

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2017

Bc. ANETA PLÝHALOVÁ

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



**Mytomanie (pseudologia fantastica):
definování a porozumění fenoménu**

Bc. Aneta Plýhalová

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Eva Dubovská

Praha 2017

Prague college of psychosocial studies

**Mytomanie (pseudologia fantastica):
defining and understanding the phenomenon**

Bc. Aneta Plýhalová

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Eva Dubovská

Praha 2017

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Mytomanie (pseudologia fantastica): definování a porozumění fenoménu, zpracovala samostatně za použití uvedené literatury a pramenů.

Dále prohlašuji, že nemám závažný důvod proti užití tohoto školního díla ve smyslu § 60 zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon).

V Praze dne 31.7. 2017

.....

podpis autorky

Poděkování

Mnohokrát děkuji vedoucí mé diplomové práce Mgr. Evě Dubovské za odborné a laskavé vedení práce a za užitečné rady. Dále děkuji Ing. Štěpánu Drbohlavovi za trpělivé konzultace a technickou podporu.

V Praze dne 31.7. 2017

.....
podpis autorky

Abstrakt

Tato práce se zabývá mytomanií, jinak také často označovanou jako patologické lhaní, pseudologia fantastica nebo bájná lhavost a jejím hlavním cílem je především upozornit na tuto problematiku a napomoci jejímu porozumění. Tento fenomén nemá jednoznačně zakotvený koncept a nebyl doposud jednoznačně definován, proto aby se jím mohl výzkum začít intenzivně zabývat, je nutné se nejprve shodnout nad tím, čím tímto fenomén je. Práce přináší pohled do historie i současnosti bádání, porovnává prozatímní diagnostická kritéria s již stanovenými diagnózami a symptomy a pojednává o úskalích a možnostech práce s klamem v psychoterapii.

Tento text je prvním uceleným pohledem na mytomanii v české odborné literatuře vůbec a jeho ambicí je vzbuzení pozornosti tuzemských odborníků.

Klíčová slova

Mytomanie, pseudologia fantastica, bájná lhavost, patologické lhaní

Abstract

This thesis deals with mythomania, otherwise also referred to as pathological lying or pseudologia fantastica and its main aim is to highlight this issue and to help its understanding. This phenomenon does not have a clearly embedded concept and has not yet been clearly defined, and so that research can begin to engage intensively, it is necessary first to agree on what this phenomenon is. The work brings a look into the history and the present-day research, compares the provisional diagnostic criteria with the already established diagnoses and symptoms, and deals with the pitfalls and possibilities of working with deception in psychotherapy.

This text is the first comprehensive insight into mythomania in the Czech academic literature at all and tries to raise the attention of domestic experts.

Key words

Mythomania, pseudologia fantastica, pathological lying, compulsive lying

Obsah

OBSAH	1
ÚVOD	3
1 LHANÍ JAKO PROBLÉM SÁM O SOBĚ	5
1.1 CO JE LEŽ?	5
1.2 LEŽ V DĚTSTVÍ	7
1.3 PROČ LŽEME?	8
1.4 SEBEKLAM.....	11
1.5 JAK ODHALIT LEŽ?	13
2 MYTOMANIE, LHANÍ JAKO PATOLOGIE	16
2.1 PROBLÉM S TERMINOLOGIÍ	17
2.2 SOUČASNÝ STAV VÝZKUMU A LITERATURY	20
2.3 MYTOMANIE PODLE TREANOROVÉ (2012).....	27
2.3.1 <i>Symptomy charakteristické pro patologické lhaní</i>	28
2.3.2 <i>Etiologie a rizikové faktory</i>	33
2.4 DIAGNOSTIKA MYTOMANIE.....	36
3 DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA MYTOMANIE	41
3.1 PORUCHY OSOBNOSTI.....	42
3.1.1 <i>Antisociální porucha osobnosti</i>	43
3.1.2 <i>Hraniční porucha osobnosti</i>	44
3.1.3 <i>Narcistická porucha osobnosti</i>	45
3.1.4 <i>Histriónská porucha osobnosti</i>	46
3.2 NUTKAVÉ A IMPULSIVNÍ PORUCHY	47
3.3 FAKTITIVNÍ PORUCHY A MÜNCHHAUSENŮV SYNDROM	48
3.4 PSYCHOPATIE	50
3.5 DALŠÍ PORUCHY A SYMPTOMY.....	52
4 LEŽ V PSYCHOTERAPII A LÉČBA MYTOMANIE	55
4.1 LEŽ V PSYCHOTERAPII.....	55
4.1.1 <i>Typy a motivy lží v psychoterapii</i>	57
4.1.2 <i>Témata lží v psychoterapii</i>	61
4.1.3 <i>Následky lhaní v terapii</i>	62
4.1.4 <i>Jak rozpoznat, že klient není zcela upřímný</i>	62

4.1.5	<i>Jak se vypořádat se lží klienta</i>	64
4.2	MYTOMANIE A JEJÍ LÉČBA.....	66
	ZÁVĚR A DISKUZE.....	69
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	73
	SEZNAM OBRÁZKŮ	87
	SEZNAM TABULEK.....	87
	BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE	1
	EVIDENČNÍ LIST KNIHOVNY	2

Úvod

Tato diplomová práce se zabývá zejména mytomanií, jinak také často nazývanou patologické lhaní nebo pseudologia fantastica, a jejím hlavním cílem je především upozornit na tuto problematiku a napomoci jejímu porozumění. Jelikož doposud neexistuje žádná odborná práce napsaná českým jazykem, která by se zabývala tímto fenoménem, snaží se tento text přinést pohled na historii jeho vývoje a jeho současný stav výzkumu a napomoci tak diskuzi mezi tuzemskými odborníky.

V české literatuře se můžeme setkat i s dalšími pojmy pro patologické lhaní či mytomanií, je mezi nimi již zmíněná pseudologia fantastica či pseudologia phantastica, bájná nebo bájivá lhavost nebo také mýtómánie. Občas je mytomanie spojována s Münchhausenovým syndromem, mnohými poruchami osobnosti, faktivními či padělanými poruchami, dysmniezií, simulací a dalšími. V zahraniční literatuře, zejména té psané anglicky, jsou dalšími alternativami pro označení patologického lhaní například *chronic lying* (chronické lhaní), *compulsive lying* (kompulsivní lhaní), *impulsive lying* (impulsivní lhaní), *habitual lying* (habituální lhaní), *abnormal lying* (abnormální lhaní), nebo *problematic lying* (problematické lhaní).

Lhaní je neodmyslitelnou součástí nejenom mezilidské komunikace, ale s různými druhy klamání či maskování se můžeme setkat i u mnoha zvířat. Studium lži je ohniskem zájmu četných výzkumů. Proto, abychom mohli lhaní porozumět, se musíme zabývat mnoha procesy, které v sobě tento fenomén zahrnuje. Při lhaní hrají roli fyziologické a kognitivní procesy, ale i sociální interakce či kontext. Zjišťuje se proč, kdy a s jakou frekvencí lidé lžou, sledují se genderové a vývojové faktory nebo to, jak se dá lež odhalit pouhým okem nebo za pomoci zobrazovacích metod.

Mezi psychiatrickou a psychologickou odbornou veřejností, se o problematice patologické lži, ví a mluví velice málo. Neprobádanost tkví pravděpodobně v samotném velice složitém a zatím neurčitým charakteru konstruktů a navíc se jedná o fenomén, vyskytující se zřejmě velice zřídka. Odborníci se v názoru často rozcházejí a doposud nepanuje shoda ani nad tím, zda-li je psychologické nebo organické podstaty či jejich kombinací. Dalším důvodem neprobádanosti tohoto jevu je pravděpodobně i to, že je velice těžko odhalitelný a jeho nositelé nebývají motivováni k léčbě. Pro odborníky je jedním z nejpálčivějších problémů, jak své výzkumy vůbec kvantifikovat.

Ve snaze porozumět této opomíjené problematice se výzkumy táží po tom, jak jej vůbec odlišit od ostatních konstruktů a symptomů a kdy vůbec toto označení můžeme použít.

V prvním části této diplomové práce (*Lhaní jako problém sám o sobě*) se zaměřím na charakteristiky obyčejného lhaní. V podkapitolách se věnuji vymezení lhaní a lži u dospělých i u dětí, motivacím jejich šřitelů a možnostem je odhalit.

Druhá část (*Mytomanie, lhaní jako patologie*) se soustředí již na samotnou mytomanii. Nahlíží do problematiky toho, jak rozmanitě je tento fenomén v literatuře pojmenováván a nabízí vřled do minulosti a současnosti jeho výzkumu. Poslední podkapitola této části se věnuje závěrům disertační práce australské psycholořky Treanorové (2012), která ve výzkumu patologického lhaní odvedla velký kus práce.

Následující kapitola (*Diferenciální diagnostika mytomanie*) se zaměřuje na možnosti odlišení mytomanie od ostatních psychiatrických konstruktů či symptomů a její stanovení jako samostatně stojící poruchy.

Poslední, řtvrtá, kapitola (*Leř v psychoterapii a léčba mytomanie*) uzavřřrá tento text zamyřlením se nad možnostmi léčby, konkrétně se soustředí na možnosti a úskalí práce psychoterapeuta se lři a lřoucím klientem.

Výzkum týkající se problematiky mytomanie je stále na svém začátku a otázky, které toto téma zahalují se týkají zejména terminologie a samotného definování konstruktu. Každý rok pomalu přibývá zahraniční literatury zabývající se mytomanii, ale stále nás od jasných kritérií, vedoucích k definici, dělí dlouhá cesta.

1 Lhaní jako problém sám o sobě

Lež může být definována jako opak pravdy, ale není snadné vůbec říci, co je pravda. Záleží nejen na našich jazykových a vyjadřovacích schopnostech, ale také na našem vnímání skutečnosti (Daloz, 2002). Problematická je i sama povaha paměti, která je svým způsobem nedokonalá a zkreslující. Musíme rozlišovat mezi objektivní pravdou a subjektivní pravdivostí. Pravda může být vnímána jako skutečnost či realita, ale také pravdivost k sobě samému, autenticita. Například William James (1907) vnímá pravdivost jako událost, něco, co se děje a co se stává našim myšlenkám. Pravda je pak pro každého záležitostí subjektivní.

1.1 Co je lež?

Samotné vymezení lhaní není jednoznačnou záležitostí a definovat se jej pokusilo velké množství autorů. Vybíral (2008, s. 8) velice trefně zdůrazňuje, že povaha zkoumání tohoto sociálně-psychologického jevu je „abstrakcí na základě hodnocení, porovnávání a interpretování a představuje subjektivní výklad části reality“. To, co někdo označí za lež či klam, je pouze jeho interpretací a někdo jiný může na tu stejnou věc nahlížet rozdílně. Podobně je tomu se samotným používáním rozdílných označení pro lež či klam v literatuře. Někdy je mezi termíny lež, nečestnost, tajemství nebo klam pokládáno rovnítko, jindy se tyto termíny rozlišují. Se slovesem lhaní se pak může operovat jako s vymyšlením si, fabulováním, vykrucováním se, zatajováním, simulováním a podobně.

Na první pohled by se mohlo zdát, že lež je jakékoli tvrzení, které neodpovídá skutečnosti. Co když ale člověk podává klamné informace, ale neví o jejich nepravdivosti? Je nepravda lží i tam, kde je její výskyt běžný či očekávaný? Co takoví herci, kouzelníci, hráči pokeru, spisovatelé nebo obchodníci? Nebo co třeba reklama? Po položení těchto otázek přestává být pravda stoprocentním opakem lži.

Značně velkého přijetí se dostalo dvěma podobným definicím autorů Alderta Vrije a Paula Ekmana. Obě dvě teorie se shodují na lži jako na záměru oklamat příjemce a jeho předpokládanou nevědomost tohoto záměru (Ekman, 1992; Vrij, 2008). Podobně uvažuje i Hartl (1993), podle něhož je lež projevenou nepravdou, jejíž motivem je

většinou snaha vyhnout se něčemu nepříjemnému nebo získání výhody. Vrij (2008) mluví o lhaní jako o samotném záměru, který může či nemusí být úspěšně vykonán, vzbudit ve druhém člověku přesvědčení či myšlenku, kterou samotný komunikátor pokládá za nepravdivou.

Americký psycholog Paul Ekman (1997) rozlišuje mezi lhaním a jinými druhy klamu na základě dvou kritérií. Tím prvním je záměrný a vědomý úmysl oklamat příjemce, kdy má jedinec možnost si vybrat, zda bude či nebude lhát. Druhým kritériem, k rozlišení lhaní od jiných druhů klamu, je skutečnost, že příjemce není obeznámen s tím, že bude oklamán. Zde dává autor za příklad právě kouzelníky, herce, prodejce nebo realitní makléře, u kterých klam očekáváme. Lživé je podle něj právě to sdělení, u kterého lež neočekáváme. Je tedy vhodné rozlišovat mezi opravdovou lží, omylem a nebo pouhou nevědomostí, ačkoli je mezi nimi hranice někdy velmi křehká.

Vybíral (2008) rozlišuje komunikační záměry na ty, které mají za cíl zformulovat pravdivé a na ty, které naopak chtějí pravdivé skrýt. Tyto záměry se mohou vyskytovat i současně a často souvisí s představami jedince o morálce, spravedlivosti či ospravedlnitelnosti svého jednání nebo například s ohledem na ty, se kterými komunikuje.

Dalším typem klamání může být i to, o němž pojednává tato práce, a které je nějakým způsobem provázáno s duševním onemocněním. Například Hartl a Hartlová (2009) ve svém slovníku definují lež, která je projevem nízkého intelektu osoby nemající jasno v příčinnosti vztahů nebo je součástí některých duševních chorob, kde uvádějí právě bájevíou lhavost. Naopak podle uvažovaných kritérií amerického psychologa Paula Ekmana (1997), která byla vyložena výše, není patologický lhář lhářem. Není zde splněna první část definice lhaní, jelikož jsou tyto osoby nuceny si vymýšlet či konfabulovat, a nemají proto možnost se dobrovolně rozhodnout mezi pravdou a lží.

Za nejčastější a problematické oblasti klamu, jeho techniky či podoby, Ekman (1997) považuje zatajování a falšování informací. Jako další jmenuje například zkreslování pravdy pomocí ironie, kdy jedinec podává pravdivé tvrzení stylem, který naznačuje, že pravdivé není. Další technikou je dále polopravda, kdy sdělujeme pouze část pravdivého tvrzení, ale právě tu významnou si necháme pro sebe. Do této oblasti polopravdivých výroků můžeme zahrnout i tvrzení, která jsou zevšeobecněná, nejednoznačná či nepřesná. Způsobují spekulace a matení, které dává prostor a

příležitost pro odvolání a manévrování jejich autora (Vybíral, 2008). Problematická je tedy neúplnost, zatajování či překrucování sdělené informace.

1.2 Lež v dětství

Další důležitou oblastí klamání, je jeho vymezení v dětství. Chtějí děti svými lžemi opravdu oklamat druhé? U dětí, které ještě nenabýly jazykových dovedností, je významná složka představivosti a její propojení se smyslovým vnímáním. Často se právě děti, které řeč ještě naplno neovládly mohou vyjadřovat na první pohled lživě, ale za jejich slovy se může skrývat pravda, kterou pouze nejsou schopny zformulovat.

Budeme-li uvažovat o lhaní jako o vědomém a úmyslném klamání druhého, je těžké mluvit o dětských lžích, jelikož motivace dítěte je mnohem složitější. Dětské lži či fabulace jsou konstruovány na základě potřeby vzbudit pozornost nebo uniknout před realitou, která je zraňující. Zároveň je jejich myšlení silně propojeno s přítomností a nejsou schopni, tak jako dospělí, dosáhnout odstupu od vnějšího světa, logických úvah či úsudků (Daloz, 2002). V souvislosti se snahou vzbudit pozornost, zmiňuje Dalozová (2002) případ čtyřletého chlapce, který dětem v mateřské školce tvrdil, že loví žraloky nebo že ho jeho otec nechává řídit loď. Tento hoch se stal v očích svých přátel hrdinou a znovu tak našel obdiv, kterého se mu dostávalo v jeho prvních rocích života od rodičů.

Děti mohou svým fabulacím věřit až do sedmi let a úkolem rodičů je pomoci dítěti nacházet hranice mezi skutečností a výmysly. S vývojem děti postupně přichází na to, jak jejich fabulace vnímají ostatní a začínají postupně rozeznávat pravdivé od nepravdivého a skutečnost od smyšlenky (Daloz, 2002).

Mezi dětskou lží a mytomanii, o které má práce pojednává, se dají nalézt určité podobnosti. V tomto ohledu je zajímavý názor Hartla (1993), který ve svém slovníku právě onu spojitost nachází. Autor pokládá rovnítko mezi mytomanii, pseudologií, fantastikou a konfabulací a definuje je jako přechodné vývojové stadium, které do šesti let samo odezní. Toto chování, které je charakteristické výmysly a bájnými tvrzeními neodpovídajícími skutečnosti, je neuvědomované a proto podle něj nemůže být považováno za pravou lež. Jestliže tento rys zůstává do dospělosti, tak jej považuje za patologický.

Dalším dětským rysem, který může přetrvat do dospělosti je chování charakteristické pro děti předškolního věku, tzv. magické myšlení, které je „projevem přetrvávající dětské komponenty v psychice dospělých“ (Plháková, 2004, s.302). Hartl a Hartlová (2000, s.334) jej vnímají jako myšlení, které je archaické a vyskytuje se nejčastěji u dětí a primitivních etnických skupin, a je „založené na fantazii a víře v nereálné možnosti; projevuje se vírou v zázračné léčitele, amulety, fetiše, maskoty, talismany a přetrvává v pověrách a snářích.“ Ačkoli je toto chování, odpovídající Piagetovu stadiu předoperačního myšlení, pokládáno za projev nedostatečného rozlišení reality od fantazie, není tomu tak podle Langmeiera a Krejčířové (2006), jelikož se tak projevují i dospělí. Autoři v této souvislosti zmiňují pokus s cukrovým roztokem, který byl při nalévání do sklenice jednou označen jako šťáva a podruhé jako kyanid. Účastníci pokusu, ačkoli věděli, že se jedná o neškodný cukrový roztok, zažívali silný odpor při požívání tekutiny pojmenované jako kyanid. Toto, a jiné příklady, uvádí autoři jako příklady magického myšlení.

Zdraví dospělí se mohou k magickému myšlení uchýlovat ve stresových situacích, proto aby si zajistili určitý pocit kontroly (Moulding a. Kyrios, 2006;). Jsou to momenty, které většina z nás dobře zná. Sami pro sebe si předpovídáme dopad některých událostí na jiné, například, pokud teď stihnu doběhnout tramvaj, podaří se mi napsat diplomovou práci na jedna.

Tento způsob přemýšlení, respektive jeden z jeho aspektů, pověřivost, může být výrazným rysem některých psychiatrických poruch, jako je třeba obsedantně kompulsivní porucha, ale vyskytuje se i u úzkostí, disociací nebo neuróz (Dag, 1999; Wolfradt, 1997; Wiseman a. Watt, 2004; Yorulmaz et al., 2011). Autoři Yorulmaz et al. (2011) označují magické myšlení jako kritický faktor pro obsedantně kompulsivní poruchu, který je přítomen především v obsesivních myšlenkách a kontrolování. O hledání spojitostí mezi magickým myšlením a mytomanii se pravděpodobně ještě nikdo nepokusil, ale myslím, by to mohlo přinést zajímavé výsledky.

1.3 Proč lžeme?

Lhaní je pro spoustu z nás na každodenním pořádku (DePaulo et al., 1996; Sadock a. Sadock, 2000) a většinou bývá motivováno za účelem nějakého zisku pro lhoucího (DePaulo et al., 1996; Ekman, 1997).

Každý zalžeme alespoň jednou denně a můžeme nalézt určité rozdíly mezi typy lži u žen a u mužů. Muži se ve svých lžích soustředí na sebe, na to aby působili schopněji a zkušeněji. Ženy, oproti mužům, orientují své lži spíše na druhé, tak aby je nezranily a nebo aby se vyhnuly kritice (DePaulo a. Bell, 1996).

Lež je většinou vnímána jako obranná funkce, kdy člověk nechce, aby druzí znali či odhalili pravdu. Nejčastějším motivem lhaní, tedy obrany, je snaha vyhnout se trestu (Ekman, 1997). Bránit se můžeme vnějším silám, například v případě hodnocení druhých, ale i silám vnitřním. Můžeme chránit své sebehodnocení, sebepojetí či své ego. Řečí psychoanalýzy je obrana nevědomou psychickou funkcí, která se snaží bojovat proti nezvládnutelným dynamickým silám působícím zevnitř, jako jsou úzkost, strach, touha, nutkání ublížit nebo závist (Vybíral, 2008).

Lhaní nezahrnuje pouze obrannou funkci, ale také snahu o to, aby nebylo rozpoznané, tedy aby vypadalo a bylo přijato jako pravdivé. Tuto snahu Vybíral (2008) označuje za interaktivní funkci lhaní.

Paul Ekman (1997) provedl několik výzkumů, tázajících se po tom, proč lžeme, a vyplynulo z nich následujících devět motivů:

1. Vyhnutí se trestu je nejčastějším motivem pro děti i dospělé, týká-li se úmyslného i neúmyslného přečinu.
2. Získání odměny, která by byla jinak nedosažitelná, je druhým nejčastějším motivem dětí i dospělých.
3. Ochrana jiného člověka před potrestáním.
4. Ochrana sebe samého před fyzickým ohrožením. Tento motiv se liší od vyhnutí se trestu tím, že strach z fyzického ohrožení nevyplývá ze spáchání přečinu.
5. Získání obdivu ostatních.
6. Útěk z nepříjemné situace.
7. Vyhnutí se ztrapnění.
8. Udržení si soukromí bez upozornění na záměr si některé informace ponechat jako soukromé.
9. Udržování si moci nad ostatními ovládnutím informací, které dostávají.

Existují mnohá dělení lží podle jejich záměru. Například Erat a Gneezy (2012) vymezují druhy lží na základě zisku či ztráty jedné z interagujících stran. Rozeznávají

altruistické „bílé“ lži, které přináší zisk obelhanému, ale škodí lhoucímu; pareto „bílé“ lži přinášející zisk oběma stranám; při sobecké „černé“ lži je zisk na straně lháře; a zlomyslné „černé“ lži, které nepřinášejí zisk ani jednomu.

Některá dělení se soustředí na jejich závažnost. Každodenní sociální lži nám napomáhají působit na druhé lepším dojmem, jsou cestou k potěšení či vyvarování se zranění druhého. Oproti tomu s vážnějšími lžemi se setkáváme spíše ve forenzní oblasti (Vrij, 2008). Toto dělení na závažné a každodenní lži používá i DePaulová (2004). Autorka vymezuje právě ty závažné motivy, které se týkají především partnerských poměrů ale i krádeží, jiných podvodů či skrývaného alkoholismu, těhotenství nebo nemocí a podobných situací, které jsou „zneklidňující, ostudné, nemorální nebo nelegální“ [vlastní překlad autorky této práce] (DePaulo, 2004, s. 162). Každodenní lži se týkají spíše pocitů, názorů nebo každodenních selhání, jako je například selhání u zkoušky.

DePaulo (2004) na základě svého výzkumu definovala sedm motivů pro závažné lži a rozdělila je do tří kategorií. První kategorií jsou *lži ve svůj vlastní prospěch*, které se snaží zakrýt vlastní nemorální nebo nelegální jednání, a spadají sem tři typy motivů:

- 1) *Instrumentální lži* jsou nejčastějším motivem, zároveň jsou nejméně omluvitelné, nejvíce poškozující vztahy a jejichž širitelé zažívají relativní klid při jejich sdělování. Lži se nesoustředí na status ani to jestli lhoucí klamanou osobu zná nebo ne. Typickým příkladem je zatajování milostné aféry.
- 2) *Lži, sloužící vyhnutí se trestu a vině*, nebývají dopředu plánované a častěji jsou sdělovány osobě nesoucí vyšší sociální status. Lhoucí je během sdělování ve značné nepohodě a typicky se tyto lži objevují v dětství.
- 3) *Lži, týkající se domnělého nároku*, jsou charakterističtější pro ženy a týkají se především blízkých lhoucího. Typickým příkladem je nezletilá dívka, která má zakázáno jít na schůzku s chlapcem, ale přesto jde a následně to zapírá.

Druhou kategorií jsou *lži vyrčené z psychologických důvodů*, jako je například vyhnutí se ztrapnění, konfrontaci nebo konfliktu. Autorka sem řadí i motiv záměrně druhému ublížit a to z toho důvodu, že nezakrývá špatné chování jako takové.

- 4) *Lži, které chrání lhoutěho*, jsou vyřčené pro vlastní prospěch, k zatajení osobních pocitů nebo informací. Stejně, jako u instrumentálních lží, je pro ně typická situace skrývání milostné aféry, rozdíl spočívá v prožívání silné nepohody při jejich sdělování.
- 5) *Lži, týkající se identity lhoutěho*, jsou hodnoceny jako druhé nejzávažnější, přesto ale oklamání těmito lžemi cítí nejmenší možné dotčení.
- 6) *Bolestivé lži*, jsou sdělované za účelem ublížit druhému, kterým bývá nejčastěji partner.

Poslední kategorií a zároveň motivem jsou,

- 7) *lži orientované na ochranu druhých*. Lhoutě se snaží ochránit jinou osobu od informací, které by ji mohly zranit. Typickým příkladem je zatajování smrti nebo nemoci, ale i pocitů lhoutěho.

1.4 Sebeklam

Lež můžeme podle Mynaříkové (2015), podobně jako komunikaci, rozlišit na interpersonální, tedy interakci lháče s obelhávaným; skupinovou, kdy jedinec lže členům své nebo jiné skupiny; meziskupinovou, tam kde lžou skupiny sobě navzájem a poslední, intrapersonální lež, čili sebeklam, který nevyžaduje přítomnost druhé osoby. Mynaříková (2015) poznamenává, že sebeklam není jasně definován a bývá vnímán buď jako myšlenkový proces nebo osobnostní dispozice. Jeho funkce je především adaptivní, tedy taková, která „nám umožňuje zachovat si vysoké sebehodnocení, udržet motivaci k dosahování cílů a regulovat nepříjemné pocity“ (Mynaříková, 2015, s. 34). Podle autorky hrají při sebeklamu významnou roli ego obranné mechanismy a to hlavně racionalizace a popření.

Při procesu sebeobelhávání podle Vybírala (2008) zatlačujeme některé informace do nevědomí, proto abychom chránili svůj sebeobraz, abychom sami sebe přesvědčili, že jsme v dané situaci obstáli.

Ekman (1997) usuzuje, že k sebeklamu dochází ve chvíli, kdy si daný jedinec neuvědomuje, že sám sebe oklamává a ani nezná své motivy k tomuto jednání. S ohledem na tento fakt je potřeba rozlišit sebeklam od racionalizace. Ekman (1997, s. 97) mluví o „přirozených hercích“, kteří během lhaní dokáží působit velice věrohodně.

Mají schopnost dostat se vědomě do role, které natolik věří, že dokáží nejednoho člověka ošálit. Rozdíl, mezi sebeklamem a racionalizací, vysvětluje na příkladu násilníka, který tvrdí, že dívky, které znásilnil, to chtěly. Tito lidé dokáží využít předstíraný sebeklam jako pokus o omluvení svého chování.

Zajímavou hypotézu navrhují William von Hippel a Robert Trivers (2011), podle nichž se sebeklam vyvinul za účelem zjednodušení oklamávání druhých. Tento evoluční přístup vnímá sebeklam jako „užitečný nástroj při vyjednávání se sociálním světem“ [vlastní překlad autorky této práce] (von Hippel a. Trivers, 2011, s.13). Toto chování dovoluje jedinci vyhnout se znakům provázejících vědomou lež, které by mohly vést k jeho odhalení, jelikož jedinec při tomto druhu klamu působí mnohem důvěryhodněji. Zároveň je eliminováno kognitivní zatížení a je pravděpodobné, že odhalení bude mít méně negativní sociální dopad. Sebeklam je podle autorů způsoben „disociací duševních procesů, zahrnujících vědomé a nevědomé vzpomínky, vědomé a nevědomé postoje a automatické versus kontrolované procesy“ [vlastní překlad autorky této práce] (von Hippel a. Trivers, 2011, s.1). Autoři ve své práci mimo jiné rozdělují různé typy a podtypy sebeklamu na základě rozlišných psychologických procesů, jako je například sebeklam na základě zkresleného vyhledávání informací, zkreslené interpretace, zapomínání, racionalizace nebo přesvědčování self o tom, že lež je pravdou. Poslední jmenovaný druh sebeklamu, kterým je přesvědčování self o pravdivosti lži, dělí na základě toho zda-li je či není provázán s neurologickým poškozením.

Ačkoli jsou argumenty a závěry tohoto článku pozoruhodné, mnozí autoři s některými z nich nesouhlasí nebo o nich diskutují (např. Brooks a. Swann, 2011; Bandura, 2011; Dunning, 2011). Podle Bandury (2011) nemusí být zkreslené či zaujaté vyhledávání informací nutně pokládáno za sebeklam. Zároveň autorům vyčítá přílišný důraz kladený na benefity sebeklamu a opomenutí jeho negativního sociálního dopadu. Jiní autoři (Brooks a. Swann, 2011) nesouhlasí s ústřední rolí oklamávání sama sebe i ostatních v mezilidské sociální interakci, věří spíše, že sociální vztahy udržuje spíše transparentnost a vzájemné porozumění, spíše než podvádění. Dunning (2011) navrhuje alternativní hypotézu a to, že klam nevylepší uvěření mu, ale spíše to, že se lidé o pravdu nezajímají.

Někteří lidé, i přesto, že jednou věděli, že lžou, mohou začít svou lež považovat za pravdivou a jako pravdomluvnici se mohou jevit. Ekman (1997) považuje lhaní za velice složitý fenomén, který obklopuje řada otázek. Nevíme, jsou-li děti zranitelnější než dospělí, co se týče rozpoznávání pravdivého a nepravdivého, nevíme ani jestli jsou s tímto fenoménem spojené specifické osobnostní charakteristiky a ani neznáme cestu, jak zjistit, je-li paměť člověka pravdivá nebo částečně či zcela zkonstruovaná. Existují pouze vodítka pro rozlišení falešné výpovědi, ale jen za předpokladu, že osoba, která vypovídá ví, že klame.

1.5 Jak odhalit lež?

Ohniskem zájmu studia lhaní je jeho odhalitelnost, respektive schopnost člověka jej odhalit. O tuto problematiku se nazajímají jen odborníci z řad psychologů, filosofů a sociologů, ale i tajné služby, policie či vojáci, kteří využívají technik odhalování klamu v reálných situacích, tedy při konfrontaci s nepřítelem či pachatelem.

Na lež a její odhalování se můžeme soustředit ze tří hledisek (Vrij et al., 2004):

- 1) Pozorování chování (pohyby, smích, averze, zvýšení hlasu, rychlost a zadržávání se v mluvě atd.);
- 2) naslouchání tomu, co dotyční říkají (analýza obsahu sdělení);
- 3) měření fyziologických ukazatelů (elektrodermální aktivita, respirace, krevní tlak, mozkové vlny, změny v krevním řečišti mozku nebo kolem očí atd.).

Z hlediska neverbálního, jsme jako laici, schopni rozlišit mezi pravdivým a nepravdivým jednáním mezi 31-68%, přičemž jsme o něco málo úspěšnější v rozeznávání pravdivých tvrzení (Vrij, 2008). Přesnost odhadu je jen o trochu vyšší, než kdybychom pouze hádali, což může mít za následek naše tendence vnímat sdělení druhých spíše jako pravdivé.

Důležitou roli hraje i motivace lhouti. Čím více jsme vystaveni tlaku nebýt při klamání chyceni, tím spíše se prozradíme, jelikož procesy, které hrají roli při lhaní, jako jsou například emoce, se z důvodu naší silné motivace stanou výraznějšími (Vrij, 2008; DePaulo, 2003). Dalším vodítkem může být arousal lhouti, který se projevuje mimojiné rozšířenými zornicemi (DePaulo, 2003).

Lež může být podle Ekmana (1997, s. 99) prozrazena na základě limitů našeho myšlení a cítění. Lhář většinou neuspěje kvůli nedostatečné přípravě, například zapomene, co říkal minule nebo může být zaskočen otázkou. Co se týče druhého důvodu prozrazení, tedy cítění, pak jsou problematické různé interferující emoce. Člověka může usvědčit neschopnost dostatečně dobře zahrát emoci náležící k lživé situaci nebo naopak nepotlačí ty emoce, které právě prožívá a snaží se je skrýt. S lhaním bývají nejčastěji spojovány pocity viny, strachu, ale i radosti z toho, že dotyčný dokáže druhého obelhat.

Kromě emocí, hraje při lhaní důležitou roli i zvýšené zapojení kognitivních procesů (Vrij, 2008). Se zvýšeným kognitivním úsilím, jako vodítkem ke lži, disputuje DePaulová (2003, s. 102), protože „lhaní je tak rutinní praktikou, že může být jen o něco málo náročnější než mluvení pravdy“. Vše záleží na motivaci jedince nebýt odhalen, která může a nemusí všechny tyto kognitivní procesy rozdmýchat.

Většina z nás si lež a lživé jednání spojuje se zvýšeným výskytem pohybů, pravděpodobně na základě toho, že usuzujeme, že bude daná osoba nervózní. Ale je tomu právě naopak. Lháři se své pohyby snaží kontrolovat, aby nepůsobili podezřele (Vrij, 2008; Vrij, 1996). A právě ona zvýšená kontrola chování daného jedince, jakási rigidita a nedostatek spontaneity pohybů, může být dalším vodítkem k tomu jej odhalit.

Někteří výzkumníci se zabývají lhaním a lingvistickým stylem, kterým je lež šířena. V širším slova smyslu můžeme vidět kvalitativní rozdíl mezi lživou a pravdivou komunikací. Spolehlivě dokážeme odhalit lhoucí osobu na základě ne toho, co říká, ale právě jakým způsobem to říká. Lživé příběhy bývají méně komplexní, rozporuplné a často jsou charakteristické svou negativitou (Newman et al., 2003). Příběhy lhářů bývají méně přesvědčivé a neobsahují tolik detailů, lhoucí jsou tedy pravděpodobně o něco méně sdílní (DePaulo, 2003).

Prozatím neexistuje žádný naprosto důvěryhodný nástroj na to, jak odhalit lež. Existují pouze určitá vodítka, která nám mohou naznačovat, že daná osoba možná klame. Je důležité se zaměřit na to, co dotyčný říká, na jeho hlas, výrazy ve tváři, gesta, ale i držení těla. Tato vodítka můžeme rozdělit na verbální a neverbální (Ekman, 2003).

Některá verbální vodítka jsou tematicky specifická. Nejsou na denním pořádku repertoáru řečníka, ale objevují se pouze s konkrétním tématem. Mohou to být

například různá zaváhání, změny důrazu, chyby v řeči nebo nepřímá označení (např. tamta žena) (Ekman, 2003). Mikro výrazy mohou naznačovat potlačovanou emoci, ale zároveň ne každému lháři tyto emoce na tváři problesknou. Zároveň je nutné si uvědomit, že strach z přistižení může vypadat stejně jako strach z toho, že člověku nebude uvěřeno (Ekman, 2003).

Výše uvedené řádky se týkají lhaní, které považujeme za normální, běžné, nepatologické, vlastně takové, kterého se sami dopouštíme pravděpodobně každý den (DePaulo et al, 1996; Sadock a. Sadock, 2000). Naše motivace lhát bývá zřejmá a závažnost lži se liší. Lhaním se snažíme zmírnit stresové situace, vyvarovat se trapných momentů, naplnit naše potřeby nebo třeba manipulovat s ostatními (Muzinic et al., 2016). Někteří z nás pocítují vinu nebo jiné pocity běžně spojené s oklamáváním druhých, jiní zase ne. Vybíral (2008, s. 14) uvádí, že „lež jednak je problémem, jednak problém vytváří“. Vedle tohoto relativně běžného chování, které nás samo o sobě může přivést do nepříjemných situací, existuje ale i lhaní bez zjevného motivu, těžko kontrolovatelné, ale hlavně natolik závažné, že může dotyčnému působit velké obtíže v jeho osobním životě (Dike, 2008). Následující kapitoly se budou věnovat této patologické podobě lhaní.

2 Mytomanie, lhaní jako patologie

Vedle normálního nepatologického lhaní, které mívá jasnou motivaci či cíl, existuje i lhaní časté, dlouhodobé a bez, na první pohled, zjevného motivu. Toto lhaní můžeme označit za patologické, někdy označované jako mytomanie, bájná lhavost, pseudologia fantastica apod..

Termínem patologický lhář, v běžné mluvě i v médiích, často označujeme jedince, kteří lžou na naše poměry příliš mnoho nebo příliš často, ale většinou jsou jejich lži snadno odhalitelné a je zřejmý jejich motiv. Tato práce však pod termínem patologické lhaní vnímá především lhaní těžko kontrolovatelné a bez zjevného cíle něco tímto chováním získat (Dike, 2008). Jako zajímavý mi připadá postřeh Grubina (2005), který tvrdí, že pokud nějaké patologické lhaní existuje, neváže se tato patologie či abnormalita ke lži, ale k jejímu šířiteli, jeho duševnímu zdraví a chování.

Přestože se odborníci neshodují v jednotné definici mytomanie, existuje podle Dikea (2008) všeobecná shoda nad jeho základními charakteristikami. Autor tento fenomén popisuje jako dlouhodobé, někdy celoživotní, často se opakující lhaní, bez zjevného psychologického motivu nebo vnějšího užitku. Běžné lhaní, pokládá za takové chování, které má jasný cíl a to buď vnější uspokojení nebo vyhnutí se trestu. Patologické lhaní vnímá jako jednání, které se jeví spíše bezúčelně a často má na dotyčného destruktivní dopad.

Současná literatura, zaměřující se na téma mytomanie, nabízí určitý vhled do této problematiky, ale nepřináší jednotnou a ucelenou shodu ohledně definice. Odborné texty přinášejí často nejednoznačná či nepřesná kritéria a často se jednotlivé závěry v určitých bodech neshodují.

Ačkoli žádná ustálená definice mytomanie, patologického lhaní či pseudologie fantastici neexistuje, používají tato označení novináři, veřejnost, ale i odborníci z řad pomáhajících profesí. Například v článku (Janda et al., 2003), na webových stránkách týdeníku *Zdravotnictví a medicína*, je pseudologia fantastica uvedena jako hlavní kritérium charakteristické pro jedince s Münchhausenovým syndromem, který se v *MKN10* (2017) na rozdíl od mytomanie objevuje.

Dále například jeden z předních českých psychiatrů, Cyril Höschl (2013), na svých webových stránkách, definuje mytomanii jako lhaní, které je chronické a může či nemusí být uvědomované. Mytoman se podle autora ve svých fabulacích stylizuje do role hrdiny nebo zachránce a samotné příběhy „bývají oslňující a fantasmagorická, ale nevybočují z mezí možností, nemají bludný charakter a dotyční je většinou vzdají, když jsou se lží konfrontováni“ (Höschl, 2013). Zároveň se domnívá, že se mytomanie objevuje až u jednoho z tisíce mladistvých delikventů, kde pravděpodobně vychází z rané studie Healyho a Healyové z roku 1915.

2.1 Problém s terminologií

Německý lékař Anton Delbruck byl pravděpodobně prvním člověkem, který popsal fenomén patologického lhaní. Svou habilitační práci z roku 1891 napsal proto, že ho zaujali pacienti, kteří trpěli vymyšlením si nejrůznějších skutečností. Pravděpodobně byl také prvním, kdo zavedl termín *pseudologia fantastica*, který se od té doby začal v literatuře používat, jako synonymum pro patologické lhaní (cit. dle Healy a. Healy, 1915). Praktický slovník medicíny definuje předponu *pseudo-* jako nepravost či zdánlivou podobu a vychází z řeckého *pseudos*, tedy lež nebo klam (Vokurka et al, 1995, s.310).

Dnes mezi badateli nepanuje shoda ani ohledně samotného nazývání fenoménu. Jde o rozpory sémantické, morální, ale i o rozpor v samotném výkladu. Někteří autoři (Birch et al., 2006; King a. Ford, 1988; Snyder, 1986; Wiersma, 1933) se zaměnitelností termínů nesouhlasí a jsou přesvědčeni o tom, že *pseudologia fantastica* je jen variací patologického lhaní. Patologické lhaní je podle nich pojmem zahrnujícím široké spektrum lhaní, které je problematické, jako je například padělaná porucha (F68.1), simulování, konfabulace nebo právě *pseudologia fantastica*.

Jiní autoři (Dike, Baranoski, Griffith, 2005; Höschl, 2013) pojmy mytomanie, *pseudologia fantastica* a patologické lhaní nerozlišují nebo mezi ně pokládají rovnítko.

Z analýzy, kterou provedla Treanorová (2012) vyplývá, že je v literatuře na toto téma téměř nemožné najít důkaz pro potvrzení teorie odlišnosti patologického lhaní od *pseudologia fantastica*, a že žádný z autorů neposkytuje dvě odlišné definice těchto fenoménů ani důkazy či případy, které by na rozdílnost poukazovaly. Autorka považuje tyto dva termíny pro svou práci také za zaměnitelné a stejně jako Yang et al.

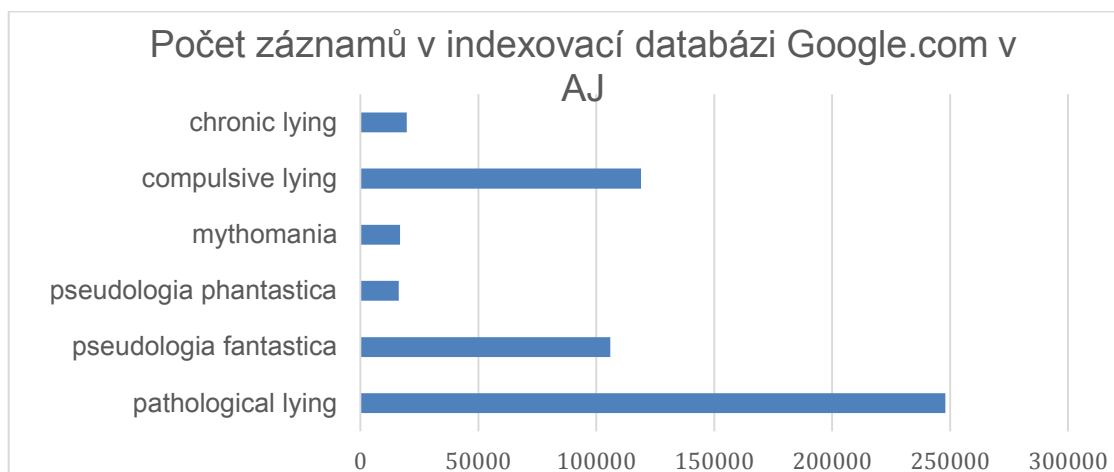
(2005; 2007) používá termín patologické lhaní jako nadřazený všem druhům problematického lhaní. Rozdílnost vidí především v původu samotných termínů, kdy pseudologii fantastice považuje za pojem, který vznikl v Německu a patologické lhaní jako pojem používaný především anglicky hovořícími autory.

Dalším argumentem pro to, výrazy takto snadno nezaměňovat, je předpoklad, že termín patologické lhaní může působit hanlivě. Například Adetunji et al. (2006) ve svém komentáři vyjadřují lítost nad tím, že se Dike (2005) a jeho kolegové nepokusili sejmut tuto pejorativní nálepkou. Autoři chápou změnu tohoto označení, jako nezbytné, proto aby ti, kteří tímto onemocněním trpí, mohli bez ostychu vyhledat lékařskou pomoc.

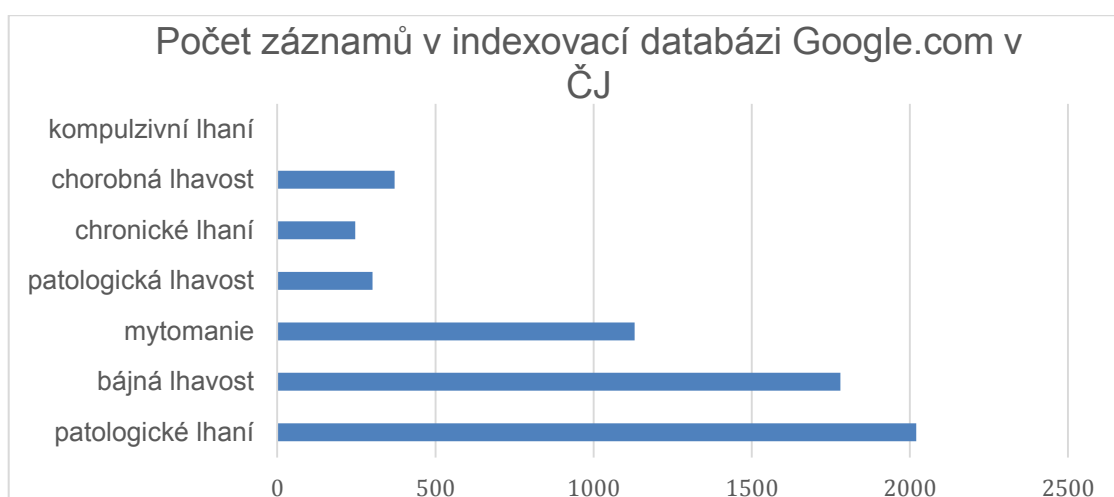
V literatuře se můžeme setkat i s dalšími pojmy pro patologické lhaní či pseudologia fantastica (pseudologia phantastica), jako je například bájná lhavost, bájivá lhavost, kompulsivní lhaní, problematické lhaní, chronické lhaní, fantazírování, dysmnézie nebo mytomanie.

Argumentem pro používání pojmu patologický lhář, i přes jeho negativní nádech, je jeho okamžitá zřejmost a častější frekvence použití. Při vyhledávání na Google.com je v českém i anglickém jazyce výrazně nejpoužívanějším termínem patologické lhaní (viz. Obrázek 1 a 2). Druhým, nejčastěji používaným označením tohoto fenoménu, se ukazuje být pojem kompulsivní lhaní v angličtině a bájná lhavost v češtině. Přesto se domnívám, že je důležité o negativním nádechu jakéhokoli označení mluvit a brát jej na vědomí a vážně, především kvůli stigmatizaci jeho nositele. Poslední zmíněný termín, mytomanie, jsem si oblíbila díky tomu, že nemá pejorativní nádech a je zároveň výstižný, vzhledem k jednomu z hlavních uvažovaných symptomů, kompulzivitě. Osobně vnímám pojem patologické lhaní jako zastřešující termín pro všechny typy problematického lhaní, pod které mohou spadat lži objevující se u poruch osobností, závislostí, faktitivní poruchy apod. Pseudologia fantastica, bájná lhavost a mytomanie, pro mne představují zaměnitelné, o stejném fenoménu hovořící, označení. Z těchto důvodů jsem zvolila název této práce *Mytomanie (pseudologia fantastica): definování a porozumění fenoménu*. V textu se snažím vyvarovat označení patologický lhář, ale z důvodu autenticity názorů autorů, zmiňovaných v této práci, se k tomuto pojmenování, tak jako oni, občas uchýlím.

Literaturu na toto téma jsem hledala především v databázích Ebsco, Web of Knowledge/Web of Science, Wiley Online Library, ProQuest a další, pod klíčovými slovy: pathological lying, mythomania, pseudologia fantastica, pseudologia phantastica, mythomania, compulsive lying, problematic lying. Důležitým zdrojem bádání byl i Google, který naskytl zajímavý pohled na frekvenci užívání těchto pojmů na internetu (viz. Obrázek 1 a 2).



Obrázek 1 - Počet záznamů na danou frázi při vyhledávání v databázi Google v Anglickém jazyce ke dni 10.4. 2017



Obrázek 2 - Počet záznamů na danou frázi při vyhledávání v databázi Google v Českém jazyce ke dni 10.4. 2017

2.2 Současný stav výzkumu a literatury

Následující kapitola shrnuje nejdůležitější výzkumy a literaturu, týkající se patologického lhaní, mytomanie či pseudologii fantastici, které se ji pokoušejí popsat, definovat nebo o ní šířeji pojednávají. Na následujících stránkách se nebudu věnovat studiím operujícím s patologickým lhaním jako se symptomem psychopatie, které jej definují vágně či vůbec nijak.

Jak už bylo zmíněno dříve, průkopníkem v této oblasti bádání byl německý lékař Anton Delbruck. Od tohoto okamžiku se s různými časovými intervaly začínají objevovat studie, které tento jev zkoumají (např. Healy a. Healy, 1915; Snyder, 1986; King a. Ford, 1988; Ford, 1996; Dike, Baranoski a. Griffith, 2005; Gogineni a. Newmark, 2014). Přesto je mytomanie či patologické lhaní spíše opomíjeným a neprobádaným tématem a můžeme se jen dohadovat o tom, proč tomu tak je. Australská psycholožka Katie Elizabeth Treanorová (2012) přikládá nezájem odborné veřejnosti o tuto problematiku neurčitému charakteru konstruktů, jeho přílišné šíři či komplexitě, vzácnosti nebo složité uchopitelnosti charakteru trpících jedinců.

Počet studií a výzkumů se navyšuje, ale stále neexistuje dostatečně silná empirická evidence, pro jasné vymezení kritérií tohoto fenoménu. Doposud největším pokrokem v bádání je práce již výše zmíněné Treanorové (2012), jež shrnuje výzkumy, texty a případové studie týkající se tohoto tématu do roku 2012 a na základě jejich meta analýzy navrhuje prozatímní diagnostická kritéria pro *poruchu patologického lhaní*. Závěry práce této autorky věnuji větší pozornost v samostatné kapitole.

Odbornou diskuzi o problematice patologického lhaní započal Delbruck v roce 1891, který si u několika svých pacientů povšiml dlouhodobého lhaní, které nebylo způsobeno bludy nebo falešnými vzpomínkami a rozhodl se tento jev pojmenovat jako *pseudologia fantastica*. Mezi jeho pacienty byla například rakouská služebná, která se jednou vydávala za rumunskou princeznu, podruhé za chudou studentku medicíny a jindy třeba za bohatou přítelkyni biskupa (cit. dle Healy a. Healy, 1915).

Nejčastější formou výzkumu v této oblasti jsou případové studie s jedním a více probandy (např. Stones, 1976; Powell et al., 1983; Modell et al., 1992; Akimoto, 2006;

Binder a. Greiffenstein, 2012; Ben Thabet et al., 2012; Dimitrakopoulos et al., 2014; Gogineni a. Newmark, 2014; Perzyński et al., 2015; Korenis et al., 2015).

Stones (1976) přišel s hypotézou, že tendenci k nekonzistentním výrokům může být nespolehlivé porozumění sociálním situacím. Autoři Powell et al. (1983) se ve svém výzkumu zabývali korelací mezi schopností klamat a fyziologickými reakcemi, jako jsou nepohoda a vina. Jejich domnění, že mytomani vinu a distress nepociťují, ale nebylo potvrzeno. Tyto pocity byly u jejich případu naopak velice zřetelné.

Právě ony silné pocity viny mohou souviset s občas se vyskytujícími suicidálními myšlenkami. Dvě kazuistiky Bindera a Greiffensteina (2012) spojuje dokonaná sebevražda a klamně či lživě chování. Pacienti byli diagnostikováni s faktitivní a somatickou poruchou s možným výskytem pseudologia fantastica. Smyšlenky mohly být snahou, jak naplnit nějakou potřebu dotyčného.

Ona potřeba může mít různou podobu. Například Korenise et al. (2015) vnímají tuto potřebu jako snahu se prezentovat silnější nebo zajímavější nebo k ukojení svých narcistických potřeb. Závěry autorů, týkající se přístupu k lhoucím pacientům, jejich léčby a právních hledisek jejich chování, vychází ze tří kazuistik. Popisují případy pacientů, jejichž lhaní bylo nadměrné, chronické a sebedestruktivní. Jednalo se například o muže s bipolární afektivní poruchou (56), který se sám nechal hospitalizovat, za účelem nalezení bezpečnějšího místa, vzhledem k jeho zhoršujícím se stavům a pokusu o sebevraždu. Jeho rodina ho popisovala jako patologického lháře již od mládí. Svým lékařům fabuloval o smrti své rodiny, lukrativním zaměstnání, ale i o tom, že měl v držení zbraň. Pár dní po propuštění se do nemocnice navrátí s „bolestí v noze kvůli tomu, že „zakopl o kupu štěňat““ [vlastní překlad autorky této práce] (Korenis et al., 2015, s.18).

Dalším autorem, který rozšířil povědomí odborné veřejnosti o mytomanii, je Van Atta (2005), který se na základě studia 144 psychiatrických záznamů válečných veteránů s posttraumatickou stresovou poruchou, pokusil přispět k lepšímu rozlišení simulace od PTSD s pseudologií fantasticou. V souboru objevil 11 případů simulace a 2 případy mytomanie. Oba mytomani měli validní MMPI profil (jeden konzistentní s PTSD, druhý ne) a v minulosti si pravděpodobně prožili traumatickou událost. Klamání těchto osob považuje za psychologickou obranu vědomého self před nesnesitelnou pravdou.

Gogineni a Newmark (2014) popisují případ 17letého chlapce, majícího za sebou několik hospitalizací a pobytů v ústavu kvůli útěkům, labilním náladám, sociálně nepřiléhavému chování, porušování hranic, opozičnímu jednání, hyperaktivitě, špatné pozornosti a v neposlední řadě sexuálnímu útoku na sedmiletou dívku. Sám chlapec byl zneužíván partnerem své matky, dnes žije pouze se svým otcem. V minulosti se dvakrát pokoušel o sebevraždu. Býval často roztěkaný, úzkostný, vzhled do problematiky jeho stavu byl minimální a halucinace nebo bludy u něj nebyly potvrzeny. Autoři popisují vývoj stavu pacienta, psychologickou péči o něj a dovolují nám do případu nahlédnout i skrze dvě výpovědi klienta:

„Jednou jsem zachránil svého kamaráda. Abych mu pomohl, musel jsem seskočit 1,5 km z vrtulníku, přímo do bazénu plného aligátorů a žraloků. Bylo to na Floridě. Byl jsem schopen odrazit útok žraloka i přemoci aligátory pouze svou silou. Můj přítel se ke mně choval, jako bych byl hrdina. A také jsem musel k zabití spousty žraloků a aligátorů použít harpunu. Jednou jsem jí střelil aligátora do bulvy... [vlastní překlad autorky této práce] (Gogineni a. Newmark, 2014, s.451).

„Udělal jsem na Halloween takový dům, aby strašil ostatní. Návštěvníci měli strach, že padnou do pastí. Mohli vidět lidi bez končetin nebo mrtvoly s hlavami v půli rozřízými. Tryskala na ně krev. A také tam byl člověk visící ze stromu. I zombie tam byly... a to všechno bylo tak děsivé, až někdo zavolal policii. Tento strašidelný dům byl v poli, které vlastnila moje rodina. Když přišla policie nasedl jsem do červeného auta a ujížděl jsem rychlostí 650 km/h. Abych policii unikl, musel jsem přeletět přes jezero. Mohl jsem jet asi jenom 160 km za hodinu.“ [vlastní překlad autorky této práce] (Gogineni a. Newmark, 2014, s.451).

Druhý příběh, zprvu vykládaný jako zažitá pravda, se během několika terapeutických sezení proměnil ve velice emotivní sen, o kterém si chtěl dotyčný promluvit. Po několika měsících psychoterapie se tato událost v terapii objevila znovu, ale tentokrát pouze jako námět k filmu. Postupem času jeho „pseudologie pomalu mizela, ačkoli byla stále přítomna při nepříjemných zážitcích běžného života“ [vlastní překlad autorky této práce] (Gogineni a. Newmark, 2014, s.454).

Dimitrakopoulos et al. (2014) ve své práci popisují kazuistiku Lori (38), matky dvou dětí, která si po smrti svých rodičů vybábila neexistující vztah se známým americkým hercem, pravděpodobně proto, aby se vymanila z násilného partnerského

vztahu. Vymýšlela si časté cesty do zahraničí nebo třeba to, že pracuje jako produkční pro filmy svého známého přítele. Skrze falešné informace, o jejím vztahu s hercem, se na sociálních sítích seznámila se svým opravdovým budoucím partnerem Nickem (22), který byl velkým fanouškem této známé osobnosti. Oba dva partneři věřili v důležitou roli a existenci tohoto herce v jejich životech natolik, že jednoho dne vyvrcholila žárlivou scénou, u které musela zasahovat policie. U Nicka byla zvažována psychotická porucha, která ale nebyla potvrzena. Autoři tuto situaci nazývají *davovou pseudologií*, patologickým lhaním objevujícím se u skupiny jedinců, a připodobňují ji davové psychóze či masové hysterii, kde léčba stojí na oddělení jednotlivých účastníků situace. Jedinci s *pseudologií* se pohybují někde „mezi realitou, fantazií a denním sněním“ [vlastní překlad autorky této práce] (Dimitrakopoulos et al., 2014, s.197).

Nejcitovanějšími pracemi, v oblasti experimentálně založených výzkumů, jsou studie Yanga et al. (2005; 2007), které hledaly souvislost mezi patologickými lháři a neurologickou strukturou jejich mozku, pomocí zobrazovacích metod. Závěry obou výzkumů vyvolaly diskuzi ohledně jejich relevance k tématu mytomanie.

Kriticky se k výzkumu staví například Spence (2005). Autor v první řadě uvádí nemožnost určit zda-li výsledky studie reflektují příčinu či následek, tedy jestli anatomie mozku zapříčiňuje lhaní nebo jestli je změněna v důsledku opakování tohoto chování. Za druhé soudí, že autory užitý konstrukt patologického lhaní odpovídá spíše popisu antisociální osobnosti než mytomanii, tak jak je popisována v jiných studiích. Autoři Yang et al. (2005) totiž definovali své *lháře* na základě naplnění kritérií pro patologického lhaní či manipulativního chování podle Hareho škály psychopatie, podle lživého chování u antisociální poruchy osobnosti podle DSM-IV či podle lhaní, za účelem zisku z domnělé nemoci. Autoři odvedli velký kus práce, ale jejich snahu podřívá fakt, že zaměnili či promnili několik fenoménů v jeden jediný.

Nejranější studie Thoma, Teslyarové a Friedmana (2017) prozkoumává případ mladého muže, který přispěchal na pohotovost s bolestí břicha. Během anamnézy hovořil o smrti svých rodičů, bratra, manželky a dítěte. Často opakoval, že se cítí depresivní a má suicidální myšlenky. Při bližším prozkoumání jeho dřívějších lékařských záznamů byly zjištěny četné nesrovnalosti v jeho příběhu. Podle výpovědi měla jeho těhotná žena zemřít během dopravní nehody před více než půl rokem,

záznamy ale ukazovaly, že se oženil před měsícem. Při opětovném dotázání na datum smrti partnerky si nemohl vzpomenout. Mimo jiné byl jako kontaktní osoba uveden jeho otec, který měl být také po smrti. Pacient tohoto muže označil za svého nevlastního otce a dovolil personálu ho kontaktovat. Bylo zjištěno, že muž pravděpodobně lhal o svém zaměstnání i koníčcích, ale také, že je již dlouhou dobu závislý na opioidech, nezaměstnaný a bez domova.

Autorem, který se dotkl tématu mytomanie v nezvyklém kontextu je Haruo Akimoto (2006). Ve své studii se zabývá mimojiné zločiny spáchanými hnutím Óm šinkrijó, dnes známým pod názvem Aleph, a psychopatologií jejich vůdce a zakladatele Asahary Šókó. Předpokládá, že Asahara trpí mytomanií, přičemž vychází z kritérií Emila Kraepelina pro „Lháře a švindlíře“. Jeho osobnost charakterizuje jako sebeospravedlňující s obrovskou fantazií, bez empatie a soucitu. Jeho proroctví a vize vnímá jako fantaskní lži, které nejsou bludem, jelikož se jejich obsah za různých podmínek proměňuje.

Mytomanie a její souvislost či výskyt v charakteru vůdců nových náboženských hnutí je zatím neprozkoumaná, ale mám za to, že by mohla přinést zajímavé objevy.

Dalším typem prací jsou komentáře a review, které o tématu mytomanie, jejího dopadu na testování reality, symptomech a propojení s psychiatrickými diagnózami, diskutují na základě svého odborného posouzení (Ford, King a. Holender, 1988; Hausman, 2003; Dike, 2008; Dike, Baranoski a. Griffith, 2005; Grubin, 2005; Turner, 2006; Muzinic et al., 2016).

Muzinicová et al., (2016) se ve svém review zaměřili na rozlišení normálního a patologického lhaní a zmapovali stávající znalosti o tomto fenoménu. V neposlední řadě vyzdvihují, podobně jako Grubin (2005), důležitost vývoje *falešného self* u osob, které trpí chronickým lhaním. Toto *falešné self* se vyvíjí jako obrana a je charakteristické idealizací, touhou po dokonalosti, pocity grandiozity nebo třeba manipulativností (Harter, 1999). Počátky vývoje neautentického self můžeme sledovat už v raném dětství. Důvodem ke zkreslenému vnímání skutečnosti mohou být přílišná očekávání rodičů, které se dítě snaží naplnit i přesto, že „nereprezentují jejich skutečné vnitřní prožívání“ (Muzinic et al., 2016, s.89). Lidé, mající sklony chronicky lhát, pak zažívají změny ve struktuře jejich osobnosti a mají výraznější deficity či nižší kapacitu

ega. Lhaní slouží jako obrana k „zachování jejich světa, získání určitého neuvědomovaného uspokojení a chrání je před nepříjemnými pocity, nízkým sebevědomím a sebejistotou“ [vlastní překlad autorky této práce] (Muzinic et al., 2016, s.89). Harterová (1999) vnímá ono *falešné self*, jako odtržení se od sebe sama, které přináší pocity beznaděje, nízké sebevědomí a nezralou identitu, vedoucí k celoživotnímu neuspokojivému navazování vztahů.

Podobně se na motivaci mytomanů dívají i Ford, King a Hollender (1988), kteří jí vnímají jako intrapsychickou. Lhaní podle nich hraje roli ve vývoji při diferenciaci self, ale pokud se stane „trvalým a kompulsivním, může být výsledkem patologický narcismus, reflektující deficit super ega, pokus ovládnout pocity bezmocnosti a snahu regulovat sebevědomí“ [vlastní překlad autorky této práce] (Ford, King a. Hollender, 1988, s.561).

Lhaní, jako součást individuace, vnímají i autoři Adetunji et al. (2006). U patologické podoby tohoto chování zdůrazňují nutnost rozlišovat jeho frekvenci, rekurenci a jeho vztah k ostatním psychiatrickým poruchám. Dále se zaměřují na to, je-li dotyčný ochoten toto chování podrobit léčbě, a jestli prožívá své lhaní egodystonně nebo egosyntonně, tedy v nesouladu či souladu se svým prožíváním, myšlením, chováním a vlastním sebepojetím (Hartl a Hartlová, 2000, s.134). Autoři studie (Adetunji et al., 2006) rozlišují mezi dvěma formami lhaní. První z nich má původ v samotné struktuře osobnosti jedince a má kompulzivní či impulzivní charakter a druhá je založena na vnějších faktorech, které vyvolávají potřebu zalhat.

Dike (2008) vzpomíná na případ zoufalého muže, který měl obavy ze ztráty další práce kvůli svému lhaní. Jeho smyšlená nevléčitelná choroba ho zahнала do kouta. Kolegové se o něj zpočátku zajímali a byli k němu citliví. Musel si neustále vymýšlet další lži až nakonec úplně přestal chodit do práce. Mohlo by se zdát, že se tímto chováním snažil získat přízeň svých kolegů, ale to, co nakonec ztratil, mnohonásobně převýšilo jakýkoli možný či očekávaný zisk. Svě zaměstnání neztratil kvůli lhaní poprvé, byl frustrovaný, a poté, co na svůj problém nahlédl, vyhledal psychiatrickou pomoc. Autor tvrdí, že podobné případy nejsou v klinické praxi nijak výjimečné.

Jako další z příkladů pro to, že patologické lhaní nevede k vnějšímu užítku, ale spíše ke škodě, zmiňuje Dike (2008) známý případ Kalifornského soudce Couwenberga, který lhal nejen ve své funkci soudce, ale také pod přísahou, když bylo jeho chování vyšetřováno. Klamal ohledně svého dosaženého vzdělání, své pozici a

účasti ve válce ve Vietnamu, o ocenění, které měl jako válečný veterán získat nebo o zraněních, která utřžil během bojů. Soudce přišel o svou funkci a byla mu navržena léčba s diagnózou pseudologia fantastica. Na problematiku patologického lhaní, v kontextu forezní psychiatrie, se soustředí text Dikea, Baranoskiové a Griffitha (2005). Zaměřují se na schopnost jedince toto chování kontrolovat a tedy jeho zodpovědnost za své lživé jednání.

Stěžejními díly v historii této problematiky jsou čtyři meta-analytická review Healyho a Healyové (1915), Kinga a Forda (1988), Wiersma (1933) a Treanorové (2012).

Práce z roku 1915 autorů Healyho a Healyové analyzuje případové studie 1000 mladistvých delikventů, kteří trpěli patologickým lhaním, bez toho aniž by u nich byla prokázána jakákoli psychiatrická nebo neurobiologická porucha. Prevalence výskytu patologického lhaní se blížila 1%. Autoři vytvořili svá vlastní diagnostická kritéria pro patologické lhaní: nepřiměřené překrucování skutečnosti bez zjevného konce, zřídka se týkající pouze jediné události; objevující se po dobu několika let nebo celoživotně; vyznačující se spíše jako rys, než jako jedna epizoda; klamy jsou rozsáhlé a komplikované. Klamné výtvory mytomanů slouží pravděpodobně jako psychologická obrana. Healy a Healy (1915) chápou funkci patologického lhaní, jako napomáhající potlačení emoční nepohody.

Mezi staršími autory (Healy a Healy, 1915; Wiersma, 1933) panuje přesvědčení, že přestože mají patologičtí lháři sníženou schopnost odlišení reality od bludu, nedosahuje takové výše jako například u psychóz a na rozdíl od psychotiků jsou schopni se jednoduše na realitu soustředit či přeorientovat. Hoyer (1959) chápe příběhy mytomanů jako analogii k fantaziím a dennímu snění, od kterého ale nejsou, na rozdíl od ostatních, schopni se jednoduše vrátit do reality. Jejich výtvory „leží ve světě nikoho, někde mezi vědomím a nevědomím“ “[vlastní překlad autorky této práce] (Hoyer, 1959, s.205).

Ranější a rozsáhlejší studie z roku 1988, napsaná pod taktovkou Forda a Kinga, zpracovává 72 případových studií a zabývá se etiologií (dědičnost, zdravotní abnormality, neurokognitivní obraz, psychosociální faktory, osobnost a egocentrismus), symptomatologií a diferenciální diagnostikou. Z jejich závěrů vyplývá

průměrný věk nástupu tohoto onemocnění kolem 16ti let, v rovném poměru mezi ženami a muži. U 40% případů objevili korelaci mezi tímto fenoménem a abnormitou CNS. Polettiová et al. (2011) také studovali neuropsychologické koreláty patologického lhaní a navrhli spojitost s jejím vývojem a neurokognitivními deficity a dysfunkcí prefrontálního kortexu.

Je zajímavé, že texty, které byly publikovány po roce 2012, tedy po vydání disertační práce Treanorové (2012), s jejími závěry nijak nepracují, ani se o ní nijak nezmiňují. Přestože současná literatura poskytuje jakýsi vhled do tohoto tématu, nepřináší konzistentní definici patologického lhaní a dostatečné empirické důkazy o jejím výskytu, etiologii a vůbec samotném charakteru tohoto konstruktů.

2.3 Mytomanie podle Treanorové (2012)

Tuto podkapitolu věnuji výsledkům práce australanky Katie Elizabeth Treanorové z roku 2012. Ve své dizertační práci se pokusila shrnout výzkumy, případové studie a dostupnou literaturu zabývající se mytomanii. Sama provedla kvalitativní, na rozhovorech založený, výzkum s kliniky, kteří se ve své praxi s mytomanii setkali.

Tento text je nejrozsáhlejším dílem pojednávajícím o tomto fenoménu, který byl kdy publikován. Její práce se skládá ze tří studií, jejichž výsledky se v následujících řádcích pokusím shrnout. První studií je systematické kritické review existující literatury na téma pseudologia fantastica, v jehož druhé části prozkoumává autorka nalezené případové studie a pomocí meta-analýzy hodnotí nalezené závěry. Její druhá studie obsahuje kvalitativní výzkum zaměřující se na klinické zkušenosti odborníků z řad zdravotnictví s patologickým lhaním. Na závěr autorka kombinuje data z první a druhé studie, a získává tak provizorní diagnostická kritéria k jejich dalšímu zkoumání.

2.3.1 Symptomy charakteristické pro patologické lhaní

První studie (Treanor, 2012) zahrnovala analýzu 132 případových studií, z nichž 64 splňovalo její výzkumná kritéria. Studie, které nebyly zahrnuty, byly vyloučeny z následujících důvodů:

1. věk probandů byl nižší než 10 let (mladší děti byly vyřazeny z výběru z důvodu vyhnutí se spekulací nad normálním dětským chováním a opravdovým lhaním),
2. nedostatek podkladů pro to, oprávněně hovořit o pseudologia fantastica,
3. poskytnuté informace se významně neshodovaly se současným pojetím konstruktů,
4. klam byl vysvětlitelný spíše z důvodu psychózy, slabomyslnosti, bludů nebo psychopatických rysů,
5. text nebyl dostupný v anglickém jazyce či překladu.

Na kultuře nezávislou povahu tohoto fenoménu podtrhuje fakt, že studie pracuje s literaturou z 12 států (Skotsko, Anglie, Rakousko, Polsko, Nizozemí, USA, Kanada, Čína, Finsko, Německo, Austrálie, Španělsko a Francie). Z celkových 64 případových studií hovořilo 55% o mužích a 45 % o ženách. Průměrný věk byl 24 let a pohyboval se mezi 10-56 lety s mediánem 19,5 roku.

Největším limitem studie autorka shledává neurčitost konstruktů a neshodu odborné veřejnosti v jeho definici. Během výzkumu nenarazila na dvě stejné definice patologického lhaní, ale odhalila určitou konzistenci některých symptomů.

Proto, aby mohlo být lhaní pokládáno za chronické chování, musí probíhat nejméně jeden rok. Vyšetřující by měl znát klienta alespoň pár let nebo mít toto chování potvrzené od třetí osoby, například od rodiny. Pokud by se nechronické patologické lhaní objevovalo častěji, navrhuje autorka rozdělení, na patologické lhaní trvající omezenou dobu a patologické lhaní chronické.

Výsledky této dizertační studie dále podporují závěry, se kterými přišli Healy a Healy (1915) a to, že patologické lhaní reprezentuje spíše povahový rys než epizodu, z čehož vyvozuje, že právě frekvence je pro patologické lhaní určujícím prvkem (Treanor, 2012).

Z výzkumu také vyplynulo, že mnoho lhářů na své lži dokázalo nahlédnout, pokud byli konfrontováni s velice těžko vyvratitelnými důkazy. Někteří byli popsáni dokonce jako jedinci, vykazující uvědomění si nebo určitou míru náhledu na jejich zvyk lhát.

Patologičtí lháři, jsou-li konfrontováni s nepravdivostí svých tvrzení, využívají různé podoby vyhybavého chování (popírání, hněv či pobouření, zakrývání klamu klamem jiným) pravděpodobně z důvodu neschopnosti přijmout zodpovědnost za toto chování.

Víra patologického lháře v jeho vlastní lživá slova nikdy netrvá věčně. Je pravděpodobné, že „lhář bojuje s rozlišením reality od fantazie na neurologické úrovni“ [vlastní překlad autorky této práce] (Treanor, 2012, s.81). Autorka si také všímá oscilace mezi uvědomováním si vlastní lži a naprostým vtažením do fantazijních příběhů. Dále předpokládá blízké propojení tématu zkresleného vnímání reality se schopností svým lžím věřit.

Přestože často svým lžím tyto lidé věřili, byli většinou schopni se k nim nějakým způsobem přiznat. Tento fakt by mohl znamenat, že klamavé příběhy, které vyprávějí, nejsou výsledkem pervazivního bludného myšlenkového systému. Treanorová (2012) za důvod přesvědčivosti a přesvědčení, kteří někteří jedinci vykazují, vnímá jako nutnost k tomu, aby daná osoba klamala úspěšně.

Dalšími konstrukty, kterými se studie zabývaly byly pocity viny, studu a ego-dystonie. Studie si při projevech této triády značně odporovaly nebo u osob pozorovaly pocity ambivalentní, pravděpodobně proto, že jsou velice těžko měřitelným konstruktem. V této otázce je stále nejasno a autorka navrhuje její bližší prozkoumání.

Podobně nejisté je i chápání lhaní jako psychologické obrany. Proto, aby mohly být případové studie pokládány za exemplární příklady toho, že lhaní sloužilo jako psychologická obrana, „je nutné s jistotou vědět, že lži ochránili lháře před prožitím nějaké formy intrapsychického distresu, jako je emoční bolest, traumatické vzpomínky a/nebo kognice“ [vlastní překlad autorky této práce] (Treanor, 2012, s.84). Autorka také dále považuje za důležité mít důkaz o tom, že lži použity k tomu, aby zakryly realitu, pomohly se vyhnout emočnímu prožívání nebo sloužily jako vyrovnání se s úzkostí.

Ve většině studií, které o sebehodnocení mluvily, považovali autoři patologické lhaní jako strategii, která dotyčnému jedinci napomáhá zvyšovat si své sebevědomí.

Zbylé studie o tématu nízkého sebehodnocení buďto neuvažují nebo jej pokládají za ne natolik významné. Oproti tomu ve více než polovině případů byly nalezeny prvky zveličování se.

Ve většině případů vystupují vypravěči jako ústřední postavy svých smyšlených příběhů. Autorka rozděluje tuto hlavní roli na dva typy, na roli hrdinskou a roli nešťastné oběti. Druhá role, tedy oběti, ve zkoumaných studiích převažovala, po ní následovala kombinace obou rolí a ve čtyřech případech byl lhář ve svých příbězích hrdinou. Je možné, že příběhy, které dělají z vypravěče oběť, slouží k tomu, aby si získal sympatie druhých nebo mohou být obranou taktikou, která pomáhá odvrátit pozornost od skutečně prožitého a bolestivého traumatu (Treanor, 2012, s. 87).

V devíti případových studiích se objevují příběhy na téma válka, armáda či špionáž. Někteří jedinci doopravdy měli určité zkušenosti z tohoto prostředí, ale často svůj úkol či angažmá přeháněli. Je možné, že jsou mytomani také hnáni touhou naplnit svá přání.

Téměř u poloviny případů nebyla zjištěna motivace nebo konkrétní záměr. Smyšlené příběhy neměly vést k materiálnímu zisku nebo vyhnutí se trestu, aktéři ani nechtěli nikoho zraňovat nebo podvádět, byli spíše hnáni svou vnitřní dynamikou. Časté také bylo objevení se lži z ničeho nic, bez zjevného důvodu. Patologické lži mohou mít rozdílnou hloubku, frekvenci i komplexnost. Čtyři studie zaznamenaly triviální lži týkající se běžného života, a jelikož se za nimi velmi těžko hledala jakákoli motivace, je možné, že právě tyto triviální lži manifestují kompulzi lhát.

V téměř naprosté většině se příběhy mytomanů jevily jako realistické a měly vysokou pravděpodobnost toho, že se události, v nich vykládané, mohly někdy odehrát. Tento fakt může být považován za důkaz toho, že pseudologia fantastica není bludného charakteru.

Patologičtí lháři lžou často a navzdory neodmyslitelnému riskování své reputace, vztahů a zaměstnání. Často nedbají na zakrytí svých lží, ale také nepřemýšlí o tom, že by jim mohly uškodit. Treanorová (2012) navrhuje takovou hypotézu, že jsou-li patologické lži často a snadno odhalitelné, může u jejich autorů existovat jakýsi schopnostní deficit. Pokud tito lidé nejsou schopni předvídat dopad svých tvrzení a nejsou tak schopni je ani potlačit, je zde možnost, že mají tyto lži skutečně impulzivní povahu. Další možností je, že mají „nevhodný systém krytí svých klamů“ nebo mají „nedostatek schopností potřebných pro vytvoření a předání uvěřitelných příběhů“

[vlastní překlad autorky této práce] (Treanor, 2012, s. 91). Další možnosti vidí v nedostatku jejich paměti udržet konzistentní lež napříč časem.

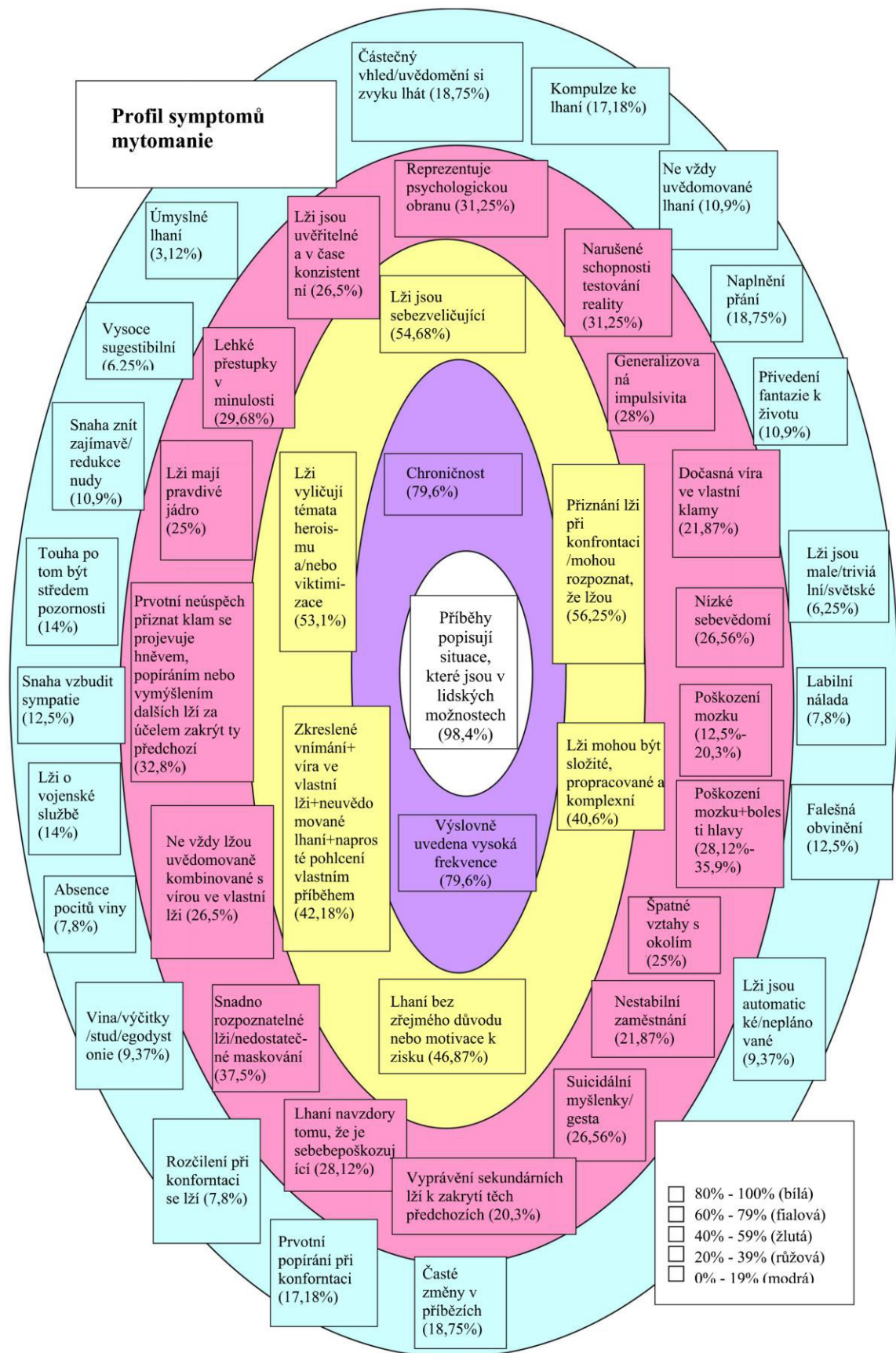
Na druhé straně výzkum neopomněl ani ty lháře, kteří uměli své lži odvyprávět dostatečně přesvědčivě a naopak byli v čase konzistentní. Téměř třetina patologických lhářů byla dostatečně schopna si nějaký čas udržet důvěřivé publikum, ale nebyly zde ani výjimky, kdy člověk ve své důvěryhodnosti osciloval.

Dále je velice pravděpodobné, že data této studie zahrnují pouze nízko-funkční variantu patologického lhaní, jelikož všechny osoby zde zahrnuté, byly opakovaně při svém lhaní přistiženy a je možné, že po světě chodí patologičtí lháři, kteří díky svým krycím schopnostem odhaleni nebyli.

První analýza proběhla na základě prostudování 32 odborných textů, druhá se soustředila na 64 případových studií. Obě analýzy se zaměřovaly na nalezení shody v definicích a symptomech mytomanie. Odborné texty skýtaly mnohem širší škálu definic mytomanie než případové studie. Důvod této diskrepance je pravděpodobně ve větší reliabilitě případových studií, které jsou založené na pozorování skutečného života těchto lidí (Treanor, 2012).

Z výzkumu je jasně znát heterogenita napříč názory odborníků, ale i přesto je mezi nimi možno nalézt určitou shodu, která by mohla napomoci k definování mytomanie jako konkrétního stavu či chování majícího jisté behaviorální i kognitivní znaky.

Následující obrázek přehledně zobrazuje symptomy a jejich procentuální zastoupení ve studiích jež autorka sledovala.



Obrázek 3 - Závěry analýzy případových studií a literatury na téma mytomanie/ patologické lhaní/pseudologia fantastica do roku 2012, podle Treanorové (2012, s.96)

2.3.2 Etiologie a rizikové faktory

Treanorová (2012) sledovala napříč literaturou tři základní oblasti týkající se determinantů mytomanie: neurologické narušení, psychosociální trauma a narušení attachmentu.

V literatuře můžeme nalézt zmínky o biologických nebo kognitivních nálezech u jedinců trpících mytomanii (bolesti hlavy, abnormity v CNS, epilepsie, abnormity v EEG, úrazy hlavy, infekce CNS), a ačkoli v práci Kinga a Forda (1988), bylo až 40% případů zatížených abnormitou v CNS, práce doktorky Treanorové (2012) žádnou významnou souvislost s mytomanii nenalézají. Rozdíly jejich závěrů mohou být způsobeny jiným souborem zkoumaných dat nebo rozlišnou definicí toho, co je dysfunkce centrální nervové soustavy.

Co se týká inteligence, vnímá Treanorová (2012) své závěry, vzhledem k nízkému počtu studií, které o inteligenci jejich probandů informovali, jako nedostatečné a vybízí k dalšímu prozkoumání tohoto vztahu. Z prací, jež inteligenci testovaly, bylo 76% případů klasifikováno jako v normě, průměru nebo nadprůměru a pouze 20% případů vykazovalo určitou diskrepanci mezi verbálním a performačním IQ.

Na otázkách, mají-li mytomanii přirozeně impulsivní temperament, a jsou-li jejich výmysly vytvářeny a šířeny impulsivně, se odborníci příliš neshodují. Autoři Birch et al. (2006) pokládají impulsivitu mytomanů za těžko potlačitelný povahový rys a Ford (1996) jej dokonce považuje za impulsivní poruchu. Ve svém review došli King a Ford (1988) k závěru, že polovina, jimi studovaných mytomanů, měla ve své historii nějakou kriminální aktivitu (krádeže, podvody, falšování). Ve studii Treanorové (2012) je takové chování sledováno pouze u 30% případů, kdy se většina z nich týká drobných přestupků. S narušenou sebe-kontrolou může souviset i schopnost či neschopnost udržet si zaměstnání, které bylo přítomno u 22% případů mytomanie.

Nejrozšířenějším faktorem, vyskytujícím se u 57% případů bylo prožití traumatické události v kombinaci s narušením attachmentu (smrt milovaného člověka, zneužívání, závislosti rodičů, adopce, ústavní péče, separace od rodiče a chudoba). Téměř polovina případů prožila trauma spojené s primární vztahovou vazbou, psychické a fyzické zneužívání nebo separaci od osoby na niž byl jedinec nejbližší vázán (Treanor, 2012). Tyto výsledky podporují hypotézu o tom, že „trauma a

narušení attachmentu hrají potenciální a pravděpodobně významnou roli v rozvoji a/nebo zhoršení pseudologia fantastica,“ a měly by být vnímány jako významné rizikové faktory [vlastní překlad autorky této práce] (Treanor, 2012, s.114). Ačkoli není toto obranné chování pozorováno u všech případů, je za zvážení stojící hypotézou, že je tento stav způsoben traumatem a vzniká jako „externě vyjádřená obranná strategie, odpovídající na probíhající trauma a/nebo narušení attachmentu“ [vlastní překlad autorky této práce] (Treanor, 2012, s.114).

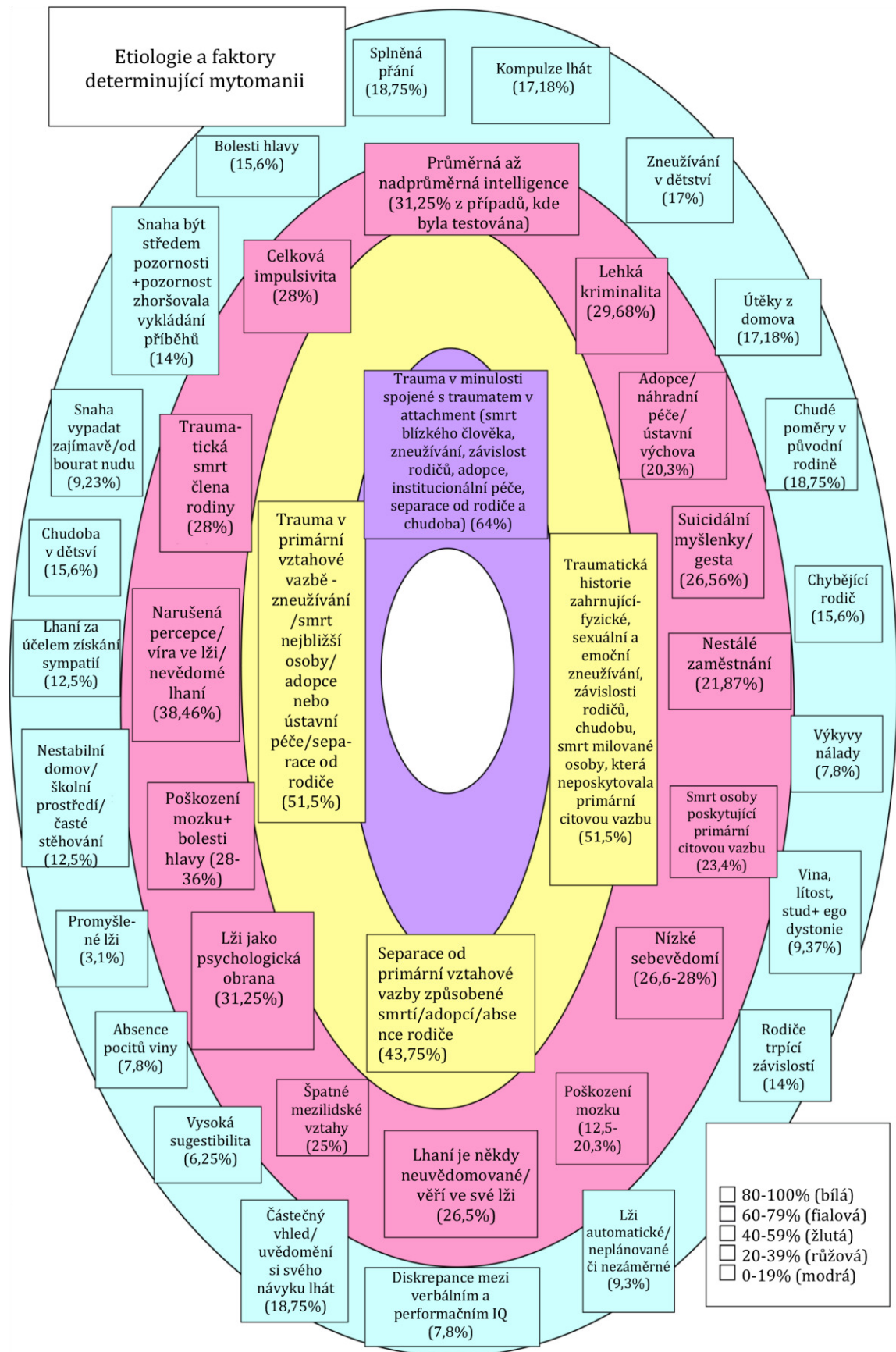
Healy a Healyová (1915) přikládají důležitost korelaci mezi patologickým lhaním a útěkářstvím či častými přesuny z místa na místo, které mohou mít souvislost s nestabilním charakterem a prcháním před životní realitou nebo nepříznivými následky jejich chování. K podobným výsledkům došli i King a Ford (1988), kteří pozorovali podobnou tendenci téměř u poloviny zkoumaných případů.

Obtíže ve vztazích nebo nouze o přátele mohou „upevnit pseudologovo přesvědčení o tom, že jeho pravé autentické self není pro ostatní přijatelné, a proto aby byli pochopeni jsou nuceni předstírat, že jsou někým jiným“ [vlastní překlad autorky této práce] (Treanor, 2012, s.116).

Dalším faktorem, o kterých, ale případové studie příliš nehovoří, byla finanční nouze rodin trpícího jedince. Jeho nízká četnost může být přikládána tomu, že se tyto lidé často nedostanou ke službám v oblasti duševního zdraví a už vůbec ne k těm soukromým, ze kterých studie často pochází (Treanor, 2012).

Někteří autoři (Healy a. Healy, 1915; Ford, King a. Hollender, 1988) sledovali intrapsychické a motivační faktory mytomanů. Vzhledem k tomu, že jejich jednání postrádá jakoukoli užitečnost pro ně samé, předpokládají že musí vycházet z nevědomých motivů. Fabulace mohou sloužit k potlačení emoční nepohody a objevují se jako reakce na zvýšený stres (Healy a. Healy, 1915). Wiersma (1933) na základě svého výzkumu předpokládá větší nervozitu a emocionalitu těchto jedinců. Ford, King a Hollender (1988) shledávají 4 různé motivace mytomanů: popření či potlačení intrapsychického konfliktu nebo události; snaha o vyjádření vlastní autonomie; regulace sebevědomí a splnění vnitřních přání; snaha zajistit si kontrolu nad svým okolím.

Na následujícím obrázku jsou shrnuty etiologické a rizikové faktory, které determinují mytomanii, stanovené podle výzkumu Treanorové (2012).



Obrázek 4 - Závěry analýzy případových studií a literatury na téma mytomanie/ patologické lhaní/pseudologia fantastica do roku 2012, podle Treanorové (2012, s.117)

2.4 Diagnostika mytomanie

Proto, abychom mohli mluvit o rozlišitelné poruše, je nutné stanovit její patologickou povahu a jasně ji charakterizovat a odlišit ji tak od jiných poruch. Jak se může tak běžné chování, jakým je lhaní, stát patologickým?

Stanovením nějakého stavu či fenoménu diagnózou, napomáhá klinickému využití. Odborníci poté dokáží lépe určit prognózu a určovat léčebný plán. *DSM5* (2013, s.20) vymezuje základní znaky pro definování duševní poruchy:

„Duševní porucha je syndrom, který je charakterizován klinicky významným narušením individua v oblasti kognice, regulace emocí nebo chování, které odráží dysfunkci psychických, biologických a vývojových procesů zajišťujících chod duševních funkcí. Duševní poruchy jsou většinou spojovány se signifikantní nepohodou nebo funkčním narušením ve společenské, pracovní anebo v jiných důležitých oblastech. Očekávaná a kulturně adekvátní reakce na běžnou stresovou událost nebo ztrátu, jako třeba reakce na smrt milované osoby, není chápána jako duševní porucha. Společensky deviantní chování (např. politické, náboženské nebo sexuální) a konflikty, které jsou primárně mezi jedincem a společností, nejsou považovány za duševní poruchy, pokud deviace nebo konflikt nevyplývá z dysfunkce patrné u jedince, tak jak je to popsáno výše.“

Treanorová (2012) na základě těchto faktorů stanovuje několik rysů patologického lhaní, které všechny zmíněné podmínky naplňují a indikují tak patologii tohoto chování. Patologické lhaní, čili mytomanie, má maladaptivní charakter plnění vlastních potřeb. Snaha jedince bývá totiž často kontraproduktivní a neefektivní. Jedinec lze kvůli vnitřní potřebě ocenění, ale lež bývá často odhalena a nachází se poté v opačné situaci než zamýšlel.

Patologickým se pak toto chování stane ve chvíli, kdy je neustále opakováno a stává se strategií. Daná osoba může být poškozena i na své reputaci. Je pravděpodobné, že je-li lhář odsouzen svým blízkým okolím, rodinou, kolegy z práce, ale ani to jeho chování nezastaví, může to nasvědčovat deficitu exekutivních funkcí nebo sebedestruktivním tendencím (Treanor, 2012). Indikátorem patologie tohoto chování, je tedy nejen jeho frekvence, ale i pervazivita.

Dalším faktorem je také často netypický charakter samotných lží, které mohou mít fantaskní povahu a nemají jasné opodstatnění. Chroničtí lháři lžou o věcech, které jim neposkytnou ochranu ani profit, naopak s sebou jejich lži „nesou velký risk s velice těžko rozpoznatelným ziskem“ [vlastní překlad autorky této práce] (Treanor, 2012, s. 214). Tento fakt podporuje hypotézu, že patologičtí lháři trpí exekutivní dysfunkcí a nebo narušenou funkcí čelního laloku podobně, jako je tomu pozorováno u osob s nutkavými a impulzivními poruchami nebo poruchami osobnosti (Treanor, 2012). Posledním faktorem je oscilace, mezi normálním vnímání reality a sebeklamem, která ale nedosahuje takové míry jako například u psychóz.

Treanorová (2012, s.218-220) vytvořila provizorní diagnostická kritéria za pomoci DSM-IV-TR, kde zkombinovala závěry z obou svých studií, z metaanalýzy případových studií a z rozhovorů s kliniky (viz. Tabulka 1).

Poruchy osobnosti klastru B

Zelené části představují závěry obou výzkumů, modré reprezentují kritéria vyplývající z analýzy literatury a případových studií a růžová jsou kritéria vycházející zejména ze závěrů kvalitativního výzkumu, rozhovorů s kliniky.

301.3 Porucha patologického lhaní

A. Tento trvalý a pervazivní maladaptivní vzorec vytváření a šíření lží, je intrapsychicky motivovaný nízkým sebevědomím nebo narušením identity, není motivován záměrem ublížit, zneužít nebo poškodit druhé, a začíná přinejmenším v dospívání nebo rané dospělosti a je přítomen v různých kontextech života, je určen přítomností osmi (nebo více) znaků z následujících:

1. Lhaní stabilní v čase, vyskytující se s abnormálně vysokou frekvencí v porovnání s běžnými společenskými normami.
2. Klamy jsou sdělovány za účelem uspokojení vnitřní potřeby jedince nebo jako jejich psychologická strategie; nejsou tvořeny s motivací získat materiální nebo finanční odměnu.
3. Selhávají při přijímání zodpovědnosti za své lživé chování v případě, že jsou konfrontováni, popíráním svých lží, vykládáním dalších lží nebo se stávají rozčilenými a agresivními, ale mohou se přiznat pokud jsou konfrontováni s přesvědčivými důkazy o jejich klamu nebo na základě terapeutické intervence.
4. Klamy jsou sebezveličující a vykreslují jedince v pozitivním světle.
5. Klamy jsou sdělovány se narušeným uvědoměním a může se u nich vyskytovat sebeklam.
6. Klamy jsou snadno rozpoznatelné druhými lidmi.
7. Klamy se podobají příběhům, které by mohly být reálné a/nebo možné a nejsou produktem bludů, halucinací nebo konfabulací.
8. Klamy se zaměřují na příběhy heroismu a/nebo viktimizace.
9. Klamy jsou spletité, komplexní a propracované a mohou být uvěřitelné.

10. Klamy mohou být zčásti založeny na pravdě.
11. Narušená schopnost regulovat, kontrolovat nebo inhibovat nutkání lhát, což značí, že je toto chování impulzivní, kompulzivní, reaktivní, automatické a to že lži mohou být vrstveny jedna přes druhou a vymknout se z kontroly.
12. Klamy se druhým zdají být zvláštní a nelogické, s tím, že některé mohou být až triviální či prosté.
13. Jedinci po vyřčení svých klamů zažívají negativní pocity, což naznačují projevy lítosti, pocity viny, studu a/nebo nepohody.

B. Zároveň musí jedinec vykazovat osm (a více) z následujících znaků, k tomu aby mohla být stanovena diagnóza:

1. Nedbalost k osobní i interpersonální pohodě, například pokračují ve lhaní navzdory risku poškození své reputace a mezilidských vztahů. Ohrozil nebo přišel o důležitý vztah, zaměstnání, vzdělávací nebo kariérní příležitost kvůli svému lživému jednání.
2. Narušené sebevědomí: pocity méněcennosti a toho, že je nemůže mít nikdo rád. Lži fungují jako podpora nízkého sebevědomí.
3. Všeobecná impulsivita napříč různými oblastmi.
4. Hypersensitivita a vysoká ostražitost vůči kritice, odmítnutí a antipatiím na vlastní osobu, které často vyústí v neužitečné pokusy zajistit si obdiv nebo zájem druhých skrze lhaní.
5. Narušení identity: nápadně a trvale nestabilní sebeobraz nebo vnímání self.
6. Oslabená schopnost empatie, ale přesto se může objevovat empatická odpověď: může projevovat zájem o pocity, potřeby a utrpení druhých.
7. Opakované selhávání v přijímání zodpovědnosti za své chyby, nedokonalosti nebo provinění a často se namísto toho uchyluje ke klamání.
8. Slabý náhled na problematickou povahu svého zvyku klamat.
9. Účastní se drobných a nezávažných zločinů.
10. Má potíže v udržení si stálého zaměstnání, například často mění práci

a/nebo bývá často propouštěn.

11. Občasné suicidální myšlenky a para-suicidální gesta.
12. Nízká schopnost fungovat ve vztazích a nedostatek blízkých a dlouho trvajících přátelství.
13. Narušená schopnost testování reality ve vztahu ke svým klamům.

C. Tento trvalý vzorec lhaní je nepružný a prostupuje celou širokou škálou osobních a sociálních situací.

D. Tento trvalý vzorec je maladaptivní a vede ke klinicky významné nepohodě nebo narušení v sociální, pracovní nebo v jiných důležitých oblastech života.

E. Tento vzorec je chronický, stabilní a dlouhodobý, jeho počátek lze zpětně vystopovat přinejmenším do doby dospívání nebo rané dospělosti.

F. Přestože může mít porucha své počátky v dětství, neměli bychom tuto diagnózu stanovovat před osmnáctým rokem života daného jedince, ledaže by lhaní dítěti způsobovalo klinicky významnou nepohodu nebo narušení jeho sociálního a/nebo vzdělávacího/školního fungování.

G. Tento trvalý vzorec nelze lépe objasnit coby projev nebo důsledek jiné duševní poruchy, například: klam by neměl být výsledkem bludného myšlení, halucinací, konfabulací nebo psychotického onemocnění.

H. Tento trvalý vzorec nelze přičíst fyziologickým účinkům žádné látky ani jinému onemocnění.

3 Diferenciální diagnostika mytomanie

Primárním cílem této práce je přivedení tohoto fenoménu do vědomí odborné veřejnosti, nikoli dosažení samostatného diagnostického vymezení mytomanie. Avšak dovoluji si předpokládat, že proto, aby tomuto fenoménu byla přikládána důležitost, je nutné, aby se stal alespoň prozatímní diagnózou. Do té doby bude neustále zneužíván odbornými texty ve významu, jaký se zrovna hodí. Tato kapitola představuje přehled, prozkoumání a porovnání existujících psychiatrických konstruktů, se kterými je mytomanie často spojována.

Někteří autoři vnímají patologické lhaní, čili mytomanii, jako poruchu, která může stát sama o sobě, bez toho aniž by byla součástí jiného onemocnění, či měla nějakou komorbiditu (Healy a Healy, 1915; Hausman, 2003; Dike et al., 2005; Dike, 2008; Muzinic et al., 2016). Například Dike et al. (2005) navrhují rozdělení na primární a sekundární patologické lhaní, přičemž primární by byla diagnóza stojící sama o sobě, a sekundární by bylo takové, které je zapříčiněno jinou psychiatrickou poruchou. Binder a Greiffenstein (2012) usuzují, že klamání nebo simulace nevylučují přítomnost duševní poruchy, ale naopak jejich typ může někdy poskytnout důležité diagnostické informace.

Jiní autoři (např. Grubin, 2005; Snyder, 1986; Höschl, 2013; Šnajdr, 2012; Hartl, 1993) vnímají mytomanii jako symptom jiných psychiatrických poruch. Mytomanie či patologické lhaní je v literatuře často spojováno či zaměňováno s následujícími poruchami, symptomy a syndromy: antisociální porucha osobnosti, psychopatie, narcistická porucha osobnosti, hraniční porucha osobnosti, histriónská porucha osobnosti, faktitivní porucha a vědomá simulace, psychopatie, konfabulace, dysmnézie, bludy, Ganserův syndrom nebo syndrom falešných vzpomínek.

Nyní, ve chvíli, kdy jsou na světě prozatímní diagnostická kritéria pro patologické lhaní, respektive mytomanii, je možné je porovnat s již existujícími, výše zmíněnými, diagnózami.

3.1 Poruchy osobnosti

Mytomanie bývá často spojována s poruchami osobnosti nebo je vnímána jako jejich součást či symptom (Ford, King, Hollender, 1988; Yang et al., 2005; Grubin, 2005; Höschl, 2013; Šnajdr, 2012; Hartl, 1993).

Například Höschl (2013), shledává obtížnost diagnostiky mytomanie právě v tom, že může být součástí poruch osobnosti, ze kterých jmenuje antisociální, hraniční, narcistickou či histriónskou. Bájivá lhavost, jak tento konstrukt autor primárně označuje, je projevem „patologického lhaní a podvádění, jež ani nemívá účel a nepřináší dotyčnému zisk..“ a „...ona patologičnost připomíná nutkání, obsesi, ale někdy je spíše projevem nadměrné potřeby upoutávat pozornost“ (Höschl, 2003). Člověku s antisociální poruchou osobnosti bájivá lhavost napomáhá ke zneužívání druhých, hraniční osobnosti pak těží z líčení vlastního utrpení, narcistická se touto cestou velebí a histrion se svou fabulací snaží upoutat pozornost okolí. Jako další možnost vidí v habituaci fabulace ve vlastní prospěch, kdy dotyčný svým lžím začíná sám věřit (Höschl, 2003). Tento výrok autor dále nerozvádí, ale domnívám se, že je tím myšlena osoba, která oproti výše jmenovaným poruchám osobnosti, lze vlastně především sama sobě.

Mezi českými odborníky se s mytomanii jako součástí poruch osobnosti, nejčastěji té histriónské, setkáváme poměrně často. Šnajdr (2012) vnímá tuto poruchu, charakteristickou vyprávěním smyšlených příběhů, typickou pro histriónskou poruchu osobnosti nebo alkoholiky. Kohoutek (2016) definuje klam mytomana, jako smyšlenky, které nerozlišují mezi fantazií a realitou a zároveň shledává toto chování také jako typické pro histrióny a hysteriky.

Podobně o mytomanii uvažuje i Hartl (1993) ve svém psychologickém slovníku. Uvádí pojmy bájivá lhavost, pseudologia phantastica jako synonyma pro mytomanii, která je vědomým, obsedantně kompulsivním sklonem pozměňovat pravdivost, vymýšlet a sdělovat neskutečné události. Může být projevem některých duševních onemocnění, ze kterých jmenuje hysterii a slouží jako účelová snaha upoutat pozornost. Jiným případem mohou být výmysly osob s nízkým intelektem (Hartl, 1993).

Níže se pokusím stručně shrnout srovnání právě těchto poruch, tak jak jsou definované v *DSM5* (2013) s diagnostickými kritérii pro mytomanii navrženými Treanorovou (2012). Je možné, že by někteří mohli namítat, že konstrukt musí být naprosto jedinečný a nesmí se prolínat s jinými psychiatrickými poruchami, proto aby mohl být považován za jasně ohraničený a tím pádem možný diagnostikovat. Je ale běžné, že se některé poruchy osobnosti ve svých diagnostických kritériích překrývají (Treanor, 2012).

Veškeré níže zmíněné poruchy osobnosti, antisociální, hraniční, histriónská a narcistická, spadají podle *DSM5* do klastru B řazení poruch osobnosti, mající prevalenci výskytu v populaci 1,5% a „jedinci s těmito poruchami působí často dramaticky, emocionálně či nevyrovnaně“ (*DSM5*, 2013, s. 677).

3.1.1 Antisociální porucha osobnosti

Lži, vyskytující se u antisociálních poruch osobnosti, bývají motivovány vnějším ziskem, jako je zisk peněz, sexu nebo moci (Birch et al., 2006; Dike, 2008). Podle výzkumu Kinga a Forda (1988) pouze polovina z případů páchala trestnou činností, která zároveň nezahrnovala fyzickou agresi. Mytomanii nemívají v minulosti evidovanou poruchu chování a jsou schopni pociťovat vinu za své jednání (Powell et al., 1983).

Diagnostická kritéria pro mytomanii a antisociální poruchu osobnosti (F60.2) jsou si podobná nebo se překrývají v 50%, tedy ve čtyřech základních kritériích (Treanor, 2012) podle *DSM5* (2013) a to:

- 1) neschopnost přizpůsobovat se sociálním normám s ohledem na zákonem povolené projevy chování, v důsledku čehož se jedinec opakovaně dopouští činů, které jsou důvodem k zatčení;
- 2) zákeřnost v podobě opakovaného lhaní, používání falešných jmen, podvádění ostatních pro osobní zisk či potěšení;
- 3) impulzivita čili neschopnost předem si naplánovat své jednání;
- 4) trvalá nezodpovědnost zřejmá z opakovaných neúspěchů při snaze udržet si zaměstnání či dostát finančním závazkům.

Přestože pro stanovení této diagnózy stačí, aby jedinec splňoval pouhá tři kritéria, neshledávám důvod pro splynutí těchto dvou konstruktů. Přičemž vzhledem

k podobnosti kritérií jsou zločiny u mytomanie mnohem méně závažné, mytomani nejsou zároveň motivováni chtíčem ublížit ostatním nebo materiálním ziskem. Významný rozdíl zároveň shledávám mezi lží u jedince s antisociální poruchou osobnosti a mytomana, kdy sice obě dvě svým způsobem ubližují druhým, ale klam mytomana neubližuje natolik a především ne se záměrem druhému ublížit pro vlastní potěšení. U osob s antisociální poruchou osobnosti je také významná složka agrese a násilí, která se u mytomanie, až na výjimky (Akimoto, 2006), neprokázala.

3.1.2 Hraniční porucha osobnosti

Hraniční porucha osobnosti a mytomanie, se mohou podobat v neschopnosti rozpoznávat mezi pravdou a lží (Gogineni a. Newmark, 2014). Výmysly, které se objevují u osob trpících hraniční poruchou osobnosti, nebývají příliš propracované a nemívají fantaskní charakter (Dike, 2008), a jejich chování, jako jsou třeba častá falešná obvinění, jsou spíše spojeny se snahou vyhnout se opuštění a zvládnání pocitů prázdnoty (Birch et al., 2006).

Diagnostická kritéria pro mytomanii a hraniční poruchu osobnosti (F60.3) jsou si podobná nebo se překrývají ve 44,4% (Treanor, 2012) a zároveň tak podle *DSM5* (2013) nenaplnují požadovanou přítomnost minimálně pěti znaků. Kritéria pro hraniční poruchu osobnosti, která se v některých ohledech shodovala s konstruktem mytomanie, byla následující:

- 1) Horlivá snaha jedince vyhnout se skutečnému nebo domnělému opuštění;
- 2) porucha identity: výrazně a trvale nestabilní sebeobraz a vnímání sebe sama;
- 3) impulzivita nejméně ve dvou oblastech, které v sobě nesou riziko sebepoškození (např. utrácení peněz, sex, abúzus látek, bezohledné řízení motorových vozidel, záchvaty přejídání);
- 4) opakující se suicidální jednání, gesta a pohružky nebo sebepoškozující chování.

Významným rozdílem je také absence ukazatele či symptomu, který je u mytomanie nepostradatelný, a to ve sdělování nepravdy. Přesto je možné se domnívat, že se „někteří lidé s hraniční poruchou osobnosti mohou potýkat s výmysly nevídaných proporcí“, z důvodu jim vlastní impulsivity a pravděpodobně „vyhnutí se domnělému nebo skutečnému opuštění a konfliktním pocitům prázdnoty“ [vlastní

překlad autorky této práce] (Treanor, 2012, s.258).

Tyto dva konstrukty se shodují v impulsivitě, narušení vlastní identity a suicidálních myšlenkách, které ale u mytomanů nejsou natolik závažné a časté. Další rozdíl tkví ve výkyvech nálady až k intenzivnímu hněvu, který je pro poruchy tohoto spektra příznačný, kdežto pro mytomanii nikoli.

3.1.3 Narcistická porucha osobnosti

Podobnost mezi narcistickou poruchou osobnosti a mytomanii spočívá v častém vykládání přehnaných příběhů za účelem získání „pozornosti, uznání druhých a překonání skrytého neadekvátního vnímání self“ [vlastní překlad autorky této práce] (Gogineni a. Newmark, 2014, s.453).

Diagnostická kritéria pro mytomanii a narcistickou poruchu osobnosti (F60.81) jsou si podobná nebo se překrývají pouze ve 33,3% (Treanor, 2012). *DSM5* (2013) požaduje naplnění alespoň pěti kritérií pro stanovení této poruchy, přičemž současný konstrukt mytomanie splňuje nebo se podobá ve třech:

1) Jedinec trpí pocitem grandiozity a vlastní důležitosti (např. zveličuje své úspěchy a nadání, očekává, že ho lidé uznají za nadřazeného, aniž by podával odpovídající výkony);

2) intenzivně se zaobírá představami o bezmezném úspěchu, moci, neobyčejném nadání, kráse nebo ideální lásce;

3) chybí mu empatie: není ochoten pochopit pocity a potřeby jiných lidí, ani se s nimi identifikovat.

Na první pohled se mohou výše uvedené symptomy jevit jako velice podobné, ale důležitým rozdílem je v jejich motivaci, v konceptu grandiozity, kdy u mytomana pozorujeme „narcistickou obranu, spíše než primární formu narcismu“ [vlastní překlad autorky této práce] (Treanor, 2012, s.258). Výmysly mytomanie, jsou výsledkem vlastního pocitu nejistoty, spíše než nadřazenosti nebo jedinečnosti. Stejně tak mají mytomanii oproti narcisům větší schopnost empatie k druhým.

3.1.4 Histriónská porucha osobnosti

Přestože mytomanii někteří autoři (Hartl, 1993; Kohoutek, 2016; Höschl, 2013) spojují s histriónskou poruchou osobnosti (F60.4), jejich diagnostická kritéria jsou si podobná nebo se překrývají v 0% (Treanor, 2012). Podobnost například Gogineni a Newmark (2014) shledávají v tendenci dramatizovat a extrémní potřebě po pozornosti.

Tato zjištění přispívají k dojmu, že je mytomanie v některých ohledech velice podobná konstruktům poruch osobnosti. Podobnost můžeme nalézt především v narušení self a v prvním diagnostickém kritériu generalizované poruchy osobnosti podle *DSM5* (2013):

1) Trvalý vzorec vnitřního prožitku a chování, který se výrazně liší od hodnot očekávaných v kultuře příslušného jedince. Tento vzorec se projevuje ve dvou (či více) následujících oblastech:

- Kognice (způsoby vnímání a interpretace sebe, jiných lidí a událostí).
- Afektivita (rozsah, intenzita, labilita a přiměřenost emocionální reakce).
- Kvalita mezilidských vztahů.
- Kontrola impulzů.

2) Tento trvalý vzorec je nepružný a prostupuje celou širokou škálou osobních a sociálních situací;

3) tento trvalý vzorec vede ke klinicky významné nepohodě nebo narušení v sociální, pracovní nebo v jiných důležitých oblastech života;

4) tento vzorec je stabilní a dlouhodobý, jeho počátek lze zpětně vystopovat přinejmenším do doby dospívání nebo rané dospělosti;

5) tento trvalý vzorec nelze lépe objasnit coby projev nebo důsledek jiné duševní poruchy;

6) tento trvalý vzorec nelze přičíst fyziologickým účinkům žádné látky (např. abúzu drog) ani jinému onemocnění (např. úrazu hlavy).

Po bližším prozkoumání fenoménu mytomanie, je možné říci, že výše uvedená

kritéria lidé jí trpící naplňují. Vykazují známky rozdílného uvažování či myšlení, kvalita jejich interpersonálních vztahů bývá často narušena a jejich tendence k vymyšlení si má pravděpodobně co dočinění se ztíženou regulací jejich impulsů a zároveň tím často přestupují či porušují všeobecnou morálku. Mytomanie je pervazivní a zakořeněný vzorec chování v různých aspektech života, a jedinci, kteří jím trpí, se nechtěně a opakovaně ocitají v situacích, kterými „riskují ztrátu zaměstnání, vztahů a které ubližují jejich reputaci“ [vlastní překlad autorky této práce] (Treanor, 2012, s.261).

3.2 Nutkavé a impulzivní poruchy

Impulzivní poruchy jsou charakteristické svými problémy v emoční a behaviorální sebekontrolě, které se vyznačují pěti fázemi: impuls, narůstající tenze, uspokojení během aktu, uvolnění z nutkání a nakonec možné pocity viny (Wright et al., 2012). Někteří autoři navrhují zařazení mytomanie právě do tohoto spektra poruch (Muzinic et al., 2016), z důvodu její dominantní charakteristiky, již je ztráta kontroly nad lhaním.

Mezi nutkavé a impulzivní poruchy se podle *MKN10* (2017) řadí patologické hráčství, pyromanie, kleptomanie, trichotillimanie nebo intermitentní explozivní porucha, vzhledem ke svým širším podobnostem. Tyto poruchy jsou v *MKN10* (2017) charakterizované „opakovanými činy, které nemají žádnou jasnou racionální motivaci, nemohou být ovládnuty a obecně působí svým nositelům poškozování vlastních zájmů i zájmů jiných lidí. Osoba hovoří o tom, že její chování je spojeno s impulzy k činnosti“. Příčinu těchto poruch *MKN10* (2017) shledává jako „nepochopitelnou“ a neshledává mezi nimi jiné důležité společné rysy.

DSM5 (2013) má v tomto ohledu samostatnou kapitolu, pojednávající o disruptivních poruchách, poruchách ovládnutí impulsů a poruchách chování, které spojují problémy v ovládnutí a regulaci emocí a chování daného jedince, a zároveň jejich specifikum v narušování práv druhých a/nebo „přivádí jedince do významného konfliktu se společenskými normami nebo autoritami“ (*DSM5*, 2013, s.485). Mezi tyto poruchy řadí poruchu opozičního vzdoru, intermitentní explozivní poruchu, poruchu chování, antisociální poruchu osobnosti, pyromanii, kleptomanii a další

specifikované a nespecifikované disruptivní poruchy, poruchy ovládní impulsů a poruchy chování, kde každá z nich může mít různou příčinu. Toto spektrum poruch se vyskytuje častěji u mužů než u žen, začínají obvykle v dětství nebo adolescenci a bývá spojováno „se spektrem externalizujících poruch charakterizovaných takovými dimenzemi osobnosti, jako je desinhibice a zdrženlivost (její nedostatek) a v menší míře negativní emocionalita“ (DSM5, 2013, s.486). Právě tyto sdílené faktory, mohou být vysvětlením vyšší komorbidity mezi těmito poruchami, mezi sebou navzájem a zároveň s poruchami užívání látek a antisociální poruchou osobnosti. Některé symptomy těchto poruch mohou být projevem chování i u normálně se vyvíjejících jedinců, proto je pro určení poruchy tohoto spektra rozhodující jejich frekvence, trvání a pronikavost, které je nutné zvažovat v rámci toho, co je běžné pro věkovou skupinu, pohlaví a kulturu jedince v níž se nalézá.

3.3 Faktitivní poruchy a Münchhausenův syndrom

V českých textech nalezneme zmínky o pseudologii fantastice či bájně lhavosti často (Höschl, 2013; Honzák, 2010; Praško, 2008) v souvislosti s Münchhausenovým syndromem. Tento pojem, ale nalezneme pouze v Mezinárodní klasifikaci nemocí. Diagnostický a statistický manuál pojednává obecně o faktitivních poruchách. *MKN10* (2017) hovoří o padělané poruše, kterou řadí pod poruchy osobnosti a chování u dospělých jako *F68.1- Záměrná produkce nebo předstírání symptomů nebo neschopností somatických nebo psychických (padělaná porucha)* a Münchhausenův syndrom je jedním z jejích podtypů. Dalšími označeními, používanými v souvislosti s poruchami tohoto spektra, jsou: syndrom špitální vší, syndrom barona Prášila, syndrom bloudícího či toulavého pacienta nebo třeba kopenikiády (Honzák, 2010). Münchhausenův syndrom je některými autory (Gogineni a. Newmark, 2014; Korenis et al., 2015) vnímán jako závažnější forma faktitivní poruchy.

Označení Münchhausenův syndrom získala tato porucha po vzoru jedné historické osobnosti, Hieronyma Karla Friedricha Freiherra von Münchhausena (1720–1797), známého také pod jménem baron Prášil. Jeho životním příběhem se inspirovalo mnoho pohádek, ale i filmů pro dospělé. Paradoxně se však neprosлавil cestováním z jedné nemocnice do druhé, ale právě onou bájnou lhavostí, která mu napomáhala

bavit společnost smyšlenými příběhy (Honzák, 2010). Možná právě z tohoto důvodu je mytomanie tak často zaměňována s touto poruchou nebo označována jako její symptom.

Zajímavým, a zároveň vtipně přiléhavým, je rozpor v historii barona von Münchhausena, kterou ve svém článku o předstíraných poruchách, stručně nastiňuje Praško et al. (2008). Rozchází se s Honzákem nejen v datu úmrtí, ale popisuje ho zároveň jako „penzionovaného důstojníka kavalérie, který trpěl bájevitou lhavostí při líčení svých zranění“ (Praško et al., 2008, s.128). Münchhausenův syndrom vnímá Praško et al. (2008, s.128) jako chronickou podobu faktitivní poruchy, „u které pacient obvykle má anamnézu opakovaných hospitalizací trvajících léta, roli pacienta má jako kariéru, projevuje zjevné známky poruchy osobnosti a je rezistentní na léčbu“.

Zahraniční literatura spíše hovoří o souvislosti s faktitivními poruchami (Grubin, 2005; Dike et al., 2005), ale najdou se i výjimky, které uvádějí pseudologii fantastiku jako charakteristiku Münchhausenova syndromu (Rahn, 2000). Ačkoli Dike et al. v roce 2005 shledávali spojitost patologického lhaní a faktitivní poruchy, již v roce 2008 se Dike od svého předchozího článku distancoval. Nyní uvažuje o dvou na sobě nezávislých konstruktech, přičemž právě patologické lhaní, čili mytomanie, zahrnuje mnohem větší škálu výmyslů, oproti pouhému klamání za účelem získání role nemocného. Zde stojí za zmínku studie Kinga a Forda (1988), která objevila simulování nemocí u čtvrtiny případů mytomanů.

DSM5 (2013) v této souvislosti nově hovoří o poruchách se somatickými příznaky a jim podobných poruchách. Tento nový okruh vznikl revizí oddílu somatoformních poruch, z důvodu nepřiléhavého a matoucího označení a nejednoznačného vymezení hranic mezi jednotlivými diagnózami. Zároveň se dřívější řazení zaměřovalo spíše na konkrétní nevysvětlitelný somatický aspekt onemocnění. Řadí se sem například nozofobie, pseudogravida, konverzní poruchy nebo právě předstíraná neboli faktitivní porucha. Společným znakem jsou jim „nápadné somatické příznaky spojené s významnou nepohodou a narušením“ a osoby s tímto postižením přicházejí „hlavně k lékařům somatických oborů, nikoli k odborníkům na duševní zdraví“ (*DSM5*, 2013, s.325). Na výskytu onemocnění tohoto okruhu se podílí genetická a biologická vulnerabilita, rané traumatické zážitky, učení a kulturní či sociální normy, jež mají za následek snižování hodnoty psychického utrpení, oproti tomu fyzickému a „vyjádření somatických obtíží tedy může být v daném kulturním a

sociálním kontextu chápáno jako výraz osobního utrpení“ (DSM5, 2013, s.326). Ve čtvrté revizi diagnostického a statistického manuálu, se s patologickým lhaním pracuje, právě jako se symptomem faktitivní poruchy, v páté revizi jej už nenajdeme.

Faktitivní porucha, podobně jako ostatní onemocnění tohoto spektra, představuje dlouhodobé problémy, týkající se vnímání onemocnění a identity, a většinou tyto osoby k lékaři přicházejí přesvědčeny o svém zdravotním onemocnění. Tyto jedinci předstírají somatické nebo psychické projevy či poranění u sebe nebo u jiných osob. Toto předstírání obtíží u jiných osob se nazývá Münchhausen by proxy, a je vnímáno jako nejzávažnější forma tohoto onemocnění, kdy je ono poškozování převedeno na blízké a často závislé osoby jako jsou děti, staří či bezmocní (Honzák, 2010).

Motivace jedince není jasná, ale jako důvod se předpokládá převzetí role nemocného. Dotyčnému jde tedy pravděpodobně o to, aby o něj bylo pečováno nebo aby se o něj někdo zabýval. Při konfrontaci s touto motivací zažívá pacient pocity nepochopení a křivdy a „reaguje na to silnými afekty, jako je smutek, zlost, bezmoc“ (Praško et al., 2008, s.128). Lži mytomanů se nesoustředí pouze kolem nemocí a role nemocného, ale zahrnují mnohem širší kontext (Dike, 2008) a jejich motivace je spíše vnitřní (Gogineni a. Newmark, 2014).

Diagnostická kritéria pro mytomanii a faktitivní poruchu (F68.1) jsou si podobná nebo se překrývají ve 33,3% (Treanor, 2012). Ačkoli se diagnostická kritéria DSM IV TR, o které se Treanor (2012) opírá v tomto okruhu onemocnění lehce proměnila, je možné je i nadále uplatnit ono jediné kritérium, ve kterém se mytomanie a faktitivní porucha podobají a to:

1) Předstírání tohoto chování je patrné i v nepřítomnosti zjevných vnějších odměn.

Hlavním rozdílem je zároveň sama podstata výmyslů mytomana, jejichž témata mohou být různorodá a nebývají nutně propojena s rolí nemocného.

3.4 Psychopatie

Přestože už sám pojem psychopatie není jednoznačný, v širším slova smyslu je jím míněna porucha osobnosti, v užším významu je chápán jako jiné pojmenování antisociální poruchy osobnosti, je s ní patologické lhaní je v literatuře často spojováno

(Yang et al., 2005; DeMatteo a. Edens, 2006; Guy a. Douglas, 2006; Mitchell et al., 2006; Neumann, et al., 2006). Zároveň někteří autoři vychází z Hareho škály psychopatie, kde je patologické lhaní uvedeno jako jeden z hlavních symptomů pro psychopatii.

Je zřejmé, že se lidé trpící poruchou, kterou nazýváme psychopatie, často pohybuji na hranici zákona a zároveň je vědecky prokázán výskyt opakovaných lží u těchto lidí (Cleckley, 1988; Hare, 2003; Seto et al., 1997). Zároveň se ale domnívám, že je zde patologické lhaní pouze symptomem a není mezi ním a mytomanii rovnítko.

Ze studie, analyzující polostrukturované rozhovory s kliniky (Treanor, 2012), zaměřující se nejen na toto rozlišení psychopatie a mytomanie, vyplývají některé společné rysy pro psychopatii, definovanou Hareho škály pro psychopatii, a mytomanii a to neschopnost nést odpovědnost za své činy, impulsivita, nízká schopnost kontrolovat své chování a patologické lhaní. Ačkoli se mytomanie a psychopatie v lecčems prolíná, jsou docela rozdílné. Oproti mytomanovi psychopat necítí pocity lítosti, neprožívá distres či nepohodu, manipuluje, využívá a záměrně zraňuje ostatní.

Další věcí je, že se může pouze zdát, že jsou si tyto dvě poruchy v některých směrech podobné. Treanorová (2012, s.238) shledává možnost, že „psychopati i mytomanii sdílejí podobné rysy chování, jako je neschopnost nést odpovědnost za své činy, jenomže u psychopatů to může souviset s jejich zakořeněnou představou o vlastní nadřazenosti a pocitu, že nemusejí nést žádnou odpovědnost, kdežto mytoman může být motivován strachem, že bude jeho zranitelné self objeveno a odmítnuto“ [vlastní překlad autorky této práce].

V tomto ohledu je zajímavé se zamyslet nad možností, že je tolik různých názorů ohledně toho, co mytomanie je a není, možná i z toho důvodu, že neexistuje jen jediný typ. Podle mého názoru, je možné operovat s pojmem patologická lhavost, jako se symptomem, u jedinců, kteří jsou diagnostikováni s psychopatií, kdežto pod pojmem bájná lhavost nebo mytomanie či pseudologia fantastica se může skrývat samostatně stojící porucha.

3.5 Další poruchy a symptomy

Dalšími poruchami, onemocněními či symptomy, se kterými je mytomanie spojována, a měla či mohla by od nich být odlišena, jsou vědomá simulace, dysmnézie, konfabulace, Ganserův syndrom, syndrom falešné paměti a bludné myšlení.

Vědomá simulace

Rys, odlišující simulaci od mytomanie, je opět motivace lhaní. Simulující je hnán touhou po vnějším zisku (kompenzace, vyhnutí se výkonu trestu), kdežto u mytomanie není motivace takto zřejmá (Dike, 2008; Gogineni a. Newmark, 2014). Van Atta (2005) rozlišuje tyto dvě poruchy na základě toho, že většina mytomanů si oproti lidem, kteří vědomě simulují, v minulosti prožila trauma a mají validní profil MMPI.

Simulace je podle *DSM5* (2013, s.766) definována jako „vědomá produkce falešných nebo silně zveličených tělesných nebo duševních symptomů“. Zároveň je toto chování motivováno vnějším ziskem, jako je například vyhýbání se vojenské povinnosti, vyhýbání se práci, získání finanční kompenzace, vyhýbání se trestnímu stíhání či získání přístupu k lékům.

Například Dike et al. (2005), právě z důvodu, že je toto klamavé chování uvědomované, neshledává možnou souvislost s mytomanii, která je charakteristická narušeným uvědoměním během lživého jednání.

Diagnostická kritéria pro mytomanii a vědomou simulaci (Z76.5) jsou si podobná nebo se překrývají v 0% (Treanor, 2012) a není prokázána podobnost těchto konstruktů. Mytoman není motivován vnější odměnou, nebo vyhnutí se povinností, oproti tomu spíše naplňuje své vnitřní potřeby.

Dysmnézie

Internetový server *Velký lékařský slovník online* (2017) definuje dysmnézii jako poruchu paměti, „při níž vznikají nepřesné informace a proběhlých událostech“, a vzápětí jmenují paramnézii a pseudologii fantastickou. Na webovém slovníku cizích slov dává Kohoutek (2016) dávat mezi pojmy dysmnézie a mythomanie taktéž rovnítko, ačkoli jednotlivě vykládá pojmy trochu rozlišně. Dysmnézie je podle něj „časově

ohraničená kvalitativní závada či porucha vytváření nových paměťových stop“, kdežto pojem mytomanie vysvětluje jako „smyšlenky nerozlišující fantazii a realitu“.

Konfabulace a Ganserův syndrom

Konfabulace je narušení paměti, definované jako produkování smyšlených, zkreslených nebo nesprávně vyložených vzpomínek bez vědomého úmyslu oklamat druhé (Fotopoulou et al., 2007). Šnajdr (2012) uvádí mytomanii jako jev, který se podobá konfabulaci „při níž osoba spíše reaguje na položené otázky smyšlenkami, při mytomanii své myšlenky vymýšlí aktivně, bez vyzvání.“

Konfabulace je nejčastěji spojována s organickým poškozením paměti a jedinci trpící touto poruchou, se svými výplody fantazie snaží spíše zaplnit mezery v paměti. Zároveň se u nich neseťkáme s propracovanými a komplikovanými výmysly, jako je tomu u mytomanie (Dike, 2008; Gogineni a. Newmark, 2014). Höschl (2013) upozorňuje na odlišení mytomanie od konfabulace a Ganserova syndromu (pseudodemence). Ganserův syndrom je vzácné onemocnění, někdy kategorizované jako faktitivní a jindy jako disociativní porucha, kdy dotyčný nejčastěji předstírá psychózu (Gogineni a. Newmark, 2014). Nejčastěji se objevuje u vězňů a jsou pro ní typické nepřiléhavé odpovědi a zkreslování údajů, které podle Praška (2008) připomíná demenci.

Syndrom falešné paměti

Syndrom falešné paměti představuje živé vybavení si událostí a situací, především z dětství, které se nestaly (Boakes, 1995; Mazzoni et al., 2010). Někteří autoři (Loftus, 1993; Hyman et al, 1995) se domnívají, že může být vznik tohoto syndromu podnícen i psychoterapií, při práci s jedinci, kteří v dětství prožili trauma. Falešné vzpomínky mohou vzniknout na základě opakované snahy si tyto události vybavit. Naše paměť je velice ohebná, proto je možné, že „i přes upřímnou snahu někomu pomoci si znovu vybavit vzpomínky na traumatické události, může terapeut napomoci ve vytvoření falešných vzpomínek“ [vlastní překlad autorky této práce] (Hyman et al., 1995, s.195).

Vzhledem k tomu, že je tento syndrom, podobně jako mytomanie, zatím spíše neprobádaným jevem a názory ohledně jeho povahy se liší, nedovolím si jej s fenoménem, který je středem zájmu této práce, porovnávat.

Bludy

Dalším ohniskem zájmu diferenciální diagnostiky by mělo být odlišení mytomanie od bludů, které primárně nemají za cíl oklamat druhého, ale jsou spíše vázány na utkvělé přesvědčení, které je mylné. Uvažovat o mytomanii, jako o onemocnění, které by spadalo do okruhu psychotických onemocnění, připadá Dikeovi (2008) nesmyslné a kontroverzní, zejména z toho důvodu, že mytomani fungují ve většině oblastech běžného života zcela bez problému.

Mytomani mohou mít, podle Healyho a Healyové (1915), natolik narušené vnímání reality, že je jen velice obtížné je odlišit od bludného myšlení, přesto autoři vnímají jako důležité tyto dva stavy rozlišovat. Podobně uvažuje i Wiersma (1933), který vnímá nesnáze při rozlišení reality od fikce také jako příznačné pro mytomanii.

Oproti těmto dvěma raným autorům, se vyhrazuje Dike et al. (2005), s tím, že mytomani lžou vědomě, protože nemají narušené vnímání ostatních oblastí života. Přesvědčení a dočasná víra mytomanů v jejich příbězích, se mohou navenek jevit, jako bludné, ale vzhledem k tomu, že se při důkladném přesvědčování dokáží svých smyšlenek vzdát, bludnému charakteru odporuje (Treanor, 2012).

Stále není zřejmé, jestli jsou patologické lhaní, *pseudologia fantastica*, mytomanie jedním konstruktem, majícím různá označení, a nebo jestli označují fenomény různých charakteristik. Přestože jsem se na předchozích stránkách pokusila mytomanii oddělit od již existujících onemocnění, poruch a symptomů, je nutné v tomto ohledu odvést ještě velký kus práce. Poté, co se odborná veřejnost shodne na tom, co pojmem mytomanie či patologické lhaní, vůbec pojmenovává, je možné, že její odlišení od jiných konstruktů automaticky vyplyne.

4 Lež v psychoterapii a léčba mytomanie

Následující kapitola se věnuje lži v psychoterapii, z větší části té nepatologické. Současný výzkum nenabízí systematický návod na léčbu mytomanie a názory odborníků se často neshodují, stejně jako nad její definicí. Přesto řada odborníků shledává psychoterapii jako klíčovou. V první části se zaměřím na nepatologické příčiny a motivy lhaní v psychoterapii a způsoby vyrovnávání se s nimi. Ve druhé části se zaměřím na prozkoumání terapeutické práce s mytomany.

4.1 Lež v psychoterapii

Co se stane, když terapeut zjistí, že mu klient po dlouhou dobu lhal o svých vztazích, potížích, o své nemoci, o sobě? Jak může terapeut rozeznat, že k němu klient není zcela upřímný? A záleží na tom vůbec?

Již Freud shledával jádrem psychoterapie odhalení klienta. Důležité bylo vše, co klientovi přišlo na mysl a přesně tak, jak ho to v tu chvíli upřímně napadalo. Dodnes jsou sdílené myšlenky a pocity klientů ústředním materiálem, se kterými terapeut pracuje (Stiles, 1995). Základy psychoterapie i psychoterapeutického poradenství se opírají nejen o důvěru v psychoterapeuta, ale i v klienta.

Podezření nebo obavy z toho, že klient během terapie vědomě či nevědomě lže, něco zatajuje, neříká úplnou pravdu či není zcela upřímný asi není ničím výjimečným. Jestli je lhaní na denním pořádku většiny z nás (DePaulo et al., 1996), tak proč by tomu tak nemělo být i v psychoterapii. Klienti nejenomže mají před svými terapeuty tajemství, ale skrývají i reakce a emoce k němu. Ačkoli je lhaní v terapii považováno některými autory (Hill et al, 1993; Gediman a. Lieberman, 1996; Kelly, 1998, 2000; Farber a. Sohn, 2007; Kottler a. Carlson, 2011; Blanchard a. Farber, 2015) za běžnou věc, je toto téma obsahem jen několika málo výzkumů, které se snaží nečestnost a lež v terapii kvantifikovat (Hill et al., 1993; Kelly, 1998; Pope a. Tabachnik, 1994; Blanchard a. Farber, 2015).

Většina psychoterapeutických směrů, i těch zaměřených spíše na symptomy (KBT) se shodují v důležitosti terapeutického vztahu. Některé přístupy tento vztah

pokládají na první místo v léčebném procesu (PCA), jiné zase vnímají jeho důležitost pro pochopení ostatních vztahů klienta (psychodynamická psychoterapie).

Pravděpodobně většina terapeutů věří, že pokud budou svým klientům naslouchat, nebudou je soudit a vybudují tak pro ně bezpečné prostředí, dostane se jim upřímné výpovědi klienta a jeho autentických reakcí.

Grohol (2008a) dává v této souvislosti příklad s porouchaným automobilem a automechanikem. Pokud auto podivně rachotí a nevíme, co s tím, jdeme za odborníkem a tomu sdělíme veškeré nám dostupné informace o našem problému, které mu pomohou soustředit se na to, co by mohlo být špatně. Autor nerozumí tomu, proč by se to stejné nemělo odehrávat i u terapeuta. Lhaní terapeutovi vnímá jako mrhání nejen časem klienta, ale i samotného terapeuta. V toto ohledu mne napadá, že automechanik většinou klienta vyslechne, ale stejně se poté většinou automobilem sám projede, aby si na vlastní kůži zažil, jaké zvuky auto doopravdy vydává. A zde je pro mne zřejmá analogie i pro vztah mezi terapeutem a klientem. Terapeut se ze své pozice empaticky vžívá do klienta a snaží se *projet jeho autem*.

Hansen (2007) ve svém článku uvažuje nad pravdou a jejím pojetí ve filosofii a dnešním poradenství. Stejně jako věda člověku přislíbila jeho pokrok skrze nalezení objektivní pravdy, tak i poradenství vnímalo jakousi pravdu jako klíč k uzdravení. Tradiční pojetí poradenství a psychoterapie se opíralo o určité poznatky o oné pravdivosti a to ve dvou oblastech: za první, konvenční přesvědčení o tom, že klienti si nesou nějakou svou pravdu, kterou musí poradce správně odhalit, má-li napomoci uzdravení; za druhé, oblast teoretických rámců, které jsou také často pravdu či pravdivý směr udávající. Například psychodynamické teorie předpokládají, že tou pravou a pravdivou příčinou psychologických obtíží je nevědomá motivace, kterou je nutné nalézt. Kognitivně behaviorální směry hledají onu pravdu v narušení kognice a humanisté třeba v zastavení vývoje směrem k aktualizaci (Hansen, 2007).

Dnešní multikulturní svět, který si váží lidské rozmanitosti a rozdílnosti, zavrhuje možnost existence pouze jediné pravdy. Čím, pokud ne pravdou, jsou v dnešní postmoderní době, poradci vedeni k pomoci klientovi? Autor se otevřeně hlásí k neopragmatismu a vybízí poradce, aby se nechali vést spíše užitekem či prospěšností (utility) samotného procesu, důvěrou v lidskou svobodu a ne slepou poslušností k jedné pravdě. Léčebný proces poradenství vede skrze otevřený dialog, terapeutický vztah a klienti si musí najít svou vlastní cestu k uzdravení. Poradenství se

tak stává „spíše tvořivým procesem než objevováním [vlastní překlad autorky této práce] (Hansen, 2007, s.426).

4.1.1 Typy a motivy lži v psychoterapii

Někteří autoři definují takzvané typy nečestností v psychoterapii a většinou pod tyto kategorie shrnují jak motivy, tak samotnou strategii lži. Ve výzkumu Hillové et al. (1993) autoři rozlišili tři druhy zakrývacích procesů (covert processes) klienta v terapii: reakce, myšlenky a *pocity ohledně intervencí terapeuta; nevyřčené myšlenky a pocity* objevující se během sezení; a *tajemství*, tedy významné události, fakta nebo pocity. 65% probandů tohoto výzkumu se vyslovilo s tím, že svému terapeutovi zatajili své reakce a myšlenky objevující se během sezení z následujících důvodů: prožívání příliš silných emocí; strach z nepochopení; pocit, že by to terapeut nezájímalo; nejistota ohledně vlastních emocí; snaha vyhnout se odhalení. Oproti tomu necelých 50% klientů se přiznalo k tajemství před terapeutem, tedy tomu, že se nepodělili o nějakou událost ze svého života. Důvody pro zatajování těchto informací byly: stud; pocity neschopnosti vypořádat se s odhalením a zároveň strach, že se s tímto odhalením nedokáže popasovat sám terapeut.

S podobnými výsledky přišli i Blanchard a Farber (2015), kteří se ve svém výzkumu lhaní v psychoterapii (547 klientů psychoterapie) zaměřili především na téma lži ohledně terapie, jejího průběhu a terapeutického vztahu. A právě tyto lži, dotýkající se terapie samotné, byly nejčastěji zmiňovaným tématem (70%).

Jejich výzkum zároveň prokazuje, že lhaní a klam jsou v terapii častější, než bylo doposud myšleno. Z 547 dotázaných klientů psychoterapie se 93% vyjádřilo kladně ke klamu, lži, zatajování či přehánění (dohromady 4616 lží). Autoři s těmito závěry nabádají terapeuty k větší ostražitosti k tématům důvěry a bezpečí v terapeutickém vztahu. Pouze 37 dotázaných svému terapeutovi nelhalo. Tato skupina byla v průměru o 6 let starší než zbytek vzorku a čítala spíše osoby ženského pohlaví. Mladší lidé lhali ve více tématech a více lží se také objevovalo u klientů, jejichž terapeut byl jiné etnicity.

Nejčastějšími motivy ke lhaní, zapírání či klamání klientů byly: téma jim bylo nepříjemné; nechtěli působit špatným dojmem; chtěli být zdvořilí; nechtěli terapeuta

naštvat; chtěli se vyhnout ostudě nebo nebyli ještě dostatečně připravení na diskuzi na dané téma.

Výzkum Reganové a Hillové (1992) s 24 klienty krátkodobé terapie (6 sezení) zjišťoval informace, které si klienti nechávali pro sebe. Nejčastěji se klienti nesvěřovali s pocity, chováním a především negativními myšlenkami, které se objevovaly během terapie. Autorky studie došly k závěru, že se klienti o tyto informace nedělili z toho důvodu, že se domnívali, že nejsou důležité, neuměli je dostatečně vyjádřit nebo jim to poskytovalo pocit kontroly nad terapeutickým vztahem.

Podobné výsledky přinesl i výzkum Kellyové (1998), zabývající se tajemstvími klientů. I zde byly nejčastějšími motivy strach vyjádřit emoce, stud nebo pocit ztrapnění a strach svěřit se s pocitem, že terapie nepřináší nijak velký pokrok.

Již výše zmíněný psycholog Grohol (2008b) uvádí 10 nejběžnějších důvodů, proč nejsou lidé ke svému terapeutovi zcela pravdiví:

1. Emočně bolestivá nebo trapná informace;
2. strach z odsouzení;
3. obavy z ohlašovací povinnosti terapeuta;
4. nedostatečná důvěra v terapeutický vztah;
5. někteří lidé potřebují víc času;
6. snaha udržet si pozitivní sebe-obraz;
7. lhaní jako obranný mechanismus;
8. informace, o které si klient neuvědomoval, že je důležitá;
9. problematika přenosu a protipřenosu;
10. strach.

Posledním, desátým důvodem proč klienti lžou svým terapeutům, je strach. Pod tuto položku bychom mohli zahrnout spoustu z ostatních uvedených důvodů: strach z toho, jak nás bude terapeut a druzí vnímat, co si o nás budou myslet; strach, že nás odsoudí, odmítnou, budou si myslet, že jsme blázni a bezcenní, nebudou nás mít rádi; strach z toho, co se stane s informacemi, o které se podělíme; strach z toho, že budou

tyto informace použity proti nám; strach z nepřijetí našich pocitů a myšlenek; strach z první terapie; strach z neznámého; strach ze změny (Grohol, 2008b).

Mezi informace, o kterých klienti neuvažovali jako o důležitých řadí Grohol (2008b) i popření. Některá fakta či události se mohou zdát na první pohled pro terapii irelevantní, ale po jejich vyslovení tomu může být právě naopak. Důvodem neuvedení těchto informací může být nedostatečný vhled, ale i právě popření, blud, kognitivní zkreslení nebo falešné přesvědčení.

Lhaní může v terapii sloužit i jako obranný mechanismus a podle Grohola (2008b) se vyvíjí ve snaze vyhnout se traumatu či zneužívání.

Pro někoho, může být udržení si dobrého sebe obrazu důležitější, než se s terapeutem podělit o některé události z jeho života, ale často se terapeutovi nepřiznáme zkrátka jen proto, že nejsme schopni se přiznat ani sami sobě (Grohol2008b).

Zajímavá je v tomto ohledu i problematika přenosu v terapeutickém vztahu. Klient může svému terapeutovi lhát z toho důvodu, že reprezentuje jinou osobu z jeho života, které také často lže. Při protipřenosu terapeut nevědomě přenáší své pocity ke klientovi, a může se stát, že se nějakým způsobem změní i jeho chování, což klienta může vyvést z rovnováhy, vztah tak ztratí na důvěře a může se stát, že se klient stáhne a není natolik sdílný (Grohol, 2008b).

Tyto studie a autoři hovoří především o vědomých motivech klientů, které je nutí oklamávat svého terapeuta. Existuje ale i řada autorů, kteří se zaměřují na lhaní z psychodynamického hlediska a jeho možné nevědomé podstaty. Klienti si mohou být vědomi toho, že lžou, ale pravá podstata jejich motivů jim může zůstat skryta.

Ve své knize *The Many Faces of Deceit: Omissions, Lies, and Disguise in Psychotherapy* (Mnoho podob klamu: zatajování, lži a přetvářka v psychoterapii) se psychoanalyticky orientované terapeutky Gedímanová a Liebermanová (1996, s.225) ptají po tom, proč pacienti lžou svým analytikům a nedovolí jim „upřímné prozkoumání jejich životů a nalezení lepších řešení jejich vnitřních konfliktů“[vlastní překlad autorky této práce]. Autorky se zaměřují na psychoanalytické pojetí funkce klamu (jak pro klamajícího, tak pro klamaného). Hlavním předpokladem jejich práce je manifestace klamu, jako dydického a interaktivního procesu, zahrnujícího nejen falešnou komunikaci ze strany komunikátora, ale také jejího příjemce, který jí může a

nemusí uvěřit. Reakce příjemce na klam pak podle autorů záleží také na nevědomých fantaziích a identifikaci. Autoři uvažují o sadomasochistických fantaziích a perverzi jako o důležitých faktorech klamného přenosu. Ti, co své analytiku klamou si často přejí je manipulovat a využít. Rozdíl shledávají mezi perverzním přenosem, který je kontrolován nevědomými fantaziemi, popírajícími některé aspekty reality, a klamným přenosem, jímž je myšleno chování, klamná komunikace s analytikem, které některé aspekty reality vědomě popírá a nebo zkresluje.

Autorky (Gediman a. Lieberman, 1996) rozlišují několik druhů klamu, objevujícího se v psychoanalýze. Jsou jimi: *bílé lži*, které jsou produkovány s vědomým záměrem ušetřit analytika zranění, které si pacient nevědomě přeje; *bezdůvodné lži*, které nemají žádný zřejmý zisk, ale pravděpodobně zajišťují psychologický odstup od analytika; *zatajování* informací, které by mohly vést k lepšímu poznání pacienta, jeho nevědomým motivům, obranám atp.; *tajemství* jsou speciálním podtypem zatajování informací před analytikem, které by při vyzrazení mohly zradit někoho z pacientova okolí; *černé lži*, sdělované vědomě a záměrně s cílem oklamat analytika.

Jako další fenomény, které je možné zařadit do oblasti klamání v psychoanalýze, jmenují: *obrazové vzpomínky*, fragmenty dávno zapomenutých vzpomínek z dětství, které mohou být pravdivé, nepravdivé a někdy obojí, sloužící jako jakési přání zastírající jiné, snad horší, asociované, ale potlačené vzpomínky; *osobnostní mýty*, jsou také mylnými vzpomínkami, týkajícími se pacientova idealizovaného sebeobrazu; *bludy* zahrnující zkreslení a narušené testování reality; *iluze* sloužící k popření bolestné reality a naplnění přání oproti bludu zahrnuje vyšší stupeň schopnosti testování reality; *falešné vzpomínky a syndrom falešných vzpomínek*, je stav kdy je „pacientova identita a vztahy soustředěny kolem vzpomínky na objektivně falešnou traumatickou událost, které pacient silně věří“, tento stav je následkem brainwashingu činiteli, kteří z těchto sdělovaných vzpomínek těží (např. unesení mimozemšťany); vědomé *simulování* fyzických nebo psychických symptomů slouží k dosažení určitého cíle; *Münchhausenův syndrom* mající za cíl získat pozornost lékařů a dále právě *pseudologii fantastice*, která slouží jako obranná funkce popření.

Případové studie, jimiž se ve své práci zabývají, se podobají v patologické podobě ega, které zahrnuje disociaci některých jeho částí a primitivní obranné mechanismy, především pak projektivní identifikaci. Dále je případům společná fixace

v raných fázích vývoje, především análním a orálním, narcistická porucha, identifikace se s rodičem, který dotyčnému lhal, opustil jej nebo chronicky často zklamával. Těmto pacientům jejich chování sloužilo k popření skutků rodičů, jejich idealizaci, ale i zesměšňování (Gediman a. Lieberman, 1996). Klam může vyústit v problematickou protipřenosovou reakci analytika, který se cítí být podváděn nebo oklamáván, a může zrcadlit to, jak se pacient ve svém klamu cítí. Přestože je analytikův postoj k pacientovi nesoudící, měl by být ke klamu a přetvářce ostražitý.

4.1.2 Témata lži v psychoterapii

Dalším polem zájmu terapeutů a některých výzkumů byla témata, o kterých klienti nejčastěji mlčí nebo nejsou zcela upřímní.

Ve výzkumu Hillové et al. (1993) se tajemství 26 klientů dlouhodobé terapie dotýkala především tématu sexuality, následovaly je pocity selhání a duševního zdraví.

Výzkumníci Pope a Tabachniková (1994) uskutečnili zajímavý výzkum s 476 klienty psychoterapie, kteří byli sami terapeuty. Nejčastější zatajovanou informací bylo opět téma týkající se sexuality (51%), dále pocity o terapeutovi (10%), zneužívání v minulosti (8%), závislosti (6%), poruchy příjmu potravy a identita těch, o kterých klient mluvil na terapii.

Další výzkum zabývající se klamem v psychoterapii (Martin, 2006) čítající 109 absolventů psychologie, kteří navštěvovali psychoterapii, objevil nejčastější lhaní ohledně vztahů (13%), užívání drog (11%), závažnosti symptomů (9%), sexuálního chování (7%) a pocitů a myšlenek směrem k terapeutovi (4%).

Blachardovi a Farberovi (2015) se z 547 oslovených klientů psychoterapie přiznalo ke lži 93% z nich. Nejčastějšími lžemi v terapii byly: klienti nedokázali přiznat, jak špatně se skutečně cítí (54%); jak vážné jsou jejich symptomy (39%); lhali o svých suicidálních myšlenkách (31%) a o pochybnostech o sobě samých (31%); klienti předstírali, že se jim líbí terapeutovy komentáře (29%); lhali o užívání drog a alkoholu (29%); lhali o tom proč přišli na terapii pozdě nebo vůbec nedorazili (29%); předstírali, že je terapie účinnější, než ji ve skutečnosti vnímali (29%); lhali i o základních faktech jejich života (13%) a svých akademických či profesních úspěších (7%), o svých intimních, romantických či sexuálních pocitech k terapeutovi a nebyli schopni přiznat, že chtějí terapii ukončit nebo, že navštěvují jiného terapeuta.

4.1.3 Následky lhaní v terapii

Navzdory přesvědčení o významnosti upřímného terapeutického vztahu, nejsou průkazné empirické závěry proto, že klientovo odhalení a upřímnost je esencí k pozitivním výsledkům psychoterapie (Blanchard a. Farber, 2015).

Kellyová (1998) se ve svém výzkumu zaměřovala na pozitiva pramenící ze zatajování a našla korelaci mezi uchováváním si tajemství před terapeutem a sníženým výskytem symptomů. Autorka (Kelly, 1998; 2000) v tomto ohledu uvažuje nad užitečností zatajování informací před terapeutem a navrhuje sebe-prezentační (self-presentational) teorii. Jedním z nejzřejmějších důvodů klamů v terapii, je podle ní, automatická a přirozená snaha klientů působit na své terapeuty v příznivém světle a vykonstruovat si tak svůj žádoucí sebeobraz, který jedinci dovoluje upevnit pozitivní vnímání své identity.

Výsledky studií na toto téma jsou vcelku rozporuplné, nicméně názor Kellyové (1998, 2000) je spíše ojedinělý. Jiní autoři (Farber, 2006; Farber a. Sohn, 2007; Sloan a. Kahn, 2005) vnímají spíše pozitivní korelaci mezi upřímným odhalením se klienta a výsledky jeho terapie. I sami klienti vnímají spíše pozitivní dopad upřímnosti ve sdílení informací na průběh jejich terapie (Farber et al., 2004).

Za současný rozporuplný stav výsledků výzkumů na toto téma může nejspíš „nedostatečná shoda nad definicí lhaní a zatajování, použití překrývajících se termínů (lhaní, udržování tajemství, neodhalení, skryté reakce) a použití velmi odlišných metodik výzkumu“ (Blanchard a. Farber, 2015, s.94). Zároveň je zřejmé, že se studie soustředí na takové zatajovaných informací či pocitů, které jsou vědomé.

4.1.4 Jak rozpoznat, že klient není zcela upřímný

Jaké má terapeut nástroje k tomu rozpoznat, že klient podává falešnou výpověď a nebo, že něco skrývá? Existují určité varovné znaky, které mohou napomoci terapeutovi rozpoznat, že k němu klient není zcela upřímný:

- Klient poskytuje takové informace ze své historie, které nezapadají do současného porozumění jeho problémům nebo jsou problémy a symptomy nekonzistentní (Pankratz, 1998).
- Klienti chtějí dosáhnout takových terapeutických cílů, které „jsou v rozporu s tím, co by mnozí považovali za zdravý výsledek“ (Newman a. Strauss, 2003, s.243). Pro příklad autoři uvádí klienta, který přichází do terapie kvůli úzkosti ze zkoušek a nechce na tomto problému pracovat, ale žádá potvrzení o tom, že nemůže danou zkoušku vykonat.
- Za zbystření stojí zhoršení symptomů klienta ve chvíli, kdy je na ně upoutána pozornost a naopak jejich vymizení, když se chybně domnívají, že se nikdo nedívá (Newman a. Strauss, 2003).
- Klient odmítá poskytnout detaily svého předchozího léčení a zároveň nedovoluje terapeutovi s předchozími lékaři či terapeuty komunikovat (Newman a. Strauss, 2003).
- Jedním ze znamení klamu mohou být pocity terapeuta ohledně průběhu procesu nebo terapeutického vztahu. Terapeuti se mohou cítit odmítnuti, bezmocní, frustrovaní, rozčilení nebo dokonce mohou cítit strach během přítomnosti klienta (Newman a. Strauss, 2003).
- Klient odmítá terapeutovy hypotézy ohledně svého ‚nečekaného chování‘ dokud nepřijde s tou, která se mu v daný moment hodí (Newman a. Strauss, 2003).
- Terapeut se snaží získat od klienta více informací, aby mu mohl lépe porozumět, ale klient tuto snahu nevnímá pozitivně a snaží se jí vyhnout.
- Klient nechce prozkoumávat svá osobní témata, raději zůstává u toho, co již bylo řečeno a nadále ustrnule zůstává u opakování jednoho a téhož stále dokola a na terapeutovo doptávání reaguje podrážděně.
- Klient téměř nikdy neodpovídá na terapeutovy dotazy přímo, uhýbá od tématu nebo zůstává u rutinního opakování jedné odpovědi či komentáře.
- Terapeut může cítit nejistotu či váhat nad tím, zda mluvit otevřeně a pociťuje možný rozpad terapeutického vztahu, pokud se pokusí verbalizovat, to co cítí nebo pozoruje (Newman a. Strauss, 2003).

Newman a Straussová (2003) doporučují pro ujištění se o konzistenci klientových výpovědí využít více zdrojů dat. Navrhují použití osobnostních inventářů, jako je MMPI2 nebo PAI (Personality assesment inventory), které poskytnou možnost porovnání písemného a verbálního projevu a zároveň mohou napovědět něco o vyhýbavosti či klamání klienta. Dále je vhodné mít od klienta podepsané svolení k získávání jeho klinických záznamů od jiných odborníků. A jak bylo zmíněno již výše, je varující, pokud dotyčný není ochoten toto svolení poskytnout. Důležitým zdrojem informací je dále bezesporu klientova rodina. V případě, že klient odmítá setkání terapeuta s jakýmkoli členem rodiny, je možné, že je to další varovný příznak strachu z odhalení.

4.1.5 Jak se vypořádat se lží klienta

Newman a Straussová (2003, s.247) uvádějí několik doporučení k tomu, jak „zlepšit úroveň autenticity terapeutického počínání“ [vlastní překlad autorky této práce]:

- Přiznejte, že se nacházíte ve slepé uličce. Přiznání toho, že je terapeut ztracený, že neví kudy kam, že neví co říct, může napomoci klientovi udělat to samé.
- Požádejte klienta o to, aby nahlas zopakoval cíle terapie. Dotyčný si připomene, že společné setkávání má jasný a stanovený účel, kterého dosahuje společnou prací s terapeutem, a zároveň jeho zodpovědnost za to, jakým směrem se terapie ubírá. Terapeut pak může na zrekapitulovaných cílech ukázat momenty jednání a činů klienta, které k nim byly kontraproduktivní. V případě, že se klient proti poznámkám ohrazuje, je možné ho upozornit na to, že „argumentují proti dosahování svých vlastních cílů“ (Newman a. Strauss, 2003, s. 248) [vlastní překlad autorky této práce]. Tyto momenty napomáhají klientovi opravit některá svá stanoviska bez toho, aniž by se cítili být kontrolováni
- Dejte klientovi možnost, aby si mohl najít cestu ven ze své lži a zachoval si zároveň svou tvář. Klienti si nemusí být svými falešnými výroky pokaždé jisti, a mohou mít strach z toho, že budou vypadat trapně nebo jako hlupáci, pokud

svou výpověď změni. Terapeut může povzbudit k doplnění hluchých míst, zeptat se jestli si na něco nevzpomněl a nebo třeba poznamenat: „Tuším, že je toho spousta, co jste se rozhodl/a se mnou nesdílet a také rozumím tomu, že proto můžete dobrý důvod“ (Newman a. Strauss, 2003, s. 248) [vlastní překlad autorky této práce].

- Buďte ochotni pracovat na znovunabytí důvěry. Není nezbytné, aby si terapeut pokládal otázku, zda-li má či nemá klientovi důvěřovat. Je-li důvěra ztracena, může být kdykoli zase obnovena, jelikož „stejně jako je klientova důvěryhodnost pomíjivá a/nebo závislá na situaci, mělo by terapeutovo hodnocení zůstat otevřené a přizpůsobivé“ (Newman a. Strauss, 2003, s. 249) [vlastní překlad autorky této práce].
- Vypracujte si vhodný neohrožující způsob, jak klientovi říct, že si myslíte, že k vám není zcela upřímný (Newman a. Strauss, 2003, s. 249) [vlastní překlad autorky této práce]:
 - „Věci, které mi říkáte dávají většinou naprostý smysl, vaše komunikace směrem ke mně byla vždy jasná. Teď je to jinak a to mě mate. To, co mi právě říkáte, mi nedává smysl, nerozumím tomu.“
 - „Zajímalo by mě, co právě teď stojí v cestě upřímné komunikaci mezi námi dvěma.“
 - „Chtěl/a bych Vás o něco poprosit. Pokud je zde něco, co byste mi raději neřekl/a, dejte mi o tom vědět a já to budu respektovat. Je to lepší než abyste mi vykládal/a věci, které si myslíte, že chci slyšet, protože to mě může uvést na špatnou cestu a nebudu Vám být natolik nápomocný/á.“
- Buďte věrni terapeutické agendě. Pokud terapeut povede terapii ve směru dosažení následujících cílů, které jsou odvozené od existenciálního přístupu, je „méně pravděpodobné, že klientova skrytá agenda terapii nadměrně zasáhne (Newman a. Strauss, 2003, s. 250) [vlastní překlad autorky této práce]:
 - Posílení schopnosti vyrovnat se se stresory a minimalizování vyhýbavého chování a agrese.
 - Zdůraznění klientovy zodpovědnosti za jeho vlastní symptomy a jejich řešení.
 - Podněcování self-efficacy oproti pocitům bezmocnosti a viktimizace.

- Rozšiřování sebe-uvědomění společně se schopností náhledu a korekce vlastního jednání.
 - Posílení vnímání svobodného rozhodování a zároveň schopnost rozpoznat jak takové jednání ovlivňuje je i ostatní.
 - Zdůraznění toho, že klient musí změnit sám sebe, spíše než se snažit o změnu druhých a okolí.
- Nastavte laťku pro ty klienty, kteří se svými lžemi zveličují. Zde je řeč o těch klientech, kteří se třeba již po třech setkáních snaží z terapie odejít s tím, že už je jim lépe, naučili se, co bylo nutné a pomoc už nepotřebují. Autoři dávají za příklad ty, kteří mají terapii nařízenou od svých zaměstnavatelů. Ti jejichž přehánění pramení čistě z jejich náтуры a pocitu, že vše zvládnou, ocení zvýšené standardy než, které jsou od terapie běžně očekávány. Ti, kteří si chtějí průběh pouze ulehčit a terapii, co nejdříve ukončit, budou reagovat spíše podrážděně a odmítavě.
 - Konzultujte se zkušenějším kolegou nebo s odborníkem, který o klienta již v minulosti pečoval.

Jak se může, po shrnutí výzkumů pátrajících po četnosti a důvodech klamu v psychoterapii, zdát, není lež něčím výjimečným. Se lží a klamoucím klientem se pravděpodobně terapeut setkává dnes a denně a přesto je to něčím, co se dotýká jádra terapeutického vztahu. Pokud autenticita a důvěrnost vztahu odolává náporům našich každodenních lží, může odolávat i patologickému klamu mytomana? Domnívám se, že může, pokud budeme schopni a ochotni se takové chování naučit rozpoznávat a citlivě reflektovat.

4.2 Mytomanie a její léčba

Jestliže je téma mytomanie mezi odborníky opomíjené, pak jeho léčba skýtá o to více otázek. Léčba mytomanie může být v mnoha ohledech problematická a proto, aby mohla být efektivně léčena, je nutný další systematický výzkum ohledně abnormalit v CNS, ale také její ustanovení jako diagnostické entity (Dike, 2008).

Přestože neexistují žádné systematické studie zkoumající efektivitu psychoterapie, farmakoterapie či jiné způsoby intervence, je účinnost léčby spatřována

především formou psychoterapie (Gogineni a. Newmark, 2014; Dike, 2008; Hoschl, 2013).

V léčbě je nutné dosáhnout náhledu na samotnou existenci a problematickou povahu lhaní daného jedince, se kterým by měl být klient seznámen „nekonfrontačním způsobem s ohledem na zachování terapeutického vztahu“ [vlastní překlad autorky této práce] (Korenis et al., 2015, s. 20). Psychoterapie by měla nabízet bezpečné a akceptující prostředí, které dovolí jedinci vyjadřovat své fantazie bez obav. Ze zkušenosti Gogeniho a Newmarka (2014) napomohlo právě toto nesoudící a empatické prostředí redukovat klientovu potřebu vykládat další smyšlené příběhy a vedlo ke zlepšení nálady, afektivity a přijetí fabulací jako jakýchsi snů.

Prvním, a vůbec nejtěžším krokem, je navázání terapeutického vztahu a samotné přijetí léčby ze strany klienta (Korenis et al., 2015). Cunnien (1988) předpokládá, že pacienti s poruchami osobnosti, jež nejsou dostatečně motivovaní, nemají z psychoterapie žádné užitky. Stejně tak nepříznivě vnímá prognózu pro pacienty, kteří klamou.

Psychoterapii, jako naopak nejefektivnější způsob léčby mytomanie, shledávají autoři Gogineni a Newmark (2014). Psychoterapeut by měl podle nich vstoupit do vyfabulovaného svět mytomana a akceptovat jej, dříve než začne pracovat na klientově identitě a sebevědomí. V léčbě mytomanie kladou důraz i na psycho edukaci postiženého i jeho rodiny o bio-psycho-sociálních aspektech této poruchy a o případných komorbiditách. Ideální psychoterapií, je podle autorů, KBT, jejíž techniky „zahrnující identifikaci situace a myšlenek, které předcházejí spřádání fantastických příběhů, mohou pacientům pomoci navázat spojení mezi událostmi, jež mohou způsobit narcistickou újmu a následným vývojem negativního, zkresleného a fixovaného kognitivního vnímání“ [vlastní překlad autorky této práce] (Gogineni a. Newmark, 2014, s.453). Tyto, v kognici hluboko zakořeněné negativní myšlenky, mohou být manifestací nízkého sebevědomí a jejich změnou může dojít i ke změně chování.

Hoyer (1959) naopak navrhuje, aby se zájem terapeuta soustředil především na samotného klienta a jeho výmysly byly spíš ignorovány. Tímto způsobem terapeut prokazuje přijetí klienta, proto jaký sám je, a že není nutné, aby svou hodnotu získával pomocí fabulací o sobě samém.

Jiní autoři (Ford, King a Hollender, 1988) vnímají interpretace klamů mytomanů během psychotherapeutického procesu jako cestu k pochopení jejich vnitřního prožívání. Healy a Healyová (1915) vyzdvihují důležitost okamžité reflexe právě pronesené lži a dosažení uvědomění toho, jakým způsobem tyto lži ovlivňují jejich okolí a jak na ně okolí nahlíží. Co se týká práce s klamem v psychoterapii, můžeme se dočíst o takzvané *zpětné terapie*, spočívající v tom, že se posledních deset minut terapie věnuje reflexi toho, co dotyčný během sezení fabuloval. Terapeut klientovi předá tužku a papír a požádá ho, aby sepsal všechny nepřesné nebo nepravdivé informace, které mu během terapie předal. Další možnosti, jak klienta se lží konfrontovat, spočívá v nahrávání audia či videa (Tomková, 2012).

Pro mladší osoby, trpící mytomanii, může být vhodnou léčbou rodinná psychoterapie. Rodinný systém může obsahovat něco skutečného, co jde jen velice těžko vyjádřit a může se stát, že je nahrazeno něčím vybájeným (Anglada et al., 2014).

Pro úspěšnou léčbu je nutné vyřadit užívání jakýchkoli návykových látek a zajistit stabilní vztahy a sociální podporu (Korenis et al., 2015). Někteří autoři (Dike, 2008; Adetunji et al., 2006) zvažují užívání psychofarmak na snížení impulsivity nebo kompulsivity, která nutí jedince lhát. Zvažována jsou antidepresiva třetí generace (SSRI) nebo antikonvulsiva. Gogineni a Newmark (2014) vnímají psychofarmaka jako účinná, spíše při léčbě komorbidit mytomanie, než jejich symptomů.

ZÁVĚR A DISKUZE

Všichni hrajeme divadlo. Používáme masky, hrajeme různé postavy a děláme tak dojem na druhé. Takto označil Goffman (1999) naše jednání při sociálních interakcích. Někteří z nás možná hrají divadlo před sebou samými. Děti dnes vyrůstají ve světě, který nejenže je často neautentický, ale lež a podvod se stávají rutinními záležitostmi a mohou tak být vnímány jako nástroj k získání úspěchu, obdivu či moci. V dnešním světě, kdy je klam na denním pořádku veřejných osobností, ale i samotných médií, se můžeme jen domnívat, jak se s pravdou, lží či klamem nakládá v samotných rodinách. Dallozová (2002, s.8) je přesvědčena, že „cesta k pravdě vede přes lež, ovšem za podmínky, že lež je součástí procesu učení pravdě“ a děti často nedokáží odlišit své vlastní představy od reality. Dnešní svět obrazovek, plných mocichtivých lží politiků, ošidných ideálů a plastických operací, může vést k neuspokojivému vnímání vlastního života a potřebě jej změnit, právě třeba lží. V současnosti, kdy je s pravdou a lží zacházeno ve veřejném prostoru, jako s něčím, na čem tak docela nezáleží, se nejen mytoman snadno skryje. Většinou se našimi lžemi snažíme něco před druhým skrýt, odebrat cosi z nepříznivé reality, mytoman oproti tomu, vykresluje novou skutečnost, přidává nepříznivé realitě to potřebné. Možná že dnešní, postpravdivý svět, nejenomže dokáže nejednoho mytomana skrýt, ale možná je i svým způsobem vytváří.

Přestože bylo patologické lhaní poprvé popsáno před více než sty lety, stále zůstává těžko uchopitelným konceptem bez definice a odborného konsensu. Patologie klamu mytomana spočívá v jeho maladaptivním charakteru, který se projevuje nejen ve způsobu, jakým daný člověk naplňuje své potřeby, ale především v převaze negativního dopadu jejich činů nad benefity, které jim přináší. Obyčejně člověk přijímá fakt, že k tomu, aby získal obdiv nebo uznání od druhých, je zapotřebí nejen času a péle, ale i opravdových činů. Mytoman oproti tomu nabývá přesvědčení, že může tento proces zkrátit a vrhnout se přímo na samotné činy, které neuskuteční doopravdy, ale pouze ve své mysli. Ve chvíli, kdy je klam odhalen, nastává pravý opak toho, co jím chtěl dotyčný získat. Tito lidé jsou pronásledováni nedůvěrou a někdy je čeká až opovržení a odstrčení. Trpí tak jejich reputace, přicházejí o své blízké, partnery a často střídají jedno zaměstnání za druhým. Tyto chvíle pak dotyčný zažívá ve svém

životě zas a znova a ani přes neefektivitu této strategie od ní neupouští, což by mohlo nasvědčovat buďto deficitu exekutivních funkcí nebo sebedestruktivním tendencím a obé je neslučitelné s běžným fungováním.

Relativní bezúčelnost lži a neustálé opakování této strategie, navzdory negativním důsledkům, jakou je především špatná pověst dotyčného a nedůvěra okolí a tím pádem narušení interpersonálních vztahů, podporuje tezi o neschopnosti mytomanů své chování kontrolovat (Dike 2008). Fabulace mohou fungovat jako kompenzace traumat z minulosti (Healy a. Healy, 1915; Wiersma, 1933; Ford, King a. Hollender, 1988, Van Atta, 2005) nebo napomáhat úniku z nepříznivé reality. Dotyční při nich pravděpodobně zažívají pocity viny a studu, stejně jako zažívá při lhaní kdokoli jiný a to, že svým lžím uvěří, může napomoci potlačit toto nepříjemné prožívání.

Mytomanie je specifickou a komplikovanou formou klamu, která pravděpodobně kvůli své vzácné povaze, stále nenalezla místo mezi psychiatrickými poruchami. Na jednu stranu se může zdát zbytečné vytvářet další psychiatrickou nálepku, a tím možná stigmatizovat její nositele, na druhou stranu se tomuto jevu dostává stále častější pozornosti ze strany veřejnosti, především médií, která tento jev často užívají neuvážlivě a ono stigma si vyvíjí i bez psychiatrické škatulky.

Stanovení mytomanie či patologického lhaní jako samostatně stojící poruchy není podle mého cílem, ale pouze nutným krokem k pomoci lidem, kteří touto poruchou trpí. Myslím si, že skrze další výzkumy a ustanovení definice, vede cesta k diskuzi o možnostech léčby mytomanie.

Z vlastní zkušenosti mohu říct, že důležitost tohoto tématu, jeho spletnost a nejednoznačnost, bývá často znevažována i odborníky. Prvotním cílem této práce bylo použití kvalitativního výzkumu doktorky Treanorové (2012), kterým byly polostrukturované rozhovory s klinickými psychology a psychiatry, a napomoci tak této oblasti se dále rozvíjet a přispět tuzemskými daty. Chtěla jsem zjistit, jakým způsobem o tomto fenoménu přemýšlí naši odborníci v oblasti duševního zdraví a zároveň tak přispět k výzkumu této problematiky a upevnění prozatímních kritérií, které autorka stanovila. Zamýšlená výzkumná část nebyla realizována kvůli faktu, že nebyli respondenti, kteří by byli ochotni, či vůbec z hlediska svých zkušeností schopni,

o mytomanii hovořit. Po opakovaných neúspěších, kdy jsem oslovila desítky psychologů, psychoterapeutů a psychiatrů, jsem začala zvažovat práci založenou na jedné či více kazuistikách mytomanů. Během metodologických konzultací, jsem ale narazila na řadu problémů, které by činily potenciální výzkum nevalidním nebo přinejmenším problematickým. Jako primární důvod, proč jsem se k tomuto výzkumu neuchýlila byl fakt, že bych manipulovala s diagnostickými kritérii, která nejsou považována za definitivní, a mohla bych tak přispět spíše ke zmatku, kterým je toto téma opředené. Největším kamenem úrazu by ale bylo právě samotné lhaní. Ve chvíli, kdy bych získala někoho, kdo s touto poruchou žije a je ochoten to přiznat, by veškeré jeho odpovědi, byly z podstaty věci informacemi získanými od lháře, tedy potenciálně lživé. Tento fakt by činil samotný výzkum velice obtížným. Nejenže je samotné získání probanda na svou stranu obtížné, je zároveň nutné mít jeho výpověď ověřenou u třetí osoby, nejlépe pak od rodiny, přátel či zaměstnavatele. Z tohoto hlediska se jeví jako výhodné soustředit výzkum do klinických podmínek. Tedy sledovat charakteristiky těchto jedinců, a tohoto chování, při jejich hospitalizaci. Práci jsem se rozhodla, i přes počáteční neúspěchy, napsat a pokusit se připravit půdu pro budoucí výzkumníky v tomto tématu.

Psychiatři, psychologové a psychoterapeuti, kteří se ve své praxi setkají (nejen) s mytomanem, by měli kromě důkladného klinického zhodnocení, získávat informace o dotyčném i od jeho rodiny, přátel a příbuzných. Pokud odborník přijde do styku s klamem, měl by své hodnocení zaměřit na schopnost pacienta své lhaní kontrolovat, funkci tohoto chování, tedy má-li z ní nějaký užitek, a na jeho vhléd či povědomí o svém lhaní. Přestože v současnosti neexistuje žádná testová metoda, zkoumající mytomanii, může psychologické testování objasnit komorbiditu jiných psychiatrických poruch.

Mohlo by být zajímavé, kdybychom se do budoucna pokusili podívat na potenciální spojitost mytomanie a nových náboženských hnutí, respektive charismatických vůdců a jejich domnělých velkolepých činů a sebezveličujících myšlenek. Tyto činy a myšlenky jsou často až slepě přebírány jejich vyznavači a možná, že by se zde dalo hovořit o davové pseudologii.

Výzkumy a případové studie by se měly do budoucna zaměřit nejen na vymezení mytomanie jako takové, jejích klinických ukazatelů a odlišení od jiných poruch a symptomů, ale i na to, jak se s dotyčným pracovalo, a jakou měla úspěšnost léčba. Vedle psychoterapie a konkrétních metod v ní užitých, by se měl výzkum zaměřit i na účinnost farmakoterapie. Do budoucna by také stálo za to prozkoumat texty pojednávající o mytomanii, které jsou dostupné pouze v původních jazycích, především němčině nebo japonštině.

Literatura vztahující se k tomuto tématu se pomalu rozšiřuje, přesto je zde stále ještě dlouhá cesta k tomu, abychom se na mytomanii mohli dívat nejenom jako na stav nebo jako na syndrom mající jasně vymezená kritéria, ale především jako na poruchu, které rozumíme a jsme jejím nositelům schopni a ochotni pomoci.

Seznam použitých zdrojů

Literatura

AKIMOTO, HARUO. The Aum Cult leader Asahara's mental deviation and its social relations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2006, **60**(1), 3-8. DOI: 10.1111/j.1440-1819.2006.01454.x. ISSN 1323-1316.

ANGLADA, E., S. GOFFINET a. B. GHYSSEL. Mythomanie et thérapie familiale : étude de cas d'un adolescent mythomane. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2014, **62**(6), 367-372. DOI: 10.1016/j.neurenf.2014.02.003. ISSN 02229617.

BANDURA, Albert. Self-deception: A paradox revisited. *Behavioral and Brain Sciences*. 2011, **34**(01), 16-17. DOI: 10.1017/S0140525X10002499. ISSN 0140-525x.

BEN THABET, et al. Approche psychodynamique et médico-légale de la mythomanie constitutionnelle : à propos d'une observation. *L'Encéphale*. 2012, **38**(6), 504-511. DOI: 10.1016/j.encep.2012.01.005. ISSN 00137006.

BIRCH, Cheryl D., Brad R. C. KELLN a. Emmanuel P. B. AQUINO. A review and case report of pseudologia fantastica. *Journal of Forensic Psychiatry a. Psychology*. 2006, **17**(2), 299-320. DOI: 10.1080/14789940500485128. ISSN 1478-9949.

BINDER, Laurence M. a. Manfred F. GREIFFENSTEIN. Deceptive Examinees Who Committed Suicide: Report of Two Cases. *The Clinical Neuropsychologist*. 2012, **26**(1), 116-128. DOI: 10.1080/13854046.2011.633563. ISSN 1385-4046.

BLANCHARD, Matt a. Barry A. FARBER. Lying in psychotherapy: Why and what clients don't tell their therapist about therapy and their relationship. *Counselling Psychology Quarterly*. 2015, **29**(1), 90-112. DOI: 10.1080/09515070.2015.1085365. ISSN 0951-5070.

BROOKS, Matthew L. a William B. SWANN. Is social interaction based on guile or honesty? *Behavioral and Brain Sciences*. 2011, **34**(01), 17-18. DOI: 10.1017/S0140525X10002621. ISSN 0140-525x.

CLECKLEY, Hervey. *The mask of sanity: an attempt to clarify some issues about the so-called psychopathic personality*. 5th ed. Augusta (Georgia): E.S. Cleckley, 1988. ISBN 0962151904.

DAG, I. The relationships among paranormal beliefs, locus of control and psychopathology in a Turkish college sample. *Personality and Individual Differences*. 1999, **26**(4), 723-737. DOI: 10.1016/S0191-8869(98)00184-6. ISSN 01918869.

DALLOZ, Danielle. *Lhaní*. Praha: Portál, 2002. Průvodce výchovou v rodině. ISBN 80-7178-594-6.

DEMATTEO, David a. John F. EDENS. The role and relevance of the Psychopathy Checklist-Revised in court: A case law survey of U.S. courts (1991-2004). *Psychology, Public Policy, and Law*. 2006, **12**(2), 214-241. DOI: 10.1037/1076-8971.12.2.214. ISSN 1939-1528.

DEPAULO, Bella M. a Kathy L. BELL. Truth and investment: Lies are told to those who care. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1996, **71**(4), 703-716. DOI: 10.1037/0022-3514.71.4.703. ISSN 1939-1315.

DePAULO, Bella M., et al. Lying in everyday life. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1996, **70**(5), 979-995. DOI: 10.1037/0022-3514.70.5.979. ISSN 1939-1315.

DePAULO, Bella M., et al. Cues to deception. *Psychological Bulletin*. 2003, **129**(1), 74-118. DOI: 10.1037/0033-2909.129.1.74. ISSN 0033-2909.

DePAULO, Bella M., Matthew E. ANSFIELD a. Susan E. KIRKENDOL. Serious Lies. *Basic and Applied Social Psychology*. 2004, **26**(2), 147-167. DOI: 10.1207/s15324834basp2602a.3_4.

DUNNING, David. Get thee to a laboratory. *Behavioral and Brain Sciences*. 2011, **34**(01), 18-19. DOI: 10.1017/S0140525X10002530. ISSN 0140-525x.

EKMAN, Paul. *Telling lies: clues to deceit in the marketplace, politics, and marriage*. New York: W.W. Norton, 1992. ISBN 0-393-30872-3.

EKMAN, Paul. Deception, Lying and Demeanor. In: *States of mind: American and post-Soviet perspectives on contemporary issues in psychology*. New York: Oxford University Press, ©1997, s. 93-105. ISBN 0195103505.

EKMAN, Paul. Darwin, Deception, and Facial Expression. In: EKMAN, P., J. J. CAMPOS, R. J. DAVIDSON a. F. B. M. DE WAAL. *Emotions inside out: 130 years after Darwin's: The expression of the emotions in man and animals*. New York: New York Academy of Sciences, 2003, s. 205-221. DOI: 10.1196/annals.1280.010.

ERAT, Sanjiv a. Uri GNEEZY. White Lies. *Management Science*. 2012, **58**(4), 723-733. DOI: 10.1287/mnsc.1110.1449. ISSN 0025-1909.

FARBER, Barry A. a. Alice E. SOHN. Patterns of self-disclosure in psychotherapy and marriage. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2007, **44**(2), 226-231. DOI: 10.1037/0033-3204.44.2.226. ISSN 1939-1536.

FARBER, Barry A. *Self-disclosure in psychotherapy*. New York: Guilford Press, ©2006. ISBN 9781593853235.

FARBER, Barry A., Kathryn C. BERANO a. Joseph A. CAPOBIANCO. Clients' Perceptions of the Process and Consequences of Self-Disclosure in Psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*. 2004, **51**(3), 340-346. DOI: 10.1037/0022-0167.51.3.340. ISSN 1939-2168.

FORD, Charles V. *Lies!, lies!!, lies!!!: the psychology of deceit*. Washington, DC: American Psychiatric Press, c1996. ISBN 978-0-88048-739-9.

FORD, C.V., B. H. KING a. M. H. HOLLENDER. Lies and liars: Psychiatric aspects of prevarication. *American Journal of Psychiatry*. 1988, **145**(5), 554-562. DOI: 10.1176/ajp.145.5.554

FOTOPOULOU, Aikaterini, Martin A. CONWAY a. Mark SOLMS. Confabulation: Motivated reality monitoring. *Neuropsychologia*. 2007, **45**(10), 2180-2190. DOI: 10.1016/j.neuropsychologia.2007.03.003. ISSN 00283932.

GEDIMAN, Helen K. a. Janice S. LIEBERMAN. *The many faces of deceit: omissions, lies, and disguise in psychotherapy*. North Vale, N.J.: J. Aronson, 1996. ISBN 978-1568215921.

GOFFMAN, Erving. *Všichni hrajeme divadlo: sebe prezentace v každodenním životě*. Praha: Nakladatelství Studia Ypsilon, 1999. ISBN 80-902482-4-1.

GOGINENI, Rama Rao a. Thomas NEWMARK. Pseudologia Fantastica: A Fascinating Case Report. *Psychiatric Annals*. 2014, **44**(10), 451-454. DOI: 10.3928/00485713-20141003-02. ISSN 0048-5713.

GRUBIN, Don. Commentary: Getting at the Truth about Pathological Lying. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*. 2005, **33**(3), 350-353. ISSN 1093-6793.

GUY, Laura S. a. Kevin S. DOUGLAS. Examining the utility of the PCL: SV as a screening measure using competing factor models of psychopathy. *Psychological Assessment*. 2006, **18**(2), 225-230. DOI: 10.1037/1040-3590.18.2.225. ISSN 1939-134x.

HANSEN, James T. Counseling Without Truth: Toward a Neopragmatic Foundation for Counseling Practice. *Journal of Counseling a. Development*. 2007, **85**(4), 423-430. DOI: 10.1002/j.1556-6678.2007.tb00610.x. ISSN 07489633.

HARTER, Susan. *The construction of the self: a developmental perspective*. New York: Guilford Press, c1999. ISBN 978-1572304321.

HARTL, Pavel. *Psychologický slovník*. Praha: J. Budka, 1993. ISBN 80-901549-0-5.

HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-569-1.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 807178303x.

HILL, Clara E., Barbara J. THOMPSON, Mary C. COGAR a. Daniel W. DENMAN. Beneath the surface of long-term therapy: Therapist and client report of their own and each other's covert processes. *Journal of Counseling Psychology*. 1993, **40**(3), 278-287. DOI: 10.1037/0022-0167.40.3.278. ISSN 0022-0167.

HOYER, Thomas V. Pseudologia fantastica. *The Psychiatric Quarterly*. 1959, **33**(2), 203-220. DOI: 10.1007/BF01575451. ISSN 0033-2720.

HYMAN, Ira E., Troy H. HUSBAND a. F. James BILLINGS. False memories of childhood experiences. *Applied Cognitive Psychology*. 1995, **9**(3), 181-197. DOI: 10.1002/acp.2350090302. ISSN 08884080.

JAMES, William. Pragmatism's Conception of Truth. *The Journal of Philosophy, Psychology and Scientific Methods*. 1907, **4**(6), 141-155. DOI: 10.2307/2012189.

KELLY, Anita E. Clients' secret keeping in outpatient therapy. *Journal of Counseling Psychology*. 1998, **45**(1), 50-57. DOI: 10.1037/0022-0167.45.1.50. ISSN 0022-0167.

KELLY, Anita. A self-presentational view of psychotherapy: Reply to Hill, Gelso and Mohr (2000) and to Arkin and Hermann (2000). *Psychological Bulletin*. 2000, **126**(4), 505-511. DOI: 10.1037/0033-2909.126.4.505. ISSN 0033-2909.

KING, B. H. a. C. V. FORD. Pseudologia fantastica. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1988, **77**(1), 1-6. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1988.tb05068.x. ISSN 0001-690x.

KORENIS, Panagiota, et al. Pseudologia fantastica: Forensic and clinical treatment implications. *Comprehensive Psychiatry*. 2015, **56**, 17-20. DOI: 10.1016/j.comppsy.2014.09.009. ISSN 0010440x.

KOTTLER, Jeffrey A. a. Jon. CARLSON. *Duped: lies and deception in psychotherapy*. New York: Routledge/Taylor a. Francis Group, 2011. ISBN 978-0415876247.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché. ISBN 978-80-247-1284-0.

LOFTUS, Elizabeth F. The reality of repressed memories. *American Psychologist*. 1993, **48**(5), 518-537. DOI: 10.1037/0003-066X.48.5.518. ISSN 0003-066x.

MAZZONI, Giuliana, Alan SCOBORIA a. Lucy HARVEY. Nonbelieved Memories. *Psychological Science*. 2010, **21**(9), 1334-1340. DOI: 10.1177/0956797610379865. ISSN 0956-7976.

MITCHELL, Derek G. V., Rebecca A. RICHELL, Alan LEONARD a. R. James R. BLAIR. Emotion at the expense of cognition: Psychopathic individuals outperform controls on an operant response task. *Journal of Abnormal Psychology*. 2006, **115**(3), 559-566. DOI: 10.1037/0021-843X.115.3.559. ISSN 1939-1846.

MODELL, J. G., J.M. MOUNTZ a. C. V. FORD. Pathological lying associated with thalamic dysfunction demonstrated by [99mTc]HMPAO SPECT. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 1992, **4**(4), 442-446. DOI: 10.1176/jnp.4.4.442. ISSN 0895-0172.

MOULDING, Richard a. Michael KYRIOS. Anxiety disorders and control related beliefs: the exemplar of Obsessive–Compulsive Disorder (OCD). *Clinical Psychology Review*. 2006, **26**(5), 573-583. DOI: 10.1016/j.cpr.2006.01.009. ISSN 02727358.

MUZINIC, Lana, Dragica KOZARIC-KOVACIC a. Igor MARINIC. Psychiatric aspects of normal and pathological lying. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2016, **46**, 88-93. DOI: 10.1016/j.ijlp.2016.02.036. ISSN 01602527.

MYNAŘÍKOVÁ, Lenka. *Psychologie lži*. Praha: Grada, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5472-7.

NEUMANN, Craig S., David S. KOSSON, Adelle E. FORTH a. Robert D. HARE. Factor structure of the Hare Psychopathy Checklist: Youth Version (PCL. *Psychological Assessment*. 2006, **18**(2), 142-154. DOI: 10.1037/1040-3590.18.2.142. ISSN 1939-134x.

NEWMAN, Cory F. a. Jennifer L. STRAUSS. When Clients Are Untruthful: Implications for the Therapeutic Alliance, Case Conceptualization, and Intervention. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2003, **17**(3), 241-252. DOI: 10.1891/jcop.17.3.241.52534. ISSN 08898391.

NEWMAN, Matthew L., James W. PENNEBAKER, Diane S. BERRY a. Jane M. RICHARDS. Lying Words: Predicting Deception from Linguistic Styles. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2003, **29**(5), 665-675. DOI: 10.1177/0146167203029005010. ISSN 0146-1672.

PANKRATZ, Loren. *Patients who deceive: assessment and management of risk in providing health care and financial benefits*. Springfield, Ill., U.S.A.: C.C. Thomas, c1998. ISBN 978-0398068677.

PERZYŃSKI, Adam, et al. Chickpea, Mr. Zdzisław and brain tumor, the story that never happened. *Current problems of psychiatry* [online]. ©2015, **16**(4), 222-228 [cit. 2017-04-09]. ISSN 2081-3910.

PLHÁKOVÁ, Alena. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia, 2004. ISBN 978-80-200-1499-3.

POLETTI, Michele, Paolo BORELLI a. Ubaldo BONUCCELLI. The neuropsychological correlates of pathological lying: evidence from behavioral variant frontotemporal dementia. *Journal of Neurology*. 2011, **258**(11), 2009-2013. DOI: 10.1007/s00415-011-6058-1. ISSN 0340-5354.

POPE, Kenneth S. a. Barbara G. TABACHNICK. Therapists as patients: A national survey of psychologists' experiences, problems, and beliefs. *Professional Psychology: Research and Practice*. 1994, **25**(3), 247-258. DOI: 10.1037/0735-7028.25.3.247. ISSN 1939-1323.

POWELL, Graham E., Gisli H. GUDJONSSON a. Paul MULLEN. Application of the guilty-knowledge technique in a case of pseudologia fantastica. *Personality and Individual Differences*. 1983, **4**(2), 141-146. DOI: 10.1016/0191-8869(83)90013-2. ISSN 01918869.

PRAŠKO, Ján a. Dagmar SEIFERTOVÁ. Předstírané poruchy a simulace. *Medicína pro praxi*. 2008, **5**(3), 128-132. ISSN 1803-5310.

RAHN, Ewald. *Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi*. Praha: Grada, 2000. Psyché (Grada). ISBN 8071699640.

REGAN, Anne M. a. Clara E. HILL. Investigation of what clients and counselors do not say in brief therapy. *Journal of Counseling Psychology*. 1992, **39**(2), 168-174. DOI: 10.1037/0022-0167.39.2.168. ISSN 0022-0167.

SADOCK, Benjamin J. a. Virginia A. SADOCK. *Kaplan a. Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams a. Wilkins, c2000. ISBN 0683301284.

SETO, Michael C., Natasha A. KHATTAR, Martin L. LALUMIÈRE a. Vernon L. QUINSEY. Deception and sexual strategy in psychopathy. *Personality and Individual Differences*. 1997, **22**(3), 301-307. DOI: 10.1016/S0191-8869(96)00212-7. ISSN 01918869.

SLOAN, Apryl E. a. Jeffrey H. KAHN. Client Self-Disclosure as a Predictor of Short-Term Outcome in Brief Psychotherapy. *Journal of College Student Psychotherapy*. 2005, **19**(3), 25-39. DOI: 10.1300/J035v19n03_04. ISSN 8756-8225.

SNYDER, S. Pseudologia fantastica in the borderline patient. *American Journal of Psychiatry*. 1986, **143**(10), 1287-1289. DOI: 10.1176/ajp.143.10.1287. ISSN 0002-953x.

SPENCE, Sean A. Prefrontal white matter – the tissue of lies? *The British Journal of Psychiatry*. 2005, **187**(4), 326-327. DOI: 10.1192/bjp.187.4.326.

STILES, William B. Disclosure as a speech act: Is it psychotherapeutic to disclose? *Emotion, disclosure, a. health*. Washington: American Psychological Association, 1995, s. 71. DOI: 10.1037/10182-004. ISBN 1-55798-308-9.

STONES, M. J. A study of a pathological liar. *Social Behavior and Personality: an international journal*. 1976, **4**(2), 219-224. DOI: 10.2224/sbp.1976.4.2.219. ISSN 03012212.

TURNER, Mark A. Factitious Disorders: Reformulating the DSM–IV Criteria. *Psychosomatics*. 2006, **47**(1), 23-32. DOI: 10.1176/appi.psy.47.1.23. ISSN 00333182.

THOM, Robyn, Polina TESLYAR a. Rohn FRIEDMAN. Pseudologia Fantastica in the Emergency Department: A Case Report and Review of the Literature. *Case Reports in Psychiatry*. 2017, **2017**, 1-5. DOI: 10.1155/2017/8961256. ISSN 2090-682x.

VAN ATTA, Ralph E. The pseudologia fantastica defense in combat-determined post-traumatic stress disorder: a study of the nature of this defense and how to differentiate it from malingering. In: *The Forensic Examiner*. American College of Forensic Examiners, 2005. ISSN 1084-5569.

VON HIPPEL, William a Robert TRIVERS. The evolution and psychology of self-deception. *Behavioral and Brain Sciences*. 2011, **34**(01), 1-16. DOI: 10.1017/S0140525X10001354. ISSN 0140-525x.

VRIJ, ALDERT, GUN R. SEMIN a. RAY BULL. Insight Into Behavior Displayed During Deception. *Human Communication Research*. 1996, **22**(4), 544-562. DOI: 10.1111/j.1468-2958.1996.tb00378.x. ISSN 0360-3989.

VRIJ, Aldert, Lucy AKEHURST, Stavroula SOUKARA a. Ray BULL. Detecting Deceit Via Analyses of Verbal and Nonverbal Behavior in Children and Adults. *Human Communication Research*. 2004, **30**(1), 8-41. DOI: 10.1111/j.1468-2958.2004.tb00723.x. ISSN 0360-3989.

VRIJ, Aldert. *Detecting lies and deceit: pitfalls and opportunities*. 2. ed. Chichester: Wiley, 2008. ISBN 9780470516249.

VOKURKA, Martin, Jan HUGO a Jiří PRESL. *Praktický slovník medicíny*. Třetí rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, 1995. ISBN 80-85800-27-6.

VYBÍRAL, Zbyněk. *Lži, polopravdy a pravda v lidské komunikaci*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-429-8.

WIERSMA, D. On pathological lying. *Journal of Personality*. 1933, **2**(1), 48-61. DOI: 10.1111/j.1467-6494.1933.tb02081.x. ISSN 0022-3506.

WISEMAN, Richard a. Caroline WATT. Measuring superstitious belief: why lucky charms matter. *Personality and Individual Differences*. 2004, **37**(8), 1533-1541. DOI: 10.1016/j.paid.2004.02.009. ISSN 01918869.

WOLFRADT, Uwe. Dissociative experiences, trait anxiety and paranormal beliefs. *Personality and Individual Differences*. 1997, **23**(1), 15-19. DOI: 10.1016/S0191-8869(97)00043-3. ISSN 01918869.

WRIGHT, A., Hugh RICKARDS a. Andrea Eugenio CAVANNA. Impulse-Control Disorders in Gilles de la Tourette Syndrome. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 2012, **24**(1), 16-27. DOI: 10.1176/appi.neuropsych.10010013. ISSN 0895-0172.

YANG, Yaling, et al. Prefrontal white matter in pathological liars. *British Journal of Psychiatry*. 2005, **187**(10), 320-325. DOI: 10.1192/bjp.bp.106.025056.

YANG, Yaling, et al. Localisation of increased prefrontal white matter in pathological liars. *The British Journal of Psychiatry*. 2007, **190**(2), 174-175. DOI: 10.1192/bjp.bp.106.025056. ISSN 0007-1250.

YORULMAZ, Orçun, Mujgan INOZU a. Bedirhan GÜLTEPE. The role of magical thinking in Obsessive-Compulsive Disorder symptoms and cognitions in an analogue sample. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2011, **42**(2), 198-203. DOI: 10.1016/j.jbtep.2010.11.007. ISSN 00057916.

Internetové prameny

ADETUNJI, B., B. BASIL, K. BUDUR a. O. OLADINNI. Pathological lying: Comment on Commentary: getting at the truth about pathological lying and Pathological lying revisited. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the*

Law [online]. ©2006, **34**(1), 131-132 [cit. 2017-03-18]. Dostupné z: <http://jaapl.org/content/34/1/131.2>

BOAKES, Janet. False memory syndrome. *The Lancet* [online]. ©1995, **346**(8982), 1048–1049 [cit. 2017-04-25]. Dostupné z: <http://search.proquest.com/openview/62bea8b10848874ab6d979a7a2f35868/1?pq-origsite=gscholar&cbl=40246>

DIKE, Charles C., Madelon BARANOSKI a. Ezra E. H. GRIFFITH. Pathological Lying Revisited. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* [online]. ©2005, **33**(3), 342-349 [cit. 2016-01-31]. Dostupné z: <http://www.jaapl.org/content/33/3/342.full.pdf+html>

DIKE, Charles C. Pathological Lying: Symptom or Disease? *Psychiatric Times* [online]. ©2008, **25**(7), 67-73 [cit. 2017-03-18]. Dostupné z: <http://www.psychiatrictimes.com/articles/pathological-lying-symptom-or-disease>

DIMITRAKOPOULOS, S., E. SAKADAKI a. D. PLOUMPIDIS. Pseudologia fantastica à deux: review and case study. *Psychiatriki* [online]. ©2014, **25**(3), 192-199. [cit. 2017-04-09]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25367663>

GROHOL, John M. Why Would You Lie to Your Therapist? *Psych Central* [online]. ©2008a, poslední revize 6.2.2008 [cit. 2017-03-25]. Dostupné z: <https://psychcentral.com/blog/archives/2008/01/09/why-would-you-lie-to-your-therapist/>

GROHOL, John M. 10 Common Reasons to Lie to Your Therapist. *Psych Central* [online]. ©2008b, poslední revize 6.2.2008 [cit. 2017-03-25]. Dostupné z: <https://psychcentral.com/blog/archives/2008/02/06/10-common-reasons-to-lie-to-your-therapist/>

HAUSMAN, Ken. Does Pathological Lying Warrant Inclusion in DSM? *Psychiatric news* [online]. ©2003 [cit. 2017-04-09]. Dostupné z: <http://psychnews.psychiatryonline.org/doi/10.1176/pn.38.1.0024>

HEALY, William a. MARY TENNEY HEALY. *Pathological lying, accusation, and swindling a study in forensic psychology* [online]. Boston: Little, Brown, and Company, ©1915, , 1-129 [cit. 2017-03-18]. Dostupné z: <http://pinkmonkey.com/dl/library1/digi362.pdf>

HONZÁK, Radkin. Baron Prášil v lékařské péči: Münchhausenův syndrom může působit úsměvně. Dokud nejsou ve hře děti. *Psychologie.cz* [online]. Mindlab, ©2010, 29.9. [cit. 2017-03-15]. Dostupné z: <https://psychologie.cz/baron-prasil-lekarske-peci/>

HÖSCHL, C. Bájevá lhavost. Cyril Höschl [online]. ©2013, 19.12. poslední revize 3.3.2017 [cit.2017-03-03]. Dostupné z:<http://www.hoschl.cz/?text=4877a.lang=cz>

HÖSCHL, C. Očima Cyrila Höschla. Cyril Höschl [online]. ©2003, 31.7. poslední revize 3.3.2017 [cit.2017-03-03]. Dostupné z: <http://www.hoschl.cz/?text=2360a>.

JANDA, J., NESRSTOVÁ, M. a VONDRÁK, K. Münchhausenův syndrom a Münchhausen by proxy syndrome. *Zdravotnictví medicína*. Příloha: Lékařské listy [online]. ©2003, poslední revize 3.1.2003 [cit.2017-08-03]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/munchhausenuv-syndrom-a-munchhausen-by-proxy-syndrome-150852>

KOHOUTEK, Rudolf. Pojem: pseudologia phantastica [online]. ©[2016]. [cit.2017-08-03]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/pseudologia-phantastica>

ŠNAJDR, Michal. Pseudologia phantastica, bájná (bájevá) lhavost – příznaky, projevy, symptomy. *Priznaky-projevy.cz* [online]. ©2012, poslední revize 15.9.2012 [cit. 2017-03-17]. Dostupné z: <http://www.priznaky-projevy.cz/psychiatrie-sexuologie/pseudologia-phantastica-bajna-bajiva-lhavost-priznaky-projevy-symptomy>

TOMKOVÁ, Eva. Žiju s patologickým lhářem. *Portál* [online]. ©2012 [cit. 2017-04-14]. Dostupné z: <http://www.portal.cz/casopisy/pd/ukazky/-ziju-s-patologickym-lhareem/48863/>

Dysmnézie. *Velký lékařský slovník online* [online]. ©2017, [cit.2017-09-03]. Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/dysmnezie>

Dizertační práce

MARTIN, Leslie E. *Lying in Psychotherapy: Results of an Exploratory Study*. Auburn (Alabama), 2006. Dizertační práce. Auburn University. Graduate Faculty.

TREANOR, Katie Elizabeth. *Defining, understanding and diagnosing pathological lying (pseudologia fantastica): an empirical and theoretical investigation into what constitutes pathological lying*. Wollongong, 2012. Dizertační práce. University of Wollongong. School of psychology.

Jiné zdroje

Diagnostic and Statistical Manual and Mental Disorders –DMS5. 2013. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Assitiation. ISBN 978-089042-554-1.

HARE, Robert D. 2003. *Manual for the Revised Psychopathy Checklist*. 2nd ed. Toronto (Canada): Multi-Health Systems.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN10. *Úzis.cz* [online]. ©2017 [cit. 2017-8-3]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/czumkn/index.html>

Seznam obrázků

Obrázek 1 - Počet záznamů na danou frázi při vyhledávání v databázi Google v Anglickém jazyce ke dni 10.4. 2017.....	19
Obrázek 2 - Počet záznamů na danou frázi při vyhledávání v databázi Google v Českém jazyce ke dni 10.4. 2017	19
Obrázek 3 - Závěry analýzy případových studií a literatury na téma mytomanie/ patologické lhaní/pseudologia fantastica do roku 2012, podle Treanorové (2012, s.96).....	32
Obrázek 4 - Závěry analýzy případových studií a literatury na téma mytomanie/ patologické lhaní/pseudologia fantastica do roku 2012, podle Treanorové (2012, s.117).....	35

Seznam tabulek

Tabulka 1 - Navrhovaná diagnostická kritéria pro poruchu patologického lhaní (Treanor, 2012, s.218-220)	39
---	----

Bibliografické údaje

Jméno a příjmení autorky: Bc. Aneta Plýhalová

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: Psychologie

Název práce: Mytomanie (pseudologia fantastica): definování a porozumění fenoménu

Počet stran (bez příloh): 87

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů české literatury a pramenů: 11

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 82

Počet internetových odkazů: 19

Vedoucí práce: Mgr. Eva Dubovská

Rok dokončení práce: 2017

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

Jméno a příjmení studenta/-tky: **Bc. Aneta Plýhalová**

Obor studia: Psychologie

Název práce: Mytomanie (pseudologia fantastica): definování a porozumění fenoménu

Vedoucí/oponent práce: Mgr. Ing. Eva Dubovská

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 87

Počet stránek příloh: 0

Počet titulů v seznamu literatury: 93

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

Výběr tématu

Závažnost tématu

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

Oborová přílehlavost tématu

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

Originalita tématu a jeho zpracování

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

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

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

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

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

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

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

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

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

Využití výzkumných empirických metod

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

Využití praktických zkušeností

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

Obsahová kritéria a přínos práce

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

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

Naplnění cílů práce

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

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

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

Návaznost kapitol a subkapitol

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

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

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

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

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

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Vysvětlíte důvody, proč nemohla být provedena výzkumná část práce.

Co pro Vás bylo při psaní teoretické práce nejtěžší?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Práce se zabývá fenoménem patologického lhaní, jeho výskytem, možnou definicí, diferenciální diagnostikou a také problematikou lhaní v psychoterapii. Práce je čisto teoretická a pracuje s extenzivním množstvím odborných pramenů.

Autorka si vybrala nelehké téma, a to z několika důvodů - koncept mytologia fantastica je teoretický, v praxi ne příliš užívaný pojem, co bylo i příčinou nezdaru při prvotním pokusu o provedení sběru dat do výzkumné části - rozhovorů s klinickými psychology a terapeuty. Na základě této skutečnosti se autorka rozhodla pro teoretickou práci. První kapitola se věnuje fenoménu lhaní obecně, v druhé a třetí kapitole autorka rozbírá současné poznatky o patologickém lhaní a v poslední kapitole se věnuje otázce lhaní z pohledu psychoterapie. Autorce nelze upřít velkou snahu o popsání konceptu patologického lhaní ze všech možných perspektiv (pokrytí i nejnovější a také domácí literatury), i tak ale ve druhé a třetí kapitole práce je znát určitý vliv dizertace Treanor (2012), i když tento vliv byl oproti předchozím verzím práce autorkou opakovaně revidován (a eliminován). Je to však pochopitelné, jelikož se u Treanor jedná o jedinou dostupnou obsáhlejší práci na tohle téma.

Celkově se jedná o vyváženou teoretickou práci, která informuje o zajímavém, doposud v našich podmínkách nepříliš popsaném fenoménu.

Silné stránky:

- kultivovaný styl, dobrá stylistika
- velký objem zahraniční literatury
- samostatný a houževnatý přístup autorky
- fenomén mytologia fantastica doposud v ČR nepopsán

Slabé stránky:

- je znát inspirace dizertací Treanor (2012) v kapitole 2 a 3

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

Navrhovaná klasifikace: VÝBORNÝ až VELMI DOBRÝ, dle obhajoby

Datum, podpis: 13.9.2017



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

Jméno a příjmení studentky: Bc. Aneta Plýhalová

Obor studia: psychologie

Název práce:

Vedoucí / oponent práce: Mgr. Eva Dubovska / Mgr. Ondřej Bezdíček, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 87.

Počet stránek příloh: 0.

Počet titulů v seznamu literatury: 93.

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

Výběr tématu

Závažnost tématu

		2		
--	--	---	--	--

Oborová přiléhavost tématu

		2		
--	--	---	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

			3	
--	--	--	---	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

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

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

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

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	2			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

			3	
--	--	--	---	--

Využití výzkumných empirických metod

			3	
--	--	--	---	--

Využití praktických zkušeností

			3	
--	--	--	---	--

Obsahová kritéria a přínos práce

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

0				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

		2		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

			3	
--	--	--	---	--

Návaznost kapitol a subkapitol

			3	
--	--	--	---	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

			3	
--	--	--	---	--

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

			3	
--	--	--	---	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

1. Mohla by diplomantka uvést důvody pro nepřítomnost jakéhokoliv empirického podkladu pro hodnocení mytomanie? Proč v DP nerealizovala skupinové průřezové šetření, a dokonce ani kazuistické šetření?
2. Jestliže předkládaná práce nemá žádný datový soubor, nelze vytvořit ani hypotézy ohledně testování charakteristik těchto dat. Jaký je poté praktický přínos takové práce pro rozvoj znalostí o mytomanii?
3. Jaký je klinický přínos takové práce?

Klady: teoretická práce o mytomanii, která přehledovým způsobem informuje o souvislostech s různými diagnostickými jednotkami a snaží se klasifikovat jednotlivé projevy mytomanie.

Nedostatky: práce bez empirické datové báze.

– práce bez testování hypotéz

– práce bez klinického materiálu. Mytomanie je v klinice častěji než jako samostatný syndrom pozorovatelná jako symptom různých neuropsychiatrických onemocnění, nepřítomnost klinického materiálu aspoň na základě kazuistiky významně snižuje využitelnost předkládané DP v klinické praxi.

– autorka si plete útvary v rámci DP: Diskuse není útvar, kde by se mělo spekulovat o tom, co je lhaní (k tomu slouží teoretická část), např. její relativizace pojmu mytomanie (s. 69): „V současnosti, kdy je s pravdou a lží zacházeno ve veřejném prostoru, jako s něčím, na čem tak docela nezáleží, se nejjeden mytoman snadno skryje.“ Autorka si neuvědomuje, že mytomanie se klasifikuje u verbálního projevu osob, které zkreslují pozitivně prokazatelná fakta, např. kdy se narodili, co ve svém životě udělali (fakta, která lze spolehlivě prokázat z externích zdrojů). V žádném případě mytomanie není klasifikovatelná jako fenomén, kdy politik v médiích zkresluje informace např. jako strategii ve volební kampani. Protože tyto informace nejsou často prokazatelné pozitivně (neexistuje o nich evidence), anebo jsou pouze formou názoru, nikoliv zkreslení fakt (např. povolit umělé oplodnění či nikoliv).

– autorka významně překročila rámeček DP tím, že ve většině práce analyzuje, co je lež. Lež není pouze součástí symptomu mytomanie, protože psychicky normální lidé občas lžou, ale nejedná se o mytomanii. Podobně distinkce o lhaní v psychoterapii. Autorka si neuvědomuje, že terapeut velmi často nemá jak posoudit, zda pacient lže. Dále nelze rozlišit ve většině případů, zda je to produkt vnímání reality pacientem, anebo lhaní. Ve většině případů nelze prokázat, že pacient lže (nemluvě o průkazu míry uvědomění o tom, že lže či záměrnosti toho, co říká). Např. sestavení metodiky k průkazu toho, že pacient lže, by mohlo být předmětem DP (nikoliv pouze teoretický přehled).

– autorka si také plete co je předmětem DP, když píše: „Z vlastní zkušenosti mohu říct, že důležitost tohoto tématu, jeho spletitost a nejednoznačnost, bývá často znevažována i odborníky. Prvotním cílem této práce bylo použití kvalitativního výzkumu doktorky Treanorové (2012), kterým byly polostrukturované rozhovory s klinickými psychology a psychiatry, a napomoci tak této oblasti se dále rozvíjet a přispět tuzemskými daty. Chtěla jsem zjistit, jakým způsobem o tomto fenoménu přemýšlí naši odborníci v oblasti duševního zdraví a zároveň tak přispět k výzkumu této problematiky a upevnění prozatímních kritérií, které autorka stanovila.“ Faktem ale zůstává, že autorka nerealizovala žádný kvalitativní výzkum dle Treanorové na české populaci, což mělo být předmětem této DP.

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky): Závěrem lze říci, že se jedná pouze o přehledovou práci, která pro nepřítomnost empirického materiálu zabředla do diskursu o lhaní, aby rozšířila scope práce, místo aby autorka provedla např. kazuistické šetření na pacientovi s mytomanii dle MKN-10, F68.1 a porovnala nálezy s teoretickou koncepcí mytomanie vyloženou v úvodu DP.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/nedoporučuji*

Navrhovaná klasifikace: velmi dobře.

Datum, podpis: V Praze dne 05. 09. 2017, Ondřej Bezdíček

