

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

Diplomová práce

**KOMUNITNÍ TERAPIE PORUCH
OSOBNOSTI**

**THERAPEUTIC COMMUNITY TREATMENT OF
PERSONALITY DISORDERS**

Vypracoval: Ing. Radoslav Ernest
Vedoucí práce: doc. PhDr. Jiří Šípek, CSc.

Praha 2007

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně a že jsem uvedl všechny použité prameny a literaturu.

V Praze 10. 12. 2007

Radoslav Ernest

Barunce

a

všem klientům, kteří souhlasili se svojí účastí ve výzkumné studii

Abstrakt

Předkládaná práce si klade za cíl představit terapeutické komunity pro poruchy osobnosti. Ačkoli se u nás jedná o nový model terapie závažné osobnostní psychopatologie, jeho hlavní principy byly formulovány již před šedesáti lety anglickým psychiatrem Maxwellem Jonesem a od té doby jsou rozvíjeny v desítkách terapeutických komunit po celém světě.

V první části jsou shrnuty současné poznatky o poruchách osobnosti jako takových. Důraz je přitom kladen na nastínění různých psychologických teorií poruch osobnosti, jejichž poznatky se nejčastěji uplatňují v terapeutické praxi. Je konstatováno, že tyto přístupy si vzájemně neodporují a nepopírají se a je proto užitečné chápat jejich přínos komplementárně. Dále jsou vyzdvihnuty některé specifické problémy spojené s psychoterapií poruch osobnosti a jejím empirickým výzkumem.

Konceptu terapeutické komunity je věnována pozornost v další části práce. Jsou prezentovány jeho základní charakteristiky, které jej v mnohém odlišují od tradičního medicínského modelu: v demokratických terapeutických komunitách se klienti a odborní pracovníci spolupodílejí na vedení komunity, je kladen důraz na aktivní podíl klientů na terapii vlastní i druhých a na přijetí zodpovědnosti za svá rozhodnutí. V dalším textu jsou představeny důležité psychické procesy a změny, které jsou tímto strukturním rámcem podporovány. Jsou také uvedeny nejčastější kritické výhrady k metodám práce v terapeutických komunitách.

Kapitola o výzkumu terapeutických komunit tvoří přechod k poslední části práce, v níž je prezentována studie probíhající v Kaleidoskopu, první terapeutické komunitě pro jedince s poruchami osobnosti u nás. Je představen design výzkumného projektu pro sledování efektu tamního terapeutického programu a jsou popsány výsledky prvních statistických analýz dosud nashromážděných dat. Na jejich základě je konstatováno, že klienti tohoto zařízení se shodují v intenzitě psychopatologické symptomatiky s klienty v zahraniční úspěšně provozovaného modelu a že se v osobnostní psychopatologii naopak odlišují od jiného stávajícího psychiatrického zařízení u nás. Další výsledky přinášejí důležité implikace pro práci se zájemci o terapii během vstupního výběrového procesu.

Abstract

The purpose of this thesis is to present therapeutic community treatment of personality disorders. Although in the Czech Republic this model represents a new therapeutic approach to the serious personality psychopathology, its principles were formulated already some 60 years ago by the British psychiatrist Maxwell Jones and are being developed in dozens communities all over the world.

The first section of this work summarizes present knowledge in the field of personality disorders. The stress is laid on introducing the different psychological theories of personality disorders which are most often applied in the therapeutic practise. It is claimed that these different approaches do neither contradict nor deny each other. Hence it is useful to understand their contributions complementary. Then there are highlighted some of the specific problems related to the psychotherapy of personality disorders as well as to its empirical research.

The concept of therapeutic community represents the subject in the next section of the work. Basic characteristics of this concept, which are different in many aspects comparing to traditional medical model, are being introduced: in democratic therapeutic communities both clients and staff participate in community's management; clients take an active part in their therapy as well as in the therapy of fellow clients; holding the responsibility for one's decisions is being stressed. Next chapters discuss the important mental processes and changes, which are supported by this structural frame. Other topics cover most common critical objections to methods used in therapeutic communities.

The chapter on research of therapeutic communities makes the link to the last section of the work, which presents the empirical study provided in "Kaleidoskop" – the first therapeutic community for persons with personality disorders in the Czech Republic. It describes the design of research project focused on the effectiveness of community therapeutic programme and also the results of the first statistic analysis of data gathered until now. These results claim that clients of this particular community show the same intensity of psychopathological symptoms comparing to clients of the successful community abroad. On the other hand they differ in the level of personality psychopathology from clients of other clinical institution in the Czech Republic. Further results offer important implications for the work with referrals during the selection process.

Obsah

ÚVOD	7
1. PORUCHY OSOBNOSTI	10
1.1 Osobnost v psychologii	11
1.2 Historické kořeny soudobého přístupu k poruchám osobnosti	13
1.3 Definice a psychologické teorie poruch osobnosti	15
1.3.1 Psychiatrické klasifikace	15
1.3.2 Psychodynamický interpersonální přístup	19
1.3.3 Kognitivní přístup	21
1.3.4 Kognitivně-analytický přístup	23
1.3.5 Dialekticko-behaviorální přístup	25
1.3.6 Psychobiologický přístup	26
1.3.7 Evoluční přístup	29
1.4 Biologické koreláty	31
1.5 Etiologie	33
1.6 Komorbidita	34
1.7 Epidemiologie	35
1.8 Psychoterapie	36
1.8.1 Stigmatizace	36
1.8.2 Výzkum psychoterapie poruch osobnosti	37
1.8.3 Specifika psychoterapie poruch osobnosti	38
2. TERAPEUTICKÁ KOMUNITA	40
2.1 Představení terapeutické komunity	41
2.1.1 Definice a druhy terapeutických komunit	41
2.1.2 Základní charakteristiky	43
2.2 Historické kořeny	47
2.3 Společenský kontext	50
2.4 Terapeutické komunity v českých zemích	52
2.5 Teoretická východiska	53
2.6 Procesy terapeutické změny	56

2.7	Role	60
2.7.1	Role pracovníků	60
2.7.2	Role rezidentů	62
2.8	Stadia pobytu	63
2.9	Procesy narušující terapeutickou funkci	65
2.10	Kritika terapeutických komunit	68
2.11	Výzkum terapeutických komunit	69
3.	STUDIE	72
3.1	Kaleidoskop – první realizace konceptu terapeutické komunity pro poruchy osobnosti v ČR	73
3.2	Příkladová kazuistika zájemce o terapeutickou komunitu	76
3.3	Vytyčení předmětu a cílů studie	78
3.4	Formulace hypotéz	81
3.5	Metoda	81
3.5.1	Výzkumný soubor	81
3.5.2	Postup získávání dat	82
3.5.3	Nástroje	83
3.5.4	Analýza dat	87
3.6	Výsledky	88
3.7	Diskuse	97
	ZÁVĚR	100
	LITERATURA	102

Úvod

V době, kdy jsem před necelými dvěma lety odpovídal na pracovní nabídku občanského sdružení Kaleidoskop, byly moje znalosti o terapeutických komunitách mizivé. Po pravdě, ani jsem nepočítal s tím, že by pro mě bylo reálné místo v nové organizaci získat. Když však půl roku nato toto sdružení otevřelo u nás první terapeutickou komunitu pro lidi s poruchami osobnosti, začal jsem tušit, že půjde o něco víc, než jen zajímavou profesní zkušenost.

Terapeutický přístup v komunitě je zcela výjimečný nejen svojí délkou a intenzitou, ale také důvěrou, jakou vkládá ve schopnosti klienta být strůjcem jak vlastního osobnostního rozvoje, tak i terapeutického pokroku u spoluklientů. A to vše při práci s klinickou populací, u níž je často skupinová psychoterapie – a někdy nejen ona – pokládána za nerealizovatelnou.

Pobyt v komunitě je však něčím jiným než jen velmi intenzivní formou skupinové terapie. Jde vlastně o využití zbylých tříadvaceti hodin dne, po které byl pacient v tradičním psychiatrickém uspořádání k dispozici odbornému personálu, jenž na něm ve vymezenou dobu vykonával své profesionální zákroky. Terapeutický přístup v komunitě jsme z nedostatku vhodnějšího pojmu označili jako terapii sociálním prostředím. Všechno dění, které se zde odehrává, byť by k němu došlo uprostřed noci, je nejen potenciálním zdrojem psychologického materiálu pro skupinová sezení, ale i příležitostí k bezprostřednímu prožitkovému učení v situacích, které život v komunitě přináší.

Terapeutickou komunitu lze sice označit za jakýsi uměle vytvořený model sociální komplexity okolního světa, jeho „umělé“ mechanismy však byly navrženy s jediným cílem: využít dění v komunitním prostředí k terapeutické změně. Intimita a intenzita rozmanitých interpersonálních vztahů, které vznikají v tomto relativně uzavřeném společenství, se vyznačuje obrovským emočním nábojem.

Tato emoční angažovanost se nutně týká i terapeutického týmu. I zkušené pracovníky komunitní prostředí nevyhnutelně vtahuje a dotýká se jejich prožívání jako každého jiného člověka. S tímto paralelním procesem se nejen cíleně pracuje, ale dá se dokonce považovat za důležitou podmínku funkčního komunitního systému. Ten se bez autenticity personálu neobejde.

V jistém smyslu bývají dobře fungující terapeutické komunity svými pracovníky označovány za fascinující a pohlcující. (V tom tkví jejich potenciál i slabiny.) Snad také proto je rozvoj terapeutických komunit někdy přirovnáván k sociálnímu hnutí. Zmiňovaná důvěra ve zdravý potenciál ukrytý v klientovi je vyjádřena i rovnoprávností všech členů komunity – tedy klientů i pracovníků – při demokratickém rozhodování o důležitých záležitostech týkajících se chodu komunity. Ty mohou zahrnovat i otázky přijetí nového či vyloučení stávajícího klienta.

Je třeba připustit, že toto vše působí z odborného hlediska poměrně kontroverzně. Posuzováno zvenčí, můžeme takový přístup vnímat buď jako velmi odvážný terapeutický počín, nebo naprosto nezodpovědné nakládání s psychickým stavem klientů. Cílem této práce je proto zprostředkovat odborné poznatky, které byly za šedesát let od vzniku terapeutických komunit nashromážděny. Je samozřejmě třeba počítat s tím, že většina z nich pochází od autorů, které musíme považovat za zastánce tohoto přístupu. Snažili jsme se však o kritický náhled a zařadili jsme i kapitolu, která poukazuje na limity a nedostatky.

Na tomto místě je nutné učinit drobnou poznámku k českému názvu této práce. Ten je určitým kompromisem, který vyplynul z neexistence vhodného českého ekvivalentu anglického „treatment“. „Therapeutic community treatment of personality disorders“ by sice bylo možné přeložit jako „Terapie poruch osobnosti v terapeutických komunitách“, avšak stylistická neobratnost takového názvu je zjevná. Nahradit pojem „terapie“ výrazem „lčba“

se také jeví jako nevhodné, tentokrát vzhledem k medicínské konotaci tohoto slova. Terapeutické komunity totiž vyrůstaly z opozice vůči autoritativnímu uspořádání tradičních psychiatrických léčen.¹

Nakonec jsme se tedy přiklonili k názvu „Komunitní terapie poruch osobnosti“ a to i přes určitou nejednoznačnost sousloví „komunitní terapie“. V našem případě jím samozřejmě máme na mysli terapeutický přístup, který je uplatňován ve specifickém organizačním uspořádání zvaném terapeutická komunita. Nesmíme jej tedy zaměňovat s pojetím komunitní psychologie či psychiatrie, které by tímto názvem mohly označit blíže neurčenou terapii provozovanou v přirozeném prostředí klienta – v rámci jeho lokální komunity.

Vlastní práce je rozčleněna do tří částí. První shrnuje současné poznatky o poruchách osobnosti jako takových. Nejdříve je ve stručnosti pojednáno o výchozím pojmu osobnosti a dále jsou zmíněny nejvýznačnější historické antecedenty současného psychologického a psychiatrického přístupu k poruchám osobnosti. Následuje představení dvou oficiálních psychiatrických klasifikací poruch osobnosti. Ústřední pozornost je pak v této části věnována nastínění hlavních psychologických teorií poruch osobnosti. Jde o přístup psychodynamický, kognitivní, kognitivně-analytický, dialekticko-behaviorální, psychobiologický a evoluční. Po shrnutí poznatků o biologických korelátech, etiologii, komorbiditě a epidemiologii poruch osobnosti jsou nakonec zdůrazněny některé specifické otázky spojené s psychoterapií poruch osobnosti.

Tak se dostáváme k přístupu uplatňovanému v terapeutických komunitách. Druhá část začíná od představení tohoto specifického terapeutického konceptu. Uvádíme základní principy, o něž se opírá fungování komunit, jak o nich píší různí autoři. Nemalá pozornost je věnována historicko-společenskému okolnostem, ve kterých terapeutické komunity vznikaly a vyvíjely se a to jak v zahraničí, tak u nás. Pochopení těchto souvislostí podle našeho názoru více osvětluje podobu současných terapeutických programů.

Hlavní pozornost je věnována terapeutickým procesům, které se v komunitách odehrávají. Dvě osobnosti, které stály u zrodu terapeutických komunit, T. Main a M. Jones, mnohé z nich uchopili v ústředních pojmech „kultura zkoumání“ a „situace učení naživo“. Na tyto procesy lze také nahlížet jednak z hlediska mnohačetných rolí, které v terapeutické komunitě zastávají odborní pracovníci a klienti, a jednak z hlediska stadií, kterými klient během pobytu v komunitě přirozeně prochází. Zkoumání psychických procesů uzavíráme pojednáním o těch z nich, které jsou v komunitě nežádoucí a přímo ohrožují její terapeutickou funkci.

Kritika terapeutických komunit vychází jednak z pozic ochránců ideálů současné společnosti – ti komunity někdy podezírají z narušování některých principů, za něž samy komunity bojovaly – a jednak z pozic na důkazech založené medicíny, která se dožaduje experimentálních dokladů o účinnosti metody terapeutických komunit. Tím se dostaneme ke stručnému přehledu výzkumných aktivit a tuto část uzavíráme konstatováním, že přes šedesátiletou historii terapeutických komunit panuje na poli jejich výzkumu nedostatek metodologicky kvalitních studií.

Třetí část je pak naším příspěvkem k nápravě tohoto stavu. Je zde prezentován design výzkumného projektu, ve kterém si klademe za cíl určit efekt terapeutického programu v první komunitě pro jedince s poruchami osobnosti u nás. Následně je provedeno statistické zpracování prvních dat. Jeho účelem bylo vyjádřit se k postavení nové terapeutické služby ve vztahu k replikovanému modelu terapeutické komunity Hendersonovy nemocnice ve Velké Británii a také ve vztahu ke stávajícímu psychiatrickému zařízení s odlišným zaměřením, jímž je Psychiatrické centrum Praha. V souvislosti s tím jsme provedli porovnání některých klinických proměnných, které popisují klienty těchto tří zařízení. Další výzkumné otázky

¹ Ze stejného důvodu nepovažujeme termín „léčebné společenství“ (např. Kratochvíl, 1979, 2002) za vhodný ekvivalent k označení terapeutické komunity. Tento název se však v odborném jazyce neujal.

vzešly z dosavadní praxe příjmu klientů do terapeutického programu komunity. Naším úkolem bylo vyjádřit se k eventuálnímu přínosu některých snadno zjištělných sociálních a behaviorálních charakteristik pro odhad přítomnosti poruchy osobnosti. Studii jsme v této fázi uzavřeli prozkoumáním vztahu mezi aktuálními psychickými poruchami na ose I a poruchami osobnosti.

1. Poruchy osobnosti

1.1 Osobnost v psychologii

Máme-li se v dalších odstavcích zabývat poruchami osobnosti a možnostmi jejich ovlivnění v prostředí terapeutické komunity, jeví se pojem osobnost a jeho krátké objasnění jako vhodný výchozí bod: jestliže se zajímáme o vlastnost, situaci či stav (v našem případě poruchu) nějaké entity, je oprávněné mít jasno v tom, jak je tato entita (v našem případě osobnost) vymezena. Jakkoli přirozená se zdá souvztažnost mezi pojmy osobnost a porucha, je třeba si uvědomit, že tato samozřejmost je dána pouze jazykovým spojením „porucha – osobnosti“ a je tedy spíše postulovaná než prokázána. Toto vnímání předpokládá, že zde existuje výchozí funkční osobnost, která se může dostat do stavu abnormality, poruchy – vychází tedy od toho, co je normální. Takové pojetí by bylo možné zjednodušeně označit za psychologické a budeme se o něj opírat v této práci. Pro úplnost je však nutné zmínit, že existuje také přístup opačný, vycházející spíše od patologie (označme jej za psychiatrický), který považuje poruchy osobnosti za jakési utlumené formy floridnějších mentálních poruch.

Paradoxně (avšak pro multiparadigmatický vědní obor psychologie poněkud typicky) se již na počátku dostáváme do nesnází – jako by se pojem osobnost zdál být zřejmější, když se nedefinuje. Podle Bahbouha (2002) je dostatečně zážitkově zakotven (např. každý si ve své mysli vytváříme názor na svoji povahu i obrazy druhých lidí), a měl by proto být považován za jeden z axiomů (základních nedefinovaných pojmů) psychologie. Jak však ukazuje vývoj teorií osobnosti, řídila se psychologie ve své historii poměrně málo zákonitostmi výstavby exaktních oborů typu matematiky či logiky. Tak již na konci třicátých let minulého století G. W. Allport (1937, podle Nakonečný, 1997) shromáždil přes padesát definic osobnosti a ačkoli do konce tisíciletí se toto číslo zvýšilo o dalších sto padesát (Smékal, 2002), odhaduje Nakonečný (1997) počet nejvýznamnějších pojetí osobnosti na patnáct.

V zásadě se však nejednotnost vědců týká bazálnější úrovně než je ta, na níž se ptáme, co termín osobnost označuje. Jde o spor, zda ono „označované“ vůbec ve skutečnosti existuje (např. Drapela, 2003, Smékal, 2002, Nakonečný, 1997). Zatímco jedni – byť z velmi odlišných pozic (např. neuropsychologové a fenomenologové) – obhajují osobnost, popř. její jednotlivé složky, jako reálně existující podstatu či zdroj, jiní (např. behavioristé), ji označují za pouhý postulovaný či odvozený hypotetický konstrukt, dedukci z chování, abstrakci.

Etymologicky je původ slova osobnost ve většině evropských jazyků odvozen od latinského *persona*, jež je možné vykládat dvěma způsoby: jednak jako označení masky používané herci antického dramatu, která jim propůjčovala určitou tvář (přeneseně tedy i povahu) a současně také zesilovala zvuk (*per-sonare* – „proznívat, znít skrz“); jednak jako překlad slovního spojení *per se esse* – „být o sobě, být sebou“, čemuž odpovídá i slovenské *o-sob* – „samo o sobě“.

Smékal (2002) utřídil přístupy k osobnosti v psychologii do následujících skupin:

- 1) *kolekcionistické* – považují osobnost za seznam prvků, výčet částí, které ji vytvářejí;
- 2) *strukturní* – jednotlivé složky také uspořádávají a člení podle kritérií; zde lze rozlišit definice osobnosti:

- a) *integrativní* – zdůrazňují, že osobnost organizuje, zaměřuje, vnáší pořádek do jednání lidí;
- b) *hierarchické* – soustředí se na vertikální, vrstevové (subordinační) členění osobnosti;
- c) *adaptační* – vyzdvihují funkci osobnosti při přizpůsobování se prostředí;
- d) *diferenční* – všímají si primárně podobností a rozdílů mezi lidmi;
- e) *situační a interakční* – postulují, že osobnost je výsledkem specifického psychického zpracování situací, resp. interindividuálních vazeb;

- 3) *systémové* – všímají si jak vztahů mezi jednotlivými determinujícími či regulujícími jednotkami osobnosti, tak souvislostí s vnějšími formativními vlivy a situacemi a také s důsledky činnosti osobnosti; zde se vyhranila dvě hlediska:
 - a) *dispoziční* – chápe osobnost jako systém vlastností (dispozic), je statictější, všímá si více struktury;
 - b) *procesuální* – chápe osobnost jako systém procesů, činností, je dynamičtější, všímá si více funkce;
- 4) *metaindividuální (atribuční)* – předpokládají, že zásadní je, jakými vlastnostmi si jedinec sám vysvětluje své jednání a pocity, případně, jak mu je vysvětlují druzí.

Již z tohoto přehledu je možné vytušit některé základní diskutované problémy, které stojí v pozadí „teoretické a konceptuální krize“ v psychologickém přístupu k osobnosti (Mikšík, 2001). Vedle diskusí ohledně možností a metod poznávání (event. testování) osobnosti jde o:

- vztah struktury a dynamiky osobnosti;
- vztah situačních a dispozičních proměnných v utváření a projevech osobnosti;
- vztah mezi nomotetickým a idiografickým přístupem k osobnosti.

Struktura tradičně koncipovaných textů uvádějících do psychologie osobnosti většinou alespoň částečně odráží členění osobnosti na dílčí složky (např. Říčan, 1982, Nakonečný, 1997, Mikšík, 2001, Smékal, 2002) a ačkoli autoři učebnic často explicitně zdůrazňují dynamiku vazeb mezi jednotlivými složkami, implicitně vycházejí spíše ze struktury (viz první bod předchozího výčtu). Nejčastěji zmiňovanými dílčími systémy jsou:

- stavba těla, popř. biologické základy osobnosti;
- temperament;
- schopnosti, popř. inteligence, tvořivost;
- motivace, popř. potřeby, zájmy, hodnoty, postoje;
- charakter²;
- jáství, popř. sebeobraz, identita;
- změny osobnosti, popř. její utváření, životní dráha.

Jiný pohled (rozšířený více v klinické praxi a psychiatrii) rozlišuje primárně mezi vrozenými a získanými vlastnostmi osobnosti, čímž vyčleňuje dvě základní formace osobnosti (např. Praško et al., 2003, Cloninger et al., 1993):

- temperament, tj. vrozené dispozice, genetické a další biologické faktory, které ovlivňují spíše emocionální reakce; odpovídá automatickým nevědomým asociacím, pokud je modulován učním, pak spíše procedurálním; geneticky je ovlivňován asi z 40 – 60 %;
- charakter, tj. získané vlastnosti, vývojové a environmentální faktory dané spíše učním; je spojen více s vědomými akty, abstraktními a symbolickými procesy, volným jednáním, deklarativním učním; geneticky je ovlivňován jen z 10 – 15 %.

Tato standardně pojednávaná témata jsou pak často probírána ve světle různých akcentů vyplývajících z odborných pozic jednotlivých autorů: např. pojetí osobnosti jako autorství činů a smyslu života (Smékal, 2002), osobnost v náročných životních kontextech (Mikšík, 2001) ad.

Příkladem dynamického studia osobnosti, které vychází z funkčního principu a ukazuje, jak je osobnost utvářena, je model CREDO'S (Smékal, 2002):

- vychází od výsledků činností, konsekvencí (consequences – C);
- pak registruje projevy chování, odezvy na události (response – R);
- následně studuje, co jedinec prožívá (experience – E);

² Termín „charakter“ má v psychologii několik významů a někteří autoři jej pro jeho hodnotící konotaci odmítají. Proto je vždy důležité vědět, v jakém významu je toto označení používáno.

- dále hledá stabilnější dispozice (disposition – D);
- zkoumá funkční zdatnost organismu, konstituci (organism – O);
- a nakonec hledá činitele formování osobnosti a situace ovlivňující jednání, stimuly (stimulus – S).

Jelikož cílem předkládané práce není zhodnocení existujících (byť jen těch nejvýznačnějších) teorií osobnosti, nebudeme se ani pokoušet vybrat mezi desítkami psychologických definic osobnosti jedinou, kterou bychom mohli považovat za nejvýstižnější. Protože se však budeme pohybovat na půdě psychopatologie, kde jsou standardy do značné míry kodifikovány Světovou zdravotnickou organizací (navíc s dopady do mnohých společensko-ekonomických oblastí mimo zdravotnictví), zmiňme výsledek práce jejího týmu odborníků: osobnost je zde definována jako „hluboce zakořeněné vzorce myšlení, cítění a chování charakterizující jedinečný životní styl a způsob adaptace jedince, který je výsledkem konstitučních faktorů, vývoje a sociální zkušenosti“ (WHO, 1994, str. 193).

Je samozřejmé, že jednou větou nelze říci všechno a přinejmenším z této pozice – abstrahující od sporů o to, co je nejpodstatnější – lze napadnout jakoukoli definici osobnosti. Přesto můžeme závěrem této úvodní kapitoly uvést několik základních znaků osobnosti (alespoň té zdravé, nepatologické), na kterých panuje všeobecná shoda a které jsou přinejmenším implicitně obsaženy v naprosté většině přístupů k osobnosti.

Především je osobnost považována za *relativně stálou* entitu a to přesto, že o ní hovoříme jako o dynamickém a vyvíjejícím se útvaru. Minimálně se vyznačuje určitou kontinuitou a to jak v čase, tak napříč různými situacemi.

Dále, jakkoli je osobnost komplexním fenoménem, vyznačuje se vysokým stupněm *integrovanosti* jednotlivých složek, jejich vzájemnou provázaností. Tvoří složitý systém s vnitřní strukturou a organizací, změna v jedné části systému má vliv i na ostatní oblasti.

V neposlední řadě je každá osobnost *jedinečná*, unikátní. Je zdrojem interindividuálně neopakovatelné identity jedince, prožitku jeho jáství. I když může pociťovat sounáležitost s něčím mimo sebe sama, prožívá se jako vydělitelná z okolního prostředí.

Deficit v kterékoli z výše uvedených charakteristik znamená zpravidla závažné osobní a sociální selhávání projevující se jako výrazně nepřizpůsobivé či jinak dysfunkční chování. Můžeme pak hovořit o poruše.

1.2 Historické kořeny soudobého přístupu k poruchám osobnosti

Vysledovat v historii kořeny soudobého pojetí poruch osobnosti znamená především seznámit se různými přístupy ke klasifikaci osobnosti jako takové. Jejich množství odráží počet samotných teorií osobnosti, a tak v krátkém přehledu zmíníme alespoň výběr z těch nejvýznačnějších typologií a pokusíme se v nich vystopovat základy současné nosologie poruch osobnosti.³

Již ve starém Řecku se rozlišovaly typy osobnosti podle temperamentu. Dodnes je „povinnou“ součástí učebnic psychologie zmínka o Hippokratově typologii (rozvíjené Aristotelem a Galenem): podle poměru čtyř základních druhů tělesných šťáv rozdělil lidi na sangviniky, melancholiky, choleryky a flegmatiky. Jen o něco mladší jsou popisy charakteru od Theophrasta, které zakládají tradici vycházející při popisu rysů z klinické zkušenosti a ze

³ Avšak předpoklad, že určité trvalejší charakteristiky osobnosti jsou predisponující pro vznik duševních nemocí obecně nebo specificky pro rozvoj poruch osobnosti, nelze považovat za definitivně přijatý.

slovní zásoby jazyka. Theophrastovo detailní líčení třiceti osobností zahrnuje i chování, které je pro danou osobnost typické.

Ze zvláštností biologické organizace jedince vychází v 1. polovině 20. století E. Kretschmer, který spojuje tělesný typ (pyknický, leptosomní, atletický a nevyhraněný dysplastický) s typem temperamentu (cyklotymním, schizotymním a viskozním) a jejich vyústěním do specifické psychické nemoci. Tak např. normální cyklotymní osobnost může přejít přes cykloidní psychopatii až v maniodepresivní psychózu nebo se v normální schizotymní osobnosti přes schizoidní psychopatii vyvine schizofrenie.

Významný je příspěvek rané psychoanalýzy. Kromě vymezení orální, anální a falické osobnosti jako fixace v příslušném stadiu psychosexuálního vývoje zpracovali S. Freud a jeho první následovníci (viz níže) popisy i teorie obsedantně-kompulzivního, hysterického, narcistického masochistického, fobického a melancholického charakteru.

C. G. Jung rozlišil podle zaměřenosti duševní energie („ven“, nebo „dovnitř“) dva osobnostní typy: extraverta a introverta. Ty navíc mohou mít v různém poměru rozvinuté tzv. základní funkce Já, jimiž jsou vnímání, intuice, myšlení a cítění. Dospívá tak celkem k osmi typům osobnosti. Z hlediska poruch osobnosti pak můžeme uvažovat, že jakýmsi extrémem extraverze je histriónská porucha osobnosti, zatímco extrémem introverze by byla schizoidní porucha osobnosti.

Na základě výsledků faktorové analýzy přejímá Jungovu dimenzi extraverze-introverze i H. J. Eysenck a doplňuje ji o dimenze neuroticismu (labilita-stabilita) a později psychoticismu. První dvě uvádí do vztahu k Hippokratovým typům. Třetí je mírou psychopatologických projevů osobnosti. Kromě toho jsou podle Eysencka labilní extroverti disponováni k hysterické neuróze či sociopatii a labilní introverti k dystymii či psychastenické neuróze.

Klasické členění temperamentu zapracoval do svého přístupu i I. P. Pavlov, který však vycházel ze zkoumání tzv. vyšší nervové činnosti. Čtyři základní typy nervové soustavy (potažmo tedy typy osobnosti) odlišoval podle tří vlastností procesů podráždění a útlumu: síly (silný, slabý), vyváženosti (vyrovnaný, nevyrovnaný) a pohyblivosti (rychlý, pomalý). Patologická disponovanost je dána především příslušností k slabému typu nervové soustavy. Pavlov dále podle vztahu první a druhé signální soustavy vyčlenil typy specificky lidské: umělecký, myslitelský a střední (praktický).

Jinou možností, jak se dobrat historického pozadí zkoumání poruch osobnosti, je pátrat v dějinách psychiatrie jako medicínského oboru. Když v době Pinelovy humanizace přístupu k duševně chorým – tedy od konce 18. století – dochází k rozlišování nemorálního chování a duševní nemoci a o několik desítek let později se objevuje pojem „mravní slabomyslnosti“ (angl. „moral insanity“ – Prichard, 1835, podle López-Ibor, 2003), jsou položeny základy moderních konceptů psychopatie a poruch osobnosti. Nová třída poruch byla poprvé izolována v letech 1872 – 1874 psychiatrem Kochem. E. Kraepelin psychopatii (nevyváženou osobnost s některými rysy příliš zdůrazněnými, jinými potlačenými, což zpravidla ztěžuje zařazení postiženého do společnosti) označil jako samostatnou nosologickou jednotku v roce 1894. Rozdělil ji na psychopatické stavy, konstituční neurastenii, kompulzivní šílenství, impulzivní šílenství a konkrétní sexuální touhy (Hartl a Hartlová, 2000).

K. Schneider (1923, 1950, podle López-Ibor, 2003) přiřazuje abnormální osobnosti – a mezi nimi osobnosti psychopatické – k variantám psychického života, což je v jeho dualistickém psychopatologickém modelu protiklad nemocí způsobených patologií mozku. Psychopatické osobnosti definuje jako ty, které kvůli své abnormalitě trpí nebo nutí druhé lidi trpět, a dělí je na hypertymní, depresivní, sebenejisté, fanatické, tymolabilní, bažící po sebeupltnění, anetické, hypobulické, astenické a explozivní. Deset Schneiderových specifických typů psychopatické osobnosti bylo první význačnou kategorizací poruch osobnosti a mělo značný vliv na následné oficiální klasifikační systémy.

Celá řada dalších psychiatrů položila svými pracemi základy k poznávání jednotlivých specifických poruch osobnosti (Carrasco a Lecic-Tosevski, 2003). Tak popisy „uvězněné“ osobnosti a autismu A. Blocka, resp. E. Bleulera přispěly k rozlišení mezi lidmi nesmělymi a osamělými a těmi, kteří vstupují do vztahů jen ve fantazii. H. Cleckley odlišil psychopatickou osobnost od delikvence a sociální deviace. Psychoanalytik A. Stern použil poprvé v roce 1938 termín „hraniční“ k označení pacientů na hranici mezi psychózou a neurózou a tento koncept byl dále rozvíjen M. Schmidebergem, R. Grinkerem, J. G. Gundersonem, R. Spitzerem, O. Kernbergem a dalšími. Práce H. Bernheima a S. Freuda analyzující osobnostní charakteristiky pacientů s hysterickými symptomy se staly výraznými impulzy pro rozvoj psychoanalýzy, první psychoanalytický popis hysterické osobnosti byl publikován F. Wittelsem a zpřesněn W. Reichem. Freud a Reich byli také autory prvních moderních popisů narcistického charakteru, od kterých přes práce dalších autorů vedla cesta až k pojetím H. Kohuta a O. Kernberga.

Původní příspěvky české odborné literatury k problematice poruch osobnosti zahrnují historicky čtyři monografie. Už z let 1901 a 1916 pocházejí dvě publikace A. Heverocho „O podivínech a lidech nápadných“ a „O hýčkání slabochů“. V. Vondráček vydal v roce 1944 monografii „Hysterie“ a I. Horvai v roce 1968 knihu „Psychopatie“. Zatím posledním souborným pojednáním jsou „Poruchy osobnosti“ J. Praška et al. z roku 2003.

Systematičtější přiblížení historických kořenů dnešního pojetí poruch osobnosti vybočuje z rámce této práce. Kromě toho, že dochází ke kumulaci přibývajících poznatků, jejich verifikaci nebo falzifikaci, je patrné, že mnohé pojmy se vyvíjely, měnily svůj obsah nebo naopak tytéž fenomény byly postupem času označovány různě, což může být zdrojem určitých obtíží. Samozřejmě tento vývoj není zdaleka u konce, jak bude dále dokumentováno např. na změnách v klasifikaci poruch osobnosti podle různých verzí systémů MKN a DSM (viz Tab. 1).

1.3 Definice a psychologické teorie poruch osobnosti

Jestliže si připomeneme množství různých přístupů k osobnosti, není divu, že snaha definovat poruchy osobnosti naráží na přinejmenším stejně závažné obtíže. Zatímco se však pojem osobnosti může jevit i bez explicitní definice jako intuitivně srozumitelný, v případě poruch osobnosti se musíme již v prvním přiblížení vypořádávat s obecnými otázkami normality (např. Atkinsonová et al., 1995). Tedy: co je ještě „norma“ a co již „porucha“? Navíc i zde vedle sebe existuje několik různých přístupů založených na odlišných teoretických východiscích. Dříve, než se budeme věnovat alespoň těm, z kterých klinická praxe čerpá nejčastěji, uvedme definice obsažené ve dvou nejrozšířenějších klasifikačních systémech duševních poruch. Je však třeba poznamenat, že klasifikace poruch osobnosti v nich patří k nejkontroverznějším kapitolám.

1.3.1 Psychiatrické klasifikace

Jak psychiatrická kapitola Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 (WHO, 1992), tak Diagnostický a statistický manuál duševních poruch DSM-IV (APA, 1994) obsahují především popisy klinických projevů a jen výjimečně se zabývají otázkami etiopatogeneze. Jsou tedy v tomto smyslu spíše deskriptivní a ateoretické, což odráží skutečnost, že žádná z dosavadních teoretických koncepcí duševních poruch nebyla prokázána jako obecně platná, a proto by zahrnutí etiologických kritérií představovalo překážku pro využití systému odborníky s různou teoretickou orientací (Smolík, 1996). Tato východiska se odrážejí i v následujících definicích.

Podle MKN-10 poruchy osobnosti „zahrnují hluboce zakořeněné a přetrvávající vzorce chování, projevující se jako neměnné odpovědi na široký rozsah osobních a sociálních situací. Představují extrémní nebo významné odchylky od způsobů, kterými průměrný člověk v dané kultuře vnímá, myslí, cítí a zvláště utváří vztahy k druhým. Takové vzorce chování mají tendenci být stabilní a zahrnovat různé oblasti chování a psychologických projevů. Jsou často, i když ne vždy, sdruženy s jistým stupněm subjektivní tísně a problémy v adaptivní společenské aktivitě a v dosahování žádoucích cílů... Specifická porucha osobnosti je těžké narušení v charakterové skladbě a tendencích chování jedince, zahrnující obvykle několik oblastí osobnosti. Téměř vždy je sdružena se závažným osobním a sociálním selháním“ (WHO, 1992, str. 194).

Tato definice je pak v obecných diagnostických kritériích pro specifické poruchy osobnosti (F60) rozpracována do konkrétních bodů. Můžeme je vyjádřit jako charakteristické znaky poruch osobnosti:

- *odchylnost* od „normy“ (od toho, co je v dané kultuře očekáváno);
- *pervazivnost*
 - v rámci *osobnosti* (odchylky jsou zjevné v poznávání, emotivitě, ovládání impulzů a uspokojování potřeb a ve vztahu k jiným lidem – minimálně ve dvou z těchto oblastí);
 - v rámci *prostředí* (dysfunkční chování se projevuje v rámci širokého okruhu osobních a sociálních situací a není omezeno pouze na jeden specifický spouštěcí podnět nebo situaci);
- *utrpení* nositele a/nebo jeho okolí (porucha bývá často ego-syntonní a takový člověk nevidí problém u sebe, ale u druhých);
- *dlouhodobost* (začínají v pozdním dětství nebo adolescenci, nejsou omezeny na epizody duševního onemocnění).

Příčinou podle MKN-10 není organické onemocnění, poškození nebo dysfunkce mozku, ani nejde o důsledek jiné duševní poruchy, i když se tyto mohou vyskytovat souběžně (typicky úzkosti, somatoformní poruchy, deprese, závislosti).

Podobně DSM-IV definuje poruchy osobnosti jako „přetrvávající vzorec prožívání a chování, který se významně odlišuje od očekávání v kultuře, v níž jedinec žije“ (APA, 1994, str. 686). Tento vzorec se projevuje v kognici, afektivitě, interpersonálním fungování a kontrole impulzů (požadován je výskyt v alespoň dvou oblastech), je nepružný a vše prostupující, má počátek nejpozději v adolescenci, je stabilní v průběhu času a způsobuje utrpení nebo poškození. K odlišení normality a patologie jsou zde také nejprve definovány rysy osobnosti jakožto „přetrvávající vzorce vnímání, vztahování se a přemýšlení o prostředí a sobě samém, které se projevují v široké škále sociálních a osobních kontextů.“ Následně jsou uvedeny do vztahu s poruchami osobnosti: „Pouze pokud jsou rysy osobnosti neflexibilní a maladaptivní a působí významné funkční narušení nebo subjektivní tíseň, jen pak vytvářejí poruchy osobnosti“ (APA, 1994).

Po těchto obecnějších charakteristikách společných pro všechny poruchy osobnosti následují diagnostická kritéria jednotlivých subtypů. Jejich popisy podle MKN-10 jsou v české literatuře všeobecně dobře dostupné, proto je zde nebudeme přepisovat. Pojetí DSM-IV dobře shrnuje přehledná příručka Robinsona (2001), která vyšla ve slovenštině. S vědomím toho, že se jedná o hrubé zjednodušení, uveďme pro prvotní přiblížení alespoň základní charakteristiku každé specifické poruchy osobnosti dle MKM-10 (Svoboda et al., 2006):

- F60.0 **Paranoidní** – charakterizuje ji celoživotní nedůvěřivost vůči druhým, „konspirační“ vysvětlování událostí;
- F60.1 **Schizoidní** – vyznačuje se emočním chladem, nadměrným zabýváním se fantazií, neschopností vytvářet vztahy a žít v nich;

- F60.2 **Dissociální** – centrální je uspokojování vlastních potřeb bez ohledu na jiné, chování jedince se tak dostává do rozporu se společenskými normami;
- F60.30 **Emočně nestabilní, impulzivní** – v popředí stojí emoční nestálost, impulzivita, „explozivní“ chování;
- F60.31 **Emočně nestabilní, hraniční** – je navíc charakterizována pocity prázdnoty, nejasnou identitou, nestabilními vztahy, sebepoškozováním, suicidálními pokusy;
- F60.4 **Histriónská** – typická je teatrálnost, neustálé zabývání se vlastním zjevem, tím, zda jedinec vzbuzuje pozornost druhých;
- F60.5 **Anankastická** – hlavní je zabývání se detaily, nadměrná svědomitost a opatrnost, které vyplývají z pochybností;
- F60.6 **Anxiózní (vyhýbavá)** – vyznačuje se pronikavými pocity napětí, méněcennosti, obavami z kritiky a odmítnutí;
- F60.7 **Závislá** – charakteristická obavami, že jedinec není schopen postarat se sám o sebe, potřebuje druhé, aby za něj dělali rozhodnutí;
- F60.8 **Jiné specifické poruchy osobnosti** – tj. ty, na které se nehodí žádný ze specifických popisů uvedených výše.

Srovnání a přehled vývoje klasifikačních systémů na tomto poli od r. 1977 do současnosti podává Tab. 1. Jednotlivé specifické poruchy na daném řádku samozřejmě nelze chápat tak, že by si plně odpovídaly. V rámci obou klasifikací docházelo s vydáváním nových revizí nejen k přidání/ubrání nových kategorií, ale vždy také ke změnám ve formulacích jednotlivých diagnostických kritérií. To se pokaždé odrazilo např. v počtu vystavených diagnóz (např. Loranger, 1990, podle Loranger, 1994). Obecně lze předpokládat, že shoda jak mezi jednotlivými revizemi jednoho systému, tak mezi MKN a DSM bude daleko menší, pokud porovnáme jednotlivé specifické poruchy osobnosti, než vezmeme-li souhrnnou kategorii poruch osobnosti jakožto celek (jakkoli heterogenní).

Pro každou specifickou kategorii jsou stanovena diagnostická kritéria ve formě seznamu symptomů (5 až 10 v MKN-10) a počet určující, kolik z nich musí být naplněno, aby mohl být daný subtyp diagnostikován (3 až 5 ve verzi MKN-10 pro výzkum; u emočně nestabilní poruchy jsou pak další podmínky). V DSM byl navíc od třetí revize zaveden víceosý systém, v němž jsou poruchy osobnosti umístěny na ose II. Kromě toho jsou tu poruchy osobnosti rozděleny do tří trsů:

- trs A – podívání, excentrici: paranoidní, schizoidní a schizotypní porucha osobnosti;
- trs B – afektovaní, dramatizující: antisociální, hraniční, histriónská a narcistická porucha osobnosti;
- trs C – úzkostní: obsedantně-kompulzivní, vyhýbavá a závislá porucha osobnosti.

Porovnáme-li oba systémy, a zejména jejich poslední revize, je zřejmé, že vydání DSM-IV bylo krokem k větší kompatibilitě obou klasifikací: došlo k vyřazení pasivně-agresivní poruchy osobnosti, která se objevuje již jen v příloze B (spolu s depresivní poruchou osobnosti) a dále dvou kategorií (sebesrážející a sadistické poruchy osobnosti), které byly v DSM-III-R zahrnuty jako subtypy vyžadující další zkoumání. V MKN-10 se používá označení „anankastická“ místo „obsedantně-kompulzivní“, aby nebyl mylně vytvářen dojem nutné vazby mezi touto poruchou osobnosti a obsedantně-kompulzivní poruchou. Také termín „dissociální“ se jeví vhodnější než „antisociální“ a to z důvodu slabší morálně hodnotící konotace. MKN-10 obsahuje kategorii emočně nestabilní poruchy osobnosti, jíž je podřazen hraniční typ a v DSM-IV nefigurující typ impulzivní. Zatímco schizotypní porucha není v MKN-10 řazena mezi poruchy osobnosti, narcistická porucha osobnosti, která zde explicitně také nevystupuje, může být diagnostikována jako „jiná specifická porucha osobnosti“. Těto

kategorii pak odpovídá v DSM-IV nově zavedená kategorie „poruchy osobnosti jinak nespecifikované“.

Tab. 1 Vývoj klasifikačních systémů poruch osobnosti v MKN a DSM

1977: MKN-9	1992: MKN-10	1980: DSM-III	1987: DSM-III-R	1994: DSM-IV
Paranoidní	Paranoidní	Paranoidní	Paranoidní	Paranoidní
Schizoidní	Schizoidní	Schizoidní	Schizoidní	Schizoidní
PO s převážně sociopatickými n. asociálními projevy	Dissociální	Antisociální	Antisociální	Antisociální
Výbušná	Emočně nestabilní – impulzivní typ	-	-	-
-	Emočně nestabilní – hraniční typ	Hraniční	Hraniční	Hraniční
Histriónská	Histriónská	Histriónská	Histriónská	Histriónská
Anankastická	Anankastická	Kompulzivní	Obsedantně-kompulzivní	Obsedantně-kompulzivní
-	Anxiózní (vyhýbavá)	Vyhýbavá	Vyhýbavá	Vyhýbavá
-	Závislá	Závislá	Závislá	Závislá
-	-	Pasivně-agresivní	Pasivně-agresivní	-
-	- ⁴	Schizotypní	Schizotypní	Schizotypní
-	-	Narcistická	Narcistická	Narcistická
-	-	-	Sebesrážející ⁵	-
-	-	-	Sadistická	-
Afektivní	-	-	-	-
Astenická	-	-	-	-

Lze shrnout, že přístup uvedených klasifikačních systémů je – podobně jako u jiných duševních onemocnění – diskontinuitní: specifické poruchy osobnosti jsou rozděleny do kvalitativně odlišných kategorií a to v duchu medicínské tradice určování diagnóz jako předpokladu volby vhodné léčby. Tento koncept má však také své nevýhody: různorodost symptomatologie v rámci jednotlivých subtypů, obtížnost klasifikace jedinců, kteří se nacházejí na hranicích jednotlivých kategorií nebo těch, kteří přes evidentní známky patologie nenaplní dostatečně kritéria žádné specifické poruchy (odtud vyplývá nutnost zavádět heterogenní „smíšené“, „nespecifické“ či „atypické“ kategorie).

Oproti tomu dimenzionální přístup nahlíží poruchy osobnosti jako maladaptivně vystupňované extrémy univerzálních osobnostních rysů. Takovýto kontinuitní pohled sice propojuje teorie normality a patologie osobnosti, povzbuzuje ke komplexnějšímu vnímání daného jedince, znesnadňuje jeho „zaškatulkování“ a stigmatizaci, nicméně předpoklad, že abnormální a normální rysy osobnosti se od sebe liší pouze kvantitativně, nelze považovat za prokázaný. Existují také pokusy, jež se snaží kategoriální i dimenzionální přístup skloubit tak, aby bylo možné těžit z předností jednoho i druhého a minimalizovat jejich nevýhody. Příspěvkem na tomto poli jsou i Millonovy prototypy (Millon a Davis, 1996), o kterých bude pojednáno dále (viz kapitolu 1.3.7).

⁴ V MKN-10 je schizotypní porucha (F21) řazena do skupiny F20 – F29 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy.

⁵ Angl. self-defeating. Jedná se v podstatě o masochistickou poruchu osobnosti. V české literatuře (Praško et al., 2003) se objevuje matoucí chybný překlad „sebebrání“.

Přejdeme nyní od popisného přístupu psychiatrických klasifikačních systémů k psychologickým teoriím, které se snaží vznik, vývoj a projevy poruch osobnosti vysvětlit. Vybrali jsme z nich ty, jejichž poznatky se nejvíce aplikují v klinické praxi a současně jsou nejčastěji předmětem psychologického výzkumu (nejsou samozřejmě jediné – viz např. Delisle, 1999; Röhr, 2003). Nutno však poznamenat, že zatím spíše v zahraničí.

1.3.2 Psychodynamický interpersonální přístup

Tento model nahlíží poruchy osobnosti jako primární poruchy v zakoušení self (angl. experience of self – např. Kohut, 1971). Self je přitom pojímáno jako proces, který určitým způsobem organizuje a strukturuje zkušenost (Moorey et al., 2006).

Raný vývoj tohoto zakoušení self popisuje Stern (1985) jako vývoj čtyř pocitů self (ang. senses of self), jimiž míní jednoduché, nesebereflexivní uvědomování. Během prvních dvou měsíců života je přítomen pocit *vynořujícího se self*, který je pocitem self ve vztahu k objektům. V dalších čtyřech měsících se objevuje pocit *jádrového self*, tj. uvědomování si sebe sama jako oddělené a ohraničené entity, mezi šestým a osmáctým měsícem pak vzniká pocit *subjektivního self*, které zakouší, že obsahy vlastní mysli mohou být sdíleny s někým jiným a že také druzí mají mysl, a konečně po osmáctém měsíci se vytváří pocit *objektivního self* – ruku v ruce s rozvojem symbolické funkce, jež se stává zjevnou prostřednictvím symbolické hry a používání jazyka.

Podle tohoto přístupu je naprosto zásadní, že takovýto vývoj probíhá v interpersonálním kontextu vztahu mezi dítětem a jeho pečovateli. Jednou z klíčových determinant je u rodičů jejich pohotovost k odpovědím na emoce dítěte (např. Langmeier, Krejčířová, 1998). Umožňují mu tím správně je identifikovat, diferencovat a následně je i regulovat. Winnicott to popisuje jako proces zrcadlení: „matka se dívá na dítě a to, jak ona vypadá, se vztahuje k tomu, co vidí“ (Winnicott, 1967, str. 112, podle Moorey et al., 2006). Z hlediska dítěte tedy to, jak se pečovatel na ně dokáže vyladit, má vliv na zkušenost dítěte – odpovědi rodičů na emoční stavy jejich potomka tvarují způsob, jakým jsou tyto emoce zpracovávány a prožívány samotným dítětem. „Interpersonální proces je internalizován jako proces intrapsychický“ (Moorey et al., 2006, str. 62). Odpovědi pečovatelů jsou tak dítětem nakonec zakoušeny jako jeho vlastní self.

Podobný proces analyzuje i Johnson (2006, 2007). Interpersonální interakci nahlíží jako dynamický prvek mezi jedincem s jeho stále se měnícími (avšak základními) potřebami a schopnostmi (či neschopnostmi) sociálního prostředí jeho potřeby uspokojovat. Osobnost je pak z velké části formována způsobem, jakým jedinec nakládá se svou přirozenou reakcí na překážky, jimiž mu prostředí brání v naplnění důležitých potřeb, včetně potřeby vytvořit si vazbu na pečovatele, potřeby harmonického vztahu s druhým, potřeby individuace nebo vlastního sebevyjádření. K těmto environmentálním frustracím dochází celý život, ale především rané pokusy vycházející z omezených prostředků dítěte a omezené zkušenosti se světem mají tendenci se fixovat.

Ke vzniku těchto rigidních řešení, a tedy i k utváření patologie osobnosti, dochází v pěti stádiích (Levy a Bleeker, 1975, podle Johnson, 2007):

- 1) *Sebepotvrzení* – je prvotním vyjádřením potřeby.
- 2) *Negativní reakce prostředí* – je frustrací těchto potřeb sociálním okolím.
- 3) *Organismická reakce* – je automatickou přirozenou reakcí dítěte na tuto frustraci obvykle ve formě intenzivní negativní emoce, např. hněvu, strachu či zármutku.
- 4) *Sebenegace* – je obrácením se proti sobě samému na základě imitace sociálního prostředí. Jedinec potlačí či popře vyjádření své potřeby a zároveň i svou automatickou reakci na tuto frustraci. Právě zde se rodí psychopatologie.
- 5) *Přizpůsobení* – je přijetím množství kompromisů (např. k vyhnutí se bolesti při současném zachování kontaktu), které alespoň nějak umožňují žít s tímto

neřešitelným konfliktem. Prostředkem je často zveličení. Jde vlastně o „bezpečnostní operaci“ (Sullivan), která však má za následek vznik „falešného self“ (Winnicott).

Způsob přizpůsobení je určován jak schopnostmi, které jsou jedinci k dispozici na dané etapě ontogenetického vývoje, tak repertoárem chování modelovaných či uznávaných jeho interpersonálním okolím. Podle toho Johnson (2007) rozlišil sedm charakterových⁶ struktur (potažmo typů osobností) odrážejících sedm základních existenciálních životních problémů (viz Tab. 2). Podle jejich závažnosti rozlišuje tři úrovně narušení:

Porucha osobnosti je nejzávažnější. Charakterizuje ji velmi nízká tolerance vůči jakémukoli zintenzivnění emocí. Proti nim je základní obranou štěpení (buď disociací do úplně jiného stavu, nebo zastáváním jediného extrémního pohledu) a dále projekce, fúze či projektivní identifikace. Poruchy osobnosti jsou také spojeny s poškozenou internalizací hodnot, narušeným prožíváním viny. Základním terapeutickým cílem je dozrání a integrace.

Charakterová neuróza je dána existencí dlouhodobého vnitřního konfliktu, s kterým se jedinec vyrovnává především pomocí potlačení a různých kompromisních „řešení“. Zralejší obrany umožňují dlouhodoběji snášet rozporné emoce, které jsou často velmi intenzivní, avšak nevědomé. Je tu větší prostor pro vinu zakotvenou v pevnějším hodnotovém systému. Cílem terapie je odhalení a rozřešení nevědomého konfliktu.

U *charakterového stylu* téměř chybí symptomy, lze se opřít o zvládnutí a adaptaci, ale existují nějaké reziduální problémy, které jsou zdrojem nepohody.

Tab. 2 Charakterové struktury podle Johnsona (2007) – upraveno

vývoj. etapa	Charakter	přístup pečova-telů	téma	polarita	projev
Vývoj primární vazby	Schizoidní	Nenávist	Druzí jsou zdrojem bolesti a neútěchy.	Bezpečí: přítomnost – nepřítomnost	Disociace, stažení.
	Orální	Opuštění	Potřeby jsou popírány nebo jsou příliš velké na to, aby mohly být uspokojeny.	Potřeba: naplňování potřeby závislosti – uspokojování této potřeby u druhých	Závislost na druhých nebo uspokojování jejich potřeb na svůj úkor.
Vývoj vztahu self – druhý	Symbiotický	Přivlastnění	Identita nalézána u druhých, nikoli u sebe.	Hranice self: autonomie – splynutí	Odcizené sebeprojevování. Pravé self vzbuzuje pocit viny.
	Narcistický	Využití	Identita nalézána ve falešném self, nikoli ve zbídačeném reálném self.	Sebehodnocení: bezcennost – grandiozita	Snaha udržovat si grandiózní self.
	Masochistický	Pokoření	Kontrola nad vlastní iniciativou předána někomu mocnějšímu.	Svoboda: ovládaný – ovládající.	Ponížený, vinu vzbuzující, pasivně-agresivní, zlomyslný.
Vývoj self v systému	Oidipovský, histriónský	Zneužívání	Narušení sexuálních a milostných impulzů	Láska, sex: sexualita – asexualita.	Přehánění sexuality, soupeření a lásky.
	Oidipovský, obsedantně-kompulzivní	Přísná výchova	Vše spontánní je zkroceno, ovládáno, kontrolováno.		Popření sexuality, soupeření a lásky.

⁶ Autor tímto označením zdůrazňuje, že jeho model pokrývá pouze to, co můžeme připisovat na vrub prostředí, oproti vlivům genetickým či organickým.

Je patrné, že vývoj self může být narušen různými způsoby. Podle Sterna (1985) se musejí spolehlivou součástí zkušenosti stát čtyři rozhodující invarianty:

- *kontinuita* – zkušenost, že je člověk stále touž osobou v plynoucím čase i při měnícím se prostředí; má svoji osobní historii, stálé vlastnosti a stabilní identitu;
- *koherence* – self je prožíváno jako oddělené od druhých lidí, ohraničené, s vlastním vnitřním světem, jehož obsah je soukromý;
- *autorství* – self řídí a má zodpovědnost za své myšlenky, city a jednání; je prožíváno jako autonomní, nezávislé, mající vůli a schopnost iniciovat i bránit impulzům a úmyslům;
- *afektivita* – jde o emoční ladění: self je prožíváno jako v zásadě dobré, hodnotné, kompetentní a bezpečné; negativní výkyvy těchto pocitů jsou prožívány jako dočasné, podmíněné a zvládnutelné.

Pokud tyto invarianty nebyly spolehlivě zabudovány do zkušenosti, můžeme hovořit o narušení pocitů self. Tato narušení jsou pak součástí většiny poruch osobnosti. Na vznik těchto narušení mají rozhodující vliv pečující osoby tak, jak o tom bylo hovořeno výše. Jejich neresponzivita nebo nevytlačitelnost může mít různou podobu – od zneužívání, zanedbávání, traumatické separace přes nekonzistentní nebo nespolehlivou péči až po méně zjevné formy. Jestliže např. pečovatelé nerozpoznávali, netolerovali nebo neodpovídali empaticky na emoční stavy dítěte, bude to mít vliv na jeho sebereflexi vlastních duševních stavů i na jeho schopnost přisuzovat duševní stavy jiným coby vysvětlení jejich chování. Výsledkem mohou být mnohočetné primární reprezentace sebe a druhých, které jsou málo integrovány (dávají vzniknout opakovaně protikladným zážitkům self a druhých), málo diferencovány (mají za následek nejasné hranice mezi self a ostatními) nebo jsou jednodimenzionální (self a ostatní jsou prožíváni vyhoceně polarizovaně jako absolutně dobří, či absolutně špatní).

Kernberg (1986) v této souvislosti hovoří o *hraniční organizaci osobnosti*, která je v jeho kompaktní teorii pojímána širěji než v MKN či DSM a zahrnuje všechny těžké poruchy osobnosti. K znakům takovéto osobnosti patří difúzní identita, primitivní obrany, mezi nimiž ústřední úlohu hraje štěpení, ale nenarušené testování reality.

1.3.3 Kognitivní přístup

Kognitivní teorie popisují osobnostní rysy jako vrozené behaviorální *strategie*, které se vyvinuly, aby lidem umožnily dosahovat jejich biologických cílů (např. přežití, jídlo, reprodukce). Vlastnosti těchto behaviorálních strategií jsou dány geneticky a následně jsou pak rozvíjeny nebo utlumovány vlivy prostředí, takže se některé z nich stávají nadměrně rozvinuté a jiné rozvinuté nedostatečně.

Tyto předprogramované vzorce chování umožňovaly přežití v podmínkách primitivních společenství, ale mohou překážet v dosahování cílů v naší současné kultuře, kde se mohou dostávat do konfliktů se sociálními normami. Takovéto strategie tedy nejsou maladaptivní samy o sobě (např. exhibicionismus či extrémní soutěživost), problematickými se stávají, pokud jsou používány neflexibilně a v rozporu s hodnotami společnosti. K tomu často dochází právě u lidí s poruchami osobnosti, kteří navíc mohou mít vlivy prostředí (např. v primární rodině) zúžený repertoár určitých nadměrně rozvinutých strategií, jež používají neadaptivně téměř ve všech situacích, bez ohledu na aktuálně specifický kontext.

Na základě interakce mezi vrozenými behaviorálními strategiemi a vlivy prostředí se utvářejí *schémata*, jež jsou v kognitivní teorii osobnosti základními jednotkami osobnosti (např. Praško et al., 2003). Jde o „kognitivní struktury, které organizují prožívání a chování“ (Beck et al., 1990, str. 4), na jejich základě si člověk organizuje svůj pohled na sebe, svět, budoucnost a přiřazuje světu významy. Už Kelly (1955) ve své teorii osobních konstruktů zdůraznil, že člověk potřebuje konzistenci a předvídatelnost. Schéma syntetizuje nové informace – ale také je selektuje – umožňuje nám interpretovat nějaký nový jev na základě

podobnosti s minulou událostí, aktivuje emoční a motivační systémy a v konečném důsledku se podílí na výběru behaviorální strategie, kterou na tento jev zareagujeme.

Součástí schémat jsou tzv. *jádrová přesvědčení*, která přispívají k udržování poruchy osobnosti. Jsou to pevné, globální, absolutizující přesvědčení o sobě samém, druhých lidech či okolním světě (např. „Jsem vadný“). Jak už bylo zmíněno, tato přesvědčení slouží jako šablony, podle kterých jedinec odhaduje situace: zpracovává je tak, aby souhlasily s jeho jádrovým přesvědčením, vybírá si ty informace, které toto přesvědčení potvrzují, a podceňuje informace, které jsou s ním v nesouladu. Je tedy schopen pouze rigidního pohledu na svět a produkuje chování, jež prostřednictvím sebenaplňujícího se proroctví pouze slouží k posilování výchozího maladaptivního schématu.

Předpokládá se, že s každou specifickou poruchou osobnosti je spojeno určité jádrové přesvědčení a behaviorální strategie (viz Tab. 3), která na jeho základě sílí a nadměrně se rozvíjí na úkor strategie protichůdné. Např. u anankastické poruchy osobnosti se typicky vyskytuje přesvědčení, že člověk nesmí udělat chybu, spolu se strategií perfekcionismu. Nedostatečně rozvinutá je potom strategie spontaneity.

Tab. 3 Jádrová přesvědčení a strategie chování u poruch osobnosti (volně podle Beck et al., 1990)

Porucha osobnosti	Jádrové přesvědčení	Strategie chování
Závislá	Jsem bezmocný.	Připoutávání se
Vyhýbavá	Mohu být zraněn.	Vyhýbání se
Pasivně-agresivní	Mohl bych být omezován.	Vzdor
Paranoidní	Druzí mě ohrožují.	Ostražitost
Narcistická	Jsem výjimečný.	Povyšování se
Histriónská	Potřebuji udělat dojem.	Dramatizování
Anankastická	Chyby jsou špatné, nesmím udělat chybu.	Perfekcionismus
Antisociální	Mohu si s druhými dělat, co chci.	Využívání
Schizoidní	Potřebuji hodně prostoru.	Izolace
Hraniční	Jsem vadný.	Sebeponižování a trestání

Za základ poruch osobnosti považuje Young (1990, podle Praško et al., 2003) tzv. *raná maladaptivní schémata*. Produkovaný vzorec chování je reakcí na tato raná maladaptivní schémata. Vznikají v dětství v souvislosti s negativními zážitky a narušenými vztahy a jsou proto obtížně ovlivnitelná a pervazivní, aktivovaná v širokém spektru situací spolu s negativními emocemi. Ačkoli kdysi mohla být výsledkem reálné situace (např. sexuálně zneužívané dítě rozvine schémata týkající se vlastní zranitelnosti a nedůvěry v ostatní), v pozdějších etapách života se už nezakládají na aktuální skutečnosti (např. není důvod obviňovat ostatní ze špatných úmyslů).

Young (1990, podle Praško et al., 2003) popsal osmnáct raných maladaptivních schémat a seskupil je podle nenaplněných emočních potřeb do pěti kategorií („domén“) týkajících se:

- narušení vztahů a odvržení,
- narušené autonomie a projevu,
- narušených hranic,
- řízení se podle druhých,

- nadměrné ostražitosti a inhibice.

Schémata jsou posilována třemi různými způsoby:

- *udržování schématu*: informace, které by nepodporovaly schéma, jsou znevažovány, odmítány nebo ignorovány;
- *vyhýbání se schématu*: aktivace schématu a doprovázející ji emoce jsou tak nepříjemné, že se je jedinec snaží potlačit nebo zabránit jejich spuštění;
- *kompensace schématu*: styl zvládnání, který jde „proti“ obsahu schématu, ale je pouhou maskovací strategií, jakýmsi „překompenzováním“, které přináší další problémy.

Young nabízí ještě jeden pohled na schémata. *Schématovým módem* rozumí „skupinu schémat nebo procesů, které jsou v dané chvíli u jedince aktivní“ (Young a Behary, 1998, str. 350, podle Moorey et al., 2006). Jde tedy vlastně o stav, v němž se člověk nachází v daném okamžiku a který může být změněn – může dojít k jeho „přepnutí“. Young identifikoval deset hlavních módů a rozdělil je do čtyř kategorií na módy „dítěte“, „nefunkčního zvládnání“, „nefunkčního rodiče“ a „zdravého dospělého“. Tento koncept schématových módů je užitečný pro vysvětlení rychlých změn stavů u osob s hraniční poruchou osobnosti.

1.3.4 Kognitivně-analytický přístup

Jde o model, který je v podobě kognitivně-analytické terapie (např. Ryle a Kerr, 2002) široce využíván ve Velké Británii. Autorem této krátké cílené terapie je A. Ryle, který se pokusil o integraci kognitivního přístupu (založeného na Kellyho teorii osobních konstruktů) a psychoanalytických konceptů (teorie objektních vztahů). Vzniklo tak pojetí, jež se věnuje jak intrapsychickým, tak interpersonálním souvislostem.

Prvním mezníkem ve vývoji kognitivně-analytické teorie bylo představení *modelu procedurálních sekvencí* (angl. procedural sequence model – Ryle, 1982, podle Ryle, 2004). Procedury jsou sekvence přání, myšlenek, jednání, emocí a hodnocení užívané k dosahování cílů. Jejich struktura může být zobrazena následujícím cyklem:

- je definován cíl;
- cíl je prověřen z hlediska kongruence s ostatními cíly a hodnotami;
- je ohodnocena situace, včetně posouzení schopností k jejímu ovlivnění, pravděpodobných důsledků dosažení cíle a zvážení dostupných prostředků;
- dojde k jednání;
- jsou ohodnoceny důsledky jednání;
- dojde k potvrzení nebo revizi zvolených cílů a prostředků.

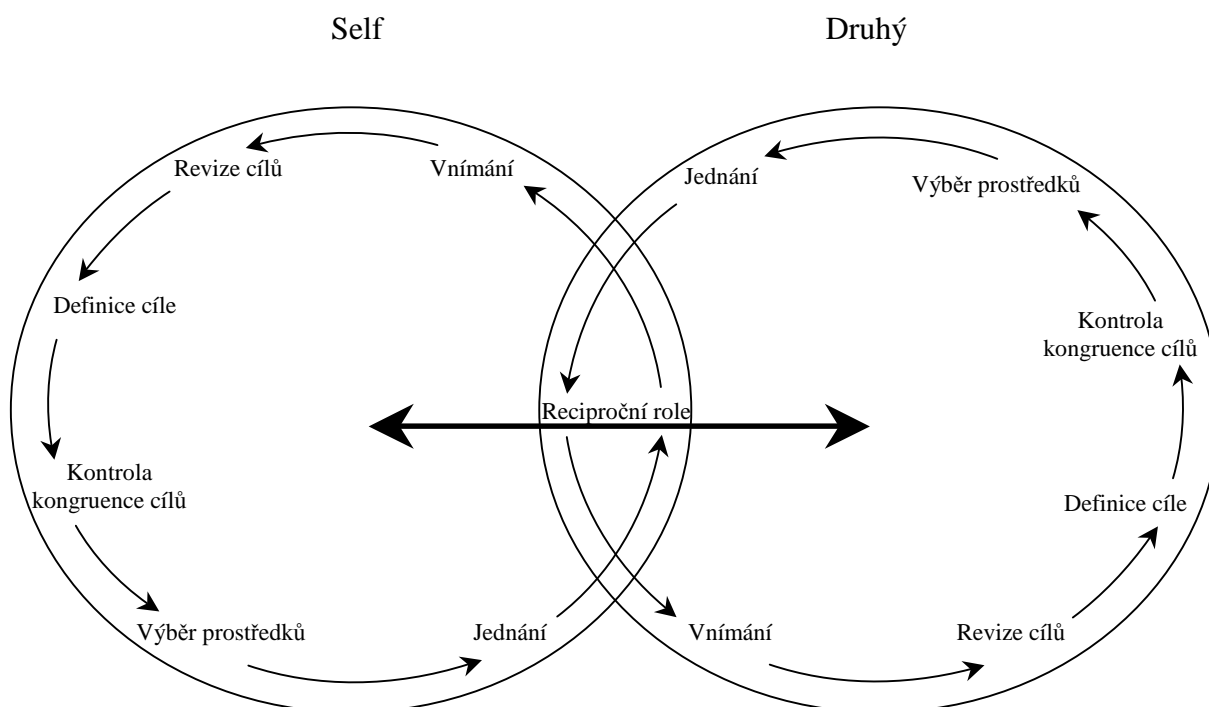
Podle tohoto modelu lidé aktivně konstruují svoje vnímání reality a prostřednictvím procedur se k ní vztahují. Procedury mají tendenci k sebeudržování a jsou rezistentní na změny. Pokud tedy člověk převážně používá procedury, které jsou omezující, neefektivní nebo poškozující, dochází k problémům. Existují tři druhy neurotických čili defektních procedur:

- *pasti* – jedinec si vytváří negativní předpoklady generující chování, jehož důsledky tyto předpoklady dále posilují;
- *dilemata* – člověk nevědomě funguje tak, jako by všechny možnosti jednání (event. všechny možné role) existovaly pouze ve vyhrocených alternativách nebo falešných dichotomiích;
- *háčky* (jemné negativní aspekty úspěchů) – člověk se vzdává přiměřených cílů nebo rolí, jako by byly zakázané či nebezpečné anebo na základě předpokladu, že by ostatní byli proti.

Do tohoto modelu zakomponoval o tři roky později Ryle (1985, podle Ryle, 2004) interpersonální dimenzi a nazval jej *modelem procedurálních sekvencí objektních vztahů*

(angl. procedural sequence object relation model – viz Obr. 1). Stalo se tak prostřednictvím konceptu recipročních rolí, který zdůrazňuje, že jednání jedince je ovlivňováno reakcemi ostatních lidí. Každý vztah totiž učí oběma, tj. recipročním, rolím: např. dítě, o něž se druzí starají a vychovávají je, tím poznává nejen roli příjemce péče, ale také roli pečovatele a vychovatele (jak to může být vysledováno v dětské hře). I v pozdějším věku se pak do aktuálního fungování v recipročních rolích promítají zkušenosti z raných vztahů. Současně je třeba zdůraznit, že repertoár recipročních rolí je základem nejen vztahování se k druhým lidem, ale také k sobě samému.

Obr. 1 Model procedurálních sekvencí objektních vztahů (podle Moorey et al., 2006)



Zahrnuto do procedurálního modelu to znamená, že vzpomínky, očekávání od druhých a následné postoje k nim ovlivní každou fázi procedurální sekvence včetně pravděpodobné odpovědi od druhého. Tak jedinec zaujímající nějakou roli má tendenci vyvolávat v druhém roli reciproční (např. jestliže někdo vidí svět jako plný nebezpečí, může se chovat tak, že v druhých vyvolá skutečné jej ohrožující akty, což zpětně potvrdí a posílí jeho pojetí světa jakožto nebezpečného místa). Tím je také vysvětlena stabilita (a obtížnost změny) rejstříku procedur, rolí a potažmo i celé osobnosti.

Na osobnost lze tedy pohlížet jako na soubor recipročních rolí a i když takovýto popis osobnosti nemůže být úplný, lze zmapování problematických procedur v recipročních rolích považovat za vhodný postup pro terapeutické působení. U zdravého jedince je repertoár rolí dostatečně široký a nevyhrocený. Může sestávat např. z následujících hlavních prvků: řízený-řídící, respektovaný-respektující, kritizovaný-kritizující, opečovávaný-pečující, milovaný-milující.

Na základě práce s pacienty s vážnou osobnostní patologií pak Ryle formuloval novou teorii hraniční osobnosti – *model mnohočetných stavů self* (angl. multiple self states model). Stavů self nezahrnují pouze náladu, ale také obranné struktury, dominantní objektív vztahy a chování. Interpersonální aspekt stavů self je opět nahlížen z hlediska recipročních rolí a to

s důrazem na oba póly (např. pacient si může být vědom své role oběti, ale nerozpoznává vlastní tendence k pronásledování či zneužívání druhých).

U zdravých jedinců probíhají přesuny mezi páry recipročních rolí v souladu se změnami aktuálních činností, vztahů a sociálního kontextu. Jejich vzorec je tvořen vzájemně kompatibilními procedurami a přechody mezi nimi jsou hladké a adekvátní situaci. U hraničních osobností jsou však změny mezi recipročními rolemi náhlé, jsou jedincem i ostatními prožívány jako zmatečné a nepříjemné a jeví se nerelevantní okolnostem. Repertoár takto se střídajících protichůdných rolí i škála procedur v jednotlivých stavech self jsou úzké a jednotlivé stavy self jsou od sebe disociovány. Reciproční role jsou vyhrocené, např. zneužívaný-zneužívající, opuštěný-opouštějící, ideální péči poskytující-přijímající. Patologie může být podle Ryleho (1997, podle Moorey et al., 2006) způsobena narušeními na třech úrovních vývoje:

- omezení nebo narušení repertoáru recipročních rolí;
- nedostatečný rozvoj nebo narušení procedur vyššího řádu, které jsou zodpovědné za mobilizaci, uspořádávání a hlavně propojení procedur z recipročních rolí;
- nedostatečný rozvoj nebo narušení sebereflexe v důsledku neschopnosti rozpoznávat vlastní emoce a kvůli diskontinuitě způsobené disociacemi na předchozí úrovni.

1.3.5 Dialekticko-behaviorální přístup

Tento přístup (pro stručné představení v češtině viz Pastucha, 2003) byl původně navržen M. Linehanovou k terapii hraniční poruchy osobnosti u žen v ambulantních podmínkách (Linehan, 1993). Byl však modifikován i pro zvládnutí komorbidního zneužívání návykových látek, pro léčbu poruch příjmu potravy a pro využití u hospitalizovaných pacientů. Dialekticko-behaviorální terapie (DBT) sdílí mnoho základních východisek terapie kognitivně-behaviorální, ze které vznikla – např. důraz na teorie učení, které nahlížejí na vztahy mezi jedincem a jeho prostředím jako na rozvinutí a udržování problematického chování. Specifickým pro DBT (viz dále) je však zaměření na dialektiku, validizaci a komplexní strukturu terapeutické intervence.

Podle dialekticko-behaviorálního přístupu je základem hraniční poruchy osobnosti porucha systému regulujícího emoce, který je součástí vzájemně propojených soustav zahrnujících kognici, chování, interpersonální komunikaci a identitu. DBT předpokládá, že hraniční jedinci se naučili nefunkčním způsobům zvládnutí silných emocí (např. úmyslným sebepoškozováním či pokusy o sebevraždu) nebo si rozvinuli cesty, jak jim unikát (např. jejich disociací nebo zneužíváním návykových látek). Ve stavu silného emočního nabuzení u nich přestává fungovat kognitivní systém (efektivní řešení problémů, přístup k osvědčeným strategiím zvládnutí uloženým v paměti, schopnost zvážit důsledky svého chování). To na úrovni chování vede k impulzivním činům s cílem okamžitě snížit intenzitu emocí, ačkoli v déleodobé perspektivě takové chování může naopak vzbuzovat silné negativní emoce (např. pro hraniční osobnost typické pocity strachu z odmítnutí a opuštění mohou vést k výbuchům hněvu, které – kromě toho, že jsou druhými skutečně odmítnuty – vyvolávají následně u jedince samotného pocity studu a opovrhování sebou samým).

Zásadní vliv na rozvoj poruchy regulace emocí má působení tzv. nevalidizujícího rodinného prostředí během dětství. V takovém prostředí jsou reakce pečovatелů na potřeby dítěte nevypočitatelné a nepřiměřené; nepomáhají mu rozvíjet porozumění jeho vnitřní emoční zkušenosti, odmítají, devalvují nebo nepotvrzují její platnost – nevalidizují ji (krajním příkladem je sexuální zneužívání a následné snahy o jeho zamaskování, kdy pachatel popírá realitu, jíž bylo dítě přímou obětí). To může vést nejen k poruchám regulace emocí, ale i k nejistotě ohledně platnosti vnitřního prožívání a přesnosti interpretací vnějších událostí.

Navíc pokud se dítě nenaučí identifikovat vlastní emoce a nezíská adekvátní prostředky jak je uchopit, nemůže ani rozvinout vhodné chování, které by mu umožnilo se s nimi

vyrovnávat. I jako dospělý jedinec je pak ponecháno samo sobě se svým vnitřním světem plným intenzivních a spleťových emocí bez dovedností, jak jim rozumět a zvládat je. Pokud nadto vidí, že ostatní si v tomto ohledu vedou lépe, může se na nich stát nadměrně závislým.

Dalším důsledkem zneužívání nebo zanedbávání (tj. vlastně opuštění buď emočního, nebo i fyzického) a jejich dopadu na sebehodnotu jedince může být v pozdějším věku neustálá anticipace a strach z opuštění a odmítnutí. Toto očekávání pak vede k testování hranic a vztahů s cílem zjistit, které chování už vede k odmítnutí, a je tak znemožněno vytvoření pozitivního, stabilního a důvěryhodného vztahu.

Dialekticko-behaviorální přístup zdůrazňuje, že každá část musí být viděna ve vztahu k celku. Dialektika zde zahrnuje tři hlavní zásady, které jsou vztahovány jak na klientovo prožívání a chování, tak na strukturu terapie:

- *vzájemná propojenost* – pokud se má dosáhnout změny, je třeba brát v úvahu celý systém: např. změní-li člověk své chování, odpovědi jeho sociální sítě jej v tom mohou podporovat, nebo jim bránit; akce a reakce klienta mají vliv na terapeuta, který následně ovlivňuje opět klienta: kupř. když se terapeut dotkne bolestivého tématu, klient zareaguje hněvem či mlčením, což může vyústit v to, že terapeut raději změní téma;
- *syntéza odlišných pohledů* – zkušenost člověka sestává z dynamických protikladných sil, teze a antiteze; hraniční osobnost je v těchto polaritách uvězněna bez schopnosti vytvořit z nich syntézu, neboť ta vytváří další dialektickou tenzi; i vlastní proces terapie je dialektický: klient chce zůstat „stejný“, protože to je známý, tj. bezpečný stav, ale současně touží po změně, od níž očekává úlevu;
- *nevyhnutelnost a neustálost změny* – terapie je procesem změny, a proto se musejí terapeut i klient neustále adaptovat na nastalé změny: např. zpočátku může být kladen důraz na empatii, později na osvojování nových dovedností, to může způsobit zlepšení, které však klientovi podkopává platnost jemu známého chápání sebe a ostatních.

DBT se také zaměřuje na odhalování podmětů, které spouštějí a udržují dysfunkční chování. Tyto podněty mohou být jak vnitřní (např. redukce úzkosti), tak vnější (např. zvýšená pozornost okolí). Proto je zdůrazňováno vzájemné působení mezi akcemi jedince a reakcemi jeho sociálního prostředí.

1.3.6 Psychobiologický přístup

Pro tento přístup je stěžejní hledání vzájemného vztahu mezi geneticky podmíněným neurobiologickým substrátem člověka na straně jedné a jeho prožíváním a chováním na straně druhé. Funkce neuroendokrinního systému je přitom implicitně považována za primární a psychologické charakteristiky jsou pomocí ní vysvětlovány – více či méně detailně a propracovaně podle toho, kolik výzkumných podkladů se autorům podaří nashromáždit a také – uvážíme-li úroveň současného poznání – v závislosti na tom, jak dalece se pustí na půdu spekulativních úvah. K prvním moderním snahám na tomto poli patří zajisté již zmiňovaná Pavlovova typologie (viz str. 14), ale biologickou podmíněnost stých temperamentových dimenzí zdůrazňoval také H. J. Eysenck.

V současné době však patří hlavně v psychiatrické literatuře k nejcitovanějším psychobiologickým modelům R. C. Cloningera (např. Cloninger et al., 1993, nebo u nás např. Preiss, 2000, Preiss et al., 2000, Preiss et al., 2001), postupně rozvíjený v posledních dvou dekádách minulého století. Uvádíme jej na tomto místě zejména proto, že bývá často ověřován z hlediska různých psychopatologických jevů včetně poruch osobnosti. Jeho popularita je dána i tím, že autor pro svůj model vytvořil psychodiagnostickou metodu – Inventář temperamentu a charakteru (angl. Temperament and Character Inventory – TCI).

Cloninger považuje osobnost za komplexní hierarchický systém a vychází při tom z tradičního dělení právě na temperament a charakter (viz str. 12). V rámci temperamentu původně identifikoval tři dimenze, které jsou nejvíce rozpracované, a později k nim připojil čtvrtou. Pokládá je za vzájemně ortogonální a v populaci za normálně rozložené. Tyto dimenze podle něj odrážejí funkci čtyř mozkových systémů lokalizovaných především do limbického systému a striata. Temperamentové dimenze jsou tak silně hereditálně determinované. Mohou být pozorovatelné i u subhumánních druhů a u člověka se projevují už od útlého dětství, kdy automaticky formují nevědomé prekoncepční učení. Cloninger také na základě pokusů na zvířatech postuloval vázanost těchto dimenzí na různé neurotransmiterové systémy. V temperamentu tedy rozlišuje dimenze⁷:

- *vyhledávání nového* – odpovídá behaviorálnímu aktivačnímu systému, který tvoří vrozenou platformu pro iniciaci chování (u zvířat např. pro explorační aktivitu). Projevuje se zvědavostí, vzrušivostí při setkání s neznámým, nesnášenlivostí k monotonii, koreluje s agresivitou, impulzivitou, extravertí. Je vázána na dopamin.
- *vyhýbání se poškození* – odpovídá behaviorálnímu inhibičnímu systému, který tlumí nebo mění chování, volí pasivní vyhnutí se. Projevuje se iritabilitou známkami nepříjemného, koreluje s úzkostností, neuroticismem. Je vázána na kyselinu gama-aminomáselnou a serotonin.
- *závislost na odměně* – odpovídá geneticky podmíněné schopnosti utvářet sociální vazby a je tedy zdrojem sociální citlivosti, závislosti na podpoře druhých. Koreluje se sociabilitou, empatií. Je vázána na noradrenalin a serotonin.
- *vytrvalost* – odpovídá vrozené odolnosti, schopnosti snášet nepříjemné, vytrvat v očekávání odloženého posílení. Může se projevovat jako pýle, ambicióznost, vysoká frustrační tolerance. Je vázána na glutamát a serotonin.

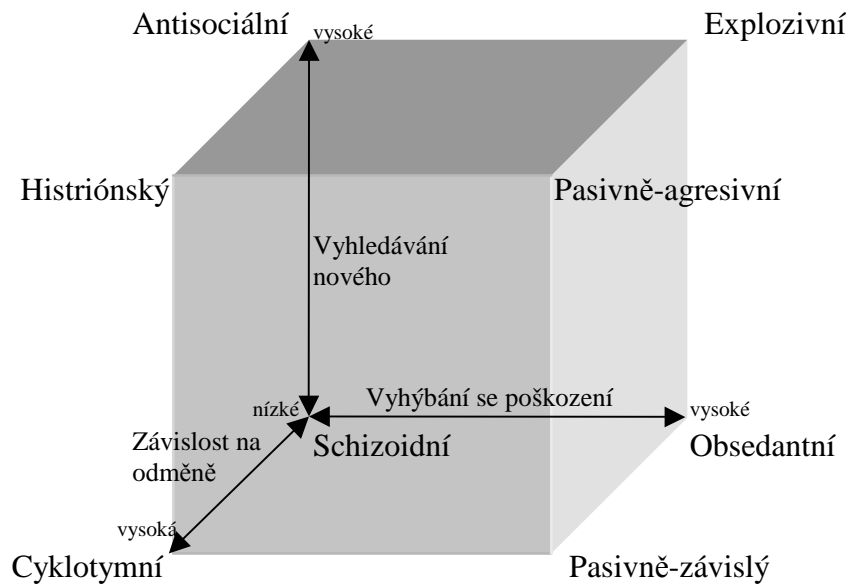
Naproti tomu charakter sestává ze tří dimenzí s výrazně slabší hereditální komponentou. Odráží funkci temporálního kortextu a hipokampu, ale je vytvářen záměrně a zkušeností v závislosti na postojích a hodnotách jedince a jeho životním směřování. Proto se formuje teprve v průběhu ontogenetického vývoje a je silně ovlivňován učením. Tyto dimenze Cloninger diferencoval takto:

- *sebesměřování* – vyjadřuje schopnost jedince ovládat a přizpůsobovat své chování situaci a zaměřovat se na vlastní vymezené cíle. Ukazuje na integrovanost a zralost osobnosti. Jde o individuální dimenzi.
- *kooperativnost* – projevuje se pohotovostí ke spolupráci s ostatními, sociální citlivostí, tolerancí a zájmem. Jde o sociální dimenzi.
- *sebepřesah* – je dána tvořivostí, naplněností, zájmem o vyšší hodnoty, zrcadlí spokojenost, spiritualitu jedince. Jde o jakousi univerzální dimenzi.

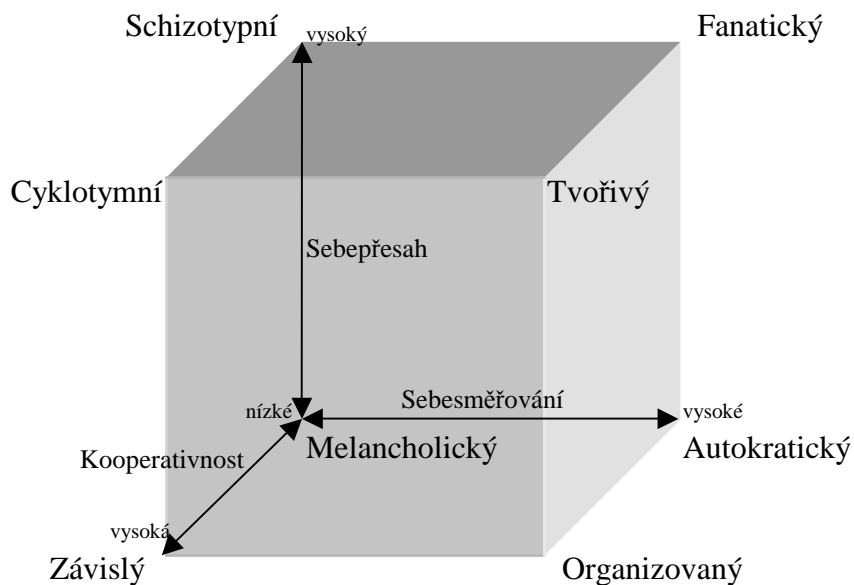
Rozdělením těchto dimenzí podle nízkých a vysokých skóre a jejich vzájemnou kombinací vzniká osm temperamentových typů (Cloninger bere v úvahu pouze původní tři dimenze temperamentu – viz Obr. 2) a osm charakterových typů osobnosti (viz Obr. 3). Extrémní vyhraněnost více rysů pak s vysokou pravděpodobností povede k dlouhodobě maladaptivnímu fungování projevujícím se napříč situacemi a může tedy být nahlížena jako porucha osobnosti.

⁷ Někteří výzkumníci ještě zvlášť vyčleňují dimenzi impulzivity a agresivity (např. Costello, 1996, podle Praško et al., 2003).

Obr. 2 Cloningerovy temperamentové typy v prostoru dimenzí temperamentu



Obr. 3 Cloningerovy charakterové typy v prostoru dimenzí charakteru



Opakovaně je prokazován vztah mezi těmito dimenzemi (operacionalizovanými inventářem TCI) a poruchami osobnosti diagnostikovanými podle MKN nebo DSM (Svrakic et al., 1993, de la Rie et al., 1998, Bejerot et al., 1998, Mulder et al., 1997, podle Preiss, 2001). Nejtěsnější je souvislost se sebesměřováním: extrémně nízké vyjádření této dimenze predikuje všechny specifické poruchy osobnosti. Podobně je tomu i v případě dimenze kooperativnosti, i když zde je vztah o něco slabší. Zjištěný typ temperamentu potom souvisí s klasifikací poruchy osobnosti do určitého trsu podle DSM. Tak „podivíni“ z trsu A vykazují vysoké vyhýbání se poškození a nízkou závislost na odměně, „afektovaní“ (trs B) vysoké vyhledávání nového a „úzkostní“ (trs C) vysoké vyhýbání se poškození a nízké vyhledávání nového.

1.3.7 Evoluční přístup

Předním současným představitelem evolučního přístupu k poruchám osobnosti a k osobnosti vůbec je T. Millon (Millon a Davis, 1996, v češtině např. Preiss, 2003). Millon vychází z teze, že žádný systém nemůže sám o sobě potvrdit svoje předpoklady. Odpovědi na nejzákladnější otázky lidského fungování je proto třeba hledat mimo psychologii a sice zkoumáním univerzálních přírodních principů, tedy témat, jež jsou předmětem bádání fyziky, chemie a biologie. K těmto základním univerzálním promítajícím se do všech uvedených vědních oborů patří právě principy a procesy evolučního vývoje.

Millonova teorie vyzdvihuje paralelu mezi fylogenetickou evolucí genetické výbavy biologických druhů a ontogenetickým vývojem rozličných adaptačních strategií individuálního organismu – tj. jeho osobnostního stylu (srovnej se Smékalovým tříděním přístupů k osobnosti, viz str. 11). Poměry v rozložení genů, které tvoří potenciál osobnostních rysů, se po generace proměňují podle toho, jak tyto rysy přispívají k „dopasování“ druhu do jeho měnícího se prostředí (Davis, 1999). Podobně se pod vlivem osobní zkušenosti a interakce s prostředím, tj. adaptačním učením, diferencuje, které z geneticky založených rysů budou nejvíce rozvíjeny, tzn. které se nejlépe hodí k fungování v rámci daného ekosystému, včetně sociálního. Osobnost si tedy lze představit jako více či méně zřetelný styl adaptivního fungování, jenž organismus projevuje v rámci vztahování se ke svému typickému prostředí a poruchy osobnosti jako určité styly maladaptivního fungování, které pramení z nedostatků, nevyvážeností nebo konfliktů ve schopnosti daného druhu vztahovat se ke svému prostředí.

Millon identifikoval čtyři sféry, v nichž se evolučně-ekologické principy projevují. Lze je současně chápat jako čtyři stupně evolučního vývoje:

Cíle existence. Pro přežití jsou důležité dvě rozdílné, ale provázané strategie. První směřuje k rozvíjení života, tedy k utváření nebo posilování organismů schopných přežít. Druhá usiluje o zachování života, tedy o vyhnutí se situacím, které by jej mohly ukončit. Jedná se o polaritu *hledání uspokojení vs. vyhýbání se bolesti*. Na úrovni jednotlivce jde o to, že některé osobnostní styly upřednostňují vyhledávání nových vjemů, zkušeností, naplnění a jiné se oproti tomu spíše snaží o vyhnutí se negativním počitkům, emocím a nebezpečí vůbec. Normalitu však definuje flexibilní rovnováha ve sledování těchto cílů.

Způsob adaptace. První způsob, ekologická akomodace, je přizpůsobením se realitě prostředí, inklinací k pasivnímu „zapadnutí“ a spoléháním se na to, že okolí zajistí potřebnou obživu a ochranu. Je typická pro rostlinnou říši. Naproti tomu ekologická modifikace znamená tendenci k proměňování a utváření vlastního prostředí a vyznačují se jí živočišné druhy. Millon toto vyjadřuje polaritou *pasivita vs. aktivita*. Opět, ačkoli na úrovni individua často jeden způsob převažuje, za adaptabilní lze označit takový osobnostní styl, který zahrnuje oba procesy: přizpůsobování si těch aspektů života, které změnit může, i akceptaci těch, které není s to ovlivnit.

Strategie replikace. Jedná se o protiklad reproduktivní individuace a reproduktivní péče, nebo také o polaritu *self vs. druží*. Jak mezi druhy, tak mezi dvěma rodiči, kteří v rámci jednoho druhu přispívají svými genetickými zdroji ke vzniku nové generace, existují značné rozdíly ve stupni a způsobu jakým každý z nich ochraňuje a živí svoje společné potomky. Tato odlišnost v rodičovské investici tvoří evoluční základ rozdílu mezi pohlavími. Analogicky se daný jedinec může spíše zaměřovat na vlastní sebeaktualizaci, tedy zdůrazňovat vlastní self, nebo naopak investovat svoje úsilí ve prospěch druhých, tedy zaměřovat se na ostatní.

Procesy abstrakce. Tato úroveň se vztahuje ke schopnosti symbolického chápání světa, jímž se překračuje bezprostřední, konkrétní, aktuálně vnímané. Jedná se o polaritu *myšlení vs. cítění*, kterou však Millon rozvíjí spíše ve svých pozdějších kognitivně-neurovědních konceptech a nevztahuje ji přímo k teorii osobnosti.

Tab. 4 Paralely mezi fylogenezí a ontogenezí (upraveno podle Millon a Davis, 1996)

fylogenetické polarity		ontogenetický vývoj	
Evoluční fáze	Funkce přežití	Neuropsychol. etapa	Vývojový úkol
Existence	Posílení života – Zachování života	Vnímání – vazba	Rozvoj interpersonální důvěry, senzitivity
Adaptace	Změna prostředí – Přizpůsobení se prostředí	Senzomotorika – autonomie	Získání adaptivní jistoty, samostatnosti
Replikace	Vlastní seberealizace – Péče o potomstvo	Dospívání – pohlavní identita	Rozvoj sexuálních rolí, individuace
Abstrakce	Usuzování – Prožitky	Intrakortikalita – iniciativa	Rovnováha myšlení a cítění

Paralelně k těmto evolučním fázím přiřazuje Millon čtyři etapy neuropsychologického vývoje jedince (viz Tab. 4). Jedná se v zásadě o koncepci senzitivních vývojových období, která podle něj nastávají během procesu zrání. Nedostatečná stimulace, nebo naopak zahlcení podněty v každém z těchto čtyř ontogenetických stadií může mít za následek maladaptivní fungování včetně rozvoje poruch osobnosti. Těmito vývojovými etapami jsou:

Vnímání – vazba je prvním stadiem, které dominuje od narození do zhruba osmnácti měsíců. Toto období je charakterizováno rychlým zráním neuronálního substrátu odpovídajícího sensorickým procesům a připoutání k druhým. Tím jsou pokládány základy interpersonálního chování a senzitivity.

Senzomotorika – autonomie jsou centrální pojmy druhého stadia, které začíná kolem jednoho roku a sahá až do roku šestého. Dochází během něho k rychlé diferenciaci motorických dovedností a k jejich sladování se sensorickými funkcemi. Obojí tvoří předpoklad pro úspěšné rozvinutí autonomie.

Dospívání – pohlavní identita jsou témata charakterizující třetí stadium typicky spadající mezi jedenáctý a patnáctý rok. Hormonální procesy v něm vyvolávají nejen prudké fyziologické změny, ale nastolují i závažné psychologické úkoly spojené s pohlavní příslušností a sexualitou.

Intrakortikalita – iniciativa označují poslední období rozvíjející se přibližně od čtvrtého roku až do adolescence. Zrání vyšších kortikálních center umožňuje reflexi, plánování i činnost nezávislou na druhých. Komplexy integrované na počátku této etapy procházejí neustálou reorganizací až do dospělosti.

Tab. 5 Poruchy osobnosti podle evolučního přístupu (upraveno podle Millon a Davis, 1996) (Obousměrná šipka znamená ambivalenci, obracení či nahrazování jednoho pólu druhým.)

	cíle existence (polarita)		strategie replikace (polarita)		
	Posílení života (hledání uspokojení)	Zachování života (vyhýbání se bolesti)	Reproduktivní individuace (self)	Reproduktivní péče (druzí)	
PATOLOGIE					
ZPŮSOB ADAPTACE	Uspokojení – Bolest ±	Uspokojení ↓ Bolest	Self – Druzí +	Self + Druzí –	Self ↓ Druzí
Akomodace (pasivní)	Schizoidní	Masochistická	Závislá	Narcistická	Kompulzivní
Modifikace (aktivní)	Vyhýbavá	Sadistická	Histriónská	Antisociální	Pasivně- agresivní
Dysfunkční	Schizotypní	Hraniční, paranoidní	Hraniční	Paranoidní	Hraniční, paranoidní

Na základě takto evolučně pojatého konceptu Millon odvozuje a charakterizuje jak normální osobnostní styly, tak jednotlivé poruchy osobnosti vyskytující se v DSM⁸. Základem jsou výše představené polarity uspokojení-bolest, aktivita-pasivita a self-druzí (viz Tab. 5). Dospívá tak k jedenácti základním patologickým prototypům (schizoidní, vyhýbavý, depresivní, závislý, histriónský, narcistický, antisociální, sadistický, kompulzivní, negativistický a masochistický) a ke třem těžkým variantám (schizotypní, hraniční a paranoidní), v něž mohou ty předchozí vyústit. V rámci jednotlivých prototypů pak rozlišuje ještě jednotlivé subtypy, jichž popsal celkem 61.

Prototypy v sobě zahrnují jak kategoriální, tak dimenzionální přístup. Na kategoriální (kvalitativní) rovině se zjišťuje, jaké prototypové znaky nejlépe charakterizují jedince a na dimenzionální (kvantitativní) je potom určena relativní míra, tzn. stupeň jejich závažnosti.

Millonova teorie prošla už čtyřicetiletým vývojem a za tu dobu se rozrostla její hloubka i komplexita (např. původní biosociální model (Millon, 1969, podle Millon a Davis, 1996) zde nebyl kvůli úspoře místa vůbec zmiňován). Vzdělání její explikační síly byl vykoupen ztrátou jednoduchosti a přehlednosti původního modelu a systém polarit se stal natolik komplikovaný, že je obtížné z něj v praxi těžít, stejně tak, jako prokázat přítomnost těchto polarit ve struktuře Millonových dotazníků (Choca, 1999). V Tab. 5 si lze také všimnout, že jednotlivé polarity nejsou pojímány jako úplně nezávislé (cíle existence a strategie replikace se spíše doplňují) a že póly dimenzí vlastně nejsou úplně protikladné, ale jakoby zakládají každý svoji dimenzi (tj. osobnostní prototyp může být označen oběma póly – např. schizoidní prototyp vykazuje nízké jak hledání uspokojení, tak vyhýbání se bolesti). I tyto nejasnosti se staly předmětem kritiky (např. Widiger, 1999).

Zde vybrané teoretické modely poruch osobnosti se samozřejmě vzájemně nepopírají, ani nevylučují. V klinické aplikaci často dochází k jejich kombinování a integraci do eklektického přístupu. Mnohé z rozdílů lze navíc vysvětlit odlišnostmi v akcentaci různých oblastí nebo rozdíly v pojmových soustavách jednotlivých teorií. Lze je tedy spíše chápat komplementárně. Poruchy osobnosti jsou příliš komplexním fenoménem na to, abychom mohli očekávat, že se jim v dohledné době podaří plně porozumět pouze za pomoci jediné univerzální teorie.

1.4 Biologické koreláty

K přijímaným postulátům při studiu osobnosti v její normalitě i patologii patří předpoklad, že nekonečnou různorodost lidských povah lze zjednodušeně popsat pomocí malého souboru základních dimenzí osobnosti. O takovýchto faktorech se předpokládá, že mají všeobecnou platnost, pouze jsou u různých lidí různě silně vyjádřeny, což je dáno jak genetickými a dalšími vrozenými dispozicemi, tak jejich modifikací individuální zkušeností a vlivy prostředí. Přestože dosud probíhají diskuse ohledně složení a počtu rysů, které by měly být považovány za primární (viz např. odlišnosti v pracích R. B. Cattela a H. J. Eysencka), stále větší konsenzus se utváří kolem konceptu pěti faktorů, tzv. „velké pětky“ (angl. big five), jimiž jsou neuroticismus (popř. emocionální stabilita), extravertze, přívětivost (popř. přátelskost), svědomitost, kulturnost (popř. intelekt nebo otevřenost ke zkušenosti)⁹.

⁸ Na tomto místě je třeba vzpomenout, že Millon sám patří mezi vlivné spolutvůrce této části americké psychiatrické klasifikace a to už od její třetí edice.

⁹ Alternativní názvy odrážejí přístupy různých autorů, kteří toto pojetí propracovávají – např. Tupes a Christal, 1961, Norman, 1963, Goldberg, 1981, McCrae a Costa, 1997, Hřebíčková, 1997, podle Mikšík, 1999.

Uvedené chápání osobnosti vychází z psychometrického výzkumu, jenž je spojen s faktorovou analýzou pojmů používaných v tom kterém jazyce k popisu osobnosti. I když pětidimenzionální struktura byla nalezena v mnoha kulturách, čímž je naznačen její univerzální výskyt, přesto není možné pouze pomocí uvedených metod usuzovat na existenci specifických mozkových či neuroendokrinních systémů, které by bylo možno považovat za biologický substrát těchto osobnostních dimenzí. Snahy o nalezení biologických korelátů lidského chování jsou velmi staré (viz např. Pavlovův přístup, str. 14) a zajisté nekončí ani u současných pokusů (např. neurobehaviorální model Depue-Lenzenwegera, 2001, 2005, 2006, podle Lenzenweger, 2006). Doposud však nedošly tak daleko, abychom také „velkou pětku“ mohli nahlížet z hlediska činnosti neuroendokrinních struktur. Pokusme se o to alespoň u několika jiných, klinicky významných osobnostních rysů, u kterých výzkum pokročil nejdále.

Prvním z nich je touha po nových podnětech (Cloninger (1993) tuto dimenzi nazývá vyhledávání nového – angl. novelty seeking), kterou je možné pozorovat i u subhumánních živočichů a jež může být považována za základ chování vedoucího k vyhledávání podnětů, popř. – ve vyhrocenější formě – za základ impulzivitu. Dva nezávislé výzkumy (Ebstein et al., 1996 a Benjamin et al., 1996, podle Tobena, 2003) zjistily, že polymorfismus sekvence genu pro dopaminový receptor (D4DR) vysvětluje zhruba 10 % genetické variance tohoto rysu. Bylo to poprvé, kdy došlo k objevu známek přímého vztahu mezi geny a dimenzí normální osobnosti. Také klinické výzkumy poukazují na souvislost dopaminergní funkce s regulací vyhledávání podnětů, citlivostí k vnějším pobídkám či ovládním impulsů.

Krátce na to Lesch et al. (1996, podle Tobena, 2003) našli vztah mezi úzkostnými rysy osobnosti a genem, který kóduje protein 5-HTT zajišťující zpětné vychytávání serotoninu. Bylo takto vysvětleno asi 7 – 9 % genetické variance rysů, které se vyskytovaly ve třech osobnostních dotaznících a měly vztah k úzkosti – neuroticismu (NEO), anxiety (16PF) a vyhýbání se poškození, angl. harm avoidance (Cloningerův TPQ). Praxe potvrzuje, že mnoho psychofarmak používaných k zvládnutí úzkosti, depresí i poruch osobnosti nějakým způsobem zasahuje do serotonergní funkce. Pokud by další geny přispívaly podobně silným efektem, stačilo by na vysvětlení hereditu úzkostnosti deset až patnáct genů.

Dalším klíčovým rysem zjišťovaným konzistentně mnoha osobnostními dotazníky jsou afiliativní rysy jako přátelskost, společenskost, empatie apod., popřípadě formy jejich patologie jako extrémní stažení se, neschopnost empatie, sklony využívat druhé a jiné antisociální tendence. Ukazuje se, že různé projevy prosociálního chování by mohly mít některé společné biologické koreláty v podobě funkce dvou mozkových neuroendokrinních systémů, oxytocinergního a opiátového (Panksepp et al., 1997, Pedersen, et al. 1992, podle Tobena, 2003). Také prolaktin a vasopresin mohou přispívat k určitým druhům sociálního připojení. Je však zřejmé, že na činnost neuroendokrinních systémů již může mít vliv prostředí a je nutné brát v potaz tuto interakci. Pro odhalení genetických základů afiliativních rysů zatím neexistuje dostatek podkladů.

Agresivita se na rozdíl od afiliativních rysů v současných dimenzionálních popisech osobnosti většinou přímo nevyskytuje, v klinické praxi však jde u mnohých duševních poruch (včetně poruch osobnosti) o významnou charakteristiku. Jakkoli nezpochybnitelný je význam různých vývojových vlivů (např. nízkého socioekonomického statusu, zneužívání, zanedbávání, autoritativní výchovy), lze oprávněně předpokládat i genetické dispozice agresivity – např. muži s mutací genu pro monoaminoxidázu A (MAO-A) projevují silně agresivní chování (Brunner et al., 1994, podle Tobena, 2003). MAO hraje důležitou roli v odbourávání serotoninu a dalších monoaminů a jak se ukazuje, existuje vztah mezi agresivitou a nízkou aktivitou MAO. Souvislost mezi agresivitou a deficitem v serotonergní funkci naznačují jak výzkumy na animálních modelech, tak pozorování agresivních výbuchů u duševně nemocných pacientů a uvězněných recidivistů. Zdá se tedy, že serotonin hraje důležitou roli v tlumení agresivních impulsů, pravděpodobně prostřednictvím blokace dalších

neuroregulačních systémů, které by jinak agresivitu podporovaly: androgenů, inzulínu, vasopresinu (Ferris et al., 1997, podle Tobena, 2003).

Za povšimnutí stojí, že výsledky výše uvedených genetických studií jsou v zásadě v souladu s biologickým pojetím osobnosti navrženým C. R. Cloningerem (Cloninger et al., 1993). V současnosti jde o sedmidimenzionální model (viz kapitolu 1.3.6), jenž se skládá ze čtyř temperamentových a tří charakterových dimenzí. Tři původně identifikované temperamentové dimenze uvedl Cloninger do souvislosti s neuromodulátory: dimenze vyhledávání nového (odpovídající behaviorálnímu aktivačnímu systému) je spojována s dopaminem a dynorfinem, dimenze vyhýbání se poškození (odpovídající behaviorálnímu inhibičnímu systému) se serotoninem a dimenze závislosti na odměně (odpovídající behaviorálnímu dependentnímu systému) s noradrenalinem a oxytocinem.

Budeme-li tedy na osobnost pohlížet jako na interakční integraci dvou základních složek, temperamentu a charakteru (viz str. 12), jeví se oprávněným předpoklad, že temperamentové dimenze odrážejí funkci nějakého stabilnějšího neurobiologického systému, zatímco charakterové dimenze jsou vázány spíše na soustavy plastičtější (Praško et al., 2003). Tuto stabilitu a plasticitu lze hledat jak na úrovni neuroanatomických struktur, tak na úrovni neuropřenašečových systémů.

Temperament, který vytváří základní nastavení systému, je spojován s fylogeneticky starými strukturami striata, ventrálního tegmenta a limbického systému včetně amygdaly. Na úrovni přenašečů, jak už bylo zmíněno, jde potom o neuromodulátory: monoaminy, např. dopamin, noradrenalin, serotonin a peptidy, např. oxytocin, dynorfin, vasopresin ad.

Naopak tvárnější charakter je neuroanatomicky lokalizován spíše v neokortexu, kde dochází k zpracovávání informací a vytváření mentálních map (coby reprezentací zkušenosti). Děje se tak prostřednictvím regulace výdeje neurotransmiterů, zesílením citlivosti receptorů a morfologickou přestavbou synapsí. Dvěma nejdůležitějšími neurotransmiterovými systémy zde jsou glutamatergní (excitační) a GABAergní (inhibiční) systém.

Z uvedeného je patrné, že snahy o ukotvení osobnostních rysů v genetické výbavě člověka a o nalezení biologických korelátů psychologických charakteristik každého jedince jsou teprve ve svých počátcích. O to delší je cesta k využití těchto poznatků pro zdokonalení identifikace a diferenciaci abnormálních osobností. Lze však očekávat, že na jejím konci bude potřeba přehodnotit v současnosti postulované kategorie poruch osobnosti.

1.5 Etiologie

Poruchy osobnosti patří k těm duševním poruchám, o jejichž příčinách se spíše spekuluje. Máloco lze na tomto poli pokládat za prokázané a podložené závěry dostatečně metodologicky čistých výzkumů. A tak diskuse na téma etiologie buď závisí na teoretických východiscích autorů (viz kapitolu 1.3), nebo zpravidla vede k obecnému konstatování interakce mezi vlivy vrozenými a vlivy prostředím.

Můžeme považovat za velmi pravděpodobné, že etiologie poruch osobnosti je multifaktoriální. O biologických faktorech, především těch genetických, již byla řeč v kapitole 1.4. Kromě nich se uvádějí prenatální a perinatální poškození, infekční či jiná onemocnění mozku v dětství (Balon, 2002, Praško et al., 2003). Ohledně změn v různých biologických funkcích, které lze objektivně pozorovat později u dospělých lidí s již rozvinutou poruchou osobnosti (ať pomocí zobrazovacích metod nebo chemických rozborů), není možné s jistotou tvrdit, zda jde o příčinu či následek této poruchy.

O zmiňovaných biologických faktorech je tendence uvažovat jako o predispozicích ke vzniku poruchy osobnosti, k jejímuž rozvinutí je potom v průběhu dětství či rané adolescence nutná přítomnost jiných zatěžujících faktorů. Tím se obvykle vysvětluje, proč ze dvou jedinců se stejně patologicky diskvalifikujícím rodinným prostředím u jednoho porucha vznikne a u

druhého nikoli. Dostáváme se tak k faktorům psychosociálním. Většina teorií zdůrazňuje právě roli rodinného prostředí během raného dětství, ať už k ní přistupuje z hlediska rodičovské nezpůsobilosti k výchově, neúplnosti rodiny, rodinných konfliktů, trestů, restrikcí (či naopak rozmazlování), nebo se soustředí přímo na traumatizující události jako zanedbávání či zneužívání. S postupem času pak nepochybně vzrůstá vliv vrstevníků.

Je samozřejmě těžké uvažovat o poruchách osobnosti jako o jedné diagnostické skupině. Vzhledem k jejich rozmanitosti musíme očekávat, že se převažující etiologické faktory budou u jednotlivých specifických kategorií lišit. Tak se kupř. u poruch osobnosti z trsu A (podle DSM-IV tzv. podivíni, excentrici, tj. paranoidní, schizoidní a schizotypální poruchy osobnosti) uvádí zvýšená prevalence psychotických onemocnění mezi příbuznými (např. Baron, 1985, podle Girolamo a Dotto, 2003). U histriónské poruchy osobnosti se klade důraz na genetickou zátěž, zatímco např. u narcistické na výchovné faktory a u hraniční na traumata v dětství a vyšší výskyt poruch nálady mezi příbuznými. V souvislosti se závislou poruchou je zmiňován výskyt závažných tělesných onemocnění a separační úzkosti v dětství (Balon, 2002).

1.6 Komorbidita

Jednotlivé specifické poruchy osobnosti se vyznačují nemalou mírou vzájemné komorbidity, takže „čisté“ poruchy osobnosti nejsou příliš časté. Johnson (2007) tento překryv vysvětluje tím, že každá charakterová struktura – a tedy i porucha osobnosti – odráží jeden ze sedmi (jím identifikovaných) „základních existenciálních životních problémů“ (viz Tab. 2). Ty se sice vyskytují v typických konfiguracích a většinou bývá jeden z nich dominantní, zřídka kdy však jediný.

Naskytá se také otázka, zda jde o odraz skutečnosti, či zda to je způsobeno nedokonalostí současných klasifikačních systémů. Validita a reliabilita těchto diagnostických jednotek patří mezi duševními poruchami vůbec k nejnižším. Jako určitý výraz nejistoty současného stavu poznání v této oblasti nelze přehlédnout poměrně velké změny, ke kterým docházelo v daných kapitolách při vydání každé nové revize MKN či DSM (viz Tab. 1). Rozhodnutí, zda určitý soubor symptomů má tvořit specifickou poruchu osobnosti, event. zda vůbec tvoří samostatnou diagnostickou kategorii, nebylo vždy podloženo dostatečně kvalitními daty. Podle Francese a Widigera (1986, podle Balon, 2003) jsou hranice mezi jednotlivými poruchami osobnosti příliš nejasné. Mnozí klinické pracující v systému DSM se tak omezují pouze na diagnostikování jednoho ze tří trsů: A (podivíni, excentrici), B (afektovaní, emotivní, dramatizující) a C (úzkostní, uhybaví, ustrašení).

Vysoká je také komorbidita poruch osobnosti s psychickými onemocněními, tedy patologickými „stavy“ ve smyslu první diagnostické osy dle DSM. Uvádí se (viz kapitolu 1.7), že poruchy osobnosti má zhruba 50 % všech psychiatrických pacientů. Nejstudovanější jsou koexistence se zneužíváním nebo závislostí na psychoaktivních látkách, s poruchami nálady (typicky u hraniční osobnosti) a s úzkostnými poruchami. Girolamo a Dotto (2003) uvádějí na základě analýzy 32 studií, že porucha osobnosti se vyskytuje u 41 až 57 % pacientů s uvedenými potížemi. Časté je také spojení s poruchami příjmu potravy a se sexuální deviací.

López-Ibor (2003) se dokonce domnívá, že poruchy osobnosti by mohly být pouhými utlumenými formami duševních poruch, takže čím více budeme poruchám osobnosti rozumět a nacházet jejich další biologické koreláty, tím pravděpodobněji dojde k jejich přesunutí z osy II na osu I podle DSM-IV, aby tak mohly být klasifikovány jako „skutečné poruchy“.

Také Frances a Widiger (1986, podle Balon, 2003) v této souvislosti poukazují na nejasné vymezení mezi diagnózami na osách I a II. Často totiž není zřejmé, co je příčina (popř. predispozice), co následek, či zda takovýto vztah vůbec existuje. Podle Millona a

Davise (1996) mohou nastat všechny tři varianty, a to dokonce i u jednoho jedince. Hovoří o třech modelech vztahu mezi oběma osami:

- modelu *vulnerability*, kdy porucha osobnosti spouští vývoj poruchy na ose I;
- modelu *komplikace*, kdy porucha na ose I iniciuje změnu osobnosti;
- modelu *patoplastickém*, kdy porucha osobnosti ovlivňuje průběh, ale nespouští poruchu na ose I.

Nejedná se zdaleka o samoučelnou diskusi, protože podle epidemiologických výzkumů (viz kapitolu 1.7) je porucha osobnosti jedním z nejsilnějších prediktorů účinnosti terapie duševních onemocnění. Nesprávné chápání tohoto nálezu může vyústit ve stigmatizaci jedinců s diagnózou poruchy osobnosti (viz kap. 1.8.1). S odvoláním (byť nevědomým) na malou efektivitu se jim pak nemusí dostávat patřičné odborné pozornosti.

1.7 Epidemiologie

Výzkumy četnosti výskytu poruch osobnosti v obecné populaci jsou relativně novou záležitostí. Souvisí to patrně s tím, že teprve v posledních dvou dekadách se začaly objevovat standardizované metody k diagnostice poruch osobnosti (viz 3.5.3). Důležitým předpokladem bylo také zpřesnění používaných klasifikačních systémů, za něž je možné považovat uvedení MKN-9 v r. 1977 a DSM-III v r. 1980. Zavedení nové nosologie nepochybně značně ovlivňuje pohled na danou problematiku – když byl např. v DSM-III zaveden víceosý systém, což výrazně podtrhlo význam poruch osobnosti, začala být tato diagnostická kategorie používána více než dvojnásobně častěji (Loranger, 1990, podle Loranger, 1994). Ani existence současných psychiatrických klasifikací však nezajišťuje jednotný přístup výzkumníků (stejně tak kliniků) a odhady prevalence poruch osobnosti se velmi různí (aniž by byly vysvětlitelné rozdíly mezi MKN a DSM). Např. Smolík (1996) uvádí 6 – 9 %, zatímco Balon (2002) připouští až 23 %. Nicméně jako nejpravděpodobnější se jeví předběžné závěry Lenzenwegerovy longitudinální studie (2006), jež udávají prevalenci 11 %, což je číslo velmi blízké 10,5 % – mediánu z osmi studií, které proběhly v letech 1980 – 1999 (Girolamo a Dotto, 2003).

Ještě problematičtější je situace, pokud se snažíme odhadnout četnost výskytu jednotlivých specifických poruch osobnosti. Vzhledem k jejich velmi nízké prevalenci v obecné populaci, bylo by třeba pro získání spolehlivých dat daleko větších vzorků. V některých případech se údaje liší až o jeden řád (!), ale i v případě nejstudovanější¹⁰ kategorie, kterou je dissociální porucha osobnosti (antisociální dle DSM) jsou rozdíly více než dvojnásobné. Pro ilustraci uvedme alespoň data získaná na základě několika (7 až 18 – podle specifické poruchy osobnosti) studií (Girolamo a Dotto, 2003).

Tab. 6 Prevalence specifických poruch osobnosti (podle Girolamo a Dotto, 2003)

Porucha osobnosti	Prevalence (%)	Porucha osobnosti	Prevalence (%)
Paranoidní	0,6	Narcistická	0,2
Schizoidní	0,4	Obsedantně-komp. (anankastická)	1,7
Schizotypální	0,6	Vyhýbavá (anxiózní)	0,7
Antisociální (dissociální)	1,9	Závislá	0,7
Hraniční	1,6	Pasivně-agresivní	1,7
Histriónská	2,0		

¹⁰ Potvrzuje se tak předpoklad, že se společnost nejvíce zajímá o ty patologické jevy, které ji nejvíce ohrožují.

Často bývá zmiňováno pozorování, že ve vyšších věkových kategoriích poruch osobnosti ubývá (např. Praško et al., 2003) a že celkové četnosti jsou zhruba stejné u obou pohlaví (např. Balon, 2002). Naproti tomu předmětem diskusí je zjištění, že jednotlivé specifické poruchy osobnosti jsou u mužů a žen diagnostikovány různě často: tak kupř. dissociální a anankastická porucha je více nacházena u mužů, zatímco hraniční, závislá a anxiózní u žen. (Samozřejmě je otázkou, zda to není dáno předsudečností kliniků nebo dokonce samotného klasifikačního systému.) Prevalence se zdá také vyšší u městské populace a v nižších socioekonomických skupinách (Girolamo a Dotto, 2003).

Specifickou sférou je samozřejmě oblast zdravotní péče, kde lze očekávat daleko vyšší četnost výskytu poruch osobnosti. A data z výzkumů tomu skutečně nasvědčují. Ve Velké Británii je prevalence poruch osobnosti ve všeobecné lékařské praxi 20 – 30 % (Norton, 1992, podle López-Ibor, 2003) a podíl těchto lidí mezi psychiatrickými pacienty se odhaduje na 50 % (Girolamo a Dotto, 2003). Nejčastěji se podle stejného zdroje objevuje hraniční porucha osobnosti a dále schizotypální (ta podle MKN-10 není řazena mezi poruchy osobnosti) a histriónská. To potvrzuje již zmiňovaný předpoklad, že rozložení specifických poruch osobnosti v celé populaci a mezi těmi, co vyhledávají pomoc odborníků, se různí.

Analogické úvahy lze vztáhnout také na oblast nápravně výchovné péče, kde z pochopitelných důvodů převažuje dissociální porucha osobnosti. Podle jedné studie byla alespoň jedna porucha osobnosti diagnostikována u 64 % anglických a velšských vězňů (Singleton et al., 1998, podle Girolamo a Dotto, 2003).

1.8 Psychoterapie

1.8.1 Stigmatizace

Hovoříme-li o terapii poruch osobnosti, souhlasíme již s předpokladem, že změna je možná (např. Bateman a Tyrer, 2004a; Lenzenweger, 2006) a že poruchy osobnosti jsou ovlivnitelné (léčitelné, terapeutizovatelné). Jde o východisko, které dosud zdaleka není samozřejmě přijímáno.

Část této skepse pochází z klinických zkušeností s takto náročnou klientelou. Ačkoli probíhající longitudinální studie (Lenzenweger, 2006) nepotvrzují předpoklad, že by poruchy osobnosti měly charakter neměnných, v průběhu času stabilních a trvalých rysů, diagnóza poruch osobnosti je pro mnohé odborníky z klinické praxe nadále synonymem téměř jakési osudovosti. To vyvolává očekávání neúspěšné terapie a notoricky pesimistické postoje k těmto pacientům či klientům: předpokládá se nedostatek spolupráce, nepříjemnosti, konflikty, odvolaná terapeutická setkání atp.

Lidé s poruchou osobnosti odbornou pomoc vyhledávají často s velkou naléhavostí v obdobích psychických krizí, dožadují se pomoci¹¹, ale zároveň obtížně přijímají jakoukoli autoritu, včetně doporučení terapeuta, a pokud terapii přímo předčasně neopouštějí při odeznění nejzávažnějších příznaků, pak se nezřídka pokoušejí alespoň o změnu terapeuta. Jejich chování je značkováno jako manipulativní, nevyzrálé či antisociální. Často se dotýká morálního či hodnotového systému terapeuta a mimoděk u něj vyvolává hodnotící vnímání. Přinejmenším se má za to, že terapie bude dlouhá, i pro samotného profesionála velmi náročná (např. podle Balona (2002) vyžaduje „hroší kůži“) a skýtající z průběhu jeho práce jen málo osobní satisfakce. Jedinci s poruchou osobnosti opakovaně vyvolávají ve svých terapeutech nepříjemné pocity neefektivity a bezmoci, které tito odborníci mohou zkratkovitě

¹¹ To samozřejmě neplatí všeobecně – naopak jedinci s určitými specifickými poruchami osobnosti (např. schizoidní) pomoc z vlastní vůle nevyhledávají téměř vůbec.

atribuovat buď sobě („jsem neschopný“), nebo klientovi („kazí mi to“). To vše často vede k poskytování nedostatečné odborné péče nebo k předčasnému ukončení terapie.

V této souvislosti je vhodné zmínit výzkum Bowerse a Allanové (2006), kteří zkoumali postoje personálu k poruchám osobnosti v podmínkách hospitalizace. Podle těchto autorů jsou nejdůležitějšími činiteli faktory organizační: další vzdělávání profesionálů, supervize a podpora ostatními členy týmu. Důležité je, aby si jednotliví zaměstnanci mohli práci s lidmi s poruchami osobnosti sami zvolit.

1.8.2 Výzkum psychoterapie poruch osobnosti

Rezervovaný postoj zaznívá i z pozic na důkazech založeného přístupu. Skutečností je, že studie efektivity, které by splňovaly všechna kritéria tohoto pojetí, dosud nebyly realizovány. Dostatečná kontrola intervenujících proměnných v takových výzkumech je prakticky nemožná: vysoká komorbidita s jinými psychickými nemocemi komplikuje jak identifikaci počátečního osobnostního statusu, tak jeho následných změn; nízká nebo kolísavá motivace k léčbě, a tedy problematická „adherence“, spolu s nároky na dlouhodobost terapie jsou příčinou vysokého procenta probandů, kteří ze sledovaného vzorku vypadnou; „chaotický“ životní styl lidí s poruchou osobnosti prakticky vylučuje udržení po potřebně dlouhou dobu adekvátních kontrolních skupin. Z těchto důvodů studie s experimentální i kontrolní skupinou a náhodným přiřazením probandů do každé z nich zahrnují malé – tj. často nereprezentativní – výzkumné vzorky a i tak jsou velkou vzácností.

Velkým problémem je také to, jak poruchu osobnosti a její změny pro výzkumné účely vhodně operacionalizovat, resp. jaké zvolit míry efektu terapie a metody jeho zjišťování: nejčastěji jsou monitorovány jen symptomy, které však snadno mohou odrážet pouze změny duševních poruch na ose I; změny v sociálním fungování zase mohou zrcadlit další na osobnosti nezávislé faktory; s podobnými potížemi se potýkáme, ať už za efekt terapeutické intervence považujeme vyšší skóre na škálách posuzujících kvalitu života nebo snížení počtu sebepoškozujících aktů, psychiatrických hospitalizací či trestných činů. Největší pokroky se daří pozorovat často právě u symptomů (např. snížení suicidality a sebepoškozování), menší jsou zlepšení týkající se duševních problémů (např. úzkostí a deprese) a ještě obtížněji je ovlivňováno sociální fungování (např. navazování uspokojivých vztahů, udržení stabilního zaměstnání či bydliště) (National Specialist Commissioning Advisory Group, 2005).

Některé studie se snaží prokázat různou účinnost odlišných psychoterapeutických směrů při zvládnání poruch osobnosti. Čím však terapie trvá delší dobu, tím pravděpodobněji se v ní vyskytnou různorodé prvky, techniky a intervence. Variance v rámci jednoho přístupu se tak zvyšuje, stejně jako překryv mezi přístupy, které se původně hlásily k rozdílným školám – jejich specifita zaniká a zjišťované rozdíly jsou zpravidla nevýznamné nebo nereplikovatelné. Protože pervazivnost poruch osobnosti si vyžaduje komplexnost terapie, je také podobně nesnadné odhalit, co v rámci prováděných intervencí konstituuje vlastní účinný faktor.

Nepřekvapí tedy, že takovéto výzkumné studie spíše než jasné „důkazy“ přinášejí jakési „známky“ účinnosti psychoterapie u poruch osobnosti. Nejvíce pozitivních indicií se podle Batemana a Fonagye (2000) dosud podařilo nashromáždit pro dlouhodobý psychodynamický a kognitivně-behaviorální přístup k pacientům z trsu B (afektování, dramatizující). Nicméně jejich analýza primárních výzkumných zdrojů je spíše popisná a kvalitativní. Ačkoliv Leichsenring a Leibing (2003) provedli kvantitativní metaanalýzu 25 studií těchto dvou terapií u poruch osobnosti a zjistili velikost účinku (např. Hendl, 2004) 1,46 pro psychodynamickou terapii a 1,00 pro terapii kognitivně-behaviorální, i oni upozorňují, že vzhledem ke zmiňovaným metodologickým potížím je na konečné závěry ještě brzy. Faktem je, že terapie poruch osobnosti byla po několik desetiletí považována za doménu psychoanalytických směrů a to i přesto, že nejtěžší případy byly pokládány za neanalyzovatelné.

1.8.3 Specifika psychoterapie poruch osobnosti

Nicméně každá z teoretických orientací, které byly stručně představeny v kapitole 1.3, propracovává vlastní terapeutický přístup (byť v různém stupni formálně strukturovaný), který klade důraz na důležité – třebaže často různé – aspekty poruch osobnosti. Nelze je tedy vnímat jako vzájemně se vylučující, ale spíše jako komplementárně se doplňující. Takto integrovanou léčbu považuje dokonce Sperry (1999, podle Praško et al., 2003) za jeden ze základních předpokladů účinné terapie poruch osobnosti. Dalšími z nich jsou podle něj kombinování (současně, nebo po sobě) terapie na úrovni individuální, párové, rodinné a skupinové, dále klientovi „na míru šitá“ léčba, stanovení obecných i konkrétních terapeutických cílů, ochota klienta ke změně a při komorbiditě více poruch osobnosti počáteční soustředění se na jednu dominantní. Je zřejmé, že klinická praxe bude vždy kompromisem mezi těmito oprávněnými požadavky a možnostmi daného sociálně zdravotnického systému.

Má-li být terapie osobnostních poruch účinná, musí podle Batemana a Fonagye (2000): být dobře strukturovaná a relativně dlouhodobá; věnovat dostatečné úsilí udržování motivace klientů; mít jasné zaměření; být teoreticky koherentní; aktivně utvářet vztah mezi klientem a terapeutem; být dobře integrovaná s dalšími službami. Ani zaměření, ani rozsah této práce nedovolují věnovat se podrobněji přístupu každé psychoterapeutické školy k jednotlivým poruchám osobnosti. Uvedme však alespoň několik obecných zásad, které je nutné mít při práci s těmito klienty na zřeteli bez ohledu na teoretická východiska poskytované terapie.

Prvním předpokladem je vůbec rozpoznání přítomnosti poruchy osobnosti v situaci, kdy klient přichází v krizi s naléhavými psychickými problémy. Je třeba všimnout si nejen prezentovaných symptomů, ale posoudit i prožívání, interpersonální fungování a sociální fungování (včetně pracovního) a tyto údaje zvážit ve světle informací od klientových blízkých či jiných odborníků. Bateman a Tyrer (2004b) navrhuje věnovat pozornost čtyřem dimenzím: emoční dysregulaci, inhibovanosti, dissociálnímu chování a kompulzivitě.

Dosud nepanuje shoda ohledně psychodiagnostického nástroje nebo postupu, který by byl všeobecně doporučován pro rutinní použití v praxi. Jedním ze základních prostředků tak nadále zůstává provedení důkladné anamnézy. K nejednotnosti přispívá i to, zda se klinici orientují podle oficiálních klasifikačních systémů MKN-10 a DSM-IV nebo podle teoretických východisek, v nichž byli školeni.

Dalším důležitým faktorem je klientovo zapojení do terapie, jeho „adherence“ a již zmiňovaná ochota ke změně. Bateman a Tyrer (2004a) označují ty, kteří odmítají léčbu, jako typ R (treatment-resisting – údajně 75% lidí s poruchami osobnosti) a ty, kteří ji naopak vyhledávají, jako typ S (treatment-seeking). K prvním řadí např. většinu osob s paranoidní, antisociální a schizoidní poruchou osobnosti, k druhým hraniční osobnosti. Je zřejmé, že vyhledávání pomoci ještě nemusí být výrazem opravdové touhy po osobnostní rozvoji, ale i opakováním patologických vzorců (např. závislosti) ve vztahu k terapeutovi.

Nicméně naše pozornost se tím obrací k důležitému faktoru terapie, jakým je motivace klienta. Prognóza terapie je značně ovlivněna nejen silou motivace ale i jejím zdrojem: to, zda je spíše vnitřní, nebo vnější bude patrně souviset s tím, zda je pro jedince daná porucha obtěžující (tedy i ego-dystonní), či nikoli (tj. je ego-syntonní) a zasahuje spíše klientovo okolí.

Motivace se mění velmi rychle, často kolísá i během jediného dne. V jednu chvíli se klient dožaduje pomoci, ale za okamžik už ji odmítá, což po několika opakováních může vést k předčasnému ukončení terapie. Gunderson et al. (1989, podle Bateman a Tyrer, 2004b) uvádí, že mezi nejčastější klientovy vědomé důvody pro opuštění terapie patří frustrace z terapie, v níž samozřejmě dochází k zpochybňování jeho hluboce zakořeněných stylů chápání a vztahování se ke světu. Jedním z hlavních nástrojů posilování klientovy motivace a ochoty ke změně je pak terapeutický vztah. Avšak paradoxně navazování osobních vztahů je centrálním problémem poruch osobnosti a tak vytvoření nepatologického vztahové

pracovního společenství, v němž panuje vzájemná důvěra mezi klientem a terapeutem, může být považováno samo o sobě za pozitivní terapeutický výsledek.

Zajištění konzistence terapie je dalším významným požadavkem, má-li mít léčba poruch osobnosti naději na úspěch. Tito klienti mají schopnost nekonzistence automaticky vytvářet a následně využívat. Pomineme-li, že příčinou může být špatná komunikace mezi odborníky zahrnutými do péče o daného klienta nebo nevyřešený problém na straně terapeuta, jde nejčastěji o důsledek obranného mechanismu štěpení. Důležité je pojmenovávat jeho význam pro vnitřní proces klienta, citlivě oslovovat problémy, od kterých je tím nevědomě odpoutávána pozornost, a nezanedbat ani diskusi v klinickém týmu mezi těmi, kteří se v důsledku štěpení ocitli na opačných pólech, popř. dodržovat jasně vymezené terapeutické role. To je samozřejmě tím snazší, čím méně odborníků je do péče zahrnuto, ačkoli nutnost vztahování se k celému terapeutickému týmu (za předpokladu, že je dobře sehraný) v sobě skrývá nezanedbatelný terapeutický potenciál.

Vedle konzistence hraje podstatnou úlohu také stálost v obsazení role terapeuta, resp. neměnnost ve složení terapeutického týmu. Hlavně u člověka s hraniční poruchou osobnosti může změna terapeuta vyvolat jemu důvěrně známé pocity ztráty, opuštění a následného zoufalství, které se ve vztazích těchto jedinců s druhými často opakují. Samozřejmě lze namítnout, že tito klienti často sami terapeuty mění (např. s poukazem na jejich neschopnost), ale v takovém případě se většinou jedná o důsledek obranných mechanismů a pokud význam jejich chování zůstane neosloven, jedná se opět o selhání terapie.

Velmi rozšířeným je názor, že pro lidi s poruchou osobnosti není vhodná ústavní péče (např. Praško et al., 2003), neboť po přijetí vytvářejí situace, které znemožňují jejich propuštění, a hospitalizace jen dále posiluje jejich funkční regresi a závislost na pomoci zdravotního nebo sociálního systému. Je však otázkou, zda uvedený názor není spíše odbornou racionalizací negativních postojů a neodráží skutečnost, že lidé s poruchou osobnosti jsou pacienti, které mají psychiatři „neradi“. Zdá se totiž, že tato problematika je složitější – kupř. Gabbard et al. (2000) zjistil na vzorku více než dvou set pacientů s poruchami osobnosti při propouštění z dvou psychiatrických léčeben pozitivní změnu, která byla potvrzena i s ročním odstupem. Lidé s poruchami osobnosti mohou mít mnohem méně podpůrných sociálních vazeb ve svém okolí a pomoc poskytovaná ambulantně je nemusí dostatečně doplňovat, ani nemusí být postačující pro zvládnutí komorbidních duševních poruch. Vhodným uspořádáním, jak se vyhnout riziku hospitalismu a přitom zajistit intenzivní terapii nezbytnou k ovlivnění poruch osobnosti, může být právě systém terapeutické komunity, o němž bude pojednáno v druhé části této práce.

Některé poruchy osobnosti jsou spojeny s agresivními projevy buď vůči ostatním, nebo i vůči sobě. Pečlivě je třeba posoudit riziko sebepoškozování a terapeuticky adekvátně na ně reagovat, tj. ani odvetnou agresivitou, ani soucitným litováním. Pozornost je třeba věnovat myšlenkám na sebevraždu a kontextům, v nichž se vynořují, stejně jako interpersonálním faktorům, které hrály roli při případných minulých suicidálních pokusech.

Je zřejmé, že i při sebevíce strukturovaném psychoterapeutickém postupu hrají obrovskou roli osobnostní charakteristiky psychologa nebo psychiatra. Mezi všemi, které jsou myslitelné a které ovlivňují terapeutický proces s jakýmkoli klientem, vystupují v případě poruch osobnosti snad nejvíce terapeutovy interpersonální dovednosti. Zjednodušeně se dá říct, že terapie poruch osobnosti závisí právě na interpersonálním procesu. Nejednou bývá obtížné držet se doporučovaných postupů a zachovat „věrnost“ určitému terapeutickému systému, v němž byl odborník vycvičen, protože interakce s klientem s poruchou osobnosti (hlavně hraniční) v terapeutovi odhaluje jeho vlastní „všední“ a konečné lidské kvality (Stone, 1990, podle Bateman a Tyrer, 2004b). Je otázkou, zda většina kliniků může prostřednictvím psychoterapeutického výcviku rozvinout potřebné osobnostní dovednosti a charakteristiky natolik, aby byla schopna lidem s poruchami osobnosti úspěšně pomáhat.

2. Terapeutická komunita

2.1 Představení terapeutické komunity

2.1.1 Definice a druhy terapeutických komunit

Podobně jako v předcházejícím oddíle začneme toto stručné představení systému terapeutické komunity¹² objasněním základního pojmu. Podle Velkého sociologického slovníku (1996) je komunita obecně společenstvím charakterizovaným dvěma znaky: zvláštním typem vnitřních sociálních vazeb a specifickým postavením v rámci širšího sociálního prostředí. Tradičně (viz i Hartl, Hartlová, 2000) je vymezena prostorově příbuzenskými vztahy, soběstačností, suverenitou a společnou hodnotovou orientací svých členů. V současné komplexně provázané, globalizované a informační společnosti ustupují prvně jmenované znaky často do pozadí a rozhodující se stává právě hodnotová blízkost (viz např. profesní, umělecké či vědecké komunity). Platí to i pro komunitu terapeutickou, která si však vedle toho zachovává i původní znak prostorového vymezení (alespoň ve své převažující, rezidenční formě).

Samotné označení terapeutická komunita bývá užíváno v několika významech. Když je T. Main v r. 1946 poprvé uvedl ve svém článku (Main, 1946, podle Kennard, 2003), měl tím na mysli takové uspořádání nemocnice nebo jejího oddělení, kde se pacienti spolupodílejí na chodu instituce s cílem osvojit si psychosociální dovednosti, které by byly následně uplatnitelné v běžné společnosti. Typicky se jednalo o humanizaci léčených pro dlouhodobě duševně nemocné, ve kterých pacienti přestávali být pasivními objekty na nich vykonávané terapie a dostávali příležitost k aktivní rozvíjející práci, která měla reálné důsledky a za niž bylo třeba nést zodpovědnost. V tomto obecnějším smyslu se terapeutickou komunitou míní *forma organizace* (Kratochvíl, 1979) terapeutické instituce a takto byl pojem chápán především v padesátých letech.

V užším a specifičtějším významu označuje termín terapeutická komunita určitý soubor terapeutických principů. Velmi zjednodušeně se dá říct, že jde o terapii sociálním prostředím. Kratochvíl (1979) hovoří v tomto smyslu o terapeutické komunitě jakožto *psychoterapeutické metodě*, jejíž podstatou je „využívání modelové situace malé společenské skupiny pro projekci a korekci maladaptivních interpersonálních stereotypů případně s následujícím nácvikem adaptivních forem chování“ (str. 14). Podobně definují terapeutickou komunitu i Manning a Morant (2004), kteří ji popisují jako malý sociální systém, jenž umožňuje klientovi reprodukovat ten druh interakcí, s kterými měl v minulosti problémy, tak, aby mohly být pozorovány a reflektovány.

Toto pojetí vzniklo na konci 50. let 20. století nezávisle na dvou místech a to ve dvou velmi odlišných uspořádáních. V Anglii M. Jones v Belmont Hospital stavěl na demokratickém sdílení rozhodování a funkcí všemi členy komunity (tedy pracovníky i klienty¹³) a na omezení statusových rozdílů mezi nimi. Jones (1968) postupně formuloval pět základních tezí takovéto terapeutické komunity. Jsou jimi:

- oboustranná komunikace na všech úrovních,
- proces rozhodování na všech úrovních,
- společné vedení,
- konsensus v přijímání rozhodnutí,
- sociální učení v interakci „tady a teď“ (tzv. učení naživo).

¹² Je třeba zdůraznit, že terapeutická komunita je něco jiného než komunitní psychologie (např. Dalton et al., 2007) nebo komunitní psychiatrie. Pro objasnění jejich vzájemného vztahu viz str. 51.

¹³ Pro zdůraznění jejich vlastní aktivity a zodpovědnosti za proces terapie či resocializace se v anglické literatuře často místo o „klientech“ mluví o „rezidentech“ (obyvatelích) komunity. Termínu pacient se neuvádá vůbec.

Naproti tomu Ch. Dederich v Kalifornii založil svépomocnou komunitu Synanon pro drogově závislé, kde k hlavním znakům patřily konfrontační encounterové skupiny a hierarchická struktura.

Pojetí prvního typu bývá označováno jako *demokratická* terapeutická komunita, pojetí druhého typu jako komunita *hierarchická* (blíže viz str. 55). Tato vžitá označení však nejsou přesná, protože samozřejmě v obou uspořádáních se uplatňují prvky demokratického rozhodování a v obou existuje hierarchické uspořádání obsazovaných postů. Rozdíl však je v důrazu na jedno či druhé. Zvláště pro hierarchické terapeutické komunity se jako vhodnější jeví anglický termín „concept-based therapeutic communities“ odvozený od faktu, že takovéto komunity často nabízejí program založený na laicky srozumitelném, zjednodušeném modelu vzniku závislosti, popř. souvisejících potíží (např. De Leon, 2000).

Pro úplnost ještě upozorníme, že označení terapeutická komunita může být též použito v souvislosti s institucemi založenými na křesťanské víře a hodnotách nebo u organizací vzniklých na půdě antipsychiatrického hnutí šedesátých let minulého století. Společná je jim nedůvěra vůči tradiční psychiatrii, zájem o duchovní či morální aspekty života a věrnost určité víře nebo filosofii.¹⁴

Rozdělení terapeutických komunit lze provést nejen podle jejich odlišných teoretických nebo ideových východisek, ale také z hlediska v praxi konkrétně realizované formy.

Bouchal a Sekaninová (1970, podle Kratochvíl, 1979) rozlišují autonomní a heteronomní terapeutické systémy. Autonomní mají omezenější vazby na okolí (někdy jsou omezovány možnosti návštěv, jejich fyzické umístění může být odlehlejší), heteronomní vznikají spíše na odděleních větších léčeben, kde je vyšší fluktuace pacientů a kde jsou pacienti přijímáni bez zvláštního výběru. Toto rozdělení koreluje s rozlišováním terapeutických komunit v užším a širším smyslu (viz výše). Zvláště v prvním případě je však třeba velkou pozornost věnovat jak vztahům k mateřské organizaci nebo zřizovateli obecně, tak k okolnímu prostředí (Kennard, 2003). Metoda terapeutické komunity pro své liberální založení často vyvolávala nedůvěru konzervativnějších odborníků a ředitelů léčeben a tak důkladné objasňování jejího přístupu je zásadní pro zajištění integrity i přežití komunity.

Z hlediska počtu terapeutických skupin můžeme rozlišit komunity monoskupinové a multiskupinové (Kratochvíl, 1979). V prvním typu komunitní a skupinová práce prakticky splývají, jsou na nich přítomni všichni rezidenti. V druhém případě má komunita dvě nebo tři skupiny, v nichž se odděleně odehrává skupinová terapie, popř. i část dalších aktivit. K dynamice intraskupinové se pak přidává i dynamika interskupinová. Počet skupin uvnitř komunity úzce souvisí s její velikostí. Podle Kratochvíla (1979) lze první systém realizovat při maximálním počtu 30 rezidentů, pro druhý uvádí počet 36. Podobně Kennard (2003) považuje za optimální počet klientů 20 až 30. Jde o kompromis mezi potřebou vytvořit v komunitě velmi důvěrné vztahy a současným požadavkem na zajištění dostatečné různorodosti interpersonálních situací v komunitě. Prvé vytváří intimitu a otevřenost potřebnou pro pěstování „kultury zkoumání“ (Main, 1983, podle Kennard, 2003), druhé příležitost k interpersonálnímu „učení naživo“ (Jones, 1968) (blíže viz str. 57).

Velká odlišnost panuje, pokud jde o délku terapeutického pobytu v komunitě. Nejkratší programy trvají několik málo týdnů, nejdelší kolem dvou let¹⁵. Je to dáno zejména cílovou skupinou, které je komunita určena. Např. program pro neurotiky realizovaný v kroměřížské léčebně trvá 6 týdnů, zatímco práce s lidmi s poruchami osobnosti v Hendersonově nemocnici v Londýně trvá 1 rok. Z terapeutického hlediska při rozhodování o délce programu proti sobě stojí na jedné straně nezbytnost poskytnout terapii dostatečný časový prostor a na straně druhé

¹⁴ V této práci se nebudeme zabývat komunitami výcvikovými, které – ačkoli sdílí s těmi terapeutickými mnohé znaky – slouží jiným cílům: sebezkušenostnímu vzdělávání psychoterapeutů.

¹⁵ Zde neuvažujeme terapeutickou komunitu v širším smyslu, kde se jedná pouze o organizační formu, která může v zásadě fungovat desetiletí.

požadavek co nejméně vytrhávat klienta z jeho původního sociálního prostředí. Kennard (2003) uvádí za optimální délku pobytu 9 až 18 měsíců.

V dalším textu se budeme podrobněji věnovat především tzv. demokratickým terapeutickým komunitám a ostatní druhy terapeutických komunit budou zmiňovány pouze v případě, že to pomůže lepšímu vymezení a pochopení demokratického typu. Právě on se totiž v terapii poruch osobnosti uplatňuje nejčastěji.

2.1.2 Základní charakteristiky

Různí autoři se snaží postihnout terapeutické působení komunit sestavováním různě obsáhlých seznamů hlavních charakteristik. I když mohou klást důraz na různé dílčí aspekty nebo se v nich mohou lišit používané termíny, v mnohém se prolínají. Za ilustrativní lze považovat pojetí D. Kennarda (1998). Uvádí tyto základní vlastnosti terapeutických komunit, jež stručně okomentuje:

- *Neformální a sdílená atmosféra.* Prostředí spíše připomíná domov než instituci, personál nenosí bílé pláště ani jiné statusové znaky. I když jde o prostředí neformální, neznamená to, že je v něm atmosféra vždy uvolněná. Naopak často může být plná napětí či jiných intenzivních emocí. Důležité však je, že nic z toho se nemá dít za zavřenými dveřmi jednotlivých pokojů, ale jde o společnou věc celé komunity. Hranice intimity každého člena jsou rozšířeny na hranici komunity.
- *Vzájemná terapeutická role rezidentů.* V komunitě se záměrně terapeuticky využívá vlivu, který mohou mít klienti na sebe navzájem. Může jít například o vzájemnou podporu nebo o zpětnou vazbu ohledně toho, jak je chování jednoho člena vnímáno ostatními. Výhodou je, že jiní klienti mohou sami z vlastní zkušenosti znát podobné situace a tedy jim lépe rozumět, stejně tak jako obranným mechanismům, které v dané chvíli používá daná osoba. Jejich interpretace mohou být podávány jazykem bližším klientovi a jejich vlastní žitá zkušenost jim dodává jinou váhu. Spolupodílení se na terapii druhých učí přebírání zodpovědnosti a pomáhá rozvíjet vlastní sebedůvěru.
- *Společné rozhodování.* Pracovníci komunity i její obyvatelé spolurozhodují o záležitostech spjatých s chodem komunity, plánováním pracovních činností (jako vaření, uklízení, organizování volnočasových popř. i některých terapeutických aktivit) nebo někde rozhodují společně i o určitých finančních výdajích či o přijetí nových klientů. V tomto bodě může být rozdíl mezi demokratickými a hierarchickými komunitami: zatímco v prvním případě často platí zásada jedna osoba – jeden hlas (bez ohledu na to, zda jde o terapeuta či klienta), v případě druhém se různá rozhodnutí dějí na různých úrovních a jsou následně delegována v hierarchii směrem dolů.
- *Práce k zajištění chodu komunity.* Ať už se jedná o nakupování potravin, či příjem nového člena, důležité je, že vždy jde o reálné práce s reálnými důsledky. Je tím plněno několik funkcí:
 - osvojení potřebných dovedností;
 - poskytnutí prostoru pro projev interpersonálních problémů, které by se v situaci skupinových sezení nevyvořily, které však v těchto skupinách mohou být následně zpracovávány;
 - posílení sounáležitosti s komunitou;
 - vyjádření širších společenských hodnot a společenské odpovědnosti.
- *Pravidelná komunitní setkání,* na kterých se (nejčastěji každý všední den) setkávají všichni rezidenti a personál aktuálně přítomný v komunitě. Jejich vedením překonávají rezidenti nedostatek sebedůvěry a z diskusí o

problematických projevech se mohou dozvědět, jaké pocity či motivace jsou skryty za chováním druhého nebo mohou porovnat svoje zkrácené vnímání s konsenzuálním pohledem okolí. Smyslem těchto setkání tedy je:

- sdílet a rozšiřovat všechny důležité informace;
- otevřeně rozhodovat o věcech týkajících se komunity a rezidentů;
- poskytovat prostor pro zpětnou vazbu mezi jednotlivými členy komunity;
- diskutovat problémy, které se v komunitě vyskytují, včetně vyrovnávání se s chováním, které obtěžuje nebo zneklidňuje ostatní, popř. porušuje pravidla komunity;
- budovat kohezi a pocit sounáležitosti.

Na tomto místě je třeba doplnit, že tato setkání jsou následována *setkáními terapeutického týmu*, kde se reflektují komunitní setkání a dění v komunitě vůbec – včetně vztahů mezi rezidenty, mezi rezidenty a terapeuty a eventuálního napětí ve vztazích mezi pracovníky. To je považováno za nedílnou součást sociálního systému komunity, za něco takřka nevyhnutelného a za potenciální zdroj osobnostního i profesního růstu personálu. Důležitou roli plní tato setkání i pro vyjasňování si odpovědnosti jednotlivých pracovníků.

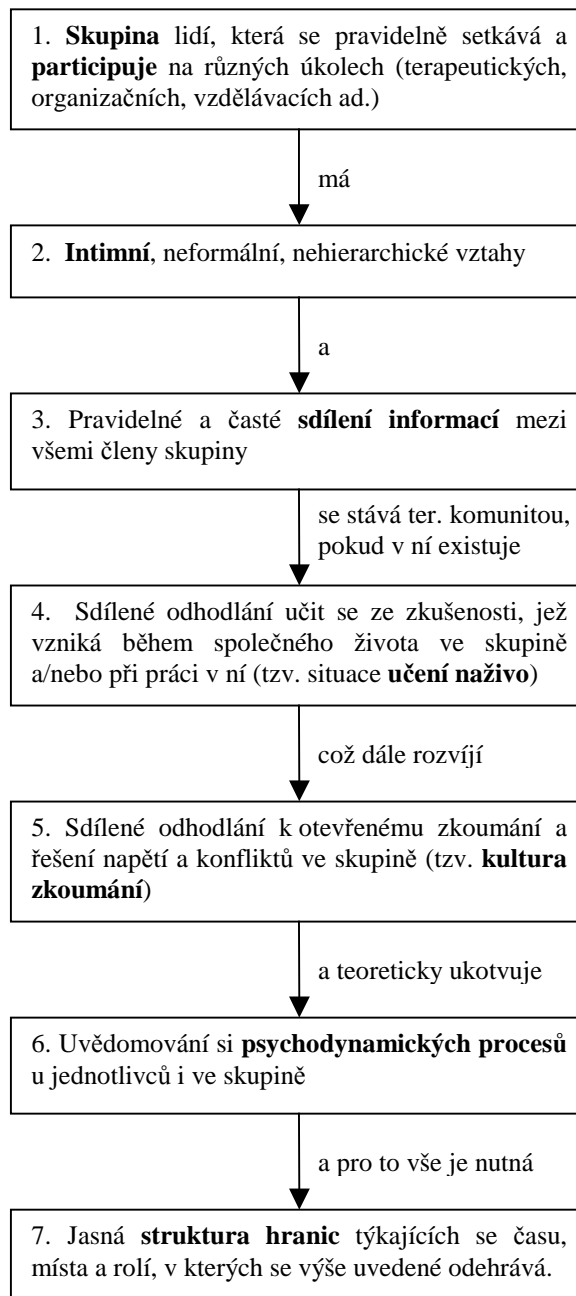
- *Teoretická východiska a hodnoty*. Různé terapeutické komunity mohou vyzdvihovat různé (a někdy i protikladné) hodnoty, nicméně následující východiska jsou centrální pro většinu z nich:
 - ať už mají symptomy jakoukoli formu (deprese, úzkosti, delikvence, sebepoškozování ad.), psychické problémy každého jedince tkví primárně v jeho interpersonálních vztazích;
 - terapie je v podstatě procesem učení a to jednak ve smyslu získávání dovedností (např. jak se vztahovat k ostatním nebo jak zvládat psychickou bolest) a jednak ve smyslu porozumění sobě samému i druhým; rezident není tedy pasivním příjemcem terapie, jejíž úspěch by primárně závisel na dovednostech odborníků;
 - všichni členové komunity (obyvatelé i personál) jsou si rovni; jde nejen o samozřejmou rovnost lidských bytostí, ale i o rovnost „psychologickou“: obě skupiny v komunitě sdílejí mnoho stejných psychických procesů (hovoříme o tzv. paralelních procesech); navíc i terapeuté mohou občas cítit rozčilení, úzkost, bezmoc, stejně jako klienti mohou být v určitých situacích těmi kompetentnějšími či mohou lépe projevit péči nebo zájem; je tedy popíráno tradiční přiřazení komplementárních rolí pomáhajícího a pomoc hledajícího, které ignoruje ty stránky člověka, jež dané roli nevyhovují;
 - určitá východiska jsou věcí hodnotových či morálních přesvědčení (např. jak by se lidé k sobě měli navzájem chovat) a ne nutně vyplývají z vědecky podložených závěrů; toto je poměrně kontroverzní bod, na něj mohou někteří odborníci poukazovat a jež je někdy vede k hledání paralel mezi terapeutickými komunitami a sektami; důležité tedy je, aby si pracovníci terapeutické komunity udrželi vědomí limitů této metody a zůstali otevření vnitřnímu i vnějšímu hodnocení a kritice (viz kap. 2.10).

Tyto nejdůležitější charakteristiky jsou v souladu s výčtem základních principů terapeutických komunit, jak je ve své monografii uvádí Kratochvíl (1979):

- *Aktivní podíl* klientů na terapii vlastní i druhých spolu se sdílením zodpovědnosti.
- Vytvoření *oboustranné komunikace*, což s sebou nese i větší permisivitu a snahu o porozumění.

- *Rovnoprávnost* v rozhodování včetně snížení sociální distance a zploštění hierarchické pyramidy.
- *Kolektivnost*, čímž je míněno podporování vzájemných vztahů a interakcí, nemožnost izolace jedince od zbytku komunity.
- *Sociální učení*, které je přímou zkušeností v sociálních vztazích včetně konfrontace mezi členy, poskytování zpětné vazby, jak působí určité chování na druhé, a pěstování úsilí o pochopení motivace jedince.

Obr. 4 Definující charakteristiky terapeutické komunity (upraveno podle Kennard, 1994)



Názorně lze zobrazit podstatné definující činitele metody terapeutické komunity v následujícím grafu (viz Obr. 4). Jednotlivé prvky jsou uspořádány do úrovní od těch

nejobecnějších, které se mohou vyskytovat i v dobře fungujících týmech jiných organizací, až po nejspecifičtější – jejich celek pak charakterizuje systém demokratické terapeutické komunity.

V uvádění seznamů definujících charakteristik podle dalších autorů by bylo možné pokračovat (např. Hartl (1997) řadí k hlavním zásadám terapeutických komunit aktivitu, spoluúčast, vzájemnou komunikaci, rovnoprávnost v rozhodování, pospolitost a permisivitu). Nicméně k celosvětově nejuznávanějším a k tradičně citovaným patří čtyři základní principy práce v demokratických terapeutických komunitách (Rapoport, 1960):

- *Demokratizace* – všichni členové komunity by měli sdílet stejným dílem rozhodovací pravomoc.
- *Permisivita* – v komunitě by měla být tolerována široká škála problematických projevů chování, které jsou podle běžných norem považovány za nepřipustné, aby se tak následně mohly stát materiálem terapeutických skupin.
- *Komunalismus* – v komunitě by měly existovat těsné a důvěrné vztahy, používají se křestní jména, volná komunikace, je sdíleno vybavení a prostory.
- *Konfrontace s realitou* – klientům by měly být neustále nabízeny interpretace jejich chování (jak je vidí ostatní), aby byla otupena tendence zkreslovat, popírat nebo odmítat vlastní problémy při vycházení s druhými lidmi.

Tyto principy nejsou dnes přijímány bez výhrad a je zřejmé, že je nelze absolutizovat. Pozdější faktorová analýza nepotvrdila univerzální výskyt těchto principů napříč šesti různými terapeutickými komunitami (Dunstan, Birch, 2004). Např. první princip lze chápat jako demokracii v ideologickém slova smyslu, zatímco sám M. Jones ji vnímal spíše terapeuticky, tzn. dát každému rezidentovi tolik odpovědnosti a tedy i rozhodovacích pravomocí, kolik aktuálně odpovídá jeho možnostem. I v těch „nejdemokratičtějších“ terapeutických komunitách je běžné, že nově přichozí klienti nebo klienti, kteří závažně porušili některé pravidlo, nemají po určitou dobu hlasovací právo nebo nemohou být voleni do určitých funkcí.

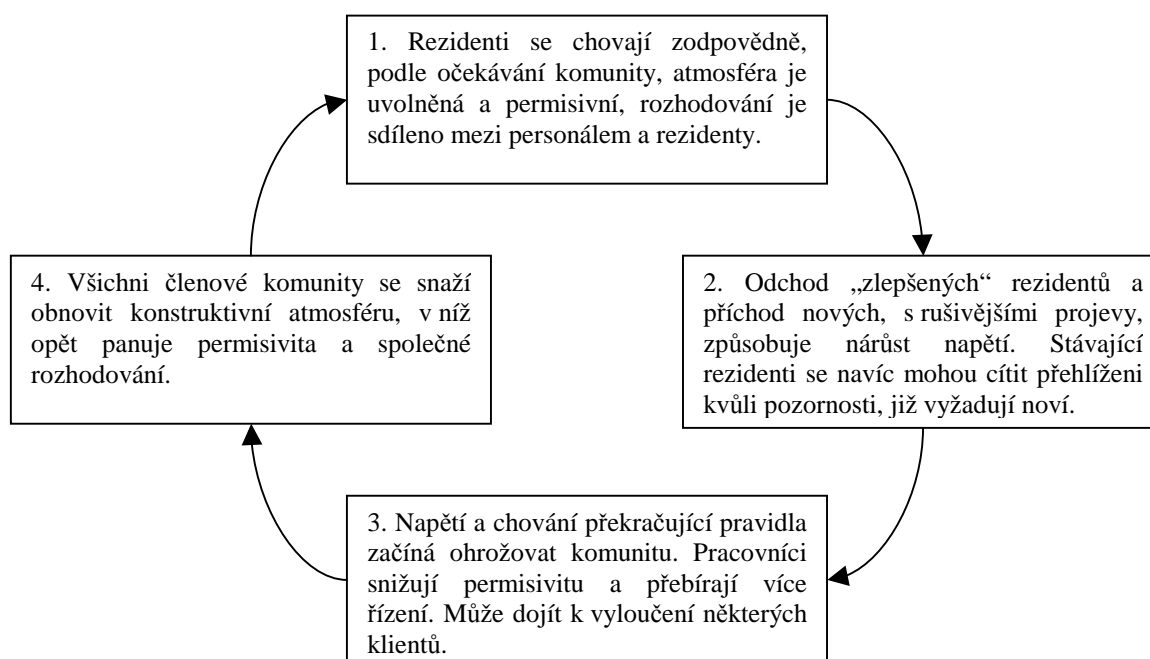
Jako terapeutické prostředí je komunita charakterizována velmi vysokým stupněm dynamiky. Je to dáno už tím, že prostředí komunity je každý den (a v některých programech setrvávají rezidenti i déle než rok) prakticky po celých 24 hodin vytvářeno hlavně jedinečnými osobnostmi klientů, jejich interakcemi, jejich dlouhodobými problémy i aktuální psychologickou situací.¹⁶ Přesto lze vysledovat určité pravidelnosti. O stadiích, kterými prochází v komunitě jedinec, bude pojednáno dále (viz kap. 2.8), zde uveďme cyklus, jímž často prochází komunita jako celek (Obr. 5).

Terapeutický přístup uplatňovaný v terapeutických komunitách byl za šedesát let od svého vzniku modifikován pro práci s rozličnými cílovými skupinami klientů s různými duševními poruchami (Kennard, 2004). Rozdíly mohou být např. v míře spoluzodpovědnosti rezidentů nebo v hlavních cílech a orientaci skupinových aktivit. Vztaheno k výše uvedeným čtyřem Rapoportovým principům to znamená, že v různých uspořádáních je na každý z nich kladen jiný důraz.

Mezi první patřily (hlavně v USA) terapeutické komunity pro drogově závislé (např. Kooyman, 2004; De Leon, 2000). Zde lze očekávat velký důraz na konfrontaci s realitou coby způsob překonávání obranných mechanismů závislého klienta, popř. vytváření zátěžových situací jako tréninku překonávání frustrace. Naopak nulová je permisivita, pokud jde o přítomnost drog v komunitě. Demokratický princip může být ukryt do někdy výrazně vertikálně strukturované hierarchie.

¹⁶ Tato jedinečnost působí potíže při vědeckém zkoumání terapeutických komunit (viz kap. 2.11). Např. jeden ze základních požadavků kladených na vědecký experiment je jeho opakovatelnost.

Obr. 5 Cyklus terapeutické komunity (Rapoport, 1960)



Podobně je tomu i v komunitách pro delikventy, které jsou zřizovány v některých věznicích (např. Genders, Player, 2004). Bezprostředním cílem je rozpustit negativní postoje odsouzených k autoritám, prolomit tradiční stereotypy, jež si vězni a personál navzájem přisuzují a zlepšit atmosféru věznice. Konečným cílem je potom snížit procento recidivy.

Poměrně jiné prostředky jsou voleny a odlišné funkce plněny komunitami pro osoby s akutním nebo chronickým psychotickým onemocněním (Mosher, 1991). Zde je zdůrazněn princip permissivity, naopak striktně nemusí být naplňován princip komunalismu: akutně dekompenzovaní pacienti se často neúčastní všech akcí komunity. Cílem pobytu v komunitě je snížit závislost na medikaci, předejít důsledkům hospitalismu a maximálně podpořit kvalitu života.

To, co nás v této práci nejvíce zajímá, jsou samozřejmě terapeutické komunity pro lidi s poruchami osobnosti. Jak již bylo zmíněno, mají především evropské kořeny a jejich vznik je spojen se jmény jako T. Main a M. Jones. Oproti výše uvedeným se v nich výrazně uplatňuje princip demokratizace a s ním spojený důraz na převzetí zodpovědnosti za vlastní chování. Budeme se tímto typem komunit detailněji zabývat ve zbytku této práce.

2.2 Historické kořeny

Člověk jako společenská bytost vytvářel různá prvotní uskupení již ve své prehistorii. Terapeutická komunita, ačkoli má s těmito společenstvími určité shodné znaky (např. poměrně vysoký stupeň kooperace), ve svých cílech se od nich liší. Nejde primárně o zachování života, ale, dalo by se říct, o cíle vyšší: o rozvoj člověka podle určitých duchovních ideálů, o jeho osobnostní růst.

Broekaert et al. (2000, podle Nevšimal, 2004) uvádí, že terapeutické komunity mají své kořeny ve starých židovsko-helenistických komunitách, které usilovaly o jednotu mezi rozumem a citem, mezi věděním a vírou. Ta byla základním principem života komunity. Dochovaly se spisy z počátku našeho letopočtu, které popisují příběhy jedné takové skupiny. Její členové byli považováni za odborníky na léčení těla i duše. Vzájemně se podporovali,

měli stanovena pravidla vzájemného chování i sankce za jejich přestoupení a pořádali veřejná shromáždění, na kterých činili otevřené výpovědi o svých myšlenkách a pocitech. Podobně lze komunitní prvky vysledovat později v mnišských řádech, z nichž prvním byl řád sv. Benedikta založený v 5. století.

Naproti tomu většinová společnost si od dávných dob osobovala právo posuzovat morální a sociální hodnotu svých členů. Většina z nich si během dějin na svoji obranu vybudovala instituce (zprvu převážně represivního charakteru) ve kterých shromažďovala jedince, jež v uvedených dimenzích ocenila negativně (viz např. Foucault, 1994; Černoušek, 1994). Společensky sebezáchovná funkce byla v těchto ústavech naplňována sledováním různých strategií: od likvidace, přes separaci až po snahu o nápravu (převýchovu, léčbu).

Ačkoli původ středověkých komunit poskytujících útlek duševně chorým sahá v Belgii až do 14. století, dalším výrazným společensko-historickým impulzem byla teprve vlna evropských buržoazních revolucí. V r. 1796 založili v anglickém Yorku příslušníci náboženské skupiny kvakerů instituci nazvanou Retreat. Oproti fyzickému omezování „předpinelovské“ éry zde byl v rodinné atmosféře kladen důraz na osobní vztahy a sociální očekávání, což mělo za následek, že původně nebezpeční či nepředvídatelní jedinci dokázali modifikovat svoje chování (Tuke, 1813, podle Kennard, 2003). Tento model silně ovlivnil zakládání ústavů pro choromyslné. Paradoxně však právě ty s odosobňujícím nárůstem své velikosti (až na mnoho set lůžek) a nástupem biologické psychiatrie ztratily zájem o sociální a interpersonální faktory duševních nemocí.

Tyto náboženské kořeny se postupně začaly prolínat se svépomocným hnutím většinou vycházejícího z protestantismu, který zdůrazňoval úlohu člověka samotného na cestě k Bohu a potažmo tedy uchopení života do vlastních rukou. Patří k nim metodisté, washingtonská skupina bývalých alkoholiků, oxfordská skupina usilující o duchovní přerod prostřednictvím vyznání se z vlastních hříchů (Nevšimal, 2004). Byl jí také přímo ovlivněn jeden ze spolutvůrců svépomocných Anonymních alkoholiků, Bill W. Toto hnutí založené v r. 1935 má dnes jenom v Americe na dva miliony členů.

Druhý proud, od něhož lze odvozovat existenci soudobých terapeutických komunit, můžeme nazvat pedagogickým (Kennard, 1998). Na přelomu 19. a 20. století zesílil tlak vůči tehdejšímu tradičnímu školství založenému na disciplíně a drilu a lidé jako Decroly, Montessori, Dewey či Steiner hledali pedagogiku založenou na zájmu a aktivitě. V Británii byly zakládány pobytové školy pro tzv. nepřizpůsobivé, nevzdělavatelné či delikventní děti, kde začaly být používány principy samosprávy (např. v Little Commonwealth, kde působil H. Lane). Za příčinu problémů byla považována emoční deprivace a nedostatek klíčových zkušeností. V meziválečném období byla inspirace křesťanskými ideály doplněna vlivem Freudovy psychoanalýzy. Zmiňme alespoň práci D. Willse, jenž se stal po druhé světové válce spoluzakladatelem Asociace pracovníků s nepřizpůsobivými dětmi, a D. Winnicotta, který za předpoklad integrace osobnosti dítěte považoval dostatečně pevnou prvotní zkušenost – ta podle něj mohla být zástupně poskytnuta i terapeutickou komunitou.

Moderní historie terapeutické komunity se začíná psát během druhé světové války ve Velké Británii. Demoralizované vojáky trpící v důsledku války reaktivními neurotickými a psychosomatickými poruchami bylo třeba rychle uschopnit pro další boje. Sloužilo k tomu i oddělení Northfieldské vojenské nemocnice v Birminghamu. V r. 1943 tam nastoupil W. Bion, který později patřil k nejvlivnějším britským psychoanalytickým teoretikům a mj. proslul svojí prací o úrovních fungování skupin (Bion, 1963, podle Norton, 1992a). Bion odmítl přebírat zodpovědnost za nezralé chování pacientů, definoval ho jako sdílený problém celého oddělení a razil zásadu otevřené komunikace. Když přes nesporné úspěchy nedokázal o svých výsledcích přesvědčit nadřízené a byl odvolán, oddělení převzal S. Foulkes (tvůrce skupinové analýzy). Ten pod Morenovým vlivem rozšířil práci na skupinách o psychodrama. Aktivně zapojoval do léčby a rozhodování též zdravotní sestry.

Za Foulkesova vedení přišel do nemocnice i T. Main, autor termínu „kultura zkoumání“ (angl. „culture of enquiry“ – viz str. 57), který v r. 1946 v článku o Northfieldu „The hospital as therapeutic institution“ (Main, 1946, podle Kennard, 2003) poprvé použil pojmu „terapeutická komunita“. Ve stejném roce se na třicet let stal ředitelem Casselské nemocnice, kde se pod jeho vlivem zavedly dva paralelní rozdělené systémy terapie: zatímco lékaři (všichni psychoanalytici) vedli individuální nebo skupinovou psychoterapii, sestry spolupracovaly s klienty při praktických úkolech spojených s chodem komunity (jejich role byla nazvána „psychosociální ošetřovatelství“). Toto specifické uspořádání jde sice proti principu komunalismu, na druhou stranu umožňuje předejít napětí mezi cíli terapeutickými a rehabilitačními (viz dále).

Nejcitovanějším v souvislosti s demokratickou terapeutickou komunitou je však jméno psychiatra Maxwella Jonese (1968). V r. 1940 nastoupil do nemocnice Mill Hill v Londýně na oddělení, které se tehdy zabývalo studiem tzv. syndromu námahy (pocity dušnosti, závratě, palpitace, bolesti hrudníku po fyzickém výkonu). Jones se primárně zabýval fyziologií tohoto syndromu, ale když začaly být patrné psychosomatické souvislosti, zdálo se mu užitečné vysvětlit mechanismus vzniku potíží i pacientům. Na vzdělávacích přednáškách pro zhruba sto pacientů se začaly rozvíjet diskuse o symptomech a poučenější pacienti začali spontánně předávat informace nově příchozím. Jones si všiml, že pacienti pak snáze udrželi zájem, snadněji přijímali informace, měnili svoje postoje k symptomům a zvyšovala se jejich sebedůvěra. Během dalších roků se diskuse začaly týkat stále širšího okruhu problémů a začalo být zjevné, že reakce pacientů v nemocničním prostředí jsou podobné jejich reakcím v běžném životě. Bylo to patrné i na dynamicky se proměňující skupinové atmosféře a personál začal s těmito psychosociálními fenomény pracovat. Do programu byly zařazeny techniky psychodramatu (prozatím bez znalosti Morenovy práce). Paralelně nastávaly změny ve zdravotnickém týmu: rozvíjela se přímá komunikace, vzrostl počet setkání týmu, sestry hrály aktivní roli v terapii.

Po válce se Jonesův odborný zájem posunul od psychosomatických symptomů k problémům, které byly primárně sociální a interpersonální, nicméně jeho zaměření na sociální organizaci nemocnic neutuchalo. Od r. 1947 vedl podobným způsobem v Belmontské nemocnici oddělení industriálních neuróz pro dlouhodobě nezaměstnané s nejrůznějšími psychopatologickými potížemi. Změnu v nahlížení jejich příčin odráží i první změna názvu v r. 1954 – na Oddělení sociální rehabilitace (Whiteley, 1980). O čtyři roky později pak Jones vyjíždí přednášet do USA a v téže době dochází k přejmenování zařízení na Hendersonovu nemocnici, která je pod tímto názvem v provozu dodnes. Bývá často považována za vzor systému demokratické terapeutické komunity, čehož důkazem je i nedávné založení dalších dvou komunit s cílem co nejvěrněji okopírovat model fungující právě v Hendersonově nemocnici (Fiander, Langham, 2004).

Zatímco na svoji dobu revoluční ideje se rodily i v Northfieldu, dalo by se říct, že Jones je navíc rozpracoval do konkrétních postupů. Kennard (1998) za tři nejdůležitější považuje:

- komunitní setkání,
- setkání týmu,
- učení naživo (angl. living learning situation – viz str. 58) během mimořádných situací.

K nim je třeba připočíst i další prvky komunitního systému, které vzešly z dílny Hendersonovy nemocnice (např. Norton, 1992b):

- pracovní skupiny následované diskusí rezidentů o jejich průběhu,
- hraní situací, s nimiž se rezidenti mohou setkat mimo komunitu,
- skupina (dodnes budící kontroverze) složená z klientů i pracovníků se stejným hlasovacím právem, která rozhoduje o výběru a přijetí nových rezidentů,

- různé funkce, do nichž jsou rezidenti voleni s přihlédnutím ke svým možnostem unést daný rozsah zodpovědnosti, který je s daným postem spojen.

Potřeba prokázat, že praxe v Belmontské nemocnici má opodstatnění, vedla Jonese k oslovení amerického sociálního antropologa Roberta Rapoport, jehož výzkumný tým působil v komunitě v druhé polovině padesátých let. Výsledkem se stala již zmiňovaná Rapoportova publikace „Community as doctor“ (1960). Terapeutickými pracovníky byla zprvu přijata převážně kriticky, neboť vedle pozitiv poukazovala také na slabé stránky systému komunity. Na rozdíl od Jonese dospěl Rapoport např. k závěru, že metoda terapeutické komunity není univerzálně aplikovatelná – jedinci se slabou ego-strukturou by mohli být intenzivním interpersonálním děním ještě více poškozováni. Rapoport dále poukázal na napětí mezi psychoterapeutickými cíli (lepší porozumění sobě i sociálním procesům v komunitě) a cíli rehabilitačními (příprava na život „venku“), které bylo reprezentováno i napětím mezi dvěma skupinami pracovníků.

S postupem času se dále vyvíjel Jonesův zájem o různé klinické populace. Od chronických neurotiků se jeho zájem přesunul k psychopatickým pacientům. Na konci šedesátých let tvořili delikventi převážnou část osazenstva komunity (jezdili se sem školit i zakladatelé komunit ve vězeňských zařízeních) a nakonec cílová skupina pracoviště vykryštovala v klienty s poruchami osobnosti obecně, nikoli nutně s kriminální historií. Sám Jones později stál u zrodu komunity pro psychotiky, což jen dále dokumentuje, že jeho zájem se primárně soustředil na sociálně organizační systém terapeutické komunity jako takové.

Pro úplnost ještě alespoň ve stručnosti zmiňme počátky vývoje jiné větve terapeutických komunit. V celosvětovém měřítku nejpočetnější jsou totiž komunity pro drogově závislé. V r. 1958 v Kalifornii založil charismatický vůdce a absolvent Anonymních Alkoholiků, Ch. Dederich, organizaci Synanon. Oproti AA však měla ústavní program a náboženskou ideologii nahradila světskou. Synanon byl veden samotnými klienty, měl pevnou vertikální hierarchii i pravidla pro vzestup po ní, coby systém odměny. Modifikace chování prostřednictvím frustrace a konfrontace (např. na nelítostných encounterových skupinách) byla součástí terapie. Ta však nepředpokládala návrat člena do původního prostředí. Navíc se Dederichova pozice postupem času začala podobat kultu, organizace přestala být jakkoli kontrolována a začala se izolovat od okolního světa, který vnímala jako nepřátelský. Pád přišel po Dederichově uvěznění. Další následovníci tohoto modelu se již snažili vyhnout těmto eticky nepřijatelným postupům. K nejznámějším z nich patří Phoenix House a Daytop.

Další vývoj dokumentuje fakt, že na konci minulého století napočítal Lees et al. (1999) 181 terapeutických komunit (bez rozlišení typu) ve 38 zemích. Již v r. 1972 byla v Anglii založena „Asociace terapeutických komunit“ (ATC) a od r. 1980 je vydáván časopis „International Journal of Therapeutic Communities“. Někdy se dokonce hovoří o „hnutí terapeutických komunit“, což zajisté není spojeno pouze s rozšiřováním jejich počtu (většina z nich je umístěna v USA nebo ve Velké Británii). Jak demokratické komunity, tak komunity založené na konceptu totiž vyrůstaly z opozice vůči soudobé psychiatrické léčbě a toto ideové nastavení si v určité míře uchovávají dodnes.

2.3 Společenský kontext

Z toho, co bylo dosud řečeno, je zřejmé, že za jeden z nejvýznamnějších účinných faktorů v metodě terapeutické komunity je považováno předání zodpovědnosti za rozhodování samotnému klientovi. Je tak podporován jeho osobnostní růst a sociální zralost. Dostává možnost poznávat v relativně bezpečném prostředí reálné důsledky svých rozhodnutí a učit se zvládat situace, v nichž musí kooperovat, rozumět postojům druhých lidí a umět

přijatelným způsobem prosazovat své. Navíc se tak působí proti možnému očekávání, že mu bude řečeno, co má dělat, což by mohlo vést k pasivní závislosti, nebo naopak k odporu.

Aby byl takovýto přístup vůbec realizovatelný a také pro život v dané společnosti užitečný, předpokládá to určité její hodnotové nastavení. Na základě stručného přehledu historického vývoje (viz kap. 2.2) můžeme usuzovat na čtyři impulzy širšího společenského charakteru, které se postupně sešly, aby se na jejich pozadí rozvinula myšlenka terapeutické komunity:

- 1) ideál křesťanské lásky k člověku,
- 2) demokraticko-humanistický ideál, že všichni lidé jsou si rovni,
- 3) psychoanalytický předpoklad, že iracionálnímu chování lze porozumět a skrze porozumění je měnit a
- 4) tlak válečného stavu na inovace mj. v sociálních vědách.

V poválečném období byly v západním světě zvolna rozpoznávány problémy ústavní psychiatrické péče. Od padesátých let některé z léčeben pro chronicky duševně nemocné začaly na svých odděleních zavádět organizační schéma terapeutické komunity s cílem učinit jejich prostředí humánnějším a umožnit svým pacientům, kteří v nich trávili i desítky let svého života, návrat do společnosti.

Také společenský kontext let šedesátých byl pro rozvoj terapeutických komunit příhodný. Vzrostl odpor proti tradičním autoritám – od rodičů, přes lékaře až po politiky – prolamovaly se tradiční sociální konvence, vzedmula se vlna volnomyšlenkářského životního stylu, vytvářela se společenství experimentující s novými prožitky skupinové intimity. Otázka, zda má psychiatrie sledovat zájem společnosti (ochraňovat sociální klid, nepřizpůsobené občany zformovat podle jejich požadavků) nebo podporovat růst pacienta směrem k svéprávné, autonomní individualitě, byla zodpovězena ve prospěch druhé možnosti. Terapeutické komunity ve svých základních principech souzněly s uvedenými hodnotami.

Naproti tomu sedmdesátá léta nebyla terapeutickým komunitám nakloněna. Dilema tzv. antipsychiatrie, na čí straně má stát psychiatr, ustoupilo do pozadí, takže spíše z důvodu předpokládaných ekonomických úspor politický establishment realizoval reformní program komunitní psychiatrie. S ní terapeutické komunity sdílely společného nepřitele – tradiční centralizovanou a autoritářskou psychiatrii – a dokonce i jednu z ústředních myšlenek – totiž že zdroj duševní poruchy neleží jen v jedinci samotném, ale je problémem interpersonálním, situovaným do celého sociálního okolí jedince. Oba směry však se zásadně rozcházely ve způsobu řešení. Zatímco terapeutické komunity vlastně izolovaly jedince od jeho přirozeného sociálního prostředí, aby jej na modelovém společenství svých rezidentů učily žít mezi lidmi, hnutí komunitní psychiatrie (např. Hartl, 1997) si kladlo za cíl ochranu původních sociálních vazeb jedince v místě bydliště a jeho setrvání v něm za pomoci ambulantních služeb – nebo alespoň brzký návrat bez potřeby dlouhodobé hospitalizace. Paradoxně se však nepostradatelným pomocníkem při plnění tohoto úkolu stala nová psychofarmaka, která slibovala rychlou úlevu od tíživých symptomů bez potřeby potýkat se s jejich spouštěči – často právě interpersonálního charakteru.

V osmdesátých letech tedy dochází k rušení organizačního schématu terapeutické komunity (tedy terapeutických komunit v širším slova smyslu – viz str. 41) ve velkých psychiatrických nemocnicích. Naopak v letech devadesátých nastává oživení metody terapeutické komunity v úžeji profilovaných institucích – ve věznicích, v zařízeních pro jedince s vážnou poruchou osobnosti, v neziskovém sektoru.

Současné většinové společenské klima je podle Kennarda (1994) charakterizováno¹⁷:

¹⁷ Ačkoli Kennard si těchto faktorů povšiml ve společenském kontextu západní Evropy před více než deseti lety, zdá se, že dnes je nacházíme i u nás. Dobře je lze např. identifikovat v požadovaných standardech kvality sociálních služeb, které vešly od 1. 1. 2007 v platnost zákonem o sociálních službách.

- Důrazem na *individualismus*. I v oblasti sociálních služeb jsou často vytvářeny plány individuální pomoci klientovi individuálními case-managery. Ačkoli je to srozumitelná reakce na centralizovanou praxi, kde se s každým nakládalo stejně, pokud je individualismus uváděn do extrémních poloh, pak zůstávají důležitá skupinová a vztahová témata upozaděna.
- Důrazem na *výkonnost a efektivitu*. Je vyzdvižováno sledování kvality služby pomocí měření výskytu atomizovaných dovedností – jednak těch požadovaných na straně jejího poskytovatele (kupř. terapeuta) a jednak nově nabytých na straně klienta. Hrozí tak posuzování jedince prizmatem jeho výkonnosti a nedostatek pozornosti k nositeli celku dílčích dovedností, člověku samotnému.
- Zvýšenou senzitivitou k porušování *lidských práv*. V extrémně vyhoceném vnímání je pak nerovnováha moci mezi klientem a poskytovatelem profesionální péče (zvláště té ústavní) automaticky považována za narušování úcty k člověku, což paralyzuje efektivní poskytnutí pomoci.

Je však třeba poznamenat, že zde nastíněná situace se napříč jednotlivými zeměmi západní Evropy poměrně různí. O to odlišnější byl společenský kontext a tedy i postavení terapeutických komunit v socialistickém bloku.

2.4 Terapeutické komunity v českých zemích

Podmínky socialistické společnosti v bývalém Československu musely nutně ovlivnit i realizaci koncepce terapeutické komunity v tehdejší praxi. Totalitní, centrálně řízený a plánovaný režim se s odstupem zdá být v naprostém protikladu k systému fungování demokratické terapeutické komunity. Jinak to ovšem bylo často nahlíženo uvnitř takového systému¹⁸, a tak Kratochvíl ve své jinak velmi kvalitní monografii mohl konstatovat „jednotu principů terapeutické komunity s principy socialistického zřízení“ (Kratochvíl, 1979, str. 10). Některým principům – např. komunismu – z velké části tuto shodu skutečně nelze upřít, u jiných – např. demokratizace, společného rozhodování – lze předpokládat značnou míru distorze. Socialistický kolektivismus ve skutečnosti kolektivu využíval k manipulaci s jedincem, kterého chtěl zcela kontrolovat (Matoušek, 1995). Odkazy na Jonesovy práce pak doplňovaly i citace ze spisů A. S. Makarenka.

Přestože lze těch několik socialistických terapeutických komunit považovat za určité „ostrůvky pozitivní deviance“, kde panovala atmosféra odlišná od běžných psychiatrických ústavů, práva a odpovědnosti klientů v nich nepřesahovaly úzký rámec spoluúčasti terapeutických programů nebo bodového známkování konformity s komunitním režimem. I volení zástupci rezidentů tak byli spíše převodní pákou rozhodnutí personálu než reprezentanty klientů (Matoušek, 1999). Autorita pracovníků nemohla být zpochybnitelná.

Myšlenka kolektivu jako účinného terapeutického faktoru byla tedy předchozím společenským systémem značně zdiskreditována. A nesouzněla s ní ani akcentace individuálních zájmů a osobní svobody v dobách společenské transformace po r. 1989. Naproti tomu dnešní společenský tlak na výkonnost, vysoká komplexita společenských vztahů a jejich malá tolerance k záporným odchylkám od průměru mohou způsobit růst počtu lidí, kteří nebudou s to této situaci čelit a budou označeni za izolované jedince s „poruchou“. Terapeutická komunita může proti této izolaci působit. „Slabosti“ lze v jejím důvěrném a permissivním prostředí projevit, zažít zkušenost bezvýhradného akceptování a za pomoci korektivní emoční zkušenosti a zpětných vazeb ostatních členů skupiny 24 hodin denně nacvičovat adaptabilnější formy sociálního fungování.

¹⁸ Budiž to připomínkou pro jakýkoli společenský systém, který se snaží hodnotit sám sebe.

Historie na tomto poli se u nás začala psát už v r. 1954, kdy byla v Lobči u Mělníka založena J. Knoblochem Odbočka pro rehabilitaci neuróz – první terapeutická komunita pro neurotiky ve východní Evropě vůbec. Knobloch na konci čtyřicátých let osobně navštívil terapeutickou komunitu M. Jonese a po návratu začal zavádět její prvky u nás. Důležitým účinným faktorem je podle jeho teoretické koncepce to, že členové skupiny nereagují na role klienta komplementárně, ve shodě s jeho dosavadní zkušeností vytvořeným schématem, nenaplnují tak jeho anticipace a umožňují mu prožít vztahy k lidem jinak (Knobloch, Knoblochová, 1993). Lobečská komunita fungovala až do r. 1991 a do té doby se stala vzorem pro nemálo terapeutických komunit nejen u nás. Školit se sem jezdili i odborníci ze sousedních socialistických zemí.

M. Hausner, který v Lobči také pracoval, stál v r. 1965 u zrodu terapeutické komunity na psychiatrickém oddělení v Sadské u Poděbrad. Ta zanikla po patnácti letech, ale až do r. 1972 se zde zkoušela také terapie psycholytická s LSD a psilocybinem: individuální intoxikace probíhala jednou týdně za přítomnosti terapeuta a vybraných spolupacientů a odpoledne se pak získaný materiál rozebíral. Přístup pracoviště byl více konfrontační, zdůrazňoval reexpozici pacienta jeho patogenní minulosti, přítomnosti a budoucnosti (Hausner, Doležal, 1974, podle Kratochvíl 1979).

Příkladem terapeutické komunity v širším smyslu (tedy formy organizace psychiatrického zařízení – viz str. 41) je uspořádání psychiatrické kliniky v Brně, které se zde začalo vyvíjet od r. 1966 pod vedením M. Bouchala. Naproti tomu na oddělení pro neurózy v psychiatrické léčebně v Kroměříži založil v r. 1971 S. Kratochvíl terapeutickou komunitu v užším smyslu, která s drobnými úpravami svého systému funguje dodnes. Vedle již zmiňovaných základních principů se zde pozornost věnovala také různým skupinovým procesům, zejména kohezi a tenzi, a byla tu vypracována koncepce účinných faktorů, zahrnujících kognitivní náhled, emoční prožitek a behaviorální nácvik (Kratochvíl, 2001). Po změně společenského systému v r. 1989 byl zaveden systém terapeutické komunity na psychiatrické klinice v Olomouci.

Na tomto místě ještě alespoň krátce zmiňme zástupce druhé větve terapeutických komunit, která má u nás dnes nejpočetnější zastoupení – jsou to terapeutické komunity pro závislé. V r. 1948 založil J. Skála, nestor systému péče o závislé osoby v Čechách, první léčebnu pro alkoholiky v Apolinářské ulici v Praze postavenou na komunitních principech (o M. Jonesovi se však Skála dozvěděl až o pět let později od J. Knoblocha). Nicméně systém je zde daleko direktivnější, má naučit klienty snášet stavy stresu a úzkosti, překonávat frustraci, vypěstovat pevnou vůli a nové zájmy, které nahradí alkohol. Pod vlivem úspěšnosti tohoto modelu vznikla řada podobně koncipovaných léčeben po celém Československu.

První terapeutickou komunitu určenou pouze pro závislé na nealkoholových drogách založilo v r. 1991 občanské sdružení Sananim v Němčicích, od kterého základy programu přebíraly i ostatní komunitní programy pro drogově závislé (Bílá Voda, Nová Ves, Podcestný mlýn, Magdaléna a další) (Nevšímal, 2004).

Jedinou terapeutickou komunitu pro jedince s poruchami osobnosti provozuje od konce r. 2006 o. s. Kaleidoskop v Praze. Její koncepce přímo vychází z modelu vyvíjeného už šedesát let v Hendersonově nemocnici v Londýně (viz kap. 3.1).

2.5 Teoretická východiska

Na základě stručného historického přehledu v kap. 2.2 lze usuzovat, že terapeutická komunita se zrodila zejména na empirických základech. Nicméně pro její další rozvoj bylo třeba hledat oporu v teoretických koncepcích a to minimálně v rámci dvou sociálně vědních

disciplín: sociologie a psychologie¹⁹. Kritika oddělování jejich přístupů opakovaně zaznívá z obou stran. Sám Jones předběhl svou dobu právě požadavkem na úzké propojení, spolupráci a komunikaci různých profesních skupin v rámci pracovního týmu terapeutické komunity. Čerpat pak lze jak z poznatků teorie organizace (hlavně z jejích příspěvků k interakcím mezi organizační strukturou, interpersonálními procesy a individuálním chováním), tak i z psychoterapeutických principů různých směrů. První pojetí má o něco blíže k chápání terapeutické komunity jako formy organizace, druhé k psychoterapeutické metodě terapeutické komunity. Znovu je však třeba zdůraznit, že zvláště tuto metodu nelze v praxi nikdy uplatňovat bez daného organizačního uspořádání.

Významným impulzem pro rozvoj terapeutických komunit byly beze sporu nálezy sociologických výzkumů prováděných v amerických psychiatrických léčebnách (Goffman, 1961, podle Matoušek, 1999). Ukázalo se v nich, jak skryté konflikty mezi personálem měly svůj odraz v chování pacientů a jak strach či neschopnost otevřeně se vyrovnávat se zdroji skupinového napětí ústí v oboustrannou demotivaci a stažení se pracovníků i pacientů a následně v kolektivní propuknutí patologického chování. Goffman v této souvislosti hovoří o důsledcích života v „totální instituci“. Vyšlo tak najevo, že na patologii je nutné nahlížet nejen jako na individuální duševní nemoc, se kterou je pacient do ústavu přijímán, event. jako na osobnostní rys toho kterého pracovníka, ale musí být také považována za způsob jejich přizpůsobení se sociálnímu systému léčebny. K umožnění nápravy je tedy nezbytné provádět změny v organizaci oddělení nebo celé léčebny.

Přímou aplikovatelnost mají pro praxi terapeutických komunit sociálně psychologické poznatky o zákonitostech dynamiky malých skupin. Podle Kratochvíla (2001) ji ovlivňují zejména: cíle a struktura skupiny; normy skupiny; role ve skupině (zejména z pohledu nadřazenosti a podřazenosti); koheze a tenze ve skupině; projekce minulého do aktuálního (viz níže); tvorba podskupin. Významný je též aspekt vývoje skupiny v čase: zde (zejména u uzavřenějších skupin) dochází po počáteční orientaci a závislosti na vedoucím skupiny ke konfliktům a protestům, které však v příznivém případě ústí do rozvoje koheze skupiny a cílevědomé činnosti založené na vzájemné spolupráci mezi členy.

Pokud jde o příspěvek psychologických teorií, nelze přehlédnout, že začátky demokratických terapeutických komunit jsou už osobnostmi svých tvůrců silně svázány s psychoanalytickou teorií (viz kap. 2.2): W. Bion, žák M. Kleinové, po válce svébytným způsobem rozvinul její přístup (mj. věnoval pozornost vlivu projektivní identifikace a klientova prožívání vůbec na terapeuta) a S. Foulkes je považován za autora metody skupinové analýzy.²⁰ Jistou paralelu lze vysledovat i mezi psychoanalytickou metodou volných asociací a jedním z principů terapeutické komunity – permisivitou. V terapeutických komunitách, kde právě jejich prostředí s potenciálem různorodých vztahů poskytuje terapii, je však individuální psychoanalýza používána zřídka (výjimkou je např. Casselská nemocnice, viz str. 49). Naproti tomu daleko výrazněji se psychoanalytický přístup rozšířil ve způsobu chápání interpersonálních vztahů v komunitě a při objasňování procesů týkajících se komunity jako celku.

Na vztahy mezi členy terapeutické komunity můžeme pohlížet v psychoanalytických termínech přenosu a protipřenosu. Vychází se přitom z předpokladu, že řada patologických forem chování má svůj podklad v neadekvátně zobecněné zkušenosti z interpersonálních, nejčastěji (nikoli výhradně) raných, vztahů. Přenos je tedy vztažen k situaci, kdy jeden člen komunity atribuuje druhému kvality, které náležejí nebo náležely někomu jinému (zpravidla

¹⁹ Navíc připomeňme, že R. Rapoport, který prováděl výzkum v Jonesově Belmontské nemocnici (viz str. 50), byl kulturním antropologem.

²⁰ Pro přehledné pojednání o různých psychoanalytických školách viz např. Mitchell, Blacková (1999).

význačnému členu rodiny)²¹. Protipřenos pak v širším smyslu zahrnuje emoce i chování tohoto druhého člena komunity jako odpověď na přenos směřovanou k první osobě. Ta může posilovat původní přenos, čímž vzniká bludný kruh přenosových a protipřenosových reakcí. Prostředí terapeutické komunity se musí vyznačovat takovými charakteristikami, které umožní tento kruh nejen odhalit a porozumět mu, ale také jej přerušit a nahradit adaptabilnějšími formami vztahování se k druhým.

Stejně užitečné jsou i psychoanalytické poznatky o obranných mechanismech. Např. známý mechanismus projekce (tedy přisuzování jinému člověku vlastních emocí či postojů, nejčastěji takových, které jsou pro toho, kdo projikuje, nepřijatelné) přechází ve skupinové podobě, kdy skupina projikuje do jednotlivce, v tzv. pronásledování obětního beránka. Dotčený jedinec může skutečně do určité míry mít projikované charakteristiky, což lze s „výhodou“ využít k racionalizacím a k odvedení pozornosti od vlastních neakceptovaných komplexů. Obranné mechanismy tak mohou používat i celé skupiny. Například obrana štěpením (do extrému dovedené vnímání jevů buď jako absolutně „černých“, nebo absolutně „bílých“) umožňuje vidět jednu skupinu (nejčastěji svoji vlastní) jako reprezentantku kladných kvalit a druhou jako nositelku odsuzovaných opozit (v sociální psychologii se toto nazývá fenoménem in-group, out-group). V kontextu terapeutických komunit typicky hrozí nebezpečí štěpení na skupiny rezidentů a personálu nebo na komunitu jako celek na jedné straně a „ty ostatní venku“ na straně druhé. V obou případech tento postoj znemožňuje pochopení příslušníka „té špatné“ skupiny.²² V první situaci to ohrožuje terapeutický efekt, v druhé navíc vzniká nebezpečí sektářství.

Jinými, pro metodu terapeutické komunity neméně podnětnými teoretickými koncepty, jsou teorie učení, zejména pak učení sociálního. Dá se říct, že cílem celého pobytu v terapeutické komunitě je vlastně přeučení v sociálních situacích navyklých způsobů prožívání a chování (Kratochvíl, 1979). V sociálním kontextu se odehrává pasivní i aktivní získávání informací (kognitivní učení) i učení podmiňováním, kdy nejčastějšími zdroji posilování a vyhasínání jsou reakce ostatních členů komunity. Významné je i učení nápodobou – pozorování druhých, s nimiž se lze identifikovat, a sledování, jaké reakce (pozitivní či negativní) jejich chování vyvolává (Bandura, 1969, podle Mikšík, 1999).

Broekaert et al. (2000, podle Nevšímal, 2004) v rámci své snahy o srovnání amerických a evropských terapeutických komunit uvádí čtyři polarizace teoretických východisek širšího společenskovedního charakteru, které lze vysledovat v základech dvou odlišných modelů terapeutické komunity:

- *Demokracie* nebo *hierarchie*. Nejedná se o přímé protiklady: první pojem označuje vládu všech, druhý vládu skrze služební pořadí. Zatímco v Jonesově pojetí má docházet k rozhodování konsensem, v hierarchických komunitách je rozhodováno v závislosti na pozici v hierarchické pyramidě, která však má být kontrolována a obsazována na základě demokratických principů.
- *Profesionalismus* nebo *svěpomoc*. I v těch komunitách, kde funguje odborný personál (psychiatři, psychologové, sociální pracovníci ad.), je jeho role spíše facilitační či poradenská, nikoli expertní. Naproti tomu i svěpomocné komunity jsou do určité míry profesionály ovlivňovány.
- *Psychoanalýza* nebo *behaviorismus*. Komunity ovlivněné psychoanalytickou teorií jsou více zaměřené na náhled, rané souvislosti a nevědomé faktory.

²¹ Zatímco v klasické psychoanalýze je přenos chápán jako nevědomé opakování infantilních, sexuálně podbarvených přání a vztahů vůči otci nebo matce ve vztahu k terapeutovi, zde je přenos chápán širěji: tedy jako opakování jakýchkoli významných vztahů z minulosti ve vztazích současných – nejen z dětství, nejen s rodiči, nejen se sexuálním podtextem a nejen vůči terapeutovi (Kratochvíl, 2002).

²² Připomeňme, že se vychází z principu, že všichni členové komunity fungují na stejné psychologické úrovni, a tedy všechny uvedené procesy se vztahují jak na rezidenty, tak na personál terapeutické komunity.

Zastánci behaviorálního přístupu upozorňují, že to může být zdrojem odmítání zodpovědnosti s odkazem na nezměnitelnost minulosti, a proto zdůrazňují, že chování je věcí svobodné volby.

- *Sociální učení* nebo *koncepty*. Jones nechtěl předávat hodnoty, které by byly předem dané. Měly vyrůst ze společného učení se a vzájemné konfrontace. Naopak v komunitách založených na konceptu, jak už sám název napovídá, je už určitá ideologie daná předem.

Podle těchto autorů jsou evropské terapeutické komunity spíše demokratické, provozované odborníky, ovlivněné psychoanalýzou a zdůrazňující sociální učení. Naopak americký model komunit pro drogově závislé je hierarchický, často vedený bývalými uživateli, zaměřený na chování a založený na konceptech.

2.6 Procesy terapeutické změny

Jak již bylo naznačeno, základní proces změny, který probíhá v terapeutické komunitě, lze vysvětlit poměrně jednoduše: komunita poskytuje širokou škálu reálných situací, interpersonálních i úkolových, v nichž rezidenti znovu zakoušejí problémy, které předtím zažívali mimo komunitu. Nejen pravidelná a mimořádná skupinová setkání dávají potom příležitost zkoumat tyto problémy a učit se z nich, neboť komunita představuje rezervoár lidských zdrojů dostupných k facilitaci psychosociálního zrání klienta.

Kratochvíl (2002) tento ústřední proces strukturuje takto:

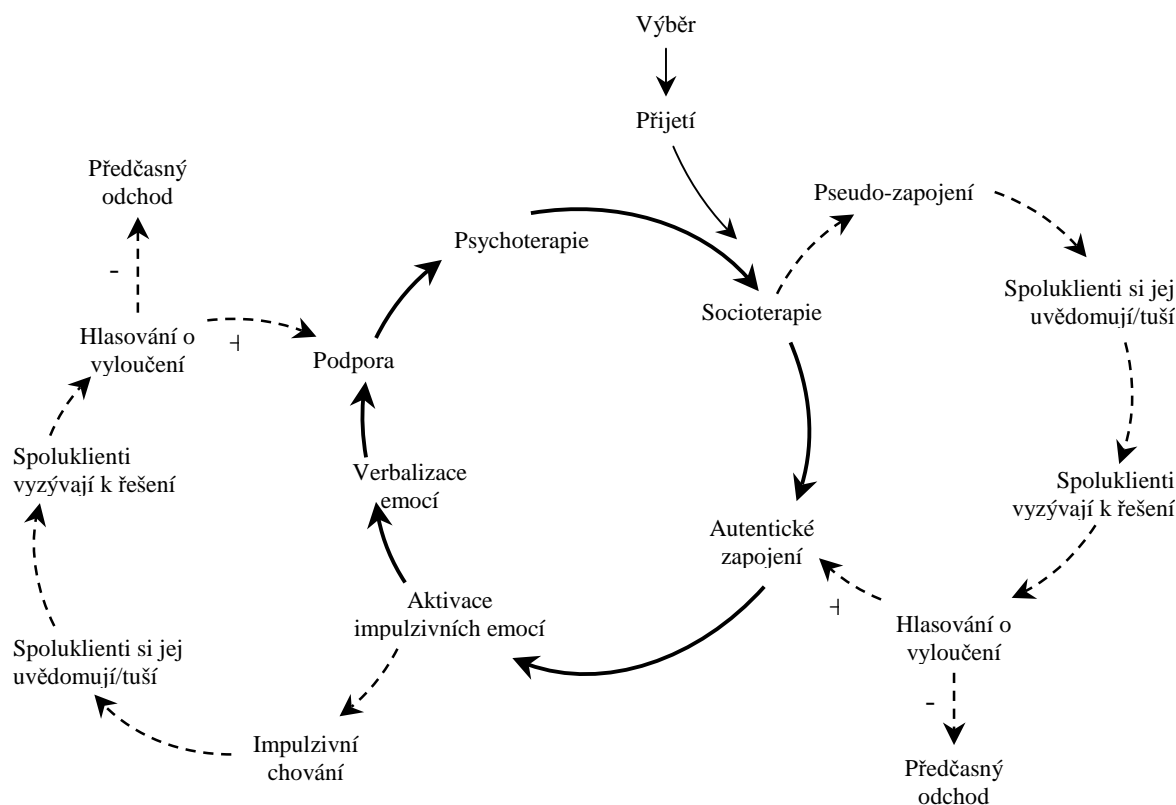
- 1) projekce problémů z vlastního života do malého modelu společnosti,
- 2) získání zpětné vazby o působení vlastního chování na jiné,
- 3) dosažení náhledu na vlastní podíl při vytváření problémů,
- 4) prožití korektivní emoční zkušenosti,
- 5) nácvik adaptivnější formy chování.

Nejedná se samozřejmě o sekvenci, rezident se může v různých dílčích aspektech své zkušenosti nacházet na různých úrovních. Navíc uvedené procesy probíhají často paralelně a to jak intrapersonálně u téhož jedince (např. korektivní emoční zkušenost během nácviku), tak interpersonálně (např. zatímco jeden klient získává od druhého zpětnou vazbu, druhý tím nacvičuje adaptivnější chování).

Tento mechanismus se neustále opakuje. Proto jej Norton a Bloomová (2004) popisují jako cyklus interakce, explorace a experimentace (viz Obr. 6), který probíhá (byť v různé míře) jak během „oficiálního“ terapeutického programu (v psychoterapii), tak v nestrukturovaném čase mezi těmito aktivitami (v socioterapii). Interakce zprvu vedou k obvyklým reakcím na základě minulých strategií zvládnutí a vnitřního implicitního modelu sociálního světa. V tomto významu odpovídají první úrovni Kratochvílova popisu. Explorace by pak zahrnovala druhou až čtvrtou úroveň a experimentace pátou.

Obr. 6 také znázorňuje dva dodatečné cykly, které ilustrují, jak terapeutická komunita umožňuje využívat diskutovaný terapeutický proces i v případech, kdy klientovy obranné mechanismy jej vedou k pasivitě (klient se stahuje nebo se programu účastní pouze formálně), nebo naopak k ohrožujícímu chování formou agování (impulzivitě, agresivitě). Samozřejmě existuje nebezpečí, že stupeň maladaptivního chování je natolik závažný, že dojde k přerušení těchto cyklů a klient bude hlasováním z komunity vyloučen. Důsledně uplatňovaný proces explorace však v praxi zajišťuje, že se tak nestane bez předchozího několikerého absolvování tohoto (svým způsobem „záchranného“) cyklu, který se snaží klienta opakovaně motivovat k produktivní aktivitě a vtáhnout jej do cyklu hlavního.

Obr. 6 Socioterapeutické a psychoterapeutické procesy v komunitě (Norton, Bloomová, 2004)



Aby se výše uvedené složky terapeutického procesu mohly v komunitě odehrávat, musí v ní být udržováno (resp. neustále znovuvytvářeno) prostředí charakterizované dvěma zásadními atributy: kulturou zkoumání (Main, 1983, podle Kennard, 2003) a situacemi učení naživo (Jones, 1968). I když takovéto prostředí spoluutvářejí všichni členové komunity, zodpovědnost za ně leží jednoznačně na straně odborného týmu.

Pojem *kultura zkoumání* se vztahuje k základnímu nastavení personálu – a v důsledku toho i klientů – na otevřené pátrání po příčinách a důsledcích konfliktů a jiných potíží. Je třeba neustále se ptát, proč se věci dějí tak, jak se dějí. Kultura zkoumání zahrnuje dotazování (aktivní získávání informací), přemýšlení o problémech s emoční účastí i jejich reflexi. V důsledku je to vědomé úsilí zaměřené na identifikaci a zpochybnění rigidních sebenaplňujících se očekávání a maladaptivního chování.

Takováto kultura (stejně tak, jako každá jiná) je neoddělitelně spjata s organizačním rámcem, v němž má své místo, s tzv. *strukturou*. Struktura sice omezuje, ale současně poskytuje jistotu určité předvídatelnosti a tím i oporu. V prostředí terapeutické komunity jsou jejími stavebními kameny:

- program (rozvrh) terapeutických aktivit,
- klientské funkce a vztahy mezi nimi,
- pravidla komunity a postup jejich prosazování.

Kultura a struktura jsou v neustálé interakci, jedno nemůže existovat bez druhého. Metaforicky lze tento vztah vyjádřit příměrem ke sportovní hře: na stejně vykolíkováném hřišti, se stejnými pravidly lze sehrávat utkání odlišné taktiky či průběhu. Změní-li se rozměry hřiště či pravidla, bude to mít dopady na volenou taktiku či typický průběh. A naopak, chceme-li kupř. hru divácky zatraktivnit, bude pravděpodobně třeba upravit hřiště nebo pravidla.

V terapeutické komunitě vždy hrozí „vyprázdňení“ struktury a ztráta kultury zkoumání (Norton, 1992a). Struktura, která měla vytvářet vhodné podmínky, se stává cílem sama o sobě

v podobě praktikování habituálních postupů v reakci na aktuální děje. Příkladem je rychlé odhlasování nějakého řešení problému, aniž by před tím byl vytvořen prostor, kde by zazněly protichůdné pohledy a kde by následně došlo k jejich konfrontaci. Tím dochází k promarnění růstového potenciálu ukrytého v takové diskusi. Jindy se zas hledá odpověď na otázku, zda klient porušil určité pravidlo a nikdo se neptá, jaký význam má pro něj dané chování. I personál může mít tendenci spíše uplatňovat vědomosti, hledat precedenty namísto náročné emoční investice do vždy jedinečného zkoumání každé nové situace.

Nesmí však docházet ani k opačnému extrému. Bez terapeutického účinku bude také bezbřehé utápění se v nekonečném pitvání bez opory poskytované pravidly struktury. Zůstane pak jen neplodné přešlapování na místě.

Pojem *situace učení naživo* se vztahuje k faktu, že vše, co se odehrává mezi členy komunity během jejich společného pobytu zde, je příležitostí k učení se. Zvláště to pak platí o situacích psychické krize zahrnujících jednoho nebo více rezidentů. Tehdy je okamžitě svoláváno mimořádné komunitní setkání. Všichni přítomní si mohou uvědomit potenciálně různorodé pocity a myšlenky ostatních členů a tím dochází k utváření komplexnějšího pohledu na situaci. To, že jej aktivně vytvářejí spoluklienti, mu dodává věrohodnost a (pokud je navíc i konsensem více osob) také váhu.

Potenciálně znamená přijetí do komunity znovunastolení klientových emocionálních konfliktů – tentokrát však v prostředí, které podporuje rozvinutí a uplatnění nových, méně extrémních a adaptivnějších strategií jejich zvládnutí. Ti, jejichž reakcí na vnitřní konflikt je impulzivní chování, jsou omezováni pravidly komunity (zejména o zvládnutí násilí vůči druhým i sobě) a ti, kteří mají tendenci se stahovat, se musejí zapojovat do skupinových aktivit komunity a tak jsou nuceni čelit rizikům a tlakům vyplývajícím ze sociální interakce. V obou případech to znamená nárůst vnitřního napětí plynoucího z požadavku komunity, aby se tito klienti vzdali svých navykých způsobů nakládání s konflikty. K tomu se přidává skupinová konfrontace s ostatními, kteří uplatňují stejnou nebo opačnou strategii – z obojího vyplývá nejen potenciál pro sociální učení, ale i pro rivalitu a soupeření o pozornost návratem k známým obranným strategiím. Pokud je pokušení podlehnout těmto impulzivním pohnutkám překonáno, vzniká díky rozvíjející se schopnosti skutečně prožívat emoční konflikt možnost osvojení si zralejších způsobů vyjadřování emocí a adaptace (Norton, 1992a).

Metoda demokratické terapeutické komunity se jeví jako zvláště vhodný přístup k mnoha případům impulzivního nebo destruktivního chování lidí s poruchami osobnosti, jež vzniká na základě zde popisovaného mechanismu. Je označován jako tzv. *acting out* (agování), čímž se rozumí zafixované behaviorální ztvárnění („odehrání“) nevědomého emočního konfliktu, které je často impulzivní a zakoušené s velkou naléhavostí. Tímto způsobem je prožití emočního konfliktu nahrazeno chováním, a tak je zabráněno jeho zvědomění (Crockett, 1966, podle Norton a Dolan, 1995). *Acting out* je tedy současně zúžením repertoáru potenciálních odpovědí v reakci na vnitřní nebo vnější okolnosti, které by jinak vzbudily emoční konflikt.

Síla destruktivity či násilí spojeného s agováním často vzbuzuje silnou emoční odezvu okolí včetně odborného personálu. Role profesionalismu v tradičním ústavu však může přímé vyjádření takové autentické odpovědi blokovat (cílem je pak pouhé obnovení klidu a pořádku). V důsledku toho může docházet buď ke gradaci agování, protože pacient chce získat od personálu autentickou emoční reakci, nebo ke stažení se z terapie, byť zakrývanému formální účastí. Psychiatrické zařízení se tak vlastně podobá agujícímu pacientovi, protože i ono vybírá z omezeného repertoáru neflexibilních odpovědí. (Takové postupy pak slouží spíše potřebám širší společnosti než terapeutickým cílům.) Ty nejčastěji směřují k rychlému zamezení destruktivnímu chování nejrůznějšími dostupnými prostředky včetně psychofarmakologických (sedativa) a fyzických (omezení, izolace). Pacient je může

z krátkodobé perspektivy vítat, protože poskytují okamžitou (i když pouze dočasnou) úlevu od duševní bolesti. Kromě toho poskytují personálu pocit kontroly nad situací a zmenšují jeho úzkost. Psychické procesy, z kterých agování pramení, však zůstávají neosloveny. Pacient je buď vnímán jako oběť (častěji v případě sebepoškozujícího chování, kdy je následně hlídán a dozorován), nebo jako pachatel (častěji při extrapunitivní agresi, kdy dochází k podání sedativ nebo k fyzickému omezování). V obou případech je pacientovi odňat potenciál k učení se z této zkušenosti.

Naopak v situaci učení se naživo je poskytována emočně otevřená zpětná vazba, která prezentuje obě strany vnitřního konfliktu a umožňuje tak klientovi vnímat se plněji (jako oběť i pachatel). Taková reakce musí být dostatečně rychlá a empatická, musí umožňovat zkoumání příčin a následků agování, připisovat klientovi přiměřenou zodpovědnost za impulzivní chování a poskytovat alternativní způsoby uvolnění psychické tenze a lidskou podporu v případě, že je psychická bolest vyjádřena adaptabilním způsobem (Norton, Dolan, 1995). Nejvěrohodnějšími a tím z hlediska učení naživo i nejefektivnějšími poskytovateli takovéto odezvy jsou spoluklienti. Úkolem terapeutického týmu je přitom zajistit, aby reakce vykazovala jmenované charakteristiky.

Povšimněme si, že aby základní mechanismus změny postulovaný na začátku této kapitoly mohl fungovat, musí komunitní prostředí splňovat tři podmínky (Knoblochová et al., 1968, podle Kratochvíl, 2002):

- musí být podnětným (a pro zpřehlednění zároveň poněkud zjednodušeným) modelem prostředí přirozeného,
- musí být plastické, nabízet dostatečné množství různých rolí a rozličných činností, aby se problémy mohly do modelu promítnout,
- členové komunity musejí být schopni chovat se jinak, než klient očekává, aby se zkušenosti nejen opakovaly, ale i korigovaly.

Přestože je tedy základní mechanismus metody terapeutické komunity jednoduše popsatelný a přestože se v něm mluví o zjednodušeném modelu skutečného života, množství procesů psychosociálního charakteru a složité interakce mezi nimi, které zde probíhají, jej činí velmi komplexním. Je kupř. zřejmé, že Rapoportovy principy jsou spíše terapeutickými zásadami, popř. podmínkami, za kterých dochází k osobnostnímu růstu, a nikoliv samotnými účinnými procesy terapie. Tyto principy je však v sobě obsahují. Tak je demokracie předpokladem sebeřízení a rozvoje altruismu (tím, že je klientovi umožněno, aby se podílel na terapii jiných). Permisivita zase umožňuje katarzi, sebeodhalování a je předpokladem zodpovědnosti za sebe sama. Komunalismus podporuje interakce s druhými, sdílení odpovědnosti, opuštění zafixovaných sociálních rolí i postojů a rozvoj nových vztahů. Konfrontace s realitou podněcuje sebeuvědomování, rozvoj identity, selfkonceptu a učení se v interpersonálním jednání.

Jak zjistili Whiteley a Collis (1987) mnoho těchto procesů probíhá i v nestrukturovaném čase mimo formální terapeutické skupiny. Sami rezidenti z hlediska posunu ve vlastní terapii oceňovali na začátku pobytu nejvíce přijetí a dodávání naděje, v pozdějších fázích pak učení v interpersonálním jednání a sebeporozumění. Účinných faktorů je však jistě více. Lze předpokládat, že se zásadně neliší od faktorů, které byly identifikovány ve skupinové psychoterapii obecně. Yalom (1999) k nim řadí: zprostředkování informací, dodávání naděje, pocit sounáležitosti, altruismus, korektivní rekapitulaci situace v primární rodině, zpětnou vazbu, imitační chování, interpersonální učení, skupinovou kohezi a katarzi. Podobně u nás základní účinné faktory utřídil Kratochvíl (2001) do deseti kategorií takto: členství ve skupině, emoční podpora, pomáhání jiným, sebeexplorace a sebeprojevení, odreagování, zpětná vazba a konfrontace, náhled, korektivní emoční zkušenost, zkoušení a nácvik nového chování, získání nových informací a sociálních dovedností. V souladu s požadavkem na plasticitu prostředí musejí být tyto „ingredience“ v systému psychoterapie (tedy organizované

části komunitního programu) obsaženy vedle skupinové terapie také v dalších druzích aktivit: v pracovních činnostech, projekivní arteterapii, psychodramatu, tematických skupinách i setkáních komunity.

Přitom je třeba mít neustále na paměti, že terapeutický tým podléhá v intenzivním komunitním prostředí podobným psychickým procesům jako skupina rezidentů. Tento isomorfismus je označován termínem *paralelní procesy*. Aktuální situace, kupř. dominantní problematika ve skupině klientů, je zrcadlena i v týmu a naopak. Tento fenomén může být využit ke vzájemnému osvětlení dynamiky v jedné skupině na základě dynamiky ve skupině druhé.

Terapeutický tým se nachází v nepřetržité situaci přenos – protipřenos. Např. pracovníci jako skupina se mohou cítit zneužívání skupinou klientů či mohou mít pocity viny, že nejsou dost dobrými pečovateli. Z klientské skupiny indukovaná dynamika se tak nezřídka odehrává i uvnitř týmu. Např. jednotliví pracovníci nebo dvě podskupiny pracovníků mohou být polarizovány (rozštěpeny) do pocitů „oběť – násilník“ nebo „hodní – zlí“. Základním nástrojem k řešení takovýchto situací jsou každodenní setkání terapeutického týmu a externí supervize. Z tohoto hlediska se terapie rezidentů a výcvik pracovníků vzájemně prolínají, takže pojem situace učení se naživo lze vztahovat skutečně na všechny členy terapeutické komunity.

2.7 Role

2.7.1 Role pracovníků

Člen terapeutického týmu vystupuje v komunitě v několika rolích. Na rozdíl od skupinové terapie je vedení terapeutických sezení pouze jednou z nich. Kennard (1998, 2003) identifikoval v terapeutické komunitě následující role personálu:

Zapojování se jakožto člen komunity

Odborní pracovníci terapeutické komunity se spolu s rezidenty podílejí na zajištění každodenních úkolů potřebných pro chod komunity, vyjadřují i v nestrukturovaném čase otevřeně svoje upřímné reakce a musejí být schopni přijímat a zacházet s námitkami či kritikou ze strany klientů. Takovéto neformální uspořádání plní následující funkce:

- vytváří atmosféru intimity a důvěry,
- zabraňuje štěpení (viz str. 55) na profesionály a klienty, na „my a oni“,
- umožňuje odlišné vztahování se k autoritě,
- ulehčuje vnímání pracovníků (stejně jako zkušenějších rezidentů) jako vhodných sociálních modelů.

Samozřejmě tento přístup má své riziko v podobě ztráty odstupů a nadhledu, který je v určité míře pro terapeutické působení nezbytný. Tím je opět potvrzen význam každodenních setkání terapeutického týmu, nepostradatelné jsou supervize a absolvování psychoterapeutického sebezkušenostního výcviku.

Udržování struktury potřebné k tomu, aby komunita zůstávala terapeutická

Struktura se týká místa, času a účelu jednotlivých aktivit, včetně vyjasňování, kde leží zodpovědnost za různá rozhodnutí. Zvláště u těch psychických poruch, které se projevují impulzivním chováním (jak je tomu i u některých poruch osobnosti) jsou jasné struktury zvláště důležité, neboť poskytují oporu, která může být postupně internalizována.

Jak již bylo uvedeno (viz str. 46), komunity často procházejí cyklicky obdobími, kdy je struktura snadno udržována, kdy klienti za ni sdílí zodpovědnost, a obdobími, kdy je ohrožována jejich destruktivním chováním. Úkolem týmu je tyto periody rozpoznat a umět

podle toho komunitní normy citlivě prosazovat, nebo naopak přenechávat jejich udržování rezidentům.

Poskytování příležitostí k učení

V komunitě se odehrává celá řada aktivit: od vaření, uklízení, přes provázení návštěvníků, vedení setkání komunity až po podporování ostatních rezidentů nebo spolurozhodování o komunitních záležitostech. Tato rozmanitost je podle Kratochvíla (1979) důležitou podmínkou, aby se na modelu terapeutické komunity mohly zobrazit klientovy významné problémy nebo konflikty. Současně musejí tyto různorodé situace poskytovat příležitost naučit se s nimi zacházet jinak. Zkušenosti, které v nich lze získávat, mohou rozvíjet praktické i sociální dovednosti, sebedůvěru nebo např. způsob jednání s autoritami. Role pracovníků přitom nespočívá ani tak v zajištění úspěšného dokončení úkolu, jako spíše v maximalizaci příležitostí k takovému učení a jejich zužitkování v dlouhodobějším horizontu.

Práce v terapeutických skupinách

Ačkoli vznik evropských demokratických komunit je úzce svázán se skupinovým psychoanalytickým přístupem, můžeme se dnes u pracovních týmů setkat s řadou různých psychoterapeutických orientací (kognitivně-analytickou, transakčně-analytickou, kognitivně-behaviorální, dialekticko behaviorální ad. – viz kap. 1.3). Pro přístup v terapeutických komunitách je však charakteristické, že za důležitější faktor, než je terapeutova příslušnost k určité psychoterapeutické škole, se považuje vlastní aktivita spoluklientů, kteří si mohou často poskytnout daleko efektivnější intervenci díky podobné zkušenosti. Jedním z klíčových úkolů komunity je poskytnout tím rezidentovi příležitost k rozpoznání a pochopení svých problémů, které jsou prostřednictvím úkolů a vztahů v komunitě (životem v ní obecně) zviditelněny a jež jsou často jen opakováním podobných problémů z předchozího života klienta.

Tato role může být naplňována různými způsoby. Kratochvíl (2001) rozlišuje roli aktivního vůdce, analytika, komentátora, moderátora a experta a roli autentické osoby. Mezi rolemi lze podle situace přecházet a to i v rámci jednoho sezení. Z toho, co bylo řečeno, je zřejmé, že nejméně užívaným způsobem vedení skupin v komunitě by měla být role aktivního vůdce. I ta však může být žádoucí např. při svolání krizového komunitního setkání.

Lieberman et al. (1973, podle Kratochvíl, 2001) získali faktorovou analýzou čtyři základní styly vedoucího skupiny, které nazvali: emoční stimulace, péče, kognitivní orientace a výkonná funkce. Podle toho, jak často jsou tyto styly při práci užívány, pak přiřazují vedoucí skupin k jednomu z šesti typů (řazeno dle úspěšnosti v daném výzkumu, který pracoval s neklinickou populací): pečovatelé, podněcovatelé, sociální inženýři, neosobní vedoucí, liberální vedoucí, velitelé. Zajímavé je srovnání s tím, co rezidenti v komunitě sami nejvíce oceňují (viz str. 59): ukazuje se, že jejich potřeby korespondují právě s prvními dvěma typy.

Přispívání k dynamice komunity

To je zvláště důležité tam, kde se mohou objevit procesy destrující komunitu. Život v důvěrném prostředí relativně uzavřené skupiny s sebou přináší riziko její izolace od okolí. Skupina pak může popírat svoje vnitřní problémy (např. agování klientů, napětí v terapeutickém týmu) a odmítat vnější kritiku. První hrozí ztrátou kultury zkoumání a tedy i zánikem terapeutického potenciálu, druhé navíc ztrátou vnější podpory a tedy zánikem komunity jako takové.

Dbaní na vlastní emoční zaangažovanost

Práce v terapeutické komunitě – zvláště pak v komunitě pro lidi s poruchami osobnosti – je velmi emočně náročná. Profesionál je zde nucen zcela odkrývat své přirozené lidské vlastnosti. Autenticita je jednou z hlavních pracovních strategií, riziko pohlčení a vyhoření je velké. Proto musí být každý pracovník připraven zkoumat svůj příspěvek ke skupinové dynamice a využívat k tomu i prostor na setkáních týmu, supervizi i ve vlastní terapii.

Udržování vztahů k okolí

Personál musí zajistit, aby způsob práce, možnosti, cíle a poslání terapeutické komunity a její nároky byly dobře chápány jak nadřízenou organizací nebo odborníky, kteří do ní potenciální klienty doporučují, tak laickou veřejností.

2.7.2 Role rezidentů

Podobně vícečetné jsou i role rezidentů v terapeutické komunitě. Zatímco hlavním aspektem je vždy otevřenost, angažovanost a aktivita, různí se typ a míra zodpovědnosti klientů – jednak podle základního nastavení daného systému komunity v závislosti na cílové skupině (např. jiné možnosti budou v uspořádání pro jedince s poruchami osobnosti a jiné pro lidi s psychotickým onemocněním) a jednak podle individuální kapacity konkrétního jedince v relaci k této skupině. Ta by měla korespondovat s funkcí, jež je mu v komunitě svěřena. Kennard (2003) rozlišuje čtyři skupiny rolí rezidentů:

Terapeutická role

Klient přispívá k terapii ostatních rezidentů poskytováním otevřené zpětné vazby a vyjadřováním emoční podpory ve chvílích psychické krize. Přitom čerpá z vlastní zkušenosti z podobných situací. Zpětná vazba od spoluklientů tak zpravidla zní mnohem přesvědčivěji a důvěryhodněji než stejná informace, kterou by podal člen terapeutického týmu.

Socializační role

Terapeutická komunita nedává jedinci možnost, aby se izoloval. Stávající rezidenti hrají důležitou úlohu v uvádění nováčků do komunity včetně předávání psaných i nepsaných norem (tedy struktury i kultury). Na tom, jak dobře tento proces „akulturace“ funguje, závisí kvalita komunity jako terapeutické metody.²³ Interakce mimo časy formálních skupinových aktivit jsou přinejmenším stejně důležité, protože jsou situacemi „učení se naživo“ (Jones, 1968).

Rozhodovací role

Rezidenti se účastní (často formou diskuse s následným hlasováním) řady důležitých rozhodnutí, které se týkají buď jejich spoluklienta nebo komunity jako celku. Tato rozhodnutí mohou zahrnovat drobné organizační záležitosti (např. jak naložit s nepořádkem ve společných prostorách), mohou být reakcí na porušení pravidel komunity (např. pokud se klient chová agresivně vůči sobě nebo druhým) nebo dokonce určovat, zda bude přijat zájemce do komunity nebo naopak stávající rezident pro závažné ohrožení z komunity vyloučen.

Individuální funkce

Rezidenti mohou být také zvoleni do řady funkcí v rámci komunity, které umožňují zakusit různou míru zodpovědnosti: od úklidů, vaření, přes rozdělování prací, vedení

²³ Pro úplnost dodejme, že pokud v komunitě existují pouze uzavřené skupiny (jak je tomu někdy u kratších programů v řádu týdnů), pak s tímto procesem nelze pracovat (což považujeme za nevýhodu) a „akulturační“ roli musejí plnit členové týmu.

komunitních setkání až po provázení návštěvníků po komunitě nebo zastupování určité (event. celé) skupiny klientů.

2.8 Stadia pobytu

Přestože do většiny terapeutických komunit průběžně přicházejí noví a průběžně z ní odcházejí stávající rezidenti, stadia, jimiž během svého pobytu v komunitě prochází jednotlivci, mají mnohé podobnosti se stadii vývoje uzavřené skupiny (např. Yalom, 1999; Kratochvíl, 2001). Je to pravděpodobně dáno tím, že i když tyto komunity netvoří uzavřenou terapeutickou skupinu v pravém slova smyslu, intenzita jejich terapie, která probíhá prakticky 24 hodin denně, vytváří podobné fenomény.

K prvnímu kontaktu s potenciálním klientem dochází během výběrového procesu. Vezmeme-li v potaz množství různých typů terapeutických komunit, není jednoduché najít pro pobyt v nich všeobecně platná kritéria. Navíc i pro danou komunitu může v čase kolísat schopnost přijmout nového rezidenta. Kennard (2003) uvádí jako indikační následující faktory:

- *Diagnózy*: určité poruchy osobnosti, závislostní syndromy, ale aktuálně abstinující, méně závažné deprese, závažné nebo intaktní neurózy, stresogenní a somatoformní poruchy.
- *Intelligence*: průměrná nebo nadprůměrná.
- *Věk*: do 40 let.
- *Sociální chování*: méně závažné formy násilí, sebepoškozování, určitá počáteční schopnost sociálního zapojení.
- *Postoj k terapii*: za zdroj pomoci považovány osobní vztahy spíše než fyzická léčba nebo profesionální technické výkony, ochota mluvit o emočních problémech ve skupině, preference neformálního důvěrného stylu vztahu mezi klientem a profesionálem.

Naopak za kontraindikaci je považována těžká deprese, akutní mánie, paranoidita, dále přetrvávající nutnost omezovat klientovo násilné chování k sobě či druhým a přesvědčení, že pomoci mohou pouze experti.

Zaměříme-li se úžeji na diagnostickou skupinu poruch osobnosti, je nepravděpodobné, že by terapeutické komunity – coby místa, kde je poskytována terapie sociálním prostředím – byly vyhledávány lidmi s poruchami z trsu A (viz kap. 1.3.1). Naopak jedinci, jejichž symptomy spadají do trsu B, hledají pomoc daleko častěji. V komunitách určených lidem s poruchami osobnosti tvoří většinu. Nejvíce pozornosti upoutávají kvůli naléhavosti svých projevů (sebepoškozování, zneužívání látek, poruchy příjmu potravy, sebevražedné pokusy) lidé s hraničními rysy. Osoby s lehčí dissociální poruchou mohou být k terapii motivováni, pokud si uvědomují, že se sami svým agresivním chováním v interpersonálních situacích o něco připravují. Za určitých okolností mohou na sociální terapii dobře reagovat i jedinci z trsu C.

Vzhledem k tomu, že důležitým prvkem systému demokratických terapeutických komunit je motivovanost, aktivita a dobrovolný vstup i následná účast na programu, jeví se jako důležité rozlišení na poruchy typu S (terapii vyhledávající) a typu R (terapii odmítající) (viz str. 38). Ostatně i při výběru do terapeutické komunity se vždy spíše než oficiální psychiatrická kritéria a stanovení určité diagnózy braly v potaz takové znaky jako opakovaná selhávání ve vztazích a zaměstnání, utrpení pociťované daným člověkem i způsobované jím druhým, destruktivní copingové strategie, nízká sebeúcta nebo zkušenosti se zneužíváním.

V mnohých demokratických terapeutických komunitách je výběrová fáze završena společným setkáním za účasti potenciálního klienta, zástupců terapeutického týmu a zástupců

stávajících rezidentů (např. Norton, 1992b). Kandidáti na přijetí jsou vyzýváni, aby hovořili o sobě, svých problémech, motivaci pro vstup do komunity a cílech, na kterých tam chtějí pracovat. Následně se hlasuje o přijetí nového člena, což v těch případech, kdy rezidenti tvoří většinu, znamená, že dostávají příležitost mít konečné slovo. Mají tak možnost pocítit váhu odpovědnosti za své rozhodnutí a současně nahlížet sebe sama skrze problémy prezentované kandidátem, na jehož místě před několika měsíci sami seděli.

Přechody mezi následnými stadii se samozřejmě z hlediska psychických procesů dějí postupně, kontinuálně a často nenápadně (včetně možnosti regrese), nicméně v některých komunitách tyto posuny mohou být také výrazně strukturovány navenek, a to pomocí přechodových rituálů mezi stadii. Tím se všem členům komunity zvědomuje posun, jehož daný klient dosáhl, a posiluje se identifikace s komunitou, jejími cíli a hodnotami. Avšak i v těch komunitách, kde tyto rituály neprobíhají tak explicitně, existují prostředky, jak dát najevo, v jakém stadiu se klient nachází: např. hlasovací právo může získávat až po několika dnech nebo určité na zodpovědnost nejnáročnější funkce může vykonávat až po několika měsících.

Během prvního, seznamovacího stadia, které obvykle trvá jeden až dva měsíce, se nový rezident seznamuje se skupinovými aktivitami a životem v komunitě vůbec (Kennard, 2003). Je mu nabízena neformální podpora od spoluklientů. Ti hrají klíčovou roli ve vysvětlování a předávání norem a očekávání terapeutické komunity, v procesu „akulturace“ (viz str. 62). Noví klienti si vytvářejí vazbu k jednomu či dvěma stávajícím rezidentům, ale na skupinách jsou stále spíše rezervovanější a obezřetní.

Po uplynutí jednoho nebo dvou měsíců začíná nový klient aktivněji vystupovat na skupinách, účastní se života komunity včetně vykonávání určitých zodpovědných funkcí, pomáhá a podporuje ostatní rezidenty. Je pravděpodobné, že v tomto stadiu dojde k situacím (např. jednání s autoritou, strachu ze selhání, pocitu odmítnutí, soupeření), které vyvolávaly v minulosti problematické chování, jež bylo důvodem jeho přijetí do komunity. To může zahrnovat agresivní impulzy vůči sobě nebo druhým (agresi, sebepoškozování) popř. další symptomy psychické krize. Na skupinových setkáních, která mohou být svolávána i mimořádně v kteroukoli denní či noční dobu, je rezident za pomoci zpětné vazby konfrontován s vlivy svého chování na ostatní členy komunity. Ti se aktivně účastní zkoumání významu daného chování nebo jiného symptomu. Touto opakovanou zkušeností se vytváří prostor pro nové prožívání sebe sama i vnímání druhých.

Do závěrečného stadia klient ne vždy dospěje. Někteří rezidenti totiž mohou opustit komunitu předčasně, protože se pro ně terapie ukáže jako příliš zátěžová. Jiným může být pobyt ukončen hlasováním komunity pro závažné či opakované porušování pravidel. Ani to však nemusí nutně znamenat selhání terapie. Čím déle však rezident v komunitě zůstane, tím pravděpodobnější z toho bude mít prospěch (viz str. 70).

U rezidentů, kteří zakončují svůj pobyt v komunitě plánovaně, se po několikaměsíčním společném životě většinou rozvíjí silná vazba na komunitu a pocit sounáležitosti s ní. S těmito procesy je třeba pracovat a přechodu do běžného života proto musí být věnována velká pozornost (Morant, 2004). Často k tomu slouží speciální skupiny vyhrazené pouze těmto klientům, kde jsou probírány problémy separace od komunity a znovunastolení fungování v okolním světě. Stále více také komunity organizují programy následné péče. Ty mohou zahrnovat týdenní skupinová sezení či individuální podporu při řešení praktických potřeb (zvládání zaměstnání, hledání bydlení apod.).

2.9 Procesy narušující terapeutickou funkci

Přestupky psaných i nepsaných norem, konflikty, psychické krize a další problémové situace do terapeutické komunity patří. Hrají zde nezastupitelnou roli, protože se stávají materiálem skupinových sezení, předmětem vzájemných zpětných vazeb rezidentů a tedy i příležitostí k osvojení si nových vzorců chování. V této kapitole však stručně popíšeme ty fenomény, které terapeutickou funkci komunity narušují. Z hlediska cyklu terapeutického prostředí komunity popsáno Rapoportem (1960) tyto nebezpečné jevy hrozí ve zvýšené míře zejména ve třetí fázi (viz str. 46).

Personál může svojí nekompetentností přímo vyvolat proces postupné degenerace komunity a to dvěma formami (Ploeger, 1972, podle Kratochvíl, 1979):

- *Disciplinární degenerace* – je pošlapáváním principu permisivitu a demokracie. Odchylné chování klientů řeší tým direktivně a disciplinárně. Na terapii se pouze odvolává, na prvním místě stojí pořádek a klid, v jehož zájmu je v klientech vyvoláván strach z postihů, zatímco v terapeutech panuje strach ze ztráty vlastní moci.
- *Degenerace „laissez faire“* – zájem o terapeutickou práci se stane povrchním, skupinové aktivity se řemeslně odbývají, přehlížení a nezájem se vydávají za permisivitu a pochopení. To hrozí např. tam, kde opadl prvotní elán, který provázal zavádění komunity jako nové inovativní metody.

Všechny níže uváděné problémy pak lze vnímat jako dílčí symptomy jedné z těchto dvou forem degenerace. Budeme při jejich popisu vycházet převážně z ilustrativního přehledu Kratochvílova (1979).

Odpor

Individuální odpor jedince lze do určité míry považovat za „zdravou“ sebezáchovnou reakci lidské psychiky, která se brání proti propuknutí floridní psychické krize, jež by při zvědomění příliš závažného vnitřního konfliktu hrozila. Pasivní odpor má formu mlčení, vyhýbání se programu, pozdních příchodů, příliš obecných či irelevantních výpovědí apod. V komunitě nemusí být na překážku, protože se předpokládá, že skupina jej u jedince po určité době odhalí a začne reflektovat. Podobně to platí o aktivní formě, agování. Zde navíc reakce ostatních členů komunity přichází téměř okamžitě.

Terapeutickou funkci komunity však podle Kratochvíla (1979) narušuje mimoterapeutické agování. Má tím na mysli projevy aktivovaných impulzů v jednání v čase mimo terapeutické aktivity. Domníváme se však, že pokud zahrnujeme do terapeutického procesu veškerý život v komunitě, pak se i (ba především) situace, které nastanou např. ve volném čase, mimo formální program a dokonce i mimo komunitu, stávají předmětem následného zkoumání na skupinách. Samozřejmě za předpokladu, že o takových aktech alespoň někdo z komunity ví a je ochoten je na skupinová setkání vnést. Spíše než o mimoterapeutickém agování by tedy bylo vhodnější mluvit o agování skrytém. To může vzniknout, pokud se na takovémto konání podílejí všichni rezidenti anebo pokud ti, kteří se jej neúčastní, nechťjí toto téma otevřít.

Pasivní kolektivní odpor, např. ve formě neproduktivního ticha ve skupinových sezeních nebo odmítnutí aktivity při přinášení vlastních postojů či zkušeností, vytváří obtížnou situaci. Personál je jí tlačěn do direktivní role, v důsledku čehož začne být vnímán jako nepřítel a odpor je dále posilován. Je však třeba poznat jeho příčiny. Existuje nějaký společný problém? Jaké komunitní události předcházely takovémuto vývoji? Vhodné je podněcování klientů k vyjadřování aktuálně prožívaných pocitů ve skupině, nápomocná může být také technika psychodramatu.

Podskupiny

Tvoření podskupin nemusí být problémem, jestliže se materiál v nich diskutovaný dostane i na terapeutická skupinová sezení. Nepříjemné sice je, pokud se rezidenti stojící mimo podskupinu, cítí z ní vyloučení, nicméně i to je podle našeho názoru materiál poskytnutý životem v komunitě, který je možné – a nezbytné – terapeuticky využít.

Jak již bylo zmíněno jinde (viz str. 54) utváření podskupin patří k procesu přirozené skupinové dynamiky. Spíše než vnímat je jako ohrožení komunity, je třeba umět se vyrovnávat s riziky, která by mohla být s jejich vznikem spojena, např.:

- předcházet izolaci podskupiny (podobně jako v případě jednotlivců),
- nedovolit, aby podskupina „intelektuálů“ vyvolávala u ostatních pocity méněcennosti, které by jim znemožnily vystupovat na skupinách nebo poskytovat těmto verbálně zdatnějším zpětnou vazbu (na toto upozorňoval již T. Main (1975, podle Kennard, 2003)),
- nedovolit, aby podskupina aktivních rezidentů eliminovala zapojení pasivnějších,
- mít na zřeteli, že v malé podskupině její člen často získává pro své jednostranné postoje podporu a je proto méně ochoten je měnit.

Párování

Navazování erotických nebo sexuálních vztahů je vlastně speciálním případem vytváření podskupin a částečně pro ně platí, co bylo uvedeno výše. I vytvoření takové dvojice lze považovat za přenos minulé zkušenosti do života komunity a jako modelovou situaci, na které si pár může ujasnit některé stereotypy chování, ji terapeuticky využít k učení se zralejším formám vztahování.

Nicméně v případě dvojice je daleko větší pravděpodobnost, že se začne vůči zbytku komunity uzavírat a nebude otevřeně vnášet do skupiny svoji vztahovou problematiku, což znemožní s ní terapeuticky pracovat. Důležité je i etické hledisko. I v případě, že aktuálně neexistuje ani u jednoho člena dvojice žádný partnerský vztah mimo komunitu, který by tím byl narušován, je nutné předpokládat (zvláště právě u některých poruch osobnosti), že intimní a sexuální vztahy jsou oblastí, ve které zažili klienti v minulosti zranění, byli zneužíváni nebo sami zneužívali a nelze proto připustit opakování této zkušenosti v komunitě.

Navazování sexuálních vztahů se proto v každé terapeutické komunitě přinejmenším velmi nedoporučuje. V některých se spoléhá na to, že vznikající vazba mezi dvěma členy komunity se brzy dostane na přetřes ve skupinových sezeních, kde budou analyzovány příčiny vzniku vztahu i jeho možné důsledky. To pak zpravidla zabrání dalšímu rozvoji vztahu. Naproti tomu v jiných komunitách jsou takovéto vztahy zcela vyloučeny a jejich navázání se považuje za porušení pravidel komunity. Minimálně jeden partner pak musí z komunity odejít.

Antiterapeutická kultura

Jde vlastně o přímé ohrožení kultury zkoumání, které vzniká zavedením jiných nepsaných norem, jež se s ní neslučují. Jedná se zejména o:

- pomlouvání – kritika, negativní pocity nebo jiné nepříjemné věci se sdělují v nepřítomnosti člena komunity (ať už rezidenta, nebo terapeuta), kterého se to týká,
- omezená upřímnost – ve skupinových sezeních je dána k dispozici pouze cenzurovaná část pocitů, ostatní se ventiluje mimo tyto situace,
- společná linie proti personálu – mezi rezidenty se vytváří téma, o kterém se nesmí s terapeutem mluvit (např. kryjí se přestupky pravidel).

Terapeutické prostředí je však ohroženo i jemnějšími projevy. Mnohé z nich mohou vzniknout spíše jako rigidní a vyprázdňené používání některých prvků kultury zkoumání, které je nejčastěji přehnané do extrému či absurdnosti:

- „vzájemné hlazení“ – členové komunity hovoří jen o příjemných věcech a úzkostlivě se vyhýbají všemu, co by mohlo způsobit napětí,
- nelítostná kritika – jakákoli účast, litování, podpora je považována za škodlivý únik,
- odhalování chyb – v každé situaci se hledá, co klient udělal špatně,
- ostych před city – projevy emocí se přecházejí mlčením,
- antiintelektualismus – jakékoli racionální úvahy se považují za plané, což může vést k hraní emocí,
- tabuizace sexu – považuje se za nepatřičné mluvit o sexuálních problémech,
- pansexualismus – ve všem se hledá skrytá sexuální problematika.

Rozpor administrativní a terapeutické role týmu

Jedná se o konflikt mezi zodpovědností týmu za dodržování pravidel komunity včetně jejich vymáhání a poskytováním prostoru a pochopení pro odchylné formy chování. Někteří autoři doporučují oddělení těchto dvou rolí tak, že je vykonávají různí pracovníci. Role strážce pravidel však na sebe soustřeďuje odpor rezidentů, je tedy emočně velmi náročná. Navíc může dojít k rozdělení v rámci terapeutického týmu na „hodné“ a „zlé“.

Toto řešení je také v zásadním nesouladu s pojetím demokratické terapeutické komunity podle M. Jonese. Navíc pro práci s takovými poruchami jako je hraniční porucha osobnosti, může být až antiterapeutické (připomeňme obranný mechanismus štěpení). Je samozřejmé, že konečnou odbornou zodpovědnost za vytvoření a udržení terapeutického prostředí v komunitě nese tým pracovníků. Nicméně zodpovědnost v terapeutickém smyslu musí být sdílena všemi členy komunity, tedy musejí ji pociťovat i rezidenti. Dojde-li k porušení pravidel, má to být vnímáno jako společný problém celé komunity.

Podobně je to i s reakcí na takovýto prohřešek: i když v diskusi zaznívají rozličné pohledy jednotlivců, konečné rozhodnutí je výsledkem společného hledání cesty a tedy opět rozhodnutím komunity. Nutnou podmínkou k tomu ovšem je, aby komunita fungovala na skutečně demokratických principech. Námitka, že demokraticky zvolené řešení ještě nemusí být nutně terapeuticky nejvhodnější, může být sice v tom kterém případě oprávněná, nicméně v praxi se ukazuje, že vysoce převáží pozitivní efekt tohoto uspořádání na účinek terapie.

Na rozdíl od Kratochvíla (1979) se tedy domníváme, že pokud začne být v týmu pociťován rozpor administrativní a terapeutické role, jde o první výstražný signál toho, že v komunitě dochází k disciplinární degeneraci (viz výše) provázené štěpením na „my“ a „oni“, které je typické pro tradiční ústavní zařízení.

Problémy ve vztahu komunity k vnějšmu systému

Napětí se může objevit zejména tam, kde je demokratická terapeutická komunita součástí tradičně řízeného ústavu. Odborné argumenty namířené proti novému uspořádání mohou být pouhou racionalizací pocitu ohrožení vyvolaného v pracovnících jiných oddělení inovativním řešením. Mohou se např. obávat ztráty své tradičně mocensky silné role pomáhajícího odborníka.

Základním požadavkem je otevřená komunikace terapeutické komunity navenek, vysvětlování jejích principů i limitů (Kennard, 2003).

2.10 Kritika terapeutických komunit

Kritické hlasy na adresu terapeutických komunit zaznívají ze dvou odlišných, byť prolínajících se pozic. Jedna z nich vychází z idejí humanismu a individualismu a poukazuje u terapeutických komunit především na nebezpečí charakteristická pro ústavní léčbu. Druhá hájí osvědčené medicínské postupy a přístup založený na důkazech a vnímá komunity jako na domněnkách postavený experiment.

Stoupenci prvního stanoviska (viz též str. 51) inklinují k vnímání terapeutických komunit jako dalšího druhu Goffmanovy „totální instituce“. Je to poněkud paradoxní, vezmeme-li v potaz základní principy komunit a připomeneme-li si, že vznikaly právě jako pokus takové instituce reformovat. Kritici z těchto řad zdůrazňují nebezpečí vyplývající z nesymetrie moci ve vztahu odborník – klient. Z tohoto hlediska může být každá terapie – coby psychologické ovlivňování – vnímána jako manipulativní. Podobně jako jakákoli jiná forma terapie má však i terapeutická komunita člověku především umožnit poznání sebe sama, a tedy v konečném důsledku rozšířit možnosti volby a vyvázání se z nepoznaných zákonitostí.

Skutečností však je, že komunita – jakožto komplexní, ale do značné míry strukturálním rámcem určený postup – navíc vyžaduje podřízení se jednotnému programu. Možnosti diferenciací jsou v tomto ohledu cíleně velmi omezené, individuální přístup na úrovni programové nabídky z určitých důvodů (např. poskytování jasné struktury, která může být následně zvnitřněna) neexistuje. To samozřejmě nemusí – a nesmí – vylučovat vnímání každého rezidenta jako jedinečného individua.

Jinou kritizovanou skutečností je vytržení klienta na relativně dlouhou dobu z vazeb na jeho přirozené prostředí (fyzické i sociální) a jejich nahrazení modelovým prostředím komunity. V jakých případech je to ještě ospravedlnitelné možným terapeutickým pokrokem? Nebo lze všechny dosavadní klientovy vazby posoudit jako patologické? Úvahy nad těmito otázkami stimulují rozšiřování programů, jež sice vycházející z ideje terapeutické komunity, avšak fungují pouze jako denní stacionáře a klienti se z nich každý den vracejí domů. Zde však vyvstávají jiné otázky. Kupř. kolik potenciálního terapeutického materiálu se tím do skupiny nedostane? Nakolik je tím podkopáván princip učení naživo? A je vůbec do budoucna v podmínkách světa provázaného informačně komunikačními technologiemi (internet, mobilní telekomunikace apod.) udržitelná myšlenka určité izolovanosti komunity od okolí?

Matoušek (1999) shrnuje ve své práci o ústavní péči její možná rizika. Mnohá (např. hospitalismus, zneužívání klientů) jsou v prostředí funkční terapeutické komunity vyloučena – její systém byl vytvářen s cílem, aby právě k takovým jevům nedocházelo. Jiné problémy však zůstávají. Jedním z nich je velké omezení osobního soukromí a to nejen ve smyslu fyzického prostoru, ale i psychické intimity. Individuální hranice intimity jsou rozšířeny na společné hranice komunity. Uvnitř ní vše podléhá kultuře zkoumání a nemůže být hájeno z pozice, že se jedná o ryze soukromou věc.

Naproti tomu zastánci medicínsko-vědeckých postojů požadují od terapeutických komunit především doklady o jejich účinnosti a to na základě takové metodologie, kterou soudobá věda považuje za důvěryhodnou – tj. nejlépe pomocí pokusů s náhodným přiřazením do experimentální a kontrolní skupiny (viz str. 69). Vedle účinnosti je potřebné prokázat také ekonomickou efektivitu terapie, protože zajištění chodu komunit bývá finančně nákladné. Důvodem je čtyřicetihodinový provoz, vysoký poměr počtu pracovníků k počtu rezidentů a velké množství času věnované týmovým setkáním, nikoli přímé práci s klienty.

Bez požadovaných důkazů mohou být komunity snadno považovány za model terapie, který je v lepším případě nevhodný, v horším – potenciálně nebezpečný. Např. určití klienti nemusejí být s to unést skupinové tlaky a mohou být jejich působením poškozeni. Tyto obavy panují zejména v případě neúspěšného začlenění do skupiny a předčasného odchodu

klienta (zvláště nastává-li v situaci akutní krize), což se může negativně podepsat minimálně na jeho sebepojetí. Pro některé klienty může být příliš zatěžující i samotné přebírání spoluzodpovědnosti za podporu svých vrstevníků.

V souladu s principem převzetí zodpovědnosti za vlastní osobnostní seberozvoj, existuje ve většině komunit přinejmenším rezervovaný postoj vůči léčbě psychofarmakou. Některé dokonce vylučují jakoukoli paralelní farmakoterapii. Pro kritiky z řad medicínského přístupu je to samozřejmě nepřijatelný postoj.

Mnoho kontroverzí také budí způsob přijímání nových rezidentů. Bývá kritizována neprůhlednost vstupních kritérií (která může ústit v podezření z vybírání si „lehkých“ klientů) a vysoký nárok na vstupní motivovanost. K nejdůležitějším pilířům terapeutického programu vůbec patří spoluúčast stávajících klientů na rozhodnutí o přijetí nového člena (podobně jako jejich spoluúčast na rozhodnutí o jeho vyloučení). Na místě je varování před poškozením klienta a před zbavováním se profesionální odpovědnosti za kritické momenty terapie.

Nejostřejší odpůrci terapeutických komunit je přirovnávají k sektám: obě skupiny jsou obvykle zakládány charismatickou osobností, obě tvrdí, že pomáhají psychicky či sociálně znevýhodněným, obě u svých členů vyvolávají pocity věrnosti vůči skupině a obě fungují v jisté izolaci. Aby tato srovnání nepřekročila rovinu teoretického diskursu, jsou nezbytné určité „kontrolní“ mechanismy, které zabrání rozvoji sektářských tendencí v terapeutické komunitě. Tím hlavním je – zcela v souladu s bazálními terapeutickými principy komunity – udržování kultury zkoumání. Jde tedy o zachovávání otevřenosti vůči lidem i vůči kritickým názorům přicházejícím jak z vnitřního prostředí komunity, tak z okolního světa (Kennard, 1998). Zda jsou v druhém případě jejich autory zastánci ideálů společenských nebo vědeckých, je z tohoto hlediska druhotné.

2.11 Výzkum terapeutických komunit

Ačkoli od vzniku prvních terapeutických komunit uplynulo již více než půl století, výzkum spojený s tímto terapeutickým přístupem se nachází teprve ve svých začátcích²⁴. Je paradoxem, že i když jedním z ústředních pojmů komunit je kultura zkoumání, jejich vztah ke zkoumání vědeckému byl tradičně přinejmenším rezervovaný. Připomeňme kupř. tenze mezi Rapoportovým výzkumným týmem a týmem klinickým v Hendersonově nemocnici (viz str. 50). Prameny oboustranně skeptického postoje jsou zřejmé: idea terapeutických komunit vyrůstala z kritiky soudobé psychiatrické praxe a výzkum musel být zákonitě vnímán jako její spojenec. Jak už bylo zmíněno, terapeutické komunity hlavně ve svých začátcích připomínaly spíše sociální hnutí a hlavní principy (např. odmítání hierarchie, demytizace medicíny, tolerance poruchového chování) byly bráněny více z pozic přesvědčení než na základě vědeckých důkazů.

Jakkoli nezpochybnitelný se jeví požadavek na důkazech založené medicíny, že rozhodnutí o volbě terapie musí být činěna na základě relevantních výzkumných podkladů, nelze ani zapomínat na fakt, že vědecké poznatky a metody, kterými se poznatky získávají, nejsou přísně neutrální, ale jsou sociálně vytvářeny, sdíleny a mají časově omezenou životnost (Kuhn, 1997). Někteří zastánci terapeutických komunit poukazují na to, že k takovýmto aktuálně všeobecně sdíleným a uznávaným konceptům patří i znáhodněné kontrolované experimenty, které jsou v současnosti v lékařství prosazovány jako nejsilnější metoda pro usuzování na vztah mezi příčinou a jejím důsledkem, tedy i pro hledání souvislosti mezi určitou terapií a jejím výsledkem.

²⁴ Rutter a Tyrer (2003) tento stav kriticky přirovnávají k situaci, kdy by bylo po tak dlouhé období indikováno nějaké psychofarmakum, aniž by existoval jediný důkaz o jeho účinnosti.

Avšak v případě zkoumání efektu metody terapeutické komunity naráží realizace takovýchto studií na podobné obtíže jako v obecnějším případě terapie poruch osobnosti: etické otázky přidělení klienta do kontrolní skupiny (bez terapie či s tzv. „obvyklou“ terapií), úbytek účastníků výzkumu kvůli malé „adherence“, vysoká komorbidita poruch a s tím související heterogenita skupin, neexistence vhodných nástrojů operacionalizujících výsledek (viz str. 37). Některá úskalí se však ještě více zvyrazňují. Jde především o problém standardizace terapie. Svojí povahou (terapie sociálním prostředím) se jedná o snad nejkompexnější intervenci vůbec: vstup je často podmíněn souhlasem stávajících rezidentů; konkrétní průběh je dán neopakovatelným a jedinečným složením celé rezidentské skupiny a složitým propletením interakcí a vztahů, které v ní probíhají; délka terapie je nedefinovatelná (je stanovena pouze její maximální doba).

Nicméně přes uvedené problémy se od osmdesátých let minulého století zvyšuje výzkumná aktivita i na poli terapeutických komunit. K nejčinnorodějším pracovištím patří právě Hendersonova nemocnice. Např. Copas et al. (1984) se pokusil na základě sledování 245 osob a také výsledků starších studií určit, kteří jedinci mohou mít z pobytu v komunitě největší prospěch měřený počtem opakovaných psychiatrických pobytů a konfliktů se zákonem. Dospěl k závěru, že jde o klienty emočně expresivní, úzkostné, intopunitivní a hostilní, nikoli však extrémně agresivní nebo výrazně se sebepoškozující, schopné vztahu. Je možné, že už jde o delikventy, ale ne o recidivisty, pravděpodobně jsou předchozí psychiatrické hospitalizace. Důležitý je však faktor délky pobytu v komunitě: přínos má hlavně pro klienty, kteří v ní setrvávají déle než šest měsíců.

Oproti předchozímu výzkumu, kde byly sledovány behaviorální charakteristiky, se Dolan et al. (1992) zabývali vývojem neurotické symptomatologie u klientů přijatých do Hendersonovy nemocnice a zjistili její významný pokles. Tento výzkum však nedisponoval žádným typem srovnávací skupiny, což značně limituje interpretaci jeho závěrů (jmenujme alespoň očekávatelný vliv regrese k průměru u osob, které vyhledávají pomoc v období krize).

K častěji uváděným patří pozdější studie (Dolan et al., 1997), v níž byly sledovány hlavní hraniční symptomy a jako komparační skupina sloužili zájemci o službu, kteří nebyli přijati (část z nich z finančních důvodů). I když samozřejmě nejde o náhodný výběr, a tedy ani o plnohodnotnou kontrolní skupinu, jedná se o významný metodologický posun. Výsledky ukazují na signifikantně větší redukci charakteristik hraniční osobnosti ve skupině, která absolvovala pobyt v komunitě oproti skupině, která nebyla přijata, a to i s ročním odstupem. Nicméně Bateman a Tyrer (2004a), nepovažují zvolený dotazníkový nástroj (Borderline Syndrome Index) za vhodný s poukazem na jeho náchylnost ke změnám pod vlivem aktuálního psychického stavu.

Za přelomovou práci je považována první systematická přehledová studie terapeutických komunit (Lees et al., 1999), jejímž cílem bylo prověřit doklady o účinnosti terapeutických komunit. Velká pozornost přitom byla věnována i identifikaci tzv. „šedé“, nepublikované literatury. Z původního množství více než 8000 článků bylo nakonec podrobena metaanalýze 29 studií, v kterých byly jasně specifikovány nástroje měření výsledku, údaje o vstupní velikosti vzorku a které měly alespoň nějaký druh kontrolní skupiny. V rámci 95% konfidenčního intervalu byl u 19 studií shledán pozitivní efekt, zatímco u zbylých 10 efekt neutrální. Souhrnný poměr šancí (ang. odds ratio – např. Hendl, 2004) měl hodnotu 0,57.²⁵ Tento přehled je mnohými považován za velmi silný doklad toho, že terapeutické komunity nabízejí efektivní přístup k lidem s poruchami osobnosti (např. Kennard, 2003).

²⁵ Hodnota 1 by neznamenal žádný efekt.

Nicméně existují i hlasy, které studii podrobily kritické analýze (Rutter, Tyrer, 2003). Tito autoři poukazují na to, že ani jedna z osmi studií, které Lees et al. (1999) považovali za výzkumy s náhodným přiřazením mezi kontrolní a experimentální skupinu nesplňovala plně požadovaná kritéria kladená na tento typ výzkumu: přiřazení nebylo ve skutečnosti náhodné nebo intervence v experimentální a kontrolní skupině byla vykonávána stejnými osobami nebo byl výběr vzorku či nástroj k měření účinku zvolen dodatečně. Navíc těchto osm studií, které dávalo nejpozitivnější výsledky, pocházelo z komunit pro drogově závislé, a tedy pravděpodobně nešlo o demokratický typ komunit. Celkově 22 z 29 studií pocházelo z uspořádání, kde komunita fungovala v restriktivním prostředí (např. ve věznicích). Rutter a Tyrer (2003) dále kritizují nehomogenitu cílových skupin zkoumaných terapeutických komunit, zpochybňují smysluplnost sloučení velmi odlišných ukazatelů výsledku do jediné míry a příliš krátkou dobu sledování na to, aby bylo možno předpokládat trvalost změn.

S touto poslední výtkou se velice dobře vypořádala nejnovější studie pocházející z Casselské nemocnice (viz str. 49) (Chiesa et al., 2006), která sledovala udržení terapeutických změn po dobu šesti let. V této práci je srovnávána efektivita tří terapeutických modelů pro jedince s poruchami osobnosti: všeobecné psychiatrické péče, dlouhodobého (zhruba ročního) pobytu v terapeutické komunitě a krátkodobějšího (šestiměsíčního) pobytu v komunitě s následným ambulantním programem (12 – 18 měsíců skupinové terapie dvakrát týdně, 6 měsíců souběžných setkání s psychosociálním trenérem jednou týdně a pravidelná supervizní setkání). Výsledky naznačují, že kombinovaný program měl v porovnání s oběma dalšími i s šestiletým odstupem nejlepší výsledky ve většině dimenzí sociálního přizpůsobení, všeobecného hodnocení duševního zdraví, počtu sebepoškozujících aktů, sebevražedných pokusů a psychiatrických hospitalizací. Tyto nálezy podporují současný trend mnoha terapeutických komunit zřizovat také ambulantní programy, jež pro ně zajišťují nejen výběr a přípravu nových uchazečů o pobyt, ale i následnou podporu při znovuzačleňování do běžného života. Významným omezením představené studie je ovšem skutečnost, že přiřazení do skupin nebylo náhodné, ale bylo dáno geografickou dostupností služeb.

Dodejme ještě, že vedle výzkumných studií zaměřujících se na přínos pro klienta jsou publikovány také studie poukazující na ekonomickou efektivitu z hlediska společnosti. Terapie touto metodou je nákladná. Cílem bývá obhájit existenci terapeutické komunity a zajistit si příliv potřebných finančních zdrojů. Většinou jde o srovnání nákladů na služby (např. psychiatrické, forenzní), které klient využíval v určitém období před nástupem do komunity a ve stejně dlouhém období po jejím opuštění. Např. Dolan et al. (1996) odhadují, že náklady na pobyt jednoho rezidenta v komunitě Hendersonovy nemocnice se vrátí po 2 – 3 letech od jeho propuštění. Předpokladem ovšem je, že se redukce nákladů na použité služby odhadnutá na základě jednoho roku udrží po celé toto období.

Uvedený krátký přehled výzkumů terapeutických komunit dobře ilustruje skutečnost, že metodologicky kvalitní aktivity na tomto poli lze stále ještě považovat za pionýrské. Navíc naprostá většina z nich se zabývá pouze výzkumem výsledků (efektu) terapie, tedy zda, popř. pro koho je tato metoda účinná. Zkoumání toho, jak funguje, jaké jsou mechanismy zodpovědné za eventuální terapeutickou změnu, tedy výzkum procesu (např. Kratochvíl, 2002; Timulák, 2005), na své průkopníky stále čeká.

3. Studie

3.1 Kaleidoskop – první realizace konceptu terapeutické komunity pro poruchy osobnosti v ČR

Terapeutická komunita Kaleidoskop je provozována občanským sdružením stejného názvu za finanční podpory z Evropského sociálního fondu EU, státního rozpočtu ČR a z rozpočtu hl. města Prahy. Byla otevřena na podzim r. 2006 v jednom patře činžovního domu na pražském Smíchově. Současná kapacita je 14 rezidentů a samotný terapeutický provoz zajišťuje 6 socioterapeutů a 2 psychoterapeuti. Cílem komunity je nabízet v našich podmínkách novou formu dlouhodobé terapie určenou mladým dospělým lidem se závažnými poruchami osobnosti. Hlavní inspirací při realizaci tohoto záměru se stala demokratická terapeutická komunita, kterou před šedesáti lety zakládal v Hendersonově nemocnici v Londýně spoluvůdce této terapeutické metody, M. Jones (viz kap. 2.2).

Principům této terapie jsme se obšírněji věnovali v předcházející části práce. Na tomto místě si stručně představíme konkrétní příklad jednoho z možných organizačních rámců tak, jak byl prakticky realizován v Kaleidoskopu. Jeho opěrnými prvky jsou především (viz též str. 57):

- pevný program terapeutických aktivit,
- klientské funkce a vztahy mezi jednotlivými posty,
- pravidla komunity a postup jejich prosazování.

Program

Naprostá většina aktivit v Kaleidoskopu se odehrává ve skupinovém uspořádání. Individuální terapie se koná pouze jednou týdně a důležitou roli hraje zejména během první fáze pobytu v komunitě. Jejím hlavním úkolem je navázání kontaktu, budování důvěry a podpora při adaptačních potížích u nově přichozích rezidentů. Klienti jsou však intenzivně povzbuzováni k tomu, aby veškerý terapeutický materiál, který se objeví během individuálních sezení, přinášeli do skupiny.

Program v komunitě probíhá každý všední den. Jeho základní časová struktura je během pracovních dní podobná: program začíná v 8.30 hodin, mezi 12.30 a 14.00 je přestávka na oběd a v 17 nebo 18 hodin program končí. Jednotlivé terapeutické aktivity se odehrávají v blocích, které trvají 1 – 1,5 hodiny a mezi nimi je vždy třicetiminutová přestávka.

Každý den začíná společnou pohybovou aktivitou. Během dne pak probíhá přibližně pět dalších aktivit, které zahrnují:

- komunitní setkání všech přítomných klientů a pracovníků,
- skupinovou psychoterapii,
- psychoedukaci či tematickou skupinu,
- pohybovou nebo kreativní terapii,
- pracovní skupinu, během níž klienti vykonávají úkoly a činnosti nutné k zajištění chodu komunity (nakupování, vaření, úklid, údržbu apod.),
- relaxace.

Večer se setkávají rezidenti vykonávající funkci Top (viz dále) s pracovníky na schůzce sloužící k přípravě agendy na komunitní setkání příští den a k zmapování dění v komunitě. Ve 23.00 hodin v pracovní dny musejí být všichni rezidenti přítomni v komunitě.

Program je pro všechny klienty povinný, uvolnit se z něj lze pouze v závažných případech prostřednictvím tzv. „dovolenky“. O jejím udělení se hlasuje na komunitním

setkání, avšak dříve než k hlasování dojde, musí klient vysvětlit důvody, které ho k žádosti vedou a probrat případná rizika, která mohou být s pohybem mimo komunitu spojena.

Zásadní součástí systému jsou tzv. mimořádné komunity (viz dále), které může svolat kdykoli během dne i noci jakýkoli člen komunity a to ve výjimečných situacích: např. při psychické krizi, kvůli žádosti o pomoc a podporu nebo při závažném porušení pravidla.

O víkendech a svátcích mají klienti volno a tuto dobu, stejně jako ostatní čas mimo stanovený program, mohou využít podle vlastního uvážení. I tehdy však tráví mnoho času spolu a interpersonální situace, které se odehrávají mimo strukturovaný program, jsou cenným zdrojem terapeutického materiálu a tedy nedílnou součástí terapeutického konceptu komunity.

Různorodost programu i nestrukturovaného času vytváří každému klientovi příležitost pro nalezení si oblasti, v níž může vynikat (ať už dovednostmi verbálními nebo manuálními), což má příznivé důsledky pro jeho sebepojetí.

Komunitní program má striktně stanovené časové hranice, ale současně poskytuje určitý prostor pro odchylnost. Je tolerována desetiminutová absence na dané aktivitě. Případná delší neúčast se na následující komunitě stává projednávaným tématem a předmětem zkoumání důvodů, které rezidenta k nepřítomnosti na skupině vedly. Absence je také bodově ohodnocena podle závažnosti zmeškané aktivity a v případě, že během jednoho týdne součet bodů překročí určitou mez, vzniká tzv. situace „vyhodnocování“. Jde o konkrétní implementaci myšlenky, že pravidla musejí fungovat tak, aby povzbuzovala k reflexi důvodů pro jejich překročení. Důraz je tedy kladen na příčiny chování, způsoby prožívání, které jsou za ním ukryty, spíše než na jejich důsledky.

„Vyhodnocování“ vrcholí společným hlasováním všech přítomných o tom, zda může být danému klientovi na základě jeho vysvětlení a při jeho angažovanosti terapie v komunitě i nadále přínosem. Počet hlasů rezidentů přitom převyšuje hlasy pracovníků a to znamená, že klienti v tomto smyslu disponují větší rozhodovací mocí ohledně toho, kdo a kdy musí odejít. Tím je na jedné straně poskytována možnost pocítit zodpovědnost za zásadní rozhodnutí reálného života a na druhé straně je vyvíjen tlak na vlastní aktivitu každého klienta v procesu své terapie, tlak na zohledňování dopadu vlastního chování na druhé, které předpokládá „myslet dříve než konat“.

Funkce

Funkce či posty, do nichž jsou klienti voleni na období jednoho měsíce, vytvářejí v rámci skupiny určitou hierarchickou strukturu.²⁶ Výměny na jednotlivých postech znamenají, že klienti získávají zkušenosti s umístěním na obou koncích spektra odpovědnosti. Vykonávání každé funkce obnáší reálné úkoly, které musejí být splněny k zajištění chodu komunity (jako opozitum k aktivitám vymyšleným pouze za účelem zaměstnání se). Existuje dostatek pozic pro všechny rezidenty.

Důraz je přitom kladen opět více na to, jaký je klientův přístup k úkolu, než jak se mu jej podaří zakončit. Vykonávání každé funkce je plánovaně reflektováno minimálně jednou týdně ve vyhrazeném čase na komunitním setkání, ale samozřejmě většina situací, které vznikají v souvislosti s běžným provozem komunity, se dotýká něčí zodpovědnosti a je tedy příležitostí k reflexi. Samotné volby, konané každý měsíc, jsou důležitou součástí struktury terapie. Klienti se vzájemně nominují na různé posty a svoje nominace zdůvodňují. Každý klient přitom může navrhnout i sebe sama.

Do některých tzv. statusových funkcí, může být rezident volen teprve po uplynutí dvouměsíční lhůty od vstupu do komunity. Nejdůležitějším postem je funkce „Top“, kterou zastávají dva až tři klienti. „Top“ koordinují každodenní chod komunity včetně přípravy agendy na každodenní komunitní setkání, vedou tato setkání, spolu s pracovníky řeší výjimečné situace a rozhodují o tom, kdy svolat mimořádnou komunitu. Jeden z „Top“ je

²⁶ Potvrzuje se tak neadekvátnost zařitého dělení komunit na demokratické a hierarchické (viz str. 55).

zodpovědný za dokumentování schůzek, zapisuje účast na skupinách a eviduje a předává komunitě žádosti jednotlivých klientů.

Jinou významnou funkcí je delegát, který vítá a přijímá nové rezidenty, vysvětluje jim pravidla a je jim k dispozici během prvního týdne pobytu. Má také na starosti nemocné klienty, docházku klientů na vydávání léků. Ministr práce řeší veškeré problémy týkající se pořádku v prostorách komunity, vypracovává rozpisy služeb na vaření a úklid.

Do dalších funkcí může být volen kterýkoli klient. Zahrnují udržování lednice, úklid kuchyně, úklid společných prostor, hlídání a doplňování drobných zásob, třídění a vynášení odpadu, zalévání květin. Často nejde pouze o to vykonat určitou činnost. Součástí je i přebírání zodpovědnosti za stav věcí a schopnost komunikovat a kooperovat s ostatními klienty na tom, aby bylo dosaženo kýženého výsledku.

Pravidla

Pravidla komunity slouží k zajištění bezpečného prostředí jak ve smyslu terapeutickém, tak fyzickém, ke stimulaci odpovědného chování a aktivního přístupu k terapeutické změně u sebe i ostatních rezidentů. K porušování pravidel dochází téměř nevyhnutelně, pohlíží se na ně jako na symptom poruch osobnosti. Procedura, kterou se na tyto „výjimečné“ situace reaguje, je tedy sama o sobě standardní a stěžejní součástí terapeutického přístupu uplatňovaného v komunitním prostředí.

Závažné přestoupení pravidel bývá často důsledkem agování. Většinou se týká násilí k sobě, k druhému nebo vůči majetku, přechovávání či užívání nelegálních drog, alkoholu nebo léků. Důsledkem je automatické vyloučení z komunity. Klient, který takto závažným způsobem porušil nějaké pravidlo, se sám z komunity vyloučil a takto se na něj pohlíží, tj. ztrácí práva spojená s členstvím v komunitě (např. právo hlasovat). Nicméně může svolat mimořádné komunitní setkání a zde požádat o „povolení přespat“, tedy o umožnění zůstat do další řádné komunity. Hlasování o tomto povolení probíhá na základě předchozí důkladné diskuse, která se pro všechny stává situací učení naživo (viz str. 58). Zkoumány jsou motivy a prožívání jedince, což vede k uvědomování si spouštěčů daného maladaptivního chování a současně facilituje poskytnutí pochopení a podpory.

Hlasování o „povolení přespat“ by se mělo řídit především potřebou zajistit bezpečí pro daného jedince i zbytek komunity. Tedy stěžejní otázka zní: je daný člověk stále nebezpečný sobě nebo druhým? Někdy se objevuje u klientů tendence k tvrdému, neempatickému prosazování pravidel bez porozumění příčinám ohrožujícího chování a v takových případech je zodpovědností pracovníků tento efekt vyvažovat. Samotné hlasování o znovupřijetí do komunity se uskutečňuje až s týdenním odstupem poté, co klient každý den žádá na komunitním setkání o „povolení přespat“ (přitom se musí plně účastnit programu). Smyslem odkladu je vytvořit prostor pro opakovanou reflexi maladaptivního chování a současně zabránit impulzivnímu vyloučení rezidenta pod vlivem akutního pocitu ohrožení u ostatních členů komunity. Přitom celý postup je v rukou klientů, kteří tak sami prosazují pravidla a mohou za to pociťovat zodpovědnost.

Zatímco někteří klienti s poruchami osobnosti na psychickou tíseň reagují agováním, jiní se mohou spíše stahovat a pouze pasivně se přizpůsobovat programu v komunitě. I v těchto případech může být jejich tendence k „pseudospolupráci“ oslovena a pokud to opakovaně nevede ke známkám většího zapojení se do práce na svých problémech, může být nakonec vyvoláno hlasování o vyloučení klienta z komunity.

Mimořádné komunitní setkání je svoláváno v kteroukoli denní a noční dobu také v případě psychické krize některého z klientů. Výsledkem může být mobilizace nejrůznějších zdrojů v rámci klientské skupiny k podpoře daného rezidenta. Např. v noci může někdo ze spoluklientů přespat u pokoje postiženého. Pracovníci, kteří se samozřejmě účastní mimořádných setkání, nijak neparticipují na praktické realizaci pomoci, ani neposkytují

syčení v individuálním kontaktu, aby nebylo posilováno závislostní nebo manipulativní chování. Stejně tak nejsou podávány ani žádné mimořádné dávky psychofarmak.

Obvykle nebývá obtížné nalézt v komunitě dostatek emoční a praktické podpory pro ty klienty, kteří jsou druhými vnímáni jako potřební a opravdově zápasící se svými problémy – zvláště pokud i oni sami dříve takovou podporu sami poskytovali. Nicméně tolerance k opakovaně svolávaným mimořádným komunitám může narazit na své meze, což vyústí v konfrontaci, pokud role trpícího přechází do manipulace. Sami spoluklienti pak vyžadují autentickou snahu o přijatelnější vyjadřování vnitřního distresu a začnou odkazovat na řádné skupinové aktivity konané během dne. Není tedy posilováno nepřijatelné chování (na které se nahlíží jako na maladaptivní způsob vyjádření jinak nesnesitelné psychické bolesti), ale skutečná práce s obtížnými emocemi.

3.2 Příkladová kazuistika zájemce o terapeutickou komunitu

První kontakt se zájemci o terapeutický pobyt v komunitě Kaleidoskop se odehrává prostřednictvím ambulance, což je druhá služba, kterou pro klienty s poruchami osobnosti občanské sdružení provozuje. Toto samostatné pracoviště – kromě dalších aktivit – zajišťuje výběrový a přípravně motivační proces pro vstup do terapeutické komunity. Kromě toho jsme zde 1. 6. 2007 spustili výzkumnou studii, která si klade za cíl monitorovat terapeutickou efektivitu komunitního programu (viz kap. 3.3). Některé předběžné analýzy probíhající v rámci této studie jsou předmětem následujících kapitol této práce.

V této kapitole uvádíme příkladovou kazuistiku jedné z uchazeček o roční pobyt v terapeutické komunitě. Problematika, s kterou se šestadvacetiletá Jana potýkala a potýká a do které nám umožnila nahlédnout během vstupních setkání, je totiž v mnoha ohledech typická pro většinu klientů zájímajících se o terapeutický program komunity.

Jana vyrůstala na vesnici nedaleko krajského města v silně věřící rodině. I když v jejím raném psychosociálním vývoji nelze vysledovat žádné nápadnosti, sama Jana si z dětství nedokáže vzpomenout na moc hezkých vzpomínek. Zato ze školky si vybavuje pocit, že si s dětmi nebude nikdy schopná hrát, že jsou lepší než ona. O matce se jí nechce příliš ani hovořit, říká, že „by to bylo nadlouho“. Nikdy s ní prý nevycházela dobře, vnímala ji jako velmi nevyrovnanou, neschopnou ovládat emoce. Napětí bylo na denním pořádku, v afektu Janu i bila a Jana od ní slýchávala slova jako „nechci tě vidět“, „klidně si uteč“ nebo „lituju, že ses narodila“. V otci měla oproti matce určitou citovou oporu, ale manželství rodičů hodnotí jako konfliktní. Když ji matka bila a otec to slyšel, vznikaly z toho další konflikty a ona si připadala jako „pingpongový míček“. Jako dítě si přála, aby se rozvedli a mohla zůstat jen s otcem. Doma se prý nemohly říkat věci přímo, musela se přetvařovat, za projevy skutečných emocí byla trestaná. Dva sourozence (mají už vlastní rodiny a příliš se s nimi nestýká), nevlastního bratra (staršího o 9 let) a sestru (o 5) to prý tolik nepoznámalo, ale ona byla „přecitlivělá“.

Na základní škole se Jana učila výborně, ale od druhého stupně začala stát hodně stranou, mezi děti moc nezapadla. Vůči spolužákům se cítila méněcenná, což se snažila vyrovnávat výkonem. Také z matčiny strany vnímala silný tlak na to, aby se učila hodně dobře. Poté studovala střední zdravotnickou školu. Tam už se učení moc nevěnovala, během vyučování byla duchem nepřítomná, zvýraznily se její problémy. Zoufale hledala smysl života, více přilnula k náboženské víře, ale přestože v tomto období byla hodně mezi lidmi, cítila se velmi osamělá. Často chodila za školu, bez cíle bloumala po městě, seděla celý den v parku nebo jen ležela doma. Na uklidnění začala Jana pít alkohol. V sedmnácti letech se poprvé dostala do kontaktu s psychiatrií.

V létě po maturitě byla poprvé na šest týdnů psychiatricky hospitalizována pro úzkostně depresivní problematiku a od té doby je v pravidelné péči psychiatrů. Sama to shrnuje tak, že jí to nepřineslo žádný pozitivní efekt, ale spíše trauma, byla masivně medikována a získala nedůvěru k psychiatrickým zařízením. Předtím sice udělala přijímačky na specializaci, ale už nenastoupila. Dostala se také na bakalářské studium, kde byla půl roku, ale neměla sílu v něm pokračovat, měla pocit, že by jej stejně nezvládla. Objevily se první bulimické epizody.

Velmi tíživá pro Janu byla situace v rodině, nevydržela být doma s rodiči. Proto uvítala, když se přes známou dostala do Prahy k práci v církevní nemocnici. Přitom bydlela dva roky na ubytovně. Pracovala krátce, pak byla rok na neschopence a nakonec jí byl přiznán na základě diagnózy smíšené poruchy osobnosti invalidní důchod. V té době nic nezvládala, bylo jí každý den zle, neměla sílu, motivaci. Získala sice další práci ošetřovatelky na částečný úvazek v Řepích (LDN, geriatricie, klášterní komunita řeholnic), kde dostala i ubytovnu, ale po půl roce byla opět „na dně“ a asi na dva měsíce se vrátila k alkoholovým excesům. Řádové sestry se jí snažily pomoci, nechaly ji bydlet na ubytovně, kde teď aspoň uklízí.

V posledních čtyřech letech byla Jana medikována antidepresivy i antipsychotiky, ale bez výraznějšího efektu na psychické prožívání a spíše s negativním vlivem na luciditu a psychickou výkonnost. Kromě pravidelné ambulantní psychiatrické péče byla opakovaně v krátkodobějším kontaktu s Centrem krizové intervence v Bohnicích a s RIAPSem. Po tři týdny docházela do denního stacionáře v Bohnicích, což jí pomohlo překonat největší krizi, nicméně následný dvouměsíční stacionář na Horní Palatě, kam se dostala pro dlouhodobé deprese a úzkosti, neměl prý trvalejšího účinku (byla jí zde diagnostikována schizoidní porucha osobnosti). Jana se dvakrát pokusila o sebevraždu předávkováním léky. O suicidálních myšlenkách hovoří i nadále, ale daří se jí je zvládat. Naproti tomu i v současnosti produkuje sebepoškozující chování: bije hlavou o zeď, drápe se nehty nebo klíči po rukách, několikrát na sebe ve sprše pustila horkou vodu. Kaleidoskop poprvé kontaktovala během své další šestitýdenní psychiatrické hospitalizace.

Na první schůzku Jana přišla hned druhý den po propuštění z nemocnice v doprovodu řádové sestry – setkání tedy mělo spíše informační charakter. Druhé sezení již bylo více zaměřeno na Janino prožívání. Jana působí velice křehce, sedí poněkud schouleně se semknutýma rukama. I z dalšího průběhu se dá usuzovat na zvýšenou senzitivitu. Její mimika i tempo řeči působí dysforicky, ale současně zaujme nápadně dobrou schopností introspekce, citlivostí ke svým psychickým obsahům a dovedností jemně mezi nimi rozlišovat.

Zásadní je pro Janu téma vlastní nevyjasněné identity. Sama říká, že neví, co chce, kdo je. „Líp se v sobě vyznat... Je to problém chaosu. Zasahuje mi do všech oblastí života, strašně mi komplikuje úplně všechno“.

Dále hovoří o pocitech únavy, méněcennosti, neplnohodnotnosti. Bojí se chyb, že něco udělá špatně a neunese důsledek takového činu. Budí to nejistotu a úzkost. „Nechápu, co dělám špatně, co je moje vina, za co nesu, nebo nenesu odpovědnost, proč můj život při pohledu zpět jsou jen trosky... Připadám si neschopná žít *svůj* život. Neschopná obstát. Bezpečná.“

Současně je patrné prolínání se sebekritikou a s výčitkami za tuto neschopnost a za svůj stav vůbec: „skoro se to nedá vydržet – ale bojím se, že je to nelegitimní“. Sebeobviňuje se za přílišné zabývání se sebou, za dožadování se pozornosti pro své potíže, za sobeckost či bezohlednost vůči druhým, v situacích, kdy není schopna ovládat své impulzy. V souvislosti s nimi mluví o chaosu, labilitě – nechápe svoje náhlé změny nálad, výbuchy, návaly agrese, připadají jí „nelogické, bez objektivního důvodu“. Cítí se jimi zmítána: „je těžký, že jsou určující“. To pak kope do zdi, řve, párkrát kopl i člověka do nohy. Vzpomíná, jak v době, kdy ještě pracovala, vyběhla po pracovním vypětí z ubytovny na pole a tam půl hodiny sprostě křičela.

Příznačné je, že v přítomnosti druhých se to Janě stává málokdy. Je to pak paradoxně znakem důvěry. Ve většině kontaktů se však bojí dát cokoli najevo a v takových situacích se spíše „užírání“ zevnitř, obrací to v jakousi otrávenost nebo autoagresi. Otevřený konflikt je pro ni ohrožující, velmi se bojí kritiky nebo odmítnutí. Uvědomuje si, že tento strach je pro ni natolik určující, že jí to – vedle studu za vlastní nedostačivost a „divnost“ – brání v navazování kontaktů s lidmi.

Jana vnímá svoji uzavřenost, to, že nemá žádné přátele, izolovanost od okolního světa, nejistotu, nedůvěru až podezíravost vůči němu. Touží po vztazích s druhými, po porozumění a přijetí „taková, jaká je“, aby se nemusela přetvařovat a „mohla být pravdivá“. Ale současně jsou pro ni druzí natolik ohrožující, že nezbyvá než „platit vysokou daň“ a zůstat sama, „i když to k ničemu nevede“, je to však bezpečnější.

Vztahy k druhým navíc vždy hrozí oněmi nevyzpytatelnými překmity: „vidím je skvělý, ale pak dojde ke změně – i když vím, že se nic objektivního nestalo“. A také jakousi paradoxní kauzalitou: „jsem na ně hnusná a zlá, protože se bojím, že je ztratím!“²⁷

3.3 Vytyčení předmětu a cílů studie

Jak již bylo uvedeno, terapeutické komunity nesou určité znaky sociálního hnutí, které vznikalo v opozici k společensko-medicínské praxi padesátých let dvacátého století a určitý étos výlučnosti či nezávislosti – se všemi pozitivy a negativy, které z toho plynou – si uchovávají dodnes. V předcházející části jsme však také chtěli poukázat na to, že i když je třeba se vůči vědecké kritice a společenským snahám o kontrolu vymezovat, nelze je odmítat. Taková tendence by terapeutické komunity svojí povahou přibližovala k sektám. Konstruktivní odpovědí na kritiku vycházející z vědeckých kruhů je realizace metodologicky kvalitních studií s cílem objektivně zhodnotit účinnost a efektivitu terapeutického přístupu uplatňovaného v těchto komunitách.

Předmětem našeho úsilí bylo přispět k těmto cílům. Šlo o to navrhnout a zahájit studii, která by zhodnotila vliv pobytu v demokratické terapeutické komunitě Kaleidoskop na patologické charakteristiky vyskytující se u lidí s poruchami osobnosti. Uskutečnění takového výzkumu není jednoduchou záležitostí, naráží na všechny problémy diskutované v předchozích dvou částech této práce (viz kap. 1.8.2 a 2.11). Bylo zde kupř. zmiňováno, že za nejsilnější metodu, která prokazuje kauzální vztah mezi terapií a jejími efekty je v současnosti považován experiment s náhodným přiřazením probandů do experimentální a kontrolní skupiny a vyjmenovali jsme okolnosti, které provedení takového experimentu činí velmi obtížně proveditelným. Je však zřejmé, že má-li studie pomoci zodpovědět uvedené otázky, nemůže se vzdát určitých základních znaků. Jmenujme alespoň ty nejdůležitější:

- musí mít prospektivní charakter, aby mohla být pečlivě předem naplánována a aby mohly být zjišťovány veškeré potřebné proměnné;
- musí zahrnovat kontrolní skupinu, aby byl odlišen vliv dalších mimoterapeutických faktorů (např. spontánní remise ad.);
- musí mít longitudinální charakter, aby mohly být zachyceny změny v osobnostních proměnných a aby mohla být posouzena trvalost eventuálních terapeutických změn;

²⁷ Janě byla v průběhu posledních čtyř let diagnostikována postupně porucha osobnosti smíšená, dále schizoidní a potom hraniční s narcistickými rysy. Sami bychom na základě strukturovaného rozhovoru IPDE a podle zde představeného popisu usuzovali na kombinaci hraniční a anxiózní poruchy osobnosti. I takováto situace vyplývající z malé diskriminační validity jednotlivých specifických poruch osobnosti je bohužel poměrně charakteristická při klasifikaci diagnostickou kategorií F60.

- musí probíhat v přirozených podmínkách, aby zachytila komplexní povahu terapeutického prostředí komunity, a přitom nesmí narušovat terapeutický proces;
- musí používat více nástrojů hodnotících různé oblasti (sebepojetí, sociální fungování, maladaptivní chování, kvalitu života ad.), abychom se od sledování pouhých změn v přidružené symptomatice přiblížili k poznávání skutečných posunů v jádrové patologii u poruch osobnosti.

Inspirovat se přitom lze kvalitními výzkumnými projekty, které již proběhly nebo právě probíhají v zahraničí (např. Dolan et al., 1997; Fiander, Langham, 2004; Chiesa et al., 2006).²⁸ To je vhodné i z hlediska zajištění kompatibility použité metodologie a následné možnosti porovnání získaných výsledků.

Konkrétně to v prvním kroku znamenalo navrhnout sadu metod pro získávání potřebných údajů, která bude s určitou periodicitou a po dostatečně dlouhé období používána k shromažďování informací o osobnostním statusu probandů. Procedura sběru informací musí vyhovovat uvedeným požadavkům a současně omezením daných praxí, jako jsou ekonomické možnosti organizace, časová náročnost, únosná zátěž pro probandy, etická hlediska výzkumu.

Jako bod první administrace byl zvolen výběrový a přípravný proces pro přijetí do terapeutické komunity, další šetření probíhají vždy s tříměsíční periodicitou, což je doba zvolená na základě zkušeností z výše uvedených studií. Počet opakování takovýchto šetření u klienta není z hlediska výzkumného přínosu omezen, v praxi je však dán obdobím, po jakém je možné s klientem udržet kontakt, resp. z hlediska celé studie dobou, po kterou je ještě přijatelný poměr počtu účastníků studie při dané readministraci k počtu účastníků při administraci první. Vzhledem k délce terapeutického programu (až jeden rok) a charakteru ovlivňované patologie se jako minimální požadavek jeví dolní hranice dvou let od prvního kontaktu.

Citlivá otázka přiměřené kontrolní skupiny bývá ve většině studií velkým kompromisem mezi metodologickými požadavky a možnostmi jejich realizace v praxi. V navrhované studii jsou do této skupiny zařazováni klienti, kteří kontaktovali ambulantní pracoviště komunity, avšak do jejího programu nenastoupili nebo pro něj nebyli vybráni. Je zřejmé, že důvod, proč se tak nestalo, může úzce souviset s charakterem jejich poruchy osobnosti a hrozí se tak stát nežádoucím faktorem, kterým bude kontrolní skupina odlišná od skupiny absolvující pobytový program. Tato proměnná proto musí být pečlivě sledována. U kontrolní skupiny „bez terapie“ je na navíc ještě obtížnější dosáhnout setrvání ve studii po dostatečně dlouhou dobu. Částečně tomu může napomoci nabídka alternativní podpůrné péče, např. ambulantní formou.

Vedle zjištění účinnosti terapeutického přístupu uplatňovaného v komunitě Kaleidoskop poslouží analýza dlouhodobějších výsledků zpětně i k zefektivnění přijímacího procesu: v nástrojích pro sběr dat budou moci být identifikovány ty znaky, které nejlépe predikují míru přínosu následného terapeutického pobytu, a bude pak možné je zahrnout mezi výběrová kritéria.

Výzkumný projekt, který zde byl v hrubých rysech představen, jsme spustili 1. 6. 2007. Je zřejmé, že vzhledem k rozsahu studie, časové náročnosti na délku sledování každého klienta, malé kapacitě terapeutické komunity Kaleidoskop i zatím poměrně pomalému přílivu zájemců o tuto u nás novou službu, není možné v této práci představit byt' jen předběžná data týkající se účinnosti jejího terapeutického pobytu nebo vyhledání charakteristik predikujících výsledek terapie již během vstupního procesu. Tyto výsledky se stanou předmětem navazujících prací.

²⁸ Shodou okolností byl v ČR v r. 2007 zahájen projekt hodnocení efektivity několika hierarchických terapeutických komunit pro drogově závislé sdružených v sekci Asociace neziskových organizací.

Nicméně pokud si budeme vědomi omezení, která vyplývají z malé velikosti doposud shromážděného vzorku, lze už v tomto stadiu rozpracovanosti provést některá užitečná zkoumání:

- 1) Terapeutický přístup komunity Kaleidoskop vychází z praxe, která je již po více než půlstoletí zdárně rozvíjena a uplatňována v Hendersonově nemocnici na předměstí Londýna. Jestliže se pokoušíme tento úspěšný model přenést do našich podmínek, neměli bychom dbát jen na replikaci a přiměřenou adaptaci jeho systému. Důležité je také sledovat, zda je tato u nás nová metoda využívána klienty, kteří se v základních charakteristikách podobají těm, u nichž se v zahraničí daný model jako efektivní již ukázal.
- 2) Terapeutická komunita Kaleidoskop byla zakládána s cílem zaplnit jistou mezeru, která u nás existovala v nabídce psychoterapeutických služeb pro určitou skupinu lidí s vážnými poruchami osobnosti. Jejím posláním není tedy nahrazovat nebo konkurovat stávajícím terapeutickým zařízením, ale spíše existující možnosti doplnit a rozšířit. Proto také klienti, kteří novou službu využívají, by se měli svojí problematikou lišit od klientů jiných stávajících forem terapie poruch osobnosti a tím spíše od klientů dalších, z hlediska cílové skupiny méně specifických terapeutických programů.
- 3) Některá nápadná a snadno zjiřitelná fakta o sociálním fungování, behaviorální projevy jedince, popř. výsledky krátkých dotazníkových metod by mohly napovídat mnohé o závažnosti poruchy osobnosti, která je jinak zjišťována komplexnějšími, klienta zatěžujícími a časově náročnými metodami. Naopak jiné znaky mohou mít charakter pouhého „haló-efektu“ a může se ukázat, že s poruchami osobnosti souvisejí jen málo.
- 4) Mnozí autoři (např. Loranger et al., 1994) upozorňují na to, že stávající nástroje pro diagnostiku poruch osobnosti jsou náchylné na vliv emočních poruch či aktuálních duševních onemocnění osy I (podle terminologie DSM), někteří takové prolínání dokonce považují za nedokonalost samotných klasifikačních systémů MKN-10 nebo DSM-IV (viz kap. 1.6). Protože mnozí lidé s poruchami osobnosti vyhledávají pomoc právě ve chvílích psychických krizí, kdy jsou zvýrazněny jejich akutní symptomy, jež je k terapii motivují, je třeba mít tuto komorbiditu na zřeteli a znát roli, jakou může hrát během procesu výběru do terapeutické komunity.

První dva problémové okruhy souvisejí s vymezením místa terapeutické komunity Kaleidoskop v širším kontextu terapeutických služeb pro jedince s poruchami osobnosti, další dva pak přináší současná praxe výběru, přijímání a přípravy na pobyt v komunitě. Vzhledem k velikosti a způsobu přiřazení do výzkumného vzorku je třeba zachovávat opatrnost při snahách o zobecnění získaných poznatků na budoucí zájemce o službu a tím spíše na zájemce o tento druh dlouhodobé terapeutické intervence vůbec. Nicméně i tak poskytnou cennou zpětnou vazbu o dosavadní profilaci této terapeutické komunity jako celku a nabídnou užitečné podklady pro zlepšení práce s potenciálními rezidenty během výběrové fáze v rámci ambulantního pracoviště.

3.4 Formulace hypotéz

Na základě čtyř právě vytyčených oblastí výzkumného zájmu můžeme formulovat následující hypotézy, kterými je předmětná problematika zkonkrétněna a převedena do testovatelné podoby.²⁹

- H1:** Soubor zájemců o terapeutický pobyt v komunitě Kaleidoskop se v základních charakteristikách neliší od souboru uchazečů o terapii v Hendersonově nemocnici, podle které byl český model realizován.
- H2:** Soubor zájemců o terapeutický pobyt v komunitě Kaleidoskop se v základních charakteristikách, které se týkají osobnostní patologie, odlišuje od klientů jiného pobytového terapeutického programu – otevřeného klinického oddělení Psychiatrického centra Praha pro jedince s afektivními a neurotickými poruchami – který není primárně zacílen na jedince s poruchami osobnosti.
- H3:** Vybrané demografické údaje (pohlaví, pracovní status, počet hospitalizací) a patologické behaviorální projevy (sebepoškozování, suicidalita) diskriminují intenzitu a typ poruch osobnosti a mohou sloužit k rychlému odhadu jejich výskytu u zájemců o pobyt v komunitě Kaleidoskop.
- H4:** Patologické příznaky poruch „neobnostního“ charakteru, tj. podle osy I klasifikace DMS (depresivita a neurotické symptomy), a nízká míra sebeúcty jsou ve významném vztahu s poruchami osobnosti.

Výsledky statistického testování těchto hypotéz nám poslouží jako podklad pro vyvození kvalifikovaných závěrů o problémových okruzích vymezených v předchozí kapitole.

3.5 Metoda

3.5.1 Výzkumný soubor

Výzkumný vzorek byl vytvořen na základě skupiny klientů, kteří mezi 1. 6. 2007 a 1. 12. 2007 kontaktovali ambulantní pracoviště terapeutické komunity Kaleidoskop. Nejčastěji se tak dělo na základě informací dostupných v síti Internet nebo na doporučení ambulantního psychiatra nebo psychiatra či psychologa v léčebně, kde byl klient t. č. hospitalizován (mnohdy po prohloubení aktuální psychické krize, nejednou vyjádřené sebepoškozujícími akty nebo pokusy o sebevraždu). Kritéria pro zařazení do studie byla stanovena takto:

1. uchazeč má zájem o využití rezidenčních nebo ambulantních terapeutických služeb nabízených o. s. Kaleidoskop,
2. uchazeč splňuje podmínky zařazení do cílové skupiny jedinců s poruchami osobnosti,
3. služby o. s. Kaleidoskop jsou v jeho případě posouzeny jako indikované,
4. uchazeč souhlasí s podmínkami výzkumu, zejména je srozuměn s tím, že spolupráci může kdykoli přerušit a že zařazení do studie nemá vliv na kvalitu poskytovaných služeb, ani na proces přijetí do terapeutické komunity; tento svůj souhlas vyjádří podpisem „Informovaného souhlasu pro účastníky výzkumu“.

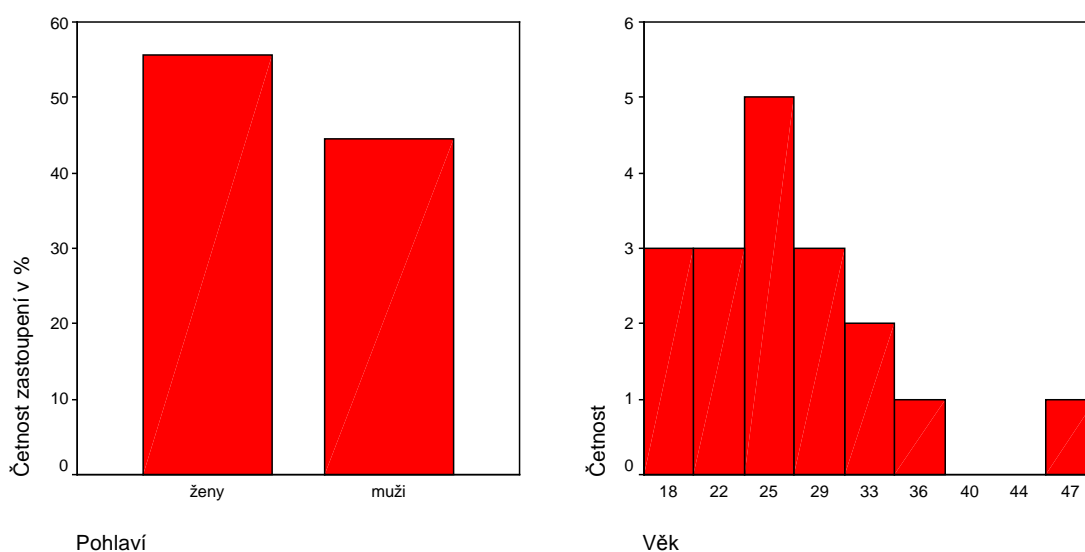
Všechny tyto podmínky splnilo ve sledovaném, prozatím šestiměsíčním, období 18 osob. Toto nízké číslo vyplývá jednak z pomalejšího přílivu zájemců o novou

²⁹ Některé hypotézy jsou zde formulovány jako alternativní, tj. předpokládající existenci rozdílu, popř. statistického vlivu. Statistickými metodami jsou však i v takových případech samozřejmě testovány jejich negace – hypotézy nulové.

terapeutickou službu (kritérium 1.), než jaký byl při návrhu studie očekáván, a jednak s tím, že velká část uchazečů nesplňovala kritérium 3. a nebylo tedy etické jim účast ve výzkumu nabízet, byť by z nich mohla být konstituována z hlediska výzkumu účinnosti velmi hodnotná srovnávací skupina. Pouze jedna osoba, které byla účast ve studii nabídnuta, ji odmítla, tzn. nenaplnila poslední kritérium, a jeden klient, který byl do studie původně zahrnut, přestal do ambulance docházet hned po vyplnění první dotazníkové metody.

Z uvedeného počtu bylo 8 mužů (44 %) a 10 žen (56 %). Věkové rozpětí všech probandů se pohybovalo mezi 18 a 47 roky s průměrem 26,8 let a směrodatnou odchylkou 7,1 let (viz Obr. 7). 13 osob (72 %) mělo dokončené vyšší než základní vzdělání a 10 probandů (56 %) v době kontaktu nepracovalo ani na částečný úvazek, ani řádně nestudovalo.

Obr. 7 Některé deskriptivní charakteristiky zkoumaného souboru



3.5.2 Postup získávání dat

Klienti většinou kontaktují ambulantní pracoviště terapeutické komunity Kaleidoskop telefonicky nebo prostřednictvím elektronické pošty. Touto formou je také nejčastěji sjednáváno první osobní setkání s psychologem ambulance. První schůzka má převážně informační charakter, jsou na ní zjišťována klientova očekávání a je upřesňována jeho představa o tom, co mu může Kaleidoskop nabídnout.

V této fázi tedy současně dochází k rozhodnutí, zda klient splňuje první dvě kritéria pro zařazení do výzkumné studie. Pokud ano, je o možnosti účastnit se studie informován a jsou mu o ní podány základní informace. Je přitom zdůrazněn potenciální přínos, jaký může mít studie nejen pro chod terapeutické komunity (monitorování a zlepšování kvality poskytovaných služeb), ale i pro samotného klienta: tím je míněno poskytnutí klientovi po skončení jeho pobytu dalších, na zpětné vazbě od terapeutů a spoluklientů nezávislých, informací o déledobém vývoji jeho psychického stavu. Na zvážení účasti ve studii je klientovi ponechán čas do dalšího setkání.

Nezávisle na svém rozhodnutí však klient v závěru první schůzky obdrží „Vstupní informační dotazník“ a je požádán, aby jej doma vyplnil. Tento dotazník nebyl primárně vytvořen pro potřeby výzkumu, informace v něm obsažené se především stávají podkladem pro další práci s klientem a pro monitorovací zprávy organizace, nicméně část z nich je v případě souhlasu použita také v analýzách v rámci studie.

Pokud na druhém setkání klient souhlasí se svojí účastí ve výzkumu a podepíše příslušný dokument, jsou následně administrovány první dva dotazníky (MCMI-III a TCI – viz dále). Jejich zadávání, vyplňování a vyhodnocování probíhá prostřednictvím osobního počítače, což značně redukuje časové náklady s tím spojené. Nicméně v době jejich administrace je ve stejné místnosti přítomen i výzkumník, který je klientovi v případě potřeby k dispozici. Na konec tohoto setkání klient obdrží sadu tří krátkých dotazníků (RSES, SDS a SCL-90 – viz dále) s žádostí o jejich vyplnění do příští schůzky. Je přítom instruuován, aby si na ně našel klidnou chvíli a aby přinejmenším každý ze tří dotazníků vyplnil najednou.

Na třetím sezení se po konzultační části a krátké přestávce odehrává pro probanda i výzkumníka nejnáročnější složka shromažďování vstupních informací: strukturovaný rozhovor IPDE (viz dále). Tím je úvodní fáze sběru dat ukončena.³⁰

Vyhodnocování jednodušších metod (RSES a SDS) probíhá „ručně“, odpovědi složitěji skórovaných nástrojů (SCL-90, IPDE) jsou přepisovány do počítače a vyhodnocovány elektronicky, výstupy z metod administrovaných na PC (TCI a MCMI-III) jsou z těchto programů pouze kopírovány. Spolu s vybranými informacemi ze „Vstupního informačního dotazníku“ jsou získané údaje v jednotném formátu zaneseny do tabulkového procesoru Excel, kde je část z nich vyhodnocována a část formátována pro statistické zpracování v programu SPSS.

3.5.3 Nástroje

Výběr, popř. vytvoření vhodných nástrojů pro sběr dat je jednou z klíčových součástí každého výzkumu, který si klade za cíl zkoumat efekt jakékoli psychoterapie.³¹ V případě terapie, která se snaží ovlivnit poruchy osobnosti, to platí dvojnásob. Girolamo a Reich (2003) uvádějí hned několik kritických poznámek k existujícím nástrojům pro hodnocení poruch osobnosti. Jmenujme alespoň ty nejdůležitější:

- panuje poměrně malá shoda mezi výsledky sebesposuzovacích nástrojů a strukturovaných rozhovorů,
- výsledky jednotlivých metod spolu často nesouhlasí, pokud jde o specifické diagnózy poruch osobnosti,
- tyto metody většinou indikují více specifických poruch osobnosti, což může souviset s malou diskriminační validitou samotných klasifikačních systémů MKN-10 a DSM-IV,
- metody pro poruchy osobnosti jsou ovlivňovány aktuálními emočními stavy a duševními poruchami (na ose I podle systému DSM),
- někteří autoři předpokládají, že sebesposuzovací nástroje jsou méně validní než strukturované rozhovory, jiní zase upozorňují, že strukturované rozhovory mají malou test-retestovou reliabilitu,
- standardizované testování osobnosti a klinický dojem dávají většinou rozdílné výsledky.

Praško et al. (2003) k tomu uvádějí, že sebesposuzovací metody diagnostikují poruchy osobnosti častěji než strukturované rozhovory (a i ty více než klinický úsudek). Girolamo a Reich (2003) dále podávají přehled hlavních, v zahraničí používaných metod pro hodnocení více specifických poruch osobnosti najednou (viz Tab. 7). Je třeba dodat, že žádná z nich

³⁰ K jejímu opakování (v poněkud modifikované formě) dochází vždy po třech měsících. Data shromážděná v těchto fázích však budou analyzována v rámci dlouhodobějšího výzkumného projektu vyhodnocování účinnosti terapeutického programu komunity (viz kap. 3.3) a nejsou předmětem zde prezentované studie.

³¹ Připomeňme, že tato studie je součástí dlouhodobějšího výzkumného projektu zkoumajícího účinnost terapeutického pobytu v komunitě Kaleidoskop, a proto použité psychodiagnostické nástroje byly voleny v první řadě s ohledem na tento účel.

nebyla v České republice standardizována a že většina jich je u nás nedostupná. Kromě toho existují samozřejmě další diagnostické nástroje pro jednotlivé specifické poruchy osobnosti.

Tab. 7 V současnosti dostupné psychodiagnostické metody postihující všechny specifické poruchy osobnosti (upraveno podle Girolamo, Reich, 2003)

originální Název metody	zkratka	způsob administrace	časová náročnost (MIN)
Diagnostic Interview for Personality Disorders	DIPD	Semistrukturovaný rozhovor	60 – 120
International Personality Disorder Examination	IPDE	Semistrukturovaný rozhovor	150
Millon Clinical Multiaxial Inventory	MCMI	Sebeposuzovací inventář	20 – 30
Personality Assessment Schedule	PAS	Semistrukturovaný rozhovor	60
Personality Diagnostic Questionnaire	PDQ	Sebeposuzovací dotazník	30
Personality Interview Questions	PIQ	Semistrukturovaný rozhovor	60 – 120
Schedule for Normal and Abnormal Personality	SNAP	Sebeposuzovací inventář	10
Standardized Assessment Personality	SAP	Semistrukturovaný rozhovor	10 – 15
Structured Clinical Interview for DSM Personality Disorders	SCID	Semistrukturovaný rozhovor	60 – 90
Structured Interview for DSM Personality Disorders	SIPD	Semistrukturovaný rozhovor	90
Temperament and Character Inventory	TCI	Sebeposuzovací inventář	30 – 40
Wisconsin Personality Inventory	WISPI	Sebeposuzovací inventář	20

Kupř. v Hendersonově nemocnici byl po dlouhá léta (např. Dolan et al., 1997; Fiander, Langham, 2004) používán dotazník BSI (Borderline Syndrome Index). Tento 52-položkový dotazník byl vyvinut k identifikaci tzv. hraničních pacientů a je považován za dobrý nástroj k měření změny (Fiander, Langham, 2004). Naproti tomu Bateman a Tyrer (2004a) pokládají použití této metody jako hlavního nástroje k měření účinku terapie za neadekvátní, protože podléhá fluktuacím aktuálního stavu a nemá dostatečnou validitu (Marlowe et al., 1996, podle Bateman, Tyrer, 2004a). Navíc, i když je problematika spadající pod hraniční poruchu osobnosti dominantní i v terapeutické komunitě Kaleidoskop, nejeví se nám jako oprávněné zaměřovat se výhradně na ni. Kromě toho s tímto dotazníkem zatím u nás nejsou žádné zkušenosti.

Při hledání vyhovujících nástrojů pro celou výzkumnou studii bylo tedy třeba najít kompromis pro splnění často protichůdných požadavků:

- vzhledem k „pervazivním“ následkům poruch osobnosti musejí zvolené metody pokrývat co nejvíce z psychosociální reality jedince od afektivních symptomů, přes sociální fungování, behaviorální charakteristiky až po kvalitu života, ale nesmějí být příliš zatěžující a neúnosně časově náročné,
- musejí být dostatečně citlivé k osobnostním změnám, ale nesmějí příliš podléhat aktuálním krátkodobým výkyvům psychického stavu,

- vzhledem k rozsáhlým psychiatrickým „kariérám“ klientů z naší cílové skupiny by mělo jít o metody u nás relativně málo používané, ale spolehlivé a validní,
- musejí zahrnovat sebesouzení vlastní situace probandem a také hodnocení vnějším posuzovatelem,
- musejí být použity stejné metody jako u obdobných studií v zahraničí, aby bylo možné výsledky porovnat, avšak tyto metody u nás musejí být také k dispozici.

Výsledkem tohoto úsilí se stala následující sada nástrojů pro sběr dat³²:

Vstupní informační dotazník

Jak již bylo uvedeno, tento dotazník byl primárně vytvářen za jiným účelem, nicméně část v něm poskytnutých informací se stala součástí prováděných analýz. Jde o následující údaje:

- pohlaví,
- věk,
- dosažené vzdělání,
- pracovní status,
- způsob bydlení,
- ne/přítomnost sebepoškozování,
- počet sebevražedných pokusů.

Původně jsme také předpokládali, že do analýz bude zahrnuta proměnná „souhrnná délka dosavadních psychiatrických hospitalizací“. Nicméně tento údaj se ukázal jako velmi nereliabilní, kupř. mnohdy byl v rozporu s informacemi obsaženými v lékařských zprávách. Příčinou je zejména dlouhá a tedy obtížně zapamatovatelná historie opakovaných hospitalizací u typického zájemce o terapeutickou komunitu Kaleidoskop. Proto by bylo do budoucna vhodné tuto položku dotazníku přeformulovat tak, aby z ní mohla být určena např. „délka psychiatrických hospitalizací v průběhu posledního roku“.

Sebeposuzovací inventář neurotických symptomů (SCL-90)

SCL-90 (Derogatis et al., 1976, podle Filip et al., 1997) je určen ke sledování psychopatologické symptomatiky. Devadesát položek je skórováno hodnotami 0 až 4 na pětistupňové likertovské škále podle toho, jak silně uvedené symptomy klienta v posledním týdnu obtěžovaly. Doba administrace je asi 10 minut.

Výsledný skór GSI (general severity index) je vypočítán jako průměrný skór položky. Vedle toho nástroj obsahuje také devět symptomatických subškál: somatizace, obsese-kompulze, interpersonální senzitivita, deprese, úzkost, vztek-hostilita, fobie, paranoidita, psychoticismus.

Tato metoda bývá používána jako screeningový nástroj i jako míra účinku v rozličných studiích zabývajících se psychoterapií (např. Dolan et al., 1992).

Zungova sebesuzovací stupnice deprese (SDS)

SDS (Zung, 1965, podle Filip et al., 1997) je škálou k odhadu míry deprese. Sestává z dvaceti charakteristik deprese, jež klient hodnotí výběrem ze čtyř možností podle frekvence výskytu (nikdy nebo zřídka – někdy – dosti často – velmi často nebo stále). Vyplnění dotazníku trvá asi 5 – 10 minut.

Na rozdíl od více u nás používané Beckovy sebesuzovací stupnice deprese, která je určena pro těžce depresivní pacienty, předpokládá SDS spíše lehčí a střední intenzity deprese.

³² Součástí výzkumného projektu účinnosti terapie v komunitě Kaleidoskop je navíc i Škála klíčových stížností a Dotazník kvality života WHOQOL. Data získaná pomocí těchto metod však nejsou zahrnuta do zde prezentované studie.

Pro naše použití se tedy jeví jako vhodnější. Afektivní poruchy se objevují u některých poruch osobnosti jako přidružený symptom.

Rosenbergova škála sebeúcty (RSES)

RSES (Rosenberg, 1965, podle Schmitt, Allik, 2005) byla v rámci citované interkulturní studie přeložena do 28 jazyků včetně češtiny. Jedná se o krátký dotazník (administrace trvá méně než 5 minut), jehož deset položek se zaměřuje na celkové hodnocení sebe sama jako lidské bytosti včetně pocitů vlastní kompetentnosti a sebedřívětí. Odpovědi jsou kódovány na čtyřbodové stupnici od „naprosto souhlasím“ přes „souhlasím“ a „nesouhlasím“ až po „naprosto nesouhlasím“. V České republice byl tento nástroj ověřován na souboru 234 osob.

Pocit vlastní sebehodnoty je důležitým indikátorem postupu každé psychoterapie a nízké skóry v této dimenzi jsou častým projevem mnoha poruch osobnosti, s kterými je možné se v terapeutické komunitě setkat. Proto byla tato škála zařazena do prezentované studie.

Millonův klinický víceosý inventář (MCMI-III)

MCMI-III (Millon, 1997, podle Preiss, 2003) je operacionalizací Millonovy teorie psychopatologie osobnosti (viz kap. 1.3.7) při současném ukotvení v klasifikačním systému DSM-IV. Skládá se z 24 klinických škál: 14 škál popisuje specifické poruchy osobnosti (tři z nich autor považuje za těžké osobnostní patologie) a 10 jich hodnotí hlavní klinické syndromy (včetně tří závažných). Kromě toho obsahuje i 3 validizační škály. Vzhledem ke své komplexnosti se MCMI-III vyznačuje relativní krátkostí: má 175 položek, na které proband reaguje souhlasně či nesouhlasně, a obvyklá doba administrace je 20 – 30 minut.

Originálním příspěvkem je vážený skór, tzv. base rate, který je odvozen spíše na základě porovnání různých klinických skupin než z dimenze norma vs. patologie, jak je tomu v případě popisu pomocí statistických odchylek od průměru.

Tato metoda je určena pro klinickou populaci. I když u nás zatím nebyla standardizována (což není na překážku, protože nejde o srovnání s jinými populacemi), existují s ní už určité zkušenosti (Preiss, 2003). Zásadním přínosem MCMI-III je však snaha odlišit stupnice, které sledují déle trvající charakteristiky osobnosti (osa II) od stupnic pro akutní klinické poruchy (osa I). Profily založené na všech 24 klinických škálách mohou tedy pomoci osvětlit vzájemné působení mezi dlouhodobými charakterologickými vzorci a zřetelnými klinickými symptomy, které se právě projevují. Zejména pro tyto vlastnosti a pro větší zacílenost na poruchy osobnosti, relativní časovou nenáročnost a soulad s oficiálním klasifikačním systémem jí byla dána přednost před jinými vícerozměrnými dotazníky typu MMPI.

Cloningerův inventář temperamentu a charakteru (TCI)

TCI (Cloninger, 1994, podle Preiss, Klose, 2001) přímo vychází z Cloningerova psychobiologického přístupu k osobnosti, který jsme představili v kapitole 1.3.6. Dotazník má 240 položek, které přispívají ke čtyřem temperamentovým dimenzím (vyhledávání nového, vyhýbání se poškození, závislost na odměně a vytrvalost) a ke třem charakterovým dimenzím (sebesměřování, kooperativnost a sebedřívětí) a jsou navíc doplněny o jednoduchou validizační škálu. Proband se ke každé položce vyjadřuje výběrem jedné z pěti možností (od „ano, platí na mě“ až po „ne, neplatí na mě“). Vyplňování dotazníku proto trvá o něco déle (obvykle 30 – 45 minut).

Dotazník TCI tedy neidentifikuje přímo jednotlivé specifické poruchy osobnosti, ale konfigurace extrémních hodnot v jednotlivých dimenzích je příznačná pro určité vyhraněné osobnostní typy, které mohou mít patologický charakter. Pro všechny specifické poruchy osobnosti jsou typické nízké skóry v dimenzích kooperativnosti a zejména sebesměřování. Pokud proband skóruje na škále sebesměřování v rozpětí 0 – 16,7 percentilu, je u něj pravděpodobnost přítomnosti poruchy osobnosti 0,9 (Preiss, Klose, 2001).

Tato metoda byla do studie začleněna nejen proto, že u nás byly již vypracovány předběžné normy, ale především kvůli menší průhlednosti pro probandy a primárně nepatologickému zaměření, avšak s možností vytvoření klinického závěru.

Mezinárodní strukturovaný rozhovor pro poruchy osobnosti (IPDE)

IPDE (Loranger et al., 1994) se jednak způsobem administrace, jednak i konstrukcí svých položek zásadně liší od ostatních metod. Jde totiž o strukturovaný rozhovor, jehož otázky byly přímo odvozeny od jednotlivých kritérií pro specifické poruchy osobnosti, jak jsou uvedeny v oficiálních klasifikačních systémech (v našem případě MKN-10; existuje však i verze pro DSM-IV). Hodnocení určitého prožívání nebo chování tedy v tomto případě provádí na základě odpovědí probanda přímo administrátor a to stupni 0 (nevyskytuje se, normální forma), 1 (zvýrazněná, akcentovaná forma) nebo 2 (naplnění kritéria, patologická forma). Přitom se vyžaduje podpoření odpovědí příklady z probandova života, popř. výskyt daného chování přímo během rozhovoru.

Výsledkem metody je vedle stanovení diagnózy konkrétních specifických poruch osobnosti také počet naplněných kritérií a dimenzionální skóry pro jednotlivé poruchy. Je tak možné posoudit intenzitu určitých patologických tendencí i v případě, že nedošlo k překročení prahové úrovně pro stanovení diagnózy.

IPDE byl do sady používaných nástrojů vybrán kvůli svému odlišnému způsobu administrace a hodnocení. Připomeňme, že strukturované rozhovory bývají u poruch osobnosti někdy považovány za validnější ve srovnání se sebesposuzovacími dotazníky – viz výše. Předpokládá se také, že oproti dotazníkům jsou významně méně závislé na aktuálním psychickém stavu. V každém případě však umožňují detailnější vhled do probandovy situace, i když za cenu velké náročnosti na čas (u IPDE 120 – 150 minut) a na zkušenosti administrátora.

3.5.4 Analýza dat

Druh použitých statistických metod vyplynul jednak z cílů, ke kterým měly sloužit, a jednak z vlastností analyzovaných dat a rozsahů výběru. Výpočty byly realizovány v programech Excel a SPSS.

Při porovnávání dvou různých souborů, tj. souboru klientů terapeutické komunity Kaleidoskop se souborem Hendersonovy nemocnice nebo se souborem pacientů Psychiatrického centra Praha, byla často sledována shoda, popř. rozdíl v počtu výskytů určité kategorie dichotomické nominální proměnné (např. přítomnosti sebepoškozujícího chování, diagnózy poruchy osobnosti apod.). Jedná se tedy o testování homogenity kategoriální proměnné v různých populacích, k čemuž byl, kde to bylo možné, použit χ^2 -test nezávislosti. Pokud nebyly splněny podmínky pro jeho aplikaci (všechny očekávané četnosti blízkí se minimálně 5) byl používán Fisherův přesný test.

V situacích, kdy nám šlo o porovnání dvou souborů v charakteristikách daných kvantitativní proměnnou (např. věkového rozložení, skóru na škálách psychodiagnostických metod), byly testovány rozdíly jejich průměrů za pomoci t-statistiky. Přitom nebyla předpokládána rovnost rozptylů obou souborů, a proto byly upravovány stupně volnosti t-statistiky metodou, kterou uvádí Hendl (2004) na str. 211. Jsme si vědomi toho, že vzhledem k malé velikosti našeho vzorku je oprávněnost použití t-testu diskutabilní. Nicméně protože u souborů, s nimiž jsme srovnávali náš vzorek, nebyla k dispozici původní datová matice ale pouze průměry a směrodatné odchylky, bylo to jediné možné východisko. Při ne-normalitě rozložení dat a pro velikost výběru větší než 15 a menší než 30 uvádí Hendl (2004) požadavek, aby data nebyla výrazně zešikmená a neobsahovala odlehlé hodnoty.

Pro analýzy prováděné pouze v rámci našeho souboru byly z uvedeného důvodu zásadně používány neparametrické metody. Pro určení těsnosti vztahu to byl Spearmanův korelační

koeficient a pro testování hypotéz Mann-Whitneyův pořadový test. K posílení věrohodnosti závěrů o vztahu dvou proměnných byly tyto dvě metody často kombinovány. Nestačilo tedy, aby byla velikost korelačního koeficientu statisticky signifikantně odlišná od nuly. Po rozdělení vzorku podle hodnoty mediánu nezávisle proměnné na podskupinu s nízkými a podskupinu s vysokými hodnotami daného znaku, muselo také dojít pořadovým testem k zamítnutí nulové hypotézy o shodě těchto dvou podsouborů v závisle proměnné.

Při interpretaci výsledků statistických metod je třeba vzít v potaz menší statistickou sílu pořadových testů, která souvisí i s malou velikostí zkoumaného souboru. Studie proto může identifikovat pouze velké rozdíly, popř. těsné vztahy mezi proměnnými a je tedy náchylná ke vzniku chyby II. druhu.

3.6 Výsledky

Srovnání zájemců o terapeutickou komunitu Kaleidoskop (TKK) s uchazeči o komunitu v Hendersonově nemocnici

Jako první jsme porovnávali základní demografické charakteristiky těchto dvou souborů. Nejnovější data z Hendersonovy nemocnice, která jsme přitom měli k dispozici, pocházela ze studie úspěšnosti replikace tamního modelu terapie na dalších dvou místech ve Velké Británii (Fiander, Langham 2004).

Pokud jde o *poměr mužů a žen*, zatímco mezi zájemci o Kaleidoskop bylo 44 % mužů a 56 % žen, v případě Hendersonovy nemocnice jde o hodnoty 46 % a 54 %. Mezi těmito proporcemi není signifikantní rozdíl ($\chi^2(1) = 0,02$; $p = 0,890$) a můžeme tedy předpokládat, že rozložení pohlaví uchazečů o obě zařízení je stejné. Poměr mužů a žen je v obou případech vyrovnaný, tj. neliší se významně od proporce 50 % : 50 % ($\chi^2(1) = 0,22$; $p = 0,637$, resp. $\chi^2(1) = 1,63$; $p = 0,200$).

V případě *věkového rozložení* je situace složitější. Vezmeme-li v úvahu data z výše uvedené studie (Fiander, Langham 2004), kde byl průměrný věk uchazečů 31,2 let ($s = 7,9$), a porovnáme-li tato data pomocí t-testu s údaji o našem vzorku ($m = 26,8$; $s = 7,1$), obdržíme výsledky, které svědčí pro odlišnost obou souborů ve věkovém rozložení ($t(19) = 2,54$; $p = 0,020$). Nicméně v případě porovnání se starší studií (Dolan et al., 1992), ke které se vztahuje i srovnání neurotické symptomatiky (viz dále), je tento rozdíl opět nesignifikantní ($t(22) = 0,99$; $p = 0,331$).³³

K dispozici máme též některé další *sociální a behaviorální charakteristiky* klientů ($N = 148$) ambulance Hendersonovy nemocnice, tzv. HOSTu (Henderson Outreach Service Team), kteří se obrátili na toto pracoviště během prvních 12 měsíců jeho fungování (Morant et al., 1999). Tato odbočka plní stejné úkoly jako ambulance Kaleidoskopu, a proto nás zajímalo, zda se shodují také charakteristiky jejich klientů. Výsledky jsou shrnuty v Tab. 8.

Vidíme, že zatímco obě zařízení kontaktovalo podobné procento osob se sebepoškozujícím chováním a také rozdíl podle podmínek v bydlení je statisticky těsně nevýznamný, signifikantní rozdíly se objevují v charakteristikách nezaměstnanosti a v rozdělení podle přítomnosti pokusu o sebevraždu v anamnéze.

K hlavním sledovaným znakům patří intenzita *psychopatologických symptomů*. Dolan et al. (1992) určovali tuto proměnnou u uchazečů o terapeutickou komunitu v Hendersonově nemocnici pomocí nástroje SCL-90, který je k dispozici také v našich podmínkách. Zatímco v Anglii šetření 62 probandů přineslo průměrnou velikost indexu GSI 1,83 se směrodatnou odchylkou 0,74, v námi zkoumaném vzorku mají tyto údaje hodnotu $m = 1,86$ a $s = 0,58$. Rozdíl mezi těmito údaji nelze považovat za signifikantní ($t(26) = 0,20$; $p = 0,847$) a můžeme

³³ Pro rozložení věku a pohlaví našeho souboru (viz Obr. 7).

tedy předpokládat, že pokud se jedná o závažnost neurotické symptomatiky, oba soubory se zásadně neliší. Připomeňme, že shoda panuje, i pokud jde o průměrný věk (viz výše).

Tab. 8 Srovnání vybraných sociálních a behaviorálních charakteristik klientů ambulance TKK a HOSTu

Charakteristika uchazeče	TKK: četnost klientů v %	HOST: četnost klientů v %	Pravděpodobnost podle Fisherova přesného testu (signifikance)
V náhradním ubytování	39	17	0,051
Nezaměstnaný	61	89	0,005**
Sebepoškozující se	67	66	> 0,999
Po pokusech o sebevraždu	78	39	0,002**

Pozn.: Pro zpřehlednění ** označuje dosaženou hladinu významnosti menší než 0,01.

K hypotéze H1 se tedy nelze jednoznačně vyjádřit. V některých charakteristikách lze rozdíly mezi oběma soubory považovat za signifikantní, v jiných nikoli. Podobnost panuje, pokud jde o poměr mužů a žen, přítomnost sebepoškozujícího chování a aktuální psychopatologické symptomatiky. Tuto proměnnou lze z našeho hlediska považovat za nejvýznamnější. Naproti tomu soubory klientů těchto zařízení se od sebe odlišují mírou nezaměstnanosti a přítomností pokusů o sebevraždu. Na hranici statistické významnosti je odlišnost v uspořádání bydlení. Pokud jde o věk, závisí výsledky na studii, jejíž data ke srovnání použijeme.

Srovnání zájemců o terapeutickou komunitu Kaleidoskop (TKK) s pacienty Psychiatrického centra Praha (PCP)

Psychiatrické centrum Praha tvoří klinicko-výzkumnou základnu 3. lékařské fakulty UK. Jeho součástí je i otevřené oddělení č. 2 pro hospitalizaci pacientů s afektivními a anxiózními poruchami. Tato jednotka není tedy primárně určena pro jedince s poruchami osobnosti, nicméně jak je známo (např. Girolamo a Dotto, 2003), podíl těchto osob v rámci obecné psychiatrické populace se odhaduje na 50 %.

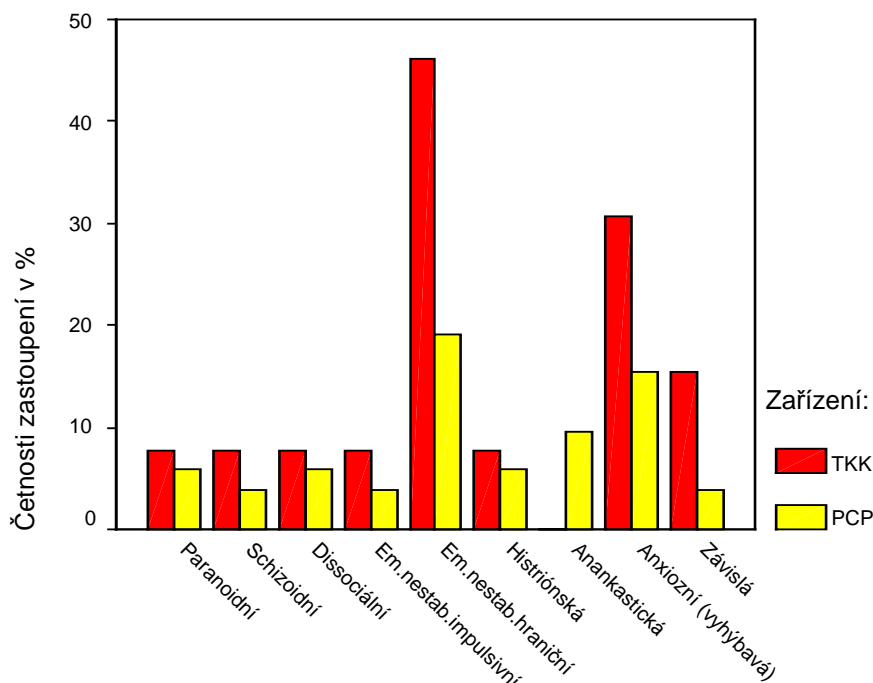
Vzhledem k specifickému zaměření terapeutické komunity Kaleidoskop na poruchy osobnosti očekáváme, že klienti, kteří ji kontaktují, se budou v určitých klinických charakteristikách významně odlišovat od pacientů PCP. V následujících srovnávacích analýzách využíváme statistická data z práce Novákové (2004), která vznikla v rámci grantového projektu „Diagnostika specifických poruch osobnosti“ (NF 6800–3), jenž v PCP v minulých letech probíhal.

Z demografických znaků byl srovnáván pouze věk. Soubor 52 pacientů PCP charakterizovaný průměrným věkem 36,6 let a jeho směrodatnou odchylkou 12,5 let se statisticky významně odlišuje od zájemců o pobyt v TKK ($t(52) = 4,08$; $p < 0,001$). To je v souladu se zacílením komunitního programu Kaleidoskopu na mladé osoby.

Na Obr. 8 je graficky znázorněno procentuální zastoupení osob s jednotlivými specifickými poruchami osobnosti (diagnostikovanými strukturovaným rozhovorem IPDE) vzhledem k celkovému počtu klientů daného zařízení. Vidíme, že v obou případech jsou nejčastějšími diagnózami porucha emočně nestabilní hraničního typu a porucha anxiózní (vyhýbavá). Avšak relativní četnosti výskytu těchto diagnóz jsou značně vyšší v TKK než

PCP. Podobně je tomu u všech ostatních specifických poruch osobnosti s výjimkou anankastické, která v TKK dosud zjištěna nebyla.

Obr. 8 Podíl osob se specifickými poruchami osobnosti na celkovém počtu klientů každého ze zařízení (diagnostika pomocí IPDE)



Přesnější srovnání jsme provedli na základě statistického testování dimenzionálních skóre metody IPDE. Jeho výsledky znázorňuje Tab. 9. V souladu s předpoklady, se ukazuje, že průměry celkového dimenzionálního skóre obou souborů jsou při požadované hladině významnosti 0,05 signifikantně odlišné ($p = 0,023$) a totéž platí pro dimenzionální skóre dalších čtyř specifických poruch osobnosti: emočně nestabilní hraniční i impulsivní typ, anxiozní a závislou. Všimněme si, že se skutečně jedná o poruchy osobnosti, se kterými se v terapeutické komunitě setkáváme nejčastěji.

Tab. 9 Srovnání dimenzionálních skóre IPDE mezi soubory TKK a PCP

Porucha osobnosti	Průměr TKK	Průměr PCP	Směr. odchylka TKK	Směr. odchylka PCP	t-statistika	p-hodnota
F60.0 Paranoidní	2,7	1,8	2,6	2,3	1,15	0,268
F60.1 Schizoidní	3,2	2,0	3,0	2,6	1,35	0,197
F60.2 Dissociální	1,5	1,5	1,9	2,8	0,06	0,953
F60.30 Emočně nestab., impulsivní	4,5	2,0	2,7	2,2	3,17	0,006**
F60.31 Emočně nestab., hraniční	9,6	4,7	3,7	4,2	4,20	<0,001**
F60.4 Histrionická	1,7	2,7	2,4	2,5	-1,36	0,189
F60.5 Anankastická	1,6	2,8	2,5	2,4	-1,54	0,142
F60.6 Anxiozní (vyhýbavá)	5,2	2,9	3,0	3,5	2,36	0,028*
F60.7 Závislá	3,3	1,4	2,7	1,8	2,45	0,028*
Jakákoli	28,8	21,8	7,3	15,4	2,37	0,023*

Pozn.: Pro přehlednější * označuje dosaženou hladinu významnosti menší než 0,05 a ** dosaženou hladinu významnosti menší než 0,01.

Tyto výsledky potvrzuje i analýza dat v kontingenční tabulce porovnávající počty osob s diagnostikovanou poruchou osobnosti a bez ní. Její výsledky shrnuje Tab. 10. Pravděpodobná diagnóza v této souvislosti znamená splnění klinických kritérií podle MKN-10 pro diagnostikování určité specifické poruchy osobnosti, zatímco diagnóza jistá odpovídá přísnějším výzkumným požadavkům. Je patrné, že ať vezmeme v úvahu přísnější či mírnější kritéria pro diagnostikování, v obou případech dospějeme k závěru, že zastoupení jedinců s poruchami osobnosti v souboru klientů ambulance terapeutické komunity Kaleidoskop se statisticky významně odlišuje od zastoupení těchto osob v souboru pacientů PCP.

Tab. 10 Srovnání diagnóz poruch osobnosti stanovených pomocí IPDE u souborů TKK a PCP

Diagnóza	TKK: četnost klientů s por. osobnosti v %	PCP: četnost klientů s por. osobnosti v %	χ^2 -statistika	p-hodnota
Jednoznačná	62	26	6,11	0,013*
Jednoznačná i pravděpodobná	85	39	8,55	0,003**

Pozn.: Pro zpřehlednění * označuje dosaženou hladinu významnosti menší než 0,05 a ** dosaženou hladinu významnosti menší než 0,01.

Velmi užitečné je porovnat rozdíly mezi soubory v osobnostní patologii, tj. ve smyslu osy II systému DSM-IV, s aktuálními psychopatologickými stavy na ose I. Tuto možnost dává použití inventáře MCMI-III, který obsahuje škály pro obě tyto skupiny duševních poruch. Očekávali bychom, že se oba soubory budou lišit na osobnostních škálách, ale odlišnosti na škálách ostatních klinických syndromů budou zanedbatelné. Získaná statistická data uvedená v Tab. 11 tento předpoklad potvrzují. Zatímco signifikantní rozdíly v průměrech skóre BR nacházíme na osmi³⁴ osobnostních škálách z celkového počtu čtrnáct (přičemž se soubory odlišují v průměrných výsledcích všech tří škál vážné osobnostní patologie), pokud jde o klinické syndromy je statisticky významný rozdíl pouze jeden z deseti a to na škále drogové závislosti. To je však možné vysvětlit tím, že symptomatika zneužívání drog je velmi obvyklá u osob s hraniční poruchou osobnosti, kteří tvoří velkou část klientů TKK.

MCMI-III byl sestaven na základě Millonovy teorie (viz kap. 1.3.7) a nelze jej tedy přímo použít k diagnostice specifických poruch osobnosti podle kritérií klasifikace MKN-10. Protože je však koordinován se systémem DSM-IV (odráží jeho specifické poruchy včetně těch, které jsou uvedeny v přílohách), lze vysoké skóre na jednotlivých škálách klinického osobnostního profilu považovat za ukazatele specifických poruch osobnosti podle tohoto klasifikačního systému. Millon doporučuje hovořit o přítomnosti poruchy od skóre BR rovného nebo většího než 85. Tím získáme procentuální zastoupení osob s jednotlivými klinickými poruchami vzhledem k celkovému počtu klientů TKK tak, jak je znázorňuje Obr. 9. Vzhledem k neexistenci české standardizace a poznámce na straně 91 je však třeba brát v našich podmínkách prahovou hodnotu 85 a tím i celé rozložení za velmi orientační. Navíc ani specifické poruchy osobnosti diagnostikované v systému DSM-IV nelze zcela ztotožňovat s poruchami podle MKN-10.

³⁴ Na první pohled je zarážející záporný rozdíl u škály histriónské, narcistické a kompulzivní. Inspekce dat Novákové (2004) odhaluje, že právě průměrné hodnoty těchto tří škál pro srovnávací nepsihiatrickou populaci jsou ještě vyšší a že rozdíl mezi skupinou pacientů PCP a srovnávací skupinou je v její studii také záporný. Lze tedy oprávněně předpokládat, že náš soubor je „nejpatologičtější“ ze všech a že obrácený směr těchto tří škál je dán chybou v počítačovém programu, který byl k vyhodnocování MCMI-III v obou výzkumech používán.

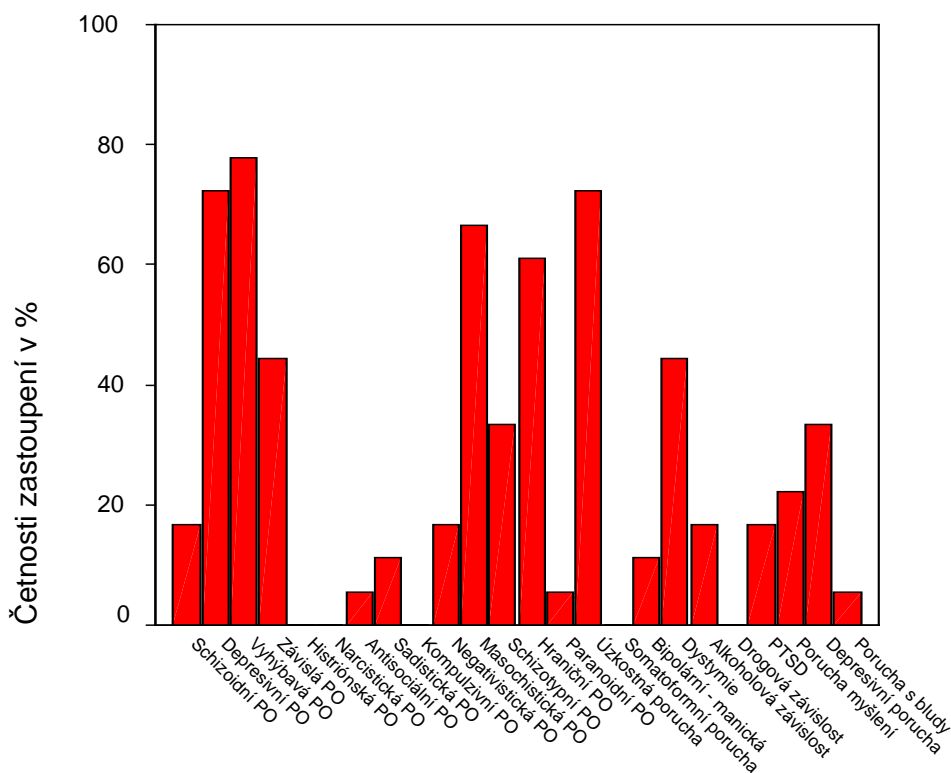
Tab. 11 Srovnání skóre BR inventáře MCMI-III mezi soubory TKK a PCP

Typ škály	Škála	Průměr TKK	Průměr PCP	Směr. odchylka TKK	Směr. odchylka PCP	t-statistika	p-hodnota
Klinický osobnostní profil	Schizoidní	68,3	59,9	21,0	27,2	1,35	0,186
	Depresivní	90,8	71,2	13,5	24,1	4,26	<0,001**
	Vyhýbavý	93,2	72,0	19,5	25,4	3,66	0,001**
	Závislý	80,8	74,7	18,5	25,9	1,08	0,289
	Histriónský	25,2	44,4	18,2	24,6	-3,50	0,001**
	Narcistický	35,2	47,2	24,7	24,6	-1,77	0,087
	Antisociální	59,8	52,8	15,4	18,3	1,59	0,122
	Sadistický	55,7	51,8	23,9	20,2	0,62	0,539
	Kompulzivní	34,6	48,3	17,7	19,4	-2,75	0,010**
	Negativistický	73,1	61,6	14,6	22,3	2,47	0,017*
Masochistický	85,7	75,2	21,3	21,6	1,80	0,082	
Vážné osob. patol.	Schizotypní	76,8	64,5	11,4	15,6	3,55	0,001**
	Hraniční	86,8	65,0	15,7	25,7	4,25	<0,001**
	Paranoidní	71,0	58,0	8,8	19,5	3,82	<0,001**
Klinické syndromy	Úzkostná porucha	84,9	80,4	31,1	27,4	0,54	0,591
	Somatoformní porucha	63,9	63,3	11,6	28,4	0,13	0,894
	Bipolární – manická por.	64,3	57,0	20,8	18,3	1,33	0,196
	Dystymie	79,9	78,0	21,7	22,8	0,32	0,749
	Alkoholová závislost	68,9	66,8	21,4	23,9	0,36	0,725
	Drogová závislost	56,1	44,8	15,9	18,6	2,48	0,018*
	PTSD	70,3	61,1	15,9	19,0	2,01	0,052
Vážné klinic. syndr.	Porucha myšlení	72,3	63,2	20,2	16,7	1,73	0,097
	Depresivní porucha	79,2	74,5	12,1	23,5	1,08	0,286
	Porucha s bludy	59,5	48,6	22,1	24,9	1,74	0,091

Pozn.: Pro přehlednější * označuje dosaženou hladinu významnosti menší než 0,05 a ** dosaženou hladinu významnosti menší než 0,01.

Nicméně na Obr. 9 je patrné, že vedle již zmiňovaných poruch hraniční, vyhýbavé a závislé, které byly identifikovány jako nejčastější pomocí IPDE, by pro skupinu uchazečů o terapeutický pobyt v komunitě Kaleidoskop mohl být přínosný koncept poruchy depresivní a masochistické, které jsou v DSM-IV zahrnuty pouze v přílohách a v MKN-10 nevystupují vůbec. Mezi klinickými syndromy dominuje úzkostná porucha a dystymie.

Obr. 9 Podíl osob s poruchami podle os I a II na celkovém počtu klientů TKK (diagnostika pomocí MCMI-III)



Relativní četnosti osob s poruchami osobnosti u obou porovnávaných souborů uvádí Tab. 12. Ve shodě s poznatky, které jsme uváděli v kap. 3.5.3 je patrné, že četnost diagnóz silně závisí na použitém nástroji. Potvrzuje se také, že častěji diagnostikují poruchy osobnosti sebesposuzovací metody. Nicméně pro nás je důležitější, že pomocí dotazníku TCI se nepodařilo prokázat signifikantní rozdíl mezi oběma soubory v četnosti osob s poruchami osobnosti. V souladu s doporučeními (Preiss, Klose, 2001) jsme přitom za hranici přítomnosti poruchy považovali skóry do 16. percentilu na škále sebesměřování. Lze spekulovat o tom, zda tato hranice není příliš měkká, zda neodráží příliš mnoho aktuální symptomatiky či zda diagnostika založená na jediné škále není málo validní.

Tab. 12 Srovnání podílu diagnóz poruch osobnosti stanovených pomocí tří metod u souborů TKK a PCP

Diagnostický nástroj	TKK: četnost klientů s por. osobnosti v %	PCP: četnost klientů s por. osobnosti v %	X ² -statistika	p-hodnota
IPDE	62	26	6,11	0,013*
MCMI-III	94	65	5,71	0,017*
TCI	78	54	3,19	0,074

Pozn.: Pro zpřehlednění * označuje dosaženou hladinu významnosti menší než 0,05.

Hypotézu H2 lze potvrdit. Soubor zájemců o pobyt v terapeutické komunitě Kaleidoskop se odlišuje od souboru pacientů PCP v míře osobnostní patologie zjištěné za

pomoci různých metod: strukturovaného rozhovoru i dotazníkového nástroje. U klientů TKK se poruchy osobnosti jako souhrnná diagnostická jednotka vyskytují častěji než je tomu u pacientů PCP. Mezi soubory existuje také signifikantní rozdíl ve většině měř patologie u jednotlivých specifických poruch a to především u těch nejzávažnějších. Navíc v souladu s indikovaností komunitního programu pro mladší klienty (viz kap. 2.8) je i nález potvrzující rozdíl v průměrném věku.

Ověření, zda vybrané demografické údaje a patologické behaviorální projevy diskriminují poruchy osobnosti u zájemců o pobyt v komunitě Kaleidoskop

Od tohoto kroku jsme již explorovali pouze data týkající se souboru klientů ambulance TKK. Mezi vybrané demografické údaje jsme původně zařadili pohlaví, pracovní status a počet hospitalizací, ale z důvodů, které byly uvedené v kap. 3.5.3, vypadl z dalších analýz počet hospitalizací. Za výrazné a poměrně snadno zjištělé patologické behaviorální projevy jsme považovali sebepoškození a suicidalitu.

Vzhledem k malému počtu probandů ($N = 18$) byl k analýzám používán Spearmanův pořadový korelační koeficient, popř. byla nezávislá ordinální proměnná kategorizována podle hodnot mediánu do dvou skupin (s nízkými hodnotami a s vysokými hodnotami) a následně byl použit neparametrický Mann-Whitneyův test, event. při hledání závislosti dvou kategoriálních proměnných Fisherův přesný test.

Ukázalo se, že *pohlaví* je v našem souboru proměnná s malou prediktivní silou. Diskriminovala pouze dvě málo vyjádřené škály v MCMI-III („sadistickou osobnost“ a „poruchu myšlení“) a „vyhýbání se poškození“ v TCI. Naproti tomu Fisherův test ukazuje na závislost mezi pohlavím probandů a přítomností sebepoškozujícího chování ($p = 0,043$). Nenáhodně více se sebepoškozují ženy. Naproti tomu, pokud jde o počty sebevražedných pokusů, nelze prokázat mezi skupinou mužů a žen signifikantní rozdíl ($z = 0,91$; $p = 0,364$).

Ani *pracovní status* (ne/zaměstnanost) nepredikuje na osobnostních škálách v souboru, o který se zajímáme, příliš často. Jediný, ale zato důležitý rozdíl mezi skupinou s lepší a horší pracovní schopností byl nalezen na škále „hraniční osobnost“ v MCMI-III ($z = 1,96$; $p = 0,050$).

Podskupiny klientů s / bez *sebepoškozujícího chování* se sice významně liší v hodnotách skóre sebeúcty v RSES ($z = 2,02$; $p = 0,043$) a na škálách „vyhýbání se poškození“ a „závislosti na odměně“ ($z = 2,86$; $p = 0,004$; resp. $z = 2,06$; $p = 0,039$) a to v očekávatelných směrech, nicméně vzhledem k našim potřebám to má poměrně malý význam.

A tak nejprůnosnějším prediktorem pro praktickou diagnostiku během výběrového procesu je proměnná „suicidalita“ vyjadřující počet *sebevražedných pokusů* v anamnéze probanda. Při rozdělení zkoumaného souboru na osoby s žádným nebo jedním pokusem o sebevraždu a na osoby s vícenásobnými pokusy zjišťujeme mezi těmito dvěma skupinami rozdíl v počtu naplněných kritérií pro poruchy osobnosti podle IPDE ($z = 2,87$; $p = 0,004$), v počtu stanovených diagnóz podle IPDE ($z = 2,62$; $p = 0,009$), v celkovém dimenzionálním skóre IPDE ($z = 2,57$; $p = 0,010$) a v dimenzionálních skórech pro emočně nestabilní poruchu impulzivního ($z = 2,22$; $p = 0,027$) i hraničního typu ($z = 2,58$; $p = 0,010$). V posledním případě je to navíc potvrzeno odlišnostmi ve skórech škály „hraniční osobnosti“ z MCMI-III ($z = 1,96$; $p = 0,050$). V Tab. 13 jsou tyto vztahy vyjádřeny korelačními koeficienty mezi proměnnými.

Hypotézu H3 lze potvrdit pouze částečně. Z uvažovaných proměnných, jejichž hodnotu můžeme poměrně snadno a spolehlivě zjistit, má pro rychlý odhad přítomnosti poruchy osobnosti význam pouze počet sebevražedných pokusů v anamnéze, který je ve vztahu jak se souhrnnou diagnostickou kategorií poruch osobnosti, tak se specifickou emočně nestabilní poruchou. Určitý přínos pro odhad přítomnosti této poruchy může mít také zjišťování pracovního statusu klienta.

Tab. 13 Statisticky významné pořadové korelace mezi počtem pokusů o sebevraždu v anamnéze a proměnnými operacionalizujícími poruchy osobnosti

Proměnná	Pořadový korelační koeficient	p-hodnota
Počet naplněných kritérií pro por. osobnosti v IPDE	0,79**	0,001
Počet stanovených diagnóz v IPDE	0,79**	0,001
Celkový dimenzionální skór IPDE	0,72**	0,006
Dimenz. skór IPDE pro em. nestab. por. impulzivní	0,71**	0,006
Dimenz. skór IPDE pro em. nestab. por. hraniční	0,65*	0,016
Skór BR škály hraniční osobnosti MCMI-III	0,49*	0,040

Pozn.: Pro zpřehlednění * označuje hodnoty signifikantní na hladině významnosti menší než 0,05 a ** na hladině významnosti menší než 0,01.

Analýza statistické závislosti mezi psychickými „nemocemi“ (poruchami na ose I podle DSM), mírou sebeúcty a proměnnými osobnostní patologie

V odborné literatuře je často poukazováno na velkou komorbiditu mezi duševními poruchami na osách I a II podle DSM (viz kap. 1.6 a 3.5.3). S ohledem na budoucí možnost zahrnutí používaných nástrojů do přijímacího procesu do terapeutické komunity Kaleidoskop nás zajímalo, jak tyto dvě skupiny poruch dané diagnostické metody rozlišují.

Byly použity stejné statistické postupy jako v předchozím kroku. Na prakticky významnou souvislost mezi proměnnými z těchto dvou skupin bylo usuzováno v případě, kdy se jako statisticky významná ukázala nejen jejich vzájemná korelace, ale i rozdíl v hodnotách závislé proměnné při rozdělení probandů podle mediánu na podskupinu s nízkými a vysokými skóry v nezávislé proměnné.³⁵

Za operacionalizaci míry *deprese* byl zvolen hrubý skór dotazníku SDS. Ukázalo se (viz Tab. 14), že tato proměnná prakticky souvisí pouze s obdobnými škálami v dalších dotaznících (MCMI-III a SCL – 90). Také se potvrzuje obecně často zjišťovaná korelace mezi depresí a úzkostí. Naproti tomu významné korelace s klinickými osobnostními škálami se nepodařilo prokázat.

Tab. 14 Nejvýznamnější vztahy mezi hrubým skórem dotazníku SDS a dalšími proměnnými

Proměnná	Pořadový korelační koeficient	p-hodnota
Skór BR škály depresivní poruchy MCMI-III	0,93**	<0,001
Skór BR škály dystymie MCMI-III	0,83**	<0,001
Skór BR škály somatoformní poruchy MCMI-III	0,82**	<0,001
Skór dimenze deprese SCL-90	0,76**	0,001
Skór dimenze úzkosti SCL-90	0,72**	0,003
Celkový skór GSI SCL-90	0,70**	0,004

Pozn.: Pro zpřehlednění ** označuje hodnoty signifikantní na hladině významnosti menší než 0,01.

³⁵ Kompletní korelační matice a výsledky pořadových testů zde pro jejich rozsáhlost neuvádíme. Jsou k dispozici v podobě výstupů z programu SPSS v elektronické podobě.

Podobná je situace v případě *neurotické symptomatiky* operacionalizované skórem GSI dotazníku SCL-90. Také tato proměnná koreluje jen s menšinou škál osobnostní patologie a to jen na hranici statistické významnosti a navíc tyto vztahy nejsou potvrzovány diskriminační schopností zjišťovanou pomocí pořadových testů. Jediné významné vztahy k dalším metodám patří opět k očekávatelným (viz Tab. 15).

Tab. 15 Nejvýznamnější vztahy mezi skórem GSI dotazníku SCL-90 a dalšími proměnnými

Proměnná	Pořadový korelační koeficient	p-hodnota
Hrubý skór v SDS	0,70**	0,004
Skór BR škály dystymie MCMI-III	0,59*	0,021
Skór BR škály depresivní poruchy MCMI-III	0,58*	0,023

Pozn.: Pro zpřehlednění * označuje hodnoty signifikantní na hladině významnosti menší než 0,05 a ** na hladině významnosti menší než 0,01.

Nakonec byl ověřován vztah míry *sebeúcty* dané hrubým skórem dotazníku RSES k ostatním duševním poruchám jak na ose I, tak na ose II. Kromě jediného vztahu s dimenzí „interpersonální sensitivity“ v SCL-90 nebyl nalezen žádný statisticky signifikantní vztah ke škálám operacionalizujícím psychická „onemocnění“ osy I. Zato ve vztahu ke škálám vyjadřujícím osobnostní dimenze byly těsné souvislosti mnohem častější (viz Tab. 16). Ukazuje to na fakt, že míra sebeúcty spíše souvisí s osobnostní patologií než s aktuálním duševním stavem.

Tab. 16 Nejvýznamnější vztahy mezi hrubým skórem dotazníku RSES a dalšími proměnnými

Proměnná	Pořadový korelační koeficient	p-hodnota
Dimenzionální skór IPDE pro vyhýbavou poruchu	-0,93**	<0,001
Skór BR škály depresivní osobnosti MCMI-III	-0,80**	<0,001
Skór BR škály narcistické osobnosti MCMI-III	-0,77**	0,001
Skór BR škály histriónské osobnosti MCMI-III	-0,74**	0,002
Skór BR škály masochistické osobnosti MCMI-III	-0,71**	0,003
Skór BR škály schizotypní osobnosti MCMI-III	-0,69**	0,004
Hrubý skór dimenze vyhýbání se poškození TCI	-0,81**	<0,001
Hrubý skór dimenze sebesměřování TCI	0,68**	0,006
Skór dimenze interpersonální sensitivity SCL-90	-0,67**	0,007

Pozn.: Pro zpřehlednění ** označuje hodnoty signifikantní na hladině významnosti menší než 0,01.

První část hypotézy H4 tedy zamítáme, druhou přijímáme. Nepodařilo se zjistit signifikantní vztah mezi depresí či neurotickou symptomatikou a poruchami osobnosti. Naproti tomu míra sebeúcty je v obráceném vztahu hned k několika specifickým patologickým osobnostním charakteristikám.

3.7 Diskuse

V této části jsme nejdříve stručně představili Kaleidoskop, jedinou terapeutickou komunitu pro lidi s poruchami osobnosti, která u nás byla kdy provozována, a následně ilustrovali cílovou skupinu tohoto zařízení pomocí kazuistického popisu jedné ze zájemkyň o pobyt v komunitě.

V další kapitole byl nejprve nastíněn design výzkumného projektu, který jsme v této komunitě spustili před půl rokem. Klade si za cíl sledovat účinek terapeutického programu Kaleidoskopu a zefektivnit přijímací proces pro vstup do komunity. Původně jsme předpokládali, že už v této práci budeme moci představit srovnání výsledků diagnostických šetření prováděných při vstupu do komunity s výsledky po uplynutí prvních tří měsíců v terapii. Tento plán se bohužel nepodařilo realizovat, neboť do této chvíle proběhla opakovaná administrace psychodiagnostických metod pouze u čtyř rezidentů. Tak malý počet má několik příčin. Jsou jimi zejména:

- malá kapacita terapeutické komunity Kaleidoskop (aktuálně do 14 klientů),
- poměrně pomalý příliv zájemců o tuto u nás stále ještě novou a tedy málo známou službu (redukovaný navíc obdobím prázdnin),
- občasné případy opuštění terapie ještě před uplynutím tříměsíčního období.

Shromáždění výzkumného souboru dostatečně velkého pro analýzu efektivity terapie tedy potrvá delší časové období. Potvrzují se tak nesnáze, na něž bylo upozorňováno již v předchozích dvou částech této práce a které se týkají jak výzkumu psychoterapie poruch osobnosti (viz kap. 1.8.2), tak výzkumu terapeutických komunit (viz kap. 2.11).

Nicméně již v tomto stadiu projektu se objevují některé důležité podněty pro jeho další průběh. O nutnosti úpravy „Vstupního informačního dotazníku“ jsme již mluvili (viz kap. 3.5.3) – u některých zjišťovaných údajů se jako vhodný kompromis mezi množstvím získaných informací a jejich spolehlivostí jeví omezení anamnestického zjišťování na období jednoho roku před kontaktováním komunity.

Další důležitý podnět se týká srovnávací skupiny. Ukazuje se, jak je eticky sporné žádat účast ve výzkumu po osobách, u kterých je pravděpodobné, že do komunity nebudou moci z nejruznějších důvodů nastoupit. Navíc je téměř nemožné udržet s takovými probandy kontakt do další fáze šetření. Situaci by mělo postupně zlepšit zavádění alternativního ambulantního programu, z něhož by se mohla rekrutovat vhodná kontrolní skupina. V každém případě z etického hlediska je u klinické skupiny, která kontaktuje terapeutickou komunitu Kaleidoskop, třeba často počítat s určitou „křehkostí ega“ ve vztahu k autoritám: i když jim je dána možnost svobodně účast odepřít, nemusejí být vždy schopni odmítnout a mohou se u nich následně objevit nepříjemné pocity, např. zneužití.

V souvislosti se zaváděním nové terapeutické služby – navíc v našich podmínkách tak ojedinělé, jak tomu je v případě demokratické terapeutické komunity pro poruchy osobnosti – vyvstává vedle snahy o zjištění její účinnosti řada dalších, neméně důležitých otázek. A právě k nalezení předběžných odpovědí na dvě skupiny problémů byla dosud nashromážděná data využita.

Jednalo se zprv o ověření místa terapeutické komunity Kaleidoskop v kontextu stávajících terapeutických služeb. Konkrétněji, zda se charakteristiky skupiny klientů, kteří se na ni obracejí, shodují s důvodně odvozenými očekáváními. Ta jsme popsali v bodech 1) a 2) na str. 80 a na jejich základě jsme formulovali hypotézy H1 (o podobnosti námi zkoumaného souboru se souborem replikované zahraniční služby) a H2 (o odlišnosti našeho souboru od souboru stávající služby s jiným zaměřením).

Při porovnání našich klientů se zájemci o terapeutickou komunitu v Hendersonově nemocnici (hypotéza H1), byly sice odhaleny určité rozdíly, nicméně tyto skupiny se od sebe

nelišily v charakteristice, která je podle našeho názoru u klinické populace ze všech srovnávaných nejpodstatnější – v intenzitě aktuálně pocíťovaných psychopatologických symptomů. Navíc nelze vyloučit, že rozdíly zjištěné v např. v nezaměstnanosti nebo u pokusů o sebevraždu mohou částečně vyplývat z rozdílné definice těchto proměnných. V případě intenzity psychopatologických symptomů tento problém odpadá, protože u obou populací byl použit stejný diagnostický nástroj (rozdíly způsobené odlišnými kulturními podmínkami považujeme za zanedbatelné).

Jsme si vědomi fragmentárnosti tohoto poznatku získaného za pomoci jednoho dotazníku. Při zacílení na populaci s poruchami osobnosti by bylo vhodné jej doplnit o informace získané dalšími nástroji, zejména těmi, které určují míru osobnostní patologie (podobně jak jsme to provedli při testování hypotézy H2). Ukazuje se však, že psychodiagnostické metody používané v Hendersonově nemocnici jsou u nás nedostupné, popř. se k některým z nich objevují v literatuře výhrady (viz kap. 3.5.3). Vedle dobré adaptace terapeutických postupů na naše podmínky je shoda v klinických charakteristikách přijímaných klientů druhým předpokladem dosažení obdobně povzbudivých výsledků terapie jako v Anglii.

Oproti tomu komparaci s pacienty otevřeného lůžkového oddělení Psychiatrického centra Praha (hypotéza H2) lze považovat za poměrně zevrubnou. Problém s nedostatkem shodných metod zde neexistoval. Jak na základě strukturovaného rozhovoru, tak při použití sebeposuzovacího dotazníku byla potvrzována významně vyšší prevalence poruch osobnosti u klientů TKK než u pacientů PCP. Tato zjištění se týkají i míry patologie jednotlivých specifických poruch osobnosti.

Naproti tomu soubory TKK a PCP se neodlišují, pokud jde o výskyt aktuálních psychických poruch na ose I. Toto zjištění nebylo předmětem původní hypotézy, nicméně dává smysl a potvrzuje tak validitu předchozího nálezu.

K poruchám osobnosti, které se u klientů TKK vyskytují nejčastěji, patří porucha emočně nestabilní hraničního typu, porucha vyhybavá a závislá. Vedle toho mají uchazeči často znaky depresivní a masochistické poruchy, které sice nejsou zahrnuty do současných oficiálních psychiatrických klasifikací, nicméně objevují se např. v Millonově přístupu a pro popis našeho vzorku se ukazují být užitečné. Potvrdilo se také, že sebeposuzovací metody diagnostikují poruchy osobnosti častěji než strukturované rozhovory (Praško et al., 2003).

Programy v terapeutických komunitách jsou doporučovány zejména mladším lidem. V souladu s tím bylo potvrzení rozdílu v průměrném věku u klientů TKK a PCP.

I přes relativní komplexnost porovnání osobnostní patologie jmenovaných dvou souborů má v tomto ohledu prezentovaná studie některé limity. O omezení plynoucích z použití vybraných statistických metod bylo pojednáno jinde (viz kap. 3.5.4). Zde si ještě povšimněme skutečnosti, že zatímco data v TKK byla sbírána na samém začátku spolupráce s klientem, v PCP byla šetření prováděna až v průběhu hospitalizace. Pokud by však terapie v PCP měla tak výrazně pozitivní efekt na osobnostní patologii, že by způsobila signifikantní rozdíly oproti souboru TKK, pak bychom tím spíše podobný účinek očekávali i u aktuálních klinických syndromů. V jejich intenzitě se však porovnávané soubory nelišily.

Můžeme tedy shrnout, že služeb obou zařízení využívají klienti s jinými psychopatologickými problémy a že toto zjištění je v souladu s odlišně deklarovanou cílovou skupinou u každého z nich (afektivní a neurotické poruchy v PCP a poruchy osobnosti v TKK). Z faktu, že se terapeutická komunita Kaleidoskop nepřekrývá co do metody a – jak jsme právě prokázali – i co do cílové skupiny s dalším zařízením, však ještě nelze soudit, že zaplnila mezeru v nabídce terapeutických služeb pro určitou skupinu lidí a že nekonkuruje žádné stávající službě. Vhodné by bylo provést porovnání zejména se zařízeními, které mají cílovou skupinu definovanou podobně (např. denní stacionář pro lidi s poruchami osobnosti při klinice Eset). I v tomto případě by však měly být identifikovány určité znaky (ať už

kvantitativního či kvalitativního rázu), kterými se klienti obou zařízení od sebe odlišují. Jednak by tím byla podpořena oprávněnost existence obou takových služeb a jednak by mohla být následně vypracována indikační kritéria pro určení, kterou z nich má klient využít. Navázání spolupráce na tomto projektu se aktuálně nachází ve stadiu vstupního jednání.

Druhý okruh problémů vyplynul z potřeb praxe ambulantního pracoviště TKK, které pro komunitu zajišťuje výběr a přípravu potenciálních rezidentů. Východiska uvažování jsme popsali na str. 80 v bodech 3) a 4). Na jejich základě byly stanoveny hypotézy H3 a H4.

Ukázalo se, že není snadné nalézt nějaký snadno a spolehlivě zjiřitelný znak, který by výrazně přispěl k rychlému odhadu přítomnosti poruchy osobnosti, např. během prvních několika minut kontaktu s klientem. Z uvažovaných charakteristik tuto úlohu nejlépe plní (zejména u emočně nestabilních poruch) počet sebevražedných pokusů v anamnéze. Tedy čím více pokusů tím silněji vyjádřená porucha osobnosti. Odhad může být v případě hraniční poruchy dále zpřesněn dotazem na pracovní status klienta (tj. nezaměstnanost).

Naproti tomu sebepoškozující chování, které se u těchto osob uvádí jako charakteristický znak, nebylo v této souvislosti shledáno užitečnou známkou poruchy osobnosti. Na rozdíl od suicidálních tendencí jsme však v tomto případě rozlišovali pouze přítomnost a nepřítomnost sebepoškozujícího chování, nikoli jeho intenzitu či frekvenci. Je možné, že při takovém jemnějším rozlišování by se vztah prokázal.

Data získaná v našem souboru ukazují na nesignifikantní vztah mezi duševními poruchami osy I a poruchami osobnosti (osa II). Tento výsledek lze interpretovat ze dvou úhlů. Jednak by to mohlo znamenat, že aktuální psychické „krize“ mají jen malý vliv na diagnostiku osobnostní patologie, která by v budoucnu mohla být používána během přijímacího procesu do komunity. Jednak by z toho vyplývalo, že na základě relativně krátkých dotazníků pro zjišťování míry deprese a neurotických symptomů nelze usuzovat na osobnostní patologii. Pokud by nám tedy v budoucnu šlo pouze o diagnostiku poruch osobnosti, mohli bychom tyto dva nástroje z diagnostické baterie vyřadit a o něco tak zmenšit zátěž pro klienty.

Tyto závěry je však třeba aplikovat zvláště opatrně, protože vzhledem k malé velikosti souboru je statistická síla prováděných testů také malá. Můžeme v něm tedy identifikovat pouze velké rozdíly v hodnotách proměnných a velmi těsné vztahy mezi nimi – pravděpodobnost vzniku chyby II. druhu je velká.

Na druhou stranu výsledky krátké desetipoložkové metody RSES na zjišťování míry sebeúcty významně korelují hned s několika specifickými patologickými osobnostními charakteristikami. Bylo by tedy možné uvažovat o jejím použití coby rychlého screeningového nástroje pro zjišťování závažnosti poruchy osobnosti.

Je však třeba zdůraznit, že všechny zde prezentované závěry o vztazích mezi proměnnými, lze vztahovat pouze k souboru a situaci, v níž byla data sbírána, tedy k procesu výběru potenciálních klientů do terapeutické komunity pro jedince s poruchami osobnosti. Nemůžeme je samozřejmě zobecňovat na neklinickou populaci, ani na obecnou psychiatrickou populaci. Nedá se např. očekávat, že z počtu sebevražedných pokusů lze lépe usuzovat na poruchu osobnosti než na těžkou depresi.

Zde prezentovaná studie představuje pouze první analýzu údajů dosud nashromážděných v rámci dlouhodobějšího výzkumného projektu sledování efektivity terapeutického programu komunity Kaleidoskop pro jedince s poruchami osobnosti. Procedury sběru dat byly stanoveny a staly se součástí běžného chodu pracoviště. Je jen otázkou času, kdy objem informací naroste do té míry, že bude smysluplné provést další vyhodnocení.

Závěr

Poruchy osobnosti a terapeutické komunity k sobě mají blíž, než by se na první pohled mohlo zdát. Oba tyto koncepty se u části odborné psychiatrické veřejnosti nacházejí v jakési nemilosti a na jejich adresu je nezdědka vyjadřována určitá skepse.

V případě poruch osobnosti se jedná o jakýsi terapeutický pesimismus. Poruchy osobnosti jsou pak považovány za synonymum osudové psychopatologie, na které se dá jen máloco změnit. Mnozí klinici s těmito postoji předpokládají, že jakmile u pacienta odezní akutní psychická krize, bude další spolupráce s ním velice obtížná, poznamenaná neúčastí na dohodnutých setkáních, závislostním či manipulativním chováním. Lewis a Appleby (1988, podle Morant, 1999) otevřeně popisují jedince se závažnými poruchami osobnosti jako pacienty, které mají psychiatři neradi.

Analogicky jsou směrem k terapeutickým komunitám vyjadřovány pochybnosti týkající se účinnosti jejich metody. Její efekt je odpůrci považován za neprokázaný, náklady na provoz za vysoké a některé obvykle využívané techniky za neetické či dokonce ohrožující. Jednou jsou terapeutické komunity obviňovány z elitářských postupů při přijímání nových klientů (ve smyslu vybírání „třešinek na dortu“), jindy jsou dokonce přirovnávány k sektám.

Navíc na problematiku jak poruch osobnosti, tak terapeutických komunit se jen velmi obtížně aplikují soudobé standardy pro kvalitní vědecký výzkum. V případě prvních jmenujme už jen nosologické potíže: v rámci současných systémů MKN-10 a DSM-IV jsou poruchy osobnosti považovány možná za vůbec nejméně reliabilní a nejméně validní diagnostickou jednotku, která se tak někdy stává jakýmsi odpadním košem pro diagnózy, se kterými si klinici nevědí rady. Dynamické prostředí terapeutických komunit se zase vzpouzí jakékoli standardizaci prosazované v zájmu opakovatelnosti vědeckých experimentů.

O okrajovém postavení v rámci celé společnosti padla v této práci také zmínka. Poruchy osobnosti se velmi často vyskytují u lidí, s nimiž se společenský systém nedokáže vyrovnat jinak než prostřednictvím izolace – někdy až za brány věznic. A terapeutické komunity určitou izolovanost v zájmu naplnění terapeutických cílů samy vytvářejí. To pak samo o sobě budí nedůvěru okolního světa.

Tyto paralely možná tvoří jeden z málo reflektovaných důvodů, kvůli kterému lidé s poruchami osobnosti formují typickou cílovou skupinu terapeutických komunit. V každém případě však uváděné problémy dávají také vzniknout jakési atmosféře přitažlivé záhadnosti, jež vyzývá k bližšímu zkoumání. Podlehl jí i autor této práce, který tak jejím prostřednictvím předkládá zprávu ze své cesty za odpověďmi na představené nejasnosti.

Ještě před dvěma lety jsem o poruchách osobnosti i terapeutických komunitách věděl máloco. Nabídka práce v Kaleidoskopu, nově zakládané komunitě pro mladé dospělé s poruchami osobnosti, pro mě byla podnětem k alespoň prvotnímu seznámení se základním stavem vědění na tomto poli. V průběhu mého dalšího působení v komunitě jsem však stále pocíťoval nedostatek pevnějšího ukotvení v již nashromážděných zkušenostech jiných lidí, kteří se jakýmkoli způsobem komunitním prostředím a jeho terapeutickým působením na poruchy osobnosti dosud zabývali.

Sepsání diplomové práce na dané téma se pro mě stalo příležitostí podrobněji se obeznámit s jejich poznatky a uplatnit je při vykonávání mého povolání. Současně jsem postupně sbíral vlastní zkušenosti a v jejich světle jsem tedy mohl interpretovat také informace získávané četbou odborné literatury.

Nakonec mi byl svěřen úkol navrhnout a realizovat výzkumný projekt, který by umožnil průběžně vyhodnocovat účinnost terapeutického programu komunity. Přípravná fáze se oproti

původním očekáváním prodloužila na více než půl roku až konečně 1. 6. 2007 byla odstartována implementace do běžného chodu organizace.

Původně jsem tedy předpokládal, že statistické porovnání vstupních výsledků s daty z prvního retestu, tj. po uplynutí tříměsíčního období, budu moci prezentovat již v této práci. Bohužel z důvodů, které jsem již rozebral jinde (viz str. 97) se za první půlrok od spuštění projektu, tedy až do současné chvíle, nepodařilo nashromáždit dostatečně velký soubor probandů, kteří by absolvovali obě fáze sběru dat. Na vlastní „kůži“ jsem si tak mohl ověřit to, o čem jsem zpočátku jen četl: na jaké problémy naráží praktická realizace výzkumu psychoterapie poruch osobnosti. I toto je důležité poznání, jež mi zpracování diplomního tématu zprostředkovalo.

I když nemohu být spokojen ani s velikostí výzkumného vzorku, který dosud absolvoval vstupní fázi (N = 18), nebylo již možné zpracování prvních údajů dále odkládat. Za dané situace jsem tedy hledal další problémové okruhy, k jejichž objasnění by dosud shromážděné informace od klientů mohly přispět. A požadavky chodu komunity je brzy poskytly. Bylo třeba se alespoň rámcově vyjádřit k pozici, kterou naše nově vzniklá terapeutická komunita zaujala v širším kontextu terapeutických služeb a také zodpovědět dvě otázky vzešlé ze zaváděné praxe výběru, přijímání a přípravy na pobyt v komunitě.

Závěry studie lze velmi zjednodušeně shrnout takto:

- 1) a) Zájemce o terapeutický pobyt v komunitě Kaleidoskop lze charakterizovat podobnou mírou aktuálních psychopatologických symptomů, jako tomu bylo u souboru klientů replikované terapeutické komunity z Velké Británie.
b) Naopak naši klienti se intenzitou osobnostní patologie odlišují od pacientů jinak zaměřeného oddělení Psychiatrického centra Praha. Tato dvě zjištění nepřímou ukázkou na dobrou adaptaci a začlenění nové komunity do stávající sítě psychoterapeutických služeb u nás.
- 2) a) Výskyt více než jednoho sebevražedného pokusu v anamnéze zájemců o komunitu lze u této populace považovat za důležitý signál přítomnosti poruchy osobnosti. Určitou důležitost můžeme přisoudit i dlouhodobé nezaměstnanosti.
b) Nízkou mírou sebeúcty zjištěnou krátkým dotazníkem RSES lze považovat za další dobrý indikátor osobnostní patologie.

Jsem si vědom limitů provedené studie, které v první řadě souvisejí s malou velikostí zkoumaného souboru. Současně se však naskýtá možnost provedené analýzy za několik dalších měsíců zopakovat a závěry prezentované v této práci konfrontovat s výsledky získanými na podstatně větším vzorku klientů.

Ostražitost při vyvozování definitivních závěrů z uskutečněné studie je na místě i z dalších důvodů než jen pro omezení plynoucí z velikosti analyzovaného souboru. Na další sporné momenty jsem upozorňoval průběžně v kapitolách o metodě i výsledcích výzkumu a stručně je shrnul v závěrečné diskusi.

Nicméně hlavním cílem probíhajícího projektu zůstává hodnocení terapeutického efektu pobytu v komunitě Kaleidoskop. Věřím, že i přes malou kapacitu terapeutické komunity, jež určuje maximální počet probandů, kteří mohou být hypoteticky zahrnuti do studie, budu během nejbližšího roku schopen představit první předběžné výsledky.

Literatura

- American Psychiatric Association (1980): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd edn)*. American Psychiatric Press, Washington, DC.
- American Psychiatric Association (1987): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd edn, revised)*. American Psychiatric Press, Washington, DC.
- American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edn)*. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Atkinsonová, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., Bem, D. J., Nolen-Hoeksema, S. (1995): *Psychologie*. Victoria Publishing, Praha.
- Bahbouh, R. (2002): *Teorie osobnosti*. In: Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. (eds): *Psychiatrie*. Tigis, Praha.
- Balon, R. (2002): *Poruchy osobnosti*. In: Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. (eds): *Psychiatrie*. Tigis, Praha.
- Bateman, A. W., Fonagy, P. (2000): *Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder*. *British Journal of Psychiatry*, 177, 138 – 143.
- Bateman A. W., Tyrer, P. (2004a): *Psychological treatment for personality disorders*. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 378 – 388.
- Bateman A. W., Tyrer, P. (2004b): *Services for personality disorder: organisation for inclusion*. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 425 – 433.
- Beck, A. T., Freeman, A. & Associates (1990): *Cognitive therapy of personality disorders*. The Guilford Press, New York.
- Bowers, L., Allan, T. (2006): *The attitude to personality disorder questionnaire: psychometric properties and results*. *Journal of Personality Disorders*, 20, 281 – 293.
- Carrasco, J. L., Lecic-Tosevski, D. (2003): *Specific types of personality disorder*. In: Gelder, M. G., López-Ibor J. J., Jr, Andreasen N. C. (eds): *New Oxford textbook of psychiatry*. Oxford University Press, New York.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., Przybeck, T. R. (1993): *A psychobiological model of temperament and character*. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975 – 990.
- Copas, J., O'Brien, M., Roberts, J., Whiteley, S. (1984): *Treatment outcome in personality disorder: The effect of social, psychological and behavioural variables*. *Personality and Individual Differences*, 5, 565 – 573.
- Černoušek, M. (1994): *Šílenství v zrcadle dějin*. Grada Avicenum, Praha.
- Dalton, J. H., Elias, M. J., Wandersman, A. (2007): *Community psychology: linking individuals and communities*. Thomson Wadsworth, Belmont.
- Davis, R. D. (1999): *Millon: Essentials of his science, theory, classification, assessment, and therapy*. *Journal of Personality Assessment*, 72, 330 – 352.
- De Leon, G. (2000): *The therapeutic community: theory, model, and method*. Springer Publishing Company, New York.
- Delisle, G. (1999): *Personality disorders – gestalt therapy perspective*. CIG Press, Ottawa.
- Dolan, B., Warren, F., Menzies, D., Norton, K. (1996): *Cost-offset following specialist treatment of severe personality disorders*. *Psychiatric Bulletin*, 20, 413 – 417.
- Dolan, B., Warren, F., Norton, K. (1997): *Change in borderline symptoms one year after therapeutic community treatment for severe personality disorder*. *British Journal of Psychiatry*, 171, 274 – 279.
- Dolan, B., Wilson, J., Evans, C. (1992): *Therapeutic community treatment for personality disordered adults: changes in neurotic symptomatology on follow-up*. *International Journal of Social Psychiatry*, 38, 243 – 250.

- Drapela, V. J. (2003): *Přehled teorií osobnosti*. Portál, Praha.
- Dunstan, F., Birch, S. (2004): *What makes a therapeutic community? A comparative study of ideal values*. In: Lees, J., Manning, N., Menzies, D., Morant, N. (eds): *A culture of enquiry. Research evidence and the therapeutic community*. Jessica Kingsley Publishers, London.
- Fiander, M., Langham, S. (2004): *Henderson Replication Study*. St. George's Hospital Medical School, London.
- Filip, V., Sikora, J., Maršálek, M., Jiráček, R., Paclt, I. (1997): *Praktický manuál psychiatrických posuzovacích stupnic*. Zprávy č. 130, Psychiatrické centrum Praha.
- Foucalt, M. (1994): *Dějiny šílenství v době osvícenství*. Lidové noviny, Praha.
- Gabbard, G. O., Coyne, L., Allen, J. G., Spohn, H., Colson, D. B., Vary, M. (2000): *Evaluation of intensive inpatient treatment of patients with severe personality disorders*. *Psychiatric Services*, 51, 893–898.
- Genders, E., Player, E. (2004): *Grendon: a therapeutic community in prison*. In: Lees, J., Manning, N., Menzies, D., Morant, N. (eds): *A culture of enquiry. Research evidence and the therapeutic community*. Jessica Kingsley Publishers, London.
- Girolamo, G. de, Dotto, P. (2003): *Epidemiology of personality disorders*. In: Gelder, M. G., López-Ibor J. J., Jr, Andreasen N. C. (eds): *New Oxford textbook of psychiatry*. Oxford University Press, New York.
- Girolamo, G. de, Reich, J. H. (2003): *Diagnosis and classification of personality disorders*. In: Gelder, M. G., López-Ibor J. J., Jr, Andreasen N. C. (eds): *New Oxford textbook of psychiatry*. Oxford University Press, New York.
- Hartl, P. (1997): *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Sociologické nakladatelství, Praha.
- Hartl, P., Hartlová, H. (2000): *Psychologický slovník*. Portál, Praha.
- Hendl, J. (2004): *Přehled statistických metod zpracování dat*. Portál, Praha.
- Chiesa, M., Fonagy, P., Holmes, J. (2006): *Six-year follow-up of tree treatment programs to personality disorder*. *Journal of Personality Disorders*, 20, 493 – 509.
- Choca, J. P. (1999): *Evolution of Millon's personality prototypes*. *Journal of Personality Assessment*, 72, 353 – 364.
- Johnson, S. M. (2006): *Charakterová proměna člověka. Terapeutický přístup k raným poruchám*. Computer Press, Brno.
- Johnson, S. M. (2007): *Charakterové typy člověka. Terapeutická léčba raných poruch*. Computer Press, Brno.
- Jones, M. (1968): *Social psychiatry in practice. The idea of the therapeutic community*. Penguin Books, Harmondsworth.
- Kelly, G. A. (1955): *The psychology of personal constructs*. Norton Press, New York.
- Kennard, D. (1994): *The future revisited: New frontiers for therapeutic communities*. *Therapeutic Communities*, 15, 107 – 113.
- Kennard, D. (1998): *An introduction to therapeutic communities*. Jessica Kingsley Publishers, London.
- Kennard, D. (2003): *Therapeutic communities*. In: Gelder, M. G., López-Ibor J. J., Jr, Andreasen N. C. (eds): *New Oxford textbook of psychiatry*. Oxford University Press, New York.
- Kennard, D. (2004): *The therapeutic community as an adaptable treatment modality across different settings*. *Psychiatric Quarterly*, 75, 295 – 307.
- Kernberg, O. F. (1986): *Severe personality disorders: psychotherapeutic strategies*. Yale University Press, New Haven.
- Knobloch, F., Knoblochová, J. (1993): *Integrovaná psychoterapie*. Grada-Avicenum, Praha.
- Kohut, H. (1971): *The analysis of the self*. International Universities Press, New York.

- Kol. autorů (1996): *Velký sociologický slovník*. Karolinum, Praha.
- Kooyman, M. (2004): *Terapeutická komunita pro závislé*. In: Kooyman, M., De Leon, G., Nevšimal, P.: *Terapeutická komunita pro drogově závislé I*. Středočeský kraj, Praha.
- Kratochvíl, S. (1979): *Terapeutická komunita*. Academia, Praha.
- Kratochvíl, S. (2001): *Skupinová psychoterapie v praxi*. Galén, Praha.
- Kratochvíl, S. (2002): *Základy psychoterapie*. Portál, Praha.
- Kuhn, T. S. (1997): *Struktura vědeckých revolucí*. Oikoymenh, Praha.
- Langmeier, J., Krejčířová, D. (1998): *Vývojová psychologie*. Grada Publishing, Praha.
- Lees, J., Manning, N., Rawlings, B. (1999): *Therapeutic community effectiveness: A systematic international review of therapeutic community treatment for people with personality disorders and mentally disordered offenders*. NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York, York.
- Leichsenring, F., Leibing, E. (2003): *The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis*. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1223 – 1232.
- Lenzenweger, M. F. (2006): *The longitudinal study of personality disorders: history, design, considerations, and initial findings*. *Journal of Personality Disorders*, 20, 645 – 670.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. The Guilford Press, New York.
- López-Ibor, J. (2003): *Introduction to personality disorders*. In: Gelder, M. G., López-Ibor J. J., Jr, Andreasen N. C. (eds): *New Oxford textbook of psychiatry*. Oxford University Press, New York.
- Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A. (1994): *The International Personality Disorder Examination: The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders*. *Archives of General Psychiatry*, 51, 215 – 224.
- Manning, N., Morant, N. (2004): *Principles and practices in therapeutic community research*. In: Lees, J., Manning, N., Menzies, D., Morant, N. (eds): *A culture of enquiry. Research evidence and the therapeutic community*. Jessica Kingsley Publishers, London.
- Matoušek, O. (1995): *Ústavní péče*. Sociologické nakladatelství, Praha.
- Matoušek, O. (1999): *Ústavní péče*. Druhé rozšířené a přepracované vydání. Sociologické nakladatelství, Praha.
- Mezinárodní klasifikace nemocí* (1978). Avicenum, Praha.
- Mikšík, O. (1999): *Psychologické teorie osobnosti*. Karolinum, Praha.
- Mikšík, O. (2001): *Psychologická charakteristika osobnosti*. Karolinum, Praha.
- Millon, T., Davis, R. D. (1996): *Disorders of personality. DSM-IV and beyond*. Wiley, New York.
- Mitchell, S. A., Blacková, M. J. (1999): *Freud a po Freudovi. Dějiny moderního psychoanalytického myšlení*. Triton, Praha.
- Moorey, J., Davidson, K., Evans, M., Feigenbaum, J. (2006): *Psychological theories regarding the development of personality disorder*. In: Sampson, M. J., McCubbin, R. A., Tyrer, P. (eds): *Personality disorder and community mental health teams: A practitioner's guide*. John Wiley & Sons, Chichester.
- Morant, N. (2004): *Leaving the therapeutic community*. In: Lees, J., Manning, N., Menzies, D., Morant, N. (eds): *A culture of enquiry. Research evidence and the therapeutic community*. Jessica Kingsley Publishers, London.
- Morant, N., Dolan, B., Fainman, D., Hilton, M. (1999): *An innovative outreach service for people with severe personality disorders: patient characteristics and clinical activities*. *Journal of Forensic Psychiatry*, 10, 84 – 97.

- Mosher, L. R. (1991): *Soteria: a therapeutic community for psychotic persons*. International Journal of Therapeutic Communities, 12, 53 – 67.
- Nakonečný, M. (1997): *Psychologie osobnosti*. Academia, Praha.
- National Specialist Commissioning Advisory Group (2005): *Personality disorder*. Department of Health.
- Nevšimal, P. (2004): *Původ a vývoj terapeutických komunit pro drogově závislé*. In: Kooyman, M., De Leon, G., Nevšimal, P.: *Terapeutická komunita pro drogově závislé I*. Středočeský kraj, Praha.
- Norton, K. (1992a): *A culture of enquiry: its preservation or loss*. International Journal of Therapeutic Communities, 13, 3 – 25.
- Norton, K. (1992b): *Personality disordered individuals: The Henderson Hospital model of treatment*. Criminal Behaviour and Mental Health, 2, 180 – 191.
- Norton, K., Bloom, S. L. (2004): *The art and challenges of long-term and short-term democratic therapeutic communities*. Psychiatric Quarterly, 75, 249 – 261.
- Norton, K., Dolan, B. (1995): *Acting out and the institutional response*. The Journal of Forensic Psychiatry, 6, 317 – 332.
- Nováková, S. (2004): *Srovnání rozhovoru a dotazníku při diagnostice poruch osobnosti*. Rigorózní práce, FF UK, Praha.
- Pastucha, P. (2003): *Terapie hraniční poruchy osobnosti – dialektická behaviorální terapie*. Psychiatrie pro Praxi, 4, 221 – 222.
- Praško, J. et al. (2003): *Poruchy osobnosti*. Portál, Praha.
- Preiss, M. (2000): *Cloningerova teorie temperamentu a charakteru a klinická praxe*. Psychiatrie, 4, 43 – 45.
- Preiss, M. (2003): *Theodore Millon – teorie osobnosti a jejích poruch*. Psychiatrie, 2, 91 – 95.
- Preiss, M., Klose, J. (2001): *Diagnostika poruch osobnosti pomocí teorie C. R. Cloningera*. Psychiatrie, 5, 226 – 231.
- Preiss, M., Klose, J., Španiel, F. (2000): *Temperament a charakter podle C. R. Cloningera u psychiatrických pacientů a obecné populace*. Psychiatrie, 4, 251–254.
- Rapoport, R. N. (1960): *Community as doctor*. Travistock, London.
- Robinson, D. J. (2001): *Poruchy osobnosti podlé DSM-IV – vysvětlené*. Vydavatelství F, Trenčín.
- Röhr, H. P. (2003): *Hraniční porucha osobnosti*. Portál, Praha.
- Rutter, D., Tyrer, P. (2003): *The value of therapeutic communities in the treatment of personality disorder: A suitable place for treatment?* Journal of Psychiatric Practice, 9, 291 – 302.
- Ryle, A. (2004): *The contribution of cognitive analytic therapy to the treatment of borderline personality disorder*. Journal of Personality Disorders, 18, 3 – 35.
- Ryle, A., Kerr, I. (2002): *Introducing cognitive analytic therapy*. John Wiley & Sons, Chichester.
- Říčan, P. (1983): *Psychologie osobnosti*. Psychodiagnostické a didaktické testy, Bratislava.
- Schmitt, D. P., Allik, J. (2005): *Simultaneous administration of the Rosenberg self-esteem scale in 53 nations: exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem*. Journal of Personality and Social Psychology, 89, 623 – 642.
- Smékal, V. (2002): *Pozvání do psychologie osobnosti. Člověk v zrcadle vědomí a jednání*. Barrister & Principal, Brno.
- Smolík, P. (1996): *Duševní a behaviorální poruchy. Průvodce klasifikací. Nástin nosologie. Diagnostika*. Maxdorf, Praha.
- Stern, D. N. (1985): *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. Basic Books, New York.

- Svoboda, M. (ed.), Češková, E., Kučerová, H. (2006): *Psychopatologie a psychiatrie*. Portál, Praha.
- Timuřák, L. (2005): *Současný výzkum psychoterapie*. Triton, Praha.
- Tobena, A. (2003): *Aetiopathogenesis of personality disorders (from genes to biodevelopmental processes)*. In: Gelder, M. G., López-Ibor J. J., Jr, Andreasen N. C. (eds): *New Oxford textbook of psychiatry*. Oxford University Press, New York.
- Warren, F., Dolan, B. (eds) (2001): *Perspectives on Henderson Hospital*. Henderson Hospital, Sutton.
- Whiteley, J. S. (1980): *The Henderson Hospital. A community study*. *International Journal of Therapeutic Communities*, 1, 38 – 58.
- Whiteley, J. S., Collis M. (1987): *The therapeutic factors in group psychotherapy applied to the therapeutic community*. *International Journal of Therapeutic Communities*, 18, 27 – 37.
- Widiger, T. A. (1999): *Millon's dimensional polarities*. *Journal of Personality Assessment*, 72, 365 – 389.
- World Health Organization (1992): *Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Psychiatrické centrum Praha.
- World Health Organization (1994): *Lexicon of psychiatric and mental health terms* (2nd edn). WHO, Geneva.
- Yalom, I. D. (1999): *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Konfrontace, Hradec Králové.