

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
CYRILOMETODĚJSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Institut sociálního zdraví



Osamělost u lidí s hraniční poruchou osobnosti

Loneliness in People with Borderline Personality Disorder

Diplomová práce

Olomouc 2024

Autor: Bc. et Bc. Pavlína Pokorná

Vedoucí práce: Mgr. Ing. Zdeněk Meier, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 10. dubna 2024

.....

Pavčina Pokorná

Poděkování

Na tomto místě bych ráda vyjádřila poděkování svému vedoucímu práce Mgr. Ing. Zdeňku Meierovi, Ph.D., za odborné vedení, rady, čas a neutuchající trpělivost. Poděkování patří také Mgr. et Mgr., Ing. Václavu Greplovi, Ph.D., za věcné rady s kvantitativním výzkumem. Velké díky náleží i respondentům výzkumu za hloubku jejich sdílení, ochotu a otevřenost. V neposlední řadě děkuji za podporu při psaní svým nejbližším.

KLÍČOVÁ SLOVA

hraniční porucha osobnosti, osamělost, tematická analýza, vztahy, dětství, kvalitativní výzkum, kvantitativní výzkum

KEYWORDS

Borderline personality disorder, loneliness, thematic analysis, relationships, childhood, quality research, quantitative research

ANOTACE

Ústředním tématem práce je osamělost u lidí s hraniční poruchou osobnosti. Cílem práce je popsat prožívání osamělosti u lidí s hraniční poruchou osobnosti, dopady osamělosti na jejich vztahy, zkušenosti s prožíváním osamělosti v dětství. Dále zda existuje vztah jednak mezi emoční a vztahovou nestabilitou a osamělostí a jednak mezi hraniční poruchou osobnosti a osamělostí. Výzkumná část je kvalitativního a kvantitativního charakteru. Sběr dat probíhal formou polostrukturovaného rozhovoru, kterého se zúčastnilo osm respondentů, a dotazníkového šetření, pro které jsem použila dotazníky Three-Item Loneliness Scale a Personality Assessment Inventory – Borderline Features Scale, který vyplnilo celkem 50 respondentů. V diskuzní části práce shrnuji poznatky z obou mých výzkumů a dávám je do kontextu s aktuálními výzkumy a názory odborníků.

ANNOTATION

The main theme of the thesis is loneliness in people with borderline personality disorder. The aim of the thesis is to describe the experience of loneliness in people with borderline personality disorder, the effects of loneliness on their relationships, experiences with experiencing loneliness in childhood and whether there is a relationship between emotional and relational instability and loneliness; and borderline disorder and loneliness. The research part is qualitative and quantitative in nature. Data collection took place in the form of a semi-structured interview, in which eight respondents participated, and a questionnaire survey, for which I used the Three-Item Loneliness Scale and Personality Assessment Inventory – Borderline Features Scale questionnaires, which were filled out by a total of fifty respondents. In the discussion part of the thesis, I summarize the findings from both of my researches and put them in context with current researches and experts' opinions.

OBSAH

| | |
|---|-----------|
| <i>ÚVOD</i> | 8 |
| 1 TEORETICKÁ ČÁST | 9 |
| 1.1 HRANIČNÍ PORUCHA OSOBNOSTI | 9 |
| 1.1.1 Osobnost..... | 9 |
| 1.1.2 Porucha osobnosti | 9 |
| 1.1.3 Etiologie poruch osobnosti | 11 |
| 1.1.4 Hraniční porucha osobnosti..... | 12 |
| 1.1.5 Vztahy lidí s hraniční poruchou osobnosti | 16 |
| 1.1.6 Lidé s hraniční poruchou v psychoterapii | 18 |
| 1.2 OSAMĚLOST | 21 |
| 1.2.1 Osamělost u lidí s poruchou osobnosti..... | 25 |
| 1.2.1.1 Osamělost u lidí s hraniční poruchou osobnosti..... | 26 |
| 2 VÝZKUMNÁ ČÁST | 28 |
| 2.1 METODOLOGIE VÝZKUMU | 28 |
| 2.1.1 Kvalitativní výzkum..... | 28 |
| 2.1.1.1 Výzkumné cíle a otázky | 30 |
| 2.1.2 Kvantitativní výzkum..... | 32 |
| 2.1.2.1 Výzkumné otázky a hypotézy | 36 |
| 2.1.2.2 Metoda analýzy dat | 37 |
| 2.1.3 Etika výzkumu..... | 39 |
| 2.2 VÝSLEDKY | 40 |
| 2.2.1 Kvalitativní výzkum..... | 40 |
| 2.2.1.1 Osamělost | 41 |
| 2.2.1.2 Hraniční porucha osobnosti..... | 46 |
| 2.2.1.3 Dětství | 52 |
| 2.2.1.4 Vztahy | 58 |
| 2.2.2 Kvantitativní výzkum..... | 65 |
| 2.2.2.1 Práce s daty a její výsledky | 65 |

| | | |
|------------|--|------------|
| 2.3 | DISKUZE | 73 |
| 2.3.1 | Kvalitativní výzkum..... | 73 |
| 2.3.1.1 | Prožívání osamělosti u lidí s hraniční poruchou osobnosti..... | 73 |
| 2.3.1.2 | Zkušenost lidí s hraniční poruchou osobnosti s prožíváním osamělosti v dětství..... | 75 |
| 2.3.1.3 | Vliv vztahů u lidí s hraniční poruchou osobnosti na prožívání osamělosti.. | 77 |
| 2.3.2 | Kvantitativní výzkum..... | 80 |
| 2.3.3 | Implementace výzkumu..... | 82 |
| 2.3.3.1 | Implikace pro praxi..... | 82 |
| 2.3.3.2 | Implikace pro tvůrce zdravotních politik..... | 82 |
| 2.3.3.3 | Implikace pro výzkum..... | 82 |
| 2.3.4 | Limity..... | 83 |
| | ZÁVĚR | 84 |
| | <i>Seznam literatury</i> | <i>85</i> |
| | <i>Seznam příloh</i> | <i>97</i> |
| | <i>Seznam použitých zkratk</i> | <i>103</i> |

ÚVOD

Nestabilita jako jediné, co je u lidí s diagnózou hraniční poruchy osobnosti stabilní. Silná emoční reaktivita, jejíž intenzitě okolí není schopno porozumět. Proměnlivý sebeobraz a různost zájmů, jež povětšinou odpovídá právě prožívané emoci. A do toho pocity prázdnoty, citlivost k odmítnutí, sebedestruktivní sklony a impulzivita. Hraniční porucha osobnosti svým nositelům nutně přináší pocity jinakosti a nepochopení, neboť okolí jejich reakce shledává jako nepřiměřené dané emoci a situaci. A proto tito lidé vyvolávají u druhých minimálně údiv a jejich reakce jsou hodnoceny jako přehnané. Faktem ovšem je, že pokud je emoce prožívána ve své extrémní intenzitě, lze očekávat, že reakce bude stejně extrémní. Chování člověka s diagnózou hraniční poruchy osobnosti odpovídá aktuální síle emoce, avšak pochopitelně jeho chování neomlouvá. Vztahy s lidmi s hraniční poruchou osobnosti jsou stabilně nestabilní, protože tito lidé nesnesou natrvalo blízkost a náklonost a musí vytvořit distanci, která opět vede k touze vrátit se do vztahu (Röhr, 2024, s. 35). To vytváří začarovaný kruh, jenž je náročný a vyčerpávající pro obě zúčastněné strany.

Ve své práci vycházím z předpokladu, že pokud ve společnosti určitá skupina zažívá pocity jinakosti, můžou se u ní objevovat pocity osamělosti. Dále vycházím z výsledků výzkumu, který prokázal, že osamělost je u lidí s hraniční poruchou osobnosti výrazně zvýšená (Liebke et al., 2016). Ústředním tématem této práce proto bude osamělost a její prožívání u lidí s hraniční poruchou osobnosti. S cílovou skupinou jsem se poprvé setkala ve svém zaměstnání na pozici sociálního pracovníka, avšak až po absolvování první části vzdělávacího kurzu *Využití dialektické-behaviorální terapie v sociální práci* se cílová skupina, a hlavně její specifická povaha v prožívání emocí, stala předmětem mého zájmu. Cílem této práce je rozšířit pohled na prožívání osamělosti u lidí s hraniční poruchou osobnosti nejen pro ně samotné, ale pro všechny ostatní, kteří jsou s nimi v kontaktu.

Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. V první části se budu věnovat primárně charakteristice hraniční poruchy osobnosti a tematice osamělosti. Výzkumná část je kvalitativního a kvantitativního charakteru. Cílem je prozkoumat, jak prožívají osamělost lidé s hraniční poruchou osobnosti, jakou mají zkušenost s pocity osamělosti v dětství, jaký vliv mají vztahy u lidí s hraniční poruchou osobnosti na prožívání osamělosti. Dále zjistit, zda existuje vztah jednak mezi emoční a vztahovou nestabilitou a osamělostí a jednak mezi hraniční poruchou osobnosti a osamělostí.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 HRANIČNÍ PORUCHA OSOBNOSTI

1.1.1 Osobnost

Osobnost jedince zahrnuje kombinaci mentálních a fyzických vlastností, jež se vytvářejí v průběhu života a projevují se v mezilidských vztazích. Vrozené a získané vlastnosti tvoří strukturu osobnosti, která je pro každého člověka charakteristická. V průběhu vývoje jedince se doplňují vrozené dispozice jako temperament a obohacují se získanými vlastnostmi, což následně formuje charakter (Praško, 2003, s. 15). Osobnost je tedy komplexní celek duševního života a dynamický soubor relativně stálých duševních vlastností (Orel, 2012, s. 158).

Osobnost je vnímaná jako systém stabilní, jenž je komplementární a konzistentní, charakterizovaný uvědoměním si své identity, na niž působí proces učení a socializace. Osobnost tvoří jedinečnou a neopakovatelnou strukturu duševních vlastností. Baštecká (2001) identifikuje dvě základní složky osobnosti. První je interpersonální, která pojímá vztahy s ostatními, projevuje se v chování; druhá je intrapsychická, kterou můžeme nazvat prožíváním. Oba aspekty se propojují v jeden celek, vzájemně na sebe působí, formují se a vyvíjí. Psychologie osobnosti je především studium charakteru, temperamentu, schopností a konstitučních vlastností (Cakirpaloglu, 2012).

1.1.2 Porucha osobnosti

Poruchy osobnosti se projevují maladaptivními variantami charakterových a temperamentových osobnostních rysů, které jsou hluboce zakořeněné a mají přetrvávající vzorce chování. Osoba s poruchou osobnosti má typické reakce v různých osobních a sociálních situacích (Praško, 2003, s. 15). Celosvětová souhrnná prevalence jakékoli poruchy osobnosti byla k roku 2020 7,8 % (Winsper et al., 2020). Winsper udává vyšší prevalenci v zemích s vyššími příjmy než v zemích, v nichž jsou nízké průměrné příjmy.

Podle DSM-V (2015) je poruchou osobnosti trvalý vzorec vnitřního prožívání a chování, který se významně odlišuje od očekávání společnosti a kultury, v níž jedinec žije. Tento neměnný vzorec je všudypřítomný a nepružný. Jeho počátek je v dospívání, popř. v rané

dospělosti, a je stabilní v průběhu času, způsobuje utrpení nebo poškození. DSM-V (2015) je dělí do tří skupin:

- *Cluster A*: Paranoidní porucha osobnosti, Schizoidní porucha osobnosti, Schizotypální porucha osobnosti
- *Cluster B*: Hraniční porucha osobnosti, Narcistická porucha osobnosti, Histriónská porucha osobnosti, Antisociální porucha osobnosti
- *Cluster C*: Vyhýbavá porucha osobnosti, Obsedantně-kompulzivní porucha osobnosti

MKN-10 (2023) na poruchu osobnosti pohlíží jako na přetrvávající rozmanité stavy a vzorce chování, které poukazují na charakteristický životní styl jedince. Ten se promítá ve vztahu nejen člověka k sobě, ale i k okolí. Reprezentuje extrémní nebo významné odchylky, kterými běžný člověk v určité kultuře vnímá, myslí a cítí. Dělení podle MKN-10 (2023) je následující:

- F60.0 Paranoidní porucha osobnosti
- F60.1 Schizoidní porucha osobnosti
- F60.2 Disociální porucha osobnosti
- F60.3 Emočně nestabilní porucha osobnosti
- F60.4 Histriónská porucha osobnosti
- F60.5. Anankastická porucha osobnosti
- F60.6 Anxiózní porucha osobnosti
- F60.7 Závislá porucha osobnosti
- F60.8 Jiné specifické poruchy osobnosti
- F60.9 Porucha osobnosti NS
- F61 Smíšené a jiné poruchy osobnosti

Člověk s poruchou osobnosti zažívá značnou osobní nepohodu, která může být zřejmá až v průběhu času. Projevuje se významným zhoršením výkonů v zaměstnání i ve společenské oblasti. Porucha osobnosti se může vyskytovat současně s jinými poruchami, anebo jim může předcházet. Pokud tito lidé zažívají frustraci, snadno se u nich projeví úzkosti, somatoformní poruchy, deprese nebo závislost na návykových látkách. Maladaptivní projevy způsobují

utrpení nejen jim, ale i jejich blízkým osobám. Chybí sebereflexe, člověk nevidí svůj podíl viny v nejrůznějších situacích. Problém často nespátňuje u sebe. Pokud nejsou schopni naplnit své potřeby, mohou vinit ostatní, že brání v tom, aby mohli být spokojeni (Praško, 2003, s. 18–19). Praško vyvrací přetrvávající a neměnný charakter této poruchy. Zmiňuje, že po padesátém věku se s lidmi s hraniční poruchou osobnosti prakticky nesetkáme (Praško, Život za zdí, 2023).

1.1.3 Etiologie poruch osobnosti

Žádná z poruch osobnosti nemá jednoduchou příčinu, například pouze výchovnou či biologickou. Je pravděpodobnější, že etiologie poruch osobnosti v sobě nese komplexní kombinaci mezi temperamentem (tj. genetickými a dalšími biologickými faktory) a charakterem (tj. vývojovými a enviromentálními faktory). Všechny tyto faktory jsou vždy důležité, jedná se o multifaktoriální biologické determinanty, jež čítají genetické vlivy, perinatální poškození, záněty mozku apod., vlivy rodinné, sociální a kulturní, psychotraumatické životní události apod. (Praško, 2003, s. 20–21). Multifaktoriální charakter poruch osobnosti zastávají i Smolík (2002) a Paris (1996).

Poruchy osobnosti vycházejí z tzv. vývojových stavů, manifestují se prostřednictvím stereotypních vzorců v chování, které jsou odvozovány od subjektivního prožívání v dětství nebo v dospívání. Změny v osobnosti v dospělém věku jsou důsledkem těžkých, dlouhodobých a traumatických podnětů, pobytem v extrémně stresujícím prostředí, přítomností závažných psychiatrických onemocnění, anebo poškozením mozku (Raboch et al., 2012, s. 326).

Predispozice, které vedou k poruše osobnosti, jsou dané geneticky, polygenně. Mohou souviset s prenatálním obdobím vývoje dítěte, kdy vlivy z vnitřního prostředí plodu a zátěžové faktory působí na matku. Jsou jimi stres, virové onemocnění aj., které ovlivňují vývoj mozku dítěte. Vlivem mohou být i mozková poranění během porodu. Nezanedbatelnou roli hraje rodinné prostředí v raném dětství dítěte, které z velké části formuje postoje. Z psychosociálních vlivů může mít velký vliv na rozvoj dispozic poruchy osobnosti neúplnost rodiny, konfliktní či emočně vypjaté rodinné prostředí, které je příliš trestající, restriktivní, provázené tvrdou výchovou, anebo nadměrné rozmazlování. V neposledním případě to jsou vlivy školy a party a kulturní vlivy, které mají často akcelerující vliv (násilí v televizi, ve filmech, počítačové hry) (Praško, 2003, s. 20–21).

1.1.4 Hraniční porucha osobnosti

Hraniční porucha osobnosti bývala v minulosti často spojována se schizofrenií a atypickou formou deprese. Významným rozdílem nové klasifikace MKN-11 oproti předchozí verzi je možnost diagnostikovat ji v jakémkoliv věku. Starší verze MKN-10 umožňovala přiřadit diagnózu jedincům nad 18 let. Podmínkou pro udělení diagnózy jsou přetrvávající symptomy po dobu dvou let (Tyrrer et al., 2019). Výzkum prokázal spojitost s týráním či zneužíváním v dětství, traumatem a hraniční poruchou osobnosti (HPO) (Gunderson, 2009). Pro lidi s HPO jsou typické pocity prázdnoty, extrémní změny v emocích a v sebehodnocení (Praško, 2003, s. 246). Praško uvádí, že člověk s touto diagnózou má narušené představy o sobě samém, cílech a vnitřních preferencích, včetně těch sexuálních. Emoční krize jsou způsobeny nestálostí ve vztahové oblasti. Tendence vyhnout se opuštění je mnohdy vede k sebevražedným výhrůzkám nebo k sebepoškozujícímu chování. Praško dále zmiňuje, že se lidé s HPO často pokouší o suicidální pokusy, trpí depresemi, somatoformními poruchami, mohou mít přechodné psychotické poruchy a abúzus psychoaktivních látek.

Prevalence HPO se uvádí kolem 1,2 % v celkové populaci (Bohus, 2005). Praško et al. (2003) uvádí výskyt této poruchy v 2 až 3 %. Četnost ve Spojených státech se udává v rozmezí 1,4 % až 2,7 % (APA, 2023). Podle dalších výzkumů se prevalence u HPO v celkové populaci pohybuje od 1,6 % až 7 % (APA, 2013; Volkert et al. 2018; Gawda et al., 2017). Dle Sansone (2012) je četnost až 51 % u lidí s jakoukoliv poruchou osobnosti. Prevalence v psychiatrických klinikách se odhaduje až na 10 % až 18 % a u ambulantních pacientů 9 % až 25 % (APA, 2023). U dětí a adolescentů je uváděna v 11 % ve věkové hranici od 9 let do 19 let a v 7 % až 8 % ve věku od 11 let do 21 let, a to častěji u dívek (Lieb et al., 2004). Grambal et al. (2017) zmiňuje, že přibližně 75 % s diagnostikovanou HPO jsou ženy. Mezi ženami je větší podíl lidí s touto diagnózou, avšak to může být dáno i tím, že ženy častěji vyhledají pomoc (Germain et al., 2012).

Nepříznivé zážitky z dětství s primárními pečovateli tvoří problematický základ pro následné vztahy a přispívá k rozvoji maladaptivních mezilidských vztahů, které jsou pro lidi s HPO příznačné (Nesnídal et al., 2022). Zanarini et al. (1998) hovoří o tom, že se jedinci s touto poruchou mnohdy setkávají v dětství s emocionálním, fyzickým i sexuálním zneužíváním. Děti jsou často postaveny do role rodiče, nikdo si nevšímá jejich pocitů a nedostává se jim dostatečné ochrany. Winsper (2018) poukazuje na souvislost mezi HPO a selháním komunikace ze strany pečovatelů, ve kterých chybí neverbální signály (např. oční kontakt). Dítě se stává trvale

ostrážitým nebo uzavřeným před komunikací. V rodinách s násilnými nebo nepřátelskými pečovateli je nedůvěra zakořeněna v adaptačním procesu. Zmiňuje také to, že negativní interakce matky a dítěte (např. odmítnutí a nadměrná ochrana) zprostředkovaly přenos symptomů HPO na dítě.

Po zažití traumatických událostí lidem s HPO chybí reakce okolí, která by obnovila pocit bezpečí a důvěry. Mezi výchovné vlivy patří:

- 1) Chaotické rodinné vztahy připomínají vztahy známé z filmových seriálů, různé potyčky, i se zákonem, užívání drog, aféry jednoho nebo obou rodičů.
- 2) Traumatické opuštění spojené s extrémním zážitkem (sexuální abúzus).
- 3) Odsouzení k samotě za to, že „jsem špatný“, po pokusu vyhnout se trestu útekem apod.
- 4) Přednost závislých vztahů před autonomními.
- 5) Po stresujících událostech nebo traumatech chybí pochopení a podpora okolí (Grambal et al., 2017, s. 116).

Základní charakteristikou hraničních poruch je porucha identity a vztahovosti (Faldyna, 2000, s. 36). Typickým rysem je nestabilita a nápadnost v projevech chování, afektivitě i v interpersonálních vztazích (Grambal et al., 2017, s. 10). Lidé s HPO často nevědí, kým ve skutečnosti jsou a jak se cítí. Hněv prožívají velmi intenzivně, bývají nadměrně kritičtí. Rozpor mezi emocionální reaktivitou a kognitivním zpracováním může být výrazný (Praško, 2003, s. 242). Člověk s HPO bude svoji reakci chápat jako přiměřenou. Emocionální potřeby lidí s HPO jsou bezedného rázu, tj. nenasytitelné. Hlavním rysem této poruchy je afektivní dysregulace. Praško vysvětluje, že lidé nejsou schopni odložit emoční impulz, který se v dané situaci objeví. Výbuch emocí, který se může objevit, pak přinese pouze formu krátkodobé úlevy. Racionální vyhodnocení situace, přestože někdy přichází včas, není schopno dysfunkční emocionalitu korigovat.

K problémům se často lidé s HPO staví bezmocně, vynucují si pomoc, nebo řeší věci zkratkovitě. I menší problémy pro ně znamenají krizi, a život se tak podobá jednomu velkému dramatu. Extrémní emocionální projevy přispívají k tomu, aby získali od ostatních pozornost, anebo pomoc. Protože necítí jistotu vztahů s druhými lidmi, vytvářejí buď nepřiměřeně těsné či závislé vztahy, nebo se chovají distancovaně a chladně. Může se u nich objevit, že ani v dlouhodobém vztahu nerozumí partnerovým pocitům a motivacím. Svě okolí mají tendence dichotomizovat – buď jsou lidé dobří, nebo zlí. V práci lidi zažívají konflikty s nadřizenými,

jsou nestabilní, mění se u nich intenzivní zaujetí činností s naprostým nezájmem. Časté je nedostatečné uspokojení z práce a problémy ve vztazích (Praško, 2003, s. 243).

Pohled a přístupy k léčbě HPO se často liší dle psychoterapeutických směrů. Dle psychoanalytického pohledu je možné poruchy rozpoznat skrze obranné mechanismy, kterých daná osoba využívá. Röhr (2012) shledává, že osoba s HPO má obranné mechanismy aktivního rozštěpení, primitivní idealizace, popření a projektivní identifikace. HPO z pohledu dialekticko-behaviorální terapie (DBT), jehož zakladatelkou je Marsha Linehanová, vychází z biosociální teorie, která definuje tři biologicky podmíněné charakteristiky, jež přispívají ke zranitelnosti jedince. Jedná se o vysokou citlivost u lidí s emoční dysregulací, vysokou emoční reaktivitu a obtížností snížit silné emoční rozrušení (Koerner, 2012). V České republice tento program nabízí Kaleidoskop, Fakultní nemocnice v Brně a Psychiatrická nemocnice v Kroměříži. Marsha Linehanová popisuje šest behaviorálních vzorců hraniční poruchy:

- *Emoční zranitelnost* – vzorec, v němž přetrvávají obtíže při zvládnání negativních emocí, patrná je i vysoká senzitivita vůči negativním emočním podnětům. Vysoká emoční intenzita s pomalým návratem k neutrální náladě. Objevit se mohou sklony ke znevažování sociálního prostředí pro nerealistická přání.
- *Sebeznevažování* – sklon popírat nebo nerozpoznávat své emoční odpovědi, myšlenky, přání a projevy. Nerealisticky vysoké standardy a očekávání od vlastní osoby. Přítomnost studu, nenávisti a hněvu.
- *Neustávající krize* – sklon k častým, stresujícím událostem, roztržkám a neshodám.
- *Potlačování zármutku* – tendence potlačovat a kontrolovat negativní emoční odpovědi, zvláště ty spojené se zármutkem a ztrátou, zoufalstvím, hněvem, vinou, studem, úzkostí a panikou.
- *Aktivní pasivita* – tíhnutí k pasivnímu stylu řešení interpersonálních problémů, neschopnost aktivně přistoupit k problémům, naučená bezmocnost a beznaděj.
- *Zdánlivá kompetence* – jedinec se jeví schopnější než ve skutečnosti je, což je zapříčiněno neschopností orientovat se dostatečně v náladách, situacích a časových souvislostech, neschopností adekvátně projevit emoční tíseň (Faldyna, 2000, s. 14–15).

Diagnóza HPO se poprvé objevila v DSM-3 a je jednou z nejčastěji diagnostikovaných poruch osobnosti. Podle DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) je vnímána jako

pervazivní vzorec nestability, který se projevuje v mezilidských vztazích, v sebeobrazu a v afektech. Člověk s HPO musí splňovat minimálně pět z následujících kritérií:

- Velká snaha vyhnout se reálnému nebo domnělému opuštění
- Nestabilní a intenzivní interpersonální vztahy, jež kolísají mezi idealizací a devalvací
- Impulzivita alespoň ve dvou oblastech (sexualita, zneužívání návykových látek, záchvatovité přejídání aj.)
- Porucha identity (nestálost sebeobrazu a vnímání sebe sama)
- Opakování suicidálních pokusů (pokusů o něj, vyhrožování, hrozby aj.)
- Emoční nestabilita
- Nepřiměřený, intenzivní vztek a potíže s jeho ovládním (časté výbuchy vzteku, fyzické opakující se spory, neustálý vztek aj.)
- V reakci na stresový podnět paranoidita nebo těžké disociativní symptomy
- Chronický pocit prázdnoty (American Psychiatric Association, 2013).

MKN-11 opouští označení emočně nestabilní porucha hraničního typu a dělení na impulzivní a hraniční typ, jak tomu bylo u MKN-10 (1996). Následuje tak alternativní model DSM-5 pro poruchy osobnosti (AMPO). V MKN-11 jsou definovány tzv. kritéria A, která hodnotí míru závažnosti poruchy osobnosti – jako žádnou, mírnou poruchu osobnosti, střední poruchu osobnosti a těžkou poruchu osobnosti; a kritéria B, jež pomáhají s bližším určením této poruchy. Doplnkovou oblastí, kterou je možné při diagnostice využít, je hraniční vzorec. Tato doplňková oblast odpovídá svou definicí HPO ve všech devíti kritériích podle DSM-5 (Bach et al., 2022). Ukazatele, které mohou pomoci pro rozpoznání diagnostického vzoru, jsou:

- Pohled na sebe sama – „jsem špatný, vinný a hodný opovržení“
- Pocit odcizení nebo osamělosti
- Citlivost na odmítnutí, problémy s důvěrou a nesprávná interpretace sociálních signálů (Bach et al., 2022).

Význam slova „hraniční“ je odborníky používané pro svoji velmi tenkou hranici mezi neurózou a psychózou, která ovšem nemá ve většině případů psychotický vývoj (Cavelti et al., 2021). V některých případech se psychotický vývoj může objevit, a to v reakci na konflikty, onemocnění, osamělost nebo stres. Mohou se objevit i poruchy afektivity nebo disociativní

poruchy (Schroeder et al., 2013). Lidé, kterým byla diagnostikována HPO, mají také dvakrát častěji diagnostikovanou i těžkou depresi, bipolární afektivní poruchu, manickou poruchu, panickou poruchu s agorafobií, sociální a specifické fobie, posttraumatickou stresovou poruchu, poruchu příjmu potravy a somatoformní poruchu (Faldyna, 2000, s. 27). Liebke et al. (2016) uvádí, že lidé s HPO uvádějí vyšší úroveň osamělosti než lidé bez poruch osobnosti. Výzkum Liebke et al. dospěl k tomu, že vyšší míra osamělosti souvisí i s deficitem v sociálním a kognitivním fungování.

Hlavním rysem je emocionální dysregulace – neschopnost odložit emoční impulz (Grambal et al., 2017, s. 10). Bylo navíc zjištěno, že problém s emoční dysregulací udržuje tendence k sebepoškození, jednotlivá zlepšení v regulaci emocí předpovídala pokles sebepoškození u lidí v průběhu 14 týdnů (Stepp et al., 2014). Lidé s HPO často mohou své emoce potlačovat a svou diagnózu před okolím skrývat (Grambal et al., 2017, s. 11). Grambal dále zmiňuje, že mohou naopak působit emočně plaše, odtažitě, nepřístupně, nebo být korektní a milí. Po navázání vztahu s blízkou osobou nebo s terapeutem si emoční nestabilitu dovolí naplno projevit. To může vyústit v emoční výbuch, který tito lidé nejsou schopni ovládnout. Pokud jsou jejich potřeby odmítány, kritizovány nebo potlačovány, mohou jít do konfliktu. Schopnost emoční dysregulace nesouvisí s intelektem, lidé mohou být velmi bystří lidé, kteří ale nedosahují očekávaných úspěchů v životě. Může se u nich vyskytnout tzv. acting out – dochází k vybití velkého napětí pomocí impulzivního činu (příkladem může být opití se, promiskuita, výbuch vzteku, sebepoškození) (Grambal et al., 2017, s. 11).

U řady lidí se vyskytuje intenzivní úzkost, tzv. pananxieta, vnitřně prožívaná jako nesnesitelné napětí. Lidé, kteří tuto úzkost cítí, mohou vyžadovat medikaci, anebo se ji pokouší zklidnit alkoholem či drogami. Napětí snižuje též pohybová aktivita, přejídání se nebo sebepoškození (Grambal et al., 2017, s. 12). Boleloucký (1993) vidí pocity prázdnoty jako projev rozptýlené identity. Lidé s HPO, kteří trpí chronickým pocitem prázdnoty, jsou vysoce náchylní k prožívání pocitů osamělosti (Reinhard et al., 2022).

1.1.5 Vztahy lidí s hraniční poruchou osobnosti

Vztahy u lidí s HPO jsou povětšinou nestabilní a provázené velkou výbušností. Mají nechtěnou schopnost vytvářet a udržovat problematické vztahy (Grambal et al., 2017, s. 117). Nefunkčnost v partnerském vztahu může být dána v nedostatečném vhledu na vlastní chování, anebo na

chování partnera. Můžou zažívat četná nedorozumění, dezinterpretovat, špatně komunikovat a mít vyšší pohotovost k verbální či fyzické agresi (South et al., 2008). Vyšší míra osobnostní patologie pozitivně koreluje s nízkou spokojeností v partnerství a také s vyšší mírou agresivity (Dutton, 1994, Edwards, 2003, Tweed et al., 1998). Představují také jednoho ze tří stalkerů (Lieb, 2004). Často neví, proč jsou v partnerském vztahu nespokojení a nešťastní. Ve výzkumu Stepp et al. (2014) zjištění naznačují, že lidé s HPO, kteří prožívají chaotičtější mezilidské vztahy, jsou mnohem více ohroženi impulzivním chováním a pokračujícími interpersonálními problémy i o rok později. Tato studie předkládá, že problémy v sociálních vztazích patří mezi nejvíc nepřekonatelné symptomy poruchy osobnosti.

Lidé s HPO v dospělosti převážně vykazují znaky nejisté citové vazby, v jejich vztazích se vyskytuje zvýšené nepřátelství a závislost (Nesnítal et al., 2022). Člověk s HPO má sklony k závislému vztahu k partnerovi, a to podobně jako k terapeutovi nebo rodiči, zároveň ho trestá a zároveň ho potřebuje. Může se projevat naléhavě, bezmocně, sebedestruktivně, sebevražedně, nebo může být požadující a vyhrožující. Jeho obavou je separace a opuštění – na známky nezájmu nebo odmítání reaguje panikou, emoční nestabilitou, tenzí, manipulací, hněvem nebo impulzivitou. Je časté, že lidé s HPO mívají pocity prázdnoty, které střídají změny afektivity a sebehodnocení. Vztahy jsou prožívány buď jako těsné a závislé, nebo distancované a chladné – kdo není moc blízko, ten tolik neublíží. Objevuje se tendence k černobílému myšlení. Druhé lidi prožívají buď jako dobré, nebo zlé. Hledání posílení pro vlastní osobu spěje k testování a překračování hranic. V partnerském vztahu může často docházet k emočním výbuchům, hašteřivému chování a konfliktům (Grambal et al., 2017, s. 121–122).

Život s člověkem s diagnózou HPO předpokládá empatické porozumění jeho strachům z opuštění. Potřebuje velmi jasné ohraničení toho, co jako partner může udělat, a co už ne. Pokud se partner nechá strhnout tím, že bude plnit všechny přání, nedojde svému úkolu dobře – potřeby blízkosti a pozornosti bývají u lidí s HPO nenasytitelné. Někdy si lidé s touto diagnózou idealizují druhé, vnímají je nerealisticky, zcela popírají záporné stránky. Vztahový objekt je buď adorován, nebo devalvován (Kernberg, 1999). Dušek et al. (2010) u lidí s HPO vnímá i jako úskalí v jejich vztazích separační úzkost. Aby se tyto lidé vyhnuli opuštění, splývají s idealizovaným objektem, s obdivuhodnou intuící naplňují všechny jeho nevyřčené potřeby, a nastolují tak závislostní vztah. Veškeré jejich počiny jsou řízeny podle idealizovaného objektu (Dušek et al. 2010, s. 283).

Partneři lidí s HPO mohou zažívat, že jsou milováni, a za moment, že jsou nenáviděni. Rozchody snášejí lidé s HPO velmi špatně, jsou zesíleny jejich pocity opuštění a osamělosti.

Mnohdy vyhrožují sebevraždou. Zda se jedná o volání o pomoc, nebo o vážné rozhodnutí zemřít, často sami nevědí (Grambal et al., 2017, s. 122). Sociální vztahy lidí s HPO jsou méně stabilní; romantické vztahy se vyznačují epizodami rozchodů a usmíření, menší mírou spokojenosti v manželství, vyšší nejistotou citových vazeb, komunikační problémy a vyšší mírou fyzického i psychického násilí vůči partnerům (Lis et al., 2013).

U lidí s HPO se vyskytuje násilné chování, HPO patří k nejčastějším poruchám u trestaných žen (Grambal et al. 2017, s 31). Grambal dále zmiňuje, že u žen převažuje autoagresivita nad heteroagresivitou, impulzivita a problémy s identitou, emoční dysregulace a konzumace drog, které násilné chování provází. Ve většině případů jde o reakci na afekt, nejde tedy o instrumentální násilí. Násilné chování je zaměřeno na blízké osoby, základní motivací je vybití hněv a napětí. Násilný čin nejčastěji vzniká jako reakce na stres, a to buď ze skutečného nebo subjektivně vnímaného odmítnutí, nebo ze žárlivosti, kdy jsou problémy projektovány na blízkou osobu (Grambal et al., 2017, s. 31).

Člověk s HPO se může upínat na své děti, které mu mnohdy nahrazují partnera. Připoutává se k nim, aby si pojistil, že nezůstane sám. Je tak vytvořen nezdravý závislý vztah. Pokud se vztah rozpadne, pak prostřednictvím dětí může svého bývalého partnera citově vydírat nebo trestat (Grambal et al., 2017, s. 122). Po dosažení věkové hranice 30–40 let vykazuje většina nositelů poruchy lepší stabilitu ve vztazích a v profesním fungování. Studie lidí psychiatrických klinik ukazují, že přibližně o deset let později až polovina z nich nemá vzorec chování, který by splnil všechna kritéria definující HPO (Grambal et al., 2017, s. 23–24). U lidí s diagnózou HPO může dojít k dekompenzaci, například pokud jsou pod dlouhodobou zátěží, nebo pokud se jim změní životní role (puberta, odchod z práce, ze školy, adaptace v pracovním kolektivu, odchod z rodiny) (Grambal et al., 2017, s. 123). Grambal dále zmiňuje, že lidé s HPO mnohdy nevědomky vyhledávají prostředí, jež může připomínat podmínky v primární rodině. Opět tak mohou čelit kritice, nedostatku ocenění a manipulaci.

Vztahy lidí s HPO v pracovním prostředí jsou provázané nestálostí, pocity nespokojenosti a nenaplnění z práce, nezřetelností v preferenci vlastních zájmů. Kolektiv v práci se stává příčinou konfliktů a vyhocených negativních emocí, a to nejčastěji kvůli pocitům nespravedlnosti a kritice (Juurlink et al., 2020).

1.1.6 Lidé s hraniční poruchou v psychoterapii

Kontaktování terapeuta mezi sezeními, problémy se sebepoškočováním a suicidální tendence, zmeškané schůzky, vztek na terapeuta, to všechno sezení s lidmi s HPO může obsáhnout. Praško zmiňuje, že někteří terapeuti považují práci s lidmi s HPO za „prokletí své existence“ (Praško, 2003, s. 247). Chessick (1979) si všímá intenzity emocionálního dopadu na terapeuta, která přispívá k náročnosti této práce s nimi. Přesto práce s lidmi s HPO může představovat růstovou profesní zkušenost, pokud má terapeut o léčbě této diagnózy povědomí. Studie Stepp et al. (2014) naznačuje, že zlepšení dovednosti regulovat své emoce může vést ke zlepšení symptomů spojených s HPO. Výsledky této studie ponoukají, aby se pozornost zaměřila na práci s emocemi, na hledání strategií pro zvládnání negativních emocí a na zvýšení schopnosti porozumění emocím.

Lidé s HPO nedokážou druhé vidět jako někoho s přednostmi a nedostatky zároveň. Ve vztahu s partnerem, rodiči, zdravotníky, autoritami se tyto póly mohou rychle střídát. Pro okolí může být velmi náročné porozumět tomu, co se ve vztahu či v dané situaci aktuálně děje (Grambal et al., 2017, s. 14). Dynamicky orientovaní terapeuti spatřují tíhu protipřenosových pocitů. To, co člověk považuje za část sebe v jeden den, přisoudí druhý den někomu jinému. Zkreslování reality, projekce a popření patří k hlavním znakům obran u lidí s HPO. Lidé s HPO projektují části sebe na druhé, když u nich vzrůstá úzkost. Odštěpené části, které nedokážou přijmout, připišou druhým (Gabbard, 2009, s. 21). Štěpení je s HPO nejvíce spojováno a výrazně ovlivňuje vztahy lidí s touto poruchou osobnosti. Rodičovská postava nebo postava terapeuta je rozštěpena na dva protikladné a nepochopené objekty – na jedné straně je rodič/terapeut pečující a naplňuje potřeby, na druhé straně je trestající a frustrující.

Lidé se mohou projevat zlostně, vehementně se můžou dožadovat svých práv, a velmi často osobně či telefonicky obtěžují terapeuta mezi sezeními. Mohou také přecházet mezi vděčností a otevřeným zneužíváním. Potřeba něčeho, co je posilní, je vede k překračování hranic terapie. Pro lidi s HPO, kteří na terapii prožívají minulost, může být náročné snášet blízkost i odloučení. V začátcích terapie je osobnost terapeuta idealizována, je mu přisouzena role záchránce, který mu konečně rozumí. Terapeut může být i sexuálně sváděn a v průběhu terapie i výrazně devalvován, což vzbuzuje bouřlivé reakce (Praško, 2003, s. 247). Lidé s HPO v terapii snadno regredují, zejména pokud je terapeutická situace málo strukturovaná (Grambal et al., 2017, s. 10). Projektivní identifikace způsobí potíže v rozlišení svých vlastních emočních reakcí od reakcí člověka. U terapeuta může dojít k adorování klienta pro jeho upřímnost a rebelské postoje, terapeut může být klientem okouzlen, a tak i manipulován. V protipřenosu se může vyskytnout hněv na klienta, stejně tak jako fantazie o záchraně člověka. Terapeut si

musí zachovat přiměřený odstup, obezřetně sledovat své pocity a vlastní očekávání (Praško, 2003, s. 247–248).

Vybudování pevného terapeutického vztahu a jeho udržování je navíc velmi náročné. Osoby s HPO jsou citlivé na podněty, mohou narušovat hranice terapeuta a kladou důraz na požadavek emočního nasycení, to vše může terapeutický vztah ohrozit (McMain et al., 2015). V terapii je důležité usměrnit téma od aktuálních problémů k hlubšímu porozumění příčinám potíží. Lidé v pomáhajících profesích mají někdy tendenci lidem s HPO jejich příběhy nevěřit. Lidé s HPO často reagují na známky nezájmu a odmítnutí panikou, emoční labilitou, pocitem nesnesitelné tenze, nevědomou manipulací, hněvem nebo impulzivitou (Grambal et al., 2017, s. 11–12). Pokud naváží dobrý psychoterapeutický vztah, během klidného období pak dobře spolupracují. V zátěži se mohou objevit i lehké psychotické epizody, zpravidla trvající hodiny až dny. Při stresu, osamělosti nebo i při léčbě somatického onemocnění se mohou objevit krátkodobé afektivní reakce se sebepoškozujícím chováním, suicidálními pokusy, ale také dlouhodobé dekompenzace ve formě epizod deprese, úzkostných, somatiformních nebo disociativních poruch (Praško, 2007).

Terapeut pro lidi s diagnózou HPO, musí splňovat následující body:

- věří, že člověk se může uzdravit,
- zná nejnovější výzkumy,
- formuje jasné cíle terapie, které jsou realistické, obzvláště v rámci časového limitu daného zdravotním pojištěním,
- čerpá podpory kolegů,
- má víru ve své schopnosti a ví, jak se lidé s HPO mohou projevovat, má s nimi soucit, ale nenechá se emocionálně zatáhnout do disfunkčních způsobů navazování vztahů s druhými, včetně terapeutů (Mason et al., 2021).

V následující podkapitole se zaměříme na vysvětlení pojmu osamělosti s přihlédnutím ve vztahu k poruchám osobnosti.

1.2 OSAMĚLOST

Osamělost je definována jako nepříjemný prožitek, v jehož jádru je silný pocit prázdnoty a samoty. Může představovat něco, co se objevuje, když lidé nejsou naplněni množstvím nebo kvalitou sociálních vztahů, které mají. Vzniká tím rozpor mezi dvěma rovinami, a to mezi vztahy, jež by si lidé přáli mít, a vztahy, které reálně mají (Perlman et al., 1981). Tylová et al. (2014) pohlíží na osamělost jako na nepříjemný subjektivní stav, jež vzniká v důsledku nedostatečného zapojení do sociálních vztahů. Tylová et al. dále rozlišují sociální osamělost související se samotou, způsobenou absencí vztahů s přáteli a známými; a emoční osamělost, jež vzniká v důsledku absence blízkého vztahu založeného na vzájemném porozumění. Teorie osamělosti vyzdvihuje dva důležité faktory. Prvním faktorem je kognitivní aspekt, tedy uvědomění si rozporu mezi sociálními vztahy, jež by daná osoba chtěla mít, a mezi reálnou podobou, jakou mají. Druhým faktorem je emoční prvek, tedy velmi nepříjemný stav ztracenosti, beznaděje, prázdnoty, stresu a pocitu bezcennosti sebe sama (Perlman et al., 1981).

Osamělost může nastat ztrátou blízké osoby, rozchodem, rozvodem, smrtí, ale i narozením dítěte, vstupem do manželství a vlivem jiných významných událostí. Objevuje se ve vztazích, v nichž chybí plnohodnotná komunikace nebo cit, ale může být následkem nízkého sebevědomí a neschopnosti navazovat sociální vztahy. Osamělí lidé se častěji vyskytují ve velkých městech, ve kterých jsou lidmi doslova obklopeni (Ptáček et al., 2011).

Mezi základní teorie osamělosti patří:

- *Psychodynamický model* – pohlíží na osamělost jako na patologický jev, zdůrazňuje deficity prožité v dětství a vnitřní konflikty dítěte. Narušená interakce s rodiči je příčinou špatného naučení se sociálním dovednostem, které by mohly sloužit k rozvoji intimních vztahů. Tento model vychází z klinických pozorování lidí s duševním onemocněním (Peplau et al., 1982).
- *Fenomenologický přístup* – Rogers (1961) na osamělost nahlíží optikou společenských tlaků na jednotlivce, který má jednat konformním, společensky schváleným způsobem. Jedinec tak potlačí sám sebe a vznikne tak rozpor s vnitřním Já. Na osamělost nahlíží jako na projev špatného přizpůsobení se pravidlům, jež společnost nastavila. Příčinu osamělosti shledává v sebepojetí člověka. Na rozdíl od psychodynamického modelu neklade důraz na zkušenosti a zážitky z dětství.

- *Sociologický přístup* – na osamělost je nahlíženo jako na produkt společenských sil a příčinu vidí mimo jednotlivce.
- *Interakcionistický přístup* – pokud sociální vztahy a interakce nedostatečně uspokojují požadavky jednotlivce, vzniká osamělost (Weiss, 1973). Tento přístup vidí rozdíly v osamělosti emocionální a sociální. Weiss pracuje s tzv. „provizemi“, které jednatel z interakce s lidmi má.
- *Kognitivní přístup* – zaměřuje se na význam kognitivních procesů, jež na jedné straně mohou vyvolat osamělost, na straně druhé ji můžou zmírnit. V popředí pocitu osamělosti vidí rozpor mezi požadovanou a dosaženou úrovní sociálních vztahů. Prožívání osamělosti může být skrze kognitivní procesy regulováno. Pracuje s termínem kognitivní omyly, kdy osamělí lidé vnímají svět jako ohrožující místo, očekávají více negativních sociálních interakcí a ze sociálního kontaktu si odnášejí více negativních vzpomínek (Tylová et al., 2014).
- *Existenciální přístup* – Yalom osamělost rozlišuje na interpersonální, intrapersonální a existenciální:
 1. *Interpersonální osamělost*, tedy samota, se týká izolace od ostatních lidí. Je podmíněna více faktory, jakými jsou geografická izolace, nedostatek sociálních dovedností, silně konfliktní pocity ohledně intimity nebo osobnostního stylu, jež neumožňují plnohodnotnou sociální interakci. Neopomenutelnou roli zde mají i kulturní vlivy, mezi které patří úpadek institucí podporujících mezilidskou blízkost – rodina, bydliště se stálými sousedy, církev, místní obchodníci a rodinný lékař.
 2. *Intrapersonální osamělost* nastává tehdy, když člověk potlačí své vlastní pocity nebo touhy, přijme jako svá vlastní přání příkazy a zákazy, nedůvěřuje svému úsudku nebo pohrčí vlastní potenciál. Tato patologie je výsledkem překážek, které nastaly v raném dětství a způsobují vykojení přirozeného vývoje života. Ústředním obranným mechanismem je zde disociace, jedná se pak o stav, kdy člověk od sebe odděluje části sebe samého. Cílem psychoterapie je následně u člověka objevit a přijmout tyto neznámé a nepřijatelné části sebe samého.
 3. *Existenciální osamělost* znamená nepřekonatelnou propast mezi osobou a kýmkoliv druhým, mezi člověkem a světem. Je to druh osamělosti, jež přetrvává navzdory těm nejspokojivějším vztahům s druhými lidmi a navzdory sebepoznání a integraci (Yalom, 2020, s. 380–382).

Relevantním aspektem osamělosti je její subjektivnost – záleží tedy na daném člověku, jak svoji situaci vnímá a hodnotí (Perlman et al., 1981). Osamělost se jako subjektivní prožitek vyskytuje během celého života, problémem se stává, když se tento prožitek stane chronickým (Tylová et al., 2014). Podle výzkumu osamělosti v Evropě (Joint Research Centre, 2023) uvedlo až 13 % respondentů, že se cítí většinu času osamělí; v Irsku to bylo až 20 % respondentů; nejnižší úroveň osamělosti byla v České republice, Nizozemsku, Chorvatsku a Rakousku, kde se čísla pohybovala pod 10 %. Byly zjištěny rizikové faktory osamělosti, kterými byly velké životní události (např. ztráta partnera nebo práce); naopak prevencí osamělosti byla příznivá ekonomická situace a množství a kvalita sociálních interakcí (Joint Research Centre, 2023).

Osamělost se objevuje u nejrůznějších lidí, prevalence se však liší. Podle teorie citové vazby prožívá osamělost více lidí s nejistou citovou vazbou než lidí s jistou citovou vazbou (Larose et al., 2002, Jong-Gierveld et al., 2006). Osamělost, dle výzkumů zaměřených na vysokoškolské studenty, se objevuje mnohem více u lidí s vyšší mírou úzkostnosti než u lidí s vyšší mírou vyhybavosti (Bogaerts et al., 2006; Wei et al., 2005). V jedné z největších studiích o osamělosti během pandemie COVID-19 bylo zjištěno, že osamělost je silně spojena s generalizovanou úzkostnou poruchou (GAD) a velkou depresivní poruchou (MDD) (Steen et al., 2022). Steen et al. dále popisují, že jedinci, kteří zažili osamělost, měli 14krát vyšší pravděpodobnost, že se u nich objeví MDD a 11krát větší pravděpodobnost projevu GAD, a to ve srovnání s jedinci, kteří zažili nejméně osamělosti. Zároveň byla souvislost s osamělostí a symptomy MDD silnější u mužů než u žen, konkrétně pak byla silnější u mladších jedinců.

Osamělost není problémem pouze mezi staršími lidmi. Mladí lidé mají ve skutečnosti vyšší výskyt osamělosti (Joint Research Centre, 2023). Období dospívání přináší významné změny v sociální sféře. Jedná se o období, kdy mladý člověk začíná čas strávený o samotě využívat, a to na rozdíl od dětí, které nevědí, jak se samotou nakládat a jak ji užitečně prožít. Pro adolescenty se tato doba stává příležitostí vypořádat se s vývojovými úkoly, mezi nimiž může být i osamostatnění se od rodičů aj. (Larson, 1990). Mladý člověk usiluje o osamostatnění a sebepoznání, ale čeká se od něj i stále udržování vztahů s vrstevníky a navazování intimních vztahů, pokud se pokus o vyvážení nepovede, může to podpořit pocity osamělosti (Teppers et al., 2013). Studie, která se věnovala osamělosti mezi vysokoškolskými studenty, ukázala, že jde o zranitelnou populaci – jedním z důvodů jsou akademický tlak, jež studentům zasahuje do společenského života a vede k pocitům osamělosti a sociální izolace. (Czerwiński et al., 2023).

Zkoumat osamělost znamená brát v úvahu subjektivní hledisko a zároveň rozlišovat podobné reality jako je samota a sociální izolace. Oproti osamělosti bychom samotu mohli definovat jako absenci kontaktů a vztahů s ostatními lidmi. Dělit ji můžeme na dobrovolnou, kdy jsou lidé rádi sami, přes nedobrovolnou, například při hospitalizaci. Samotu je možné si „naordinovat“, čímž může přispívat k psychické vyrovnanosti jedince (Tylová et al., 2014). Člověk však může uniknout do samoty v důsledku domnělých či oprávněných obav, že ztratil přízeň sociálního prostředí. Podobně se člověk může začít vyhýbat sociálním kontaktům v obavě, že by na povrch mohly vyjít některé nepříjemné rysy jeho chování nebo osobnosti (Výrost et al., 2008, s. 250).

Osamělost povětšinou provází nejen četné sociální problémy, ale i problémy zdravotní. Osamělost zvyšovala pravděpodobnost kardiovaskulárních onemocnění, hypertenze, cukrovky a plicních onemocnění; byla spojována s nezdravým životním stylem, fyzickou nečinností, obezitou a podváhou, korelovala s rizikovým užíváním alkoholu a kouřením tabáku (Pengpid et al., 2023; Prohaska, 2020). Bývá spojována s depresemi, zvýšeným rizikem sebevražedných sklonů a s rozvojem alkoholismu. Prokázáný byl i její negativní vliv na učení a paměť (Ptáček et al., 2011). Osamělost je stav podobný dlouhodobé stresové zátěži, kdy je organismus vyčerpáván. U osamělých lidí se mohou vyskytovat různá somatická onemocnění, z nichž většina vzniká jako důsledek snížené obranyschopnosti. K nejvýznamnějším problémům se primárně řadí výskyt kardiovaskulárních onemocnění, jež vykazují přímou souvislost se sociální a emoční osamělostí (Ptáček et al., 2011). Je prokázáno, že osamělost zvyšuje přecitlivělost pro pocity sociálního ohrožení a odjímá schopnost relaxovat. Kvalita spánku je významně narušena; spánek je přerušovaný a neposkytuje regenerační efekt po probuzení. To může být příčinou zvýšené únavy a celkově zhoršenému dennímu fungování jedince (Hawkley et al., 2010, s. 124–129). Ve studii mladých dospělých souvisela osamělost se zvýšeným periferním odporem, jež je jednou z největších determinant vysokého krevního tlaku nejméně do 50 let (Cacciopo et al., 2002, s. 407–417). Tato studie ukazuje, že v rané a střední dospělosti může zvýšení periferního odporu souviset s vyšším krevním tlakem ve středním a vyšším věku. Vedle nepříznivých účinků na spánek a kardiovaskulární systém, působí i poruchy imunitního systému (Ptáček et al., 2011).

1.2.1 Osamělost u lidí s poruchou osobnosti

Reinhard et al. (2022) ve své studii ukazuje souvislost mezi osamělostí a poruchou osobnosti. Vnímá, že intrapersonální a interpersonální faktory (zvýšená citlivost k odmítnutí, sociální stažení aj.) a špatné zacházení v dětství, je společným prvkem pro osamělost a poruchu osobnosti, což vysvětluje jejich úzkou souvislost. Intenzitu osamělosti u poruch osobnosti však ovlivňují nejrůznější faktory – paranoidní myšlení, halucinace, depresivní symptomy a další.

Jeden z výzkumů, který se věnoval vztahu poruch osobnosti a osamělosti, přišel na sedm styčných témat (Ikhtabi et al., 2022). Lidé s diagnózou poruchy osobnosti zažívaly trvalé a intenzivní pocity odcizení, odpojení a prázdnoty, které neustávaly společenským kontaktem. Pociťovali „mrtvost“, cítili se neviditelní pro ostatní a odpojení od nich, což přispívalo k tendencím se sebepoškozovat. Autoři popisují strach z blízkosti, který vyvolávala negativní předchozí zkušenost se stigmatizací a odmítnutím v řadě kontextů. Lidé s diagnózou poruchy osobnosti mají pocit, že musí ustoupit, aby si zachovali bezpečí, neboť sociální svět vnímají jako odmítavý a ohrožující. Popisovány jsou zážitky bezvýznamnosti a prázdnoty v životě, nedostatek volnočasových aktivit a cílů, jež posilují existenční osamělost. Důležitou součástí zotavení a úbytku pocitu osamělosti bylo navození pocitu sounáležitosti (Ikhtabi et al., 2022).

Fenomén chronické prázdnoty, jež je spojován s pocity odpojení od ostatních lidí, může být velmi podobný obtížím s osamělostí. Prázdnota je však formou odpojení od sebe sama, vlastních hodnot a cílů, osamělost je popisována jako odpojení od světa (Ikhtabi et al., 2022). Pocit odpojení a odcizení byl u účastníků výzkumu prakticky neustále. A to bez ohledu na chybějící kontakt s ostatními. Účastníci popisovali intenzivní pocit jinakosti, charakterizovaný odcizením, lidé se cítili být součástí něčeho. To bylo spojováno s pocity nepochopení své osoby a neviditelnosti pro ostatní. Emocionální osamělost u účastníků pocházela ze zážitků z dětství a absencí pečujících dospělých. Také byla dána do souvislosti se zkušenostmi s fyzickým a sexuálním zneužíváním v dětství a zanedbáváním (Ikhtabi et al. 2022).

Lidé s diagnózou poruchy osobnosti vnímali svět vztahů jako nepřátelský a odmítavý, popisovali nepříznivé zkušenosti s ostatními v dětství i v dospělosti (Ikhtabi et al., 2022). Je tedy pravděpodobné, že to přispívá k tendencím stáhnout se z mezilidského kontaktu, aby si člověk uchoval pocit bezpečí před ostatními, kteří jsou vnímáni jako hrozba. Pocit bezpečí je základní součástí zotavení – a je dosažen v kontextu silné sociální sítě (Ikhtabi et al., 2022). Pokud ovšem sociální síť není tak silná, může to podpořit vznik pocitů osamělosti. Rozpor mezi

blízkostí a vzdáleností od ostatních byl popisován často jako nevyřešitelný. Na jednu stranu převládá tendence pustit lidi dovnitř, ale zároveň to není možné. Potřeba vzdálenosti nakonec mohla způsobit pocity vnitřní prázdnoty a osamělosti, jež následně vyvolává zoufalou potřebu propojení s ostatními (Ikhtabi et al., 2022).

1.2.1.1 Osamělost u lidí s hraniční poruchou osobnosti

Trvalé pocity osamělosti jsou jednou z klíčových zkušeností u jedinců s HPO (Liebke et al., 2016). To potvrzuje i výzkum Schulze et al. (2023), který sděluje, že osamělost je u lidí s HPO všudypřítomný pocit a je jedním z aspektů dysfunkcí v mezilidských vztazích u lidí s HPO. Tato studie shrnuje několik velmi podstatných faktů. Zmiňuje, že již v roce 1979 byly intenzivní pocity osamělosti pozorovány jako zkušenost, kterou lidé s HPO prožívají, a dává ji do souvislosti se strachem z opuštění, který odlišuje lidi s HPO od lidí s jinou poruchou osobnosti. Navíc předkládá, že nestabilita udržuje vzorec interpersonálních problémů, který pocitům osamělosti vytváří živnou půdu. Uvádí také studie, které prokázaly zvýšenou úroveň osamělosti u lidí s HPO, která byla přímo spojena s menšími sociálními kontakty (Schulz et al., 2023).

Velmi charakteristickým znakem je neschopnost vyrovnat se s osamělostí, což lidi s touto diagnózou odlišuje od jiných poruch, jakými jsou např. posttraumatická stresová porucha nebo depresivní porucha. Pokud se podíváme na psychoanalytické teorie, narazíme na to, že neschopnost mít vnitřní reprezentaci uklidňujícího druhého člověka nutně vyvolá touhu po někom, kdo zaplní prázdnotu, stejně jako předpoklad, že se tato touha nestane nikdy reálnou (Bender et al., 2007). Dovednosti a chování ve specifických oblastech sociální fungování, jež nemusí být dobré, přispívají ke zvýšeným pocitům osamělosti. Tyto pocity korelují s deficitem v sociálním fungování (Liebke et al., 2016).

Studie Skauga et al. (2022) prokázala, že predikce aspektu problémů s identitou a osamělostí již ve věku 12 let predikuje HPO rysy v rané dospělosti. Schulze et al. (2023) poukazuje na to, že lidé s HPO popisují pocit osamělosti jako přetrvávající stav, který vznikl už v dětství, a naznačuje zvýšený sklon k osamělosti v raném věku. Poukazuje na to, že terapeutické intervence pomáhají zlepšit akutní symptomy, v nichž je patrná impulzivita a sebepoškozující chování, ale jsou méně účinné při snižování pocitu osamělosti. Schulze et al. (2023) klade do popředí, že špatné zacházení v dětství bylo identifikováno jako hlavní rizikový faktor pro HPO a osamělost. Analýzy genetických a environmentálních faktorů pro hraniční rysy

a osamělost odhalily vysokou genetickou korelaci ($r = 0,64$) a enviromentální korelaci ($r = 0,40$), a to ve studii dvojčat. Z výzkumu vyplynulo, že osamělost může být důsledkem genetických determinantů charakteristických pro HPO (Schulze et al., 2023).

2 VÝZKUMNÁ ČÁST

2.1 METODOLOGIE VÝZKUMU

2.1.1 Kvalitativní výzkum

Pro první fázi výzkumu jsem zvolila kvalitativní přístup, který se zaměřuje na porozumění několika případů do hloubky. Tento přístup plně souzní s mým cílem porozumět komplexnosti individuální životní zkušenosti. Kvalitativní přístup nepracuje s daty, která jsou měřitelná, ale snaží se o interpretaci sociální reality a o pochopení zkoumaných fenoménů (Reichel, 2009).

Sběr dat proběhl formou polostrukturovaného hloubkového rozhovoru, jenž obsahově cílí na zkušenost respondentů. Tato forma sběru je specifická především svým předem připraveným souborem otázek, popř. významových okruhů, kterých se bude týkat. V průběhu rozhovoru je možné otázky zpřeházet či pozměnit, avšak existuje minimum otázek, které zůstanou zachovány pro naplnění cíle výzkumu. Reichel (2009) shledává výhodou možnost se doptávat a klást doplňující otázky, díky nimž si výzkumník u participanta ověří, že rozumí problematice (Reichel, 2009).

Ve formulování okruhu otázek jsem se inspirovala otázkami z metody The Life Story Interview (LSI) (Tagg, 1985), což je kvalitativní výzkumná metoda zaměřující se na porozumění člověku v kontextu jeho života. Jde o bližší pochopení toho, jak člověk prožívá svůj život a jaké místo v něm zastává. Nezahrnuje však celý jeho život, ale pouze vybrané události, které jsou pro respondenta důležité.

Pro polostrukturovaný rozhovor jsem měla připravenou sadu otázek (viz příloha č. 2), jejichž znění jsem v případě individuální potřeby pozměnila, stejně tak jejich pořadí v závislosti na průběhu rozhovoru. Často jsem respondentům podávala doplňující otázky a používala reflexe pro rozvinutí tématu. Považovala jsem za podstatné, aby informace byly obsahově bohaté na detaily, a proto byla osnova rozhovoru zaslána participantům před samotným rozhovorem, aby si mohli vybavit minulé zážitky a zamysleli se nad nimi více do hloubky. Spolu s osnovou jsem participantům zaslala i informovaný souhlas (viz příloha č. 1), aby si ho mohli přečíst a souhlasit s ním ještě před samotnou účastí ve výzkumu. Tento souhlas mi naskenovali podepsaný zpátky, anebo mi ho podepsali při osobním setkání. Účast ve výzkumu nebyla honorovaná.

Respondenti byli do výzkumu vybráni kvalifikovaným výběrem (Reichel, 2009). Respondenti byli osloveni na základě sítě Instagram, a to přes veřejné sdílení výzvy pro účast

ve výzkumu na profilech lidí, kteří se zabývají osvětou této poruchy osobnosti. Z důvodu požadavku pro zachování anonymity bližší informace o těchto profilech neuvádím. Podmínkou pro účast ve výzkumu byla diagnostikovaná HPO a věk min. 18 let. Před samotným rozhovorem jsem se respondentů vždy zeptala, zda mají diagnostikovanou HPO. Z původních dvanácti respondentů jich osm odpovědělo souhlasně (buď pravidelně/méně pravidelně docházeli na psychiatrii, popř. jim byla HPO diagnostikována při hospitalizaci); zbylí čtyři nesouhlasně, a samotný rozhovor s nimi proto nebyl realizovaný. Na základě zvoleného tématu práce jsem uskutečnila rozhovor s osmi lidmi, kterým byla diagnostikována HPO. Profil respondentů zobrazuje tabulka č. 1.

Rozhovory probíhaly osobně nebo online, časově v rozmezí hodiny až hodiny a půl, vyjma jednoho rozhovoru, který trval pouze padesát minut. Z jednoho rozhovoru bylo možné přepsat pouze část, a to z důvodu špatného připojení mikrofону. Jednotlivé rozhovory jsem nahrávala na diktafon. Na začátku mi dal respondent souhlas s nahráváním, a následně jsem nahrávky přepsala doslovným transkriptem do psané podoby. Získané rozhovory jsem analyzovala pomocí obsahové analýzy. Jedná se o kvalitativně-quantitativní přístup, jehož prostřednictvím jsou hledány, identifikovány a formulovány prvky a fenomény (Reichel, 2009). Samotná analýza obsáhla šest kroků:

- 1) *Seznámení se s daty* – je proveden přepis dat do psané podoby, opakované čtení a psaní si poznámek, které se pak hodí k pozdějšímu kódování
- 2) *Vytváření počátečních kódů* – data jsou kódována a organizována do smysluplných skupin
- 3) *Vyhledávání témat* – jedná se o fázi třídění kódů do potencionálních témat
- 4) *Přezkoumání témat* – tato fáze začíná, když máme navržený prvotní soubor témat a přesouváme se k jejich uhlazování a kontrole
- 5) *Definování a pojmenování témat* – v této fázi jsou definována a upřesňována témata, která se budou prezentovat v analýze, cílem je vystihnout a pojmenovat podstatu každého tématu
- 6) *Příprava zprávy* – fáze generování výsledné zprávy zahrnuje finální analýzu a zasazení do kontextu výzkumné otázky a odborné literatury (Reichel, 2009).

Rozhovory mi poskytly rozsáhlý textový soubor a obsahová analýza představovala efektivní nástroj pro identifikaci klíčových témat. Předpokládám, že tato metoda umožní nejen identifikovat povrchová témata, ale také odhalit hlubší významy a vztahy v textu. Pro zjištění klíčových témat a podtémat jsem používala Microsoft Excel a Microsoft Word. Nejprve jsem

každý jednotlivý rozhovor rozdělila do tematických okruhů, a do dalšího sloupce sepsala klíčová slova pro tento tematický okruh (viz příloha č. 3). Následně jsem spočítala frekvenci jednotlivých klíčových slov, psala si jejich možnou souvislost, a poté jsem do tabulky zaznamenala témata a podtémata.

Tabulka č. 1

Profil respondentů výzkumu

| <i>Respondent</i> | <i>Pseudonym</i> | <i>Věk</i> | <i>Pohlaví</i> | <i>Diagnóza</i> | <i>Ekonomický status</i> |
|-------------------|------------------|------------|----------------|-----------------|--------------------------|
| 1 | Amélie | 18 | žena | HPO | studentka |
| 2 | Sára | 25 | žena | HPO | zaměstnaná |
| 3 | Zuzana | 20 | žena | HPO | studentka |
| 4 | Viktorie | 30 | žena | HPO | nezaměstnaná |
| 5 | Elena | 19 | žena | HPO | studentka |
| 6 | Michal | 35 | muž | HPO | zaměstnaný |
| 7 | Olga | 29 | žena | HPO | zaměstnaná |
| 8 | Robin | 32 | muž | HPO | nezaměstnaný |

2.1.1.1 Výzkumné cíle a otázky

Cílem výzkumu bylo zjistit, jak prožívají osamělost lidé s HPO; popsat, jak tyto lidé prožívali osamělost v dětství; a prozkoumat, jak dynamika vztahů ovlivňuje osamělost lidí s HPO. Vytyčila jsem si tři hlavní cíle:

1. Popsat prožívání osamělosti u lidí s hraniční poruchou osobnosti.
2. Popsat zkušenost lidí s hraniční poruchou osobnosti s prožíváním osamělosti v dětství.
3. Popsat míru ovlivnění dynamiky vztahů u lidí s hraniční poruchou osobnosti na prožívání osamělosti.

Na základě těchto cílů jsem si stanovila tři základní výzkumné otázky, které zodpovím na základě obsahové analýzy:

1. Jak prožívají osamělost lidé s hraniční poruchou osobnosti?
2. Jaké mají lidé s hraniční poruchou osobnosti zkušenosti s prožíváním osamělosti v dětství?
3. Jaký vliv mají vztahy u lidí s hraniční poruchou osobnosti na prožívání osamělosti?

2.1.2 Kvantitativní výzkum

Pro sběr dat jsem použila formu dotazníkového šetření pomocí validačních škál. Dotazník byl distribuován prostřednictvím <https://dotaznik.oushi.upol.cz>. Sběr dat probíhal v období od 15. 9. 2023 do 14. 1. 2024, a to mezi lidmi s HPO na území České republiky. Dotazník začalo vyplňovat sto čtyři lidí, dokončilo ho padesát lidí. Z těchto padesáti sesbíraných dotazníků jsem musela třináct vyřadit, neboť osoby byly mladší osmnácti let. Nejdříve byl dotazník vyzkoušen samotným výzkumníkem a dalšími čtyřmi lidmi – a bylo zjištěno, že vyplňování dotazníku trvá zhruba dvacet až třicet minut. Opravila jsem následně některé z pokynů a překlepy v otázkách.

Respondenti byli osloveni pomocí Metody sněhové koule, jež je jednou z nejčastěji využívaných výzkumných metod (Hendl, 2005). Odkaz na dotazník byl sdílený v rámci uzavřené DBT skupiny na sociální síti Facebook, a to díky jednomu kontaktu, který jsem získala od respondentky z kvalitativního výzkumu. Dále jsem odkaz zaslala několika lidem na síti Instagram, jež se věnují osvětě HPO (jména profilů jsem slíbila neuvádět), a kteří odkaz na dotazník sdíleli prostřednictvím této platformy. Tento princip přinesl dostatečný počet respondentů pro provedení kvantitativního výzkumu. Limit této metody tkví v tom, že může být těžké udržet kontrolu nad procesem výběru respondentů a mít heterogenní a vyváženou skupinu účastníků.

Dotazník vznikl v průběhu měsíce září 2023 a obsahuje dotazníky Three-Item Loneliness Scale a Personality Assessment Inventory – Borderline Features Scale:

- **TILS (Three-Item Loneliness Scale):**

Dotazník osamělosti (TILS) je třípoložková škála, jež se zaměřuje na reprodukovatelnost a opakovatelnost jevů; používá se v souvislosti s výzkumem kvality života (Czerwiński et al., 2023). TILS je kratší verze dotazníku R-UCLA, která je jednou z nejčastějších metod měření osamělosti a která obsahuje 20 položek s předpokladem jednofaktorového měření (Czerwiński et al., 2023). Třípoložková škála osamělosti se skládá z následujících otázek: „*Jak často máte pocit, že vám chybí společnost?*“, „*Jak často se cítíte opuštěni?*“, „*Jak často se cítíte izolováni od druhých?*“ Účastníci výzkumu mohou odpovědět: „*zřídka*“, „*někdy*“ a „*často*“. Dotazník TILS má dobrou faktoriální validitu a spolehlivost, pokud jde o vnitřní konzistenci a měření test-retest. Cronbachův koeficient spolehlivosti alfa se uvádí 0,80 (Czerwiński et al., 2023).

Krátký nástroj pro měření osamělosti je užitečný zejména ve velkých průzkumech, přispívá ke snižování zátěže respondentů.

- **PAI-BOR (Personality Assessment Inventory – Borderline Features Scale):**

Dotazník PAI-BOR obsahuje 24 položek, které měří hraniční poruchu osobnosti v nepřetržitém měřítku. Vyhodnocuje celkové skóre pro HPO a skóre pro další čtyři subškály odrážející charakteristiky hraniční poruchy osobnosti. Výčtem jsou to afektivní nestabilita, problémy s identitou, negativní vztahy a sebepoškození. Subškála sebepoškození zahrnuje impulzivní chování a impulzivitu širěji, není omezena pouze na sebepoškozující chování. Účastníci výzkumu odpovídají ukázkou na otázky: „*Moje nálada se může náhle změnit*“, „*Někdy se uvnitř cítím strašně prázdný*“, „*Hodně se obávám, že mě lidé opustí*“ aj. Každá subškála obsahuje 6 položek. Zvýšené skóre na těchto subškálách bylo identifikováno jako marker pro diagnózu HPO. Existují čtyři kategorie odpovědi; položky v dotazníku jsou hodnoceny čtyřmi hodnotami: 0 = „*nepravda, vůbec to není pravda*“, 1 = „*trochu pravdivé*“, 2 = „*docela pravdivé*“, 3 = „*velmi pravdivé*“, na základě vyjádření účastníka výzkumu. Význam dotazníku spočívá v jeho spolehlivosti a validitě (Morey, 1991). Pokud dotazník vyplní osoba, která má skóre do 59T včetně, je emočně a vztahově stabilní; od 60T do 69T je emočně a vztahově nestabilní; od 70T je impulzivní a emočně labilní, obtížně udržuje blízké vztahy.

Pro účely diplomové práce jsem se rozhodla zkoumat jednak skupinu, která má skóre od 60T do 69T pro lidi emočně a vztahově nestabilní, jednak skupinu od 70T, která již může indikovat lidi s HPO. Data jsem exportovala a zpracovala pomocí statistického programu IBM SPSS Statistics 25. V první fázi analýzy dat jsem dichotomizovala dotazník PAI-BOR a provedla analýzu dat pomocí t-testu. T-test je statistická metoda, která se využívá k tomu, zda jsou dvě střední hodnoty od sebe významně odlišné. T-test se používá v případech, ve kterých máme dva soubory dat. Prvním souborem dat byla data o osamělosti u respondentů s HPO a druhým souborem data osamělosti u respondentů bez HPO. Zjišťovala jsem, zda jsou tyto soubory statisticky významně odlišné, a to vzhledem k jejich průměrům.

T-test rozlišujeme na dva typy: na jednovýběrový a dvouvýběrový t-test. Ten první se využívá ke kontrole střední hodnoty jednoho souboru dat a zjištění odlišnosti od předpokládané hodnoty. Druhý typ se využívá k ověření středních hodnot dvou souborů dat a jeho odlišnosti od sebe. Je nutné se zmínit i o rozdělení nezávislého t-testu, jenž je využíván v případě dvou

souborů dat, které jsou nezávislé; a párového t-testu, který je využíván v případě dvou párových souborů dat.

T-test zjišťuje hladinu významnosti a je ukazatelem pro zjištění kritické hodnoty. Pokud je výpočet t-testu menší než kritická hodnota, jsou střední hodnoty dvou souborů statisticky významně odlišné k sobě navzájem. Pokud vypočtená hodnota vyjde naopak, hodnota není statisticky významná.

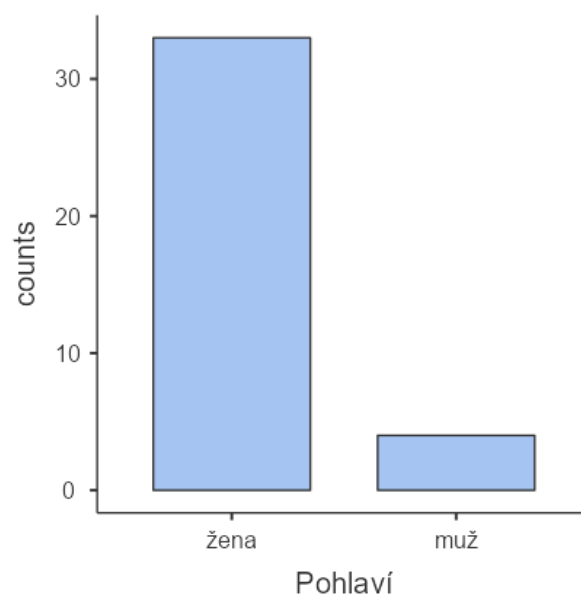
Ve výzkumném vzorku výrazně převažoval počet žen. Průměrný věk žen činil 35,3 let (SD 13,41) a mužů 35,3 let (SD 8,46). Většina respondentů měla vysokoškolské vzdělání, pracovali jako zaměstnanci a byli svobodní (ať už žili v partnerství nebo mimo něj).

Tabulka č. 2 Socio-demografický popis studijního vzorku

| <i>proměnná</i> | <i>N (%)</i> |
|--------------------------------|--------------|
| Pohlaví | |
| Žena | 33 (89.19) |
| muž | 4 (10.81) |
| Věková skupina | |
| Mladší dospělost (18–34 let) | 17 (45.95) |
| Raný střední věk (35–49 let) | 12 (32.43) |
| Pozdní střední věk (50–65 let) | 8 (21.62) |
| Ekonomický status | |
| Student/ka | 8 (21.62) |
| Důchodce, invalidní důchodce | 1 (2.7) |
| Zaměstnanec | 26 (70.27) |
| Podnikatel, OSVČ | 1 (2.7) |
| Nezaměstnaný/á, v domácnosti | 1 (2.7) |

| <i>proměnná</i> | <i>N (%)</i> |
|----------------------------------|--------------|
| Rodinný status | |
| Svobodný/ná, mimo partnerství | 9 (24.32) |
| Svobodný/ná, v partnerství | 9 (24.32) |
| Ženatý/vdaná | 15 (40.54) |
| Rozvedený/rozvedená | 4 (10.81) |
| Vzdělání | |
| Základní | 2 (5.41) |
| SŠ – vyučen nebo bez maturity | 1 (2.7) |
| SŠ – maturita | 10 (27.03) |
| Vyšší odborná škola (DiS.) | 2 (5.41) |
| Vysokoškolské bakalářské (Bc.) | 8 (21.62) |
| Vysokoškolské magisterské (Mgr.) | 14 (37.84) |

Pozn.: N – četnost, % - procentuální zastoupení ve vzorku



2.1.2.1 Výzkumné otázky a hypotézy

Výzkumným problémem v kvantitativní části výzkumu je to, jak souvisí HPO s osamělostí a emoční a vztahová nestabilita s osamělostí. Výzkumná otázka je, zda existuje vztah mezi HPO a osamělostí, ale také jestli je vztah mezi emoční a vztahovou nestabilitou a osamělostí. Na základě výzkumného problému a výzkumné otázky jsem formulovala následující hypotézy:

H₀: Lidé s hraniční poruchou osobnosti nevykazují vyšší úroveň osamělosti ve srovnání s běžnou populací.

H₁: Lidé s hraniční poruchou osobnosti vykazují vyšší úroveň osamělosti ve srovnání s běžnou populací.

H₀: Neexistuje vztah mezi hraniční poruchou osobnosti a mírou osamělosti u respondentů.

H₁: Existuje pozitivní korelace mezi hraniční poruchou osobnosti a úrovní osamělosti.

H₀: Lidé s emoční a vztahovou nestabilitou nevykazují vyšší úroveň osamělosti ve srovnání s lidmi emočně a vztahově stabilními.

H₁: Lidé s emoční a vztahovou nestabilitou vykazují vyšší úroveň osamělosti ve srovnání s lidmi emočně a vztahově stabilními.

H₀: Neexistuje vztah mezi emoční/vztahovou nestabilitou a mírou osamělosti u respondentů.

H₁: Existuje pozitivní vztah mezi emoční/vztahovou nestabilitou a úrovní osamělosti.

2.1.2.2 Metoda analýzy dat

V tomto výzkumu jsou pro statistickou analýzu dat dvě skupiny úloh. První je zkoumání vlivu vybraného činitele na hodnotu specifické veličiny a druhý je zkoumání existence vztahu mezi dvěma vybranými veličinami.

První skupina úloh znamená, že v oblasti analýzy dat je řešena úloha, při které testujeme hypotézu, zda má vybraný činitel, jako je například typ psychiatrické diagnózy, statisticky signifikantní vliv na postoje v určených ukazatelích ve sledované populaci. Pro tento typ úloh je vhodný t-test, jenž slouží k porovnání průměrů u dvou skupin (Baguley, 2012). K statistickému testování mezi středními hodnotami analyzovaných veličin se hodí nezávislý výběrový t-test (Sheskin, 2003). Existují různé typy t-testů, výčetem jsou to bootstrapped t-test, Welchův t-test a Yuenův t-test (Delacre et al., 2017). Rozhodující pro výběr typu t-testu je rozložení a srovnatelnost rozptylů v obou skupinách. Předpokladem pro provedení t-testu je nezávislost analyzovaných dat, normální rozdělení a podobná velikost rozptylu v každé z porovnávaných skupin (Pallant, 2020). Neparametrická alternativa t-testu je Wilcoxon Signed-Rank, který počítá s daty s nestejnými rozptyly. Pro účely tohoto výzkumu mi bude stačit vycházet z toho, že jsou tyto předpoklady splněny. Pro výběr t-testu jsem uvažovala nad tím, zda porovnávané skupiny jsou z jedné nebo dvou různých populací a jak budu testovat rozdíl ve specifickém směru. Na výběr jsem měla párový t-test, pokud by skupina byla z jedné populace, a nezávislý t-test, který bych použila, kdyby respondenti byly ze dvou různých zemí, měst. Dalším krokem byla volba mezi jednostranným a dvoustranným t-testem. Ten první bych využila v případě, že bych potřebovala zjistit, jestli je průměr veličiny u jedné z populací větší nebo menší než u druhé. Dvoustranný t-test se zaměřuje na odlišnost dvou populací v dané veličině. Pro vlastní výpočet jsem použila statistická metoda dostupnou v systému IBM SPSS.

Druhá skupina úloh znamená, že v oblasti analýzy dat je řešena úloha, při které testujeme hypotézu, zda existuje vztah mezi dvěma vybranými veličinami. Pro tento typ úloh je vhodná korelační analýza. Korelační analýza se používá k popisu síly a směru lineárního vztahu mezi dvěma proměnnými. Existuje celá řada různých statistik, které jsou dostupné u IBM SPSS v závislosti na úrovni měření a povaze analyzovaných dat. Často používaný je Pearsonův koeficient součinu a momentu (r) Spearman Rank Order korelace (ρ). Pearsonův

korelační koeficient r je používán pro intervalové (spojité) proměnné. Může být také použit, pokud je jedna spojitá proměnná a jedna dichotomická proměnná. Spearmanův koeficient ρ je určen k použití s řadovou úrovní nebo seřazenými daty a používá se, když data nesplňují kritéria pro Pearsonovu korelaci. Pro statistickou analýzu dat je použit nástroj IBM SPSS, který umožňuje vypočítat dva typy korelace. První je jednoduchou bivariační korelaci, také známá jako korelace nultého řádu, kterou získáme Pearsonův korelační koeficient a neparametrický Spearmanův korelační koeficient. Pearsonovy korelační koeficienty (r) mohou nabývat pouze hodnot od -1 do $+1$. Znaménko označuje, zda existuje pozitivní korelace, anebo negativní korelace. Velikost absolutní hodnoty (v) poskytuje indikaci síly vztahu. Korelace 1 nebo -1 znamená, že hodnota jedné proměnné může být určeno přesně na základě znalosti hodnoty druhé proměnné.

2.1.3 Etika výzkumu

Při provádění výzkumu jsem se řídila etickými pravidly. Hendl (2005) pro společenskovědní výzkum popisuje etická pravidla, která jsou styčná pro mnou zvolený typ. Všichni respondenti se výzkumu zúčastnili dobrovolně. Respondenti podepsali informovaný souhlas, byli informováni o tom, že mají právo účast na výzkumu v jakékoliv fázi ukončit nebo svůj souhlas odvolat. Výzkum byl zcela anonymní; všechny informace a údaje, které by mohly vést k odhalení respondenta, byly anonymizovány nebo začerněny. Nahrávky z rozhovorů jsem uložila na bezpečné zaheslované místo v zařízení. Všichni respondenti souhlasili se zpracováním poskytnutých rozhovorů pro potřeby diplomové práce a s publikací anonymizovaných výroků v diplomové práci. V rámci zachování anonymity si respondenti nepřáli publikaci přepisů rozhovorů v přílohách diplomové práce. Respondenti souhlasili se zařazením přepisů rozhovorů do portfolia k obhajobě diplomové práce.

2.2 VÝSLEDKY

2.2.1 Kvalitativní výzkum

Na základě analýzy osmi polostrukturovaných rozhovorů s lidmi s HPO jsem našla čtyři hlavní témata, z nichž tři obsahovala tři podtémata a jedno čtyři podtémata.

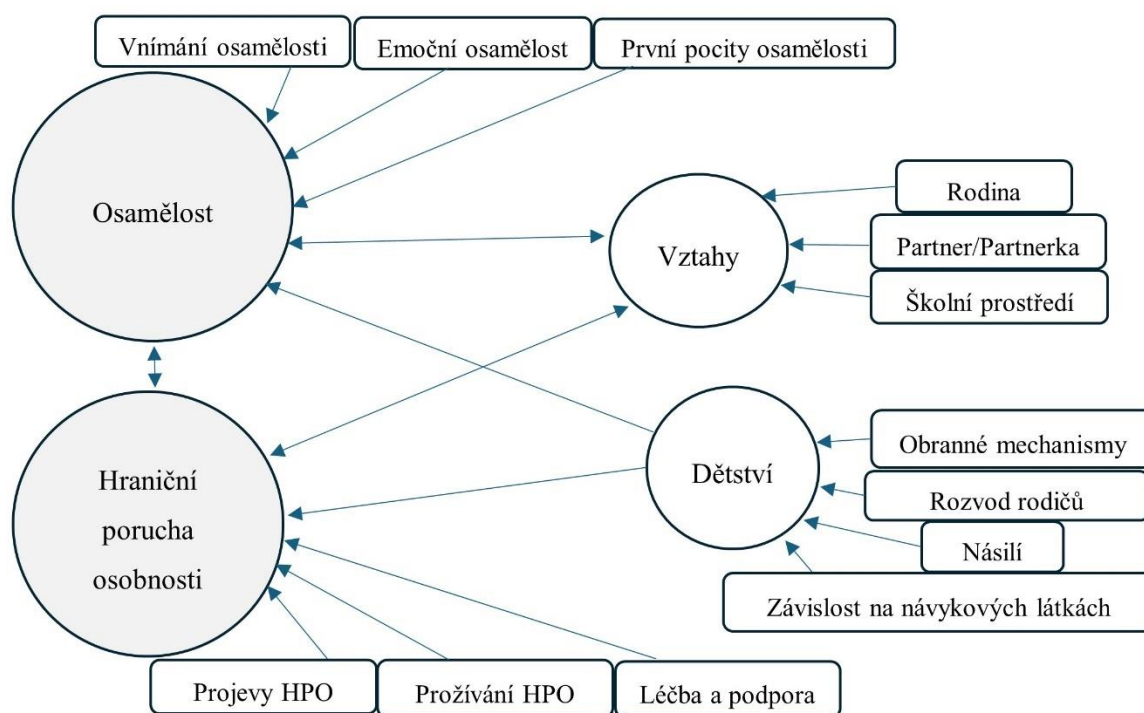
Tabulka č. 3

Přehled jednotlivých témat a podtémat:

| <i>Téma</i> | <i>Podtéma</i> |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| <i>Osamělost</i> | Vnímání osamělosti |
| | Emoční osamělost |
| | První pocity osamělosti |
| <i>Hraniční porucha osobnosti</i> | Prožívání HPO |
| | Projevy HPO |
| | Léčba a podpora |
| <i>Dětství</i> | Obranné mechanismy |
| | Rozvod rodičů |
| | Závislost na návykových látkách |
| | Násilí |
| <i>Vztahy</i> | Školní prostředí |
| | Partner/partnerka |
| | Rodina |

Obrázek č. 1

Grafické znázornění témat a podtémat:



Obrázek ilustruje vzájemnou blízkost témat a podtémat, jejich komptabilitu a návaznost.

2.2.1.1 Osamělost

Ústředním tématem, se kterým souvisejí ostatní podtémata, je osamělost. Všichni respondenti se shodli na tom, že osamělost představuje komplexní negativní stav, jenž ovlivňuje jejich psychickou pohodu. Respondenti často popisovali osamělost obrazně a metaforicky. Někteří respondenti vnímají to, že osamělost může přetrvávat v přítomnosti ostatních lidí. To, co ji může zmírnit je skutečné propojení s nimi na základě pocitu porozumění a projevení zájmu o nahlédnutí do jejich světa. Z citací vyplývá snaha najít spojení s druhými lidmi, která by mohla osamělost zmírnit. Zároveň je osamělost prožívána jako něco, co může přijít kdykoliv a nečekaně, je spojována s pocitem prázdnoty a potměšilými černými obrazy smutku. Přestože respondent má zájmy a koníčky, které mu běžně dělají radost, s aktuálním prožíváním osamělosti tato radost z naplňujících činností mizí.

„Osamělost, to je takovej temnej les, kde jsem tam sama a není tam nikdo na koho se obrátit.“

Amélie, 18 let

„Někdo vlastně používá metaforu, zdi, že si vlastně jako vytvoříme zdi okolo sebe. No já to chápu tak, že jsem ještě uzavřenej v sobě a nikdo ke mně buď nechce proniknout, anebo nedokáže proniknout.“

Michal, 35 let

„Samota je, když jsem prostě doma sám, ale ta jakoby osamělost to je to, co to dělá blbý a špatný, to je takovej ten pocit prázdnoty, že to nemá smysl. [...] I mezi lidma je to vo té osamělosti, to vám jako nikdo nedá, cejtít se neosaměle. Asi je to nějaký problém ve mně. Že mně prostě nikdo nepomůže a nikdo mě nemá rád, asi nějak tak jako.“

Robin, 32 let

„Je to prostě takové jako abstrakt, protože je to prostě o tom, že ten obličej je smutnej, je nešťastnej a zároveň prostě na něm jsou nalepené všechny ty věci jakože, všechny ty věci, který by mě měly dělat dobře, tak jsou nalepené na tom obličej, který vlastně utváří i zároveň ten obličej, vlasy, krk, všechno, ale nic to nemění na tom, že prostě furt ten člověk, nebo furt ten obraz je smutnej. Ten obličej je stále smutnej, ať tam napláca toho, kolik chce.“

Sára, 25 let

„...zůstanu v posteli s knížkou a užiju si tu svoji samotu. Ale jako osamělost si víceméně nevybírám sám. To si mě najde vždycky... ať jsem kdekoliv.“

Michal, 35 let

„...v podstatě člověk občas cítí tu prázdnotu, osamělost si spojím hned s takovou niternou prázdnotou.“

Robin, 32 let

„Pozvete si někoho do svého světa. To znamená, že vyplní ten prostor. Myslím, že to s osamělostí, že to pomáhá. Mně to funguje. Když se vztah prověří a funguje,

takže určitě, když se člověk někomu otevře a pozve ho do svého světa, cítí méně osamělost.“

Zuzana, 20 let

V souvislosti s osamělostí se vyjímalo téma osamělosti emoční. Respondenti ve všech případech popisovali osamělost v neschopnosti nalezení porozumění u ostatních. Sdílení osobních prožitků a problémů přineslo dojem, že nejsou slyšeni a že jim není rozuměno, to vedlo k pocitu izolace a osamělosti. Metaforicky to bylo přirovnáno k tomu, že „mluví cizím jazykem“, a ve druhém případě, že se cítí být „ztracen v překladu“. U respondentů pocit osamělosti vycházel z toho, že když se podělí o své pocity či problémy, nedokáží pro sebe najít nejen porozumění, ale ani podporu. To vede k přesvědčení, že člověk je v mnoha situacích sám. Dva respondenti se zmiňovali, že i v partnerském vztahu a v terapii u nich přetrvával pocit, že nakonec svým vlastním problémům a pocitům osamělosti člověk musí čelit sám. Osamělost byla ovšem vnímaná i jako něco, co člověku může zabránit v přiblížení se ostatním lidem, neboť již předem vytváří pocit, že mu nebude rozuměno.

„Ta osamělost přichází v tom nepochopení těch pocitů, ty máš pocit, že jste na to sám právě proto, protože se do vás lidi neumí vcítit. Osamělost je v tom, že jste na ten svůj problém sami, můžou vám lidi říkat, že vám pomůžou, ale pak jste doma, cítíte ji a vlastně tam nikdo není. Proto osamělost. Terapie vám můžou pomoci, ale prostě nakonec je na to člověk vždycky sám. Člověk má často tendenci se izolovat.“

Zuzana, 20 let

„Člověk má dojem, že je na všechno sám, a i když potká někoho, a to je jedno koho, jestli je to blízká osoba nebo nestranná osoba, a svěří se mu s problémem, tak má dojem, že mluví cizím jazykem, že ten člověk ho neslyší, a o to víc se ten člověk cítí osamělý, protože prostě má dojem, že tady nemá to porozumění. Nemá tady to pochopení. A takhle prostě kráčí tím životem a pořád se necítí naplněný, a hlavně už v té minulosti má tolik té osamělosti, že potom, když už třeba narazím na někoho, kdo alespoň slyší, tak stejně to nebere stoprocentně v potaz, ten člověk mě stejně potom přestane slyšet. Ten člověk mi potom stejně přestane rozumět a bude to prostě špatný, takže osamělost je vlastně být ztracen v překladu.“

Sára, 25 let

„Takhle s mojí mámou to bylo těžký v tom, že ona kdykoliv mohla dostat záchvat vzteku, kdy to nebylo úplně v pohodě. Ale když zrovna neměla ten její záchvat vzteku, tak byla v klidu, ale prostě nevěřila jsem jí, nerozuměla jsem jí, a právě pocit osamělosti je i v tom, nerozumím, není mi rozuměno, nechápu, nejsem pochopená, nemám ráda a nikdo mě nemá rád.“

Elena, 19 let

„...když to zažiju, no nějaký pocit nepochopení nebo tak. Případně osamělost cítím třeba v noci, protože já mám já mám problémy se spaním a tak, ale vlastně jako když ve tři ráno ležím, ležím v posteli, takže to člověka nechci budít a jako svalovat na ni nebo shazovat svoje problémy.“

Michal, 35 let

„Člověk má dojem, že je na všechno sám, a i když potká někoho a to je i koho jestli je to blízká osoba nebo nestranná osoba a svěří se mu s problémem, tak má dojem, že mluví cizím jazykem, že ten člověk ho neslyší, a o to víc se ten člověk cítí osamělý, protože prostě má dojem, že tady nemá to porozumění. Nemá tady tu pochopení a takhle prostě kráčí tím životem a pořád se necítí naplněný, a hlavně už v té minulosti má tolik jako té osamělosti, že potom, když už třeba jako narazím na někoho, kdo alespoň slyší, tak stejně to nebere.“

Sára, 25 let

„Já jsem byla ta, kterou nikdo nechtěl, já jsem se jako stranila, ale myslím si, že to není ten proces, že se straníte, a pak se cejtíte osamělej, že je to spíš to, že se cejtíte osamělej, a tím se potom straníte, protože je to něco nějaký obranný mechanismus, na kterej jste si jako by zvykli, a vlastně cítíte se v něm v bezpečí. A já jsem jako malinká byla hodně po nemocnicích a vidím to tam jako nějaký možná počátek tohohle, kdy to dítě nějaká separační úzkost a takovýhle věci. Kdy je dítě malinký, a jakoby musí bejt samo a naučí se se jakoby odpojit sám od sebe a bojí se vlastně napojit na ty ostatní.“

Zuzana, 20 let

Respondenti hovořili o prvních pocitech osamělosti, jež byly patrné už v dětství, popř. na začátku puberty, a to v souvislosti s možnými traumatickými či velmi stresujícími událostmi – rozvodem rodičů, ztrátou rodiče a nepochopením od rodičů. Jeden respondent uvedl vysvětlení, že osamělost se musela objevit v dětství, poněvadž se mu již tehdy nedostalo porozumění a potřebné opory od blízkých lidí. Respondenti často nevěděli, komu se s traumatickými či velmi stresujícími událostmi mohou svěřit. To vedlo k hledání bezpečné osoby, kterou by mohli pozvat do svého světa.

„Myslím si, že nejsilnější to bylo někdy na začátku té puberty jako dejme tomu od desátého roku až třeba do těch osmnácti. Dejme tomu. Že jako já si myslím, že už jako malé dítě jsem cejtla tu osamělost, jenom jsem jí neuměla dát správně najevo, ale tam to právě vykazovali jakoby ty psychosomatické věci...“

Sára, 25 let

„Já jsem nad tím přemýšlela ještě před rozhovorem, kdy ta osamělost vznikla, a myslím si, že tady ta osamělost začala už v dětství. Vlastně po rozvodu rodičů. Nějakou dobu jsme nemohli být v kontaktu s otcem, protože byl v nemocnici. A tam asi myslím, že byl nějaký první okamžik, kdy jsem měla pocit, že jsem bezmocná, že jsem sama.“

Amélie, 18 let

„Tam to začalo vlastně úmrtím, když mi umřel táta. Tak to bylo takové první, protože já to mám spojené s tím, že naši byli rozvedení a já jsem tátu vídala, když jsem byla malinká a on potom si našel přítelkyni, která nemohla mít děti a ona mu zakazovala, se se mnou vídat a on jí poslechl.“

Olga, 29 let

„...s terapeutem jsme si povídali, jak jsme řešili klasicky vztah s matkou, a na téma osamělosti jsme se taky dostali. Na to, že tu osamělost cítím, nedokázal jsem to datovat, ale prostě už od dětství a víceméně můj pocit osamělosti je v tom, že mi nikdo nerozumí...“

Michal, 35 let

2.2.1.2 Hraniční porucha osobnosti

HPO byla respondenty popisována jako něco „ošklivého“, „náročného“, „divokého“, „těžkého“, co ovlivňuje všechny složky jejich života. Popisovali, že každý den zažívají nejistotu a výzvy spojené s nestabilitou emocí, impulzivitou a problémy ve vztazích. Dopředu není možné odhadnout, co přinese další den. Emocionální výkyvy, které sebou tato diagnóza přináší, úzce korelují s nízkým sebevědomím a nízkou sebehodnotou. Okolí není schopno porozumět intenzivním emocím, což vytváří pocit, že „jsem neschopnej, vadnej, špatnej a k ničemu“, protože se od běžné populace svým prožíváním odlišují a okolí jim nerozumí. Pro respondenty znamená hraniční porucha nutně narušení vztahů k ostatním a zejména narušení vztahu k sobě. Respondenti často používali pro HPO metaforu „horské dráhy“, aby vyjádřili extrémní výkyvy emocí.

„Pro mě je to horská dráha, nahoru dolů. Nic není jistý, nemám prostě žádnou jistotu v tom, co bude zítra, co bude za týden, co bude za nedlouho. Je to náročný, ale dá se s tím pracovat.“

Amélie, 18 let

„Je to něco... strašně náročného, je to strašně jako fakt něco ošklivého já asi jiný slovo nepoužiju než ošklivý, protože to nejenom komplikuje to mé vnímání světa a jako mě samotné jako o sobě. Ale vidím to i na těch lidech, že i jako pro ně je strašně těžký, nějak jako držet se mnou krok nebo respektovat tu moji impulzivitu. To, že se mi mění nálady, a samozřejmě, když vidím u těch lidí, že to, že s tím mají problém, tak o to víc já začínám mít problém se sebou a prostě opravdu je to dvacet čtyři sedm člověk cejtí, že je úplně neschopnej, je vadnej, je špatnej a je k ničemu. A takhle prostě funguje každé den, i když se mu podaří něco hezkého, tak vlastně ta relevance toho je tak strašně nízká, že prostě celou dobu v hlavě mám jenom to, že jsem naprosto zbytečnej člověk a naprosto špatnej člověk.“

Sára, 25 let

„Je to náročné, je to jako mít každou emoci, kterou člověk prožívá akorát tisícinásobně zvětšenou. Trochu mě děsí, že třeba lidi používají k tomu, aby

popsali své emoce hyperboly. A pak když já popisuju to, co cítím, tak to není pro ně vážně, protože zkrátka a jednoduše oni prožívají hyperboly jako jinak... těžko říct... Takže vlastně potom to není kam vyextendovat, když chci dát najevo, opravdu to tak myslím.“

Elena, 19 let

„Divoké, hodně divoké to je... já to přirovnávám i na terapiích k tomu, že můj život je jako, já jsem to slyšela v kriminálce Miami, tam soudnímu lékaři právě dovezli mrtvolu a ten výstřel z nábojnice do těla prošel na jednom místě a vyšel úplně z jiného místa, že ono to do těla vletí a teď se to motá nějakým tím koloběhem v těle a vyletí to někde jinde. Tak já jsem ta střela, která se prostě motá v tom těle. A takhle tam fungují vlastně ty emoce, které prostě nejsou ustálené, které se mění fakt to není ani z hodiny na hodinu, ale je to fakt během patnácti minut. Prostě může se přepnout, a tak je to takový neřízený divoký život.“

Olga, 29 let

„Těžký to je, vlastně to narušuje úplně všechno, úplně všechno v mém životě, ať už ve vztahu s okolím tak i vlastně ve vztahu k sám sobě poklesu ve vztahu se samo sebou. Mým největším problémem je vztek. Vztek a vlastně nějaká jako ztráta identity. Ta je taková rozkolísaná, což vlastně nevím úplně, kdo jsem. Jak jsem říkal, horská dráha.“

Michal, 35 let

Tématem, které se v souvislosti s HPO často objevovalo, byly její projevy. V návaznosti na silné prožívání emocí spojených s HPO se objevovalo nejčastěji sebepoškození a sebevražedné pokusy. Jedna respondentka popisovala svůj pobyt v nemocnici po pokusu o sebevraždu. Tento pobyt byl pro ni otřesným zážitkem, a tak místo léčby zvolila přetvařování, že je již všechno v pořádku, aby ji propustili domů. V druhém případě suicidální pokus spěl k nalezení dlouhodobé pomoci ve formě psychoterapie. Ve třetím případě respondentka dostala diagnózu HPO, ale sebepoškození se dále neřešilo. Zkušenosti respondentů jsou tedy rozmanitější, avšak svědčí o prožívání niterné bolesti.

Pocity osamělosti byly popisovány jako absence kontaktu se sebou, se svým nitrem a se svým zdrojem, spojené s tím, že člověk nemá víru v sebe sama. To ale bylo popisováno i jako

projev HPO. Tento pocit nedůvěry k sobě zhoršoval pocit osamělosti a zamezil pokusu o spojení se s sebou. Osamělost v některých případech vedla k pocitu, kdy se člověk cítil plněji a měl tedy větší spojení s vlastním já. Jeden respondent popsal pocit, že člověk neexistuje, nejen pro ostatní, ale ani pro sebe. Pro jednoho respondenta osamělost vedla k tomu, že se „odpojil od pocitů“, a byla tedy spíše následkem odpojení než příčinou.

„Jakože s věkem klesají ty projevy a já jsem nikdy neměla až do té míry, že bych se řezala, nebo něco takového. Jako měla jsem pokusy o sebevraždu. Předcházelo tomu užívání drog, brala jsem pak antidepressiva, ale nemám to s tím sebepoškozováním tolik...ale mám takové sklony, že jsem si párkrát bila do hlavy a dávala si facky. To jsem byla velmi přestimulovaná. Je to náročné, má to své výhody a hodně nevýhod.“

Viktorie, 30 let

„Jakože já jsem poprvý skončila v nemocnici po pokusu o sebevraždu, to mi bylo patnáct. A bylo to celý takový hrozně jako takhle... a už, najednou vlastně šla jsem tady do Bohunic na dětský. Máte telefon prostě jenom odpoledne, jste úplně odstřižený od těch kamarádů. Návštěvy můžou jenom rodiče, že jo. A i když jsem si tam našla kamaráda, i když jako dokázala jsem se tam bavit s ostatními, tak to vlastně k ničemu nevedlo, nepomohlo mi to. A oni mě pak chtěli posílat odsud ještě na další psychiatrii, protože tady už jsem nemohla být, skrz to, že jsem tam byla dlouho. A i když jsem furt měla sebevražedný myšlenky, tak jsem najednou ze dne na otočila tvář, a tvářila se, že je všechno v pohodě, jen abych mohla od tama odjet. I když mi nebylo vůbec dobře.“

Amélie, 18 let

„Já jsem měla v jedenácti roků měla první demonstrativní pokus o sebevraždu. Donesla jsem do školy nějaké léky, tak jsem to všechno vzala do školy a řekla jsem spolužačce, že po škole půjdeme k ní a tam si to vezmu, protože nechci žít. Nechtěla jsem na sebe upozornit. Mám takové útržky, že tam jsem si je vzala a ona mi ještě dala svoje léky, ona mi dala krabici s léky a já jsem to začala brát. A pak začala i matka. Pak to šla říct své matce, okamžitě chtěla, abych to vyzvracela. Následně mi slíbila, že to nepoví rodičům. Zavolala mámě, ale nic

jím neřekla. Já jsem řekla, že mě bolí hlava. Ale pak to nakonec řekla mámě, odvedli mě k psycholožce dětské. A tehdy jsem začala chodit na terapie.“

Viktorie, 30 let

„Já si myslím, že to bylo někdy asi ve čtrnácti, kdy jsem tak nějak jako, jsem právě já jsem tou dobou ani nevěděla, že existuje něco jako deprese, takže já jsem vlastně jenom se cítila nějak jako divně. Bylo mi pořád smutno, furt jsem chtěla brečet, měla jsem dojem, že mi nic nedává smysl a až potom se to nějak jako jsem si začala, jako to řešit sama. A došlo prostě i k tomu, že jsem se začala sebepoškozovat, což teda následně došlo k tomu, že se navštívil psychiatr, kde ale mi bylo řečeno, že to je jenom pubertální emoční nestabilita, takže se to vlastně vůbec neřešilo.“

Sára, 25 let

„Je to pocit, který mám častokrát... že si nevěřím, že nejsem v kontaktu se svým nitrem, takže o to víc se pak cítím osamělá... že tam není velké spojení...“

Viktoria, 30 let

„Vlastně je rozdíl mezi tím být osamělá a být sama. Občas, když jsem sama, tak se cítím plněji, než když mám kolem sebe lidi a já osamělost rozdělují jakoby ze dvou pohledů. Jednak je prostě pocit, že mi nikdo nerozumí, že mě nikdo nechápe a vlastně s tím je propojený i pocit... teď mi úplně vypadlo to slovo, ale je to vlastně pocit odpojení jakoby odpojení od sebe, od svého zdroje.“

Elena, 19 let

„...ale ta osamělost mi dělá takovou neplechu, že to už jsou takové ty stavy, kdy už si člověk myslí, že ani neexistuje. A to jsem z tohoto jsem se vysekala nedávno, že jsem fakt jako došla do bytu a já jsem myslela, že já a můj byt jsme odletěli někam do vesmíru a že vlastně existuju pro nikoho.“

Olga, 29 let

„...jakože nejprve cítím osamělost, prostě cítím, že mě nikdo nechápe, že mě nikdo nemá rád, cítím se i trochu možná našťavaně, smutně a všechno prostě celej soubor těch špatných emocí. A vlastně pak mi přijde to, že je vypnu. A je to jako

kdyby šly emoce spát a cítím se vyrovnaně klidně, trochu bych to připodobnila k takovému tomu buddhistickému stavu, k nirváně, prostě klid.“

Elena, 19 let

Respondenti se ve všech případech vyjadřovali k potřebě pomoci a léčby, která dlouho nepřicházela. Když potom přišla, popsali ji jako zásadní obrat ve svém životě. Podpora a pomoc od přátel, blízkých a odborníků, představovala moment změny, který vnímali ve svém životě jako světlý bod. Bylo zcela zásadní setkat se s prostředím, které je pro ně bezpečné a podporující. Někteří z respondentů vyzdvihovali důležitost setkání se s někým, kdo se bude snažit porozumět. Profesionální péče, terapie i přátelství mohou hrát klíčovou roli v procesu léčby a zlepšení kvality života pro osoby s touto diagnózou. Respondenti nalézali významnou emocionální podporu a porozumění u lidí, kteří měli podobné životní problémy. Zatímco běžné prostředí je zdrojem obtíží a náročných situací, spojení s jednotlivci, kteří sami čelí podobným obtížím, přináší pochopení. Lidé s podobnou diagnózou jsou symbolem pro bezpečné prostředí, kde lze vytvářet pevné a hluboké vztahy. Respondenti sdíleli pozitivní vliv ze setkání s někým, kdo prochází podobnými zkušenostmi – sdílení podobných emocí a prožitků může být klíčové pro emocionální podporu a vzájemné porozumění.

„Taková ta klasika, jsem mezi lidmi a cítím se osaměle, nebo nepochopená. Ale jakože jsou lidi, kteří mě chápou, protože sami mají nějaký problém.“

Viktorie, 30 let

„Bezpeční lidé? Hraničáři, ostatní hraničáři. Já jsem byla v Praze na hospitalizaci, kde jsme byli ve skupině jenom hraničáři, a když si hraničář k sobě najde správného hraničáře, tak budou nerozluční kamarádi do konce života.“

Olga, 29 let

„Hrozně mě pomohlo potkat někoho, kdo to taky takhle má.“

Zuzana, 20 let

„Bylo mi dvanáct, to je už několik let zpátky. No, a od té doby se to tak nějak pomalu zhoršovalo. Já jsem to dlouho vůbec neřešila, protože ono to vlastně začalo problémama doma. A nevěděla jsem o tom, komu bych se měla svěřit

nebo... U koho je to bezpečný místo... Neřešilo se to vlastně dva další roky. Takže jsem na to všechno byla asi no sama, a až pak se to začalo řešit.“

Amélie, 18 let

„Já tohle vnímám hodně skrze kamarády. A našla jsem si prostě blízký lidi, se kterými, vím, že jim můžu říct všechno, a oni mi taky můžou říct všechno, řešíme spolu jak dobrou věc, tak špatnou věc... a taky mi v tomhle pomohl přítel, když mě začal brát mezi svoje kamarády, kteří mě přijali a vlastně, necejtím se tam nějak odtržená, čehož jsem se bála, ale prostě přijali mě a normálně se bavíme, normálně prostě vím, že se kdyžtak můžu potkat sama s nima. A bude to v pohodě. Právě skrz to mi pomáhají právě kamarádi. Ale taky vím, že mám skvělou psycholožku, skvělou psychiatricku, takže když potřebuju, vím, že se můžu obrátit i na ně.“

Amélie, 18 let

„Je pro mě důležitá v tom, že by vím, že tam představuje naději a oporu v tom, že z těch odborníků, kdo tam pro mě opravdu je. Že to není kamarádka a že tam je někdo, kdo něco vidí jinak. Osamělost je pak menší, když mám vědomí, že někoho mám, tak je to s ní lepší.“

Zuzana, 20 let

„Jedna paní doktorka v nemocnici asi jedinej jako lékař, který opravdu prostě věděl. Když něco řeknu, tak věděl prostě, jak jsem to myslela, anebo věděla. A byla taková, jakože že se fakt jako i ta snaha tam byla, že pokud něco nechápala, tak byla snaha z jejich strany prostě do toho jako vidět. A to bylo moc fajn. A teďka co mám terapeutku, tak ta se taky hodně snaží. Ale není to tak silné, ale je taky jako fajn v tomto snaží, že je taková jako hodně empatická. A i když na ní jakoby na hraniční poruchu úplně jakože expert, tak. Si myslím, že jako udržovací terapie dobrý.“

Olga, 29 let

„Já jsem měla, vlastně to začalo v tom DBT, že jsem měla takový jako to uvědomění, že je mi trochu líp a nějaká ta naděje, že bude ještě líp. A vím, že tyhle pocity mi vždycky mě to nakoplo, abych se snažila dál, abych to nenechala

jenom v tomhle bodě, kdy občas je mi dobře, ale ve výsledku furt to nic moc není. Ale vždycky ten pocit, že? Vidím o kolik jsem si posunula, tak mě to dá kopne abych se snažila dál. Protože vím, že furt to není ideální a furt to mám radši by mohlo být mnohem líp.“

Amélie, 18 let

2.2.1.3 Dětství

Respondenti se prostřednictvím otázek na první vzpomínky ponořili do vyprávění o svém dětství, což umožnilo nahlédnout do nitra vzpomínek a identifikovat několik společných podtémat. Výrazným prvkem pro pět respondentů byl obranný mechanismus, který respondenti pojmenovávali jako úniky od reality. Čtyři z nich našli útočiště ve fantazii a vytváření fiktivních světů, kde hledali bezpečí, přijetí a naplnění radostnými pocity. Tato fiktivní realita představovala výhodu v tom, že umožňovala vytvářet svět podle představ tvůrce, poskytnout pocit bezpečí, přijetí a radosti, plnohodnotnou komunikaci, kterou v realitě neprožívali. Jakmile snový svět jako obranný mechanismus přestal být potřebný, návrat do něj již nepřinášel tolik uspokojení jako dříve. Jeden respondent zvolil únik od reality formou návykových látek, které dočasně zmírnily emocionální bolest a přinesly krátkodobý pocit euforie.

„Měla jsem si s kým popovídat a mohla si přetvořit tu realitu ke svému vlastnímu obrazu, že je tady někdo, kdo se mnou chce bejt, kdo mě poslouchá. Kdo se mnou chce trávit čas a někdo, kdo je tady pro mě dvacet čtyři sedm takže. Asi jako takhle ta realita nebo ta fiktivní realita pro mě byla jako nápomocná.“

Sára, 25 let

„Mohla jsem si vybrat, jestli budu v téhle realitě a budu trpět, budu se cítit osaměle, budu na místě, kde mě prostě mlátí, anebo prostě odejdu někam, kde můžu cokoliv. Měla jsem tam létající ostrovy, tři nebo čtyři, už ani nevím. Hodně tam rostly stromy, jeden z těch stromů připomínal takový ten z avatarů, jakože jeden z těch stromů byl takový modrý zářící, další byly růžové, měla jsem tam sad, byly tam hodně zvířata nebo zvířecí lidi

Elena, 19 let

„A že prostě byli i domácí vězení, nesměla jsem nikam chodit, nesměla jsem pomalu nic a prostě na tu moji hlavu to bylo náročný, plus do toho je člověk šikanovanej, takže nechce chodit do té školy, takže najednou má prostě dojem, že nemá nikoho, že prostě na celém světě sám. A to bylo období, kdy se mi začalo dít to, že jsem si vytvářela jako fiktivní reality a tam jsem se tam tak jako utíkala a tvořila jsem si vlastní příběhy, ve kterých já jsem se cítila dobře a bylo mi hezky.“

Sára, 25 let

„Jednou vlastně, když jsem se cítila, jakože když jsem se v realitě cítila hodně hodně blbě, tak prostě vše v tom světě byly všechny, všechny obchody prostě vybrakovaný, vyhořelý, strom byl ohořelý... prostě vůbec jsem se tam necítila. A vlastně, tak nějak potom, jak už byla ta ta jakoby nechcu říkat deprese, ale asi prostě jak už ten pocit nepohody byl, tak moc smutnej, tak jsem se tam přestala vracet, protože prostě ten svět byl shořelý.“

Elena, 19 let

„Vím, když mi najížděl do MDMA nebo ta extáze jako taková, tak v té hlavě bylo, že jsem si říkal, moje matka je mrtvá a usmíval jsem se. Protože prostě, tak to je. Jak to vyplavilo tu vysokou hladinu toho dopaminu a serotoninu, tak brutální prostě euforie. Takže jsem se necítil prázdněj. Samozřejmě, že to opravdové není, ale jako v tu chvíli totálně naplněný jsem byl.“

Robin, 33 let

Rozvod v rodinném prostředí výrazně ovlivnil emocionální pohodu respondentů. Pro sedm z nich představoval klíčový moment v dětství spojený se silnými emocemi, jako jsou vztek, smutek, ale i radost. V souvislosti s rozvodem si dvě respondentky odnesly vztek na rozhodnutí soudu o svěření dítěte do péče jednomu z rodičů. Soud schválil střídavou péči pro rodiče, který úspěšně skrýval svou závislost na alkoholu před orgány sociálně-právní ochrany dětí. V druhém případě bylo dítě svěřeno do péči matky, která měla problém zvládnout svůj vztek. V jednom případě byl odchod jednoho z rodičů vnímán jako „světly bod“, zatímco v druhém případě nový vztah matky nepřinesl žádnou pozitivní změnu a násilí v rodině dál pokračovalo. Respondenti v průběhu tohoto náročného období nezaznamenali žádnou formu pozitivní podpory pro své psychické zdraví.

„Já myslím, že tohle měla řešit máma, už když se rozváděli, ale nechci jí to nějak vyčítat. Dneska si říkám, že celej ten systém, prostě jako sociálka a tak, nefugnuje to, protože máma chtěla, abychom byli u ní a jednou za dva týdny na víkend k otcovi, ale ten řekl, že chce střídavou péči. Ale prostě, já vím, že on se umí přetvařovat a dokáže prostě předtím, než má přijít sociálka tváři, že nepije, že je všechno v pohodě, v pohodě uklidit celej byt, ale to, jak to funguje ve zbytku, to už nikdo neví.“

Amélie, 18 let

„Ale vlastně moji rodiče se rozvedli papírově, když mi bylo pět, ale máma už od mých tří let vlastně střídavě chodila k její mámě a zase zpátky. Toto bylo pro mě náročný, protože já jsem chtěla zůstat s tátou, protože mě nikdy nebil. Slíbil mi, že po mně nikdy nebude řvát, což dodržel.“

Elena, 19 let

„No takhle když jsem byl jako malej na základce, tak právě, jak se ty naši rozvedli, že tak tam chodila nějaká ta sociální pracovnice, a tak nějak jako nás posílal do nějaký tý psychologické poradny. Takže to bylo třeba od mejch nějakých třináct. Ale to nebylo dobrovolný.“

Robin, 32 let

„Vlastně si mě svým způsobem snažila koupit, koupit jakoby výletama, ale tak nějak jsem to necítila. A hlavně ona prostě odešla, odešla od chlapa, který ji mlátil pod vlivem drog, jenom proto, aby si našla přítele, který to dělal i bez drog.“

Elena, 19 let

„To se naši rozvedli, tak máma si našla přítele, nebo to se stalo vlastně předtím, než se rozvedli. A to byl ten důvod, proč se pak rozvedli. A já jsem najednou měla pocit, že něco funguje. Že prostě máma s přítelem, teď už s manželem, jsou na sebe prostě hodní, mají se rádi. Její přítel nás přijal jako svoje vlastní dětství.“

Staral se o nás. A to byl nějaký světlej bod tady toho celýho, že jo. Že to najednou fungovalo.“

Amélie, 18 let

V rodinném prostředí respondentů vystupovala do popředí závislost na návykové látce jednoho z rodičů, což mělo vliv na všechny zúčastněné osoby. Závislý rodič zanedbával své rodičovské povinnosti a byl vnímán jako nepřítomný. Tím docházelo k absenci rodičovské podpory od jednoho z rodičů a k nejistotě a nestabilitě v domácím prostředí, které bylo plné nepředvídatelných situací. Respondenti neměli dostatek bezpečného prostoru v rodině. Objevoval se pocit studu za závislého rodiče a nenávist k němu, jedna respondentka závislost svého otce omlouvala. V jednom případě byl závislý rodič pro respondentku větší emocionální podporou než druhý rodič bez závislosti. Tyto aspekty naznačují, jak závislost na návykové látce ovlivnila dětství respondentů a vytvořila nepříznivé podmínky pro jejich vývoj.

„No já jsem vyrůstala v tom, že otec byl alkoholik. Bylo tam prostě vlastně celý moje dětství byl nějak nepřítomnej. Nestaral se o nás. Moje jediný vzpomínky, který na něj mám, jsou, když pije.“

Amélie, 18 let

„Do dvanácti let jsem byla ve střídavý péči. V tu dobu během těch dvou a půl let otec začal zase mnohem víc pít. A vlastně už tam nebyla ta máma, která by nás před tím chránila. Vím, že jsme jeli za jeho rodinou, za jeho dětma z minulých manželství a prostě sourozenci. A on se tam zase opil, pamatuju si jenom teda to, že tam prostě leží na posteli úplně vylej a starají se o nás starší sourozenci. A zase jsem cítila strašnou nenávist a styděla jsem za to, že tohle je můj otec. A že prostě místo toho, aby se staral o svoje vlastní děti, když nás už teda někam jednou vzal, tak místo toho se o nás starají jiní lidi, protože on zase pije.“

Amélie 18 let

„Ale pak zase prostě takovýhle extrém, furt sanitky, který matku odvážely do Černovic, a to jsem byl prostě jako malej kluk. Chcete se dívat na večernička a ona že ne, málem se u toho užrala a pouštěla sračky, třeba Armagedon. Byl jsem fakt malej, nechtěl jsem se dívat na tohle, ale prostě jsem s ní na to čuměl... byla to máma, i když totálně sjetá a zpráškováná... to byly tehdy věháesky, pořád

to pouštěla dokola, teď jako fakt nevím, proč zrovna tenhle film... to ale bylo stejně jako dobrý, byl jsem rád, že takhle se díváme. Pak když ju vodvezla sanitka, to byla černá díra... byl sem doma sám, prostě se na mě zapomnělo.“

Robin, 32 let

„Lidi mi furt říkají, že omlouvám kolem sebe ty lidi, asi bych se na ně měla naštvat, ale to já říkám... já s tím tátou, říkám si, že on byl na tom psychicky asi dost podobně jako já, že... a že chlastal a nechal se ovlivnit kvůli tomu, že prostě chtěl nějak zapadnout někam... tak to omlouvám.“

Olga, 29 let

„Vlastně mám jedinou vzpomínku, když řve, a to to byl opilý. Ale zase, táta zase bral drogy, vařil si drogy, viděla jsem ho prostě... Ale osobnostně mi rozuměl asi nejvíc, snažil se mi rozumět, zatímco máma po mně často řvala, ani mě pořádně neobjímala.“

Elena, 19 let

Dětství respondentů bylo poznamenáno psychickým, fyzickým a sexuálním násilím. Často byli vystaveni strachu a bolesti místo rodičovské podpory a lásky. Závažné formy psychického a fyzického násilí se objevovaly u respondentů zejména ze strany otců, ve dvou případech ze strany matky. Sexuálního násilí se na jedné respondentce dopustil matčin partner, ve druhém případě cizí člověk. Respondenti popisují negativní dopady na své duševní zdraví, včetně úzkostí, deprese a hypersexualizace jako důsledek traumatických událostí v dětství. Tyto vzpomínky poukazují na narušené rodinné vztahy a výrazný vliv na psychosociální pohodu jednotlivců.

„No mě připadají nejvýraznější ty negativní vzpomínky. A to je právě ta, kdy mě matčin přítel vzal, bylo mi asi dvanáct, vzal mě takhle, tak za ruce, a pak mě zase shodil. Asi jsme se nějak nepochopili. Já nevím, já si pamatuju jenom ty fyzické tresty a tyhle věci, a pak si ho hromada vzpomínek, kdy se prostě barikáduju v pokoji, bojím se, brečím, a jednou mě takhle tak zmlátil, protože jsem napsala tátovi, že po mně ještě matčin přítel po mě řval, tak jsem napsala tátovi, a píplo, píplo to, jakože esemeska odeslaná a on prostě vtrhl do pokoje, přečetl si to a tak.“

Elena, 19 let

„Ve čtrnácti byla [redacted] oslava. [...] Já jsem chodila po té zahradě a oni tam jakože byli, byli tam dveře do kuchyně, asi jsem se s někým chtěla pobavit, nevím, no a otevřel týpek a začali jsme se bavit. A já jsem s ním začala chodit, já jsem ho začala provokovat, a to byl můj první sex. On měl čtyřicet roků a dvě děti. Jakože katastrofa. On nebyl v pořádku, samozřejmě. Takže to byl v podstatě můj první sex. Já jsem se cítila osaměle, tak jsem si prostě našla čtyřicetiročního chlapa. Můj otec tam nebyl, tak jsem si to takhle zvláště kompenzovala, já jsem to brala, jakože super, má mě rád. Určitě si mi líbilo, že jsem viděná a tak. Předpokládám, že tam byl dobrý asi i ten fyzický dotyk, ten byl taky super. Druhá věc je, že to bylo příjemné tyto věci, cítila jsem se dospělá.“

Viktorie, 30 let

„Když už jsem nad tím začala přemýšlet, ale my se takhle jako o tom nebavíme... že třeba vytáhnout z mámy sexuální obtěžování, když jsem byla malá od jejího nového přítele tehdá, tak to jako se o tom sni bavit, to bylo taky. Kolem toho byla jedna obrovská mlha a nic jinýho. A vypáčit to zní, jako já ji chápu, že pro ni to muselo být taky bolestivé, že to zjistí o člověku, kterého miluje. Zjistí něco takového, že dělá jejímu jedinému děcku. Které si prostě piplá, protože je jiné od malička, tak prostě taky to muselo být jako těžké o tom mluvit.“

Olga, 29 let

„Ale vím, že to mám od malička, jakože takovou hypersexualizaci. Jakože naši rodiče byli takový dementi, že nechávali Playboye, ty pornočasopisy na záchodě, takže já jsem si v tom mohla listovat, to není dobrý, když má dítě přístup k takovýmto věcem.“

Viktorie, 30 let

„...ale mezi mezi tím desátým a osmnáctým rokem, tam si myslím, že to bylo nejtěžší, protože jako by tou dobou výchova mojí mamky nebyla úplně jako adekvátní. A že prostě byli i domácí vězení, nesměla jsem nikam chodit, nesměla jsem pomalu nic a prostě na tu moji hlavu to bylo náročný...“

Sára, 25 let

*„Tak vůbec nevím, kolik mi bylo. Brácha byl malej, já jsem byla o [REDACTED].
Třeba pět mi mohlo být. My jsme se s bráchou nějak přetahovali, byli jsme
u [REDACTED]. A on mně tam prostě přiskřípl prsty, což by vlastně nebylo
tak hrozný, to se prostě stává, ale pak jsem začala brečet, on začal brečet
v kontextu toho, že brečím já. A přišel [REDACTED], a aniž by se zeptal, co se stalo,
kdo za to může? Třeba kdyby se zajímal, jestli jsme v pohodě?! Jediná jeho
reakce byla, že nás prostě bil. A to je úplně to první, co si pamatuju.“*

Amélie, 18 let

2.2.1.4 Vztahy

Při zkoumání tématu vztahů ve školním prostředí se naskýtá pohled na interakce s vrstevníky v místě, ve kterém tráví velkou část svého života. Dvě respondentky zažily ve škole šikanu, přičemž domácí prostředí neposkytlo potřebnou podporu a pomoc. Domácí vězení a šikana ve škole u jedné respondentky vedly k pocitu osamělosti. Pocity jinakosti ve vztahu k ostatním spolužákům se prohloubily. Neporozumění ze strany vrstevníků vedlo jednu respondentku k hledání emocionální podpory u učitelek, jež představovaly zdroj bezpečného připoutání a spojení s důvěryhodnými autoritami. Naplňující vztahy s vrstevníky a spolužáky ve škole popsal pouze jeden respondent. Respondenti zažívali pocit, že nejsou součástí kolektivu a že není nikdo, kdo by si s nimi chtěl přátelit.

„A že prostě byly i domácí vězení, nesměla jsem nikam chodit, nesměla jsem pomalu nic a prostě na tu moji hlavu to bylo náročný, plus do toho je člověk šikanovanej, takže nechce chodit do té školy, takže najednou má prostě dojem, že nemá nikoho, že prostě na celém světě sám.“

Sára, 25 let

„...ale asi fakt nejhorší okamžik byl, když mě vlastně, takhle byli jsme ve škole. Učitelka nás pustila o pět minut dřív, a jako spolužáci se se mnou hráli. Shodili mě do silnice... a prostě jsem šla a o pět minut později a přesně tím místem projížděl nákladák. [...] Prostě dvacet lidí ze třiceti mě opravdu tvrdě

šikanovalo. Schovávali mi věci, posmívali se mi, a právě ta situace s tím autem byla svým způsobem dobrá.“

Elena, 19 let

„...už ve školce jsem, když jsem začala držet tužku a začala jsem psát, a docela brzo právě v té školce, tak já jsem psala zrcadlově obráceně zprava doleva, jako da Vinci. No a mamka to začala řešit a začala jsem chodit na grafomotoriku a nemohla jsem se s ostatními děčkama držet, prostě chodit s nima, kreslit, malovat a do těch dílniček, neuměla jsem držet tužku kvůli té grafomotorice. Takže tam už to bylo takové první vyčlenění, potom na základce. Já mám první stupeň asi úplně vytěsněný. Myslím si, že jsem měla jednu kamarádku ze sídliště. Já jsem měla právě problém od malička, že jsem nikam jako nechodila [...] Já jsem si připadala, že tam nepatřím a už jsme zase o té o té osamělosti.“

Olga, 29 let

„Já jsem byla od začátku extrémně uzavřená a neschopná navazovat nějaký vztahy. Já se docela dobře orientuju ve vztazích, ale paradoxně nejsem moc schopná je navazovat. [...] Třeba v tom dětském kolektivu jsem nestačila a pamatuju si velký nervy, úzkost z toho, že bych měla někdy komunikovat, nebo že bych měla něco říct. A jako, i když to umím pojmenovat [...] a takovej ten záblesk toho dětství, kdy vás někdo odmítne nějakým způsobem a vám probleskne takovej ten pocit, že nikdo si se mnou nebude hrát. Takže osamělost není úplně abstraktní.“

Zuzana, 20 let

„Já jsem byla na [REDAKCE], a z tama jsem odešla po pěti letech. Původně to bylo tak, že jsem jako na začátku [REDAKCE], tak jsme přerušovala ročník, protože další hospitalizace, bylo mi fakt špatně. Nebyla jsem schopná se soustředit na školu. Nebyla to ani moje priorita. A vlastně už v tom [REDAKCE] jsem dostala, nebo chtěla jsem potom jít znovu do druháku, ale na jinou školu, aby to [REDAKCE], abych prostě měla něco jednodušší, je něco, co mě bude bavit hlavně. Bylo mi nabídnuto, že můžou už v tom stejným školním roce přejít a dolů. Tak sem tam přešla a nerozumím si tam s těma lidma. Ale dokážu s nima nějak

vycházet, a hlavně mě baví to, co se učím, mám pocit, že to k něčemu vede. A že je to vlastně i směr, ve kterém bych se chtěla pohybovat i v budoucnu.“

Amélie 18 let

„Na střední to ze začátku šlo, v prváku to bylo těžký, že jsem opustila svou třídu a kamarádku, která mi byla hodně blízká. Najednou jsem na škole neměla nikoho, kdo by mi byl hodně blízký. V druháku jsem měla hodně velký propad, tam se našla výchovná poradkyně, která mi zařídila individuální vzdělávací plán. Rozjely se mi ataky, a tak další věci. A kolem tý maturity jsem hodně bojovala s demotivovaností, zvládla jsem to nakonec i dobře. [...] Já jsem vždycky fungovala takový dětským způsobem. Já jsem vždycky tihla, ne úplně vždycky k mým vrstevníkům, ale spíše k někomu, kdo pro mě představoval někoho jako mámu, takže hodně třeba k učitelkám, který jsem si tak nějak jako vybrala a snažila jsem se napojit na někoho, kdo mě bude sloužit jako bezpečí. A hledala jsem nějaký pochopení... na principu hlubokejch vazeb.“

Zuzana, 20 let

Partnerské vztahy byly pro respondenty důležitým tématem. Respondenti, kteří byli v dlouhodobém vztahu, si vážili stability vztahu a součinnosti ve zvládnání obtíží společně s partnerem. Dlouhodobé vztahy poskytovaly nejen stabilní základnu, ale i potřebnou oporu ve vypjatých emocích spojených s HPO. Partneři hráli významnou roli v pomoci svým protějškům zvládat intenzivní emocionální stavy a poskytovat podporu v náročných situacích. Jedna z respondentek popisovala tendenci kopírovat chování svého partnera, což bylo poháněno touhou po zajištění lásky a potvrzení od vybrané osoby. Současně výrazně traumatické nebo velmi stresující zkušenosti z předešlých vztahů měly hluboký dopad na jejich přístup k novým vztahům.

„On má strašně problém s komunikací. A tak se občas stalo, že nepřišel třeba na nějakou schůzku nebo na něco, s čím jsem počítala, že tam bude, ale vlastně zpětně si říkám, že nechápu, že jsem čekala, že tam bude, protože prostě nikdy nedal potvrzení, ale on nikdy nedával potvrzení. Takže je to s ním vždycky takový padesát na padesát. Ale je takovej jako hodný. Když jsem přišla z brigády a měla jsem panickou ataku, tak prostě počkal pár sekund, jestli jako co, a pak mě objal a nepouštěl mě, dokud jsem to prostě nevybrečela. Já pro sebe potřebuju někoho

takhle tak silného, o kom vím, že dokáže ustát jak svoje, tak i moje emoce, protože já to sama sama ze sebe nezvládnou, já bych to teoreticky měla být schopna zvládnout, ale je to lepší, když mi s tím někdo pomůže.“

Elena, 19 let

„U mě je to člověk, který řekne, že mě má rád, nebo má ke mně hlubší náklonnost. V ten moment se stane favourite person. A já ho začnu kopírovat. Úplně všechno, se vším všudy. A teď ono je to prostě i u klasického vztahu. Každý se nějak přetváří. Ze začátku dělá věci nějak, a já jsem ochotna začít i mluvit stejně jak on. Je to šílené [...] protože já mám neustálý strach, že ten člověk mě opustí. Takže já už vlastně stojím na zadních a už prostě jakoby jedu to vnímám tak, že už stejně ten člověk tam pro mě není. A stačí zmínka o bývalém nebo o bývalé, nějaký úplný jenom závan nejistoty, v ten moment já vyletím, nebo se stáhnou, a konec, moje trvanlivost vztahu má tři měsíce.“

Olga, 29 let

„...byl jsem na ni strašně fixovanej, jako bylo to opravdu intenzivní... na tohle nikoho takhle nepřipravíte, prvně to byla jenom zábava... její dětství nebylo taky nic moc, nebyla vůbec dle mého schopná milovat, jenom mě využívala. To bylo od té doby, co jsme spolu byli. Z jedné strany to bylo takto, pak zase jako jinak... zamilovali jsme se a že spolu budeme do konce života [...] Nikdy to nebylo jako takhle silný. Ona mi pomohla od všeho. Jako já jsem byl vždycky ten labilnější a potřeboval jsem nějakou kotvu, ale když si najdete někoho, kdo je labilnější než vy, tak je to těžký no.“

Robin, 32 let

„Já mám dlouhodobý vztah. [...] Tak vlastně my jsme spolu začali v prváku na střední. Takže myslím, že to vlastně tomu vztahu pomohlo, že jsme vlastně celou dobu byli spolu. A tak no, takže asi to nejdůležitější asi bylo, že jsem prostě začal vztah. Začal jsem s někým chodit a pořád to spolu zvládáme. Samozřejmě není to lehký, ale zvládáme to.“

Michal, 35 let

„No a pak jsem měla pětiletý vztah a tam došlo prostě k vážným věcem, jako bylo fyzické, psychické násilí. Proběhlo tam i vlastně nějaké znásilnění a tak, a od té doby moje vztahy jsou jiné a je to právě zvláštní, že teďka opouštím spíš já ty chlapi rychlejc. A je to vždycky, že ze začátku jsem hrozně zamilovaná. Mám ty růžové brýle a je to úplně nekonečně krásné, a pak nastane nějaký zlom.“

Olga, 29 let

Rodinná paleta vztahů byla u respondentů velmi rozmanitá. Respondenti sdíleli zkušenosti s problematickým chováním rodičů, které ovlivnily jejich emocionální pohodu a formování osobnosti. Jedna respondentka se rozhodla pro ukončení kontaktu s jedním z rodičů, kvůli jeho stále eskalujícímu chování, které se již nedalo snést. Avšak jeho přítomnost v životě stále pociťuje, což poukazuje na dlouhodobý dopad těchto rodinných vztahů. U dalších respondentů se objevuje téma nevyslyšení potřeb a nemožnosti o nich komunikovat, nutnost naučit se fungovat sám, dále pak dětství bez lásky a podpory, odmítnutí a nezájem o navazování vztahů. Tyto zážitky bolestně ovlivnily pohled na vztahy a na sebehodnotu. Společným prvkem respondentů jsou prožité traumatické či velmi stresující události v rodinném prostředí, které měly významný dopad na psychické zdraví a vytváření mezilidských vztahů.

„Že já jsem musela být ta, která utnula ten kontakt s otcem. Ono se to jeho chování, čím dál víc stupňovalo a už to prostě bylo na mě moc. A když mi bylo právě těch dvanáct, tak jsem řekla, že už tam k němu nejdu a v průběhu toho týdne, kde jsme byli u něj, tak jsem si prostě sbalila věci. To bylo po hádce a druhý den jsem prostě odjela do školy a potom k mámě. A už jsem se tam nikdy nevrátila. Pořád je to doteďka obłudné. A i když nechci, tak otec tam stále nějak figuruje. A já jsem si furt říkala, změním si příjmení, nebudu se jmenovat jako on. [...] On, otec mi pořád píše. Ale zase každej, i když nepříměj kontakt s ním mě bolí.“

Amélie, 18 let

„Když se pak naši rozvedli, tak otec třeba chtěl vědět, co bysme si přáli k narozeninám, nebo na Vánoce? A já jsem nebyla schopná mu to říct, protože... je taková blbost, jsem se cítila hrozně nebezpečně.“

Amélie, 18 let

„A co se týká ségry, tam jsme se bily, jakože dost, měly jsme i dobré chvíle. Ted' nemáme žádný vztah, ona žárlí, obě jsme hypersenzitivní. U nás u obou je narcismus, u ní ještě silnější než u mě. A co se týká otce, tak nebyl nikdy doma, sem tam si mě kupoval, dovolené... on mi často hovořil, proč pláčeš. Z jeho celé strany celé zlé. Cítila jsem se tam dost na piču. Jakože vůbec nechápal, co se děje, proč pláču... já jsem byla hodně citlivá, přecitlivělá. Mamka zase nebyla zlý člověk, jen emočně to nezvládala. Otec byl na vojně, takže on má ještě ty diagnózy. Byla jsem emočně zanedbávaná. Kdyby validoval mé emoce, asi bych tu neseděla a nedělaly bychom tento rozhovor.“

Viktorie, 30 let

„[...] že když třeba moje máma se se mnou přestala na měsíc bavit, takže já jsem prostě chodila ze školy a moje máma se se mnou nebavila, protože moje [REDACTED] sestra byla jedničkářka a já díky ADHD, jsem prostě nebyla schopná moc fungovat ve škole, a to moje máma vnímala blbě. Prostě, že mám špatný známky a já jsem se jí bála o tom říkat, protože jsem věděla, co by mě jako čekalo [...] A potom další, co si pamatuju tak dostala jsem zánět slepého střeva a máma si prostě stála za tím, že si vymejšlím. Pak jednou odjeli na koncert a hlídala nás babička, když jsem šla prostě za babičkou se slovy, že já už prostě nemůžu ani chodit, tak mě odvezli do nemocnice a tam rovnou, že musím jít okamžitě na sál.“

Sára, 25 let

„U babičky to vždycky jako bylo strašně dobrý, ale u mámy strašný, tam jakože vládla ta nevyzpytatelnost. Jako mámu jsem miloval, je to taková vzpomínka s negativním patosem. [...] Jenomže víte co, mně nikdo vod dětství neřekl, že mě má rád. [...] Tehdy to byly samý propady matky. Takže, když byla spráškovaná, byla nepoužitelná, furt sem kolem ní musel běhat.“

Robin, 32 let

„Ale vlastně tím, jak jsem byl jedináček, moje rodina si mě nějak nevšímala. Prostě nechávali mě bejt, takže vlastně jako v tom v dětství. Jako nevybavuju si, nebo o tom nevím, dejme tomu jako od školky, že by si se mnou třeba nějak hráli. Hezky jsem se vlastně zabavil sám. Tehdy jsem se dostal ke knížkám.“

Michal, 35 let

„Jsem ho vídala, když jsem byla malinká a on potom si našel přítelkyni, která nemohla mít děti a ona mu zakazovala se se mnou vídat a on jí poslechl. Bylo pár pokusů, jakože jsme se spolu volali a on to prostě na poslední chvíli zrušil a tak, takže to prostě nešlo. No a já jsem furt doufala, a mně bylo teda dvanáct roků, když se to stalo, kdy umřel a já jsem v těch dvanácti si řekla, že už nemám šanci ho v životě potkat a tím pádem nemám šanci poznat tu svoji druhou půlku.“
Olga, 29 let

„Mně jako první vždycky naskočí to odmítnutí od táty. To bylo totiž hodně zákeřné, jakože já jsem byla u babičky, oni si mě zavolali. Ted' nevím, jestli to byly Vánoce, nebo jestli to byla nějaká oslava. Já jsem tam byla dřív než otec a on došel a já jsem se rozběhla a obejmula jsem ho tak kolem stehna, protože byla jsem prostě malé děcko. A tak jakože tatínku, tatínku a tatínek mě odsunul a řekl, já tě nechci. A celou dobu tam prostě se o mě starala babička a on seděl na druhé straně místnosti. Můj život začíná tímto uvědoměním.“
Olga, 29 let

2.2.2 Kvantitativní výzkum

2.2.2.1 Práce s daty a její výsledky

2.2.2.1.1 Popis vstupních dat

Sesbíraná data z dotazníků jsem vyexportovala do statistického nástroje IBM SPSS Statistics, ve kterém jsem spustila kontrolu správnosti dat. Kontrola správnosti potvrdila, že všechna sesbíraná data jsou kompletní a lze s nimi pracovat. Výsledky kontroly jsou obsaženy v tabulce č. 4.

Tabulka č. 4

Četnost odpovědí

| Statistics | | | | | |
|------------|---------|------|------------|--|-----------------|
| | | code | TILS total | Indikace Emoční/vztahové nestability | indikace HPO |
| N | Valid | 37 | 37 | 37 | 37 |
| | Missing | 0 | 0 | 0 | 0 |

2.2.2.1.2 Výsledky ověření statistických hypotéz

Pro analýzu první hypotézy jsem postupovala ve čtyřech krocích. S ohledem na to, že pro indikaci hraniční poruchy osobnosti jsem použila dotazník PAI-BOR, byly v prvním kroku transformovány výsledky dotazníků z hrubých skóru do z skóru, a poté do T skóru. Důvodem této transformace byl fakt, že indikace hraniční poruchy osobnosti je vázaná na hodnoty T skóru (Morey, 1991, s. 17–18). Indikace pro HPO je 70T a výše, indikace emoční a vztahové nestability je 60T–69T, indikace emoční a vztahové stability je 59T a níže. Na základě limitních hodnot doporučených pro interpretaci hraniční poruchy osobnosti jsem provedla prostřednictvím IBM SPSS dichotomizaci dané proměnné. Četnost v jednotlivých kategoriích je obsažena v tabulce č. 5 a v tabulce č. 6.

Tabulka č. 5

Četnost kategorií respondentů s indikovanou emoční a vztahovou nestabilitou

| Indikace emoční a vztahové nestability | | | | | |
|--|------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | emočně a vztahově stabilní | 29 | 78.4 | 78.4 | 78.4 |
| | emočně a vztahově nestabilní | 8 | 21.6 | 21.6 | 100.0 |
| | Total | 37 | 100.0 | 100.0 | |

Tabulka č. 6

Četnost respondentů s indikací HPO

| Indikace hraniční poruchy osobnosti | | | | | |
|-------------------------------------|------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | indikována HPO | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Valid | neindikována HPO | 37 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

S ohledem na to, že ve zkoumané populaci nebyl žádný jedinec s indikovanou hraniční poruchou, nemůže být provedena analýza vztahů mezi mírou osamělosti a hraniční poruchou osobnosti. Další analýzy se proto zaměřují na zkoumání vztahu mezi emoční/vztahovou nestabilitou a mírou osamělosti.

V druhém kroku jsem dle dispozic pro dotazník osamělosti TILS spočítala hrubý skór, a to včetně odpovědí představující inverzní položky. Vygenerovala jsem tabulku *Statistika skupin*, která obsahuje údaj o velikosti vzorků (N), a vypočtených středních hodnotách (Mean), střední chybu průměru a směrodatných odchylkách pro dotazník měřící míru osamělosti TILS. Hodnoty jsou uvedeny v tabulce č. 7.

Tabulka č. 7

Deskriptivní statistika výsledků dotazníku měřícího osamělost TILS

| | N | Minimum | Maximum | Mean | Std. Deviation |
|------------------|----|---------|---------|--------|----------------|
| TILS total | 37 | 3.00 | 9.00 | 5.8649 | 2.09712 |
| Valid (listwise) | 37 | | | | |

Hodnoty v tabulce č. 8 vypovídají o tom, že je míra osamělosti u jedinců s emoční a vztahovou nestabilitou vyšší. Ve třetím kroku analýzy jsem zkoumala, zda jsou rozdíly mezi průměry skupin s indikací emoční/vztahové nestability a bez indikace emoční/vztahové nestability statisticky významné. Výpočet se provádí nezávislým t-testem (Pallant, 2020). Výsledek výpočtu je obsažen v tabulce č. 9.

Tabulka č. 8

Skupinová statistika

| | indikace vztahové a emoční nestability | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|------------|--|----|--------|----------------|-----------------|
| TILS total | stabilní | 29 | 5.3793 | 2.04265 | .37931 |
| | nestabilní | 8 | 7.6250 | 1.18773 | .41993 |

Tabulka č. 9

Výsledky t-testu

| Independent Samples Test | | | | | | | | | | |
|--------------------------|----------------------|---|------|------------------------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------------|---|-------|
| | | Levene's Test for Equality of Variances | | t-test for Equality of Means | | | | | | |
| | | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | |
| | | | | | | | | | Lower | Upper |
| TILS total | Eq. var, assumed | 5.023 | .031 | 2.956 | 35 | .006 | 2.24569 | .75983 | -3.78 | -.703 |
| | Eq..var .not assumed | | | 3.969 | 19.789 | .001 | 2.24569 | .56588 | -3.42 | -1.06 |

Interpretace tabulek probíhá ve třech krocích. V prvním kroku se provádí kontrola informací o skupinách v poli Group Statistics IBM SPSS, který poskytuje průměr a standardní odchylku pro každou skupinu (v tomto případě respondent s/bez indikace emoční a vztahové nestability). Z vypočítaných hodnot je patrné, že jedinci s indikovanou emoční a vztahovou nestabilitou dosahují vyššího skóru v měření úrovně osamělosti. Zda je tento rozdíl statisticky významný jsem zkoumala ve třetím kroku. Tabulka poskytuje počet respondentů v každé skupině (N). Tyto hodnoty je nutné vyhodnotit, aby byla provedena kontrola, zda jsou skupiny úplné. Ve druhém kroku se provádí kontrola předpokladů pro použití t-testu. První část výstupního pole Independent Samples Test poskytuje výsledky Leveneova testu rovnosti rozptylů. To testuje, zda rozptyl skóru pro dvě skupiny je stejný. Výsledek tohoto testu určuje, které z t-hodnot IBM SPSS je ten správný, který je možné použít. Pokud Sig. hodnota pro Leveneův test je větší než 0,05, měl by být použit první řádek v tabulce, který odkazuje na předpokládané stejné rozptyly. Pokud je hladina významnosti Leveneova testu $p = 0,05$ nebo méně, znamená to, že rozptyly pro dvě skupiny nejsou stejné. Data proto porušují předpoklad

stejně odchyly, nicméně IBM SPSS poskytuje alternativní t-hodnotu kompenzující nedostatek. A pro tento případ se použije druhý řádek (Eq.var not assumed).

To je i případ zkoumaných dat, protože je signifikance rovna 0.031. Ve třetím kroku posuzujeme rozdíl mezi příslušnými skupinami. To se posuzuje podle hodnoty v sloupci označeném Sig. (2-tailed), který se objeví pod sekci označený t-test for Equality of Means. Jsou uvedeny dvě hodnoty, jedna rovná se rozptyl, druhý pro nestejný rozptyl. Pokud je hodnota v Sig. (2-tailed) sloupci rovna nebo menší než 0,05, existuje významný rozdíl v průměrném skóre v příslušné proměnná pro každou ze dvou skupin. Pokud je hodnota vyšší než 0,05, není žádný významný rozdíl mezi dvěma skupinami. V analyzovaném případě je ve výstupu Sig. (2-tailed) hodnota .001. Protože je tato hodnota pod požadovanou mezní hodnotou 0,05, docházím k závěru, že existuje statisticky významný rozdíl v průměrném skóre respondentů s indikací a bez indikace emoční a vztahové nestability. Průměrný rozdíl mezi těmito dvěma skupinami je zobrazen v této tabulce spolu s 95% intervalem spolehlivosti.

Z výsledku plyne závěr, že průměry veličiny indikující míru osamělosti respondentů se od sebe výrazně liší a že tento rozdíl není výsledkem nahodilých vlivů. A platí proto alternativní hypotéza H_1 .

Neplatí tedy nulová hypotéza:

H_0 : Jedinci s indikací emoční a vztahové nestability nevykazují vyšší úroveň osamělosti ve srovnání s lidmi s emoční a vztahovou stabilitou.

A platí alternativní hypotéza:

H_1 : Jedinci s indikovanou emoční a vztahovou nestabilitou vykazují vyšší úroveň osamělosti ve srovnání s lidmi s emoční a vztahovou stabilitou.

Druhá úloha statistické analýzy představuje zjištění vztahu mezi dvěma veličinami a je řešitelná několika statistickými metodami. Metoda Vizualizace dat je vizualizace pro posouzení vztahu mezi dvěma kvantitativními proměnnými. Body na grafu reprezentují datové páry, což umožňuje vizuálně posoudit, zda mezi proměnnými existuje trend nebo vzor.

Metoda korelační analýzy představuje výpočet korelačních koeficientů. Pearsonův korelační koeficient měří lineární vztah mezi dvěma kvantitativními proměnnými. Hodnota blízká 1 nebo -1 naznačuje silný pozitivní nebo negativní lineární vztah, zatímco hodnota blízká 0 naznačuje slabý nebo žádný lineární vztah. Spearmanův korelační koeficient neparametrický

test měří sílu a směr monotónního vztahu mezi dvěma proměnnými. Je vhodný pro ordinální proměnné nebo pro data, která nesplňují předpoklady Pearsonova korelačního koeficientu. Kendallova tau korelace je další neparametrická metoda pro měření síly a směru vztahu mezi dvěma proměnnými. Je užitečná pro malé sady dat nebo data s mnoha shodnými hodnotami.

Metoda Regresní analýzy má dva postupy. Lineární regrese určuje nejlepší lineární vztah mezi závislou a nezávislou proměnnou. Výsledkem je regresní rovnice, která umožňuje předpovídat hodnoty jedné proměnné na základě hodnot proměnné druhé. Pomocí Vícenásobné lineární regrese se zkoumá vztah mezi jednou závislou proměnnou a více nezávislými proměnnými, vícenásobná lineární regrese umožňuje zjistit, jak tyto proměnné ovlivňují závislou proměnnou současně.

Pro účely tohoto výzkumu jsem je použila hlavně pro jejich účelnost. Klíčovým výstupem korelační analýzy je korelační koeficient, který poskytuje kvantitativní měřítko pro sílu a směr vztahu mezi proměnnými. Korelační analýza může odhalit lineární nebo monotónní vztahy, ale sama o sobě nezjistí příčinné vztahy mezi proměnnými. Vypočítané hodnoty Pearsonova a Spearmanova koeficientu jsou uvedeny v tabulkách č. 10 a tabulce č. 11. Interpretace výsledku probíhá ve třech krocích.

V prvním kroku se provádí kontrola informací o vzorku. Kontroluje se, zda odpovídá počet zkoumaných případů. Ve druhém kroku se zkoumá směr vztahu mezi proměnné. Pokud je před korelačním koeficientem záporné znaménko, naznačuje to negativní (inverzní) korelaci mezi zkoumanými dvěma proměnných. Vypočítaný Pearsonův korelační koeficient (+.749) a Spearmanovy hodnoty rho (+.724) jsou pozitivní, což ukazuje na kladnou korelaci mírou indikace HPO a míry osamělosti. Ve třetím kroku se provádí určení síly vztahu. Hodnoty korelačního koeficientu se mohou pohybovat od -1 do 1 . Hodnotu korelace bude indikovat síla vztahu mezi uvažovanými dvěma proměnnými. Korelace 0 znamená vůbec žádný vztah, korelace 1 znamená jednoznačný vztah. Hodnoty mezi 0 a 1 jsou různě interpretovány. Cohen (1988, s. 79–81) však navrhuje následující pokyny: malé $r = 0,10$ až $0,29$ střední $r = 0,30$ až $0,49$ velké $r = 0,50$ až $1,0$. Ve zkoumaném případě hodnota obou korelací byla nad $0,5$, což naznačuje poměrně silný vztah mezi mírou indikace emoční/vztahové nestability a osamělostí.

Tabulka č. 10*Pearsonův korelační koeficient*

Correlations

| | | TILS | PAI BOR |
|---------|---------------------|--------|---------|
| TILS | Pearson Correlation | 1 | .749** |
| | Sig. (2-tailed) | | .000 |
| | N | 37 | 37 |
| PAI BOR | Pearson Correlation | .749** | 1 |
| | Sig. (2-tailed) | .000 | |
| | N | 37 | 37 |

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabulka č. 11*Spearmanův korelační koeficient*

Correlations

| | | | TILS | PAI BOR |
|----------------|---------|-------------------------|--------|---------|
| Spearman's rho | TILS | Correlation Coefficient | 1.000 | .724** |
| | | Sig. (2-tailed) | . | .000 |
| | | N | 37 | 37 |
| | PAI BOR | Correlation Coefficient | .724** | 1.000 |
| | | Sig. (2-tailed) | .000 | . |
| | | N | 37 | 37 |

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Z korelační analýzy výsledků plyne, že existuje silný vztah mezi indikací emoční a vztahové nestability a mírou osamělosti.

Z tohoto důvodu je zamítnuta nulová hypotéza H_0 :

H_0 : Neexistuje vztah mezi indikací emoční/vztahové nestability a mírou osamělosti.

A platí tedy alternativní hypotéza H_1 :

H_1 : Existuje pozitivní vztah mezi indikací emoční/vztahové nestability a mírou osamělosti.

2.3 DISKUZE

2.3.1 Kvalitativní výzkum

Tematická analýza přinesla odpovědi na to, jak respondenti s HPO prožívají osamělost, jaké mají zkušenosti s prožíváním osamělosti v dětství a jaký vliv mají vztahy u těchto lidí na prožívání osamělosti.

2.3.1.1 Prožívání osamělosti u lidí s hraniční poruchou osobnosti

Lidé s HPO z řad respondentů se shodovali v tom, že prožívání pocitů osamělosti úzce souvisí s jejich diagnózou, a to je v souladu se studií Reinharda et al. (2022). Osamělost šla mnohdy se symptomy HPO ruku v ruce. Respondenti jmenovali pocity prázdnoty, neuspokojivé vztahy a nenaplňující komunikaci s druhými, traumatické nebo velmi stresující události a pocit výlučnosti. Částečně to také potvrzuje výzkum Liebkeho et al. (2016), který uvádí, že lidé s HPO mají vyšší úroveň osamělosti než lidé bez poruchy osobnosti, protože osamělost a HPO mají v základu podobné rysy. Respondenti vyjadřovali, že pocit osamělosti měl vliv na jejich celkovou psychickou pohodu. Všichni respondenti uváděli, že pocit osamělosti představuje negativní stav a dávali jej často do souvislosti s pocity prázdnoty. A to je v souladu se zjištěním výzkumu Perlmana & Peplau (1981), který hovoří o osamělosti jako o nepříjemném prožitku, v jehož jádru je silný pocit prázdnoty a samoty.

Respondenti popisovali osamělost jako nevyzpytatelný stav, který mohl vzniknout prakticky kdykoliv a kdekoliv. Někteří z nich uváděli, že se snaží překonat tento emocionální stav prostřednictvím aktivit, avšak ty nepřinášely radost, a to částečně podporuje výzkum Lyttletona (2020). Pro respondenty byla charakteristická neschopnost se s osamělostí vyrovnat, a odlišovali se tak od lidí s jinými poruchami (např. od lidí s depresivní poruchou nebo u posttraumatické stresové poruchy a dalších) (Bender & Skodol, 2007). Ve studii Ikhtabi et al. (2022) se chronická prázdnota, jež je symptomem HPO, liší od osamělosti, přestože prožitky a emoce spojené s ní, jako je pocit odpojení od ostatních, od sebe sama a vlastních hodnot, mohou být podobné. Respondenti v souvislosti s osamělostí popisovali absenci kontaktu se sebou, se svým nitrem a se svým zdrojem. Čím větší tato ztráta kontaktu se svým já u respondentů byla, tím více byla osamělost prožívána silněji. Ikhtabi et al. (2022) popisuje

prázdnost jako formu odpojení od sebe sama, vlastních hodnot a cílů, naopak osamělost popisuje jako odpojení od světa. Respondenti popisovali pocity osamělosti v souvislosti s odpojením od sebe sama. Jeden respondent zažíval pocit neexistence pro ostatní, což by odpovídalo pocitu osamělosti. Pokud respondenti v kontaktu s druhými lidmi zažili porozumění, zažili si pocit naplnění, který byl přímým opakem pocitu prázdnosti. Pocity osamělosti nemusí být vázány na samotu, ale může s ní úzce korelovat. Radostný pocit se vytrácel s odchodem blízkých. Jejich fyzická nepřítomnost způsobila, že se pocit osamělosti vrátil. Respondenti však uváděli, že nalezení spojení s ostatními lidmi může alespoň zmírnit osamělost.

Z provedeného výzkumu vyplynulo, že respondenti prožívali osamělost jako neschopnost najít podporu a porozumění u ostatních. Osamělost byla popisována jako pocit, že nejsou slyšeni, nebo že jim není rozuměno. To je vedlo k přesvědčení, že jsou na určité problémy sami, bez možnosti získat podporu od ostatních. Osamělost byla vnímána jako překážka, která brání v možnosti přiblížení se k ostatním lidem, neboť vytváří domněnku, že se jim od ostatních nedostane porozumění. V kontextu toho vystávala tematika emoční osamělosti, která dle Tylové et al. (2014) může vznikat v důsledku absence blízkého vztahu založeného na vzájemném porozumění. To plně odpovídalo zkušenostem respondentů, kteří zdůrazňovali obtíže spojené s nalezením skutečného porozumění u druhých.

Jedním ze symptomů HPO je problém s regulací emocí (Stepp et al., 2014). Pro lidi s HPO mohou být jejich emoce velmi těžko srozumitelné, a stejně tak mohou být těžko srozumitelné i pro okolí. To potvrzuje výzkum Stepp et al. (2014) Zde je možné odpovědět i na otázku, proč respondenti nacházeli pocit porozumění u lidí se stejnou diagnózou nebo s podobnými problémy. Respondenti s HPO často zdůrazňovali, že osamělost pro ně není pouze emocionálním stavem, ale i klíčovým faktorem ovlivňujícím jejich sociální interakce a vztahy. Pokud potkali člověka, od něhož se jim porozumění a pomoc dostala, pojmenovávali to jako bod obratu. Pověštinou tito lidé byli z řad odborné pomoci – terapeuti, psychiatři či pracovníci na DBT programech.

Výsledky prožívání osamělosti u lidí s HPO naznačují, že prožívání osamělosti u respondentů s HPO mělo významný dopad na jejich životní realitu a každodenní prožívání. Respondenti jednomyslně potvrdili spojitost mezi pocity osamělosti a diagnózou HPO, což odráží široká škála symptomů – jako jsou pocity prázdnosti, neuspokojivé vztahy a velmi stresující nebo traumatické události. Neschopnost vyrovnat se s osamělostí, která je charakteristickým rysem HPO, vedla ke ztrátě radosti a životního smyslu. Celkově lze

konstatovat, že osamělost u lidí s HPO představuje výrazný prvek, ovlivňující jejich kvalitu života, a klade důraz na potřebu podpory a porozumění ve vzájemných vztazích.

2.3.1.2 Zkušenost lidí s hraniční poruchou osobnosti s prožíváním osamělosti v dětství

Respondenti zmiňovali první setkání s pocity osamělosti v dětství. Osamělost se objevovala v prvních vzpomínkách, kde byla nejčastěji spojována s nepříjemnými zkušenostmi, které mohly být pro respondenty traumatické nebo velmi stresující. Špatné zacházení v dětství bylo identifikováno jako hlavní rizikový faktor pro osamělost a pro HPO (Schulze et al., 2023). Reinhard et al. (2022) také vnímá souvislost mezi intrapersonálními a interpersonálními faktory a špatným zacházením v dětství jako společné prvky pro osamělost a poruchu osobnosti, a vysvětluje tím jejich úzkou souvislost. Stejně tak Ikhtabi et al. (2022) potvrzuje, že osamělost souvisí se zkušenostmi se zanedbáváním v dětství, fyzickým a sexuálním zneužíváním. U všech respondentů se vyskytla alespoň jedna zkušenost z následujícího výčtu – rozvod rodičů, psychické a fyzické násilí v primární rodině, sexuální násilí, smrt rodiče, závislost rodiče na návykové látce nebo psychiatrické onemocnění u jednoho z rodičů. To bylo provázené nemožností se svěřit s problémy doma a s nepochopením ze strany ostatních. Absence pečujících dospělých, kterým by bylo možné se svěřit, vedla u respondentů k emocionální osamělosti.

V rodinném prostředí se jako děti respondenti většinou nesetkali s plnohodnotnou komunikací, láskou a podporou. Popisovali zkušenosti s odmítnutím, zanedbáváním a nezájmem blízkých osob o navázání vztahu. Zažili si smrt blízké osoby, rozvod rodičů a mnohá další příkoří. Tyto zkušenosti souzní s tím, že se osamělost může objevit ztrátou blízké osoby, rozvodem, smrtí (Ptáček et al., 2011). Z hloubkové analýzy vyplynulo, že respondenti byli v dětství často vystavováni nepředvídatelným situacím bez potřebné opory. U svých rodičů popisovali zanedbávání rodičovských povinností. Respondenti byli konfrontováni pocity studu za rodiče, který byl nepřítomný vlivem návykové látky nebo psychiatrického onemocnění. Všichni respondenti vykazovali typické výchovné vlivy, které vytvářejí živnou půdu pro HPO: chaotické rodinné vztahy, traumatické opuštění, přednost závislých vztahů před autonomními, po stresujících událostech či traumatech chybělo pochopení a podpora okolí (Grambal et al., 2017, s. 116).

Rodinné prostředí nenabídlo bezpečný prostor a neposkytlo ho většinou ani školní prostředí. Respondenti se ve vzpomínkách na dětství v souvislosti s pocity osamělosti dotýkali i svých školních let, v nichž figurovala šikana ze strany spolužáků. Ve studii Fleminga a Jacobsena (2009) bylo zjištěno, že u dětí, které se staly terčem šikany, se vyskytovaly častěji pocity smutku, beznaděje a osamělosti, což se shodovalo s mým výzkumem. Pocity jinakosti v oblasti vztahů s vrstevníky a neporozumění z jejich strany bylo další nepříjemnou zkušeností. Zároveň studie (Schült & Bliz, 2023) zmiňuje, jak je integrace mezi vrstevníky důležitá pro zmírnění pocitů osamělosti. Ve většině případů se respondenti necítili být součástí kolektivu a vnímali vyčlenění. Respondenti popisovali uzavřenost a neschopnost navazovat vztahy, nervozitu a úzkost z kontaktu s vrstevníky, což mohlo přispívat k pocitům osamělosti.

Z výzkumu vyplynulo, že respondentům v dětství často pomáhaly úniky z reality, a to ve formě vytváření fiktivních světů, kde hledali pocit bezpečí a přijetí. Zároveň uváděli, že jim tyto úniky z reality pomáhaly zvládat pocity osamělosti. Studie naznačuje spojitost mezi intenzivním potěšením z imaginárních světů a potencionální nespokojeností s množstvím a kvalitou přátelství v dětství. Výsledky výzkumu Somer et al. (2016) potvrzují spojitost mezi osamělostí v dětství a intenzivním denním sněním, které sloužilo ke kompenzaci nudné nebo bolestivé reality. Respondenti výzkumu uváděli, že fiktivní realita jim nabízela možnost plnohodnotné komunikace, které se jim v realitě nedostávalo a která sytila potřeby, jež v realitě nebyly naplněny. Imaginární světy pojmenovávali jako místo, kde je možné zažít cokoli, co si člověk přeje, a tvořit si vlastní příběhy, v nichž se cítí dobře. To může potvrzovat studii o tom, že nadměrné denní snění bylo spojeno s posttraumatickými symptomy a sklonem k disociaci (Conte et al., 2023). Vzhledem k vyššímu počtu stresových či traumatických zážitků u respondentů je proto možné, že únik do fantazie představoval účinný obranný mechanismus, jež pomáhal zvládat nepříjemné emoční stavy. Ševčík & Špaténková (2011) zmiňují, že ať jsou děti přímé či nepřímé osoby zasažené násilím, nebo jsou svědci, vykazují stejné symptomy jako děti se syndromem týraného a zneužívaného dítěte, syndromem Child Abuse and Neglect (CAN).

Celkově lze konstatovat, že prožívání osamělosti v dětství u lidí s HPO je úzce spjaté s problematickým rodinným a školním prostředím, vytvářením imaginárních světů a únikem od reality za účelem zvládnutí traumatických zkušeností.

2.3.1.3 Vliv vztahů u lidí s hraniční poruchou osobnosti na prožívání osamělosti

Pocit osamělosti se vyskytoval mezi respondenty nezávisle na jejich aktuální fyzické blízkosti nebo vzdálenosti od ostatních. Klíčovým aspektem byla kvalita sociálních vztahů, která měla významný vliv na prožívání osamělosti. Někteří účastníci výzkumu přemýšleli nad tím, zda lidé, které kolem sebe mají, odpovídají představě o kvalitních vztazích, které by si přáli mít, ve srovnání s těmi, které aktuálně mají a jsou neuspokojivé. Tato úvaha je v souladu s výzkumem Perlmana & Peplaua (1981), který zdůrazňuje, že pocit osamělosti je často spojen s narušením kvality mezilidských vztahů.

Ikhtabi et al. (2022) zmiňuje, že lidé s poruchou osobnosti vnímají svět vztahů jako nepřátelský a odmítavý, a to na základě nepříznivých zkušeností s ostatními v dětství a dospělosti. To se shoduje s výsledky mého výzkumu. Respondenti na základě nepříznivých zkušeností v dětství byli k navazování dalších vztahů ostražití. V dětství si zažili zkušenost s odmítnutím, a o to pozoruhodnější bylo, když někoho do svého světa pozvali. Tato pozvání nebyla mnohdy přijata a vzorec odmítnutí se stále opakoval. S podporou a pomocí se setkali až v dospělosti – a přinesla zásadní obrat v jejich životě. Nejčastěji zmiňovali DBT programy a dlouhodobou pomoc v podobě psychoterapie. Z výzkumu vyplynulo, že pocit přijetí a porozumění zažívali s lidmi, kteří měli také diagnózu HPO, popř. procházeli podobnými problémy. K tomu se vyjadřuje i výzkum Ikhtabi et al. (2022), že důležitou součástí zotavení a zmírnění pocitů osamělosti bylo právě navození pocitu sounáležitosti. To se shoduje se zjištěními mého výzkumu. Pocit bezpečí jako součást zotavení potvrzuje Ikhtabi et al. (2022). Popisuje rozpor mezi blízkostí a vzdáleností od ostatních jako nevyřešitelný. Na jednu stranu převládá tendence pustit lidi dovnitř, ale zároveň to není možné. Potřeba vzdálenosti nakonec může způsobit pocity vnitřní prázdnoty a osamělosti, jež následně vyvolává zoufalou potřebu propojení s ostatními (Ikhtabi et al., 2022).

Lidé s HPO zažívají nestabilitu ve svých mezilidských vztazích. Schopnost budovat a udržovat hluboké a trvalé vztahy může být ovlivněna impulzivitou, výkyvy nálad a strachem z odmítnutí. Navíc lidé s HPO mohou mít problém navázat pevné spojení a důvěřovat druhým lidem, mohou zažívat strach z odmítnutí, což může ovlivňovat jejich vnímání mezilidských vztahů a vést k pocitu osamělosti. Hraniční porucha osobnosti je spojena i s nestabilitou v oblasti sebepojetí a lidé mohou mít potíže s vnímáním vlastní identity, což opět může

ovlivňovat schopnost navazovat a udržovat vztahy. To vše může vést ke zvýšeným pocitům osamělosti, což potvrzuje výzkum Liebke et al. (2016). Ten hovoří o tom, že dovednosti a chování ve specifických oblastech sociálního fungování, jež nemusí být dobré, přispívají ke zvýšeným pocitům osamělosti. Tyto pocity korelují s deficitem v sociálním fungování.

Pocit bezpečí je základní součástí zotavení – a je dosažen v kontextu silné sociální sítě. Pokud sociální síť není tak silná, může to podpořit vznik pocitů osamělosti (Ikhtabi et al., 2022). Pokud respondenti někoho pozvali do svého světa a vztah fungoval, cítili mnohem méně osamělost, což potvrzují výsledky tohoto výzkumu. Na jednu stranu převládá tendence pustit lidi dovnitř, ale zároveň to není možné. Potřeba vzdálenosti nakonec mohla způsobit pocity vnitřní prázdnoty a osamělosti, jež následně vyvolává zoufalou potřebu propojení s ostatními. Rozpor mezi blízkostí a vzdáleností od ostatních byl popisován často jako nevyřešitelný. Potvrzuje to i výzkum Schulze et al. (2023), který předkládá, že nestabilita udržuje vzorec interpersonálních problémů, který pocitům osamělosti vytváří živnou půdu. Uvádí také studie, které prokázaly zvýšenou úroveň osamělosti u lidí s HPO, která byla přímo spojena s menšími sociálními kontakty.

Respondenti popisovali své vztahy ve školním prostředí, v němž si většina zažila nepříjemné interakce s vrstevníky a šikanu, což mohlo vést k prohlubování pocitů osamělosti. Náročnost školních vztahů u některých respondentů posílil pocit odlišnosti ve vztahu k ostatním spolužákům, což přispělo k prohloubení propasti mezi nimi a spolužáky. Hledání opory u učitelů mohlo být reakcí na neporozumění ze strany vrstevníků, přičemž autority se jevily jako bezpečné a důvěryhodné osoby. V prožívání vztahů ve škole se objevovala větší variabilita, jeden respondent popsal naplňující vztahy s vrstevníky, zatímco sedm ostatních pociťovalo nedostatečné začlenění do kolektivu a vnímali, že v okolí nebyla osoba, která by se s nimi chtěla přátelit.

U respondentů se v oblasti partnerských vztahů objevovala velká variabilita. U některých respondentů, kteří docházeli na psychoterapii, popř. na DBT program, se partnerské vztahy vyznačovaly větší stabilitou, u některých respondentů ne. Respondenti, kteří na žádnou formu psychoterapie dlouhodobě nedocházeli, měli vztahy ve všech případech nestabilní. Pokud ovšem stabilita partnerského vztahu a společná součinnost s partnerem při zvládání obtíží u respondentů byla, významně přispívala k větší stabilitě a opoře. Dlouhodobé vztahy poskytovaly nejen stabilní základnu, ale i potřebnou oporu ve vypjatých emocích spojených s HPO. Partneři hráli významnou roli v pomoci svým protějškům zvládat intenzivní emocionální stavy a poskytovat podporu v náročných situacích. U dalších respondentů, kteří

stabilní vztah neměli, a to povětšinou v důsledku traumatických zkušeností z předešlých vztahů, které měly hluboký dopad, tato opora nebyla. Pokud respondenti popisovali situace spojené s rozchodem, snášeli je velmi špatně. To se shoduje s výzkumem, který zmiňuje zesílení pocitů opuštění a osamělosti v souvislosti s rozchodem (Grambal et al., 2017, s. 122).

Společným základem mezi respondenty této studie bylo prožité trauma či velmi stresující události v rodinném prostředí v dětství, jež měly výrazný dopad na mezilidské vztahy v dospělosti a prožívání osamělosti. Dynamika rodinných vztahů se u respondentů projevovala v široké škále emocionálně náročných situací. Respondenti zaznamenali problematické chování rodičů, které mělo trvalý vliv na jejich emocionální pohodu a osobnostní vývoj. Respondenti se u nich výčtem setkali s nevyslyšením potřeb, s neschopností komunikovat o emocích, s neposkytnutím lásky a podpory, s odmítáním a s nezájmem o budování vztahů. Souhrnně lze konstatovat, že prožité trauma v rodinném prostředí má spojitost s pocity osamělosti, což potvrzují i výzkumy (Allen et al., 2023; Jafarzade et al. 2023; Chein et al. 2022).

Výsledky studie naznačují, že lidé s HPO prožívají osamělost v důsledku nepříznivých zkušeností s mezilidskými vztahy v dětství a v dospělosti. Respondenti cítí nedůvěru při navazování nových vztahů, přičemž odmítnutí zažité v dětství přináší strach z dalších odmítnutí. Dospělá podpora od odborníků, ve formě DBT programu a psychologické péče, hrála klíčovou roli v boji proti osamělosti. Zjištění ukazují, že přijetí a porozumění prožívali respondenti především od lidí s podobnými problémy. Pocit bezpečí, jako základní součást zotavení, je klíčovým faktorem ovlivňujícím intenzitu prožívané osamělosti. Nedostatečná sociální síť může posílit tyto pocity, přičemž vnitřní konflikt mezi touhou pustit lidi do života a potřebou udržovat vzdálenost přispívá k intenzivním projevům osamělosti. Celkově lze konstatovat, že vztahy hrají klíčovou roli v prožívání osamělosti u jedinců s HPO.

2.3.2 Kvantitativní výzkum

V kvantitativním výzkumu jsem zkoumala, zda existuje vztah jednak mezi HPO a osamělostí a jednak mezi emoční/vztahovou nestabilitou a osamělostí. Cílem bylo zjistit, zda se osamělost objevuje u lidí s HPO nebo u lidí s emoční/vztahovou nestabilitou ve větší míře než v běžné populaci. Na základě výzkumného problému a výzkumné otázky byly stanoveny čtyři následující hypotézy:

H0: Lidé s hraniční poruchou osobnosti nevykazují vyšší úroveň osamělosti ve srovnání s běžnou populací.

H1: Lidé s hraniční poruchou osobnosti vykazují vyšší úroveň osamělosti ve srovnání s běžnou populací.

H0: Neexistuje vztah mezi hraniční poruchou osobnosti a mírou osamělosti u respondentů.

H1: Existuje pozitivní korelace mezi hraniční poruchou osobnosti a úrovní osamělosti.

H0: Lidé s emoční a vztahovou nestabilitou nevykazují vyšší úroveň osamělosti ve srovnání s lidmi emočně a vztahově stabilními.

H1: Lidé s emoční a vztahovou nestabilitou vykazují vyšší úroveň osamělosti ve srovnání s lidmi emočně a vztahově stabilními.

H0: Neexistuje vztah mezi emoční/vztahovou nestabilitou a mírou osamělosti u respondentů.

H1: Existuje pozitivní vztah mezi emoční/vztahovou nestabilitou a úrovní osamělosti.

V dotazníkovém šetření se neobjevil žádný jedinec, kterému by mohla být indikovaná hraniční porucha osobnosti a nemohla být provedena analýza vztahů mezi mírou osamělosti a hraniční poruchou osobnosti. Vzhledem k tomu, že tento dotazník byl sdílený v rámci uzavřené DBT facebookové skupiny, která tento program už měla úspěšně absolvovaný, je možné vysvětlení, že tato dlouhodobá léčba mohla mít vliv na výsledky v dotazníku. Stejně tak byl rozeslán lidem, kteří se zabývají osvětou HPO na Instagramu, a dotazník tak mohli vyplnit

lidi, kteří již nějakou léčbu za sebou mají, přestože mají diagnostikovanou HPO. Dalším možným vysvětlením by mohl být fakt, že dotazník vyplnili lidé, kteří diagnózu HPO nemají.

Na základě výsledků můžu konstatovat, že existuje statisticky významný vztah mezi emoční a vztahovou nestabilitou a mírou osamělosti u respondentů. Alternativní hypotéza, která tvrdí, že lidé s emoční a vztahovou nestabilitou vykazují vyšší úroveň osamělosti ve srovnání s lidmi emočně a vztahově stabilními, se potvrdila. Tyto výsledky jsou v souladu s výzkumy Liebkeho et al. (2016) a Reinharda et al. (2022), které naznačují, že jedinci s emočními a vztahovými potížemi mohou mít tendenci pociťovat intenzivnější pocit osamělosti.

Podle výsledků z kvalitativní části výzkumu, který cílil na lidi s HPO, je možné navrhnout vysvětlení, proč emoční a vztahová nestabilita úzce souvisí s osamělostí. Problém s emoční dysregulací může přinést respondentům nepochopení od okolí a pocit výlučnosti, který ve velké míře stál za pocitem osamělosti u respondentů v kvalitativním výzkumu. Problematika osamělosti u nejrůznějších cílových skupin je stále velmi aktuální téma a vyžaduje si další pozornost ze strany společnosti, aby bylo možné lidem, kteří osamělost zažívají, dopřát adekvátní pomoc.

2.3.3 Implementace výzkumu

2.3.3.1 Implikace pro praxi

V rámci výzkumu jsem se zaměřila na prožívání osamělosti u lidí s HPO a zkoumala vliv emoční a vztahové nestability ve vztahu k osamělosti. Výsledky výzkumu by mohly být využity pro širokou síť pracovníků (psychoterapeutů, sociálních pracovníků, psychiatrů, psychiatrických sester aj.), kteří s lidmi s HPO pracují. Výzkum je klíčový pro psychoterapeutickou praxi, neboť osamělost může významně ovlivňovat běžné interakce a fungování těchto jednotlivců ve vztazích. Psychoterapeuti by mohli osamělost tematizovat při konzultacích; jsou navíc jedni z mála lidí, kteří vstupují do světa lidí s HPO, a tím se mohou stát zásadními osobami v jejich životě, a to se všemi pozitivy a negativy. Tematizovat osamělost by mohlo být relevantní i pro klienty, kteří vykazují vyšší míru emoční a vztahové nestability. Dále by se sociální pracovníci v rámci svých intervencí mohli zaměřit na zvyšování sociálních kompetencí u lidí s HPO, zejména je podpořit v jejich snaze budovat pevné a stabilní vztahy s okolím. Organizace pracující s lidmi s HPO by mohly zařadit mezi své pracovníky i peer konzultanty.

2.3.3.2 Implikace pro tvůrce zdravotních politik

Pro zlepšení situace lidí s HPO je nezbytné včasné poskytnutí pomoci při výskytu prvních symptomů diagnózy. Změny situace pro lidi s HPO lze dosáhnout prostřednictvím reformy stavu dětské psychiatrické péče a rozšířením programu DBT do nemocnic po celé České republice. Nutností je osvěta ohledně HPO a kampaně zaměřené na destigmatizaci duševních onemocnění. Podporou (po)rozvodových projektů, ve kterých by byla poskytnuta psychologická podpora dětem, by bylo možné ošetřit nejedno dětské trauma.

2.3.3.3 Implikace pro výzkum

Problematika osamělosti u lidí HPO zůstává stále aktuálním tématem, což otevírá perspektivu pro další výzkum v této oblasti. Pro další porozumění osamělosti by bylo vhodné zaměřit se na identifikaci příčin tohoto stavu u jedinců s HPO na větším vzorku respondentů. Při psaní

diplomové práce jsem uvažovala i nad možností zkoumat kontext osamělosti u lidí s HPO a vazbou na trauma nebo velmi stresující události v dětství, kterou respondenti v rozhovorech ve všech případech popisovali; dále i to, jak souvisí chronický pocit prázdnoty s pocity osamělosti. Jedním z doporučení je udělat stejný výzkum na větším vzorku respondentů.

2.3.4 Limity

Limitem práce je u kvalitativního výzkumu sám výzkumný soubor, kterého se zúčastnilo pouze osm respondentů. Limitem bylo i jejich věkové rozpětí (od 18 let do 35 let). Zároveň pouze dva respondenti byli mužského pohlaví. Při větším výzkumném souboru se mohla objevit další témata nebo by témata mohla tvořit jiné nadřazené celky. Respondentům bylo avizováno, že se jedná o výzkum na téma osamělosti u lidí s HPO. Je tedy možné, že se do výzkumu zapojili pouze ti jedinci, kteří pocit osamělosti prožívají a mají s ním zkušenost. Některé vzpomínky se týkaly minulosti a nemusí být přesné.

U kvantitativního výzkumu byl limitem nedostatek jedinců s indikací HPO. Doporučením pro příští výzkum by bylo získat respondenty z řad lidí, kterým byla HPO právě diagnostikována a mají za sebou pouze krátkou léčbu nebo vůbec žádnou, aby se předešlo tomu, že respondenti budou zařazeni do kategorie emočně a vztahově nestabilní, ale bez možné indikace HPO. Pro sběr respondentů by mohly být osloveny psychiatrické léčebny, popř. organizace, které s lidmi s HPO pracují. Limitem byl i nízký počet mužů, kteří se výzkumu zúčastnili. Doporučení pro další výzkum je provést širší sběr dat.

ZÁVĚR

Tematika osamělosti byla pro respondenty s HPO častým, a hlavně zcela známým tématem. Osamělost nevnímali jako abstraktní prožitek, jak jsem původně předpokládala, naopak. Nabýval velmi konkrétních rozměrů a svými kořeny sahal až do dětství. Nejlépe se osamělost respondentům popisovala jako pocit vyjádřený metaforickými obrazy. Respondenti ji ve velké míře prožívali v souvislosti s neporozuměním, s nevyslyšením, s odpojením od sebe a od ostatních.

Ve své práci jsem využila kvalitativní i kvantitativní výzkum. Jednak výzkum probíhal formou polostrukturovaných rozhovorů, jednak formou dotazníkového šetření. Na základě obsahové analýzy jsem našla čtyři hlavní témata a celkem třináct podtémat. Mezi primárními tématy byla osamělost, HPO, dětství a vztahy. V kvantitativním výzkumu jsem ověřovala čtyři hypotézy. Výzkumné části předcházela část teoretická, která uvedla do problematiky HPO a osamělosti. Díky teoretické části jsem mohla zjištění porovnat s výsledky mých výzkumů.

Výsledky kvalitativního výzkumu ukázaly, že respondenti osamělost vnímají jako negativní prožitek, který ovlivňuje jejich duševní pohodu a má souvislost s HPO. Z výzkumu dále vyplynulo, že se respondenti setkali s pocitem osamělosti již v dětství, a to mnohdy v návaznosti na traumatickou či velmi stresující událost. Respondenti také potvrzovali, že kvalita jejich vztahů přímo ovlivňuje jejich prožívání osamělosti, a to v návaznosti na tom, zda v interakci s ostatními cítí porozumění a pochopení jejich aktuální situace. Výsledky kvantitativního výzkumu potvrdily, že existuje pozitivní korelace mezi emoční a vztahovou nestabilitou a osamělostí, a že tyto lidé vykazují vyšší úroveň osamělosti ve srovnání s lidmi, kteří jsou emočně a vztahově stabilní, což je ve shodě s výzkumem Liebke et al. (2016).

Seznam literatury

Allen, S. F., Gilbody, S., Atkin, K., & van der Feltz-Cornelis, C. M. (2023). The associations among childhood trauma, loneliness, mental health symptoms, and indicators of social exclusion in adulthood: A UK Biobank study. *Brain*, *13*(4), 1-10. <https://doi.org/10.1002/brb3.2959>

American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

American Psychiatric Association (2023). *APA-Borderline-Personality-Disorder-Practice-Guideline-Under-Copyediting*. American Psychiatric Publishing.

Bach, B., Kramer, U., Doering, S., di Giacomo, E., Hutsebaut, J., Kaera, A., De Panfilis, C., Schmahl, C., Swales, M., Taubner, S., & Renneberg, B. (2022). The ICD-11 classification of personality disorders: A European perspective on challenges and opportunities. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, *9*:12. <https://doi.org/10.1186/s40479-022-00182-0>

Baguley, T. (2012). *Serious stats: a guide to advanced statistics for the behavioral sciences*. Palgrave Macmillan.

Baštecká, B. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.

Bender D. S., Skodol A. E. Borderline personality as a self-other representational disturbance. *J Pers Disord*. 2007 Oct;21(5):500-17. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.5.500>

Bogaerts, S., Vanheule, S., & Desmet, M. (2006). Feelings of subjective emotional loneliness: An exploration of attachment. *Social Behavior and Personality*, *34*(7), 797–812. <http://dx.doi.org/10.2224/sbp.2006.34.7.797>

Bohus, M. (2005). *Borderline. Porucha osobnosti*. Trenčín: Vydavateľstvo F

Boleloucký, Z., Plevová, J., & Smulevič, A. B. (1993). *Hraniční stavy v psychiatrii*. Grada.

Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Grada.

Cavelti, M., Thompson, K., Chanen, A. M., & Kaess, M. (2021). Psychotic symptoms in borderline personality disorder: Developmental aspects. *Current Opinion in Psychology*, 37, 26–31. 10.1016/j.copsyc.2020.07.003

Czerwiński, S.K., Atroszko, P.A. A solution for factorial validity testing of three-item scales: An example of tau-equivalent strict measurement invariance of three-item loneliness scale. *Curr Psychol* 42, 1652–1664 (2023). <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01554-5>

An example of tau-equivalent strict measurement invariance of three-item loneliness scale. *Curr Psychol* 42, 1652–1664 (2023). <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01554-5>

Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Crawford, L. E., Ernst, J. M., Burleson, M. H., Kowalewski, R. B., Malarkey, W. B., Van Cauter, E., & Berntson, G. G. (2002). Loneliness and Health: Potential Mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, 64(3), 407–417.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed). Lawrence Erlbaum Associates.

Conte, G., Arigliani, E., Martinelli, M., Chiarotti, F., & Cardona, F. (2023). Daydreaming and psychopathology in adolescence: An exploratory study. *Early intervention in psychiatry*, 17(3), 263–271. <https://doi.org/10.1111/eip.13323>

de Jong-Gierveld, J., van Tilburg, T. G., & Dykstra, P. A. (2006). Loneliness and social isolation. In D. Perlman, & A. Vangelisti (Eds.), *The Cambridge handbook of personal relationships* (pp. 485–500). Cambridge University Press.

Delacre, M., Lakens, D., & Leys, C. (2017). Why Psychologists Should by Default Use Welch's t-test Instead of Student's t-test [Online]. *International Review Of Social Psychology*, 30(1), 92–101. <https://doi.org/10.5334/irsp.82>

Diaby, M. 'B. (2021). *Na hraně*. Pointa.

Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Grada.

Dutton, D. G. (1994). Behavioral and affective correlates of Borderline Personality Organization in wife assaulters. *International Journal of Law and Psychiatry*, 17(3), 265–277. [https://doi.org/10.1016/0160-2527\(94\)90030-2](https://doi.org/10.1016/0160-2527(94)90030-2)

Edwards, P. K. (2003). *Industrial relations: theory and practice*. 2nd ed. Oxford: Blackwell.

Faldyna, Z. (2000). *Hraniční porucha osobnosti: diagnostika, komorbidita a možnosti terapeutického ovlivnění při psychiatrické hospitalizaci*. Psychiatrické centrum.

Fleming L. C. & Jacobsen K. H. Bullying among middle-school students in low and middle income countries. *Health Promot Int*. 2010 Mar;25(1):73–84. doi: 10.1093/heapro/dap046. Epub 2009 Nov 2. PMID: 19884243.

Gabbard, G. O., Oldham, J. M., & Riba, M. B. (Eds.). (c2009). *Protiprenos - problematika v psychiatrickej liečbe*.

Gawda, B., & Czubak, K. (2017). Prevalence of personality disorders in a general population among men and women. *Psychological Reports*, 120(3), 503–519. <https://doi.org/10.1177/0033294117692807>

Germain, S. A., & Hooley, J. M. (2012). Direct and indirect forms of nonsuicidal self-injury: Evidence for a distinction. *Psychiatry Research*, 197(1–2), 78–84. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.12.050>.

Grambal, A., Praško, J., & Kasalová, P. (2017). *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Grada Publishing.

Grenyer, B. F., Townsend, M. L., Lewis, K., & Day, N. (2022). To love and work: A longitudinal study of everyday life factors in recovery from borderline personality disorder. *Personality and Mental Health, 16*(2), 138–154. <https://doi.org/10.1002/pmh.1547>

Gunderson, J. G. (2009). Borderline personality disorder: Ontogeny of a diagnosis. *The American Journal of Psychiatry, 166*(5), 530–539. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08121825>

Hawkley, L. C., Preacher, K. J., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness impairs daytime functioning but not sleep duration. *Health Psychology, 29*(2), 124–129. <https://doi.org/10.1037/a0018646>

Heinrich, L. A., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review, 26*(6), 695–718. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.04.002>

Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Portál.

Chein, K., Hsieh, Y., Tseng, H., Lee, I., Yang, Y., & Chen, P. (2022). Childhood trauma, loneliness, and quality of life in adults with euthymic bipolar disorder. *Taiwanese Journal of Psychiatry, 36*(3), 118–123. https://doi.org/10.4103/TPSY.TPSY_25_22

Chessick, R. D. (1979). A practical approach to the psychotherapy of the borderline patient. *American Journal of Psychiatry, 33*(4), 531–546. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1979.33.4.531>

Ikhtabi, S., Pitman, A., Toh, G., Birken, M., Pearce, E., & Johnson, S. (2022) The experience of loneliness among people with a “personality disorder” diagnosis or traits: a qualitative meta-synthesis. *BMC Psychiatry, 22*(1):130. [10.1186/s12888-022-03767-9](https://doi.org/10.1186/s12888-022-03767-9)

Jafarzade, M., Ardakan, A. M., & Mir Saleh, Y. R. (2023). The Effectiveness of Play Therapy Combined With a Trauma-focused Cognitive Behavioral Therapy on Trauma Symptoms and the Loneliness Feeling. *Practice in Clinical Psychology, 11*(3), 211–221. <https://doi.org/10.32598/jpcp.11.3.614.2>

Joint Research Centre (2023). *Monitoring and tackling loneliness in Europe, released data from first EU-wide survey*. European Commission. https://joint-research-centre.ec.europa.eu/jrc-news-and-updates/monitoring-and-tackling-loneliness-europe-released-data-first-eu-wide-survey-2023-06-06_en

Juurlink, T. T., Lamers, F., van Marle, H. J. F., Anema, J. R., & Beekman, A. T. F. (2020). The role of borderline personality disorder symptoms on absenteeism & work performance in the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *BMC Psychiatry*, *20*:414. [10.1186/s12888-020-02815-6](https://doi.org/10.1186/s12888-020-02815-6)

Kernberg, O. (1999). *Normální a patologická láska*. Portál.

King, J. J., Segrin, C., Badger, T. A. & Thomson, C. A. (2022). Exploring the relationship between loneliness, spirituality, and health-related quality of life in Hispanic cancer caregivers. *Support Care Cancer*, *30*, 4781–4788. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-06800-5>

Kogar, H., & Kogar, E. Y. (2023). Factor Structure of The De Jong Gierveld Loneliness Scale: An Esem Approach. *Behavioral Psychology/Psicologia Conductual*, *31*(2), 359–378. <https://doi.org/10.51668/bp.8323207n>

Kreisman, J. J., & Straus, H. (2017). *Nenávidím tě, neopouštěj mě! : zvládání hraniční poruchy osobnosti*. Portál.

Larson, R. W. (1990). The solitary side of life: An examination of the time people spend alone from childhood to old age. *Developmental Review*, *10*(2), 155–183. [https://doi.org/10.1016/0273-2297\(90\)90008-R](https://doi.org/10.1016/0273-2297(90)90008-R)

Larose, S., Guay, F., & Boivin, M. (2002). Attachment, social support, and loneliness in young adulthood: A test of two models. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *28*(5), 684–693. <https://doi.org/10.1177/0146167202288012>

Levine, P. A. (2011). *Probouzení tygra: léčení traumatu: vrozená schopnost transformovat zdrcující zážitky*. Maitrea.

Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 364(9432), 453–461. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16770-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16770-6)

Liebke, L., Bungert, M., Thome, J., Hauschild, S., Gescher, D. M., Schmahl, C., Bohus, M., & Lis, S. (2016). Loneliness, social networks, and social functioning in borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8(4), 349–356. <https://doi.org/10.1037/per0000208>

Lis, S., & Bohus, M. (2013). Social interaction in borderline personality disorder. *Current psychiatry reports*, 15(2):338. 1–7. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0338-z>

Mason, P. T., & Kreger, R. (2021). *Život v papiňáku: hraniční porucha osobnosti ve vztazích*. Portál.

Lyttleton, C. (2020). Borderline well-being: Mental health in a development zone. *Social Science*, 245. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112710>

McMain, S. F., Boritz, T. Z., & Leybman, M. J. (2015). Common strategies for cultivating a positive therapy relationship in the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 25(1), 20–29. <https://doi.org/10.1037/a0038768>

MKN-10: *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: obsahová aktualizace k 1.1.2018*. (2023). Ústav 79 zdravotnických informací a statistiky ČR.

Mezinárodní klasifikace nemocí: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decennální revize: instrukční příručka. (1996). Ústav zdravotnických informací a statistiky.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.

Morey, L. C. (1991). *The Personality Assessment Inventory: Professional manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.

Nesnidal, V., Praško Pavlov, J., Ocisková, M., Vaněk, J., Bělohradová Minaříková, K., Houdková, M., Hodný, F., Boček, J., & Kantor, K. (2022). Hraniční porucha osobnosti a attechement. *Psychiatrie pro praxi*, 23(22), 72–77. 10.36290/psy.2022.018

Novak, L. (2021). Psychtoolbox: tools for psychology and psychometrics.R package version 0.0.1. <https://gitlab.com/lukas.novak/psychtoolbox>

Orel, M. (2012). *Psychopatologie*. Vyd. 1. Praha: Grada.

Pallant, J. (2020). *SPSS Survival Manual: A Step by Step Guide to Data Analysis Using IBM SPSS*. London: McGraw-Hill, Open University Press.

<https://doi.org/10.4324/9781003117452>

Paris, J. (1996). *Social Factors in the Personality Disorders: A Biopsychosocial Approach to Etiology and Treatment*. Cambridge: Cambridge University Press.

Pengpid, S., Peltzer, K. & Anantanasuwong, D. (2023). Longitudinal associations of loneliness with mental ill-health, physical ill-health, lifestyle factors and mortality in ageing adults in Thailand. *BMC Psychiatry*, 23:855. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05263-0>

Perlman, D., & Peplau, L. A. (1982). Theoretical approaches to loneliness. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 1–134). Wiley.

Perlman, D., & Peplau, L. A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. In S. Duck & R. Gilmour (Eds.), *Personal relationships in disorder* (pp. 31–56). Academic Press.

Perry, B. D., Winfrey, O. (2023). *Co se ti stalo?: rozhovory o traumatu, psychické odolnosti a uzdravení*. Portál.

Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder. (2006). In American Psychiatric Association, *APA Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric*

Disorders: Comprehensive uidelines and Guideline Watches (1. vyd., Roč. 1). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.bookds.9780890423363.54853>

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

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

Praško, J. In: Youtube [online]. 24. 2. 2023 [cit. 2024-02-24]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=6b5QIb018ys>. Kanál uživatele Hovory o duši.

Ptáček, R., Kuželová, H., Vrablík, M. (2011). Osamělost v etiologii somatických onemocnění. *General Practitioner / Praktický Lékař*, 91(6), 325–327.

Prohaska, T., Burholt, V., Burns, A., Golden, J., Hawkley, L., Lawlor, B., Leavey, G., Lubben, J., O'Sullivan, R., Perissinotto, C., van Tilburg, T., Tully, M., Victor, C., & Fried, L. (2020). Consensus statement: loneliness in older adults, the 21st century social determinant of health?. *BMJ open*, 10(8):e034967. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034967>

Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (Eds.). (2015). *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Hogrefe - Testcentrum. <http://www.digitalniknihovna.cz/mzk/uuid/uuid:37024c20-09ff-11eb-b34d-005056827e51>

Reichel, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Grada.

Reinhard, M. A., Nenov-Matt, T., & Padberg, F. (2022). Loneliness in Personality Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 24, 603–612. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01368-7>

Riegel, K. D., Kalina, K., & Pěč, O. (2020). *Poruchy osobnosti v 21. století: diagnostika v teorii a praxi*. Portál.

Rogers, C. R. (1961). The loneliness of contemporary man, as seen in “The case of Ellen West”. *Review of Existential Psychology and Psychiatry*, 1(2), 94–101.

Röhr, H. P. (2009). *Hysterie - strach z odmítnutí*. Portál.

Röhr, H. P. (2024). *Jak se vyléčit: Osvobození duše od viny a studu*. Portál.

Röhr, H. P. (2012). *Hraniční porucha osobnosti: vznik poruchy, průběh a možnosti jejího překonání* (Vyd. 3). Portál.

Röhr, H. P. (2008). *Narcismus vnitřní žalář: vznik poruchy, průběh a možnosti jejího překonání* (vyd. 2). Portál.

Röhr, H. P. (2013). *Nedostatečný pocit vlastní hodnoty: sebedestruktivní vnitřní programy a jejich překonávání*. Portál.

Röhr, H. P. (2016). *Závislé vztahy: léčba a uzdravení závislé poruchy osobnosti* (Vydání druhé). Portál.

Röhr, H. P. (2014). *Zneužití: léčba následků sexuálního či emočního násilí*. Portál.

Russell, D., Cutrona, C. E., Rose, J., & Yurko, K. (1984). Social and emotional loneliness: An examination of Weiss's typology of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(6), 1313–1321. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.46.6.1313>

Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2012). Borderline personality and externalized aggression. *Innovations in clinical neuroscience*, 9(3), 23–26.

Sheskin, D. J. (2003). *Handbook of Parametric and Nonparametric Statistical Procedures: Third Edition* (3rd ed.). Chapman and Hall/CRC. <https://doi.org/10.1201/9781420036268>

Schroeder, K., Fisher, H. L., & Schäfer, I. (2013). Psychotic symptoms in patients with borderline personality disorder: Prevalence and clinical management. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(1), 113–119. [10.1097/YCO.0b013e32835a2ae7](https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32835a2ae7)

Schulze, A., Streit, F., Zillich, L. et al. Evidence for a shared genetic contribution to loneliness and borderline personality disorder. *Transl Psychiatry* 13, 398 (2023). <https://doi.org/10.1038/s41398-023-02705-x>

Schütz, R. & Bilz, L. Einsamkeit im Kindes- und Jugendalter. Zur Verbreitung eines Risikofaktors für die psychische Gesundheit unter 11- bis 15-jährigen deutschen Schülerinnen und Schülern. *Bundesgesundheitsbl* 66, 794–802 (2023). <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03728-x>

Smolík, P. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy. Průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. 2. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 80-859-1218-X.

Somer, Eli & Somer, Liora & Jopp, Daniela. (2016). Childhood Antecedents and Maintaining Factors in Maladaptive Daydreaming. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 204, 471–478. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000507>

South, S. C., Turkheimer, E., & Oltmanns, T. F. (2008). Personality disorder symptoms and marital functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(5), 769–780. <https://doi.org/10.1037/a0013346>

Steen, O. D., Ori, A. P. S., Wardenaar, K. J., & van Loo, H. M. (2022). Loneliness associates strongly with anxiety and depression during the COVID pandemic, especially in men and younger adults. *Scientific Reports*, 12:9517, [10.1038/s41598-022-13049-9](https://doi.org/10.1038/s41598-022-13049-9)

Stepp S. D. & Scott L. N. & Morse J. Q. & Nolf K. A. & Hallquist M. N. & Pilkonis P. A. (2014) Emotion dysregulation as a maintenance factor of borderline personality disorder features. *Compr Psychiatry*. Apr;55(3):657–66. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.11.006.

Ševčík, D., & Špatenková, N. (2011). *Domáci násilí: kontext, dynamika a intervence*. Portál.

Tagg, S. K. (1985). Life story interviews and their interpretations. In M. Brenner, J. Brown, & D. Canter (Eds.), *The research interview: Uses and approaches* (pp. 163–199). London: Academic Press.

Teppers, E., Klimstra, T. A., Van Damme, C., Luyckx, K., Vanhalst, J., & Goossens, L. (2013). Personality traits, loneliness, and attitudes toward aloneness in adolescence. *Journal of Social and Personal Relationships*, 30(8), 1045–1063. <https://doi.org/10.1177/0265407513481445>

Tweed, R. G., & Dutton, D. G. (1998). A comparison of impulsive and instrumental subgroups of batterers. *Violence and Victims*, 13(3), 217–230.

Tylová, V., Kuželová, H., & Ptáček, R. (2014). Emoční a sociální osamělost v etiologii a léčbě duševních poruch. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 110(3), s. 151–157.

Tyrer, P., Mulder, R., Kim, Y. R., & Crawford, M. J. (2019). The development of the ICD-11 classification of personality disorders: An amalgam of science, pragmatism, and politics. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15, 481–502. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095736>

Volkert, J., Gablonski, T.-C., & Rabung, S. (2018). Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 213(6), 709–715. doi:10.1192/bjp.2018.202

Výrost, J., & Slaměnik, I. (2008). *Sociální psychologie* (2 vyd.). Grada.

Wachter, de Wachter. (2023) *Hraniční doba: Konec normálních časů?* Portál.

Wei, M., Shaffer, P. A., Young, S. K., & Zakalik, R. A. (2005). Adult Attachment, Shame, Depression, and Loneliness: The Mediation Role of Basic Psychological Needs Satisfaction. *Journal of Counseling Psychology*, 52(4), 591–601. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.4.591>

Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. The MIT Press.

Wheelis, J., & Gunderson, J. (1998). A little cream and sugar: Psychotherapy with a borderline patient. *American Journal of Psychiatry*, 155(1), 114–122. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.1.114>

Winsper, C. (2018). The aetiology of borderline personality disorder (BPD): contemporary theories and putative mechanisms. *Current Opinion in Psychology*, 21, 105–110. doi:10.1016/j.copsyc.2017.10.005

Winsper, C., Bilgin, A., Thompson, A., Marwaha, S., Chanen, A., Singh, S. P., Wang, A., & Furtado, V. (2020). The prevalence of personality disorders in the community: A global systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 216(2), 69–78. 10.1192/bjp.2019.166

Yalom, I. D. (2020). *Existenciální psychoterapie (2 vyd.)*. Portál.

Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (1998). Drs. Zanarini and Frankenburg Reply. *American Journal of Psychiatry*, 155(11), 1641–1642. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.11.1626ab>

Seznam příloh

Příloha č. 1: Informovaný souhlas

Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a se zpracováním osobních údajů

1. Informace o výzkumu

Výzkum se zabývá tematikou osamělosti u pacientů s hraniční poruchou osobnosti. Vaše účast spočívá v jednom rozhovoru v délce 1–1,5 h v období července až září roku 2023.

Z rozhovoru bude pořizována audio nahrávka. Záznam rozhovoru bude převeden na doslovný psaný text. Takto získaná data budou analyzována a interpretována, výsledky analýzy budou použity za účelem sepsání diplomové práce na oboru Aplikovaná psychoterapie a inovace v sociální práci na Univerzitě Palackého v Olomouci, popřípadě odborného článku.

Veškerá data budou anonymizována. Záznamy ani přepis textu nebudou přílohou či jinou součástí výsledné práce. V jejím textu mohou být použity krátké anonymizované citace jako příklady výzkumných zjištění.

Výzkum provádí formou osobního nebo on-line rozhovoru Bc. et Bc. Pavlína Pokorná. Můžete ji kontaktovat na telefonním čísle [REDAKCE] nebo mailem na adrese: [REDAKCE]. Veškeré audio záznamy budou uloženy na hesly zabezpečených zařízeních a přístup k nim bude mít pouze výzkumník.

Vaše účast na výzkumu je dobrovolná a můžete ji kdykoliv odvolat. Rovněž můžete kdykoliv vyjádřit nesouhlas se zpracováním a uchováním audio záznamů a jejich textového přepisu.

2. Prohlášení

Já níže podepsaný/-á potvrzuji, že

- a) jsem se seznámil/-a s informacemi o cílech a průběhu výše popsaného výzkumu (dále též jen „výzkum“);
- b) dobrovolně souhlasím s účastí své osoby v tomto výzkumu;
- c) rozumím tomu, že se mohu kdykoliv rozhodnout ve své účasti na výzkumu nepokračovat;

- d) jsem srozuměn s tím, že jakékoliv užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu nezakládá můj nárok na jakoukoliv odměnu či náhradu, tzn. že veškerá oprávnění k užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu poskytují bezúplatně.

Připojeným podpisem stvrzujete, že rozumíte výše uvedeným informacím a souhlasíte s nimi.

Jedna kopie tohoto formuláře náleží Vám.

Jméno respondenta/respondentky:

Datum:

Podpis:

Příloha č. 2: Polostrukturovaný rozhovor k diplomové práci

1. Úvod

Dobrý den, píšete diplomovou práci na téma osamělost u lidí s hraniční poruchou osobnosti a ráda bych se Vás zeptala na několik otázek, které by mi pomohly zodpovědět otázky ohledně realizovaného výzkumu. Veškeré informace, které mi sdělíte, budou anonymizované a použité pro účely diplomové práce. Na mé otázky neexistují špatné odpovědi, budu ráda za Vaše názory a osobní zkušenost. Před samotným rozhovorem si zaznamenám Váš věk a zeptám se Vás, kdy a jak Vám byla hraniční porucha diagnostikována.

2. Život s hraniční poruchou osobnosti

Jaké to je žít s hraniční poruchou osobnosti?

Kdy jste začal/a vnímat první projevy hraniční poruchy osobnosti?

Máte terapeuta/terapeutku? Psychiatra/psychiatricku?

3. Osamělost

Kdyby měla mít osamělost barvu, jakou by měla?

Kdybyste měl/a namalovat obraz osamělosti, jak by vypadal?

Jak vnímáte osamělost? Co to pro Vás znamená?

Vnímáte nějakou souvislost mezi hraniční poruchou osobnosti a osamělostí?

4. Vzpomínky

Kdybyste se Vás zeptala na vzpomínku z období dětství/dospívání/dospělosti, co se Vám jako první vybaví?

Kdybyste měl/a říct vrcholný zážitek života?

Kdybyste měl/a říct nejhorší zážitek v životě?

Kdybyste měl/a říct, co byl bod obratu ve Vašem životě?

5. Vzor

Kdo na Vás měl v životě největší pozitivní vliv?

Kdo na Vás měl nejsilnější negativní vliv?

6. Vztahy

Máte ve svém životě někoho, o kom byste mohl/a říct, že je to bezpečná osoba?

Jaké jste měl/a vztahy s vrstevníky na základní/střední/vysoké škole?

Jaké máte vztahy s přáteli?

Kdo Vás v životě nejvíc drží?

Příloha č. 3: Tabulka tematických okruhů a klíčových slov

Tabulka č. 12

| <i>Tematické okruhy</i> | <i>Klíčová slova</i> |
|-------------------------|---|
| <i>Osamělost</i> | prožívání osamělosti, vnímání osamělosti, emoční osamělost, samota, HPO, dětství, potřeba sdílet, školní prostředí, první vzpomínka, rodina, odpojení od sebe, prázdnota, psychoterapie, partner/partnerka, rodina, potřeba pochopení a porozumění, potřeba sdílet, obranné mechanismy, fantazie, potřeba se svěřit |
| <i>HPO</i> | první vzpomínka, horská dráha, nestabilita emocí, projevy HPO, dětství, osamělost, partner/partnerka, školní prostředí, dětství, emoční osamělost, nepochopení, DBT program, psychoterapie, přátelé, rodina, odpojení od sebe, prázdnota, pokus o sebevraždu, potřeba pochopení a porozumění |
| <i>Dětství</i> | obránné mechanismy, fantazie, sexuální násilí, psychické násilí, fyzické násilí, závislost na návykových látkách, rodina, rozvod rodičů, osamělost, školní prostředí, šikana, pokus o sebevraždu, nefunkčnost systému pro pomoc dětem, copingové strategie, závislost na NL, střídavá péče, duševní onemocnění rodiče, nestabilní rodinné prostředí |
| <i>Školní prostředí</i> | šikana, vztahy se spolužáky, vztahy s učiteli, bezpečná osoba, potřeba sdílet, osamělost, pokus o sebevraždu, přestup na jinou školu, nezvládání učiva, copingové strategie, rodina, parta, nestabilní rodinné prostředí |
| <i>Vztahy</i> | rodina, přátelé, psychiatr, psychoterapeut, škola, učitelé, bezpečné osoby, dětství, potřeba sdílet, paleta pocitů (nenávisť, stud aj.), potřeba pochopení a porozumění, násilí, závislost na NL, nestabilní vztahy, stabilní vztahy, šikana, vztahy se spolužáky, sexuální násilí, fyzické násilí, psychické násilí |

| | |
|-------------------|--|
| <i>Dospělost</i> | vzpomínky na minulost, nestabilní vztahy, stabilní vztahy, copingové strategie, psychiatr, psychoterapeut, DBT program, partner/partnerka, potřeba sdílet, nestabilita emocí, HPO, osamělost |
| <i>Komunikace</i> | potřeba se svěřit, tajemství, potřeba sdílení, potřeba pochopení a porozumění, vztahy, dětství, dospělost, školní prostředí, HPO, osamělost, potřeba se svěřit, izolace, osamělost |

Seznam použitých zkratk

AMPO – Alternativní model DSM-5 pro poruchy osobnosti

BPD – Borderline Personality Disorder

CAN – Child Abuse and Neglect

DBT – Dialekticko-behaviorální terapie

DSM – Diagnostický a statistický manuál duševních poruch

GAD – Generalized anxiety disorder

HPO – Hraniční porucha osobnosti

LSI – Life Story Interview

MDD – Major depressive disorder

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

PAI-BOR – Personality Assessment Inventory-Borderline Features Scale

TILS – Three-Item Loneliness Scale