



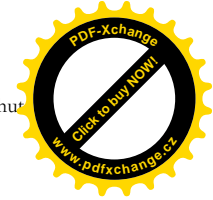
Narcistická a hraniční osobnost - Kernberg, Kohut

Skupinová práce ke Školičce SUR
2005/2006

Vypracovali:
Jarmila Budíková
David Dvorský
Daniel Dvořák
Oldřich Ďurech
Jaroslava Makrlíková
Radek Markus
Lucie Nováková
Libuše Vyternová



Teorie objektivních vztahů	3
Vývoj, dynamika a struktura osobnosti z pohledu teorie objektivních vztahů	4
Poruchy osobnosti	5
Etiologie poruch osobnosti z medicínského pohledu	5
Narcistická porucha osobnosti	6
Mýtus o Narcisovi.....	6
Narcismus	6
Narcistická porucha osobnosti v rámci klasifikace nemocí	8
MKN 10	8
DSM - IV.....	9
Narcismus v terapii.....	10
Specifika analýzy narcistické poruchy.....	11
Specifika kognitivně-behaviorální terapie narcistické poruchy	12
Hraniční porucha osobnosti	13
Hraniční porucha osobnosti v rámci Mezinárodní klasifikace nemocí – 10 revize	13
Symptomatika a terapie u hraniční osobnosti	14
Specifika kognitivně-behaviorální terapie u hraniční poruchy osobnosti.....	15
PUBLIUS OVIDIUS NASO - METAMORPHOSES	18
Literatura a použité zdroje:	20



Teorie objektních vztahů

Ponešický uvádí, že situace 2.pol. 20.století je někdy nazývána obdobím vzrůstajícího narcismu. Vedou k tomu některé společenské faktory – kapitalismus, industrializace, volný trh – snaha po maximálním zisku - poválečná touha po životě, rozmach USA, místo citů jde do popředí konzum zboží, požitků i lidí, charakteristickým rysem je spěch v popředí rodina – děti suplují rodičům nenaplněné tužby (narcistické zneužívání) příklon k drogám (LSD), sekty, antipsychiatrie důsledek prázdnoty a odcizení - snaha po autenticitě a seberealizaci touha po vyniknutí, popularitě, slávě, zisku a penězích – velikášství, grandiozní ego - pokud není naplněna, podílí se takový člověk na velikosti druhého, přimkne se k určitému idolu, vůdci, ideologii... - paralela s omnipotencí v prvních dvou letech života dítěte, kdy jsou matkou naplňovány všechny jeho potřeby bez výhrad

Práce H. Kohuta a jeho žáků na téma narcistických poruch self, značně ovlivnily nejnovější vývoj v psychoanalýze. Self – psychologická teorie se zabývá 4 okruhy poruch, které byly považovány z hlediska psychoanalýzy za neléčitelné :

- narcistickou nerovnováhu osobnosti
- sexuální perverze
- delikvence
- závislost na alkoholu a drogách

Pouze první však považuje Kohut z hlediska psychoanalýzy za srozumitelný ale i léčitelný.

Vedle pudové určenosti vyzdvihuje teorie objektních vztahů také určující vliv vztahů k lidem. Významné je přitom z jejich pohledu obojí, jak pudy, tak vztahy – ti autoři, kteří určující vliv pudů zcela opustili, bývají řazeni k dynamické či interpersonální psychoterapii). Přitom sám termín „object relations“ je původně vytvořený S.Freudem a podtrhuje pojetí že vše mimo subjekt je objektem. Kernberg zdůrazňuje, že objektní vztahy jsou záležitostí intrapsychickou, nikoli interpersonální. Jde o mentální reprezentace sebe i druhých, tak jak se v průběhu vývoje internalizují, tedy jak v průběhu vývoje nabývají objekty vnějšího světa podobu stále duševní reprezentace, jak se vjemy mění v relativně stále představy. V procesu *introjekce* jsou funkce vnějšího objektu přebírány jeho duševní reprezentací, vztah k objektu „venku“ je nahrazený vztahem k objektu „uvnitř“. Výslednou strukturu, vnitřní objekt, nazýváme *introjekt*.

Afektivně podbarvené vztahové jednotky jsou pak podle něj základními prvky psychické struktury. Skládají se ze tří složek: obrazu o objektu z prostředí, obrazu o sobě (vlastní interakci s objektem) a pocitu, který byl pod vlivem pudu (libidinózního či agresivního) při této interakci přítomný a oba obrazy spojuje.

Internalizované objektní vztahy jsou pak organizované do světa vnitřních reprezentací, který v psychice představuje vnější svět (plně ale realitě neodpovídá).

Vývojově tyto trvalé psychické vzorce vyplývají z internalizace ranných vztahů, především vztahu s matkou, a ovlivňují vztahy pozdější.

Podle Prochasky a Norcross se pojetí Kernberga a Kohuta rozcházejí v otázce významnosti vlivu Id na vztah mezi dítětem a rodičem. Zatímco Kernberg je přesvědčený, že objektní vztahy jsou do jisté míry energetizovány základními pudy, především agresivitou, Kohut význam pudů snižuje a zdůrazňuje naopak že dítě má potřebu být chápáné a potřebu idealizovat si druhé. Tyto potřeby uspokojuje pomocí druhých, sloužících jako objekty reflektující jeho vyvíjející se „já“. „Já“ si tyto objekty může idealizovat jako modely budoucího vývoje.



Vývoj, dynamika a struktura osobnosti z pohledu teorie objektních vztahů

Kohut ve své teorii narcismu navázal na potřebu touhy po vřelosti a rezonanci, po obdivu a přimknutí se v kontrastu proti přísným výchovným zásadám uplatňovaným v pol. 20.st. (matka neměla reagovat na křik a pláč dítěte ihned, aby nebylo rozmazlené, krmila ho ve stanovených intervalech apod.) Jeho přístup byl i rozdílný od mnoha soudobých analytiků, kteří zaujímalí spíše chladný, odtažitě-objektivní postoj ke klientům.

V pohledu moderních analytických směrů prochází self zráním v typických stádiích, odlišných od těch, se kterým pracuje klasická psychoanalýza. Hlavními fyziologickými stadii jsou:

- prvotní autismus, ve kterém neexistuje diferencovaná intrapsychická reprezentace já ani vnějšího světa,
- symbióza, ve které dítě ještě nevnímá nezávislost self a objektů,
- diferenciaci, ve které se strukturuje vlastní já a vnímání druhých,
- integrace, kdy ve věku zhruba dvou let začínají děti vnímat sebe a druhé lidi prostřednictvím strukturovaných mentálních reprezentací self a objektů, které jsou nezávislé, ale jsou spojeny ve vzájemných vztazích.

Vztahy mohou být v dobrém vývoji utvářeny bez obav o vlastní já. Ambivalentní prožívání self a ambivalentní vnímání objektů je integrováno a vzniká autonomní já se zdravými vztahy k okolí. Z vývojového hlediska je pro dítě ideální, pokud mohou být jeho potřeby být přijato a milováno uspokojeny v průběhu interakcí s rodiči. Nejdůležitější je zde to, jací rodiče opravdu jsou, nikoli to, jak se snaží vůči dětem chovat. Pokud nejsou rodiče schopni uspokojit dětské vývojové potřeby, mohou si děti vybudovat problematickou identitu a může dojít ke vzniku poruchy osobnosti.

V různých fázích vývoje Self se projevují některé motivace. Tou základní tendencí zajišťující a umožňující život je **snaha po koherenci** – zárodek budoucího „já“, sebe-organizaci – snaha zabránit rozpadu osobnosti – nejhlubší zdroj lidské úzkosti (okolnosti kolem porodu - odkázanost na pomoc matky, strach ze smrti, ze ztráty vztahu) – k přežití musí to pozitivní převládnout nad negativním – přisvojování dobrého, odmítání špatného.

Další fází je jáský výkon takzvaného **rozštěpování** – snaha vidět matku a vzájemný vztah pouze pozitivně – pokud dítě vnímá něco negativně dojde k rozštěpení-matka, jež se zlobí, je jiná než ta, která ho miluje – ambivalence-strategie proti neúnosným citovým frustracím

Dalším krokem je zvládnutí separace a odloučení od matky – **postupné ohraničování** - zdaří se, pokud přináší naplnění jiných potřeb

Kohut se věnoval této postupné kompletizaci osobnosti prostřednictvím částečných vztahů a identifikací – interpersonální vývoj je zajištěn touhou dítěte po větší vlastní kompetenci a pochvalou rodičů nad jeho úspěchy. Fixace na určitých pudových stádiích jsou podle něj důsledkem zábran ve zdravém vývoji – jsou náhradním uspokojením.

Další vývojovou fází je **uretrální** a bezprostředně na ni navazuje **oidipální fáze**.

U oidipální fáze se dostává do popředí pohlavní diferenciaci, nápor dětské sexuality - umožňuje identifikaci s celou osobou rodiče a to podporuje vývoj k ženské či mužské identitě, dochází k jasnějšímu uvědomování si pohlavních rozdílů. Neznamena jen zkušenost s klíčoví sexualitou a konfrontaci s úzkostmi, nejistotami a zákazy, ale také přechod z dyadické do triadické interpersonální situace – první soc. skupiny. Dítě je tak obohaceno o postoj druhého – onen třetí je většinou otec a je nositelem jiného názoru než matka – stává se osvoboditelem (vnáší hledisko objektivitu), ale je také vetřelcem do symbiotického vztahu s matkou. Otevírá se možnost sebereflexe, řečové komunikace. Tvoří se třídílná osobnostní struktura ono, já a nadjá. Dětské „já“ je celostně vnímáno a je vystaveno prvním konfliktům – principu reality obětuje část svého fantazijního života, dítě se učí konflikty řešit, aby nastolilo vnitřní i vnější rovnováhu. Jeho jáské schopnosti a funkce se zdokonalují.

Jáské funkce – projev signální úzkosti, schopnost učení, schopnost vztahovosti (primární je potřeba vztahu jako takového, sekundární je dosahování slasti, vyhýbání se bolesti a dosahování narcistického



sebe-potvrzování a důvěry), vytváření sebe-pojetí a vytvoření sebe-prezentace (naše sebevědomí je závislé na okolí).

Poruchy osobnosti

Aktuální Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize (MKN-10, 1992) používá kategoriální hledisko. Vychází především z popisů dlouhodobých rysů osobnosti. Každá porucha v této skupině může být klasifikována podle převládající formy projevů v chování a utváření sociálních vztahů. Jednotlivé typy se vzájemně nevyklučují a někdy se v různých charakteristikách překrývají.

Odlíšnosti se projevují v několika oblastech

- poznávání – způsoby vnímání a interpretace věcí, lidí a událostí, formování přístupu k sobě a ostatním
- emotivita – rozsah, intenzita a přiměřenost emočního vznětu a odpovědi
- ovládání impulsů a uspokojování potřeb
- způsob chování k ostatním a zvládnutí interpersonálních potřeb

Tyto vzorce chování, pohled na sebe, druhé, na svět jsou pro dotyčného člověka „přirozené“, je vesměs přesvědčen o své „normalitě“, ale vedou ke konfliktům s ostatními. Vzorce chování jsou trvalé, dlouhodobé. Porucha osobnosti vede ke značné osobní nepohodě, často bývá sdružená s významným zhoršením výkonu v zaměstnání, ve společenské oblasti.

Porucha osobnosti může předcházet jiným psychickým poruchám nebo se s nimi může vyskytovat současně. Takovýto člověk při frustraci snadno podléhá úzkostnosti, psychosomatickým poruchám, depresi, závislosti na návykových látkách. Maladaptivní projevy vedou někdy k utrpení nositele, ještě častěji však jeho okolí. Člověk trpící poruchou osobnosti často nevidí problém u sebe, ale u druhých osob.

Poprvé se zpravidla objevují ve věku pozdního dětství nebo adolescence a přetrvávají prakticky celý život. V průběhu vývoje dochází k určitým výkyvům - období kompenzace nebo dekompenzace stavu. Ve stáří se některé projevy mírní, projevy paranoidní se však zvyrazňují.

Etiologie poruch osobnosti z medicínského pohledu

Pravděpodobně příčiny poruch osobnosti jsou komplexní kombinací mezi temperamentem (genetickými a dalšími biologickými faktory) a charakterem (vývojovými a environmentálními faktory).

Praško (2003) uvádí, že predispozice ke vzniku poruchy osobnosti je dána pravděpodobně geneticky, nejspíše polygenně. Může však také souviset s prenatálním obdobím vývoje dítěte, kdy vlivy z vnitřního prostředí plodu, ale i zevní zátěžové faktory působící na matku (stres, virové onemocnění) mohou ovlivnit vývoj mozku dítěte. Podobně mohou mít vliv drobná mozková poranění během porodu. Rodinné prostředí v raném dětství pak hraje významnou roli při formování postojů dítěte. Psychosociální vlivy – neúplnost rodiny, konfliktní, emočně vypjaté rodinné prostředí, příliš trestající, restriktivní nebo tvrdá výchova, na druhé straně i nadměrné rozmazlování – mají velmi výrazný vliv na rozvoj dispozice k poruše osobnosti. V dalším vývoji na to nasedají vlivy školy, vrstevníků (party) a kulturní vlivy, které mají často patoplastický a akcelerující vliv (násilí v televizi, filmech, počítačové hry apod.).



Narcistická porucha osobnosti

Mýtus o Narcisovi

Narcis, krásný, pyšný a necitlivý hrdina z řecké mytologie, byl podle Ovidiových Proměn proklet bohyní Nemesis poté, co zavrhl nešťastně jej milující nymfu Echo. Zbytek života strávil okouzlen odrazem vlastní krásy na hladině jezera.

První asociací k Narcisovu jménu zůstala i po tisících let velká sebeláska. Ale Narcisův příběh ve skutečnosti není příběhem o velké lásce. Jaký je to život, promarněný v izolaci pohledem na neměnný a falešně zrcadlený vlastní obraz? Dokáže narcistická osobnost vůbec milovat sama sebe?

Kernberg na to odpovídá, že narcisté milují sami sebe stejně špatně, jako ostatní.

Narcismus

S narcistickými rysy osobnosti se setkáváme v široké škále vyjádření, od svého druhu fyziologického narcismu manifestovaného běžným velikášstvím dětí předškolního a mladšího školního věku, přes narcistické rysy lidí, u kterých nemůžeme hovořit o vyložené patologii, až po narcistickou poruchu osobnosti jako definovanou psychopatologickou kategorii. Souvislosti s narcistickými motivacemi můžeme vnímat i v chování velkých lidských skupin, ať už se jedná o společenská uspořádání, významná umělecká díla, nebo například o odpovědi na narcistická traumata, které nabízejí náboženské systémy.

Téměř každý z nás má nějaké narcistické rysy.

Charakteristickým rysem narcismu je pocit vlastní grandiozity. Grandiozita může být definována přímo (jsem nejlepší, nejkrásnější, nejinteligentnější, jsem jiný, nikdo mi nemůže rozumět), ale také nepřímo (jsem spojen s důležitými, mimořádnými lidmi). Narcisté přitom mohou být zároveň, v jistých ohledech, skutečně nadprůměrně nadaní, schopní, atraktivní. Muhammad Ali vykřikoval, že je nejlepší – ale byl skutečně boxerským šampionem. Salvador Dalí se prezentoval jako nesympatický megaloman, ale maloval geniální obrazy. Pro patologický narcismus je typický rozpor mezi grandiózním self a malými efekty jeho realizace ve vnějším světě. Důležité je nejen velikášství, ale zejména absence reálného sebehodnocení – paradoxním průvodcem grandiozity je epizodické drastické a zničující sebeodmítnutí. Reálné vnímání sebe sama chybí.

Kratochvil charakterizuje narcistické poruchy osobnosti, pojetím sebe jako vševědoucího, dokonalého a s neomezenou mocí, jemuž má všechno sloužit. Tito lidé jsou příliš zaujati sami sebou, někdy hypochondricky ladění, někdy se sklonem k sebeděvádění.

Podstatným znakem patologického narcismu je vážné narušení interpersonálních vztahů. Narcistická patologie může být přitom skrytá do jisté míry funkčními obranami, zejména na veřejnosti či ve skupinovém chování. Ani veřejný příběh však nedává dlouhodobě smysl. Patologické obrany pomáhají, za zvyšující se cenu, jen krátkodobě. Lze vyhrát bitvu, nikoli zvítězit ve válce. Oblíbený a schopný kolega tak vystartuje do vlivné pozice, aby posléze odešel z destabilizovaného týmu naplňovat svůj velký potenciál zase někde jinde. Se skvělou kamarádkou se nedá vyjít jako se spolubydlící. Okouzlující a dokonalé milenky sériově ničí životy svých partnerů. Stárnoucí žena ráda mluví o tom, jak věnovala život dítěti, se kterým ve skutečnosti trávila jen některé víkendy. Jako by si narcisté schovávali to nejhorší pro své nejbližší. Někdy může být těžké za tím vnímat zoufalé manévry nešťastného osamocенého člověka.

Narcisté nejsou empaticí. Nedostatek empatie může být přitom krátkodobě maskován, zvláště ve vztazích, kdy narcista stabilizuje své sebezpojetí přimknutím k někomu, koho v té době vnímá jako autoritu a hledá jeho ocenění. O to překvapivější mohou být situace, ve kterých tentýž druhý člověk náhle jakoby přestane existovat, protože si zrovna narcista stabilizuje self někde jinde.

Normální vzájemnost lidských vztahů narcisté vnímají jako vykořisťující a invazivní. Právě ti, kteří pro sebe vyžadují velký prostor, dokáží přitom zároveň velmi omezovat druhé.

Narcista je extrémně kritický ke druhým, a zároveň extrémně citlivý na kritiku. Věří, že musí být vnímán jako perfektní v každém ohledu, protože jinak ztrácí ve vlastních očích veškerou cenu.

V narcistických vztazích bývá velmi důležitý motiv agrese. Vztah je zde bojem o moc, jeden vítězí a druhý prohrává. Ohled vůči druhému může být motivován strachem, přestože narcista hovoří o



respektu. Narcista nechápe, nedává ani skutečně nepřijímá soucit, lítost vnímá ambivalentně i jako pohrdání druhým.

Pokud narcista vnímá a analyzuje své emoce, nemusí je cítit jako reálnou součást sebe sama.

Nerozumí svým pocitům, nerozumí ani pocitům jiných. Emoce přicházejí jako počasí, člověk se jimi musí řídit, je jimi zmítán – a musí se jimi řídit i všichni ostatní. Já se cítím špatně, ty budeš taky. A za okamžik je všechno zase zcela naopak.

Narcisté jsou impulzivní. Nevnímají následky svého jednání, často způsobem, který se zdá být v rozporu s jejich inteligencí či zkušeností.

Životní příběhy narcistů jsou plné rozporů. Často interpretují tutéž situaci zcela jinak dle okamžitého naladění a dojmu, který vzbuzují. Historie se mění, je plná protikladů. Vzpomínky či líčení minulosti mohou být přesvědčivé a působivé, často však bývá těžké dobrat se skutečných faktů.

Partnerské a milostné vztahy narcistů projevují některé společné znaky. Dle Kernberga narcistická osobnost v blízkém vztahu nejčastěji projevuje své grandiózní sebepojetí a znehodnocenou část sebe projikuje na partnera. Narcista potřebuje obdiv více, než lásku. Při zamilování se narcistická osobnost zaměřuje na obdivované znaky milovaného objektu, které se stávají nevědomě součástí jí samé, přechodnou idealizací ale může střídát rychlé znehodnocení partnera. Narcista hovoří o hlubokém citovém vztahu, který za krátkou dobu nikdy nebyl. Nenávisť je zde sestrou lásky, je to tatáž nenávisť, kterou narcista pocítuje sám k sobě v epizodách extrémního sebeodmítnutí. Konfrontaci se sebou samým je zabráněno projekcí nenávisť na partnera. Podobné mechanismy se mohou projevovat i v přenosových fenoménech v rámci psychoterapie.

U narcistických žen se může patologie projevovat ve vztahu k dětem. Některé ženy se bojí mít dítě, protože by jeho závislost vnímaly jako vykořisťující a omezující. Jiné po dítěti touží, protože chtějí, aby saturovalo jejich emocionální potřeby, ovšem milují jen, když je naprosto závislé, nebo dokonale splňuje matčiny představy – stávají se tak narcisticky součástí matčina těla nebo osobnosti. A patologie se šíří do dalších generací.

Poruchy narcistické povahy (podle Kohut, 1971) jsou charakterizované plejádou patologických rysů:

- v sexuální sféře: perverzní fantazie, nedostatek zájmu o sex
- v sociální sféře: pracovní inhibice, neschopnost formovat a udržet významné vztahy, delikventní aktivity
- v manifestních osobnostních rysech: nedostatek humoru, nedostatek empatie, nedostatek smyslu pro proporce, tendence k atakám nekontrolovaného vzteku, patologické lhaní
- v psychosomatické sféře: hypochondrické zabývání se fyzickým a mentálním zdravím, vegetativní poruchy v četných orgánových systémech.

Pacient přitom často není schopný soustředit se na patologické projevy, jen poznává a popisuje sekundární stížnosti (vágní nářky, depresivní nálada, nedostatek iniciativy v práci, fádnost interpersonálních zkušeností, nespokojenost s fyzickým a mentálním stavem).

Jakýmsi definitivním kritériem odlišujícím narcistickou osobnost od jiných neuróz je charakteristický vývoj narcistického přenosu, který může probíhat ve dvou podobách. *Idealizující přenos* vzniká v důsledku reaktivace idealizovaného rodičovského imaga, následující regrese často vede k hypomanickému podráždění, transu. Druhá forma, *zrvadlící přenos*, se objevuje po reaktivaci vlastního grandiózního Self, regrese se tu projevuje studeným autoritativním chováním, afektovanou řečí a gestikou a nerealistickými grandiózními činy. Regresivním stavem společným pro obě formy (a tedy hlubším) může být zvýrazněná hypochodrie, autostimulace, perverzní fantazie nebo aktivity.

Narcistickým osobnostem se typicky nedostalo patřičného přijetí a pochopení v raném dětství. Příčinou je podle Kohuta absence blízkosti, emfatického porozumění a ocenění od rodičů spolu s absencí rodičovské postavy, kterou by si mohli idealizovat. Dítě se v určitém vývojovém období potřebuje vnímat velkášsky ("grandiózní Self") a zároveň potřebuje mít v okolí dokonalou postavu s rysy všemohoucnosti, kterou by mohlo obdivovat a identifikovat se s ní. Pokud k tomu nedojde, přenesou se tyto neuspokojené potřeby i do dospělosti. Zdraví lidé ví a cítí, že mohou být přijati druhými, i když je zde rozpor mezi jejich skutečným já a maximalistickým ideálem. Patologický narcismus je naproti tomu charakterizován nereálným grandiózním selbst. Sebepojetí je ztotožněno s ideálem, protože jen takovýto ideál může být akceptován a přijímán. Jakékoli selhání, jakákoli ztráta převahy vede do nicoty. Jen dokonalost zajistí bezpečí. Reálné vývojové potřeby strukturující se



osobnosti nebyly naplněny, vytváří se patologická osobnostní struktura, která zdánlivě vede k překonání deficitu. Protože se jedná o nefunkční a nestabilní uspořádání, musí být neustále uměle potvrzováno. Negativní součásti osobnosti, neslučitelné s ideálem, jsou vytěsňeny, nebo projikovány na druhé. Vše, co podporuje grandiózní self, je vítáno, vše, co by jej mohlo ohrozit, je odráženo. Narcistní člověk nedokáže vnímat sám sebe takového, jaký opravdu je. Nedokáže ani vnímat druhé a opravdu jim porozumět. Vnímání druhých je omezeno jen na určité stránky jejich osobnosti, které v danou chvíli podporují či ohrožují vlastní nestabilní self. Umělý prostor falešného bezpečí vede do prázdnoty a izolace a konfrontace s realitou je stále těžší. Vše je podřízeno zachování krásného obrazu na hladině jezera.

Přehledné vysvětlení vzniku poruch osobnosti podává teorie objektivních vztahů (Kernberg, Kohut). Za určující faktor vývoje osobnosti je zde považován vztah mezi self (vlastním já) a objekty. Pod pojmem objekt zde ovšem rozumíme nikoli vnější fenomén jako takový, ale vnitřní psychickou strukturu, která reprezentuje druhé lidi. Každý člověk je ve vnímání okolí konečkonců odkázán pouze na intrapsychické struktury, které odrážejí vnější svět. Objektivní vztahy, tedy psychické interakce mezi self a objekty, jsou proto zásadním principem určujícím lidský život. Objektivní vztahy jsou přitom výrazně ovlivněny ranými interpersonálními vztahy, a samy poté nevědomě výrazně ovlivňují pozdější interpersonální vztahy jedince.

Podle Kernberga (1975) pacienti s narcistickou osobností prezentují excesivní Self-absorbci, obvykle spojenou s umělým klidem a efektivní sociální adaptací, ale s vážnými poruchami v jejich interních vztazích s druhými lidmi. Typická je silná ambicióznost, grandióznost fantazie a hyperzávislost na vnějším obdivu a ocenění. Vážné defekty jejich kapacity pro lásku a zájem o druhé se projevují mimo jiné pocitem prázdnoty a stálými snahami o sílu, moc a krásu. Nedostatek kapacity pro empatické porozumění je pro druhé často překvapujícím poznáním - vzhledem k jejich umělému sociálnímu přizpůsobení. Dalšími charakteristikami jsou chronická nejistota a nespokojenost, vykořisťování a nemilosrdnost k druhým. Typická je pro tyto pacienty patologičnost jejich internalizovaných objektivních vztahů.

Grandiózní Self přitom kompenzuje efekty Ego-slabosti primitivní defenzivní organizace (podobné u bordeline a hraničních osobností) a vysvětluje fakt, že narcistické osobnosti mohou navenek prezentovat fungování lepšího integrovaného typu než bordeline.

Prochaska a Norcross dodávají, že podle Kohuta je ideálním typem identity autonomní já charakterizované sebeoceněním a sebedůvěrou. S tím úzce souvisí pocit jistoty. Tento typ identity se může rozvinout, pokud jsou dětské potřeby být chápán a idealizovat uspokojeny v interakci s rodiči. Jestliže rodiče nejsou schopni uspokojit potřebu být pochopen (zrcadlen) a idealizovat, děti si vybudují problematickou identitu. Neuspokojená potřeba zrcadlení vede k touze obdivu a ocenění, pozornosti, střídání vztahů i chování v neuspokojitelné snaze o upoutání pozornosti. Touha po ideálu ústí v pátrání po lidech, které by mohli obdivovat pro jejich význam a vliv - jako hodnotní se cítí jedině tehdy, když k někomu mohou s obdivem vzhlízet.

Narcistický konflikt může být také viděn při vzniku závislosti. L. Wurmstr považuje za chybné hledání vzniku závislosti ve svedení ostatními, podmínkou je podle něj emoční porucha, která se vyvíjí nezávisle na setkání s drogou. Jde o konflikt, mezi potřebou mít pravdu, (vědět všechno nejlépe sám) versus věřit tomu co cítí nebo si myslí ostatní- takový problém se nazývá narcistický konflikt a způsobuje narcistickou krizi. Člověk jím může být motivovaný k vyhledávání drog.

Narcistická porucha osobnosti v rámci klasifikace nemocí

MKN 10

Mezinárodní klasifikace nemocí – 10 revize, řadí tuto poruchu mezi poruchy osobnosti a chování u dospělých. Konkrétní diagnostické označení zní: Jiné specifické poruchy osobnosti– **Narcistická porucha osobnosti**, její kód je **F60.8**



Diagnostická kritéria MKN – 10

- A Musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti.
- B Musí být splněno nejméně pět z následujících příznaků:
- velikášská představa o vlastní důležitosti (např. přeceňuje dosažené úspěchy a svoje vlohy, očekává, že bude považován za lepšího, než jsou ostatní, aniž by tomu odpovídaly výsledky jeho činnosti)
 - zaujetí fantaziemi o absolutním úspěchu, moci, vlastní skvělosti, kráse nebo ideální lásce
 - víra, že je „zvláštní“ a jedinečný a že může být pochopen a být ve spojení opět pouze se zvláštními nebo vysoce postavenými lidmi nebo institucemi
 - potřeba nekonečného obdivu
 - představa o zvláštní privilegovanosti, neoprávněné očekávání zvláště slibného způsobu léčby nebo automatického splnění jeho přání a očekávání
 - využívání interpersonálních vztahů ve svůj prospěch tak, že využívá výsledků jiných osob k dosažení vlastních cílů
 - chybění empatie, váhavost a neochota rozpoznat nebo se vžít do pocitů nebo potřeb jiných lidí
 - často závidí jiným nebo věří, že jiní závidí jemu
 - arogantní, zpupné chování nebo přístupy

DSM - IV

Dle DSM-IV patří narcistická porucha osobnosti do tzv. B skupiny specifických poruch osobnosti, charakterizovaných jako emocionální a vztahové poruchy, spolu s dissociální, histriónskou a hraniční poruchou.

Pro stanovení diagnózy musí být splněno alespoň pět z následujících devíti kritérií:

- Prezentace přehnaného pocitu vlastní hodnoty,
- soustavné zaobírání se fantaziemi o neomezeném úspěchu, kráse, moci, ideální lásce,
- přesvědčení o jedinečnosti vlastních problémů, kterým dokáže porozumět jen velmi málo výjimečných lidí,
- neustálé vyžadování pozornosti a obdivu,
- projevování velkých nároků a očekávání speciálního přednostního zacházení od druhých,
- využívání mezilidských vztahů k dosažení vlastních cílů prostřednictvím druhých,
- nedostatek empatie,
- závistivost nebo silné vnímání závidi ze strany druhých,
- vztek, stud či ponížení v reakci na kritiku.

O poruše osobnosti můžeme mluvit tehdy, když se jedná o přetrvávající vzory chování, které jsou v kontextu společnosti a dané kultury abnormální, které nejsou vázány na epizody exacerbace choroby či na přechodné vnější vlivy a nemění se, i když svému nositeli přivádí opakované emocionální obtíže a vztahové problémy.

Prevalence NPO v populaci činí cca 1%, mezi psychiatrickými pacienty se udává výskyt ve 2 – 16%. Problémem ovšem je, že typičtí pacienti s NPO často nevyhledávají terapii, nebo nespátřují důvody k tomu, v terapii setrvat. Paradoxně se tak můžeme setkávat v terapeutické praxi možná častěji s narcistickými postavami v životních příbězích klientů.

Příčiny vzniku narcismu jsou pravděpodobně vývojové. Narcisté mohou mít anamnézu frustrovaných, nepřijímaných, traumatizovaných i zneužívaných dětí. I těžká emocionální deprivace se přitom může skrývat pod obrazem řádně fungující rodiny – zpravidla s narcistickými rodiči.



Narcismus v terapii

Pokud narcistický jedinec vyhledá psychotherapeutickou intervenci, prezentované problémy jsou velmi často jiné, než rysy patřící do klinického obrazu narcistické poruchy osobnosti. Nejčastějšími zjevnými symptomy jsou úzkosti a deprese. Úzkostné a depresivní stavy mohou být reakcí na aktuální zátěžovou situaci, která konfrontovala narcistická očekávání a fantazie s realitou. Příčiny svých problémů zpravidla spatřují narcističtí klienti výhradně ve vnějším světě, problémy jsou způsobeny ostatními bez vazby na vlastní jednání.

Pocit, že jsou odkázáni na terapeutickou pomoc, může být klienty s NPO vnímán jako nepřijatelně ponižující. Pokud přesto do terapie vstoupí, například v reakci na vážnou životní krizi či ve snaze řešit úzkostnou či depresivní symptomatologii, mohou terapii vnímat jako cestu k obnovení narcistické rovnováhy, k udržení pocitu sebeuspokojení a patologického sebeobrazu. Jejich náhled na sebe sama, vlastní minulost i současnou situaci, bývá výrazně zkreslen. Hledají spíše zahojení narcistických ran, než reálnou změnu.

Někdy může být efektivní postupně pracovat s klientovou narcistickou potřebou sebepotvrzení tak, aby napomohla vytvoření terapeutického vztahu. Pokud ovšem klient vnímá terapii jako rychlý prostředek k odstranění nepříjemné symptomatologie, má tendenci předčasně odcházet, právě proto, že se cítí lépe, aniž by z pohledu terapeuta bylo dosaženo cíle. I relativně mírnou konfrontaci s falešným sebepojetím přitom může narcistický klient chápat jako odmítnutí či ohrožení ze strany terapeuta a také předčasně odejít, tentokrát nespokojen.

Práce s narcistickou osobností je obtížný proces. Terapeut by měl být připraven na konfrontaci s protikladným fenoménem idealizace a následného zavržení klientem. Počáteční fáze terapie může být pro terapeuty příjemná, zvláště jedná-li se o práci s člověkem, který má jako mnozí narcisté osobní kouzlo a schopnost ovlivnit druhé ke svému prospěchu. V dlouhodobějším horizontu lze ovšem očekávat problémy a narcisté se typicky řadí mezi klienty, kteří v terapii dosahují spíše menšího pokroku.

V podpůrné psychotherapii je zdůrazňován terapeutický vztah, podmínka bezpečí a podpory.

Empatická a povzbuzivá komunikace jako hlavní přístup je potřebná zejména v počátečním období, kdy pacient trpí protimluvami, odmítáním a zklamáním.

Konfrontace je používána pro pacientovo uvědomění si nepříjemných důsledků svého chování, je však potřeba postupovat pomalu a jen na základě empatického vztahu, ve kterém pacient důvěřuje. V procesu oddělujeme příčinu od následků, pro příčinu vyjadřujeme pochopení, o následcích spolu s pacientem uvažujeme, zda jsou opravdu to, co nejvíce chce, potřebuje. (Shazování, kritika otcem - povýšené, odměřené chování k lidem)

Kognitivně-behaviorální přístup se soustřeďuje na klientovy maladaptivní vzorce chování, které souvisí s velikášstvím, přecitlivělostí ke kritice a deficitem empatie. Podpoření adaptivnějších vzorců chování může být vnímáno jako relativně málo ambiciózní cíl. Přesto se může v praxi jednat o reálný terapeutický úspěch, který v dlouhodobějším horizontu může přispět k zásadnějším změnám osobnosti klienta.

Pacient rozděluje všechny události na ocenění a pohanění – dichotomie v kognitivním stylu. Kritika je vnímána velmi vztahovačně. Drobné neúspěchy pacient transformuje na obrovské tragédie. Baker využívá analogii „procházky po domě křivých zrcadel“ a tu doporučuje využívat i v terapii. Terapeut pomáhá pacientovi získat realističtější pohled.

Skupinová terapie může být velmi prospěšná, nicméně ve skupině jsou viditelní – prosazují se do role expertů, soupeří s terapeuty, těžce nesou jinou než „zvláštní“ roli.

Psychodynamicky orientovaný přístup se může přiblížit skutečným příčinám vývoje patologicky strukturované osobnosti a tím potenciálně dosáhnout významných změn ve smyslu zrání self, získání náhledu a překonání traumat. Je však třeba si uvědomit, že klienti s narcistickou poruchou osobnosti, jakkoli sebevědomě, silně či arogantně působí, jsou často lidé s velmi vážnými traumaty v anamnéze. Konfrontace s těmito traumaty může být potenciálně riziková a může vést k rozvoji vážné depresivní či úzkostné symptomatologie.

Nepatologická varianta narcistické osobnosti je úspěšný, výkonný, sebevědomý, ambiciózní, vůdčí člověk, který využívá svých schopností, zvládá a akceptuje kritiku a dokáže spolupracovat s druhými. Práce s klienty s poruchou osobnosti se nemůže pokoušet o to, udělat z nich někoho, kým nejsou a



nemohou být. I člověk s poruchou osobnosti má ale své silné stránky a pozitivní potenciál a terapie by měla přispět k jeho rozvoji.

Ostatně volba pomáhající profese je jednou z možných adaptivnějších životních cest lidí s traumatickou historií. Konfrontace s vlastními narcistickými traumaty a narcistickými rysy vlastní osobnosti proto je, nebo by alespoň měla být, důležitou složkou kompetence terapeuta.

Specifika analýzy narcistické poruchy

Narcistickou poruchu osobnosti nelze léčit klasickou psychoanalýzou proto, že lidé s poruchami Self nejsou schopni důsledně projikovat své představy – jsou prostě příliš zahleděni do sebe. Terapeut je musí zrcadlit (oceňovat a respektovat) a oni si musí idealizovat terapeuta. Důrazem na empatii, bezpodmínečné pozitivní ocenění (zrcadlení) a opravdovost může terapeut vyplnit prázdnotu, kterou klient zakusil v dětství. Teprve pak je možné pracovat s interpretacemi na zvyšování vědomí, což vede k vývoji autonomnějšího já.

V terapii se opakuje nedostatečné naplnění vývojových potřeb Self, proto vytváří narcistická osobnost dva typické druhy přenosu: zrcadlící, oživující velikášské pojetí sebe s potřebou obdivu a se sebe předváděním, a idealizující, kdy je terapeut idealizován tak, aby se s ním pacient mohl identifikovat. Ve vztahu k analytikovi přitom neopakuje postoje k významným osobám vcelku, jen k některým jejich charakteristikám.

Terapeut se přitom nesnaží tuto idealizaci interpretacemi zrušit, nýbrž zajišťuje empatické porozumění, které pomáhá uspokojit nenaplněné potřeby z dětství a napomůže tak osobnostnímu dozrání. Namísto neúspěšných pokusů o odstranění narcismu ve prospěch vztahů je třeba posílit sebelásku těchto pacientů, aby o sobě nemuseli ztrácet dobré mínění a vnímat druhé jako rušivé činitele. Cílem terapie je objevit a posílit zárodky ambicí a ideálů, podpořit vytvoření osobní autonomie a také empatii, tvořivost a smysl pro humor.

Pacienti s narcistickou nerovnováhou zaujímají k analytikovi **specifický funkcionální vztah**.

Potřebují ho jako nositele své lidské hodnoty. Jejich porucha je spojena s pocitem povinnosti být zcela mimořádný člověk. Jak uvěří, že jí dostali, nechťejí –li se vzdát zdravého rozumu? V praktickém životě za každou cenu usilují o úspěch. Pokud je nikdo nechválí, tvrdě pracují na budoucím ocenění, nebo si zoufají. Výkon analytické profese se neslučuje s projevy obdivu, pochlebování analyzantovi.

Pacient vydrží v léčbě s pomocí idealizujícího nebo některého ze zrcadlících přenosů.

V preobjektivním přenosu idealizovaného typu se na analytika přenáší útvar idealizované rodičovské imága. Podle Kohuta je normální součástí ranného úseku preverbálního vývoje, ožije li v analýze, je analytik vnímán jako nejskvělejší člověk na světě, zajímám-li tak dokonalého člověka, jsem i já někdo mimořádný.

V zrcadlících přenosech se aktivuje grandiozní self, pacient je přesvědčen, že analytik o jeho dokonalosti ví, jinak by nebyl schopen vnímat jeho nejskvělejší myšlenky.

Dokud pacient věří některé této přenosové iluzi, běží analýza hladce, naruší-li se jeden z narcistických přenosů, dochází zhruba k těmto 4 projevům:

- pacient dochází dál, je vyhaslý, stereotypně hovoří o neurčitých tělesných obtížích, do vyčerpání masturbuje bez doprovodných fantazií
- stimulační chování, pacientovi anonymní výlety do světa mimo svoje společenské prostředí, spojené s pitím, drogami, perverzní sexualitou
- chladné chování vůči analytikovi, spojené s narcistickým vztekem
- pacient přestane docházet, neomluví se, analytikovi se snaží vysvětlit, že léčbu nepotřebuje

Podle Kohuta (1971), pacient vědomě či nevědomě reaguje na narcistické zranění, na prožitek vlastní nedokonalosti při analytické empatické selhání. - neexistuje empaticky neselhávající analytik, jiným lidem však projevy vlastní nedokonalosti přijdou normální

Analytik může přenosy obnovit: „možná vám posledně vadilo, že jsem nepochopil...“ Při nenarušeném procesu se pracuje klasicky – horizontální rozštěp, propojení minulosti s přítomností. Při interpretaci narcistických zranění – vertikální rozštěp, citlivost pacienta vůči nepochopení, která se může časem zmírňovat – objevuje se sebeironie, smysl pro humor.



Specifika kognitivně-behaviorální terapie narcistické poruchy

Cílem terapie je zmírnění přecitlivělosti na zranění, zvýšení schopnosti rozumět druhým i sobě samotnému, lepší uvědomování si a respektování potřeb a pocitů druhých.

Pacient obvykle vyžaduje speciální pravidla, bývá uražen, pokud je léčen stejně jako druzí. Zrcadlení je náročné, protože pacient snadno prožívá narcistické zranění při náznačce kritiky nebo konfrontace. Zpočátku je nutné jej vyslechnout, vyjádřit pochopení pro jeho prožívání, nikoliv však souhlas s jeho postoji.

Spouštěčem frustrace bývá neúspěch, porovnávání se s druhými, které pokládá za úspěšnější, kritika, nedostatek obdivu, chvály. Často druhým závidí nebo předpokládá, že druzí závidí jemu. Vzorcem dekompenzace jsou žárlivé nebo závistivé epizody, výbuchy hněvu nebo propady bolestnému smutku.

Jádrová schémata o vlastní méněcennosti jsou kompenzatorně proměněná v pohled na sebe jako na výjimečného člověka, pro kterého běžná pravidla neplatí, obyčejní lidé mu neporozumí...

Afektivní styl se projevuje buď mírně nadnesenou náladou nebo výbuchy vzteku až zuřivosti.

Kognitivní styl obsahuje nekritické, ale labilní pozitivní sebehodnocení.

V chování pacient zpravidla manipuluje druhými ve svůj prospěch, není schopen navázat rovnocenný vztah, nedaří se mu brát zřetel na potřeby a pocity druhých. Chová se často arogantně, nadřazeně, hrubě.

Hlavním cílem terapie je zvýšit schopnost a ochotu pacienta brát ohled na druhé, snížit přecitlivělost na kritiku a nesouhlas.

Terapeutické metody:

změna stylu: nácvik uvědomování si vlastních kognicí, nácvik zvládnutí vzteku, nácvik empatie, nácvik zvládnutí impulzivity, nácvik zvládnutí přecitlivělosti.

Změna schémat: analýza a zpochybňování automatických myšlenek, analýza a zpochybňování maladaptivních schémat, testování schémat pomocí behaviorální experimentů

Vzhledem k vysoké zranitelnosti, je riziko předčasného ukončení terapie velké. V terapii je vhodné s pacientem probírat kognice (práce s myšlenkami, testování, zpochybňování, vyhledávání alternativních, testování, ověřování platnosti...), které by k tomu mohly vést.



Hraniční porucha osobnosti

Kernberg charakterizuje **Bordeline symptomatologii** přítomností dvou či více následujících symptomů:

- chronická úzkost
- mnohočetné fobie, které vytvářejí těžká sociální omezení a obvykle vrcholí strachem ze zahanbení nebo výsměchu
- obsedantní symptomy, které jsou sekundárně Ego-syntonní
- konverzní symptomy, a to buď mnohočetné a diferencované, nebo těžké monosymptomatické konverzní symptomy
- disociativní reakce, která souvisí s častými depersonalizačními prožitky
- deprese
- polymorfně-perverzní sexualita
- epizodická ztráta kontroly impulsů.

Ze strukturálního hlediska jsou dominujícími projevy především:

- nespecifická manifestace Ego-slabosti (nedostatek tolerance k úzkosti, nedostatek síly kontrolovat impulsy, nedostatek vývojových sublimačních projevů)
- posun k primárně procesovému myšlení (které se řídí představami a principem slasti a ignoruje zákony logiky)
- přítomnost specifických defenzivních operací (splitting, štěpení - tedy rozdělení internalizovaných objektů na dobré a špatné v důsledku slabosti integrační kapacity, primitivní idealizace, ranné formy projekce a zvláště projektivní identifikace, popření, omnipotence a znehodnocení)
- patologie internalizovaných objektních vztahů.

Z geneticko-dynamického pohledu jde pak podle Kernberga o excesivní vývoj pregenitální, zvláště orální agresivity, který vytváří předčasný vývoj oidipovských snah. Jako důsledek se pak objevuje částečná patologická kondenzace pregenitálních a genitálních cílů pod vládou agresivních potřeb.

Hraniční porucha osobnosti v rámci Mezinárodní klasifikace nemocí – 10 revize

Hraniční porucha osobnosti, se řadí stejně jako Narcistická porucha osobnosti, mezi poruchy osobnosti a chování u dospělých. **Emočně nestabilní porucha osobnosti**, s kódovým označením **F60.3**, má dva typy – **Impulzivní typ – F60.30** a **Hraniční typ – F60.31**. Emočně nestabilní porucha osobnosti se projevuje výraznou afektivní nestálostí a tendencí jednat impulzivně bez uvážení následků. Malá je schopnost dopředu plánovat věci. Časté jsou silné výbuchy zlosti v případě kritiky nebo nesouhlasu. Emočně nestabilní porucha se dělí na typ impulzivní a hraniční.

U **hraničního typu** kromě emoční nestálosti má pacient nejasné nebo narušené představy o sobě samém, cílech a vnitřních preferencích (včetně sexuálních), mívá pocity prázdnoty, typické jsou prudké změny sebehodnocení, efektivity. Bývají nadměrně kritičtí. Jejich emocionální potřeby jsou téměř nenasytitelné.

Pacienti mohou být velmi bystří s dobrou schopností se vyjadřovat. Typický je rozdíl mezi emocionální reaktivitou a kognitivním zpracováním. Hlavním emocionálním rysem je afektivní dysregulace – neschopnost odložit emoční impuls, který přinese pouze dočasnou úlevu. Typické je rovněž nadměrné zjednodušování řešení problémů v životě, které neodpovídá intelektu. Interpersonální vztahy bývají intenzivní, nespokojené, bouřlivé. Mnozí se během života naučili, že k získání pozornosti a pomoci od druhých potřebují projevit extrémní emocionální projevy. Protože



si druhými lidmi nejsou jisti, vytvářejí buď odtažitě, chladné vztahy nebo naopak závislé a těsné. Druhé lidi prožívají jako dobré nebo zlé, ve vztahu k rodiči, partnerovi, terapeutovi se tyto póly často rychle střídají. Pro chování v práci je typická nestálost, intenzivní zaujetí vystřídané náhlým ukončením činnosti, nedostatkem uspokojení z práce, problémy ve vztazích.

K vyhledání terapie vede deprese, sebepoškozující tendence suicidální pokus, poruchy příjmu potravy, závislosti, úzkostné nebo somatoformní poruchy.

Diagnostická kritéria MKN-10

A. Musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti.

Impulzivní typ:

B. Musí být splněny nejméně tři z následujících charakteristik a jedním z nich musí být 2

1. zřetelná tendence jednat neočekávaně a bez uvážení následků
2. zřetelná tendence k nesnášenlivému chování a ke konfliktům s ostatními, zvláště když je impulzivní konání někým přerušeno nebo kritizováno
3. Sklon k výbuchům hněvu nebo zuřivosti s neschopností kontrolovat následné explozivní chování
4. obtíže se setrváním u jakékoliv činnosti, která nenabízí okamžitý zisk
5. nestálá a nevypočitatelná nálada

Hraniční typ:

B. Musí být splněny nejméně tři příznaky z kritérií B pro impulzivní typ spolu s nejméně dvěma z následujících.

1. narušená a nejistá představa o sobě samém, cílech vnitřních preferencích, včetně sexuálních
2. sklon k zaplétání se do intenzivních a nestálých vztahů, které často vedou k emočním krizím
3. přehnaná snaha vyhnout se odmítnutí
4. opakovaná nebezpečí nebo realizace sebepoškození
5. chronické pocity prázdnoty

Symptomatika a terapie u hraniční osobnosti

Kratochvíl výstižně charakterizuje symptomatiku hraniční osobnosti takto: vytváření intenzivních, ale nestabilních vztahů, impulsivita se sebedestruktivním chováním, náladovost, chronické pocity prázdnoty, nepřiměřená zlost, přechodné psychotické zážitky a četné proměnlivé neurotické obtíže. Ke štěpení jako typickému obrannému mechanismu poznamenává, že nejde jen o dělení internalizovaných objektů na dobré a špatné jako spíš o nekritické přijetí a odmítnutí (celý svět je buď ideálně dobrý, nebo úplně špatný). Ve vývoji osobnosti nedochází ke schopnosti integrovat dobré a špatné ani v tomtéž objektu (včetně terapeuta), ani u sebe.

Postup léčby těchto poruch, který Kernberg vypracoval, se od tradiční psychoanalýzy liší využíváním aktivní konfrontace klienta s jeho obranami, zejména se štěpením. Aby byla účinná, vyžaduje kromě interpretací také podporu ze strany terapeuta současně se stanovením jasných hranic jak proti přílišné náročnosti těchto pacientů (na čas a pozornost terapeuta), tak proti častému agování agrese vůči terapeutovi. Systematicky se zpracovává negativní přenos, ovšem jen ve formě projevující se „tady a teď“, bez snahy o odkrytí celé osobní historie. Představy pacienta o terapeutovi se přitom mění stejně rychle jako představy o sobě od idealizace ke znehodnocování. Terapeut musí umět tyto protikladné stavy přijmout pomáhat klientovi aby je integroval do jednotného pohledu na sebe i druhé.

Podle Prochasky a Norcrossse zdůrazňuje Kernberg jako jeden z cílů vývoje vznik pocitu identity. Děti v ranných stádiích vývoje projevují střídavě různé části své osobnosti, což je způsobené právě štěpením jako obranným postojem v reakci na ovládnání ze strany mocnějších rodičů. Odštěpuje pak jak špatná sebepojetí (jako například vzteklé já), tak špatné představy o objektu, který se tím stává méně nebezpečným.

Ke vzniku zralejší identity je v dalším vývoji nutný proces identifikace. Na rozdíl od prosté introjekce nás při tomto procesu objekty ovlivňují, není ale nutné „spolknout je celé“. Teprve pak je možné otevřít se vlivu druhých bez obav z toho, že nás ovládnou.

Hraniční osobnost pak chápe jako vážnou poruchu „jáství“. Pokud by tyto pacienti byli léčeni jen pomocí interpretace přenosu o odporu, mohli by zažívat terapeuta jako odštěpeného „špatného



rodiče“. Jejich silné obavy z ovládnutí, odmítnutí nebo opuštění přitom mohou vést k ukončení terapie nebo zabránit vzniku pracovního spojení.

Stanovení hranic (jako počtu telefonátů nebo projevů agrese), typické pro terapii hraničních poruch osobnosti, je podmínkou pro využití léčebné síly interpretací – jinak by odštěpené části představovaly příliš velké ohrožení pro jedinou integraci či pro terapeutický vztah. Současně vyvolává v klientovi úzkost, která pomůže objasnit skrytý význam tohoto agování.

Díky jasným limitům a emocionální podpoře dostává pacient možnost pomalu si uvědomovat odštěpené části sebe sama.

Specifika kognitivně-behaviorální terapie u hraniční poruchy osobnosti

Podle Linehanové je jádrem hraniční poruchy osobnosti porucha regulace emocí, která je vrozená, ale která je rozhodujícím způsobem upevněna, a to pokud je takto postižené dítě vystaveno působení systematicky diskvalifikujícího rodinného prostředí. Teprve v odpovídající reakci prostředí se dispozice rozvine.

V rodinném prostředí je přiměřené vnímání a emocionální prožívání dítěte zanedbáváno, emoční projevy jsou buď nepřiměřeně trestány nebo odmítány. Netolerance k projevům dítěte, vlastní nekontrolované afektivní chování rodinných příslušníků, chování, které afekty provokuje. Tímto chováním blízkých se dítě nenaučí přiměřené afektivní regulaci a adaptivnímu chování v kritických situacích. Důsledky se projeví v rané dospělosti.

Young vytvořil kognitivní přístup v léčbě poruch osobnosti, který nazval kognitivní terapie zaměřená na schémata. Předpokládal, že během frustrace v dětství se vytvoří raná maladaptivní schémata – extrémně stabilní vzorce myšlení, které jsou zdrojem maladaptivního myšlení a chování. Ty jsou pak během dalšího života zpevňovány selektivním vnímáním skutečnosti a reakcí druhých na maladaptivní vzorce chování.

Mezi základní cíle terapie patří:

- upravit kognitivní distorzi – zejména dichotomií myšlení „buď a nebo“
- snížit afektivní labilitu a emoční dysregulaci
- zvýšit stabilitu a uspořádanost pacientova života
- zvýšit schopnost pacienta tolerovat ztráty a změny v životě
- naučit pacienta systematicky řešit problémy

První úkol je zaangažovat pacienta do terapie. Pacient očekává, že terapeut vyřeší jeho problémy, na zklamání reaguje hněvem nebo agresí. Od počátku je nutná konfrontace postojů k terapii a určení hranic. Podmínkou je „přijímající prostředí“.

Terapeutovo chování musí být kongruentní s projevy empatie, akceptace pacienta. Je v roli průvodce pacienta – klienta „s problémem“ ne nemocného. Terapeut je trenér, průvodce, který jej učí, jak problém zvládat, předává mu znalosti a dovednosti, zadává „domácí úkoly“ k procvičování, povzbuzuje jej v úsilí, oceňuje dosažené pokroky....

Analýza vzorců

Pro hraniční poruchu osobnosti jsou typické vzorce extrémního maladaptivního chování – prudké konflikty s okolím, závislost na druhých, zkratové jednání, sebepoškozování, opíjení se, suicidální aktivita, ale na druhé straně nekritické nadšení při prožívání přijetí druhými. Pohled na sebe je typický nejasnou vlastní identitou (kdo jsem, jaké je mé postavení, hodnota, cíle), pro pohled na druhé je typická ambivalence, nestabilita. V kognitivním stylu převažuje černobílé myšlení a projektivní identifikace.

Jádrové přesvědčení o sobě - Jsem vadný, jsem bezmocný. Jsem špatný.

Jádrové přesvědčení o druhých – Druhým se nedá věřit. Svět je špatný. Každý mě opustí.

U hraničního pacienta je vhodné terapii zaměřit na behaviorální strategie, kde je možný rychlý pokrok k získání základu pro další spolupráci., až později přejít na kognitivní restrukturalizaci. Pro pacienta je méně ohrožující, když pracuje s chováním, než s myšlenkami a pocity.



Terapeutické metody jsou zaměřeny jak na změnu temperamentu (stylu), tak modifikaci charakteru (změnu schémat).

- **změna stylu** : nácvik emočního sebeuvědomování, regulace afektů, nácvik zvládnání impulzivitu, interpersonálních dovedností, nácvik sebeovládání a sebeobsluhy, nácvik zvládnání nepohody
- **změna schémat**: analýza a zpochybňování automatických myšlenek, analýza a zpochybňování maladaptivních schémat, testování schémat pomocí behaviorálních experimentů

Pacient se v sezení učí kognitivní rekonstrukci. V sokratickém dialogu v sezení a pak doma sám v záznamu dysfunkčních myšlenek pracuje na testování automatických myšlenek, aby našel racionální odpověď. Cílem je narušení dichotomního myšlení. Pacient je veden k pochopení, že se takto ocitl v pasti, a že je v jeho zájmu se změnit.

V průběhu kognitivní práce dochází k zmapování dysfunkčních schémat – jádrových i odvozených přesvědčení, hledají se souvislosti s výchovnými vlivy, které vedly k vytvoření těchto postojů, jednak si ujasňuje, v čem mu škodí. Po zmapování schémat se diskutují alternativní možné postoje, pacient se vede k nalezení akomodovaného postoje tak, že diskutují pro a proti. Poté je potřebné nový postoj zavést do života procvičováním, zadáváním úkolů. Důležitý je nácvik interpersonálních dovedností.

Používané strategie:

- **Validizační strategie** – uznání potlačovaných emocí pacienta jako legitimních, terapeut se snaží je přijímat a pomoci pacientovi je propracovat tak, aby jim více rozuměl a byl je schopen ne potlačovat ale modulovat.
- **Kognitivní strategie** – vysvětlují a objasňují souvislosti a kontext emočních a behaviorálních vzorců, pracuje se se záznamy automatických myšlenek v situacích frustrace a tím zpětně pochopit své impulzivní reakce a chování.
- **Dialektické strategie** – z černobílého „buď a nebo“ na diferencovanější „i takto je to možné“
- **Strategie řešení problémů**- učí řešit problémy systematickým krokovým způsobem, s brainstormingem alternativ řešení, posuzování pozitiv a negativ, odhadování důsledků, nikoliv prudkými impulsy, afekty
- **Strategie k rozšíření kompetencí** – učí se interpersonální dovednostem a sám sobě více rozumět – nácvik přijímání kritiky, dávání zpětné vazby, empatie, vyjadřování potřeb, získávání valorizace z okolí
- **Vztahové strategie** – používají se ke klarifikaci terapeutického vztahu, který reprezentuje i model jiných vztahů v pacientově životě.
- **Propracování traumat v minulosti** - opakovanými rozhovory o traumatických zkušenostech dochází k propracování kognitivního vyhýbání se (část vzpomínek bývá vytěsňována), k postupné akceptaci traumatu v chráněném prostředí. Pracuje se hodně s imaginací, vzpomínkami, hraním rolí a psaním dopisů (které se neodesílají) důležitým lidem ze života.
- **V další fázi dochází k propracování sebezpřijetí a sebeúcty a uskutečňování konkrétních cílů v životě.** Zde je nutná kognitivní restrukturalizace – hledání adaptivnějšího postoje k sobě, druhým, ke světu a propracování do konkrétního chování a strategie řešení problému. Patří sem i komunikační nácvik – vyjednávání ve sporných situacích, uzavírání kompromisu...

Častým aspektem terapie těchto pacientů je rychlá a náhlá pohotovost k intenzivním pozitivním nebo negativním přenosovým reakcím. U hospitalizovaných pacientů (při sebepoškozujícím chování je hospitalizace nutná) - jsou provokativní, manipulující, mají dobrou schopnost zveličovat neshody členů personálu – je nutná soudržnost týmu, jasně definovaná filozofie terapie, časté schůzky týmu s výměnou zkušeností a podporou.

Struktura sezení u KBT

Do struktury sezení patří měření (škály), probrání domácích úkolů, události od minulého sezení, pak diskutování agendy (co se bude v sezení dělat, který problém se bude řešit), práce na vybraném



problému či problémech, zadání domácího úkolu, shrnutí sezení a jeho zhodnocení ze strany pacienta. Někdy je u pacienta s poruchou osobnosti nutno strukturu sezení zpočátku přizpůsobit jeho požadavkům, potřebám, domlouvá se kompromis.

V běžné KBT převládá zaměření na současnost. U poruch osobnosti je však nutné důsledně probrat i jejich vývoj od dětství a problémy, které mohou vyvstat v budoucnosti. Probrání toho, jak jsou jejich současné názory a postoje ovlivněny zážitky z dřívějšího života, pomáhá pacientovi pochopit, proč dnes reaguje na situace tak, jak reaguje.

Součástí sezení jsou i průběžná hodnocení, jakých změn ve svém životě dosáhl formou škál, grafů, tabulek, číselných hodnot.

Pacient se učí dovednostem, které mu pomáhají k zvládnutí afektů, chování – nácvik zklidňujícího dechu, kontrolovaného dýchání při záchvatu paniky, zlosti, nácvik relaxace apod.

Expozice je zřejmě nejrozšířenější metodou KBT, která se s úspěchem dá použít i u řady potíží jedinců s poruchou osobnosti. Při opakované expozici těžké situace dochází k tzv. habituaci – přivyknutí. Míra napětí v této situaci je postupně stále nižší a k spontánnímu poklesu dochází čím dál rychleji. Fyziologickými i kognitivními změnami pacient začíná v obávané situaci konstruktivně uvažovat a zklidní se, cítí se bezpečněji a začne si věřit, že dokáže tuto situaci zvládnout sám. Expozice se provádí v imaginaci, v reálné situaci. Možné je zvolit odstupňovaný přístup, kdy si pacient vytváří hierarchicky odstupňovaný seznam obávaných situací nebo zaplavením, kdy se pacient vystaví hned té nejvíce obávané situaci či podnětu v realitě nebo v představě. Všechny uváděné metody je nutno pacientovi vysvětlit, popsat průběh, význam.

Nácvik zvládnutí hněvu, úzkosti obsahují popis situace, odhadování spouštěče a okolností, určení „kognice“, sledování emocí, tělesných signálů, identifikaci chování, následných důsledků maladaptivního chování, hledání konstruktivnějších akcí.

V rámci nácviku sociálních dovedností je nutný nácvik komunikačních dovedností.



PUBLIUS OVIDIUS NASO METAMORPHOSES

Ille per Aonias fama celeberrimus urbes
inreprehensa dabat populo responsa
petenti; 340
prima fide vocisque ratae temptamina sumpsit
caerulea Liriope, quam quondam flumine curvo
inplicuit clausaeque suis Cephisos in undis
vim tulit: enixa est utero pulcherrima pleno
infantem nymphe, iam tunc qui posset
amari, 345
Narcissumque vocat. de quo consultus, an esset
tempora maturae visurus longa senectae,
fatidicus vates 'si se non noverit' inquit.
vana diu visa est vox auguris: exitus illam
resque probat letique genus novitasque
furoris. 350
namque ter ad quinos unum Cephisius annum
addiderat poteratque puer iuvenisque videri:
multi illum iuvenes, multae cupiere puellae;
sed fuit in tenera tam dura superbia forma,
nulli illum iuvenes, nullae tetigere
puellae. 355
adspicit hunc trepidos agitantem in retia cervos
vocalis nymphe, quae nec reticere loquenti
nec prior ipsa loqui didicit, resonabilis Echo.
Corpus adhuc Echo, non vox erat et tamen usum
garrula non alium, quam nunc habet, oris
habebat, 360
reddere de multis ut verba novissima posset.
fecerat hoc Iuno, quia, cum deprendere posset
sub Iove saepe suo nymphas in monte iacentis,
illa deam longo prudens sermone tenebat,
dum fugerent nymphae. postquam hoc Saturnia
sensit, 365
'huius' ait 'linguae, qua sum delusa, potestas
parva tibi dabitur vocisque brevissimus usus,'
reque minas firmat. tantum haec in fine loquendi
ingeminat voces auditaque verba reportat.
ergo ubi Narcissum per devia rura
vagantem 370
vidit et incaluit, sequitur vestigia furtim,
quoque magis sequitur, flamma propiore calescit,
non aliter quam cum summis circumlita taedis
admotas rapiunt vivacia sulphura flammis.
o quotiens voluit blandis accedere dictis 375
et mollis adhibere preces! natura repugnat
nec sinit, incipiat, sed, quod sinit, illa parata est
exspectare sonos, ad quos sua verba remittat.
forte puer comitum seductus ab agmine fido
dixerat: 'ecquis adest?' et 'adest' responderat
Echo. 380
hic stupet, utque aciem partes dimittit in omnis,
voce 'veni!' magna clamat: vocat illa vocantem.
respicit et rursus nullo veniente 'quid' inquit
'me fugis?' et totidem, quot dixit, verba recepit.
perstat et alternae deceptus imagine
vocis 385

'huc coeamus' ait, nullique libentius umquam
responsura sono 'coeamus' rettulit Echo
et verbis favet ipsa suis egressaque silva
ibat, ut iniceret sperato brachia collo;
ille fugit fugiensque 'manus complexibus
aufer!' 390
ante' ait 'emoriar, quam sit tibi copia nostri';
rettulit illa nihil nisi 'sit tibi copia nostri!'
spreta latet silvis pudibundaque frondibus ora
protegit et solis ex illo vivit in antris;
sed tamen haeret amor crescitque dolore
repulsae; 395
extenuant vigiles corpus miserabile curae
adducitque cutem macies et in aera sucus
corporis omnis abit; vox tantum atque ossa
supersunt:
vox manet, ossa ferunt lapidis traxisse figuram.
inde latet silvis nulloque in monte
videtur, 400
omnibus auditur: sonus est, qui vivit in illa.
Sic hanc, sic alias undis aut montibus ortas
luserat hic nymphas, sic coetus ante viriles;
inde manus aliquis despectus ad aethera tollens
'sic amet ipse licet, sic non potiarur
amato!' 405
dixerat: adsensit precibus Rhamnusia iustus.
fons erat inlimis, nitidis argenteus undis,
quem neque pastores neque pastae monte capellae
contigerant aliudve pecus, quem nulla volucris
nec fera turbarat nec lapsus ab arbore
ramus; 410
gramen erat circa, quod proximus umor alebat,
silvaeque sole locum passura tepescere nullo.
hic puer et studio venandi lassus et aestu
procubuit faciemque loci fontemque secutus,
dumque sitim sedare cupit, sitis altera
crevit, 415
dumque bibit, visae correptus imagine formae
spem sine corpore amat, corpus putat esse, quod
umbra est.
adstupet ipse sibi vultuque inmotus eodem
haeret, ut e Pario formatum marmore signum;
spectat humi positus geminum, sua lumina,
sidus 420
et dignos Baccho, dignos et Apolline crines
inpubesque genas et eburnea colla decusque
oris et in niveo mixtum candore ruborem,
cunctaque miratur, quibus est mirabilis ipse:
se cupit imprudens et, qui probat, ipse
probat, 425
dumque petit, petitur, pariterque accendit et ardet.
inrita fallaci quotiens dedit oscula fonti,
in mediis quotiens visum captantia collum
brachia mersit aquis nec se deprendit in illis!
quid videat, nescit; sed quod videt, uritur
illo, 430



atque oculos idem, qui decipit, incitat error.
credule, quid frustra simulacra fugacia captas?
quod petis, est nusquam; quod amas, avertere, perdes!
ista repercussae, quam cernis, imaginis umbra est:
nil habet ista sui; tecum venitque
manetque; 435
tecum discedet, si tu discedere possis!

Non illum Cereris, non illum cura quietis
abstrahere inde potest, sed opaca fusus in herba
spectat inexploto mendacem lumine formam
perque oculos perit ipse suos; paulumque
levatus 440

ad circumstantes tendens sua bracchia silvas
'ecquis, io silvae, crudelius' inquit 'amavit?
scitis enim et multis latebra opportuna fuistis.
ecquem, cum vestrae tot agantur saecula vitae,
qui sic tabuerit, longo meministis in
aevo? 445

et placet et video; sed quod videoque placetque,
non tamen invenio'++tantus tenet error amantem++
'quoque magis doleam, nec nos mare separat ingens
nec via nec montes nec clausis moenia portis;
exigua prohibemur aequal cupit ipse
teneri: 450

nam quotiens liquidis porreximus oscula lymphis,
hic totiens ad me resupino nititur ore.
posse putes tangi: minimum est, quod amantibus
obstat.

quisquis es, huc exi! quid me, puer unice, fallis
quoque petitus abis? certe nec forma nec
aetas 455

est mea, quam fugias, et amarunt me quoque
nymphae!

spem mihi nescio quam vultu promittis amico,
cumque ego porrexi tibi bracchia, porrigis ultro,
cum risi, adrides; lacrimas quoque saepe notavi
me lacrimante tuas; nutu quoque signa
remittis 460

et, quantum motu formosi suspicor oris,
verba refers aures non pervenientia nostras!
iste ego sum: sensi, nec me mea fallit imago;
uror amore mei: flammam moveoque feroque.
quid faciam? roger ane rogem? quid deinde
rogabo? 465

quod cupio mecum est: inopem me copia fecit.
o utinam a nostro secedere corpore possem!
votum in amante novum, vellem, quod amamus,
abesset.

iamque dolor vires adimit, nec tempora vitae
longa meae superant, primoque exstinguor in

aevo. 470
nec mihi mors gravis est posituro morte dolores,
hic, qui diligitur, vellem diuturnior esset;
nunc duo concordēs anima moriemur in una.'

Dixit et ad faciem rediit male sanus eandem
et lacrimis turbavit aquas, obscuraque moto
475

reddita forma lacu est; quam cum vidisset abire,
'quo refugis? remane nec me, crudelis, amantem
desere!' clamavit; 'liceat, quod tangere non est,
adspicere et misero praebere alimenta furori!'
dumque dolet, summa vestem deduxit ab
ora 480

nudaque marmoreis percussit pectora palmis.
pectora traxerunt roseum percussa ruborem,
non aliter quam poma solent, quae candida parte,
parte rubent, aut ut variis solet uva racemis
ducere purpureum nondum matura
colorem. 485

quae simul adspexit liquefacta rursus in unda,
non tulit ulterius, sed ut intabescere flavae
igne levi cerae matutinaeque pruinæ
sole tepente solent, sic attenuatus amore
liquitur et tecto paulatim carpitur igni; 490
et neque iam color est mixto candore rubori,
nec vigor et vires et quae modo visa placebant,
nec corpus remanet, quondam quod amaverat Echo.
quae tamen ut vidit, quamvis irata memorque,
indoluit, quotiensque puer miserabilis
'eheu' 495

dixerat, haec resonis iterabat vocibus 'eheu';
cumque suos manibus percusserat ille lacertos,
haec quoque reddebat sonitum plangoris eundem.
ultima vox solitam fuit haec spectantis in undam:
'heu frustra dilecte puer!' totidemque
remisit 500

verba locus, dictoque vale 'vale' inquit et Echo.
ille caput viridi fessum submisit in herba,
lumina mors clausit domini mirantia formam:
tum quoque se, postquam est inferna sede receptus,
in Stygia spectabat aqua. planxere
sorores 505

naides et sectos fratri posuere capillos,
planxerunt dryades; plangentibus adsonat Echo.
iamque rogum quassasque faces feretrumque
parabant:

nusquam corpus erat; croceum pro corpore florem
inveniunt foliis medium cingentibus
albis. 510



Literatura a použité zdroje:

- Kernberg O. F. : Normální a patologická láska, pohled současné psychoanalýzy. Portál. Praha 1999
Kohut H. : Obnova Self. Psychoanalytické nakladatelství. Praha 1991
Kratochvíl S. : Základy psychoterapie. Portál. Praha 2002
Mikota V.: O ovlivňování duševních chorob. Jirí Kocourek. Praha 1995, 1. vydání
Poněšický J. : Úvod do moderní psychoanalýzy. Triton. Praha 2003
Prochazka O., Norcross C.: Psychoterapeutické systémy. Grada. Praha 1999
Praško J. a kol.: Poruchy osobnosti. Portál. Praha 2003
Prochaska J.O., Norcross J.C. : Psychoterapeutické systémy. Grada. Praha 1996
Rahn E., Mahnkopff A.: Psychiatrie, učebnice pro studium a praxi. Grada. Praha 2000
Röhr H. P. : Narcismus, vnitřní žalář. Portál. Praha 2001
Vavřda : Otázky soudobé psychoanalýzy. Nakladatelství LN. Praha 2005
Vymětal J.: Obecná psychoterapie. Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek. Praha 1997

Ashmun J. M.: Narcissistic Personality Disorder – How to Recognize a Narcissist
(www.halcyon.com/jmashmun/npd/index.html)

Eckleberry S.C.: Dual Diagnosis and the Narcissistic Personality Disorder
(www.toad.net/~arcturus/dd/narc.htm)

www.wikipedia.org