

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

JEDINCI S HRANIČNÍ PORUCHOU OSOBNOSTI V INDIVIDUÁLNÍ PSYCHOTERAPII

PEOPLE WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER
IN INDIVIDUAL PSYCHOTHERAPY



Bakalářská diplomová práce

Autor: **David Richter**

Vedoucí práce: **Mgr. Zuzana Vaculčíková Sedláčková, Ph.D.**

Olomouc

2019

Chtěl bych poděkovat vedoucí práce Mgr. Zuzaně Vaculčíkové Sedláčkové, Ph.D. za odborné rady, čas a trpělivost při konzultacích. Rovněž bych chtěl poděkovat všem respondentkám za jejich ochotu se zapojit do výzkumu. Dále psychoterapeutovi, který byl otevřený výzkumu a dokázal „jít se svou kůží na trh“. V neposlední řadě bych chtěl poděkovat své manželce Tereze za velikou podporu, pomoc a lásku.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Jedinci s hraniční poruchou osobnosti v individuální psychoterapii“ vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
OBSAH		3
ÚVOD		5
TEORETICKÁ ČÁST		6
1	Úvod teoretické části	7
2	Osobnost a poruchy osobnosti.....	8
3	Hraniční porucha osobnosti	10
3.1	Kategoriální diagnostika hraniční poruchy osobnosti	11
3.2	Dimenzionální diagnostika hraniční poruchy osobnosti	16
4	Léčba hraniční poruchy osobnosti.....	18
5	Individuální psychoterapie Hraniční poruchy osobnosti	20
5.1	Očekávání a cíle psychoterapie	20
5.2	Psychoterapeutický vztah	22
VÝZKUMNÁ ČÁST		23
6	Výzkumný problém, cíle výzkumu a výzkumná otázka	24
7	Metodologický rámec výzkumu	25
7.1	Typ výzkumu.....	25
7.2	Metody získávání respondentů a tvorby dat	26
7.3	Metody zpracování a analýzy dat	27
7.4	Etické problémy a způsob jejich řešení	29
8	výzkumný soubor	31
9	Výsledky	34
9.1	Jednotlivé případy	34
9.1.1	Anna	34
9.1.2	Beata.....	36
9.1.3	Cecílie.....	38
9.1.4	Daniela.....	39
9.1.5	Eva.....	41
9.1.6	Fiala	42
9.1.7	Gabriela	43
9.2	Souhrnná analýza.....	45
9.2.1	Psychoterapie jako prostředek stabilizace	45
9.2.2	Psychoterapie jako prostředek sebezpoznání a sebereflexe	46
9.2.3	Konfrontace jako klíčový moment psychoterapie.....	46
9.2.4	Suplování rolí a léčba terapeutickým vztahem.....	47

9.2.5	Osobní přístup psychoterapeuta	48
9.2.6	Muž jako psychoterapeut.....	48
9.2.7	Téma rodiny	49
9.2.8	Vztahovačné myšlenky.....	49
9.2.9	Strach z opuštění	50
9.2.10	Vnitřní rozpory	50
9.2.11	Identifikace s diagnózou.....	51
10	Diskuze	53
10.1	Výsledky v kontextu současného poznání.....	53
10.2	Limity a rizika výzkumu	56
11	Závěry.....	58
12	Souhrn	59
LITERATURA.....		62
PŘÍLOHY		68

ÚVOD

Bakalářská práce *Jedinci s hraniční poruchou osobnosti v individuální psychoterapii* si klade za cíl nahlédnout na psychoterapii skrze jedince s hraniční poruchou osobnosti, porozumět jejich zkušenostem a komparovat je s dostupnou literaturou a dosavadními poznatky. Práce je členěna na dva celky „Teoretickou část“, která vytvoří podklad pro druhou polovinu práce – „Výzkumnou část“, která na tyto shromážděné informace naváže a umístí je do kontextu perspektivy klientů s hraniční poruchou osobnosti.

V souvislosti s oblastí poruch osobnosti panuje na půdě akademické, praktické i laické, dynamická diskuse pramenící z kontroverzních otázek spolehlivosti diagnostiky, časté stigmatizace, neúspěšnosti léčby a obecnými možnostmi spolupráce s takovými klienty. Z této problematické oblasti vyčnívá hraniční porucha osobnosti. Napříč psychologii, psychiatrií i sociální prací se setkávám s četnými a velmi silnými zkušenostmi odborníků s touto diagnózou, jejíž nositele považují za náročné, nespolupracující nebo i neléčitelné. Nadto se jedná o poruchu, jež je těžce diagnostikovatelná a určitelná, což je ovšem specifickým problémem pro poruchy osobnosti obecně.

Míra náročnosti práce s klienty s hraniční poruchou osobnosti je obecně chápána jako obtížná. S přibývajícím výskytem těchto jedinců, a tudíž i s nárůstem zkušeností a odborníků, se tato problematika dostává do hledáčku mnoha výzkumů snažící se nastíněnou polemiku obohatit a psychoterapeuty lépe připravit a informovat o specifičnosti této práce. Jedním z přístupů je snaha sdílet jednotlivé zkušenosti psychoterapeutů a porozumět jim. Pro kompletní nahlédnutí do psychoterapeutického procesu je však nutné dívat se na psychoterapii, jako na vztah dvou lidí – psychoterapeuta a klienta. Pohled psychoterapeutů je v literatuře kvalitně zpracováván, avšak perspektivě klienta se studie věnují méně.

V předkládané práci se tudíž chci zaměřit na subjektivní zkušenost jedinců s diagnostikovanou emočně nestabilní poruchou osobnosti (dále jen ENPO) či hraniční poruchou osobnosti (dále jen HPO) s psychoterapeutickou léčbou. S přihlédnutím k četnosti užívání termínu se v práci přidržuji označení hraniční porucha osobnosti, jehož používání je výrazně ukotveno také v tuzemské odborné literatuře, navzdory používané diagnostické klasifikaci.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ÚVOD TEORETICKÉ ČÁSTI

Teoretická část práce nejdříve přiblíží téma poruch osobnosti a hraniční poruchy osobnosti, přičemž skrze diagnostická kritéria vymezí hlavní specifika poruchy a cílovou skupinu klientů. Kapitola nastíní rovněž možnosti léčby HPO soustředěné na individuální psychoterapii jedinců s HPO, její obecné zásady i její specifika.

Hraniční porucha osobnosti, je fenomén hojně zkoumaný a v literatuře reflektovaný. Pokud opomineme zahraniční texty, je tato oblast dlouhodobě reflektována a zkoumána osobností Jána Praška, jež se podílel rovněž na nejnovější publikaci věnující se tématu HPO „*Hraniční porucha osobnosti a její léčba*“ (Grambal, Praško, & Kasalová, 2017), která ve velké míře koresponduje s tématem této práce. Cílem teoretické části tedy není kompilativně „přepisovat“ opakující se základní informace, ale připravit teoretické pozadí pro praktickou výzkumnou část práce. Kapitoly se tudíž orientují na problematiku HPO a teoretická východiska je záměrně představováno již s přihlédnutím k perspektivě specifík HPO. Teoretický i praktický přístup odborníků k uvedené klientele a vzhled do samotné diagnózy vytváří kontext a potřebné nástroje k uchopení subjektivního pohledu a zkušeností respondentů v analytické části práce, jejíž výsledky tak bude možné usouvztažňovat k teoretické obecnější rovině.

2 OSOBNOST A PORUCHY OSOBNOSTI

Zastřešujícím pojmem zvoleného okruhu diagnostické skupiny poruch osobnosti je *osobnost*. Již samotný termín *osobnost* je značně komplikovaný, neboť se k němu váže enormní množství definic, jež doposud nejsou shrnuty do jednotného a jednoznačného uspokojivého pojetí. Cakirpaloglu (2013, 7) se pokusil s jejich nesourodostí vypořádat pomocí identifikace společných elementů v definicích. Ty povětšinou obsahují celistvost nebo vazbu „*charakteru, temperamentu, schopností a také konstitučních vlastností člověka*“. Z definic taktéž vyextrahoval společné položky, do nichž spadá důraz na uspořádání psychiky, její jedinečnost a nezávislost či stabilita v sociální oblasti a sám výčet doplnil o „*uvědomění si vlastní totožnost a sociální zkušenosti...*“.

Zjednodušené pojetí osobnosti vychází z počátků aplikace pojmu, kdy psychologie ustoupila od striktního behaviorismu a do základního paradigmatu mezi stimul reagující na jedince a jedincovu výslednou reakci vnořila intervenující proměnnou, později nazvanou osobnost. Čili osobnost jako exogenní „*celek dispozic k psychickým reakcím, který způsobuje. Že v téže situaci reagují různí lidé různě právě proto, že ji subjektivně (vnitřně) různě zpracovávají a že tyto reakce vykazují určitou jednotu citění, myšlení, vnímání, představ a snah*“ (Nakonečný, 2009, 9).

Jak již ze samotného označení *poruchy osobnosti* explicitně vyvstává, je pro stanovení diagnózy určující identifikace jisté abnormality a odlišnosti v charakteru a temperamentu jedince (Praško, 2015). Psychologie tedy nahlíží na poruchy osobnosti obdobně jako na osobnost samotnou: hluboce zakořeněné až pervazivní vzorce chování (WHO, 2006). Komplikovanou, avšak zásadní otázkou je určení typů a intenzity projevů, které již lze považovat za významnou odchylku od normy. V souvislosti s touto problematikou proti sobě stojí dvě pojetí poruch osobnosti – kategoriální a dimenzionální hledisko.

Kategoriální klasifikace předpokládá, že poruchy osobnosti „*reprezentují kvalitativně odlišné klinické syndromy*“ (Smolík, 2002, 353). Alternativou k tomuto pojetí je dimenzionální model, který hranici mezi maladaptivními variantami rysů a „normální osobností“ vnímá vágněji, kvůli jejich vzájemnému prolínání a neurčitému procházení

(APA, 2015). V dosavadní diagnostice převládá klasifikace kategoriální, avšak DSM-5 (APA, 2015) obsahuje návrh dimenzionálního modelu.

Pro stanovení diagnózy poruchy osobnosti, je třeba zjistit, zda jsou vzorce chování a prožívání skutečně „*neflexibilní, maladaptivní a přetrvávající*“ (APA, 2015, 680). Vymezení abnormality determinuje znalost aktuální kulturně podmíněné normy. Klient je tudíž porovnáván se skutečnostmi jak „*průměrný člověk v dané kultuře vnímá, myslí, cítí a zvláště utváří vztahy k druhým*“ (WHO, 2006, 161). V případě poruch osobnosti je proto stěžejní diagnostika diferenciální, která pracuje s možnými chybami a pojmenovává případné alternativní poruchy či onemocnění. I v případě, že je jedinec nositelem některých znaků poruchy osobnosti, nemusí tyto znaky poukazovat na samotnou poruchu. Je třeba odlišit poruchu osobnosti od akcentovaných osobnostních rysů nebo od epizod jiných duševních poruch. Zvláště důležitá je diferenciací poruch osobnosti od poruch psychotické, úzkostné a depresivní, postraumatické stresové poruchy, od poruch užívání látek a od změny osobnosti způsobené jiným somatickým onemocněním (APA, 2015).

Diagnostiku poruchy osobnosti dále komplikuje skutečnost, že se mnohdy nevyskytuje samotně, jelikož je v této oblasti častá komorbidita s jinými poruchami a onemocněními (Praško, 2015). Nutné je rovněž oddělit (specifické) poruchy osobnosti od změny osobnosti. Poruchy osobnosti jsou totiž chápány jako „*vývojové stavy, které se objevují v dětství nebo dospívání a pokračují do dospělosti*“ (WHO, 2006, 161). Oproti tomu změny osobnosti nastávají většinou v dospělosti „*jako následek těžkých nebo dlouho trvajících stresů, extrémního prostředí deprivace, vážných psychiatrických poruch nebo onemocnění či poškození mozku*“ (WHO, 2006, 161).

K teoretickému ohraničení i diagnostice sledované problematiky poruch osobnosti je tedy nejen třeba porozumět tomu, co porucha osobnosti je, nýbrž velmi důležité je vymezení negativní, což z poruch osobnosti činí jednou z nejhůře teoreticky i prakticky uchopitelných oblastí. Z tohoto důvodu kapitola skrze definici osobnosti stručně představuje vymezení poruch osobnosti, kategoriální a dimenzionální hledisko, doplněné o krátce představenou diferenciální diagnostiku a skutečnost komorbidit s dalšími diagnózami. Jedním z důvodů, proč se poruchami osobnosti zabývat je i častá subjektivní tíseň, kterou tito jedinci prožívají, a která může být impulzem k vyhledání odborné pomoci (Praško, 2015).

3 HRANIČNÍ PORUCHA OSOBNOSTI

HPO je komplexní duševní porucha, která je charakterizována nestabilitou v mezilidských vztazích, identitě a behaviorální dysregulací (APA, 2015). Před samotným vymezením HPO skrze diagnostická kritéria je třeba tuto poruchu představit také z hlediska prevalence a etiopatogeneze, čímž se lépe objasní pozice HPO ve společnosti. DSM-5 (APA, 2015) uvádí prevalenci diagnózy v populaci 1,6–5,9 %. V ambulantní péči jsou jedinci s HPO zastoupeni zhruba 12 %, a v případě lůžkové péče tvoří dokonce celých 22 % z hospitalizovaných psychiatrických pacientů (Ellison, Rosenstein, Morgan, & Zimmerman, 2018). Z uvedených čísel vyplývá, že se jedná o nezanedbatelnou a častou diagnózu, avšak prezentované výsledky mohou být zkreslené, například i samotným výběrem diagnostických nástrojů. *„Přestože to, že se jedná o nejčastější poruchu osobnosti, se kterou přicházejí psychiatři do styku, je shoda na této diagnóze jedna z nejmenších“* (Grambal, Praško, & Kasalová, 2017, 22). V posledních letech jedinců s HPO přibývá, což může významně ovlivňovat vývoj diagnostiky či mnohé další faktory (Grambal, Praško, & Kasalová, 2017).

DSM-5 (APA, 2015) dále uvádí, že zhruba ze 75 % HPO diagnostikujeme u žen. Linan a Widiger poukazují, že ženy vykazují vyšší negativní afektivitu, než muži, což je v souladu s poměrem prevalence diagnózy mezi pohlavími (in Grambal, Praško, & Kasalová, 2017). Ani tento údaj však nemusí mít spolehlivou výpovědní hodnotu v souvislosti s prevalencí HPO v populaci. Odpůrci poukazují na obecnou skutečnost, že ženy vyhledávají psychiatrickou či psychologickou pomoc častěji (in Holthausen, & Habel, 2018), tudíž je jich zákonitě diagnostikováno více. Některé výzkumy zkoumající výskyt HPO u běžné populace dokonce shledávají, že podíl diagnózy u mužů i žen je vyrovnaný (např. Saha, Ruan, Pulay, Grant a kol, 2008). Diskuze věnované problematice symptomatických odlišností mezi pohlavími opakovaně ústí v teze, že existuje jen málo pohlavím podmíněných rozdílů (Sansone, & Wiederman, 2014). Této problematice může pomoci porozumět zejména navrhované přehodnocení poruch osobnosti skrze dimenzionální model (Holthausen, & Habel, 2018).

Nezanedbatelným tématem v oblasti HPO jsou komorbidní obtíže, které pro mnoho pacientů bývají důvodem pro vyhledání odborné pomoci (Grambal, Praško, & Kasalová, 2017). Vedle HPO často koexistuje *„depresivní nebo bipolární porucha, návykové poruchy,*

poruchy příjmu potravy, posttraumatická stresová porucha, obsedantně-kompulzivní porucha, přechodná psychotická porucha, somatoformní porucha a porucha pozornosti“ (Grambal, Praško, & Kasalová, 2017, 56). Zároveň může být HPO zaměňována s jinými poruchami osobnosti a mnohdy nastává také situace, kdy je jedinci diagnostikováno více poruch osobnosti najednou (APA, 2015).

Dalším ze specifíků HPO je otázka vzniku poruchy, která je doposud neznámá. Praško (2015) přisuzují vznik poruchy multifaktoriální příčinnosti, která v sobě obsahuje biologické i environmentální vlivy. Do biologických faktorů, spadá genetika, přičemž oproti běžné populaci je pravděpodobnost výskytu HPO „*přibližně pětkrát vyšší u biologicky příbuzných prvního stupně*“ (APA, 2015, 699). Význam je přikládán rovněž vlivu organického poškození, například encefalitidě, perinatálnímu poranění mozku a jiným poraněním hlavy (Praško, 2015). Ke vzniku HPO pravděpodobně přispívají také zkušenosti z raného dětství, sexuální či jiné týrání dítěte, odmítání nebo opuštění ze strany rodičů či naopak hyperprotektivita (Praško 2015).

První příznaky samotné poruchy se však většinou objevují až v pozdním dětství nebo adolescenci, z čehož rovněž vyplývá doporučení nediaagnostikovat HPO před 16. nebo 17. rokem (WHO, 2006). Pokud se tedy symptomy u jedince ještě před dospělostí objeví, je podmínkou k diagnostice jejich přetrvání až do dospělosti. Stejně jako u poruch osobnosti obecně, předpokládáme neměnnost symptomů v čase také u HPO. Z této premisy posléze vyplývá rozšířená skepse k možné léčbě HPO, jež začíná být v posledních letech vyvracena argumentací některých odborníků. Jejich výzkumy zastávají tvrzení, že HPO nemusí být tolik chronická, jak se předpokládalo a své teze empiricky dokládají (Saha, Ruan, Pulay, a kol. 2008). Například Sansone a Wiederman (2014) poukazují na skutečnost, že s postupujícím věkem respondenti prokazují méně příznaků HPO v menší míře. Jasná a dogmatická tvrzení o HPO nelze s jistotou prezentovat. Vždy záleží na zvolené metodologii a diagnostických nástrojích, které se stále vyvíjejí. Problematika HPO je nadto předmětem polemik a diskusí, jejichž výsledné teze se mnohdy navzájem vyvracejí.

3.1 Kategoriální diagnostika hraniční poruchy osobnosti

Stěžejní světové diagnostické manuály DSM-5 (APA, 2015) a MKN-10 (WHO, 2006) operují s vlastními způsoby diagnostiky i označování vybrané poruchy osobnosti. V tabulce číslo 1 jsou vedle sebe postavena kritéria MKN-10 (WHO, 2006) pro emočně

nestabilní poruchu osobnosti, dále se dělí na impulzivní a hraniční typ, a k nim jsou dle podobnosti dosazena kritéria pro hraniční poruchu osobnosti z DSM-5 (APA, 2015). I když je pro naše podmínky stěžejní klasifikace MKN-10, mnozí odborníci raději užívají termín HPO, jak je zřejmé také z tuzemské oborové literatury (např. „*Hraniční porucha osobnosti a její léčba*“ (Grambal, Praško, & Kasalová, 2017). Ačkoli je dle převodníku DSM-5 (APA, 2015) diagnóza HPO v MKN-10 řazena pod emočně nestabilní poruchu osobnosti, bližší porovnání odkrývá mírné odlišnosti obou systémů. Lai, Leung a kol. (2012) si byli těchto rozdílů vědomi a iniciovali výzkum, kde jednotlivé klasifikační systémy porovnali¹ a podpořili názor, že lze tyto diagnózy i diagnostiky vnímat analogicky.

MKN – 10	DSM – 5
Emočně nestabilní porucha osobnosti	Hraniční porucha osobnosti
A. Impulzivní typ	
1. Zřetelná tendence jednat neočekávaně a bez uvážení následků	4. Impulzivita nejméně ve dvou oblastech, které v sobě nesou riziko sebepoškození (např. utrácení peněz, sex, abúzus látek, bezohledné řízení motorových vozidel, záchvaty přejídání) (Poznámka: nezařazujte sem suicidální a sebepoškozující chování popsané v kritériu 5).
2. Evidentní tendence k nesnášenlivému chování a ke konfliktům s ostatními, především když je impulzivní konání někým přerušeno nebo kritizováno.	
3. Sklon k výbuchům hněvu či zuřivosti s neschopností kontrolovat následné explozivní chování.	8. Nepřiměřený, intenzivní vztek či potíže s ovládáním vzteku (např. častá náladovost, trvalá zlost, opakované fyzické konflikty).

¹ Výzkum se opíral o kritéria předchozí klasifikace DSM-4-TR, která se však ve věci diagnostických kritérií HPO od DSM-5 neodlišuje.

4. Obtíže se setrváním u jakékoliv činnosti, která nenabízí okamžitý zisk.	
5. Nestálá a nevypočitatelná nálada.	6. Afektivní nestabilita v důsledku výrazné reaktivity nálady (např. intenzivní epizodická dysforie, iritabilita či úzkost, která obvykle trvá několik hodin, vzácně pak déle než několik dnů).
B. Hraniční typ	
1. Narušená a nejistá představa o sobě samém, cílech a vnitřních preferencích, včetně sexuálních.	3. Porucha identity: výrazně a trvale nestabilní sebeobraz a vnímání sebe sama.
2. Sklon k zaplétání se do intenzivních a nestálých vztahů, které často vedou k emočním krizím.	2. Vzorec nestabilních a intenzivních interpersonálních vztahů charakterizovaných kolísáním mezi extrémní idealizací a devalvací.
3. Přehnaná snaha vyhnout se odmítnutí.	1. Horlivá snaha jedince vyhnout se skutečnému nebo domnělému opuštění (poznámka: nezařazujte sem suicidální a sebepoškozující chování uvedené v kritériu 5).
4. Opakovaná nebezpečí nebo realizace sebepoškození.	5. Opakující se suicidální jednání, gesta a pohružky nebo sebepoškozující chování.
5. Chronické pocity prázdnoty.	7. Chronické pocity prázdnoty
	9. V reakci na stres přechodné paranoidní projevy a těžké disociativní symptomy.

1 Srovnání diagnostických kritérií MKN -10 (WHO, 2006) a DSM - 5 (APA, 2015).

Oba manuály obsahují sérii klinických syndromů kvalitativně odlišných od projevů běžné populace (Smolík, 2002). Pro stanovení ENPO musí jedinec nejprve splňovat obecná kritéria pro poruchu osobnosti, u níž je následně rozlišován typ impulzivní, jež je diagnostikován, pokud jedinec splňuje kritérium 2. („*Evidentní tendence k nesnášenlivému chování a ke konfliktům s ostatními...*“) a minimálně další 2 kritéria symptomů impulzivního typu (WHO, 2006). Pokud splňuje alespoň 3 kritéria pro impulzivní typ, je klíčový druhý seznam pro typ hraniční. Ten se diagnostikuje při splnění dalších alespoň 2 syndromů ENPO hraničního typu (WHO, 2006). Diagnostika HPO dle DSM-5 (APA, 2015) se opírá o seznam 9 kritérií, z nichž se musí u diagnostikovaného jedince vyskytovat minimálně 5.

Optikou matematiky lze dojít k počtu 11 možných kombinací² pro splnění kritérií ENPO-impulzivního typu a k výsledku 416 kombinací³ pro typ hraniční. Oproti tomu HPO obsahuje 256 možných kombinací⁴ symptomů, přičemž může nastat situace, kdy dva pacienti se stejnou diagnózou mohou mít společně pouze jedno kritérium. Tato výrazná variabilita se odráží v problematice přístupu a plánování léčby pro jednotlivé pacienty (APA, 2012).

Profil jedince s HPO

Již samotný název ENPO odkazuje ke vlivu poruchy v oblast emocí. Prezentovaná kritéria pojmenovávají impulzivní jednání pramenící z afektivní dysregulace, převážně hněvu, vzteku a zuřivosti. Frekventovaná je reaktivita nálady, jako například dysforie, iritabilita a úzkost, projevující se kromě zmíněného vzteku také panikou a zoufalstvím. Omezena je rovněž schopnost zvážit následky vlastního chování.

Autoři mnohdy dávají do úzké spojitosti impulzivitu a agresi, někdy též sjednocenou pod pojem „impulzivní agrese“, ačkoli například Belino a kol. prokázali, že nástroje na měření těchto konstruktů odlišně korelují se zbylými klinickými projevy HPO (in Terzi, Martino, Berardi, Bortolotti, Sasdelli, & Menchetti, 2017, 5). Problematičnost pramení již z variabilního uchopení termínu impulzivita. Sebastian, Jacob a kol. (2013) poukazují na studie, které dělí impulzivitu na tři různé faktory – afektivní dysregulaci, behaviorální

$$^2 \frac{4!}{2!2!} + \frac{4!}{3!} + 1 = 11$$

$$^3 \frac{5!}{2!3!} + \frac{5!}{3!2!} + \frac{5!}{4!} + 1 = 416$$

$$^4 \frac{9!}{5!4!} + \frac{9!}{6!3!} + \frac{9!}{7!2!} + \frac{9!}{8!} + 1 = 256$$

dysregulaci a narušenou identitu –, mezi kterými však dochází k vzájemnému překrývání. Terzi, Martino a kol. (2017) zjistili, že impulzivita predikuje, jak agresivitu, tak sebepoškozování. Emoční dysregulace tedy hraje důležitou roli ve výskytu rizika dysfunkčního chování u impulzivních jedinců s HPO (Terzi, Martino, Berardi, Bortolotti, Sasdelli, & Menchetti, 2017).

Na rozdíl od impulzivního typu, směřuje jedinec s ENPO hraničního typu nezvládnuté afekty nejen vůči svému okolí, ale i proti sobě samotnému (Grambal, Praško, & Kasalová, 2017). Výbuchy zlosti mohou vést k násilí na sobě samém, k abúzu drog, přejídání nebo i suicidálním pokusům (in Grambal, Praško, & Kasalová, 2017). Tyto projevy se vztahují ke kritériím pojmenovávajícím automutilaci a suicidium, jehož příčina může zahrnovat hned několik důvodů. MKN-10 (WHO, 2006) uvádí, že tyto jevy nemusejí mít zjevnou příčinu, bývají důsledkem prožívání chronického pocitu prázdnoty a převážně pramení z krizí v nestabilních interpersonálních vztazích, které jsou pro HPO signifikantní. Důležitou roli ve vztahové oblasti hraje strach ze skutečného, nebo domnělého opuštění. DSM-5 (APA, 2015) tvrdí, že se u jedinců s HPO projevuje velká citlivost na vlivy prostředí. Strach z opuštění je v podstatě strachem ze samoty neboli neschopnost být sám bez druhých lidí. Snaha tomuto stavu předejít může vést k suicidálním pohrůbkám nebo sebepoškozování (APA, 2015).

Vztahy bývají nestabilní a intenzivní, objevuje se obětavé chování ze strany jedinců s HPO, kteří upřednostňují partnera před sebou samým, s čímž se pojí opakující se zklamání a zlost, jež mohou ústít až k vyčerpání a vyhoření (Grambal, Praško, & Kasalová, 2017). V kritériích obsažených v DSM-5 (APA, 2015, 696) je vztahovost blíže specifikována „...*kolísáním mezi extrémní idealizací a devalvací*“. Tuto extrémní oscilaci nazýváme *splitting* nebo *dichotomické myšlení*, jež můžeme vysvětlit dvěma odlišnými přístupy (Fertuck, Fischer, & Beeney, 2018).

Prvním hlediskem je kognitivní teorie, jež konflikty vysvětluje skrze dysfunkční kognitivní schémata, která spustí kognitivní zkreslení *dichotomického myšlení* (Fertuck, Fischer, & Beeney, 2018). Celý tento proces se soustředí kolem zmíněného strachu z opuštění, pocitu vlastní zranitelnosti a neschopnosti či pocitu absence lásky. Kvůli narušené a nejisté představě o sebe samém, tedy nejasné a nestabilní identitě, rovněž náležející k diagnostickým kritériím, vzniká intrapsychický dynamický konflikt. Přesvědčení o vlastní nekompetentnosti tyto jedince směřuje ke hledání pomoci a bezpečí u ostatních lidí, avšak negativní předpojatost (dysfunkční kognitivní schémata) vytváří

antagonistickou sílu směřující od lidí za účelem vyvarovat se zneužití a utrpení (Fertuck, Fischer, & Beeney, 2018).

Druhé hledisko, pramenící z teorie objektních vztahů, je známější a rozšířenější. Dítě se dle této teorie snaží vypořádat s příchozí láskou a nenávisť od stejné pečující osoby. Mechanismus, který tímto konfliktem vypořádává je označován jako *splitting*, avšak dítě záhy stojí před vývojovým úkolem integrovat pocity lásky a nenávisť. Při jeho nesplnění může tento obranný mechanismus převládat do dospělosti, kdy zabraňuje interpersonálnímu a psychologickému růstu jedince (Fertuck, Fischer, & Beeney, 2018). Ten se dle Melanie Klein dostává do *paranoidně-schizoidního postavení*, kdy si neuvědomuje vlastní zlost či agresi a chybně je projevuje i interpretují u druhých (in Fertuck, Fischer, & Beeney, 2018, 4). Vznikají tak emočně nejednotné zkušenosti, které aktivují buďto kladný nebo záporný pól (Fertuck, Fischer, & Beeney, 2018).

Posledním doposud nezmíněným kritériem, obsaženým pouze v DSM-5 (APA, 2015, 697) jsou „*V reakci na stres přechodné paranoidní projevy a těžké disociativní symptomy*“. Tyto stavy jsou rovněž spojovány s reakcí na domnělé, či skutečné opuštění. Bývají přechodné a při obnovení odborné péče mohou samovolně vymizet (APA, 2015).

3.2 Dimenzionální diagnostika hraniční poruchy osobnosti

Pro praktickou část bakalářské práce je stěžejním přístupem kategoriální diagnostika, jelikož je dominantou klinické praxe, avšak do odborné diskuse vstupuje nový diagnostický model, který je podrobován aktivnímu bádání. DSM-5 (APA, 2015) obsahuje návrh, který si klade za cíl podchytit nedostatky současného smýšlení o poruchách osobnosti. Od navrhovaného systému si odborníci slibují vyšší klinickou využitelnost a empirickou podporu i uspokojivější vysvětlení časté komorbidity (Keeley, Flanagan, & McCluskey, 2014). Dimenzionální diagnostika na poruchu osobnosti nazírá, jako na syntézu narušení funkčních schopností a patologických rysů osobnosti (APA, 2015). Nově je tedy u jednotlivých pacientů prezentováno, které osobnostní vlastnosti jsou v jeho případě akcentovány. I přesto, že je model zaměřený především na rysy spojené s psychopatologií, obsahuje i opačný pól dimenzí, který naopak slouží protektivně a zmírňuje charakter poruchy (APA, 2015). Navrhovaná diagnostika upravuje také kategorizaci poruch osobnosti. Z navrhovaného modelu lze odvodit šest z původních deseti diagnóz včetně HPO (APA, 2015).

Skepse k navrhovanému systému spočívá zejména v jeho pokusu novelizovat kontroverzní diagnostiku HPO (Miller, Morse, Nolf, Stepp, & Pilkonis, 2012). Gunderson (2010) tvrdí, že rysy osobnosti, v nichž se dle dimenzionálního modelu projevuje HPO, nejsou empiricky prokázány a jsou dokonce v rozporu s klinickými i teoretickými poznatky (in Miller, Morse, Nolf, Stepp, & Pilkonis, 2012). Miller, Morse a kol (2012) při replikaci předchozích výzkumů naopak potvrzují, že osobnostní rysy z pětifaktorového modelu osobnosti lze začlenit do diagnostického procesu HPO a hodnotí jeho dosavadní empirickou průkaznost jako signifikantní. Pětifaktorový model, tedy může být vhodným modelem osobnosti, aplikovatelným i na oblast poruch osobnosti.

Pro kompletní diagnostiku je nutné zabývat se mimo patologické rysy také funkčním narušením osobnosti, jelikož by jinak hrozilo, že jakékoliv abnormální chování bude patologizováno (Keeley, Flanagan, & McCluskey, 2014). Autoři Keeley, Flanagan a McCluskey (2014) například píší, že pokud je jedinec fascinován žábami, tráví mnoho hodin sběrem a studováním žab, mohl by být jeho zájem považován za neobvyklý v normativním smyslu. Pokud je však tento jedinec schopen udržovat vztahy, starat se o sebe a být spokojen se svým životem, nejedná se o psychickou poruchu.

Následující tabulka se vztahuje konkrétně k diagnostice HPO podle dimenzionálního modelu. V prvním sloupci se pro její diagnostikování musí projevit střední nebo těžké narušení ve dvou nebo více zmíněných oblastech funkční schopnosti osobnosti. Ve sloupci druhém musí být přítomny alespoň čtyři rysy osobnosti, přičemž jedním z nich musí být impulzivita, riskování nebo hostilita (APA, 2015).

Střední nebo těžké narušení funkční schopnosti osobnosti:	Patologické rysy osobnosti:
Identita	Emoční labilita
Sebeřízení	Úzkostnost
Empatie	Nejistota z odloučení
Intimita	Depresivita
	Impulzivita
	Riskování
	Hostilita

2 Přehled oblastí stěžejních pro dimenzionální diagnostiku HPO (WHO, 2015)

4 LÉČBA HRANIČNÍ PORUCHY OSOBNOSTI

Základním předpokladem vhodné a účinné léčby HPO je stanovení správné diagnózy. Chyby v diagnostickém procesu mohou vést k dlouhodobé nesprávné léčbě a osobnímu utrpení pacienta (Paris, 2007). Lékaři se v takovém případě mnohdy soustředí více na dílčí symptomy pomocí psychofarmak bez usouvztažnění a uchopení komplexního problému, kde úspěšnost léků není zaručena (Tusiani-Eng, & Yeomans, 2018). Samotní pacienti povětšinou sami neidentifikují své patologické osobnostní rysy, ale bývají přesvědčení o vlastní normalitě, což ústí v potřebu řešit pouze aktuální a akutní psychické potíže (Praško, 2015). Dalším specifickým předurčujícím komplikovanost diagnostiky HPO je častý spolu-výskyt dalších duševních poruch nazývaných komorbidní. Kromě léčby zaměřené na hlavní diagnózu, tedy HPO, může probíhat rovněž léčba těchto přidružených poruch. Záleží tedy na tom, v které fázi procesu se zrovna pacient nalézá a na kterou problémovou oblast je léčba zaměřena. Dle Praška, Kosové a kol (2001) lze léčbu obecně dělit dle stanoveného cíle na (1) krizovou intervenci, (2) krátkodobou léčbu akutní komorbidní poruchy a (3) dlouhodobou léčbu poruchy osobnosti. Proces léčby tedy postupuje od diferenciální diagnostiky a diagnostikování HPO s komorbidními poruchami přes psychoedukaci pacienta ke stanovení cílů léčby a rozhodnutí o přístupu a metodě léčby (Praško, & Pěč, 2014).

První metodou využívanou při léčbě HPO je farmakoterapie. Dlouho se předpokládalo, že HPO spočívá na čistě psychogenním základě, avšak objevují se již výzkumy nalézající neuropsychologické objasnění poruchy, a tedy i potencionální efekt psychofarmak, ačkoli pro HPO prozatím neexistují žádné specifické léky (Limandri, 2018). Studie naznačují užitečnost stabilizátorů nálady, antipsychotik druhé generace a omega-3 mastných kyselin, avšak nejedná se o dostatečně průkazné důkazy (Bellino, Rinaldi, Bozzatello, & Bogetto, 2011). Kvůli neprůkaznosti účinku psychofarmak a předpokladu nedostatečné reakce pacientů na ně, spočívá těžiště léčby HPO v psychoterapii (Grambal, Praško, & Kasalová, 2017). Opačný přístup směřuje k nadužívání psychofarmak, které vede k nežádoucí vzájemné interakci léků a ke zhoršení klinického obrazu pacienta (Limandri, 2018). Ačkoli je zde situace farmakoterapeutické léčby ve vztahu k HPO prezentována

skepticky, je nutno podotknout, že „*v posledních desetiletí došlo v této oblasti k pokroku v počtu a kvalitě studií farmakoterapie HPO*“ (Grambal, Praško, & Kasalová, 139, 2017).

Dominantní pozici v léčbě HPO a poruch osobnosti obecně tedy zastává psychoterapie. Samotný výzkum léčebného efektu psychoterapie je již ze své podstaty metodologicky velmi náročný a kontroverzní, se sledovaným tématem se navíc pojí i předpoklad, že je HPO neléčitelná. Je zde nutno podotknout, že poruchy osobnosti jsou považovány z hlediska léčby a diagnostiky za nejobtížnější část psychiatrické klasifikace (Ocisková, & Praško, 2015) a každá snaha ovlivnit hluboce zakořeněné vzorce chování a postoje vyžaduje dlouhodobé úsilí (Praško, 2015). Hlavní ambicí výzkumů je prokázat, že psychoterapie vede ke snížení výskytu vnějších, a vnitřních symptomů HPO včetně globálního psychosociálního fungování a ostatních kvalit života (Fassbinder, Assmann, Schaich, a kol, 2018).

Od 70. let až do průběhu let 80. byla v léčbě HPO považována za nejefektivnější psychoanalytická psychoterapie, která však byla posléze kritizována, jako neúčinná. Stejně tak se kritika orientovala i na dlouhodobé či nestrukturované hospitalizace, kde hrozí i potenciální škodlivé účinky (Bateman, & Fonagy, 2004), proto v současnosti dostává přednost dlouhodobá ambulantní léčba (Praško, 2015). Většina psychoterapeutických směrů rezignovala pod vlivem omezených možností výzkumu na prokazování účinnosti léčby obecně, proto podobných studií existuje málo (Grambal, Praško, & Kasalová, 2017). Aktuálně nejčastěji zkoumaným psychoterapeutickým směrem na poli HPO je dialektická behaviorální terapie (Fassbinder, Assmann, Schaich, a kol, 2018), případně terapie zaměřená na schémata (Stoffers, Vollm, Rucker, a kol. 2012), avšak důkazy o léčebném efektu je možno najít i u ostatních psychoterapeutických směrů.

5 INDIVIDUÁLNÍ PSYCHOTERAPIE HRANIČNÍ PORUCHY OSOBNOSTI

Psychoterapie tedy představuje hlavní metodu léčby HPO. Měla by však být doplněna také o farmakoterapii pokrývající konkrétní symptomy (Oldham, Gabbard, Goin, a kol, 2010), která je schopna při krizových stavech pacienta rovněž zlepšit terapeutický vztah (Grambal, Praško, & Kasalová, 2017). Psychoterapie může nabývat různých podob jako psychoterapie individuální, zaměřená na jedince, hromadná, kde se uplatňují principy individuální psychoterapie na více jedinců zároveň, nebo psychoterapie skupinová čerpající z dynamiky vztahů v rámci skupiny (Kratochvíl, 2017). Pro léčbu HPO se mimo individuální psychoterapii využívá psychoterapie skupinové. Její přínos spočívá například ve zpětné vazbě skupiny klientovi či skupinové zkušenosti. Funguje rovněž jako zdroj podpory a sebedůvěry, případně poskytuje prostor k prožití emocí skrze interpersonální učení (Praško, 2015). Následující kapitola se však podrobněji zabývá již ryze principy a specifiky individuální psychoterapie, jakožto stěžejního tématu práce.

5.1 Očekávání a cíle psychoterapie

Samotné vyhledání psychoterapie klientem může mít vícero opodstatnění. Jak již bylo řečeno, důvody povětšinou nejsou spjaty primárně s patologickými rysy osobnosti, nýbrž s komorbidními poruchami nebo náhlými krizemi, po jejichž stabilizování psychoterapie mnohdy končí, a ke snaze ovlivnit hlubinné problémy nedojde (Praško, 2015). Z vybrané patologie tak bývají rychleji řešeny symptomy spjaté se sebepoškozováním, sebevražděným chováním a impulzivitou, oproti dysforii či chronickému pocitu prázdnoty (Zanarini, Frankenburg, Reich, a kol., 2007). Praško (2015) ustanovuje čtyři úrovně obecných terapeutických cílů: (1) stabilizaci spočívající v zaměření na akutní problémy, (2) ovlivnění osobnosti na úrovni temperamentu, (3) zlepšení sociálního fungování jedince a (4) ovlivnění osobnosti na úrovni charakteru. Kromě cílů obecných se zde objevují určitá očekávání jak na straně klienta, tak i na straně psychoterapeuta. Klienti se mnohdy mylně domnívají, že za ně psychoterapeut problémy vyřeší, bez vyvinutí vlastní iniciativy (Grambal, Praško, & Kasalová, 2017), což vede ke klientově zklamání. V počáteční fázi se proto stanovují konkrétní cíle psychoterapie, z nichž lze klientovu motivaci odhadnout

(Praško, 2015). Odhad klientovy motivace je však opět nejednoznačná a nestabilní problematika. Jochemse (2016) poukázal na to, že odhad míry motivace klientů klinickými psychology bývá povětšinou milný. Špatný předpoklad motivace nemusí být problematický, avšak bývá zneužíván pro vysvětlení potenciální neúspěšnosti léčby (Green & Wood, 2004). Tímto se otevírá podstatná součást tématu stigmatizace HPO, jelikož u této klientely se vyskytuje ve větší míře, než je tomu u ostatních duševních poruch (Ocisková, & Praško, 2015).

Stigmatizaci je možné vysvětlit, jako určitý negativní odsuzující postoj směřující k vyčlenění či odmítání jednice (Hartl a Hartlová, 2010), ke kterému dochází především u diagnóz, které jsou obtížně léčitelné (Ocisková, & Praško, 2015). Psychoterapeuti často z práce s takovouto klientelou zažívají úzkost a mají určité předsudky (Jobst, Hörz, Birkhofer, a kol., 2010), pravděpodobně pramenící z obtížnosti léčby a vysokých nároků na psychoterapeuta. Psychoterapeut by si měl být před přijetím klienta s HPO vědom náročnosti, dlouhodobosti a intenzity psychoterapie, včetně očekávaných budoucích neúspěchů (Grambal, Praško, & Kasalová, 2017), ale tyto předpoklady mohou být zároveň paradoxně ovlivněny stigmatizací jedinců s HPO. Pokud si klient tyto vůči němu orientované negativní postoje uvědomí a akceptuje je, dochází u něj k snížení sebevědomí a vnímání vlastní zdatnosti (Corrigan, Watson, 2002). Takový stav se nazývá sebe-stigmatizace a mnohdy vede k ukončení léčby nebo sebenaplňujícímu proroctví klienta ohledně předpokládaného nepřijetí psychoterapeutem (Aviram, Brodsky, & Stanley, 2006).

Přichází-li klient s tím, že je „hraniční“ je nutné se blíže zabývat, co ho skutečně do psychoterapie přivádí (Grambal, Praško, & Kasalová, 2017). Zde nalézají uplatnění kvalitativně orientované studie, které jsou cíle a hodnoty klienta schopny zmapovat. Katsakou, Marougka, Barnicot a kol. (2012) se od klientů s HPO dozvěděli, že jejich cíli bylo sebe-přijetí a zvýšení sebevědomí, získání kontroly nad emocemi, zlepšení vztahů a zmírnění symptomatologie, například sebevraždy, přičemž psychoterapii hodnotili jako přehnaně zaměřenou na specifické oblasti, čímž jejich individuální cíle opomíjí. Psychoterapie by se tedy měla více zaměřovat na individuální hodnoty klientů, jež pro ně nesou smysl (Adler, 2012). Další studie identifikuje jako nejdůležitější oblasti zdraví, pohodu a osobní vztahy, přičemž na vztahy je dáván důraz největší (Simone R. Mohi, Frank, a kol., 2018). Z toho vyplývá i možná motivace k psychoterapii za cílem prozkoumávání a nápravy interpersonálních vztahů.

5.2 Psychoterapeutický vztah

Na začátku psychoterapie tedy dochází k vyjasnění očekávání a možností psychoterapie uzavřením terapeutického kontraktu, který souvisí rovněž s vymezením terapeutického vztahu a stanovením jeho hranic (Grambal, Praško, & Kasalová, 2017), které můžou předcházet případným komplikacím. Každý psychoterapeutický směr má svá specifika, co se týče terapeutického přístupu a užívání technik, ale ve všech se klade důraz na stabilní, bezpečný, blízký vztah klienta a psychoterapeuta, který má na pozitivní změny zásadní vliv (Krawitz & Watson, 2003). Značná část symptomů HPO je vztahována na projevy v mezilidských vztazích, z čehož plyne, že obdobné projevy je možno nalézt i v charakteristikách terapeutického vztahu mezi psychoterapeutem a klientem s HPO. Terapeutický vztah je tedy v tomto případě mnohdy nestabilní s častými změnami a zejména specifický svou vysokou intenzitou, jelikož tito klienti mají mnohdy problém s udržením vznikajícího důvěrného vztahu (APA, 2001) a opakovaně zažívají krize. Obecně lze na terapeutický vztah nahlížet z pohledu vzdálenosti ve vztahu, bezpečí a konzistentnosti (Vymětal, Jan a kol., 2004).

VÝZKUMNÁ ČÁST

6 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÁ OTÁZKA

Teoretická část práce stručně nastínila specifika HPO i její možnou léčbu včetně polemiky a rozporuplných tvrzení. Poskytla vhled do složitého teoretického prostředí, kde se snaží zorientovat také konkrétní klienti, vyhledávající odbornou pomoc a psychoterapii, konfrontováni s nejasnostmi, které k tématu již neodmyslitelně patří.

Častými argumenty pro legitimitu vzniku odborných textů bývá neprobádanost zkoumané oblasti. Téma HPO či ENPO již ale má rozsáhlou výzkumnou minulost a není opomíjeno ani v Českém kontextu. Kvalitativní studie se však v našem prostředí soustředí téměř výhradně na psychoterapeuty a jejich zkušenosti či prožívání a strana klienta je doposud spíše opomíjena. Důvody, proč se výzkumníci této oblasti vyhýbají mohou být mnohé. Lze je vysvětlit možnou stigmatizací spočívající v přesvědčení, že tito klienti nejsou schopni nic relevantního předat, ačkoli tomu tak není. V prezentovaném výzkumu je pohled klientů chápán jako specifický a již z podstaty reflexe jakékoli zkušenosti či prožitku jako subjektivní. V pohledu na psychoterapii je každé takovéto subjektivní vyznání důležité, je však nutno zdůraznit a reflektovat tyto limity výzkumu, zejména klást důraz na transparentnost celého procesu získávání i vyhodnocení dat.

Cílem výzkumu je na psychoterapii nahlédnout očima klientů s HPO, porozumět jejich subjektivním zkušenostem a propojit je s odborným přístupem prezentovaným v teoretické části. Aby byla podpořena výzkumníková otevřenost subjektivním zkušenostem respondentů je stanovena jedna hlavní výzkumná otázka, která počítá s variabilitou, individualitou a specifičností respondentů:

Jaká je zkušenost jedinců s hraniční poruchou osobnosti s psychoterapií?

Následující kapitoly přibližují postup při hledání odpovědi na výzkumnou otázku. Následně prezentují subjektivní zkušenosti jednotlivých respondentů, u kterých jsou posléze identifikována stěžejní společná témata. Diskuze pak propojuje poznatky obou částí práce, interpretuje je a podrobuje je kritice.

7 METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU

Kapitola popisuje a opodstatňuje zvolenou metodologii výzkumu. Představí typ výzkumu, metody oslovení respondentů, metody tvorby dat a metody zpracování a analýzy dat.

7.1 Typ výzkumu

Díky zaměření na zkušenost klientů, jakožto nikoliv dílčích charakteristik, ale komplexního fenoménu z pohledu idiografického, je pro účely práce odpovídající zvolit kvalitativní přístup – konkrétně metodu případové studie. Samotná orientace výzkumu na zkušenost v kontextu psychoterapie predestinuje užití optiky interpretativní fenomenologické analýzy (zkráceně IPA), která se soustředí na porozumění žité zkušenosti a jejího subjektivního významu pro člověka (Smith, Flowers, & Larkin, 2009) a bývá mnohdy aplikována v tématech spojenými s psychoterapií nebo klinickou psychologií (Smith, 2011). Zvolení metody IPA je vhodné také pro naplnění druhého cíle - propojit výsledky a poznatky prezentované v teoretické části -, protože dle Smith a kol (2009) usiluje IPA o teoretickou transferabilitu, tedy v případě této práce o propojení zkušenosti klientů se samotným fenoménem psychoterapie HPO.

7.2 Metody získávání respondentů a tvorby dat

Respondenti byli nejprve osloveni nepravděpodobnostní metodou záměrného výběru skrze psychologické a psychiatrické ambulance, klinické psychology a psychiatry poskytující psychoterapii. Metoda byla zvolena kvůli možnosti posouzení vhodnosti respondenta pro výzkum psychoterapeutem. Bylo osloveno přes 150 psychoterapeutů a psychologických nebo psychiatrických ambulancí převážně emailovou korespondencí s popsáním výzkumu a prosbou o předání informací potenciálním respondentům či s prosbou o vyvěšení letáčku s informacemi v zařízení (viz příloha číslo 2). Návratnost byla 24 odpovědí, převážně zamítavých, jako důvod psychoterapeuti uváděli převážně absenci poptávané klientely. Klientům výzvu předalo 5 psychoterapeutů. Touto cestou byly pro účely výzkumu získány 2 respondentky od jednoho psychoterapeuta.

Druhým realizovaným způsobem získávání respondentů byla metoda samovýběru přes skupiny pro lidi s HPO na sociální síti. Bylo osloveno 6 skupin, zástupci dvou z nich zareagovali a následně se ozvalo 21 respondentů. Do výzkumu byli zařazováni postupně, dle chronologického pořadí po ujištění, že splňují kritéria výběru (blíže popsané v kap. výzkumný soubor). Celkový počet takto získaných participantů činil 8 respondentů, z nichž se výzkumu nakonec reálně účastnilo 5. Výzkumu se tedy účastnilo celkem 7 respondentů. Jako kompenzace za čas strávený výzkumem a případné cestovní výdaje náležela všem respondentům odměna 200 Kč.

V přístupu IPA se k tvorbě dat nejčastěji užívá semistrukturované interview. Děje se tak z důvodu flexibility a otevřenosti metody k rozvíjejícím se myšlenkám respondenta a zároveň dává prostor potřebám a připravenosti výzkumníka, který téma interview směřuje vytyčeným směrem a své porozumění respondentovým zkušenostem reflektuje (Smith, 2004).

Na začátku každého interview byl představen výzkumník a samotný výzkum s cíli a významem práce. Výzkumník s respondenty dále prošel informovaný souhlas s vysvětlením jednotlivých bodů, v nichž byli respondenti mimo jiné tázáni, zda je možno pořídít z interview audiozáznam. Všichni účastníci s nahráváním souhlasili. Struktura interview byla dle doporučení Miovského (2006) směřována od obecnějších otázek po konkrétnější a citlivější.

Respondenti tedy nejdříve popisovali svoji zkušenost od prvního vyhledání odborné pomoci až po aktuální situaci. Cílem této fáze bylo upevnění kontaktu, zjištění

komunikačních strategií respondenta a zorientování se v respondentových zkušenostech, z nichž byla dle domluvy vybrána jedna psychoterapie, na kterou bylo interview orientováno. Převážně se jednalo o nejdelší nebo nejaktuálnější psychoterapii. Byly zde rovněž získány první poznatky o té dané psychoterapii, na kterou se bylo možno v průběhu interview odkazovat a doptávat. Ostatní zkušenosti sloužily pro komparaci jednotlivých přístupů odborníků, která pomáhala, pokud bylo potřeba nahlédnout vybranou psychoterapii z jiného úhlu pohledu. Délka interview se pohybovala od 55 do 85 minut a místa, kde interview probíhalo byla výsledkem vzájemné domluvy s respondentem se snahou vybrat takové místo, které je pro něj dostupné a příjemné. Jednalo se převážně o kavárny, ale také o ambulanci klinického psychologa nebo prostory univerzity. Interview probíhala v rámci celé České republiky dle preferencí respondentů.

Pro správné uchopení struktury interview a správnou formulaci otázek byly provedeny dvě pilotní interview. Tato interview byla postupně provedena s hranými respondenty, kolegou z oboru psychologie a se ženou mimo psychologickou sféru. Bylo tedy možno získat zpětnou vazbu směrem k odborné stránce interview, tak i směrem ke srozumitelnosti otázek. Na základě pilotních studií byla méně strukturována a zjednodušena fáze dotazování se na předešlou odbornou pomoc s rychlejším přechodem k výběru stěžejní psychoterapie, která tvořila pomyslné těžiště interview.

7.3 Metody zpracování a analýzy dat

Před samotnou analýzou dat byla zaznamenána výzkumníková zkušenost s tématem, zvědomující jeho vlastní postoje a přesvědčení s tématem spjaté, jež neodmyslitelně intervenuje v analýze dat (Smith, 2004). Pro porozumění autorovým prekonceptům a motivaci je sebereflexe, jež probíhala formou dialogu sama se sebou, zaznamenána na konci kapitoly.

Dle doporučení Smith, Flowers a Larkin, (2009), byl audiozáznam z prvního interview přepsán před tvorbou dat s dalším respondentem. Poskytl tak výzkumníkovi zpětnou vazbu v oblasti kladení otázek, již bylo možné srovnat s ideální variantou položení otázky. Audionahrávky z jednotlivých rozhovorů byly výzkumníkem přepsány a opakovaně čteny za účelem přiblížit se, co nejvíce respondentovi. Smith, Flowers a Larkin, (2009) upřednostňují nahlížet na každý případ samostatně. Dle jejich doporučení bylo každé interview analyzováno odděleně a byla zde formulována klíčová témata. Jelikož každý

následující postup je ovlivněn předchozí analýzou, byly případné podobnosti mezi případy zaznamenávány zvlášť a sloužily autorovi práce v pozdější fázi analýzy.

IPA nemá jasně vymezený způsob analýzy dat, což vede k možnosti transformace metody pro účely výzkumu (Smith, Flowers, & Larkin, 2009). K přepsaným datům byly volně psány komentáře a poznámky deskriptivní povahy, které po opakovaném čtení a přepracování tvořila témata zabývající se, jak tématy pramenícími z prezentované zkušenosti respondentem, tak z jeho způsobu komunikace, případným rozporům či nadužívání slov. Z takto vzniklých komentářů se postupně vyextrahovala rodící se témata, která byla vypsána do jednoho sloupce a následně klasifikována a kategorizována. Z takto seskupených témat byla sepsána případová studie, která znovu propojovala seskupená témata s výpověďmi respondenta a tvořila základ kapitoly výsledky jednotlivých případů. Takto se postupovalo u všech respondentů, přičemž následně se na tyto výsledky nahlíželo nově a byl analyzován výskyt společných témat napříč rozhovory. Tato témata byla z perspektivy všech interview znovu přepracována a přejmenována a je obsahem druhé části kapitoly výsledků.

Reflexe výzkumníkovy zkušenosti s tématem výzkumu

Autor si téma diplomové práce zvolil, se záměrem nahlédnout blíže do oblasti klinické psychologie. S problematikou poruch osobnosti, zejména HPO, se setkal již na počátku studia a díky dynamické odborné diskusi ohledně validity diagnostiky, otázkám léčby a stigmatizace, se jí rozhodl blíže věnovat.

Zkušenost s jedinci s poruchami osobnosti a HPO má „nárazovou“ v rámci praxe na krizové lince, kde se setkává zejména s akutními stavy. V rámci telefonické krizové intervence však také vzpomíná na klientku, která se představila: „Dobrý den, já mám úzkostnou poruchu osobnosti“ – ve smyslu „neberte mě vážně, to já jen tak blbnu“. Stěžejní pilíř práce přitom spočíval v uznání, že své téma může prožívat a může jej vnímat jako důležité, i když má tuto diagnózu.

Autor práce však při výběru tématu čerpal zejména ze zkušeností zprostředkovaných kolegy a učiteli. Například „zbytečnost diagnostiky, za kterou se navíc klienti schovávají, a pasivně omlouvají svoje chování“ či že „po celoživotní práci došel k tomu, že všechen ten čas strávený léčbou lidí s HPO, by se dal využít smysluplněji“. V neposlední řadě jej ovlivnil přístup psychoterapeuta, který není zastáncem „škatulkování“, protože pro „účely psychoterapie, která je v léčbě akcentovanou dominantou, není diagnóza důležitá, protože

se stejně vychází z individuálních potřeb klienta“. Autor práce tedy na základě těchto zkušeností uvažuje, zda rozsáhlá diskuse a skepse ohledně tématu HPO, nesebrala právo klientů vyjádřit se ke své léčbě. Jedna z osobních ambicí autora diplomové práce je klientům toto právo přiznat.

7.4 Etické problémy a způsob jejich řešení

Zkušenosti respondentů s jejich psychoterapií se dotýkají citlivých, osobních a intimních témat. Z této skutečnosti pramení nutnost nastolit takové podmínky interview, které zaručí bezpečný prostor pro sdělení zkušenosti včetně ochrany účastníků výzkumu. Každý z respondentů byl na začátku interview seznámen s výzkumem a jeho záměry, byl mu představen výzkumník a organizační informace interview a byl s nimi pročten informovaný souhlas (viz příloha číslo 1). Do výzkumu vstupovali dobrovolně a s vědomím toho, že z výzkumu mohou kdykoliv vystoupit. Tento bod byl ústně doplněn o sdělení, že se nemusejí zdráhat výzkumníkovi sdělit, když jim bude během interview cokoli nepříjemné. Byla jim garantována anonymita, která je v práci ošetřena změnou jmen účastníků a vyškrtnutí konkrétních údajů o navštívených zařízeních, jménech psychoterapeutů nebo i míst, kde bylo interview provedeno. Respondenti dávali souhlas s pořízením audiozáznamu interview. Byl jim vysvětlen smysl pořízení nahrávky, avšak byla jim rovněž nabídnuta alternativa v podobě psaní si poznámek výzkumníkem. K audionahrávkám interview má přístup pouze výzkumník a jsou uchovávány na zaheslovaném počítači po dobu jednoho roku, po jehož uplynutí budou smazány.

Důraz byl kladen na zachování empatické neutrality ze strany výzkumníka, kdy projevuje zájem a porozumění bez jakéhokoliv hodnocení a zaujímá ke sděleným skutečnostem neutrální postoj (in Miovský, 2006). Aby se zamezilo jakémukoli újmě plynoucí z průběhu interview, byla poslední část věnována reflexi účastnickových pocitů z rozhovoru. I když někteří účastníci popisovali únavu z náročného rozhovoru, zároveň reflektovali, že jsou zvyklí o těchto tématech hovořit a únavu pokládali za přirozenou. Jako kompenzaci vynaložených sil byla respondentům nabídnuta odměna 200 Kč.

Druhým rozměrem etických otázek výzkumu je ochrana výzkumníka. Patří zde zejména otázka hranic kontaktu s výzkumníkem. Interview probíhala jednorázově a v rámci ochrany soukromí a osobních údajů výzkumníka nebylo nikdy uváděno jeho bydliště. Výzkumník si byl vědom možnosti ukončení interview z důvodu narušení bezpečnosti, jíž zvažoval i při domluvě místa konání interview s respondentem. Po každém interview si

výzkumník zaznamenal vlastní pocity a reflektoval specifika kontaktu. Důraz byl kladen na transparentnost celého výzkumného procesu.

8 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Jak vyplývá explicitně již z tématu práce, jedním z kritérií výzkumného souboru byla stanovená HPO (neboli ENPO). S diagnózou se dále pojí podmínka dosažení 18 let, jelikož se HPO (ENPO) nedoporučuje diagnostikovat před dosažením dospělosti (WHO, 2006). Na případnou komorbiditu s jinými psychiatrickými problémy bylo nahlíženo, jako na neodmyslitelnou součást tématu, která je pro tuto klientelu častá (Grambal, Praško, & Kasalová, 2017). Další nutnou podmínkou je zkušenost potenciálního účastníka výzkumu s ambulantní formou individuální psychoterapie, o níž je schopen mluvit, aby bylo možno z absolvované či aktuální individuální psychoterapie vybrat jedinou, na kterou se interview zaměří.

Hospitalizovaní pacienti nebyli oslovoováni zejména kvůli předpokladu akutních problémů. U dvou vybraných respondentů byla kritéria zvážena psychoterapeutem, který jim následně nabídku výzkumu předal. Zbylým zájemcům o výzkum byl záměr hlubšího soustředění na jednu vybranou psychoterapii blíže představen již při prvním kontaktu. Kromě jedné potenciální účastnice, která měla absolvovala jen pár sezení, mělo všech 8 zbylých respondentů s psychoterapií dostatek zkušeností, s 5 z nich se podařilo interview zrealizovat. Potvrdilo se tak jako žádoucí zařadit do svého výzkumu vyšší než doporučený počet respondentů, jelikož je zde riziko, že se interview neuskuteční.

Ač nebylo záměrem, výzkumní soubor tvořilo 7 žen ve věku 18-39 let různého rodinného stavu a vzdělání. Následující tabulka pro přehlednost prezentuje specifika výzkumného souboru:

Jméno	Věk	Partnerský a rodinný stav	Vzdělání	Diagnóza ⁵
Anna	39	Rozvedená, 2 děti	Střední bez maturity	Bipolární porucha, Emočně nestabilní porucha osobnosti, smíšená porucha osobnosti
Beata	28	Zasnoubená	Magisterské vzdělání	Emočně nestabilní porucha osobnosti – hraniční typ, schizo-afektivní porucha
Cecílie	29	Vdaná, těhotná	Střední s maturitou	Hraniční porucha osobnosti
Daniela	22	Svobodná bez partnera	Učiliště, nedokončená maturita	Hraniční porucha osobnosti - hraničního typu, atypická mentální anorexie, ADHD, , disociační porucha, smíšená

⁵ Diagnózy jsou uvedeny podle výpovědi respondentů, případně doplněny o výpověď psychoterapeuta a neodrážejí současný stav, ale výskyt diagnóz napříč životem. Některé vedle sebe komorbidně koexistují a jiné zastoupily místo předchozí diagnózy.

				porucha chování a emocí
Eva	20	Svobodná s přítelem	Studuje bakalářský stupeň	Mentální anorexie, emočně nestabilní porucha osobnosti, deprese
Fiala	18	Svobodná	Studuje gymnázium	Mentální bulimie, sociální fobie, depresivní porucha a úzkostná porucha, disharmonický vývoj osobnosti, hraniční porucha osobnosti
Gabriela	29	Svobodná	Střední s maturitou	Hraniční porucha osobnosti

9 VÝSLEDKY

Následující kapitola prezentuje výsledky výzkumu nejdříve skrze jednotlivé případy, formou stručné případové studie, jež prezentuje zkušenosti respondenta s odbornou pomocí a vybranou psychoterapií. Druhá podkapitola na zkušenost respondentů s psychoterapií nahlíží optikou společných témat napříč případy.

9.1 Jednotlivé případy

Každá podkapitola se zabývá zkušeností jednoho respondenta vzešlou z uplatnění analytické metody IPA.

9.1.1 Anna

Anně je 39 let a jelikož vyhledává a navštěvuje odborníky a příslušné instituce již devátým rokem, má mnoho různorodých zkušeností s odbornou pomocí. Anna uvádí celkem tři pokusy o sebevraždu, po nichž vždy následovala hospitalizace. Tu vnímá spolu s lázněmi také jako jedinou možnost odpočinku a relaxace, jelikož se dostane pryč ze svého obvyklého prostředí a je o ni odborně pečováno. Proto se nechává hospitalizovat každoročně. V Anině vyprávění figuruje nespočet lékařů a psychologů, o nichž mluví ve dvou vyhraněných pólech, jež ještě umocňuje slovy „strašně“ či „hodně“. Velmi kladné zkušenosti se mísí s její podezřívavostí, že ji lékaři stigmatizují či odsuzují a situacemi, které tento její předpoklad potvrzují.

Také Aniny reakce nabývají dvou extrémních poloh – silného uzavření nebo naopak agresivity. Jelikož nedůvěřuje lékařům, vymýšlí si či zkresluje realitu, přičemž toto jednání opakovaně zdůvodňuje snahou vyhnout se traumatickým hospitalizacím v konkrétním zařízení. „*Já jsem tam nemohla mluvit, jak mluvím tady, protože já bych šupem jela do psychiatrie, takže jsem si vymýšlela svoje stavy.*“ V jejím vyprávění zaznělo kvantum problémových oblastí: konflikty v rodině a manželství (kdy mluví o psychickém a fyzickém týrání), výchova dětí, sociální a zdravotní problémy či sebepoškozování jako prevence sebevraždy.

Během interview se Anna obtížně soustředila na konkrétní psychoterapii, měla zabíhavé myšlení a myšlenkový trysk. Neznala rovněž svoji diagnózu (pro interview doporučená klinickým psychologem) ani nerozlišovala typy odborné pomoci – psychiatrická či psychoterapeutická, individuální či skupinová psychoterapie. Sledovanou psychoterapii navštěvovala čtyři roky – zpočátku co tři týdny, později jednou měsíčně a ke konci nepravidelně až co dva měsíce. Psychoterapeutickou pomoc vyhledala z důvodu suicidálních tendencí a sociální izolace. K psychoterapeutovi chodil kdysi její otec, proto ho vyhledala na doporučení.

Klíčové bylo v rozhovoru téma důvěry. Na prvním sezení Anna popisuje velkou nervozitu, avšak odcházela již s přesvědčením: „*tak tady ještě budu chodit jak do kavárny. Fakt příjemný člověk.*“ K nervozitě významně přispěla i skutečnost, že psychoterapeutem byl muž, což v Anně automaticky vyvolává, v úzkém spojení se vztahovačností, domněnky, že ji musí odsuzovat a zlehčuje její problémy: „*vždycky jsem měla takové ty myšlenky, že si říká ,vykecej se ty krávo a běž, mám dalšího pacienta, který je pro mě důležitější než vy‘.* Tento aspekt však dokáže zpětně racionálně reflektovat, přičemž křehkost vztahu přisuzuje skutečnosti, že psychoterapeut ji vlastně nepotřebuje a je pro něj reálně jen jednou pacientkou z mnoha.

Pokud Anna o psychoterapeutovi hovořila v obecné rovině, hodnotila psychoterapii extrémně kladně, avšak v případě konkrétních situací idealizace pominula a samotný psychoterapeutický vztah i důvěra byly nositeli paradoxů. Annina důvěra spočívá v tom, že může mluvit o sebevražedných myšlenkách s vědomím, že ji nepošle na hospitalizaci. Proti této důvěře stály její myšlenky, které se snažily zabránit tomu, aby psychoterapeuta naštvála nebo zklamala; objevovala se tedy témata, které by psychoterapeutovi neřekla: „*měla jsem strach, že on se bude zlobit a že se ho to třeba dotkne. Na takové věci si dávám jo velký majzl, protože když něco řeknete, musíte prvně přemýšlet a dát to správnou... tak aby ho to neurazilo. Nikdy v životě bych se ho na to nezeptala a nezeptám*“.

Psychoterapie měla především podpůrný charakter, avšak i přesto se v jejím průběhu objevilo několik zlomových důležitých momentů. Ač je Anna vcelku hovorná, pokud ji psychoterapeut s něčím konfrontoval, přestala komunikovat a stáhla se do sebe. Jedním takovým tématem byla impulzivita/agresivita Anny: *Strašně mě zarazila třeba i věta, kdy mi řekl, že ta moje agresivita smrdí kriminálem*“. Zároveň, však přiznává, že ji toto prohlášení „otevřelo oči“. Na psychoterapii si rovněž připustila manželovu nevěru a to, že ji psychicky

a fyzicky týrá. Rozhodla se tedy odejít od manžela, avšak situaci řešila impulzivně, bez uvážení následků, s čímž ji psychoterapeut opět konfrontoval.

Důležitým tématem interview bylo náhlé a nečekané ukončení psychoterapie, protože Anna paralelně chodila k více odborníkům a měla si zvolit jednu z institucí. Tehdy se také projevila její vztahovačnost a potvrzovala si své obavy, že je jen „další kráva“ která jej zbytečně otravovala. Během interview se k tomu zároveň jednou vyjádřila: *„On to ale vzdal až po čtyřech letech a opravdu se snažil.“* Závěrečná promluva psychoterapeuta pro ni byla bolestivá a šokující, avšak, jak reflektuje v některých fázích rozhovoru, pomohla jí „otevřít oči“. *„A on mi tady řekl jasně na rovinu; nebral si servítky: ‚Já s vámi nehnu, nemám důvod s vámi pokračovat. Já tady můžu s vámi manipulovat, házet, vy se nehnete, vy se uzamknete, vy jste ledová královna.‘“* Psychoterapeut ji ujistil, že pokud bude potřebovat, může se mu kdykoliv ozvat. Anna tuto možnost nevyužila, ale hodlá se na něj obrátit ve chvíli, kdy jí zemře otec.

9.1.2 Beata

Beatě je 28 let a chodí po dobu jednoho roku dvakrát až třikrát týdně na psychoanalytickou psychoterapii. Před diagnostikováním ENPO navštěvovala pět let gestalt psychoterapii, kde se zaměřovali na úzkosti a panické záchvaty. Ve 26 letech se navrátila ze studií v zahraničí a nastoupila do náročné práce. Přestala spát, trpěla silnými úzkostmi a panickými záchvaty, začala se obávat o svoje bezpečí. Při hospitalizaci jí byla diagnostikována schizoafektivní porucha, jež byla na popud psychoterapeuta revidována na ENPO hraničního typu. Přijetí diagnózy pro ni bylo náročné, jelikož se jí od psychiatra nedostalo potřebných informací, jen ji motivoval, aby brala léky. Nyní si projevy poruchy vykládá jako skutečnost, že je křehčí a citlivější než ostatní.

Psychoanalytickou psychoterapii si vybrala záměrně. Zaujala jí během studia, a rovněž vyžadovala změnu, jelikož jí přístup gestalt psychoterapie začal „lézt na nervy“. Především pro ni byly náročné otázky směřující k emocím: *„jo, to bylo furt: ‚jak jste se u toho cítila?‘. To mě hrozně vysírá“*. Zároveň se chtěla na své aktuální problémy podívat z perspektivy minulosti. Dlouholetá zkušenost ovlivnila samotné očekávání od psychoterapie, jelikož si Beata byla vědoma, že *„terapie nefunguje tak, že ti dá ten terapeut návod“*.

Beata byla k psychoterapeutovi, muži kolem padesáti let, zprvu nedůvěřivá a působil na ni jako snob. Tento postoj trval krátce po dobu prvních pár sezení, kdy ji naopak začal

imponovat vědomostmi z oblasti umění a rozsáhlou knihovnou. Významnou roli v navázání psychoterapeutického vztahu hrála poezie, jelikož Beata píše básně. Psychoterapeut se stal jejich posluchačem/čtenářem a používal je jako materiál pro psychoterapii.

Po prvotní skepsi se Beata do psychoterapeuta zamilovala, přičemž popisovala silnou nervozitu a somatické potíže, které prožívala před sezeními. Tento stav nakonec vyvrcholil v sezení, kde se se svou zamilovaností svěřila; po otevření tématu se podle Beaty zamilovanost sama vytratila. Psychoterapeuta popisuje v různých rolích, jež jí doplňuje. Především o něm hovořila jako o otci, který o ni má starost a dává jí „zákazy“. Beata však uvedla, že pokud by jí mentorsky radil a říkal jí, co má dělat, z psychoterapie by odešla. Tato skutečnost podle Beaty pramení z komplikovaného vztahu s otcem. Zároveň však popsala situaci, kdy se psychoterapeutovi nelíbilo, že příliš často konzumuje energetické nápoje a apeloval na jejich vynechání, v čemž mu Beata vyhověla. Psychoterapeut využívá humor: *„A von si z toho občas udělá srandu, že třeba jako řekne: ‚Já vlastně nechci působit, jako ten autoritativní starej pán, co vás tady bude jako poučovat‘“*. Pokud má Beata pocit, že ji psychoterapeut poučuje, upozorní ho. Vystupuje také jako otec starostlivý, například když Beata měnila medikaci a psychoterapeut, který byl zrovna na dovolené, jí navrhl, aby počkala, dokud se nevrátí. Častým Beatiným tématem bylo, že jejím psychoterapeutem je muž, jelikož řeší téma vztahu s otcem nebo partnerských vztahů s muži.

Důležité jsou ale informace, které Beata psychoterapeutovi neříká. Opakovaně se objevuje strach, že ho „rozloží“, urazí či naštvě. Beata reflektovala také svou vztahovost: *„Když mám pocit, že je třeba našťvaný nebo kvůli něčemu rozlatanej, tak si to vždycky začnu vztahovat na sebe“*; *„Já se vždycky bojím, jestli ho třeba něčím neurazím, jestli se ho nedotknu.“* I přes zmíněné obavy, jsou ale zřejmě schopni témata otevřít. Psychoterapii vnímá jako bezpečný prostor, kde má čas jen pro sebe, což jí přináší úlevu a popisuje, že si uvědomuje své opakující se reakce ve vztahu k mužům a repetitivnost některých situací. Důležitým přínosem bylo uznání náročnosti jejího dětství ze strany psychoterapeuta. Beata si je dle svých slov nyní vědoma, že si na sebe často bere hodně nepřiměřených závazků a učí se říkat si o pomoc.

V psychoterapii chce setrvat možná i celoživotně a do budoucna by chtěla žít bez léků a být dlouho stabilní, což znamená třeba 5 let. Taky touží po dítěti, ale psychoterapeut se k tomu stavěl skepticky, což Beatu zaskočilo.

Během interview pro Beatu nebyl problém otevřeně mluvit „*člověk je už o té zkušenosti zvyklej mluvit a sdílet ji*“.

9.1.3 Cecílie

Cecílii je 29 let a v současné době navštěvuje psychoterapii třetím nebo čtvrtým rokem, přičemž aktuální četnost sezení je jednou měsíčně. První zkušenost s odbornou pomocí získala již v pubertě, kdy se do psychologické péče dostala kvůli sebepoškozování, navštívila však pouze několik sezení. V dospělosti se dostala k psychiatrovi kvůli suicidálním tendencím, které vygradovaly ve 25 letech, kdy již chtěla mít manžela a rodinu, což se Cecílii nepodařilo. Psychiatricka ji přeposlala také za psychologem (psychoterapeutem), zanedlouho se však pokusila o sebevraždu a byla hospitalizovaná. Po návratu z nemocnice změnila psychiatricku, ale psychoterapeuta si ponechala.

Někdy v tomto období jí byla diagnostikovaná HPO. Diagnóza, jakožto i možnosti její léčby či stabilizace ji vysvětleny nebyly, což Cecílii „obecně štve“, jelikož ji zajímá, co to znamená zrovna v jejím případě a co pro zlepšení může udělat ona. Diagnóza jí sice poskytla vysvětlení problémů, avšak během hospitalizace ji frustrovalo, nakolik ji nemoc determinuje, když se setkala s jinou klientkou s HPO: „*každý člověk je originál, ale v tu chvíli jsem si říkala, že asi úplně nejsem takový originál. [...] Že mě to jakoby definuje, že mě to jakoby předurčuje, kým jsem; mně to tak přijde*“. Cecíliin, psychoterapeut však neuznává takovou kategorizaci a škatulkování a ona si tak uvědomila, že má tendence se za diagnózu schovávat: „*Ono to někdy trochu svádí, že člověk někdy něco udělá a řekne, no tak já jsem nemocná, tak to je prostě tím. Ale přišla jsem časem, že je to jako by špatně. [...]. Takže to není tou diagnózou, ale prostě to tak je a musíme to řešit.*“

Psychoterapeut si získal Cecíliinu důvěru tím, že vystupoval v osobní rovině – mluvil i o svém domě, rodině, koníčcích. Významnou roli zde hrála také společná záliba v umění, která během sezení slouží rovněž jako icebreaker, a skrze kterou se přirozeně dostávají k problematickým oblastem. Cecílie má problém déle vydržet u jedné činnosti, a proto ji psychoterapeut motivuje k výtvarné tvorbě nebo jí doporučuje knihy a filmy, o kterých potom rozprávějí. Na psychoterapii se cítí příjemně a pokládá ji za svoji jistotu „skálu“. Chválí si jak její funkci podpůrnou, tak i soustavnější práci na problémech, jež nahlíží rovněž z perspektivy minulosti, zejména Cecíliina dětství. O sobě a psychoterapeutovi mluví v množném čísle a nepokládá jej tudíž jen za někoho, kdo jí naslouchá či ji naopak vede, ale společně aktivně pracují na řešení problémů. Její očekávání jsou reálná: „*Neříkám, že to*

vždycky vyřešíme, to není v ničích silách, ale pokusíme se nalézt nějaké řešení nebo jak se tomu příště vyvarovat. “

V psychoterapii si uvědomila, jak moc je pro ni důležitá hodnota rodiny a dítěte. Psychoterapeut na tuto skutečnost poukázal s nadsázkou: *„jednu dobu mi říkal, že jsem taková ta adeptka na krádež dětí, co někde najde nějaké opuštěné v kočárku a hned by si ho odvezla. Tak to mě v tu chvíli zarazilo: ,hmm, tak na tom něco bude, asi bych s tím měla něco udělat‘. V běžném životě se od té doby vdala a nyní čeká dítě. Psychoterapeuta popisuje jako „moudrého dědu“, který má životní moudrost, jíž může předávat. V poslední době si, ale uvědomuje, že se na psychoterapii chová jinak než běžně. Drží se sofistikované mluvy a neprojevuje bouřlivě emoce, jako v běžném životě. „Že se tam úplně nezrcadlí nějaká ta horská dráha. “*

Cecílie v interview odlišovala, co je její názor a co objektivnější skutečnost, případně, když s něčím nesouhlasila, tak si byla vědoma opačného pohledu. Například o tématu, že raději mluví s muži o ženách říkala: *„Osobně proti nim nic nemám, můžou být úžasné lékařky, ale... “*. Cecílie říká, že v posledním období je na tom výrazně lépe, ale obává se, jak tomu bude po narození dítěte: *„Je to hodně otevřené. Třeba i nějaká ta spánková deprivace může vést k frustraci a můžu se zase vrátit tam, kde jsem byla, anebo můžu dojít nějakému tomu naplnění a můžu na tom být ještě lépe, než na tom jsem teď.“* Myslí si ovšem, že psychoterapii bude navštěvovat celý život, protože její porucha se nedá vyléčit, ale lze na ní pracovat. Měla sice obavy, že když je jí lépe, mohl by psychoterapeut sezení ukončit, což během setkání neotevřela. Řekla mu ovšem, že ji uklidňuje, že tady pro ni každý měsíc je, na což psychoterapeut nereagoval zamítavě. Cecílii to uklidnilo, i když například v manželském vztahu ujištění potřebuje často.

9.1.4 Daniela

Daniele je 22 let a první zkušenost s odbornou pomocí měla ve 13 nebo 14 letech, kdy musela na popud OSPODu navštěvovat s rodiči rodinné terapie. Má k rodičům negativní vztah, a dokonce utekla z domu. V 15 letech byla poprvé hospitalizována, protože nemohla chodit, přičemž tyto komplikace byly psychogenního původu. Na hospitalizaci potkala svého budoucího psychoterapeuta, který na ni udělal špatný první dojem.

Na psychoterapii docházela 3 roky každých 14 dní. I když v praxi nespatřuje rozdíly mezi psychoterapeutickými směry, tak ví, že se jednalo o gestalt terapii. Pravidelnost sezení narušovaly časté hospitalizace, kterých bylo kolem patnácti. Daniela psychoterapeutovi

vyčítá, že i když byla hospitalizovaná ve stejné budově, jako měl ambulanci a on pracoval také na lůžkovém oddělení, nechal její termíny propadnout a místo ní si objednal jiné klienty. Z nemocnice ji často brali rodiče na reverz domů, protože nevěřili tomu, že je nemocná.

Daniela na psychoterapii chodila ráda a s psychoterapeutem si rozuměla. Povídali si o různých tématech, např. o škole a problematickém zapojení do kolektivu, o problému s rodiči, ale i o hudbě. Považuje jej za vzdálenějšího kamaráda, který ji kamarády nahrazoval, o tom už se ale dostala do komunity nemocných lidí, kde se kterými se může běžně bavit například i to depresi. V interview se však neustále objevovalo jako klíčové téma domácí násilí. To vedlo k Danielině přesvědčení že, o ni rodiče rozhlásili, že je patologická lhářka, aby jí nikdo nevěřil. Důležité téma v interview bylo tedy to, co se dělo a psychoterapeutovi to neřekla z důvodu: „*že jsem to třeba někde řekla, že mě týrají a oni si to přečetli v té zprávě tedy. A co udělá rodič, který si přečte ve zprávě, že mu dítě tvrdí, že ho týrají, tak ho zmidlí zase*“.

Jelikož Daniela nechtěla být doma, začala simulovat omdlívání, aby se dostala do nemocnice a byla hospitalizovaná. Psychoterapeutovi o tom nemohla říct, aby nenapsal do papírů, že simuluje a tato taktika mohla být pořád funkční. Často se jednalo také o demonstrativní sebevraždy, které měly za cíl dostat ji z domu: „*Mě to jako, ne že bych jako vyloženě chtěla spáchat sebevraždu, ale mě to bylo jedno. Protože každopádně oboje mělo ten efekt, že nebudu doma*“. Ze začátku pro ni bylo důležité, co si o ni psychoterapeut myslí, ale brzy na vše rezignovala a začala si vymýšlet, čímž nevědomky potvrzovala své rodiče a s čímž ji psychoterapeut jedinkrát za psychoterapii konfrontoval. Vlastně se už potom ani nedivila, že jí ostatní nevěří.

Nejvíce však po svém psychoterapeutovi chtěla, aby něco udělal a nepustil ji už domů. Krátce zkoušel vést rodinnou terapii s jejími rodiči, po kterých například chtěl, aby Danielu pochválili, ale to se nedařilo. Zkoušel je rovněž edukovat o Danielině nemoci: „*On se jim jako snažil hodně věci vysvětlit, že třeba jednak za něco může ta nemoc nebo prostě že to není jako vysloveně zlej úmysl.*“ a vysvětloval, co je to disociace, když ji diagnostikoval disociační poruchu. HPO ji byla diagnostikována až v 18 letech.

Problematické bylo ukončení psychoterapie, jelikož se Daniela na sezení svěřila, že ji někdo přepadl a znásilnil. Měla ale dojem, že jí to psychoterapeut nevěří. Následně se pokusila o sebevraždu a byla hospitalizována. Po hospitalizaci jí už bylo 18 let, tak psychoterapii ukončila a odstěhovala se pryč od rodičů. V tomto kontextu psychoterapii

hodnotí jako ztrátu času. Na psychoterapii se taky bavili o tom, že prostě musí vydržet do 18 let. Daniela měla hodně informací o HPO a říkala, že má problém se dostat na některé hospitalizace, protože odmítají lidi s touto diagnózou. V tématech napříč interview se objevovala opakovaná zkušenost s tím, že ji někdo něco nevěří, určitá podezřívavost.

9.1.5 Eva

Evě je 20 let a s odbornou pomocí se setkala 12 let, kdy byla hospitalizovaná z důvodu mentální anorexie. Na hospitalizaci se seznámila s psychoterapeutem a psychiatrickou, se kterými spolupracovala, až do 19 let. V interview mnohdy mluvila v množném čísle o obou odbornících. Ti ji měli v péči během hospitalizací, kterých bylo během sledované doby pět, a zároveň k nim docházela také ambulantně.

Eva většinu času mluvila o intenzitě a výlučnosti jejich psychoterapeutického vztahu a snažila se své pocity, co nejvíce přiblížit. O psychoterapeutovi mluvila, jako o vztahu dcery s otcem, o psychiatrice, jako o matce. Vztah popisovala, jako rodičovský, bezpečný a jako něco, co nikdy nepoznala. Cítila vůči němu respekt a úctu: *„No a já jsem k němu cítila, jako kdyby vztah dcera-otec, jako že takový prostě. Když já jsem s otcem nevyrostala, v životě jsem ho nepoznala, neviděla.“* Intenzivní vztah v ní však vyvolával i negativní emoce, jako strach z opuštění a žárlivost vůči ostatním pacientkám, jelikož je chtěla mít sama pro sebe a vědomí, že se jí věnují jen kvůli tomu, že je to náplní jejich práce, což bylo častým obsahem sezení. Eva v psychoterapii popisuje dva protipóly emocí, které se v jednom okamžiku bijí: *„Strašně silný, některý se jako perou a to tam jako je v jeden moment. Kdyby to byla třeba sem tam, se to střídalo, ale fakt je to v jeden moment ty protipóly a to úplně... mě to trhá“.*

Vnitřní konflikt měl za následek paradoxní přístup ke vztahu. Na jednu stranu se jednalo a velmi krásný a důvěrný vztah, zároveň o tom nemohla Eva psychoterapeutovi říct. Měla strach, že by je odradilo to, že si jimi supluje rodiče a je na ně příliš navázaná, i přesto, že jí psychiatricka tvrdila, že si je toho vědoma a že je to v pořádku, Eva tuto skutečnost nepřiznala: *„protože jsem hodně slýchávala, že když se ten pacient k tomu terapeutovi hodně moc přilne, tak to obvykle končí nějakým vyměněním jo, prostě že hledá někoho jinýho“* Protichůdné emoce taky zapříčinili problém v udržování očního kontaktu. Eva říkala, že se psychoterapeut snažil naučit kontakt udržet, aby ji tím ukotvil tady a teď: *„člověk vidí do těch očí a najednou vidí prostě... zase tu sílu toho krásného pouta a zase tu bolest, že prostě třeba s něma nemůžu být a tak“.*

Pro Evu bylo náročné si uvědomit, co vlastně po psychoterapeutovi potřebuje a říká, že v rámci sezení na ničem moc nepracovali, protože nebyla stabilizovaná, a hlavně se ji snažili držet nad vodou. Přínos spatřovala v samotném vztahu, který ji dal zkušenost skutečné bezpodmínečné lásky. Díky tomu Eva byla schopná například nahlížet na svůj vztah s matkou z jiné perspektivy a postupně ji přestala obviňovat z toho, že má poruchu.

Psychoterapie byla ukončena v jejích 19 letech, kdy už nemohla dále docházet na dětské oddělení. Prvně měla strach, že ji chtějí opustit a nevěřila, že se jedná v zásadě o byrokratické nařízení, ale oba dva jí nabídli, že se s ní nadále rádi uvidí i mimo psychoterapii. V současnosti Eva hledá psychoterapeuta, ale je to pro ni náročné, protože má zkušenosti s několika odmítnutími. Od budoucího terapeuta má jiné očekávání, než od původního: *„Já to беру tak, že to, co bylo a to, co jsem zažila, tak to jsou prostě dva ojedinelý vztahy. Tak teďka by mi snad ani nevadilo, někdo víc profesionálnější, tak jak by to asi mělo být. Už mi je 20 není mi 12“*.

9.1.6 Fiala

Fiale je 18 let a psychoterapeutku vyhledala ve svých 15 letech kvůli sociální fobii. Bála lidí, což jí činilo problémy při vystupování před lidmi, například při zkoušení ve škole, a nedokázala cestovat MHD. Z psychoterapeutky měla obavy, které se projevovaly tak, že se stahovala sama do sebe a nemluvila. Fiala má tendenci narušovat vznikající vztah a důvěru, ve smyslu, že se nechtěla moc otevřít, ale zároveň ví, že by ji to pomohlo a svádí tedy boj sama se sebou: *„pořád je velký téma, protože já mám takovou potřebu od sebe všechny ty lidi od sebe odstrkat, takže když mám pocit, že toho o mě ví moc tak mám jako potřebu ji odstrčit pryč a už tam pak nechci chodit“*. Psychoterapeutka se snažila Fialu rozmluvit, ale její stav respektovala a nikam ji netlačila, dávala ji prostor a respektovala její tempo. Sociální fobie řešili způsobem, že ji psychoterapeutka navrhovala situace související s fobií, kterým se měla vystavit. Fialu motivovalo, když zjistila, že psychoterapeutka mívala taky takové problémy: *„já jsem tak nějak postupně zjistila, že ona, když byla mladá, tak měla sociální fobii taky. To jsem brala tak, jako, že když to zvládla ona, tak já musím taky“*

Psychoterapeutka plnila roli určitého dohledu nad Fialou a v případě potřeby ji preposlala za jiným lékařem, případně doporučila hospitalizaci. Dělo se tak v pomyslné další fázi psychoterapie, kdy stěžejní téma byla mentální bulimie a jídlo: *„mě jako posílala k doktorům a hlídala to, jako aby se to jako nějak nezhoršilo. Kdyby se to zhoršilo, tak mě jako pošle zas někam, což se vlastně pak stalo“*.

V 17 letech ji byla diagnostikovaná emočně nestabilní porucha osobnosti. Prvně na diagnózu Fiala nebrala zřetel, protože byla odhodlaná zabít se před 18. narozeninami. Psychoterapeutce plán neřekla, protože byla rozhodnutá a nechtěla, aby ji přemlouvala. Narozenin se však dožila a tak z toho byla zklamaná: *„Ale asi to bylo takový, jako já najednou žiju a neměla jsem žít a jako žiju. A pak jsem byl naštvaná, když jsem se snažila s tím něco dělat a najednou to tak jako spadlo ten tlak, že se musím zabít. A bylo to, že jako žiju a že se snažím, ale prostě to nejde.“* Fiale se snažila situaci zvládnout, a tak dělala co ji bylo na psychoterapii doporučeno, ale nevnímala, že by ji něco pomohlo. Psychoterapeutka ji podporovala v tom, že má vydržet a že ty činnosti mají smysl. Pro Fialu bylo demotivující, zejména to, že porucha osobnosti není léčitelná oproti předchozím diagnózám.

V době interview měla klidné období a byl plná nadějí. Má velká očekávání: *„pro mě jako úžasný, jako by že to fakt jde a že jako by doufám, že se toho do pár let úplně zbavím.“* Chtěla by se do budoucna naučit ještě lépe zvládat emoce, hlavně sebevražedné myšlenky. Fiale připadá, že před tím ji měla psychoterapie udržet na živu, teď už je možné na něčem pracovat: Opakujícím se tématem interview byly emoce a hlavně motivace. Fiala je buď to přemotivovaná a pevně rozhodnutá něco udělat nebo má opačný problém. Na psychoterapii se s jejími pevnými rozhodnutími pracovalo. Fiala popisuje, že má na sebe přísné nároky, které se v psychoterapii projevují například kontrolou emocí.

Fiala byla při diagnostice nedostatečně informována, a proto si o HPO o načetla sama množství článků. Informace ji dávají nadhled a možnost svobodně se pak rozhodnout: *„přijde mi jakoby tím, že o tom celkově o té poruše osobnosti toho vím fakt jako hodně, tak mi to jakoby pomáhá v tom, že si jako uvědomuji, co dělám a co je co. Mě to jako přijde. Takže se vždycky tak jako přemlouvám a hádám se sama se sebou v tom, že jako můžu a většinou to tak jako funguje, že ta racionální stránka, jako vyhraje.“*

9.1.7 Gabriela

Gabriele je 29 let a odbornou pomoc poprvé vyhledala ve 20 letech na popud přítele. Byla třikrát hospitalizovaná kvůli pokusům o sebevraždu zapříčiněných rozchody. I když ji lékaři na hospitalizaci i psychiatricka doporučovali vyhledání další psychoterapie, neměla na to Gabriela odvahu.

Psychoterapii znovu vyhledala až ve 27 letech, kdy se znovu rozešla s přítelem, aby nemusela být znovu hospitalizována. Začala chodit k psychoterapeutovi, který se specializuje na poruchy osobnosti a kterého už neplatila pojišťovna, ale platila si ho sama,

na což upozorňovala, jako na známku kvality: „*Před tím byla ta v těch 20 nebyla tak efektivní, protože byla přes pojišťovnu a teďka jsem si vyhledala člověka, který se tím zabývá 10 let – poruchama osobnostmi.*“ Hned v úvodu ji psychoterapeut varoval, že není jednoduché na psychoterapii docházet: „*Von mě na začátku upozornil, že hodně lidí s tou psychoterapií, že ji ukončí. A ještě mě na to upozorňoval, že mě to bude bolet, a i mě upozorňoval, že tam budu brečet a že budu na něj naštvaná, že ho budu nesnášet.*“ Na psychoterapii chodila půl roku a měla dvě sezení za týden.

Gabriela se chtěla zejména vyrovnat s rozchodem a vyznat se v sobě, protože nevěděla, kdo je. Psychoterapie ji skutečně držela dál od hospitalizace, ale Gabriela zároveň začala užívat na party drogy jako strategii vyrovnání se s rozchodem. Na psychoterapii Gabriela od psychoterapeuta dostávala mnohá doporučení, které většinou nesplnila např: aby začala sportovat, chodila do normální společnosti, omezila party, střídání partnerů, alkohol či drogy. Změnila ovšem práci a přestala navazovat partnerské vztahy s psychicky nemocnými lidmi: „*Ten psychoterapeut mi dal radu, ať si nehledám do vztahu žádný lidi, kteří jsou psychicky pode mnou, že s nimi prý manipuluju.*“ Tuto radu realizuje tak, že na vztahy rezignovala zcela. Pokud Gabriela nějaké doporučení splnila, psychoterapeut ji pochválil, avšak pokud tomu bylo naopak, zvýšil občas hlas.

Psychoterapeut Gabrielu upozornil, kam její chování spěje: „*Taky mi říkal, právě nastavoval to moje zrcadlo a říkal, že jestli chci za 10 let skončit támhle někde na Hlaváku,*“ ale ona to tak nevidí. Psychoterapeut také navrhoval, aby na psychoterapie přišla se svou matkou, protože jedním z témat bylo dětství, kde se objevovaly problémy s otcem alkoholikem. Vedl ji k tomu, aby otci odpustila, ale Gabriela toho nebyla schopna.

V oblasti „poznání sama sebe“ Gabriela často popisuje, že ji psychoterapeut nastavoval zrcadlo. Vždy když se na sezení odkrylo něco nového, plakala během sezení i po skončení psychoterapie. Psychoterapeut Gabriele vysvětloval, že je dobře na psychoterapii projevit emoce, že to patří k očištnému procesu a naučí se tím emoce kontrolovat. Gabriela vnímala, že ji psychoterapie hodně dává, ale sezení pro ni byla náročná. Opakovaně uvažovala o jejím přerušení, až se nakonec rozhodla psychoterapii ukončit s tím, že jednou v ní bude pokračovat: „*A pak šel hlouběji a hlouběji. A tak jsem ji přerušila. A určitě se tam jednou vrátím k němu.*“ Vnímá, že z jeho rad čerpá do dnes a psychoterapii doporučovala i kamarádům.

Gabriela říkala, že i když psychoterapeut znal její diagnózu, v psychoterapii nehrála roli. Když ji byla diagnóza stanovena, tak ji nebyla vysvětlena a sama si k ní dohledávala informace a dostala se do komunity lidí s podobnými problémy, se kterými ji však psychoterapeut nedoporučoval se stýkat.

9.2 Souhrnná analýza

Následující analýza vychází z předpokladu, že IPA umožňuje podrobit data mikroanalýze, identifikující vzájemné podobnosti a rozdíly napříč případy (Řiháček, Čermák, & Hytych, 2013).

9.2.1 Psychoterapie jako prostředek stabilizace

Cílem všech vybraných psychoterapií byla alespoň v určité fázi terapeutického procesu stabilizace klientky. Respondentky se mnohdy dostaly do péče psychoterapeuta v situacích, kdy bylo narušeno jejich běžné fungování, a v této dekompenzaci odborníka vyhledaly. Stávalo se tak zejména po hospitalizacích zapříčiněných sebevražedným pokusem, jinými komorbidními poruchami a často také poruchou příjmu potravy. Toto narušení běžného fungování nabývalo mnoha podob jako například sociální fobie, sociální izolace nebo vyrovnávání se s rozchodem, kdy se Gabriela snažila předejít psychoterapií hrozící hospitalizaci. (Beata): *„Když jsem do té terapie přišla, tak mi bylo ještě poměrně hodně blbě. Že jsem byla ještě ve stavu, kdy jsem byla mimo, měla jsem silnou medikaci a byla jsem taková jako oukropeček. Takový ptáček zlomenej, s křídlem zlomeným. A nějak jsem si jako uvědomila, že bych chtěla, aby mi bylo líp.“*

Otázka stabilizace se neprojevovala jen na počátcích léčby, ale prostupovala celým psychoterapeutickým procesem. (Eva): *„No, v podstatě mě drželi nad vodou. Byli takový moje rukávky. Takže, no... to bylo... jako hodně let se to táhlo.“* (Gabriela): *„Jo, ale pořád nějak mě držel od toho, abych neskončila na psychině znova.“* (Fial): *„No, jako chvilka to bylo spíš jako udržet mě na živu“.* Stabilizace tak mnohdy byla ústředním cílem psychoterapie, který se v čase vyvíjel jen minimálně. (Eva): *„Mě přišlo, že mě prostě táhli, takže vono tak moc nějak jsme na něčem konkrétním nepracovali, spíš jsme za tu dobu řešili, jak vlastně nepadnout úplně na dno.“* (Fiala): *„Jsem někde četla, že hraniční porucha je neustálá krize, že jakoby to je jedna krize za druhou. Tak to se asi furt řešili ty krize a teďka, už jak je to už takový stabilnější, tak chce abychom vyřešili nějaký ty myšlenky, přání.“*

Ke stabilizaci se váže podpůrný charakter psychoterapie, díky němuž se respondenti začali cítit bezpečně a začali probírat i témata všedního dne. (Beata): *„Je to bezpečnej prostor, kde člověk může říct, co chce a není nic špatně.“* (Cecílie): *„Takže je to pro mě trochu taková skála, taková jistota, že jednou měsíčně na něho trochu vychrlím třeba z manželství problémy, s kamarády takové to běžné, co má asi každý člověk.“*

9.2.2 Psychoterapie jako prostředek sebepoznání a sebereflexe

Jedním z dalších významných cílů psychoterapie, prostupující všemi interview, byl rozvoj sebepoznání a sebereflexe. Respondentky popisovaly specifika osobních charakteristik a projevovaly kritický nadhled. Tato zjištění a uvědomění sloužila k uchopení problematických situací a k předcházení rizikovým situacím nebo naopak k uvědomění si jejich opakování. (Beata): *„No, v té terapii si člověk uvědomí, proč člověk reaguje, tak jak reaguje v určitých situacích a že třeba některý momenty v životě, co už zažíval, můžou být repetitivní. Pak má takovej ten aha moment, kdy je schopnej v sobě nějak hledat určitý souvislosti.“* (Anna): *„... udělalo to zvrát s tím, že jsem uznala, že mé manželství stojí za hovno. To mi otevřelo oči a už prostě jsem si řekla a dost. Ne že ten vztah nefunguje, ale že jsem si nechtěla připustit, že mi zahýbá. Tím pádem jsem se tak rozhodla i s panem doktorem.“*

Zdroje sebe-poznání někdy nevycházely jen ze samotné psychoterapie, ale také z psychoterapeutického vztahu. (Eva): *„Tak vždycky jsem se snažila to pěkný, co mě třeba i říkali prostě nějak shodit. Nevím proč. Takový...jsem tam tomu často říkala, že je to takový myšlenkový nebo psychický sebepoškozování v podstatě. Že shodím nebo zničím to, co je krásný a co by mě mohlo potěšit nebo co by asi normální lidi potěšilo, nevím. Ale rozhodně to bylo vlastně hodně krát obsahem těch pohovorů.“*

9.2.3 Konfrontace jako klíčový moment psychoterapie

V psychoterapiích lze rovněž identifikovat konkrétní momenty, které měly pro samotné respondentky důležitý subjektivní význam. Při přímém dotázání, popisovaly situace jako objetí psychoterapeutem, ztráta kontroly nad emocemi a pláč či ukončení psychoterapie. Opakovaly se situace, kdy byli klienti psychoterapeutem konfrontováni s určitou, často nepříjemnou, skutečností. (Anna): *„Strašně mě zarazila třeba i věta, kdy mi řekl, že ta moje agresivita smrdí kriminálem a on říká ‚já jsem kriminálem prošel‘, tím, že tam dělal psychoterapeuta. ‚Vy byste tam vydržela jenom hodinu‘. To mě taky zarazilo a otevřelo mi*

to oči. (Gabriela): „Jako samozřejmě jsem věděla, že to není dobrý. Taky mi říkal, právě nastavoval to moje zrcadlo, a říkal, že jestli chci za 10 let skončit támhle někde na Hlaváku. Něco, ať se konečně seberu a začnu ze sebou něco dělat, prostě nějak udeřil do nějakého místa. Na konfrontaci klienti zpravidla reagovali stažením se do sebe a odmítáním komunikovat s psychoterapeutem, někdy také naštváním nebo zde nebyla výraznější odezva. Důležitost momentů spočívala v náhlém prozření, které vedlo, ač bylo ve své podstatě nepříjemné, k již zmíněné sebereflexi a sebepoznání.

Konfrontace probíhala také mírnější formou skrze humor. (Cecílie): „nevím, jestli to myslel ze srandy nebo to myslel vážně, ale jednu dobu mi říkal, že jsem taková ta adeptka na krádež dětí, co někde najde nějaké opuštěné v kočárku a že bych si ho odvezla, tak strašně bych ho chtěla. Tak to mě v tu chvíli zarazilo.“ (Beata): „A von si z toho občas udělá srandu, že třeba jako řekne: ‚Já vlastně nechci působit, jako ten autoritativní starej pán, co tě tady bude jako poučovat‘.“

9.2.4 Suplování rolí a léčba terapeutickým vztahem

Při popisu terapeutických vztahů se v interview hojně objevovala přímá pojmenování jejich specifik skrze rolí, které v něm psychoterapeuti zastávali. Jednalo se o vztah otce a dcery, kdy respondentky vůči psychoterapeutovi pociťovaly respekt a úctu, přičemž se mohlo jednat o otce milujícího (Eva): „No a já jsem k němu cítila, jako kdyby vztah dcera-otec, jako že takový prostě. Když já jsem s otcem nevyrůstala, v životě jsem ho nepoznala, neviděla. Takže tam právě to pouto bylo takový hodně.“, otce autoritářského i otce starostlivého (Beata): „A hodně mi, řekla bych, že mi zastupuje různý role v různým období (...) Takže se vlastně o mě i tak vlastně jako otcovsky stará. No a teď je to takový parták.“

Při označení psychoterapeuta jako kamaráda směřoval vztah zejména k porozumění či uvolněnému rozhovoru a akcentována byla možnost svěřit se. (Daniela): *to bylo takové, že jsme spolu fakt měli dobrý vztah, že bych řekla, že spíš než terapeuta, tak jsme byli spíš takoví, jako vzdálenější kamarádi, kterému se mohly říct věci, který bych nemohla říct, jako ani těm kamarádům. Více méně mi jako suploval kámoše.* Pokud psychoterapeut suploval například „moudrého dědečka“, byla vyzdvížena jeho zkušenost, rovnocenná spolupráce a společné zájmy. (Cecílie): „Já myslím, že za ty roky ho беру trošičku jako takového moudrého dědu. On je jako trošku starší, má už nějakou tu moudrost života a fakt vypadá, jako starší člověk, který má, co předat a jakoby ví o tom tématu určitě více než moje okolí.“

9.2.5 Osobní přístup psychoterapeuta

Dalšími specifiky v přístupu terapeutů byl jejich osobní přístup, kdy nevystupovali v roli odosobněného odborníka, ale do procesu se angažovali a sdíleli také informace ze svého soukromí. Mezi ty patřily například koníčky a zájmy jako umění, přičemž svým klientkám doporučovali poezii, filmy či knihy. Někdy se jednalo o spíše icebreaker sezení, jindy o impuls k aktivizaci. (Beata): „...mi dával spoustu odkazů na jiný jako tvůrce, ke kterému třeba tu báseň připodobňoval. Pak mi i půjčoval i knížky, mi půjčil myslím nějakou knížku od Kundery, myslím nějakou esej.“ (Cecílie): „už se známe a on jakoby se samozřejmě taky nějakým způsobem taky otevírá, že mi říká věci ze svého soukromí. (...) Třeba i ta literatura nebo nějaký film probíráme. On mi třeba řekne doporučení na nějaký film, že by mě to mohlo zajímat a podobně.“

Respondentky popisovaly, že se jim psychoterapeut občas zmíní také o svých manželkách nebo zkušenost, což chápou jako projev velké důvěry a o to více vnímají terapeutický vztah jako rovnocenný a vzájemný. (Anna): „Jo, a bavili jsme se třeba i o jeho problémech. Jsem si říkala, pane bože, ten člověk, ne že by mi věřil, ale jako ví, že mám problém a že se mnou nehne, ale přesto mi to jako říká.“

9.2.6 Muž jako psychoterapeut

V rozhovorech bylo často poukazováno i na samotný fakt, že psychoterapeuty respondentek byli muži (výjimka pouze v případě Fialy). Občas se jednalo o pouhou zmínku, která se v kontextu interview ztratila a znovu se již netematizovala, avšak většinou se téma mužů vynořovalo opakovaně zejména ve spojitosti s důvěrou. Muž znamenal odsouzení, autoritu, dětskou či platonickou lásku, vzor muže a otce. (Eva): „Jako, on byl můj vzor, jako můj vzor chlapa. Vůbec ne žádným sexuálníím kontextu a tak, ale spíš takovýto otcovský.“ (Beata): „Ze začátku to bylo takový, jsem si říkala, to je snob, a to mě sere. Je starší a je to autorita a je to muž, což je pro mě dost problematický.“ (Anna): „Třeba tady nebo tam, je to jinačí. Já mám strach, že ten doktor si říká, promiňte, že to tak řeknu, Co tady kurva dělá, ta tady nemá co dělat, ta je zdravá. Takové mám pocity z každé individuálky, pokud je to chlap“. Dle významu přisuzovanému psychoterapeutovi jako muži se objevovala témata důvěry k mužům, potíže v komunikaci či silná projekce otce. Ve spojení s předchozími tématy pak tato oblast tvoří základ ozdravných zkušeností.

9.2.7 Téma rodiny

Obsahem jednotlivých sezení napříč případy bylo také téma rodiny. Pojem rodina obsahuje rovněž téma partnerství, to však bylo v porovnání s pozorností věnované jiným vztahům a rolím marginalizováno. Nejskloňovanějším tématem byli rodiče, zejména otec a dále se podle věku respondentek objevovala i hodnota vlastních dětí. (Cecílie): *„My jsme si s panem psychoterapeutem hodně povídali, že bych chtěla dítě. Že jsem ho chtěla celý život a furt... když to řeknu blbě, nebyl vhodný partner. (...) Pro mě bylo první takový mezník 25 let, kdy jsem chtěla mít rodinu a manžela a podobně. A když to právě nepřišlo, tak se mi sesypalo úplně všechno.“* (Beata): *„Já bych chtěla mít děti v budoucnu a jednou jsme to tam řešili, že bych jako chtěla a on byl jako hrozně skeptický.“*

V případě otců respondentky popisovaly nekonkrétně špatný, nebo nepřítomnost otce, alkohol, týrání, autoritářství. (Fiala): *„Ohledně rodiny většinou. Mě se jako rozvedli rodiče, když mi bylo 5 a pak jsme tatku neviděli nějakých 3, 4 roky, jako vůbec.“* (Gabriela): *„Tak třeba mi taky dával rady, jestli bych byla schopna odpustit mojim rodičům. Mímu otci, který byl alkoholik, je pořád asi a já ho skoro nevidím vůbec. Ani ho nechci vidět a ani nevím, jestli bych byla schopna jim odpustit.“*

V tomto hledu je více než příhodné nahlížet na předchozí podkapitoly *Muž jako psychoterapeut* a *Suplování rolí a léčba terapeutickým vztahem* z komplexněji.

9.2.8 Vztahovačné myšlenky

Respondentky opakovaně upozorňovaly na zdánlivě běžné situace během psychoterapeutických sezení, které de facto prožívaly, jako vlastní selhání. V důsledku toho vůči sobě orientovaly agrese a trýznily se vinou. Mohlo se jednat o malicherné gesto, jakoukoli netransparentnost psychoterapie nebo bezprostřední reakci na momentální nedůvěru k psychoterapeutovi. (Fiala): *„Jakoby vůbec nevím, to bylo jako vždycky něco, co by se mě asi nemělo dotknout nebo jako, že to tak nemyslela, ale já jsem fakt schopná něco si přebrat, fakt jako cokoliv a pak mám pocit, že jsem špatná, že nemá smysl žít, takže to spíše bylo takové. No, ale jako by to nebylo, že bych jí to jako vyčítala nebo tak, spíš to bylo, že já jsem špatná a tak.“* (Beata): *„Třeba když jako nevím... když mám pocit, že je třeba naštváný nebo kvůli něčemu rozlazený, tak si to vždycky začnu vztahovat na sebe. Chtěl třeba skončit 10 min před tím, že je nějaký divnej. A já si řekla, ježíš marie jestli jsem řekla něco, co ho úplně rozstřelilo, tak to se fakt bojím.“* (Eva): *„... že mě jako chtějí vyměnit, že už pro ně*

nejsem dostatečně zajímavý případ, že už su jen jeden z těch mnoha lidí, co tady má jako problém s jídlem a prostě tím osobnostním. A hodně jsem si říkala, že kdybych byla lepší, tak by si mě možná nechali. Kdybych byla, já nevím, hezčí, hubenější, chytřejší, zajímavější, nevím. “

V psychoterapiích se však objevovala i opačná tendence (se vztahovačností úzce související či jí podmiňující) – tedy prožívání výlučnosti a jedinečnosti psychoterapeuta přístupu vůči klientce. Vnímaná výlučnost je spojena s popisovanou podpůrnou funkcí, pocitem bezpečí i s osobním přístupem psychoterapeuta a zejména s akcentací této skutečnosti ve smyslu, že „na mě někomu záleží“ či naopak nezáleží. (Eva): *„A hodně mě to vždycky zraňovalo, když jsem viděla, že si bere nějakou jinou pacientku na pohovor. (...) podle mě vnímá každého toho pacienta, jako osobu ne jako dalšího z těch, kteří k němu přichází.“* (Beata): *„Jsem si říkala týjo, páni fakt mě někdo sleduje, když dělám takovejhle důležitěj krok.“*

9.2.9 Strach z opuštění

Z reflexe psychoterapií v rámci interview vyplývalo, že psychoterapeutický proces byl specifický přítomnou obavou respondentek z ukončení psychoterapie. Tento pocit byl všudypřítomný ve smyslu, že nezáleželo, zda se společná práce daří či ne. Respondentky předem předpokládaly, že k ukončení psychoterapie může dojít kdykoli a trápily se touto představou. (Eva): *„... ale jako mě by to bylo blbý říct, že bych se bála, že by se zlekli. A právě proto by mě chtěli dát pryč, protože by nechtěli někoho, kdo je na ně tak citově vázaný.“* (Cecílie): *„jsem právě jednou říkala, že je to pro mě ta skála a tím jsem si trochu ujišťovala, že nechce, aby to třeba ukončil tu terapii. Že by třeba měl pocit, že jsem na tom lépe a že už to třeba nepotřebuju. Což mne trochu děsilo v té době.“*

I přesto, že je psychoterapeut opakovaně uklidňoval anebo si byly samy vědomy zcestnosti svých myšlenek, odehrávaly se v respondentkách tyto procesy opakovaně a narušovaly vzájemnou důvěru i terapeutický vztah.

9.2.10 Vnitřní rozpory

Respondentky pravidelně zažívaly vnitřní tenzi i mimo strach z opuštění či vztahovačné myšlenky. Tyto vnitřní rozpory charakterizuje současné působení dvou protichůdných sil. Jedna síla směřovala například k důvěře, prožitku hodnotného vztahu či k vědomí toho, že má smysl na psychoterapii docházet. Druhá síla toto vše naopak

podrývala, nabádala k ukončení psychoterapie a výčitkám. Některé respondentky tento vnitřní konflikt popisovaly jako boj racionality a emocí jiné spíše jako boj dvou protichůdných emocí v jeden okamžik. Některých rozporů si respondentky nebyly vědomi, čímž v rozhovorech vznikala paradoxní tvrzení, která posléze vysvětlily nebo pokračovaly v jedno z pólů. (Anna): „Mezi tím jsem docházela k panu doktoru. Čtyři roky, ale vůbec k ničemu to nevedlo. [V jiné části rozhovoru]: Tak to se mnou ukončil, ale tady ty individuálky u pana doktora byly vynikající.“ (Eva): „Strašně silný emoce, některý se jako perou, a to tam jako je v jeden moment. Kdyby to byla třeba sem tam, se to střídalo, ale fakt je to v jeden moment ty protipóly, a to úplně mě to trhá.“ (Fiala): „No to bylo, pořád je velký téma, protože já mám takovou potřebu od sebe všechny ty lidi od sebe odstrkat, takže když mám pocit, že toho o mě ví moc tak mám jako potřebu ji odstrčit pryč a už tam pak nechci chodit. (...) A to je na tom to nejhorší, že vím, že nemám důvod se bát, ale stejně se bojím. A jakoby já si to uvědomuju, já si uvědomuju, že spousta věcí, které dělám jsou jakoby jsou blbosti, že je to zbytečný, ale přesvědčit o tom tu druhou část je fakt náročný.“

9.2.11 Identifikace s diagnózou

Prezentovaná témata tvořila součást psychoterapie, avšak v interview se objevovaly také okruhy, které se na psychoterapii explicitně neřešily, ač jsou její implicitní součástí. Většina respondentek uvádí, že jim nebyla diagnóza HPO objasněna a byly pouze motivovány k užívání léků. Respondentky si začaly informace sami dohledávat především na internetu a následně začaly tuto literaturu a články propojovat se svými problémy a zkušenostmi. Diagnóze samotné, jejím výkladům a stereotypům tak přikládaly různý význam. (Fiala): „No já mám spíš, že to mi třeba přijde, že i u tý hraniční poruchy máte takový, že ty lidi furt to všem cpou a jsou agresivní a to. A to jakoby nedělám. Já jsem... já... ono to asi nemá českou terminologii, ale znáte jako to anglický rozdělení. Vono to v češtině ještě jako nefunguje, ale jmenuje se to jako by tichá hraniční porucha, jako že si to všechno stahuju do sebe.“ (Cecílie): „Že jsem si říkala, že každý člověk je originál, ale v tu chvíli jsem si říkala, tak asi úplně nejsem takový originál. Ona je stejná, jako já, nebo se chová v určitých situacích stejně jako já. Což je takové zvláštní zjištění. Že mě to jakoby definuje, že mě to jakoby předurčuje, kým jsem, mě to tak přijde.“

I přesto, že sami skrze poruchu jako takovou smýšlejí, na psychoterapii se většinou diagnóza neřešila, a naopak byla snaha od ní upustit. (Beata): *Ten terapeut mi říkal, že na mě nekouká, jako... což mi taky hodně pomohlo, že na mě nekouká jako na tu diagnózu, ale*

jako na někoho, komu prostě došly baterky a složil se. (Cecílie): On to obecně moc jakoby nerad... nemá rád takové to škatulkování, že to není důležité. Když někdy řeknu, že třeba jsem blázen, tak říká, že to není správné. Takže se snažíme toho nějak držet tedy toho, abych to dejme tomu nesváděla na tu diagnózu. Pokud byla diagnóza v průběhu psychoterapie akcentována, tak v kontextu vzniku poruchy a orientace na dětství.

10 DISKUZE

Diskuze se zabývá interpretací prezentovaných dat, která nahlíží z širší perspektivy, usouvztažňuje je k teoretické části práce a komparuje je s výsledky obdobných studií. Druhá podkapitola je věnována reflexi limitů výzkumu a jeho rizik.

10.1 Výsledky v kontextu současného poznání

Výzkum zkušeností jedinců s HPO s psychoterapií dospěl k řadě zjištění, prezentovaných v předešlé kapitole, která budou nyní konkrétněji interpretována. Prvním faktem, jež zároveň potvrzuje obecně přijímané statistické údaje prevalence HPO, je již samotné složení výzkumného souboru, tedy 7 žen, které koresponduje s tvrzením, že touto poruchou trpí více žen než mužů (APA, 2015).

Zřejmě nejstěžejnějším cílem psychoterapie HPO je její zaměření na aktuální stabilizaci klienta se snahou ho znovu kompenzovat. Psychoterapie tedy plnila jakýsi rámec dlouhodobé krizové intervence, která je zaměřená na aktuální stav klienta. To je v souladu s dělením léčby HPO dle Praška, Kosové a kol. (2001), kdy se psychoterapie orientuje buď na krizovou intervenci nebo krátkodobou léčbu akutní komorbidní poruchy a teprve až v poslední fázi se zaměřuje na dlouhodobou léčbu poruchy osobnosti. Taková léčba, tedy model dlouhodobé krizové intervence, neodmyslitelně patří k práci s touto klientelou a podle Cristea, Gentili, Cotet a kol. (2017) patří mezi hlavní výstupy psychoterapie.

Opačným případem, tedy dlouhodobější léčbou poruch osobnosti, je například psychoterapie Beaty, jež navštěvuje sezení psychoanalytické psychoterapie až třikrát týdně. Některé z respondentek po stabilizaci přistoupily k řešení komorbidních, hlubších či komplexnějších problémů. Účastnice, které setrvaly ve fázi krizové pomoci v interview sami hodnotily, že celá psychoterapie si nekladla větší cíle než udržení klienta v optimálním stavu. Jako stabilizační prvek se jevilo i samotné docházení na psychoterapii, kde se cítily bezpečně, což je jedna z důležitých snah psychoterapie obecně (Grambal, Praško, & Kasalová, 2017).

Důležitým přínosem psychoterapie byl rozvoj klientovy sebereflexe a schopnosti mluvit o problémech. Tento fakt podporovala zpětná vazba respondentek, během níž opakovaně zaznělo, že jsou na takové typy rozhovorů zvyklé. Snahu o sebepoznání

a sebereflexi, která právě sdílením zkušenosti vstupuje v praxi, potvrzují také Katsakou, Marougka, Barnicot a kol. (2012). Podle nich se klienti snažili porozumět zejména svým problémům, činům, myšlenkám a důvodům, proč se chovají určitým způsobem. Snahu rozšířit klientovo sebepoznání tedy lze chápat jako základní cíl psychoterapie. Výskyt takových poznatků v pozorované míře klientem realizovaného sebepoznání a jeho schopnosti sebereflexe pak odkazují na smysluplnost tohoto procesu.

Sebepoznání bylo respondentům umožněno také prostřednictvím přímé konfrontace s problémem ze strany psychoterapeuta, která byla bezprostředně šokující a jejímž následkem bylo často přerušení aktivní komunikace s psychoterapeutem. U některých klientů pravděpodobně i přetrvávala zlost. Z dlouhodobější perspektivy se však k těmto momentům vrací a hodnotí jako zásadní a s kladným dopadem. Mírnější formou konfrontace bylo užití humoru, který je zároveň bezpečným nástrojem transparentního terapeutického vztahu, tím, že skrze humor zvědomuje a odkrývá obtížná i těžko zpracovatelná sdělení a pravdy. Transparentnost tak bývá spolu s nastavením jasných hranic v rámci terapie pokládána za podmínku úspěšné psychoterapie HPO (Hodgetts, Wright, & Gough, 2007).

Specifičnost psychoterapie HPO spočívá zejména v samotném terapeutickém vztahu, kde se odehrává značná část symptomatologie. Respondentky samy poukazovaly na skutečnost, že jim terapeutický vztah něco supluje. Jednalo se o kamaráda, otce nebo i dědu. Na psychoterapeutech chválily, že jsou osobní a přináší i svá vlastní témata. U svého terapeutického vztahu vnímaly silnou výlučnost, a jsou přesvědčeny, že jeho chování k nim bylo mimořádné. Jak předkládají například Clarkin, Levy, Lenzenweger a kol. (2004) psychoterapeut pracuje s klientovým strachem z opuštění a zároveň s velkou snahou o velmi blízký vztah. Dalo by se možná říci, že ona výlučnost je výslednicí této snahy. Důležitým faktorem bylo také pohlaví psychoterapeuta, což pravděpodobně podporuje proces uzdravování na úrovni chybějících či narušených vztahů respondentek s muži a otci. Vysvětlení tohoto procesu lze nalézt ve fenoménu přenosu, jelikož v sobě zároveň vyvolává nevědomý proces, který odráží předchozí silné zkušenosti, zejména z dětství (Grambal, Praško, & Kasalová, 2017).

Z toho důvodu se jeví jako přirozené, a dokonce i žádoucí, že velký prostor v terapii i samotných interview patřil právě tématu rodiny. Ta mnohdy znamenala významnou hodnotu a prostředek seberealizace či naplnění životního smyslu, jako tomu bylo v případě touhy po dítěti, avšak naopak se téma rodiny mnohdy navracelo také v podobě traumat.

Význam partnerských a rodinných vztahů obsažený v základních tématech interview odpovídá zjištění, že hodnota vztahů patří pro jedince s HPO vůbec k těm nejdůležitějším (Simone, Mohi, Frank a kol, 2018).

Terapeutický vztah měl i další specifika související se symptomy poruchy. Kupříkladu vztahovačnost, kdy jakýkoli i bezvýznamný podnět vyvolal pocity viny často spojené s křivdou a vůči sobě obrácenou agresí. Nízká transparentnost psychoterapeuta jednání tento proces zpravidla povzbuzuje. Navzdory otevřenému vysvětlení zkreslené situace, nedokázaly klientky aktuální emoční stav korigovat. Vztahovačnost je úzce spojena se strachem z opuštění. Každé psychoterapeutovo gesto může být impulsem k ukončení terapie a spustí onen strach. Toto téma se objevuje také ve výzkumu Katsakou, Marougka, Barnicot (2012), kde vyšlo najevo, že respondenti chtěli s pocity opuštění cíleně pracovat, avšak tuto práci pokládali za velmi náročnou.

Jak vyplynulo z analýzy, je terapeutický vztah spjat s mnohými paradoxy. Při jeho navázání začínou vznikat protichůdné síly. Racionalita a silné pozitivní emoce podporovaly navázanost na psychoterapeuta. Oproti tomu strach z opuštění, vztahovačnost či pocity bolesti od tohoto vztahu odrazovaly. Respondentky si těchto rozporů byly z velké části vědomy, ovšem někdy se naopak uchýlily k černobílému vidění psychoterapie a skrze impulzivní reakce vytvářely paradoxní tvrzení, která vychází z psychopatologie (APA, 2015).

Dle zkušenosti většiny respondentek jim při diagnostice nebyla diagnóza dostatečně vysvětlena, což v některých vzbudilo frustraci, v jiných spíše apatii. Obdobně situaci popisuje Fallon, (2003), kdy lékaři nejsou ochotni klientům jejich diagnózu vysvětlit. Většina z nich si však sama vyhledala informace, které propojovala se svými problémy a uplatňovala v pohledu na sebe sama. Psychoterapie se spíše snaží vyhýbat řešení diagnóz, aby nedocházelo ke stigmatizaci či naopak ke schovávání se za diagnózu. Otázkou však je, zda jsou tato preventivní opatření vhodná či naopak škodlivá, jelikož hrozí nebezpečí, že klient nedokáže rozlišovat důvěryhodnost zdrojů a získané informace se svou zkušeností propojí velmi zkratkovitě a schematicky. Výzkum tak otevřel otázku vědomé práce s diagnózou v rámci psychoterapeutického procesu, jako prostředku sebe-uvědomění.

V dalších výzkumech by bylo přínosné zabírat se více právě touto oblastí vztahu diagnózy k životu a k psychoterapii.

10.2 Limity a rizika výzkumu

Specifikem výzkumu je zaměření se na psychopatologii její vliv na vnímání vlastní zkušenosti klientem. Vyhraněná kritika by mohla spočívat v tvrzení, že takoví lidé s nejasnou identitou nejsou schopni nahlížet na svoji prožitou zkušenost v psychoterapii, a tudíž není možné vést výzkum tímto směrem. Autor zastává názor, že pokud je možné s touto klientelou psychoterapeuticky pracovat a jsou vedeni k uvědomování si svého chování a k sebereflexi, je možné zkoumat jejich zkušenost formou interview a hermeneuticko-fenomenologických principů. Zároveň se jedná o stěžejní limit výzkumu, který si žádá být náležitě reflektován.

HPO se z velké části projevuje ve sféře sociálních vztahů, kdy dle DSM-5 (APA, 2015) oscilují mezi idealizací a devalvací psychoterapeuta. Respondent se mohl nalézat v obou těchto pólech, což se odráží na smýšlení o svých zkušenostech. Výzkumník s tímto vlivem pracoval ve dvou oblastech: 1. Způsob vedení rozhovoru 2. Uvědomování si specifík interpretace.

V samotném interview byly získávány informace od respondenta zprvu v rovině obecné, kde se příležitostná emoční vyhraněnost projevovala. V další fázi interview, ve chvíli, kdy se rozhovor zaměřil na konkrétní psychoterapii a konkrétní situace, již nebyl emoční apel toliko dominantní, nýbrž objevovala se spíše konkrétní specifika vztahu. Pokud se rozpor objevil, byl na něj respondent dotázán. Někdy své protichůdné smýšlení sám reflektoval jindy nenyl nadhledu schopen. Na psychoterapii tedy lze nahlížet v rovině obecné i konkrétní (např. jak psychoterapeut vypadal, jak sezení probíhala) nebo ji lze porovnávat s jinými zkušenostmi.

Určitým rizikem byla náročnost interview, v případě, že by se účastníci nebyli schopni dělit o svou zkušenost. Za tímto účelem byly provedeny dvě pilotní interview s fiktivními respondenty, aby byla vhodně stanovena struktura interview a aby se na jeho vedení připravil také samotný výzkumník. Ze zpětné vazby na konci každého realizovaného interview vyplynulo, že všichni respondenti jsou zvyklí svou subjektivní zkušenost formulovat a sdělovat.

Vyhledávání respondentů skrze psychologické a psychiatrické ambulance či klinické psychology a psychiatry se ukázalo jako krajně neefektivní. Výzkumník předpokládal nízkou návratnost, ale získal tímto způsobem pouze 2 respondenty. Důvodů nízké návratnosti mohlo být hned několik: absence klientů či to, že byli zrovna ve fázi stabilizace,

případně neochota psychoterapeutů, jež mohla pramenit z obavy, že by výzkum narušil terapeutický proces. Limitem výzkumu byla také jednorázová povaha interview, což znemožnilo sledovat specifika daného klienta v čase.

V IPA je kladen důraz na homogenitu vzorku. HPO v sobě má zakotvenou určitou variabilitu již v různorodosti svých symptomů a svými komorbidními poruchami. Větší homogenity se dalo docílit zaměřením na konkrétní psychoterapeutický směr nebo specifikovanou cílovou skupinu.

11 ZÁVĚRY

Práce zodpovídá výzkumnou otázku: *Jakou mají zkušenost jedinci s hraniční poruchou osobnosti s psychoterapií?* Analýza sedmi interview identifikovala klíčových 11 témat, které se v psychoterapii objevovali:

1. Psychoterapie jako prostředek stabilizace
2. Psychoterapie jako prostředek sebepoznání a sebereflexe
3. Konfrontace jako klíčový moment psychoterapie
4. Suplování rolí a léčba terapeutickým vztahem
5. Osobní přístup psychoterapeuta
6. Muž jako psychoterapeut
7. Téma rodiny
8. Vztahovačné myšlenky
9. Strach z opouštění
10. Vnitřní rozpory
11. Identifikace s diagnózou

Práce přišla se zajímavými zjištěními, které pomáhají lépe porozumět individuální psychoterapii jedinců s HPO, jejím cílům, tématům a specifik terapeutického vztahu.

12 SOUHRN

Předkládané bakalářská práce se zabývá jedinci s hraniční poruchou osobnosti (HPO) v individuální psychoterapii, přičemž jejím cílem bylo zodpovědět výzkumnou otázku: *Jaká je zkušenost jedinců s hraniční poruchou osobnosti s psychoterapií?*

Teoretická část obsahuje čtyři podkapitoly, které představují specifika jedinců s HPO a zároveň objasňují odbornou diskuzi a přístupy k problematice léčby zaměřené na individuální psychoterapii. První kapitola teoretické práce představila základní rámec HPO skrze výchozí pojem „osobnost“, skrze který byly dále popsány poruchy osobnosti se svými základními specifiky.

Následující kapitola se již úzce zaměřila na téma HPO. Zabývala se prevalencí a narůstající tendencí diagnózy, rozdíly mezi muži a ženami, zmínila problematiku častých komorbidních poruch, problematiku vzniku HPO a míru její stability v čase. U každé z těchto oblastí se práce snažila nastínit vícero pohledů na tutéž oblast, jež se často vzájemně vylučují. Práce tak chtěla zdůraznit kontroverzi a dynamičnost tématu. Samotná HPO pak byla nahlížena zejména skrze diagnostické manuály DSM-5 a MKN-10 – skrze kategoriální a dimenzionální diagnostiku. Těžištěm přitom bylo představení procesů pramenících z diagnostiky a symptomatiky jež sloužilo, jako východisko pro budoucí porozumění specifikům individuální psychoterapie HPO i praktické části práce.

Třetí kapitola se zabývala problematikou a možnostmi léčby HPO. Nejprve prezentovala úskalí a přínosy farmakoterapií a následně se již orientovala na téma psychoterapie. Zdůrazněn je přechod od diagnostiky k výběru vhodné léčby, její účinnosti. Následující čtvrtá kapitola se již zaměřila striktně na jedince s HPO v individuální psychoterapii. Popsala obecné a konkrétní cíle psychoterapie, motivaci a očekávání klienta i odborníka. Představila jednotlivé procesy ovlivňující a probíhající psychoterapii, jako stigmatizaci, prožívání klienta i prožívání psychoterapeuta. Důraz je kladen na utváření a specifika terapeutického vztahu, jako základní faktor léčby.

Výzkumné zaměření práce spočívá v analýze zkušeností jedinců s HPO s individuální psychoterapií. Existující výzkumy se problematikou povětšinou zabývají z pozice psychoterapeuta a pohled klienta je méně reflektovaný a v našich podmínkách

opomíjený. Výzkum bakalářské práce je výzkumem kvalitativního typu využívající optiky interpretativní fenomenologické analýzy (IPA).

Oslovení respondentů probíhalo metodou záměrného výběru skrze psychologické a psychiatrické ambulance nebo klinické psychology a psychoterapeuty poskytující psychoterapii, kterou byly získány 2 respondentky. Posléze skrze podpůrné skupiny pro lidi s HPO na sociálních sítích metodou samovýběru, kterou bylo získáno dalších 5 respondentek. Výsledný soubor tvořilo 7 žen nad 18 let, všechny měly zkušenost s individuální psychoterapií. S respondentkami bylo provedeno semistrukturované interview, jehož otázky postupovaly od obecného popsání a vyhledání pomoci až k jedné vybrané psychoterapii, většinou aktuální nebo nejdelší, na které interview orientovalo.

Výzkumník představil každé respondentce informovaný souhlas, jež zahrnoval rovněž souhlas s pořízením audionahrávky z interview. Další body se týkaly anonymity a dobrovolnosti, každé respondentce náležela odměna 200 Kč. Pro analýzu interview byla vybrána metoda IPA. Data byla nejdříve přepisována a opakovaně pročitána. Následně se k výrokům psaly volné komentáře, ze kterých při dalších čteních vznikla témata, která byla následně kategorizována. Témata vzešlá z interview byla prezentována případovými studiemi. Každé interview se analyzovalo odděleně. Posledním krokem bylo identifikovat společná témata napříč případy.

Analýza odhalila 11 klíčových témat: Ve všech případech hrála v psychoterapii roli, alespoň po určitou dobu, stabilizace klienta, který nebyl schopný plnohodnotně fungovat. Psychoterapie vedla respondentky k sebepoznání, a nyní dokáží popsat vlastní chování a prožívání. Pro uvědomění si určité skutečnosti psychoterapeuti s problémem klientky přímo konfrontovali. Ty popisují situaci jako náročnou, avšak z dlouhodobého hlediska se významně podílela na sebeuvědomění a vypěstování sebereflexe, a proto ji řadily mezi klíčové momenty psychoterapie. Na psychoterapii se řešila témata nejbližší rodiny, kde se objevovalo převážně narušení vztahu s otcem. Dále se objevovala specifika terapeutického vztahu – problematičnost toho, že psychoterapeut je muž, což v sobě skýtalo příležitost suplování určité role psychoterapeutem, která měla efekt na léčbu. Terapeutický vztah byl osobní ze strany klienta i psychoterapeuta a respondentky jej popisovaly jako výlučný. V souvislosti se vztahem se u nich objevoval strach z opuštění, vztahovačnost, která ústila v pocity viny a ztrátu smyslu. V terapeutickém vztahu se objevovaly vnitřní konflikty spočívající v boji dvou protichůdných emocí najednou, či boj racionality a emocí se kterými souviselo i balancování důvěry a motivace.

Posledním úkolem bylo propojování znalostí o diagnóze s vlastními problémy klienta. To ale psychoterapeuti nepodporovali, protože dávali důraz na „nezaškatulkování“ klienta. Výzkum však ukázal potenciál vědomě pracovat se specifiky a významem diagnózy v rámci psychoterapeutického procesu. Diagnóza by sloužila jako prostředek k uvědomění vlastních strategií chování a důvodů jejich vzniku, což otevírá možnosti alespoň částečné kontroly projevů poruchy, tím spíše, že respondentky takto pracují zcela intuitivně a poznatky o symptomech získávají skrze samostudium.

LITERATURA

1. Adler, JM. (2012) Living into the story: agency and coherence in a longitudinal study of narrative identity development and mental health over the course of psychotherapy. *J Pers Soc Psychol*, 102, 367–89.
2. American Psychiatric Association. (2012). *Rationale for the Proposed Changes to the Personality Disorders in DSM-5*. 5-1-12. Získáno 19. 1 2019, z <https://www.scribd.com/document/373354449/Rationale-for-the-Proposed-Changes-to-the-Personality-Disorders-in-DSM-5-5-1-12>
3. American Psychiatric Association (2001). *Practise Guidelines for the Treatment of Patients with Borderline Personality Disorders*. Washington, D. C.: APA.
4. Aviram, R. B., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2006). Borderline Personality Disorder, Stigma, and Treatment Implications. *Harvard Review of Psychiatry* (Taylor & Francis Ltd), 14(5), 249–256. <https://doi.org/10.1080/10673220600975121>
5. Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). Psychotherapy for bordeline personality disorder : mentalization-based treatment. *Oxford*: Oxford University. Retrieved from <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,cookie,url,uid&db=cat03959a&AN=upol.m0243099&lang=cs&site=eds-live&authtype=shib&custid=s7108593>
6. Bellino, S., Rinaldi, C., Bozzatello, P., & Bogetto, F. (2011). Pharmacotherapy of borderline personality disorder: a systematic review for publication purpose. *Current Medicinal Chemistry*, 18 (22), 3322–3329. Retrieved from <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,cookie,url,uid&db=mdc&AN=21728970&lang=cs&site=eds-live&authtype=shib&custid=s7108593>
7. Cakirpaloglu, P. (2013). *Vybrané kapitoly psychologie osobnosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
8. Corrigan PW, Watson AC (2002) The paradox of self-stigma and mental illness. *Clin Psychol Sci Pract*. 9, 35–53.
9. Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., Kernberg, O.F. (2004).The Personality Disorders Institute/Borderline Personality Disorder Research Foundation randomized control trial for borderline personality disorder: rationale, mothods, and patient Characteristics. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 52-72.

10. Cristea, Gentili, Cotet, Palomba, Barbui, Cuijpers (2017). Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 74, 319–28.
11. *DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. (2015). Praha: Hogrefe - Testcentrum.
12. Ellison, W. D., Rosenstein, L. K., Morgan, T. A., & Zimmerman, M. (2018). Community and Clinical Epidemiology of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 41, 561–573. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.008>
13. Fallon, P. (2003). Travelling through the system: the lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10 (4), 393-401.
14. Fassbinder E., Assmann, N., Schaich, A., Heinecke, K., Wagner, T., Sipos, V., ... Schweiger, U. (2018). PRO*BPD: effectiveness of outpatient treatment programs for borderline personality disorder: a comparison of Schema therapy and dialectical behavior therapy: study protocol for a randomized trial. *BMC Psychiatry*, Vol 18, Iss 1, Pp 1-17 (2018), (1), 1. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1905-6>
15. Fertuck, E. A., Fischer, S., & Beeney, J. (2018). Social Cognition and Borderline Personality Disorder Splitting and Trust Impairment Findings. *Psychiatric clinics of north America*, 41(4), 613. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.003>
16. Grambal, A., Praško, J., & Kasalová, P. (2017). *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Praha: Grada Publishing.
17. Green, B., & Wood, S. (2004). Personality disorder: Attitudes, understanding, and treatment. *Nursing Times*, 100, 40–43.
18. Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
19. Hodgetts, A., Wright, J., & Gough, A. (2007). Clients with borderline personality disorder: Exploring their experiences of dialectical behaviour therapy. *Counselling & Psychotherapy Research*, 7(3), 172–177. <https://doi.org/10.1080/14733140701575036>
20. Holthausen, B. S., & Habel, U. (2018). Sex Differences in Personality Disorders. *Current psychiatry reports*, 20(12). <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0975-y>
21. Jobst, A., Hörz, S., Birkhofer, A., Rentrop, M., & Martius, P. (2010). Psychotherapists attitudes towards the treatment of patients with borderline

- personality disorder. *PPmP Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 60(3–4), 126–131. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1220764>
22. Jochems, E. C., van Dam, A., Duivenvoorden, H. J., Scheffer, S. M., van der Feltz-Cornelis, C. M., & Mulder, N. L. (2016). Different Perspectives of Clinicians and Patients with Severe Mental Illness on Motivation for Treatment. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(5), 438–451. doi:10.1002/cpp.1971
 23. Katsakou C, Marougka S, Barnicot K, Savill M, White H, Lockwood K, et al. (2012) Recovery in borderline personality disorder (BPD): a qualitative study of service users' perspectives. García AV.
 24. Keeley, J. W., Flanagan, E. H., & McCluskey, D. L. (2014). Functional impairment and the DSM-5 dimensional system for personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 28(5), 657–674. [https://doi.org/10.1521/pedipass:\[_\]2014_28_133](https://doi.org/10.1521/pedipass:[_]2014_28_133)
 25. Kratochvíl, S. (2017). *Základy psychoterapie* (7. vydání). Praha: Portál.
 26. Krawitz, R. & Watson, C. (2003). *BPD, a practical guide to treatment*. Oxford: University.
 27. Lai, C. M., Leung, F., You, J., & Cheung, F. (2012). Are DSM-IV-TR borderline personality disorder, ICD-10 emotionally unstable personality disorder, and CCMD-III impulsive personality disorder analogous diagnostic categories across psychiatric nomenclatures? *Journal of Personality Disorders*, 26(4), 551–567. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.4.551>
 28. Limandri, B. J. (2018). Psychopharmacology for Borderline Personality Disorder. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 56(4), 8–11. <https://doi.org/10.3928/02793695-20180319-01>
 29. Linehan M. (1993). Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. *The Guilford Press*, New York: 558s.
 30. *Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize : duševní poruchy a poruchy chování : popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. (2000) (2. vyd.). Praha: Psychiatrické centrum.
 31. Miller, J. D., Morse, J. Q., Nolf, K., Stepp, S. D., & Pilkonis, P. A. (2012). Can DSM-IV borderline personality disorder be diagnosed via dimensional personality traits? Implications for the DSM-5 personality disorder proposal. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(4), 944–950. <https://doi.org/10.1037/a0027410>
 32. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.

33. Nakonečný, M. (2009). *Psychologie osobnosti* (Vyd. 2., rozš. a přeprac.). Praha: Academia.
34. Ocisková, M., & Praško, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing.
35. Oldham, J., Gabbard, G., Goin, M., Gunderson, J., Soloff, P., Spiegel, D., & Phillips, K. (2010). *Practice guidelines for the treatment of patients with borderline personality disorder*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
36. Paris J. Why psychiatrists are reluctant to diagnose borderline personality disorder. *Psychiatry* 2007;(1):25–39.
37. Pastucha, P. (2003). Terapie hraniční poruchy osobnosti - dialektická behaviorální terapie. *Psychiatr. Praxi*, 4(5), 221-222.
38. Praško, J. (2015). *Poruchy osobnosti* (3. vyd.). Praha: Portál.
39. Praško, J., Pěč, O. (2014). *Hraniční porucha osobnosti*. In: Raboch, J., Uhlíková, P., Hellerová, P., Anders, M., Šusta, M. *Psychiatrie: Doporučení postupu psychiatrické péče IV*. Česká psychiatrická společnost, 156-164.
40. Praško, J. P., Kosová, J., Pašková, B., & Prašková, H. (2001). Léčba poruch osobnosti I. *Psychiatrie pro praxi*, 1, 25-29.
41. Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza: Čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita. Získáno 12. prosince 2018 z <http://www.opvk.fss.muni.cz/ikapsy/uploads/Kvalitativni-analyza-textu.pdf>
42. Sansone, R. A., & Wiederman, M. W. (2014). Sex and age differences in symptoms in borderline personality symptomatology. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 18(2), 145–149. <https://doi.org/10.3109/13651501.2013.865755>
43. Saha, T. D., Ruan, W. J., Pulay, A. J., Grant, B. F., Pickering, R. P., Chou, S. P., ... Dawson, D. A. (2008). Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorder: Results from the Wave 2. *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsair&AN=edsair.od.....908..93555f42c2b05a34e2df00a125ccacc2&authtype=shib&lang=cs&site=eds-live&authtype=shib&custid=s7108593>
44. Sebastian, A., Jacob, G., Lieb, K., & Tüscher, O. (2013). Impulsivity in borderline personality disorder: a matter of disturbed impulse control or a facet of emotional dysregulation? *Current Psychiatry Reports*, 15(2), 339. Retrieved from

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=23424747&authtype=shib&lang=cs&site=eds-live&authtype=shib&custid=s7108593>

45. Simone R. Mohi, Frank P. Deane, Anne Bailey, Dianne Mooney-Reh, & Danielle Ciaglia. (2018). An exploration of values among consumers seeking treatment for borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, Vol 5, Iss 1, Pp 1-10 (2018), (1), 1. <https://doi.org/10.1186/s40479-018-0085-9>
46. Smith, J. A. (2011). Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. *Health Psychology Review*, 5 (1), 9–27
47. Smith, J. A., Flowers, P., Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. London: Sage Publications.
48. Smith, J. A. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 1, 39–54.
49. Smolík, P. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástinnozologie, diagnostika* (2. rev. vyd). Praha: Maxdorf.
50. Stoffers JM, Vollm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;8:CD005652.
51. Terzi, L., Martino, F., Berardi, D., Bortolotti, B., Sasdelli, A., & Menchetti, M. (2017). Aggressive behavior and self-harm in Borderline Personality Disorder: The role of impulsivity and emotion dysregulation in a sample of outpatients. *Psychiatry Research*, 249, 321–326. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.011>
52. Tusiani-Eng, P., & Yeomans, F. (2018). Borderline Personality Disorder. Barriers to Borderline Personality Disorder Treatment and Opportunities for Advocacy. *Psychiatric Clinics of North America*, 41, 695–709. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.006>
53. Vymětal, Jan a kol. (2004): *Obecná psychoterapie* (2. vyd.). Praha: Grada Publishing.
54. World Health Organization (2006). *MKN-10. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka* (3rd ed.). Praha: Psychiatrické centrum Praha.

55. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Silk KR, Hudson JI, McSweeney LB. (2007). The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. *Am J Psychiatry*.164, 929–35.

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Informovaný souhlas
2. Letáček k výzkumu

Informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci diplomové práce

Název práce: Zkušenost jedinců s hraniční poruchou osobnosti s psychoterapií

Autor práce: David Richter

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Vaculčíková Sedláčková, Ph.D.

Termín realizace: 2019

Místo realizace: Olomouc

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami účasti na výzkumu „Zkušenost jedinců s hraniční poruchou osobnosti s psychoterapií“, a že se jej účastním dobrovolně.

Beru na vědomí, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu jsou anonymní a nebudou použity jinak, než k interpretaci výsledku v rámci diplomové práce a její vědecké prezentaci.

Za účast ve výzkumu jsem převzal/a odměnu 200 Kč.

Rovněž беру на vědomí, že mohu z výzkumu kdykoli, podle svého vlastního uvážení, vystoupit.

Informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou kopiích, z nichž jedna zůstává výzkumníkovi.

Souhlasím/Nesouhlasím, aby byla z interview pořízena audio nahrávka, která bude uchována na za heslovaném počítači a bude k ní mít přístup pouze výzkumník.

Dne.....

Hledáme účastníky výzkumu!

Pro účely výzkumu diplomové práce vznikající na katedře psychologie Univerzity Palackého v Olomouci hledám osoby s [diagnostikovanou hraniční poruchou osobnosti](#), které navštěvovaly či navštěvují psychoterapii. Práce je zaměřena na Vaše zkušenosti s psychoterapií a potřebná data budou sbírány prostřednictvím individuálních rozhovorů.

Účastníkům výzkumu náleží finanční odměna 200 Kč, a je jim [garantována anonymita](#). Místo i čas rozhovoru je variabilní – dle Vašich možností. V případě zájmu, či pro více informací, mne neváhejte kontaktovat na emailu: david.richter01@upol.cz



Univerzita Palackého
v Olomouci

Těším se na spolupráci!
David Richter