkat, že to není o tom, že jí nevěřím a že to moje osobní hranice a přes tu zkušenost ona se učila pracovat se svými

hranicemi, že vždy jsem nějaké osobné téma, které ona vlastně ode mě chtěla, jsem se snažila si ho vnést tak jako zpátky do procesu, že jak ona to má s tím že co o sobě sděluje a že kdy se cítí bezpečně a kdy se cítí nebezpečně, že když se cítím bezpečně neznamená, že jsou věci, které jako sdílím. Takže jsem ji učila i rozpoznávat, že když se o někoho zajímám, že kde je to zájem a kde je to překračování hranic. Takže jsme vždy pracovaly, jako ona byla hodně vnímavá v tom, že to vždy říkala, že to i pro ni jako vlastně mám pocit, že znovu výchova. Že se znovu učila nějaké věci, protože se ona o to opravdu zajímala, ona hodně věci dělala i to překračování nějakých hranic bylo často i tím, že se ona opravdu zajímala, jenom neumí s tím zacházet, neví, co je ještě v pořádku a co už je překračování těch hranic a tím, že já jsem jí to vždy jakože jsem to vzala, že jsem reflektovala, chtěla vědět, jestli ji skutečně zajímá to, na čem se mě ptá nebo je to zájem obecně, že vždy jsem se snažila porozumět tomu a pracovat s tím, že jestli je to jenom informace, kterou chce vědět, nebo zajímá o mě a chce být se mnou jinak v kontaktu a hledá způsob, jak to udělat. A s tím jsme se učily jako pracovat, čemu myslím, že jí šlo dobře, třeba pak už dělala nějaké věci, že když třeba měla pocit, že překračuje hranici, tak třeba mi řekla: „Já vím, Zuzko, to je ten váš etický kodex“ (směje se) jo že třeba ona už dokázala rozpoznávat.

Takže získávala nadhled.

Ano. Nebo třeba s dárečky, to tak třeba měla... ona ze začátku měla tendenci mě jako ještě odměňovat jakože za to, že jí věnuju čas a že s ní pracuju, já jsem jí vysvětlila, že je to moje práce, že tam s ní ráda, a ona mi jako říkala, že ale se k ní chovám jako nestandardně, že jsem jako laskavá, že ona měla jako pocit, že to, co s ní dělám, je ještě víc jako práce a měla tendence... takže pak jsem ji i učila třeba že nosila čokolády, vždy jsem s ní měla domluvu, že si tu čokoládu vezmu, ale jenom tehdy, když si ji dáme třeba společně, že si ji otevřeme na tom sezení a že si společně třeba něco dáme. Takže se učila s tím jako, že ne jako já si něco vezmu, ale že to je naše společná práce, takže když třeba chce, tak si můžeme dát třeba spolu čokoládu. A vím i s dárky třeba když mě chtěla jako odměňovat, tak když jsem ji třeba musela odmítnout jo, že když mi třeba no... a pak se mě ptala, že kdybych si něco vzala, tak jsem jako říkala, že pro mě jako spíš důležité, proč myslí, že mě musí jako oceňovat materiálně třeba, že jsem ji učila, že i pro mě ocenění je třeba to, jak se ke mně vztahuje, že třeba mi říká, že jí pomáhám, co ji pomáhá, takže se učila rozpoznávat, že já nepotřebuju. No a pak odjela vlastně na léto, to byl takový pokus, že zkusí odjet jako z domova na měsíc a tedy mi vlastně přinesla jako dárek, který jsem teda jako přijala, ale s tím, že jsme o tom hodně mluvily, že to byl amulet, který mi přinesla od nějakého šamana, který mi dala jako vysvětlí, takže pro ni důležité, že je osobní, takže jsem ho přijala, ale hodně jsme o tom jako mluvily, že co já pro ni znamenám, jak to má s jinými lidmi, kolik takových lidí jako já třeba má ve svém životě. Takže jsem vždy se snažila jako s tím pracovat i přes tu osobní vazbu, kterou ke mně jako měla, jak učit v tom si to pak vnášet do toho běžného života, aby neměla jenom mě, aby kolem sebe takových lidí jako víc, který nebudou terapeuti, ale přátelé.

Hmm, rozumím. Zeptám se, jestli jste se v té době účastnila supervize a jestli jste přinášela nějaké situace?

Já jsem v tom čase... s ní jsem teda chodila nejvíc na supervize tím, že to bylo takové intenzivní a v mnohých ohledech to bylo... že jsem fakt o ni měla jak právě byla bez té medikamentózní léčby, tak ona opravdu měla jako hodně výkyvy nálad a to, já jsem se potřebovala ujišťovat, že to, co s ní dělám, že dělám správně a dobře, a já jsem byla zvykla se svým supervizorem, že já jsem mu nosila celou nahrávku, ona souhlasila s nahráváním na začátku, takže buď jsem měla nahrávky nebo jsem si vysloveně vybrala situace, které pro mě byly tíživé, a s tím jsem chodila do supervize.

A vybavujete si nějakou takovou situaci?

No třeba pro mě situace... ona studovala vysokou školu a když přišla ke mně, tak byla ve třetím ročníku a v podstatě od třetího ročníku začala poprvé studovat bez drog. Takže ona vlastně první dva roky vlastně studovala na drogách a samozřejmě, že měla abstinenci příznaky, hodně jsme s tím jako pracovaly a měla jako propady, protože ona si s těmi drogami i pomáhala s pozorností a se vším možným a najednou to nebylo. Takže to pro mě bylo těžké, udržet ji jako

v tom, že aby vlastně to nějak zvládala a hledala jsem hranici, že nakolik to že najednou tam ty drogy nemá a nakolik jestli je to o tom, jestli má na to zvládnout tu vysokou školu. Takže s tím jsme se učily jako zacházet, aby ona taky tomu jako rozuměla a vlastně přicházely jsme jako na to, že vlastně... že to není vůbec vysoká škola, kterou ona chtěla jo, že ona vlastně studuje, čo vlastně nechtěla, tomu nerozumí, no ale nikdy to neřešila ty dva roky, protože jí to bylo celkem fuk. A najednou byla konfrontována, takže myslím, že to pro ni bylo v mnohých situacích velmi obtížné aj i pro mě. Takže to jsem třeba pak zintenzivnila třeba tu péči, že chodila častěji, abych třeba měla jistotu, protože ona samozřejmě třeba neměla tolik sklony jako kdyby si sahat na ten život, ale bála jsem se třeba, aby ji to netáhlo k tomu, že bude mít spíše relaps jo, že se nám třeba dařilo, ona vlastně když sem ke mně začala chodit, tak nám se vlastně dařilo, ona mi celý čas abstinovala.

Hmm, tak to je dobrý výsledek

A proto jsem to o to víc hledala, protože bych toho i rozuměla, a když měla krátký relaps, tak to bylo právě tomu studiu, že vlastně nezvládla nějakou tu zkoušku, protože ona na ty zkoušky chodila, že byla v pohodě a najednou vlastně zjistila, že má svoje osobnostní potíže, které se najednou projevují, že má strach, že má obavy, že má trému, že si nevěří a najednou to zažívala poprvé vlastně na té vysoké škole, takže tam měla jako ty propady.

Jasně no. Zeptám se, jestli bylo něco, co vás v té práci s tou klientkou bavilo a naplňovalo?

Hmm, asi celkovo to, že vlastně pro mě byla jako okouzující osobnost jako vlastně vůbec tím, že jak jsem věděla, že má úplně... že jako z pohledu toho terapeutického to bylo i fascinující, ale zároveň náročné jako v tom, že jak to má těžké v mnohých jako situacích, že pro mě to byla určitě dobrá odborná zkušenost, že vlastně pracovat s někým, že to není jenom teoreticky, že najednou tam toho člověka mám prakticky, že najednou mi tam sedí a mně tam běží, jaký je to člověk, jaká je ta nemoc, ale zároveň jako je to lidská bytost.

Jasně.

Takže vlastně nezapomenout na to onemocnění, ale zároveň s ní jako pracovat jako s lidskou bytostí, která i když je nějak nemocná, pořád je jako jedinečná i v té nemoci.

To říkáte moc hezky.

Takže to pro mě bylo takové, že já jsem si vždycky na ni jako těšila, vždy jsem jako viděla, jak ona na sobě jako pracuje, jak vlastně jí o to jde, jak se chce uzdravovat, jak chce, aby jí bylo líp, jak chce porozumět sobě i jiným lidem, jak se snaží... a to pro mě vždy bylo... když to bylo těžké, ale vždy když odcházela, tak jsem měla pocit, že potřebuju si teď odpočinout minimálně na hodinu.

Jasně.

Ale vždy jsem měla pocit, že to má smysl, i když to bylo těžké.

Hmm. Já jsem se ještě nezeptala, kolik jí bylo let?

Když přišla, tak jí bylo 26.

26, hm-hmm. Zeptám se, jestli bylo něco náročného na práci s touto klientkou a jestli bylo něco, co tu práci brzdilo?

Hmm, náročné byly ty velké projevy těch emocí, že já třeba nemám problém pracovat s emocemi, pracuji s nimi ráda, ale u ní to bylo opravdu také, že ona v těch začátcích opravdu měla takové, že třeba vám urputně pláče, do toho takhle lusknete prstem a najednou se směje, že má takový hysterický záchvat jako smíchu a že je to hrozně těžké ty emoce

uchopovat, zároveň je stabilizovat a zároveň s nimi pracovat. Takže tohle bylo pro mě jako těžké, protože ona pro mě byla jako z extrému do extrému, že jsem se s takovým klientem ještě předtím... že i když jsme pracovaly s emocemi, ale tohle bylo opravdu... že jsem třeba měla tapecirované dveře a moji kolegové často říkali, že to slyšeli, co se tam děje, a že nechápali, že často byli za dveřmi, že jestli třeba nepotřebuju pomoc, ale jako něco, že to bylo opravdu hodně-hodně intenzivní.

Byla třeba někdy během těch sezení naštvaná?

Jo

A stávalo se třeba, že jste to nějak vnímala, že by vám to mohlo být nějak ... (ublížit)?

Je pravda, že naštvaná jako na mě ne, že třeba na mě nebyla... ale spíš třeba, že já jsem s ní zažívala spolu... ale byla jsem ráda, že dokázala jako nazlobit, čo předtím jako nevěděla, že to se stávalo jako často a učila jsem ji jako kdyby pracovat to, že jedna věc, že se na někoho zlobit a pak ale aby ty negativní emoce pak byly ku prospěchu, takže s tím se učila pracovat, že nejenom se nazlobit, ale co teď s tím budeme jako dělat. A to dělala jako často, takže se mnou to měla takové, že pro mě třeba bylo někdy těžké, že jsem se s ní dostala do nějakého hlubokého rozhovoru, k nějakým fakt těžkým tématům, třeba toho, že jsem zjistila, že byla znásilňována třeba léta jako svým vlastním bratrem. A teď ona se s vámi vlastně povídá vlastně v těch hloubkách a najednou ona, kdyby tak dokázala vyskočit z té hloubky, podívat se na vás a třeba se na vás podívá a říká: „vy máte tak hezké oči... A vy máte umělé řasy nebo to máte svoje?“. A že vás to úplně rozhodí, že vy jste s ní úplně v nějakém tématu a teď najednou se na ni jako podíváte a teď jako vy se rozhodíte, protože ona se vás ptá na něco, čo je úplně od věci jo, že kdyby to udělala za jiných okolností, že tam spolu takhle sedíme, dáme si ten čaj a tak se na vás zadívá nebo vy na ni, ale ona mluví o hodně těžkých věcech, takže jsem pak jako vto s ní rozebírala, jestli jí to třeba pomáhá z těch těžkých věcí jako vyplout a soustředit se na něco, čé třeba tu situaci jako odlehčí a ona mi pak řekla, že ne, že ona se na mě zároveň jako dívala, že ji to napadlo, tak se chtěla zeptat. To pro mě bylo překvapivé, že ona dokázala jako kdyby vyskočit, soustředit se na něco jiného a znovu se do toho jako ponořit, a já jsem byla rozhozena.

Jasně.

Že mně to třeba tak nešlo.

To se divím, že během pěti let ani jednou se na vás nenaštvala (usmívá se).

Hmm-hmm, že o to bylo zvláštní, teda zvláštní... možná to bylo i tím, že vlastně jako úplně naštvání tam nebylo, ale možná to bylo i tím, že ona jako když měla nějakou nepohodu, cokoliv, ona byla zvykla, že se mnou o comkoliv mluvit. Tak možná se to nedostalo jako kdyby až do takového úplně nazlobení, takže když bylo nějaké nedorozumění nebo něco, tak ona s tím přišla. Takže ono vlastně se neakumulovalo. Takže možná, že to byly takové jako nějaké věci, které si potřebovala ujasnit, ale nikdy to nebylo, že třeba přišla jako nazlobená, že by jsem třeba nevěděla co se s ní děje, protože ona v tomhle byla opravdu otevřená, čo bylo fascinující, to čo si myslela, cítila, to mi říkala.

A byla jste na ni někdy naštvaná?

Byla jsem na ni nazlobená když vlastně to bylo takové jako zvláštní jako v tom když jsme řešily to její jako znásilnění, když vlastně jsem zjistila, že to byl bratr a že matka o tom věděla a ona s nimi žije v jedné domácnosti jako pořád, a tedy si jako uvědomuju, že tam jsem měla takovou slabou chvíli, že jsme se tak jako o něčem bavily, a já jsem vlastně, jak jsem měla o ni strach a starost, tak to jako kdyby v tom jsem úplně vyšla z té situace terapeutické, že jsem jí fakt jako řekla, že se mi vůbec jako nelíbí, že tam jako bydlí a že bych si fakt jako přála, aby se jako odstěhovala a že jsem měla pocit, že jsem ji to takhle řekla, že to byl můj strach o ni, vlastně přesáhl míru toho, že jsem jako pak to

s ní potřebovala probrat, že já jsem ani nevěděla, jestli ona to třeba řešila nebo neřešila, ale že já jsem si o ni jako bála, to mě tak jako převálcovalo, že jsem vlastně potřebovala ji nějak jako odstěhovat a vzít.

Hmm, to muselo být hodně náročné.

Jo, a pak jsem jí to jako řekla, že se jako omlouvám, že to je moje – můj strach jako o ni a že jsem v tom možná byla jako urputní. A ona právě říkala, že na druhou stranu, že pro ni zase to byl takový signál toho, že ona často mi říkala, že byla zasažena tím jak já se o ni zajímám, že vždy jí to tak dokázala, že mám o ni strach a starost a že to je vážné, že to jako myslím upřímně a že ona vlastně ze začátku říkala, že ona vůbec nevěděla, co s tím, protože ona na to není zvyklá, ona to nezná. Takže říkala, že jí to dělalo jako dobře.

Chápu.

Takže taková ta starost, ale já jsem se spíš jako snažila pracovat s tím, aby ona pak na mně nebyla závislá.

A odstěhovala se pak?

Pak se to povedlo, že to bylo v souvislosti s tou vysokou školou, jak já měla o ni starost, tak jsme pak přišly na to, že to fakt není to, co by studovat měla a povedlo se nám, přihlásila se na jinou vysokou školu, já jsem jí pomohla s přijímačkami, že jsme to celé jako ladily, a začala studovat na jiné vysoké škole i odstěhovala se.

Jak jste jí pomohla s přijímačkami?

Že ona vlastně jak měla potíže s tím stresem, tak jsem jí jako učila pracovat, vlastně jak se líp učit, jak zvládat ten stres, aby vlastně... protože když jsem zjistila, že ona vědomostně má na to, aby zvládla tu školu a že jí fakt brání jako spíš to osobnostní ladění a nastavení, tak jsem jí spíš učila, jak pracovat s těmi zátěžovými jako situacemi, že jsme třeba měly i sezení, když přišla, věděla jsem, že se třeba učí na přijímačky, přišla s tím, že mě jako poprosila: „Zuzko, můžu mít takové jako věcné otázky?“, takže jsem jí jako pomáhala s tím, čo jako potřebovala.

Jasně. Tak ještě se zeptám, jak jste ten vztah ukončovaly?

Hmmm, no... to bylo hodně těžké, protože já vlastně už jsem jako zvažovala, že už jsme spolu nějaký čas a tím, že já jsem i věděla, že budu odcházet jako z toho zaměstnání, zvažovala jsem že jestli si ji nechám jako v soukromé praxi nebo jestli je už opravdu pro ni jako dobře to jako ukončit a nechat ji chvíli nebo alespoň nějaký čas, aby si i zažila, protože ona vlastně od svých 13 let byla různě buď hospitalizována alebo byla různě... já jsem chtěla, aby zažila i takový ten život bez psychologa, bez psychiatra, že samozřejmě, že bude chodit na kontroly do ambulance k psychiatrovi třeba jednou za tři měsíce, ale aby trošku víc žila bez naší odborné jako pomoci. Já jsem měla pocit, že už je na to připravená a že je jako stabilizována. Takže jsem jí už na to jako připravovala, že jsme se o tom jako bavily, že jsme uzavíraly témata, s kterými ona jako přišla, že co jsme zpracovaly, že čo jsme nezpracovaly. Víím, že ona mi pak říkala, že téma „máma“ pro ni bylo hodně tíživé a mi pak říkala: „Zuzko, to si nechám jako bonbonek ještě, že když se na to třeba budu někdy cítit a budu chtít si znova nějakým způsobem otvírat jako rány, tak se pak třeba znovu ozvu“ a že bysme jako zpracovaly to téma, s tím, že jsme se domluvily, že opravdu kdyby cokoliv bylo, tak bude mít kontakt na mé kolegyně v té ambulanci, kde jsem pracovala, kdykoliv se může vrátit jako do terapie, a nechali jsme ji ve skupině. Takže jsme to nakonec ukončily s tím, že jsem odcházela i to věděla, i jsem i zvažovala, že kdyby jako chtěla třeba jako opravdu to téma mámy třeba nechat a pokračovat, tak se třeba domluvíme, kdo y kolegů jestli by třeba nechtěla. No a vlastně říkala, že kdyby, takže by se chtěla vrátit pak ke mně jako zpátky na terapii.

Rozumím. A byly jste pak v kontaktu?

Jo, my jsme celý čas v kontaktu (usmívá se) jo že ona vlastně, i když s ní jako nepracuju, ale vím, že je fakt stabilizována, v podstatě od psychiatra má léky jenom v šupličku, čo se nám jako povedlo, že kdyby měla opravdu jako nějaké těžké jako úzkosti... Má partnerský vztah, končí vysokou školu, takže se mnou je v kontaktě tak, že mi vlastně dává o sobě vědět, že jak se jako má, jak jako funguje. Ptala jsem se, jestli nepotřebuje do terapie, tak ona mi vždy jako řekne, že nějakým způsobem jako potřebuje, ale že jí hodně pomohlo čo jsem jí řekla, že ona vlastně když pak já jsem odešla a věděla, že jsem v soukromý praxi, tak vím, že mi jednou volala, že to zvažuje že jestli přece jenom neměla jako pokračovat, tak jsem jí jako řekla, že samozřejmě jako může, řekla jsem za jakých podmínek a řekla, že si uvědomila, že i tohle jí jako hodně prospělo, že ona vlastně chtěla být hodně se mnou, ale že hodně věci zvládne jako sama.

Hmm, tak to zní moc hezky.

S tím, že pořád to mám jako tak, že kdyby cokoliv jako bylo, takže ví, že se může ozvat, že já to s těmi klienty to tak mám, že vědí, že ukončí terapiu, že jim kdyžtak říkám, že já jsem pro ně vždy, že oni jsou vždy moji klienti a budou, takže kdyby zvažovali, tak se přece můžou ozvat.

Takže vám volá?

Píše, ona mi pošle třeba mail nebo mi posílá třeba pohlednice z dovolené, že se mnou udržuje takový jako přátelskej bezpečnej jako kontakt, který nás ani jednu k ničemu vlastně nezavazuje.

Tak to je fajn, to vypadá, že ta práce s hranicema přece měla nějaký dobrý výsledek (usmívá se).

Jo, jo. Musím jako říct, že to bylo pět let opravdu jako intenzivní práce, ale že to opravdu mělo smysl a že to vlastně bylo o tom, jak já jsem do toho šla s takovým opravdu velkým nasazením. Myslím, že to bylo hodně o tom, že i ona jako chtěla, a hlavně, že jsme dokázaly, a to si myslím, že je důležité u těch hraničních, že já jsem musela vědět rozpoznat, kde je její schopnost, co dokáže reflektovat, co třeba nedokáže, co je hranice pro ni, co je hranice pro mě jo, že se vlastně ona učila, že třeba to, že ona když ke mně přišla, tak v tom čase měla deset partnerů, to že měla po roku dva, jsem pokládala za úspěch jo, že jsou to už takové věci, že vlastně člověk s tím úplně jinak zachází, protože ona se hodně proměňuje a ona má jinak tu hranici, ona s některými věcmi jinak jako zachází, ale pro mě bylo hrozně důležité aby se nám povedlo v průběhu té terapie to udělat jako tak, aby ona když ukončíme tu spolupráci, aby ona měla čo nejlepší kvalitu života, jak je vůbec možné jako s jejím nastavením osobnostním, s podmínkami života a to si myslím, že se nám povedlo.

Tak vlastně ona, když nastoupila do té terapie, neměla stálého partnera a neměla přátel.

Jo, studovala vlastně školu, kterou nechtěla, měla tam to trauma z toho zneužívání, žila vlastně s despotickou jako matkou a s bratrem, který jí zneužíval a tvářil se, že to je naprosto jako v pořádku, takže od nich se vysvobodila, s nimi si vlastně ty témata zpracovala, takže mám jako pocit, že opravdu obrovský kus jako práce na to, co všechno jako zažila, ona třeba když mi přišla, tak ona žila dvojí život, čo jsem já v tom začátku nevěděla, takže ona přes den byla ta poslušná dcera tý mámě, která má nějaké ambice a něco po ní chce a večer chodila tancovat do baru, kde vlastně tam byl ten drogový svět, a najednou když ke mně začala chodit, tak mi řekla: „Zuzko, najednou já šla třeba tančit a věděla jsem, že jsem v ohrožení těch drog, ale já jsem si na vás vždy vzpomněla a já vlastně ty drogy nechtěla a najednou to začalo být všechno jinak, najednou už to nebylo to, co mi dávalo“ a pak si pamatuju, že jsme měly jedno sezení, když ona přišla a poprosila ma, jestli by mi mohla sebe ukázat v tý její jako jiné své životní jako etapě, tak se šla převléct, přišla v těch flitrových šatech, v těch podpatcích, tam se jako posadila a mi řekla: „Zuzko, takhle já vypadám když chodím do toho jako baru, že teď se s vámi chtěla rituálně rozloučit s tou ale svoji částí“, takže se svlekla, dala tam to oblečení, my jsme si o tom jako povídaly, takže se vlastně rozloučila.

Hmmm, takže to vlastně byl takový rituál? (usmívá se) ty jo, to zní moc pěkně.

No, ona mě o to jako prosila, já jsem jí řekla, že to můžeme jako udělat.

Takže to byl její nápad?

To bylo její přání, jestli bych to mohla pro ni jako udělat, já hovorím, že určitě. Takže jsem vlastně nevěděla, jak to bude probíhat a ona přišla jako oblečená tak, jak jsem ji znala a pak se byla převléct a vlastně jako přišla, aby ji viděla, že takhle to jako vypadá, a pak se znovu svlékla... A často byla... to bylo pro mě takové, že já jsem sama hodně jako citlivá, vnímavá a objímácí a ona jako hodně často spontánně třeba jsme se o něčem si povídaly a na něco jsme jako narazily a ona se třeba jako rozplakala a přišla, vrhla se na mě a objala mě, často měla se mnou takové jako silný kontakt fyzický.

Hmm, tak to je zase fajn, že jste to tak vnímala jakože v pořádku. Věřím, že pro nějakého terapeuta to mohlo být až moc...

No, ono někdy když třeba jako fakt v těch začátcích, že to udělá, tak to pro mě bylo jako... a ona viděla, že jsem zaskočená a že jsme spíš pracovaly s tím, že ona viděla, že jsem jako překvapená, zaskočená, tak se mě ptala, jestli mi to vadí. Hovorím, no úplně mi to nevadí, jenom jsem to nečekala a pak už to bylo fakt v takové ty momenty, že ona to pak dělala míň a míň, ale že když to dělala, tak to vždy bylo takové, že kdyby to k té situaci úplně patřilo jo, že i já jsem si uvědomila, že často jsem s ní třeba dělala také i když jsem v průběhu té terapie to nedělala úplně jako ona, ale že jsem jí třeba chytila za rameno nebo jsem se k ní víc jako naklonila jo nebo když třeba plakala, už jsme měly takové, že když pláče, tak jsem jí podávala ty kapesníčky, a že ona může plakat, takže měly jsme mezi sebou takovou velmi silnou i neverbální komunikaci, která byla hodně hluboká.

Hmm, takové signály.

Hmm, že i když jsme třeba často... byly fakt těžké věci, když mi jako říkala, co se jí třeba dělo, když byla na těch drogách, v těch klubech a často ona byla obětí zneužívání a násilí, a tak to byly hodně těžké věci jako i pro mě, takže fakt to bylo jako těžké. A čo ještě s ní bylo zajímavé, že ona si tak hodně hlídala ten prostor, ve kterém jako pracujeme, čo bylo také dobře že se to naučila pracovat i s tím, jak jsem jí na začátku říkala, že nás nikdo nebude rušit, že jenom výjimečně kdyby se něco stalo, ví že na dveřích mám tabulku, že nerušit a pamatuju si, že když nás jednou vyrušila jako kolegyně, jak to těžko jako nesla a jak vlastně tehdy se zlobila, ale i na mě, ale více jako na tu kolegyni, a to jsem byla na ni jako hrdá jako v tom, že se o sebe takhle postarala, že řekla, že jí se to nelíbí, že jako chápe ty důvody, že já za to nemůžu a podobně s tou kolegyni, že jako čekala, že se jí omluví. Takže to jsem na ni byla jako hrdá.

Hmm. Zeptám se ještě, co si myslíte pro klienty s hraniční poruchou osobnosti důležité v té psychoterapii?

(Povzdechla si) je to hodně těžké no... to je jenom jako domněnka, že myslím, tam je tolik jako věcí ve hře, ale myslím si, že opravdu takové to přijetí jako ty její jinakosti jako v něčem jo, že jako že oni opravdu často žijou životem, který se může úplně vymykat nějakým jako nechci říct normalnostem, ale možná standardům nebo nějakým jako věcem, ale že takové to laskavé přijetí, ale zároveň to pevné jako učení se pracovat s těmi hranicemi, že být jako laskavej, ale pevněj, ale zároveň když dělá něco, co není v pořádku, že být asi... já říkám lidsky normálněj, že chovat se k nim jako k dospělým jako lidem, ale zároveň oni si často v některých situacích chovají jako děti, takže nechci říct, že by je měla jako vychovávat, to není to správné slovo, ale spíš aby měli tu korektivní zkušenost. Myslím si, že ta terapie je dobrá jako v tom, že oni opravdu se v některých situacích chovají jako nezralé, nedospělé, ale aby s vámi viděli, že i když se tak chovají, že je za to nijak netrestám, ale zároveň jich se snažím naučit, aby to bylo jinak, protože jim to neprospívá jo, že když jí něco prospívá, tak v pořádku, tak já s tím nemusím schoznit, ale když vidím, že jí to neškodí a prospívá, ale jako náhle já jako terapeut třeba jako vidím a já bych měla být ta, která by měla mít nadhled jako na ty situace, že

když ona ještě nemá na něco nadhled, nemůžu na ni vyvíjet tlak, aby ho měla mít, ale bych jí pomoci, aby ona dospěla k tomu nadhledu a pochopila, že jsou věci, které jí neprospívají, aby si jich odprožila jako třeba často mají pocity viny z toho, že nezvládají nějaké věci nebo že se nechají ubližovat, a provést jich tím procesem toho zpracování si toho smutku, zlosti a já nevím čeho a pak se učit si budovat nanovo – ten svůj vztah k sobě, k jiným lidem, a to si myslím, že je důležité, u nich možná ještě víc v tom, že oni hodně věcí opravdu jako neumějí a že v mnohých věcích oni můžou působit, že jsou ve své podstatě nesmírně křehký, že já jsem vždy měla jako pocit, že se těším jako z toho, že když si představím jako skleněnou vazou jak je krásná, ale zároveň jako křehká a potřebuje speciální péči.

To zní moc hezky (usmívá se). Zeptám se, co byste doporučila začínajícím psychoterapeutům?

No, rozhodně bych doporučila, že dokud by třeba nepracovali v týmu, jako jsem pracovala já, tak aby si určitě nezačínali pracovat s klienty, který mají nějaké duševní onemocnění bez nějaké... protože jedna věc je supervize, která je nesmírně důležitá, ale zároveň kdyby to byli terapeuti, který nepracují v týmu a nemají třeba vedle v kanceláři nebo jako kolegy, se kterými můžou třeba kromě toho, že tam jsou, kdy by se něco stalo, ale že tam aj pro to, že když třeba ta klientka nebo klient odejdou, tak oni můžou s nimi reflektovat nějaké věci, které jsou jako těžké. Takže určitě bych byla hodně obezřetná, opatrná v těch začátcích, že když samozřejmě jednou k tomu přijde, ale byla bych hodně opatrná, a kdyby k tomu přišlo, že samozřejmě s nimi začneme pracovat tak, aby jich nebylo moc jo. Určitě třeba když je to takováhle zátěž, tak to i pro zkušeného terapeuta těžké, takže si třeba nechat jednoho, a pro tu svoji psychohygienu si dát třeba i jiné klienty, aby člověk... protože to je těžké tady může mít třeba víc pocit, že to chce víc času, víc trpělivosti, víc může zažívat pocit, že jsme něco vybudovali a za týden nanovo jo, že tam můžou být takové i propady i toho terapeuta, že může mít jako pocit, že to je těžké, že neví, co má ještě dělat, aby to... tam to chce hodně trpělivosti, hodně péče a hodně spolupráce, jak se supervizorem, tak třeba se zkušenými kolegy, a čo bych teda doporučila humanistickým terapeutům, je jako důležité, že i když třeba ne všichni jako pracují s diagnózou jako takovou, ale hrozně brát na zřetel jako to, že já mám člověka, který má nějaké jako duševní obtíže, a vědět jako pracovat i s tím, že musím jako i teoreticky jako vědět, rozpoznávat jo, co ta nemoc opravdu je, co skutečně není, a samozřejmě pak je tam ta individualita toho klienta, ale abych uměla jako terapeut pracovat, abych ho jako třeba i v dobré víře třeba mu víc v podstatě neutvrzovala nějaké jako nemoci, spíš mu pomáhala se z toho dostat, tak tomu musím rozumět. Musím jako vědět, když se nějak chová, že co může být projev nemoci a čo je projev jeho osobnosti jako takové, na to bych si dávala pozor určitě.

Hmmm, dobře, tak jo, zeptám se ještě, jak se té klientce ve skupině dařilo?

No, tak začátek byl takovej těžkej jako v tom, že my jsme věděli, že to pro ni bude jako nápor, že ona měla tendence, měla takové ty silné projevy, že se bude jako předvádět jako na té skupině. No a když viděla, že ta skupina na to není moc jako zvědavá, tak stropila takovou hysterickou scénku, takže se postavila, otvírala okno a dělala trošku jako to (mávala rukou), takže jsme to pak vnesli jako téma do té jako skupiny (směje se), takže poutala na sebe pozornost a učila se pracovat jako s tím, že to není ona jako jediná.

Jasně.

Ale že je tam dalších zbylých patnáct (směje se) a že se tady rozdělují síly a že jestli tady chce být nebo ne, takže ona se s tím učila opravdu jako pracovat, a pak čo bylo ještě zajímavé, že tím že vlastně tam byli dva kolegové a já jsem tam byla jenom občas, a mě jako zažila, takže já jsem se snažila, když ona byla v nějaké jako... abych já do toho moc nezasahovala jako její individuální terapeutka, ale aby spíš jako kolegové. A pamatuju si, že byla taková pro mě těžká jako situace, že ona se ke mně jako vztahovala, že mi jako věří, tak jsme měli kolegu, který v podstatě... způsobem, jakým s ní pracoval, jsem věděla tím, že já jsem ji znala, že ji to neprospívá, a že překračuje její hranice, a čekala jsem, co jako udělá, a byla jsem na ni nesmírně hrdá, protože ona čekala, jestli... já jsem se na ni (podívala), že jako věřím, že to jako zvládne, a se pustila do toho jako kolegy, řekla, že se jí vůbec nelíbí, jak se k ní jako chová, že k ní přistupuje

jako k diagnóze, a že ona sice má hraniční poruchu osobnosti, ale zároveň má celkem vysoké IQ a že se ním opravdu bavila jako... že se sní opravdu baví jako s diagnózou a s číslem a je neosobní, a že se o něm taky ráda něco dozvěděla, když chce jako vědět nějaké věci z jejího života (usmívá se). A to i pro mě bylo i z pohledu terapeuta jejího vidět jako jí, jak se dokáže o sebe postarat a vidět třeba i toho kolegu, jak on nevěděl, co s tím, že jak to bylo těžké vidět, jak ho vlastně úplně odzbrojila a vlastně mu řekla, že když s tím nepřestane... že to bylo pro mě jako zajímavé jako vidět to, jak je to fakt těžké, ale jak jsem říkala, že jsem chápala, když mi moji kolegové někdy říkali, že je to obdivuhodné, že já jsem jako v pohodě, když ona jako odchází. A když najednou já jsem byla víc pozorovatel třeba i na ty skupině a viděla jsem, ale... je to asi i tím způsobem práce, že já... asi se nám opravdu povedlo to, že já jsem ji nedostávala do takovýchhle situací.

A k vám se chovala možná víc hezky.

No, že my jsme nějak mezi sebou, že když jsme měly nějaké nesrovnalosti alebo něčo, my jsme si to vždy dokázaly vyříkat, my jsme mezi sebou nikdy neměly, jak jste se ptala, třeba takovou konfliktní situaci, co jsem já třeba zažila na té skupině. A ona pak vlastně v rámci té skupiny i řekla i tomu kolegovi, že si to zpracuje jako v individuálu a že se ho bude učit respektovat, ale že ho nemá ráda.

Hmm (směje se), to je taky dobrý říct, dost asertivně.

No a že on je na to něco říkal a ona mu vlastně řekla, že by ocenila, kdyby jí řekl, že ji taky nemá rád, že to cítí.

Hmm-hmm, chtěla tu upřímnost.

Ano, že to chtěla jako slyšet, a on jako měl strach a obavy jít napřímo do té jako věci a to ji vytáčelo právě.

Hmm-hmm, chápu.

Takže to byla i pro mě jako zkušenost vidět ji zase jinak na té jako skupině, ale musím teda jako říct, že ona hodně rozkvetla, protože ona opravdu byla... ona právě jak byla na těch drogách a šla z toho nějakého klubu, vlastně pak v nějakém svém rauši spadla pod tramvaj, myslím si, že u ni stali všichni svatí, že to přežila jako vůbec, a měla vlastně takovou jako jizvu jako přes obličej a jedno oko měla jako... ale kdyby třeba na to neupozornila, samozřejmě, že si to člověk pak všimne, ale pro mě to bylo jako fakt... a to člověk jako ví, ale najednou ví, jak je člověk křehký, když on to nějak prožívá, myslí si, že je pro ty lidi jako ošklivej, jakože to by mě nikdy nenapadlo jo, ale věděla jsem, že ona mi to potřebuje nejdřív uvěřit jo, že já jsem pro ni cizí, že já jí to sice říkám, ale potřebovala tomu opravdu uvěřit, že pro mě je v tom krásná, a že ona pak opravdu rozkvetla, úplně jinak se začala vlastně oblékat, začala ukazovat ten obličej, opravdu jako z takového kuřátka .

Tak je to možná i tím, že k sobě pak vybudovala jako hezčí vztah.

Jo, jo, opravdu to bylo pak takové, že ona se mě občas ptala na takové jako i dojemné situace, že ona mi třeba říkala, že jde na první skutečné rande jako bez drog, bez nějakých... že ona vlastně vůbec nevěděla, jak se má chovat, říkala: „Zuzko, tak znáte mě jako asi bych na něj neměla vyjíždět hned na tý první schůzce (směje se), abych ho neodradila“, že to byly takové jako milé situace, říkám: „Já bych tomu nechala volný průběh“, že byla jako zlatá, ona říká: „On asi přinese nějakou kytku, vidíte? To bych asi měla si jako vzít“, já říkám: „Tak možná přinese...“ a ona: „Jak se mám u toho tvářit?“ že už to byly takové jako... kdyby jste se bavila s patnáctiletou holkou, protože ona to úplně... takže to byly milé situace. Nebo když se jako zamilovala jako poprvé, tak to třeba byly hodně silné emoce, když ona plakala... plakala s tím, že najednou stranu je to krásné a na druhou stranu děsivé, že ona vlastně vůbec neví, co má dělat, že jí to děsí. Takže opravdu jsem s ní zažila takové jako, že mám jako pocit, že kdyby ona se znovu vrátila jako zpátky do nějakého věku, a spolu jsme odprožívaly to její dospívání v tom dospělém jako věku, a to bylo krásný vidět jak ona je ve mnohých věcích dětská a najednou jak se z ní stává žena, jak je v tom jako dospělejší a jak je to i s těmi partnery, že

mi jako ukazovala, že přišla teď, vzala telefon a mi ukazovala deset jako mužů, a jí to přišlo, že je to normální. Ona říká: „Zuzko, to není normální?“ já říkám slovíčko „normální“ jako těžké, co je normální, že spíš si jako říkám, že když... co vás na tom jako obohacuje? Že jestli máte prostor se s nimi nějak opravdu sblížit, když jich je třeba tolik? Říkala: „Zuzko, když to říkáte, tak asi úplně ne“ (směje se). Takže já jsem jí to nerozporovala ani jsem to nemoralizovala, jenom jsem tomu chtěla jako porozumět.

Chápu, to zní moc fajn no.

Ted' má teda jednoho partnera a chtěla by miminko, tak uvidíme, jak to celé bude.

Tak snad se to podaří no. Tak jo, za mě je to vše, děkuji moc.

Já taky děkuji.

Je to moc pěkný příběh (usmívá se).

Jsem si na ni díky vám vzpomněla, tak hezky (usmívá se).

Jo, tak to jsem ráda.

Příloha č. 2: DAI

14.9.2020 8:30, délka rozhovoru 38:13

Nejdřív bych se vás chtěla zeptat, jak jste se k tomu dostala... k práci s klienty, kteří mají hraniční poruchou osobnosti?

Oslovili mě.

Oslovili, hmm.

Hmm, nebylo to, že bych vyhledávala nebo... oslovili mě.

A pracovala jste jakoby soukromě? Měla jste soukromou praxi?

Ano.

Hmm, a pokud jste měla víc těch klientů, můžete vybavit nějakého z nich, se kterým jste měla delší průběh terapie?

Já jsem na základě těch otázek, který jste poslala, tak jsem vybrala jednoho... říkejme mu třeba František, s ním teda ta terapie byla delší i s těmi ostatními, který ještě v péči mám, ale vybrala jsem jeho, protože... tam to bylo ještě specifický v tom, že tam byla i drogová závislost, takže vlastně to byla dvojí diagnóza a bylo velmi, velmi obtížný ani na začátku nepřišel jako s tím, že by tam vlastně byla hraniční porucha osobnosti – to se postupně vykrystalizovalo.

Hmm-hmm. Jak dlouho k vám docházel?

Chodil... chodil ke mně téměř dva roky.

Dva roky, hmm.

A vlastně ta léčba jako úplně neskončila, já uvidím, jestli se vrátí, protože teď... vlastně je na pobytu hlavně kvůli té svoji závislosti a hodně... vlastně celá ta terapie byla potom o tom i aby se našlo jako zařízení, který... který by ho akceptovalo a který by vzalo v úvahu i to, že teda i tam i ta hraniční porucha osobnosti.

Což předpokládám, že nebylo tak jednoduché?

Ne, to nebylo vůbec jednoduché! A já nejsem adiktolog, takže jsem tam ještě během té péče přibrala kolegyni, která právě pomohla tady v tyhle ty oblasti, protože já samozřejmě testy klientům nedělám, je to na důvěře, a tady prostě bylo důležitý, aby tam běžela i ta adiktologická linka, protože potom tak všechno jako přivázilo.

Hmm-hmm, takže ten František k vám vlastně přišel s tím problémem závislosti?

Hmmm.

Že by se chtěl toho zbavit?

No vlastně úplně... úplně ne on, ten první kontakt byl jako s jeho maminkou, a já jsem jenom řekla, že je důležitý, aby do ty terapii vstoupil teda dobrovolně, a pokud jako chce, ať zavolá on sám. V té době on už teda když ke mně vstupoval, tak už byl léčený, bylo to... ale taky čerstvá záležitost na psychiatrii jo, takže přišel, já jsem teda myslela, že záhy odejde a nicméně tam tak dlouho vydržel.

Může se zeptat, kolik mu bylo let?

Dvacet... když jsme začínali, tak dvacet tři.

Hmm-hmm, dobře, a jak jste k tomu problému přistupovala... k problému té závislosti... jak vlastně jste s tím pracovali?

No bylo důležité ho vlastně vyslechnout, to mě zajímalo. My jsme ze začátku šli i po tom, proč do ty terapie vstoupil. Jako jak k tomu přistupuje, jestli je tam teda jako dobrovolně, protože já jsem vysvětlovala, že to je důležitý, takže jsme mluvili o takových jako obecných tématech prvně proč jako do terapie a jestli co... do jaké míry je to teda má nějakou motivaci jo, že to není teda o tom, že ho nasměrovala paní doktorka a maminka, a jestli teda on má ten zájem.

A měl ten zájem?

No ze začátku to bylo takový hodně pankáčský, ve stylu: „já jako uvidím, mám tě na háku“, ale vlastně po pár... vydržel vlastně to celý sezení, potom řekl teda, že přijde jako znovu jo, takže vlastně za tím byla nějaká vlastně touha, což se postupně jako ukázalo, aby mu bylo pomoheno, ale zároveň vlastně dělal všechno proto, aby mu pomoheno nebylo, takový jako velmi, velmi ambivalentní.

A jak často jste měli ty sezení?

On chodil fakt jednou týdně.

Jednou týdně, hm-hmm.

Potom někdy třeba jednou za čtrnáct dní, ale co bylo zvláštní, tak... tak opravdu chodil. Potom mi teda přišel i sjetej.

Hmmm.

Po delší době, protože to bylo, ale vždycky přišel.

A jak přibližně probíhalo vaše sezení?

No tak postupně von si mě tak jako testoval, to bylo hodně o tom si mě testovat tak jako co vydržím, jak to jako bude vypadat. I když jsme si ze začátku jsme si jako řekli pravidla, že prostě může jako cokoliv, ale že mě teda nesmí napadnout (směje se) jo, a že takový jako základní věci, to se úplně jako ohradil... a hodně teda mluvil o věcech, které potřeboval... které potřeboval on, které ho zajímaly po ty fázi teda toho testování, to jako vyloženě zkoušel, on byl takovej nebo je pořád (směje se)...

Můžete dát nějaký příklad?

No přesně, teď ho hledám... byl... hrozně mu zaleželo jako na jeho znalostech, ho sice vylili ze školy, ale on se zakládal na tom, že mu to vždycky šlo jo, takže a vlastně hrozně rád vytáčel jako lidi právě kvůli, že je chytral za slovíčko nebo je zkoušel co... jaké mají názory nebo co ví nebo neví... taky vlastně tam toho bylo víc... rozčiloval se nad tím, když mu třeba někdo říkal třeba „za chvilku“, co to teda znamená? Ale taky se tam postupně ukázalo to, že vůbec neumí jako nakládat se svýma pocitama, samozřejmě měl velký problémy s agresivitou, a už ho v tý době nechtěli doma, takže vlastně tam se jednalo o nějaký jeho osamostatnění, a postupně vyplynulo taky to, že vlastně ta drogová závislost byla z toho důvodu, že pro něj to byla taková automedikace, samoléčba. Protože on tak, alespoň takovým způsobem mohl nějak jako být s lidma a vlastně nějak mu to opravilo jako ty emoce, proto do toho tak jako zahučel.

Hmm, že vlastně neměl tak hluboké prožívání?

No nevěděl, co s těma... emocema, neuměl je zvládat.

Takže s těmi drogami to dokázal zvládat?

Hmm-hmm, tím že tam byla ještě velká úzkost, veliká. Takže to mu taky jako vlastně... (přitížilo).

Já jsem se vlastně ještě nezeptala, jaké drogy bral?

No kde co... pervitin a taky potom léky, že zneužíval.

A nějakou konkrétní skupinu léků?

No, benzáky no.

Jo, hmm-hmm, rozumím. Hmm. Tak... mohla byste prosím popsat, jaký jste s ním měli vztah?

No, já si myslím, že se nám podařilo ten vztah navázat. Protože voni ho vždycky odevšad vyhodili, nikdo vlastně s ním nechtěl nic mít, i vlastně se potom pohádal s tou na psychiatrii, potom když byl hospitalizovanej, potom když se teda vyjasnilo, že je tam i ta hraniční porucha osobnosti, a jednalo se o tom, aby se teda... se šel léčit, byl teda v nejmenovaném statním zařízení, odtamtad' ho taky vylili, on tam chtěl jako zůstat, byl připravený... dlouho jsme o tom prostě mluvili, a taky ta léčba... protože von tam prostě provokoval že jo, tam je to hodně režimní a tohle to... takže tam taky skončil, takže tohle to bylo obtížný, takže několikrát jsem ho měla na supervizi, díky supervizi jsem teda se spojila s kolegyní-adiktoložkou. Vysvětlovala jsem i... vlastně jsem byla ve spojení teda i s rodiči nebo respektive s jeho maminkou, s tatínkem jeho biologickým ne, ale on měl otčima a má otčima, takže...

Rozumím, když se ještě vrátíme k tomu vztahu, vy jste říkala, že na začátku to byla taková testovací fáze, a pak se vám začal postupně otvírat?

Hmmm.

Jo a jestli pak ještě se nějak proměnil ten vztah? Jestli se k sobě cítili víc blíž?

Já myslím, že ke mně měl důvěru, kterou samozřejmě několikrát jako zklamal, protože... prostě ty drogy tam furt byly jo, a proto tam přišla ta adiktologie, kde je teda nějaký režim, kde se to testuje, kde se to ukáže. Takže i když potom... jo, a taky u něj byla ta „marianna“ že jo, a... no na těch testech se to ukázalo že jo, a měl potom velkou obavu, že nebude moct přijít a tak dále, takže jsme hodně mluvili o tom, co to je ta důvěra, co to znamená a tak dále.

A vy jste ještě říkala, že na jedno sezení k vám přišel sjetej, jak jste na to reagovala?

No to byl ten dozvuk jo, to byl dozvuk, takže byl v takovém bídém stavu, takže jsem mu dala napít (usmívá se), vydechl se, protože hodně se jako potil, a právě to bylo takový, když jsme mluvili o tom, že opravdu důležitý, aby odešel se léčit a nejenom ambulantně, ale aby šel i do nějakého zařízení.

Hmm-hmm, rozumím, a ještě jste zmiňovala tu agresi, jestli jste třeba během sezení někdy měla pocit, že vás může nějakým způsobem ohrozit?

Ne.

Hmmm, takže tam důvěra byla oboustranná?

Já jsem se ho nebála.

Tak to je fajn, to je fajn. Zeptám se, jak jste se vyrovnávala s tím, když on třeba měl zase ten relaps?

No bylo to furt dokolečka dokola. Bylo to takový... no proto jsem měla hodně ty supervize, takže tam jsem se nějak jako v tom... no proto ty sezení taky byly i o tom, proč ta léčba, na co to je, taky ten jeho nadhled, protože tam i... mluvil o sebevraždě, že to nemá smysl vlastně tady být.

Hmmm, to muselo být náročné...a bylo to jako jednou nebo to bylo nějak jakože se o tom zmiňoval častěji?

No vlastně to poprvý to byl důvod té první hospitalizace nebo... ano, první hospitalizace... o tom bytí k smrti jsme mluvili několikrát.

Hmm, rozumím. Přinášela jste nějakou... vybavujete si určitou situaci, kterou jste přinášela na supervizi, která pro vás byla hodně obtížná?

No vůbec ta situace, co s tím? Cejtla jsem problém s tou adiktologickou linkou že jo, to jsem jako řešila několikrát, snažila jsem se, vlastně najít nějaký řešení. Vlastně ono jako bylo hodně frustrující v tom, jak vůbec ten systém, jak je a jak selhává, a že... tohle jo vlastně bylo těžký, přitom jsem měla velmi dobře navázanou spolupráci s jeho psychiatrou... tak to bylo hrozně těžký, ona ho měla plně zuby prostě jo, takže i jsme tam hledali potom jako jinýho psychiatra, kde by mohla být prostě spolupráce i mezi náma.

Hmm, rozumím. Docházelo někdy... no to jste vlastně i říkala, že vás testoval na začátku, tak to předpokládám, že bylo i takové trošku překračování těch hranic a jestli si vybavujete nějakou určitou situaci, kdy jste prožívala, že to je... že to je fakt překročení?

Já jsem... já jsem věděla, že to... že je to prostě hra, von na druhou stranu vlastně byl velmi, velmi křehkej, velmi naivní, takže já s tím dokázala nějak jako... pro mě bylo náročné to, že tam nemůžeme najít nějak tu péči jako rozprostřít... a teda viděla jsem, jak je až po uši v těch drogách, a tam to bylo pro mě... to vlastně pro mě bylo mnohem těžší než... (překračování hranic) protože tam jsem viděla, že jako nám tam vstupuje něco, něco vlastně není přirozený, takže jsme vlastně mluvili o tom, že to má smysl se jít léčit, že to je taky šance pro to, aby se mohl podívat na to... na to svoje základní... a tam taky dlouho trvalo než... já jsem jako měla podezření na tu hraniční poruchu osobnosti, dokonce jsem mu dala i knížku potom už, ať si ji přečte, jestli se v tom prostě najde a tak dále. Inicializovala jsem vlastně několikrát diagnostiku jo, takže pro mě to bylo takový to zklamání jako i z toho systému a tam to bylo důležitý, ta kniha, protože vlastně on se tam našel... von už měl problémy, to je velmi raný problém že jo HPO, a on už měl problémy jako dítě jo, byl jako s chováním, byl u psychologa, ale vlastně potom bylo takovej jako skeptickej a hodně to vzal, že mu nikdy nikdo nepomohl ani rodiči ani to, jo takový ten ubliženeckej ton, v tom si tak nějak jako hověl, ale... taky bylo pro něj důležitý to, že jsme tam nějak reflektovali, že to není ideální, ano, že ta péče není ideální, že to tak je, ale že prostě děláme, co můžeme jo, a že teda to znamená, kde... že on taky do toho může něco jako přinést.

Hmm, rozumím.

A hodně mi teda pomohlo, když mi do toho vstoupila ta kolegyněka. No jenomže celý to jako urychlilo, protože... se ukázalo, jak to doopravdy s těma drogama je (povzdechla si).

Hmm-hmm, a teď je na tom líp?

No tak on málem umřel, protože se předávkoval.

A to se stalo kdy?

To se stalo loni na podzim, a ležel v nemocnici.

A to už nebyl jako ve vaší péči?

No on měl přijít na sezení, to bylo zároveň po takový jako... měl takovou pauzu u mě, ale věděla jsem, že chodí k ty kolegyni jo, takže měl pauzu, a byli jsme domluveni prostě, že přijde, a na to sezení nepřišel. A potom mě prostě... mě kontaktovali jeho rodiči, že je v nemocnici.

A měli jste pak ještě nějaké sezení?

Ne, protože on byl opravdu na hranici života a smrti, a potom, když se dal dohromady, tak se podařilo najít tu komunitu, do kterýl vedešel, takže potom... potom jenom jsme spolu mluvili, kdy se omlouval, že na to sezení nepřišel a že teda jde do ty komunity nebo to... no. Teď by tam měl být.

Rozumím. Zeptám se, bylo-li něco, co vás na práci s tímto klientem bavilo?

Hmm, mě to vlastně bavilo, a pak tam byly teda momenty, který byly velmi-velmi těžký a kdy to teda bylo opravdu jako náročný, ale... ale co mě tam bavilo, no na nic se to nehrálo, jo takže byli jsme tam takový jako hodně... na nic se to nehrálo, ale zároveň... zároveň hrálo, protože, co se týče těch drog, tak to lhal (povzdechla si).

A o čem vám lhal?

No, že je nebere.

Aha, hmm. Takže říkáte, že vás naplňovalo to, že tam byla nějaká opravdovost, upřímnost, ale zároveň vám v něčem lhal?

Hmmm, no. Bylo to vlastně ambivalentní, ale... no ale každý ten týden prostě přišel no.

Hmm-hmm, vybavujete si ještě něco, co vás v té práci nějak bavilo nebo naplňovalo?

No možná právě ta... že to pořád bylo takový jako otevřený, že vlastně to bylo takový jako na hranici (směje se) a že teda se... to jako prostě z tý dne na týden člověk jako nevěděl.

Takže vy jste se nenudila?

To rozhodně ne. I když jako některý ty sezení byly velmi těžký, protože on vyjádřit svoje pocity... chtělo to velkou dávku kreativity, potom jsme přišli jako na to, že já se vždycky na konci sezení vlastně ptám, jaký to bylo jo, jaký to bylo, tak vůbec spousta klientů jako než jím dojde, že to je třeba o jejich pocitech, to bylo jako pro ně... a vlastně tam jsme nějak... to pro něj vždycky byla velmi těžká otázka, pak třeba někdy vlastně mluvil o tom, jak se cítí rozbitý, protože vlastně mluvil, a pak se nám velmi osvědčilo, že mi vždycky našel na mobilu nějakou písničku a vlastně zahrál, pustil ji jo, aby to vyjádřil jako tu náladu a potom jsme ještě upřesňovali, co to teda, co to je, protože když se zahraje písnička a jsou tam dva lidí, tak každý to ještě může nějak jo cítit, takže ještě na základě ty písničky, jestli šlo o tu hudbu nebo jestli šlo o ty slova a tak. A i vlastně k básním jsme se s ním dostali jo, k prokletým básníkům no. Takže to bylo takový jako v tomhle i takový jako kreativní.

Kreativní, hmm. No to, co bylo náročného, to jste říkala docela dost věcí, ale jestli vás třeba napadá ještě něco?

Hmmm, no to propadnutí na druhou stranu no. To že... že to bylo, že byl připraven říct životu ne, ale vůbec nevěděl, co to znamená.

A zpracovávali jste třeba jestli jako si přeje jakoby... zemřít?

Ano, mluvili jsme o tom.

A co vám na to říkal?

Ano. Ano, že mu to přijde jednodušší než mít pořád tak těžký interakce s lidma.

No a vlastně jste zmiňovala, že tam bylo několik neúspěšných pokusů?

No každopádně za tu dobu... no von je to celej ten jeho přístup, to že si dal, víte tak, to je takový směřování jako k tomu... Takže to byl jeden nekonečnej, pak měl takový ty momenty, kdy teda vlastně chtěl to léčení, kdy jsme tam něco zachytili, proto tam možná i chodil, že jsme vedli takový rozhovory, který jako nevedl v běžném životě.

Tak z toho, co vypravíte, to zní tak, že on vlastně tu hloubku potřeboval, akorát neměl nikoho, s kým by to mohl prožít, ale naštěstí měl vás. Já se ještě zeptám, vlastně už jste zmiňovala, že on se předávkoval a asi tímto způsobem váš ten terapeutický vztah byl ukončen?

No, protože vlastně skončil v ty nemocnici, kde byl několik měsíců na pokraji života...

Jinak se předtím se vůbec nemluvilo o tom, že byste to ukončili?

Ne, tam... takhle, byla tam právě ještě ta kolegyně-adiktoložka, takže tím to bylo takový víc jako rozprostřený a co bylo dobrý, tak ona do toho i zatáhla víc toho otčíma jo, já jsem tam měla kontakt na tu maminku, ale voni vlastně když jsme měli ty sezení, tak ty rodiči o to takový zájem jako neměli, když to tam jako se to nějak jako víc otevřelo, takže i to, co bylo, ona umožnila... vlastně my jsme si to rozdělily i tak, že tady to bude jeho terapie, to je prostě jeho prostor, a ona i chtěla tam... tam bylo... ona prostě tak pracuje jo, že v tom prostředí, protože on samozřejmě závislý i na těch svých rodičích nejenom emočně, ale i finančně, že on byl neustále bez práce.

Hmm, a on s tím otčímem měl nějaký problém?

Tak von měl problém s každým vlastně jo, s maminkou, kde byl velice závislostní vztah, ale s tím otčímem... tam to taky bylo velmi ambivalentní, protože on hodně stal o to, ale i ten i on, ten táta vlastně o ten vztah jako rád, že tam se to furt, tam to na sebe naráželo.

Hmm-hmm, rozumím.

No a s tím biologickým otcem teda tam byla velká nenávisť k němu.

Nenávisť, hmm. Měl nějaké jako z dětství špatné zkušenosti?

Tam byla taky velká agresivita kdoví, vypadá to taky, že tam asi byla nějaká psychiatrická diagnóza, podle toho, co povídal.

Hmm-hmm, rozumím, tak to má těžké... Zeptám se, co si myslíte, že pro klienty s hraniční poruchou osobnosti je v psychoterapii důležité?

No, aby se ten terapeutický vztah vydržel. To je důležitý, což je... je to náročný a... vlastně jsme někdy mluvili o tom, jak se cejtí druzí lidí, a to mluvím i s těma jinýma klientama, které mám. Oni vůbec neví, co je ta emoční nebo to je moje zkušenost, jako co tam jako můžou zajímat, teda prožívat jo. Takže je to nějaká, je to i nějaká jako edukace, vlastně o tom, že někdy... a člověk nebo terapeut, je důležitý, aby uměl nějak to ustát a odpovídat vlastně i na nějaké

velmi osobní rovině. Jako aby v tom byl, v tom rozhovoru, a i v tom, že teda... protože tam to testování prostě přijde jo, takže... tam se to záhy nějak jako ukáže, že tam nějaký floskule nebo něco, mi se teda vyplatila prostě autentičnost... a taky porozumění teda tomu, a samozřejmě je to jednou týdně 50 minut, to člověk vydrží (směje se), asi tak jako, jinak jako jo... to je... tak to udržet, protože je to, někdy je to velmi intenzivní a každý ten klient je zároveň úplně jiný jo, já vlastně mám teďko ještě dvě klientky.

Hmmm, a každá je jiná.

Takže každý je jiný, to jako jo, že to nejde dát nikoho do stejného pytle, takže každý je jiný, ale tak v tom být nějak jako autenticky, vlastně... a mně teda pomáhá to, že rozumím, že... jak je to pro ně obtížný jo, a že to teda není něco, co... jako dělají schválně (směje se) jo, když to řeknu takhle úplně... úplně jako jednoduše, ale to prostě jinak neumí jo.

Hmm-hmm, co byste doporučila začínajícím psychoterapeutům... kdyby začali pracovat s touto skupinou klientů?

No... tak začínající terapeut má hodně takový podle mě... toho zájmu a má hodně šťávy a energie jo, takže to je vlastně výhoda (směje se), ale je důležitý, aby si to držel, aby... taky co do toho dám, nedám a hodně supervize, a být o tom opravdu supervize, supervize, supervize, aby mluvil na tý supervizi vlastně možná nejde tak o toho klienta (směje se), ale aby on řekl, co prožívá a co jako vidí, načerpal vlastně nějaké zkušenosti třeba ostatních jo.

Taková sebereflexe.

No no, aby ošetřil vlastně sám sebe jo, protože tak v tom může být, v tom může dát tu... tu energii, aby tak jako připravenej... na spoustu, na spoustu věci, že to je hodně dramatický jo, že to je jako, že to...

A když mluvíte o tom jakoby opečovávat sebe jako pro terapeuta, napadá vás ještě něco krom té supervize?

No tak svoje přítokové kanálky jo, to znamená opravdu to, co člověka nabijí, co mu dělá dobře a to co, mluví vlastně s každým klientem, vést se sebou takový ten bytostnej rozhovor jo a vědět, co se se mnou jako děje, takový ten hlídací střed, a dát taky na to, že když nás na něco upozorní ty naše nejbližší, že aha, tak já teď... já teď jedu a jako dobrý jo, vlastně myslit si na svůj odpočinek, na svoje relaxace, to, co všechno vlastně do ty péče o duši jako patří jo, být v tom svým... tom svým středem.

Hmm, rozumím... Tak jo, já se ještě podívám, jestli jsem nic nevynechala... ale myslím si, že jsme tak nějak zvládly všechno (usmívá se). Tak jo, tak moc vám děkuju.

Příloha č. 3: DA2

29.9. 19:00, délka rozhovoru 40:50

Tak můžeme asi začít. Na začátku bych se vás chtěla zeptat, jak jste se dostala k práci s klienty s hraniční poruchou osobnosti?

Hmm, no tak to bylo úplně jednoduchý – začali mi chodit do praxe.

Takže vám začali chodit do té soukromé praxe, jak máte, hmm-hmm. Můžete si vybavit nějakého konkrétního klienta?

Ano.

...se kterým jste měla třeba ten delší průběh té terapie?

Hmm, já jsem si vybrala klienta, který ke mně pořád chodí.

Hmm, jo, a s jakým problémem k vám přišel?

On přišel s... on je student... a přišel s problémem... měl problémy při studiu, nezvládal studium... no.

Hmm, a nezvládal v jakém smyslu?

Vlastně nebyl tak výkonný, měl oslabenou výkonnost nebo má ještě, byl desorientovaný a nezvládal nároky toho studia.

Jo, jo. Jo. A jak jste k tomu problému přistupovala?

No... to je vlastně v rámci toho daseinsanalytického přístupu... to asi znáte, tak tam vlastně formou rozhovoru probíráte oblasti, takzvaně existenciály vlastně života tohoto člověka a sledujete vlastně nějaké podobnosti nebo významy, které z toho vystupují. Tímhle způsobem my jsme vlastně začali s tématem, se kterým přišel – to byly ty potíže v tom studiu, a když jsme o tom mluvili, tak jsme se vlastně dostávali kde všude... k tomu kde všude vlastně je to pro něj problematický, jak se vztahuje vlastně i k jiným věcem než k tomu studiu, a spojovali jsme tam prostě různé jeho života, a z toho se pak začal odvíjet jako ten jeho životní příběh, kde jsme sledovali a sledujeme tu problematiku, vlastně nejenom v ty oblasti toho studia, ale jsou to nějaké jeho charakteristický obtíže prostě, který ho provázejí napříč těma jeho různýma vztahovýma modelama.

Hmm-hmm, a jaké jsou ty potíže?

Jsou to potíže v komunikaci, kde ten klient je často nesrozumitelný, vlastně je vztahovačný, má teda velmi omezenou výkonnost, že se často unaví, má tendenci k odkládání věcí, má tendenci vlastně vidět věci konfliktně hodně, nemá vlastně prostředky k vyjednávání jo, špatně pracuje s agresí, vlastně neumí vyjádřit nesouhlas, negativní pocity, neumí se vymezit. V momentě, kdy teda se setká s něčím, co by si žádalo vymezení, tak jedná agresivně.

Hmm, rozumím.

Protože on právě je v konfliktu s jeho dobrou povahou, má tendenci vlastně snažit se o dobro ve světě jo.

Hmm-hmm, a když jste zjistila, že vlastně má takové ty problémy, že neumí se vymezit a že má hodně ty problémy... problémy v té komunikaci, tak jak jste s tím pracovali?

Hmm. No to je... vlastně ta daseinsanalýza poskytuje tu výbornou věc, že ty věci se můžou ukazovat na vztahu jo, mezi i náma, takže my jsme si vymezovali hranice v komunikaci i mezi náma jo, vlastně jsme pracovali s tím, co se děje mezi námi. Jak spolu komunikujeme, jak se setkáváme jako v tématech, kde třeba jsou překračované hranice, kde on cítí třeba ode mě nějaký tlak – to všechno byly hrozně vlastně cenné věci, když se začaly objevovat, ony se vlastně objevovaly postupně, protože to hodně zaleželo na vlastně stavu ty důvěry jo, na navázání důvěrného vztahu no.

No rozumím. A jak dlouho k vám už dochází?

Třetím rokem.

Tři roky, a jak často k vám chodí?

No ze začátku to bylo jednou týdně a pak to bylo jednou za čtrnáct dní, a teď je to tak jednou za měsíc, jednou za tři týdny

Hmm-hmm, tak... jo, už jste zmiňovala práci s hranicemi, tak jestli můžete třeba říct nebo dát nějaký příklad nějaké konkrétní situace, kdy jste musela třeba nějak to oslovit víc?

Hmm, tak úplně takovej myslím nevinnej případ byl, když mi... když mi přinesl dort, kterej vlastně byl, byl to takovej drahej dort z ovocného světozoru, to jsou takový velký kusy, a měl představu, on vlastně mu to koupil rád, koupil sobě taky dort a měl představu, že si uděláme hezkou chvilku v ty terapii, a vlastně budeme spolu jíst ten dort. Ale měl představu, jak by to mělo vypadat, takže prostřel, a vlastně to všechno vypadalo hrozně hezký, že to je jako pěkná situace, ale potom se začalo ukazovat, že vlastně mě nutí do ty jeho představy jo, měl představu teda, že budeme si spolu povídat a do toho budeme jíst ten dort, a že já ten dort celý sním (usmívá se).

Aha (překvapeně).

Ale ten dort byl příliš velký, a když jsme spolu mluvili, tak protože byl oříškový, tak to vlastně nešlo... nešlo to moc realizovat.

Jasně.

A u toho mluvit, takže tam vlastně... to bylo takový, kdy já jsem vlastně říkala, že bych to potřebovala udělat jinak, že si vážím toho, že mě takhle obdaroval, a postupně se na tom začaly ukazovat jako různé věci, kde on skutečně jako tím, že chtěl pro mě udělat jako dobrou věc, si ale neuvědomil, že vlastně v určitým momentě drží tu situaci v rukou a toho druhýho tam vlastně nějak ordinuje podle svých představ jo, byla to taková hodně výtěžná situace, protože se na tom ukázala spousta ještě věcí, který on znal, protože už se mu děly, bylo to hodně těžký v tom, jak mu... jak se vymezit, i přitom že jsem vlastně byla obdarována, bylo to pro mě všechno vlastně hezký a i v tom jsem se musela vymezit... a byla to vlastně taková hodně výtěžná hodina.

Hmm, rozumím no.

A potom vymezování s ním třeba je v určitých jeho erotickejch představách... on vlastně v tom potom má taky posunutý hranice, ale to bych nechtěla už potom rozvíjet dál, ale je to i v tyhle ty oblasti.

Rozumím, hmm, no tak to asi muselo být hodně náročné.

Je to náročný, ale se tam ukazuje vlastně, pokud je ten vztah dostatečně pevněj a ten klient je dostatečně ujištěný potom, že je přijímaný, tak vlastně že dokáže přijmout i nepřijemné věci jo, i vlastně různé striktní vymezení i vniknutí

jo, že i tohle to se může vlastně dařit. A tyhle ty konfliktní situace jsou vlastně strašně prospěšný zrovna teda u něj... že zrovna zajímavý u toho klienta, že nejvíce vlastně ta práce s agresí projevuje vlastně v tyhle ty intimní rovině.

Hmm-hmm, že má větší tendenci k té agresi teda?

Hmm.

Hmm-hmm, rozumím. A já jsem se chtěla ještě zeptat... chtěla jsem se zeptat vlastně jak se váš vztah proměňoval? Jakoby... jaký byl na začátku a jak vlastně pak třeba jste si víc uvědomila, že máte k sobě blíž a že má k vám důvěru?

Hmmm, no tak za začátku on byl submisivní, on... mu bylo hodně špatně, takže se ke mně vztahoval jako k autoritě a postupně vlastně tím, jak byl přijímanej a jak se vytvářela důvěra, a tím, že jsme si sdělovali nebo on mi sděloval vlastně intimní ve smyslu osobní informace, a já jsem vlastně s ním soucítila a dávala jsem mu zpětnou vazbu, tak se ten vztah prohluboval, ovšem zároveň s tím jako narůstala jeho potřeba ovládat situaci jo, a vlastně převzít kontrolu nad tou situací, a začal se chovat autoritativně on ke mně, a potom následovalo to moje vymezování, a tam to vypadalo, že by mohl ztratit důvěru, tam při jednom sezení vlastně... jeho chování v tu chvíli bylo odmítnuté, a tam jsem čekala, že vlastně by už nemusel pokračovat v terapii ze svého rozhodnutí, přesto přišel, pokračoval, reflektovali jsme tu situaci, a to byl takovej zlomový bod, kdy vlastně on se ujistil, že ve vztahu může být i tak, že pro něj může být bezpečný i to, že vlastně tu situaci nemusí držet v rukách jo, že se může spolehnout i na to, že může s někým být na obyčejný stejný úrovni.

Hmm-hmm, takže to pro něj byla taková nová zkušenost?

Hmmm.

Hmm, tak to zní moc fajn, a jak jste na začátku říkala, že on vlastně měl problém s tím studiem, a jestli se to pak nějak zlepšilo nebo...?

No on je student... na jako takové přísné fakultě a teď bojuje o dokončení, o ukončení, o dodělání a ty problémy má, ty problémy má, a myslím si, že úspěch je už to, že prostě ty tři roky pokračuje v tom studiu, je motivovaný silně pro výkon ty praxe, to ho baví, praxe, praktikování ho baví, ale pořád vlastně zůstávají problémy v ty komunikaci s autoritama, ale to bych řekla, že není jenom jako na jeho straně, to je skutečně i v tom prostředí ty fakulty, myslím že je to vysoká politika umět se v tom vynacházet.

Jasně-jasně, hmm.

Ty problémy v tom přetrvávají pořád má omezenou výkonost, nicméně daleko míň, než měl tenkrát, kdy nebyl schopen toho studia, když ke mně přišel, a teď skládá zkoušky, sice je to pro něj jako velmi obtížný, ale prostě pokračuje.

Tak to je dobře, ale jak říkáte ten problém s autoritou přetrvává jo... a zkoušeli jste s tím nějak pracovat nebo...?

Určitě, my s tím vlastně pracujeme myslím pokaždý... pokaždý v tom tématu nějak jsme, nicméně co i já mám zkušenost s poruchama osobnosti, tak ono tam nejde o to vyléčení, jde spíš o to vlastně nahlídnout tu... nahlídnout tu problematiku a naučit se s tím žít, a vlastně se i takhle přijmout jo, a vědět o tom. Zrovna si myslím, že tohle to pro něj vždycky bude obtížný jo ta komunikace prostě s autoritou, která se třeba autoritativně chová nebo s někým, kdo se autoritativně chová, ale to, co by se nám mohlo ještě podařit, je že to prostě přijme a že vlastně se bude snažit nějakým způsobem jiným s tím zacházet než s tím zachází teď, kdy často ho to ještě vede taky k projevení agrese, a snad se naučí prostě s tím zacházet nějak jinak.

Hmm-hmm, rozumím, a když tomu klientovi nebylo líp, jak jste se s tím vyrovnávala?

Hmm, no jsou to takové těžké chvíle, kdy samozřejmě i pro mě není úplně jednoduchý, já jsem toho klienta měla jednou, vlastně dvakrát na supervizi, a bylo to pokaždý z toho důvodu vlastně nějakýho jeho utočení vlastně v ty intimní oblasti jo, a jeho vlastně nějaký deviační ideace jo, tak to bylo takový hodně těžký a bylo to ve stavu i kdy jemu bylo hodně špatně, to jsem nějak řešila na supervizi, a jinak to, že já jsem na to trochu zvyklá, že je prostě takový období latentní, když se tím klientům třeba taky nedaří, tak to vím jenomže... kdysi jsem to nesnášela vůbec dobře, ale postupem let nějak jsem si na víc zvykla a myslím si, že je to hodně vlastně dobře s tím klientem to vydržet a to období projít, protože i v tom životě to tak je, že někdy prostě nějaký utrpení třeba chvíli změnit nejde, a je potřeba v tom vydržet.

Hmm, rozumím... jo, a jo já jsem se ještě chtěla zeptat na ty supervize, ale to jste už zmínila, že vy jste tam přinášela přímo nějaké ty problémy v intimní sféře, ale nechtěla byste to rozvádět?

Hmmm.

Jo, tak to respektuju, to je v pohodě, ale je fajn nebo... jak vnímáte... jestli vám ta supervize v něčem pomohla, jestli tam byl přínos...

Hmm, no já mám hrozně ráda skupinové supervize, a to mi pomohlo velmi sdílením zkušeností prostě ostatních kolegů a nějak jako... hlavně to sdílení a třeba i nějaké jejich jako doporučení a jejich pohled na věc, to je pro mě vždycky hrozně přínosný.

Hmm-hmm.

Já právě víc to identifikovat nechci, mi přijde, že jsem ho identifikovala hodně tím studiem (...) ale pro mě to je nějak důležité, protože to studium je velmi těžké.

Rozumím, tak to je v pořádku, každopádně... jo, nemusí to být vůbec v mé práci zmíněno, že je student (...), to ne, ale chápu. Zeptám se ještě, bylo-li něco vás na práci s tímto klientem bavilo a naplňovalo?

Hmm, no to byly jeho pokroky, to byla ta jeho reflexe toho, když on uviděl, že skutečně jako něco je problematický, a to, když to dokázal prostě nějak zpracovat jo, potom... já mám vždycky hroznou radost, když se objeví taková ta dobrá duše toho člověka jo, že to je takový nepoškozený, že jim jde o dobré věci, že se jako tak zdravě vztahují, tak to je, co mě hodně naplňuje, a to, když dělají pokroky samozřejmě.

Hmm-hmm, to zní moc hezky, a další otázkou je, jestli bylo náročného na práci s tímto klientem?

Hmm, no tak jednoznačně to byla ta problematika vlastně trochu deviantní jo, tak to bylo myslím hodně náročný, a to jsem uvažovala právě o tom, že bysme, to jsem mu jako nabízela vlastně jako konzultaci u sexuologa, ale on ji nevyužil.

Nevyužil, hmm, rozumím.

Jo, to bylo něco, co mi už připadalo, že už chvíli, že už by mohlo překročit vlastně i moje znalosti a kompetence, takže jsem nabídla tu konzultaci odborníka na tu oblast no, ale pak jsem respektovala toho, že nevyužil, protože on potom respektoval ty moje hranice.

Jo, že on pak více respektoval vaše hranice, hmm, rozumím. A bylo-li něco, co tu práci třeba nějak zabrzd'ovalo?

Hm, tu práci zabrzd'ovalo... no, vlastně brzdilo to, že on se bránil v určitým období medikací, a ten jeho stav... on už byl natolik vyčerpaný, že vlastně tam ty setkávání neměly vyšší smysl, neměly větší smysl než v tom, že on byl jako

v bezpečné blízkosti s někým a mohl si vlastně postěžovat a mohl se vypovídat, ale on vlastně byl v natolik vzbouřeném stavu, že neměl vůbec síly na to udělat nějaké změny nebo mít nějaké jiné nadhledy na situace. Tak to bylo potřeba jenom prostě vydržet a taky respektovat, ale nicméně neustále jako nabízet a vysvětlovat to, proč ta medikace by byla vhodná. V momentě, kdy teda já vždycky posílám ke kolegům na konzultaci medikace a oni si pro to rozhodnou po ty konzultaci s těmi kolegy-psychiatry, jestli do toho půjdou nebo nepůjdou, a on se rozhodl, že do toho půjde a se mu výrazně ulevilo, a ta práce pak vypadala úplně jinak.

Hmm, a jak to změnilo tu práci?

No on vlastně začal být... on začal spát – to bylo prioritní, že... že se zadotoval, že si odpočinul, přestal být tolik vztahovačný, nebyl tak desorientovaný v těch situacích, dokázal... dokázal jako měnit nadhledy na ty situace jo, bylo to takový konstruktivnější, tak se to odlehčilo vlastně.

Změnilo to nějak jeho emoční prožívání?

Změnilo to... ta medikace bohužel teda vždycky tohle trochu udělá a změnilo to jeho prožívání, to, co bylo strašně prospěšný bylo to, že on skutečně nebyl tolik paranoidní jo, přestal být tolik vztahovačný, ta deprese se chytla, nebyl tak jako depresivně naladěný, a to co tam ale bylo, co on nesl nelibě, že on byl sexuálně utlumený trochu, tak to se děje, někdy klienti uvádějí, ale on to zrovna neuváděl teda, že míň prožívají radost, to on nezmiňoval zrovna, je mu to vadilo v tyhle té oblasti.

Hmm-hmm, rozumím, tak ono to asi občas se stává, že někdo třeba tu radost tolik neprožívá, ale zas třeba víc prožívá víc v té sexuální sféře, co pro něj bylo asi hodně důležité.

Hmm, určitě, a někdy i přínos je to, že se dá vydržet to, že ta radost není tak jako extatická, ale že to utrpení není takové trápení jo, to je velký zisk, když to utrpení přestane být jako nezvládatelný.

Rozumím no, a tak hlavně je, že začal spát, to bylo asi taky hodně důležité že jo. Říkala jste, že k vám furt dochází, a docházelo třeba k nějakému přerušení spolupráce?

No dochází k přerušení pravidelně o prázdninách, kdy vlastně letošní prázdniny my jsme se neviděli ani jednou, a to je asi, já si vždycky říkám, že to je znak toho, že ten klient vlastně už je soběstačný, že prostě umí si nějak žít ten svůj život, a potom v době vlastně toho korona opatření, kdy my jsme vlastně měli skajpy, ale on skajpy nechtěl. Takže to taky vlastně byly třeba měsíce, kdy jsme se neviděli.

Hmm-hmm, a jaké... vlastně jaké má vztahy s blízkými lidmi, jestli nějaké má samozřejmě?

No on má přítelkyni, s ní má takový komplikovaný vztah, ale mají se rádi, je pevnější, žijí spolu. Potom má svoji rodinu, tu má teda na ty straně republiky, ale s tou je to... kontaktem takovým občasným, protože je to daleko, ale si myslím, že vztahy mají dobré, ale nemá moc kontaktů mezi kamarády a se spolužáky dodržuje kontakt na ty rovině toho, že jsou v kruhu spolu někdy, ale kamarády moc nemá.

A s rodinou, jestli má dobré vztahy?

To se zdá, že má, že rodiči mají pro něj pochopení, měl konfliktní vztah se sestrou, kdy se hodně hádali a žárlili na sebe, ale jsou dospělí a už ten vztah k sobě nějak našli, ale není to... není ten kontakt častý, ale to si myslím, že je hodně způsobený tím, že ta rodina žije skutečně daleko.

Tak ale zase to je prostě nějaké vztahy má že jo, i když jsou složitější, tak furt je dobrý, že je má. Zeptám se ještě, jestli jsme měli pak třeba v rámci té psychoterapie nějakou práci s emocemi?

No s emocemi jsme tam pracovali v podstatě pořád (směje se) jo, protože to je... to je vlastně v ty daseinsanalýze to tak je, vlastně je hrozně důležitý to emoční prožívání těch věcí, to je takový indikátor toho vlastně, jak to ten člověk má, tam bez emocí se pracovat nedá, nevím, jestli jsem vám odpověděla nějak tak jako... (směje se).

No, to určitě, a jak on to teda měl? Říkala jste, že byl vztahovačný, paranoidní a jak to vlastně měl třeba s emocemi, jestli měl tendenci je potlačovat nebo naopak hodně výbušný nebo... jak to vlastně vypadalo?

Hmm, jojo takhle už tomu rozumím, on vlastně přišel jako emočně oploštily, což bylo jako hodně tou únavou a taky tím potlačováním emocí, o kterém mluvíte, to souvisí vlastně s tím vymezováním, on vlastně byl a je pasivně-agresivní jo, ta agresivita je vlastně projevena v ideaci často, ale není projevena verbálně. Vlastně ta práce s těma emocema... to je hrozně důležitý pro něj, protože, když dochází vlastně k rozvolňování toho stažení těch emocí nebo toho držení těch emocí, tak on... to je taková přímo úměra s jeho aktivitou, on vlastně když dokáže projevit emoce, je aktivní, a když je drží, je pasivní, je pasivně-agresivní.

Hmm, a stávalo se, že třeba vůči vám byl nějak pasivně-agresivní?

No paradoxně ta pasivní agresivita se objevovala v tom, jak mi přinesl ten dort, a nutil mě se jako... vlastně to bylo zahalený tím pocitem toho, že je to hezký, že je to dobrý, ale nutil mě vlastně, abych ten dort jedla nějakým způsobem jo, a abych ho zrovna jedla při tom mluvení, jako v tom se už projevovala jako ta jeho agresivita, když jsem to nemohla dělat svobodně a třeba nejíst, a nechat si to na potom.

Mně to hodně vyznívá jakoby u něj takové to téma kontroly možná, že...

Hmm, ano. Ano, kontroloval situace, potřeboval to mít v rukách.

A co se stávalo, když třeba tu kontrolu neměl?

No, když neměl kontrolu, tak byl znejistěný a třeba plakal jo, to se taky několikrát stalo, že plakal.

Rozumím...

A ještě stran toho, u něj vlastně bylo hodně výrazný to emoční oploštění v době ty únavy jo, a pak nastupovalo... pak nastoupilo takový dlouhý období latentní deprese, kdy chodil skutečně jako vlastně bez zájmu, unavený, jednou přišel takový schvácený, jsme si mysleli, že bude nemocný, to bylo takový dlouhý období, vlastně i kdy mu bylo těžko.

Hmm-hmm, a ještě jsem se nezeptala, jestli mezi vámi se stal někdy konflikt během těch 3 let?

No konflikt jako velký nebyl, ale konflikty jako když jsem se vymezovala, tak byl takovej náběh na konflikt, ale potom to respektoval... jednou jsme skončili konfliktem, to, jak jsem říkala, že jsem nevěděla, jestli vlastně v terapii bude pokračovat, a potom byla konfliktní ještě... jsem ještě chtěla něco říct... to jsem zapomněla (směje se).

Jo a můžete mi ještě říct nějaký příklad k tomu vymezování, jak jste zmiňovala, s tím dortem jste zmiňovala tu situaci, a jestli třeba byla ještě nějaká?

Hm, no, s ním to byly hodně ty vlastně ho sexuální ideace, a je vlastně... a to by se dalo nazvat tím konfliktem... on je vysoký, já jsem malá, a sedíme naproti sobě, a v určitých momentech on třeba vstal rychle a šel naproti mně a potom se otočil k oknu nebo si přede mnou klekl ve snaze se mi vyznat, tak to byly takové situace, který vlastně byly konfliktní, protože já jsem se vymezovala.

Tak to vlastně bylo to překračování hranic no.

Ano.

Hmm-hmm, jak vám v tom bylo? Jestli jste se cítila v ty okamžiky nějak nebezpečně nebo?

No ano, ano. Jo cítila jsem se, vlastně jsem se lekla, vždycky jsem se lekla, když se něco takovýho stalo, ale pak jsem vyhodnotila, že ta situace není nebezpečná, protože on skutečně nějakým způsobem nepůsobil tak, že by mi chtěl ublížit no.

Rozumím. Děkuju. Zeptám se, co si myslíte, že pro klienty s hraniční poruchou osobnosti je v psychoterapii důležité?

No úplně nejdůležitější je trpělivost, je trpělivost a vlastně přijetí a zároveň teda nastavování hranic jo, a to si myslím, že i nejtěžší teda.

Hmm-hmm, co byste doporučila začínajícím psychoterapeutům?

Jednoznačně supervizi a rozložení mezi víc kolegů třeba jo, protože to jsou problematický klienti, který mají vlastně postižený různé oblasti jo, a také je vhodný přizvat kolegu ze skupinové terapie, z nějakého poradenství jo, kde se to... jako já jsem chtěla teda využít kolegyni-sexuologa... nezůstávat s tím sám... radit se případně, nestydět se vlastně, nestydět se to probírat na supervizi, nestydět se prostě za to, že to třeba přerůstá přes hlavu. Rozhodně bych doporučila nestydět se za to, že třeba s tím klientem nemůžu pracovat, protože to se může stát i zkušenému člověku, nestydět se ho předat prostě někomu jinému.

Hmm-hmm, rozumím. Napadá vás ještě třeba nějaký způsob, jak psychoterapeut může o sebe pečovat, když má tak náročného klienta?

Hmm, noo (směje se), tak supervize samozřejmě a starat se o svoji kapacitu a starat se o to, aby byl spokojený v životě, to si myslím, že je strašně důležitý, a co si myslím, že je taky hodně důležitý při práci jakým klientům...potom když se mi v životě nedaří, taky to přesahuje moc kapacitu nebo se mi to mohlo dostávat do práce, tak okamžitě vyhledat terapii, to si myslím, že je hrozně důležitý, a to ještě není běžný, myslím si, že by to skutečně mělo být běžný, protože není nic... není nic cennějšího jako než zažít se v ty situaci v jaký jsou před náma ti klienti jo, je to hrozně dobrý pro takové oživování jako těch věcí, uvádění do kontextu, je to hrozně cenná zkušenost.

Hmm, to je pravda no... No, tak mě už nic víc nenapadá, jestli chcete ještě něco doplnit?

Jo, mě taky nic nenapadá, jenom by mě zajímalo, proč jste si vy vybrala práci s hraničním klientem?

No, já jsem si vybrala tu práci, protože když jsem začala zkoumat... vlastně číst ty výzkumy, tak tam hodně... velký důraz právě jakoby na to KBT, DBT a tak dále, a začalo mě zajímat, jak vlastně může vypadat humanistická psychoterapie s takovou skupinou klientů a nemohla jsem k tomu moc najít ty informace, docela mě to frustrovalo, a pak jsem to šla konzultovat s mou budoucí vedoucí mé bakalářské práce a říkala, že to klidně můžeme vzít jako téma moje práce, tak... tak jsem do toho šla no (směje se) vlastně jakoby spíš z ty takové ty zvědavosti a vlastně jakoby to víc pochopit a víc se do toho ponořit no.

Jo, tak to je moc hezký.

Děkuju (směje se).

Vono je vlastně ten humanistický přístup to by nemusel být jenom čistě humanistický, ale já si třeba pomáhám prvky KBT prostě nebo různý režimové opatření jsou vobčas vhodný, jako ty terapie je dobrý i kombinovat jo, vypůjčit si prostě věci, který fungují třeba, ale rozhodně ten přístup by měl být... vycházet jako z jednoho směru, ten základní.

Hmm, to je pravda no, tak ono to teď vlastně mi přijde ani nejde dělat všechno jenom podle jednoho směru, že teď se to všechno tak nějak prolíná a navzájem se doplňuje, a přijde mi, že je to jako fajn no, ale v tom humanistickém směru právě důležitý je to, jak ten psychoterapeut vnímá tu osobnost toho klienta, že většinou je to takový jako, hm, je to hlubší vztah mi přijde, a že je tam velká míra porozumění a empatie, a tak no.

Hmm, no, to hrozně hezky říkáte, a to, co já vždycky hrozně vnímám, je, pokud se podaří vlastně zachovat tu důstojnost toho klienta a pokud ji klient sám může rekonstruovat, tak je to hrozně... hrozně prostě ku prospěchu věcí, to si myslím, že je to taková základní i zásadní pozice tohoto terapeutického směru, o tohle to se snažit.

Hmm, to je pravda.

Příloha č. 4: EA1

9.10.2020 11:45, délka rozhovoru 37:00

Vlastně ten rozhovor je určen k tomu, abych získala víc informací o tom, jak funguje humanistická psychoterapie s hraničními pacienty.

Ano.

A vlastně jak funguje ten vztah a jaké má specifika, takže úplně na začátku bych se vás chtěla zeptat, jak jste se dostala k práci s klienty, který mají hraniční poruchu osobnosti?

Hmm, v průběhu... v průběhu vlastně praxe psychoterapeuta, protože nějak ten adresář psychoterapeutů je součástí databáze psychiatrie hradecké, takže ti klienti dostávají kontakty na terapeuty, a vlastně řada z těch klientů hospitalizovaní jsou pacienti s hraniční poruchou osobnosti, takže vlastně v rámci té pestrosti té ambulance.

Hm-hmm, takže vlastně ti klienti na vás dostávají kontakt?

Hm-hmm.

Rozumím-rozumím, a mohla byste vybavit nějakého klienta nebo klientku, se kterou jste měla případně delší průběh terapie?

Tak já mám s hraničními... s pacientama s hraniční poruchou osobnosti je ta terapie vždycky dlouhá, tak těch je asi víc určitě.

Jo tak klidně si můžete vybavit jenom jednoho, u kterého můžeme zůstat víc, a který nebo která přijde vám nějakým způsobem zajímavější.

Aha, takhle já asi o pacientech neuvažuju, tak možná se ptejte spíš obecně na tu poruchu než na konkrétního klienta.

Jo rozumím, no abychom mohly vlastně prozkoumat ten vztah, tak je dobrý, když si vyberete jednoho klienta, abychom nepřeskakovaly mezi více...

Hmm, mi nepřipadá úplně správně, ale zkuste se ptát, pak uvidíme, jestli k něčemu dojdeme, hmm.

Tak jestli si můžete vybavit nějakého klienta a s jakým problémem k vám přišel?

Hmm, to je k ničemu takhle konkrétního klienta, tam mají různý... prostě mají různé... různé problémy ti klienti, většinou jsou sebevražední, většinou mají velké problémy v komunikaci s ostatními lidmi, většinou mají problémy na pracovišti, dostávají často výpověď v zaměstnání, to je něco, co je spojuje obecně, hm.

Hmm-hmm, a jak vlastně přistupujete k tomu problému sebevraždy? Když k vám přijdou a vlastně to chtějí spáchat, tak jak vlastně začíná ta spolupráce?

(odmlčí se)

Ono je to fakt možná nejlepší zvolit jednoho klienta, abyste...

Ne, to opravdu není, protože buď se bavíme o poruše, to znamená o hraniční poruše osobnosti, potřebujeme se bavit o obraze té poruchy obecně, každá nemoc je prostě stejná, a pacienti prostě s ní pracují stejným způsobem, tam ten příběh vlastně není důležitý, anebo teda pak děláme nějaký kazuistický rozhovor, a kazuistický rozhovor dělat nechci, to není

prostě etické vůči pacientům. Takže obecně se přistupuje k sebevražedným pacientům různě, pokud je dynamika hraniční osobnosti, tak samozřejmě to riziko ty sebevraždy je vysoké, a musí být nějakým způsobem stabilizování co se týká léků, co je dost obtížné, musí být zabydlení prostě v terapii, hraniční pacient prostě v průběhu půlhodiny říká, že si chce vzít život, a prostě za půl dne má pocit, že je šťastný a za další týden zase si chce vzít život, takže vlastně se dělají suicidální nějaké sociální kontrakty, ale ne vždycky jsou účinné prostě v terapii, navíc s pacienty s hraniční poruchou osobnosti, hm.

Hmm, rozumím. Rozumím, a pak jste ještě zmiňovala ten problém v komunikaci a jak k tomu přistupujete?

Co tím máte na mysli?

No mám na mysli, že když k vám přijde klient a má nějaký problém v komunikaci, tak vlastně jak s tím pokračujete dál?

Hmm. Hraniční člověk, jo?

Ano.

Tak vlastně pojdte se podívat na to, že terapie s pacientem hraniční poruchy osobnosti je postavena na tom, že nejdřív musí začít ten klient... vůbec začít věřit tomu terapeutovi, to znamená terapeut musí být připravený na to, že ho bude ten pacient nějakým způsobem devalvovat, bude na něj nepříjemný, bude překračovat hranice, nebude chodit dostatečně do terapie, a vlastně jenom tím, že ten terapeut nějakým způsobem reflektuje, ustojí, poradí se s tím, tak vlastně se ten klient začne učit nějaký jiný způsob komunikace, takže vlastně ten nácvik té komunikace se vlastně opravdu děje primárně v tom settingu té terapie a vlastně tam stává s tím terapeutem.

Hmm, děkuju-děkuju. Takhle mi to stačí, děkuju.

Hmm.

Jak přibližně probíhá vaše sezení s tím klientem? Nebo jak je dlouhé a tak.

Ten setting, ano? Tak trvá standartně 50 minut tak, jak každá terapeutická hodina, a určitě pro pacienty s hraniční osobností je dobré, aby chodili pravidelně jednou týdně, může se stát v situaci, kdy jsou dekompenzovaní, kdy právě se třeba děje zrovna nějaká ztráta zaměstnání, ztráta vztahu, pak může chodit třeba i dvakrát týdně, a určitě někdy u hraničních pacientů na místě občas opravdu zvážit hospitalizaci, aby byli v nějakém bezpečnějším prostředí, když jsou dekompenzovaní.

Hmm, rozumím, rozumím. Zeptám se, je to asi samozřejmý, ale potřebuju se na to zeptat, jestli se účastníte supervize a případně jak často?

Hmm, určitě se účastním supervize, já nevím, několikrát do roka v rámci skupinové supervize, několikrát do roka mám individuální supervizi, mám řadu intervizí.

Hm-hmm, a byla byste ochotna se podělit třeba s nějakou situací, kterou jste řešila během supervize, že pro vás byla určitým způsobem náročná?

V souvislosti vlastně s pacienty s hraniční poruchou osobnosti?

Ano, ano.

Ano, určitě to jsou situace, kdy si vezme pacient život, protože to se prostě stane, tam je potřeba pak se nějakým způsobem podívat na to, jestli se v té terapii udělalo všechno, co se mělo udělat, určitě se stalo, a potom určitě jsou situace, kdy prostě oni hrozně manipulují, vyhrožují, překračují hranice, tak tam někdy vlastně aby se vyznalo v tomto tlaku, což se teďko děje, tak vlastně ten tlak nejvíc, nejlíp zklidnit, co se tam vlastně děje za přenos ze strany třeba toho klienta, proč právě teďko je takovej hodně zdynamizovanej, tak jsou situace, kdy určitě je fajn si to v supervizi říct. Takže to jsou nejčastější momenty, který mě při práci s nimi napadají, hmm.

Hmm-hmm. Když už jste zmínila tu situaci překračování hranic, napadá vás nějaká určitá situace, jenom jako příklad?

Tak oni třeba často zahlcují telefony, jakože prostě nechávají spoustu hlasovek, píšou spoustu sms zpráv, jsou schopni, pokud mají k dispozici email nebo si ho někdy najdou, tak jsou schopni prostě právě psát spoustu těch emailů, ale jsou prostě schopni třeba si najít i nějakého vašeho zaměstnavatele, psát na vás vlastně stížnosti, který... já nevím, určitě jsou schopni třeba někdy chodit do hodin, když nejsou objednáni, takže chtějí takovou pozornost, těch možností je určitě hodně, určitě od kolegů vím, že třeba na ně čekali před zaměstnáním pacienti a tak jo.

Hmm, a když třeba přijdete do své ordinace a spatříte tam svého klienta, když tam zrovna nemá být, tak vlastně jaká je vaše reakce?

No určitě se s ním v klidu domluvím, že prostě teďko na něj nemám čas a že prostě má termín domluvený a že musí přijít vlastně na ten termín, to je určitě to nejnáročnější pro terapeuta dodržovat přesně ty hranice, přesně ty stanovený pravidla, neuhnout z nich ať je důvod jakékoliv jo.

Jo, rozumím, a když volají a nechávají ty zprávy a píšou emaily, tak vlastně potřebujete jim taky sdělit asi, že to není úplně v pohodě?

Tam vlastně většinou to, co doporučujeme, protože já vedu i výcviky psychoterapeutické i sama vedu supervize, to, co vlastně doporučujeme těm frekventantům vašim nebo kolegům, tak určitě to, že si řekneme těm klientům můžou prostě ty zprávy nechávat, ale že já je určitě nebudu číst, protože... že prostě na to nemám kapacitu nebudu s nimi ani telefonovat mimo terapii, protože na to nemám podmínky, protože prostě nemůžu nějaké osobní věci rozebírat v prostředí, když kupuju v supermarketu nebo jsme v městské hromadní dopravě, prostě z respektu k ním a z respektu k sobě budeme vždycky řešit ty věci jenom v té terapii, a zároveň jim prostě říkám, že tomu rozumím, že někdy ty věci potřebují, protože jsou ve velikém tlaku, takže jim se samozřejmě uleví, protože nějakou zprávu nahrají, nějakou zprávu napíší, ale prostě ta dohoda je, že já se tím nebudu zabývat, budu se tím zabývat v té hodině, až se uvidíme, té terapeutické hodině, mimo ten stanovený setting vlastně tam ten klient je seznámený s tím, že nebude ode mě dostávat odpovědi, nebudu se k tomu vyjadřovat, nebudu s tím nějak pracovat.

Rozumím, děkuju. A když vlastně jste zmiňovala, že občas nebo vy jste neříkala, jak často, že došlo k sebevraždě klienta a jak jste to třeba zpracovávala, jak jste to vnímala, jak vám v tom bylo?

Hmm, tak stalo se to já nevím, já pracuju asi dvacet let, tak za ty dvacet let se to stalo dvakrát, je to prostě samozřejmě vždycky smutný, to určitě jako znáte, vlastně většinou ta práce s nima je náročná, stojí to jako i hodně úsilí, a já jsem samozřejmě, když jsem se dívala zpátky na ten proces, tak jsem věděla, že jsem tam nemohla udělat víc, prostě tam bylo sice ne všechno co bylo možné, takže prostě ten pocit byl vlastně nějaká bezmoc, protože prostě ta impulzivita jejich je taková veliká, nepomáhají ani léky, prostě to, že ten klient je například aktuálně spokojený, má pocit, že se mu daří, a pak se prostě dozví já nevím přes sociální sítě, přes telefon, že nějaká jeho bývalá láska se vdává nebo je těhotná, pod tímhle silným jako afektem, tam prostě pociťuje svý vlastní selhání, tak prostě může někam jít a nějak to radikálně řešit jo, prostě to, že vlastně v tu chvíli on nikomu nevolá, s nikým o tom nemluví, prostě tady nechce být, povede se mu to je něco, co je přece nějaká míra bezmoci pro všechny odborníky a tu rodinu, která s takovým člověkem

jakoby žije jo, to je na tom to nejtěžší ustát to, že nemůžeme udělat nikdo nic, tam vlastně přece jenom občas, oni když jsou impulzivní, tak ne vždycky se jim ten pokus povede, protože není právě promyšlený, není úplně naplánovaný, ale někdy se zadaří jim a pak tak nějak je to těžké no.

Rozumím no, to vnímám... vnímám, že to je hodně těžké no, a ještě jsem se chtěla zeptat, když k vám nastoupí ten klient, jak se upravuje jeho medikace?

Medikaci upravuje lékař, to vlastně má na starosti lékař-psychiatr, protože to neřeší psychoterapeut nebo psycholog, to řeší lékař, ale obecně tito pacienti mají léky, které se často mění podle toho, jestli zrovna převládá deprese nebo zrovna převládají úzkosti nebo zrovna jsou euforizovaní, tak je potřeba, aby trošičku byli míň taková právě maničtí, no někdy mají stabilizátory nálad, někdy taky mají antipsychotika, protože jsou natolik dekompenzovaní, že mají takové nějaké pseudohalucinace, takže oni používají prostě všechny... všechny psychofarmaka, která existují víceméně s nima mají zkušenost v různém období.

Rozumím, děkuji, a zeptám se, když třeba ten klient má právě... třeba ty antidepresiva, jak to vlastně ovlivňuje tu práci třeba s emocemi?

Obecně nebo u pacientů s poruchou?

U pacientů s poruchou, s hraniční poruchou osobnosti.

Hmm, já si myslím, že ne nějak zásadně, jako to jejich náladu vlastně léky moc neovlivňují, léky u nich ovlivňují, jestli mají energii nebo nemají energii, jestli prostě se jim na chvíli spíš více ovlivňují ty antipsychotika, která je do nějaké míry tlumí, takže nejsou třeba tolik impulzivní, ale jako pokud mají prostě ty léky správně nadávkované, tak to spíš pomáhá pro tu terapeutickou práci, u nich je problém v tom, že oni mají tendenci si léky dávkovat sami, takže jich prostě jedí moc a jedí je nepravidelně a jedí je v kombinacích, ve kterých je jíst nemají, takže tam potom to, že se někdy sami utlumují nebo naopak, tak to je spíš taková komplikace, to je jejich vlastní zacházení s tou medikací.

Hmm, děkuju, Jak... pokud teda to tak je, jak se proměňuje váš vztah s klientem v průběhu terapie?

Hm-hmm, tak určitě na začátku je potřeba vydržet, hodně nedůvěry v tom je a právě devalvace, takže musí být člověk takový hodně pevný, hodně srozumitelný, hodně držet ty hranice. Postupně vlastně když ten pacient buduje tu důvěru, tak se vlastně začínají ukazovat ty jejich hrozné příběhy, které mívají obvykle za sebou, takže tam samozřejmě narůstá jakoby větší blízkost a větší nějaké porozumění, a určitě to, co je důležité, je vlastně, aby se v té terapii podařilo nějak pojmenovat to, že je nám nějakým způsobem líto a budeme pečovat o vlastně o tu mladší zraněnou část, která je v osobnosti toho klienta a která je vlastně hodně zoufalá, a zároveň prostě budeme stavit hranice těm afektům, které se vlastně u něj potom produkují a jsou tím zátěžové i pro to okolí, takže určitě pak přichází nějaké porozumění a postupně vztah roste do toho, že můžeme hodně mluvit s takovým respektem narovinu, a vlastně z toho zraněného dítěte, a člověka, který se zmítá v nějakých afektech, se pomalu stává někdo, kdo dobře zvládá zpětnou vazbu, dokáže o sobě mluvit, ten vztah je vlastně takový naopak jakoby bezpečný a takový... prostě když se to povede, tak je to opravdu jako dobrá práce, hodně uleví a hodně jim to vlastně zkvalitní život, že určitě je to pak fakt jako vidět, že prostě nějaké... že právě třeba vysazují léky, nemusejí být tolik hospitalizováni, vydrží na jednom pracovišti i přestávají být hrubí na to své okolí, tak to určitě bych řekla taková pak v tom vztahu, že člověk je na ně pyšný (směje se) nebo i na sebe možná, hm.

Hmm, a říkáte, aby se to povedlo, aby se povedlo navázat ten blízký vztah je důležitá ta trpělivost na začátku?

Ano, trpělivost... pevnost vlastně, taková pevnost, ten terapeut musí si být poměrně sám sebou jistý, musí vlastně vědět, jestli ví, co dělá a prostě rozumí tomu, co dělá, že to, že se ten pacient neustále nějak vymezuje, zlobí, překračuje hranice, prostě patří k té nemoci, že to není nic osobního, musí taky zároveň vědět, že prostě ví kudy jít, ví, co je

potřeba v té terapii dělat a musí být... hraniční pacienti prostě hodně poznají, jestli jste nedospala, jestli jste naštvaná, jestli vás něco bolí a velmi rychle vás jako se zeptají takovou nějakou pasivně-agresivní cestou a je to dobré v tom zůstat transparentní, aby vlastně vznikla i ta důvěra, to znamená, terapeut, který není nijak autentický, upřímný, to neznámá, že má vykládat všechno, co se mu stalo, ale terapeut, který prostě nějak by hrál nějaké hry, určitě bude dynamizovat toho klienta, takový to že nějak někdo řekne, že vy jste dneska nějaká unavená, asi na mě nemáte náladu, takže řeknu v klidu náladu na vás mám a unavená jsem taky, to se nevyklučuje. Je takový přece nějaký základ... základ té práce, že tím skutečně nějaký terapeuti jako znejišťují.

Hmm, rozumím, rozumím, mi se ještě strašně líbilo, jak jste říkala, vlastně je důležité oddělit, co je ta nemoc a co je ta osobnost toho klienta.

Ano-ano, to je základ práce té existenciální analýzy, že tam vlastně skutečně pracujeme s tou osobou, která je zdravá, svobodná, má schopnost se nějak rozhodovat, zaujímat postoj, volit a ta nemoc je ta, která nás vede do nějakých spíš jako afektů, kdy jsme nějak nesvobodní, kdy křičíme a určitě křičet nechceme, pak je nám toho líto, nebo pálíme mosty a pak je nám toho líto. Tak vlastně v tom porozumění, co vlastně chce to zdravé ve mně a jak toho dosáhnout je určitě základ té práce vlastně s těmito lidmi, hm.

Hm-hmm, děkuju. Zeptám se ještě, je-li něco, co vás v práci s klienty s hraniční poruchou osobnosti naplňuje a baví?

Tak určitě ta živost, prostě že opravdu to je takový dialog intenzivní, tak to mě určitě baví, myslím si, že oni opravdu vedou k takové té pravdivosti, takže to je taky prima, že prostě neustále vyzývají toho terapeuta k tomu, aby opravdu uměl dávat reálné zpětné vazby, zajímat se prostě reálně, co to jako znamená, je to takové intenzivní, tak to mě spíš jako baví než odrazuje, a určitě oni opravdu mají za sebou nesmírně těžké příběhy většinou, že mají za sebou prostě hrozná příběhy. Hraniční porucha osobnosti se většinou opravdu vytvoří tam, kde ten malý člověk byl nějakým způsobem hodně zanedbávaný, týraný, ponižovaný, devalvovaný, přetěžovaný, takže určitě i taková ta životaschopnost, že navzdory těm těžkým věcem nějak tady jsem, nějak jsem přežil, nějak zkouším hledat cestu.

Hmm, děkuju. Zeptám se, co je pro vás náročné v práci s takovými klienty?

Hmm, určitě prostě nemůžeme mít těch klientů hodně, není možné pracovat pouze s hraniční poruchou osobnosti, protože ta intenzita, která je zajímavá a opravdu zábavná, tak samozřejmě, že zase vyčerpává jo, je to prostě něco, kde pořád musíte nějak být připravena na nějaký výbuch, vlastně na nějaké drama, takže určitě to nejnáročnější je, že opravdu ten terapeut musí být odpočatý, nemůže být teda vyčerpaný, určitě v momentě, kdy máme nějaké osobní problémy, oni to velmi rychle zjistí, takže ta stabilita toho terapeuta je to ten největší nárok. Určitě pro začínajícího terapeuta, teďko pro mě už to není tak těžký, protože už opravdu pracuju tu dlouho. Pro naši kolegy, co začínají, tak je nejtěžší se smířit s tím, že vlastně oni se zhoršují a zlepšují, takže prostě upracujeme kousek, máme pocit, že se jim daří, že už jsme si to vysvětlili, že tyhle věci jim třeba škodí (směje se), které dělají, a za chvíli, za půlroku zjistíme, že do toho padají znovu, tak to začínajícího terapeuta prostě znejišťuje, říká si, že něco dělá špatně a má pocit, že to nikam nepovede, tak tam vnímám, že je hrozná prima, když pak můžeme třeba v těch supervizích právě ty mladší kolegy povzbudit, že to prostě patří do té terapie, že oni jsou stabilní nestabilní, a že vlastně to se nic neděje, na tom je něco naučíme s tím klientem, ano, že prostě každý takový neúspěch se dá terapeuticky hezky zpracovat, aby ten klient vlastně uviděl, co mu vlastně škodí, co se stalo špatně, proč se to zase stalo, tak.. ale bývá to právě... než si na to člověk zvykne na tu dynamiku, tak to bývá náročné

Hm-hmm, děkuju. Zeptám se, co si myslíte nejvíc brzdí tu práci, tu psychotherapeutickou práci s tím klientem?

Hmm-hmm, tak myslím si, že nejvíc ji brzdí taková spíš ekonomicko... ekonomické podmínky jo, když vlastně oni přijdou o práci, nemůžou tedy si dovolit platit tu psychotherapii nebo třeba nemůžou třeba ani dojet na tu psychotherapii

prostě nevím co, nemají prostě na ty autobusové nějaké spoje nebo zase v těch zařízeních právě ta omezená kapacita, protože vlastně s nima je potřeba pracovat dlouhodobě i s tím že s nimi opravdu pracuje lépe, takové té nejhorší problémy nějakým způsobem odlehčí si od nich třeba v průběhu třech let, ale takový to dopracovávání všeho možného, to je opravdu práce třeba na sedm-osm let, takže nejvíc asi brzdí to, že oni opravdu potřebují tu stabilizaci pravidelně, každý týden, a to je nějakým způsobem ekonomicky náročné pro ně pokud si hradí tu terapii anebo teda pro ten systém té zdravotní péče případně pro nějakou neziskovou organizaci, která se o ně stará. Takže vlastně tyhle podmínky můžou ovlivnit dostupnost té péče, hm.

Chápu, a když to vezmeme z pohledu na ten psychotherapeutický vztah, je tam něco, co může tu práci brzdit?

Hmm, v tom psychotherapeutickém vztahu může práci brzdit... no tak pokud má terapeut plné zuby toho klienta, tak určitě se ten proces nedaří, pokud je terapeut unavený, tak se ten proces nedaří, pokud se terapeut dostane příliš blízko k tomu klientovi, to znamená právě, že s ním více telefonuje nebo víc mu odepisuje, oni mají tendenci nás různě zvat na nějaké svoje, já nevím, vernisáže (směje se), oslavy, svatby, všechno možný, tak samozřejmě pokud tam ten terapeut má pocit, že když teda půjde na takovou nějakou akci, tak že vlastně tím posílí vztah ke klientovi, to je přesně špatně jo, takže určitě prostě brzdí to, když ten terapeut vyjde z toho bezpečného prostoru té terapeutické hodiny, té terapeutické místnosti a začne být aktivní v tom osobním životě toho klienta, tak to je prostě úplně jako špatně jo, tím vlastně zase nějak překročí, aniž by to chtěl, tak vlastně překročí jeho hranice, vezme mu nějakou bezpečnou půdu, protože pro toho klienta je prostě důležitý, že ta terapie je úplně mimo jeho život, přestože samozřejmě se snažíme se, abychom s nimi byli kamarádi, ale ten terapeut když překročí ty hranice, tak tomu klientovi prostě uškodí.

Hm, rozumím, vlastně si říkám, že je asi hodně náročné si uvědomit, že už je to jakoby, že ten terapeut se dostává někam dál v tom vztahu s tím klientem, že je to asi náročný no.

Tak myslím si, že když ten terapeut ví, prostě je řádně vychován v tom výcviku psychotherapeutickém, ví, že se s klientem pracuje jenom v rámci terapeutické hodiny a pokud se tam něco dalšího děje, tak prostě to musí vzít supervizi jo, protože samozřejmě je to jiné když mi například klient prostě napíše, že je po nějakém úrazu v nemocnici a že prostě potřeboval, abychom měli hodinu po skype, prostě po telefonu, tak je to jiná situace, kdy to má hlavu a patu a je to v pořádku, ale hraniční pacienti mají tendenci chtít hodiny po skype prostě protože se jim nechce vstát z postele jo (směje se), prostě je tam potřeba pořádně se dívat na to, proč vlastně měním pravidla, na kterých jsme se dohodli jo, protože prostě platí to, že se vidíme v nějaký stanovený čas, ten čas trvá 50 minut, buď ho hradí pojišťovna nebo stojí tolik a tolik jo, maily můžou být teda, neodpovídáme na ně, takže tam právě ten setting, ta pravidla jsou sama o sobě léčivá, když se dodržují, a když to ten terapeut dodržuje, tak se mu moc nemůže stát, že by se dostal tam, kam neměl. Ale máte pravdu, že samozřejmě když začínáme, tak je to těžké a je to třeba pak si vzít do supervize, hm.

Hmm, mě jenom napadá k těm hranicím, že to vlastně chrání jak toho terapeuta, tak i toho klienta, když se to dodržuje.

Ano, tak to je, ano, to je určitě takový základní pravidlo při práci s pacienty s hraniční poruchou osobnosti.

Hmm-hmm, děkuju, zeptám se, co si myslíte, že je pro klienty s hraniční poruchou osobnosti v psychotherapii důležité?

No právě ta stabilita, spolehlivost toho terapeuta, je srozumitelný v tom, proč není třeba, proč se třeba omlouvá z hodiny jo, když třeba terapeut onemocní tak, aby to bylo transparentní, protože oni mají pocit, že jim měníme termín, protože pro nás někdo jiný je důležitější, takže se třeba zlobí za to, aby prostě měli jistotu toho vztahu, to je pro ně důležité, aby to bylo stabilní, ale zároveň, aby tam byly pevné hranice.

Hmm-hmm, co byste doporučila začínajícím psychotherapeutům?

Určitě supervizi, doporučovala bych, když začínají, tak aby vlastně nezačínali s pacienty s hraniční poruchou osobnosti (směje se), aby v tom svém portfoliu psychoterapeutickém měli spíš takovým pacientů méně, a postupně by je přidávali, protože stojí hodně sil. Hodně se na nich naučíme, od nich naučíme, protože krásně popisují všechny své pocity a pochody, a jsou učitelé pro mladého psychoterapeuta, ale je potřeba aby ten terapeut měl pocit důvěry k sobě

Hm-hmm, rozumím, děkuju. A napadá vás ještě nějaký jiný způsob, jak ten psychoterapeut může sebe opečovávat, když pracuje s takovým klientem?

Tak ten směr určitě staví hodně na tom, aby naši třeba frekventanti nebo mladí terapeuti znali dobře sami sebe, to znamená, aby prostě nějakou individuální sebezkušeností, aby vlastně tak nějak věděli o svých starostech a nepřekvapilo je, když jim někdo začne vrtat do jejich osobního života, což ti hraniční pacienti rádi dělají, tak aby vlastně věděli, že nějak si za sebou stojím, znám se, nějak mě to nezraňuje, když mě někdo zpochybňuje, aby vlastně tu pevnost nabrali v té individuální zkušenosti a určitě obecně platí pro práci s těmi pacienty, aby nepřekračovali pracovní dobu, odpočívali, měli spoustu jiných zájmů než svoji práci, a aby čerpali z jiných zdrojů než z klientů, hm, taková psychohygienu, která je obecně důležitá, hm.

Hm, rozumím, děkuju.

Příloha č. 5: GTI

19.10.2020 10:00, délka rozhovoru 1:14:00

Vlastně ten rozhovor slouží k tomu, abych pak lépe popsat, jak funguje ten vztah mezi klientem a psychoterapeutem, když ten klient má hraniční poruchu osobnosti, jaké to má specifika a vlastně jak se ten vztah rozvíjí a proměňuje, a jaké třeba tam můžou vzniknout problémy, a jak ten psychoterapeut s tím pracuje.

Hmm-hmm.

Tak nějak.

Dobrá.

A jde mi vlastně o tu humanisticky zaměřenou psychoterapii. Tak jestli můžeme začít?

Asi ano.

Tak jo, tak úplně na začátku se vás zeptám, jak jste se dostal k práci s klienty s hraniční poruchou osobnosti?

Hmm, tak nejprve jsem s nimi měl zkušenost při mé práci na psychiatrii, ať už na oddělení léčby závislosti, kde několik pacientů z té komunity nebo z toho oddělení mělo vlastně tady tu diagnózu, a potom jako intenzivněji na oddělení psychoterapeutickém, kde vlastně vždycky v té skupině... skoro v každé skupině, kterou jsem tam zažil, která trvala zhruba šest-sedm týdnů, tak v podstatě vždycky se tam našel jeden nebo dva pacienti s touhle diagnózou, tak řekneme, že bylo takový jako první jako intenzivnější seznámení s tím, a potom vlastně když jsem začal pracovat individuálně v ambulanci, tak jsem začal vlastně přijímat i pacienty s tou diagnózou. Nejprve to vlastně bylo na začátku... vlastně ke mně začali chodit pacienti, který předtím absolvovali léčbu na tom psychoterapeutickém oddělení, tak jsme se dohodli, že potom vlastně přišli ke mně na ten individuál, no a samozřejmě jako další pacienti na doporučení lékařů nebo sami od sebe atd.

Hmm-hmm, tak pokud jste měl víc těch klientů, dokázal byste zvolit třeba jenom jednoho, s kterým jste měl delší průběh terapie? Klient nebo klientka.

Já jsem o tom přemýšlel jako já jsem těch pacientů zažil poměrně dost a vždycky ty příběhy byly jako zajímavý, ale vybral bych asi jednu pacientku, kdy to jako nebyla nejdelší terapie, ale rozhodně byla jako nejintenzivnější, nejzajímavější... tak asi pro účely tohoto rozhovoru by bylo zajímavé pohovořit asi o tom.

Tak jo, určitě. Jak dlouho k vám ta klientka docházela?

Necelého tři čtvrtě roku, s týdenní frekvencí.

A vlastně s jakým problémem k vám přišla?

Původně... bylo to vlastně zajímavý, že dneska když jsem to ještě nějak sumíroval v tak jsem se koukal na nějaký emaily, co jsme vyměnili, a zjistil jsem, že se mi ozývala už sedmi lety, ale jsem jí odpověděl, že mám nějak jako plno na několik měsíců, takže jestli nechce počkat anebo přijít k někomu jinému, a na to neodpověděla. Potom se ozvala asi po nějakých pěti letech, už i jako s doporučením od psychiatricky, a zase to trvalo teda několik měsíců než jsem na ni měl čas, což už teda jako s tím souhlasila, počkala, takže potom začala docházet a začala docházet s tím, že nedokončila léčbu se závislosti na alkoholu vlastně v psychiatrické léčebně, takže to bylo vlastně takový první téma ta závislost na alkoholu, vzhledem k tomu, že to prostě ukončila předčasně, tak to chtěla řešit i takhle individuálně, takže to bylo takový jako první, a další bylo... jsem si to tady někde vypsál, jo, potom bylo zajímavý, že ona měla i téma... jo tady,

měla diagnostikované ADHD od té psychiatricky, zároveň ale jako užívala na to medikaci, a to je vlastně něco, co mě nějak zajímá, že jakoby vlastně jsem se ty poruše pozornosti, tomu ADHD věnoval nějak intenzivněji, že mě to vlastně tak jako zaujalo, že tomu jsme se taky věnovali, a vlastně se mi jako líbilo, že doktorka jí to diagnostikovala a dala jí tu medikaci, která jí údajně zabrala, tak nějak prožívala, že to bylo první, co jí pomohlo po nějakých různých antidepresivech, který teda jako nepomáhaly. Potom měla jako téma neshody na pracovišti a manželské neshody a tak. Vlastně už jako na prvním sezení mi bylo jasné, že ta pacientka má hraniční poruchu, ale nemluvili jsme o tom.

Jak jste to poznal?

Jak jsem to poznal no, za prvý musím říct, že vlastně většinou nedělám jako klasický psychologický vyšetření jako i s použitím nějakých testů, ale v drtivé většině případů na začátku toho nového pacienta posuzuju nějak jako klinicky, prostě na základě rozhovoru, pozorování a na základě toho, jak se s tím člověkem cítím, a stručně řečeno, bylo nějak patrné, že ta pacientka poměrně dost jako rozervaná myslím v životě, taková neukotvená, a jak se popisuje u těch hraničářů, že to je taková stabilní nestabilita v jejím životě a včetně ty jako impulzivity v tom alkoholu v minulosti i co se týče sexu... i takové ty vlastně neustálé jako konfliktní vztahy ať už na tom pracovišti, v rodině, s manželem, už i to, co jako naznačila vlastně ve své primární rodině, tak jako znělo dost jako nestabilně a konfliktně. Potom vlastně bylo jako zajímavý, na základě čeho jsem to poznal, že i při ty svoji rozervanosti dokázala jako ten kontakt navázat velmi rychle a zaplavila mě množstvím témat, což někdy vlastně takový jako zajímavý, že oni vlastně paradoxně ten prvotní kontakt často navazují poměrně dobře, přesto jako se cítí, cítí bídne. Takže asi nějak stručně řečeno, na základě tady těch různých věcí, a musím říct vlastně, že už tady v tom začátku jsem jako trochu udělal jako chybu, ta terapie pak byla, předešlo, že jako skončila jako špatně, nebo prostě že ta pacientka předčasně ukončila tu terapii a k tomu se dostaneme.

Jasně.

A myslím si, že k tomu vlastně napomohlo nebo že k tomu prostě přispělo i to, že jsem to na začátku přece jenom neodhadl úplně... úplně nejlépe, že byť jsem si byl vědom toho, že ta pacientka má tuto diagnózu, ona vlastně působila daleko nějak kompenzovaněji než skutečně byla, i přestože jsem si byl vědomý toho, jakou má diagnózu, tak jsem se k ní choval možná k někomu s nějakou vyšší strukturou, prostě na nějaké, řekneme, neurotické úrovni nebo tak, a přece jsem to nějak podcenil, takže...

Hmm, rozumím. Rozumím. Můžeme se ještě vrátit k tomu začátku, když jak jste říkal, že vás zaplavila téma tématy, tak nejdřív jste začali pracovat s tou závislostí nebo s těmi vztahy, jak měla problémy na pracovišti a s manželem?

Hmm, jednak jsme se věnovali ty závislosti i ve formě určité jako edukace nebo soustředění se na to, jak vlastně předejít relapsu, to že jsem se nějak vysvětlovali nějaké možnosti, jak to může nějak v tomto směru ustát, když bude mít chuť, jak rozeznat nějaké spouštěče takzvaný a tak dál, to bylo tohle, ale vlastně to nebylo úplně jako centrální, protože ona v tu dobu teda nebyla, a neznalo se, že by jí to, že by to nějak zvlášť nějak řešila ty nějaké jako spouštěče, čili tomu jsme se věnovali, ale to zabralo pár hodin jako opravdu, necelých. Pak jsme řešili vlastně ten vztah jako s mužem, a to bylo asi nějak jako výrazný, a ona hned v souvislosti s tím začala vlastně popisovat svoje dospívání a svoje seznámení s tím manželem, svoje poměrně jako bouřlivý dospívání a nějakou takovou rannou dospělost a situaci, ve který ho v minulosti jako poprvé poznala, kdy tehdy byla taková jako poměrně dost jako promiskuitní, a nejdřív ona ho brala prostě jako jednoho ze svých milenců, a on si ji nějak dle jejich slov nějak ukořistil, prostě ji chtěl nějak pro sebe, takže ona se tomu takřikajíc poddala, a teď v tom byla nespokojená, se v tom věku cítila nějak jako... byla trochu uvězněna v tom vztahu, a trochu jí chyběla taková jako volnost, kterou měla nějak jako v minulosti. Takže jsme nějak mluvili o nějakém řekneme jako kompromisu nebo co teda vlastně jako potřebuje, co teda vlastně chce, a já jsem teda nějak jako vnímal, že ten chlap, nějak jsem ho bral jako poměrně jako dobře podpůrného pro ni, jako poměrně

dost stabilní prvek v jejím životě, mají za sebou, mají spolu tři syny teda a žijou spolu, já nevím, třeba 18 let, takže to je takový jako vlastně jako dost stabilní vztah (směje se). Takže jsem ji vlastně v tom poměrně jako podporoval, aby vnímala nějak jako i ty pozitiva s mužem, a mluvili jsme o nějakých jako možnostech, jak řešit ty konflikty.

Hmm-hmm, tak jo, děkuji. Zeptám se, jak často k vám docházela?

Zpravidla jednou týdně, pokud se něco nestalo, tak jako jednou týdně

Jednou týdně, hmm. Docházelo k nějakému přerušení té spolupráce nebo těch tři čtvrtě roku, jak jste říkal, že to bylo furt, že to nepřerušovala ta klientka?

Nepřerušovala, a zajímavý bylo, že chodila vždy že jako včas, nikdy nějak nezapomněla nebo nepřišla pozdě, tady v tom absolutně neměla problémy, snad jednou přišla nějak jako pozdě, ale to se nějak jako omluvila, přišlo mi to takový jako srozumitelný, že ona byla na nějaký pracovní schůzce v Praze, omlouvala se, že to nějak jako nestihá, ona se jako hrozně omlouvala. V tom kontextu, jak byla vždycky taková jako dochvilná, tak nebyl problém v tomhle tom. Paradoxně i přesto, že měla diagnostikované to ADHD (směje se), tak tady s tím neměla problém.

No, jo. Taky jste říkal, že na to brala tu medikaci a že zabírala, tak možná to bylo tím...

Možná, možná.

Zeptám se, jaký jste měli vztah na začátku a jestli se to pak nějak proměňovalo?

No, já vlastně, když jsem o tom přemýšlel, já tak jako celkově, znám to a vnímám to, a mám takovou zpětnou vazbu ze supervizí nebo z intervizí nebo z výcviku, že vcelku jako snažím o navázání nějakého přátelského vztahu nebo takového jako že tady to asi tak nějak jako umím nebo to nějak rád začínám ustanovením tady toho relativně jako přátelského vztahu, takže tahle to vlastně začalo s tím, k čemuž velmi jako napomáhalo, ona byla jako velmi snaživá a jsem říkal, nabídla takové témata, která mě prostě nějak jako zaujaly. Jak jsem zmínil u těch pochybeních, vlastně zpětně viděno, že nebo i v rámci supervize jsem si to začínal uvědomovat, že jsem možná byl takový jako příliš propůrný, empatickej nebo takovej nějakěj k ní nakloněný, nevím, jak to říct. Ne že bys si v jiných ohledech nedržel hranice, ale tady v tom možná bylo takový jako trochu volnější i s tím, že jsem tak jak jsem zvyklej, že v rámci ty, já teda dělám gestalt terapii, a v rámci toho, jak jsem zvyklej z výcviku, tak když v tom vidím nějak jako smysl, tak vlastně i nějak zmíním něco o sobě, jako svoji zkušenost. Jako v jejím případě nebo v případě těch pacientů s tou hraniční poruchou na nějaké nižší úrovni, si myslím, že to není úplně jako vhodný, přece jenom je jako dobrý si držet nějaké hranice víc i v rámci tady toho, nějak toho člověka možná bychom mohli říct, nějak nezahlcovat tím kontaktem nebo tady tou vstřícností, empatií. Takže to byl ten začátek. Na začátku tu první dobu možná nějakých 3-4 měsíce si to přesně nepamatuju to první bylo poměrně dobře bych řekl, nějak to fungovalo prostě, a mimo jiné my jsme v rámci těch sezení jsme se hodně zabíjeli tím, jak ona vlastně mluvila o spoustě věcech, ale vlastně to rozdělovala poměrně dost málo, jako přirovnávám k tomu, když mluví politici, používají mnoho slov, ale vlastně nic konkrétního často neřeknou (směje se), tak tady to vlastně často mívají ti pacienti tady s tou poruchou a ona teda jako výrazně. Byla spousta věcí, který se zdaly jako zajímavý, i díky tomu, jaký byl emoční doprovod k tomu měla, ale bylo vlastně jako těžký jako udržet v tom nějakou tematickou linii, takže tím jsme se vlastně zabývali, aby se vlastně vyjadřovala vlastně jako srozumitelně, aby bylo jasné, o čem chce mluvit, proč o tom chce mluvit, kam to vede, a vůči tomu byla poměrně jako vnímavá, nicméně potom se stala jedna věc (směje se), díky který se to celé radikálně jako změnilo. Ona začala chodit někdy na podzim a potom nějak na začátku roku příštího jsme se potkali v Praze na jednom koncertě.

Aha.

Kde já jsem byl s jednou kamarádkou, ona tam byla se svým manželem, a ještě s jedním kamarádem, no a vlastně jsme se potkali nějak před tím klubem nebo jsme se nějak pozdravili a pak jsem se nějak neviděli. Na dalším sezení to bylo

takový nějaký jako, že ona vlastně jako zdánlivě neměla o čem mluvit a nějak jsme se bavili o tom koncertě takový rádoby přátelský pokec, že jak to já taky poslouchám tu kapelu a že ona ji poslouchala už kdysi dávno a takový, a že mám sympatickou ženu, já říkám, to nebyla moje žena, to byla jako kamarádka... Příští týden když přišla, tak přišel jako úplně jiný člověk a byla taková jako velmi ostražitá, a začala mi dávat jako otázky (směje se), na který jsem nebyl nějak úplně připravený, a začala vlastně se hrozně vrtat v tom, co se to stalo z jejího pohledu tu minulou hodinu a co se to stalo na tom koncertě, a čím to je, že jsme se potkali na tom koncertě, no a vlastně začalo se to celý nějak obracet, ona to začala vlastně tak vlastně jako štěpit, a začala být až vlastně paranoidní, až vlastně jsem najednou byl, musím říct, až jako zděšenější, jak z ty pacientky, kterou jsem znal čtyři měsíce jako takovou poměrně dobře nějak jako fungující, i přesto i tu diagnózu nějak jako vcelku stabilizovanou, tak ona najednou začala jako popisovat až jako psychotické fenomény... Tam třeba byl takový moment, že na tom sezení to bylo někdy podvečer a během ty hodiny začalo venku stmívat, já jsem jí nějak řekl, že by teda rozsvítil, rozsvítil jsem a ona mi to vzápětí, respektive tu další hodinu mi to vyčetla s tím, že jako řekla: „Vždyť přece víte z toho koncertu, že já nemám ráda světlo“ (směje se), jo, což byla jako informace, kterou jsem z toho koncertu naprosto nevěděl, že ona nemá ráda světlo, že jo (směje se), jsme se jako neviděli, tam byla tma, potom se jako rozsvítilo. Prostě začala jako popisovat věci, které nedávaly jako smysl, navíc z toho viděla důkaz toho, že jsme nějak víc propojeni, než by se na první pohled mohlo zdát, tím že jsme se potkali na tom koncertě, pro ni to nebyla náhoda.

Jo, hmm, rozumím, rozumím. To jsem se právě chtěla zeptat, jestli jste se potkali náhodou nebo ne. A ještě jste říkal, že byla nějak víc paranoidní, a dokázal byste říct vlastně proč? Nebo jak se to projevovalo, že byla víc paranoidní?

No, na tu otázku, proč bych asi řekl jakože, že díky tomu, jak jsem tu terapii vedl, tak jsme si byli vlastně nějak jako pořád jako blíž, tak jako jsme asi blíž jako s většinou pacientů, ale pro ni vlastně jakožto člověka s tou hraniční poruchou to začalo být ohrožující že jo, vlastně tady ten bližší kontakt začal být jako prostě ohrožující, a ten koncert tomu jako nasadil korunu, a ona to vlastně začala zpracovávat takhle nějak paranoidně, čili mě začala nějak podezírat z toho, že jsem o tom jako věděl, že tam půjde a proto jsem tam šel.

Aha.

Že jsem ji tam nějak sledoval, začala být jako velmi, velmi vlastně vztahovačná při těch hodinách a začala mě vlastně chytat za slova, a začala mi spoustu věcí vyčítat, k tomu mě vlastně pak napadl takový popis: cokoliv řeknu může být použito proti mně.

Jasně, hmm, to chápu.

Takže takovým způsobem začala být paranoidní, a potom se jí to vlastně začalo rozvíjet do takové intenzity, že mě začala podezírat i z toho, že ji vlastně nějak kontroluju, to se potom jako rozvíjelo po celou tu dobu od toho koncertu až do konce ty terapie, že mě vlastně osvědčovala z toho, že ji kontroluju počítač, mobil. Že ji odposlouchávám a úplně se to vlastně vyhrotilo tady tím směrem, a vlastně vyšlo najevo, že se do mě zamilovala teda tak jako bezhlavě, a to byl takový zajímavý moment, to jsem teda zažil i jako v minulosti v nějakých... s nějakýma pacientkama, ale s ní to bylo zase jako jiný... a já jsem potom vlastně, to se dostávám k ty další otázce, co mi pomáhalo, jak jsem využíval supervizi. Jak na supervizi, tak i zejména musím říct v tom případě, když jsem studoval nějakou literaturu k těm hraničním poruchám nebo k takovým těm nižším úrovním organizace, tak jsem našel nějaký článek psychoanalytický review, jestli znáte ten časopis, tak tam v minulosti vyšlo nějaké číslo o terapii hraničních a psychotických pacientů, a jeden autor psychoanalytik tam popisuje rozdíl mezi erotickým a erotizovaným přenosem, co vlastně pro tady tu situaci sedlo, že vlastně ten pacient s tím erotickým přenosem je takový jako neurotik, který nějak jako zamilovaný, on rozumí tomu, že je to vlastně nějakou součástí ty terapie a to je něco, co si vyžaduje nějakou, řekneme, nějaký zpracování, nějakou interpretaci žejo, ale tady to ona absolutně odmítala vlastně. Ona prostě do mě byla zamilována, ona mě prostě

chtěla, a jakékoliv moje snahy o propojení s tou terapií a vysvětlení toho, že to je nějakým důsledkem a součástí ty psychoterapie absolutně jako odmítala, a hrozně se jí to jako dotýkalo, hrozně jí to rozčilovalo, a tady z toho vlastně nedokázala se jako dostat. Ještě oni to tak mívají nebo ona to měla výrazně, že tu blízkost a lásku měla vlastně automaticky propojenou s nějakou erotickou intimitou, se sexem, takže ona mě vlastně začala zahlcovat nějakým jako sváděním a nějakýma svýma erotickýma fantaziemi o nás dvou, o nějakých erotických snech o nás dvou a tak (směje se).

No, tak to muselo být hodně náročný, předpokládám, že vy jste s tím šel na supervizi?

No jo.

No a jak jste to tam řešil nebo co Vám doporučili?

V podstatě musím říct, že už si to úplně jako nevybavuju, ale ta supervizorka v tady tom případě nějak vedla k tomu nebo podporovala k tomu, že je potřeba to neustále vracet k tomu jako popisu toho, co se děje pro tu pacientku, zkusit v tom najít nějaké ty souvislosti s jejím příběhem, zkusit vlastně se dostat do nějakého bodu, kdy bude schopna tomu nějak porozumět, si to nějak uvědomit k tomu, jak to teda dělá, že vlastně ve chvíli, kdy je jí někdo blízký, tak je to nějak ohrožující, tak takže vlastně automaticky spjatý s tou láskou i s takovou dost otevřenou jako sexualitou. Potom že vlastně možná i víc pomáhala jako intervize, nebo intervize taková jako... já jsem v minulosti chodil v organizovanou intervizi mezi kolegy, ale poslední dobou máme takové, řekneme, neformální intervizní setkání s některýma kolegama a tak poměrně jako pravidelně tady to vlastně mi dost jako pomáhalo vlastně, nějak jako o tom mluvit s kolegama, který tady to znají. Ještě mám takovou vsuvku, ta moje tehdejší supervizorka vlastně s pacientama na takovýhle úrovni vlastně neměla zkušenost moc, že mi vlastně sama říkala, že mi v tom není schopna až tak nějak pomoci, protože ty hraniční pacienti znala spíš z takové lépe fungující, někoho na takový úrovni vlastně z praxe neznala, oni ti kolegové právě s nimi měli zkušenost, takže s nima to sdělení bylo velmi, velmi podpůrný, a možná pro mě nejvíc zdroj sebedopory bylo vlastně nějaké opakované čtení různý ty literatury, kde jsem vlastně nacházel to, co jsem vlastně zažíval, tak tam jsem pro to jako nacházel nějaký jako popis, který mi naprosto jako zapadal do ty moje zkušenosti, a musím říct, že vlastně teďko třeba zpětně, když jsem si i četl nějakou literaturu, řekneme, humanistickou nebo specificky z ty gestalt terapii o terapii hraničních poruch, tak teď třeba zpětně viděno, mi to dává nějak jako smysl, ale v ty chvíli předtím, před touhle pacientkou, při té pacientce, to nebylo pro mě nějak úplně co by mi vyložene jako pomáhalo, to co by nějak dávalo jako smysl, a oproti tomu četba nějaký psychoanalytický literatury byla vlastně jako tím, co jsem bral opravdu jako podpůrný, jako popsáný způsobem, který naprosto odpovídal tomu, co jsem zažíval.

Hmm, rozumím. No říkal jste, že to vlastně začalo tím koncertem, pak to nějak pokračovalo a změnilo se to pak, než ta spolupráce byla ukončena nebo se to furt nějak zhoršovalo?

No, v podstatě se to dá se říct furt jako zhoršovalo. Začalo se dít to, že k tomu štěpení začalo docházet nejenom mezi těma terapiemi, třeba jeden týden se chovala úplně jinak, než ten následující, a začalo se to dít i během ty hodiny, a poměrně jako rychle, že vlastně během ty hodiny jako několikrát prostě naprosto změnila nějak jako postoj a náladu, a ty polarity tam byly vlastně strašně jako extrémní během toho sezení, kdy jsem se to teda snažil nějak vlastně popisovat, nějak to uchopovat, nějak to reflektovat, a nyní jsem se snažit to nějak ustat, byl jsem nějak připravený na to, že to bude nějak jako intenzivní, měl jsem z toho nějak utéct a nějak jako bejt, ale byť se to možná nějak jako zlepšilo, tak přece to mělo nějakou zhoršující se tendenci zejména v rámci toho, že ona vlastně byla nějak zahlcená tím erotizovaným přenosem na mě, a vlastně i to byl pro ni důvod k tomu předčasnému ukončení, nebylo to nějaký vyložene jako impulzivní, jako bavili jsme se o tom, i jsme si dali speciální jako hodinu na to jako uzavření, ale ona říkala, že už to prostě nemůže snášet, že ve svém vlastně volném čase neřeší nic jiného než mě a nemůže se soustředit na nic jiného, takže pro ni bude lepší to ukončit a měla dojem, že nějaké věci se přece v rámci té terapie vyřešily a že

se jí daří nějak líp, s čímž já jsem úplně nesouhlasil, nebyl to jako úplně můj dojem, zároveň jsem teda samozřejmě respektoval tu její chuť to nějak jako uzavřít, a neměla zájem o to, aby pokračovala u někoho jiného, byť jsem jí to nějak jako nabízel, a potom vlastně se ozvala po mailu, třeba týden, 14 dnů po tom ukončení, že to nedává ani tak, ani se mnou ani beze mě teda (směje se), a že by zase chtěla vrátit, na což já jsem říkal, že už to v tyhle situaci jako nepůjde, a poslal jsem jí nějaké kontakty na kolegy. Potom se stalo to, že ona vlastně už ke konci té terapie mi začala psát různé zprávy, čeho se tykalo, toho jak mě prostě chtěla, dávala i návrhy, že se setkáme někde jinde prostě a tak dál, pak mi přišla taková dlouhá báseň, řekneme, milostná z nějakýho jiného čísla, ale bylo evidentní, že to byla ona, no a po tom vlastně ukončení byla nějaká emailová konverzace, tak zase jsme si ještě psali nějak i po messengeru a po smskách, a ona mi vyčítala, koho jsem jí to doporučil, jestli si z ni snad dělám jako srandu (směje se), prostě to brala jako nějaký útok, pak začalo takový bombardování jako telefonátama, smskama, což jsem si řekl, že už je toho dost, a několikrát jsem jí zdůraznil, že už si nepamatuju, jak jsem to formuloval, ale nějak jsem prostě zdůraznil, že už jsme skončili a už není vhodný, abychom tady tou formou pokračovali, že už je to u konce, a měl jsem jako vždycky 15 nepřijatých hovorů od ní, 20 smssek nějakých, a mezi těma smskama vlastně docházelo k tomu štěpení, že jednou mě milovala, pak mě nenáviděla, pak zase zpátky. No a potom za mnou i přišla do ordinace, nebo najednou byla jako v čekárně, a byla taková jako velmi nervózní, tak já jsem jí říkal, co byste potřebovala, že se mohl mluvit, měl jsem jenom 10 minut pauzy mezi pacientama, tak jsem jí na chvíli vzal dovnitř. Ona mluvila velmi nějak jako nesrozumitelně, nebylo jasné, co vlastně chce. Chtěla jako zase ať už do té terapie a tak, na což jsem jí zase opakoval, že to prostě nejde, ona mě nějak poslouchala a pak začala být jako docela nepříjemná, začala vyhrožovat, že prostě neodejde, tak jsem na ni nějak radikálně... nekompromisně jsem už jako vyžadoval, že prostě musíme končit a ona naštěstí jako odešla, a jednu chvíli to vypadalo, že prostě neodejde, to ještě musím říct, že při jednom tom posledním sezení, že začala tak jako agovat, že najednou prostě vstala a měla jako sklenici s vodou v ruce, a už se jako rozpráhovala, že už to jako po mně švihne (směje se), což se teda jako nestalo naštěstí, a pak byly takové momenty, že už jako mě chytout nebo začít mě nějak jako líbat jo, že prostě se ke mně jako dostat a vzápětí mě chtěla teda nějak jako zneškodnit. No a potom vlastně poslední kontakt s ní byl, když zase po několika měsících se zase tam objevila v ty jako čekárně, což jsem už, musím říct, byl z toho docela nervózní, už mi to fakt nebylo příjemný, ale já jsem na ni vůbec jako nereagoval, a po ty hodiny tam už jako nebyla prostě. Ona potom asi přišla zase za týden a zase prostě domáhala nějakýho kontaktu, a ještě mi nějak jako volala a říkala, že prostě se mnou musela něco probrat, a že není jiná možnost, kde potkat, že neví, kde bydlím, takže že byla jediná možnost na mě počkat tady, a já jsem říkal no to byste přeci jako neudělala něco, mě navštívit jako doma, no a ona na to odpověděla nějak jako vyhýbavě. Potom ještě byla situace (směje se), že volala mé ženě do práce.

Aha, tyjo, hmmm.

Řekla jí, že má teda výborného manžela (směje se) jako vlastně byla milá ale to už jsem si říkal, že už je to teda fakt jako moc. Musím říct, jak jsem s ní začínal přátelsky nebo tak, jsem něco říkal o sobě, tak ona pracovala na začátku té terapie pracovala ve městě, kde žiju, byť bydlí jako v jiném městě, respektive v obci tady jako nedaleko, a pracovala jako nedaleko školky, kam chodil můj syn.

Aha.

A teďko jak začala vyprávět o tom, jak neví, kde bydlím, a že se nemá kde se mnou potkat, zavolala ty manželce... tak já jsem i tehdy docela vyděšený, jsem jel na policii, že už to začínal být takový jako stalking vyloženě.

No jasně.

Jo, jak začala ty telefony, neustále smsky, messenger, z jiného čísla, teďko té manželce... tak jsem se byl prát na policii, co a jak jako s tím, ale skončilo to jenom tím, že jsem se vlastně informoval, oni říkali, že kdybych opravdu jako chtěl řešit, takže by musel jí kontaktovat a tak dál, což jsem jako úplně nechtěl, říkal jsem si, že teda uvidíme

ještě, a jenom kdyby to pokračovalo, tak bych to asi řešil i tím způsobem, což se teda nestalo, a od ty doby jsme jako v kontaktu nebyli, nicméně asi dvakrát mi volal její manžel... jestli je to nějak jako k věci ještě tady to?

Jojo, určitě, tak to je celé, to je prostě překračování těch hranic.

Jojo, jako výrazné překračování těch hranic. Její manžel, slušně řečeno, mi vlastně volal, protože říkal, že je toho doma nějak jako plnej, že ona prostě furt povídá a povídá o mně, že on jako vnímá... on našťestí tomu jako rozuměl, našťestí byl v tom nějak orientovaný, jako poučený, a vnímal to, že je to prostě nějaký prostě jako přenos, a že to není nic, co bych s ní nějak jako měl a vyvolával, a vlastně měl o ni jako starost a to, a ptal se, co a jak, jak postupovat a já jsem doporučil vlastně hospitalizaci nebo stacionář v psychiatrické nemocnici v Bohnicích, kde vlastně mají stacionář nebo oddělení, kde se vlastně poslední dobou specificky vlastně těmto pacientům věnujou, a takže se nebyli jistý, bál se toho, že nebude tomu jako svolná. Nicméně potom, jak vlastně u mě byla, tak jsem pochopil, že tam byla, protože si paranoidně jako vyprávěla, že jak je možný, že všude nějak jako jsem nebo že ji všude nějak jako kontroluju. Říkala, že v těch Bohnicích o mě jako věděli, pravděpodobně tam byl nějaký kolega, který mě znal, možná na to přišla řeč, ale ona to zase zpracovala nějak paranoidně. Pak jsem i v rámci toho překračování hranic, to jak jsem, z toho co i vyprávěl ten manžel a z toho, co jsem zažil i já, tak jsem si jako uvědomil, že taková psychotická dekompenzace, že je poměrně výrazná bohužel, a že by to bylo dobré konzultovat jako i s tou její psychiatrickou, kterou já znám. Tak jsem jí volal, a ona jako byla hrozně překvapená, protože ji tahle vůbec neznala. Říkám, jak jsem ji poznal na začátku, ona dokázala působit jako velmi kompenzovaně, ona dělá grafičku, takže tak jako není taková strhaná jako hraničáři, vždycky jako zajímavě oblečená, graficky nějak orientována, takže vůbec jako nepůsobila tady tím dojmem, a nějak jsme se shodli, že možná ta medikace, kterou jí dávala na to ADHD, možná mohla bohužel i podpořit tady tu dekompenzaci paradoxně ty hraniční poruchy. Takže ona jí na následující návštěvě vlastně ty léky vysadila a předepsala jí nějaké antipsychotikum, což ale ona odmítla, a tak no. A vlastně byla poslední jako zpráva od toho manžela, co jsem vlastně o ní věděl, že bohužel, že ta doktorka jí chtěla nasadit tady ty antipsychotika, což ona zpracovala asi nějak negativně. Ona potom, musím říct, že velmi odmítala tu diagnózu ty hraniční poruchy. Když jsme se o tom otevřeně bavili, tak ona to opravdu velmi intenzivně vyvracela, vůbec se s tím neztotožňovala.

A proč, proč jí to tak vadilo?

Já mám dojem, že ono se nějak popisuje, že pacienti potřebujou, já to vlastně úplně nedokážu popsat, ale vlastně se málokdy... nebo takhle, je nutno říct, že jsme se bavili o tom ve chvíli, kdy to bylo špatný no, kdy, řekneme, byla jako dekompenzovaná a v ty chvíli nebyla ve stavu, kdy by dokázala přijímat tady ty informace bez ty jako kritiky, bez toho nějakého vnitřního odporu, i vlastně projev toho jako štěpení, že vlastně jak vidí černý nebo bílý, a často ty informace, který by neurotik zpracoval jako takovou zpětnou vazbu, která je třeba někdy jako drsnější, ale jako na místě, bral by to jako dobrý vhled nebo reflexi od toho terapeuta, tak pro toho hraničního pacienta to vlastně v tu chvíli je těžký přijmout, protože to bere jako útok na sebe, vlastně to v něm vyvolává nějaký jako stud, vůči kterému jsou zvyklí se jako bránit tou agresivitou nebo... a čili si myslím, že o ty diagnóze je dobrý se bavit ve chvíli, kdy je to přece nějaký klidnější, ideálně by to bylo, zase, zpětně viděno, se o tom bavit jako narovinu na začátku. Já mám tady i docela dobrou zkušenost, že někdy těm pacientům dávám, asi to budete znát tu knížku od toho Röhra, taková ta modrá knížka s tou pohádkou.

Ano, ano, to znám.

Tak tam je na konci taková příloha jako pro pacienty a pro jejich blízký, takže to mám vlastně já v ordinaci kopírovaný a někdy jim to vlastně jako dávám, i takový text, nebo doporučuju buď přímo tady tu knížku nebo teďka vyšla nově ta knížka „Nenávídím tě, neopouštěj mě“. Takže jim doporučuju, aby si o tom přečetli nějakou tu literaturu a něco o tom dozvěděli, a mohli to nějak jako přijmout. A když se tak stane, tak s tím mám dobrou zkušenost, když je ten člověk s tím nějak srozuměný a tomu dokáže rozumět. Ona bohužel byla ve fázi, kdy to brala jako útok na sebe, což je trochu

podobný tady ty různé intervenci zpracovávají jako pacienti s narcistní poruchou, kdy vlastně pro ně těžké přijmout něco, co doposavad jako nevěděli, tak to berou prostě jako svoje selhání.

Jasně, tak já si myslím, že obecně u té hraniční poruchy osobnosti je důležitý ten nadhled, že když ho začínávají získávat, tak pak je tam nějaká šance něco zlepšit... Já se ještě zeptám, teď zpětně, udělal byste něco jinak v té terapii s tou klientkou?

Určitě no, jak jsem říkal na začátku vlastně, už ten začátek bych udělal jinak, a dal bych si více práce s tou prvotní diagnostikou, řekneme, že teď už bych nespokojil jenom s tím, že ano, je to člověk s hraniční poruchou osobnosti, a dneska když přijímám nové pacienty s tady tou diagnózou, tak si dávám nějak více práce s tou diagnostikou, abych věděl přece na jaké úrovni se pohybuje, protože tam je přece spektrum žejo, ten člověk s hraniční poruchou může fungovat relativně dobře, ale taky může být poměrně na nízký úrovni, a tam potom ta dekompenzace daleko jako vyšší, a určitě bych i zpětně nějak lépe vyjasnil nějaké pravidla vlastně komunikace třeba mimo ty sezení a tak dál, já jsem to v tu chvíli nepovažoval jako za nutný, ale myslím si, že ono je to vlastně hrozně důležité. Ono je to určitě těžký v základech těch pacientů, protože já pracuju v samostatné ambulanci a mám tam prostě spoustu pacientů z různějšíma problémama, a vlastně jako s každým absolvovat podrobnou diagnostiku a nějaký podrobný nastavování těch hranic a vyjasňování si toho, jak budeme spolupracovat, není asi úplně vždycky jako možný nebo ne vždy je to jako nutný, a pro mnoha pacientů například na ty neurotické úrovni by to byly takové nadbytečné informace, prostě přišlo by jim to trochu zvláštní, ale tady u těch pacientů je to opravdu důležité pro nějak jako nastavit, takže to bych určitě udělal nějak jako jinak a jak jsem říkal, nepouštěl bych se do nějakých těch osobnějších referencí a odkazů na nějakou osobní zkušenost, a možná bych k ním přistupoval méně empaticky a víc by asi reagoval na to, kdy se víc vymezuje a s tím bych jako víc pracoval, což daleko snáz mně osobně šlo, takovou zkušenost měli kolegové v rámci nějakého oddělení, nějaké komunity, kdy je ten pacient součástí nějaké skupiny a je tam i nějaký terapeutický tým, tak tam to jde daleko jako snáz, když je ten člověk potom jako v individuálu, tak vlastně pro mě samotného je někdy těžké tam být za, asi to není přesný výraz, za toho, jako přísnějšího, řekneme, nebo za toho, kdo tam především drží ty hranice a není třeba tolik empatickej, ono je to vlastně hrozně potřeba prostě.

Hmm, rozumím, hmm, děkuju. No, já se ještě zeptám, co vás na práci s klienty s hraniční poruchou osobnosti baví nebo co konkrétně vás bavilo s tou klientkou?

No, musím říct, že to je vlastně, že já v tom přece vidím určitou výzvu, ono to mě to nějak jako baví vlastně, je to něco, co je často daleko jako náročnější než terapie s pacientama s nějakýma mírnějšíma poruchama. Třeba ta terapie s nějakýma těma pacientama s neurózou nebo paradoxně třeba s nějakou schizofrenií může být třeba jako delší a rozhodně není nějak lehčí, často je to taková velmi jemná práce, a s těma hraničníma je to prostě jako intenzivní, je to jako dramatický, a takový ten faktor, že to člověk musí prostě ustát mě to vlastně baví a zajímá, přece jenom taková ta zkušenost s tím, že několika pacientům jsem zažil ta terapie prostě pomohla, že dneska jako fungují velmi dobře, tak to je samozřejmě hrozně... to je fajn žejo, vnímám, že to prostě nějak jako funguje, nutno říci, že oni jsou často velmi, velmi takový jako zábavní nebo je to takový... třeba tady ta pacientka, oni to mají jako mnozí, ono je to hodně podobný tomu, když člověk poslouchá nějakou hudbu nebo čte nějakou poezii, že je to takový jako... že čtete poezii takovou syrovější, a v člověku to fakt vyvolává ty silný emoce a takový čtení mezi řádky, že jo, oni mají taky. Oni vlastně mají takový nebo náhodou mnoho umělců má i tady tu diagnózu, že taková jako rozervanost je mi v něčem i nějak sympatická.

Hmm, rozumím, děkuju. Zeptám se, co pro vás bylo náročného na práci s touto klientkou, krom toho, že se u ní rozjela ta psychotická kompenzace, teda dekompenzace?

No krom toho, co jsem už zmínil, bylo těžký jako specificky v těch sezeních jako nacházet nějaké jako správné formulace nebo správné reflexe toho, co se nějak děje, protože jak už jsem to říkal předtím, pro ně důležitý pojmenovat

obě ty polarity, nezmínit jenom jako jednu tu polaritu, což jsme nějak jako intuitivně dělali u toho neurotického pacienta. Tak vlastně popisovat obě ty polarity a vlastně za tím jako stát, že ve mně to někdy vyvolávalo takovou jako frustraci nad tím, že to asi dělám úplně blbě, že to asi říkám úplně blbě, někde jsem nutno říci, jestli jsem přece já v ní nevyvolávám nějak nevědomě ten erotizovaný přenos, tak tady to vlastně ustat, a ustat to nějaké pochybování o sobě, to bylo jako náročný i vlastně zpracovávat ty emoce, že vlastně ty silné emoce, ke kterým mnoho kdy docházelo i v rámci ty takzvané projektivní identifikace, kdy vlastně ti pacienti tady tím obranným mechanismem vlastně nějak jako vyvolávají ty emoce, který sami nejsou schopni prožívat, tak nějak vyvolávají v těch druhých, takže vlastně tady to tam nějak ustat, to je na tom opravdu jako náročný kolikrát, velkou roli v tom hraje individuál, v rámci ty komunity nebo skupiny je to samozřejmě úplně jiná práce.

Hmm, rozumím. A jo, co si myslíte, že je pro klienty s hraniční porucho osobnosti v psychoterapii důležité?

Zase se vrátím k tomu, co jsem říkal, opravdu je hrozně důležitý na začátku, krom toho, že zdiagnostikovat samotnou tu diagnózu, tak ještě přece udělat nějaké podrobnější vyšetření nebo posouzení toho, jak na tom ten člověk je, a kam se případně může dekompenzovat, to si myslím, že je na začátku hrozně důležitý, plus teda si velmi dobře stanovit ty podmínky ty následující spolupráce včetně těch hranic. Myslím si, že jako hrozně dobrý, hrozně jako důležitý mít opravdu dobrý teoretický porozumění k tomu, co ten člověk zažívá a co se může dít na ty terapie, protože, jak říkám, tady to není úplně něco, co by se dělo jako standardně, člověk to nějak zná z literatury, ale tím, jak to nemá zažité, tak to může být v nějakých momentech dost znejišťující. Samozřejmě nějaká supervize, úplně pro začínajícího terapeuta zkušenost tady s těma pacientama nejprve, než by s tím měl zkušenost z nějakýho jako individuálu, tak zkušenost v rámci nějakýho stacionáře nebo nějakýho oddělení psychiatrického nebo nějaký komunity, myslím si, že je to hrozně jako fajn mít ten zážitek, že o tom pacientovi se může bavit i s jinýma kolegama. Třeba na těch odděleních ať už na těch závislostech nebo na tom psychotherapeutickém oddělení, bylo hrozně zajímavý to, co se vždycky popisuje, že ti pacienti mají schopnost rozeštvávat proti sobě ty terapeutické týmy, tak my jsme opakovaně zažili, že prostě někdo s tím pacientem, řekneme, sympatizoval, někdo naopak a bylo vlastně zajímavý tady to jako zpracovávat, a potom si myslím, že jako hrozně důležitý, pokud terapeut pracuje individuálně, tak opravdu mít v jednu chvíli v terapii mít maximálně jednoho až dva lidi s tady tou diagnózou, určitě ne víc. Protože opravdu nemusí se to nejprve zdát, ale v určitých momentech to může by opravdu strašně zahlcující a tady to jsem četl tady to doporučení mnohokrát, a opravdu se mi potvrzuje, jako hrozně, hrozně důležitý, a zároveň umět jako toho pacienta odmítnout na základě tady toho, vlastně umět se nějak vymezit už na začátku, když vím, že kdyby přicházel jako další pacient s tady tou diagnózou a už jich mám v terapii jednoho nebo dva, mám toho až nad hlavu, tak prostě umět jako odmítnout no.

Hmm, tak ono to možná vymezit se na začátku je jednodušší než pak v procesu.

Jasně, jasně, určitě, a tomu člověku udělám daleko lepší službu, než se ho jako ujmu, to je něco, co je do určitý míry jsem zažíval já, myslím si, že zažívá jako mnoho terapeutů, že někdy máme přece jako problém jako odmítnout nebo nějak máme v popisu práci se o toho člověka prostě postarat a tak dál, ale tady daleko líp pomůžeme, když toho člověka odmítneme.

Hmm, rozumím, no. Já se ještě zeptám, jestli vás napadá nějaký způsob, jak psychoterapeut může o sebe pečovat, když má takovýho klienta, jak vlastně může se o sebe postarat, aby to zvládal lépe jako terapeut?

My jsme v rámci ty gestalt terapii ve výcviku, tam byl takový pojem v rámci gestalt terapie obecně koncept sebedopory, který je poměrně jako širokej, a může to začínat způsobem dechu, toho, jak sedím, toho, jak dodržuju pitný režim a tak dál, tak počínaje opravdu jako tady těma věcmi, o kterých normálně jako neuvažujeme tady v ty chvíli to může být opravdu jako, nebo předtím, než ten člověk přijde, může být dobrý se nějak jako ukotvit i po tady té stránce, a každému asi pomáhá něco jako něco trošku jiného, mně osobně jako velmi pomáhá takový studium literatury, takže vlastně v ty literatuře nacházím pojmenování nebo uchopení, co sám zažívám a někdy mě to třeba

znejišťuje, tak samozřejmě supervize, ale jak jsem říkal i z vlastní zkušenosti možná i lépe jako intervize s kolegama, který mají zkušenosti s tady tou diagnózou a neznají to jenom jako z teorie, ale opravdu jako mají to zažitý z praxe.

Hmm-hmm, dobře, tak jo. Za mě je to asi vše...

...plus ještě jako, pardon, jak jsem zmiňoval předtím

Ano.

Je opravdu obrovský rozdíl oproti tomu, když člověk pracuje v tom týmu a může to konzultovat, že není na to úplně sám že jo.

No, to určitě no. To se ví no (směje se). Tak jo, děkuji vám mockrát, za mě je to vše.

Rádo se stalo.

Děkuji, že jste na mě udělal čas, a bylo to moc výživný teda.

(Směje se)

Moc zajímavý příběh. Je fajn, že jste to ustal.

(Směje se) a můžu se zeptat vás, jak jste se k tomu dostala, k tomu tématu?

Ano, já jsem se k tomu dostala tak, že jsem se nejdřív začala zabývat těmi klienty s hraniční poruchou osobnosti, protože mě to začalo zajímat vlastně, jak se chovají, jak se projevují a tak, protože já jsem neměla žádnou zkušenost, a pak když jsem k tomu začala číst nějakou literaturu, tak jsem zjistila, že teď v současné době je hodně výzkumů, co se týče DBT a KBT a tak, a vlastně když jsem chtěla zjistit, jak to vypadá, když takový klient přijde do humanisticky orientované terapie.

Jo.

Já jsem se moc nedopátrala do těch informací, takže jsem si říkala, že se toho můžu ujmout no (směje se).

Jo, je to fakt no, že vlastně v rámci ty gestalt terapie, já musím říct, jsem to takhle mezi kolegama, že jsem se bavili o tom, že vlastně že nemáme úplně k dispozici opravdu jako dobrou, z našeho pohledu, jako dobrou literaturu v rámci gestalt terapie, o kterou bysme se mohli opravdu dobře opřít, a jak jsem říkal, mi k tomu osobně sedí nejvíc ta psychoanalytická, a nejlepší mi teďko přijde ta na přenos zaměřená terapie, už vlastně některý psychologové u nás se tomu věnují a dělají to, tak to si myslím, že velmi zajímavý, mi kolegyně teďko ukazovala tu knihu, která se dá koupit v angličtině, tak to mi přijde jako velmi, velmi dobrý.

Příloha č. 6: GT2

11.11.2020 15:00, délka rozhovoru 46:36

Řeknu vám asi ještě jednou nějaké ty informace, co se týče toho výzkumu. Zkoumám vlastně, jak funguje ten terapeutický vztah mezi terapeutem a klientem, když ten klient má hraniční poruchu osobnosti, jaké to má specifika, co na tom může být náročného a jaké problémy se tam vyskytují a tak no. Takže pokud je to za vás v pohodě, tak můžeme začít.

Jasně... pojďme na to.

Úplně na začátku se vás zeptám, pokud jste měl víc těch klientů, tak jestli můžete zvolit jednoho, se kterým jste měl třeba ten delší nebo zajímavější průběh terapie?

Jo, to jsem už trochu přemýšlel dopředu, takže mám nějakého klienta jako v hlavě.

Hm, jak dlouho k vám docházel?

Nemám tam úplně záznamy, ale s přestávkami 5 až 6 let.

Hm-hmm, tak to je docela dlouhá doba. A pamatujete si, s jakým problémem k vám přišel?

To, s čím přišel, byla taková trochu obsedantní porucha, on byl podnikatel, živnostník, a byl schopen strávit hodiny tím, že přemýšlel o tom, jakému podnikání se věnovat, a pak to z nějakých důvodů zavrhl. A tohle to byl schopen dělat klidně 5 až 10 hodin denně, opravdu takhle neustále obsedantně přemýšlel a pak to zavrhoval, a vlastně téměř nestihl nic jiného, protože to zabíralo obrovské množství času, a vlastně měl dojem, že selhává, že není schopen nic vymyslet ani nic dělat.

Hm-hmm, takže měl pocit, že selhává... a jak jste k tomu přistupoval?

Tak jestli si to pamatuju dobře, tak jsem k tomu přistupoval tak, že jsem se více ptal na jakoby emoce, které prožívá, a snažil sem se ho více ptat na běžné oblasti jeho života mimo tohle to přemýšlení.

A prožíval u toho nějaké emoce?

No emoce u toho ze začátku neprožíval, ale pak právě vlastně jsme se dostali k nějakému pocitu selhávání a vlastně i k velkým úzkostem jsme se dostali postupně, k velkým úzkostem a agresí dalo by se říct, to téma pak terapii přesunulo někam úplně jinam.

Jasně, když on k vám přišel, tak jste vlastně nevěděl, že on má hraniční poruchu osobnosti?

Ne, nevěděl, neměl ji diagnostikovanou, já jsem si ji diagnostikoval sám, když on byl v psychiatrické péči a měl antidepresiva na trochu deprese a úzkosti, spíš na úzkosti, i když pak měl deprese.

Jak přibližně probíhalo vaše sezení a jak často k vám docházel?

No, to se velmi měnilo, docházel jednou až dvakrát týdně, velkou část docházel dvakrát týdně, a to se velmi měnilo, asi nejčastěji ty sezení vypadaly tak, že on přišel zavalen nějakou silnou emocií, často to byla agrese, nebyl naštvaný na mě, ale přicházel jako s velkou agresí... a s úzkostmi, taky s nějakými obavami, úzkostmi, o těch více mluvil ne že by je přinášel. A pak v nějaké fázi byl velmi silně sebevražední, takže měl takové myšlenky... s takovou jako deprezi.

Takže velká část tehlé práce, když třeba byl agresivní, tak byla zklidňovat nějak jeho emoce jo, pracovat na tom, aby se zklidnil, nějak uvádět to naštvání do kontextu toho, co se mu děje.

A ta agrese byla směrem jako k lidem nebo?

K lidem, k lidem, to byla hodně agrese k jeho mamě a sestře, že měl dojem, že ho zneužívají, pak měl takový období, kdy byl opravdu velmi agresivní na prostě různé lidi, který potkal, když byla dlouhá fronta na poště a on tam čekal, a někdo chtěl předběhnout nebo viděl, že té paní za tou přepážkou něco trvá hrozně dlouho, tak to dostal úplně záchvat agrese a byl schopen na tu paní rvát nebo byl schopný se poprat klidně, což myslím si, že nikdy úplně neudělal, nedošlo ke fyzické agresi, ale několikrát byl velmi namále a pak by třeba přišel a byl ještě stále naštvaný, že se takovýhle věci dějou, že se předbíhá nebo nedělá dobře svoji práci, různě, takže měl takové záchvaty agrese a nebyl schopný se zklidnit, kolik hodin by mohl být ještě naštvaný.

Bylo to intenzivní a podařilo se to nějak zmírnit tu jeho agresi?

No jakoby v průběhu času, on tak jako by se střídal s takovými návaly agrese... bylo třeba půlroční kdyby byl hodně naštvaný a pak by se to proměnilo v takovou depresi spíš, že začal úplně uzavírat před svými. On měl teda takovou výhodu v nevýhodě, že měl podnikání, vlastnil několik obchodů, které vydělávaly, a on vlastně se nemusel, vlastně nemusel nic dělat, protože on tam měl prodavačky, měl prostě lidi, který celý ten provoz zajistili, a on vlastně nemusel vůbec pracovat, což byla jako výhoda a nevýhoda, protože měl obrovský čas jakoby pro sebe a byl ztracený v tom čase. Takže bylo období velké agrese, pak bylo depresivní, že on měl dojem, že je nepoužitelný, že je nefunkční, byl velmi sebevražedný, měl opravdu sebevražední tendence až takové, že prodal všechny věci ve svém bytě, že napsal všem svým blízkým, že odchází a loučil se se světem, a pak to neudělal, ale vypadalo to, že to myslí vážně, že opravdu v nějaké fázi chtěl ze světa odejít. Takže se to takhle střídalo, vlastně ty agrese se střídaly s úzkostmi, když se opravdu bál jít ven, opravdu trávil hodně času doma, bál by se vůbec vyjít mezi lidi, a měl jako velké úzkosti opravdu, takové úzkostní stavy.

Rozumím, a když zůstaneme u těch úzkostí, byly tam nějaké určité spouštěči těch úzkostí nebo jak to bylo?

No vůbec jako kontakt s lidma byl pro něj velmi úzkostňující, jako on se s druhýma lidma se cítil být ohrožen, a buď na to reagoval agresivně nebo naopak úzkostně, měl obrovský strach z žen, měl dojem, že ho ženy jako můžou ovládnout, že ho budou manipulovat, že ho zatlačí tam, kam budou chtít jo, že ho jako ovládnou, že s ním budou manipulovat, že si cítí být podobně ovládan mámou, sestrou, měl starší sestru, tak měl strach, že ty ženy tím, že se mu budou líbit, tím získají nad ním nějakou převahu, že on je bude potřebovat a ony ho ovládnou a budou se s ním zahrávat jako kočka s myší, takže z toho měl taky obrovské, že měl obrovský strach chodit mezi lidí, takže takové jako období kdyby se bál úplně vyjít jako na ulici... to trvalo celou dobu, že on měl vlastně silnou sociální fobii dalo by se říct, že on byl schopen jako jezdit hromadní dopravou, všude jezdil svým autem, a to tak, že s bytu sjel do garáže, tam se nasedl do auta a jel kam potřeboval, zaparkoval co nejbliž, aby byl co nejmíň na ulici, takže měl takové různé stavy.

A co se týče těch sebevražedných tendencí, měl k tomu nějaký důvod, proč to chtěl udělat?

No, on měl dojem, že jakože jeho život nemá smysl, že nikdy nebude mít žádný vztah, že nic nedokáže pořádného v životě jo, byl to pokus o bilanční sebevraždu, že má silné deprese, že má úzkosti, myslí, že se bojí lidí, že se bojí žen, a buď na to reagoval agresivně nebo úzkostně, ale vlastně i ta terapie mu pomohla na sebe získat nějaký nadsled, a v tom nadsledu vlastně viděl, jak hrozně trpí, tím, že nemůže nic moc dělat, jako ta terapie sloužila k tomu, aby ty emoce dokázal nějak zklidnit, aby si více rozuměl, ale on se vnímal jako člověk velmi úspěšný, že měl velké ambice, jak by chtěl být velký podnikatel, ale to se nezařídilo, takže se cítil být takový selhávající, a z toho pak plynuly ty sebevraždy.

Rozumím, a když jste zjistil, že on má ty sebevražední tendence, jak jste k tomu přistupoval? Měli jste nějaký kontrakt nebo domluvu?

No jasně, tak jako měli jsme kontrakt, já na sebevražední kontrakty nevěřím, když člověk chce spáchat sebevraždu, tak to spáchá tak jako tak, jo jako domlouval jsem se s ním, říkal jsem mu vždycky jako na konci hodiny, říkal jsem, že slyším, že chce spáchat sebevraždu, ale počítám s tím, že dorazí příště, říkal jsem, že mi by to bylo hrozně líto, kdyby ze světa odešel, jsem se snažil být více osobní. Nicméně, ještě důležitá věc je, říct, že postupně jsem získával nějakou důvěru v to, že on se vždy jako, když byl opravdu, pak jsme měli kontrakty kolem kontaktování, někdy měl tendenci telefonovat v noci, tak jsem s ním měl kontrakt, že mi nebude telefonovat po 7. hodině večer a mezi 7. hodinou večer a 8. hodinou ráno, prostě že telefon nebudu brát, a víkendy taky, a že on bude kontaktovat krizové centrum, a pak jsem zjistil, že on to několikrát opravdu udělal, že kontaktoval krizové centrum, nebo založil nějaký web, který se týkal sebevraždy, a tam jako sdílel s lidmi, proč chtějí spáchat sebevraždu, pak jsem zjistil, že on si dokáže sebe jako podpořit když je ve velké krizi, už tohle to vlastně bylo podpůrné.

Jo, rozumím, hmm, děkuji. Zeptám se, jaký jste s ním měl vztah na začátku a potom?

Jasně, jako komplikovaný, jak si dovedete představit z toho, co jsem říkal. V nějaké fázi jsem o něj měl opravdu jako velkou obavu, o něj a jeho okolí, protože bylo vidět, že je prostě nebezpečný pro sebe a okolí potenciálně, měl jsem s ním určitě soucit, měl jsem ho rád, protože bylo vidět, jak vlastně trpí a jak se snaží hodně se sebou nějak lépe naložit a tím jak trpí, jeho život je velmi limitovaný, ale jako jo, necítil jsem se já sám ohrožen, ale nějak jsem vnímal to ohrožení, ve kterém žije, byly období v terapii, kdy jsem se bál o něj, nebo o jeho blízké, o to, že opravdu jako ublíží, v průběhu jsem získával nějakou důvěru, že on vlastně nějakým způsobem sebepodpůrný, možná díky té terapii, těžko říct, že si nikdy nějak neublížil, vlastně nikdy nikomu nějak neublížil, občas se dostal do nějakých slovních hádek nepřijemných, ale vlastně nebylo to, že by někoho doslova fyzicky napadl, nebo vlastně tu agresi dokázal vždy nějak uhlídat. Takže jedna věc byla nějaký soucit, jako měl jsem pro něj nějaký pochopení, porozumění určitě, a druhá věc, že jsem měl obavu o to, jak to bylo celkem se to střídalo.

Rozumím, hm, děkuju, a proměňoval se ten váš vztah během těch 6 let?

Jo, no to jsem vlastně víceméně říkal, že ze začátku jsem ho neznal, pak začala růst ta obava o něj o lidi kolem, a jak pak vlastně jsem mu nějak více důvěřoval, že dokáže být pro sebe nějakým způsobem podpůrný, vlastně byl často bez hranic, pak se ukázalo že měl nějaké vnitřní hranice, co by třeba neudělal nebo naopak, co by pro sebe udělal, že měl nějaké vnitřní hranice, jestli je vybuďoval tou terapií nebo předtím, těžko říct, ale čím dál tím více měl.

Hm-hmm, když už jsme u těch hranic, docházelo někdy k překračování těch vašich hranic z jeho strany?

Vlastně to jediné co nastávalo, bylo ze začátku měl tendenci mě kontaktovat ve večerních hodinách jako když byl opravdu v silných emocích, a tam jsem byl až trochu znalý teorie a taky pomocí supervize, tak jsem věděl, že si musím stanovit nějaké hranice, to je to co jsem říkal, jsem říkal, že jsem mu řekl, že mi může volat v určitou dobu, pokud mě kontaktuje emaile, tak neslibuju, že mu budu odpovídat, ale to co mi napsat můžeme probrat na další hodině, a o víkendu, pokud by byl v nějaké krizi, ať se obrátí na krizové centrum, což on občas udělal. No a pak jasně hranice těch sebevražď, no tam prostě já jsem s ním vždycky jako zdůrazňoval, že příště dorazí, do příště si prostě nic neudělá, a víc než bych psal nějaký kontrakt, jsem upřednostnil lidský... že jsem mu říkal, že vůbec neumím představit že by nežil, že je to pro mě nepředstavitelné, že je mi to vlastně líto.

Hmm, a co to s ním dělalo když...?

On na to nějak jako zvlášť asi nereagoval, on nedával nic moc najevo, někdy říkal, že za sebe nemůže zaručit, ale já jsem mu to zopakoval, že počítám s tím, že příště dorazí.

Tak ale je to moc hezký, když to říkáte klientovi, že by vás to mrzelo, tím dáváte najevo, že k tomu klientovi máte nějaký dobrý vztah.

Jo, to mi přijde užitečnější než chladný kontrakt, který člověk dodržet nemusí, kdyby to chtěl udělat, tak to stejně udělá.

A taky mi přijde fajn, že jste už na začátku ošetřil ty hranice, že jste nečekal až na tu chvíli až by to bylo fakt moc.

Tak on to jako porušil, asi jako já si to už nepamatuju přesně, ještě tam něco nastalo, že on měl tendenci mi volat nebo mě nějak kontaktovat brzy ráno nebo večer, takže jsme to pak jako, ne že se to jako nestalo, ale znalej i teorie i jsem vlastně měl předtím takovou jednu paní, která byla sebevražedná, která mě vyškolila v těch hranicích, věděl jsem, že v tom je potřeba být jednoznačný.

Chápu, chápu, a účastnil jste se v té době supervize?

Jo.

A přinášel jste tam nějakou situaci s tímto klientem?

No jasně, to jsem supervizoval v nějaké pravidelnosti, třeba jednou za měsíc, teď už nevím, ale pravidelně jsem supervizoval.

A vybavujete si nějakou situaci, kterou jste tam přinášel?

Takhle úplně konkrétně si vybavuju závěr terapie, ale... počkejte... třeba jsem supervizoval to s těmi hranicemi, z toho jsem si odnesl, že je potřeba být jakoby bez ohledu na to, v jakém je stavu, být tvrdý nebo jednoznačný, to jsem supervizoval, i vlastně ta supervize pomohla si uvědomit, že on ty hranice respektuje, to je jedna věc a že on v nějaké fázi se chová v něčem sebedopůrně přesto všechno, ale supervizora jsem viděl mnohokrát, těch hodin bylo víc.

Jasně, chápu, a když tomu klientovi nebylo líp, jak jste se s tím vyrovnával?

Nějak asi zvlášť, tak já jsem s tím počítal, že takový člověk s takovou diagnózou se nebude zlepšovat, jo to jsem s tím nějak počítal, že to takhle bude, a bylo to jako náročné nebo byla to s ním taková nejistota v tom, že v jakém stavu zrovna přijde, že opravdu přicházel ve stavech, které byly náročné, byl úzkostní, stažený, velmi agresivní, tak v tom to byla taková nejistota.

Chápu, hm, děkuju. Bylo-li něco, co vás na práci s tím klientem bavilo?

Bavilo, no, tak jak to popisuju, tak ono to opravdu bylo náročné... asi mě bavilo to, že postupem času měl větší důvěru, to je jedna věc, a že ten vztah byl mezi námi otevřený, že jsem někdy říkal věci, které mu asi nebyly úplně příjemné, on je nějakým způsobem vzal nebo jsme se o nich bavili, jo, že jsem k němu mohl být docela otevřen a on ke mně taky, ten vztah byl nějakým způsobem v tomhle směru otevřený a důvěrný zároveň, asi by se to dalo takhle říct, a to v průběhu té doby jako narůstalo.

Hmm, rozumím, děkuju, a bylo-li něco co vás naplňovalo v práci s tímto klientem?

No to je vlastně to, co jsem říkal, někdy se mu dařilo, je to s těmi lidmi s hraniční poruchou práce pořád dokola, přijde se silnou emoci, v průběhu půlhodiny se mi podaří ho nějak zklidnit, ale příště přijde v úplně stejném stavu, a opakuje se to stokrát prostě, je to prostě únavné nebo je to vyčerpávající, to je to, co je náročného, ale co mě naplňovalo, tak

to asi to, co jsem říkal no, že jsem viděl, že tam nějaká důvěra ve mně, a že do nějaké malé míry, ale přece jenom, přestože jeho emoce byly takové zahlcující, že ho do nějaké míry můžu ovlivnit, asi to by bylo ono.

Hmm, chápu, jo, už jste se zmínil, že tam bylo náročné, že se nezlepšoval, stejná situace se mohla opakovat stokrát, a napadá vás ještě něco náročného?

No spíš ten pocit ohrožení velký, který jsem s ním spolu zažíval, že opravdu člověk si nebyl stoprocentně jistý, jestli v jakém stavu přijde, jestli opravdu konec konců nespáchá sebevraždu, jestli neudělá opravdu závažný trestní čin, svým způsobem násilnický, právě takhle ta nejistota, určitě pocit ohrožení, který jsem v sobě nějak nesl i za něj, tak ten nebyl jednoduchý, ten byl náročný.

Hm-hmm, chápu, a bylo-li něco, co tu práci brzdilo?

To asi nevím, tak jako brzdilo ten vůbec stav, ale nevím, jestli by brzdilo, to asi nevím o ničem.

Hmm, tak taky tam nemusí nic bejt žejo, vy jste říkal, že k vám byl otevřený, to je fajn, a jo, jak váš vztah byl ukončen?

Ukončen jasně, to je to, o čem jsem začal mluvit, no vlastně se pak stalo to, že po asi, teď nevím přesně po asi pěti letech, on vlastně říkal, že už má dojem, že mu nemám co dát a že by chtěl zkusit nějakého jiného terapeuta, a já jsem říkal, jo jasně, zkuste, tak jsem někoho doporučoval, ti lidi ho nevzali, a on pak po nějaké době si našel někoho jiného, začal tam chodit a chodil tam si půlroku, možná víc, a pak po nějakém půl až tři čtvrtě roce zase napsal, a že zjistil, že ten člověk, že je to úplně stejné a že by se chtěl ke mně vrátit, a já jsem si tehdy uvědomil, že s ním pracovat nechci, že už toho bylo dost, prostě že to bylo fajn, ale že v tom nechci pokračovat, takže tehdy jsem byl na supervizi, kterou si pamatuju, takže jsem mu napsal, jakože že jsme spolupracovali dlouho, a že se snažím dát svým klientům to nejlepší, a že on mi sám předtím před půlrokem říkal, že už v naší spolupráci úplně smysl nevidí, a že jsem s tím vlastně souhlasil, že už s ním dál pracovat nechci, a že si myslím, že už nemám co mu dát, a on teda tím byl šokován, domluvil se se mnou, že by teda chtěl přijít a promluvit se o tom osobně, a takže přišel, a já jsem mu to v podstatě dva nebo třikrát zopakoval to samé, že to teda takhle je, a on jakoby prostě byl z toho očividně... se mu to jako nelíbilo, byl nespokojený, ale říkal, že nemůže nic s tím dělat a že to akceptuje, a pak mi asi po... teď nevím, mělo to několika násobnou dohru, pak mi po několika měsících napsal, že z toho byl v šoku, že jsem ho jako odmítnul, ale vlastně teď z pohledu zpátky, že vlastně jakoby rád, že to byla pravda, že si myslí to, co pro něj mohla psychoterapie nabídnout, se vyčerpalo, a že v tom chtěl pokračovat jenom jako ze zvyku, ale zjistil, že ta terapie nic dalšího nabídnout nemůže, a že to jako přijímá, že to vlastně, že bychom si to vlastně jenom zbytečně prodlužovali, a pak mi, to je jenom taková dohra, asi před dvěma nebo třema lety poslal zprávu od toho psychiatra, a ten psychiatr tam píše, že vysazuje léky a že ho v podstatě považuje za zdravého.

Hmm, tak to je fajn.

To mi jenom poslal jako, ale nic o něm nevím, to mi jenom tak poslal a že zpětně děkuje.

Chápu, a během těch šesti let, co k vám docházel, podařilo se mu navázat vztah se ženou?

Ne, ne, a obávám se, že nikdy nenaváže, ale nevím to, tipoval jsem, že spíš ne, ale člověk nikdy neví, předpokládal bych, že asi žije sám, ale nenapsal mi našel jsem ženu, vzali jsme se a máme spolu dítě, spíš bych tipoval, že ne, protože on opravdu v tomto směru opravdu velmi jako poškozený, jestli to mám takhle říct.

Hmm, má tam nějaké trauma, vnímám to tak.

Trauma, hm-hmm.

Tak jo, děkuju. Zeptám se, co si myslíte, že je pro klienty s hraniční poruchou osobnosti důležité?

No myslím si, že jsou důležité dvě věci, a to jako není to nic nového, jedna je terapeuti často mají dojem, že lidi, kteří jsou hraniční, jimi manipulují, což podle mě není vůbec pravda, že manipulují, prostě jenom prožívají silné emoce, které je zaplavují, reagují velmi extrémně ohroženě, reagují silnými emocemi a pocitem ohrožení, že je třeba odmítnou, nebo když jsem já terapeut, nesplním, co oni očekávají, jo opravdu jsou tím velmi nároční, ale není to záměrná manipulace, je to prostě tím, že ti klienti jako odmítnutí nebo takhle jako velmi intenzivně prožívají, to si myslím, že je velký jako omyl. Takže myslím si, že je důležité mít opravdu takové pochopení, jak jsou těžké situace, jak je jim opravdu špatně.

No taková empatie asi?

Empatie nebo mít pochopení, a je to velmi těžké, a druhé, co je strašně důležité, jsou víceméně velmi jednoznačné hranice, jo s hraničními klienty se říká prostě pevné hranice, jasně, hranice jsou tam nejdůležitější, ty hranice vlastně terapeutovi umožňují dát tomu klientovi, aby uměl ohraničovat ty své emoce, nějakým způsobem strukturovat své emoce, které pro něj zaplavující, takhle kombinace těch dvou věcí je velmi náročná no, jakože mít pro toho člověka empatii a zároveň být jako velmi tvrdý někdy, až na úrovni riskování toho, že když vám člověk řekne, že je sebevražední, že nechcete aby vás po 20. hodině kontaktoval, volal někoho jiného jinde, je to takové z hlediska obecné morálky jako je to velmi tvrdé, ne že jako neposkytujete člověku pomoc, když potřebuje, ale zároveň je to nevyhnutelné, protože člověk může úplně zruinovat toho terapeuta svým způsobem, pokud bude třikrát týdně volat ve tři hodiny v noci, že se sebevraždí, opravdu je to... já sám ne, ale zaslechl jsem to ze supervizí, tak to může opravdu život toho terapeuta hodně vyloženě poškodit. Takže kombinace těch dvou věcí: na jedna věc je empatie, pochopení pro jeho trápení a druhá věc jsou hranice.

Hm-hmm, a zeptám se, co byste doporučil začínajícím psychoterapeutům?

No jasně no, tak jako nejtěžší je toho člověka odhadnout a asi to, co jsem říkal, snažit se nemít moc lidí, který jsou takhle komplikovaní, to určitě, pro ty terapie to velmi náročné, na většinu klientu terapeut v noci nemusí přemýšlet, jestli zrovna nesevraždí, jestli přežijou do příští konzultace, to vlastně hrozně náročné, zatěžující. Takže nebrat si takových lidí moc, ideálně si myslím, že jednoho, doporučoval bych mít pevné hranice, z moje zkušenosti je že většina začínajících terapeutů si prožije alespoň jednoho takového klienta, který je těm hranicím jakoby naučí, že opravdu jim začne velmi intenzivně zasahovat do života tím že prostě kontakty v noci a tak, takže důležité je stanovit si nějaké mantinely v ty terapii a ty prostě dodržovat za každou cenu nebo asi ne stoprocentně, ale víceméně dodržovat. Lidé se do té profese vrhají, protože chtějí druhým pomáhat a tady je to velmi těžké vidět jako pomoc, když ten člověk v 10 hodin vám volá a vy ho odmítnete, že to úplně nevypadá jako pomoc, to vypadá jako odmítnutí, ale ve skutečnosti to je pomoc, to je velmi užitečná pomoc, protože tím se člověk právě učí ty hranice, ale není to jednoduché no.

Zeptám se, napadá vás ještě nějaký způsob, jak psychoterapeut může o sebe pečovat, když má takového klienta?

No, tak jako jakýkoliv jiný, supervize, nebo nějaké intervize jo, prostě nějakou podporu pro sebe, nemít podobných klientů moc, jo jako vlastní terapie, vůbec mít nějaké formy sebedopory nebo prostě odreagování, člověk prostě má v životě něco, co ho baví, něco jiného než ta terapie, aby se mohl odpojit a dělat něco jiného, je to taková obecná hygiena duševní.

Hmm, a mohu se zeptat, jakou vy máte sebedoporu nebo ten způsob třeba odreagování?

No, to nevím, jestli jsem úplně dobrý příklad, tak já se přepínám mezi tím, že dělám terapie a učím, vlastně tohle je dobrá kombinace, to mi vlastně umožňuje jednak se od té terapie úplně vzdálit a se na ni podívat z odstupem, a je to prostě jiná forma kontaktu, jako učení, více podpůrná, protože člověk je s kolegy, to je jedna věc, tak jako kontakty

s kolegy, což je určitě taky možné, protože máme nějaký tým, se kterým se scházíme, supervize chodím jednou týdně pravidelně leta letoucí, snažím na ty věci nebýt sám. Ještě jsem vlastně zapomněl, to se vracím ke předchozí otázce, k podpoře, že si myslím, že je dobré u lidí, který jsou opravdu takhle nároční, tak mít, aby ten člověk vlastně byl zasíťován – byl psychiatricky léčen, i když říkají, že žádné léky na poruchy osobnosti nejsou, ale můžou ty emoce nějakým způsobem, třeba když jsou úzkosti, tak ty úzkosti můžou snižovat léky, takže ještě je dobrý spolupracovat vlastně s nějakými jinými institucemi, psychiatrie, nebo pokud je to možné doporučit toho člověka pro stacionář, skupinovou terapii, aby tam bylo více spolupráce s více odborníky. Ještě odpovím na to předtím, jakou mám podporu, no tak prostě snažím se trávit čas s rodinou, být v přírodě, dělat věci, které mě baví, asi tak, snažím se pečovat o svoje tělo, prostě tím, že cvičím jógu, abych se ve svém těle cítil nějak jako pohodlně nebo příjemně, snažím se meditovat, abych vytvářel nějaký odstup od toho všeho, tak takhle prostě různě, abych prostě měl svůj vlastní svět, život jako oddělený.

Hm-hmm, jasně, hmm, tak jo, děkuju, za mě je to vše teda.

Jo, tak jo, jsme to celkem pokryli.

Příloha č. 7: Informovaný souhlas

Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru a dalších informací pro bakalářskou práci: Humanisticky orientovaná psychoterapie hraniční poruchy osobnosti

Držitel souhlasu: Vasilisa Tolkacheva, Zlatá 189, Zlatá, tel: 776 214 343

email: tolkacheva.vasilisa@gmail.com

Předmět a provedení: Výzkum se zaměřuje na zkušenosti psychoterapeutů, kteří měli ve své péči klienta s diagnostikovanou hraniční poruchou osobnosti.

Výzkum je prováděn v rámci zpracování bakalářské práce na Pražské vysoké škole psychosociálních studií, obor Psychologie.

Výzkum bude veden formou rozhovorů. Průběh rozhovoru bude nahráván a ze zvukového záznamu bude následně pořízen doslovný přepis, který bude dále analyzován a interpretován. Zvukový záznam bude sloužit pouze pro potřebu doslovného přepisu a bude k dispozici pouze Vasilise Tolkachevé. Doslovný přepis **bude důsledně anonymizován** tak, aby byla zaručena anonymita a ochrana všech osob zmíněných v průběhu rozhovoru a **aby nebylo možné tyto osoby na základě anonymizovaného přepisu identifikovat**. Zejména budou změněna všechna jména osob a míst.

Zvukový záznam a doslovný přepis bude Vasilisa Tolkacheva uchovávat u sebe.

Doslovné citace částí anonymizovaného doslovného přepisu mohou být použity v závěrečné bakalářské práci.

Prohlášení:

Souhlasím s poskytnutím rozhovoru a dalších souvisejících informací. Rozumím výše uvedenému textu a souhlasím s jeho obsahem.

Rozumím tomu, že obsahem rozhovoru a dalších informací mohou být i osobní a citlivé záležitosti a obtížná témata.

Rozumím tomu, že nemusím odpovídat na obtížné nebo nepříjemné otázky. Rozumím tomu, že mohu úplně zrušit moji účast na výzkumu.

Jméno a příjmení:

Jak dlouho máte psychotherapeutickou praxi? (v letech):

Datum a podpis:

Bibliografické údaje

Jméno a příjmení autorky: Vasilisa Tolkacheva

Studijní program: bakalářské prezenční studium psychologie

Studijní obor: Psychologie

Název práce: Humanisticky orientovaná psychoterapie hraniční poruchy osobnosti

Počet stran (bez příloh): 55

Celkový počet stran příloh: 53

Počet titulů české literatury a pramenů: 6

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 18

Počet internetových odkazů: 0

Vedoucí práce: Mgr. Eva Dubovská, PhD.

Rok dokončení práce: 2021

Počet znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh):

Přímé citace: 16 678

Ostatní text: 90 483

Celkový počet znaků: 107 161

Název souboru umístěn na doprovodném CD

Název souboru ve formátu PDF:

BP_Tolkacheva_Humanisticky_orientovana_psychoterapie_hranicni_poruchy_osobnosti

**Posudek vedoucího/øponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Vasilisa Tolkacheva

Obor studia: Psychologie

Název práce: Humanisticky orientovaná psychoterapie hraniční poruchy osobnosti

Vedoucí/øponent práce: Mgr. Ing. Eva Dubovská, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 55

Počet stránek příloh: 53

Počet titulů v seznamu literatury: 24

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

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová přílèhavost 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			
--	---	--	--	--

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			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

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

	x			
--	---	--	--	--

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			
--	---	--	--	--

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

	x			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Co bylo pro Vás při Vašem výzkumu nejtěžší?

Jaký je podle Vás dopad nedávné situace s COVID19 na psychoterapii HPO?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Teoretická část práce se věnuje tématu hraniční poruchy osobnosti, její léčby a vybraným terapeutickým směrům, které se této léčbě věnují. Teoretická část je zpracována kvalitně za použití dostatečného objemu odborné literatury, kde převažují zahraniční zdroje.

Praktická část práce si klade za cíl zjistit, jak se s HPO pracuje v humanisticky orientovaných typech psychoterapie a představuje tematickou analýzu polostrukturovaných rozhovorů se 6 participanty. Oceňuji náročnost získání vzorku a provedení rozhovorů, rozhovory jdou dostatečně do hloubky, je vidět, že autorce se povedlo navázat důvěrný kontakt s participanty.

Tematická analýza je realizována pečlivě a metodicky správně, autorka v analýze zachytává důležité a zajímavé souvislosti, výsledky jsou navíc prezentovány čtivou formou.

Silné stránky:

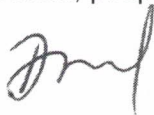
- kultivovaná práce s textem
- pečlivě provedená analýza, zajímavá zjištění
- Těžce dostupná vzorka participantů

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

Navrhovaná klasifikace:

Výborný

Datum, podpis:



* nehodící se, škrtněte

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

Jméno a příjmení studentky: Vasilisa Tolkacheva

Obor studia: Psychologie

Název práce: Humanisticky orientovaná psychoterapie hraniční poruchy osobnosti

Vedoucí práce: Mgr. Eva Dubovská Ph.D.

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

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 55

Počet stránek příloh: 38

Počet titulů v seznamu literatury: 24

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

Výběr tématu

Závažnost tématu

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

Oborová přílehlavost 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)

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

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

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

Využití výzkumných empirických metod

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

Využití praktických zkušeností

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

Obsahová kritéria a přínos práce

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

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

Naplnění cílů práce

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

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

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

Návaznost kapitol a subkapitol

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

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

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

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

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

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Otázka k obhajobě:

Mohla by autorka stručně a konkrétně pojmenovat klíčové terapeutické faktory humanistického přístupu ke klientům s HPO?

Jaká vidí slabá místa resp. kritické hledisko takto orientované pst.?

Předkládaná práce splňuje nároky kladené na bakalářské práci. Autorka ve své práci zkoumá přístup humanisticky orientovaných terapeutů ke klientům s hraniční poruchou osobnosti. **Téma práce je plně v souladu se studovaným oborem.**

Autorka rozčlenila bakalářskou práci standardně na teoretickou a empirickou část. Teoretickou část rozčlenila na 3 hlavní části: 1. Popis dg. hraniční poruchy os. (HPO). 2. Druhy léčby 3. Psychoterapeutické přístupy k léčbě HPO. V praktické části prostřednictvím kvalitativní výzkumné metodologie provedla tematickou analýzu polostrukturovaných rozhovorů s 6 humanisticky orientovanými psychoterapeuty. Cílem výzkumné sondy bylo zjistit Jak humanisticky orientovaní psychoterapeuti přistupují k léčbě pacientů s HPO? Jak se u psychoterapeutů projevuje humanistický přístup?

Připomínky obsahové:

Ocenit musíme zejména volbu tématu. Humanisticky orientované přístupy se v ČR dosud těší jen malému badatelskému zájmu.

Otázky týkající se přístupu humanisticky orientovaných terapeutů k diagnostické kategorii HPO by mohla být více vytěžena směrem k formulování vlastní humanisticky orientované diagnostiky. Autorka užívá pojmy převzaté z mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 založené na jiném paradigmatu. Chybí mi větší kritický pohled autorky na tuto diagnostickou kategorii, na její jazyk a na objektivizující pojetí onemocnění. V závěru slibně rozvíjí např. témata křehkosti, vysoké intenzity prožívání aj.. pozorovatelné u lidí s dg. tzv. HPO, nebo nutnou jemnou práci terapeuta apod.. Tyto připomínky již však přesahují nároky kladené na bakalářskou práci. Doporučil bych autorce se těmto tématům věnovat v dalším magisterském studiu a využít výzkumnou sondu jako předvýzkum pro další bádání.

Formální:

Formální nedostatky jsou minimální, pouze zanedbatelné formulační nejasnosti.


Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

V teoretické části práce prokázala schopnost práce s odbornou literaturou a dalšího systematického shromažďování informací o tématu humanisticky orientovaných přístupů v psychoterapii a o HPO. V empirické části práce autorka prokázala schopnost sebrat hodnotná data použít kvalitativní metodologii a srozumitelně interpretovat data.

Navrhovaná klasifikace: **výborně**

Doporučení k obhajobě: doporučuji*

Datum, podpis:



*

nehodící se, škrtněte