

*Psychoterapia***Poruchy osobnosti a jejich strukturální a funkční aspekt**

J. Poněšický

**Personal disorders and their structural and functional aspects****Súhrn**

Autor poukazuje na zásadní odlišnost strukturální (většinou vývojové) a funkční (konfliktní) psychopatologie poruch osobnosti. Prvá se týká strukturálních deficitů s jejich častou hyper – kompensací – obě vede k poruchám ve vztazích. Jedná se o „minusovou psychopatologii“: Terapeut je ihned vtažen (manipulován) do vlastní struktury coby substitut defektní nedovytožené celistvosti vlastního „já“, a cílem jeho snažení by mělo být oboustranné osamostatňování a postupný dovývoj (jakási dovýchova) pacienta tím, že mu terapeut poskytne nové interpersonální zkušenosti. Zde se uplatňuje tzv. epigenetický princip, vývoj se uskutečňuje po krůčcích a vyžaduje velkou trpělivost.

Klasický hermeneutický princip, používající interpretace, znamená zvědomování konfliktů s možností jejich řešení. To je indikováno u pacientů s dostatečně stabilní osobnostní strukturou a schopností volby ve vztazích, což u strukturálních poruch není možné. Jde tudíž o tzv. „plusovou psychopatologii“. Symptom je zde kompromisem různých neslučitelných citově-motivačních impulsů a nevědomých přání. Jeho rozuzlení může vést k dramatickému pokroku v léčbě.

**Klíčová slova:** poruchy osobnosti, strukturální a funkční psychopatologie.

**Summary**

The autor emphasizes the basic difference between the structural (mostly developmental) and functional (conflictual) psychopathology of the personality disorders. The first one concerns the structural defects with their overcompensation – both leads to disturbances in relations. It signifies the „minus psychopathology“: The therapist is involved (and manipulated) in the own structure like a substitute of the defect self (or of ego-functions). The aim of his effort has to be the mutual independence and gradual development (like post-educational) of the patient through new interpersonal experiences. The epigenetic principle is applied, the therapeutic progress goes on step by step and requires much patience.

The classic hermeneutical principle, using interpretations, is of consequence, that the conflicts become conscious and resolvable. Such an access is indicated by patients with the ability to try and to test alternative relational behaviour (this is not possible by patients with the structural disorders). It can be labeled like a „plus psychopathology“. The symptom is a compromise between various contradictory emotional-motivational impulses and unconscious wishes. The solution can lead to a dramatic change (progress) in the therapy.

**Key words:** personality disorders, structural and functional psychopathology.

Ideální vhodnost určitého terapeuta a jeho metody k určitému pacientovi s jeho příznaky a tím optimální terapeutická působnost je technicky těžko proveditelná. Proto se budu zabývat tím, jak může terapeut svým postojem ve vztahu k pacientovi dosáhnout maximálního účinku – což se týká všech forem psychoterapie a tvoří velkou část t.zv. nespecifického terapeutického faktoru. Jak se osobnosti i poruše pacienta přispůsobit, čím mu být. Zdůrazním zvláště rozdíl v přístupu ke strukturálním (převážně vývojovým) a funkčním poruchám osobnosti, neboť se dle toho řídí i terapeutický fokus a postup.

Domnívám se, že si lze představit osobnost jako strukturu, která vykonává dvě funkce: jednak se musí starat o svou stabilitu ve stále se měnících životních podmínkách (spíše konservativní tendence) a jednak musí fungovat ve stálé interakci s prostředím, tj. dát se do služeb ostatních lidských motivací (sexuality, rozmnožování, podmaňování si svého okolí, spolulidské vzájemnosti, seberealizace a pod.). Otevřenost coby podmínka interakce s prostředím v sobě zahrnuje pojetí člověka jako sociální bytosti, která je „dospěle“ závislá na kooperaci s lidmi. Poněvadž mu chybí instinkty (místo toho je obdařen jen citově-motivačními dispozicemi), musí se učit takovému spolubytí s druhými, které mu zaručuje uspokojování jeho potřeb. Místo dosahování potřebného fúzí, jakousi nezbytnou symbiosou, „vsází“ člověk během svého vývoje postupně na vztahovostní reciproční princip, jenž umožňuje flexibilitu a vývoj.

Osobnost si lze též představit jako hierarchickou dynamickou vzájemně propojenou strukturu, počínající homeostatickou tělesnou humorální a nervovou seberegulací, přes reflexní a psychosomatickou úroveň až po ono osobnostně-strukturální a vztahové fungování – tedy od biologického sebezáchovného principu k jeho sociální aplikaci. Následuje stále zřetelnější a vědomější prožívání vlastního „já“ ve vztahu k okolí i k sobě (vnitřní dialog) s chápáním člověka jako svobodně se rozhodujícího jedince odpovědného za své činy, cítíce se jak aktérem, tak i částí sociálního celku. Završením by mohlo být hledání nejpůvodnější (spirituální, event. transcendentální) podstaty lidské existence. Jde i o stále vyšší formy organizovanosti (proti působení entropie), o hierarchicky uspořádané stupně vědomí, o vývoj od kauzality přes finalitu až k možnosti (a nutnosti) svobodné volby.

Ve srovnání s computerem je u člověka hardware zároveň i software: např. na mozkové úrovni vznikají neustálá nová spojení mezi neurony, a podobně se to má na psychické úrovni mezi formou (organizace, zkušenosti) a obsahem (symbolizace, sebeuvědomování). Tomu odpovídají různé formy učení: introjekce, identifikace, podmiňování, učení dle odměny, úspěchu, či aversivní reakce okolí.

## Strukturální hledisko

Osobnost bývá definována jako dynamická struktura, jako krystalizovaný proces, jako organizovaný a stále se organizující celek s různými úrovněmi komplexity. Jedná se zde o gestaltistickou tendenci k vytváření struktury (strukturu-

rální potřeby) včetně jejího vývoje, což je prožíváno jako znovuoobnovování a znovunastolování pocitu jistoty (orientace a kontroly) v sobě i okolí. Dítě se učí takové adaptaci na reálné životní podmínky, jež v sobě zahrnuje flexibilitu rovnováhu mezi zachováním stability a přispůsobováním se, mezi samostatností, soběstačností a spoluprací, mezi sebeřízením, vlastní kompetentností a otevřeností ve vztazích bez nebezpečí strukturální dekompenzace (fragmetace dle Kohuta, osobnostní difuze dle Kernberga). To se děje neustálými zpětnými sebeotrvzujícími interakcemi s důležitými vztahovými osobami jakož i vyrovnáváním rozdílů mezi vlastním sebevnímáním (sebeobrazem) a pohledem zvenčí (např. hodnocením ostatními).

Vývojově je struktura zprvu **bipersonální**, zahrnujíc do sebe svůj protějšek: matka se přispůsobí možností a schopnostem dítěte, které od ní přijímá její obraz o něm samém (včetně jeho pojmenování), jakož i jí očekávané chování (včetně jásých funkcí), což vede k postupnému osamostatňování. Zdá se, že se tento proces opakuje na každé nové úrovni (inkorporace – převzení části struktury druhého – osamostatnění).

**Strukturální porucha osobnosti** v užším pojetí pak znamená, že je určitý strukturální útvar nehotový, nereflektovaně deficitní, gestaltisticky otevřený, což znamená, že je každá vztahová osoba ihned vtažena do osobnosti pacienta jako jeho chybějící část, jako stabilisátor, terapeut zaujímá substituční roli – jednak s možností vývojového dotvoření chybějícího, jednak s opakováním „nevývoje“, neboť byl tehdy další vývoj nemožný, dítě zůstalo vězet v tehdejší představě sebe i světa kolem, kterou i nadále takto konstruuje a příslušné deficity kompenzuje.

Základními strukturálními potřebami je vytváření sebeohraničení, osobnostní koherence a dostatečné pozitivní (narcistické) obsazení sama sebe, vytvoření jásých funkcí (jako smyslu pro realitu, schopnosti sebeřízení, frustrační tolerance, symbolizace a reprezentace sebe, osob i vzájené vztahovosti, schopnosti mezilidské vztahovosti a včítění atd.).

## Funkční hledisko

Naproti tomu lze hovořit o funkci, o fungování tehdy, když se zabýváme tím, jak člověk s převážně již dobudovanou strukturou funguje v mezilidských vztazích; jak člověk, jehož základní strukturální gestalt je dokončen utváří nový, vztahovostní gestalt, v němž panuje kromě motivačního principu jistoty i princip dosahování slasti a vyhýbání se strasti (jež je stále více modifikovaný principem reality, t.j. dosahování cílů oklikou). Jde zde tudíž o interpersonalitu a o **funkční poruše** lze hovořit tehdy, jedná-li se o mezilidský konflikt mezi různými možnostmi vzájemného chování (na rozdíl od uniformity deficitního chování u strukturálních poruch). Frustrace má za následek zablokování určitého způsobu (možnosti) chování vlivem úzkosti, zprostředkováním pocitů viny či studu (kdežto u strukturálních poruch vede frustrace k deficitu). Pacient – a během léčby i terapeut – se zabývá vztahovými problémy a konflikty a terapeut zde zaujímá určitou partnerskou roli. Zde lze aplikovat teorii her, odhadu

zisků, výhod a ztrát, brání a dávání, vzájemného ovlivňování a pod. Výsledné interpersonální konstelace lze kategorizovat jako osobnostní poruchy:

- depresivní, s dilematem – mám se prosadit, říci „ne“, přestat se obětovat, avšak tím riskovat ztrátu opory, podpory, ukončení vztahu – či se mám raději dále přispůsobovat?
- obsedantní, s dilematem – mohu připustit u sebe i u ostatních spontaneitu a svobodu, či musím sebe i ostatní mít pod kontrolou, racionálně plánovat, abych dosáhl svých cílů?
- hysterický, s dilematem – musím být stále atraktivní, úspěšný, obdivuhodný, něco hrát pro sebe i okolí, či mohu projevit i svou slabost a nedokonalost, úzkost a nejistotu? Své pravé „já“?

Zde se tudíž jedná o ambivalence, často coby následek přílišného množství různorodých, až protichůdných podnětů, emočně těsné výchovy, která nedává dostatečný prostor pro autentický a svobodný vývoj.

Jak se liší v obou případech specifita terapeutického přístupu, zde: terapeuticky účinného zacházení s rozdílnou „nabídkou“ vztahu?

U **strukturálních poruch** je kladen větší důraz na vztah v situaci „zde a nyní“, neboť je terapeut ihned, od samého počátku zavzat do osobnostní struktury pacienta. Fokusem na tuto vztahovost je důležité proto, poněvadž z ní vyplývají jeho životní problémy následkem částečně-objektivních, jednosměrných a manipulujících vztahů.

Z toho vyplývá důraz na interakci, jež má být selektivně-autentická, zrcadlíci jak je terapeut vnímán a prožíván ve své substituční funkci – který však musí zároveň facilitovat přerušovaný vývoj ke zralým, obousměrným celostním vztahům. Tento rovnovážný, kritický i podpůrný postoj je též někdy nazýván principem optimální frustrace.

Terapeut musí neustále myslet na vymaňování se z manipulace pacientem – a zároveň mít na zřeteli, že to u něj vede k anihilační úzkosti, k pocitům selhání a studu během uvědomování si svých deficitů. Čím základnější chybějící část struktury je substituována terapeutem, tím silnější je trvání na neuvědomování si takovéto závislosti a na onom jednostranně vynuceném vztahu, často i ve formě více méně skrytého vyhrožování. Druhý je potřebován i nenáviděn. Pakliže si nenechává manipulaci líbit, stává se potenciálním nepřítelem dle motto jej vlastnit či ho zahubit. Je mu záviděno, že má něco, co jemu chybí. Agrese je tudíž jednak vlastnická, kaptativní (jak to např. popsala M. Klein), jednak destruktivně-bezohledná: pakliže se ten druhý nedává plně k dispozici (jako potřebný objekt či projektivní plátno vlastních agresí), je zničen či odhozen dle motto „kdo není se mnou je proti mě“, nebo je prostě vyměněn.

I láska je redukována na sexuální a vlastnickou touhu, nevěra je krutě trestána. Tušený pocit nedostačivosti z nedosažení zralé nezávislosti, např. ve formě zahanbení a ponížení, musí být neustále vytěšňován (často projekován do druhých),

či je ostře napaden původce tohoto odhalení vlastních slabín – což musí terapeut neustále mít na mysli – neboť hrozí v extrémním případě suicid či útěk k drogám.

To znamená, že jedním z nejdůležitějších úkolů terapeuta je vydržet takovéto manipulativní i agresivně-odmítající chování, a zachovat si i nadále jak kritický, tak i podpůrný postoj. Častá chyba záleží v tom, že se zprvu dává terapeut pacientovi zcela k dispozici, a najednou je mu to moc, snaží se pak příliš náhle se z vlivu pacienta vymanit, což vede k narušení terapeutického vztahu.

Poněvadž jde o budování něčeho chybějícího („minusová psychopatologie“), je psychoterapie ve srovnání s osvobozováním se od strachů a zábran u neuroz namáhavá a zdoluhavá, srovnatelná s dovyčováním, s učním se sociálnímu chování. Terapeut se musí vyzbrojit trpělivostí a mnohokrát opakovat sekvence: vcítění – porozumění – sociální interakce – její pojmenování – zjištění jak tomu pacient porozuměl – v situaci zde a nyní – s vysvětlením, že na základě traumatu či výchovné zanedbanosti (nedostatku vhodných podnětů) se pacient něco nenaučil. Je třeba v něm vyvolat zvědavost na to, o co se jedná.

Jde zde tudíž o epigenetický princip dovytváření struktury, neboť nestačí zprostředkování porozumění (tzv. hermeneutický princip) – jde o práci na akceptování konsenzuální reality, hranic u sebe i druhých, na toleranci pro frustraci a jinakost ostatních, na sebeovládání atd. Emoční abreakce zde většinou neznamená pokrok, nýbrž trvání na starém, jindy se jedná o chaotickou reakci, jež má spíše destruktivní a destabilizující charakter.

Tak deficit ohraničení znamená fúzi s protějškem, tedy absenci samostatnosti, vyhnutí se nezávislosti a názorové různosti. V extrémním případě schizofrenní psychosy je řešen konflikt mezi jedincem a jeho sociálním okolím splynutím vnitřního a vnějšího světa, který se tím stává manipulovatelný jeho fantasií. Takový jedinec pendluje mezi ztrátou vlastní sebepůsobnosti (vlastní nicotností) a kompensatorním pocitem velikášskosti; mezi útekem od nesnesitelné reality a přece jen potřebou kontaktu; obě se projevuje zřetelně v tak častých bludech pronásledování. Defekt ohraničení může být vyvolán i náhlým traumatem (průnikem destruktivní reality do osobnosti), jak se s tím setkáváme např. u anorektických pacientek. I zde musí terapeut coby „pomocné já“ substituovat hranice a posléze je pomoci restituovat, aby se už dále neopakovaly oba extrémy: pasivní přispůsobení či kompensatorní autarkie.

Nesamostatný, úzkostně se vyhýbající jedinec se slabým „já“ používá druhého jako řídicí objekt (což je nutno odlišit od závislosti na přízni a lásce druhé osoby, tak jak to vidáme u depresivních poruch). Tam, kde není druhý k dispozici, se vyvine buď fobie, či reaguje, tak říkajíc v druhém sledu, tělo ve formě psychosomatického příznaku. Obé vidáme u neurastenických, psychastenických či hypochondrických pacientů.

Nedostatečná koherence, celistvost jednotlivých interpersonálních zážitků, je typická u borderline poruch, zvl. ve formě vertikálního oddělení dobrých a zlých zkušeností. Takový člověk jasně a jednoduše diskriminuje, rozděluje

chování lidí jen na absolutně dobré či špatné – a dokud si to nechá okolí líbit, je takováto bipersonální struktura stabilní. Zprostředkování smíšeného kriticky-podpůrného, frustračně-dávajícího světa je velmi obtížné, neboť pacient tím, že přesouvá všechno zlé na jednu stranu zachraňuje to dobré, jež musí zůstat tím špatným nekontaminováno. Narcista zneužívá druhé kvůli jeho deficitní, labilní regulaci sebeocení tím, že se nad nimi povyšuje či je používá k vlastním úspěchům a slávě. Zde je terapeut zavzat do kompenzačního vzorce chování (buď se s ním pacient spojí, s jeho renomé, či jej považuje jako službu poskytujícího zaplaceného podřízeného).

Podobně je terapeut u pacienta se schizoidní poruchou neustále držen v dostatečné vzdálenosti, aby se neprojevil emoční vztahové deficity, nejistoty, či dokonce touha po vztahu, jež byla pohřbena.

Vůbec u všech těchto deficitních poruch vzbuzuje blízkost živoucího diferencovaného člověka úzkost a nejistotu, takže dochází během delšího, např. anamnestického rozhovoru, ke zhoršení stavu (symptomatiky) pacienta – na rozdíl od funkčních poruch: neurotik se otvírá pozvolna, i přenosový vztah se vytváří postupně, testuje zprvu terapeuta, a pakliže se setkává s porozuměním a sblížením, tak se jeho stav zlepšuje.

Psychoterapie u strukturálních poruch by tudíž měla zprostředkovat novou vztahovou zkušenost a její reprezentaci, týkající se koherence, realistické mentální reprezentace světa, jistoty sebepůsobnosti a sebemanagementu (t.j. svobodné volby), ohraničení, vytvoření jasných funkcí i internalisací mezilidských norem chování.

Zatímco jde u **strukturálních poruch** o dovytvoření struktury dosud chybějícími interpersonálními interakcemi, a teprve potom je možné jejich pojmenování a výklad, neboť pro chybějící zkušenost chybí porozumění (terapeut i pacient by hovořili rozdílově řečí), je tato poslušnost u **funkčních poruch** opačná: napřed se terapeut spolu s pacientem snaží o postupné a adekvátnější porozumění, o vhléd do převzatého, dětského či jinak neadaptivního způsobu chování (též protože se pacient pomalu otvírá), a poté se zkouší pacient autentičtěji chovat, testujíc terapeuta (okolí) i pozorujíc, zdali mu to přináší uspokojení, resp. symptomovou úlevu.

Zde se tudíž uplatňuje výkladový hermeneutický přístup, jež preferuje jak tradiční psychoanalýza, tak i *daseinsanalýza*. Jde o výklad interpersonálních problémů: vzniklé znejistění pacient unese, neboť je jeho osobnostní struktura dostatečně stabilní. Emoční abreakce je často osvobozujícím krokem na cestě překonávání starých úzkostí a zábran s cílem stát se svobodnějším a být více sám sebou.

Stabilita, resp. potřeba jistoty zaujímá v léčbě – a i v životě vůbec – prioritu. Tak např. některé formy masochismu, při němž jakoby neplatil princip slasti a vyhýbání se strasti, lze chápat tak, že za cenu jistoty v kontaktu přijme masochista i ponižování či týrání, které eventuálně narcisticky (coby mučednictví, morální převahu) či eroticky obsadí, aby to lépe snášel.

Někdy je nutno napřed pracovat na vytvoření dostatečně silného „já“, a teprve poté je pacient schopen, bez nebezpečné dekompenzace, se zabývat svými problémy a konflikty.

## Literatúra

1. **Bettighofer S.:** Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozess. Kohlhammer, Stuttgart 2000.
2. **Eagle M.:** Neuere Entwicklungen in der Psychoanalyse. Verlag int. Psychoanalyse, München, Wien 1988.
3. **Fenichel O.:** Psychoanalytische Neurosenlehre. Walter, Olten 1977.
4. **Finke J.:** Empathie und Interaktion. Thieme, Stuttgart 2003.
5. **Fromm E.:** Člověk a psychoanalýza. Svoboda, Praha 1967.
6. **Heigl-Evers A., Heigl FS., Rügner U., Ott J.:** Lehrbuch der Psychotherapie, Fischer, Lübeck 1977.
7. **Kernberg O.:** Objektbeziehungen und die Praxis der Psychoanalyse. Klett-Cotta, Stuttgart 1985.
8. **Kohut H.:** Die Heilung des Selbst. Suhrkamp, Frankfurt 1979.
9. **Mitchell S.A.:** Ovlivňování a autonomie v psychoanalýze. Triton, Praha 2002.
10. **Poněšický J.:** Neurosy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie. Triton, Praha 2004.
11. **Poněšický J.:** Úvod do moderní psychoanalýzy. Triton, Praha 2004.

*Do redakcie došlo 2.12.2005.*