



V Praze, 11.října 2004

## **Závěrečná práce PPF**

# **Ženy, které příliš milují**

**aneb ženská forma**

## **hraniční poruchy osobnosti**

**Ladislav Kroček  
Tupolevova 463  
199 00 Praha 18 – Letňany  
e-mail : ladislav@mymail.cz**

## Obsah:

---

1.	Úvod	3
2.	Charakteristika poruchy osobnosti nazvané „ženy, které příliš milují“	7
3.	Hraniční porucha osobnosti	10
4.	Stručná historie pojmu „hraniční“	13
5.	Současné koncepce hraniční poruchy osobnosti	14
6.	Terapie hraniční poruchy osobnosti	18
7.	Co ještě říká Noorwoodová o „ženách, které příliš milují „.....“	22
8.	Jak Norwoodová léčí „ženy, které příliš milují“	28
9.	Závěr	32
10.	Literatura	33

## Úvod:

---

S rostoucím věkem stále intenzivněji vnímám zrychlující se běh času. Přesto, že pocit zrychlování subjektivního „osobního“ času je stálým průvodcem na životní pouti člověka není asi dost dobře možné si naň zcela zvyknout. Je to náročný průvodce vyzývající nás neustále k smysluplnému naplnění každého okamžiku. Tři roky, které uplynuly od okamžiku, kdy jsem, v oboru psychoterapie zcela neznalý a osamělý běžec, při „surfování“ po internetu náhodně narazil na informaci o PPF a zaslal na ni přihlášku, uběhly neuvěřitelně rychle. Nepociťuji žádnou lítost nebo nostalgii. Mám dobrý pocit z toho, že jsem uplynulé tři roky prožil intenzivně a plně. A rozhodně nelituji času věnovaného studiu na PPF. V uplynulých třech létech došlo v mém životě a v jeho prožívání k dramatickým změnám. Neodvážím se odhadovat nakolik byl můj prožitek studia na PPF součástí těchto změn a nakolik je dokonce sám inicioval. Víím jen jistě, že mě obohatil a přispěl k mému osobnímu rozvoji.

Celý život praktikuji jakousi autoterapii učení se a poznáváním nového. Na PPF jsem se nepřihlásil proto, že bych se chtěl stát psychoterapeutem, ale proto, že mě v posledních létech stále více fascinuje člověk a jeho vnitřní svět. Jsem přesvědčen, že člověk „prožívá“ svůj život především „uvnitř“, tzn. ve svém mozku (či srdci?), a „vnější svět“ má na toto prožívání druhořadý vliv. PPF mi pomáhala otvírat, pro mě nový, doposud nepoznaný, svět – „svět duše člověka“. Jsem tímto světem stále více a více fascinován a už dnes víím, že mu budu věnovat větší část času, který mi z pobytu zde na Zemi zbývá. Nečiním si iluze, že bych do něho mohl nahlédnout hluboko. Víím, že nahlížet do duše člověka je podobné, jako nahlížet do nitra Země kráterem aktivní sopky.

Protože jsem muž a protože mě vždy lákalo poznávat nepoznané, fascinuje mě především „svět ženy“. Poznávání tohoto světa mi přináší mimořádně silné pocity vzrušení. Přitom si uvědomuji, že přímé, přirozené zkušenosti jednoho člověka jsou nepřenositelné na druhého, pokud je ten druhý také neprožil. Proto se smírám s tím, že „ženský svět“ pro mě zůstane z velké části navždy nepoznaný. Nevadí mi to. Tajemství je také vzrušující.

Když jsem přemýšlel nad tématem své závěrečné práce na PPF napadlo mě neustále, že musím zvolit téma, nad kterým jsem v poslední době hodně přemýšlel a které mi umožní vyjadřovat své vlastní názory a pocity. Zvolil jsem proto téma které se vztahuje k „ženskému světu“.

Na tomto místě považuji za poctivé říci pár slov o sobě. Je mi 55 let. Dospíval jsem v báječných a inspirativních 60-tých letech. Intelektuální potenciál lidstva se v té době vybíjel nejsilněji na poli fyzikálních věd. Také já jsem plně propadl dobrodružství fyziky a vystudoval jsem jadernou fyziku na vysoké škole. Na fyzice mě fascinovala především její historie, vývoj jejích základních ideí a myšlenek. Doslova mě uchvátily odvážné hypotézy a teorie vyžadující radikální změnu myšlení, jako např. speciální i obecná teorie relativity a kvantová mechanika. Chladným mě nechávaly naopak strohé, popisné teorie, jako např. mechanika kontinua nebo teorie pevných látek. Během studia jsem zjistil, že mravenčí (společensky neuznávaná a špatně placená) „nádeničina“ experimentálního fyzika mě v životě neuspokojí a na zásadní teoretické objevy přece jenom nemám „shůry dáno“. Proto jsem zvolil dráhu profesionálního úředníka v oblasti mezinárodních vědeckotechnických styků. Několik let jsem působil i v diplomatických službách. V pracovní činnosti jsem byl poměrně úspěšný. Zvládal jsem široké spektrum různých činností a značné pracovní zátěže. Má touha po neustálých změnách došla svého naplnění zejména po převratu. Vystřídal jsem větší počet pracovních činností. Od výuky angličtiny a němčiny a průvodcování cizinců po Praze až po „country managera“ velké nadnárodní společnosti. V současné době pracuji již pátý rok jako manažer podnikatelské asociace ve stavebnictví.

Vyrůstal jsem v rodině, která zřejmě nevytvářela příznivé prostředí pro zdravý duševní vývoj svých členů. Starší bratr (57 let) je duševně nemocný. Onemocněl v r.1968. Byl diagnostikován jako schizofrenik. Do poloviny 80-tých let se léčil ve VÚPS v Bohnicích, pak se stal pro VÚPS nezajímavým a byl přenechán standardní české psychiatrické péči. Nemoc bratra mne přivedla do styku s psychiatrií. Setkal jsem se v uplynulých 35 letech s velkým počtem psychiatrů. Zjistil jsem, že mohou býti ve svých přístupech k léčení duševně nemocných velmi rozdílní. I dva sousední Bohnické pavilóny, jeden VÚPSu a druhý léčebny mohou být velmi vzdálené světy. V současné době pobývá bratr již rok

v Ústavu sociální péče v Krásné Lípě. Ač je to pro něho zřejmě nejlepším z možných řešení, cítí se tímto „uvězněním daleko od Prahy“ stále hluboce nešťasten a podveden.

Jsem již 27 let ženatý s jednou ženou s níž mám dva syny ( 27 a 26 let). Uvědomuji si, že jsem nebyl zrovna ten nejlepší manžel, otec, syn a bratr. Zejména v době, kdy byli synové malí, jsem věnoval rodině málo času a věnoval se hlavně své práci. Také jsem byl ke svým blízkým dosti citově chladný a uzavřený. Porovnávám-li se však s páry a rodinami ve svém okolí, docházím k přesvědčení, že jako otec i manžel patřím spíše do té lepší poloviny a že totéž platí i o naší rodině a manželství.

Duševní onemocnění mého bratra jistě, i když jenom podvědomě, ovlivnilo můj zájem o psychologii a psychoterapii. Mnohaletá zkušenost, a nejen s bratrem, mě, však, také přivedla k poznání, že i kdybych to chtěl sebevíce, nemohu druhému pomoci, pokud se ten člověk nechce změnit sám a není odhodlán pro dosažení té změny na sobě tvrdě „pracovat“. A také, že nemohu druhému pomoci v „řešení“ jeho „(duševních) problémů“, pokud si nedokážu vyřešit své. Proto, své studium psychologie a psychoterapie vnímám jako uspokojování svých vlastních potřeb, jako „práci na sobě“.

Poznávání „světa ženy“, i vlastní zkušenosti s osobami různě blízkými, mě přivedly k zajímavé poruše osobnosti, která se projevuje zejména u žen a kterou americká psychoterapeutka Robin Norwoodová nazvala eufemisticky „**ženy, které příliš milují**“ (dále budu používat jen zkratku **žpm**). Její kniha s tímto názvem byla pro mě skutečným objevem. Začal jsem se o problematiku této poruchy osobnosti zajímat a rozhodl jsem se jí věnovat téma své závěrečné práce na PPF.

Termín „porucha osobnosti“ není, podle mě, příliš šťastný. Vyvolává negativní asociace s výrazy jako „duševní porucha“, „blázen“, „cvok“ atd. Je to, však, termín všeobecně přijatý a vyskytující se v klasifikacích nemocí DSM a MKN. (Zde je asi skryt závažný problém. Poruchy osobnosti nejsou nemoci a neměly by být proto zařazovány do klasifikací nemocí.) Proto jsem nucen tento termín ve své práci používat. Neznám žádný jiný vhodný termín, kterým bych ho mohl

nahradit. Chtěl bych, však, zdůraznit, že osobnost vždy existuje na kontinuu. Neexistuje ostrá hranice mezi normalitou a patologií. Téměř u každé osobnosti můžeme „nalézt“ určité mírné příznaky některých ( většinou vícero ) poruch osobnosti. Žádná porucha osobnosti není jasná a ohraničená diagnostická jednotka.

Z vlastní zkušenosti vím, že poruchou **žpm**, v různém jejím stupni, trpí velké množství žen. Byla již nesčetněkrát popsána v beletrii i odborné literatuře. Autoři beletrie si většinou neuvědomují, že popisují poruchu osobnosti a i různí psychoterapeuti ji různě nazývají. Např. americký psychoterapeut M.Scott Peck uvádí ve své knize „Nevyšlapanou cestou“ tzv. „pasivní a závislou poruchu osobnosti“, která se velmi podobá poruše popsané Noorwoodovou. Neexistuje vůbec žádný konsensus, ani ve společnosti, ani v psychiatrických a psychoterapeutických kruzích, jaký stupeň této poruchy by se měl již považovat za abnormální resp.nezdravý. V mírné podobě je totiž tato porucha považována většinou lidí za pozitivní atribut ženské osobnosti. Odvážuji se tuto poruchu přisoudit i oblíbeným literárním hrdinkám, které ukončily svůj život sebevraždou, např. Anně Kareninové či Emě Bovaryové. Kdybychom si rozebrali velké milostné příběhy světového umění a zjišťovali u jejich protagonistek rysy této poruchy byli bychom asi překvapeni.

Má práce si nečiní žádný nárok na odbornost. Nikdy jsem se neúčastnil žádné psychoterapie, mé znalosti spočívají pouze na četbě knih a poslechu přednášek na Pražské psychoterapeutické fakultě. Má práce je tedy nejvíce asi populárně napsanou recenzí knihy Robin Norwoodové. Dále pak popisem jisté podobnosti mezi poruchou **žpm** a tzv.“**hraniční poruchou osobnosti**“, což je dnes všeobecně uznávaná diagnostická jednotka v takových klasifikacích nemocí jako je DSM či MKN. Možná, že zkušení psychoterapeuti nebudou vnímat tuto podobnost v takové míře jako já. V tom případě je žádám o schovávavost k tomuto svému začátečnickému pokusu.

## Charakteristika poruchy osobnosti nazvané „ženy, které příliš milují“

---

Pojem „ženy, které příliš milují“ (anglicky „women who love too much“) vytvořila americká psychoterapeutka Robin Norwoodová, která tak nazvala svou knihu vydanou v r.1986. Do češtiny knihu přeložila novinářka a spisovatelka Naďa Klevisová a vydalo ji v r.1994 pražské nakladatelství MOTTO zaměřující se především na vydávání populárně psychologických knih pro ženy. Vše co v této práci píše o „ženách, které příliš milují“ jsem převzal od Norwoodové.

To, že je kniha Norwoodové (dále budu používat jen zkratku **N.**) označována jako populární, neznamena, že je povrchní. Jedná se o seriózní a originální psychoterapeutickou práci zdařile napsanou popularizujícím a beletristickým jazykem. **N.** v knize shrnuje své vlastní mnohaleté přímé zkušenosti. Pojmem „ženy, které příliš milují“ označila listivě a eufemisticky závažnou **poruchu osobnosti**, která má progresivní charakter a vede často i k předčasné smrti ženy. Dalo by se namítat, že označení „ženy, které příliš milují“ je zavádějící. A byla by to bezesporu pravda. Copak se dá „příliš“ milovat? Intuitivně cítíme, že slovo „příliš“ nahrazuje v označení **žpm** asi nějaké jiné slovo. Jako první mě napadá slovo „nezdravě“. Domnívám se, že **N.** použila označení **žpm** pro uvedenou poruchu osobnosti jako účinnou „lest“. Protože knihu psala především jako pomůcku pro ženy, které touto poruchou osobnosti trpí, přemýšlela jistě o tom, jak dosáhnout toho, aby se tyto ženy do knihy skutečně začetly. **Žpm** většinou nereflektují to, že trpí poruchou osobnosti a považují se za duševně zdravé. Jsou u sebe schopné připustit existenci depresivních nálad, ale ty spojují obvykle se svým partnerem u něhož mají většinou pocit, že jejich lásku dostatečně neoplácí a že je tzv. „jejich problémem“. Proto **N.** v úvodu knihy zdůrazňuje, že **hlavním problémem žpm je to, že si vybírají špatné partnery**. Partnery, kteří nejsou schopni milovat a odpovídat na oprávněné potřeby milující ženy. Druhá část názvu knihy proto zní: „**Těm, které věří a doufají, že se jejich partner změní**“.

Čteme-li však knihu dále poznáváme, že problém **žpm** je mnohem širší a hlubší než jen špatný výběr partnera. Spočívá především v tom, že **žpm** nejsou schopny „**zdravě milovat**“, jsou schopny jen „**nezdravé lásky**“. Uvědomuji si,

že používáním slova „láska“ se dostávám na velmi tenký led. Pojmy jako „skutečná láska“ nebo „zdravá“ či „nezdravá láska“ by si vyžádaly bezesporu podrobnější filosoficko-psychologický výklad do něhož se v této práci nechci pouštět.

Jejich touha milovat a být milována, jejich hlad po lásce a nakonec láska sama se pro **žpm** stává doslova **drogou**, která je postupně mění v trosky. Na svou posedlost (závislost), pak vlivem nadměrného stresu, doslova umírají. **N.** již v úvodu knihy prozradí, že kořenem problému **žpm** není ve skutečnosti láska (již jsme řekli, že skutečná láska nemůže být přílišná), ale **strach**. Strach z toho, že zůstanou samy, že je nikdo nebude mít rád, že nemají žádnou cenu atd. Pod „nezdravou láskou“ rozumím v případě **žpm** především „závislost“ na partnerovi a strach z toho, že budou partnerem opuštěny. **N.** přirovnává tuto „závislost“ na partnerovi u **žpm** ke drogové závislosti nebo závislosti na alkoholu. Tvrdí, že obě závislosti mají mnoho společného a pro léčbu **žpm** se inspirované osvědčenými postupy z léčení drogově a alkoholově závislých.

**N.** v knize tvrdí, že během své bohaté psychoterapeutické praxe objevila, **jak neuvěřitelně hluboce jsou vztahy žpm k partnerům ovlivněny zkušenostmi z dětství.** Je-li tomu skutečně tak, pak lze toto zjištění pokládat za jeden z nejcennějších poznatků knihy. Další cenný poznatek, který kniha přináší je, že **jediná cesta ven z této nemoci je změna vlastního přístupu k partnerským vztahům.** To ale znamená změnu svého „já“ a svého života.

**Žpm** mají mnoho společného. Především většinou pochází z „nezdravé rodiny“. Netroufám si v této práci pouštět se opět do definování toho, co je „nezdravá rodina“. Vypomůžu si jen jedním stručným popisem převzatým od **N.** Všechny „nezdravé rodiny“ mají jedno společné a to je jejich neschopnost mluvit otevřeně o podstatných problémech. V takových rodinách se mluví o věcech nepodstatných, ale na dně leží tajemství, problémy, o kterých se nemluví, a právě tím je rodina nemocná. Když člověk jako dítě nesmí mluvit o tom, co se týká buď jeho samého, nebo celé rodiny dojde k jeho poškození.



Podívejme se, které rysy označuje **N.** jako společné pro všechny **žpm** :

1. Pochází z nefunkční rodiny, ve které nebyly uspokojovány jejich citové potřeby.
2. Protože mají z původní rodiny deeficit skutečné péče, snaží se uspokojit tuto potřebu tím, že samy pečují zejména o muže, kteří vypadají, že péči potřebují.
3. Nikdy se jim nepodařilo změnit své rodiče ve vřelé a láskyplné pečovatele, po jakých toužily. Proto hluboce reagují na známý typ citově nedostupného muže, kterého se pokoušejí změnit silou své lásky.
4. Mají hrůzu z osamění a udělají cokoliv, jen aby vztah udržely.
5. Věří-li, že to pomůže muži na kterém jim záleží, není pro ně nic příliš obtížné, časově náročné ani nákladné.
6. Jsou zvyklé, že v osobních vztazích jim chyběla láska. Proto jsou připraveny čekat, doufat a snažit se ze všech sil, jen aby milovanou bytost uspokojily.
7. V každém vztahu jsou připraveny nést víc než polovinu zodpovědnosti i viny.
8. Mají mimořádně nízké sebevědomí a v hloubi duše nevěří, že mají právo být šťastné. Věří spíš, že každou radost v životě si musí zasloužit.
9. Mají neodbytnou potřebu ovládat své muže a vztahy, protože v dětství zažily málo jistý resp. nefungující vztah svých rodičů. Svou snahu kontrolovat lidi a situace maskují jako „snahu pomáhat“.
10. Ve vztazích mají blíže ke svým představám, jak by věci měly vypadat, než aby si reálně uvědomily svoji situaci.
11. Jsou posedlé muži a citovým utrpením.
12. Mají emocionální a často i biochemické předpoklady k tomu, aby propadly drogám, alkoholu nebo jídlu, především sladkostem.
13. Tíhnou k lidem s problémy, které je třeba řešit, a zaplétají se tak do chaotických nejednoznačných a citově bolestných situací. Tak se vyhýbají zodpovědnosti vůči sobě samé.
14. Mají sklon k depresím, které se snaží přečkat pomocí vzrušení z nestabilních vztahů.
15. Laskaví, stálí a spolehliví muži, kteří se o ně opravdově zajímají, je nepřitahují. Tito „milí muži“ je nudí.

Řekli jsme, že pojem „**ženy, které příliš milují**“ je výtvar Norwoodové. Nenajdeme ho v žádné jiné klasifikaci poruch osobnosti. Srovnáme-li však výše uvedených 15 charakteristik **žpm** s diagnostickými kritérii poruch osobnosti podle klasifikace MKN-10 z r.1992, objevíme, dle mého názoru, nápadnou shodu s diagnostickými kritérii tzv. „**hraničního typu emoční nestabilní osobnosti**“ (**F60.31**) (dále budu používat jen zkratku pojmu „**hraniční porucha osobnosti**“ - **hpo**). Je tedy **žpm** jen jakousi ženskou formou **hpo** ? To se rozhodně neodvažuji tvrdit. Berte proto název této práce jako učitý druh literární licence.

Mám silný pocit, že **hpo** představuje pro české psychiatry a psychoterapeuty stále ještě velký diagnostický i terapeutický problém. Průzkumem na internetu jsem zjistil, že v anglické a německé jazykových oblastech existují k **hpo** rozsáhlé soubory informací o její etiologii a terapeutických přístupech a byla vydána jak řada knih o samotné poruše, napsaných profesionálními psychiatry a psychoterapeuty tak i řada knih od autorů (jedná se převážně o ženy ), kteří touto poruchou osobnosti sice trpí, ale naučili se s ní žít a udržovat dostatečně vysokou kvalitu života a partnerských vztahů. V České republice tomu tak rozhodně není. Žijící nestor české psychoterapie Stanislav Kratochvíl ve 3.vydání své knihy „Manželská terapie“ z r.2000 sice zmiňuje **hpo** jako novotvar zavedený MKN-10 v r.1992, nepoužívá však toto označení a přidržuje se výstižných a důkladných popisů abnormálních osobností od MUDr.Plzáka z r.1973. První dvě knihy v češtině pojednávající o **hpo** se objevily na českém knižním trhu teprve v minulém roce ( několik málo předcházejících publikací o **hpo** napsaných českými autory bylo distribuováno pouze v psychiatrických a psychoterapeutických kruzích ). Obě knihy vydalo nakladatelství Portál. Tou první je kniha německého psychoterapeuta Hans-Peter Roehra nazvaná „Hraniční porucha osobnosti“. Nutno říci, že ani v německé ani v anglické jazykové oblasti nepatří tato kniha mezi nejlépe hodnocené knihy o **hpo**. V obou jazycích byla o **hpo** vydána řada údajně lepších knih. Prozatím asi nejúplnější soubor informací o **hpo** v češtině lze nalézt v monografii „Poruchy osobnosti“ Jána Praška a kolektivu. Tato kniha se stala také hlavním zdrojem

informací z něhož nejvíce čerpám při psaní této práce. Lze opět konstatovat, že téměř vše co je v této práci uváděno o **hpo** je převzato z této knihy.

Poruchy osobnosti jsou skupinou duševních poruch, o jejichž konceptualizaci se neustále diskutuje a různé teoretické modely se vzájemně překrývají. A jednou z neobtížněji konceptuovatelných poruch osobnosti je právě **hpo**. Přesto, že se jedná o nejčastější poruchu osobnosti, se kterou psychiatrii přicházejí do styku (až 25 % hospitalizovaných pacientů), je shoda na této diagnóze jedna z nejmenších. Záleží na teoretickém založení, navázané spolupráci s pacientem, míře empatie terapeuta i celkovém kontextu.

Typickými znaky pacientů trpících **hpo** jsou intenzivní a zároveň nestabilní mezilidské vztahy (stabilní nestabilita), impulzivní a často sebe-destruktivní chování, prudké změny afektivity i sebehodnocení, poruchy identity, chronické pocity prázdnoty. K vyhledání terapie zpravidla nevede nestabilita ve vztazích, ale krátkodobé afektivní reakce, jako jsou sebepoškozující chování, suicidální pokusy či dlouhodobé dekompenzace ve formě depresivních epizod, rozvoje úzkostné či somatoformní poruchy, nebo poruchy příjmu potravy či rozvoje závislosti na návykových látkách. K hospitalizaci dochází velmi často v rámci krizové intervence.

Pacienti s **hpo** jsou často bystří lidé, obvykle se dobře verbálně vyjadřují. Často mluví o tom, že nevědí, kým ve skutečnosti jsou ani jak se cítí; chybí jim pocit vnitřní konzistence. Mohou prožívat krátké psychotické epizody, které souvisejí s výrazným interpersonálním stresem nebo s užíváním drog. Jejich interpersonální vztahy bývají intenzivní, ale nespokojené, často velmi divoké. Protože si nejsou jisti druhými lidmi a jejich vztahy buď vytvářejí závislé a těsné svazky, nebo naopak se chovají distancovaně a chladně. I při dlouholetém vztahu mají problémy s chápáním partnerových pocitů a motivací. Druhé lidi prožívají buď jako dobré, nebo jako zlé. Ve vztahu s partnerem i v terapii se tyto póly mohou rychle střídat.

Z aktuálních psychických poruch často tito pacienti trpí celou řadou neurotických příznaků, jako jsou úzkostnost, obavy a starosti, fobie, somatoformní nebo dissociativní poruchy. Často se objevuje intenzivní

pronikavá a všude se vyskytující anxiозita – tzv. panaxieta a depresivní epizody. Hněv je emocií, kterou tito pacienti prožívají často a velmi intenzivně – jako zuřivost. Jsou často iritabilní, k druhým nadměrně kritičtí. Jejich emocionální potřeby jsou téměř nenasytné. Typickým rysem je sebepoškozování; pálení se cigaretou, pořezání kůže ostrým předmětem, bušení končetinou nebo hlavou do zdi apod.

Pracovní anamnéza hraničních pacientů obvykle ukazuje na těžký funkční deficit. Pracovní prostředí je často jedním z kolbišť, kde se odehrává pacientův boj za zachování vlastní identity oddělené od identity ostatních spolupracovníků. Konflikty s nadřízenými jsou na denním pořádku. Pracovní vzorce jsou charakteristické nestálostí, intenzivním zaujetím s následným náhlým ukončením činnosti, nedostatkem uspokojení z práce, problémy ve vztazích.

Řada psychoterapeutů pokládá pacienty s **hpo** za „prokletí své existence“. Tito pacienti jsou často zlostní a vehementně se dožadující „svých práv“. Často osobně nebo telefonicky obtěžují terapeuta mezi sezeními. Hledání „dokrmení citového hladu“ vede tyto pacienty k překračování jakýchkoliv hranic terapie. Mají obvykle značnou schopnost vyvolávat u terapeuta intenzivní protipřenos. To vše činí psychoterapii pacientů s **hpo** pro terapeuty jednou z nejobtížnějších. Není divu, že se psychoterapeuti do terapie těchto lidí příliš nehrnou.

Pacienti s **hpo** jsou obtížní i ve skupině, i když je pro ně skupinová terapie vhodnější, protože jim poskytuje korektivní emoční zkušenosti a pomáhá mírnit přenosové reakce. Přes všechny zisky, které skupina těmto pacientům může přinést, je jejich léčba ve skupině velmi obtížná. Snadno skupinu rozčlení na své přátele a nepřátele, velmi krutě své nepřátele napadají a jsou schopni ve skupině zmobilizovat silný odpor k terapeutům.

## Stručná historie pojmu „hraniční“

---

Pojem „hraniční“ (**borderline**) se objevuje v psychiatrické literatuře asi 120 let. Jeho obsah se však v průběhu času měnil.

Ve 30-tých létech 20.století byl termín používán především v psychoanalytické literatuře. Poprvé ho použil Adolf Stern (1938) pro označení skupiny pacientů, kteří neměli z klasické analýzy předpokládaný užitek a které nebylo možné zařadit ani do jedné ze dvou standardních psychiatrických kategorií té doby : neurotik nebo psychotik.

V 50-tých létech sa začal pojem používat pro označení psychické poruchy, charakterizované určitými kritérii, ty však v té době nebyly zdaleka jednotné.

V 70-tých létech začalo období všestranného fenomenologického, genetického, prognostického, terapeutického a biologického výzkumu takto označovaných osobností. Dověšením této etapy bylo zařazení hraniční poruchy osobnosti do Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-III) v roce 1980 a do Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) v roce 1992 jako samostatné diagnostické jednotky.

Diagnostická kritéria **hpo**, tak, jak jsou stanovena ve výše uvedených psychiatrických klasifikacích, představují popisný přístup k poruše. Mezi oběma klasifikacemi existují drobné rozdíly. S „hraniční poruchou osobnosti“ v DSM-IV je kompatibilní diagnóza MKN-10 F60.31 („hraniční typ emočně nestabilní poruchy osobnosti“), zatímco diagnóze F60.30 („impulzivní typ emočně nestabilní poruchy osobnosti“) je v DSM-IV blízká tzv „intermitentní explozivní porucha“, zařazená do skupiny poruch kontroly impulsů. Diagnostická kategorie tzv. „emočně nestabilní poruchy osobnosti“ je poněkud zmatečná, což způsobuje, že je obtížné tuto poruchu osobnosti jednoznačně diagnostikovat jen na základě diagnostických kritérií MKN nebo DSM. Proto bývá paralelně, především ve výzkumech, používané tzv. „Diagnostické interview hraničních osobností“ (DIB).

Již jsem uvedl, že doposud nebyla nikým vytvořena uspokojivá a všeobecně přijímaná konceptualizace poruch osobnosti. Toto tvrzení platí pak zejména o **hpo**.

O jednu z prvních konceptualizací **hpo** se pokusil, na bázi **psychoanalýzy**, již v 60-tých letech 20.st. O.F.Kernberg. Kernberg vytvořil koncepci hraniční osobnostní organizace, kterou pokládal za základ dalších poruch osobnosti (narcistické, disociální, schizoidní, paranoidní a dalších).

Kernberg i někteří další autoři umisťují vznik **hpo** do různých subfází tzv. **separačně-individuačního procesu** (podle Mahlerové) tj. do 1 – 2 roku věku dítěte. Podle tzv. **teorie objektivních vztahů** si děti v tomto věku vytvářejí jakési „obrazy“ sebe a druhých (objektů), které jsou prožívány jako „dobré“ nebo „špatné“. Dítě v tomto věku není ještě schopno tyto „dobré“ a „špatné“ „obrazy“ sebe a druhých lidí (objektů) integrovat. Teprve později dochází k vytvoření stabilních a realistických „obrazů“ (objektivních reprezentací), v nichž je už dítě schopno integrovat i „dobré“ i „zlé“ „obrazy“ jednoho člověka (objektu). Podle **teorie objektivních vztahů** normální dítě prochází čtyřmi stadii, ve kterých si vytváří integrovaný „obraz“ sebe a druhých:

1. V prvních měsících vývoje jsou dítě a matka (já-self a objekt) v dětské mysli nerozlišitelné.
2. Aby bylo úplné, dítě si představuje dvě „dyády“: dobré vlastní self a dobrou matku, a zlé vlastní self a zlou matku (rozděluje mezi dobrým a zlým, nikoliv mezi matkou a sebou).
3. Dítě si začíná sebe sama představovat odděleně od matky.
4. Integrace dobrého a zlého vlastního self umožňuje začátek sebe-koncepce. Objekty a vlastní self už nejsou buď dobré, nebo zlé, ale jsou integrací obou.

Podle Kernberga a dalších se tato integrace u **hpo** nedaří a osoby v okolí jsou prožívány buď jako idealizované, nebo jako devalvované. Jsou to lidé, kteří „uvázli“ ve třetím stadiu, což umožňuje relativně dobře rozlišovat vnitřní realitu od vnější, ale nikoliv integrovat dobré a zlé duševní reprezentace vlastního self a druhých.

Později dochází k pokusům konceptualizovat **hpo** na **kognitivně-behaviorálním** základě (Linehanová). S **hpo** jsou spojené některé časté vzorce chování. Postižení jsou emočně zranitelní, extrémně senzitivní a neschopní regulovat svoje emoční reakce. Mají tendenci nadměrně simplifikovat řešení problémů. K problémům se často staví bezmocně a vynucují si pomoc. Jednotlivé problémy často pro ně znamenají „křizi“, takže život se podobá dramaticky napsanému televiznímu seriálu. Mnozí se během života naučili, že extrémní emocionální projevy jsou potřebné k získání pozornosti a pomoci od druhých. KBT se soustředí na nácvik dovedností zvládat svoje emoční stavy a impulzivní chování a systematicky řešit problémy.

Podle Linehanové je jádrem **hpo** porucha regulace emocí, která je do určité míry vrozená, ale která je rozhodujícím způsobem upevněna, pokud je takto postižené dítě vystaveno působení systematicky diskvalifikujícího rodinného prostředí. Podle Linehanové je tedy porucha regulace emocí konstitučně založena, ale teprve v odpovídající reakci prostředí se rozvine. V rodinném prostředí je zanedbáváno přiměřené vnímání a emocionální prožívání dítěte, jeho emoční potřeby jsou devalvovány, emoční projevy nepřiměřeně trestány nebo odmítány. Netolerance vůči afektivním projevům dítěte a vlastní nekontrolované afektivní chování rodinných příslušníků, podobně jako chování, které těžké afekty provokuje, jako je fyzické nebo sexuální zneužívání, tento proces dále posiluje. Právě pro tyto rodiny jsou typické ambivalentní vzorce vztahů. Blízké osoby jsou zároveň násilníky a ochránci. Potlačování vlastních emocí je při takových vztazích nutné pro „přežití“ dítěte.

Tímto chováním blízkých se dítě nenaučí přiměřené afektivní regulaci a adaptivnímu chování v kritických situacích. Zpevněné maladaptivní způsoby chování a emočních reakcí se později stanou problémem v době, kdy přirozeně vyvstanou požadavky na sociální kompetenci. Deficit se tedy výrazně projeví v době časně dospělosti a dospělosti, kdy potřeby socializace vyžadují dobrou afektivní kontrolu. Afektivní dysregulace se projeví sníženou frustrační tolerancí – hypersenzitivitou, vysokou intenzitou afektů a jejich protrahovaným odezníváním. Na základě prudkých protrahovaných afektů dochází ke zkratovému jednání, které vybijí afektivní tenzi. Dysfunkční chování sice slouží afektivní regulaci, ale z dlouhodobého hlediska přes devalvací sebe nebo

druhých přispívá k udržování negativních afektů i samotného impulzivního chování.

Pacienti trpící **hpo** si díky odmítavému a znehodnocujícímu prostředí během dětství vytvořili relativně pevný, globální, negativní pohled na sebe sama, druhé lidi a svět. Tento pohled je ovlivněn jak genetickými faktory, tak časnými životními zkušenostmi. U hraniční poruchy osobnosti jsou nejčastější schémata, týkající se:

- **nemilovanosti/defektnosti** (*Nejsem lásky hoden. Jsem křipl, o kterého nikdo nemůže stát!*),
- **opuštění/ztráty** (*Jsem na světě úplně sama! Všichni mě opustí! Nikdy si nikoho nenajdu!*),
- **závislosti/nekompetence** (*Bez druhých bych nepřežil! Nejsem se schopen o sebe postarat!*).

Prozatím jsem, bohužel, nikde v česky vydané literatuře nenašel informace o tom, jak konceptualizuje **hpo** **Theodore Millon** ve své teorii poruch osobnosti nebo nebo **C. Robert Cloninger** ve své sedmidimenzionální teorii temperamentu a charakteru. Mám totiž osobní pocit, že Millonova a Cloningerova teorie vysvětlují poruchy osobnosti srozumitelněji a logičtěji, než teorie Kernberga nebo Linehanové.

Zvláště blízké jsou mi názory Millonovy, který ve své, více než osmisetstránkové, monografii *Personality Disorders* z roku 1996 vymezuje devět základních předpokladů přístupu k poruchám osobnosti:

1. Poruchy osobnosti nejsou nemocemi.
2. Poruchy osobnosti jsou vnitřně odlišné funkční a strukturální systémy, ne však vnitřně homogenní jednotky.
3. Poruchy osobnosti jsou dynamické, ne statické systémy, neživé nálepky.
4. Osobnost sestává z různorodých jednotek na mnohočetné úrovni dat.
5. Osobnost existuje na kontinuu. Neexistuje ostrá hranice mezi normalitou a patologií.
6. Osobnostní patologie není přímočará, ale postupná interaktivní a mnohočetně rozložená do celého systému.



7. Kritéria patologie osobnosti by logicky měla být koordinována v již samém modelu poruch osobnosti.
8. Poruchy osobnosti mohou být vyšetřeny, ale ne diagnostikovány definitivně.
9. Poruchy osobnosti vyžadují strategicky plánované a kombinační způsoby taktické intervence.

Millonova snaha jít „za“ psychiatrickou klasifikaci znamená odmítnutí poruch osobnosti jako klinicky homogenních jednotek složených z rozdílných a jednotných diagnostických znaků. Považuje toto chápání osobnosti za chybné, zúžené a především klinicky nesprávné. Klinická zkušenost, podle Millona, učí, že i v rámci jedné kategorie poruchy osobnosti existují veliké rozdíly. Poruchy osobnosti nemohou být, podle něj, léčeny léky a přetvořeny do kategorií nemocí, které jsou zřetelně ohraničené a léčitelné. V tomto smyslu je třeba název „poruchy osobnosti“ a jejich zařazení do klasifikací DSM či MKN pokládat za nepříliš šťastné. **Terapie poruch osobnosti není léčba, ale zapojování „konstruktivních sil“ osobnosti do „otvírání možností“ vedoucích k „pozitivnímu“ vývoji ( nebo jinak řečeno pozitivní změně ) osobnosti.**

## Terapie hraniční poruchy osobnosti

---

Odborná literatura je prakticky jednotná v názoru, že základní složkou účinné terapie **hpo** je kvalitní terapeutický vztah a konzistentní, erudované psychoterapeutické vedení.

Terapie **hpo** bývá zpravidla dlouhodobá a vyžaduje dostatek zkušeností. V první řadě je nutné léčit přidružené akutní poruchy, jako jsou např. depresivní epizoda, úzkostná porucha, závislost na alkoholu či porucha příjmu potravy apod. Léčba akutní poruchy bývá zdlouhavější a obtížnější než u pacientů bez poruchy osobnosti.

Tradičním psychoterapeutickým přístupem, zabývajícím se **hpo**, je **psychoanalýza**.

Individuální psychoterapie se u **hpo** zaměřuje na zvýšení schopnosti ega odolávat regresi, tolerovat frustraci, odkládat uspokojení, ovládat impulzy a snášet bolestné afektivní stavy.

Hlavním terapeutickým nástrojem pro Kernberga je **interpretace**. Její součástí jsou **vysvětlení** („Nerozumím úplně tomu, co vás přimělo upustit od milostné hry s vaším přítelem, když se usmíval. Co tím míníte, že jste byla přibržděna? Jak jste se cítila?“ nebo: „Opakovaně jste mi říkala, že by každá žena reagovala tak, jak jste to udělala vy, a že vy ve všech těchto reakcích hnusů vůči mužům nevidíte nic významného. Trváte na tomto bodě?“), **konfrontace** („Odmítla jste všechna má pozorování v této hodině – aniž jste o tom okamžik přemýšlela – a současně jste tvrdila, že ode mne nic nedostáváte. Co si o tom myslíte?“ nebo „Vaše potřeba poohlédnout se po novém příteli se objevuje, jak se zdá, vždy tehdy, když vás váš současný přítel překvapí nečekaně něžnými vlastnostmi.“) a **výklad** („Zatímco se vám omrzela váš přítel, právě když on se zdál být s vámi tak šťastný, ponížila jste ho, abyste mohla být chráněna před svou závistí z jeho schopnosti milovat.“). Ta umožňuje uvědomování si rozporů a konfliktů, které za nimi leží. Interpretace se může týkat souvislostí zde a nyní, souvislostí s vnější realitou, minulostí, obranných mechanismů i genetické rekonstrukce. V průběhu terapie je nutné dbát na zachování hranic. Důsledné dbání na hranice

zamezuje vzniku „primitivní“ idealizace terapeuta. Kernberg preferuje práci na problémech „zde a nyní“ a varuje před lákadlem biografických obsahů. K dohodě o terapii, vyjasnění terapeutických cílů a stanovení hranic doporučuje Kernberg vypracovat léčebnou smlouvu, týkající se:

**1. Motivace:** Léčebné cíle by měly být s pacientem zevrubně prodiskutovány a explicitně definovány. Měly by být realistické a dosažitelné. Pacientovi by mělo být jasné, že se sám musí změnit.

**2. Otevřenosti a čestnosti:** Pacient je odpovědný za upřímnost a otevřenost v komunikaci.

**3. Vyloučení faktorů, které ohrožují léčbu:** Projevy agování mimo terapii, které ohrožují život nebo zdraví pacienta nebo jiných, jsou smluvně vyloučeny.

**4. Odpovědnosti pacienta:** Za léčbu nese odpovědnost pacient.

Pacient s hraniční poruchou osobnosti se velmi pravděpodobně pokusí toto ohraničení prolomit a smlouvu porušit nebo zrelativizovat. Terapeut se k ní však vždy může vrátit a zdůraznit, že jedině pak má terapie šanci dospět k nějakému cíli.

Pouze několik kontrolovaných studií zkoumalo efektivitu **kognitivně-behaviorální terapie** (KBT) u pacientů s hpo. Tyto studie ukazují na její vysokou účinnost. Standardní KBT však musí být modifikována.

M. Linehanová rozvinula vlastní přístup k léčbě hraniční poruchy osobnosti, který nazvala „**dialektická behaviorální terapie**“. Tento program, probíhající na ambulantní bázi, spočívá v kombinaci individuální „dialektické“ terapie (terapie rozhovorem o protikladných postojích a chování), která je zaměřena na zvýšení schopnosti přijmout, tolerovat a zvládnout své emoce a skupinové „behaviorální“ terapii, zaměřené na nácvik sociálních dovedností. Individuální sezení se pružně přizpůsobují aktuálním potřebám klienta, skupinový program je předem daný a obsahuje stabilní kroky. Pět kontrolovaných studií prokázalo, že takto pojatý přístup snižuje frekvenci sebepoškozování, zlepšuje sociální přizpůsobení a snižuje závažnost užívání drog ve srovnání s běžnou zdravotní péčí. Autorka zdůraznila nezbytnost týmové práce, vzájemné supervize a podpory mezi terapeuty, kteří se věnují této náročné skupině klientů.

V dialektické behaviorální terapii je důraz kladen na práci s regulací afektů. Pacient je konfrontován s rozporů a učí se snést napětí z toho vznikající. Hlavní dovedností, které se na počátku potřebuje naučit, je schopnost věnovat pozornost svému vnitřnímu prožívání, myšlenkám a emocím a pochopit, jak souvisejí s impulzy v chování či vyhýbání se řešení důležitých situací v životě. K tomu jsou používány různé strategie:

- **Validizační strategie:** Stvrzují potlačované emoce pacienta jako legitimní. Terapeut zásadně žádné emoce pacienta nezhodnocuje, snaží se je přijímat a pomoci je pacientovi propracovat tak, aby jim více rozuměl a byl je schopen modulovat, nikoliv potlačovat, jak to dělal většinu života.
- **Kontingenční a kognitivní strategie:** Vysvětlují a objasňují souvislosti a kontext emočních a behaviorálních vzorců, typicky se pracuje se záznamy automatických myšlenek v situacích frustrace. Pomocí práce s automatickými myšlenkami se pacient učí zpětně pochopit své impulzivní reakce a chování.
- **Dialektické strategie:** Černobílý pohled „buď-anebo“ se propracovává na diferencovanější pohled „Jak-tak“.
- **Strategie řešení problémů:** Učí pacienta, jak řešit problémy systematickým krokovým způsobem, s brainstormingem alternativ řešení, a nikoliv prudkými afekty a impulzy.
- **Strategie k rozšíření kompetencí:** Učení se interpersonálním dovednostem a dovednosti sám sobě více rozumět. V této fázi je důležitý nácvik přijímání kritiky, dávání zpětné vazby, empatie, vyjadřování potřeb a emočních stavů, získání validizace z okolí.
- **Vztahové strategie:** Používají se ke klarifikaci terapeutického vztahu, který je reprezentantem jiných vztahů.

Postupně se pacient v průběhu terapie učí monitorovat své prudké afekty, zjistit situace, ve kterých se typicky objevují, odložit impulzivní chování, zpracovat myšlenky a postoje, které s nimi souvisejí a naučit se alternativnímu chování, které je zaměřeno nikoliv na krátkodobé uspokojení, ale dlouhodobější cíle.

Dalším typickým krokem je **propracování traumat z minulosti**. Opakovanými rozhovory o traumatických zkušenostech dochází k propracování kognitivního vyhýbání (část vzpomínek pacient vytěsňoval), k postupné akceptaci traumatu a habituaci emočně vypjatých vzpomínek v chráněném prostředí. Aby ke změně

mohlo dojít, je potřebné zachytit a propracovat typické kognice, týkající se traumat, odmítání nebo týrání v dětství. Bývají spojeny se sebestigmatizací a úporným sebeodmítáním až nenávisti k sobě, střídaným někdy prudkou nenávistí k rodičům či násilníkovi, dichotomním viděním. V této části se pracuje hodně s imaginací vzpomínek, hraním rolí a psaním dopisů (které se neodesílají) důležitým lidem ze života pacienta. Pacient se postupně učí monitorovat svoje silné emoce, popsat je, porozumět jejich vrstvení a přechodům, diferencovaně je vyjadřovat, odložit a modulovat.

Ve třetí fázi terapie se spolupráce zaměřuje na postupné **propracování sebepřijetí a sebeúcty a uskutečňování konkrétních cílů v životě**. Zde jsou důležité strategie kognitivní restrukturační (hledání adaptivnějších postojů k sobě, druhým a světu), jejich propracování do konkrétního chování a strategie řešení životních problémů. Pacienti se rovněž učí komplexním komunikačním dovednostem (např. vyjednávání ve sporných situacích, uzavírání kompromisů apod.).

Potíže s vytvářením terapeutického vztahu mohou pacientovi odrážet potíže ve vztazích mimo terapii a jejich zkoumání může pomoci odhalit jak pacientova přesvědčení, tak obvyklé kompenzační strategie. Častým aspektem terapie je rychlá a náhlá pohotovost k intenzivním pozitivním nebo negativním přenosovým reakcím. Dalším problémem v terapii je rozvoj intenzivních protipřenosových reakcí. Pacientova konstantní projekce zkreslených vnitřních objektů a jeho trvání na tom, aby se jí přizpůsoboval, znamená pro terapeuta značný stres. Sám terapeut potřebuje pravidelně zkoumat své myšlenky a chování k pacientovi, které mohou mít základ v jeho vlastních dysfunkčních postojích.

Ukončení terapie je analogií úspěšného završení separačně-individuačního procesu a všechny terapeutické školy sa shodují v tom, že je nutné věnovat mu náležitou pozornost. Shoda panuje i v tom, že je to pacient, kdo by měl být iniciátorem ukončení terapie, a terapeut je ten, kdo mu umožní přežít separaci tak, jak mohla v ideálním případě proběhnout s původními pečovateli.

V této kapitole shrnuji některé další názory N. o žpm :

1. **Žpm** v partnerských vztazích málo dbají na svou vlastní osobnost. Vyčerpávají se ve snaze změnit partnera a uchylují se k zoufalým manipulacím. Nejsou schopny skutečně intimního vztahu s partnerem, k tomu mohou dospět až po svém uzdravení. To je většinou důsledek toho, že jejich otec jim nedával najevo vřelost a lásku. Ony si za chladné chování otce dávaly vinu samy sobě a trpěly citovým hladem. Vybírají si často podobné partnery jako byl otec, citově chladné, a snaží se od nich za každou cenu získat odpíranou lásku. Když je partner opustí klesne jejich nízké sebevědomí ještě hlouběji, mají pocit, že jsou bezcenné.
2. **Žpm** nepřitahují laskaví, stálí a spolehliví muži, kteří se o ně opravdově zajímají. Tito „milí muži“ je nudí. Tam, kde se neděje nic vzrušujícího se **žpm** necítí dobře a říkají tomu nuda. Nedovedou se prostě těšit z mužovy společnosti. Mají pocit, že vztah, v němž se tvrdě nebojuje a v němž chybí vášeň a vzrušení není láska. Muž, který se chová vyrovnaně a nemanipulativně je nudí.
3. **Žpm** zaměňují vášnivý milostný vztah za lásku. Myslí si, že erotická přitažlivost a „dobrý sex“ znamenají „pravou“ lásku. Vychladnutí vzájemné sexuální touhy v partnerském vztahu považují mylně za „vyhasnutí“ lásky. Oddaný a bezpečný partnerský vztah je pro ně vyjádřením nudy. Nejsou se svým partnerem schopny skutečné intimity a uvolněného projevování sexuality. Sexualitu používají jako nástroj k manipulaci. Přes sex se snaží kontrolovat svůj partnerský vztah. Přes sex „nutí“ partnera, aby je miloval. Prostřednictvím sexu chtějí udělat vztah jistější a bezpečnější. Proto jsou v sexu často chladné. Partnerovu sexuální nevěru vnímají jako prolomení jejich obrany, mají strach, že je nebude už pro sex potřebovat a opustí je.
4. **Žpm** mají často názor, že trápení je přirozenou součástí lásky a že když někdo chce pro lásku trpět, je to s ním spíš dobré než špatné. Vztahy zdravé, zralé, čestné, nemanipulativní v nichž partneri spolu komunikují jako rovný

s rovným a nezneužívají jeden druhého nepovažují za pravou lásku. To má dvě příčiny. Především je v naší společnosti stále ještě zdravých partnerských vztahů velmi málo a silně převládají vztahy nezdravé. Druhá příčina je v tom, že vzájemná hra emocí je ve zdravých vztazích subtilnější, navenek neslyšitelná a neviditelná než hlučné drama emocí v nezdravých vztazích. Film a literatura ztvárňují téměř výhradně vztahy nezdravé. Lidé se nechávají ničit nezdravými vztahy pravděpodobně jen proto, že jiné modely vztahů vůbec neznají, protože je nikdy neviděli. Současný pohled společnosti na partnerskou lásku je nebezpečně omezený, ukazuje většinou jen mělké a nezralé vztahy, ty však maluje lákavými barvami.

5. **N.** tvrdí, že klíč k problémům **žpm** obvykle najdeme v jejich dětství. Mnohé **žpm** musely popřít své vlastní potřeby ve snaze vyhovět potřebám jiných členů rodiny. Pod tíhou okolností musely někdy předčasně dospět a příliš brzy na sebe vzít odpovědnost dospělých, protože jejich matka nebo otec byli tělesně nebo psychicky tak nemocní, že nedokázali plnit svou rodičovskou roli. Nebo jeden z rodičů zemřel nebo odešel od rodiny a ony se ho snažily nahradit a pomáhaly v péči o sourozence a o zbývajícího rodiče. Nebo nedokázaly emocionálně zvládat špatný vztah mezi rodiči. Atd. Často předstíraly, že jsou dospělejší, než byly a že jejich potřeba lásky, jistoty a bezpečí je menší, než ve skutečnosti byla. Uspokojovaly cizí přání a požadavky a nemyslely na svou vlastní bolest a strach a nuspokojené potřeby. Tyto vzorce chování si přenesly do dospělosti. Naučily se v dětství roli, kterou musí hrát celý život. Je to role záchránkyně, která dokáže spasit lidi kolem sebe. Podle této role si vybírají i partnera. Je to obvykle muž s výraznými nedostatky. Žena si myslí, že mu pomůže, že ho změní a on se jí za to odmění láskou. Komplex záchránkyně je nezdravý.

Ženy, které trpí tímto komplexem také obvykle pociťují silné pocity viny. Viny za to, že nebyly schopné lidi kolem sebe zachránit a pomoci jim. Když se o ženu s komplexem záchránkyně uchází muž, který nežádá její mateřskou péči, ale naopak jí nabízí tolik potřebnou pomoc a tím se vlastně pokouší zvrátit navyklé role, nic k němu obvykle necítí. Dobrý pocit má jen v roli pečovatelky. Je přesvědčena, že pečování o druhého je láska.

6. **Jaké muže si vybírají žpm :** Žpm si na „nezdravou lásku“ a „nezdravé vztahy“ zvykly v dětství, ve své původní rodině. Jak však nacházejí muže, se kterými mohou nadále udržovat nezdravou formu vztahů, na kterou jsou uvyklé z dětství ? Co vlastně táhne tyto ženy k partnerům, se kterými mohou opakovat vzorce chování, jež důvěrně znají z dětství ? Není tak zcela úplně pravdivé tvrzení, že lidé si většinou berou někoho, kdo je úplně stejný jako jejich otec či matka. Podstatné je to, že mohou s partnerem zakoušet stejné pocity a řešit podobné situace jako v dětství. **Lidé mají tendenci používat ty vzorce chování, které mají dobře vyzkoušené.** To platí i o jejich představách o tom, co je láska. Žpm cítí k muži, který jim dovolí, aby používaly osvědčené vzorce chování z dětství silnou náklonnost. Tomu nemohou zabránit ani jiné silně nepříjemné pocity. Žena se pokouší v dospělém vztahu překonat své dětské pocity bolesti, bezmoci a obav, že ji nikdo nemá rád. **Čím silnější bolest žena v dětství zakoušela, tím víc ji to nutí, aby v dospělosti prožila stejnou bolest a ovládla ji.**

**Žena, která hledá muže, který by ji potřeboval vytvoří obvykle vztah s mužem, který hledá někoho, kdo by za něj převzal odpovědnost.** Žena, která extrémně touží se obětovat vytvoří obvykle vztah s mužem, který je mimořádný sobec. Žena, která chce ovládat vytvoří obvykle vztah s mužem, který má silný komplex méněcennosti. Atd. Atd.....

Ve vztazích každé žpm působí vždy 2 faktory :

- 1/ Modely vztahů v její a partnerově rodině do sebe zapadají jako zámek a klíč.
- 2/ Žena cítí potřebu vytvářet a překonávat modely, které jí v dětství působily bolest.

Základní pravidlo říká, že **čím těžší je ukončit nějaký vztah, tím více je v něm obsaženo prvků z našeho dětství.** To proč žpm zůstávají ve špatných vztazích se vysvětluje podvědomými psychologickými důvody. Žpm se touto cestou snaží překonat staré dětské strachy, bolesti, zlobu a frustraci. Doufají, že tak získají ztracenou lásku a odepřené uznání z dětství.

7. **Jací muži si vybírají žpm :** Muži, kteří si vybírají žpm mají jedno společné: touhu po silné ženě, která je pro muže příslibem všeho, co postrádá sám u sebe nebo ve svém životě. Jedná se často o alkoholiky, o muže, kterým se vlastní život začíná vymykat z rukou. Žpm jim pomáhají zahladit následky jejich jednání a tím je vlastně podporují v jejich špatném životě.



Co jsou hlavní podvědomé otázky ve vztazích **žpm** ? „**Potřebuješ mě?**“ ptá se **žpm**. „**Postaráš se o mě ? Vyřešíš moje problémy ?**“ ptá se muž, který si ji vybere za partnerku.

8. **N.** popisuje v knize velké množství kazuistik, které mají společné to, že ženy prohlašovaly, že chtěly svému partnerovi pomáhat. Muži naopak hledali někoho, kdo by jim pomohl, dohlédl na jejich chování, dal jim pocit bezpečí, „zachránil je“. Idea ženy, která spasí muže silou své nesobecké lásky je stará a objevuje se v celé řadě pohádek naší kultury, např. v pohádce „Kráska a zvíře“. Krásná dívka promění ohavné zvíře ( např. žábáka ) silou své lásky v člověka (nejlépe v prince).

Víra, že žena může změnit svého partnera, když ho dostatečně miluje je tedy naší kultuře vlastní. Myšlenky mnohých **žpm**, že by mohly někoho něšťastného, nezdravého nebo zkrátka špatného proměnit v ideálního partnera nejsou v naší kultuře vyjímečné. Jsou zabudovány velmi hluboko v naší židovsko-křesťanské morálce a v jejich představách o lásce mezi ženou a mužem. Jsou pevnou součástí principu solidarity, který říká, že lidé mají pomáhat těm, kteří mají méně štěstí, než oni.

Princip solidarity však nevysvětluje proč si tolik **žpm** vybírá za partnery muže kruté, lhostejné, násilnické, citově chladné, závislé na něčem atd. Vysvětlení spočívá v tom, že **žpm** mají silnou potřebu **mít své nejbližší pod kontrolou**. Příčiny jsou v jejich dětství, kdy si vypěstovaly **obránné mechanismy**, zejména **popírání reality a kontrolu svých bližních**.

V nefunkčních rodinách se vždycky **popírá realita**. Bez ohledu na to, jak vážný je problém, rodina je nefunkční jedině tehdy, když její členové popírají realitu. Když se některý člen pokusí kruh popírání reality protrhnout třeba přesným vylíčením situace, rodina se často semkne, a pokud se jí nepodaří „přivést ho k rozumu“, vyobcuje ho. Nikdo nepopírá realitu vědomě. Probíhá to „samo“, podvědomě. Je to obrana proti konfliktům a strachům.

**Žpm** obvykle popírají realitu, „tají samy sobě“ v jaké situaci se nachází. Snaží se kontrolovat své partnery, věří, že si tak zajistí jistotu a bezpečí svého

partnerského vztahu. Nejbezpečněji se člověk cítí s někým, kdo ho potřebuje. **Žpm** si obvykle vybírají partnera, kterého mohou „vylepšovat“. U zdravého partnera však svou snahou ho „vylepšit“ dosáhnou většinou přesně opačného výsledku, než v jaký doufají. Namísto vděčného a loajálního partnera mají vedle sebe partnera protestujícího a kritického. Sebevědomý muž, který si potřebuje sám sebe vážit, nepřistoupí na to, že lékem na jeho problémy je partnerský vztah. Své problémy se snaží řešit především svými silami. **Žpm** propadají do ještě většího zoufalství, protože si myslí, že si nedokázaly udržet lásku partnera a připadají si ještě více méněcennější. Pro takové ženy je nemožné změnit své chování dokud nepochopí, co je do něj vlastně žene.

9. Ke zdravému vztahu s mužem musí mít žena zdravý tj. dobrý vztah sama k sobě. Pokud tomu tak není, čeká žena od vztahu s mužem, že zaplní prázdnotu v jejím nitru. Pokud, ale žena nemiluje sama sebe, nemůže milovat ani muže až k naplnění, protože ve své prázdnotě bude nacházet jen další prázdnotu. Prožívání života a také prožívání partnerského vztahu je odrazem toho, co je hluboko v nitru člověka : své vlastní přesvědčení o vlastní ceně, o právu na štěstí, o tom, co si v životě zasloužíme. Když se tato víra změní, změní se i život.

10. Žena si musí uvědomit, že mechanismy popírání reality a získávání kontroly nad situací nemohou zlepšit její život a její vztahy. Tyto mechanismy ji udržují ve vztazích, kde se urputně snaží změnit někoho jiného namísto sebe. **Jediným řešením je pro žpm přijímat své blízké takové, jací jsou. Musí poznat realitu a přijmout ji takovou, jaká je, ne se ji snažit změnit.** V tom spočívá štěstí, které není založené na manipulaci s blízkými lidmi, ale na nastolení vnitřního míru. Schopnost přijmout člověka takového, jaký je, je forma zralé lásky. Za pokusy změnit někoho jiného se skrývá naše nemoc : věříme, že na jeho změně závisí naše štěstí. Když ale zdroj svého štěstí umístíme mimo sebe, do rukou někoho jiného, vzdáváme se možnosti změnit svůj život k lepšímu vlastními silami.

11. Většina **žpm** je schopna prožít svůj život mnohem šťastněji a plněji, než si vůbec uvědomuje. Nevnímají to však, protože si myslí, že jim stojí v cestě něčí chování. Když se snaží někoho změnit, přináší jim to jen depresi a frustraci. Ale

měnit svůj vlastní život je radostné. Žena, která se o to pokusí, se zbaví smutku z toho, že se jí muž málo věnuje, pocitu viny za to, že ho nedokáže změnit, i břemene marných pokusů změnit něco, co změnit prostě nejde. S menším pocitem viny je možné, že k němu začne cítit větší náklonnost za dobré vlastnosti, kterých si u něj lze vážit.

12. **Z jedné závislosti vyrůstá další :** **Žpm** blokují často své nejhlubší pocity z dětství ještě nejrůznějšími formami dalších závislostí (vedle závislosti na mužích), nejčastěji na **jídle, alkoholu a drogách**. V takovém případě se musí uzdravovat z obou závislostí současně. Protože čím jsou **žpm** např. závislejší na alkoholu, tím větší je pocit viny, studu, strachu a odporu k sobě samým. Čím jsou izolovanější a osamělejší, tím více pak jsou závislé na vztahu k muži, od kterého si slibují, že jim zvýší sebevědomí. Mají samy ze sebe hrozný pocit, a tak chtějí, aby jim on pomohl cítit se lépe. Samy sebe nedokáží milovat, potřebují, aby je on přesvědčil, že jsou hodné lásky. Tím se roztáčí začarovaná spirála. Svou závislost na alkoholu omlouvají **žpm** tím, že jsou osamělé a jejich partner se k nim nechová správně. Alkohol je otupuje a obírá je o sílu nezbytnou k tomu, abych dokázaly ve svém životě něco změnit. Za jednu závislost viní druhou. A uchylují se k jedné, aby zvládly tu druhou. A tak jsou na obou čím dál závislejší.

13. U mnohých žen, které v původní rodině prožívaly násilí, nejistotu a stresy se usídlila v duši hluboká deprese. Tyto ženy vyhledávají problematické a dramatické partnerské vztahy, aby přehlušily své deprese. Vztahy jsou pro ně únikem z deprese. Ten, kdo prožívá intenzivní vzrušení, ať v kladném nebo záporném smyslu, nebývá současně depresivní. Výsledkem však bývají deprese silnější než kdy předtím.

N. vidí u **žpm** velmi silnou podobnost s narkomanií a abstinencií příznaky. **Žpm** se snaží vyhnout vlastním pocitům (depresím, pocitům prázdnoty atd.), a proto se doslova „dopuje“ svým vztahem k muži, používá ho k úniku jako nějaké drogy. Má-li se **žpm** uzdravit, potřebuje oporu, aby unesla svou „abstinenční“ (od vztahu) a dokázala čelit bolesti, kterou cítí.

První krok v terapii **žpm** spočívá podle **N.** v tom, že ženě pomůžeme, aby si uvědomila, že – jako každý závislý člověk – trpí chorobným procesem, který se musí léčit, protože jinak se bude choroba zhoršovat. Je třeba, aby se dozvěděla, že na její chorobu existuje vyzkoušený léčebný postup. Potřebuje vědět, že je závislá na bolesti a na nenaplněném vztahu, že to je nemoc, kterou trpí spousta žen, a že tato nemoc má kořeny v neutěšených vztazích v jejím dětství.

Individuální psychoterapie moc nepomůže, protože nenaplní obrovskou prázdnotu, která se vytvořila v její duši. Pomoc a opora musí být k dispozici neustále. Tu nejlépe poskytují ženy z terapeutické skupiny, které mají za sebou podobnou životní historii jako ona.

Primární chorobou **žpm** je jejich posedlost bolestí a nezdravým partnerstvím. Kořeny toho leží sice v dětství, ale musí se začít uzdravovat především svým nynějším chováním. Bez ohledu na to jaký její partner skutečně je, musí žena pochopit, že **pokaždé, když se pokouší partnera změnit, pomoci mu, kontrolovat ho nebo vinit, je to projev její nemoci a že dokud nezmění své chování v tomto bodě, nezlepší se nic ani v jiných oblastech jejího života.** Musí se zabývat jen sama sebou, o partnerovi vůbec nepřemýšlet. Ze závislosti na vztazích se uzdravuje stejně obtížně jako ze závislosti na alkoholu.

**N.** uvádí následující postup, který vede k uzdravení **žpm** (následující kroky je třeba uskutečňovat postupně, musí na sebe navazovat) :

1. **Vyhledejte pomoc.** Svého partnera přitom úplně vynechte. Mějte na paměti, že to děláte jenom a jenom pro sebe. Vzdejte se nesmyslné představy, že to zvládnete sama. Uvědomte si, že svůj problém sama nevyřešíte. **N.** se domnívá, že ženy by měly hledat pomoc u žen. Nejlepší je terapeutická skupina v níž je více **žpm** a kterou vede terapeutka, která uznává, že **žpm** trpí závažnou progresivní chorobou. Buďte si jisté, že vaše problémy jsou horší, než si dokážete přiznat, že

vaše nemoc je na postupu, že potřebujete vhodnou léčbu a že ji nemůžete aplikovat samy.

2. **Soustředte se především na své uzdravení.** Nepřemýšlejte o partnerovi a jeho změně. Nasměřujte veškerou svou energii na změnu sebe sama. Doslova se „oddejte“ jenom sobě, pokládejte sebe samu za nejdůležitější osobu. Snažte se dovědět o svém problému co nejvíc. Nepijte vůbec alkohol. Soustředte se jenom na své uzdravení. Setkání vaší terapeutické skupiny pro vás musí být na prvním místě.
3. **Hledejte pochopení ve skupině lidí s podobným osudem.** Na setkání skupiny pravidelně docházejte. Máte-li mít ze skupiny prospěch, musíte odhalit své nitro a být maximálně upřímná. Ve skupině se nebojte vyzrazení svého tajemství. Právě vyzrazení tajemství má léčebný účinek.
4. **Každodenní praxí obohacujte duchovní stránku své osobnosti.** Zjistěte, co vám vnáší do duše mír a věnujte se tomu denně půl hodiny (osamělá procházka nebo procházka s partnerem, péče o květiny, poslech hudby, četba atd.). Snažte se být otevřená ke svým blízkým. Učte se ignorovat své strachy a obavy, nahraďte je pozitivním přemýšlením o svém životě.
5. **Přestaňte řídit a kontrolovat druhé.** Přestaňte dávat rady svému partnerovi nebo mu něco vyčítat. Přestaňte ho pozorovat. Nevšímejte si toho, co dělá a soustředte se na svůj vlastní život. Nechte věci být tak jak jsou. Zapomeňte na problémy jiných a pomozte sama sobě.
6. **Naučte se, že se nesmíte nechat zatáhnout do žádných her.** Hrou se zde rozumí dialog v páru, který má sloužit k tomu, aby se pár vyhnul intimnímu přiblížení. V nezdravých vztazích takové hry převažují. Role, kterou často hraje žpm je role oběti. Hra se potom skládá z výčitek, vzájemného obviňování a ospravedlňování a nemá vítěze. Je to nesmyslné a ponižující. Přestaňte s tím ! Nesnažte se změnit to, co změnit nemůžete ! Změňte to, co změnit můžete – sebe ! Přestaňte od partnera vyžadovat projevy soucitu a lítosti.

7. **Mějte odvahu přiznat si své problémy a nedostatky.** Je to nejdůležitější věc pro vaše vyléčení. Musíte změnit zhoubný přístup k životu spočívající v obviňování druhých za svůj nešťastný život.
8. **Kultivujte nejrůznější své potřeby.** Neodkládejte věci. Věnujte se aktivně svým zájmům nebo hledejte, co by vás mohlo oslovit. Každý týden vyzkoušejte aspoň jednu novou činnost. Riskujte : seznamujte se aktivně s novými lidmi, přihlaste se do nějakého kurzu, vydejte se sama na cesty atd. Sbírejte nové zážitky.
9. **Začněte být „sobecká“.** Dejte svůj prospěch, svou práci, plány a činnosti na první místo, před potřeby druhých. Dopřejte si každý den něco, čím uděláte radost jen sama sobě. Nepřizpůsobujte se něčemu, co vám nesedí. Přitom se budete muset naučit tolerovat nevyhnutelné reakce ostatních, i hněv a nesouhlas.
10. **Podělte se s druhými o své zkušenosti a o to, co jste se naučila.**

V závěru své knihy **N.** vyjmenovává 10 charakteristik **žpm**, která se uzdravila :

1. Plně přijímá sama sebe, i když chce některé stránky své osobnosti změnit. Vědomě prohlubuje svůj pocit sebelásky a sebeúcty.
2. Přijímá druhé takové, jací jsou, a nesnaží se je změnit, aby vyhovovali jejím potřebám.
3. Je si vědoma svých pocitů a postojů ke všem aspektům žiata včetně sexuality.
4. Pečuje o svou osobnost, o svůj vzhled, o svůj systém hodnot, o své tělo, rozvíjí své zájmy, váží si svých výsledků. Cení si sama sebe a nehledá vztah, který by jí dodal pocit sebeúcty.

5. Její sebevědomí je dostatečně vysoké k tomu, aby se dokázala těšit z komunikace s ostatními lidmi, zejména s muži, kteří jsou příjemní takoví, jací jsou. Nepotřebuje pocit vlastní hodnoty odvozovat od toho, že jí někdo potřebuje.
6. K lidem, kteří si to zaslouží je otevřená a projevuje jim důvěru. Nebojí se odhalit samu sebe v hluboce osobní rovině, ale naopak nepropůjčuje se k tomu, aby ji mohli zneužívat lidé, kterým nejde o její dobro.
7. Klade si otázku: „Je tento vztah pro mě dobrý ? Umožní mi využít všech mých možností?“
8. Když zjistí, že vztah, který navázala je destruktivní, dokáže z něj odejít, aniž by zakoušela ochromující depresi. Dostává se z krize za pomoci chápajících přátel a zdravých zájmů.
9. Nadevše si cení míru ve své duši. Všechny zápasy, dramata a zmatky z minulosti pro ni ztratily přitažlivost. Chrání sama sebe, své zdraví a svůj vlastní prospěch.
10. Je si vědoma toho, že má-li vztah fungovat, musí spojovat partnery, kteří mají stejný systém hodnot, podobné zájmy a cíle a jsou schopni intimně se přiblížit druhému člověku. Je si také vědoma toho, že si zaslouží to nejlepší, co jí může život nabídnout.

Souběžně s tím, jak se **žpm** uzdravuje se často mění i její vztahy s nejbližšími, s rodiči, partnerem, dětmi, přáteli. Jsou na nich méně závislé, méně je kontrolují atd. Jejich život se mění v mnoha směrech a to bývá někdy bolestivé.

## Závěr:

---

Domnívám se, že porucha osobnosti, kterou **N.** označuje jako **žpm** je do značné míry shodná s **hpo**. Závěry **N.** týkající se způsobu a možností léčby **žpm** si příliš neprotiřečí se způsoby a možnostmi léčby **hpo** uváděnými v odborné literatuře.

Lidé trpící **hpo** jsou emocionálně labilní a impulzivní a mají velmi intenzivní a chaotické vztahy. I když je řada kliniků stále ještě skeptická stran léčby lidí s **hpo**, objevuje se stále více důkazů, že tito lidé mohou dobře reagovat na specifické léčebné přístupy. Účinná léčba však vyžaduje vytvoření spolupracujícího terapeutického vztahu, který pak skrze zaměřené terapeutické intervence umožňuje modifikaci maladaptivních vzorců a poté udržování vzorců adaptivnějších. Schémata opuštění/ztráty, nemilovanosti/defektu, a závislosti/nekompetence můžeme u lidí s **hpo** vidět často. V zásadě existují dva všeobecné přístupy, umožňující modifikaci těchto schémat. Tradičnější je psychodynamický přístup, ve kterém se používají techniky klarifikace, konfrontace, interpretace a propracování. Dalším základním přístupem k modifikaci schémat je KBT.

Lidé postižení **hpo** jen zřídka kdy přicházejí k psychoterapeutovi kvůli tomu, že jsou nespokojeni se svými osobnostními rysy. Považují je za přirozenou součást své povahy, vesměs jsou přesvědčeni o své „normalitě“ a pokud si uvědomují, že jim povahové rysy dělají problémy, nepovažují je za léčitelné. Na psychiatrii se však dostávají relativně často, protože potřebují pomoc v době náhlé krize, kvůli depresivním stavům, úzkostným poruchám, poruchám přizpůsobení či poruchám příjmu potravy. Obvykle mají zájem o léčbu aktuální psychické poruchy, která je trýzní a obtěžuje, nikoliv o změnu svých osobnostních rysů. Vzhledem k tomu, že se jejich psychické problémy objevují opakovaně a bez změny rysů osobnosti je obtížné tuto situaci změnit, má léčba zaměřená na změnu rysů osobnosti zásadní význam. Na základě současných poznatků víme, že **hpo lze léčit pomocí psychoterapie**. Protože pro **hpo** jsou typické hluboce zakořeněné postoje a vzorce chování, každá změna vyžaduje dlouhodobé úsilí.



## Literatura:

---

- Robin Norwoodová : Ženy, které milují příliš, MOTTO, Praha 1994
- Jan Praško a kol.: Poruchy osobnosti, Portál, s.r.o., Praha 2003
- Hans-Peter Roehr : Hraniční porucha osobnosti, Portál, s.r.o., Praha 2003
- Hans-Peter Roehr : Narcismus – vnitřní žalář, Portál, s.r.o., Praha 2003
- Stanislav Kratochvíl : Manželská terapie, Portál, s.r.o., Praha 2000
- Guy Corneau : Anatomie lásky, Portál, s.r.o., Praha 2000
- H.Norman Wright : Navždy tátovo děvče, Návrat domů, Praha 1998
- M.Scott Peck : Nevyšlapanou cestou, Odeon, Praha 1994
- Erica Jongová : Obyčejné ženské blues, Melantrich, Praha 1994
- Preiss M., Cloningerova teorie temperamentu a charakteru a klinická praxe, čas.Psychiatrie 2000a;4: 43–45.
- Preiss M., Klose J., Španiel F., Temperament a charakter podle C.R.Cloningeru u psychiatrických pacientů a obecné populace, čas.Psychiatrie 2000b;4:251–254.
- Preiss M., Klose J., Diagnostika poruch osobnosti pomocí teorie C.R.Cloningeru, čas.Psychiatrie 2001;4; 226-231
- Křivková Elena, Hraničná porucha osobnosti diagnostické a terapeutické přístupy, čas.Psychiatrie 2002, 6(1):41-50
- Preiss M., Theodore Millon – teorie osobnosti a jejích poruch, čas.Psychiatrie 2003;7(1):91–95.