

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Institut sociálního zdraví



**Aspekty vedoucí ke zpřesnění indikace k zavedení dialekticko-
behaviorální terapie u terapeuticky perspektivních pacientů s hraniční
poruchou osobnosti**

Aspects leading to refinement of the indication for Dialectical Behavior
Therapy in therapeutically promising patients
with borderline personality disorder

Diplomová práce

Olomouc 2025
Autor: Mgr. Pavlína Kelíšková
Vedoucí práce: MUDr. Michal Kryl

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité zdroje a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Olomouci, dne 15. dubna 2025

.....

Podpis

Poděkování

Ráda bych vyjádřila poděkování MUDr. Michalu Krylovi, vedoucímu mé diplomové práce, za její odborné vedení, metodickou oporu, cenné rady, trpělivost a množství času, které mi v rámci této diplomové práce věnoval. Dále bych chtěla poděkovat Mgr. Veronice Navrátilové za její vedení výzkumné části práce, za udělené rady a doporučení a také za velkou oporu a množství času a trpělivosti, které mi věnovala.

Mé poděkování patří také všem odborníkům z DBT oddělení Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice Brno, kteří byli nápomocni množstvím cenných rad a pomohli s realizací výzkumné části práce, a také odborníkům z Psychoterapeutického oddělení Psychiatrické nemocnice v Kroměříži za jejich rady a podněty.

Poděkování také patří všem účastníkům výzkumu za jejich ochotu se výzkumu zúčastnit, za projevenou důvěru a otevřenost ve výpovědích.

V neposlední řadě chci poděkovat své rodině za její podporu během celého studia a především za trpělivost se mnou v průběhu psaní této práce.

Abstrakt diplomové práce

Název práce: Aspekty vedoucí ke zpřesnění indikace k zavedení dialekticko-behaviorální terapie u terapeuticky perspektivních pacientů s hraniční poruchou osobnosti

Autor práce: Mgr. Pavlína Kelíšková

Vedoucí práce: MUDr. Michal Kryl

Počet stran: 89

Abstrakt:

Teoretická část této diplomové práce se věnuje teoretickému ukotvení tématu a vymezuje základní informace uvádějící do problematiky všech oblastí souvisejících se zaměřením práce. Jsou jimi témata osobnost, její formování a patologie, základní vymezení emočně nestabilní poruchy osobnosti se zaměřením se na hraniční typ a třetím tématem je dialekticko-behaviorální terapie, její vymezení, struktura a aplikace.

Výzkumná část se zaměřuje na mapování jednotlivých oblastí života pacientů s hraniční poruchou osobnosti, kteří absolvovali DBT, jako je rodinné zázemí, sociální prostředí, v němž žijí, vztahy, přítomnost spirituality v jejich životě, obraz životního stylu, průběh projevů poruchy a léčby a nalézání společných pozitivních prvků, které mohou vést k vyšší míře pacienty vnímané úspěšnosti léčby.

Kvalitativní výzkum byl realizován formou polostrukturovaných rozhovorů vedených s absolventy DBT programu na Psychiatrické klinice Fakultní nemocnice v Brně, přičemž do výzkumu se zapojilo šest účastníků, z nichž všichni byli absolventy ambulantní DBT v Brně a současně všichni docházeli do návazných absolventských skupin.

Výsledky ukazují, že velmi záleží nejen na vnitřní struktuře osobnosti každého účastníka a na jeho životní filosofii, zájmech, ale také na vztazích a sociálním prostředí, ve kterém daný člověk žije, a samozřejmě na jejich houževnatosti a ochotě ke změně života.

Výsledky práce mohou být inspirací či motivací pro všechny zájemce o účast v tomto programu, pro jejich rodiny, ale také pro všechny odborníky, kteří s pacienty s hraniční poruchou osobnosti přijdou do kontaktu a chtějí je společně provést cestou ke kvalitnějšímu a lepšímu životu v budoucnosti.

Práce se také může stát podkladem pro množství dalších výzkumů v této oblasti.

Klíčová slova

osobnost, patologie vývoje osobnosti, hraniční porucha osobnosti, dialekticko-behaviorální terapie, bio-psycho-socio-spirituální dimenze osobnosti, motivace, dovednost

Abstract of Thesis

Title: The Influence of Anamnesis Mapping on the Quality and Effectiveness of the Psychotherapeutic Process in Therapy with Children

Author: Mgr. Pavlína Kelíšková

Supervisor: MUDr. Michal Kryl

Number of pages: 89

Abstract:

The theoretical part of the thesis is devoted to the theoretical anchoring of the topic and defines the basic information, introducing the issues of all areas related to the focus of the thesis, such as personality, personal formation and pathology, the basic definition of emotionally unstable personality disorder with a focus on the borderline type, and the third topic is dialectical-behavioral therapy, its definition, structure and application.

The research part focuses on mapping different areas of the lives of patients with borderline personality disorder who have undergone DBT, such as family background, the social environment of their lives, personal relationships, the presence of spirituality in their lives, lifestyle image, the course of manifestations of the disorder and treatment, and finding common positive elements that can lead to higher rates of patient-perceived treatment success.

Qualitative research was shaped by semi-structured interviews conducted with graduates of the DBT program at the Psychiatric Clinic of the University Hospital in Brno, with six participants, all of whom were graduates of the outpatient DBT program in Brno and all of whom were also attending follow-up graduate groups.

The results show that the internal structure of each participant's personality and their life philosophy and interests matter a great deal, as well as the relationships and social environment in which the person lives and, of course, their resilience and willingness to change their lives.

The results of the thesis can be an inspiration or motivation for all those interested in participating in this programme, for their families, but also for all professionals who come into

contact with patients with borderline personality disorder and want to guide them together on their way to a better quality of life in the future.

The thesis may also become the basis for a lot of further research in this area.

Keywords:

personality, pathology of personality development, borderline personality disorder, dialectical-behavioral therapy, bio-psycho-socio-spiritual dimensions of personality, motivation, skill

OBSAH

OBSAH	8
ÚVOD	10
I. TEORETICKÁ ČÁST	11
1 OSOBNOST	11
1.1 Definice osobnosti	11
1.2 Formování osobnosti a bio-psycho-socio-spirituální model osobnosti	13
1.3 Vývoj osobnosti	13
1.4 Patologie vývoje osobnosti	15
1.4.1 Biologické a psychosociální aspekty vzniku duševních chorob.....	15
1.5.2 Klasifikace poruch osobnosti	19
1.5.3 Prevalence poruch osobnosti	20
2 EMOČNĚ NESTABILNÍ PORUCHA OSOBNOSTI	21
2.1 Popis diagnostické jednotky emočně nestabilní poruchy osobnosti	21
2.2 Diagnostická kritéria pro emočně nestabilní poruchu osobnosti podle MKN-10	22
2.3 Hraniční porucha osobnosti	24
2.3.1 Etiologie HPO	24
2.3.2 Diagnostika HPO.....	25
2.3.3 Epidemiologie	26
2.3.4 Terapie hraniční poruchy osobnosti	26
3 DIALEKTICKO-BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE	28
3.1 Kognitivně-behaviorální terapie, její základní principy a užívané postupy v terapii	28
3.1.1 Vývoj KBT	28
3.1.2 Základní myšlenky KBT	29
3.1.3 Metody využívané v rámci KBT	31
3.2 DBT Jako terapeutický postup	33
3.2.1 Vznik DBT	33
3.2.2 Principy DBT	35
3.2.3 Struktura a funkce léčby DBT	36
3.2.4 Komponenty a moduly DBT programu.....	37
3.2.5 Aplikace DBT s ohledem na různé typy poruch, úspěšnost	40
3.2.6 Aplikace DBT programu v praxi v České republice	41
II. VÝZKUMNÁ ČÁST	43
4 FORMULACE PROBLÉMU	43
5 POPIS REALIZOVANÉHO VÝZKUMU	44
5.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky	44

5.1.1 Hlavní cíl	44
5.1.2 Dílčí cíle	44
5.1.3 Hlavní výzkumná otázka	44
5.1.4 Dílčí výzkumné otázky	44
5.2 Výzkumný soubor	45
5.2.1 Nábor účastníků	45
5.2.2 Popis účastníků	46
5.3 Organizace výzkumu	47
6 VÝZKUMNÝ PŘÍSTUP	48
6.1 Použité metody	48
6.1.1 Metoda sběru dat	48
6.1.2 Metoda analýzy dat	49
6.1.3 Vlastní provedení analýzy	49
6.2 Etika a ochrana soukromí	51
6.3 Osobnost výzkumníka	52
6.3.1 Sebereflexe	52
7 VÝSLEDKY	54
7.1 Bio-psycho-socio-spirituální složka osobnosti účastníka	54
7.2 Zkušenost s léčbou	61
7.3 Motivační faktory působící na zahájení léčby a setrvání v ní	63
7.4 Klíčové dovednosti a strategie zvládání života a léčby	66
7.5 Vnímaná úspěšnost léčby	69
8 DISKUZE	74
9 ZÁVĚR	82
10 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	83
POUŽITÁ LITERATURA	85

ÚVOD

Pro diplomovou práci jsem si zvolila téma dialekticko-behaviorální terapie v léčbě emočně nestabilních poruch osobnosti. Důvodů bylo vícero – jedním z hlavních byl fakt, že v posledních letech, dle vyjádření psychiatrů, která jsou také zmíněna v teoretické části práce, přibývá v jejich ambulancích podíl pacientů s diagnostikovanou nestabilní poruchou osobnosti, přičemž si jsou samozřejmě vědomi faktu, že ještě daleko větší množství pacientů jejich terapii a léčbu nevyhledá. Dalším důvodem byla jakási fascinace komplexností terapeutické metody DBT, která je v našem prostředí poměrně novou, rozvíjející se a především komplexní metodou léčby HPO přinášející dobré výsledky a právě z důvodu své komplexnosti dokáže ulevit pacientům nejen v akutní fázi jejich onemocnění, ale učí je novým dovednostem, díky nimž budou v budoucnosti ve svém osobním životě schopni lépe se zařadit do každodenního života a lépe a příjemněji zvládat jeho pozitivní i negativní stránky nejenom ve vztahu k sobě, ale i ke svému bezprostřednímu okolí.

V praktické části práce se budeme věnovat tématu biologických, psychosociálních a spirituálních determinant dospělých pacientů s diagnostikovanou HPO, kteří absolvovali léčbu v DBT na Psychiatrické klinice Fakultní nemocnice Brno a dochází na udržovací léčbu, takzvané absolventské skupiny, na tomtéž oddělení. V rámci kvalitativního výzkumu bude se šesti respondenty veden rozhovor zaměřený možné bio-psycho-socio-spirituální aspekty jejich života, které se mohou podílet na vnímání celého terapeutického procesu a které mohou ovlivňovat jeho průběh, přijetí jednotlivých terapeutických postupů a metod, osvojování nových schopností a dovedností a jejich aplikaci do každodenního života.

Diplomová práce svým rozsahem v teoretické i praktické části přesáhla doporučenou délku. První, teoretická část, obsahuje informace ze všech oblastí týkající se tématu diplomové práce v takovém rozsahu, aby mohla být přínosem a dostatečným vysvětlením všech částí nejen odborníkům, ale i pacientům, případným zájemcům o DBT program, jejich rodinám a všem, kteří s diagnózou hraniční poruchy osobnosti přijdou do kontaktu. Výzkumná část přesáhla doporučený rozsah především z důvodu použití množství poměrně dlouhých citací účastníků, které byly zařazeny za účelem adekvátního doplnění a ilustrace jednotlivých témat.

I. TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části práce se budeme věnovat osobnosti, jejímu vývoji a formování osobnosti. Dále biologickým a psychosociálním aspektům vzniku duševních poruch, patologickému vývoji, tedy typologii poruch osobnosti se zaměřením na emočně-nestabilní poruchy osobnosti, jejich typologii s fokusem na hraniční poruchu osobnosti. V práci se dotkneme jejího definování, prevalence v populaci a možností terapie této poruchy. Další kapitola je věnována dialekticko-behaviorální terapii (DBT). V první části zmíníme kognitivně behaviorální terapii (KBT), která je pomyslnou nosnou konstrukcí DBT, zaměříme se na její principy a postupy. Ve druhé části se již budeme věnovat přímo DBT terapii, její historii, propojením s KBT, využitelnosti jejích postupů a metodikou tohoto terapeutického programu.

1 OSOBNOST

1.1 Definice osobnosti

V této podkapitole se stručněji podíváme na některé možné a používané definice osobnosti.

Definice osobnosti dohledatelné v literatuře se ve svém znění mírně liší podle zaměření či náležitosti jejich autora k určitému psychologickému směru. Jednou z nejvíce používaných definic uvádí Cakirpaloglu (2012): „Osobnost je poměrně stabilní, komplementární a konzistentní systém jedinečných vlastností, obsahů a projevů člověka“ (s. 19).

Tuto definici doplňuje také Tardy (1964) s bio-psycho-sociálním modelem pojetí osobnosti: „Individuální jednota člověka; je to jednota jeho duševních vlastností a dějů, založená na jednotě těla a utvářená a projevující se v jeho společenských vztazích. Stručněji: osobnost je člověk jako psychologický celek“ (Sociologický ústav AV ČR, n.d.).

Obdobný pohled uvádí také Eysenck (1960), který zmiňuje také jakousi stabilitu, tedy neměnnost ve skladbě osobnosti, a ve své definici vyjmenovává rovněž i její komponenty: „Osobnost je více či méně stabilní a trvalejší organizace osobního charakteru, temperamentu, intelektu a těla, která determinuje jeho jedinečné přizpůsobení se okolí“ (Sociologický ústav AV ČR, n.d.).

Čačka (2002) do této definice doplňuje ještě význam jedinečnosti u každého člověka: „Lidská osobnost není v žádném případě pouze nějaká suma komponentů, ale představuje vždy jedinečný, více či méně integrovaný celek duševních aktivit“ (s. 12).

Osobnost, jak tedy vyplývá z výše uvedených definic, sestává z vrozených vlastností tělesných i duševních doplněných za života získanými vlastnostmi člověka, které vytváří strukturu osobnosti, jež je pro každého jedince individuální, specifická a v průběhu života dotvářející se vzájemnou interakcí mezi organismem a prostředím, ve kterém žije a které „určují jeho charakteristické myšlení a aktivitu“ (Allport, 1961, s. 28). Její rysy jsou pozorovatelné druhými, ale také zevnitř – což tkví v uvědomování si sebe sama, svého „já“, svých tělesných a duševních projevů (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Integrující a dobře představitelný pohled uvádí ve své definici Orel et al. (2012), kteří píší: „Osobnost zahrnuje veškeré duševní dění. Jedním z aspektů je prožívání a chování – celý souhrn vnějších projevů, činností, aktivit a reakcí“ (s. 159).

Zmínění autoři Dušek a Večeřová-Procházková (2015) pod pojmem osobnost uvádí jednotlivé komponenty, které ji vystihují, a to charakter, což je víceméně trvalý, pro daného jedince charakteristický způsob projevovalání se v sociálním prostředí, dále temperament, tedy „způsob projevů jedince a jeho emočních reakcí v určité situaci“ (s. 118), zaměření osobnosti projevující se v zájmech, které, jak uvádí, „úzce souvisí s jeho potřebami, citovými vztahy a schopnostmi a jsou motivačním činitelem v činnosti člověka“ (s. 119). Specifikem pro každou osobnost je také hodnotové schéma, pomyslný pořadník hodnot důležitých pro každého jedince. Dalším z určujících prvků osobnosti jsou schopnosti, které „určují možnosti a způsobilost člověka v procesu poznávání a snažení“ (s. 119) a které jsou vrozené, avšak mohou být trénovány a zdokonalovány v průběhu života člověka.

Titíž autoři Dušek a Večeřová-Procházková (2015) považují temperament, zaměření osobnosti a schopnosti za určující prvky struktury osobnosti, avšak dále dodávají, že naši osobnost determinují také zvyky – naučené, automatizované způsoby chování a sklony, tedy zaměřenost osobnosti, které jsou spolu s ostatními ovlivňovány sociálním prostředím. Nelze pominout také složku motivace, jež je vnitřní hybnou silou chování člověka vedoucí k určitým cílům, dále emoce a vnímání sebe sama, tedy sebepojetí. Mezi dalšími prvky struktury osobnosti jsou uvedeny psychické funkce, které zahrnují racionální a iracionální funkce, tedy zde vnímání i intuici (Cakirpaloglu, 2012).

Důležité jsou také vlastnosti osobnosti, a to komplementárnost, jedná se tedy o ucelený systém psychických vlastností, relativní stálost a konzistentnost (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

1.2 Formování osobnosti a bio-psycho-socio-spirituální model osobnosti

Vývoj osobnosti, jak uvádí Cakirpaloglu: „Znamená komplexní a celoživotní přeměnu člověka z biologického v jedinečné lidské bytí.“ (2012, s. 52).

Osobnost je souhrn vrozených dispozic a vlastností získaných v průběhu života. Na vývoj mají vliv vnitřní (endogenní) faktory a vnější (exogenní) faktory. Vnitřní faktory obsahují genotyp, tedy vrozené dispozice, tendence a sklony vlastní všem lidem stejně, a fenotyp, tedy znaky pozorovatelné a definovatelné na úrovni organismu. Cattell také doplňuje souhrn vlivů působících na plod z vnějšího prostředí jako stres matky, užívání návykových látek matkou, množství olova v ovzduší a zmiňuje také psychické vlivy jako motivy, paměť, morálka, zkušenost, které také velmi ovlivňují osobnost každého jedince (In Cakirpaloglu, 2012).

Mezi vnější (exogenní faktory) řadíme vlivy působící na vyvíjející se osobnost ze zevního prostředí. Sem autoři řadí vlivy jako klima, potrava, různá zranění, infekce, také zážitky a traumatizující zážitky, zkušenosti (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Neopomenutelnou úlohu zde také hraje kultura a společnost, ve které jedinec vyrůstá a která na něj působí socializačně. Primárním zprostředkovatelem socializace je rodina, dále přátelé, partneři, kolegové, ale také širší společnost a masmédia (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Osobnost se tedy vytváří během vývoje jedince sociální interakcí – výchovou a učením a tedy, jak vyplývá z výše uvedeného, představuje složitou soustavu různorodých psychických složek a procesů, které se navzájem ovlivňují (Cakirpaloglu, 2012).

1.3 Vývoj osobnosti

Jednotlivé teorie zabývající se vývojem osobnosti se liší jak středem zájmu a směřováním jednotlivých psychologických směrů, s nimiž se daní autoři ztotožňují, tak i časovým vymezením jednotlivých období. Nyní ve zkratce uvedu jedny z nejvíce používaných a citovaných teorií týkajících se vývoje osobnosti.

Základním dělením vývoje osobnosti z fyziologického hlediska jsou dle Vágnerové (2000) etapy nazvané prenatální období, které označuje období od početí do narození, rané dětství, kam spadají období novorozenec, tedy dítě od narození do 6 týdnů, kojenec, tedy dítě ve věku 6 týdnů až 1 rok, a batole, tedy období od 1 roku do 3 let věku dítěte. Předškolní věk značí období od 3 do 6 let věku, mladší školní věk od 6 do 11 let věku dítěte, starší školní věk, který bývá také nazýván pubertou, věkovou kategorií 12 až 15 let. Následuje období adolescence od 15 do 20 let, mladá dospělost od 20 do 35 let věku, střední dospělost ohraničená věkem od 35 do 45 let, poté období starší dospělosti od 45 do 60 let věku. Rané stáří bývá v literatuře zasazeno do období mezi 60. a 75. rokem věku a jako poslední etapu Vágnerová uvádí období pravého stáří, které začíná v 75 letech života člověka.

Pohled na jednotlivé fáze vývoje osobnosti se liší také, jak již bylo uvedeno v úvodu této podkapitoly, náhledem optiky jednotlivých psychologických směrů zastoupených mezi autory. Nyní uvedeme základní myšlenky pouze některých z nich.

Psychoanalytická koncepce vycházející z Freudovy teorie tvrdí, že se základ osobnosti formuje během prvních pěti let života, kdy dochází k hlavním psychosexuálním změnám. Klíčovým pojmem v této teorii je pud, tedy síla, hnutí, tendence k činnostem uspokojujícím naše vnitřní potřeby. V tomto smyslu také v rámci psychosexuálního vývoje osobnosti identifikoval tři erogenní zóny těla: orální, anální a falickou, přičemž uvádí, že v každém vývojovém období dochází k uspokojení stimulací dané zóny (Drapela, 2004).

Alfred Adler naopak zdůrazňuje vliv sociálního prostředí, přičemž rozvoj sociálního citu obsahujícího dvě roviny – osobní naplnění a preference spolupráce před soupeřením – je klíčovým aspektem osobnostního vývoje (Drapela, 2004).

Erik Erikson ve své psychosociální teorii popisuje osm životních stadií, přičemž každé období je charakterizováno krizí, jejíž úspěšné vyřešení vede k rozvoji specifické ctnosti: naděje (důvěra vs. nedůvěra, 0–1 rok), vůle (autonomie vs. zahanbení, 1–3 roky), účelnost (iniciativa vs. vina, 3–6 let), kompetence (snaživost vs. méněcennost, 6–12 let), věrnost a oddanost životní filosofii (identita vs. zmatení rolí, 12–19 let), láska (intimita vs. izolace, 19–25 let), pečování a konstruktivní přispění společnosti (generativita vs. stagnace, 25–50 let) a moudrost jako výsledek celkového vývoje jedince (integrita vs. zoufalství, od 50 let) (Drapela, 2004).

Kognitivně-vývojová teorie Jeana Piageta za základ své klasifikace považuje učení a myšlení, tedy kognitivní vývoj. Rozlišuje čtyři stadia myšlení: senzomotorické (0–2 roky, základním pilířem je pohyb, dochází k odlišování sebe sama od okolí), předoperační (2–8 let, myšlení egocentrické, myšlení je jednoduché, názorné), stadium konkrétních operací (8–12 let, abstraktní a logické myšlení, rozvíjí se schopnost třídění, identifikace) a stadium formálních operací (od cca 11 až 12 let dále, abstrakce, schopnost uvažovat bez smyslové skutečnosti, pracovat bez dřívější zkušenosti), přičemž věkové meze se mohou individuálně lišit (Drapela, 2004).

1.4 Patologie vývoje osobnosti

1.4.1 Biologické a psychosociální aspekty vzniku duševních chorob

Jak již bylo zmíněno výše, přijímáme-li bio-psycho-spirituální model osobnosti člověka, přijímáme fakt, že na vývoji osobnosti člověka se podílí mnoho činitelů – vrozených i získaných, tedy i vlivů prostředí. Především důležitost přítomnosti kvalitních vztahů v životě člověka zdůrazňují Praško et al., kteří uvádí, že projevy psychické poruchy mohou být, a velmi často jsou negativně ovlivňovány následkem sociálních problémů člověka, a to především odmítnutím rodinou a nejbližšími (2003, s. 76).

Mluvíme zde o multifaktoriálním modelu etiopatogeneze duševních poruch. V každé této oblasti mohou vzniknout obtíže, které mohou nepříznivě ovlivnit vývoj osobnosti a zapříčinit tak vznik (nejen) duševního onemocnění.

Autorka Vágnerová (2000) uvádí ve své publikaci, že psychické vlastnosti bývají dědičné polygenním způsobem, tedy jejich rozvoj podmiňuje větší množství genů, a tak jsou vytvářeny dispozice k rozvoji určité vlastnosti.

Záleží pak na působení okolního prostředí, na nutnosti přizpůsobování se mu, které může rozvoj podporovat, či nikoliv. Je nasnadě, že ne všechny genetické dispozice jsou vždy nutně „využity“. Některé, většinou to platí pro ty, které jsou nějakým způsobem momentálně pro organismus nepotřebné, se mohou nerozvinout. Vliv prostředí na jedince je také ovlivněn dalším faktorem, kterým je disponovanost pro ovlivňování genetického potenciálu, mluvíme zde o tzv. reakční normě, tedy o maximálně dosažitelné úrovni dané vlastnosti (Vágnerová, 2000). Například ukázka hraničního genotypu, u nějž, jak zmiňuje i Vágnerová (2000), „úzkostný jedinec bude citlivě a mnohdy přehnaně reagovat na všechny podněty, které bude považovat za rozhodující, a jeho psychické potíže budou narůstat“ (s. 27).

Zde se jedná o tzv. vulnerabilitu, tedy zvýšenou zranitelnost nebo také náchylnost ke vzniku určitého duševního onemocnění (Gershon, 1994 In Vágnerová, 2000).

Dispozice v oblasti genetiky se neuplatňují po celý život stejným způsobem a ve stejné míře.

Velkým mezníkem v této interakci může být například období puberty, kdy dochází k postupnému osamostatňování se, samostatnému výběru přátel, sociálního prostředí dle svých preferencí, a tak i k možnému rozvoji doposud netušených dispozic.

Svoji významnou roli hrají také odchylky v počtu chromozomů či jejich strukturování, tedy chromozomální aberace. Vznikají tak syndromy (např. Downův syndrom, při němž dochází ke ztrojení 21. chromozomu), které s sebou nesou, spolu s fyzickými odchylkami, také psychickou zátěž.

Biologickou stránku však také nelze opomenout, protože, jak uvádí Vágnerová (2000), „pro vznik psychických funkcí a jejich poruch je nejvýznamnější prefrontální mozková kůra, limbický systém a systém bazálních ganglií“ (s. 29). Zjednodušeně jde o systém, ve kterém prefrontální systém řídí chování jedince, umožňuje integraci informací, přizpůsobí jim jednání a reakce, řídí abstraktní myšlení, sebeřízení a sebekontrolu, motivaci, ovlivňuje také zaměřenost pozornosti, pracovní paměť, emoční prožívání. Do této oblasti řadíme také tzv. sociální mozek rozvíjející se interakcí s druhými lidmi. Při poruchách funkce či propojení tohoto systému s dalšími oblastmi se mohou vyskytnout psychotické příznaky, jako dezintegrace psychických funkcí (Vágnerová, 2000).

Limbický systém, jenž obsahuje orbitofrontální kůru, hipokampus, amygdalu, hypothalamus a přední thalamus zaujímá řídicí místo v řízení emočního prožívání, jeho kontrole, ve vybavení vzpomínek spojených s emočním nábojem a také jejich propojení s aktuální prožívanou situací. Amygdala pomáhá hodnotit prožívané situace podle významu pro jedince. Díky ní vnímáme situace jako ohrožení, neutrálně nebo příjemně a při jejím porušení se může objevit např. paranoidita. Při poškození hipokampu, který převádí prožívané skutečnosti do vzpomínek, se objevuje ztráta vzpomínek, amnézie (Vágnerová, 2000).

A v neposlední řadě systém bazálních ganglií využíváme k regulaci motorické aktivity, také však k regulaci emocí a kognitivních funkcí. Využívá se k neuvědomovanému učení, ukládání informací do pracovní paměti. Porucha v této oblasti se může projevit například Parkinsonovou chorobou, subkortikální demencí a dalšími obtížemi (Kulišťák, 2003).

Pro správný psychický vývoj je důležitá i správná hladina neurotransmiterů. Díky nim jsou regulovány neurofyziologické funkce. Nepůsobí vždy na všechny oblasti stejně, některé může aktivizovat, jiné tlumit. Mezi nejvýznamnější neurotransmitery patří dopamin, který přenáší nervové vzruchy mezi buňkami a podílí se na aktivaci a prožívání pocitu uspokojení a odměny („hormon neřesti“), serotonin, který má vliv na zklidnění a tvorbu pozitivního naladění a noradrenalin působící na aktivaci a snižující negativní emoční naladění. I neurotransmitery na sebe vzájemně působí a jsou mezi sebou ovlivňovány (Vágnerová, 2000). Hlubší náhled na tuto problematiku však není nutné v této práci uvádět.

Vznik duševních onemocnění a psychických poruch velkou měrou ovlivňuje i další ze složek v bio-psycho-sociálním modelu, kterou je sociální prostředí. Toto lze dle Vágnerové (2000) diferencovat podle jeho kvality, kvantity či podle vývojového období, kdy se s ním jedinec setkává.

Jak již bylo zmíněno, vliv prostředí na psychiku jedince je kolísavý v průběhu lidského života, v němž dochází ke zrání centrálního nervového systému a také k získávání nových poznatků a zkušeností, které mají velmi podstatný význam. Ve vývoji je neopomenutelná existence tzv. kritických období, kdy je jedinec „zvýšeně citlivý k různým vnějším vlivům“ (Vágnerová, 2000, s. 37).

V prenatálním období se vlivy působící na organismus plodu nazývají teratogeny. Působí prostřednictvím matky a záleží na období vývoje – jako nejkritičtější období se uvádí období od početí do přibližně třetího měsíce vývoje – škodlivosti teratogenu a jeho množství, ale také na délce působení. Mohou být povahy biologické, například viry a bakterie, chemické, kam řadíme například alkohol, rozpouštědla, ale také léčiva necitlivě a nevhodně užívána matkou, a fyzikální, zde například působení vysoké teploty, rentgenové záření nebo například často zmiňovaná amputace končetin plodu amniotickými pruhy (Šípek, n.d.).

Mezi postnatální vlivy patří, mimo nejrozličnější somatická onemocnění, i vlivy sociálního okolí. Primární rodina představuje základní sociální prostředí pro vývoj dítěte. Narušení pocitu bezpečí, jistoty, přijetí, devalvační prostředí, psychické, fyzické či sexuální zneužívání nebo ztráty značně ovlivňují vývoj osobnosti a psychického stavu dítěte vůbec. V průběhu vývoje a probíhajících změn v lidském životě se stává čím dál více určující prostředí vrstevnických skupin, postupně dochází k uvolňování z vázanosti rodinou, osamostatňování a nutnosti překonávat překážky či se s nimi vyrovnat.

Velký vliv na vývoj či možné poškození psychických funkcí mají také náročné životní situace. Silnými činiteli jsou prožívané frustrace, tedy pocity dlouhodobého neuspokojení subjektivně vnímané potřeby, zažívání konfliktu – ať už vnitřního, či konfliktu ve vnějším prostředí, tedy v rodině, mezi přáteli, v zaměstnání apod., zejména pak pokud je tento konflikt dlouhotrvající a přetrvává neschopnost nalézt řešení.

Samostatnou kapitolou v patologickém vývoji lidské psychiky je stres, který Vágnerová (2000) popisuje jako „stav nadměrného zatížení či ohrožení duševní a tělesné pohody“ (s. 40). Stres působí na lidský organismus buď akutně, nebo dlouhodobě, chronicky. Stres nemusí nutně mít pouze negativní konotaci, tedy distres, může se také projevit jako eustres, tedy jakési nabuzení organismu k akci, které může být prospěšné pouze pod podmínkou ne příliš dlouhého působení. Stres zvyšuje v lidském organismu hladinu kortizolu, který může mít kromě metabolických následků i závažné imunitní dopady se sníženou obranyschopností, v duševní oblasti pak poruchy paměti, potíže se soustředěním či deprese.

Traumata či krize, které se v lidském životě náhle objeví, a způsoby jejich zpracování či nezpracování mohou mít také zásadní vliv na duševní vývoj a duševní zdraví jako celek.

Však i zde existují obranné mechanismy, tzv. protektivní faktory, které nám pomáhají udržovat psychickou integritu. Patří mezi ně například odolnost, houževnatost, schopnost adaptace, vlohy, dispozice, získané vědomosti a dovednosti, snaha nalézt řešení problému a další (Orel et al., 2012).

Tato práce vychází z bio-psycho-sociálního modelu osobnosti. Nezřídka k němu bývá autory připojována i čtvrtá osobnostní struktura, tedy spiritualita. Spiritualitu definuje Bartůšková (2021) jako: „Osobní hledání či způsob, jak porozumět základním otázkám týkajícím se života a jeho smyslu; zahrnuje v sobě vztah k posvátnému a transcendentnímu“ (s. 14). Samostatná práce by se mohla zabývat také tématem participace spirituality a jejím vlivem na duševní zdraví. Velmi jednoduše tento možný vztah popsal J. Motl (2015):

„Spiritualita může hrát zcela protichůdné role. Na jedné straně může být katalyzátorem potlačených emocí a může pomoci zasadit nemoc do smysluplného rámce, čímž tlumí úzkost. Na druhé straně ale může spiritualita působit negativně, jestliže vyvolává chorobné výčitky svědomí, klade na jedince přemrštěné nároky, čímž mnohdy vzniká rozpor mezi žitou skutečností a vnitřním prožíváním. Tato propast se může prohlubovat tak dlouho, až dojde k situaci, že se jedinec nepoznává v jedné z těchto sfér (privátní a společenská).“ (s. 105)

Toto téma je jistě velmi obsáhlé a otevírá spousty možností pohledů na problematiku, které budou ovlivněny sociokulturním prostředím, fází vývoje jedince, zkušenostmi a spoustou dalších proměnných. Více však v této práci rozvinuto nebude. Ale jelikož směřování některých otázek výzkumu k tématu spirituality jakožto nedílné součásti lidského života povede, považovala jsem za nutné se o této možnosti také zmínit.

1.5.2 Klasifikace poruch osobnosti

V této práci se budeme věnovat výhradně poruchám osobnosti u dospělé populace, tudíž specifikace a klasifikace níže uvedené se budou týkat pouze dospělé populace.

K definování poruchy osobnosti jsem si vybrala formulaci Vágnerové: „Porucha osobnosti je definována jako trvalý vzorec extrémně vyhraněných osobnostních rysů, které vedou k poklesu pohody a maladaptivním projevům“ (Vágnerová, 2000, s. 469).

Jedná se o poruchy, jejichž přítomnost významně snižuje kvalitu života dotyčného nebo negativně působí na jeho okolí (Vágnerová, 2000).

Poruchy osobnosti nejsou řazeny mezi onemocnění, jak již vyplývá z názvu, jelikož nemívají jasně stanovenou biologickou příčinu vzniku, na němž se, jak již bylo uvedeno v podkapitole věnující se vzniku duševních poruch a onemocnění, podílí vícefaktorový model sestávající z vlivů jak genetických, tak vlivu prostředí a sociálního prostředí jedince.

Příznaky provázející poruchy osobnosti mohou být zaměňovány s akcentovanými osobnostními rysy či mohou připomínat stav v období dospívání a puberty. Z tohoto důvodu je vždy velmi důležitá kvalitní diagnostika odborníka (NZIP, 2023).

Vznikla také kritéria, která pomáhají právě v diagnostice poruch osobnosti mezi těmito stavy a poruchami rozlišovat. Prvním kritériem je trvalost stavu, přičemž porucha provází jedince po celý život s určitým kolísáním intenzity. Dalším kritériem je projevování se „podivným, nepřizpůsobivým, někdy až hrubě rušivým chováním, jehož důsledky trpí daný jedinec i jeho okolí“ (Vágnerová, 2000, s. 469). Zmiňuje typické snížení tolerance k zátěži, přítomnost neadekvátních reakcí, nepřítomnost náhledu na své vlastní nepřiměřené názory, postoje a chování. Jako poslední je uváděno obtížné dosažení změny právě v důsledku chybění či omezení sebereflexe (Vágnerová, 2000).

Přesná obecně přijatá kritéria pro hodnocení poruch osobnosti jsou dvojí, a to dle Mezinárodní klasifikace nemocí 10 (MKN 10) platná v době psaní diplomové práce a dle Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch čtvrté revize (DSM-IV) publikovaného Americkou psychiatrickou asociací (APA) vydaného v roce 1994 (viz příloha č. 1). Tento druhý manuál je zde zmiňován především z důvodu jeho využívání právě v diagnostice v rámci DBT.

V České republice se odborníci řídí Mezinárodní klasifikací nemocí – její desátou revizí, jež je v České republice v platnosti od roku 2014 (viz příloha č. 2).

1.5.3 Prevalence poruch osobnosti

Prevalence poruch osobnosti se dle Škrabánkové (n.d.) pohybuje v populaci v rozmezí 6 až 9 %, ale i vyšší, mezi 10 až 15 % s ohledem na jednotlivé výzkumy. Dále uvádí:

„Podíl osob s poruchou osobnosti ve všeobecné ambulantní péči se odhaduje mezi 20 a 30 %. Mezi ambulantními psychiatrickými pacienty je 30 až 50 % osob s poruchou osobnosti a kolem 15 % hospitalizovaných pacientů přichází do psychiatrických zařízení pro problémy primárně související s poruchou osobnosti. Někteří výzkumníci docházejí ještě k číslům vyšším“ (Škrabánková, n.d.).

Praško (2003) uvádí, že se v různých výzkumech četnost poruch osobnosti liší a v psychiatrické ambulantní péči je prevalence poruch osobnosti výrazně vyšší než v běžné populaci - odhady se dle něj pohybují mezi 30 až 50 % u pacientů, kteří docházejí do ambulancí pro psychiatrickou péči. Co se týká věkové kategorie, ÚZIS zveřejňuje, že nejvyšší výskyt těchto psychických poruch se objevuje ve věku 20 až 29 let, nejnižší ve věkové kategorii 80+ let (Psychiatrická ročenka, 2022).

2 EMOČNĚ NESTABILNÍ PORUCHA OSOBNOSTI

2.1 Popis diagnostické jednotky emočně nestabilní poruchy osobnosti

Dle klasifikace MKN-10 je emočně nestabilní porucha osobnosti (F60.3) řazena do skupiny specifických poruch osobnosti (F60). Charakteristickým znakem této poruchy je „psychická nestabilita a neschopnost ovládat své prožívání a chování“ (Vágnerová, 2000, str. 478) a dle MKN-10 dochází k současnému selhávání osobnosti na osobní i sociální rovině (Úzis, n.d.).

Emočně nestabilní porucha osobnosti se začíná projevovat již v dětství, tehdy ale přímo o diagnóze hraniční poruchy osobnosti nelze ještě hovořit. V některých studiích se mluví o možné souvislosti s počátečními poruchami koncentrace, obtížemi ve školní výuce, komplikovanými vztahy s nejbližším sociálním prostředím a konfliktním, agresivním a zkratkovitým chováním. V období dospívání často dochází ke krystalizaci rysů hovořících pro tuto diagnózu. Život pacientů provází často impulzivní a zkratkovité jednání, nejistota, neschopnost udržet kvalitní vztahy, střídání škol nebo jejich nedokončení, zneužívání návykových látek, výskyt poruch příjmu potravy, sebepoškozování, sebevražedné myšlenky a tendence, pokusy. Objevuje se značná polarita – tzv. černobílé vidění světa nebo jiným názvem dichotomické myšlení. Všechno je buď moc dobré, nebo moc zlé. Miluji, a rovnou nenávídím. Tento příznak velmi dobře vystihuje typická věta: Pojď ke mně dál. Zdánlivě nesmyslné vyjádření je typickou strukturou myšlení pacientů s HPO (Grambal et al., 2017).

Pro pacienty je téměř nemožné žít stabilní život, nestabilita se projevuje také ve vztazích ke svému okolí – partnerovi, přátelům, ale také ve vztahu k povinnostem – studiu, výkonu zaměstnání, běžným denním činnostem apod. Velmi často nejsou schopni reálného vidění skutečnosti a sama sebe v ní. Obtížným se stává plánování z důvodu silné zaměřenosti na přítomnost a uspokojení svých potřeb (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Grambal et al. (2017) uvádí, že nejnapadněji se příznaky emočně nestabilní poruchy osobnosti projevují v období rané dospělosti a s přibývajícím věkem postupně slábnou. Velkou úlohu má mimo jiné také přijímající a podporující prostředí, pevné vztahy ze strany rodiny, partnerů a přátel. Dále stejní autoři zmiňují, že se pacienti mohou dostat až do stavu, kdy již nebudou splňovat kritéria pro HPO.

2.2 Diagnostická kritéria pro emočně nestabilní poruchu osobnosti podle MKN-10

MKN-10 rozeznává dva typy emočně nestabilní poruchy osobnosti, a to impulzivní typ a hraniční typ. (Klasifikace DSM-5 již uvádí pouze hraniční poruchu osobnosti.)

A. Musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti Impulzivní typ B. Musí být splněny nejméně tři z následujících charakteristik a jednou z nich musí být: 1) zřetelná tendence jednat neočekávaně a bez uvážení následků 2) zřetelná tendence k nesnášenlivému chování a ke konfliktům s ostatními, zvláště když je impulzivní konání někým přerušeno nebo kritizováno 3) sklon k výbuchům hněvu nebo zuřivosti s neschopností kontrolovat následné explozivní chování 4) obtíže se setrváním u jakékoliv činnosti, která nenabízí okamžitý zisk 5) nestálá a nevypočitatelná nálada
Hraniční typ B. Musí být splněny nejméně tři příznaky z kritérií B pro impulzivní typ a spolu s nimi nejméně dva z následujících: 1) narušená a nejistá představa o sobě samém, cílech a vnitřních preferencích včetně sexuálních 2) sklon k zaplétání se do intenzivních a nestálých vztahů, které často vedou k emočním krizím 3) přehnaná snaha vyhnout se odmítnutí 4) opakovaná nebezpečí nebo realizace sebepoškození 5) chronické pocity prázdnoty

Tabulka č. 1: MKN-10 (Grambal et al., 2017)

V přehledu výše jsou dobře viditelné projevy u jednotlivých typů emočně nestabilní poruchy osobnosti.

U impulzivního typu převažuje „emoční labilita, výbušnost a sklon k impulzivnímu reagování“ (Vágnerová, 2014, str. 478). Dochází k nepředvídatelným změnám nálad, nekontrolovatelným reakcím, neschopnosti ovládnout své jednání a agresivním projevům, u tohoto typu však velmi často zaměřeným vůči svému okolí s rizikem asociálního chování. Neschopnost ovládnout své emoce ztěžuje a často i zneschopňuje tyto jedince mít plnohodnotné a trvalé vztahy, ty bývají spíše povrchní.

Ve vztahu k sobě převažuje také silné zaměření se na přítomnost, na své potřeby a pocity a neschopnost sebereflexe a zdravého náhledu na situace v životě. Obtíží se stává také přebírání zodpovědnosti ať už za sebe nebo za lidi, za úkoly jim svěřené, jelikož omezení, které z nich velmi často plyne, je pro pacienty s hraniční poruchou osobnosti nepříjemné.

Z důvodu neschopnosti řešit krizové situace zdravým, společensky přijatelným způsobem, pacienti mívají sklon k alkoholismu nebo nadužívání drog (Vágnerová, 2014).

Prevalence tohoto impulzivního typu v běžné populaci je podle studie Jacksona a Burgesse uváděna 1,33 % (Sedláčková, 2015).

Hraniční typ emočně nestabilní PO charakterizuje „nevyhraněnost a nestabilita sebezpojetí, narušení emočního prožívání a nevyzpytatelné chování. Pro hraniční poruchu osobnosti je charakteristický chronický pocit emoční prázdnoty“ (Vágnerová, 2014, s. 479). A právě tato nejistota a prázdnota bývá často kompenzována agresí, u tohoto typu velmi často proti sobě samému v podobě sebekřivování či suicidálních myšlenek a pokusů.

Hranice, jak již vyplývá z názvu, je jakýmsi možným vodítkem k projevům této poruchy. Nestabilita v emočním prožívání, v sebezpojetí, výkyvy nálad, emoční reakce nepřiměřené situaci, střídání sebelítosti a afektu, láska a nenávisť v jednu chvíli, idealizace a přehnaná sebekritika zároveň, všechno, nebo nic. Tomuto typu uvažování se říká dichotomické a u pacientů s hraniční poruchou osobnosti se promítá ve vztahu k sobě i k druhým. Další důležitou součástí klinického obrazu hraniční poruchy osobnosti je obranný mechanismus štěpení (splitting). Jedná se o vnímání pouze dobrých, nebo jen špatných vlastností u sebe či svého okolí, přičemž pacienti nejsou schopni vnímat osobnost jako jeden celek (Kernberg, 1975). Pacienti s hraniční poruchou osobnosti obavy ze samoty, ale velmi často na partnera kladou takové požadavky, které není schopen vyplnit, a opět vznikají krize a tím zvýšení pocitu strachu z opuštění. Neschopnost náhledu a nepřítomnost mechanismů a dovedností pro zvládnutí těchto situací mohou neustále prohlubovat bludný kruh, ze kterého se, na první pohled, nemůže jedinec osvobodit.

Prevalence v populaci, jak opět uvádí studie Jacksona a Burgesse (2000), činí 2–3 %. Hrozné číslo uvádí zmínění autoři také u suicidality pacientů s HPO, u níž se sebevražednost pohybuje v rozmezí 40–85 % a při opakovaných pokusech sebevraždy dokoná přibližně 10 % pacientů (Oumaya et al., 2008).

Samozřejmě tak jako i u jiných poruch a onemocnění, i zde je důležité brát zřetel na diferenciální diagnostiku. Jak ve své knize konstatují Grambal et al., symptomy provázející hraniční poruchu osobnosti mohou označovat také další poruchy, jako například úzkostné poruchy, poruchy nálady apod. Uvádí, že je nutné, aby „symptomatologie byla přítomná od dospívání a dlouhodobá problematika by se měla dát odlišit od současných poruch nálady či jiných forem aktuální psychopatologie“ (Grambal et al., 2017, s. 46). V tomto smyslu autoři často zmiňují například období dospívání, které s sebou nese jak znaky emoční nestability, nejistot, úzkostnějšího ladění apod. a nedá se však v tomto smyslu hovořit o diagnóze hraniční poruchy osobnosti, ale o adaptaci na probíhající vývoj, změny a role v životě mladého člověka.

Proto je jistě vhodné psychiatrické vyšetření doplnit vyšetřením psychologickým, které se zaměřuje na „kognitivní operace, myšlení, kontakt s realitou, řečové schopnosti, afektivitu, osobnostní obranné mechanismy, strukturu objektivních vztahů, osobnostní strukturu a dynamiku“ (Grambal et al., 2017, s. 64). Upřesňujícími diagnostickými nástroji mohou být také psychologické testy (Rorschachův test, tematicko apercepční test, dotazníky – IPDE) či strukturovaná interview (Grambal et al., 2017).

Jelikož je tato práce zaměřena na léčbu hraniční poruchy osobnosti (dále HPO), budeme se dále věnovat pouze tomuto podtypu emočně nestabilní poruchy osobnosti.

2.3 Hraniční porucha osobnosti

Hraniční porucha osobnosti je, jak již bylo uvedeno výše, typem emočně nestabilní poruchy osobnosti. V následujícím textu se stručněji podíváme na její typologii, možnosti diagnostiky, prevalenci v populaci a možnosti léčby.

2.3.1 Etiologie HPO

V etiologii se uplatňují, jak již bylo zmíněno výše, biologické, genetické i psychosociální vlivy.

Četnými výzkumy byly zjištěny i odchylky ve struktuře a funkcích mozku u pacientů s hraniční poruchou osobnosti oproti zdravé populaci. Jedním z nich je například snížený objem hipokampu o 16 % a objemy amygdal o 8 % (Driessen et al., 2000 In Grambal et al., 2017), přičemž se jedná o oblasti regulace emocí a agrese. Výzkumy ukázaly rozdíly například také v oblasti neurotransmiterových systémů. Dalším biologickým a fyziologickým abnormalitám se v této práci již nebudeme věnovat.

Biologickým příčinám vzniku hraniční poruchy osobnosti se věnují Nesnídal et al. (2022) a konstatují, že „geny podílející se na etiologii hraniční poruchy osobnosti se překrývají s geny pro depresivní poruchu, bipolární poruchu a schizofrenii“ (s. 73) , dále ke genetickému podkladu onemocnění Grambal (n.d.) uvádí, že „hraniční porucha je pět krát častější u pokrevních příbuzných“ (s. 1). Zde zmiňuje mimo jiné i přenos temperamentových rysů, zvýšenou zátěž pro návykové poruchy a také „tendenci k horší regulaci nálad a impulzů“ (Grambal et al., 2017, s. 110–111).

Mezi psychosociální a environmentální vlivy působící na možný vznik onemocnění autoři řadí mimo jiné prožitá traumata, nejistou vztahovou vazbu k primárnímu pečovateli, týrání či zneužívání v dětství nadměrnou kritiku a odmítání ze strany rodičů v období dětství nebo i nadměrnou rodičovskou protektivitu, u níž je riziko nesprávného zvládnutí rizikových situací ve starším věku (Nesnídal et al., 2022).

2.3.2 Diagnostika HPO

V této části se, s ohledem na zaměření práce a formulované výzkumné otázky, soustředíme na diagnostická kritéria pro hraniční poruchu osobnosti dle Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch čtvrté revize (DSM-IV), která jsou relevantní pro využití v dialekticko-behaviorální terapii (DBT) a využívána také v českém prostředí při diagnostice uchazečů o DBT. Následující tabulka přehledně uvádí tato kritéria společně s jejich reorganizovanou verzí podle DBT, přičemž tato reorganizace slouží jako základ pro strukturování jednotlivých terapeutických modulů v rámci DBT.

DSM-IV (DSM 5) kritéria pro hraniční poruchu osobnosti	Reorganizovaná kritéria pro hraniční poruchu osobnosti podle DBT
	Dysregulace emocí
1. Excesivní snahy vyhnout se reálnému nebo domnělému opuštění	Afektivní nestabilita spojená s výraznou reaktivitou nálad (krit. 6)
2. Vzorec nestabilních a intenzivních vztahů	Intenzivní vztek a potíže kontrolovat vztek (krit. 8)
3. Narušení identity, nestabilní sebeobraz	Dysregulace self
4. Impulzivita alespoň ve dvou oblastech zahrnujících potenciálně nebezpečné chování (mimo sebepoškození)	Narušení identity, nestabilní sebeobraz (krit. 3)
5. Sebeпоškození a opakované sebevražedné chování nebo výhrůžky	Chronické pocity prázdnoty (krit. 7)
6. Afektivní nestabilita spojená s výraznou reaktivitou nálad	Dysregulace vztahů
7. Chronické pocity prázdnoty	Excesivní snahy vyhnout se reálnému nebo domnělému opuštění (krit. 1)
8. Intenzivní vztek a potíže kontrolovat vztek	Vzorec nestabilních a intenzivních vztahů (krit. 2)
9. Přechodné stavy paranoidního myšlení nebo disociativní symptomy	Dysregulace chování
	Impulzivita alespoň ve dvou oblastech zahrnujících potenciálně nebezpečné chování (mimo sebepoškození) (krit. 4)
	Sebeпоškození a opakované sebevražedné chování nebo výhrůžky (krit. 5)
	Dysregulace kognicí
	Přechodné stavy paranoidního myšlení nebo disociativní symptom (krit. 9)

Tabulka č. 2: Kritéria DSM-IV pro hraniční poruchu osobnosti a reorganizovaná kritéria dle DBT (Theiner et al., 2021, s. 25)

2.3.3 Epidemiologie

Grambal et al. (2017) uvádí, že se střední prevalence v populaci pohybuje v rozmezí od 1,6 % po 5,9 % (APA, 2013; Kessler a kol., 2005; Algeria a kol., 2010 In Grambal et al.). Stejní autoři také uvádí, že HPO je „nejčastější porucha osobnosti v klinické péči“ (Grambal et al., 2017, s. 22). V ambulancích psychiatrů je udáván výskyt 10 %, poměrově k ostatním poruchám osobnosti je udáván počet 27 %. V hospitalizační léčbě činí počet pacientů s HPO 51 % všech hospitalizovaných pacientů s poruchou osobnosti. Tomu, že hraniční poruchou osobnosti trpí ve větší míře ženy, také odpovídá údaj, že přibližně 75 % pacientů jsou ženy. Je možné, že je tento údaj zkreslen tím, že ženy jsou častěji než muži ochotny vyhledat lékařskou pomoc (Grambal et al., 2017).

2.3.4 Terapie hraniční poruchy osobnosti

Specialisté v odborné literatuře se shodují, že léčba pacientů s diagnostikovanou hraniční poruchou osobnosti je velmi komplikovaná a jedná se o intenzivní, dlouhodobou a velmi náročnou léčbu, která může mít různé podoby – od ambulantní, přes ústavní, farmakologickou nebo psychoterapeutickou. Může probíhat jak individuálně, tak skupinově. Velmi často to však bývá kombinací těchto přístupů a jedná se tedy o léčbu komplexní (Grambal et al., 2017). Nicméně dle většiny doporučených postupů je léčebnou metodou první volby psychoterapie (Grambal et al., 2013).

V následujících oddílech uvedu léčebné postupy využívané k léčbě hraniční poruchy osobnosti.

A) Farmakoterapie

„Dle Americké psychiatrické asociace APA jsou možnosti farmakoterapie omezené a efekt částečný, léčba má být zaměřena na jednotlivé kategorie příznaků, které spadají do skupiny afektivní dysregulace, impulzivního jednání a kognitivně-percepčních příznaků“ (Grambal et al., 2013, s. 15).

Nejčastěji používanými psychofarmaky jsou antidepresiva, antipsychotika a stabilizátory nálady. U farmakologické léčby je tedy důležité zaměření se na jednotlivé příznaky, také její dostatečně dlouhé nastavení pro posouzení efektu a autoři zmiňují také zvážení možnosti potenciálního zneužívání a vzniku závislostí (Grambal et al., 2017). Výsledky klinických studií jsou však stále poměrně omezené, protože „důkazy o zlepšení příznaků jsou u farmakoterapie hraniční poruchy osobnosti skromné“ (Grambal et al., 2017, s. 141), přičemž roli hraje například nedostatečná velikost výzkumného vzorku. Proto většina autorů doporučuje opatrnost v indikaci psychofarmakologické léčby u diagnózy HPO.

B) Psychoterapie

Primárně doporučovaným způsobem léčby, jak již bylo uvedeno výše, je psychoterapie.

Velký důraz, mimo jiné z důvodu klinického obrazu poruchy, je kladen na pevný terapeutický vztah. Předpokládá empatii a porozumění strachům a potřebám pacientů plynoucím z povahy poruchy, ale také pevnost a jasné ohraničení toho, čeho je v terapeutickém vztahu terapeut schopen. Téma hranic je projektováno také do nutnosti pro pacienta nést část odpovědnosti za léčbu, určovat práva a povinnosti obou stran v průběhu terapie. Může být uzavírán tzv. iniciační kontrakt, který všechny tyto informace obsahuje. Dalším faktorem plynoucím z povahy poruchy, který činí terapii náročnou, je nestabilita, přítomnost propadů, nepředvídatelných obrátů, nečekaných ukončování terapií (Grambal et al., 2017). Jak jistě vyplývá z předchozího textu, terapeutický vztah v případě léčby pacienta s hraniční poruchou osobnosti klade na terapeuta opravdu velké nároky. Jak konstatuje Röhr (2017): „Terapie je velmi těžká a zatěžuje terapeuta nezřídka až k hranicím snesitelnosti“ (s. 14). A právě z důvodu přítomnosti těchto zátěžových faktorů, navíc rizika přenosu a protipřenosu u terapeuta, je pro něj velmi důležité využívání pravidelné supervize (Grambal et al., 2017).

Pro psychoterapeutickou léčbu poruch osobnosti, zde hraniční poruchy osobnosti, bývají využívány různé terapeutické směry.

Unger konstatuje, že nejčastěji to jsou psychoanalytické přístupy, k nimž patří především teorie objektivních vztahů (Kernberg), teorie vazby (Bowlby, Ainsworthová) a teorie mentalizace (Fonagy), ze kterých vznikl terapeutický přístup psychoterapie zaměřená na přenos (TFP) a terapie založená na mentalizaci (MBT) (Unger, 2010, s. 110).

V poslední době je i u nás využívaným terapeutickým postupem nesoucím značné úspěchy v léčbě hraniční poruchy osobnosti **dialektická behaviorální terapie**, jež vychází z kognitivně-behaviorální terapie. Tomuto směru a komplexnímu léčebnému systému se budeme samostatně věnovat v další podkapitole.

3 DIALEKTICKO-BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE

3.1 Kognitivně-behaviorální terapie, její základní principy a užívané postupy v terapii

Pro potřeby této práce se budeme okrajově zabývat terapeutickým směrem kognitivně-behaviorální terapie (dále KBT), a to především jeho základní principy a metodami, především z důvodu návaznosti na hlavní téma práce, tedy DBT, jež z KBT vychází. Stručně také nahlédneme do historie vzniku KBT a jejího vývoje.

3.1.1 Vývoj KBT

Kognitivně-behaviorální terapie má své počátky v 60. letech 20. století. Za dobu své existence prošla vývojovými obdobími, tzv. vlnami, z nichž každá KBT v jistém směru obohatila a rozvinula.

Tzv. první vlna nesla název behaviorální terapie. Jejími zakladateli byli Isaac Marks a Joseph Wolpe. Byla zaměřená na zjevné chování pacientů s psychickým onemocněním v jejich přirozeném prostředí a dokazovala, že změnou jejich chování dojde také ke změně jejich psychického stavu, jejich sebepojetí a mnohdy až k vymizení chorobných příznaků. Byla založena na principech učení a podmiňování, jelikož zdůrazňovala, že poruchy chování jsou „v podstatě naučenými reakcemi“ (Kratochvíl, 2019, s. 61), jež je možno různými technikami, jako například expozicí, tedy úmyslným vystavováním se obávanému, či pozitivním nebo negativním posilováním, tedy odměnou či trestem, přecvičit a odnaučit. Úspěchy nesla u úzkostných poruch, jedinců s psychózami a mentální retardací (Praško et al., 2018).

Druhá vlna neboli „klasická KBT“ se nesla v duchu integrace behaviorální a kognitivní terapie s hlavními představiteli A. T. Beckem a A. Ellisem.

„Tito autoři se ve svém zkoumání zaměřili na analýzu vědomých mentálních procesů, tzv. automatických myšlenek a představ a na změnu navykých způsobů, jakými klienti uvažují sami o sobě a o druhých lidech“ (Praško et al., 2018, s. 10).

Přesvědčení, že tyto automatické myšlenky lze ovlivnit a změnit, uváděli v praxi pomocí nových metod jak verbálních (př. kognitivní restrukturalizace), tak změnou chování pomocí behaviorálních experimentů. Druhá vlna byla velkým přínosem pro pacienty úzkostné a s depresivními poruchami (Praško et al., 2018).

Od začátku 80. let 20. století začaly na poli KBT vznikat nové přístupy, které integrovaly postupy užívané v jiných terapeutických směrech, jako například v gestaltterapii, existenciální psychoterapii, interpersonální psychoterapii, systemické psychoterapii, využívání buddhistické a jógové strategie. Oproti první a druhé vlně se do popředí dostala práce s emocemi, traumatickými vzpomínkami z dětství, imaginací a sny, hluboké postoje vzniklé při raných zážitcích, ale i životní hodnoty, motivace, meditace, fantazie, budoucnost, životní smysl, svoboda a akceptace věcí, které není možné změnit (Praško et al., 2018).

Hlavním cílem KBT, jak již vyplývá z výše uvedeného textu, je směřování k samostatnosti pacienta.

3.1.2 Základní myšlenky KBT

KBT pracuje s tezí, že si „pacient nevědomky vytváří skutečnosti, které potvrzují jeho názory na sebe a na svět. Může si vytvářet schémata, která mají sebepodryvající charakter“ (Kratochvíl, 2019, s. 78). Tato přesvědčení nastupují automaticky, působí v interpersonálních vztazích, vedou k očekávanému negativnímu působení okolí a tvoří tzv. bludné kruhy. Úkolem terapeuta je pomoci pacientovi tato tzv. jádrová schémata, z nichž myšlenky a kognitivní omyly vycházejí, poznat a zkoumat, uvědomit si dysfunkční jednání a tvořit novou, funkční realitu (Kratochvíl, 2019).

KBT prezentuje, že každá porucha osobnosti má svá dysfunkční jádrová schémata. Například u pacientů s hraniční poruchou osobnosti mívají pacienti extrémně negativní přesvědčení o sobě samých, o druhých lidech i o světě kolem (Beck, 1998 In Kratochvíl, 2019).

Několik raných maladaptivních schémat se skládá do tzv. modů. Podle Younga to jsou „typické komplexní vzorce emočního prožívání, myšlení a chování, které fungují v typických situacích“ (Praško et al., 2007, s. 66), tedy charakteristické reakce.

Je popsáno deset modů, které Young seskupil do čtyř kategorií. Jsou to Dětské mody, ke kterým patří Zraněné dítě, Rozzlobené dítě, Impulzivní dítě a mod Šťastného dítěte; dále Mody dysfunkčního zvládání, k nimž patří mod Přizpůsobivý přežívající, Odažitý ochránce a mod s názvem Superkompenzátor. Další kategorií jsou dle Younga Dysfunkční rodičovské mody, ke kterým patří mod Trestající rodič a Vyžadující rodič, a konečně modus Zdravý dospělý (Praško et al., 2007).

Každý z modů, jak již bylo uvedeno, má své typické způsoby chování a jednání v určité situaci. Nebudeme je však dále v této práci rozebírat.

Praško et al. (2007) zmiňují, že emoční nestabilitu a zranitelnost tolik typickou pro hraniční poruchu osobnosti mohou zapříčinit rychlé přechody mezi těmito mody.

Nyní budou uvedeny základní charakteristiky KBT. Pro KBT je terapie novým učením a systematickým řešením problémů.

Hlavními znaky KBT jsou:

1. krátkost a časová omezenost (20 sezení, ve výjimečných situacích 30 sezení)
2. aktivní spolupráce klienta a terapeuta
3. strukturovanost a poměrná direktivnost
4. vychází z ucelené teorie vzniku a udržování psychických poruch
5. zaměření se na řešení přítomných problémů
6. zaměření se na konkrétní, ohraničené problémy
7. zaměření se na faktory problém udržující
8. zaměřuje se na konkrétní změny v životě
9. je vědecká
10. cílem je samostatnost klienta (Praško et al., 2007)

Ve spojitosti s hraniční poruchou osobnosti má KBT za základní cíle v léčbě především:

- upravení kognitivní distorze (př. dichotomní myšlení)
- snížení afektivní lability a emoční dysregulace
- zvýšení stability a uspořádanosti pacientova života
- zvýšení schopnosti pacienta tolerovat ztráty a změny v životě
- naučení pacienta systematicky řešit problémy (Grambal et al., 2019)

Neopomenutelnou součástí, jak již bylo uvedeno výše, a základem každé úspěšné terapie je důvěryplný, ale také pevný terapeutický vztah. Mezi základní dovednosti terapeuta v rámci KBT řadí Praško et al. (2007) empatické naslouchání, kongruenci v chování a v neposlední řadě vřelost a neodsuzující přijetí pacienta, což je obzvláště u pacientů s HPO velmi důležitá dovednost.

V KBT je velmi důležité si hned na začátku nastavit s pacientem rámec a pravidla společné práce, a to především fakt, že nejpodstatnější část léčby probíhá v běžném životě pacienta, tedy mimo vzájemná setkání (Praško et al., 2007).

3.1.3 Metody využívané v rámci KBT

Metody, se kterými KBT pracuje, rozděluje Praško et al. (2007) do tří oblastí, na které působí a mají za úkol je pozitivně ovlivnit.

První skupinou jsou behaviorální metody, které se dělí na metody ovlivňující tělesné příznaky a metody ovlivňující zjevné chování.

Řadíme sem například nácvik svalové relaxace a autogenní trénink, nácvik kontrolovaného dýchání vedoucí ke snížení napětí v situacích silné úzkosti, metodu expozice, která pomáhá klientům čelit obávaným situacím, jimž se úmyslně vyhýbali, dále metodu s názvem zábrana zabezpečovací reakce používaná jako expozice se záměrným zamezením odpovědi organismu (např. u OCD), metodu sledování a plánování činnosti často využívanou např. u depresivních či hypobulických pacientů, metodu vytvoření nového chování, např. učením dle vzoru, hraním rolí apod. V neposlední řadě sem patří také metoda vedoucí ke změně existujícího chování formou operantního podmiňování, tedy jak je uvedeno v odborné literatuře: „Každé existující chování lze ovlivňovat tím, že měníme bezprostřední důsledky tohoto chování“ (Praško et al. 2007, s.181–182).

Kognitivní metody se zaměřují na ovlivnění pozornosti, ovlivnění toho, co si o sobě člověk říká, a na ovlivnění a změnu automatických negativních myšlenek a kognitivních schémat. Cílem je změna emocí, prožívání a zjevného chování pacienta tak, aby z terapie měl prospěch pacient i jeho bezprostřední okolí (Praško et al., 2007).

Mezi kognitivní metody patří například metoda edukace čili vysvětlování a objasňování, dále metody zaměřené na ovlivňování pozornosti, jako odvedení pozornosti, zastavení myšlenek – „stop technika“. Další metodou je sebeinstruktáž, v níž je důležitým faktem, že emoce jsou ovlivněny tím, co si o nich říkáme, a metoda kognitivní restrukturalizace, která je považována za jádro metod v KBT a spočívá v pochopení souvislostí mezi emočními reakcemi a automatickými myšlenkami, ve zkoumání jejich platnosti, a především ve vytváření alternativních vyváženějších myšlenek (Praško et al., 2007). Další je metoda změny kognitivních procesů v imaginaci, dialogy v imaginaci, změna kognitivních schémat hraním rolí, psaním dopisů apod.

Pro potřebu této práce se podrobněji zaměříme na třetí skupinu metod, a to na komplexní terapeutické programy. Tyto metody jsou velmi často zařazeny do léčby hraniční poruchy osobnosti, jelikož cílí na jednotlivé oblasti obtíží a projevů, se kterými se pacienti s touto diagnózou (a některými dalšími diagnózami, např. s narcistní poruchou osobnosti) ve svém denním životě setkávají. Metody patřící do skupiny komplexních programů jsou: nácvik sociálních dovedností, v němž se pacienti učí sociálním dovednostem uplatňovaným v kontaktu s druhými lidmi, např. jak s nimi mluvit, jak se prosadit či vymezit (Praško et al., 2007), metoda nácviku řešení problémů, při němž pacienti získávají dovednost strukturovaně řešit svoje problémy, nácvik zvládání hněvu, jehož cílem je „zmírnění tendencí ke vzniku a vyjadřování nepřátelských afektů a zvýšení schopnosti jedince zvládat a vyjadřovat tyto afekty společensky přijatelným způsobem (Sperry, 1999 In Praško, et al., 2007). Další je metoda nácviku zvládání úzkosti, nácvik empatie, nácvik kognitivní pozornosti, nácvik odolnosti vůči stresu.

Hraniční porucha osobnosti patří, jak již bylo zmíněno výše, do skupiny emočně nestabilních poruch osobnosti a emoční nestabilitu se snaží léčit metoda nácviku regulace emocí. Pacienti mají tendenci své emoční stavy potlačovat, ovšem, jak uvádí Praško et al. (2007) v publikaci *Kognitivně behaviorální psychologie psychických poruch*: „Snaha o nadměrnou kontrolu emocí vede k tomu, že se jim často tzv. vymknou z rukou – namísto emoční kontroly se objevuje pocit „emoční prázdnoty“ nebo „vybuchnou“ na nepodstatný podnět, což si pak vyčítají, nebo se za to nenávidí“ (s. 252). Z toho vyplývá, že nabydou dojmu, že prožívání emocí není v pořádku. V této metodě se učí emoce prožívat, pojmenovávat, jasné

a přiměřeně sdělovat to, co jejich emoční stav sleduje (Praško et al., 2007). Mezi jednotlivé kroky patří zhodnocení pacientovy dovednosti v regulaci emocí, vytvoření plánů v individuální terapii a jejich využití ve skupinové terapii, nácvik podle vzoru a hraní rolí a cvičné vystavení se silným emocím v bezpečném prostředí „in vivo“ s možností vysvětlení, pomoci apod. (Praško et al., 2007).

Další metodou je nácvik zvládání impulzů týkajících se zde především sebezničujícího a sebevražedného chování, sebevražedných pokusů, jenž má za cíl snížení rizika „mimovolního nutkání reagovat prudce“ (Praško et al., 2007, s. 254). Nácvik snížení přecitlivělosti je další metodou komplexních terapeutických programů. Tato metoda cílí na zvýšení schopnosti snášet kritiku, nezájem a jiné maladaptivní reakce v mezilidských vztazích. Pacienti s HPO mají zkreslené vnímání sociálních situací s tendencemi jednat obranně či útočně. Proto tato metoda pomáhá se snížením přecitlivělosti na tyto fenomény a nastavením přiměřené reakce na ně (Praško et al., 2007).

3.2 DBT Jako terapeutický postup

3.2.1 Vznik DBT

Jak již bylo zmíněno výše v textu, DBT vznikla na základech kognitivně-behaviorální terapie a je řazena do období tzv. třetí vlny KBT. Autorkou programu je Marsha M. Linehanová, profesorka psychologie, psychiatrie a behaviorálních věd na Washingtonské Univerzitě v Seattlu, která v 80. letech minulého století položila její základy. Středem zájmu její práce byla právě tvorba programu léčby stavěné na míru pro pacienty se sebevražednými sklony a opakovanými sebevražednými pokusy a pacienty se závažnějšími psychiatrickými obtížemi. Diagnóza, která svými projevy do této kategorie zapadá a pro niž, dalo by se říci, byla také DBT tvořena, je právě hraniční porucha osobnosti, se kterou měla i Linehanová, jak sama uvádí, osobní zkušenost. Jak již bylo uvedeno výše, mezi její projevy patří právě riziko sebepoškozujícího, sebevražedného chování. Zdroje uvádí, že až 75 % pacientů s HPO se pravidelně sebepoškozují a riziko dokonané sebevraždy je v tomto případě až padesátinásobně vyšší než u zdravé populace (Látalová et al., 2021, s. 27). Dalšími projevy jsou impulzivita a emoční labilita, nestabilita v sebeobrazu, ve vztazích i denních činnostech a vytváření nerealistických cílů a očekávání. DBT v rámci diagnostiky postupuje podle manuálu DSM IV. revize Americké psychiatrické společnosti, ve kterém za základní problém, od něž se ostatní kritéria odvíjí, uvádí narušenou emoční regulaci.

Diagnostika obsahuje všech devět kritérií, které však Linehanová (1993) rozdělila do pěti skupin – dysregulace emocí, dysregulace self, dysregulace mezilidských vztahů, dysregulace chování a dysregulace kognicí. Na tyto „okruhy“ poté cílí i moduly následné léčby.

Zde je vhodné také zmínit, že doporučovanou léčbou číslo jedna je u HPO stále psychoterapie (Linehan, 1993). V tomto ohledu by se dala DBT také definovat jako léčba, která má za úkol „naučit pacienty žít v přítomném okamžiku, porozumět emocím a regulovat je, snášet stres a vyhýbat se impulzivnímu jednání a efektivněji zvládat mezilidské vztahy“ (Swales, 2018, s. 72).

DBT byl zprvu programem pro pacienty s opakovanými pokusy o sebevraždu a byl strukturovaný tak, „aby se zabýval schopnostmi a motivačními deficity, které jsou důsledkem vyrůstání ve znehodnocujícím prostředí v období emoční citlivosti“ (Linehan, 1993). Postupným vývojem byl přeměněn na komplexní psychoterapeutický program, který jako první prokázal klinickou účinnost u této skupiny pacientů (Swales, 2018).

Původní způsoby léčby, jako KBT, narážely na jisté limity právě při léčbě pacientů s HPO a neprokazovaly přesvědčivé zlepšení klinického stavu pacientů. Můžeme uvést například přístup orientovaný především na změnu či přijetí, který pacienti vnímali jako znehodnocující – zde Linehanová našla sílu dialektiky, tedy konceptu, který hlásá, že neexistuje jedna absolutní pravda, ale hledá rovnováhu mezi možnostmi, mezi dvěma protichůdnými póly (Linehan, 1993). I další specifické obtíže provázející pacienty s touto diagnózou vedly k nutnosti hledání a propojování vícera směrů a technik léčby. KBT však sama o sobě přispěla do programu strategiemi pro dosažení změny, například strategií expoziční techniky nebo metodou učení se novým dovednostem (Linehan, 1993).

Jak tedy zmiňuje Swales: „DBT je integrativní léčba, která syntetizuje behaviorální teorie, principy zenové praxe a dialektiky“ (Swales, 2018, s. 23). Použití právě těchto tří složek odráží potřebnost stabilizace pacienta v oblasti emoční, vztahové, vlastní identity, chování a kognice. Za základní prvek obtíží ve všech těchto složkách považuje DBT emoční labilitu, která je důsledkem dysfunkčního zpracování emocí. A právě ke stabilizaci všech těchto oblastí vznikla tato integrativní léčba, v níž každá ze tří částí – behaviorální terapie, zenová praxe a dialektika - ošetřuje pacienty a v těchto oblastech je učí novým dovednostem. Nyní si mírně rozvedeme přínos jednotlivých teoretických podkladů DBT.

3.2.2 Principy DBT

Behaviorální teorie slouží jako vodítko pro mnoho aspektů léčby. Pomáhají ke změně chování s využitím technik řešení problémů, v životě pacienta určují chování, jehož výskyt je třeba zvýšit či snížit, a mají za úkol odstraňovat bariéry bránící dosažení cílů terapie (Swales, 2018). Pomáhají také terapeutům chápat a posuzovat chování pacientů. Metody jako funkční či řetězová analýza pomohou v orientaci v jednotlivých případech a problémech a s jejich strukturovaným řešením. Předpokládají však aktivní zapojení jak terapeutů, tak i pacientů.

Zenová praxe tvoří základ tzv. akceptační technologie v DBT. Principy jsou kompatibilní s behaviorální terapií. V zenové praxi je základní dovedností všímavost a přijímání reality, toho, co je. Všímavost učí také být bdělí v přítomném okamžiku: „Být sám sebou bez ničeho navíc, v harmonii s tím, jak věci jsou“ (Swales, 2018, str. 99). Zde to znamená přijímat informace z vnějšího světa bez soudů a tvorby domněnek. V DBT jsou zavedeny tři koncepty všímavosti, a to MOUDRÁ MYSL, dovednost CO a dovednost JAK. Moudrá mysl – jde o propojení dvou složek, a to racionální a emoční mysli a jejich vzájemné vyvážení, které pomáhá pacientovi řešit aktuální situaci klidně, s přijetím emoce, ale s vědomím možných následků svého jednání a naslouchání intuici. Dovednost CO je dovednost pozorování a popis daného jevu bez přiřazení jakéhokoliv významu, propojení s emocemi apod. Tato dovednost pomáhá ukotvení v realitě – tady a teď. „Dovednostmi JAK se pacient učí přijímat realitu takovou, jaká je“ (Wagner, 2020, s. 35). Učí se situaci, být v duchu, nepřetvářet na takovou, jakou by ji chtěl mít, necílit svoji pozornost na případnou nespravedlnost situace, jen ji přijímat.

Dialektická strategie hledá to, co je vynecháno z pozice člověka, a směřuje k syntéze dvou protichůdných pozic (Linehan, 1993). U HPO nachází velké uplatnění vzhledem k dichotomickému myšlení pacientů, tedy k polarizaci – černobílému vidění světa (Swales, 2018). Na tomto místě dialektika pomáhá syntetizovat pacientovy myšlenky (teze) s racionálnějšími a efektivnějšími myšlenkami (antiteze), přičemž Swales (2018) určuje tuto systézu jako tzv. katalyzátor dalšího pohybu. Také uvádí, že nejde o kompromis, nýbrž o souhru koexistence obou systémů, v nichž je výsledkem úplně nový kontext. Dialektika tedy také přináší pacientovi dovednost flexibility a toleranci nejednoznačnosti a změny, odstraňuje posuzování a obviňování (Swenson, 2016 In Swales, 2018).

Neopomenutelnou součástí DBT je také terapeutický vztah, který má poskytovat validaci a oporu a korektivní zpětnou vazbu laskavě, se soucitem a bez morálních soudů (Swales, 2018).

Důležitým pojmem jsou terapeutické cíle. Swales uvádí: „Primárním cílem léčby však není omezit škodlivé chování, ale spíše podpořit chování, které usnadní a udrží život, který stojí za to žít“ (Swales, 2018, str. 72). Jelikož pacienti s HPO se potýkají s množstvím potíží, komplikací a komorbidními psychiatrickými onemocněními, které jim jejich životy znesnadňují, je třeba možná více než kde jinde terapeutické cíle hierarchicky seřadit dle priorit.

Na prvním místě jde o snížení četnosti život ohrožujícího chování, které lze rozdělit na dvě podskupiny, a to chování zaměřené na sebe (sebepoškozující a sebevražedné chování a nutkání k němu) a chování zaměřené na druhé – násilné chování (bití, zakládání ohně). Na druhém místě v hierarchii cílů usiluje DBT o snížení četnosti chování, které působí rušivě na terapii – sem může patřit například úmyslné vynechání sezení, neplnění úkolů, lhaní; na třetím místě to jsou cíle snížování četnosti chování narušujícího kvalitu života pacienta. Zde je dle literatury možné zařadit i chování udržující pacienta v hospitalizaci. Do těchto cílů lze zařadit např. zneužívání návykových látek a alkoholu, absence ve škole apod. (Swales, 2018). Uváděn je také čtvrtý cíl, jímž je zvyšování četnosti adaptivního chování pacienta (př. regulace emocí, všímatost, interpersonální dovednosti) (Látalová et al., 2021).

3.2.3 Struktura a funkce léčby DBT

Program DBT vznikl jako ambulantní dvanáctiměsíční program. Tato podoba za léta svého fungování prošla mnohými změnami a modifikacemi. Mimo ambulantní léčbu byla zavedena také DBT hospitalizační léčba. Možné je také prolínání jednotlivých způsobů terapie, přičemž pacient přichází k hospitalizaci po předchozí zkušenosti s ambulantní formou DBT, do níž se opět po dimisi navrácí. Další možností provedení DBT je léčba při docházení do stacionáře. Některé programy využívají komplexní DBT, jiné pouze jednotlivé prvky této léčby.

Komplexní léčba DBT plní pět základních funkcí, které v roce 2001 jmenovala Linehanová. Ty musí platit v každé modifikaci léčby, i když režimy léčby mohou být změněny (Linehan, 1993). Mezi tyto základní funkce patří:

1. motivace klientů – k této funkci lze přiřadit spoustu způsobů, jak motivaci pacientů zvýšit. Linehanová (1993) zmiňuje například vedení tzv. „deníkových karet“, do nichž klient vepisuje své sebehodnocení, a to také po ukončení terapie. Dalším motivačním činitelem může být například možnost telefonického kontaktu s terapeutem v krizové situaci. Tuto funkci plní především individuální terapie;

2. trénink nových dovedností – prováděný především ve skupinové terapii;

3. přenos nových dovedností do běžného života – praktikováno pomocí telefonických konzultací s terapeutem;

4. motivace terapeutů – zvyšována v konzultačním týmu.

U druhé a třetí funkce je vyžadováno, aby DBT tým pomáhal klientům naučit se nové dovednosti a umět je aplikovat v přirozeném prostředí. Dovednosti bývají často vybírány tzv. „na míru“ jednotlivému pacientovi v daném kontextu. Nácvik dovedností je tak základem většiny DBT struktur (Swales, 2018).

5. strukturování prostředí

Prostředí pacienta je třeba strukturovat tak, aby bylo posilováno efektivní chování. Strukturovat lze vztahy (zde Linehanová zmiňuje i terapeutickou práci s rodinou či blízkými pacienta), zaměstnání, celkově zdraví nebo i spiritualitu. Jak již bylo řečeno, je třeba tvořit život, který stojí za to žít (Linehan et al., 2001).

3.2.4 Komponenty a moduly DBT programu

DBT sestává ze čtyř základních komponent, které již byly zmíněny. Jsou jimi konzultační tým, individuální terapie, skupinový trénink dovedností a telefonický koučink.

Před vstupem do terapie každý klient prochází ještě tzv. přípravnou fází, v níž je testována jeho patřičnost do daného programu, je seznamován s filozofií, strukturou a podmínkami programu. Součástí přípravné fáze je také motivace pacienta pro setrvání v terapii. Přípravná fáze končí podepsáním závazků, se kterými klient do terapie vstupuje (Theiner et al., 2021, s. 32). U suicidálních pacientů bývá také podepisován antisuicidální plán, který obsahuje seznamy opatření, jež vejdou v platnost v případě silného nutkání k sebevraždě.

Nyní se blíže seznámíme s jednotlivými komponenty DBT programu.

Konzultační tým je jádrem týdenního rozvrhu DBT týmu. Spojuje se v něm funkce motivace terapeutů s funkcí strukturování prostředí. Konzultační tým tvoří vedoucí DBT týmu, pozorovatel, časoměřič a zapisovatel. Všichni pracovníci týmu se zavazují k účasti na konzultacích. Součástí mohou být také školení terapeutů, vzájemná podpora apod. Výstupy

z konzultačního týmu týkající se jednotlivých pacientů jsou poté zakládány do jejich složek (Swales 2018, s. 129).

Individuální terapie probíhá jako „jeden na jednoho“. Každý pacient má přiřazeného individuálního terapeuta, se kterým prochází celým programem a který je zodpovědný za celý průběh léčby (Linehan, 1993). Individuální terapie probíhá většinou jednou za týden. Jsou na ní vyplňovány tzv. řetězové analýzy, v nichž jsou probírány jednotlivé pacientem detekované obtíže a dochází k hledání a nacházení efektivnějších způsobů zvládnutí daných situací. Řetězová analýza ukazuje pacientovi, jaké okolnosti a myšlenky vedly k danému chování a jednání, jaké emoce je provázely a v čem jsou „slabá místa“ či nedostatky, a pomáhá mu si to uvědomit. Součástí je také hledání nápravy. Strategiemi vhodnými pro zvládnutí náročných situací jsou expozice, osvojování, zobecňování dovedností, řízení nepředvídaných událostí a kognitivní restrukturalizace (Heard and Swales, 2016 In Swales 2018). V této složce léčby se také, v rámci fáze restrukturalizace prostředí, nabízí možnost zapojení opor významných pro pacienta, jako je rodina, blízcí, přítel apod. Součástí individuálního sezení jsou záznamy, které jsou psány tzv. „ve prospěch klienta“ (Daris 2014, s. 51 In Swales 2018, s. 135). Patří mezi ně cíle stanovené pro dané sezení, intervence během sezení, rozbor řetězové analýzy, intervence s osobami blízkými, deníkové karty pacienta určující pokroky v léčbě pro daný týden, domácí úkoly (Swales 2018). Deníková karta je nástrojem, který pacienti dennodenně používají – vypisují tyto karty a zaznamenávají do nich své prožívání a chování, jako touhu po sebepoškozování či ukončení terapie, zneužívání návykových látek a alkoholu, emoce a jejich intenzitu. Deníková karta také sleduje používání naučených dovedností v denním životě.

Skupinový trénink dovedností má za cíl osvojení nového chování zapojením klientů a jejich vzájemnou interakcí (Swales, 2018) a je základním pilířem DBT.

V této části vedoucí skupiny poskytují podklady pro pacienty (pracovní listy, listy s úkoly, manuály) a jsou využívány různé techniky – před začátkem proběhne trénink všímavosti, následuje kontrola úkolů z minulé skupiny a nácvik dovedností. V rámci nácviku jsou používány metafora, hraní rolí, modelové příklady a další (Swales, 2018). Velmi důležitým aspektem je vytvoření „bezpečného prostředí“, v němž mají pacienti „in vivo“ možnost vyzkoušet si nové techniky a naučené dovednosti, aniž by jim při nezdaru hrozilo nějaké nebezpečí, odmítnutí skupinou. Značným benefitem je stálá přítomnost vedoucího skupiny – lektora, který je připraven zareagovat a na nácviku efektivní dovednosti s pacientem spolupracovat.

Skupinový trénink dovedností je strukturován do čtyř tematických oblastí – tzv. modulů, jež vychází z teoretického kontextu příznaků HPO (dysregulace emocí, chování, interpersonálních vztahů, pocitů „já“ a myšlení) (Pastucha, 2003). Jsou jimi všímavost (mindfulness), tolerance nepříjemných emocí (distress tolerance), emoční regulace (emotion regulation) a mezilidská efektivita (interpersonal effectiveness) (Theiner et al., 2021). Níže budou přiblíženy jednotlivé moduly, jejich specifičnost a také stručně popsány vybrané dovednosti, které se v daném modulu pacienti učí. Jejich výběr je záměrný a odvíjí se od dovedností zmiňovaných účastníky výzkumu v praktické části této diplomové práce.

Všímavost, jež je základním modulem, je zaměřena na dysregulaci „self“ (pocity prázdnoty, neuvědomování sebe) a dysfunkční myšlení. Mezi využívané techniky řadí Pastucha techniky prostého pozorování, popisu událostí, nepoužívání nálepek a hodnocení, zaměření pozornosti na jednu činnost (Pastucha, 2003). Linehanová uvádí jako jednu z nejdůležitějších dovedností v tomto modulu MOUDROU MYSL hledající rovnováhu mezi emočním prožíváním a rozumovým vnímáním (Linehan, 2015).

Mezilidská efektivita má naučit pacienty asertivním technikám, jako je schopnost říct NE, požádání o pomoc, obhájení názoru, dosahování cílů v interpersonálním kontaktu za využívání dialektiky a validace. Do tohoto modulu patří například dovednost DEAR MEN (asertivní komunikace), GIVE (efektivita mezilidských vztahů) a FAST (ochrana sebeúcty v komunikaci a nastavování hranic) (Linehan, 2015).

Regulace emocí pomáhá orientaci ve vlastních, často velmi intenzivních a nestabilních emocích, učí techniky jejich ovlivnění a snížení emoční zranitelnosti (Linehan, 1993). V tomto modulu jsou mimo jiné využívány metody jako OPAČNÁ AKCE (cílené použití opačné reakce, než jaká by byla automaticky použita dříve), ŘEŠENÍ PROBLÉMŮ (hledání praktických kroků k vyřešení situace s negativním emočním nábojem), TRÉNINK VDĚČNOSTI apod. (Linehan, 2015).

Tolerance nepříjemných emocí pomáhá s nácvikem zvládání nežádoucího chování, jako je sebepoškozování, zneužívání návykových látek, impulzivní chování, sebevražedné pokusy. Zde se pacienti učí, jak zvládat stresové situace a unést stres, jak přijímat nezměnitelné situace (Linehan, 1993). Mezi dovednosti patřící do tohoto modulu se řadí například dovednost STOP (okamžité zabránění impulzivní reakci), RADIKÁLNÍ PŘIJETÍ (pomoc při zpracování negativních emocí a stresových situací), TIPS (ochlazení těla a zklidnění mysli) a PLEASE (prevence zranitelnosti a udržení fyzické a psychické pohody) (Linehan, 2015).

Telefonické koučování je prvek vytvořený pro kontakt s klinickým pracovníkem mezi sezeními v situacích, kdy se pacient cítí nejistý ve výběru řešení dané krizové situace, potřebuje navést či poradit, jak se v dané situaci zachovat, či jen podpořit. Jako každá část, i telefonický koučink má svá jasně daná pravidla a limity, které pacienti musí dodržovat (Swales, 2018).

3.2.5 Aplikace DBT s ohledem na různé typy poruch, úspěšnost

Jak již bylo zmíněno výše, DBT byla primárně tvořena pro pacienty s chronickým sebevražedným chováním, postupně se však začala využívat i u jiných psychiatrických poruch a onemocnění, obzvláště u těch, které mají ve svém klinickém obrazu poruchu v regulaci emocí a obtíže s chováním.

Mezi nejznámější poruchy patřící do spektra poruch, pro jejichž léčbu je DBT využívána nejhojněji, patří HPO. Je však přínosná i pro pacienty trpící PPP, závislé na alkoholu a návykových látkách, u osob s PTSD, dalších poruch osobnosti vynačujících se nestabilitou a impulzivitou (např. narcistní PO, histriónská PO), chronických depresivních stavů, maniodepresivních stavů. DBT je využívána jak v dospělém, tak také v dětské a adolescentní populaci, zde však, jako u každé specifické poruchy, musí být přizpůsobena cílové skupině a jejím požadavkům a potřebám.

Účinnost DBT byla nejvíce zkoumána právě u HPO. Největší podíl pozornosti nese sebevražedné a sebepoškozující chování. Několik randomizovaných výzkumů ukazuje, že DBT u HPO vede k velkému snížení počtu pokusů o sebevraždu. Testy byly provedeny ve srovnání s běžným způsobem léčby, komunitní a psychodynamickou terapií (DeCou et al., 2019; Stoffers-Winterling et al., 2012). Další výzkumy prokázaly, že „redukce sebepoškozujícího chování může přetrvávat i po skončení intervence“ (Van den Bosch LMC et al., 2005, s. 28).

Předmětem zkoumání se staly také komorbidní symptomy u HPO. Některé ukazují, že DBT vede také – ve srovnání s jinými psychoterapeutickými programy – ke snížení úzkosti, deprese a pocitu bezmoci (Bohus et al., 2004; Koons et al., 2001). Další studie prokázaly také snížení impulzivního chování a redukci vzteku (Koons et al., 2001; Linehan et al., 1994; Verheul et al., 2003).

3.2.6 Aplikace DBT programu v praxi v České republice

Jak již bylo uvedeno v úvodu kapitoly věnované DBT, je tato poskytována jak ambulantně, tak hospitalizační formou.

Také v České republice existují obě formy DBT a je poskytována buď jako komplexní léčba, nebo jsou vybrány pouze její komponenty a zasazeny do terapeutické praxe. V následujícím textu uvedu přehled pracovišť v České republice, která ve své praxi DBT využívají.

Ambulantní DBT je poskytována na Psychiatrické klinice ve Fakultní nemocnici Brno, v níž probíhá po dobu 24 týdnů. Sestává ze skupinové terapie, která probíhá dvakrát týdně, a individuální terapie, na niž pacienti dochází jednou týdně (Fakultní nemocnice Brno, n.d.).

Dalším střediskem poskytujícím DBT léčbu je DBT centrum terapie a vzdělávání Kaleidoskop v Praze, které poskytuje ambulantní DBT denní a večerní programy pro dospělé a pro mladistvé od 14 let se zapojením rodičů v délce trvání tři až šest měsíců. Denní programy sestávají ze dvou komunitních setkání týdně, DBT skupiny a podpůrné skupiny, individuální i telefonické konzultace; večerní program pro dospělé zahrnuje jednou týdně DBT skupinu, individuální a telefonické konzultace. DBT pro mladistvé pacienty od 14 let (mimo setkání DBT skupiny) probíhá jedenkrát týdně a kromě individuální a telefonické konzultace zařazuje i rodinné konzultace (Kaleidoskop, n.d.).

Dalším poskytovatelem DBT ambulantní formou je Psychosociální centrum Psyché Přerov, v němž je program určen pacientům s poruchami osobnosti od 16 let (obzvláště s emočně nestabilním typem) a pro sebepoškozující pacienty. Léčba trvá osm týdnů a intenzivní terapeutický program probíhá denně od 8.30 do 15.30. Léčba zde sestává ze skupiny dovedností, skupiny analýz, psychogymnastiky, skupiny asertivity, skupiny všímavosti, nácvikové skupiny, relaxačních a imaginativních technik, práce s dechem a tělem, edukace a individuální psychoterapie (Psychosociální centrum Přerov, n.d.).

Denní stacionář provozuje také Psychiatrická nemocnice Bohnice, která nabízí čtyřměsíční program s prvky DBT a docházením dvakrát týdně – cílovou skupinou jsou pacienti od 17 do 30 let (Psychiatrická nemocnice Bohnice, n.d.).

Projekt Gradient je nejnovějším projektem v ambulantní léčbě DBT v České republice aktivním od roku 2024. Působí v Klecanech u Prahy, Plzni, Mladé Boleslavi, Berouně a Klatovech a nabízí šestiměsíční DBT program, který splňuje prvky komplexního DBT, dvanáctitýdenní **nácvikové skupiny** metod DBT nebo nejkratší, pětitydenní **podpůrné skupiny** zaměřené na témata souvisejícími s DBT (Gradient, n.d.).

Zařízení, která v České republice poskytují hospitalizační léčbu, jsou následující:

Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice Brno umožňuje třítýdenní hospitalizační program.

Ústřední vojenská nemocnice Praha nabízí terapeutický program s prvky DBT v délce trvání tři a půl týdne a poskytuje péči pacientům od 18 let věku. „Program je zaměřený na získávání dovedností k regulaci emocí a zvládání stresu. Významnou součástí programu je trénink všímavosti (mindfulness)“ (Ústřední vojenská nemocnice, n.d.).

Dětská psychiatrická nemocnice Opařany je jediným pedopsychiatrickým zařízením v České republice nabízejícím hospitalizační léčbu adolescentům ve věku 14 až 17 let. Léčba obsahuje přípravnou fázi obsahující až dva týdny ambulantních sezení, na která navazuje šestitýdenní hospitalizační léčba. „V rámci pobytu klienti procházejí pravidelnou individuální DBT psychoterapií (1x týdně) a skupinovým tréninkem dovedností (5x týdně). Pro rodiče adolescentů je připravena skupina s týdenní frekvencí“ (Dětská psychiatrická nemocnice Opařany, n.d.).

Hospitalizační léčbu s prvky DBT pro pacienty s diagnostikovanou emočně nestabilní poruchou osobnosti od 18 let věku nabízelo do srpna 2024 také Psychoterapeutické oddělení Psychiatrické nemocnice v Kroměříži, v němž jsem měla možnost být přítomna na třítýdenní stáži. V rámci terapie nabízelo oddělení skupinovou DBT, všímavost, nácvik sociálních dovedností, relaxační techniky a práci s dechem, edukační přednášky a také činnostní terapii. Toto oddělení svoji hospitalizační léčbu s prvky DBT již ukončilo, avšak v současné době nabízí možnost léčby v Denním psychoterapeutickém stacionáři s prvky DBT, která je strukturována do osmi týdenního programu (Psychiatrická nemocnice v Kroměříži, n.d.).

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

4 FORMULACE PROBLÉMU

Hraniční porucha osobnosti, jejíž prevalence dosahuje v populaci relativně vysokých hodnot, zůstává navzdory snahám o destigmatizaci prostřednictvím osvětových kampaní stále výrazně stigmatizována. Setkáváme s předsudky a se zaujatostí vůči těmto pacientům ze strany společnosti a mnohdy také s názorem, že tuto poruchu a její projevy nelze jakkoliv změnit. Díky osvětovým činnostem a prezentacím terapeutických způsobů léčby odborníkům i veřejnosti ale má toto nazírání daleko nižší intenzitu, než tomu bylo dříve.

V odborné literatuře jsou často na prvním místě zmiňovány popisy možných důvodů vzniku poruchy, poté popis klinického obrazu poruchy v rovině psychické či behaviorální a sociální a existující léčebné postupy. Občas jsem v ní ale postrádala spojitost s vnitřním biologickým a psychickým strukturováním pacientů, jejich sociálními vazbami a jejich spiritualitou jakožto s možnými podpůrnými faktory účastnícími se léčby, která patří, jak zmiňují autorky Valášková a Machů (2000) ve svém sborníku, „ke konkrétním projevům nového trendu, měnícího východiska léčebné péče směrem od nemoci k člověku“ (n.d.).

Osobně jsem se s pacienty v léčbě DBT setkala, poznávala jejich příběhy a osobnosti a viděla rozdíly v průběhu jejich terapie, jejího přijetí a v pokrocích, které dělají. Přestože jsem si vědoma toho, že vnímaná subjektivní a momentálně pozorovatelná úspěšnost se nemusí rovnat objektivní úspěšnosti a ústup symptomů nemusí znamenat vyléčení, měla jsem a mám silné nutkání hledat také jejich silné stránky nebo lépe řečeno to, co je dobré, co v nich samotných může pomoci jejich nelehkou situaci a život zvládat – pro ně samotné, subjektivně. Myslím si, že i to je velmi důležité, protože svůj život žije každý z nich sám za sebe.

Proto je tento kvalitativní výzkum zaměřen na silné stránky pacientů s hraniční poruchou osobnosti, pozitivní momenty v jejich životě, podpůrné prostředky, které jim pomáhají zvládat poruchu, přijetí a terapii a vedou je cestou ke kvalitnějšímu životu.

5 POPIS REALIZOVANÉHO VÝZKUMU

Tato část práce zahrnuje postupy při výběru participantů, vyložení výzkumných otázek, popis metody sběru dat a jejich analýzy a její vlastní provedení, interpretace výsledků a diskuze. Součástí výzkumné části je také podkapitola s názvem Osobnost výzkumníka, která obsahuje také sebereflexi a vlastní úvahy autorky výzkumu.

5.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

5.1.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem je zmapovat jednotlivé oblasti života pacientů s hraniční poruchou osobnosti, kteří absolvovali DBT a nalézt pozitivní prvky, které mohou vést k vyšší míře jimi vnímané úspěšnosti léčby.

5.1.2 Dílčí cíle

- Cíl 1 Nalézt pozitivní faktory v bio-psycho-socio-spirituální oblasti života participantů vnímané jako přínosné a pomocné pro život a potenciálně i DBT léčbu HPO
- Cíl 2 Nahlédnout do reakce participantů na diagnózu HPO a do jejich prožívání léčby a DBT
- Cíl 3 Zmapovat možné motivační faktory vedoucí k setrvání pacientů v léčebném procesu
- Cíl 4 Popsat v průběhu života a léčby DBT získané klíčové dovednosti pacientů vnímané jimi samotnými jako nejužitečnější pro život
- Cíl 5 Prozkoumat, jaké konkrétní aspekty DBT a změny během terapie účastníci vnímají jako přínosné a podporující jejich pocit úspěchu v léčbě.

5.1.3 Hlavní výzkumná otázka

Jaké osobnostní a situační charakteristiky vedou k vyšší míře pacienty vnímané úspěšnosti v DBT?

5.1.4 Dílčí výzkumné otázky

VO 01: S jakou bio-psycho-socio-spirituální strukturou osobnosti přicházejí účastníci do léčebného procesu a co z toho lze považovat za přínosné a pomocné pro život a potenciálně i DBT léčbu HPO?

VO 02: Jak participanté prožívali oznámení diagnózy HPO, zahájení a pokračování léčby?

VO 03: Jaké motivační faktory podporující úspěšný průběh léčby mohou dle představ a zkušenosti pacientů působit?

VO 04: Které v průběhu života a léčby získané klíčové dovednosti vedoucí ke zvládnutí příznaků HPO jsou pacienty vnímány jako nejprínosnější?

VO 05: Které prvky a změny plynoucí z DBT (nejvíce) podporují účastníky vnímanou úspěšnost léčby v DBT?

5.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl zvolen na základě předem zvolených charakteristik, které odpovídají tématu výzkumu týkajícího se pacientů s hraniční poruchou osobnosti, kteří již absolvovali DBT program. Základními charakteristikami a kritérii pro zařazení participantů do výzkumu tedy bylo:

- dosažení dospělosti
- diagnostikovaná hraniční porucha osobnosti
- absolvování celé šíře léčby v komplexním programu DBT na Psychiatrické klinice FN Brno
- ochota zúčastnit se výzkumu

Tato klinika byla vybrána záměrně, jelikož jako jediná poskytuje léčebný program právě v komplexní DBT, tedy obsahuje všechny komponenty DBT vytvořené M. Linehanovou, a pro potřeby výzkumu měli tudíž všichni účastníci stejné startovací podmínky v podobně shodného programu, jeho délky a obsahu, přítomnosti stejných terapeutů apod.

5.2.1 Nábor účastníků

Na začátku byla oslovena vedoucí projektu na Psychiatrické klinice Fakultní nemocnice Brno a vedoucí psycholog. Byli seznámeni s tématem práce a výzkumu, jeho cílem a metodikou. Ze strany DBT týmu byla nabídnuta možnost oslovení absolventů DBT s krátkým představením výzkumu a nabídkou možnosti účasti na něm.

Byl sepsán zvací dopis (viz příloha č. 3), který vedení DBT programu rozeslalo svým absolventům. V průběhu týdne se začali samotní účastníci prostřednictvím e-mailu ozývat se zájmem zúčastnit se výzkumu.

Původní záměr byl zapojit do něj pět respondentů, jelikož ale zájem další přihlášené účastnice byl velký a zájem výzkumnice o co nejrozmanitější informace taktéž, bylo toto číslo navýšeno na šest účastníků. Všichni splňovali zvolená kritéria výběru. Stran genderové vyváženosti nutno podotknout, že tato dodržena nebyla, jelikož výzkumnice byla odkázána na samotný projevový zájem účastníků, a tedy se nevyskytla možnost výzkumný soubor genderově vyvážit. Samozřejmě si uvědomujeme možné nedostatky, které s sebou tento fakt přináší.

Pro případ odstoupení některého účastníka z výzkumu byli zajištěni další možní participanti – náhradníci. Jelikož však všichni účastníci výzkum dokončili, nebylo třeba tuto možnost využívat.

5.2.2 Popis účastníků

Do výzkumu se zapojilo šest účastníků, z toho pět žen a jeden muž ve věku 23 až 40 let. U všech byla diagnostikována hraniční porucha osobnosti a všichni účastníci byli absolventy ambulantního komplexního DBT programu na Psychiatrické klinice FN Brno. Svůj program absolvovali mezi lety 2023 a 2024 a všichni byli také současně účastníky pravidelných absolventských setkání pořádaných Psychiatrickou klinikou FN Brno.

Základní charakteristiky jsou uvedeny v tabulce č. 1.

Pořadí	Pseudonym	Věk	Pohlaví	Setkání	DBT Bohunice - ambulantní	Ukončení	Absolventské skupiny
1	ROSA	35	ŽENA	ZOOM	ANO	2024	ANO
2	BASK	31	ŽENA	ZOOM	ANO	2024	ANO
3	REY	40	ŽENA	OSOBNĚ	ANO	2023	ANO
4	LIED	23	MUŽ	ZOOM	ANO	2024	ANO
5	NEVL	26	ŽENA	ZOOM	ANO	2024	ANO
6	KAMA	23	ŽENA	ZOOM	ANO	2023	ANO

Tabulka č. 3: Charakteristiky výzkumného souboru

Z důvodu ochrany účastníků a dodržení anonymity nebudou v této práci zmiňovány další detaily o jejich životech. Z důvodu potřeby anonymizování byly také ve fázi přepisů rozhovorů účastníkům přiděleny „pseudonymy“ sestávající ze tří či čtyř volně zvolených písmen jejich jmen. Na tomto místě je tento fakt zmíněn z důvodu prvotního kontaktu s pseudonymy.

5.3 Organizace výzkumu

Sběr dat probíhal od ledna do února 2025. Každý účastník byl nejprve osloven e-mailem, který ověřoval trvající zájem o účast na výzkumu a účastníci v něm byli seznámeni s tématem diplomové práce, jejím smyslem, s cíli výzkumu a nabídkou možností jeho provedení.

Následovala e-mailová komunikace s každým z účastníků, při níž byla domlouvána forma setkání (buď osobní setkání, nebo online setkání přes platformu ZOOM) dle preferencí jednotlivých účastníků, den a čas provedení rozhovoru. Při zvolené variantě online setkání byl den před samotným setkáním odeslán e-mail s informovaným souhlasem (viz příloha č. 4), jeho stručným vysvětlením, nabídkou možného následného vysvětlení nejasností, popřípadě jeho doplnění, a odkazy na on-line setkání. Při osobním setkání byl taktéž informovaný souhlas poslán den předem pro možnost jeho prostudování s potvrzením místa a času osobní schůzky.

Rozhovory byly uskutečněny samostatně s každým z účastníků. Délka rozhovoru byla koncipována na 45 až 60 minut, přičemž skutečná délka byla závislá na komunikačních schopnostech účastníků, jejich zájmu o témata a obsahové stránce jednotlivých sdělení.

Jednotlivé rozhovory byly nahrávány na mobilní telefon a přepsány aplikací Microsoft Office 365. Tyto přepisy byly následně upravovány za opětovného poslechu nahrávek a dle potřeby opravovány či doplňovány. Po druhém poslechu byly nahrávky z telefonu výzkumnice vymazány.

6 VÝZKUMNÝ PŘÍSTUP

Pro zpracování empirické části této diplomové práce byl zvolený kvalitativní výzkum, který metodolog Creswell (1998) definuje jako „proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému“ (s. 12). Úkol výzkumníka popisuje ve své knize Hendl (2008): „Výzkumník vyhledává a analyzuje jakékoliv informace, které přispívají k osvětlení výzkumných otázek, provádí deduktivní a induktivní závěry“ (s. 48). Kvalitativní výzkum byl pro toto téma použit, protože umožňuje hlubší porozumění prožívání a perspektivě pacientů, jejichž zkušenosti a pocity jsou jedinečné, specifické a pro výzkumníka často obtížně představitelné, zejména s ohledem na samotnou diagnózu. Také proto, že tento přístup poskytuje možnost detailního vhledu do každodenního světa účastníků výzkumu, čímž napomáhá k lepšímu pochopení jejich prožitků, motivací a způsobu hodnocení různých situací.

6.1 Použité metody

6.1.1 Metoda sběru dat

Pro tento výzkum byl jako metoda sběru dat zvolen hloubkový polostrukturovaný rozhovor, definovaný jako „nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním badatelem pomocí několika otevřených otázek“ (Švaříček, 2010, str. 159). Tento typ rozhovoru byl zvolen s ohledem na povahu výzkumu, která je v jistých částech poměrně intimní, šíří získávaných informací s předpokládanou přítomností individuálních rozdílů a také s ohledem na symptomatologii hraniční poruchy osobnosti. Volné vyprávění může totiž vhodně doplňovat motivace a podpora ze strany výzkumníka v podobě otázek, možností doplňujících vysvětlení od tazatele i participanta.

Struktura rozhovoru

Rozhovor byl rozdělen na pět oblastí podle výzkumných cílů, z nichž každá měla hledat odpovědi na předem určené výzkumné otázky.

- Oblast I: Bio-psycho-socio-spirituální determinanty osobnosti pacientů a jejich přínostnost pro život a potenciálně i léčbu HPO prostřednictvím DBT
- Oblast II: Reakce na diagnózu HPO, zkušenosti se zahájením léčby a jejím průběhem a související pocity
- Oblast III: Motivační faktory podporující individuálně vnímanou úspěšnost průběhu léčby

Oblast IV: Účastníky vnímané nejprínosnější klíčové dovednosti získané v průběhu života a léčby, podporující zvládání projevů poruchy

Oblast V: Prvky a změny plynoucí z DBT, které podle účastníků podporují jimi subjektivně vnímanou úspěšnost léčby

Pro potřeby vedení rozhovoru byl vytvořen scénář rozhovoru (viz příloha č. 5), který sloužil především jako podklad a osnova pro získání odpovědí ke všem výzkumným otázkám. Scénář rozhovoru byl orientační a vždy maximálně přizpůsobován participantům, jejich vyjadřování. Byly zohledňovány asociace mezi tématy, které do vyprávění vkládali jednotliví účastníci, a tudíž nebylo nutné se již na některé oblasti explicitně doptávat.

6.1.2 Metoda analýzy dat

Pro zpracování dat byla zvolena tematická analýza především proto, že „nabízí přístupný a teoreticky flexibilní přístup k analýze kvalitativních dat“ (Braun & Clarke, 2006, s. 2). Autorky dále uvádějí, že se jedná o metodu, která je určena k identifikaci a analýze jednotlivých témat, která se vyskytují v datech, a také popisují možné oblasti vhodného využití tematické analýzy, jako například doposud vědecky nedostatečně prozkoumaná témata. (Braun & Clarke, 2006).

Autorky Braunová a Clarkeová (2006) také popisují proces tematické analýzy a uvádí: „Proces začíná v okamžiku, kdy si analytik začne všimnout významových vzorců a otázek potenciálního zájmu v datech a hledat je – to může být již během sběru dat. Konečným bodem je sdělení obsahu a významu vzorců (témat) v datech“ (s. 15). Autorky vypracovaly šestikrokový postup zpracování tematické analýzy, který byl dodržen také v rámci této práce. První fází je seznámení s daty, druhou fází generování počátečních kódů, třetí fází je hledání témat, čtvrtou fází přezkoumání témat, fáze pět zahrnuje definování a pojmenování témat a v šesté fázi dochází k vypracování zprávy (Braun & Clarke, 2006).

6.1.3 Vlastní provedení analýzy

Jak již bylo uvedeno výše, nahrávky byly před samotnou analýzou přepsány do textové podoby. V prvním kroku jsem přepisy opakovaně pročítala a vyznačovala v textu zajímavé pasáže. Druhým krokem bylo přidávání vlastních poznámek do přepisů a barevné označování opakujících se témat, která sloužila jako prvotní kódy.

Nejdříve jsem si nahodile zvolila barvy jednotlivých témat (viz tabulka č. 2), jimiž jsem poté zvýrazňovala samotné pasáže v prepisech rozhovorů. Tuto techniku barevného kódování jsem zvolila z důvodu potřeby přehlednosti ve velkém množství dat, jelikož rozhovory s jednotlivými účastníky byly rozsáhlé, a pro usnadnění následné práce s přiřazováním jednotlivých pasáží textu pod jednotlivé kódy.

ŽLUTÁ BARVA	1. bio-psycho-socio-spirituální složka osobnosti pacienta	biologická dimenze osobnosti, psychická dimenze, sociální/vztahová dimenze, spirituální dimenze osobnosti
MODRÁ BARVA	2. zkušenost s léčbou	vznik poruchy, projevy; postoj k poruše, vyhledání pomoci, informovanost o léčbě; léčba
FIALOVÁ BARVA	3. motivační faktory k zahájení léčby a setrvání v ní	motivace k zahájení léčby, motivace k nástupu do DBT, změny v motivaci v průběhu léčby, strategie zvládání náročných stavů – před a v průběhu léčby, složky DBT působící motivačně pro terapii
ZELENÁ BARVA	4. klíčové dovednosti využívané pro zvládání poruchy a léčby	dovednosti přítomné před DBT, dovednosti získané v průběhu DBT
ČERVENÁ BARVA	5. vnímaná úspěšnost léčby	změny v chování, emocionalitě, vztazích, vnímání identity a hodnot po DBT, přínos složek DBT, vnímaná úspěšnost
ORANŽOVÁ BARVA	AHA momenty, zajímavé postřehy	
ŠEDÁ BARVA	doporučení účastníků	doporučení směrem k veřejnosti, zájemcům o DBT, DBT týmu

Tabulka č. 4: Ukázka barevného kódování

Součástí práce se samotnými prepisy bylo také vytvoření dalšího listu, kam byly zapisovány vlastní poznámky, pocity a dojmy vyplývající z rozhovorů.

V této fázi jsem si v MS Excel vytvořila sešity a listy, kam jsem tyto kódy zapisovala. Sešity označovaly kódy a listy podkódy.

V průběhu tohoto zapisování jsem také občas přesouvala a přeskupovala jednotlivé kódy podle kategorií, které začínaly tvořit celky. Byl vytvořen přehledný tzv. codebook (viz příloha č. 6) sloužící k lepší orientaci. Třetím krokem bylo konečné seskupení kódů do kategorií, případně propojení více kódů dohromady. V programu MS Excel vznikl také samostatný sešit s kódy, které na první pohled nezapadaly do žádného tématu, ale byly považovány za důležité. V další fázi byly kategorie seskupeny do zastřešujících témat. Z každého takového tématu byl

vytvořen dokument v MS Wordu, kam byly vybírány a přesouvány opakující se kódy a podstatné či výstižné citace z jednotlivých témat z MS Excelu, a byly k nim přiřazovány soukromé poznámky a vlastní shrnující doplňkové texty od výzkumnice. Každý tento MS Word dokument sloužil jako shrnutí jednotlivého tématu. V předposledním kroku byla z těchto myšlenkových map jednotlivých témat vytvořena konečná myšlenková mapa, tzv. One sheet of paper (viz příloha č. 7), který znázorňoval výsledky, tedy jednotlivá zjištění a jejich vzájemné vztahy. Poslední fáze tematické analýzy sestávala ze zpracování jednotlivých kapitol Výsledků, včetně jejich ilustrace mimořádně zásadními či výstižnými citacemi z rozhovorů s participanty, na něž navazují Diskuze a Shrnutí výzkumu.

6.2 Etika a ochrana soukromí

Autoři Orb et al. (2001) se vyjadřují k problematice etiky v kvalitativním výzkumu následovně: „Kvalitativní výzkum vyžaduje etický přístup, který přesahuje formální souhlas a zahrnuje budování důvěry, zachování důstojnosti a ochranu osobních údajů účastníků. Etické otázky totiž nejsou jen administrativní formalitou, ale klíčovým předpokladem pro validitu a integritu celého výzkumného procesu“ (s. 93).

Již při prvotní myšlence směřující k zaměření výzkumu jsem si plně uvědomovala, že oblasti, kterými se tento výzkum bude zabývat, se mohou dotýkat velmi citlivých témat vztahujících se k osobnosti a životu účastníků. Zvažila jsem také specifčnost účastníků výzkumu, především jejich zranitelnost a možnou emoční labilitu vyplývající z klinického obrazu hraniční poruchy osobnosti, která byla všem účastníkům diagnostikována. I z tohoto důvodu jsem od prvopočátku ke každému z účastníků přistupovala citlivě, s důstojností, bez predsudků a snažila jsem se přizpůsobit jejich tempu a možnostem vůbec.

Před zahájením rozhovoru byl každý účastník seznámen s tématem diplomové práce, cílem výzkumu a stručným scénářem rozhovoru. Den před rozhovorem byl každému poslán informovaný souhlas a dán dostatek prostoru pro případné připomínkování či doplnění informací. Součástí informovaného souhlasu byly informace o anonymizování celého rozhovoru, tedy jmen účastníků a všech skutečností, které by mohly vést k odhalení jejich pravé identity. Dále byla zdůrazněna možnost kdykoliv rozhovor přerušit, na cokoli neodpovídat nebo z výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu. Samozřejmostí bylo také odkázání na možnost se kdykoliv v průběhu rozhovoru doptávat výzkumnice či požádat o opětovné dotázání se, třeba jiným způsobem.

Byla také zmíněna možnost se s výzkumníci spojit i po ukončení rozhovoru pro případ doplnění informací nebo také v případě, že by rozhovor jakkoliv narušil jejich psychickou pohodu, a byla nabídnuta možnost společného nalezení odborné pomoci v případě potřeby. Nutno konstatovat, že k tomuto doposud nedošlo, avšak kontakt s některými z účastníků je v rámci běžné komunikace nadále udržován.

6.3 Osobnost výzkumníka

6.3.1 Sebereflexe

Výzkumná část pro mě byla výzvou, a to především proto, že se jednalo o moji první zkušenost s kvalitativním výzkumem. Téma pro mě bylo nejen zajímavé a lákavé z pohledu nahlédnutí do života účastníků a procesu změny v rámci jejich života a účasti v DBT programu, ale také jakousi osobní výzvou.

Sama jsem se již mnohokrát setkala s pacienty s hraniční poruchou osobnosti, přičemž někteří byli i z bližšího okolí. Při poslouchání jejich příběhů obsahujících osobní, společenský a partnerský život i cestu k lepšímu psychickému a zdravotnímu stavu jsem často nabyla dojmu, že ztrácí odvalu a chuť pokračovat v léčbě či sílu hledat a nacházet tu cestu pro ně samotné nejvhodnější – a to z důvodu chybějícího pochopení a opory ze strany rodiny, známých a přátel nebo také odborníků a veřejnosti. Sami zmiňovali předkládanou neměnnost jejich stavu a pomyslné tzv. házení přes palubu. Samozřejmě je zde nutno zmínit, že si plně uvědomuji symptomatologii HPO, její projevy a možné ovlivnění výpovědí právě těmito skutečnostmi. V každém případě vím, že tomu tak nemusí být nutně vždy, že existuje spousta podporujících a nápomocných rodinných příslušníků a velmi kvalitních a empatických lékařů a odborníků, kteří dokážou dostatečně namotivovat pacienty, dát jim naději a ukázat k ní cestu. A právě z tohoto důvodu jsem měla potřebu toto téma nějak prozkoumat z pohledu pacientů a možná také ukázat, že v případě vlastní odvahy, ochoty a píle je možné i zdánlivě neřešitelné a temné stránky každodenního bytí pacientů s HPO aspoň částečně prosvětlit novými dovednostmi a alespoň místy otevřít bludné kruhy jejich životů a objevit nové, dosažitelné obzory vedoucí ke zkvalitnění těchto životů.

Nejobtížnější pro mě byl asi začátek výzkumu. Byla jsem velmi vděčná za zájem a ochotu pracovníků z DBT týmu poradit či doplnit informace a za jejich pomoc s rozesláním zvacích dopisů k výzkumu absolventům terapie. Po této fázi nastalo asi dvoutýdenní ticho, nikdo z pacientů neprojevoval o výzkum zájem. Začala jsem mít obavy o jeho budoucnost, a tedy i budoucnost celé diplomové práce.

Snažila jsem se motivovat se vlastní odvahou provést výzkum s pacienty s hraniční poruchou osobnosti a navíc tímto způsobem, tedy zvacím dopisem s otevřenou možností se zúčastnit. Na mysl mi přišly také obavy o vlastní kompetentnost či schopnost se správně a citlivě ptát tak, aby nedošlo k otevření bolavých míst u pacientů apod. Vše toto bylo samozřejmě předem ošetřeno kontaktem s odborníky, kteří by případně byli ochotni účastníkům pomoci, navíc sami účastníci byli všichni v té době součástí absolventských skupin, tedy stále v kontaktu i se samotným DBT týmem. To mě také mírně uklidnilo.

Nicméně po dvou týdnech obav a nadějí zároveň se začali postupně, někdy i dva za den, ozývat jednotliví pacienti s vyjádřením svého zájmu o výzkum. Následovaly informační fáze a domluvy samotného výzkumu. Musím říct, že mě samotnou poměrně mile překvapilo, jak hladce rozhovory plynuly. Ano, každý účastník byl zcela jiný, někdo mohl být ovlivněn momentálním horším psychickým stavem, a tudíž rozhovor musel být více strukturován, oproti tomu u některého z účastníků téměř nebylo nutné, abych se na cokoliv ptala. V průběhu rozhovorů jsem raději čas od času zdůrazňovala možnost neodpovídat či určité pasáže z jejich životů nezmiňovat. Samotnou mě překvapilo, že až na jednoho účastníka, který úmyslně vynechal ze svého vyprávění období dětství a dospívání, všichni účastníci velmi otevřeně a přátelsky vyprávěli své životní příběhy a cesty.

V průběhu rozhovorů jsem si uvědomovala vlastní myšlenky nebo tzv. AHA momenty, které jsem po ukončení rozhovoru zapisovala a které mi pak také hodně pomohly v analyzování dat.

Po ukončení posledního rozhovoru jsem zažívala dobrý pocit z celého procesu a byla jsem svým způsobem hrdá na každého účastníka výzkumu, jelikož se jevila zcela evidentní přítomnost pokroků a posunů v jejich životech směrem k jejich zkvalitnění a sami vyjádřili potřebu tuto zkušenost přenášet dál na lidi se stejnou diagnostikovanou poruchou a na samotné zájemce o DBT.

7 VÝSLEDKY

V analytické části práce bylo identifikováno pět témat a ke každému tématu byly přiřazeny kódy specifikující a doplňující jednotlivé kategorie (viz codebook). Každý účastník se dotkl všech otázek (i když v jednom případě pouze velmi okrajově zmínil jeden účastník období dětství a dospívání ve svém životě) a na konci rozhovorů už nikdo z účastníků neměl potřebu cokoliv doplnit.

V úvodní části rozhovorů bylo provedeno s každým vstupní kontrolní ověření, zda došlo ke splnění podmínek pro vstup do výzkumu – u všech účastníků byly splněny všechny predeterminanty.

Nyní budou představena jednotlivá témata a podtémata, která budou provázena dokreslujícími citacemi z rozhovorů s jednotlivými účastníky pro lepší vhled do problému a pro potvrzení autentičnosti.

7.1 Bio-psycho-socio-spirituální složka osobnosti účastníka

V každém tématu byl nejprve uveden kontext dané oblasti, tedy popis této části života účastníků tak, jak jej vnímali či vnímají nyní, a také bylo součástí zaměření se na pozitivní stránky dané oblasti, tedy na to, co považují za důležité a životu prospěšné.

Biologická dimenze

U všech účastníků byl zmiňován typický obraz – častá nemocnost již v dětství, poruchy spánku a somatizace. Tyto skutečnosti si sami účastníci spojovali s nepříznivou rodinnou či později, v období puberty, sociální situací.

„No a ne jako nějak nemocná jsem nebývala, ale nějaký jako slepák, třeba nebo něco takového. Ale co mě začalo trápit, tak od 13 tak mě začaly trápit záda. Krční páteř... no to bylo v době, kdy to ve škole nebylo úplně dobrý. Blbá parta.“ (BASK)

Podobný pohled uvedla ve svém vyprávění další účastnice výzkumu:

„Ne že by to přišlo z ničeho nic a já si myslím, že to byla kombinace toho (situace doma, kamarádi, učivo), že ty bolesti začaly hlavy, začaly být hodně špatné a já jsem byla ve špatné toxické skupině, kdyby přátel nebo lidí a takže jako tohleto dohromady.“ (NEVL)

Všichni účastníci také uvedli, že se od poměrně útlého věku potýkali se sebezpoškozováním, jež mělo dopad i na jejich tělesné zdraví, a které mělo nejružnější projevy – sebezpoškozování narušením integrity kůže (řezáním), poruchy příjmu potravy (zmíněna mentální anorexie i bulimie), alkoholismus, hypersexualita. V této oblasti bylo téma velmi propojeno s tématem sociální dimenze, a to ať už v pozitivním smyslu, když byla rodina zdrojem opory a pomoci, nebo ve smyslu negativním, když rodina a blízcí byli spíše možným spouštěčem obtíží či se dle názoru participantů podíleli na jejich prohlubování.

Dále účastníci často zmiňovali, že jim v této biologické dimenzi jejich života pomáhala, mimo sociální okolí, kterému se budeme věnovat v tématu sociální dimenze, skupina aktivit a faktorů, které byli schopni samostatně alespoň do nějaké míry ovlivnit. Mezi nimi byly nejčastěji zmiňovány dodržování denního režimu či rozvrhu dne, pracovní režim, ať už se týkal školních povinností, trávení volného času či docházky do zaměstnání, pravidelný a dostatečně dlouhý spánek, pravidelná a kvalitní strava a pohyb.

„Režim mám tak nějak nastavený, abych chodil zhruba aspoň spát nějak podobně, je to samozřejmě jednodušší, když nemám školu než ve zkouškovém období, ale snažím se nějak. Dělat i jinak se týče jakoby večere, od čeho by to asi mohlo být lepší. Snažím se aspoň být nějak jako mírně fyzicky aktivní, ale je to jakoby asi něco, co se snažím, nebo chci nějak pomalu zlepšovat, abych byl třeba jako víc aktivní a víc.“ (LIED)

„Ale zas až bude normální (pracovní) režim tak už to bude všechno v pohodě to budu chodit spát ze slepicema a budu spát. Pak je všechno fajn.“ (ZDMU)

Psychická dimenze

Účastníci výzkumu se značně lišili ve vnímání svého temperamentu a povahy. Evidentní však byla polarita, tedy zde jakási vyhrocenost, přičemž čtyři z šesti účastníků uvedli, že byli uzavření do sebe, nedůvěřovali okolním lidem, vyskytovala se u nich plačtivost, úzkostnost a na náročné situace či jakékoliv vybočení z klidného režimu reagovali útekem, potlačením emocí, což vnímali jako prevenci ublížení sobě nebo okolí. Z rozhovorů vyplynulo, že tyto zvládací mechanismy byly často potvrzovány a upevňovány rodinnou situací, nepřítomností vztahové osoby či jejím odmítáním. Tato skupina účastníků upřednostňovala názory druhých před svými vlastními, zmiňovali také téměř nulovou schopnost sebezprosazení. Stran sebezprosazení také všichni, kterých se toto téma dotýkalo, uvedli, že po absolvování DBT se začalo měnit a četnost přítomnosti útekových reakcí se snížila.

„Od dětství jsem byla víc citlivá. A potom třeba v tom dospívání, tak jsem byla z těch všech jako emocií, co jsem potlačovala, tak jsem byla z toho zmatená, že nevím, jak to mám vlastně teda dávat najevo. A takže spíš z toho vyšel ten pláč.“ (KAMA)

„Jo, jakože tlak ze strany lidí si myslím, že jsem vždycky zvládl poměrně jakoby špatně, jako když mě někdo tlačí, tak mě to hodně stresuje i stresovalo a myslím si, že vždycky jsem měl tendenci se tomu jakoby podřídít asi spíš než se jako nějak hádat a myslím si, že jako dítě jsem měl asi ještě k tomu jakoby víc tendenci si i nějak nakonec, ale jakože dupnout ne a asi vždycky ne přiměřeně.“ (LIED)

Zmíněna také byla přítomnost až zdrcující nejistoty v domácím prostředí. Účastníci uváděli, že tyto rozpaky se snažili řešit právě zmíněným útekem – ať už do samoty a uzavření, nebo k jisté formě sebepoškození, které jim, dle jejich vyjádření, pomáhalo snížit tenzi, se kterou si sami nedokázali pomoci, neboť nebyl nikdo po jejich boku, kdo by jim podal pomocnou ruku.

„On (táta) byl velmi dlouho v práci. To je jako jedna věc a druhá věc, ale je, že táta má vlastně bipolární poruchu a dlouho se to jakoby nevědělo. A však byl bez diagnózy a neléčený, tak to nebylo úplně příjemné, protože často jo prostě změny nálad a výbuchy a nedalo se prostě předpovídat, s jakou dojde jakoby domů. Takže jsem se často prostě bál i chodit domů. Nevěděl jsem, co mě tam čeká.“ (LIED)

Na druhé straně dva ze šesti účastníků, uvedli, že byli od dětství zvědaví a divočejší než ostatní děti, že jejich projevem sympatií k druhým nebo projevem vlastního názoru a sebeprosazení bylo ubližování druhým, které sami nevnímali nijak nebezpečně či nepatříčně. Opakující se vzorec přispíval opět k prohlubování obtíží.

„Já jsem rozhodně nebyla tichá. Ale rozhodně to nebylo tak, ale že bych vyžadovala vyloženě, abych já vždycky byla středem pozornosti. Ale vždycky jsem tak nějak ráda zůstávala hnedka vedle toho středu pozornosti. A. Takže já bych řekla potom s pubertou a jsem začala být hodně taková netrpělivá v řešení konfliktů, které potom jsem zkoušela řešit extrémními způsoby.“ (NEVL)

„A bylo bylo prostě dýl a tak, ale každopádně se už i já jsem si to uvědomovala klidně jako od školky, protože děti si se mnou jako chtěly bavit, ale pak najednou ne a třeba a všímala jsem si, že to je jako většinou potom, co je pokoušu, ale nedokázala jsem si vlastně pomoci jako strašně dlouho.“ (BASK)

Společným jmenovatelem byla emoční nestabilita, neschopnost emoce popsat a pracovat s nimi, což všichni účastníci uváděli jako nejvíce limitující faktor v jejich životech.

„Tak reagovala jsem na nepříjemné události nejvíce pláčem, nedokázala jsem se třeba, když jsem měla třeba důvod ke vzteku, tak jsem se nedokázala vyvztekat, takže já jsem pokaždé brečela, a to můžu být aj ty smutný události nebo nějaký ty nečekaný. Takže jsem hodně brečela, ale potom vlastně jak jsem říkala, tak jsem ty emoce hodně potlačovala a tím potom vznikaly třeba ty pohnutky k sebepoškozování a takové.“ (KAMA)

„No, přesně jsem nedokázala vůbec jako popsat emoce, nic takového a taky jsem nedokázala reagovat na ty emoce.“ (BASK)

Jako jakési ochranné faktory v této oblasti zmiňovali účastníci pevný emoční vztah alespoň k jednomu člověku, což je součástí dalšího podtématu, odvahu (která byla seberefektivně rozlišena na přínosnou a škodlivou), kreativitu, která pomáhala k sebevyjádření, resilienci, tedy schopnost vyrovnávat se s obtížemi, tvrdohlavost, schopnost nepřejímání názoru okolí a „svojskost“:

„Prostě kašlu na to, jaká mám být. Prostě ho to mám ty svoje modré vlasy. Holt si tady jako poskáču na ulici nebo něco takového. Takže asi nějaká taková svojskost.“ (BASK)

„Vždycky, když jsem prostě spadla nějak na dno, vždycky, když jsem prostě byla nějak jako na tom hodně blbě, i když se to zdálo, že prostě jako moje hraniční porucha napovídala prostě ledacos a tak dále, tak vždycky jsem byla schopná se nějak jako zvednout a prostě říct ne. Já takhle nechci být, pojďme prostě ze sebou něco udělat.“ (BASK)

I v této části týkající se psychiky účastníci zmiňovali potřebu denního režimu, dostatečného spánku a odpočinku, který se střídá s pohybovou aktivitou.

Sociální dimenze

Rozhovor o rodině a blízkých byl pravděpodobně nejnáročnějším tématem. Jak již bylo uvedeno výše, jeden účastník odmítl zmiňovat své dětství a dospívání úplně, což bylo respektováno a bylo pokračováno v rozhovoru obdobím dospělosti. Pět z šesti účastníků vyrůstalo v rodině, ať už primární, nebo doplněné. Jedna účastnice uvedla, že byla adoptována z kojeneckého ústavu a že adopce velmi pozitivně ovlivnila její psychický i fyzický stav.

V rodinách účastníků se většinou dělo, a to ve velké míře od jednoho rodiče, násilí, devalvace a odmítání, které se vyskytovalo také ve vrstevnických skupinách ve formě šikany.

Část z účastníků zmínila přítomnost duševního onemocnění u některého z rodičů či prarodičů, jehož projevy měly za následek pocity strachu, nejistoty a nestability:

„Chvíli to bylo v pohodě a chvíli jsem nemohl „ani dýchat“. Nebyl jsem si jistý, jak se mám cítit.“ (LIED)

„Jakože určitě to (máma) nemyslela špatně, ale vždycky mi prostě, když třeba kamarádi onemocněli nebo prostě mi napsali, že se nemůžou se mnou ví o čemkoliv, tak mi začala říkat: No ale víš, že ti lžou oni tě prostě jenom nemají rádi a nechcou s tebou jako být.“ (LIED)

Účastníci, kteří uvedli, že neměli dobrý a kvalitní vztah s rodiči, ať už byla vnímaná obtíž na straně rodiče, na jejich straně nebo oboustranně přítomná, měli po svém boku vždy alespoň jednu další vztahovou osobu, ke které měli velmi dobrý vztah a která byla jejich kotvou, oporou. Velmi často byla jmenována babička z matčiny strany. V případě nepřítomnosti této osoby v rodině byl zmiňován přesun opory a podpory z rodiče na osoby v širším sociálním kontextu, například učitele, přátele nebo partnery. V jednom případě byl uveden jako nosný vztah se zvířetem – psem, a to především z důvodu přítomnosti obtíží v kontaktu s lidmi.

„Babička byla podle mě v tom útlém věku teda jakoby nějaká ta kotva, ve které jsem měl hádám nějakou oporu a emoční blízkost. A potom, když jsem byla jako dítě, tak jsem měl tendenci spíš jako tíhnout k nějakým oblíbeným učitelům a vidět je jako nějakou emoční oporu než v rodině nějakou dobu. Když jsem byl teenager, tak mi byl hodně blízký jako děda z máminy strany.“ (LIED)

Jedna účastnice zmínila i velký vliv celé skupiny, v tomto případě církevní společenství salesiánů:

„Tam se ten stav jakoby přepnul, zlepšilo se to. Už jsem si nechtěla ublížit a tak. Někam jsem patřila.“ (BASK)

Ve vztazích byla hledána především opora a bezpodmínečné přijetí:

„Holt já Tě miluju taková jaká seš a vidím, že máš nějaký problém a taky vidím, že si to řešíš. Já Ti v tom pomůžu a je to.“ (BASK)

Z tohoto citátu je patrná společná práce, posun, pocit, že na všechny potíže nejsou sami.

Za nejpozitivnější a nejvíce pomocné prvky ve vztahu s druhými byly tedy souhrnně uvedeny následující skutečnosti: existence bezpečného místa, přijetí, důvěra, odpuštění, podpora, podpora k osamostatnění – což účastnice uvedla jako velmi přínosné do budoucna – zmíněná tímto způsobem: „*Schopnost umět se nakopnout.*“ (KAMA)

„*Hm, tak určitě nejvíc mi pomáhal vztah s mámou, že jako problémy jsme samozřejmě měli prostě jako hádali jsme se a tak ale úplně jako nakonec toho všeho. Tak když je mi, když je mi špatně, tak zavolám jí. Když když se mi něco podaří, tak zavolám jí a buď to budu času, tak tohleto je takhle s tatškou. A řekla bych, že toto tak je jako v mém životě, tak ta rodina, tak je vlastně tou mojí jako největší kotvou, i když jako sport to byly hrozně moc problémů, což jako ne záměrně prostě holt jako měli k dispozici informace třeba. Tak, ale vždycky to byla taková jako ta bezpečná stránka, i když v těch chvílích života tak to takhle nebylo, protože i oni měli svých problémů dost. Já jsem prostě byla jako rozbouraná a tak, ale prostě v drtivé většině jako z mého života, tak prostě jsem mohla mohla přijít za tou mamkou a svěřit se.*“ (BASK)

„*Když jsem se vlastně dala dohromady minulý rok v březnu, vlastně ty s tím mým přítelem je sám konečně potkala vlastně člověka, kterej je dost sympatickej a kterej ví. Už už mě znal asi dva roky předtím ví, jak se jako chovám, s čím jsem si procházela a že tam ta důvěra už byla ze začátku. Že hodně mě tady v tom pomohl, mě aj taky jako jak tam mamka, tak mě nakopává k různým věcem, že například teďka hledám práci, tak oni třeba pošle nějaký inzerát a prostě napiš tam. Jo, prostě oni za to nic tím jakoby třeba tím něco získáš? Jo prostě, ale hlavně tam třeba napiš. A tak jo, že mě prostě tady těm. Jsem nakopává a máme tam tu důvěru, že vím, že mě prostě v něčem třeba neodsoudí, nebo že mě nepošle někam jo? Že. Prostě tady se mnou bude.*“ (KAMA)

„*Že vždycky říkám těm mladým, když říkají o svých rodičích, že je nenáviděj, tak jim říkám, že dokud je mají, tak prostě se mají k nim chovat hezky. Jak jednou nejsou, tak je to špatný.*“ (ROSA)

Spirituální dimenze

U všech účastníků výzkumu byla zmíněna přítomnost jistého druhu religiozity. Jejich víra se upínala k Ježíši, osudu, polyteismu, přírodě a jejím silám. Jedna účastnice řekla, že věří ve vědu. Tento vztah pěkně vyjadřuje sama účastnice:

„Pomáhá mi k pochopení prostě toho, jak ten svět funguje, jak ho, jak ho teďka známe, jaké odpovědi teďka máme. A ty odpovědi, které nemáme. No, tak holt je prostě ještě neznáme.“
(KAMA)

Jedna účastnice uvedla, že věří v „něco, co neumí popsat“. (NEVL)

V každém případě bylo ve spiritualitě zřejmé hledání a nacházení toho, co je nějakým způsobem umenšeno v jejich běžném životě a co považují za podstatné. Účastníci se shodli v tom, že jim víra dává klid, přijetí, pochopení, pomoc, odložení a odlehčení životních těžkostí, bezpodmínečné přijetí, odpuštění, oporu a podporu, vedení a nasměrování, místo, na něž se mohou vždy vrátit:

„Dává mi to docela dost záruk a klid. On (Ježíš) jakoby nese můj kříž.“ (ROSA)

„Nepřikládala jsem této víře nějakou váhu, ale až mi bylo 15, 16 a byla jsem ve svém životě hodně zmatená, tak jsem prostě hledala různé způsoby, co by mně mohlo dávat ten klid.“
(KAMA)

„Je to spíš taková moje pacifická spirituální domněnka, ... že když mě někdo nebude brát nebo chápat, takže třeba aspoň jakoby nějaký ti bohové, aspoň někteří z nich, budou jako chápat mě a moji situaci.“ (LIED)

„Protože je to pro mě klidné a bezpečné prostředí a nejsou tam většinou lidi. Tam je mi dobře a uklidním se.“ (ZDMU)

V této podkapitole jsme se dotkli také tématu silných stránek a jejich vnímání jednotlivými účastníky bylo značně rozdílné. Velmi záleželo na životním příběhu a aktuálním psychickém stavu a životní situaci každého z nich. Zjevné však byly rozdíly u účastníků, kteří se cítí stabilizovaní a dobře – ti byli schopni své silné stránky vidět a bez obtíží je pojmenovat.

*„A moje nejsilnější stránka a asi v tvrdohlavosti. Že jako když už se pro něco jako rozhodnu, že něco nějak bude, tak jako moc nevím, kde by mohly být ty hranice toho, co bych se pro to nesnažila udělat. Ale je těžké jako najít tu vůli na to na něco dostatečně jít. Pak empatie, ale i to, že jsem schopná věci tak intenzivně prožívat, což není vždycky, jako většinou není jako pohodlné nebo příjemné, ale potom pokud jde třeba o lásku nebo takové věci, tak jsem schopná jako ve vybraných momentech z toho mít asi větší jako prožitek. A třetí docela silný nerespekt k nelogickým autoritám dejme tomu. Protože i když mi to dělalo jako problémy v dětství, tak mamka by řekla, že si nenechávám **** na hlavu.“* (NEVL)

Posledním tématem zde byl žebříček hodnot. Na prvních dvou místech se opakovaly vztahy (rodina, přátelství, pes) a zaměstnání jako zdroj příjmu a vyplnění času. Další příčky již byly rozdílné podle povahy jednotlivého účastníka, jeho zdravotního stavu a životního stylu. Tři účastníci uvedli, že na třetím místě mají sami sebe.

7.2 Zkušenost s léčbou

V této části rozhovorů byly zaznamenány největší rozdíly, což je pochopitelné. Toto téma se rozděluje na následující podtémata: vznik a projevy poruchy, postoj k diagnóze, vyhledání pomoci, informovanost o léčbě a léčba samotná.

Vznik poruchy a její projevy

Všichni účastníci uvedli, že jako děti tzv. vybočovali z řady svých vrstevníků, což buď pozorovali sami, nebo jim to bylo předkládáno spolužáky, kamarády, učiteli, rodiči. V tomto ohledu byly nejčastěji zmiňovány nepřiměřené a často neadekvátní emoční reakce, fyzické ubližování dětem nebo sobě, neschopnost přijetí autorit, „rebelování“ až výtržnictví, nebo naopak stažení se ze společnosti, úkryt před lidmi, útěk před obtížemi a nepříjemnou realitou v podobě stažení se do sebe. Každý účastník také zmiňoval postupné zhoršování obtíží nebo stavy pomyslné kompenzace jejich stavu střídající se s atakami poruchy.

Postoj k diagnóze

V samotném přijetí diagnózy účastníkem nebo rodinou a blízkým okolím byly velké rozdíly, které byly dány především vnitřní strukturou osobnosti účastníka, přítomností či neexistencí vztahové osoby a reakcí okolí.

Po sdělení diagnózy hraniční poruchy osobnosti reagovali účastníci dvěma způsoby, z nichž první byl odmítnutí a druhý přijetí. Odmítavý postoj byl dle nich samotných způsoben především neúplnými či zavádějícími informacemi o této diagnóze, možnostech jejího zvládnutí a možnosti žít kvalitní život i s ní a předsudky, které s sebou nese, ale také devalvačním postojem jejich nejbližších. „*Za všechno mohla moje HPO.*“ (NEVL) U těchto účastníků byla detekována horší adaptabilita na léčbu podpořená nějakým stupněm nedůvěry a kolísající motivací.

V této oblasti přijetí, či odmítnutí diagnózy rodinou stojí za zmínku také fenomén odmítnutí diagnózy rodičem z důvodu obav z vlastního selhání:

„Jelikož se dočetli (rodina), že HPO vychází z nějakého vztahového traumatu, a zásadní problém mojí mámy a rodiny byl v tom, že přeci nemůžu mít HPO, když přeci ona jako matka neudělala nikdy nic špatně.“ (LIED)

S vyřčením diagnózy došlo u druhé skupiny účastníků k přijetí, přičemž sami použili pojem validace a zvýšila se motivovanost stran léčby:

„Pro mě to bylo i jako validující věc, že jsem si konečně mohl říct jako jo, tohle je něco, co je se mnou fakt nějak jinak a nevymýšlím si to... S tímhle prostě mám fakt reálně problém víc než jiní a je to dobrý, protože pro to máme nějaký jméno a způsoby, kterými se s tím dá pracovat.“ (LIED)

Vyhledání pomoci a informovanost o léčbě

Tato dvě podtémata se v průběhu rozhovorů plynule prolínala, tudíž zde byla seskupena do jednoho.

K jistému druhu léčby psychických obtíží se všichni účastníci dostali již v průběhu dětství či adolescence. Důvodem byly buď setrvalé obtíže, zhoršující se obtíže nebo intenzivní akutní ataky, které se většinou vyskytly v návaznosti na stresující či těžké situace.

Tři účastníci řekli, že odbornou pomoc vyhledali sami v období dospívání, v jednom případě byl motivací strach z dědičného duševního onemocnění a ve druhém a třetím případě byla silná vnitřní motivace spojena s potřebou změny v životě k lepšímu a udržení stávajícího vztahu či zaměstnání.

„Já jsem v tomhle vždycky aktivní –, že se snažím zjistit, co se s čím dá dělat, jaké existují možnosti, jaká je optimální léčba.“ (LIED)

Další účastníci měli silnou podporu v rodině, která také aktivně vyhledávala možnou odbornou pomoc a motivovala účastníky k tomu, aby jejich pomoc využili. V jednom případě byl podněcujícím faktorem praktický lékař jednoho z účastníků, který až obdivuhodně projevil míru empatie a kvalitu péče o pacienta.

„Můj obvodák řekl: Hele, potřebujete psychiatra. Já potřebuju vědět, co s váma je, jako i oficiálně, protože jsem neměla tu diagnózu na papíře, ať prostě jako já vím, kam vás třeba pak směřovat.“ (BASK)

V rámci motivace k léčbě byly okrajově zmíněny sociální sítě a určité patientské skupiny, v tomto případě skupina absolventů DBT programu, ve které se dle vyjádření jedné účastnice výzkumu vzájemně podporovali a motivovali: „*Jít do toho.*“ (KAMA)

Vlastní informace o DBT si pacienti vyslechli nejčastěji od psychiatra, který poskytl dostatečné informace – většinou za pomoci odkazů na webové stránky a články o této metodě léčby, někteří obdrželi i leták či jim byl poskytnut přímo kontakt na FN Brno. Ve dvou případech informace o léčbě přineslo Centrum duševního zdraví (CDZ), které navštěvovali. Jeden účastník také zmínil komunikaci mezi CDZ a jeho přáteli, což tento pocitoval jako velmi nápomocné.

Léčba

V rámci léčby prošla většina účastníků množstvím terapií, opakovaně bylo zmiňováno časté střídání terapeutů, ambulancí pedopsychiatrů a následně psychiatrů, přičemž si před diagnostikováním HPO prošli množstvím diagnostikovaných onemocnění. Ve dvou případech byly uvedeny opakované hospitalizace v psychiatrické nemocnici. Šokující pro mě bylo sdělení jedné účastnice, která mi řekla, že psychologka na sezení konstatovala:

„*Že za bulimii mohou moji rodiče, protože chodí brzy spát a já mám volný přístup k lednici.*“ (NEVL)

Tento způsob reakce však byl naštěstí ojedinělý a ve většině případů se odborníci snažili opravdu cíleně pomáhat.

Ve dvou případech účastníci uváděli, že se snažili léčit se sami a samostatně svoji situaci vyřešit pomocí knih a volně přístupných pracovních listů. Jako důvod byly uvedeny „truc“ či pocit nezávislosti na rodině. Samotní účastníci však konstatovali, že tento způsob nefungoval, a zdůrazňovali absenci zpětné vazby, průběžné motivace a podpory v pokračování při ubývání sil při sebeléčbě.

7.3 Motivační faktory působící na zahájení léčby a setrvání v ní

Téma motivace bylo okrajově součástí již předchozích témat, avšak zde se zaměříme na motivační faktory působící v průběhu života před DBT, motivační faktory k nástupu do DBT a podíváme se na možné změny v motivaci v průběhu léčby DBT.

Motivační faktory působící v průběhu života před DBT

Za nejsilnější životní motivaci uváděli účastníci vztahy. Byl vyzdvížen vztah s rodičem, později partnerský vztah nebo přátelství. Právě u přátelství byl motivátorem strach ze ztráty kamarádů. Úloha blízkých byla uvedena nejen ve formě podpory a případného nabídnutí pomoci či doprovodu k ní, ale také byla kvitována podpora zapojení vlastních sil a snah:

„Takový to naučit se sama se k něčemu dokopat, když vím, že něčeho chci dosáhnout, tak prostě nebejt líná a najít si ten čas. Aby tam nebyla jen taková ta motivace zvenku, ale oni ji chtějí ode mě.“ (KAMA)

Zde lze vidět krásnou ukázkou přechodu od vnější motivace k vnitřní. Na tomto místě považuji za důležité uvést, že v průběhu rozhovorů bylo velmi zřetelně vidět, že u účastníků se silnou vnitřní motivací docházelo k lepší adaptaci na léčbu a subjektivně vnímali průběh terapie jako snazší.

Jak již bylo zmíněno, objevily se také negativní zdroje, které probudily žádanou vnitřní motivaci, například hospitalizace na psychiatrii či pobyt na záchytné stanici kvůli abúzu alkoholu.

Motivační faktory k nástupu do DBT

V této fázi, v níž u účastníků došlo k rozhodování o zapojení se do DBT programu, již převládala vnitřní motivace.

„Chtěla jsem jít dál s menšími problémy.“ (ZDMU)

„Když se budu cítit dobře, budou se cítit dobře i lidi kolem mě, pak seženu dobrou práci a tak dále.“ (BASK)

„Že mi to pomůže jít správným směrem... Že předpokládali (rodina, odborníci), že mám ty dovednosti, které jsem reálně neměl.“ (LIED)

U účastníků v rámci sebereflexe docházelo k hledání vlastních důvodů:

„Uvědomila jsem si, že tam budu chodit sama za sebe a budu tam chodit tam hlavně proto, aby mně to pomohlo. Takže radši tam budu chodit jakože. Našla jsem si k tomu svůj vlastní, takovej ten důvod, PROČ.“ (KAMA)

U některých také docházelo k objevení náhledu na aktuální situaci, kterou chtějí sami změnit: „*Musela jsem něco dělat pro udržení toho zaměstnání a toho běhu mojeho. Však už jsem nezvládala pořádně nic.*“ (ZDMU)

Z vnější motivace nelze opomenout často zmiňovanou roli blízké osoby včetně lékaře, přičemž velkou úlohu hrála důvěra a pozitivní vztah. Jedna z účastnic citovala matku, která jí řekla jednoduchý výrok, jenž dané účastnici dle jejích slov nesmírně pomohl: „*Jdi tam a uvidíš. Nemusí to vždycky dopadnout hrozně.*“ (KAMA)

Změny v motivaci v průběhu léčby

V procesu léčby v DBT všichni účastníci zmiňovali jistě přirozeně se vyskytující stavy, ve kterých byli plní elánu, energie a chuti pokračovat, ale také naopak došlo k situacím, v nichž jim docházely síly. Kromě zmiňovaných pokroků viditelných sebou samými a okolím se postupně motivačním faktorem stávala sama léčba – forma terapie, pravidelnost, bezpečné prostředí, nehodnotící zpětná vazba od spolupacientů i terapeutů. V nejednom případě byla také zmíněna zábavnost:

„*Že v tom nejsem sama, že tuhle nemoc nemám jediná.*“ (ROSA)

„*Že Ti někdo rozumí, že nejsem takovej blázen, jak jsem si myslela.*“ (ROSA)

„*Byla to jedna z holek, která tam chodila ve stejnou dobu jako já... kombinace špatného zdravotního stavu a rodinné situace a přesto stejně docházela, i když tam zcela očividně jako třeba někdy nechtěla být. TO mě tak nějak udrželo.*“ (NEVL)

„*Líbilo se mi, že se tam učím od ostatních a ostatní ode mě.*“ (ZDMU)

„*A nakonec jsem šla z té terapie taková jako odpočatá. Jo, že tam prostě byli lidi asi v mém věku a který tam jsou úplně z toho stejného důvodu a vždycky jsme si pokecali – třeba i po terapii. Zašli jsme někde na kafe.*“ (KAMA)

Považuji také za důležité uvést výpověď jednoho účastníka, jehož jednou z motivací se stala obava z vyloučení (překročení vnitřních pravidel), která byla evidentně velmi silným zdrojem energie a síly pro setrvání v terapii.

„*Věděla jsem, že když budu mít, já nevím kolik sezení, absence, takže budu vyřazená, a to jsem jako úplně nechtěla, to nebylo v plánu, jako nechat se vyřadit.*“ (NEVL)

7.4 Klíčové dovednosti a strategie zvládání života a léčby

V této části se budeme věnovat dovednostem, které sami účastníci výzkumu označili za nejvyužitelnější a nejprínosnější pro svůj život a při zvládání léčby.

Dovednosti a strategie zvládání náročných stavů a situací přítomné před DBT

Pro potřeby lepší organizace textu a přehlednosti bylo zvoleno dělení dovedností podle Skalkové (1999), která je člení na intelektové, senzomotorické, pracovní a komunikativní. Nyní uvedeme seznam jednotlivých dovedností označených účastníky výzkumu za nejpotřebnější a nejvyužitelnější.

Mezi intelektovými dovednostmi byly uvedeny smysl pro humor, dovednost ponaučit se z prožitých zkušeností, racionalizace a používání syntézy:

„Přijde mi, že se lidé na svět dívají strašně tunelovitě, nebo mají jeden zájem. Na tom není nic špatného vůbec, ale já že jsem člověk, který si všechny ty jednotlivé kousky je schopná spojit dohromady.“ (BASK)

Za velmi důležitou dovednost byla označena dovednost argumentace – zde ve spojení se sebeprosazením:

„Já dělám to, že možná z trucu jim to chci ukázat: hele, já to takhle nemám, mám to tak a tak. A když to nevezmou, můžu se na ně vykašlat – všichni mi můžou vlízt na záda.“ (ZDMU)

Z kategorie senzomotorických dovedností byly vyzdvihnuty dovednosti kreativní jako kreslení, šití, vyrábění. Jeden z účastníků výzkumu k tomu poznamenal, že mu to pomáhá: „Vyjádřit to, co nedokážu verbalizovat.“ (LIED)

Na druhém místě účastníci uváděli praktikování sportovní aktivity nebo pohybu vůbec. Co se týče četnosti, v polovině případů se vyskytovaly aktivity ve volné přírodě jako procházka, běh, tenis apod. a v druhé polovině činnosti na uzavřeném sportovišti – byl zmiňován bazén, posilovna, místnost s boxovacím pytle. Tyto tělesné aktivity dávaly všem prostor k vybití přebytečné energie nebo i zlosti, prostor k uklidnění, změnu směřování zaměření z myšlenek na tělo, zmiňovali také příjemnou únavu a poté lepší spánek a také, v neposlední řadě, zvýšení sebevědomí ve smyslu, že něco dokážou.

V rámci senzomotorických dovedností byl některými účastníky zmíněn také umělecký projev, a to především hudba. Uváděli hru na hudební nástroj, skládání básní a novel, kreslení.

Hudbu spojovali s vyjádřením a pochopením vlastních emocí, přinášela jim klid a v kreslení nalézali svobodu.

Zodpovědnost a samostatnost spolu s plánováním a řízením času byly nejčastěji se opakující dovednosti v kategorii pracovních dovedností. Za velmi důležité považovali účastníci nezůstat na místě, nenechat si příliš volného času a tím i prostoru na toky myšlenek – bolavých a občas i destruktivních – a plánovat:

„No prostě dělat, aby člověk nemyslel. Tak buď máš volno a máš moc času na přemýšlení, tak vymýšlíš hlouposti.“ (ZDMU)

V zodpovědnosti a samostatnosti viděli zase vnitřní sílu, možnost spolehnout se sami na sebe a učit se sami zvládat situace, ve kterých se ocitnou. V této souvislosti byla dvakrát zmíněna také součinnost rodiče, v obou případech mámy, se kterou měli dobrý vztah:

„To, že ti je 15, tak neznamená, že prostě za Tebou budu chodit a vodit Tě za ručičku, prostě zkus se to naučit sama.“ (KAMA)

„Prostě mě v tomhle hodně nakopával, takže asi takový to naučit se sama k něčemu dokopat, když vím, že něčeho chci dosáhnout... aby tam nebyla jen taková ta motivace zvenku, ale oni to chtějí ode mě.“ (BASK)

Mezi komunikativní dovednosti účastníci nejčastěji řadili schopnost komunikace vůbec, přítomnost vyjadřovacích schopností, dovednost komunikovat s každým, zapojit se do debaty. Bylo evidentní, že ti, kterým tato dovednost nějakým způsobem chyběla nebo byla omezena, uváděli, že kdyby ji měli, byl by jejich život zase o něco jednodušší. A dále byla opět zmíněna dovednost sebebrosazení.

Dovednosti získané v průběhu DBT

Při analyzování dovedností získaných v průběhu DBT vyplynulo, že místo jejich dělení podle Skalkové (1999) bude vhodnější rozčlenění přirozeně vyplývající z rozhovorů, tedy dělení vycházející z praxe DBT, tedy přímo z jednotlivých modulů. Jsou jimi všímavost, tolerance stresu, regulace emocí a meziosobní efektivita (Linehan, 1993) a takto je sami účastníci výzkumu pojali, bylo to tedy zde pro větší autentičnost využito.

Nyní budou uvedeny jednotlivé dovednosti podle toho, jak byly účastníky výzkumu seřazeny podle jejich využitelnosti a nápomoci v každodenním životě, nikoli podle modulů programu.

Za nejprínosnější všichni účastníci označili metody regulace emocí, což může být z důvodu uvědomění si vlastní dysregulace emocí a z toho vznikajících obtíží v životě. Mezi dovednosti první volby zařadili metodu STOP a OPAČNÉ JEDNÁNÍ:

„Úplně nejvíc mi pomáhá takové to opačné jednání, ale zároveň to úplně nesnáším. Protože to je vždycky to, že člověk najednou musí dělat to, co se mu nechce....Ale to pomáhá strašně moc, ale člověk se musí fakt překonat.“ (KAMA)

Zmíněna také byla metoda studené vody na obličej v době emočního vypětí a tenze, kterou využívají účastníci prakticky denně.

Druhou nejprínosnější oblastí dovedností byla všímavost, přičemž z rozhovorů vyplynulo, že pět ze šesti účastníků tuto dovednost ve svém životě před DBT vůbec neobjevilo, a nyní při zpětném pohledu uvedli, že by možná jejich stav nemusel být občas tak těžký, jak byl. V této oblasti zmínili především MOUDROU MYSL, dovednosti CO a JAK a TADY A TEDĚ:

„Je spousta obecných rad, jakože běž do přírody a to ti pomůže a tak dále... Ale jak, když neumím být teď a tady.“ (BASK)

„Chtěla bych mindfulness zařadit víc, protože na to zapomínám v tom životě a hodně mi to pomáhalo... jakoby vnímat spíš i ty věci, ty hmotné a oprostit se trošku od toho, co máte třeba v hlavě, nebo tak nějak chtěla bych do toho zařadit aj ty duchovní stránky a meditace – ale sama to nedokážu – to je takový můj plán.“ (KAMA)

„Když jedu v šalině a je tam spousta lidí – a já lidi nemusím.“ (ROSA)

„Asi bych vyzdvihla tu moudrou mysl, protože ono to se vším tak nějak souvisí, že?... A jak se člověk dostane do stavu té moudré mysli, tak potom dokáže se spíš i jako nasměřovat. Ted'ka potřebuju tuto dovednost a tak dále. A vlastně ono když má člověk tu moudrou mysl trošičku natrénovanou, tak mi přijde, že ani není potřeba ta STOPka a všechny tady ty věci, protože už se dokáže dostat z toho.“ (BASK)

„A myslím si, že třeba i moudrá mysl zrovna mi pomáhá třeba i přestat potlačovat emoce, protože občas cítím, že se je snažím potlačit dolů, a protože mám v tu chvíli asi pocit, že že to tak bude lepší. A tak, když to vidí moudrá mysl, tak mi to pomáhá se víc zpřítomnit a dostat do těch emocí a dovolit si je nějak prožít.“ (LIED)

„Dívat se na věci jen tak. Nehodnotit, nezabarvit svým popisem. Ulevilo se mi.“ (LIED)

Dovednost náhledu, která u většiny účastníků vznikla až po DBT, byla také zmiňována jako nosná v jejich životech:

„Já si můžu o druhém člověku myslet, že je strašně nemorální, špatný a já nevím co, ale v konečném důsledku je to člověk, který je prostě nějaký svůj a já jediný, co s tím můžu dělat, tak prostě buď mu nabídnout pomoc, nebo prostě holt ho nechat být.“ (BASK)

Velkým tématem, především u účastníků, kteří touto dovedností nedisponovali před zapojením se do DBT, bylo sebeprosazení:

„Jak už jsem mluvila o tom, že jsem dokázala už jakoby se sama přihlásit a něco k něčemu jako sama říct. Svůj názor ale potom. No to si myslím, že asi to nejdůležitější, že jsem dřív byla taková ta šedá myška, která radši byla v rohu a že teď už jsem schopná jako něco přidat nějaký svůj názor, nebo jo, že nějaká holčina tam něco třeba rozebírala, tak jsem se prostě přihlásila a snažila jsem se jí třeba nějak pomoci ze své vlastní zkušenosti. Jo a tak, takže. Asi tady tohle bylo pro mě takový nejtěžší a zároveň největší změna.“ (KAMA)

Již v předešlých odstavcích vyvstávalo jako jedno z důležitých témat téma potřebnosti denního režimu, plánu činností. I zde účastníci zmiňovali přínos v dovednosti nalézt si to své, co budou moci dělat, když jim nebude dobře, a také samozřejmě dovednost práce s časem a jeho plánování, jakož i dodržování tohoto plánu.

7.5 Vnímaná úspěšnost léčby

V posledním tematickém bloku se budeme věnovat změnám, které na sobě účastníci po absolvování DBT sledují, dotkneme se přínosu jednotlivých složek DBT a závěrem shrneme celý proces, kterým v DBT účastníci prošli a jež dle jejich vyjádření neskončil ukončením terapií, ale pokračuje dále, a shrneme důvody, zda a proč je DBT účastníky vnímána jako přínosná.

Změny v chování, emocionalitě, vztazích, vnímání identity a hodnot po DBT

Účastníci zmiňovali velké množství změn, které na sobě pozorovali nebo je zaznamenalo i jejich okolí. Otázka zněla, zda by mohli zmínit ty nejvíce zřetelné a žádané. Nyní uvedeme nejčastěji opakované změny.

V oblasti chování všichni účastníci uvedli úplné ukončení sebepoškozujícího chování, další bylo snížení tělesných příznaků v pro ně vypjatých situacích a také zmínili „*znormálnění chování*“ (ROSA), čímž bylo míněno promýšlení chování, jednání a jeho důsledků.

V rámci emocionality došlo také k velkým žádoucím změnám. Na prvním místě byla uvedena latence v projevu emocí v návaznosti na určitou událost, snížení intenzity emočních projevů, emoční reakce se stávaly adekvátními dané situaci a za důležité také účastníci uvedli snížení četnosti absence kontroly sám nad sebou. Změny v této oblasti krásně popisuje jedna z účastnic výzkumu:

„ No, třeba půl roku po tom DBT... tak už jsem začala sledovat změnu v chování – emoce už nebyly tak okamžité. Najednou jsem měla čas trošičku něco s tím udělat, a že ta doba se tak prostě prodlužovala. Emoce už nejsou nepřáteli, tak nějak sme se skamarádili a už si je spíš tak jako opečovávám.“ (BASK)

Ve vztahové oblasti bylo zmíněno především zlepšení vztahů a upevnění těch stávajících, přičemž došlo k objevení či prohloubení empatie a využívání dialektického pohledu. I zde účastníci vyzdvihli snížení tělesných příznaků a negativních projevů (provázejících úzkost) spojených s kontaktem s lidmi a pobytem na veřejnosti.

Změnami prošlo také jejich vlastní vnímání sebe sama. Nalezení vlastní hodnoty a svého místa v životě považovali všichni účastníci za velký krok, který jim otevírá další možnosti žít lépe. Jeden účastník uvedl:

„Pomohlo mi to spojit se se všemi stránkami sebe a lépe vnímat všechno, co se ve mně děje a aspoň tím přispět k nějakému pocitu identity. I když ho nemám pořád asi tak úplně kohezivní.“ (LIED)

Přínos jednotlivých složek DBT

I v této části se názory na pořadí v rámci vnímaného přínosu jednotlivých složek DBT, což jsou individuální terapie, skupinové terapie a telefonický koučink, poměrně lišily. Je to také při zpětném pohledu dáno tím, s čím do terapie přišli, jaké měli sociální pozadí, jakou mají vnitřní strukturu osobnosti, jakými dovednostmi již disponovali před samotným nástupem do terapie a také tím, pro co si do terapie přišli, co jim v životě možná chybí a co touží mít.

Tři ze šesti účastníků výzkumu uvedli, že na prvním místě mají individuální terapii. Jako důvody uváděli především možnost podrobného vysvětlení jevů, klid a čas, sdílení osobních zkušeností v intimním prostředí, oddělenost od jakýchkoliv negativních hodnocení. Velkým

tématem se opět stalo již vícekrát zmiňované téma důvěry – zde v terapeuta i samotný proces, tedy i otevřenost k němu a změnám. A tato důvěra dle vyjádření účastníků také suplovala chybějící důvěru v okolní svět a lidi a díky ní se odhodlali jí dát šanci:

„Říkala jsem, že úplně nerada mluvím o sobě, no ale jakože na těch individuálech jsem se rozmluvila. No asi je to tím, že paní terapeutka byla taková klidná. Pomohla mi to zvládnout hezky.“ (ZDMU)

Dva ze šesti účastníků zmínili na prvním místě skupinové terapie. Důvodem bylo rozebírání nových dovedností, kvůli přítomnosti většího množství lidí se stejnými problémy začal mizet i strach vyjadřování se – hrál zde roli i zmiňovaný pocit sounáležitosti. Opakovalo se téma potřeby zpětné vazby, které se ukázalo jako nosné v motivaci k dalšímu pokračování v léčbě. Uvedeno bylo také sdílení, tedy poslouchání zkušeností druhých, či jemný pozitivní tlak, který skupina vyvíjela na jednotlivce.

Jedna účastnice považovala za nejprínosnější telefonický koučink. Byl pro ni zdrojem jistoty a bezpečí, pocitu, že na to všechno, co prožívá, není sama:

„Ten telefonický koučink člověk v tom svém životě prostě zezáčátku, než se všechno tak nějak naučí, potřebuje. Protože některé ty věci tak třeba i zapomene do té doby, než se setká na DBT nebo třeba už tolik na to nemyslí, nebo už to není takové téma. A už to pak člověk ani neví, jaké skilly (=dovednosti) teda měl využít a že je dobré ty věci jako co nejvíc řešit.“ (BASK)

Další účastnice si dala koučink jako osobní výzvu, za kterou je dnes zpětně velmi vděčná:

„Oni nám říkali, že to člověk má jako využívat – že je to pro nás a že oni zavolají zpátky, nebo když může, tak to zvedne. A je to i to, že se člověk vlastně ODHODLÁ – někdy třeba nezavolal ani doktorovi, že jo.“ (ZDMU)

Vnímaná úspěšnost léčby v DBT

V této části jsou uvedeny pouze výpovědi samotných účastníků výzkumu, které nepovažujeme za důležité jakkoliv komentovat, jelikož jsou dostatečně výmluvné samy o sobě.

Nutno jen podotknout, že všichni účastníci považují léčbu v DBT za úspěšnou. Každý samozřejmě uváděl jako důvod především pozitivní změny, které v jejich životech DBT pomohla nastartovat, i když si samozřejmě našel přesně to, co potřeboval sám za sebe, to, co hledal, aby svůj vlastní život dokázal stabilizovat a aby mohl:

„Jít dál s menšími problémy.“ (ZDMU)

„Za mě vždycky těm lidem (co se ptají na DBT) říkám, že to je jako nejlepší varianta léčby. Takže tam se fakt člověk učí co sám se sebou dělat, nebo jak pomoci tomu druhému, když má třeba otázku nebo tak. Že vlastně oni učili nás a my učíme i ty i ty druhý.“ (ROSA)

„Protože tak jsem za ně něco jako fakt strašně moc ráda jako celkově, za vše – za DBT a celý tým, protože jako udělal obrovskou práci. Jako musím říct, že z mojí strany se život otočil vzhůru nohama. Teda v pozitivním.“ (BASK)

„A hlavně i to, že když jsem vždycky z té terapie šla domů a mamce se o tom vyprávěla, tak sama ta mamka viděla ten půlroční pokrok a vždycky mně říkala fakt, jako jde vidět, že ti to fakt pomáhá. Takže super.“ (KAMA)

„Já říkám, hele, pomohlo mi to jako strašně moc, protože já jsem fakt jako dřív nevěděla jako v podstatě, co v tom životě jako chci, nebo proč dělám věci, jaký jako dělám a třeba mi nic nepřináší. A v té terapii mě to vlastně posunulo. Jo tady v tomhle ohledu, abych třeba byla aj jak říkám víc komunikativní, prosadit si svůj názor, nebo někam chodit víc, jo, začleňovat se a tak, takže to mě jako dost pomohlo.“ (KAMA)

„Takže jsem prostě doufal, že v tom DBT, které nějak prostě umí pracovat s lidma jako já, že mi to prostě konečně vysvětlí, co se vlastně ode mě tak nějak očekává, že s tím můžu něco dělat, co s tím mám dělat s těmi problémy, co mám a jak s nimi mám pracovat, což mi to vlastně i dalo. Takže za mě dobrý.“ (LIED)

„Nevím, jestli to úplně je ono, ale změnilo se moje vnímání toho, že jako opravdu nejsem šílená.“ (NEVL)

„Je to těžké pro mě pořád (ubližení od druhých) ale naskakují tam už takové ty věci v těch situacích, kdy jako vnímáte nějaký jako ohrožení třeba nebo něco, co co vás jako zlobí, tak vám naskočí něco z toho DBT. ... Jo sama ze sebe, musím říct, že to úspěšný bylo. Jako mě to nestačilo a jako nebyla bych proti, kdybych tam mohla absolvovat ještě jednou.“ (ZDMU)

„Tak právě vždycky jsem hledala tu rovnováhu v takových jako ne úplně zdravých záležitostech a potom DBT tak právě mi to dalo takový náhled. Hele jak si užívat toho života a těch maličkostí. Vlastně ta všímavost mi strašně moc pomohla. V takových těch, že hele teď je teď, třeba se dívám z okna je fakt jako nádherně a prostě je všímat si jako toho, že tam je takový jako lísteček a tak. Jako musím říct, že mě jako změnilo život jako k lepšímu strašně moc.“ (BASK)

„No jako velmi přínosný kurz. Stoprocentně bych to doporučila i vlastně to byla jedna z věcí, co jsem potom říkala psychiatrovi, že to jeho pacientům, co mají stejný problém jako já, určitě doporučuju.“ (NEVL)

8 DISKUZE

Na úvod diskuze si ještě dovolím citovat jednoho účastníka výzkumu, který krásným způsobem využil sebereflexi a vlastně možná nevědomky shrnul a zakončil celou tuto naši společnou práci:

„Tady s tou poruchou se žije někdy fakt jako těžko, tak ale není to prostě nemoc, se kterou by se nedalo žít jako kvalitní život. Jo, že prostě je na místě si říct, že i když s něčím takovým si procházím a trpím tím, tak se najdou prostě i chvíle, kdy prostě si řeknu, jo, je to prostě bezva život – aj tady s tím.“ (KAMA)

Výzkumná část této práce byla zaměřena na mapování jednotlivých oblastí života pacientů v DBT programu, potažmo absolventů, a hledání společných prvků, které by mohly vést či reálně vedly k vnímání vyšší míry úspěšnosti léčby a také které pomáhaly léčbu či celkově život s hraniční poruchou osobnosti zvládat.

Do kvalitativního výzkumu se zapojilo šest účastníků, kteří projevíli osobní zájem o spolupráci v rámci mé diplomové práce. Metodou sběru dat byly polostrukturované rozhovory, které probíhaly dle preference jednotlivých účastníků buď online, nebo formou osobního setkání. Zjištěná data byla seskupena do témat a podtémat a seřazena tak, aby odpovídala na výzkumné otázky a byl tak naplněn cíl výzkumu.

V průběhu výzkumu, když se začaly skládat první informace, jsem hledala podobně zaměřené výzkumy na české i zahraniční akademické půdě. Zjistila jsem, že totožný výzkum stejného obsahu a zaměření pravděpodobně doposud nevyšel, ovšem byla provedena řada takových, které se věnují buď podobnému tématu, ale u jiné cílové skupiny pacientů, nebo zahrnují pouze část z mnou zjišťovaných skutečností. V každém případě níže, konkrétně u diskuze k jednotlivým výzkumným otázkám, bude uveden vždy příslušný výzkum, se kterým bude provedeno srovnání. Celkově nejbližší byla pravděpodobně studie autorů Gillespie et al. vydaná v roce 2022, která zkoumala následné zkušenosti pacientů, kteří prošli DBT léčbou a zpětně uvádějí, že jim byla prospěšná. Další studií věnující se podobnému tématu jako tato práce je studie Solera et al. Z roku 2022, která pojednává o zavedení rozšířené intervence založené na DBT u pacientů s HPO, ovšem zjištění týkající se faktorů usnadňujících proces terapie byla velmi podobná zjištěním provedeným touto prací, a jelikož se tato studie věnovala i stejné cílové skupině účastníků, byla vybrána pro srovnání. Tyto studie budou dále zmíněny v příslušné části diskuze. V českém prostředí se výzkumu týkajícím se DBT věnuje především

tým odborníků z Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice Brno, jež výsledky svých studií zveřejňuje v odborných časopisech a publikacích.

Také považují za důležité zmínit, že si uvědomují, že po celou dobu výzkumu bylo operováno s vnímanou úspěšností léčby, tedy s autentickým pohledem jednotlivých účastníků, který mohl být ovlivněn nejrůznějšími faktory jako momentální náladou, duševním stavem, strukturou osobnosti každého z nich, mírou resilience, motivace a dalšími. Současně si také uvědomují fakt, že subjektivně vnímaná úspěšnost léčby nemusí znamenat a také neznamená objektivní vyléčení. Subjektivní vnímání úspěšnosti léčby souvisí do značné míry také se subjektivním vnímáním zdraví. „Od skromných počátků ve 40. let 20. století se tzv. subjektivní zdraví postupně stalo jedním z nejpoužívanějších ukazatelů zdraví na pomezí sociálních věd a epidemiologie“ (Tobolka, 2014, str. 76). Stejný autor přímo uvádí, že subjektivní zdraví je přímo „v opozici k výše uvedenému objektivnímu (biomedicínskému) zdraví“ (Tobolka, 2014, str. 77). Dále je v tomto textu uvedeno, že se subjektivní zdraví spoléhá na čisté sebehodnocení respondentů a je zjišťováno dotazníkovým šetřením či rozhovory. (Tobolka, 2014) A přesně o to, tedy vnímání přímo pacienty, v práci šlo. Otevřít širší obzory a přiblížit skutečnost vnímání terapie DBT a jejího vlivu na účastníky přímo samotnými pacienty a doplnit tak objektivní výzkumy úspěšnosti DBT, jichž existuje celá řada a z nichž se každý zaměřuje na zřejmá fakta a měřitelná data.

V této práci se však dotýkáme nejen subjektivního vnímání zdraví, ale také života celkově. K hodnocení subjektivní kvality života byl – mimo jiné dotazníky – vytvořen v roce 1992 dotazník SQUALA (*Subjective quality of life analysis*), jehož autorem byl Mathieu Zannotti. Tento dotazník obsahuje 23 oblastí, které mapují vnější i vnitřní faktory ovlivňující každodenní život jednotlivce. Jedná se samozřejmě o metodu subjektivní (Valášková & Machů, 2000). Využily ji pro svůj výzkum například právě autorky Valášková a Machů ve studii s názvem *Kvalita života psychiatrických pacientů* vydané roku 2000. Samotná metoda použita v práci nebyla, ovšem oblasti tohoto dotazníku jsou téměř totožné s oblastmi, kterých se dotýká také tato práce a jež vyplynuly z rozhovorů.

VO 1: S jakou bio-psycho-socio-spirituální strukturou osobnosti přicházejí účastníci do léčebného procesu a co z toho lze považovat za přínosné a pomocné pro život a potenciálně i DBT léčbu HPO?

Přestože každý z účastníků byl jiný, pocházel z jiného prostředí, měl jiné dispozice, dovednosti a celkově tzv. startovací podmínky, vyplynuly z výzkumu shody v užitečných faktorech (ať už přímo přítomných u jednotlivých účastníků, nebo žádaných u těch, kterým některý faktor chyběl) napříč všemi oblastmi zájmu, tedy v biologické, psychické, sociální i spirituální oblasti. V biologické dimenzi osobnosti byly účastníky jmenovány jako salutogenní faktory, tedy ty, které jsou podporující a pomáhající ve zdravějším prožívání života, především dodržování denního režimu, dostatečně dlouhý a kvalitní spánek, pravidelný pohyb a jeho střídání s odpočinkem, pravidelná a kvalitní strava a pracovní režim. V tomto případě byla vyzdvihnuta jejich úloha ve stabilizaci života, pocitu jistoty a řádu, který byl mnohokrát zmiňován jako velmi žádoucí zdroj klidu a alespoň nějaké míry vyrovnanosti. Stran odpočinku a spánku tato tvrzení potvrzuje také výzkum Valáškové a Machů (2000) týkající se kvality života psychiatrických pacientů. Uvádí: „Psychiatrickí pacienti přisuzují, ve srovnání s duševně zdravými lidmi, vyšší hodnotu víře a odpočinku“ (str. 68). Zde však účastníci uváděli také potřebu kontrolovaného střídání fází práce a odpočinku, a to především z obavy z nadbytku volného času, vyskytnutí se tzv. vzduchoprázdna, v němž jim na mysl přicházejí nejrůznější myšlenky a jejichž zastavení toku je pro ně často velmi náročné či nemožné a vede ke zhoršení psychického stavu.

Téma hledání řádu a režimu nejen ve spojitosti s režimem dne bylo zmiňováno opakovaně téměř ve všech oblastech. Je možné, že jedním z důvodů je právě nestabilita pacientů s HPO a obtížnost či neschopnost samostatně tento řád dodržet, a na druhé straně velká potřeba tento řád mít. A její saturaci ve svém důsledku provedl samotný DBT program, v němž byl účastníky vyzdvihován režim, struktura, jasný směr a cíl, pravidla a vedení. Tématu potřebnosti každodenních rutin a jejich vlivu na duševní zdraví se věnuje i výzkum publikovaný v časopise *Psychiatric times*, kde je konstatováno, že tvorba a především dodržování denního režimu pozitivně působí na snížení úzkostí a depresí, pozitivně ovlivňuje zvládání stresu a v neposlední řadě podporuje zotavení (recovery) (Noonan, 2025).

V části zaměřené na psychickou stránku mezi faktory pomáhající ve zvládání životních situací nebo léčby (před DBT) vůbec uváděli účastníci výzkumu jako nejprínosnější vlastnosti týkající se sebeprosazení. Příkladem je uvedená „svojskost“, čímž byla účastníkem myšlena schopnost přijetí sebe sama a prezentace sebe sama navenek takového, jaký jsem, nepřejímání

názoru okolí, trvání na vyjádření svých myšlenek, pocitů a potřeb, a další v pořadí zmiňovaná zdravá tvrdohlavost a také resilience. Nutno podotknout, že v této části se stejným názorem vyjádřili tři účastníci výzkumu, tedy uvedli, že tyto schopnosti v nějaké formě již před DBT využívali a že jim byly nápomocné v jejich životech. Ostatní tři účastníci poté v sekci nových naučených dovedností a změn po DBT právě tyto dovednosti vyzdvihovali a vnímali velké obraty, které jim tato změna přinesla v jejich životech.

V otázce vztahů a sociálního prostředí vůbec panovala asi největší shoda. Byť účastníci přicházeli z různých podmínek, úplných, neúplných či doplněných rodin, z rodin funkčních i dysfunkčních, měli za sebou nejrůznější dobré i zlé zkušenosti se vztahy obecně, všichni uvedli, že jim v životě nejvíce vyrovnanosti přináší právě vztahy, samotnými účastníky nazvané jako kotvy. Mezi nejdůležitější faktory, které si spojují s kvalitním a žádaným vztahem, patří dle nich láska, důvěra, odpuštění a bezpodmínečné přijetí, podpora a opora. U účastníků, u nichž nebyla zmíněna existence pevného a stabilního vztahu, byla navíc uvedena sounáležitost – tedy patřit někam, mít své bezpečné místo, přijetí. V průběhu pokračování rozhovorů bylo zjevné, že u účastníků, kteří měli pevnou vztahovou vazbu alespoň s jedním rodičem, jejíž součástí byly všechny nebo téměř všechny výše jmenované žádané faktory, byly v rámci následného života evidentní daleko menší problémy s ostatními vztahy, komunikací, sebeprosazením, přijetím autorit apod. Tito účastníci se také poté v rozhovoru o nejpřínosnějších dovednostech získaných v DBT zaměřovali na dovednosti z jiného modulu, než je meziosobní efektivita.

Velmi zajímavé výsledky přinesly rozhovory o spirituální stránce životů účastníků. Všichni uvedli, že disponují jistým druhem religiozity. Tato skutečnost může vyplývat také z klinického obrazu HPO, přičemž emoční labilita a další projevy této poruchy značně znesnadňují navazování a udržování stabilních vztahů, a tudíž je vyhledávána stabilní a neměnná opora, která poskytuje právě ony žádoucí benefity, jež účastníci zmínili. Patří mezi ně bezmezné přijetí, pomoc, mít se kam vrátit, pocit bezpečí a jistoty. Víra jim také pomáhala v orientaci v životě a jeho dalším směřování, cítí v ní vedení – zde se objevila také myšlenka na možný únik či zbavení se zodpovědnosti, což účastníci popisovali jako úlevu v těžkostech.

Výzkumy se věnují také tématem spirituality a duševních onemocnění či psychických obtíží. Je prokázáno, že spiritualita dokáže snížit úroveň stresu (Kubicová, 2010), dalším výzkumem bylo zjištěno, že u věřících pacientů je zřejmý nižší výskyt depresivních onemocnění (Boenhlein, 2000), nebo dokonce „že víra zvyšuje odolnost pacienta vůči již probíhající psychóze“ (Motl, rok 2015, str. 105).

Součástí tohoto tematického bloku byl také hovor o silných stránkách účastníků. Pouze tři z nich byli schopni a ochotni na tuto otázku plně odpovědět a uvědomit si je. Možným důvodem mohly být stavy dekompenzace, které byly u jedné účastnice rozhovoru evidentní, nebo neschopnost své silné stránky vidět a pojmenovat. V každém případě při dialogu o změnách po DBT u nich samotných byla jako jedna z nejprínosnějších změn uvedena schopnost uvědomění si sebe a své vlastní hodnoty.

V02 Jak participanti prožívali oznámení diagnózy HPO, zahájení a pokračování léčby?

V této části se opět vyskytovaly značné rozdíly ve výpovědích. Mezi velmi důležitý prvek, který byl dle jejich vyjádření prvním krokem k zahájení léčby nebo vůbec prvním krokem ke změně, bylo přijetí diagnózy. Zmiňováno bylo jak přijetí účastníkem samotným, tak rodinou či jeho blízkým okolím. Účastníci sami zmiňovali, že pro ně bylo oznámení diagnózy úlevou, jelikož tím došlo k validaci a spolu s ní k otevření nových obzorů týkajících se možností léčby, a tím také naděje do budoucna. Bylo zcela zjevné, že u účastníků, u nichž k přijetí diagnózy došlo záhy po jejím vyslovení, docházelo k daleko lepšímu přijetí i následných kroků léčby či k motivaci k léčbě samotné. Stran rodiny bylo vyzdvihováno přijetí diagnózy spolu s vyjádřením míry podpory a nabídnutím pomoci. Pokud ale docházelo k devalvací účastníka a jeho problémů i po vyřčení diagnózy, objevovaly se naopak pocity nedůvěry v léčbu, jakýkoliv posun, nedostatek sebedůvěry v to, že situace bude zvládnuta.

Některými účastníky byla také zmíněna velmi silná podpora ze strany praktického lékaře či psychiatra, kteří projevíli o pacienta zájem, empatický a nehodnotící postoj a snahu pomoci – většinou formou nabídnutí odborné pomoci či samotné terapie. Z toho vyplývá výskyt úcty k přirozené autoritě a důležitost přítomnosti lidskosti, otevřenosti a empatie lékaře. Velmi podobné výsledky, avšak spojené s tématem adherence, uvádí Ptáček et.al. (2017) ve svém článku týkajícím se motivace pacienta k léčbě a k dodržování preventivních opatření, kde prezentuje, že právě: „Profesionální komunikační dovednosti, větší empatie, přívětivost a přístupnost lékaře, zohlednění duchovních a psychologických potřeb pacienta mohou mít zásadní význam pro pacienty a přesné rozpoznání problému pacienta lékařem.“ (s. 20) V rámci odborné pomoci účastníci také jako velmi pomáhající zmínili spolupráci jednotlivých odborníků mezi sebou, případně spolupráci mezi jimi a rodinou.

V 03 Jaké motivační faktory podporující úspěšný průběh léčby mohou dle představ a zkušenosti pacientů působit?

Z výzkumu vyplývá, že na každého z účastníků působí jiné motivační faktory, což je dáno i individualitou každého z nich, možnostmi jejich sociálního prostředí a dalšími faktory. Tématem motivace, ovšem z pohledu jejího ovlivnění sociálního vývoje a celkové pohody jedince, se také zabývá článek *Self-Determination Theory and the Facilitation of intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being*, jehož autory jsou Ryan a Deci (2000) a byl publikován v časopise *American Psychologist*. Autoři v něm prezentují základní potřeby působící na jedince motivačně, přičemž uvádí potřebu autonomie a vlastní kompetence jako motivační činitele (mimo jiné) v rámci vnitřní motivace a také zdůrazňují hodnotu vnější motivace v podobě podporujícího prostředí. Článek, byť se nevěnuje stejnému tématu, je zde uveden, jelikož došlo ke zmínění totožných hodnot i našimi účastníky. Pro přehlednost výzkumu byla motivace rozdělena na motivaci vnější a vnitřní a vyplynulo z něj, že daleko větší sílu má pro jeho účastníky motivace vnitřní. Z dalšího vyprávění bylo zřejmé, že vnitřně motivovaní účastníci měli daleko kratší adaptaci na jakýkoliv druh léčby, osobně se potýkali s daleko menšími problémy v době trvání léčby a vnímali větší míru spokojenosti v jejím průběhu a po jejím ukončení. Do vnitřní motivace účastníci zahrnovali především touhu po lepším životě, snahu snížit opakované selhávání v životě, dokázat si vlastní dostatečnost a ve dvou případech byl také zmíněn jakýsi vzdor vůči předsudkům a devalvací od okolí v tom, že to dokáží a svůj život opět dostanou pod kontrolu. Vnějšími motivátory byly především vztahy, ať už podpora ve stávajících vztazích, obava o jejich udržení nebo touha po jejich zkvalitnění, dále také vnější tlak týkající se udržení zaměstnání či setrvání ve škole, přičemž si účastníci uvědomovali důležitost těchto aspektů ve svém životě. Za silný motivační faktor také uváděli své praktické lékaře či psychiatry, ke kterým pravidelně docházeli, a vyzdvihovali, jak už bylo zmíněno výše, jejich podporu, empatii a lidský přístup.

V průběhu terapie došlo u většiny účastníků také k rozšíření spektra motivačních činitelů, k nimž se přidaly faktory spojené přímo s programem DBT, tedy sama léčba se začala stávat motivačním faktorem a docházelo ke spojování vnitřní a vnější motivace či jejich vzájemnému prolínání. Jednalo se především o sledování vlastních pokroků či jejich reflexi blízkými, pocit bezpečného prostředí, stran vztahů byly opět zmíněny vztahy mezi terapeuty a pacienty a mezi pacienty navzájem a zde také již vícekrát zmíněné naplnění potřeby sounáležitosti, tedy vědomí, že někam patří a na své obtíže nejsou sami.

VO 04 Které v průběhu života a léčby získané klíčové dovednosti vedoucí ke zvládnání příznaků HPO jsou pacienti vnímány jako nejpřínosnější?

Výzkum ukázal, že účastníci před zahájením DBT disponovali řadou užitečných dovedností, které byly vnímány jako užitečné pro život ve smyslu jejich nápomoci ve zvládnání těžkých životních situací. Zde se téma prolíná s prvním tématem výzkumu, v němž jsou jednotlivé přínosné dovednosti již zmiňovány.

Za důležité považovali účastníci objevení svých silných stránek, připustit si, popsat a pojmenovat své emoce a naučit se s nimi pracovat, naučit se poslouchat tělo a umět s ním i ve vypjatých situacích pracovat a využívat metody zklidnění. Dále vůči druhým zaujmout nehodnotící postoj, zdokonalit se v komunikaci a argumentaci, což jim pomáhalo se zdokonalit v sebeprosazení, které také uváděli jako velmi potřebnou dovednost. Moudrá mysl, tedy propojení racionální a emoční složky, jim dle jejich vyjádření pomáhala a pomáhá ve stabilizaci a vytvoření náhledu na danou situaci. Za důležité též považovali dovednost pracovat s časem, přijetí odpovědnosti sám za sebe, za své činy a projevy. Výsledkem, ke kterému tyto dovednosti dle výzkumu u účastníků vedly, byla větší spokojenost se sebou samým, se svým životem, uvědomění si přítomnosti radosti v prožívání, zkvalitnění vztahů a schopnost využívat strategie pro zvládnání náročných životních situací a udržet tak kontrolu nad svým životem.

Lze tedy konstatovat, že i když měli většinou účastníci před zahájením DBT určité základní dovednosti, pomohla jim rozvinout a zdokonalit konkrétní strategie, které významně podporovaly jejich emocionální regulaci, osobní růst a celkovou kvalitu života.

VO 05 Které prvky a změny plynoucí z DBT (nejvíce) podporují účastníky vnímanou úspěšnost léčby DBT?

V rámci tématu vnímané úspěšnosti bylo provedeno několik studií. Nejbližší našemu tématu je výzkum *Individuals who report having benefitted from dialectical behaviour therapy (DBT): a qualitative exploration of processes and experiences at long-term follow-up* autorů Gillespie et al. (2022). Zkoumal zkušenosti absolventů DBT, jimž byla diagnostikována HPO a kteří v době léčby uvedli, že z DBT profitovali. Studie měla sice trochu jiné podmínky, byla provedena s absolventy dvanáctiměsíční standardní DBT, kterým uplynuly minimálně dva roky od jejího ukončení, každopádně výsledky obou výzkumů se velmi podobají. Výsledky této studie uvádí, že účinky DBT léčby mohou přetrvávat až dva roky po jejím ukončení, což potvrdila i naše studie, jelikož někteří z respondentů v době konání rozhovoru právě završovali druhý rok od ukončení terapie a stále hovořili o přínosech, které jim v denním životě dovednosti

naučené v DBT přináší. Za hlavní témata potvrzující dle vnímání účastníků pozitivní dopad i po delší době od ukončení terapie studie uvádí „Kontrolu nad svým životem, schopnost zvládat neúspěchy a obtížné situace a přispěla ke zdravějším a smysluplnějším vztahům s ostatními“ (Gillespie et al., 2022, s.213). Tyto skutečnosti byly zmiňovány i našimi účastníky výzkumu, přičemž ještě doplnili posun v oblasti identity – bylo zmiňováno propojení se všemi složkami sebe sama a nalezení svého místa v životě.

V závěrečné fázi naší studie všichni účastníci vyjádřili, že DBT byla z jejich pohledu velmi přínosná a úspěšná, samozřejmě každý z nich jako nejprínosnější zmiňoval tu část, kterou osobně nejvíce využil a která mu byla v jeho situaci nejprínosnější, ale také uvedli, že současně si uvědomují, že účastí v DBT jejich práce sama na sobě nekončí a je spíše jakýmsi odrazovým můstkem v dlouhodobé a systematické práci na sobě. Účastníci vyjádřili potřebu pokračovat v terapii i po jejím skončení, a to především z důvodu znovuoobnovování a upevňování naučených dovedností, což opět potvrdil i zmíněný výzkum Gillespie et al. (2022).

V tomto tématu byli také účastníci dotazováni na přínos jednotlivých složek DBT, jako jsou individuální terapie, skupinová terapie a telefonický koučink. V této oblasti vznikly i studie, např. rešerše sedmi studií autorů Little et al. (2018), které se mimo jiné věnovaly také hodnocení jednotlivých složek programu DBT a jeho účinnosti. Nutno zde však uvést, že vnímané přínosy jednotlivých složek jsou velmi individuální a závislé od mnoha proměnných, které se u účastníků výzkumů vyskytují.

9 ZÁVĚR

Tato práce měla přispět k hlubšímu pochopení subjektivního prožívání DBT terapie pacienty s hraniční poruchou osobnosti a poskytnout nový pohled na faktory, které mohou vést k subjektivnímu vnímání léčby jako úspěšné. A právě kvůli zaměření práce na subjektivní vnímání účastníků DBT programu se tato práce může stát nejenom pouhým textem podávajícím obecné informace z oblasti HPO a DBT, ale také prostředkem pro zkvalitnění práce s pacienty s HPO, zlepšení vzájemné komunikace a otevřením obzoru s výhledem na možnosti, že s touto poruchou osobnosti lze pracovat, a že je možné žít kvalitnější a plnohodnotnější život do budoucna.

Příprava samotného výzkumu byla asi nejnáročnější částí psaní této práce. Z důvodu uvědomění si potřebné specifičnosti a opatrnosti při jednání s účastníky výzkumu trpící HPO, bylo pro mě poměrně obtížné před prvním rozhovorem vymyslet, jak vytvořit bezpečné a podporující prostředí a při tom současně od účastníků získat informace, které byly pro výzkum potřebné. Další obavu představovalo vědomí možné neúčasti na již domluveném výzkumném setkání, jelikož přítomná nestabilita a změny nálad a emocí u pacientů s HPO tuto možnost nevylučují.

Překvapením bylo, že výzkum proběhl se všemi nahlášenými účastníky, i když ne vždy v prvním smluveném termínu. Podařilo se také vytvořit bezpečné, přijímající prostředí, ve kterém všichni účastníci byli schopni otevřít své příběhy a často jsme se také dotkli velmi citlivých témat, kdy vždy bylo dané téma dostatečně uchopeno a citlivě uzavřeno.

V případě přítomnosti většího prostoru k rozšíření této práce a výzkumu, by bylo jistě zajímavé přizvat do výzkumu i další muže, nebo i účastníky, kteří absolvovali DBT před delší dobou, než jsou dva roky. Tato fakta by přispěla k objektivitě a zvýšená validity výzkumu. Námětem pro další možný výzkum by také bylo podrobnější zkoumání jednotlivých témat, která z tohoto výzkumu vzešla, jako účast rodiny a blízkých na přijetí diagnózy a následné léčby, role praktických lékařů v procesu diagnostiky a léčby pacientů s HPO a multidisciplinarita péče o tyto pacienty, možnosti zavedení specializované krizové linky pro absolventy DBT či zařazení proškolených pracovníků v DBT na klasických krizových linkách a podobně.

10 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě provedené analýzy je zjevné, že všichni účastníci vnímali svoji účast v DBT jako úspěšnou. Z výzkumu vyplývá, že velkou roli ve zvládání životních obtíží nebo i léčby hraje, mimo osobnostní charakteristiky každého jedince, jako je míra resilience, sebeprosazení, racionalizace či přítomnosti náhledu, také vztahová stránka, především vnímaná podpora, přijetí, důvěra a sounáležitost. V této oblasti jistě může být nápomocen každý, kdo je v nějakém druhu vztahu právě s pacienty s HPO.

Ze získaných dat lze odvodit, že jednodušší přijetí terapie a její průběh měli ti účastníci, u kterých převládala vnitřní motivace a vnímali ale také podporu od svých blízkých. Podporu vnitřní motivace tedy vnímám jako velmi přínosnou, a to nejen pro případ DBT terapie. Účastníky byl také jako jeden z motivačních činitelů, kterému přikládali velkou váhu, uváděn lékař. Zmiňovaná informovanost, otevřenost, vzájemná důvěra a upřímný zájem o pacienta se staly velmi důležitým prvkem především ve fázi přijetí diagnózy a plánování léčby. V této oblasti jistě spousta odborníků těmito vlastnostmi a schopnostmi disponuje, avšak občasné provedení sebereflexe či prevence syndromu vyhoření u lékařů, kteří jsou ve své práci velmi přetěžováni, je jistě více než žádoucí.

V této části bych se vzdala osobních doporučení a zmínila bych ta, která mi při rozhovorech sdělili sami účastníci výzkumu, jelikož mi přišla velmi přínosná. Jsou ve formě autentických vyjádření samotných účastníků. Rozdělila bych je na doporučení pro veřejnost, pro zájemce o DBT a pro DBT tým.

Doporučení pro veřejnost

„Myslím, že hrozně málo lidí o tom mluvili s dětma na základních a středních školách, protože kolikrát vidím na tom internetu, že ty děcka si ubližují. Takže prostě po tom třeba rodiče jim řeknou, že jsou to blázni, nebo nechcou a nechápou, ale třeba v tom maj tu hraniční poruchu.“ (ROSA)

Doporučení pro zájemce o DBT

„Jo, jít do toho a nevzdávat se.“ (ROSA)

„A tak já si myslím, že ono je to takový strašně lehký říkat jako nebát se, ale ono to má větší význam v tom, že pokavad' se nebudete bát něco říct a řeknete to, tak se vám vlastně zaprvý uleví a fakt jako uvidíte, že po čase. Začne to být jako víc klidnější tady v tom, že v té terapii vám nikdo nebude jako něco říkat negativního, nebo vás nebudu v tom utvrzovat v něčem jiném, jo, že prostě se vám budou snažit jako pomoci jo, že tam je to bezpečný a je tam můžete probírat v podstatě jako cokoliv.“ (KAMA)

„Já jsem si jakoby asi fakt hodně říkal, že jo, že tady toho třeba jako hodně, ale že tak to prostě při terapii většinou bývá. Většinou se všechno na chvíli jakoby horší, než se to pak zlepši.“ (LIED)

„Potřebujou mít tu ochotu provádět tu sebereflexi, která je podle mě k tomu jako strašně moc důležitá. A tak jako bych asi doporučila asi jako participovat v těch malých, možná pro nově příchozí divných věcech, které se tam dělají, třeba že si lidi malují nebo vybarvují omalovánky, nebo tak. Zapojit se do té skupiny jako do toho jeho života.“ (NEVL)

„Každý s každou novou dovedností to bylo víc o tom, že jako je uvědomění, že jako aha proto tady tahle věc v mojem životě nedává smysl a tohle dělám třeba špatně.“ (LIED)

„Moc se mi nedaří úplně ty techniky z toho DBT aplikovat úplně vždycky a nic z toho pro mě ještě není jako úplně automatické. A si myslím, že by život byl daleko daleko jednodušší.“ (LIED)

Doporučení pro DBT tým

„Tak já bych třeba tam možná dala trošičku víc pozor na to a jak ta skupina spolu mluví (CHATY) – protože my jsme se tam dostali do bodu, kdy vlastně ta naše skupina měla skupinový chat a všimla jsem si, že třeba mě to škodí, protože najednou si začínám zaměřovat na ostatní lidi a zapomínám na sebe.“ (KAMA)

„A co bych jako přidala, tak je možnost nějaké jako krizové linky, jakože vyloženě krizová linka pro DBT. Ale a to to věřím, že jako není jednoduchý. Že ty lidi na tom drátě budou vědět o DBT a o hraniční poruše o tady těch věcech, protože co jsem se setkala já s krizovými linkami, někdy ty lidi vůbec neví o co se jedná, takže já pak jako u některých těch telefonátů musím popisovat, co znamená STOP a tak dále, což jako mi to třeba i pomůže v té chvíli, jako se vlastně zaměřit na něco jiného, než je ten problém, to ano, ale kdyby tam byl nějaký človíček a řekl: Hele, ale tak mě napadá, že co kdyby co kdybychom si dali teďka to a to. Mohl by nabídnout sám ty skilly.“ (BASK)

„Někdo mi třeba říkal, že by potřeboval telefonický koučink nebo třeba krizové linky, ale aby tam byly jako vzdělání v DBT. Pro tu slečnu jako problém v tom, že když volala tak, že vlastně musela vždycky všechno vysvětlovat a moc jí nerozuměli.“ (ZDMU)

POUŽITÁ LITERATURA

- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. Holt, Rinehart and Winston.
- Bartůšková, L. (2021). *Psychéza a spiritualita: Vybrané aspekty vzájemného vztahu*. Karolinum.
- Boehnlein, J. K. (2000). *Psychiatry and Religion: The Convergence of Mind and Spirit*. American Psychiatric Press.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. doi: 10.1191/1478088706qp0630a.
- Cakirpaloglu, S. (2012). *Úvod do teorie osobnosti*. Grada.
- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Sage Publications.
- Čačka, O. (2002). *Psychologie vrstev duševního dění osobnosti a jejich diagnostika*. Doplněk.
- Drapela, V. J. (2004). *Přehled teorií osobnosti*. Grada.
- Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Grada.
- Eysenck, H. J. (1960). *The structure of human personality*. Methuen.
- Gillespie, C., Murphy, M., Kells, M. & Flynn, D. (2022). Individuals who report having benefitted from dialectical behaviour therapy (DBT): a qualitative exploration of processes and experiences at long-term follow-up. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 9(1):8. doi: 10.1186/s40479-022-00179-9.
- Grambal, A., Grambalová, Z. & Praško, J. (2013). Farmakoterapie hraniční poruchy osobnosti v praxi. *Psychiatrie v praxi*, 14(1), 15-17.
- Grambal, A., Praško, J., & Kasalová, E. (2017). *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Portál.
- Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum – základní metody a aplikace*. Portál.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Jason Aronson.
- Kubicová, A. (2010). Výzkum copingových strategií mužů a žen na pozadí nábožensko-spirituálních postojů. *Psychologie a její kontexty*, 1(2), 121-133.
- Nesnidal, V., Praško, J., Ocisková, M., Vaněk, J., Bělohradová Minaříková, K., Houdková, M., Hodný, F., Boček, J. & Kantor, K. (2022). *Psychiatrie pro praxi* 23(2), 72-77.
- Kulišťák, P. (2003). *Neuropsychologie*. Portál.
- Kratochvíl, S. (2019). *Základy psychoterapie* (6. aktualiz. vyd.). Portál.

Látalová, A., Linhartová, P. & Kašpárek, T. (2021). Dialektická behaviorální terapie u pacientů s hraniční poruchou osobnosti: literární přehled. *Česká a slovenská psychiatrie*, 117(1), 26-32.

Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W., et al. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 62(6), 553–564.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. The Guilford Press.

Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training manual* (2. vyd.). The Guilford Press.

Little, H., Tickle, A., & das Nair, R. (2018). Process and impact of dialectical behaviour therapy: A systematic review of perceptions of clients with a diagnosis of borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 91(3), 278–301. doi: 10.1111/papt.12156.

Orb, K., Eisenhauer, L., & Wynaden, D. (2001). Ethics in qualitative research. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(1), 93–96. doi: 10.1111/j.1547-5069.2001.00093.x

Orel, M., et al. (2012). *Psychopatologie*. Grada.

Oumaya M, Friedman S, Pham A, Abou Abdallah T, Guelfi, J.-D. & Rouillon F. (2008). Borderline personality disorder, self-mutilation and suicide: Literature review. *L'Encéphale*, 34(5), 452–458. doi: 10.1016/j.encep.2007.10.007.

Praško, J. (2003). *Poruchy osobnosti*. Portál.

Praško, J., Možný, P., & Šlepecký, M. (2007). *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Triton.

Praško, J., Kotianová, A., Vyskočilová, J., & Šlepecký, M. (2018). *Třetí vlna v kognitivně-behaviorální terapii*. Portál.

Röhr, H.-P. (2017). *Hraniční porucha osobnosti: Vznik poruchy, průběh a možnosti jejího překonání*. Portál.

Skalková, J. (1999). *Obecná didaktika*. ISV.

Soler, J., Casellas-Pujol, E., Pascual, J.C. et al. (2022). Advancing the treatment of long-lasting borderline personality disorder: a feasibility and acceptability study of an expanded DBT-based skills intervention. *Borderline Personal Disorder and Emotion Dysregulation*, 9(34). doi.org/10.1186/s40479-022-00204-x.

Swales, M. A. (Ed.). (2018). *The Oxford handbook of dialectical behaviour therapy*. Oxford University Press.

Šolcová, I., & Kebza, V. (2006). Subjektivní zdraví: současný stav poznatků a výsledky dvou českých studií. *Československá psychologie*, 50(1), 1–15.

Švaříček, R., & Šed'ová, K. (2010). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Portál.

Tardy, V. (1964). *Psychologie osobnosti*. Státní pedagogické nakladatelství.

Theiner, P., Linhartová, P. & Látalová, A. (2021). Dialektická behaviorální terapie. *Psychoterapie*, 15(1), 23-39.

Tobolka, R. (2014). Subjektivní zdraví jako výzkumný artefakt. *AUC Philosophica et historica* 2, 75-85. doi: 10.14712/24647055.2015.13.

Trull, T. J., Jahng, S., Tomko, R. L., et al. (2010). Revised NESARC personality disorder diagnoses: Gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *Journal of Personality Disorders*, 24(4), 412–426.

Unger, D. (2010). Psychoterapeutické přístupy v léčbě hraniční poruchy osobnosti. *Psychoterapie*, 4(2), 109-117.

Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie*. Portál.

Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál.

Valášková, K., & Machů, V. (2000) Kvalita života psychiatrických pacientů. *Sborník prací Filozofické fakulty brněnské univerzity. P, Řada psychologická*, 48(P4), 65–77.

Van den Bosch, L. M., Koeter, M. W., Stijnen, T., Verheul, R. & Van den Brink W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(9), 1231-1241. doi: 10.1016/j.brat.2004.09.008.

Diplomová práce:

Wagner, D. (2020). *Pojetí krize v dialekticko-behaviorální terapii* [Diplomová práce, Pražská vysoká škola psychosociálních studií]. Archiv závěrečných prací PVSPS. https://www.pvsps.cz/data/2020/10/12/12/wagner_daniel.pdf.

Online zdroje:

Dětská psychiatrická nemocnice Opařany (n.d.). *Komplexní dialektický behaviorální terapeutický program*. <https://www.dpnoparany.cz/pro-pacienty/dbt-program/>.

Fakultní nemocnice Brno. (n.d.) *Dialektická behaviorální terapie*. <https://www.fnbrno.cz/areal-bohunice/psychiatricka-klinika/dialekticka-behavioralni-terapie/t7888>.

Gradient. (n.d.) *Podpůrné programy Gradient*. <https://projektgradient.cz>.

Kaleidoskop. (n.d.) *DBT centrum*. <https://www.kaleidoskop-os.cz/dbt-centrum/>.

Mottl, J. (2015). *Spiritualita a psychopatologie*. Husitská teologická fakulta UK. https://htf.cuni.cz/HTF-103-version1-motl_spiritualita.pdf.

Národní zdravotnický informační portál. (n.d.). *Poruchy osobnosti – základní informace*. <https://www.nzip.cz/clanek/694-poruchy-osobnosti-zakladni-informace>.

Noonan, S. J. (n.d.) *The importance of routine*. Psychiatric Times. <https://www.psychiatrictimes.com/view/the-importance-of-routine>.

Psychosociální centrum Přerov. (n.d.). *Denní stacionář DBT pro poruchy osobnosti*. <https://www.psyche.cz/denni-stacionare/denni-stacionar-2>.

Psychiatrická nemocnice Bohnice. (n.d.) *Denní stacionář pro klienty s poruchou osobnosti*. <https://bohnice.cz/wp-content/uploads/letak-dspo.pdf>.

Psychiatrická nemocnice v Kroměříži. (n.d.). *Denní psychoterapeutický stacionář s prvky DBT*. <https://www.pnkm.cz/cs/oddeleni-lecebny/denni-psychoterapeuticky-stacionar-s-prvky-dbt>

Ptáček, R., Raboch, J., Domkářová, L., & Bencko, V. (2017). Motivace pacienta k léčbě a preventivním opatřením. *Praktický lékař*, 97(1), 17–22. <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2017-1-15/motivace-pacienta-k-lecbe-a-preventivnim-opatrenim-60391>.

Sedláčková, Z., Ocisková, M., Praško, J., Látalová, K., Kamarádová, D., Grambal, A. (2015) Suicidalita u poruch osobnosti. *Psychiatrie pro praxi*. <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2015/03/04.pdf>

Sociologický ústav AV ČR. (n.d.) *Sociologická encyklopedie : Osobnost*. [https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Osobnost_\(MSgS\)](https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Osobnost_(MSgS)).

Škrabánková, V. (n.d.). *Poruchy osobnosti*. Univerzita Palackého v Olomouci. https://www.lf.upol.cz/fileadmin/userdata/LF/hippokratuv_dum/obory/Psychiatrie/Poruchy_osobnosti.pdf

Šípek, A. (n.d.). Vrozené vady. *Teratogeneze a vrozené vývojové vady*. http://www.vrozene-vady.cz/prezentace/pdf/teratogeneze_VVV_1LFUK.pdf

Ústav zdravotnických informací a statistiky (2022). *Psychiatrická ročenka 2022*. <https://www.uzis.cz/res/f/008442/psych2022.pdf>.

Ústav zdravotnických informací a statistiky (n.d.) *Poruchy osobnosti*. <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F60-F69>.

Ústřední vojenská nemocnice. (n.d.). *DBT program*. <https://www.uvn.cz/cs/dbt-program>.

SEZNAM ZKRATEK

APA	americká psychiatrická asociace
DBT	dialekticko-behaviorální terapie
DSM-IV	diagnostický a statistický manuál duševních poruch (čtvrtá revize)
HPO	hraniční porucha osobnosti
IPDE	international personality disorder examination (mezinárodní vyšetření poruch osobnosti)
KBT	kognitivně-behaviorální terapie
MBT	terapie založená na mentalizaci
MKN-10	mezinárodní klasifikace nemocí (desátá revize)
OCD	obsedantně-kompulzivní porucha
PO	porucha osobnosti
TFP	terapie zaměřená na přenos
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Pojetí poruch osobnosti dle americké klasifikace DSM-IV

Trs A	Podivíni, excentrici	Paranoidní, schizoidní, schizotypní porucha osobnosti
Trs B	Emotivní, dramatizující, nestálí	Disociální, hraniční, histriónská a narcistická poruchu osobnosti
Trs C	Úzkostní, vyhýbaví, bázlíví	Anxiózní, závislá, anankastická porucha osobnosti

(Zdroj: Orel et al., 2012, str. 162)

Příloha č. 2: Pojetí poruch osobnosti a chování dospělých dle MKN-10

Specifické poruchy osobnosti	F 60	Paranoidní porucha osobnosti (F60.0) Schizoidní porucha osobnosti (F60.1) Disociální porucha osobnosti (F60.2) Emočně nestabilní porucha osobnosti (F60.3) Histriónská porucha osobnosti (F60.4) Anankastická porucha osobnosti (F60.5) Anxiózní porucha osobnosti (F60.6) Závislá porucha osobnosti (F60.7) Jiné specifické poruchy osobnosti (F60.8)
Smíšené a jiné poruchy osobnosti	F61	
Přetrvávající změny osobnosti, které nelze přisoudit hrubému poškození nebo nemoci mozku	F62	Přetrvávající změny osobnosti po katastrofické události (F62.0) Přetrvávající změna osobnosti po psychickém onemocnění (F62.1)
Nutkové a impulzivní poruchy	F63	Patologické hráčství (gambling) F63.0 Patologické zakládání požárů (pyromanie) F63.1

		Patologické kradení (kleptomanie) F63.2 Trichotillomanie F63.3 Jiné nutkavé a impulzivní poruchy (workoholismus, netaholismus, impulzivní promiskuita, oniomanie, intermitentní explozivní porucha chování) F63.8
Poruchy pohlavní identity	F64	Transsexualismus F64.0 Transvestitismus F64.1 Porucha pohlavní identity v dětství F64.2 Jiné poruchy pohlavní identity F64.8
Poruchy pohlavní preference	F65	Fetišismus F65.0 Fetišistický transvestitismus F65.1 Exhibicionismus F65.2 Voyerismus F65.3 Pedofilie F65.4 Sadomasochismus F65.5 Jiné poruchy sexuální preference F65.8 Porucha sexuální preference nespecifikovaná F65.9
Poruchy pohlavního vývoje	F66	Porucha sexuálního vyzrávání F66.0 Egodystonická sexuální orientace F66.1 Porucha sexuálních vztahů F66.2

Jiné poruchy osobnosti a chování dospělých	F68	Zpracování somatických symptomů z psychických důvodů (F68.0) Záměrná produkce nebo předstírání symptomů nebo tělesné či psychické neschopnosti – předstíraná (faktivní) porucha (F68.1) Jiné určené poruchy osobnosti a chování u dospělých (F68.8)
Neurčená porucha osobnosti a chování u dospělých	F69	

(ÚZIS, n.d.)

Příloha č. 3 Zvací dopis

POZVÁNKA K ÚČASTI NA VÝZKUMU K DIPLOMOVÉ PRÁCI

Vážená dámo, vážený pane,

Dovolet, abych se v krátkosti představila. Jmenuji se Pavlína Kelíšková, je mi 34 let a toho času jsem studentkou závěrečného ročníku oboru Aplikovaná psychoterapie na Institutu OUSHI na Cyrilometodějské teologické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

V rámci své **diplovové práce** se věnuji tématu Dialekticko-behaviorální terapie a speciálně pohledu na terapii očima absolventů tohoto programu. Svůj výzkum bych velmi ráda zrealizovala právě u těch nejpopotatnějších, tedy u Vás, kteří mají s DBT vlastní osobitou zkušenost.

Ve výzkumu se budeme věnovat Vašemu pohledu na průběh a Vámi vnímanou úspěšnost terapie, či na možné prvky, které Vám osobně pomáhaly touto terapií projít.

Jelikož se jedná o výzkum kvalitativní, probíhal by formou **ROZHOVORU** – nabízím možnost online rozhovoru přes aplikaci ZOOM, či jinou možnou, nebo nabízím možnost osobního setkání. Rozhovory nebudou nikterak náročné, půjde v nich především o Váš osobní pohled a názor. Délka rozhovoru se bude odvíjet od Vašich možností a sdělovaných informací, nebude však přesahovat půl až tři čtvrtě hodiny Vašeho času. Rozhovory budou důvěrné a jejich přepisy anonymizované. Získané informace použiji výhradně pro potřeby diplomové práce.

VÝZKUM PROBÍHÁ V TERMÍNU: 10. 12. 2024 – 10. 02. 2025

Děkuji Vám za Vaši pozornost a pomoc s tímto výzkumem, a v případě Vašeho zájmu Vás prosím o zpětné kontaktování. Ozvu se Vám a domluvíme se na podrobnostech.

S přáním pěkných dnů a s pozdravem

Mgr. Pavlína Kelíšková

Telefon: + 420 739 305 522 E-mail: keliskova.pavlina@seznam.cz



INFORMOVANÝ SOUHLAS S ÚČASTÍ VE VÝZKUMU

Informovaný souhlas s poskytnutím výzkumného rozhovoru a jeho následným využitím pro účely diplomové práce s názvem „Vnímání procesu léčby v DBT s ohledem na bio-psycho-sociální determinanty pacientů s hraniční poruchou osobnosti“.

Vážená paní, vážený pane,

žádám Vás o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu, který je součástí mé diplomové práce.

Údaje o projektu:

Jméno a příjmení řešitele:	Pavčina Kelíšková
Obor studia:	Aplikovaná psychoterapie a inovace v sociální práci
Škola:	Cyrilometodějská teologická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci Institut sociálního zdraví - OUSHI
Kontakt:	+420 739 305 522, keliskova.pavlina@seznam.cz
Výsledek výzkumu:	Diplomová práce
Cíl výzkumu:	Identifikace klíčových bio-psycho-socio-spirituálních faktorů v životech pacientů s hraniční poruchou osobnosti, které pozitivně ovlivňují jejich přijetí, zvládání a vnímaný úspěch dialekticko-behaviorální terapie. Práce se zaměří na hledání okolností a prvků, které mohou přispívat k účinnosti této terapie a celkově pomáhat pacientům lépe zvládat jejich onemocnění.

Popis výzkumu:

- Výzkum bude probíhat formou individuálních rozhovorů výzkumnice s účastníkem v délce maximálně 90 minut.
- Výzkum bude probíhat osobně či online přes platformu ZOOM, Messenger, apod. (dle preferencí účastníků).

- Rozhovor bude nahráván na diktafon či mobilní telefon pro možnost pozdějšího přepisu a analýzy prováděné výzkumníci.
- Nahrávky ani kompletní přepisy nahrávek nebudou nikde zveřejněny. Nahrávky budou po provedení přepisů smazány a kompletní přepisy bezpečně uchovány pouze v archivu výzkumnice, která se zavazuje, že je neposkytne žádné třetí straně.
- V diplomové práci budou použity pouze anonymizované ilustrativní úryvky rozhovorů či obecné popisy situací a skutečností, o kterých účastníci vyprávěli.
- Z důvodu zachování anonymity budou v rámci celého výzkumu i diplomové práce používána pouze změněná jména účastníků (ti budou vystupovat výhradně pod přiřazeným pseudonymem). Změněny či vypuštěny budou i veškeré informace, které by mohly vést k potenciální identifikaci účastníků výzkumu.

Zveřejněny budou (spolu s přiřazeným pseudonymem) vždy jen údaje týkající se věku a pohlaví.

- Účast ve výzkumu je zcela dobrovolná – účastník má možnost kdykoliv výzkum ukončit, a to i bez udání důvodu.
- Účastník má také právo na položené otázky neodpovídat. V případě potřeby se naopak může výzkumnice kdykoliv na cokoli ohledně výzkumu dotazovat, a to i po skončení rozhovoru. Výzkumnici je možné kontaktovat prostřednictvím e-mailu uvedeného na 1. straně.

Já níže podepsaný/-á potvrzuji, že:

- a) jsem se seznámil/-a s informacemi o průběhu a cílech tohoto výzkumu;
- b) dobrovolně souhlasím se svou účastí v tomto výzkumu;
- c) jsem byl/-a seznámen/-a s možností a způsobem, jak kdykoliv od výzkumu samotného i udělení tohoto souhlasu odstoupit, a to i do budoucna a bez udání důvodu.
- d) jsem byl/-a srozuměn/-a se způsobem zpracování, uchování a ochrany mých osobních údajů a poté i nahrávek rozhovoru, přepisů rozhovoru a případně i anonymizovaných citací použitých v diplomové práci výzkumnice.

Datum:

Podpis respondenta:

Podpis výzkumníka:

POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR

VO 1: S jaskou bio-psycho-socio-spiritualnú struktúrou osobnosti pŕichádzaj účasníci do lŕebného procesu a co z toho lze považovať za pŕínosné a pomocné pro ŕivot a potenciálne i DBT lŕebu HPO?

➤ BIOLOGICKÁ DIMENZE

- Jak byste popsal/a svou zdravotní stav v pŕibŕhu Vášho ŕivota – dŕství, dospívání, mládež dospŕlosti, ...?
- Jak vnímáte svou zdravotní stav nyní? Znělo se něco?
- Někdy Váš zdravotní stav ovlivňuje Váš každodenní ŕeŕný ŕivot – ŕivní styl, vzťahy, výkon zaměstnání?
- Uvědomíte si nyní nějaké návyky v oblasti tělesného zdraví – hygieny, spánku, denní režim... Popište mi je, prosím...
- Pečovál jste, či pečujete vědomě o své tělo, zdraví? Jak? Vnímáte v něčem výhody či nevýhody této péče?

➤ PSYCHICKÁ DIMENZE

- Jak byste se po psychické stránce (povaha, temperament, citlivost) popsal/a v období dŕství, dospívání?
- Jak jste v období dŕství a dospívání reagoval/a na nepŕijemné skutečnosti ve svém ŕivotě? Jaký to mělo dŕsledk?
- Vzpomenete si na nějaké události ve Vášem ŕivotě, které Váš „zmŕnily“, „něco Váš naučily“, pomohly Vám „vyráti“?
- Jak se vnímáte nyní? Jste spokojeni s tím, kým jste a kde jste?
- Jak jste zvládal/a stres a náročné ŕivní situace dŕve a nyní? Vidíte rozdíl? Pokud ano, čím se to stalo?

➤ SOCIÁLNÍ DIMENZE

- Jak byste popsal/a vzťahy ve svém dŕství a v období dospívání?
- Vnímál/a jste pozitivní „stýčné body“, kony v těchto obdobích?
- Dokázete nějak dŕjmovat Váš vzťahy v současně době? Jsou pro Váš zdrojem klidu nebo spíše stresu?
- Pozorujete již zmíněné „kony“, nebo opŕtne body ve svém sociálním okolí i nyní, máte někoho kdo Váš podporuje? Máte pocit, že někdo patříte?

➤ SPIRITUÁLNÍ DIMENZE

- Máte pocit propojení s něčím větším, co nás pŕezahuje, at už máte na mysli vyšší moc, vesmír nebo pŕirodu?
- Kdy jste toto v sobě objevil/a? Například Váš někdy mŕltenka něco podobného hledat? Proč?
- Jakým způsobem to Váš ŕivot ovlivňuje (pokud vůbec)?
- Jaké hodnoty (zdraví, láska, pŕáce...) jsou pro Váš nejdůležitější?
- Zněnů se u Váš v pŕibŕhu ŕivota zŕbŕček těchto hodnot? Kdy a jak?
- Jsou ve vašem ŕivotě rituály nebo zvyky, které Vám pomáhají pŕezkŕŕit klid a rovnováhu?

VO2. Jak participanti proŕivali oznámení diagnózy HPO, zabŕjením a pokračování lŕby?

- Kdy jste se poprvé sekal/a s tím, že jste si pŕezadál/a, že je s Vám něco v nepořádku? Pamatujete si, jak to celě začalo? Kdy jste si poprvé uvědomil/a pŕízndky HPO Váš, nebo Váš rodinná pŕátelŕe klukovi z Vášho okolí, kdo Váš na problém upozornil?
- Jak se k projevům Vášho trápení stavělo Váš okolí? (rodina, pŕátelŕe, kolegové v pŕáci, online svět)
- Máte pŕedstavu, co Váš trápení mohlo spustit? Co se v Vášem ŕivotě zrovna dŕlo, když jste pocítil/a projev HPO, nebo když Váš na ně někdo upozornil?
- Jakým způsobem, zda vůbec, jste se Váš nebo Váš rodinná svazil/a situaci vyřešit smŕrem ke zlepšení Vášho stavu?
- Jak se v tomto ohledu cítíte teď? Vůlce nebo cítíte nějaké smŕny? Kdy k nim došlo? Tušíte, díky čemu mohlo e zlepšení dŕjit?
- Jak jste zisťoval/a informace o existující pomoci?

- Co Vás přivedlo k tomu, že jste vyhledal pomoc? A když to bylo, v jakých souvislostech na to došlo?
- Byl a jste rozhodnutí a relativně rychle nastoupil léčbu, nebo jste s nástupem váhal/a? Pokud jste váhal/a, co Vám pomohlo toto překonat?
- Jaké způsoby léčby jste vyzkoušel/a? Zajímá mě úplně všechno, co jste zkusil/a...
- Když, kde a od koho jste se poprvé dozvěděl/a o možnostech léčby HPO?
- Jakým způsobem Vám byly informace předávány?
- Byly Vám někdy představeny všechny možné formy léčby (branční poruchy osobnosti dostupné v ČR, nebo jste byla směřována přímo k dialekticko-behaviorální terapii?
- Měl/a jste podle svého pohledu před nástupem na léčbu dostatečné informace o ní, jejím průběhu, apod.?
- Co jste si o DBT po tomto prvním sdělení myslel/a? Jaké jste měl/a očekávání?
- Jak byly informace, podle Vás, když myslíte, máte DBT léčbu absolvovanou, kvalitní? Co Vám teď při zpětném pohledu chybělo a tenkrát by Vám třeba více pomohlo, namotoválo?
- Obdržel/a jste k léčbě v programu DBT nějaký materiál (brožura, informační list, odkaz na webové stránky)?
- Státeli Vám, nebo byste na začátku byla potřebovala vysvětlit něco více lépe? Pokud ano, co by to bylo?

V 03 Jaké motivační faktory podporující úspěšný průběh léčby mohou dle představ a zkušeností pacientů působit?

- Co bylo vaší motivací v životě ve chvílích, když se Vám třeba do něčeho nechtělo, bylo to pro Vás náročné, obtížné?
- Pomáhalo Vám něco v rozhodování o vyhledání odborníka, k nástupu do jakékoli léčby?
- Co Vás motivovalo vyhledat druh léčby právě v té době, když jste ji nastoupil/a? Co jste chtěl/a v té době změnit?
- Co Vás motivovalo k nástupu na DBT do Bohumic?
- Měnila se v průběhu léčby Vaše motivace nějak? Jakým způsobem?
- Jak zpětně vnímáte celou léčbu v Bohumicích? Jaké to pro Vás bylo? Co jste prožíval/a?

VO 04 Které v průběhu života a léčby získané kuféové dovednosti vedoucí ke zvládnutí příznaků HPO jsou pacienty vnímány jako nejpřínosnější?

- Jaké dovednosti Vám v průběhu Vašeho života pomohly a pomáhají Vaši situaci zvládat?
- Co Vám v průběhu léčby pomohlo všechny její části zvládnout a překonatost překážky v ní a co vás motivovalo k setrvání v léčebném procesu?
- Změnil se v průběhu Vašeho života nějak? Získala jste nějaké nové dovednosti třeba až v DBT?
- Máte nějaké strategie, které používáte ke zvládnutí přezkusu, či větších chvil?
- A využíval/a jste je v průběhu léčby?
- Existují ve Vašem životě nějaké podpůrné zdroje, které Vám pomáhají všechno zvládat?
- Využíval/a jste je v procesu Vaší léčby?
- Uvědomíte si něco (dovednosti, zdroj, strategii), které by Vám ještě mohly pomoci a zatím je nevyužíváte?

VO 05 Které prvky a změny plynoucí z DBT mohou podpořit účinnost vnímáním úspěšnosti léčby DBT?

- Jak Vy sám/a reflektujete změny ve svém chování, emocích, zvládnutí stresu, změny ve Vašich vztazích v průběhu DBT?
- Jakým způsobem ovlivňuje dlouhodobé zapojení do DBT vnímání Vaší vlastní identity (já) a Vašich hodnot?
- Jak vnímáte vliv mindfulness (vnímavosti) na zvládnutí krizových situací ve Vašem životě?
- Jak subjektivně vnímáte přínos jednotlivých složek DBT (individuální terapie, skupinový trénink dovedností, telefonický koučink, týmové supervize)?
- Které dovednosti, získané v průběhu DBT považujete pro Vás život za nejpřínosnější?
- Jaké aspekty (prvky) DBT považujete za nejsilnější pro setrvání v terapii?
- Jaké barvěry vnímáte při aplikaci naučených dovedností mimo terapeutické prostředí?

CODEBOOK	
NAZEV	POPIS
1. Bio-psycho-socio-spirituální složka osobnosti pacienta	Základní informace o životě pacienta, popis jednotlivých složek jeho osobnosti, dědičných a získaných vztahů a událostí v životě pacientů
Biologická dimenze osobnosti	celkový pohled na zdravotní stav v dětství, dospívání, návyky v oblasti tělesného zdraví, denní režim, péče o sebe
Psychická dimenze	povaha, temperament, citlivost z pohledu pacienta v období dětství, dospívání, nyní, reakce na nepříjemné události a situace, důsledek jednání, zvládání stresu, růstové události v životě pacientů
Sociální / vztahová dimenze	vztahy v dětství, dospívání, nyní, "kotvy" ve vztazích v průběhu života, pocit soukromí, vnímání role vztahů ve svém životě
Spirituální dimenze	existence vnímaného propojení s "vyšší mocí", vznik tohoto vědomí, úkol tohoto vědomí, ovlivnění života, hodnoty, žebříček hodnot, jeho změny v průběhu života, silné stránky, zvyky rituály - jejich činnost v životě, motivace
2. Zkušenost s léčbou	rozpoznání diagnózy, příznaky, způsoby léčby, informovanost o DBT, informovanost lékaři
Vznik poruch, projev	vznik chorob, objevení příznaků, jejich projevy
postoj k poruše	vlastní pohled na poruchu, postoj sociálního okolí, lékařů
vyhledání pomoci	hledání možnosti pomoci, dostupnost informací
informovanost o léčbě	informovanost, dostupnost informací, kvalita informací, zdroje informací, informace o DBT
léčba	vykoušené způsoby léčby před DBT, jejich vnímaná úspěšnost, první zkušenost s DBT
3. motivační faktory k zahájení léčby a setrvání v ní	souhrn podporujících faktorů
motivace k zahájení léčby	vnitřní, vnější motivace, popis událostí, situací, stavů, vztahů
motivace k nastupu na DBT	vnitřní, vnější motivace, popis událostí, situací, stavů, vztahů
strategie zvládání náročných stavů - před a v průběhu léčby	naucené strategie zvládání náročných situací, jejich účinnost, změny těchto strategií
změny v motivaci v průběhu léčby	kolísání motivace, podpora motivace, podpora z vnějšího prostředí, vnitřní motivace
4. klíčové dovednosti využívané pro zvládání nemoci a léčby	dovednosti z průběhu života využívané ke zvládání nemoci, léčby
dovednosti přítomné již před DBT	uvědomění si dovedností, metod získaných v průběhu DBT, které jsou vnímány jako nevyužitelnější pro běžný život
dovednosti získané v průběhu DBT	popis faktorů - pocitů, zkušeností, zpětné vazby - po ukončení léčby
5. vnímaná úspěšnost léčby	vnímané (subjektivně i objektivně) změny v chování, emocionálně, práci s emocemi, zvládání stresu a obtížných životních situací po DBT, změny ve vnímání vlastní identity, hodnot po DBT, projevy vnímaný přínos individuální terapie, skupinové terapie a telefonického kučinka v průběhu terapie, v životě po DBT
Přínos složek DBT	shrnutí celkové vnímané úspěšnosti a její dopad na běžný život pacientů
vnímaná úspěšnost	

Příloha č. 7 Myšlenková mapa – One sheet of paper

