

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

**MALADAPTIVNÍ SCHÉMATA A SOUCIT SE SEBOU  
U OSOB S HRANIČNÍ PORUCHOU OSOBNOSTI**

MALADAPTIVE SCHEMES AND SELF-COMPASSION IN PERSONS WITH  
BORDERLINE PERSONALITY DISORDER



Magisterská diplomová práce

Autor: **Antonín Vyhnánek**

Vedoucí práce: **doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.**

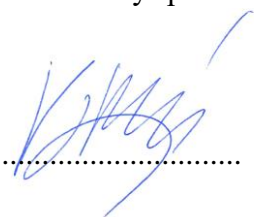
Olomouc

2023

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „*Maladaptivní schémata a soucit se sebou u osob s hraniční poruchou osobnosti*“ vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 31. 3. 2023

Podpis .....



Věnováno dvěma výjimečným mužům, mým bratrům, Standovi a Pepovi.

### **Poděkování**

Mé poděkování směřuje vedoucímu magisterské práce panu doc. PhDr. Mgr. Romanu Procházkovi, Ph.D. za poskytnutou příležitost se pod jeho odborným a lidským vedením tomuto tématu věnovat. Děkuji také panu PhDr. Janu Bendovi, Ph.D. a paní PhDr. Petře Kasalové za jejich nadhled s mojí tendencí dělat věci na poslední chvíli. Dále mé poděkování náleží panu MUDr. PhDr. Miroslavu Orlovi, Ph. D., který mi byl motivací k tomu, odhodlat se roztáhnout křídla a tuto práci dokončit. Současně děkuji všem, kteří mi pomáhali se sběrem výzkumných dat a respondentům jsem vděčný za to, že dovolili, abychom společně sdíleli část naší životní cesty. Děkuji také tobě Tome za tvé neustálé a všetečné dotazy, kterými jsi mě občas štvál a tobě Katy, za tvoji inspirativní přítomnost. Současně děkuji Naty za její důležitou podporu v závěrečné fázi psaní, kterou mi poskytla těsně před termínem odevzdání. Final thanks fly to Dr. Puri from the USA.

Vážím si podpory všech zde uvedených a také té spousty lidí, kterých je tolik, že není možné je sem vypsát. Považuji za osobní štěstí, že je vás tolik, všechny jsem vás k napsání této práce potřeboval.

# Obsah

<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>7</b>
<b>Černobílý příběh</b> .....	<b>8</b>
<b>1 Hraniční porucha osobnosti: Když nevydržíš sám se sebou</b> .....	<b>9</b>
1.1 Osobnost a porucha osobnosti .....	10
1.2 Hraniční neznamená černobílý .....	12
1.3 Diagnóza hraniční poruchy osobnosti .....	12
1.3.1 Diagnostická kritéria pro BPD dle DSM-5 .....	15
1.3.2 Diagnostická kritéria pro BPD dle MKN-10 .....	17
1.4 Primární profil jedince s hraniční poruchou osobnosti .....	18
1.5 Být či nebýt v terapeutickém kontaktu s hraničním jedincem? .....	21
1.6 Komplikované atributy hraniční poruchy osobnosti .....	24
1.6.1 Hraniční porucha osobnosti a deprese .....	25
1.6.2 Sebedestrukce u hraniční poruchy osobnosti .....	25
1.6.3 Mocné emoce: Emoční regulace u hraniční poruchy osobnosti .....	27
<b>Černobílý příběh a soucit se sebou samým</b> .....	<b>28</b>
<b>2 Soucit se sebou v „černobílém příběhu“</b> .....	<b>29</b>
2.1 Role soucitu se sebou samým v psychopatologii .....	29
2.2 Moc emocí u záměrného sebepoškozování .....	32
2.3 Černobílý příběh více černý: Deprese a soucit se sebou .....	34
2.4 Emoční bolest u hraniční poruchy osobnosti a soucit se sebou .....	34
2.5 Vztahová vazba a soucit se sebou samým .....	37
<b>Černobílý příběh a raná maladaptivní schémata</b> .....	<b>40</b>
<b>3 Hraniční porucha osobnosti: Trestající kritik, opuštěné dítě a odtažený ochránce</b> .....	<b>41</b>
3.1 Základy konceptu schématerapie, jeho východiska a efektivnost .....	41
3.2 Vývoj raného maladaptivního schématu .....	44
3.3 Copingový styl zvládání a copingová reakce .....	46
3.4 Raná maladaptivní schémata a hraniční porucha osobnosti .....	48
3.5 Schéma módy a hraniční porucha osobnosti .....	51
<b>VÝZKUMNÁ ČÁST</b> .....	<b>56</b>
<b>4 Metodologický rámec</b> .....	<b>58</b>
4.1 Vymezení výzkumného problému a argumentace k jeho zkoumání .....	58
4.2 Cíle práce .....	59
4.3 Výzkumné otázky a formulace hypotéz .....	60
4.4 Operacionalizace proměnných .....	62

<b>5</b>	<b>Proces sběru dat a výzkumné metody .....</b>	<b>63</b>
5.1	Organizace sběru dat a etické aspekty .....	63
5.2	Aplikované metody získávání dat.....	64
5.3	Proces sběru dat .....	67
<b>6</b>	<b>Výzkumný soubor .....</b>	<b>69</b>
<b>7</b>	<b>Metody zpracování dat .....</b>	<b>72</b>
<b>8</b>	<b>Výsledky studie.....</b>	<b>73</b>
8.1	Prožívání soucitu k sobě .....	74
8.2	Raná maladaptivní schémata (EMS) .....	81
8.3	Analýza souvislosti mezi soucitem se sebou a EMS .....	87
<b>9</b>	<b>Diskuze .....</b>	<b>91</b>
<b>10</b>	<b>Limity studie .....</b>	<b>96</b>
<b>11</b>	<b>Závěr.....</b>	<b>97</b>
<b>12</b>	<b>Souhrn .....</b>	<b>98</b>
	<b>Literatura.....</b>	<b>102</b>
	<b>Seznam tabulek .....</b>	<b>114</b>
	<b>Seznam grafů .....</b>	<b>115</b>
	<b>Seznam použitých zkratk.....</b>	<b>116</b>
	<b>Přílohy .....</b>	<b>117</b>

## Úvod

Hraniční porucha osobnosti (*Borderline Personality Disorder-BPD*) je tématem, se kterým se setkávají nejenom profesionálové působící v oblasti duševního zdraví a péče o osobní pohodu. Je rovněž předmětem zájmu těch, kteří mají ve svém okolí někoho blízkého s BPD, nebo také těch, kterých se diagnóza hraniční poruchy osobnosti přímo týká. Jedná se tak zejména o ty, kteří zažívají individuální zkušenost s touto poruchou osobnosti (PO) a zcela přirozeně hledají řadu odpovědí. Tendence k porozumění hraniční poruše osobnosti (BPD) vychází z nezbytnosti utvářené každodenní lidskou zkušeností, která je navázána na životní příběhy lidí.

Ohledně hraniční poruchy osobnosti jsou již formulovány antecedence o multifaktorových determinantech jejího vzniku a rozvoje. Navzdory tomu je však možné se odkázat na úvodní výrok antického spisovatele a metaforicky uvést, že konsekvence, které přítomnost BPD vnáší do každodenního příběhu člověka, jsou prozatím markantně znatelnější oproti příčinám iniciace této poruchy osobnosti. K hraniční poruše osobnosti se váže komplex heterogenních faktorů a ty jsou více či méně zjevné, avšak primární fenotyp hraniční poruchy osobnosti není prozatím exaktně vymezen. Příčina je skrytá, dopady v životech lidí jsou však víceméně zřejmé.

Ty se v podobě charakteristik typických pro hraniční poruchu osobnosti manifestují zejména v interpersonálních vztazích, vytvářejících tak situace mnohdy náročné pro všechny zúčastněné a projeví se i v terapeutickém vztahu. Příznačnými jsou zejména afektivní dysregulace, epizody deprese a tendence vyhnout se třeba jen domnělému opuštění, přičemž tato snaha může vyústit v suicidální záměr nebo realizaci záměrného sebepoškozujícího aktu (DSH). Současně lidé s hraničním typem poruchy osobnosti mnohdy inklinují k „černobílé“ simplifikaci v náhledu na prožívané situace a hodnocení druhých osob.

Zjednodušující dichotomická perspektiva formuje „černobílý příběh“ života člověka s hraničním typem emočně nestabilní poruchy osobnosti. Součástí tohoto příběhu je také náhled na druhé jako potenciálně nedůvěryhodné a zvýšená senzitivita vůči případnému ohrožení z okolního světa. Dysfunkční kognitivní styl člověka s BPD usměrňuje vytváření terapeutického vztahu, který je prostorem pro práci s emocemi, impulzivními tendencemi a zdroji maladaptivního myšlení a chování. Za ty jsou v konceptu schématerapie považována raná maladaptivní schémata (EMS), která jsou rozvinutá v důsledku neuspokojení

základních emočních potřeb dítěte a jenž přetrvávají v průběhu celého života člověka s hraniční poruchou osobnosti.

V předkládané studii, která navazuje na realizovanou bakalářskou práci, jsou předmětem zkoumání raná maladaptivní schémata a soucit se sebou samým. Na soucit se sebou samým je nahlíženo jako na potenciální efektivní strategii emoční regulace (Warren, 2015) a také je eventuálním faktorem působícím redukčně na výskyt suicidálních myšlenek, záměrného sebepoškozování a depresivních symptomů (Tanaka et al., 2011; Collett et al., 2016). Současně je o nedostatečně rozvinutém soucitu se sebou uvažováno jako o významném prediktoru výskytu psychopatologie (Benda, 2019) a předpokládá se, že raná maladaptivní schémata zastávají fundamentální význam pro poruchy osobnosti (Young et al., 2003).

K identifikaci přítomnosti raných maladaptivních schémat je v rámci realizované studie aplikován dotazník Youngův dotazník schémat YSQ-S3 (*Young Schema Questionnaire-S3*) a pro zjištění míry soucitu se sebou bylo využito české verze Sussexsko-Oxfordské škály soucitu k sobě (SOCS-S-CZ). Současně byl pro screening výskytu symptomů hraniční poruchy u respondentů použit McLean Screening Instrument MSI-BPD (*The McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder*). Zmiňované nástroje byly předloženy kontrolní skupině dospělých osob bez psychiatrické diagnózy a osobám s diagnózou hraniční poruchy osobnosti F60.31 stanovené dle MKN-10.

Přestože je zde uvedeno označení nosologické jednotky pro hraniční poruchu osobnosti, tak považujeme za nezbytnou tu myšlenku, že za tím vším je člověk se svým životním příběhem. Ten u lidí s hraniční poruchou osobnosti nabývá mnohdy „černobílé“ podoby a je naplněn pádem na dno a hledáním síly k tomu se opět zvednout. Pokračování ve zkoumání tématu soucitu se sebou v návaznosti na raná maladaptivní schémata je vyjádřením snahy o přiměřené rozšíření poznatků s aplikačním potenciálem pro psychoterapii. Je to o hledání a nalézání dalších možností, je to o naději, která je přirozenou a nezbytnou součástí psychoterapeutického procesu nejenom v „černobílé“ příběhu.

# TEORETICKÁ ČÁST



## Černobílý příběh

Za termínem hraniční porucha osobnosti není jen soubor symptomů, nejsou to pouze raná maladaptivní schémata, odborná terminologie a teorie o etiopatogenezi. Vždy za tím vším je životní cesta, životní „černobílý“ příběh. Je to příběh lidí, kteří po této pomyslné cestě kráčí a někdy utíkají, couvají, klopýtají, padají a zase vstávají. A tento černobílý příběh, sem tam vzájemně podobný, zahrnuje pestrou směsici fragmentů, které nabývají v rozličných okamžicích různých podob ...

*... podoby prázdnoty, která byla na počátku, na konci ... a i vprostřed, jen prázdno. To prázdno je vír v zádech, který vše vysává ...*

*... podoby intenzivního vzteku a bolestivého pocitu opuštění, když se domníváte, že ta vaše oblíbená zdravotní sestra na oddělení s vámi již nemluví...*

*... podoby plíšku vzniklého z krytu škrátka od zapalovače, které se dá v nestřeženém okamžiku odmontovat, narovnat ... a tak z něj vyrobít primitivní řezný nástroj ... a když se cítíte opuštění a odmítnutí tak ...*

*... podoby úvah o sebevraždě, které snad brání ten poslední důvod, proč ještě žít ...*

V pozadí úsilí ke zkoumání problematiky hraniční poruchy osobnosti je příběh člověka s BPD. Je to o hledání možností, jak společně plnohodnotně žít a vzájemně utvářet životní cesty v lidské komunitě. Záleží na tom.

# 1 Hraniční porucha osobnosti: Když nevydržíš sám se sebou

Počet osob s diagnózu hraniční poruchy osobnosti vykazuje rostoucí trend, který přirozeně vyvolává nárůst zájmu o tuto poruchu osobnosti taktéž u odborníků působících v pomáhajících profesích. Diagnóza hraniční poruchy osobnosti je přidělena až u jedné čtvrtiny z celkového počtu hospitalizovaných psychiatrických pacientů a udávaná prevalence se pohybuje v rozmezí 2-3 % z populace (Praško et al., 2015). Například Grant et al. (2008) usuzuje u dospělé populace v USA na 6% prevalenci této poruchy osobnosti.

Zcela přirozeně vznikají různé otázky, týkající se toho, co je zkratkou BPD míněno a jaká je podoba životní reality ve spojitosti s hraniční poruchou osobnosti. Formulace různých dotazů je nejspíše odvislá od toho, za jaké situace se daný člověk o problematiku hraniční poruchy osobnosti zajímá. Může se jednat nejenom o zájem ze strany odborníků v péči o duševní zdraví, ale také o zájem osob působících v nelékařských profesích, které se v rámci svého profesního působení mohou s jedinci s hraniční poruchou osobnosti setkávat.

Ve snaze o edukaci vyhledávají taktéž o této poruše osobnosti (PO) informace ti, kterým byla diagnóza hraniční poruchy osobnosti přidělena psychiatrem. Eventuálně poznatky zjišťují lidé, kteří jsou s osobou s BPD v blízkém kontaktu a jejich potřeba příslušných informací vychází ze snahy porozumět hraničnímu jedinci, specifčnosti jeho osobnostních rysů a modusu tvorby mentálních reprezentací sebe a druhých.

Odborníci působící v klinické nebo poradenské praxi se mohou s hraničním jedincem setkat v okamžiku, kdy jsou u něj přítomny různorodé psychopatologické problémy a dle aktuální přítomnosti symptomů nemusí být zcela patrné, že se jedná právě o tuto poruchu osobnosti. Gunderson (2001) poukazuje na reálnou možnost záměny hraniční poruchy osobnosti za poruchy nálady, úzkostné poruchy, poruchy příjmu potravy či za disociativní stavy.

Na možnou komorbidní přítomnost epizod deprese maskující symptomy BPD, nebo na případný výskyt charakteristik psychotické poruchy ve stádiu dekompenzace, poukazuje u hraniční poruchy osobnosti taktéž (Grambal et al., 2017). Dále značná část pacientek s hraniční poruchou osobnosti vykazuje charakteristiky signalizující současnou přítomnost úzkostné nebo depresivní poruchy (Bohus, 2005).

## 1.1 Osobnost a porucha osobnosti

V kontextu této práce je na osobnost nahlíženo jako na komplex individuálních, získaných, tělesných a duševních vlastností jedince, v čase se vyvíjejících, které se manifestují v interpersonálním kontaktu s druhými (Praško et al., 2015). Pro srovnání s předchozí definicí uvedme jako příklad stanovení pojmu osobnost dle Robinson (2000), který ji vymezuje jako relativně stabilní a konstantní komplex charakteristického chování a emocionálních rysů.

Americká psychiatrická asociace (*American Psychiatric Association – APA*) ve vydané národní klasifikaci duševních poruch DSM-5 (*Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*) zmiňuje v části věnované poruchám osobnosti obecnou definici PO. Vymezuje poruchu osobnosti jako trvalý vzorec vnitřního prožívání a chování, který se výrazně odchyľuje od očekávání kultury jedince, je všudypřítomný a nepružný, má počátek v dospívání nebo rané dospělosti, je stabilní v čase a vede k trápení nebo narušení (APA, 2013, 645).

Vymezení poruchy osobnosti zahrnující vazbu na kulturní anomálie uvádějí taktéž Dušek a Večeřová-Procházková (2010), kteří ve své monografii Diagnostika a terapie duševních poruch definují poruchu osobnosti jako typickou a konstantní interní strukturu a behaviorální projevy, které se jako komplex diferencují od očekávaného a akceptovatelného chování v příslušné societě.

Doplňme, že vymezení toho, co je s ohledem na společenské a kulturní faktory považované za tzv. „akceptovatelné chování“, může v dané společnosti variovat a tyto odlišnosti mohou být patrné v konceptu self, uplatnění copingových strategií a také ve formě projevu emocí. Tématicky se ke copingovým strategiím ještě dále v práci zmíníme v části zaměřené na oblast schématerapie.

Domníváme se, že zaměření se pouze na interní faktory daného jedince vylučuje i opodstatněný vliv externích faktorů, hrajících roli při rozvoji celé širě psychických obtíží, tedy nejenom poruch osobnosti. Protože základním a podstatným rysem hraniční poruchy osobnosti je přítomnost pervazivního schématu nestability manifestujícího se v interpersonálních vztazích, uvedme náhled na poruchu osobnosti, ve kterém je zahrnuta komponenta sociální interakce a adaptace.

Porucha osobnosti je prezentována krajně intenzivními povahovými a charakterovými rysy podněcující poruchy v sociální adaptaci. Přítomnost maladaptace v postojích a chování se manifestuje v osobních a sociálních situacích a podněcuje pocity osobní nepohody

(Češková, Svoboda, & Kučerová, 2006). Sociální faktor zahrnuje do své definice poruchy osobnosti také Robinson (2000), který poruchu osobnosti vymezuje jako trvalý vzorec chápání, cítění, jednání a myšlení manifestující se v mnohočetných společenských situacích. Primárním aspektem uvedených permanentních vzorců je to, že jsou egosyntónní a jsou tedy v souladu s individuálním sebepojetím.

Společné charakteristiky, které různé definice poruchy osobnosti akcentují, shrnuje Robinson (2000) v několika bodech následovně:

- a) charakteristiky jsou v čase poměrně stabilní
- b) přítomnost distresu v relaci k osobnosti
- c) limity flexibility povahy
- d) významné defekty schopnosti adaptivně fungovat
- e) maladaptivní projevy manifestující se zejména v interpersonálním kontaktu

Uvedme, že Gratz a Chapmant (2007) poukazují na určitou komplikovanost v definicích termínu porucha osobnosti. Tato dvojice autorů nesouhlasí zcela s tím předpokladem, že lidé s poruchou osobnosti mají pouze něco ve své osobnosti, co je zdrojem nesnázi pro ně i pro jejich okolí. Vymezili několik bodů, které podporují jejich náhled a spatřují zejména možnost rizika záměny termínu porucha osobnosti za pojmy ukazující spíše na charakterovou vadu, obtížnou osobnost nebo problematickou osobu.

Oba autoři Gratz a Chapmant (2007) zmiňují dále rizika související s akceptací přístupu, že původcem problémů je interní nastavení jedince. Toto by dle jejich stanoviska mohlo být podkladem vedoucím k takovému náhledu, že pokud daný jedinec „zkoriguje“ sám sebe, bude vše najednou v pořádku. Autoři Grambal et al. (2017) uvádějí, že hraniční jedinci jsou významně citliví na podmínky vnějšího prostředí. Poukazování na interní nastavení vylučuje význam a roli faktorů z jedinceva okolí, jako je například stres, prožité trauma nebo zneužití.

Současně výrazná tendence předpokládat a klást důraz na „vnitřní osobnostní problém“ jedince s poruchou osobnosti, nejenom hraničního typu, může vést v praxi k zjednodušující relativizaci a kategorizaci daného jedince jako problémového pacienta. Můžeme se oprávněně domnívat, že rovněž takovýto způsob náhledu podporuje rozvoj stigmatizujícího postoje druhých lidí vůči lidem s hraniční poruchou osobnosti.

Stigmatizující tendence jsou přítěží tvorby terapeutické aliance mezi hraničním jedincem a odborníkem na duševní zdraví a Grambal et al. (2017) taktéž uvádějí, že

stigmatizaci se mnohdy nevyvarují ani členové zdravotnického personálu. Problematice terapeutického kontaktu s jedincem s hraniční poruchou je dále v textu této práce věnována samostatná kapitola.

## **1.2 Hraniční neznamená černobílý**

Podnětem pro zavedení pojmu *hraniční (bordeline)* byla v 19. století praxe tehdejších psychiatrů, kteří se setkávali u některých svých pacientů se současnou přítomností neurotických a psychotických symptomů. Hranice mezi těmito dvěma psychiatrickými problémy byla nejasná. Termín *hraniční* psychiatři využívali pro takové pacienty, kteří měli problém vidět současně v druhých lidech dobré i špatné vlastnosti zároveň, vedli nestálý a chaotický život a vykazovali častou přítomnost citového rozrušení (Stone, 2005).

Na konci sedmdesátých let, avšak již 20 století, byl termín hraniční aplikován jako pojmenování pro poměrně širokou skupiny klinických symptomů. Problematické vymezení hraničních stavů vedlo k užívání daného pojmu na škále vedoucí od poruchy psychotického spektra, afektivní poruchy až k psychopatologii charakteru (Riegel et al., 2020).

Postupný odklon od psychoanalytického náhledu a příklon k psychiatrii opírající se o biologické fundamenty v 80. letech 20 století nasměroval vývoj ke zkoumání diskriminačních deskriptorů, longitudinálního průběhu a reakce na léčbu. Progresivní vývoj přístupu, vedoucího skrze mnohdy komplikované zařazení hraničního spektra pacientů, nakonec vyústil v koncipování samostatné nosologické jednotky.

Definování charakteristických a měřitelných rozlišovacích znaků bylo již součástí DSM-III a tyto kritéria mohla být verifikována užitím standardů pro stanovení diagnostické validity u psychiatrického onemocnění (Gunderson, 2009). Diagnóza hraniční osobnosti se tak stala součástí vydaného DSM-III (Spitzer et al., 1979; APA, 1980) a frekvence této diagnózy vykazuje od tohoto okamžiku až do současnosti rostoucí trend (Gunderson, 2001). Paralelně k danému trendu se taktéž zvyšuje počet realizovaných studií, které se na problematiku hraniční poruchy osobnosti systematicky zaměřují.

## **1.3 Diagnóza hraniční poruchy osobnosti**

Jak již bylo zmíněno, manuál DSM-III uváděl poprvé diagnózu hraniční poruchy osobnosti a vymezoval specifická diagnostická kritéria pro tuto poruchu osobnosti (Spitzer et al., 1979; APA, 1980). Součástí uvedených diagnostických kritérií v DSM-III nebylo však kritérium zohledňující přítomnost tranzitorních kvazi-psychotických stavů u hraničních

pacientů a výskyt disociativních fenoménů. Toto kritérium je vymezeno v následném DSM-IV (Riegel et al., 2020). Generálně bylo v DSM-III prvně použito víceosého způsobu diagnostiky duševních nemocí a hraniční porucha osobnosti byla situována společně s ostatními poruchami osobnosti na osu II.

Využití osy II v rámci DSM umožňuje registrovat u hraniční poruchy osobnosti podstatné osobnostní vlastnosti a přítomnost maladaptivní intenzity používaných obranných mechanismů (Robinson, 2000). Manuál DSM-III diagnosticky odlišuje poruchy osobnosti od jiných duševních poruch a zároveň kategorizuje poruchy osobnosti do tří samostatných klastrů (A, B, C). V klastru B (dramatické poruchy), do kterého je zařazena taktéž hraniční porucha osobnosti, jsou uvedeny poruchy osobnosti s maladaptací kontroly impulzů a afektivní lability.

Aplikace přístupu založeného na víceosém způsobu diagnostiky byla inspirativním podnětem využitím v MKN-10 (2020). Přesto však zůstala zachována určitá rozdílnost spočívající v tom, že při srovnání s DSM-III nejsou v MKM-10 na ose I odlišeny poruchy osobnosti od ostatních duševních poruch (Riegel et al., 2020). Zavedení nomenklatury pro poruchy osobnosti, včetně hraniční poruchy osobnosti, v DSM-III představovalo aplikaci kategoriálního přístupu v diagnostice. Využití deskriptivní perspektivy přistupuje k osobnostní patologii skrze limitovaný komplex klinických klasifikovatelných a pozorovatelných fenoménů a fokusuje se na repetitivní maladaptivní symptomy v behaviorálních projevech a prožívání jedince. (Riegel et al., 2020).

Uvedený přístup je pochopitelně také posuzován z pohledu jeho validity. Dvojice autorů Trull a Durett (2005) formulovala kritické posouzení aplikovaného kategoriálního systému a poukázala zejména na výskyt nahodilosti vymezených diagnostických atributů, nestabilitu jednotlivých diagnóz v čase a enormní vzájemné krytí některých diagnóz. Na problematiku krytí diagnózy hraniční poruchy osobnosti s jinými diagnostickými kategoriemi upozornil taktéž Taylor (1993).

Kritické impulsy postupně vedly k nezbytnému zformování takového diagnostického konceptu v DSM-5, který implementoval do diagnostiky rozsah osobnostního narušení, tedy přítomnost defektů při tvorbě adekvátního obrazu sebe a druhých. (Riegel et al., 2020). Narušení obrazu sebe a druhých, společně s pervazivním vzorcem nestability interpersonálních vztahů, je pro hraniční poruchu charakteristické. Pro stanovení diagnózy hraniční poruchy je vyžadováno, aby hraniční symptomatologie byla zřejmá a evidentní od dospívání jedince a dlouhodobé obtíže nebyly zaměněny za aktuální poruchy nálady, úzkostné poruchy nebo také jiné formy aktuální psychopatologie (Grambal et al., 2017).

Zohlednění kritických podnětů vůči kategoriálnímu systému se projevilo taktéž v nadcházející nomenklatuře poruch osobnosti MNK-11, která reflektuje dimenzionální přístup diagnostiky poruch osobnosti. Jedenáctá revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11) byla schválena v roce 2019 a začala platit v roce 2022 s definovaným pětiletým přechodným obdobím, během kterého by měla být v jednotlivých členských zemích postupně zavedena (World Health Organization, 2018).

V rámci dg. PO je dle MKN-11 zhodnocena komplexní úroveň osobnostního narušení a posouzeno pět oblastí kvalifikátorů osobnostních rysů (Reed, 2018). Těchto pět oblastí kvalifikátorů osobnostních rysů poskytuje informace pro zacílení terapeutické intervence a zmiňované kvalifikátory také umožňují vymezení specifického vzorce rysů jedince přispívajících k projevům dysfunkce osobnosti (Riegel et al., 2020).

V rámci nomenklatury MKN-11 je rovněž patrná tendence k eliminaci překryvu diagnóz, který byl u kategoriálního systému výraznou oblastí kritiky. Tato však nebyla osamocena a další kritické náhledy byly směřovány přímo na vymezení jednotlivých diagnostických kategorií. Zde byla kritizována zejména nahodilost jejich formulace a nízká míra vnitřní konzistence (Trull & Durrett, 2005), přičemž vymezené kategorie mnohdy nereflektovali poznatky klinické praxe (Bach & First, 2018).

Dimenzionální přístup k PO je v rámci DSM-5 zmiňován jako potenciální alternativa ke kategoriálnímu systému (APA, 2015). Současně byl manuál DSM-5 svými diagnostickými kritérii pro hraniční poruchu osobnosti podkladem pro formulování kvalifikátoru hraničního vzorce osobnostního narušení v MKN-11. Ten je shodně jako ostatní kvalifikátory volitelný a je možné jej aplikovat samostatně či v kombinaci s ostatními. Diference je u kvalifikátoru hraničního vzorce osobnostního narušení vůči ostatním však ta, že je vyžadováno naplnění nejméně pěti kritérií pro BPD, která jsou formulována kongruentně s diagnostickými kritérii pro hraniční poruchu osobnosti uvedenými dle DSM-5 (Riegel et al., 2020).

V nomenklatuře MKN-11 je pro stanovení dg. PO základem zhodnocení celkové míry osobnostní funkční schopnosti jedince (Riegel et al., 2020), které je současně i nositelem informací pro následnou terapeutickou intervenci (Caligor et al., 2018)<sup>21</sup> Aplikování dimenzionálního přístupu diagnostiky poruch osobnosti v rámci MNK-11 je substitucí pro předcházející kategoriální systém (Farnam & Zamanlu, 2018) a formulované kvalifikátory osobnostních rysů jsou empiricky podloženy (Riegel et al., 2020).

### 1.3.1 Diagnostická kritéria pro BPD dle DSM-5

Jednotlivé části „černobílého“ příběhu uvedeného na začátku kapitoly ukazují na některé aspekty života lidí s hraniční poruchou osobnosti. Zachycují prožívání domnělého odmítnutí ze strany hraničního jedince, realizaci záměrného sebepoškozovacího aktu (DSH) ve formě pořezání se a přítomnost silně zažívaného pocitu prázdnoty. Dále můžeme předpokládat, že v pozadí oblíbenosti prožívané hraničním pacientem ke zmiňované zdravotní sestře byla z jeho strany její idealizace. Prožívání domnělého opuštění, případně odmítnutí, hraničním jedincem, narušuje stálost obrazu druhých lidí a intenzivní tendence vyhnout se opuštění může vést k realizaci DSH nebo k hrozbám sebevraždou.

Pervazivní vzorce nestability v interpersonálních vztazích, nestability sebeobrazu, přítomnost afektů a markantní impulzivity patří mezi typické symptomy hraniční poruchy osobnosti. Autoři Grambal et al. (2017) uvádějí, že lidí s hraniční poruchou osobnosti vyvíjejí až zběsilé snahy, aby se vyhnuli opuštění. V případě pocitu, že jim toto odloučení či odmítnutí hrozí, případně jsou-li ohroženi ztrátou vnější struktury, může toho vše být iniciátorem změny jejich sebeobrazu, afektů, chování a kognice. Beck a Freeman (1990) prezentují zajímavý fakt. Uvádějí, že lidé s hraniční poruchou osobnosti vykazují nadměrnou ostražitost vůči signálům potenciálního ohrožení či nebezpečí z okolí.

U emočních poruch osobnosti je poukazováno na přítomnost maladaptace v kognitivních procesech, zahrnujících ruminaci, distorzi interpretaci podnětů z vnějšího okolí, selektivní pozornost a paměť. Ruminace je také spojována se závažností příznaků u BPD. Hraniční jedinci se intenzivněji zaměřují na negativní podněty podporujících jejich negativní přesvědčení o vnějším světě, o sobě, o druhých lidech a současně přiřazují negativní hodnocení k neutrálním nebo nejednoznačným vnějším podnětům. Negativní kognitivní obsahy jsou to, co je diferencí BPD vůči ostatním poruchám osobnosti na ose II. Ukazuje se, že se hraniční porucha osobnosti vyznačuje nadměrným přesvědčením o tom, že vnější prostředí je nebezpečné a ostatní lidé jsou nepřátelští, nedůvěryhodní a hraničního jedince odmítnou nebo opustí (Baer et al., 2012).

Podstatnými rysy u BPD jsou intenzivní úsilí odvrátit opuštění, nestabilita v interpersonálních vztazích a jejich intenzivní prožívání, impulzivita, přítomnost chronických pocitů prázdnoty, repetitivní suicidální myšlenky a DSH. Winger et al. (2013) uvádějí, že se tato porucha osobnosti manifestuje extrémní emocionální nestabilitou se sekundárními znaky antagonismu a dezinhibice.



Specifická diagnostická kritéria pro zhodnocení přítomnosti osobnostní patologie charakteristické pro hraniční poruchu osobnosti dle DSM-5 jsou uvedena v tabulce 1.

**Tabulka 1:** Diagnostická kritéria dle DSM-5 pro hraniční poruchu osobnosti (Grambal et al., 2017, 46)

---

- A. Pervazivní vzorec nestability v mezilidských vztazích, sebeobrazu, afektech a výrazné impulzivity, který začíná v rané dospělosti a projevuje se v nejrůznějších souvislostech. Porucha je určena přítomností pěti (a více) znaků
- (1) Bouřlivá snaha jedince vyhnout se skutečnému nebo domnělému opuštění (Pozn: nezařazuje sem suicidální a sebepoškozující projevy uvedené v kritériu 5).
  - (2) Vzorec nestabilních a intenzivních mezilidských vztahů charakterizovaný kolísáním mezi extrémní idealizací a devalvací
  - (3) Porucha identity: výrazně a trvale nestabilní sebeobraz a vnímání sebe sama
  - (4) Impulzivita nejméně ve dvou oblastech, které v sobě nesou riziko sebepoškození (např. utrácení peněz, sex, zneužívání návykových látek, bezohledné řízení motorových vozidel, záchvatovité přejídání). (Pozn: nezařazuje sem suicidální a sebepoškozující projevy uvedené v kritériu 5).
  - (5) Opakující se suicidální jednání, gesta a pohružky nebo sebepoškozující chování.
  - (6) Afektivní nestabilita v důsledku výrazné reaktivity nálady (např. intenzivní dysforie, iritabilita či úzkost, která obvykle trvá několik hodin, vzácně pak déle než několik dnů).
  - (7) Chronické pocity prázdnoty
  - (8) Nepřiměřený, intenzivní vztek či potíže s ovládním vzteku (např. častá náladovost, trvalá zlost, opakované fyzické konflikty).
  - (9) V reakci na stres přechodné projevy paranoidity nebo závažných disociativních příznaků.
- 

V tabulce uvedená diagnostická kritéria (1) a (2) jsou zaměřena na oblast problémů v interpersonálním kontaktu, zahrnují bouřlivou snahu vyhnout se skutečnému nebo domnělému opuštění a vzorec nestabilních, intenzivních, mezilidských vztahů charakterizovaných střídáním extrémů idealizace a devalvace.

Linehan (1993) pojmenovává kritéria (1) a (2) jako "interpersonální dysregulaci" a současně pro diagnostické kritérium (9) používá označení "kognitivní dysregulace". Jedná se o kritérium zahrnující tranzitorní kognitivní příznaky disociace a paranoie s probalitou výskytu ve stádiu dekompenzace, čímž se odlišuje oproti „chronické“ přítomnosti u psychotických poruch. Ve fázích zažívaného stresu se mohou u hraniční poruchy osobnosti manifestovat halucinační stavy a hypnagogické fenomény. Výskyt klinicky relevantních disociačních symptomů u jedinců s hraniční poruchou osobnosti silně koreluje se záměrným sebepoškozováním, vysokou frekvencí hospitalizací a sníženou mírou sociální adaptivity (Zanarini & Frankenburg; 1997).

### **1.3.2 Diagnostická kritéria pro BPD dle MKN-10**

Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů (MKN) je kodifikována WHO. V České republice vstoupila v platnost v roce 1994 a od tohoto roku je tato klasifikace taktéž několikrát revidována. Ve srovnání s již zmíněným manuálem DSM jsou v MKN zahrnuty nejenom duševní nemoci, ale i další onemocnění. Což vede v odborných kruzích také k zaujetí názoru, že z pohledu klinické praxe jsou diagnostická kritéria pro hraniční poruchu osobnosti vymezena v DSM příhodnější formou.

Ve srovnání s DSM-5, ve kterém je přímo uvedena diagnóza hraniční poruchy osobnosti, řadí MKN-10 (2013) hraniční poruchu osobnosti mezi Specifické poruchy osobnosti (F60). Pro tuto kategorii poruch osobnosti jsou příznačnými přítomnými rysy dispozice k neočekávanému, impulzivnímu, jednání bez uvážení důsledků a výrazná nestabilita afektů. V MKN-10 je uvedena diferenciace mezi dvěma subtypy, a to impulzivním a hraničním.

Mějme však na paměti, že vymezená diagnostická kritéria nejsou izolovanými symptomy. Pro tvorbu vhodného terapeutického postupu, formulovaného konkrétnímu jedinci s hraniční poruchou osobnosti, nahlížíme na přítomné příznaky skrze jeho „černobílý“ životní příběh. V tomto příběhu jsou zdroje pro terapeutický kontakt a porozumění jednotlivým fragmentům života hraničního jedince, které zahrnují maladaptivní impulzivní chování, vztahovou nestabilitu, limity v emoční regulaci a prožívání obav z opuštění.

V následujícím textu uvedená tabulka prezentuje diagnostická kritéria dle MKN-10 pro emočně nestabilní poruchu osobnosti s rozlišením impulzivního typu (dg. F60.30) a hraničního typu (dg. F60.31). Stanovení dg. F 60.31 dle MNK-10 pro BPD je v souladu se

zadáním předkládané práce a kritériem pro výběr klinického vzorku dospělých osob s hraniční poruchou osobnosti v empirické části.

**Tabulka 2:** Diagnostická kritéria dle MKN-10 pro emočně nestabilní poruchu osobnosti (Grambal et al., 2017, 44)

---

### **Impulzivní typ**

---

- A. Musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti.
- B. Musí být splněny nejméně tři z následujících charakteristik a jednou z nich musí být:
- (1) zřetelná tendence jednat neočekávaně, bez uvážení důsledků,
  - (2) zřetelná tendence k nesnášenlivému chování, ke konfliktům s ostatními, zvláště když je impulzivní chování někým přerušeno nebo kritizováno,
  - (3) sklon k výbuchům hněvu nebo zuřivosti s neschopností kontrolovat následné explozivní chování,
  - (4) obtíže se setrváním v jakékoliv činnosti, která nenabízí okamžitý zisk,
  - (5) nestálá a nevypočitatelná nálada

---

### **Hraniční typ**

---

- A. Musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti.
- B. Musí být splněny nejméně tři příznaky kritéria B uvedena pro impulzivní typ společně s nejméně dvěma následujícími:
- (1) narušená a nejistá představa o sobě samém, cílech a vnitřních preferencích, včetně sexuálních,
  - (2) sklon k zaplétání se do intenzivních a nestálých vztahů, které často vedou k emočním krizím,
  - (3) přehnaná snaha vyhnout se odmítnutí,
  - (4) opakované nebezpečí nebo realizace sebepoškození,
  - (5) chronické pocity prázdnoty
- 

## **1.4 Primární profil jedince s hraniční poruchou osobnosti**

Charakteristické symptomy BPD zahrnují emoční nestabilitu a obtíže s usměrňováním emocí, impulzivitu, rychlé změny nálady, iritabilitu, prožívání pocitů prázdnoty, neúměrnou simplifikaci problematických situací a tendence vyhnout se opuštění. Přičemž obava z opuštění nebo z nezájmu může být u hraničního jedince založena pouze na

zdánlivém podkladě a opuštění je součástí jednoho z výrazných raných maladaptivních schémat u hraniční poruchy osobnosti. Poukažme nyní na jednu část „černobílého“ příběhu, který je uvedený před touto kapitolou. V jednom z jeho fragmentů je popsáno prožívání opuštění ze strany hraničního jedince na základě jeho interpretace situace s nekomunikující zdravotní sestrou psychiatrického oddělení. „Černobílému“ příběhu je dán v navazujících částech této práce ještě prostor a pro dokreslení okolností jsou doplněny další informace, které poukazují na situační kontext jeho vzniku.

Maladaptivní rysy osobnosti usměrňují interpersonální kontakt hraničního jedince tím, jak se v interakci s druhými manifestují a jsou současně také formativním činitelem terapeutického vztahu. Vystupňované mezní okolnosti jsou potencionálním spouštěčem k impulzivnímu aktu směřujícímu k uvolnění negativních emocí skrze rizikové chování. Možná podoba takové činu je užití alkoholu, přejídání se, promiskuitní jednání, patologické utrácení financí, suicidální pokus nebo realizace záměrného sebepoškození (DSH).

Opakovaná realizace záměrného sebepoškození (DSH) a riziko suicidálního jednání patří společně s abúzem návykových látek k symptomatologii u hraniční poruchy osobnosti. V životě jedince s touto poruchou osobnosti alternují etapy kompenzace s etapami dekompenzace a Grambal et al. (2017) udávají ve fázi dekompenzace možnou přítomnost charakteristik psychotické poruchy v akutní fázi.

Dowson et al. (2000) uvádí příklady tranzitorních psychotických zážitků ve formě výskytu zrakových či sluchových halucinací a dále také přítomnost pocitů manipulace s myšlenkami ve smyslu jejich kontroly a ovládnutí. V rámci těchto tzv. kvazipsychotických epizod u BPD není existence sensorických halucinací a narušeného myšlení však tak markantní, jako je tomu u tzv. „pravé“ psychózy a tyto tzv. pseudopsychotické stavy mají u BPD disociativní charakter (Grambal et al., 2017).

Součástí osobnostního narušení je náhled na vlastní hodnotu a sebehodnocení. Dle Jane et al. (2008) lidé s osobnostní patologií nemají dostatečný vhled a porozumění na příčiny svých pocitů. Pervazivní vzorce nestability sebeobrazu a nestability v mezilidských vztazích jsou základními rysy hraniční poruchy osobnosti. Jejich projevy budou patrné již v rané dospělosti (APA, 2013).

Výše popsané charakteristiky jsou součástí terapeutické práce s lidmi s BPD. V některé fázi terapeutické péče se tak může projevit tendence ze strany odborníků se lidem s diagnózou BPD zcela vyhýbat, případně již dopředu zatížit vzájemný kontakt předsudky, eventuální stigmatizací nebo stereotypizací. Tendence směřující k impulzivnímu aktu se může v průběhu terapie s hraničním jedincem projevit také jako jeho náhlá tendence terapii

přerušit, ukončit a z terapeutického sezení odejít. Takovýto akt pak může ponechat terapeuta ve zmatku, iniciovat k přemýšlení o jeho terapeutických kompetencích, případně podnítit k prožívání viny. Což následně může ještě více usměrnit terapeutův náhled a přemýšlení o tom, zda vůbec a případně jak v další práci s hraničním jedincem pokračovat.

Například autorská dvojice Kealy a Ogrodniczuk (2010) uvádějí, že i mezi odborníky na duševní zdraví je zastoupen negativní náhled k diagnóze hraniční poruchy osobnosti. Ve svém názoru zmiňovaní profesionálové vyjadřovali, že pacienti s hraniční poruchou osobnosti neúměrně zatěžují systém zdravotnické péče. Poznatky plynoucí z klinické praxe nám také poukazují na případy, kdy se někteří odborníci zdráhali stanovení této diagnózy. Jejich motivace vycházela ze snahy omezit rizika stigmatizace a výskyt negativních tendencí ze strany dalších osob vůči pacientům s hraniční poruchou osobnosti.

Výrazná variabilita a nestabilita jedince s hraniční poruchou osobnosti, která se manifestuje v interpersonálním kontaktu, může tento kontakt zatěžovat a komplikovat sociální vazby hraničního jedince a v případě hospitalizace ovlivnit stávající chod oddělení. Taktéž se přítomnost typické osobnostní patologie pro hraniční poruchu osobnosti projeví v interakci s druhými i při realizaci skupinové terapie. Současně je možným iniciátorem vedoucím ke zformování emocionální distance ze strany druhých osob vůči jedinci s BPD a toto riziko eventuálního emocionálního odpojení se týká taktéž zdravotnického personálu. Realizace odosobnělého jednání nebo případná defenzivní reakce má v sobě zraňující potenciál pro jedince s BPD, který jej na základě svého jádrového přesvědčení interpretuje jako odmítnutí a opuštění.

Připomeňme s tím související terapeutická rizika a uvedme, že pokud se odosobnělé jednání projeví v terapeutickém kontaktu, může pocíťované odmítnutí nebo opuštění iniciovat u jedince s BPD maladaptivní agresivní jednání. To daný jedinec směřuje na sebe v podobě DSH nebo ve formě suicidálního aktu. Agresivní počínání může být případně zaměřeno na frustrující objekt a nabýt intenzity agresivního raptu (Grambal et al., 2017).

Impulzivní agrese, pervazivní vzorce nestability v interpersonálních vztazích, maladaptace v afektech, chronické pocity prázdnoty, DSH, nestálost obrazu sebe a druhých, zvýšená senzitivita vůči pocitu opuštění a iritabilita jsou součástí primárního profilu jedince s hraniční poruchou osobnosti. Nezřídka se u člověka s hraniční poruchou osobnosti manifestuje impulzivní vztek (McWilliams, 2015).

## 1.5 Být či nebýt v terapeutickém kontaktu s hraničním jedincem?

První část názvu kapitoly může připomínat známý výrok prince Hamleta ve stejnojmenné hře, jejímž autorem je William Shakespeare. Hamlet se ve svém monologu zamýšlí nad tématy zažívaného pocitu životní nespravedlnosti, smrti a sebevraždy. Jenže, co když do terapie má přijít člověk s hraniční poruchou osobnosti, se kterou jsou témata zvýšené citlivosti k vnějšímu potenciálnímu ohrožení, impulzivita, obavy z opuštění, nestability v mezilidských vztazích, sebepoškození a sebevraždy spojována? Pak se náhle v krátkém okamžiku z „hamletovské“ otázky stává otázka terapeutova.

Ve snaze nalézt odpověď na otázku kontaktu mezi odborníky na duševní zdraví a jedinci s hraniční poruchou osobnosti bylo realizováno několik studií. Například Treloar (2009) se specificky zajímal o emoční reakci odborníků na duševní zdraví při jejich kontaktu s pacientem s BPD. Oslovil tyto pracovníky s tím, aby uvedli svůj expertní názor na práci s osobami s hraniční poruchou osobnosti. Respondenti, tedy odborníci na duševní zdraví, sdělovali své nelibé pocity při kontaktu s jedinci s hraniční poruchou osobnosti a v jimi uváděných emocionálních reakcích markantně dominovaly pocity hrozby od pacienta s BPD, frustrace a pocit vlastního odborného selhání.

Autorský tým Black et al. (2011) ve svém zkoumání zaměřil na pracovníky oddělení psychiatrie, kterých do studie bylo zahrnuto několik set. Výsledkem zjištění je poznatek, že bezmála polovina z těchto pracovníků se fakticky snaží systematické činnosti související s osobami s BPD vyhnout. Přirozeně se nabízejí také otázky, které se zaměřují na vztah psychoterapeutických odborníků k lidem s hraniční poruchou osobnosti.

Odpověď nabízí například zjištění týkající se mínění klinických psychologů ohledně relace se třemi skupinami pacientů, které uvedl Seravais a Saudersen (2007). Ti se ve svém zkoumání zaměřili na srovnání mezi depresivními, schizofrenními pacienty a pacienty s hraniční poruchou osobnosti. Výsledek jejich zkoumání poukázal na to, že téměř polovina psychologických odborníků se vůči pacientům s hraniční poruchou osobnosti vymezovala. Dále považovala tyto pacienty za riskantní a za takové, u kterých se snaží vyvinout úsilí za tím účelem, aby se s nimi ani do kontaktu nedostávala.

Výsledky zmiňovaných výzkumů tak přinesly možná pro někoho očekávanou, možná nebyvalou, odpověď na terapeuticky pojatou „hamletovskou“ otázku z počátku kapitoly. V terapeutickém kontaktu s hraničním pacientem se mohou taktéž vyskytnout komplementární reakce ze strany psychiatra nebo psychologa. Tematicky k tomuto Grambal et al. (2017) uvádějí, že eventuelní přítomnost komplementární reakce na hraničního

pacienta vykazuje dispozice pacienta trestat, pomoci mu, ale také jej potenciálně přenechat do péče někomu dalšímu.

Jedním ze symptomů u BPD je pohotová oscilace hraničního jedince mezi polaritami odmítání a dispozicí k navazování intenzivního spojení s druhým, tedy i s terapeutem. Tento projev hraničního jedince je potenciálním iniciačním elementem k následné terapeutově komplementární reakci. Ta nabývá podoby terapeutovi alternace mezi vyjádřením podpory hraničnímu jedinci a nezbytnosti zachování si svého osobního prostoru. Přirozeně tento vymezený fenomén je emočně náročným faktorem realizace terapeutického vztahu s hraničním jedincem a někdy otevírá pomyslné dveře k terapeutově prožívání pocitů viny nebo selhání.

Obeznamenost se svými vlastními limity a hranicemi za jejich současného respektování je zcela na místě. Potenciální rezervovanost z terapeutovi pozice a možná přítomnost terapeutova sebeobranného chování zastává svoji roli také v rámci terapie. Přesto je u jedince s hraniční poruchou potenciálním spouštěčem obavy z opuštění.

Pro znázornění toho, jak takovýto spouštěč může vzniknout, se vraťme nyní k již zmíněné části „černobílého“ příběhu se zdravotní sestrou. V té je popsána situace, ve které hraniční jedinec prožíval intenzivní obavu z opuštění, vzniklou na základě jeho interpretace situace, že s ním příslušná, jeho oblíbená, zdravotní sestra již nemluví. Faktem je, že zmiňovaná sestra psychiatrického oddělení ten den opravdu celkově méně komunikovala. Důvodem nebyla však její tendence se vůči komukoliv na oddělení, nebo dokonce hraničnímu pacientovi, nějak vymezit. V pozadí její snížené hovornosti byla zdravotní indispozice, která ji výrazně omezovala a stěžovala artikulaci.

Maladaptivní kognitivní procesy v podobě dysfunkční interpretace informací hraniční poruchu osobnosti provází společně se vztahovou ambivalencí, narušení identity a maladaptací v emoční regulaci. Ve výše uvedeném fragmentu „černobílého“ příběhu je zachycena situace, kdy se dysfunkční interpretace vnější situace stala zdrojem prožívaného domnělého opuštění u hraničního jedince.

Scott et al. (2017) na základě svého výzkumu poukázali na to, že u osob s BPD vedlo vnímané odmítnutí k intenzifikaci prožívání negativních emocí a vedlo ke zvýšení pravděpodobnosti realizace agresivního aktu. Dále jejich analýza ukázala, že přítomnost hraničních symptomů v případě odmítnutí stupňovala prožívání hněvu a studu s tím, že prožívání hněvu bylo spojováno s agresivitou a snížením afektivní kontroly. Dále poznamenejme, že Miller et al. (1994) zmiňuje vyjádření pacientů s hraniční poruchou osobnosti poukazující na existenci obav z odmítnutí od psychoterapeutů.

Člověk s hraniční poruchou osobnosti je iniciátorem mimořádně intenzivních protipřenosových reakcí, které mohou být úskalím pro terapeutický proces. Mezi reakcemi ze strany psychologa na hraničního jedince uvádějí Grambal et al. (2017) na jedné straně podráždění, hněv a pocity otrávenosti nebo oproti tomu z druhé strany velmi přátelské ladění, tendenci k překračování hranic terapie, eventuálně erotizaci kontaktu s hraničním jedincem.

Behaviorální projevy hraničního jedince v terapii mohou vykazovat přítomnost snahy o testování a překračování hranic terapeutického kontaktu. Testování vytyčených hranic může být ve formě vyžadování kontaktu s terapeutem nad akceptovatelnou a dojednanou frekvenci, prodlužování doby terapeutického setkání nebo stalking ze strany hraničního jedince. Takovéto projevy mohou nabýt například podobu telefonického hovoru, trvajících déle, než bylo domluveno, případně jedinec s hraniční poruchou osobnosti přichází v neočekávané době. Při terapeutickém kontaktu může také jedinec s hraniční patologií volit různá místa a způsoby usazení a jedním z možných projevů bude případná tendence k sezení na zemi.

Taktéž se v terapeutického vztahu projeví přítomnost manipulativních sklonů hraničního jedince. Ta společně se snahou o dosažení bezpodmínečného přijetí, strukturovaného vztahového rámce a impulzivních tendencí bude klást na terapeutický vztah zintenzivněné nároky. Grambal et al. (2017) poukazuje u lidí s hraniční poruchou osobnosti na intenzivní schopnost empatie do objektu s tendencí rozvíjet různorodé koncepce, jak s daným objekt manipulovat a kontrolovat jej. K tomu dále doplňuje, že toto úsilí k usměrňování okolního prostředí je vyjádření snahy o udržení křehkých interních objektů spolu dohromady, které hraniční jedinci díky limitované schopnosti sebereflexe nedokáží ovládat.

S ohledem na zvýšenou senzitivitu k potenciálně ohrožujícím podnětům z okolí signalizujícím nebezpečí, která je přítomná u BPD, můžeme ještě nabídnout alternativní variantu. Tendence kontrolovat a manipulovat s vnějším objektem je snahou o limitaci potenciálního domnělého ohrožení od vnějšího objektu skrze jeho kontrolu a ovládnutí. Náhled na to, že je vnější svět zdrojem potenciálních nebezpečí nebo zranění přirozeně ovlivňuje náhled na formování důvěry k druhým lidem, přirozeně zahrnujícím i osobu terapeuta.

V komunikaci s hraničním pacientem, a také při formování terapeutického vztahu, může být přítomna bariéra tvořená nedůvěrou hraničního jedince se současnou snahou se ubezpečit ohledně zajištění důvěry terapeutovi sdělovaných informací. Testování



terapeutických hranic a tendence o jejich překročení nabývá také například verbální podoby ve formě osobního dotazu přímo na terapeuta, nebo ve formě dotazu eventuálně směřujícího na jiného pacienta, kdy může až nabýt podoby pomyslného boje za jeho práva.

Člověk s hraniční poruchou osobnosti je iniciátorem mimořádně intenzivních protipřenosových reakcí, které mohou být dalším pomyslným úskalím terapeutického procesu. Z terapeutického přístupu je zásadním vizuálním znakem při kontaktu s hraničním jedincem přítomnost stop záměrného sebepoškozování (DSH) nebo jiné náznaky sebedestruktivního chování. Přítomnost DSH nebo výskyt suicidálních tendencí kladou další nároky na terapeuta a jsou tak součástí souboru komplikovaných atributů v symptomatologii hraniční poruchy osobnosti.

## **1.6 Komplikované atributy hraniční poruchy osobnosti**

V předcházejících částech byly uvedeny charakteristické rysy jedince s hraniční poruchou osobnosti společně s diagnostickými kritérii BPD. Platí však, že se popsané rysy mohou vyskytovat paralelně se symptomy příznačnými pro poruchy osobnosti vymezené na ose I. dle manuálu DSM. Pro ucelený náhled na kontext „černobílého“ příběhu zmiňme některé oblasti specifické pro problematiku BPD. Určitá nezbytnost je evokovaná také poznatkem dle Grambal et al. (2017), který uvádí, že lidé s hraniční poruchou osobnosti jsou nositeli dalších psychopatologických fenoménů. Mezi těmito jsou často uváděny disociace (např. depersonalizace, derealizace) a deprese.

Přítomnost jiných psychopatologických symptomů jenom poukazuje na problematičnost při diagnostice a terapii hraniční poruchy osobnosti, přičemž tato náročnost spočívá zejména v komorbiditě s jinými poruchami. Zároveň ke složitosti přispívá také fakt, že pacienti s jinými poruchami mohou vykazovat hraniční rysy, aniž by zcela splňovali diagnostická kritéria hraniční poruchy osobnosti. Oproti tomu 60 % lidí s hraniční poruchou osobnosti zase vykazuje přítomnost symptomů jiné poruchy, přičemž nejčastějšími komorbidními poruchami jsou úzkostné poruchy a těžká deprese (Grilo et al., 2003; Zanarini et al., 1998). I s přihlédnutím k těmto poznatkům ohledně přítomné míry složitosti ve stanovení dg. hraniční poruchy osobnosti jsme v rámci výzkumné části implementovali pro obě skupiny respondentů rozlišovací kritérium na základě hodnoty cut-off skóru dle MSI-BPD. Na základě jeho hodnoty byla klasifikována přítomnost symptomů pro hraniční poruchu osobnosti.

Komorbidity s depresí, posttraumatickou stresovou poruchou a závislostí na návykových látkách je u hraniční poruchy osobnosti rizikovými faktory pro potenciální suicidium. U pacientů s hraniční poruchou osobnosti je hrozba suicidia ve srovnání s neklinickou populací výrazně markantnější. Poukažme také na to, že některé zdroje uvádějí riziko potenciálního suicidia u BPD čtyřikrát větší, než je tomu u neklinické populace (Oumaya et al., 2008).

### **1.6.1 Hraniční porucha osobnosti a deprese**

Na přítomnost deprese u hraniční poruchy osobnosti bylo realizováno několik studií poukazujících na relaci deprese s BPD. Levenson et al. (2012) uvádějí, že diagnóza hraniční poruchy osobnosti je u deprese aspektem prodlužující interval jejího přetrvávání a projevy depresivní poruchy nebo těžké depresivní epizody zažije v průběhu svého života od 70% do 90 % jedinců s hraniční poruchou osobnosti (Agrawal et al, 2004; Skodol et al., 2011, Zanarini et. al., 2003). Faldyna (2000) zmiňuje, že mnohdy jedinec s hraniční poruchou osobnosti zažije první depresivní epizodu před osmnáctým rokem věku a frekventovaně depresi provází současný výskyt disociativních fenoménů depersonalizace a derealizace.

Komorbidity přítomnost depresivní epizody může zastřít charakteristické rysy přítomné u hraniční poruchy osobnosti a taktéž její výskyt je eventuálním činitelem ve spolupráci ze strany hraničního jedince s odborným personálem. Při terapii deprese je nutná adaptace na komorbidity diagnózu hraniční poruchy osobnosti, protože přítomnost charakteristických symptomů BPD může mít na průběh léčby deprese vliv. Terapie hraniční poruchy osobnosti následuje po redukci a stabilizaci depresivních symptomů (Grambal et al., 2017). Basharpour et al. (2016) poukazují na negativní korelaci soucitu se sebou s frekvencí výskytu suicidálních tendencí u pacientů s depresivními příznaky.

### **1.6.2 Sebedestrukce u hraniční poruchy osobnosti**

Jedním z výrazných symptomatologických kritérií u hraniční poruchy je opakovaná realizace záměrného sebepoškozování (DSH – *Deliberate Self Harm*). Záměrné sebepoškozování může nabývat podoby řezání se ostrým předmětem do těla, bušení částí těla do pevné překážky, a to nejčastěji končetinou nebo hlavou. Také jsou z klinické praxe známy případy DSH v podobě leptání povrchu těla kyselinou, pálení cigaretou a případně vytrhávání ochlupení.

Záměrné sebepoškozování (DSH), které se stalo formou k uvolnění vnitřně prožívané tenze u jedince s hraniční poruchou osobnosti, je uvedeno taktéž jako součást

„černobílého“ příběhu v úvodu kapitoly. Jednoduchý řezný nástroj v tomto příběhu vznikl demontováním a narovnáním plechového krytu plynového zapalovače na jedno použití.

Bohus (2005) poukazuje na to, že 80 % případů DSH je realizovaných v analgetickém stavu, tedy že jedinec před a po aktu DSH má omezené vnímání bolesti, které se u jedince následně dostaví cca. 20 minut od vzniku poranění. Některé úvahy pojednávají o možnosti habituace sebepoškozujících se jedinců na vysokou koncentraci endogenních opiátů v dětství. Platznerová (2009) uvádí, že jedinci habituovaní na vysoké dávky endogenních opiátů mohou následně potřebovat v dospělosti supranormální koncentraci endorfinů pro vyrovnání se s působením distresu. Pro jednu pětinu pacientů s BPD je DSH iniciátorem subeuforického prožitku a hraniční jedinci zažívají přes zlepšenou náladu, koncentraci, kreativitu až po prožitky radosti. Což u této skupiny pacientů následně může vést až k tomu, že je DSH ve formě řezání realizováno s každodenní frekvencí (Bohus, 2005).

Z realizovaných rozhovorů s lidmi s hraniční poruchou osobnosti vyplynulo například dále to, že DSH pro ně byla nejenom forma uvolnění tenze, ale také navíc možný způsob vyrovnání se s akutně prožívaným pocitem prázdnoty. Hraniční jedinci zmiňovali, že namísto prázdnoty mají alespoň zážitek kontaktu se svým tělem skrze záměrný sebepoškozovací akt. Taktéž někteří lidé s hraniční poruchou osobnosti zmiňovali úlevu přítomnou v okamžiku taktilního vjemu tekoucí krve na kůži poté, co záměrný sebepoškozovací akt realizovali tím způsobem, že se pořezali.

Mezi sebedestruktivní činy u hraniční poruchy osobnosti jsou zahrnuty rovněž opíjení se, přejídání se nebo patologické utrácení financí a další forma sebedestrukce u této poruchy osobnosti je v podobě výskytu suicidálních tendencí. Suicidální pokus nebo suicidální tendence se mohou dostavit jako důsledek konfliktních okolností a případně také jako impulzivní odezva na odmítnutí, které může být pouze domnělé.

S přihlédnutím k tomu, že tematickou součástí práce je role soucitu se sebou, uvedme pro zajímavost výsledek systematického šetření autorů Cleare, Gumley a O'Connor (2019), který odhalil, že vyšší úroveň soucitu se sebou souvisí negativně s přítomností záměrného sebepoškozujícího chování. Inverzní vztah mezi rozvinutou schopností soucítit se sebou samým a záměrným sebepoškozováním (DSH) také publikovali Garisch a Wilson (2015) ve svém longitudinálním průzkumu. Posouzení rizika záměrného sebepoškozování či suicidálního aktu je prioritní vůči ostatním terapeutickým intervencím. Dle konceptu schématerapie je možné, že do suicidální krize a DSH je funkčně zapojeno několik módů

(Pašková, 2021). Koncept schématerapie a raná maladaptivní schémata jsou uvedena ve třetí kapitole této práce.

### **1.6.3 Mocné emoce: Emoční regulace u hraniční poruchy osobnosti**

Výrazným emocionálním rysem přítomným v životě jedinců s hraniční poruchou osobnosti je afektivní dysregulace, která se bude projevovat v interpersonálním kontaktu s druhými prudkou změnou emocionálních reakcí. Uvedené reakce zahrnují impulzivitu, zvýšenou iritabilitu vůči emočnímu impulzu a dlouhotrvající afekty. Symptodem provázející tuto poruchu osobnosti jsou také zmíněné chronické pocity prázdnoty. Taktéž i tyto mohou být alternovány prudkou změnou afektivity a provázeny změnou sebehodnocení hraničního jedince.

Poznatky z oblasti neurověd směřují k nalezení mechanismů v mozku, podílejících se na impulzivité, agresi a hněvu. Schultze et al. (2016) uvádějí na základě metaanalýzy výsledků fMRI jedinců s BPD zjištění, že v okamžiku procesu zpracování negativního emočního impulzu, je zvýšená aktivita levé amygdaly a levého hipokampu. Současně poukazují získané výsledky na zvýšenou aktivaci v prefrontálních oblastech. Tým Krause-Utz et al. (2014) se zaměřil na integritu svazků bílé hmoty a anatomických a funkčních spojení. Získané výsledky poukázaly na korelaci deficitů ve frontolimbické síti s afektivní nestabilitou, hněvem a tendencí vyhýbat se opuštění.

Zajímavý koncept emoční regulace u hraniční poruchy osobnosti publikovali Carpenter a Trull (2013), kteří zmiňují, že je emoční regulace tvořena čtyřmi složkami, kterými jsou emoční citlivost, přítomnost vhodných strategií regulace emocí, zvýšená a labilní negativní afektivita a přebytek maladaptivních emočních regulací. Emoční regulace je na základě tohoto pojetí komplexním procesem tvořícím jádro hraniční poruchy osobnosti.

Ve vztahovém kontextu se budou obtíže emoční regulace projevovat jako hněv a hostilita k druhým. Hraniční jedinec může pod tlakem ambivalence dichotomických tendencí blízkosti a zachování odstupu často s druhým hostilní vztah dále rozvíjet. Soucit se sebou samým kladným způsobem ovlivňuje stabilitu v interpersonálních vztazích a ukazuje se také být slibnou strategií emoční regulace (Warren, 2015).

## **Černobílý příběh a soucit se sebou samým**

Uvedené jednotlivé fragmenty různých životních příběhů lidí s hraniční poruchou osobnosti nemohou přirozeně nabídnout ucelený náhled, jaký by nabídlo poznání celého příběhu a které by bylo žádoucí v rámci utváření terapeutického kontaktu. Skrze jednotlivé části se však nabízí možnost zamyslet se nad tím, zda by rozvinutí soucitu se sebou mohlo být potenciální možností pro hraniční jedince, jak jednotlivé podoby příběhů směřovat alternativně vůči „černobílé“ perspektivě světa. Směřovat je tak, aby jejich fragmenty mohly nabýt odlišné podoby než ....

*... podoby prázdnoty, která byla na počátku, na konci ... a i vprostřed, jen prázdno. To prázdno je vír v zádech, který vše vysává ...*

*... podoby intenzivního vzteku a bolestivého pocitu opuštění, když se domníváte, že ta vaše oblíbená zdravotní sestra na oddělení s vámi již nemluví...*

*... podoby plíšku vzniklého z krytu škrátka od zapalovače, které se dá v nestřeženém okamžiku odmontovat, narovnat ... a tak z něj vyrobít primitivní řezný nástroj ... a když se cítíte opuštění a odmítnutí tak ...*

*... podoby úvah o sebevraždě, které snad brání ten poslední důvod, proč ještě žít ...*

... tak pak jsou zcela na místě úvahy, jak prožívané zmítání v „černobílé“ emoční bouři zvládnout jinak než do sebe říznout. Pak jsou na místě úvahy o možnostech adaptivního způsobu přijetí svých vlastních emocí a o laskavém postoji k sobě v podobě soucitu se sebou samým.

## **2 Soucit se sebou v „černobílém příběhu“**

### **2.1 Role soucitu se sebou samým v psychopatologii**

Zmíněné jednotlivé fragmenty v „černobílém“ příběhu jsou vzhledem do života lidí s hraniční poruchou osobnosti, jehož součástí jsou mnohdy charakteristické projevy maladaptace. Na diagnózu hraniční poruch osobnosti (BPD) je nahlíženo jako na jednu z těch náročnějších, což může nejednou vést ke stereotypizaci v přístupu a dále k nálepkování osob s diagnózou BPD jako těch obtížnějších. Dle Stanley a Brodsky (2001) je pro odborníky zabývající se duševním zdravím psychoterapeutický kontakt s jedinci s hraniční poruchou osobnosti jednou z nejobtížnějších a zapeklitých výzev, se kterou se střetávají.

Sociální izolace, maladaptace v afektivitě a behaviorálních projevech, impulzivita, prožívání chronického pocitu prázdnoty a obavy z opuštění jsou některé „střípky“ života s BPD. Navíc se k nim častokrát přidává přítomnost suicidálního rizika a realizace záměrného sebepoškození (DSH). Dalším podstatným rysem této poruchy osobnosti je přítomnost afektivní dysregulace. Kognitivní zhodnocení okolností je u BPD limitováno ve své schopnosti korekce dysfunkční emocionality a potenciální vyhodnocení situace je mnohokrát skresleno skrze přítomné dysfunkční kognitivní vzorce (Grambal et al., 2017).

Vedle dalších symptomů zastává v relaci s hraniční poruchou osobnosti také mimořádný význam prožívaný strach z opuštění (Schmahl et al., 2014). Nedostatečně projevovaný zájem, odmítání nebo kritika mohou u hraničního jedince indukovat suicidální rozlady (Praško, 2007). Kognitivní narušení ovlivňuje u hraničního jedince sebeobraz a hodnocení sebe sama a taktéž náhled na signály v sociální interakci a regulaci jeho reakcí. Interpretace posouzení sebeobrazu, prožívání i zdánlivého opuštění a odmítnutí, sebekritika, případně kritika ze strany druhé osoby, to vše jsou potenciálními iniciátory k agresivnímu aktu, který hraniční jedinec cílí často vůči sobě.

Relaci prožívání sebekritiky a soucitu se sebou modelovali Gilbert a Procter (2006). V prezentovaném modelu zmiňovaných autorů jsou soucit se sebou a negativní emoce studu a sebekritiky vůči sobě v opozici. Uvedený model poukazuje na to, že sebekritické myšlenky jsou prostředníkem mezi perzekucí sebe sama a depresí (Gilbert et al., 2004). Dle Southwick, Yehuda, & Giller (1995) je sebekritika v roli kognitivního prekurzoru studu a může mít u hraniční poruchy osobnosti vyšší prevalenci než u těžkých depresivních poruch.

Na základě poznatků z praxe jsou pervazivní vzorce afektivní dysregulace emocí součástí primárního profilu jedince s hraniční poruchou osobnosti. V návaznosti na tuto

charakteristiku u BPD uvažujeme také o soucitu se sebou samým jako o potenciální slibné strategii emoční regulace. Termín soucit se sebou samým je vymezen jako laskavý postoj k sobě, skrze který jedinec přijímá své vlastní emoce i v kritickém okamžiku, případně v okamžiku distresu, aniž by se s nimi nadměru identifikoval, odsuzoval se a jehož prostřednictvím nahlíží na nedokonalost jako na součást lidské existence namísto prožívání pocitu izolace od ostatních (Neff, 2003). V konceptu soucitu se sebou samým jsou tedy integrovány tři komponenty: laskavý postoj vůči sobě versus odsuzování sebe sama, společná lidskost kontra izolace a všímavost versus přílišná identifikace.

Přístup soucitu se sebou samým umožňuje prožívání pocitů péče a laskavosti vůči sobě samému, zaujímání chápavého, neodsuzujícího postoje k sobě samému, k vlastním nedostatkům a selháním a také přijetí toho, že vlastní nedostatky a selhání jsou pro člověka důležité jako součást společné lidské zkušenosti Neff (2003). Tým autorů Jazaieri et al. (2014) uvádí, že soucit se sebou samým neznamena pouze absenci sebekritiky. Na soucit se sebou nahlíží jako na proces, ve kterém má jedinec intenci a motivaci zaujmout a uplatňovat soucitný přístup k sobě samému.

Soucit se sebou samým souvisí s prožíváním menší míry úzkosti, deprese, pocitu osamělosti a sebekritičnosti. Taktéž je soucit se sebou samým spojován s větší mírou emoční resistance, přítomnosti pocitu sociální sounáležitosti a zdravějšími mezilidskými vztahy. Zejména v případě těžkých depresivních poruch se ukazuje, že soucit se sebou samým je nejenom efektivní strategií regulace emocí, ale je také funkční koncepcí při snižování intenzity prožívané depresivní nálady (Warren, 2015).

Závěry publikované v některých realizovaných studiích poukázaly na souvislost soucitu se sebou a výskytu rizikových faktorů. Soucit se sebou samým byl spojován s nižší mírou výskytu rizikové přítomnosti suicidálních myšlenek a záměrného sebepoškození a dále soucit se sebou negativně koreloval s výskytem depresivních symptomů (Tanaka et al., 2011; Collett et al., 2016).

V náhledu na soucit se sebou samým je někdy uvažováno o tom, že se překrývá s konstruktem všímavosti (*mindfulness*), do kterého jsou zahrnuty afektivní, kognitivní, behaviorální a interpersonální procesy (Khoury, 2019), což implikuje k tomu, že všímavost je vícerozměrný konstrukt. V pojetí euroatlantického kulturního okruhu je všímavost operacionalizována jako záměrné nehodnotící uvědomování si přítomného okamžiku. Všímavost se ukazuje být protektivním faktorem podporujícím zpracování intenzivních nebo nežádoucích emocí adaptivním způsobem a tím limitovat možnou realizaci DSH (Kabat-Zinn, 2003). Na potenciální užitečnost všímavosti u hraniční poruchy osobnosti

poukazuje taktéž kolektiv autorů Schoenleber et al. (2014), kteří uvádějí všímavost jako jednu z možných strategií k redukci četnosti a závažnosti prožívaných sebevztažných emocí (SCE), mezi které jsou řazeny pýcha, vina a stud. V realizované studii autoři prezentovali zjištění, že jedinci s hraniční poruchou osobnosti jsou na maladaptivní prožívání sebevztažných emocí mimořádně senzitivní.

Autorská dvojice Yu a Clark (2015) zkoumali vztah mezi všímavostí a výskytem hraničních osobnostních rysů u vzorku z neklinické populace. Jejich zjištění poukázala na to, že aspekty všímavosti diferencovaně souvisejí se symptomy BPD, mezi nimiž je "nesouzení" právě tím aspektem, který nejsilněji souvisí s rysy BPD. Závěr jejich výzkumu naznačuje, že pro pacienty s BPD může být v okamžicích jimi prožívaného hněvu všímavé sebezpozorování adaptivní alternativou oproti ruminaci (Sauer et al., 2021).

Osoby s hraniční poruchou osobnosti (BPD) mají potíže s všímavostí a soucit se sebou samým vysvětluje vztah mezi všímavostí a hraniční poruchou osobnosti. Soucit se sebou samým je výsledkem všímavosti a podporuje jedince s hraniční poruchou osobnosti k formování si laskavého postoje vůči svým emocím a taktéž k sobě samému. Dále se také ukazuje, že všímavost je prediktorem přítomnosti symptomů hraniční poruchy osobnosti a tento vztah je zprostředkován soucitem se sebou samým.

Toto konstatování je podpořeno výsledky studii 29 jedinců s hraniční poruchou osobnosti a 30 zdravých kontrol a následně druhým zkoumáním, do kterého bylo zahrnuto 89 osob z neklinické populace. V obou studiích účastníci vyplnili dotazníky hodnotící soucit se sebou, všímavost, dysregulaci emocí a závažnost výskytu případných symptomů BPD. V obou zkoumáních soucit se sebou samým zprostředkovával vztah mezi všímavostí a závažností přítomných symptomů BPD i mezi všímavostí a dysregulaci emocí (Scheibner et al., 2018).

Role soucitu se sebou a jeho vliv na životní spokojenost byla taktéž předmětem zkoumání v longitudinální studii, do které bylo autory výzkumu zařazeno 462 studentů univerzity. Výsledek této studie ukázal, že vyšší míra soucitu se sebou pozitivně korelovala s prožíváním vyšší životní spokojenosti a osobní pohody respondentů. Současně byla redukčním činitelem intenzity v prožívané úzkosti a případné závažnosti míry depresivních symptomů (Stutts et al., 2018). Téma deprese v návaznosti na hraniční poruchu osobnosti a roli soucitu se sebou je ještě v této práci uvedeno samostatně.



## 2.2 Moc emocí u záměrného sebepoškození

Tendence k záměrnému sebepoškození je u hraniční poruchy osobnosti markantně přítomna a DSH je tématem, které z důvodu své významnosti u BPD dokládá potřebu se jím zabývat. U záměrně sebepoškozujících se osob s BPD byla zjištěna existence výrazně vyššího rizika suicidálního aktu oproti jedincům bez DSH a navíc až 85 % sebepoškozujících se jedinců realizuje nejméně jeden suicidální pokus Stanley et al. (2001). Se zvýšeným rizikem sebevraždy jsou také spojovány psychologické rizikové markery jako je sebekritika, stud, perfekcionismus a izolace (O'Connor & Nock, 2014).

Poznatek uvedený autorským týmem Grambal et al. (2017) poukazuje dále na to, že v případě záměrného sebepoškození nebo suicidálního pokusu se jedná u hraničního jedince mnohdy o snahu vyhnout se negativním emocím a disociaci. U BPD je možná evidentní manifestace intenzivního hněvu a nepřátelství, při které se mohou naplno ukázat projevy emoční dysregulace. Nicméně výzkumné poznatky naznačují, že stud je tou emocí, která může zaujímat centrální význam u hraniční poruchy osobnosti (Rüsch et al., 2007). Což vede následně k formulaci domněnky, že v pozadí chronického hněvu, impulzivního chování, záměrného sebepoškození (DSH) je stud, který přestože není evidentní, je u jedinců s BPD zamaskovaný hostilitou.

Výrazné množství hraničních jedinců zažívá výrazný a chronický stud, jehož intenzivní prožívání by tedy určitým způsobem vysvětlovat vysokou přítomnost záměrného sebepoškození a suicidálních tendencí u osob s touto poruchou. Například ženy s BPD, které projevovali více studu, když hovořili o svém sebepoškození, vykazovali současně vyšší frekvenci výskytu DSH v budoucnu. (Salters-Pedneault & Gans, 2017).

Důležitost zmiňovaného poznatku směřuje k potenciální roli soucitu se sebou samým. Opětovně připomeňme v předchozí kapitole zmíněný model autorů Gilbert a Procter (2006), ve kterém je soucit se sebou protikladně vůči negativním emocím studu a sebekritiky. Roli sebekritiky u DSH dále také zmiňují Hooley et al. (2010), kteří poukazují na to, že sebepoškozující se lidé mohou volit DSH jako způsob emoční regulace z důvodu náhledu na sebe sama jako na špatného, vadného nebo někoho, kdo zaslouží potrestat. Taktéž DSH slouží jako modus zpracování prožívané zdrcující sebekritiky. Autoři St. Germain a Hooley (2013) na základě realizované studie uvedly, že pětiminutová kognitivní intervence zaměřená na posílení náhledu jedince na svoji sebehodnotu, vedla k signifikantní redukci času, po kterou se sebepoškozující jedinci byli ochotni vystavit fyzické bolesti.

DSH se projevuje u hraniční poruchy osobnosti v různých formách a realizace sebepoškozovacího činu může být iniciována poměrně širokou paletou podnětů. Jako jeden z možných podnětů bývá zmiňována potřeba regulace vnitřní tenze jedince, nebo se hraniční jedinec sebepoškozovacím aktem tendenčně snaží o kompenzaci vnitřního pocitu prázdnoty. Přítomnost vyšší senzitivity pacientů s hraniční poruchou osobnosti na odmítnutí nebo nepřijetí vede k tomu, že i zdánlivé důvody interpretované hraničním jedincem jako opuštění nebo odmítnutí, případně také selhání, mohou v tomto jedinci iniciovat nestabilitu náhledu na sebe sama. Záměrné sebepoškozování je také možným komunikačním prostředkem v manipulativní formě a pro jedince s BPD i východiskem z aktuálně zažívané dysforie.

Potřeba, která se však za manipulaci u DSH může skrývat, nemusí být zřejmá ani pro hraničního jedince. Kreisman a Hal (2017) například uvádějí, že se autodestruktivní chování se může vyvinout z manipulativní potřeby soucitu. Důvody k DSH, kterých je z pohledu sebepoškozujícího se jedince celá řada, shrnuje Platznerová (2009) do tří kategorií. Uvádí skupinu důvodů plynoucí z vyjádření kontroly a trestu, DSH jako prostředek komunikace a důvody vyplývající z potřeby regulace afektu.

Výsledky analýzy (Roemer et al., 2015) poukázali na vliv všímavosti na DSH prostřednictvím snížením maladaptace v regulaci emocí, čímž podpořili tvrzení, že rozvíjení všímavosti může být strategií ke snížení probability realizace DSH. Z koncepčního hlediska je přístup všímavosti, tj. přijímání příjemných i bolestivých prožitků v přítomném okamžiku, v kontrastu k motivaci realizace DSH. Tedy vůči tomu buď minimalizovat, vyhnout se, nebo uniknout nežádoucím, intenzivním a případně nepříjemným interním prožitkům. Trénink všímavosti je v klinické praxi mnohdy implementován do psychoterapie psychiatrických poruch, deprese nebo hraniční poruchy osobnosti (Segal et al. 2002) a ukazuje se být efektivní intervencí podporující emoční regulaci (Hayes & Feldman, 2004; Linehan, 1993) a trénink všímavosti je začleňován do psychoterapie různých psychiatrických poruch, včetně velké deprese (Segal et al. 2002) a hraniční poruchy osobnosti.

Taktéž jsou formulovány myšlenky o tom, že rozvíjení soucitu se sebou samým může podpořit jedince v toleranci jeho emočních stavů a takto posílit adaptivní způsoby regulace negativně prožívaných sebevztahných emocí (SCE) a v důsledku toho vést k limitaci realizace záměrného sebepoškozování (Van Vliet & Kalnins, 2011). Současná paradigmata DSH poukazují na význam regulace emocí, na kterou nahlížíjí jako na jeden z hlavních faktorů při realizaci záměrného sebepoškozování. Sebepoškozující se jedinci tak často činí právě proto, aby zvládli intenzivní nebo nežádoucí emoce (Gratz, 2007).

### **2.3 Černobílý příběh více černý: Deprese a soucit se sebou**

Depresivní epizoda, suicidální tendence, suicidální pokus nebo záměrné sebepoškození (DSH) jsou nezdárka tím, co přiměje hraničního jedince vyhledat odbornou pomoc. Chronická velká deprese se často vyskytuje společně s BPD a celoživotní prevalence těžké deprese v průběhu BPD je autory Zanarini a Frankenburg (1995) uváděna 83 %. V klinické praxi tedy dochází k tomu, že se odborníci na duševní zdraví setkávají s lidmi s BPD, kteří v okamžiku tohoto kontaktu mohou vykazovat často přítomnost depresivních příznaků, které se kryjí s BPD a komplikují určení exaktní diagnózy.

Depresivní příznaky, které jsou přítomny v rámci BPD, nejsou zpravidla trvalé a jejich výskyt je spojován s interpersonálním stresem, jenž je indukovaný například v situacích vyvolávajících u hraničního jedince pocit odmítnutí. Depresivní příznaky u BPD mohou také být nástrojem pro vyjádření pocitů a to např. hněvu, frustrace, bezmocnosti, zklamání, které pacient nedokáže vyjádřit adaptivnějšími způsoby.

Přítomnost maladaptivních kognitivních procesů je pro BPD charakteristická a přítomnost této maladaptace ovlivňuje také procesy orientované na soucit se sebou samým (Rüsch et al.; 2007). Stávající poznatky současně naznačují možnost, že soucit se sebou samým je potenciálním faktorem redukcijícím intenzitu emoční reakce na nepříznivé události. U jedinců vykazujících vysokou úroveň soucitu se sebou byl zjištěn menší výskyt negativních behaviorálních projevů a emocionálních reakcí v okamžiku, kdy si představovali nepříjemnou událost (Leary et al.; 2007).

Soucit se sebou samým je také dáván do souvislosti se sníženým výskytem příznaků deprese a prožívané úzkosti v rámci interpersonálního kontaktu (Leary et al., 2007; Allen & Leary, 2010). Pro lidi s hraniční poruchou osobnosti může být interpersonální kontakt a okolní prostředí potenciálním zdrojem emočních nároků vedoucích k emoční dekompenzaci. Taktéž bylo u klinické populace zjištěno, že pacienti s depresí vykazují nižší úroveň soucitu se sebou samým ve srovnání s jedinci bez přítomnosti depresivních příznaků a současně byla zjištěna korelace mezi soucitem se sebou samým a přítomností depresivních symptomů, v jejichž pozadí byl však stud (Krieger et al., 2013).

### **2.4 Emoční bolest u hraniční poruchy osobnosti a soucit se sebou**

Dysregulace emocí je nejednou považována za charakteristický rys u jedinců s hraniční poruchou osobnosti a například Widiger a Costa (2013) označují hraniční poruchu osobnosti jako poruchu s extrémními projevy emoční nestability. Racionální usměrnění

dysfunkční emocionalita u hraničního jedince je limitována v oblasti kognitivního posouzení situace a možných následků akce, která byla realizována pod vlivem emočního impulsu.

Dle Warren (2015) je zlepšení emoční regulace potenciální možností účinného terapeutického působení a faktorem podporujícím tvorbu terapeutické aliance. Ve spojitosti s výskytem tendencí ke vztahové ambivalenci u hraniční poruchy osobnosti, je rozvíjení terapeutické aliance v terapii s hraničními lidmi jednoznačně důležitým prvkem. Warren (2015) taktéž uvádí, že rozvoj strategií emoční regulace je potenciálním a ústředním mechanismem efektivní práce s hraničními jedinci.

Autorská dvojice Daros a Williams (2019) poukázala ve své studii na to, že podstatnou součástí charakteristiky jedinců s BPD je uplatňování neefektivních strategií emoční regulace ve formě suprese, ruminace nebo vyhýbání se. Tedy takových strategií, které naopak mají limitovaný a dočasný efekt emoční regulace a jejich aplikace emoční dysregulaci spíše protrahuje. Taktéž jsou autory Daros a Williams (2019) tyto neefektivní aplikace emoční regulace spojovány s prožíváním negativních emocí u hraničních jedinců.

Autorský kolektiv Bond et. al. (2011) vymezil termín vyhýbání jako komplexní termín pro neochotu prožívat negativní emoce společně s tendencí vyhnout se fyzickým pocitům a myšlenkám, které s těmito emocemi souvisejí. Supresí označuje Gross (2014) snahu o potlačení nebo snížení projevů emoční reakce (expresivní potlačení) a dle autorské dvojice Wegner a Zanakos (1994) se jedná o vědomé a usilovné pokusy o snížení nebo odvrácení pozornosti od sebe samého a potlačení výrazu, myšlenek a pocitů, které jsou jedincem považovány za neúčinné nebo nežádoucí.

Srovnání pacientů s hraniční poruchou osobnosti a kontrolní skupinou tvořenou respondenty z neklinické populace realizoval tým autorů Scheibner et al. (2017), který využil SCS (Self-Compassion Scale). Jejich zjištění poukázalo na významné rozdíly mezi oběma posuzovanými skupinami v soucitu se sebou samým. Pacienti s BPD v porovnání s kontrolní skupinou vykazovali významně vyšší obavy vůči soucitu se sebou samým a strach ze soucitu s druhými (Scheibner et al., 2017). Doplňme, že psychometrické parametry české verze škály SCS pod označením SCS-CZ publikovala autorská dvojice Benda a Reichová (2016).

Výše uvedené studie poukazují na spojitost nedostatečného rozvinutí soucitu se sebou samým s příznaky BPD a dle prezentovaných zjištění je zlepšení soucitu se sebou potenciální cestou ke zredukování emoční bolesti v prožívání lidí s hraniční poruchou osobnosti. Toto je taktéž v souladu s tvrzením autorského kolektivu Feliu-Soler et al.

(2016), kteří uvádějí, že meditace zaměřená na rozvoj soucitu se sebou samým vedla ke snížení sebekritičnosti u hraničních pacientů a podpořila jejich sebepřijetí.

Prohloubení schopnosti soucitu se sebou samým je mnohdy udáváno jako efekt všímavosti (Brown et al., 2007). Návčik všímavosti učí participanty kultivovat nový náhled k jejich interním prožitkům a jeho součástí je regulace pozornosti tak, aby tato byla směřována na bezprostřední prožitek, bez tendence se mu nadměrně vyhýbat či jej enormně ovlivňovat nebo rozvádět. V rámci návčiku se taktéž účastníci učí přistupovat k prožitkům s orientací na jejich přijetí a pozorování, bez ohledu na to, zda je participant prožívá jako žádoucí nebo zda je intenzita takového prožitku považována jako optimální (Bishop et al. 2004).

Afektivní dysregulace, která zahrnuje vysokou iritabilitu vůči zevním podnětům, je jedním z charakteristických rysů u hraniční poruchy osobnosti. Mezi další příznačné charakteristiky u této poruchy osobnosti patří přítomnost suicidálních tendencí, záměrné sebepoškozování a výrazná nestabilita interpersonálních vztahů. Záměrné sebepoškozování (DSH) je jednou z možných dysfunkčních strategií zvládnání intrapsychieho napětí a ukazuje se, že potíže s kontrolou impulzů a limity v adaptivních strategiích regulace emocí mají klíčovou spojitost s hraniční poruchou osobnosti.

S přihlédnutím k popsaným charakteristickým rysům hraniční poruchy osobnosti se jeví jako významný poznatek, že soucit se sebou samým zprostředkovává vztah mezi všímavostí a charakteristickými symptomy této poruchy osobnosti. Dále také je soucit se sebou samým spojovacím prvkem mezi všímavostí a maladaptivní regulací emocí (Scheibner et al. 2017).

Soucit se sebou se jeví být potenciálně univerzálním faktorem nejenom v terapii hraniční poruchy osobnosti, ale lze na něj nahlížet jako na elementární komponentu psychoterapie. Uvedený náhled podporují nikoliv jen již zmiňované zahraniční výzkumy, ale k této tezi přispěla rovněž studie realizovaná v České republice. Autorský tým Benda et al. (2019) s využitím SCS-CZ (Self-Compassion Scale) porovnával míru soucitu se sebou samým mezi neklinickou populací (N = 180) a pěti skupinami tvořenými úzkostnými pacienty (N = 58), depresivními pacienty (N = 57), pacienty s poruchami příjmu potravy (N = 55) a pacienty s hraniční poruchou osobnosti (N = 74). Výsledky tohoto zjištění poukázali na výraznou diferenci (Cohenovo  $d = 1,48-2,27$ ) mezi neklinickou populací a jednotlivými klinickými skupinami. V každé klinické skupině byla patrná výrazně nižší míra soucitu se sebou v porovnání s kontrolní skupinou z neklinické populace.

Všechna zmiňovaná zjištění jsou podkladem pro myšlenku, že soucit se sebou je transdiagnostický psychotherapeutický faktor. Jeví se tedy jako potenciální a důležitá součást psychoterapie a nedostatečná míra soucitu k sobě může být markantním prediktorem poukazujícím na přítomnost psychopatologie (Benda, 2019).

Hypoteticky je možné postupovat v úvahách dále tím směrem, že se hraniční symptomatologie vztahuje k limitně rozvinutému soucitu se sebou samým. S přihlédnutím k této úvaze se jeví být rozvinutí soucitu se sebou samým potenciálním prvkem terapie hraničních jedinců, přinášejícím možnosti v oblasti usměrnění maladaptivních projevů, snížení míry jejich sebekritičnosti, podporou pro sebezpřijetí a faktorem v okamžicích zažívané emoční bolesti.

## **2.5 Vztahová vazba a soucit se sebou samým**

Oblast raných maladaptivních schémat (EMS) je uvedena samostatně v následující kapitole. Protože jsou EMS jsou však součástí konceptu schématerapie, jehož fundamentální bázi tvoří také teorie attachmentu, zasadíme ji do kontextu se seoucítem se sebou. Teorie attachmentu je rovněž zmiňována v souvislosti s rozvojem hraniční poruchy osobnosti.

Lidé s BPD mají často dezorganizovaný typ vztahové vazby (*attachmentu*), který se rozvinul v důsledku mnohdy neřešitelné situace, kterou zažili v dětství. V této situaci nezářídka rodiče pro hraniční jedince představovali jednak ohrožení, tak i potenciální bezpečné útočiště (van Ijzendoorn et al., 1999). Označení nejistá dezorganizovaná vazba je uvedeno v typologii dle Brisch (2011b). Ten prezentuje členění vztahové vazby mezi dítětem a vztahovou osobou na jistě připoutané děti, nejistě připoutané děti s vyhýbavou vazbou, nejistě připoutané děti s ambivalentní vazbou a posledním autorem uváděným typem je dezorganizovaná nejistá vazba. Formování, udržování, narušení a obnovení vazebních vztahů vede ke vzniku intenzivních emocí, které jsou srovnatelně vyvolány úzkostí a prožíváním hrozící ztráty vztahu (Fraley & Shaver, 2000). Se zohledněním tohoto poznatku odkážme opět na „černobílý“ příběh a v něm zobrazené intenzivně a bolestně prožívané emoce u hraničního jedince. Situační kontext u hraničního jedince evokoval jeho představy o rozpadu, i když profesionálního, tak pro něj důležitého vztahu.

Brennan et al. (1998) popsali dvojdimenzionální koncept vztahové vazby jedince a dimenzemi tohoto modelu jsou vztahová úzkostnost a vztahová vyhýbavost, které umožňují deskripci individuálních diferencí. Vztahovou úzkostnost (*attachment anxiety*) charakterizuje strach z odmítnutí, separace nebo strach z opuštění a tato osa reprezentuje

model sebe sama (*model of self*). Na druhou dimenzi, vztahovou vyhýbavost (*attachment avoidance*), je nahlíženo jako na prožívanou nepohodu v okamžicích vztahové blízkosti iniciující vztahovou závislost na druhé osobě a je modelem ostatních (*model of others*) (Brennan et al., 1998) Výsledky výzkumu poukazují na to, že zmiňované modely jsou vzájemně nezávislé a vystihují charakteristiku vztahové vazby dospělého jedince (Bartholomew & Horowitz, 1991).

Zmíňme také výsledky našeho předchozího zjištění týkajícího se tematicky vztahové vazby a soucitu se sebou samým, které jsou uvedeny v bakalářské práci, na kterou tato magisterská práce navazuje. V našem předešlém zjištění jsme porovnávali hodnoty v dotazníku ECR-RS u osob s BPD a respondenty z kontrolní skupiny z neklinické populace. Následně jsme analyzovali vztah mezi hodnotami skóreů na škále soucitu se sebou (SCS-CZ), tendenci s prožíváním studu (TOSCA-3S-CZ) a dimenzemi vztahové vazby – úzkostnosti a vyhýbavosti (ECR-RS). Mezi soucitem se sebou a dimenzí vztahové vazby vyhýbavostí byl identifikován středně silný negativní vztah,  $r(32) = -0,37$ ;  $p = 0,029$ . Výsledky ukazují, že lidé s hraniční poruchou s nižší mírou soucitu se sebou skórují výše na škále vyhýbavosti dle RCR-RS (Vyhnánek, 2018). Další související výsledky zjištění jsou uvedeny ve zmiňované bakalářské práci.

K výsledkům, jež svědčí pro souvislost mezi vztahovou vazbou v dětství a soucitem k sobě v dospělosti dospěli i Benda et al. (2017), kteří pomocí tří různých dotazníkových baterií u tří nezávislých vzorků zjistili 1) korelaci 0,29 ( $p < 0,01$ ) mezi soucitem se sebou a péčí rodičů v dětství ( $N = 263$ , měřeno pomocí PBI); 2) korelaci 0,38 ( $p < 0,01$ ) mezi soucitem se sebou a pocity vřelosti a bezpečí prožívanými v dětství ( $N = 305$ , měřeno pomocí EMWSS-CZ a 3) korelaci 0,30 ( $p < 0,01$ ) mezi soucitem se sebou a emoční vřelostí rodičů v dětství ( $N = 440$ , měřeno pomocí sEMBU).

K formativnímu vlivu rané vztahové vazby jedince v dětství doplníme, že forma attachmentu v dospělém věku nemusí vykazovat nezbytně shodnou podobu s touto ranou vazbou. Odlišnosti mohou být dány taktéž zejména mírou reciprocit, která je přítomna ve vztahu mezi dospělými osobami. Přesto jsou následná rodičovská péče o děti již dospělého jedince, jeho interakce s blízkými osobami a přáteli z okruhu jedince, formativním působením rané vazby ovlivněny (Colin, 1996). Nicméně další jedincovi zažitá zkušenosti vytvářejí potenciál pro modifikaci vztahové vazby v dospělosti, jejíž projevy budou patrné v jeho interpersonálním kontaktu (Mikulincer & Shaver, 2007a). Uvedený poznatek podporuje význam zacílení se na roli terapeutického vztahu, která je v rámci konceptu ST zdůrazňována jako možnost korektivní zkušenosti narušeného attachmentu.

Young (2017) v jednom ze svých rozhovorů vyjádřil, že jim vytvořený koncept schématerapie integruje komponenty dalších psychoterapeutických směrů s tím, že přístup k psychoterapeutickému vztahu v rámci ST je podložen právě poznatky vycházejícími z teorie vztahové vazby (*attachment theory*) Johna Bowlbyho a Mary Ainsworthové. V konceptu schématerapie jsou poznatky z vývojové psychologie a teorie attachmentu vzájemně integrovány s kognitivními a behaviorálními postupy a technikami pracujícími s prožitkem. Základem integrace je iniciální premisa, že se raná maladaptivní schémata rozvíjejí v dětství.

V teoretických východiskách konceptu schématerapie zastává teorie attachmentu důležitou roli zejména pro vývoj osobnosti a rozvoj psychopatologie. Dle tohoto teoretického východiska jsou raná maladaptivní schémata rozvinutá s počátkem v raném věku jedince v důsledku interakce výchovného stylu rodičů, jedincova temperamentu a přítomnosti významných, mnohdy opakujících se, zkušeností, které mohou vykazovat traumatický potenciál. (Young et al., 2005). Emoční vývoj dítěte je silně ovlivněn faktory přítomnými ve vztazích a výskyt jejich narušení podporuje možnost rozvinutí dysregulace emocí Maughan & Cicchetti (2002)

Nosný předpoklad v schématerapii vytváří myšlenka, že raná maladaptivní schémata odrážejí nenaplněné, přesto ale důležité, potřeby dítěte a představují adaptaci na negativní zkušenosti. Jedná se například o neoptimální situaci v rodině s častou přítomností hádek, odmítání, nepřátelství, anebo dokonce zkušenosti s agresí ze strany rodičů, vychovatelů nebo případně vrstevníků. Dále zastávají významnou roli také jedincovi zážitky s nedostatkem lásky, vřelosti a případně s nedostatečnou rodičovskou péčí a podporou (van Vreeswijk et al., 2015). O konceptu schématerapie a jeho východiskách dále pojednává následující kapitola, před kterou jsou uvedeny fragmenty z „černobílého“ příběhu, na které je nahlíženo perspektivou raných maladaptivních schémat.



## Černobílý příběh a raná maladaptivní schémata

Útržky „černobílého“ příběhu jsou pomyslnými nositeli informací o životní cestě lidí s BPD a nabízejí také možnost se na ni podívat perspektivou skrze raná maladaptivní schémata. Tedy nabídnout možnost porozumět módu, který je v pozadí toho, co nabralo v životě člověka s hraniční poruchou osobnosti podoby...

*... podoby prázdnoty, která byla na počátku, na konci ... a i vprostřed, jen prázdno. To prázdno je vír v zádech, který vše vysává ...*

*... podoby intenzivního vzteku a bolestivého pocitu opuštění, když se domníváte, že ta vaše oblíbená zdravotní sestra na oddělení s vámi již nemluví...*

*... podoby plíšku vzniklého z krytu škrátka od zapalovače, které se dá v nestřeženém okamžiku odmontovat, narovnat ... a tak z něj vyrobít primitivní řezný nástroj ... a když se cítíte opuštění a odmítnutí tak ...*

*... podoby úvah o sebevraždě, které snad brání ten poslední důvod, proč ještě žít ...*

V popisovaných situacích došlo u těchto osob s BPD k aktivaci několika raných maladaptivních schémat sdružených do módu. Těmi v uvedených příbězích mohl být mód označovaný jako „*Odtažitý obránce*“ (příznačná přítomnost pocitu prázdnoty), „*Rozzlobené a impulzivní dítě*“ (přítomný intenzivní vztek), „*Trestající rodič*“, „*Odtažitý obránce*“ (vztek na sebe z důvodu své potřeby, sebepoškozování), „*Zraněné dítě*“ (výrazná snaha vyhnout se opuštění).

### **3 Hraniční porucha osobnosti: Trestající kritik, opuštěné dítě a odtažitý ochránce**

#### **3.1 Základy konceptu schématerapie, jeho východiska a efektivnost**

I když jednotlivé části v „černobílém“ příběhu zachycují životní okamžiky odlišných lidí, přesto je v pozadí protíná pomyslná společná linka. V ústředí každé z popsaných situací byl člověk s hraniční poruchou osobnosti a tou linkou, která kříží jednotlivé lidské příběhy, jsou intenzivně prožívané emoce. Bouřlivé emoce, které budou rovněž jako symptom přítomny v terapeutickém kontaktu s hraničním jedincem. Nebudou v něm však osamoceny.

Dichotomický náhled hraničního jedince oscilující mezi adorací a devalvací bude součástí toho, co bude exponovat osobu terapeuta. Současně je terapie také prostorem, ve kterém budou přítomny extrémní v behaviorálních projevech hraničního jedince, impulzivita, fluktuace v afektech, náladách, projektivní identifikace a záměrné sebepoškozování (DSH). S odkazem na „černobílý“ příběh a také obrazně popsáno s využitím terminologie schématerapie (ST), je to v terapii s člověkem s hraniční poruchou osobnosti v některých chvílích zdánlivé setkání se s projevy Opuštěného dítěte, Trestajícího kritika a Odtažitého ochránce.

Užité pojmy jsou označením jednotlivých módů ve schématerapii (ST), kterou vyvinul Jeffrey E. Young pro práci s pacienty s charakteristickými a chronickými problémy. Schématerapie je integrativním systematickým přístupem opírajícím se o kognitivně behaviorální terapii (KBT) a vycházejícím dále také z teorie attachmentu, gestalt terapie a psychodynamické perspektivy. V ST je zdůrazněno zaměření se na počátky rozvoje psychického problému v dětství nebo adolescenci, na techniky pracující s emocemi, vztah pacient-terapeut a práci s maladaptivními copingovými styly (Young et al., 2003). Jedná se o integrativní formu psychoterapie, ve které je na terapeutický vztah nahlíženo jako na potencialitu k realizaci korektivní emoční zkušenosti jedince, která následně umožní modifikaci poruch attachmentu.

V první fázi vývoje schématerapie došlo k vytvoření konceptu autorem Jeffrey E. Youngem, na který navázalo ověřování vystavěného konceptu v klinické praxi na základě konzultací s odborníky na duševní zdraví. Druhá fáze zahrnovala realizaci kontrolované randomizované studie (RCT - *Randomized Controlled Trial*) holandskými výzkumníky. Do realizace této RCT bylo zapojeno značné množství holandských psychologů, kteří se podíleli na formulování a vývoji klinických a teoretických modelů. Ve třetí etapě byl koncept schématerapie rozšířen na základech studie autorem Farrell a Shaw o model skupinové

terapie (van Vreeswijk et al., 2015). Metody individuální i skupinové terapie, které jsou charakteristicky zaměřeny na hraniční poruchu osobnosti, jsou součástí schématerapie a ta se ukazuje být efektivním přístupem pro terapii této PO. Giesen-Bloo et al., (2006) uvádějí signifikantní zlepšení klinických symptomů přibližně u dvou třetin jedinců s hraniční poruchou osobnosti.

Nabízí se přirozeně otázka, jakým způsobem nahlíží na schématerapii a užitečnost jejích prvků ti, kterých se přímo týká, tedy lidé s hraniční poruchou osobnosti. O nalezení odpovědi usiloval realizací kvalitativní studie autorský tým Tan et al. (2018), který se cíleně zaměřil na to, jak terapii prožívají jedinci s hraniční poruchou osobnosti. Dále bylo předmětem analýzy také to, jaké konkrétní prvky v terapii považovali za efektivní, nebo které naopak pokládali za neúčinné. Do studie byly zahrnuti hraniční jedinci, kteří absolvovali intenzivní ST po dobu nejméně dvanáct měsíců ve skupinové formě nebo v kombinaci skupinové a individuální terapie.

Celkem bylo autory realizováno 36 polostrukturovaných rozhovorů a respondenti byli rekrutováni v rámci mezinárodní multicentrické randomizované kontrolované studie (RCT). Ve výzkumu bylo zahrnuto 11 australských, 12 nizozemských, 13 německých respondentů a získána data byla následně analyzována s využitím postupů kvalitativní obsahové analýzy. Z rozhovorů vyplynulo, že hraniční jedinci jednoznačně jako přínos vnímali lepší porozumění sobě samému a zlepšení v oblasti regulace emočních procesů. Oproti tomu považovali zážitkové techniky ve schématerapii sice jako nezbytné, přestože na ně současně nahlíželi jako na emočně konfrontační Tan et al. (2018).

Ačkoliv jsou kognitivní a behaviorální techniky součástí ST, existují primární body, které diferencují schématerapii od KBT. Jejich implementací se koncept schématerapie snaží o realizaci několika vymezených terapeutických a tyto lze formulovat dle Pašková (2021) následovně:

- Implementace integrativních a na práci s emocemi zaměřených technik
- Existence širšího koncepčního rámce, jehož součástí jsou emoční, aktivace a modus zvládnání maladaptace
- Zdůraznění významu terapeutického vztahu jako korektivní emoční zkušenosti, usměrňující poruchy vztahové vazby (*attachmentu*)
- Uplatnění modelu podloženého poznatky z vývojové psychologie

Zmiňovaná psychiatrička a psychoterapeutka MUDr. Beáta Pašková (v minulosti vedla oddělení pro poruchy osobnosti a krizové oddělení pro ženy v Londýně, Cambridge a Coventry) založila v roce 2018 v České republice První Institut schématerapie České republiky a Slovenska ([www.schematerapie.cz](http://www.schematerapie.cz)). K terapeutickému konceptu ST uvádí následující: „*Schematerapie popisuje model psychopatologie a vysvětluje etiologické a klinické projevy duševních poruch, na kterých staví psychoterapeutické postupy. Je transdiagnostická, ale zároveň rozvíjí i specifické intervence u jednotlivých poruch. Zaměřuje se intenzivně na hraniční poruchu osobnosti a rozvíjí postupy jak v individuální, tak skupinové formě*“ (Pašková, 2021, 71).

V kapitole tematicky zaměřené na primární profil jedince s hraniční poruchou osobnosti jsme prezentovali názor některých odborníků na duševní zdraví, ve kterém poukazovali na to, že lidé s BPD představují zatížení systému zdravotní péče Kealy a Ogrodniczuk (2010). Domníváme se, že v tomto úhlu pohledu je skryta potřeba nutnosti zkoumání terapeutických možností hraniční poruchy osobnosti a současně tento náhled vnímáme jako pobídku pro hledání odpovědi například na to, jaká je nákladovost ST ve srovnání s jinými přístupy.

V multicentrické studii v Nizozemsku byla z pohledu nákladovosti srovnávána schématerapie (ST) a terapie založená na přenos (TFP). Ústředním prvkem TFP je vyjednaný léčebný kontrakt mezi pacientem a terapeutem, který vymezuje rámec terapeutické intervence. Za zotavení je v TFP považována fáze, ve které je dosaženo integrace tzv. dobré a špatné reprezentace sebe sama i druhých a jsou vyjasněny primitivní internalizované objektové vztahy. V popisované studii byli pacienti s hraniční poruchou osobnosti ( $n = 86$ ) náhodně rozčleněni do dvou skupin a to ST ( $n = 42$ ) a TFP ( $n = 44$ ). Před randomizací bylo realizováno úvodní hodnocení, které se po dobu tří let opakovalo pravidelně každé tři měsíce a závěrečná realizace kontrolní evaluace proběhla čtyři roky od úvodního rozhovoru. Obě terapeutické intervence (SF a TFP) zahrnovaly individuální terapie sestávající z minimálně 50 realizovaných sezení s frekvencí nejméně dvakrát týdně (van Asselt et al., 2008).

V závěru studie byl zhodnocen stav pacienta na základě indexu závažnosti hraniční poruchy osobnosti Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI) a nákladová efektivita byla posouzena s využitím skóre užitku (utility) EQ-5D, které bylo použito pro výpočet kvalitou přepočtených roků života QALY (Quality Adjusted Life Year). Zjištění poukázalo na to, že terapeutická intervence využívající ST byla o cca. 90.000 € nákladově efektivnější ve srovnání s TFP (van Asselt et al., 2008).

V této studii se schématerapie ukázala jako účinnější terapeutický přístup vůči TFP v posouzení celkové účinnosti léčby, snížení výskytu hraničních rysů, menším počtu pacientů, kteří léčbu nedokončili – v průběhu terapie opustilo skupinu předčasně dvanáct účastníků ve skupině ST a 22 účastníků ve skupině TFP. Dále se ST ukázala být efektivnější v dosažení úrovně zlepšení kvality života po realizaci terapeutické intervence. (Giesen-Bloo et al., 2006). Uvedme také, že k efektivnosti schématerapie autoři Farrell et al. (2009) uvádějí vymizení hraničních rysů u 94% pacientů, kteří ST absolvovali. Nahlížíme na uvedený údaj také na jako možný podnět k zamyšlení, zda vymizení příznaků je zárukou pro následné období života jedince. Čímž však nechceme snižovat význam uvedeného údaje.

### **3.2 Vývoj raného maladaptivního schématu**

S přihlédnutím k nosnému a stěžejnímu předpokladu rozvoje projevů maladaptace v dětství nebo adolescenci, se ST v počátku orientuje na identifikaci souboru univerzálních emocionálních potřeb (Rafaeli et al., 2011). Dle schématerapeutického konceptu nedostatečná saturace primárních dětských potřeb vytváří podklad pro vývoj osobnostní patologie a s ní související maladaptaci v emoční regulaci. Neuspokojené emoční potřeby v dětství mnohdy implikují k rozvoji tzv. raných maladaptivních schémat (EMS - *Early Maladaptive Schema*), přičemž vrozený temperament dítěte pro rozvoj tohoto EMS je významným činitelem (Pašková, 2021).

Schémat se rozvíjejí podle míry a kvality naplňování tzv. základních emočních potřeb v dětství. Pokud jsou tyto potřeby dostatečně saturovány, dítě vytváří adaptivní psychologické vzorce, takzvaná adaptivní schémata, prostřednictvím kterých posuzuje a vyhodnocuje svou realitu (Rafaeli et al., 2011) Zasaďme i tento poznatek do souvislosti s jedním střípkem „černobílého“ příběhu, a to popisovanou situací se zdravotně indisponovanou sestrou na psychiatrickém oddělení. Nastalé situační okolnosti byly ze strany hraničního jedince vyhodnoceny jako tendence dané sestry s ním nekomunikovat, stranit se mu a celá situace následně vyústila v jeho bolestivě prožívaný pocit opuštění.

Autoři Young et al. (2003) uvádějí, že základní emocionální potřeby jsou pro každého člověka univerzální s tím, že někteří jedinci tyto potřeby mají silnější než druzí. Význam raných životních zkušeností spatřují zmiňovaní autoři zejména v tom, že neoptimální (doplňme, že autoři doslova zmiňují toxické) zkušenosti v dětství jsou primárním původcem raných maladaptivních schémat. Za takto nastavených okolností

interakce mezi vrozeným temperamentem dítěte a raným prostředím vede spíše k frustraci než k uspokojení těchto základních potřeb.

Pět univerzálních základních lidských potřeb je dle Young et al. (2003) vymezeno následovně:

1. Bezpečná vztahová vazba (*secure attachment*) na druhé (zahrnující jistotu, stabilitu, péči o rodinu a přijetí)
2. Autonomie, kompetence a smysl pro vlastní identitu
3. Svoboda ve vyjadřování validních potřeb a emocí
4. Spontaneita a hra
5. Reálné hranice a sebekontrola

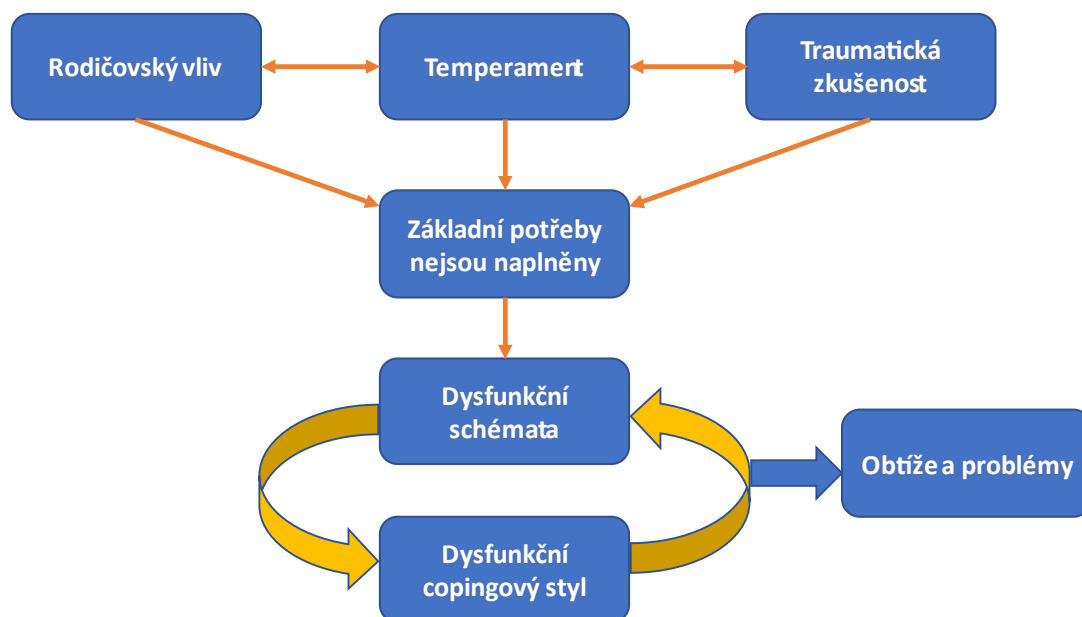
Maladaptivní schémata jsou psychologické konstrukty, které pojmají přesvědčení o sobě samých, světě a ostatních lidech a jsou rozvinuty v důsledku interakce neuspokojených základních potřeb z dětství, vrozeného temperamentu a prostředí (Farell et al., 2014).

Zmiňovaná maladaptivní schémata zastávají často v dětství adaptační roli, pokud jde o překonání nastalé situace vyplývající jako důsledek averzivního působení vnějšího prostředí. V dospělosti jsou však maladaptivní schémata nepřesná, dysfunkční a omezující (Farell et al., 2014). Ukazuje se, že vrozené temperamentové rysy jedince jsou zásadně formovány případnými extrémně příznivými nebo naopak extrémně nepříznivými podmínkami raného prostředí. Nelze však říci, že všechna maladaptivní schémata jsou rozvinuta na základě traumatické příčiny. Veškerá EMS jsou však pro jedince destruktivní a jsou rozvinuta jako důsledek negativní a opakující se zkušenosti v průběhu dětství nebo jedincova dospívání (Grambal et al., 2017).

Young et al. (2003) nepředpokládají, že se děti tak zcela identifikují s rodiči, že vše od nich internalizují. V průběhu vývoje se samy ztotožňují a internalizují určité aspekty ze strany pro ně významných osob a některé z těchto identifikací a internalizací se případně rozvíjejí do schémat a z některých se stávají copingovými styly zvládnání situace.

Schémat, která se rozvíjejí v raném věku a jsou nejvýraznější, obvykle pocházejí z nukleární rodiny (Young et al., 2003). Následující obrázek uvádí rozvoj raného maladaptivního schématu (dysfunkčního schématu) a zobrazuje vzájemnou interakci temperamentu jedince, rodičovského vlivu a působení averzivních vlivů vnějšího prostředí, které je potenciálním zdrojem opakující se negativní (případně traumatické) zkušenosti.

**Obrázek 1:** Rozvoj maladaptivního schématu (Arntz & Van Genderen, 2021)



Young et al. (2003) uvádějí čtyři typy raných životních zkušeností, které podporují rozvoj schémat. Jedná se o frustraci základních potřeb, traumatizaci nebo viktimizaci, selektivní internalizaci nebo identifikaci s významnou osobou a hyperkompenzací. Tou je v tomto případě míněna přílišná intenzita v poskytované péči ze strany rodičů, která by v úměrné míře byla jinak zcela v pořádku a adaptivní.

### 3.3 Copingový styl zvládnání a copingová reakce

Na předešlém obrázku znázorňujícím rozvoj maladaptivního schématu je uveden dysfunkční copingový styl. Nezbytnost vzájemně odlišovat copingový styl od raného maladaptivního schématu vychází z toho, že každý jedinec aplikuje rozdílné copingové styly v odlišných fázích svého života a v různých situacích. Znamená to, že aplikovaný copingový styl se může pro dané schéma v průběhu času modifikovat, zatímco schéma je identické (Grambal et al., 2017). Z modelu rozvoje schémat, tak jak jej formuloval Young et al. (2003), vyplývá, že lidé používají specifický copingový styl v okamžiku aktivace maladaptivního schématu, nebo v okamžiku pravděpodobné aktivace EMS, jako odpověď na potenciaální přítomnost ohrožení.

Copingové styly schémat hyperkompenzace, vyhýbání se a kapitulace se kryjí se základními reakcemi na ohrožení v podobě boje, úniku nebo ustrnutí a každý ze zmíněných

copingových stylů operuje mimo vnímané vědomí. Uváděné copingové styly a jejich kombinace mohou být u dítěte reakcí na ohrožení základních dětských potřeb. To například nabývá například formu frustrace emoční potřeby bezpečí, realistických hranic nebo přijetí a potenciální ohrožení vyplývá z averzivních podmínek vnějšího prostředí (Grambal et al., 2017).

Ověřit bazální předpoklad modelu maladaptivních schémat, tedy spojitost výskytu psychopatologie, EMS a copingových stylů, si dali za cíl ve své studii autoři van Wijk-Herbrink et al. (2018). Do klinického i referenčního vzorku z populace zahrnuli 699 adolescentů ve věkovém rozpětí od 11 do 18 let ( $M = 14,6$ ;  $SD = 1,6$ ) a z toho 45 % ve skupině respondentů tvořili muži. Všichni účastníci vyplnili sebehodnotící dotazníky zaměřené na EMS, copingové styly, schéma módy a problémy s chováním. Studie ukázala, že copingové styly zvládnání jsou mediátorem vztahu mezi EMS a schéma módy. Raná maladaptivní schémata mohou být základem přítomnosti psychopatologie a záleží na copingovém stylu, respektive na schéma módu, zda aktivace EMS vyústí k projevům psychopatologie (Arntz & Van Genderen, 2009).

**Obrázek 2:** Posloupnost rozvoje od schématu k symptomům  
(Arntz & Van Genderen, 2021)



Copingový styl se manifestuje skrze jedincovu kognici, afekty nebo chování a je tvořen komplexem copingových reakcí, které jsou pro jedince typické při úniku, hyperkompenzaci nebo kapitulaci. Pojem copingový styl je tedy diferentní od copingové reakce. Dle Young et al. (2003) je copingový styl způsobem zvládnání podnětu aktivujícího schéma s využitím úniku, kapitulace nebo hyperkompenzace a copingová reakce je individuální, idiosynkratická, forma manifestace zmiňovaného způsobu. Copingový styl je vyjádřen copingovými reakcemi. Například, nastane-li problematická rodinná situace u jedince s rozvinutým schématem vadnosti a studu a využívajícím copingový styl pasivního



přežívání, může tato vyústit v abúzus alkoholu u jedince, který je copingovou reakcí (Procházka, 2018).

Copingové styly a copingové rakce se obvykle vyvíjejí v dětství jako výsledek snahy o adaptaci se na měnící životní okolnosti. Přestože původně měli v daný okamžik adaptační význam, nakonec se stanou nepružnými nebo maladaptivními (Rafaeli et al., 2011).

### **3.4 Raná maladaptivní schémata a hraniční porucha osobnosti**

V souhrnném vymezení jsou raná maladaptivní schémata dle Young (1990) rozsáhlé pervazivní vzorce s počátkem v dětství nebo v období dospívání; v těchto vzorcích jsou integrované vzpomínky, pocity, myšlenky a také tělesné pocity; EMSs mají celoživotní vývoj; jsou významným původcem jedincových problémů v rozličných oblastech jeho života a vztahují se k jeho osobě nebo k jeho interpersonálním vztahům. Raná maladaptivní schémata se manifestují v emocionalitě i kognici jedince a jsou predispozicí pro jeho maladaptivní chování, přičemž EMSs nejsou komponentou jeho behaviorálních projevů. Maladaptace v chování je konsekvencí přítomného EMS, které chování usměrňuje.

U hraniční poruchy osobnosti jsou frekventovanými schématy zejména ty, která jsou navázána tematicky u jedince na pocity nemilovanosti a defektnosti, opuštění a ztráty, závislosti a nekompetence (Young, 1990) Pokud propojíme tento poznatek týkající se maladaptivních schémat u BPD s úvodním „černobílým“ příběhem, vystoupí zřetelněji z „černobílé“ dichotomie bolestně prožívané pocity hraničního jedince. Ty jsou přítomny v podobě zdánlivého opuštění, nepřijetí a zažívané vadnosti vlastních potřeb.

Současně kontext popisované situace prezentuje také poznatek poukazující na to, že skupina pacientů s hraniční poruchou osobnosti je nositelem rizika setrvání v terapii. Přítomnost nekonzistentnosti v náhledu hraničního jedince na přijetí od ošetřujícího personálu a jeho zvýšená potřeba pozornosti jej činí senzitivnějším na signály i domnělého opuštění. (Pietromonaco & Barrett, 2000). U hraniční poruchy osobnosti jsou přítomné pervazivních vzorce nestability sebeobrazu a také interpersonálních vztahů.

Zmiňovaná situace v příběhu se zdravotní sestrou je jedním z příkladů okolností, které mají aktivační potenciál pro EMS. Rané maladaptivní schéma označené jako „Emoční deprivace“ - tedy neuspokojivé naplnění emočních potřeb, je jedno z těch, které je u osob s hraniční poruchou osobnosti výrazné. Popisovaná situace v sobě může zpodobňovat prvky analogické vůči jiné, která pro jedince znamenala v dětství potenciálně traumatickou zkušenost. Na jejím základě se následně stala aktuální situace aktivačním činitelem EMS

s takovým pravděpodobným projevem v kognici jedince, že v obvyklé míře nikdo nemůže naplnit jeho potřeby emoční podpory, přijetí a pozornosti.

Aktivace raného maladaptivního schématu u dospělého jedince iniciuje negativně prožívané emoce. Jednotlivá EMSs se liší z pohledu náročnosti a pronikavosti a k aktivaci náročnějšího EMS je nezbytný početnější výskyt aktivujících situací (Grambal et al., 2017). Charakteristická EMSs zformovaná u lidí s hraniční poruchou osobnosti jsou uvedena v následující tabulce.

**Tabulka 3:** Raná maladaptivní schémata u hraniční poruchy osobnosti (Grambal et al., 2017, 206)

Raná maladaptivní schémata	Možné projevy v kognicích
Opuštění/ztráta	Vždy budu sám. Nikdy tady nebude nikdo pro mne.
Nehodnost lásky/vadnost	Nikdo mne nebude mít rád, když skutečně pozná, jaký jsem.
Závislost	Sám to nezvládnou. Potřebuji někoho, kdo mne podpoří.
Podrobení se/ ztráta individuality	Musím podrobit svá přání potřebám druhých, protože jinak mne opustí.
Nedůvěra	Lidé mi ublíží, napadnou mě, budou ze mne těžit. Musím se chránit.
Nepřiměřená sebedisciplína	Nedokážu se kontrolovat, ani být disciplinovaný.
Strach ze ztráty emoční kontroly	Musím kontrolovat své emoce, jinak by se mohlo stát něco hrozného.
Vina/trest	Jsem zlý člověk. Zasloužím si potrestání.
Emoční deprivace	Nikdo nemůže naplnit moje potřeby. Není nikdo, kdo by byl natolik silný, aby se o mně postaral.

Schémat a copingové styly zvládnání jsou v aplikovaném modelu v rámci schématerapeutického přístupu jeho principiálním fundamentem. Schémata se rozvíjejí na základě nenaplněných potřeb v průběhu raných fází života jedince a jejich přítomnost komplikuje následně v dospělosti naplnění základních emočních potřeb (Rafaeli et al., 2011). Young (2003) vymezil 18 specifických EMSs a tři copingové styly schémat hyperkompenzace, vyhýbání se a kapitulace a ty jsou zmíněny v předchozí kapitole. Copingové styly schémat se vztahují k formě adaptace dítěte na potenciálně traumatizující zkušenosti v dětství s tím, že někteří jedinci vůči svým schématům kapitulují, další se vůči bolestivé zkušenosti blokují nebo vyvíjejí snahu uniknout a jiní jedinci zase hyperkomenzují.

Young et al. (2003) definují dvě primární operace se schématy: udržování a uzdravení raného maladaptivního schématu, které je cílem terapeutické práce. Maladaptivní copingové styly jsou mechanismy, které si pacienti vyvinou v raném věku za účelem adaptace vůči schématu. Avšak uvedené mechanismy vedou ve výsledku k tomu, že je schéma permanentní.

Uzdravením schématu je myšleno dosažení takové změny v chování, kdy maladaptivní copingové styly jsou substituovány adaptivnějšími způsoby jednání. Se schématem jsou spjaté vzpomínky a úplné uzdravení EMS je jen ideálně dostupným stavem. Přesto terapeutický proces podporuje to, že je následně EMS obtížně aktivovatelné, případně v okamžicích jeho aktivace není toto schéma pro jedince tak zahlcující (Grambal et al., 2017).

Copingové reakce na schémata jsou mnohdy komplikací při jedincově uzdravení se z raného maladaptivního schématu. Jedinci, kteří vůči schématu kapitulují mohou vyhledávat nebo udržovat nadále destruktivní vztahy, které spíše podporují perzistenci schématu oproti jeho uzdravení. Dále ti jedinci, kteří se vyhýbají, mohou například zase v terapeutickém procesu selhávat z důvodu tendence uniknout před negativními emocemi, které jsou iniciátorem příslušného schématu. Jedinec se tak brání emocím se schématem souvisejícím. Hyperkompenzace je zase možným opěrným mechanismem pro překonání emocionálních pocitů deprivace a defektnosti. Kognitivní omyly, copingové zvládací styly a devastující životní vzorce vůči sobě samému schéma udržují a posilují (Grambal et al., 2017).

Protože je práce se schématy důležitým prvkem schématerapie, je potřebné schémata rozpoznat. Terapeut má k dispozici nástroje, které mu mají pomoci s identifikací přítomných jedincových schémat (Young et al., 2003). Toto lze učinit na základě vyhodnocení dotazníku YSQ-S3 (*Young Schema Questionnaire*), který je dále popsán v empirické části této práce. Je však důležité uvést, že zmiňovaný dotazník YSQ-S3 nezastává diagnostickou roli a jeho vyplňování může být ze strany jedince ovlivněno aktivní přítomností některého módu (Pašková, 2021).

U jedinců s BPD je charakteristické, že je na základě dotazníku YSQ identifikováno významné kvantum maladaptivních schémat (Pašková, 2021). Dle vyjádření Young et al. (2003) může nastat situace, kdy jsou identifikováno takřka veškerá z šestnácti potenciálně možných schémat s tím, že frekventovanými EMSs jsou schémata opuštění, nedůvěry/zneužívání a vadnosti/studu. Se zohledněním možného výskytu velkého množství EMSs se v rámci schématerapie aplikuje přístup k práci se schéma módy, ve kterých se

několik schémat manifestuje paralelně (Pašková, 2021). Například pokud má pacient s BPD suicidální nebo parasuicidální sklony, je důležité, aby terapeut rozpoznal, v jakém módu toto prožívá. Dle ST má v každém z módů pacient jiný důvod k úvahám o sebevraždě a terapeut tak zaměřuje řešení sebevražedných tendencí v souladu s tímto módem, který je jejich iniciátorem Young et al. (2003).

### **3.5 Schéma módy a hraniční porucha osobnosti**

Terapeutické zkušenosti s lidmi s hraniční poruchou osobnosti poukazyvali na přítomnost značného kvanta manifestujících se schémat a copingových reakcí v jednu okamžiku. Jejich počet tak byl zátěží pro terapeutický proces, a to nejenom pro samotného jedince s BPD, ale také bylo komplikované pro terapeuta s tímto počtem najednou pracovat. Tento poznatek, poukazující v terapii na přítomnost projevů instability u lidí BPD, byl impulzem k tomu, odklonit se v rámci ST od modelu rysů a směřovat více k modelu charakterizujícího stavy jedince. V podstatě počet přítomných schémat u lidí s BPD byl příliš veliký a zatěžující proto, aby bylo reálné s ním v jednom okamžiku terapeuticky a tento poznatek byl impulzem k vymezení schéma módů. Ty se tak staly primárním základem modifikace terapeutického přístupu v konceptu ST (Young et al., 2003).

Módy se vztahují k aktuálně převládajícímu emočnímu stavu, schématům a copingovým odpovědím, které jsou u jedince v daném okamžiku aktivní. V kontrastu vůči pojetí schémat, která lze považovat za relativně stabilní a charakteristické rysy u jedince, vykazují módy markantně tranzitivní charakter. V daném okamžiku je u jedince přítomen převážně jeden z módů (Rafaeli et al., 2011) Ten je typickým vyjádřením jeho aktuálního stavu v momentu aktivace schématu, potažmo v té chvíli, kdy je u jedince aktivních více schémat. Znamená to, že v módu je zahrnuto nejenom příslušné schéma, ale jeho součástí je rovněž behaviorální reakce jedince, která k dotyčnému módu náleží (Young 2003; Pašková, 2021). Módem jsou myšlena charakteristická seskupení schémat nebo copingových reakcí.

Z uvedeného vyvozujeme, že každý jednotlivý člověk vykazuje určitá příznačná schémata v pro něj typických situacích. Young et al. (2003) identifikovali deset módů schémat, která seskupili do čtyř širších kategorií označených jako dětské módy, dysfunkční copingové módy, dysfunkční rodičovské módy a mód zdravý dospělý. Se zohledněním dalšího rozvoje schémat terapeutického konceptu uvádí k označení módů Pašková (2021) diferenciaci maladaptivních schéma módů, ve které odlišuje dětské módy, módy Kritika

(dříve uváděné jako Rodičovské módy) a copingové módy. Dále také zmiňuje dva adaptivní módy označované jako Šťastné dítě a Zdravý dospělý.

Lidí s hraniční poruchou osobnosti obvykle vykazují čtyři charakteristické módy a poměrně rychle přechází z jednoho do druhého (Young et al., 2003), což samo o sobě může být terapeutickou výzvou v terapii s hraničními jedinci. Pašková (2021) z pohledu ST poznamenává další možné náročné oblasti v terapii osob s hraniční poruchou osobnosti.

Zmiňuje také nízkou úroveň emočního uvědomění si (*low emotional awareness*), přítomnost velkého počtu maladaptivních schémat a rychle alternující maladaptivní zvládací módy (*mode flipping*). Dále také uvádí intenzivní rozvinutí represivních módů Trestajícího Kritika a Náročného Kritika, nepříliš rozvinutý mód Zdravého dospělého a nejistou vztahovou vazbu (*insecure attachment*). V následující tabulce jsou zmíněny nejčastěji aktivované módy u člověka s BPD s uvedením funkce, charakteristických projevů a příznaků pro daný mód.

**Tabulka 4:** Nejčastěji aktivované módy u člověka s BPD (Grambal et al., 2017, 223)

Modus	Funkce, projevy a příznaky jednotlivých módů
„Zraněné dítě“	Bezmocné při naplňování svých potřeb nebo hledání ochrany Projevy a příznaky: deprese, beznaděj, závislost, ustrašenost, obět', pocity bezcennosti, neschopnosti vzbudit v druhých lásku, ztráta, zoufalé úsilí vyhnout se opuštění, idealizace pečovatelů
„Rozzlobené a impulzivní dítě“	Funkce: chová se impulzivně, aby dosáhlo svých potřeb, ventiluje své pocity nevhodným způsobem Projevy a příznaky: intenzivní vztek, impulzivita, požadovačnost, znehodnocování, „manipulativnost“, kontrolování, zneužívání, vyhrožování sebevraždou, promiskuita
„Trestající rodič“ *	Jde o internalizaci kritických rodičů Funkce: trestá dítě za potřeby a pocity nebo děláni chyb Projevy a příznaky: sebenenávist, sebekritičnost, sebepopření, sebepoškozování, vztek na své potřeby
„Odtahitý ochránce“	Funkce: potlačuje potřeby a pocity, vzdaluje se od lidí, chová se obezřetně, aby se vyhnul potrestání Projevy a příznaky: depersonalizace, pocity prázdnoty, nuda, zneužívání návykových látek, přejídání se, sebepoškozování, psychosomatické stesky, nespolupracuje
„Superkompenzátor“ („hyperkompenzátor“)	Funkce: vyhovět potřebám kritických rodičů Projevy a příznaky: nadměrně se snaží, přepracovává, je perfekcionista, obětavý

\* Označení zmiňovaného módu je převzato tak, jak bylo uvedeno autory. Pro upřesnění doplňme, že rodičovský mód je v ST aktuálně označován jako mód *Trestajícího Kritika*.

Jednotlivé schéma módy jsou inaktivní do okamžiku jejich aktivace, kterou může iniciovat situace, vzpomínky nebo myšlenka, která nějakým způsobem souvisí s maladaptivním schématem nebo schématy (Pašková, 2021). U hraniční poruchy osobnosti je však rozvinut tak značný počet maladaptivních schémat, že jednotlivé módy vzájemně rychle alternují. Doslova dochází u hraničního jedince až k „přepínání“ z jednoho módu do druhého, které je označováno jako *mode flipping* (Farrell et al., 2014).

Některé módy jsou formovány primárně schématy, zatímco jiné představují především copingové reakce. Pokud je hraniční jedinec aktuálně například v módu Zraněné dítě, mohou být současně aktivována schémata emoční deprivace, opuštěnosti a zranitelnosti. Dalším často prezentovaným módem přítomným u jedinců s hraniční poruchou osobnosti je Rozzlobené dítě. V tomto módu je patrná přítomnost impulzivního intenzivního vzteku kvůli nenaplněným emočním potřebám, který jedinec manifestuje takřka bez ohledu na možné konsekvence (Young et al., 2003).

U lidí s hraniční poruchou osobnosti jsou taktéž frekventovaně rozvinuté módy Kritika (dříve označované jako Rodičovské módy) a mód Odtazitého ochránce. V aktivním módu Odtazitého ochránce člověk s BPD působí relativně klidně (Arntz & Van Genderen, 2009). Vyjádříme-li to metaforicky, je mód Odtazitého ochránce separován od dalších dysfunkčních módů pomyslnou zdí (viz obr. 3).

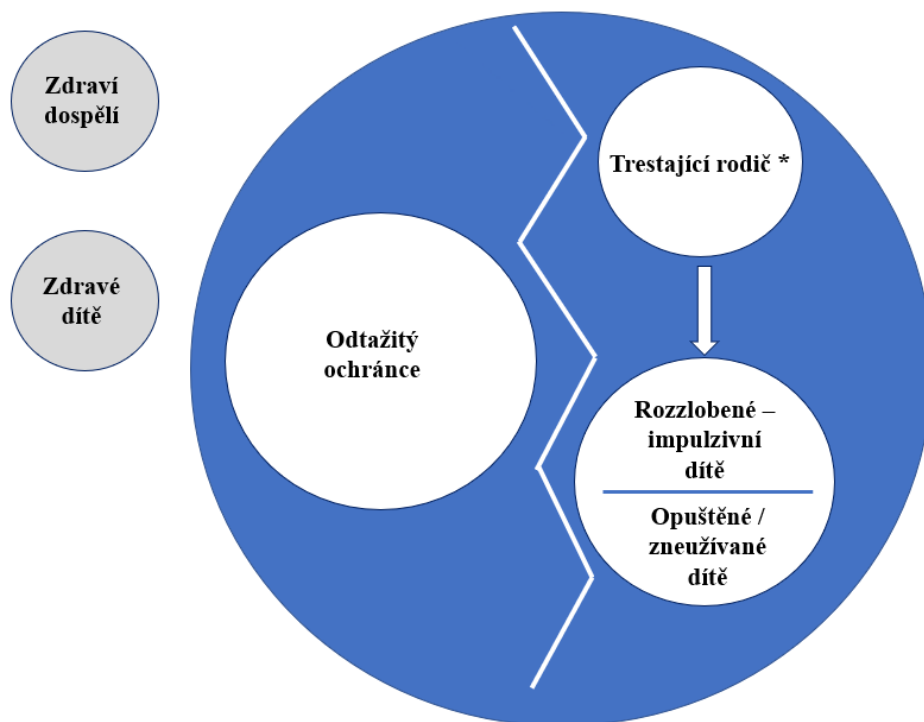
Mód Odtazitého ochránce u lidí s BPD často vykazuje podobnost s módem Zdravého dospělého v tom, že jedinec s tímto aktivním módem je ve svém jednání racionální, zábavný a eventuálně vtipný (Pašková, 2021). Přestože tento mód měl původně v minulosti jedince principiální životně významnou adaptivní funkci, stal se v aktuálním životě blokem limitujícím přístup k jeho emocím a také ostatním módům.

Jedinec s BPD se v módu Odtazitého ochránce jeví jakoby izolovaný od svých emocí (Pašková, 2021). Zároveň tento mód využívá hraniční jedinec pro jeho účelnou protektivní funkci, umožňující například únik od prožívání svých pocitů nebo vyhnutí se strachu, přičemž by jinak obojí mohl zažívat v módu Zranitelného dítěte. Současně aktivace módu Odtazitého ochránce je pro jedince s BPD možností k úniku od prožitků inferiority, které patrně zná v souvislosti s aktivním módem Trestajícího kritika.

Mód Odtazitého ochránce je pro člověka s hraniční poruchou osobnosti také možností, jak se vyhnout prožívání emocí nebo také jak zabránit tomu, aby se druzí lidé k němu mohli emocionálně přiblížit. Zároveň brání konfrontačnímu vystavení se potenciálním pocitům opuštění, odmítnutí a nedovoluje aktivaci dalších dysfunkčních módů (viz obr. 3) (Arntz & Van Genderen, 2009). S aktivací těchto módů může souviset pro hraničního jedince až

děšivá emocionální perspektiva, která je bezprostředně spojená s jeho emocionálními potřebami.

**Obrázek 3:** Hraniční porucha osobnosti: Odtážitý ochránce a ostatní módy (Arntz & Van Genderen, 2021)



\*Označení módu „*Trestající rodič*“ je ponecháno tak, jak je uvedeno autory. Rodičovský mód je v ST aktuálně označován jako mód *Trestajícího Kritika*. Dále v textu práce motiv modifikace označení v konceptu ST vysvětlujeme.

U jedinců s hraniční poruchou osobnosti jsou frekventovaně rozvinuty a intenzivně se projevující dysfunkční kritické módy *Trestajícího* a *Náročného kritika* (Farrell, 2014). V pozadí zformování zmiňovaných módů je internalizace negativních zážitků a sdělení od významných vztahových osob („*attachmentových figur*“) (Pašková, 2021). Při terapeutické práci s módem *Trestajícího rodiče* dostával tento mód pojmenování ve shodě s tím rodičem, který byl vůči pacientovi kritický. V některých případech pacient nechtěl přiřadit jméno tomuto módu, nebo s ohledem na pocit loajality k rodičům toho jednoduše nebyl schopen (Arntz & Van Genderen, 2009).

Vývojem ST konceptu bylo označení pro rodičovské módy nahrazeno za módy *Kritika*. Represivní módy *Trestajícího kritika* a *Náročného kritika* jsou patrné zejména

v jedincových myšlenkách, soudech a promluvách k sobě samému. Trestající kritik reprezentuje tendence ke shazování, ponižování a potrestání hraničního jedince za nekorektní chování. Při aktivním módu Náročného kritika je jedinec doslova zavalen neuskutečnitelnými požadavky, případně je v rámci tohoto módu směřován k neúměrnému perfekcionismu (Pašková, 2021).



# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 4 Metodologický rámec

### 4.1 Vymezení výzkumného problému a argumentace k jeho zkoumání

Současné klinické poznatky poukazují na stabilně rostoucí trend v počtu osob s hraniční poruchou osobnosti (BPD). Tato diagnóza je přidělena celkově až u jedné čtvrtiny hospitalizovaných psychiatrických pacientů a je taktéž diagnózou, která se mezi poruchami osobnosti vyskytuje s největší frekvencí (Praško et al., 2003; Grambal, et al., 2017). Hraniční porucha osobnosti je také tou poruchou, u které nachází uplatnění terapie zaměřená na raná maladaptivní schémata (EMS).

U tohoto integrativního terapeutického přístupu je často poukazováno na jeho efektivitu zejména u pacientů s diagnózou hraniční poruchy osobnosti. Schématerapie, jak je tento přístup označován, aplikuje specifické metody jednak v rámci individuální, tak i ve skupinové formě. Na etiopatogenezi poruchy osobnosti je ve schématerapii nahlíženo tak, že osobnostní patologie, a na ni navázaná maladaptace v emoční regulaci, jsou důsledkem neuspokojených základních emočních potřeb v dětství. Což přispívá k rozvoji tzv. raných maladaptivních schémat (EMS). Ty jsou rozvinuty právě jako důsledek interakce neuspokojení základních emočních potřeb dítěte, jeho vrozeného temperamentu a vlivu prostředí (Pašková, 2021). Teoretické poznatky dále také uvádějí charakteristicky rozvinutá raná maladaptivní schémata u hraniční poruchy osobnosti, mezi která patří *Emoční deprivace, Opuštění, Nedůvěra/Zneužití* a *Punitivita* (Grambal et al., 2017).

Zajímavý náhled na možnosti aplikované při terapii hraniční poruchy osobnosti vidíme v konceptu prožívání soucitu se sebou. Například Benda (2019) pokládá soucit se sebou za obecný, transdiagnostický psychoterapeutický faktor. Role soucitu se sebou může být významná také ve vazbě na charakteristické symptomy hraniční patologie, mezi které patří pervazivní vzorce afektivní dysregulace emocí.

Ukazuje se například, že soucit se sebou samým je mediátorem mezi všímavostí a závažností přítomných symptomů BPD a mezi všímavostí a dysregulací emocí (Scheibner et al., 2017). Důležitost tohoto zjištění podporuje další poznatek, který uvádí, že rozvoj v oblasti emoční regulace má potenciální efekt na tvorbu terapeutické aliance (Warren, 2015). Mezi symptomy hraniční poruchy osobnosti jsou zahrnuty nejenom komplikované zvládání emocí, ale také impulzivita, DSH a maladaptace v kognitivních procesech. Ukazuje se, že existence této maladaptace působí na procesy zaměřené na prožívání soucitu se sebou samým (Rüsch et al.; 2007).

Záměrem studie je ověřit výskyt některých rozvinutých raných maladaptivních schémat (EMS), která jsou uváděna jako charakteristická pro hraniční poruchu osobnosti. Základním podkladem pro toto ověření jsou reálná klinická data od vzorku skupiny osob s dg. hraniční poruchy osobnosti, označované dle MKN-10 jako F60.31. Předpokládáme, že rekonsolidace zmiňovaných raných maladaptivních schémat by mohla být simplifikačním faktorem při rozvíjení soucitu se sebou. V rámci naší studie ověříme možnou existenci vztahu mezi prožíváním soucitu se sebou a některými charakteristickými EMSs.

Rozšíření poznatků zaměřených na oblast soucitu se sebou a raných maladaptivních schémat v návaznosti na hraniční poruchu osobnosti by mohlo vést k širšímu porozumění etiologii zkoumané poruchy a případně i k dalšímu porozumění mechanismům terapeutické změny u lidí s touto poruchou osobnosti. Potenciální aplikace poznatků orientovaných na rozvoj terapeutických postupů je důležitá nejenom pro lidi s hraniční poruchou osobnosti, ale postupy nebo intervence zaměřené na rozvíjení soucitu k sobě mohou být potenciálem přínosným také odborníkům na duševní zdraví při terapeutickém vedení hraničního jedince.

## 4.2 Cíle práce

Studie je orientována na následující cíle:

1. Porovnat míru *Soucitu se sebou* u jedinců s hraniční poruchou osobnosti z výběrového souboru ve srovnání se vzorkem z kontrolní skupiny
2. Ověřit možný výskyt raných maladaptivních schémat *Emoční deprivace (ed)*, *Opuštění (op)*, *Nedůvěra/Zneužití (nz)*, *Nedostatečná sebekázeň (ns)* a *Punitivita (pu)* dle YSQ-3 u vzorku s dg. F60.31 dle MKN-10 a porovnat jej s kontrolním souborem tvořený jedinci z neklinické populace
3. Analyzovat možnou souvislost mezi subškálami *Emoční deprivace (ed)*, *Opuštění (op)*, *Nedůvěra/Zneužití (nz)*, *Nedostatečná sebekázeň (ns)* a *Punitivita (pu)* dle YSQ-3 a *Soucitem se sebou* a případnou existenci vztahu ověřit s využitím kvantitativních metod

Definování cílů bylo založeno na teoretických poznatcích ohledně charakteristických raných maladaptivních schémat (EMS) rozvinutých u lidí s hraniční poruchou osobnosti.

### 4.3 Výzkumné otázky a formulace hypotéz

Stanovené cíle směřovaly k formulaci následujících výzkumných otázek a hypotéz:

**VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 1:** Jak se odlišuje míra soucitu se sebou u jedinců s hraniční poruchou osobnosti a u neklinické populace?

**Hypotéza H1:** Jedinci s hraniční poruchou osobnosti dosahují nižšího skóru na škále Soucitu k sobě dle SOCS-S-CZ oproti kontrolní skupině.

**Hypotéza H1a:** Jedinci s hraniční poruchou osobnosti dosahují nižšího skóru na subškále Rozpoznávání utrpení dle SOCS-S-CZ oproti kontrolní skupině.

**Hypotéza H1b:** Jedinci s hraniční poruchou osobnosti dosahují nižšího skóru na subškále Chápání univerzální přítomnosti utrpení dle SOCS-S-CZ oproti kontrolní skupině.

**Hypotéza H1c:** Jedinci s hraniční poruchou osobnosti dosahují nižšího skóru na subškále Spoluprožívání trápení s trpící osobou dle SOCS-S-CZ oproti kontrolní skupině.

**Hypotéza H1d:** Jedinci s hraniční poruchou osobnosti dosahují nižšího skóru na subškále Tolerance vůči nepříjemným pocitům dle SOCS-S-CZ oproti kontrolní skupině.

**Hypotéza H1e:** Jedinci s hraniční poruchou osobnosti dosahují nižšího skóru na subškále Jednání/vůle jednat s cílem zmírnit utrpení dle SOCS-S-CZ oproti kontrolní skupině.

**VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 2:** Jak se liší výskyt raných maladaptivních schémat *Emoční deprivace (ed)*, *Opuštění (op)*, *Nedůvěra/Zneužití (nz)*, *Nedostatečná sebekázeň (ns)*, *Punitivita (pu)* dle YSQ-3 u jedinců s hraniční poruchou osobnosti (BPDG) a u neklinické populace (HCG)?

**Hypotéza H2a:** Jedinci s hraniční poruchou osobnosti dosahují vyššího skóru na subškále Emoční deprivace (ed) dle YSQ-3 oproti kontrolní skupině.

**Hypotéza H2b:** Jedinci s hraniční poruchou osobnosti dosahují vyššího skóru na subškále Opuštění (op) dle YSQ-3 oproti kontrolní skupině.

**Hypotéza H2c:** Jedinci s hraniční poruchou osobnosti dosahují vyššího skóru na subškále Nedůvěra/Zneužití (nz), dle YSQ-3 oproti kontrolní skupině.

**Hypotéza H2d:** Jedinci s hraniční poruchou osobnosti dosahují vyššího skóru na subškále Nedostatečná sebekázeň (ns) dle YSQ-3 oproti kontrolní skupině.

**Hypotéza H2e:** Jedinci s hraniční poruchou osobnosti dosahují vyššího skóru na subškále Punitivita (pu) dle YSQ-3 oproti kontrolní skupině.

**VÝZKUMNÁ OTÁZKA ČÍSLO 3:** Souvisí výsledky dosaženého celkového skóre SOCS-S-CZ se subškálami *Emoční deprivace (ed)*, *Opuštění (op)*, *Nedůvěra/Zneužití (nz)*, *Nedostatečná sebekázeň (ns)*, *Punitivita (pu)* dle YSQ-3?

**Hypotéza H3a:** Existuje souvislost mezi mírou Emoční deprivace (ed) dle YSQ-3 a celkovým skórem Soucitu se sebou dle SOCS-S-CZ

**Hypotéza H3b:** Existuje souvislost mezi mírou Opuštění (op) dle YSQ-3 a celkovým skórem Soucitu se sebou dle SOCS-S-CZ

**Hypotéza H3c:** Existuje souvislost mezi mírou Nedůvěra/Zneužití (nz) dle YSQ-3 a celkovým skórem Soucitu se sebou dle SOCS-S-CZ

**Hypotéza H3d:** Existuje souvislost mezi mírou Nedostatečná sebekázeň (ns), dle YSQ-3 a celkovým skórem Soucitu se sebou dle SOCS-S-CZ

**Hypotéza H3e:** Existuje souvislost mezi mírou Punitivita (pu) dle YSQ-3 a celkovým skórem Soucitu se sebou dle SOCS-S-CZ

Hypotézy, které jsou definované v souladu s vymezením třetího cíle studie zaměřeného na potenciální souvislost sledovaných proměnných a jsou posuzovány pro obě skupiny respondentů (HCG; BPDG).

#### 4.4 Operacionalizace proměnných

Ve výzkumu je pracováno s proměnnými, jejichž operacionalizace je realizována formou uvedenou v následující tabulce. Jednotlivým oblastem zkoumání odpovídají vymezené proměnné, které jsou voleny se zohledněním definovaných cílů studie.

**Tabulka 5:** Operacionalizace proměnných dle jednotlivých oblastí zkoumání

Oblast zkoumání	Proměnná	Operacionalizace	Označení
Prožívání soucitu se sebou	Soucit se sebou	Hodnota dosaženého hrubého skóru dle SOCS-S-CZ	SOCS-S-CZ
	Spoluprožívání trápení s trpící osobou	Hodnota dosaženého hrubého skóru na škále <i>Spoluprožívání trápení s trpící osobou</i> dle SOCS-C-CZ	
	Rozpoznávání utrpení	Hodnota dosaženého hrubého skóru na škále <i>Rozpoznávání utrpení</i> dle SOCS-C-CZ	
	Chápání univerzální přítomnosti utrpení	Hodnota dosaženého hrubého skóru na škále <i>Chápání univerzální přítomnosti utrpení</i> dle SOCS-CZ	
	Tolerance vůči nepříjemným pocitům	Hodnota dosaženého hrubého skóru na škále <i>Tolerance vůči nepříjemným pocitům</i> dle SOCS-CZ	
	Jednání/vůle jednat s cílem zmírnit utrpení	Hodnota dosaženého hrubého skóru na škále <i>Jednání/vůle jednat s cílem zmírnit utrpení</i> dle SOCS-C-CZ	
Raná maladaptivní schémata (EMS)	Emoční deprivace	Hodnota dosažená na škále <i>Emoční deprivace</i> dle YSQ-S3	ed
	Opuštění	Hodnota dosažená na škále <i>Opuštění</i> dle YSQ-S3	op
	Nedůvěra/Zneužití	Hodnota dosažená na škále <i>Nedůvěra/Zneužití</i> dle YSQ-S3	nz
	Nedostatečná sebekázeň	Hodnota dosažená na škále <i>Nedostatečná sebekázeň</i> dle YSQ-S3	ns
	Punitivita	Hodnota dosažená na škále <i>Punitivita</i> dle YSQ-S3	pu

## 5 Proces sběru dat a výzkumné metody

### 5.1 Organizace sběru dat a etické aspekty

Studie je směřována na dospělou populaci a na základě tohoto zaměření bylo formulováno základní kritérium při sběru dat, kterým bylo dosažení zletilosti respondenta. Současně při sběru dat u vzorku osob z klinické populace (skupina BPDG) bylo kritériem pro zařazení respondenta do skupiny BPDG přidělení diagnózy emočně nestabilní poruchy osobnosti hraničního typu označované dle klasifikace MKN-10 kódem F60.31. Finální zařazení získaných dat do studie od obou skupin respondentů bylo realizováno na základě dosažené hodnoty cut-off skóru dle MPI-BPD (*McLean Screening Instrument for BPD*), který je dále zmíněn v části věnované aplikovaným metodám získávání dat.

Časově sběr dat probíhal v intervalu od 10/2022 do 02/2023 a účast ve výzkumu byla na základě dobrovolnosti respondenta s možností v jakékoliv fázi z výzkumu odstoupit a respondenti nebyli za účast ve studii žádným způsobem honorováni. Dodržování anonymity získaných výstupů bylo důsledně aplikovaným pravidlem při sběru dat. V okamžiku zahájení vyplňování byl automaticky každému dotazníku přiřazen sedmimístný číselný kód a po odeslání kompletně vyplněného dotazníku byla získaná odpověď následně označena pořadovým číslem odpovědi respondenta.

Při realizaci vyplňování online formou nebyly zaznamenávány údaje umožňující identifikaci zařízení použitého pro vyplňování a v rámci studie nebyly shromažďovány žádné další informace umožňující lokalizaci nebo identifikaci IP adresy. V celém průběhu sběru dat bylo dbáno na to, aby byla respektována platná legislativní úprava a zejména pravidla GDPR a bylo přihlédnuto k etickým principům formulovaným American Psychological Association (APA).

Při sběru dat nebyly zaznamenávány osobní údaje umožňující identifikaci konkrétního respondenta a výstupem získaných informací byl anonymizovaný excelový soubor tvořený odpověďmi respondentů na jednotlivé položky prezentovaných dotazníků. Ve spolupráci s odbornými pracovišti u skupiny respondentů z klinické populace probíhala distribuce a oslovování ze strany odborného personálu tak, aby nedocházelo k narušení případného terapeutického procesu a byla limitována případná možnost psychické dekompenzace respondenta.

Aplikace *Sussex-Oxford Compassion Scale* ve výzkumné studii byla povolena autorkou Jenny Gu z University of Sussex (UK) ([www.sussex.ac.uk](http://www.sussex.ac.uk)). Před použitím dotazníku YSQ-S3 byl vyžádán souhlas od autorky použitého českého překladu Beaty

Paškové z Prvního Institutu schematerapie České republiky a Slovenska (CZ) ([www.schematerapie.cz](http://www.schematerapie.cz)), o možnost využití *McLean Screening Instrument for BPD* pro výzkumné účely v rámci studie byla oslovena hlavní řešitelka *McLean Study of Adult Development (MSAD)* - studie dlouhodobého průběhu BPD, kterou je Mary Zanarini z *McLean Hospital (USA)* ([www.mcleanhospital.org](http://www.mcleanhospital.org)). Souhlas s užitím české verze SOCS-S-CZ pro výzkumné účely této studie byl udělen autorem české adaptace Janem Bendou (CZ) ([www.jan-benda.com](http://www.jan-benda.com)).

Spolupráce s odbornými institucemi zapojenými do realizace studie nebyla honorována a všechny osoby zapojené do sběru výzkumných dat neměly žádné komerční nebo konkurenční zájmy spojené s realizací studie. Současně veškeré osoby podílející se na sběru dat nedeklarovaly střet zájmu, který by jakýmkoliv způsobem ovlivňoval věrohodnost získaných dat nebo výsledky prezentované studie.

## 5.2 Aplikované metody získávání dat

Pro sběr dat od respondentů bylo využito tři nástrojů sestavených do jedné sady s celkovým počtem 127 položek a v tomto počtu jsou zahrnuté i položky identifikující demografické údaje. Pořadí prezentovaných nástrojů v české jazykové verzi bylo *Youngův dotazník schémat (YSQ)*, *Sussexsko-Oxfordská škála soucitu k sobě (SOCS)* a *McLeanův screeningový nástroj pro hraniční poruchu osobnosti (MSI-BPD)*.

*Youngův dotazník schémat (YSQ)* v krátké verzi obsahuje 90 položek formulovaných k posouzení 18 raných maladaptivních schémat. V realizované studii byl tento dotazník předložen v české jazykové mutaci a v rámci statistického zpracování dat bylo následně pracováno ve studii s EMSs, které jsou v souladu s vymezenými cíli, a to *Emoční deprivace*, *Opuštění*, *Nedůvěra/ Zneužití*, *Nedostatečná sebekázeň* a *Punitivita*. Zmiňovaná EMSs byla volena s přihlédnutím k rozsahu realizované studie a současně byly zohledněny teoretické předpoklady zmíněné v části práce zaměřené na schematerapii. *Youngův dotazník schémat* je sebezposuzovací nástroj a respondent uvádí jako svoji odpověď na šestibodové škále Likertova typu míru souhlasu s daným tvrzením. Rozmezí na stupnici je od (1) „Vůbec to o mně neplatí“ do (6) „Naprostě mě to vystihuje“. Označení aplikovaného YSQ-S3 odkazuje na to, že se jedná o třetí revizi zkrácené verze. Ta byla vytvořena extrakcí pěti nejvyšších hodnot korelujících položek v každém z 18 EMS ve verzi YSQ-L3, která je v původní podobě tvořena 232 položkami (Schema Therapy Institute, 2023). Krátká forma YSQ byla vytvořena na základě redukce původního dotazník YSQ-L2 (Young & Brown, 1998) a



realizované faktorové analýzy (Schmidt et al., 1995; Lee et al., 1999). Youngův dotazník schémat (YSQ) je adaptován do řady jazyků. V českém prostředí s YSQ pracovala například autorská dvojice Medalová a Procházka (2014), která verzi YSQ-L3 adaptovala dle výzkumných potřeb do českého jazyka a zmiňovaná adaptace vykazovala uspokojivé psychometrické parametry na základě testu vnitřní konzistence s výslednou hodnotou Cronbachova alfa ( $\alpha = 0,963$ ). Při interpretaci YSQ vyšší hodnoty hrubého skóru dosažené v jednotlivých subškálách poukazují na výraznější rozvinutí příslušného schématu, avšak považujeme za důležité uvést, že dotazník YSQ nezastává diagnostickou funkci a taktéž může být při jeho vyplňování působícím činitelem přítomnosti aktivního módu (Pašková, 2021).

*Sussexsko-Oxfordská škála soucitu k sobě* (SOCS) byla nástrojem použitým ve studii pod zkratkou SOCS-S-CZ, což je označení pro českou adaptaci zmiňované škály, jejímž autorem je Benda (2020a) ([www.jan-benda.com](http://www.jan-benda.com)). SOCS-S-CZ je tvořena z dvaceti položek, na které respondenti uvádějí odpovědi na Likertově pětibodové škále (od 1 = nikdy po 5 = vždy). Výstupem jsou výsledky hrubých skóru za jednotlivé subškály nazvané *Spoluprožívání trápení s trpící osobou*, *Rozpoznávání utrpení*, *Chápání univerzální přítomnosti utrpení*, *Tolerance vůči nepříjemným pocitům*, *Jednání/vůle jednat s cílem zmírnit utrpení* a celkový hrubý skór. Výsledky za jednotlivé subškály a celkový výsledek SOCS-S-CZ jsou dány součtem bodů za příslušné položky. Interpretace výsledku je navázána na dosažený skór s tím, že na základě dosaženého vyššího skóru je možné dovozovat na vyšší míru soucitu se sebou v uvedených pěti aspektech dle jednotlivých subškál. Vnitřní konzistence položek celkové škály a jednotlivých subškál původní anglické verze byla autorkami Gu et al. (2020) posouzena s využitím Cronbachova alfa a celkového koeficientu Omega, přičemž na základě hodnoty  $\geq 0,70$  je možné usuzovat na dobrou vnitřní konzistenci (Terwee et al., 2007). Současně autor Kline (1999) uvádí, že u psychologických konstruktů je možné považovat za akceptovatelné i hodnoty nižší. Hodnoty, vypočtené s využitím faktorových zátěží v pětifaktorovém hierarchickém modelu, pro parametr Omega se pro jednotlivé subškály pohybovaly v intervalu od 0,74 do 0,92 a pro celkový SOCS byla hodnota 0,97. Hodnoty Cronbachova alfa byly pro jednotlivé subškály v rozmezí od ( $\alpha = 0,75$ ) do ( $\alpha = 0,92$ ) a hodnota Cronbachova alfa je pro celkovou škálu SOCS-S uváděna ( $\alpha = 0,93$ ) (Gu et al. (2020)). Teoreticky dosažitelné mezní hodnoty celkového hrubého skóru pro soucit se sebou dle SOCS-S-CZ jsou min. 20; max. 100 bodů

*McLeanův screeningový nástroj pro hraniční poruchu osobnosti* (MSI-BPD) je sebesposuzovací instrument založený na diagnostických kritériích pro hraniční poruchu

osobnosti dle DSM-IV a DSM-V. Je sestaven z deseti položek, které umožňují použití v papírové nebo elektronické formě a je veřejně dostupný v anglické verzi. Jednotlivé položky se vyhodnocují způsobem volbou odpovědi Ano/Ne na základě souhlasu/nesouhlasu s uvedeným tvrzením. Za každou kladnou odpověď je přidělen jeden bod a zamítavá odpověď je hodnocena nula body. Sečtením bodů za jednotlivé odpovědi se získá celkové skóre, které může variovat od min. hodnoty 0 bodů do max. hodnoty 10 bodů. Výsledek  $\geq 7$  znamená hraniční hodnotu pro screening klinicky významné přítomnosti hraniční symptomatologie

Původní verze vykazuje vhodné psychometrické parametry, zejména vysokou úroveň senzitivity 81% (procento správně identifikovaných případů) a specificity 85% a na základě neparametrického test-retest byla spolehlivost tohoto instrumentu posouzena jako vyhovující (Spearmanovo  $\rho=0,72$ ,  $p<0,0001$ ). Vnitřní konzistence byla ověřena a zjištěná hodnota Cronbachova  $\alpha$  je 0.78 U vzorku 63 osob, kterým bylo 25 let nebo méně, byly při stanovené hraniční hodnotě cut-off skóru 7 bodů zjištěny hodnoty senzitivity 90% a specificity 93%. Uvedená hodnota 7 bodů z 10 je vyhodnocena jako mezní na základě regresní analýzy (Zanarini et al., 2003).

Doplňme, že na základě současných poznatků se jeví, že pro účely screeningu může být optimálnější, aby hraniční skóre dle MSI-BPD bylo nižší než aktuálně uváděná hodnota sedmi bodů. Při dosažení skóru pěti nebo šesti bodů je doporučována realizace dalšího posouzení přítomnosti hraniční poruchy osobnosti (Zimmerman & Balling, 2021).

Přestože výsledky naznačují, že MSI-BPD může být nástrojem pro rychlý a předběžný screening přítomnosti hraniční poruchy osobnosti v souladu s kritérii podle DSM-IV a DSM-V, uvedený instrument není adaptován na českou populaci. V rámci aplikace pro studii jsme realizovali český překlad. Ten byl vyhotoven prvně z anglického jazyka do českého dvěma nezávislými překladateli a obě verze byly porovnány. Na základě výsledku srovnání byla vytvořena zpětným překladem anglická verze, která byla porovnávána s původním originálním zdrojem. Závěrečná optimalizace zjištěných odlišností byla realizována překladatelem, jehož mateřským jazykem byla angličtina. Výslednou podobu české verze MSI-BPD, která byla v rámci výzkumné studie použita, zobrazuje obrázek číslo č.4.

**Obrázek 4:** Česká verze MSI-BPD aplikovaná pro stanovení cut-off skóru v procesu tvorby výzkumného souboru

<b>Přečtěte si, prosím, následující tvrzení a označte příslušnou odpověď ANO nebo NE.</b>	<b>ODPOVĚĎ</b>	
1. Byl některý z vašich blízkých vztahů poznamenán častými hádkami nebo opakovanými rozchody?	ANO	NE
2. Ublížili jste si úmyslně fyzicky (např. jste se udeřili, pořezali, popálili)? Pokusili jste se o sebevraždu?	ANO	NE
3. Měli jste alespoň nejméně dva problémy s impulzivitou (např. záchvatovité přejídání a utrácení, nadměrné pití a slovní výpady)?	ANO	NE
4. Býváte extrémně náladoví?	ANO	NE
5. Cítíte se často velmi rozhněvaní? Chováte se často rozhněvaně nebo sarkasticky?	ANO	NE
6. Býváte často nedůvěřiví k lidem?	ANO	NE
7. Cítili jste se často nereálně nebo jako by věci kolem vás nebyly skutečné?	ANO	NE
8. Míváte pocit chronické prázdnoty?	ANO	NE
9. Míváte často pocit, že nevíte, kdo jste, nebo že vám chybí identita?	ANO	NE
10. Využili jste zoufalé úsilí, abyste se necítili opuštěni nebo abyste nebyli opuštěni (např. opakovaně jste někomu volali, abyste se ujistili, že mu nebo jí na vás stále záleží, prosili jste, aby vás neopouštěl/a, lpěli jste na jeho/její fyzické přítomnosti)?	ANO	NE

### 5.3 Proces sběru dat

Sběr dat byl realizován způsobem CAWI (*Computer Assisted Web Interviewing*). Podkladem pro sběr dat od respondentů byla sada v elektronické podobě sestavená ze tří dotazníků s celkovým počtem 127 položek, jejíž součástí byly také položky zaměřené na zjištění demografických údajů. Úvodní část zmiňované sady byla vytvořena za účelem oslovení a navázání kontaktu s respondenty. Současně obsahovala základní údaje o délce vyplňování, způsobu vyplňování, o možnosti opravy odpovědi na položky s příkladem a informacemi o zajištění anonymity respondenta ve všech publikačních výstupech. Taktéž respondentům byla poskytnuta informace o dobrovolnosti jejich účasti ve výzkumu s možností kdykoliv přerušit nebo ukončit vyplňování a z výzkumu odstoupit.

Respondenti byli dále informováni o zřízeném online chatu a měli případně možnost po vyplnění a odeslání dotazníku zanechat anonymní komentář. Impulsem k vytvoření online chatu a možnosti zanechání anonymního komentáře ze strany respondentů byla snaha

o zajištění nezbytné podpory respondentům v těch případech, kdy by to sami respondenti považovali za nutné nebo by si případnou psychologickou podporu vyžádali. S ohledem na svoji aktuální životní situaci uvedenou možnost nakonec využili dva respondenti, kteří nedokončili vyplňování a v průběhu fáze vyplňování z výzkumu odstoupili. Na základě jejich žádosti jim byl poskytnut kontakt na odborné psychologické pracoviště.

Celková funkčnost online platformy byla ověřena v rámci realizované fáze pilotáže na vzorku tvořeném odborníky z oblasti péče o duševní zdraví a frekventantech psychoterapeutického výcviku. Realizace uvedené fáze proběhla v 09/2022 a měla dva definované cíle. Prvním bylo ověření funkčnosti zobrazování dotazníku na různých zařízeních, doby potřebné k vyplnění, grafické přehlednosti dotazníku a srozumitelnosti instrukcí k vyplnění. V této fázi bylo taktéž ověřeno nastavení funkce zamezující odeslání neúplně vyplněného dotazníku. Druhým cílem bylo získání zpětné vazby od některých účastníků pilotáže formou brainstormingu. Realizace tohoto kroku byla inspirována záměrem identifikovat zdroje potenciální traumatizace respondentů v průběhu fáze sběru výzkumných dat. Taktéž tyto získané podněty iniciovali vytvoření help-line pro respondenty ve formě online chatu. Odpovědi získané v rámci pilotáže tvoří součást výzkumného souboru a po ukončení pilotáže byly vymazány.

Předkládané dotazníky byly pro obě skupiny sestavené v pořadí YSQ-S3, SOCS-S-CZ, MSI-BPD. Respondenti z kontrolní skupiny (HCG – *Healthy Control Group*) byli rekrutováni z neklinické populace dospělých osob starších 18 let a měli možnost se o výzkumu dozvědět formou online informace s žádostí o její vyplnění a sdílení dále. Z pohledu metodiky výběru se jednalo u kontrolní skupiny (HCG) o nepravděpodobnostní strategii výběru s využitím techniky sněhové koule. U vzorku z klinické populace (BPDG – *Bordeline Personality Disorder Group*) se jednalo o příležitostný výběr a respondenti z této skupiny byli získáváni ve spolupráci s několika institucemi a také s využitím online informace ve skupinách sdružujících osoby s hraniční poruchou osobnosti. Sběr dat u klinické skupiny respondentů probíhal ve spolupráci s odbornými pracovišti zahrnujícími ambulance klinické psychologie, organizaci Kaleidoskop – centrum terapie a vzdělávání, z. ú., a Psychiatrickou nemocnici v Kroměříži (PNKM). S přihlédnutím ke spolupráci s dalšími subjekty a v návaznosti na administrativní potřeby byla studie označena číslem F190538.

V průběhu sběru dat byla evidována návratnost kompletně vyplněných dotazníků, která je uvedena v následující tabulce. Současně bylo posuzováno, zda k ukončení vyplňování ze strany respondentů dochází na některé konkrétní položce. Ten jev by moh být

indikací toho, že je daná položka nesrozumitelná nebo jiným způsobem pro respondenty náročná na vyplnění. Žádná taková položka v průběhu sběru dat nebyla identifikována.

**Tabulka 6:** Návratnost kompletně vyplněných dotazníků

Skupina	Uložené response	Ztracené response	Návratnost
HCG	146	132	52,5 %
BPDG	52	71	42 %

*Legenda: HCG = kontrolní skupina; BPDG = jedinci s hraniční poruchou osobnosti*

## 6 Výzkumný soubor

Klinickou skupinu respondentů označujeme jako BPDG (*Bordeline Personality Disorder Group*). Jedná se o jedince, kteří byli ve vymezeném časovém intervalu sběru dat buď hospitalizováni v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži (PNKM), nebo byly zařazeny do terapeutického programu v organizaci Kaleidoskop – centrum terapie a vzdělávání z.ú., případně byly v ambulantní péči dalšího odborného pracoviště v České republice. Zdravé kontroly byly rekrutovány prostřednictvím reklamy zveřejněné na sociálních sítích a pro její další označení je používána zkratka HCG (*Healthy Control Group*).

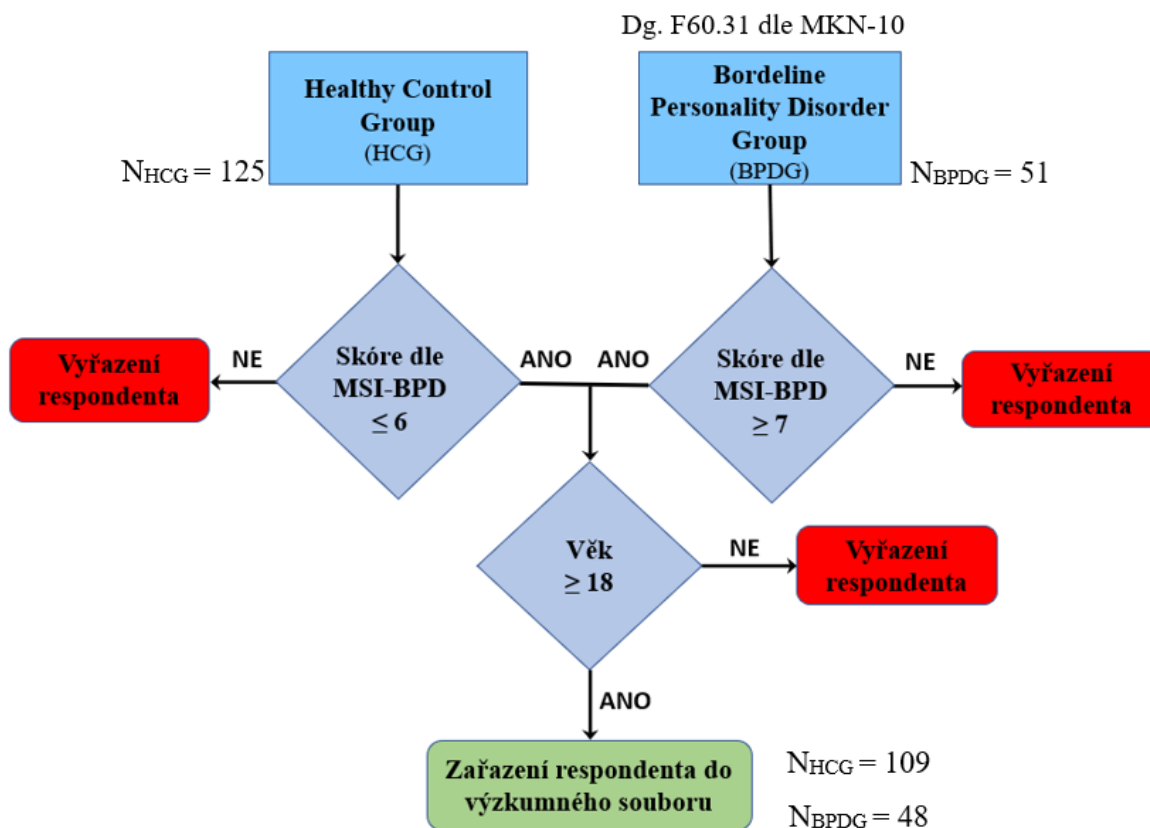
Po ukončení fáze sběru dat se ukázalo, že ve skupině respondentů tvořené osobami s hraniční poruchou osobnosti (BDPG) byla zaznamenána pouze jedna vyplněná response od muže. Uvedená skutečnost, která je sice v souladu s poznatky z klinické praxe a strukturou skupin pacientů jednotlivých spolupracujících pracovišť, nás vedla k rozhodnutí při realizaci studie pracovat dále se souborem, ve kterém jsou zastoupeny ženy. Ve skupině HCG bylo počáteční N=125, ve skupině BPDG bylo počáteční N=51.

Pro obě skupiny byla aplikována následující kritéria pro zařazení do výzkumného souboru:

- 1) Skupina **HCG**: a) Skór dle MSI-BPD  $\leq 6$  bodů;  
b) Věk nejméně 18 let
- 2) Skupina **BPDG**: a) Psychiatrem přidělena diagnóza emočně nestabilní poruchy osobnosti hraničního typu označované kódem F60.31 dle MKN-10;  
b) Skór dle MSI-BPD  $\geq 7$  bodů;  
c) Věk nejméně 18 let

Způsob implementace rozhodovacích kritérií do procesu tvorby výzkumného souboru je znázorněn vývojovým diagramem.

**Obrázek 5:** Implementace rozhodovacích kritérií v procesu tvorby výzkumného souboru



Na základě implementovaných kritérií pro zařazení do výzkumného souboru bylo u skupiny HCG vyřazeno 16 žen z důvodu vyššího cut-off skóru dle MSI-BPD, u vzorku z klinické skupiny BPDG byly vyřazeny 3 ženy z důvodu nesplnění podmínky min. cut-off skóru dle MSI-BPD. Kontrolní skupina výzkumného souboru, která reprezentuje vzorek tzv. „zdravé populace“, je tvořena 109 zletilými ženami. Vzorek žen s hraniční poruchou osobnosti je tvořen 48 zletilými ženami. Níže jsou uvedeny u obou skupin výzkumného souboru charakteristiky z hlediska věku, které jsou svojí mírou variability z pohledu parametru variační šíře a směrodatné odchylky obdobné.

**Tabulka 7:** Popis výzkumného souboru dle věku

Skupina respondentů	N	Min.	Max.	M	Variační šíře	SD
HCG	109	19	59	38	40	8,78
BPDG	48	18	58	28	40	8,26

*Legenda: HCG = kontrolní skupina; BPDG = jedinci s hraniční poruchou osobnosti  
N = velikost souboru; M = průměr; SD = směrodatná odchylka*

Popis výzkumného souboru na základě dosaženého stupně vzdělání respondentů je uveden v tabulce 7. Struktura respondentů dle dosaženého stupně vzdělání ukazuje na obdobné procentuální zastoupení úplného středoškolského stupně vzdělání u obou skupin a silné nasycení respondenty s vysokoškolským vzděláním u kontrolní skupiny (HCG) oproti skupině osob s diagnózou hraniční poruchy osobnosti (BPDG).

**Tabulka 8:** Popis výzkumného souboru z hlediska dosaženého vzdělání

Dosažené vzdělání	Skupina respondentů			
	BPDG		HCG	
	Absolutní četnost	Četnost %	Absolutní četnost	Četnost %
Základní	18	38	2	1,8
Vyučen bez maturity	6	13	2	1,8
Úplné středoškolské s maturitou	17	35	30	27,5
Vyšší odborné	2	4	11	10
Vysokoškolské	5	10	64	58,8

*Legenda: BPDG = jedinci s hraniční poruchou osobnosti; HCG = kontrolní skupina*

## 7 Metody zpracování dat

Metody statistického testování byly zaměřeny na operacionalizované proměnné, vyjádřené prostřednictvím hodnot hrubých skóre na příslušných škálách dle YSQ-S3 a SOCS-S-CZ. Hodnoty hrubých skóre byly vypočteny pro vzorek klinické populace tvořené jedinci s diagnózou hraniční poruchy osobnosti označené F60.31 dle MKN-10 a u kontrolní skupiny jedinců z neklinické populace. Pro skupinu jedinců s hraniční poruchou osobnosti bylo použito označení BPDG (*Borderline Personality Disorder Group*) a pro kontrolní skupinu tvořenou tzv. „zdravými dospělými osobami“ bylo použito označení HCG (*Healthy Control Group*).

K potvrzení rozdílů mezi jedinci z kontrolní skupiny a jedinci s hraniční poruchou osobnosti (dg. F60.31 dle MKN-10) byla provedena vícerozměrová analýza rozptylu (MANOVA), porovnávající soubor proměnných *Spoluprožívání trápení s trpící osobou, Rozpoznávání utrpení, Chápání univerzální přítomnosti utrpení, Tolerance vůči nepříjemným pocitům, Jednání/ vůle jednat s cílem zmírnit utrpení* dle SOCS-S-CZ. Výsledek pro skupiny BPD a HCG vyšel statisticky významný,  $F(5,151) = 30,100$  ( $p < 0,001$ ). Wilkova lambda vyšla 0,501; indikující, že 49,9 % variability závislých proměnných bylo vysvětleno na základě rozdílů mezi skupinou jedinců s hraniční poruchou (BPDG) a kontrolní (HCG) (parciální éta-kvadrát 0,499). Dále byla také realizována vícerozměrná analýza rozptylu (MANOVA), porovnávající skupiny proměnných *Emoční deprivace, Opuštění, Nedůvěra/Zneužití, Nedostatečná sebekázeň, Punitivita* dle YSQ-S3 pro potvrzení rozdílů mezi jedinci z kontrolní skupiny (HCG) a jedinci s hraniční poruchou osobnosti (BPDG). Výsledek pro skupiny BPD a HCG vyšel i v tomto případě statisticky významný,  $F(5,151) = 116,698$  ( $p < 0,001$ ). Wilkova lambda vyšla 0,206; indikující, že 79,4 % variability závislých proměnných bylo vysvětleno na základě rozdílů mezi skupinou jedinců s hraniční poruchou (BPDG) a kontrolní skupinou (HCG) (parciální éta-kvadrát 0,794).

Dále bylo posouzeno splnění předpokladu normálního rozdělení proměnných na základě hodnot vypočtených Shapiro-Wilkovým testem. Jeho realizace potvrdila porušení předpokladu normálního rozdělení proměnných, souvisejícího s asymetrií rozložení dat. S přihlédnutím k tomuto poznatku byl k porovnávání skupiny HCG a BPDG aplikován neparametrický Mann-Whitneyho U-test.

V návaznosti na definovaný cíl studie zaměřený na ověření souvislosti mezi subškálami *Emoční deprivace (ed)*, *Opuštění (op)*, *Nedůvěra/Zneužití (nz)*, *Nedostatečná sebekázeň (ns)* a *Punitivita (pu)* dle YSQ-3 a *Soucitem se sebou* dle SOCS-S-CZ byl



analyzován vztah s využitím kvantitativních metod. Zamítnutí předpokladu normality u proměnných vedlo k použití Spearmanova korelačního koeficientu.

Výstupy testů jsou pro názornější porovnání obou skupin doplněny krabicovými grafy a u ověření závislosti proměnných na základě hodnot korelačních koeficientů je prezentace dat doplněna bodovými grafy s proloženými regresními přímkami. Kromě výsledné *p-hodnoty* byly dále reportovány průměr, směrodatná odchylka, medián a parametr (f) tzv. *common language effect size (CLES)*.

Uvedený parametr může být využit pro prezentaci zjištěných výsledků statistického zpracování dat a je možností pro optimalizaci míry srozumitelnosti při interpretaci dat (Brooks et al., 2014). Parametr (f) (*Common language effect size - CLES*) vyjadřuje, jak často bude skóre vybrané z jedné skupiny větší než skóre vybrané z jiné skupiny. Ukazatel CLES je možné vypočítat z výběrových průměrů a rozptylů a umožňuje aplikaci pro znázornění pozorovaného účinku ve výběrových vzorcích, a to jednak ve dvouskupinových, tak případně i v n-skupinových. Empirické testy ukazují, že je parametr *CLES* robustní vůči porušení předpokladu normality u sledovaných proměnných (McGraw & Wong, 1992).

Výsledky jsou dále podpořeny uvedením míry věcné významnosti (*effect size*) na základě hodnoty *Cohenova d*. Interpretace zjištěného efektu dle *Cohenova d* byla realizována dle Cohen (1988) s hodnocením jako malá věcná významnost pro  $0,2 \leq d < 0,5$ ; střední pro  $0,5 \leq d < 0,8$  a velká věcná významnost pro hodnoty  $d > 0,8$ . Teoreticky hodnota *Cohenova d* může v oboru reálných čísel nabývat hodnot v intervalu od  $-\infty$  do  $+\infty$ . Koeficient velikosti míry věcné významnosti (*effect size*) je způsobem možného posouzení zásadnosti zjištěných výsledků (APA, 2013; Cohen, 1988; Cortina & Nouri, 2000).

## 8 Výsledky studie

Uvedená kapitola prezentuje výstupy statistického zpracování dat pro jednotlivé hypotézy. Pro zpracování dat a výpočtů výsledků statistického testování bylo použito software TIBCO Statistica 14 a MS Excel 2021. O přijetí nebo zamítnutí nulové hypotézy bylo rozhodnuto na základě *p-hodnoty* na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ . V případě *p-hodnoty* nižší než 0,05 byla tedy nulová hypotéza zamítnuta ve prospěch hypotézy alternativní. Současně je ve výsledcích srovnání skupin HCG a BPDG uváděn parametr *effect size*, vyjádřený hodnotou *Cohenova d* a dále také parametr (f), *Common language effect size (CLES)*.

## 8.1 Prožívání soucitu k sobě

V návaznosti na cíl studie a formulované hypotézy bylo realizováno srovnání skupiny osob s diagnózou hraniční poruchy osobnosti F60.31 dle MKN-10 a skupiny osob z neklinické populace. Toto porovnání je realizováno pro prožívání soucitu se sebou a jeho pět aspektů, vyjádřených celkovým hrubým skórem *Sussexsko-Oxfordské škály soucitu k sobě* (SOCS-S-CZ) a hrubými skóry jejich subškál Spoluprožívání trápení s trpící osobou, Rozpoznávání utrpení, Chápání univerzální přítomnosti utrpení, Tolerance vůči nepříjemným pocitům, Jednání/vůle jednat s cílem zmírnit utrpení. Dále uvádíme výsledky statistického zjištění pro jednotlivé hypotézy.

**Hypotéza H1:** Jedinci s hraniční poruchou osobnosti dosahují nižšího skóru na škále Soucitu k sobě dle SOCS-S-CZ oproti kontrolní skupině.

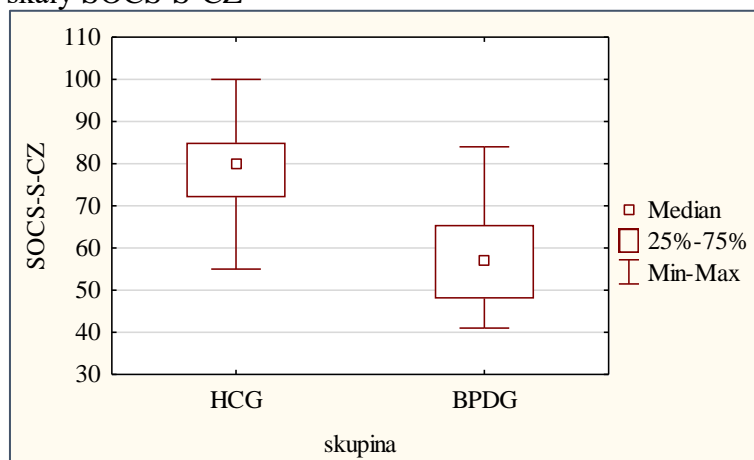
**Tabulka 9:** Výsledky testování H1 a popisné charakteristiky

Skupina	N	M	SD	Me	p-hodnota	Velikost efektu
HCG	109	78,7	9,6	80,0	0,000	f=0,09
BPDG	48	57,9	11,2	57,0	(zamítáme $H_0$ )	Cohen d=1,41

Legenda: M = průměr; SD = směrodatná odchylka; Me = medián; f = CLES

Celkové skóre SOCS-S-CZ činilo pro skupinu HCG v mediánu 80,0 a v průměru 78,7 při směrodatné odchylce 9,6 a pro skupinu BPDG v mediánu 57,0 a v průměru 57,9 při směrodatné odchylce 11,2. Dle Mann-Whitneyho testu na hladině významnosti 0,05 byl rozdíl mezi HCG a BPDG prokázán ( $p < 0,05$ ). Skóre skupiny HCG bylo statisticky významně vyšší než skóre skupiny BPDG. Dle tzv. *common language effect size* (f) bylo zjištěno, že pravděpodobnost, že skóre skupiny BPD dosáhne vyšší hodnoty než skóre skupiny HCG, je rovna 0,09. Hodnota Cohenova  $d = 1,41$  naznačuje velkou věcnou významnost. Pořadové statistiky, tj. minimum, dolní kvartil, medián, horní kvartil a maximum, byly zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu.

**Graf 1:** Průměrné hodnoty prožívání soucitu se sebou dle škály SOCS-S-CZ



Legenda.: HCG = jedinci z kontrolní skupiny  
BPDG = jedinci s hraniční poruchou osobnosti

**Hypotéza H1a:** Jedinci s hraniční poruchou osobnosti dosahují nižšího skóru na subškále Rozpoznávání utrpení dle SOCS-S-CZ oproti kontrolní skupině.

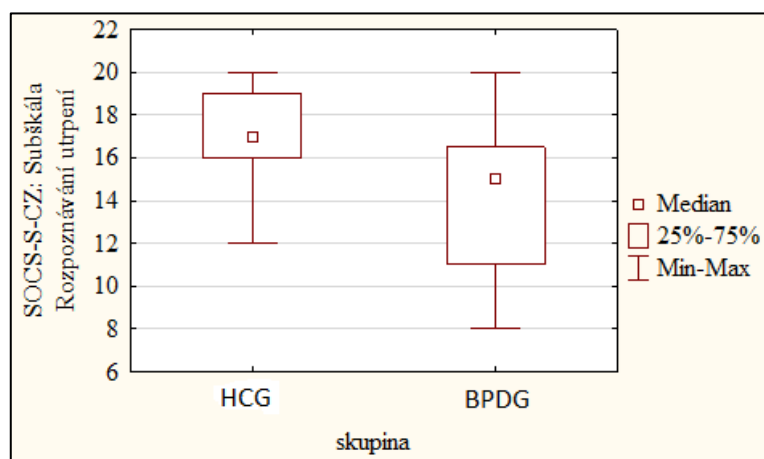
**Tabulka 10:** Výsledky testování H1a a popisné charakteristiky

Skupina	N	M	SD	Me	p-hodnota	Velikost efektu
HCG	109	17,1	2,2	17,0	0,000	f=0,22
BPDG	48	14,0	3,3	15,0	(zamítáme H <sub>0</sub> )	Cohen d=1,20

Legenda: M = průměr; SD = směrodatná odchylka; Me = medián; f = CLES

Skóre subškály *Rozpoznávání utrpení* činilo pro skupinu HCG v mediánu 17,0 a v průměru 17,1 při směrodatné odchylce 2,2 a pro skupinu BPDG v mediánu 15,0 a v průměru 14,0 při směrodatné odchylce 3,3. Dle Mann-Whitneyho testu na hladině významnosti 0,05 byl rozdíl mezi HCG a BPDG prokázán ( $p < 0,05$ ). Skóre skupiny HCG bylo statisticky významně vyšší než skóre skupiny BPDG. Dle tzv. *common language effect size* (f) bylo zjištěno, že pravděpodobnost toho, že skóre skupiny BPDG dosáhne vyšší hodnoty než skóre skupiny HCG, je rovna 0,22. Pořadové statistiky, tj. minimum, dolní kvartil, medián, horní kvartil a maximum, jsou zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu. Hodnota Cohenova d = 1,20 naznačuje velkou věcnou významnost. Na základě vypočtené p-hodnoty přijímáme alternativní hypotézu a zamítáme nulovou na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ .

**Graf 2:** Průměrné hodnoty škály Rozpoznávání utrpení dle SOCS-S-CZ



Legenda.: HCG = jedinci z kontrolní skupiny  
BPDG = jedinci s hraniční poruchou osobnosti

**Hypotéza H1b:** Jedinci s hraniční poruchou osobnosti dosahují nižšího skóru na subškále Chápání univerzální přítomnosti utrpení dle SOCS-S-CZ oproti kontrolní skupině.

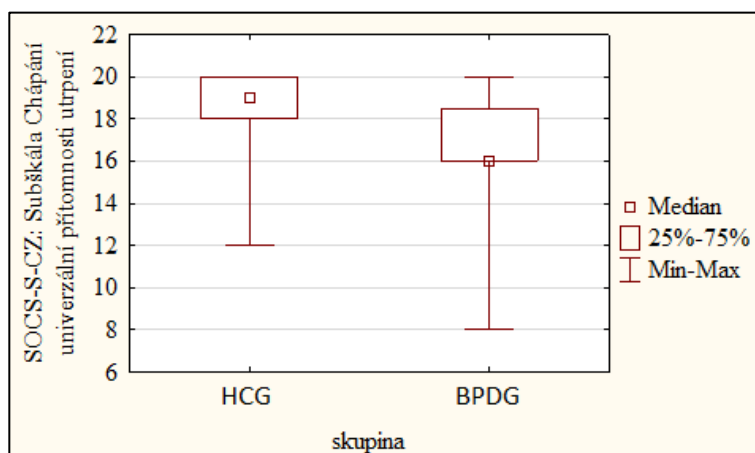
**Tabulka 11:** Výsledky testování H1b a popisné charakteristiky

Skupina	N	M	SD	Me	p-hodnota	Velikost efektu
HCG	109	18,4	1,8	19,0	0,000	f=0,30
BPDG	48	16,5	2,9	16,0	(zamítáme H <sub>0</sub> )	Cohen d=0,87

Legenda: M = průměr; SD = směrodatná odchylka; Me = medián; f = CLES

Skóre subškály *Chápání univerzální přítomnosti utrpení* činilo pro skupinu HCG v mediánu 19,0 a v průměru 18,4 při směrodatné odchylce 1,8 a pro skupinu BPDG v mediánu 16,0 a v průměru 16,5 při směrodatné odchylce 2,9. Dle Mann-Whitneyho testu na hladině významnosti 0,05 byl rozdíl mezi HCG a BPDG prokázán ( $p < 0,05$ ). Skóre skupiny HCG bylo statisticky významně vyšší než skóre skupiny BPDG. Dle tzv. *common language effect size* (f) bylo zjištěno, že pravděpodobnost, že skóre skupiny BPDG dosáhne vyšší hodnoty než skóre skupiny HCG, je rovna 0,30. Pořadové statistiky, tj. minimum, dolní kvartil, medián, horní kvartil a maximum, jsou zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu. Hodnota Cohenova d = 0,87 naznačuje velkou věcnou významnost. Na základě vypočtené p-hodnoty přijímáme alternativní hypotézu a zamítáme nulovou na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ .

**Graf 3:** Průměrné hodnoty škály Chápání univerzální přítomnosti utrpení dle SOCS-S-CZ



Legenda.: HCG = jedinci z kontrolní skupiny  
BPDG = jedinci s hraniční poruchou osobnosti

**Hypotéza H1c:** Jedinci s hraniční poruchou osobnosti dosahují nižšího skóru na subskále Spoluprožívání trápení s trpící osobou dle SOCS-S-CZ oproti kontrolní skupině.

**Tabulka 12:** Výsledky testování H1c a popisné charakteristiky

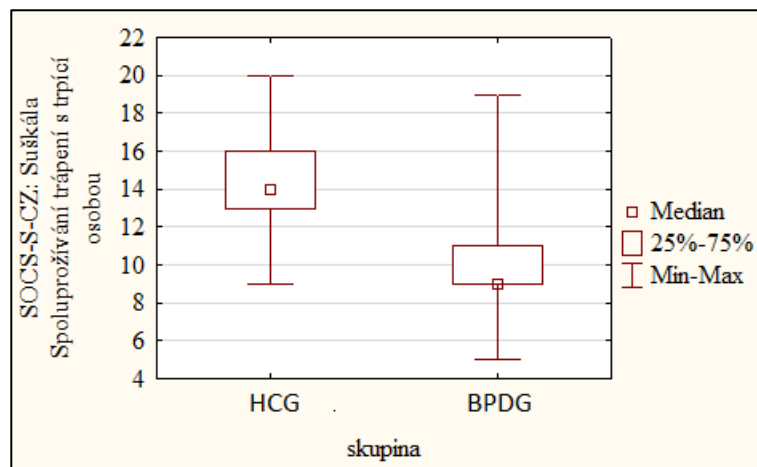
Skupina	N	M	SD	Me	p-hodnota	Velikost efektu
HCG	109	14,4	2,6	14,0	0,000	f=0,11
BPDG	48	9,8	2,9	9,0	(zamítáme H <sub>0</sub> )	Cohen d=1,70

Legenda: M = průměr; SD = směrodatná odchylka; Me = medián; f = CLES

Skóre subskály *Spoluprožívání trápení s trpící osobou* činilo pro skupinu HCG v mediánu 14,0 a v průměru 14,4 při směrodatné odchylce 2,6 a pro skupinu BPD v mediánu 9,0 a v průměru 9,8 při směrodatné odchylce 2,9. Dle Mann-Whitneyho testu na hladině významnosti 0,05 byl rozdíl mezi HCG a BPDG prokázán ( $p < 0,05$ ). Skóre skupiny HCG bylo statisticky významně vyšší než skóre skupiny BPDG. Dle tzv. *common language effect size* (f) bylo zjištěno, že pravděpodobnost, že skóre skupiny BPDG dosáhne vyšší hodnoty než skóre skupiny HCG, je rovna 0,11. Pořadové statistiky, tj. minimum, dolní kvartil, medián, horní kvartil a maximum, byly zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu. Hodnota Cohenova d = 1,70 naznačuje velkou věcnou významnost. Na základě

vypočtené p-hodnoty přijímáme alternativní hypotézu a zamítáme nulovou na hladině významnosti  $\alpha=0,05$ .

**Graf 4:** Průměrné hodnoty škály Spoluprožívání utrpení s trpící osobou dle SOCS-S-CZ



Legenda.: HCG = jedinci z kontrolní skupiny  
BPDG = jedinci s hraniční poruchou osobnosti

**Hypotéza H1d:** Jedinci s hraniční poruchou osobnosti dosahují nižšího skóru na subškále Tolerance vůči nepříjemným pocitům dle SOCS-S-CZ oproti kontrolní skupině.

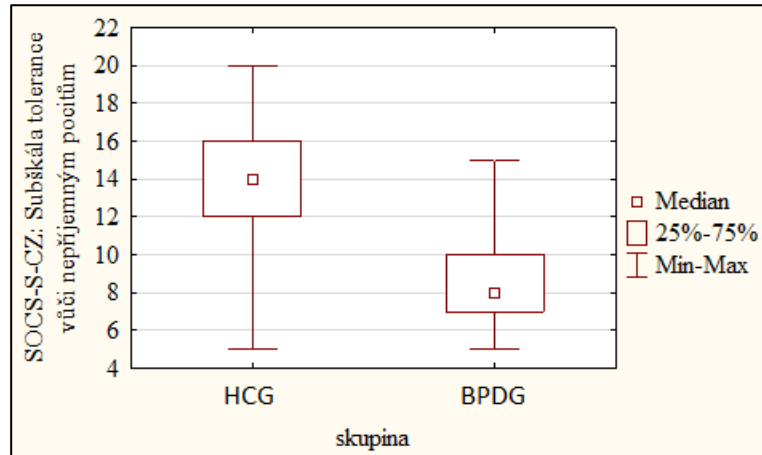
**Tabulka 13:** Výsledky testování H1d a popisné charakteristiky

Skupina	N	M	SD	Me	p-hodnota	Velikost efektu
HCG	109	13,9	3,1	14,0	0,000	$f=0,08$
BPDG	48	8,6	2,2	8,0	(zamítáme $H_0$ )	Cohen $d=1,86$

Legenda: M = průměr; SD = směrodatná odchylka; Me = medián; f = CLES

Skóre subškály *Tolerance vůči nepříjemným pocitům* činilo pro skupinu HCG v mediánu 14,0 a v průměru 13,9 při směrodatné odchylce 3,1 a pro skupinu BPDG v mediánu 8,0 a v průměru 8,6 při směrodatné odchylce 2,2. Dle Mann-Whitneyho testu na hladině významnosti 0,05 byl rozdíl mezi HCG a BPDG prokázán ( $p<0,05$ ). Skóre skupiny HCG bylo statisticky významně vyšší než skóre skupiny BPDG. Dle tzv. *common language effect size* (f) bylo zjištěno, že pravděpodobnost, že skóre skupiny BPDG dosáhne vyšší hodnoty než skóre skupiny HCG, je rovna 0,08. Pořadové statistiky, tj. minimum, dolní kvartil, medián, horní kvartil a maximum, byly zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu. Hodnota Cohenova  $d = 1,86$  naznačuje velkou věcnou významnost. Na základě vypočtené p-hodnoty přijímáme alternativní hypotézu a zamítáme nulovou na hladině významnosti  $\alpha=0,05$ .

**Graf 5:** Průměrné hodnoty škály Tolerance vůči nepříjemným pocitům dle SOCS-S-CZ



Legenda.: HCG = jedinci z kontrolní skupiny  
BPDG = jedinci s hraniční poruchou osobnosti

**Hypotéza H1e:** Jedinci s hraniční poruchou osobnosti dosahují nižšího skóru na subškále Jednání/vůle jednat s cílem zmírnit utrpení dle SOCS-S-CZ oproti kontrolní skupině.

**Tabulka 14:** Výsledky testování H1e a popisné charakteristiky

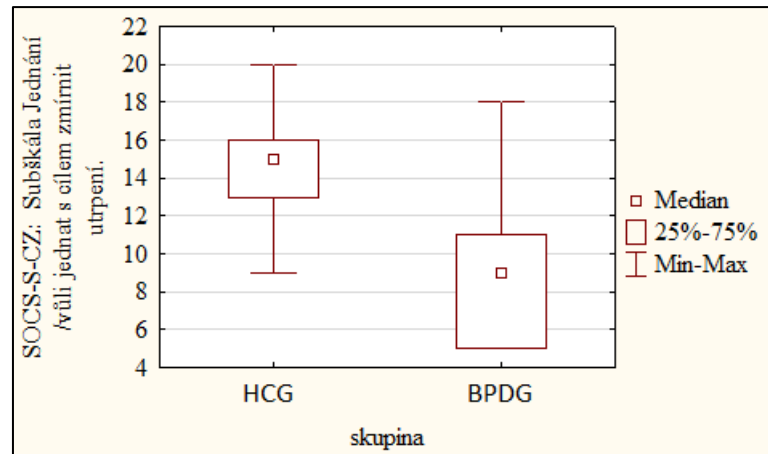
Skupina	N	M	SD	Me	p-hodnota	Velikost efektu
HCG	109	14,8	2,7	15,0	0,000	f=0,10
BPDG	48	9,0	3,4	9,0	(zamítáme H <sub>0</sub> )	Cohen d=1,98

Legenda: M = průměr; SD = směrodatná odchylka; Me = medián; f = CLES

Skóre subškály *Jednání/vůle jednat s cílem zmírnit utrpení* činilo pro skupinu HCG v mediánu 15,0 a v průměru 14,8 při směrodatné odchylce 2,7 a pro skupinu BPDG v mediánu 9,0 a v průměru 9,0 při směrodatné odchylce 3,4. Dle Mann-Whitneyho testu na hladině významnosti 0,05 byl rozdíl mezi HCG a BPDG prokázán ( $p < 0,05$ ). Skóre skupiny HCG bylo statisticky významně vyšší než skóre skupiny BPDG. Dle tzv. *common language effect size* (f) bylo zjištěno, že pravděpodobnost, že skóre skupiny BPDG dosáhne vyšší hodnoty než skóre skupiny HCG, je rovna 0,10. Pořadové statistiky, tj. minimum, dolní kvartil, medián, horní kvartil a maximum, byly zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu. Hodnota Cohenova d = 1,98 naznačuje velkou věcnou významnost. Na

základě vypočtené p-hodnoty přijímáme alternativní hypotézu a zamítáme nulovou na hladině významnosti  $\alpha=0,05$ .

**Graf 6:** Průměrné hodnoty škály Jednání/vůle jednat s cílem zmírnit utrpení dle SOCS-S-CZ



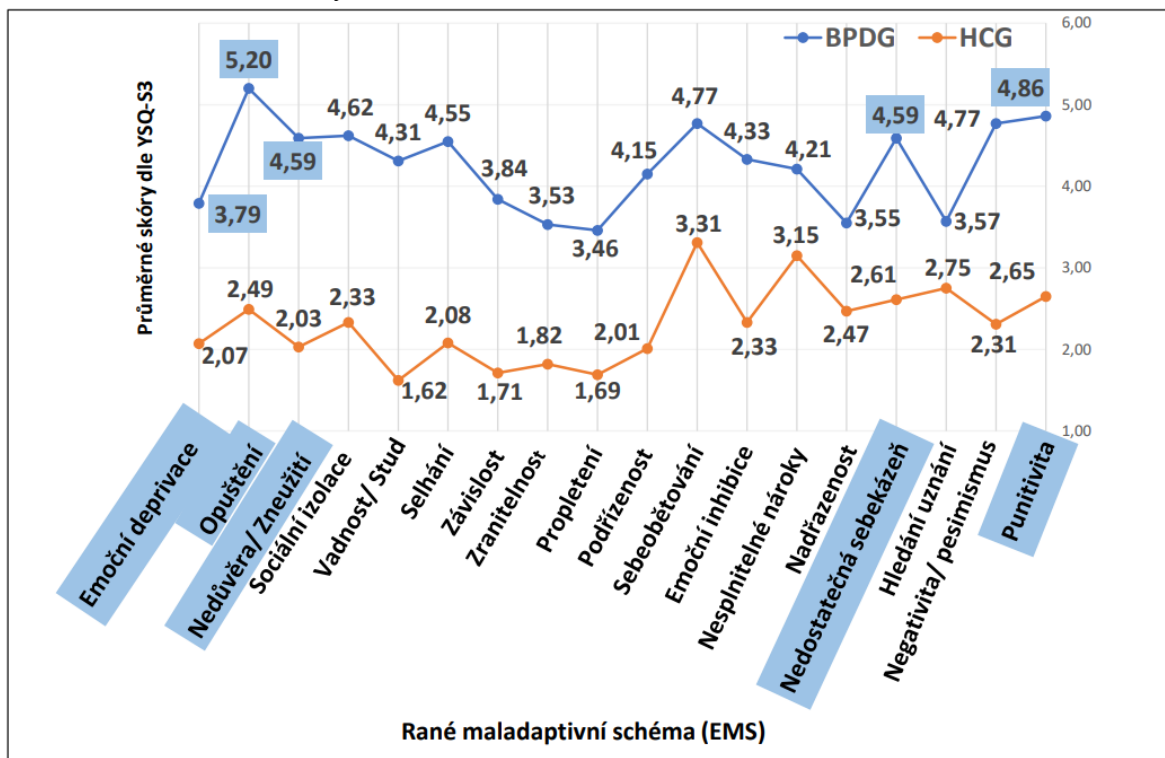
Legenda.: HCG = jedinci z kontrolní skupiny  
BPDG = jedinci s hraniční poruchou



## 8.2 Raná maladaptivní schémata (EMS)

V následující kapitole jsou uvedeny výsledky srovnání skupiny jedinců s hraniční poruchou osobnosti se skupinou z neklinické populace u raných maladaptivních schémat *Emoční deprivace*, *Opuštění*, *Nedůvěra/Zneužití*, *Nedostatečná sebekázeň* a *Punitivita*. Před tím, než jsme zahájili realizaci statistického testování odlišnosti u zvolených proměnných, jsme pro názornost vyhotovili graf průměrných hodnot skóre všech subškál YSQ-S3, reprezentujících 18 raných maladaptivních schémat pro obě skupiny výzkumného souboru.

Graf 7: Průměrné hodnoty skóre EMS dle YSQ-3



Hodnoty prezentovaných průměrných skóre na jednotlivých subškálách dle dotazníku YSQ-S3 podporují teoretické poznatky ohledně charakteristicky rozvinutých EMSs u hraniční poruchy osobnosti. Ve všech 18 subškálách dosahuje skupina jedinců s diagnózou hraniční poruchy osobnosti vyšších skóre vůči vzorku z neklinické populace. Mezi námi zvolenými proměnnými, posuzovanými v rámci předkládané studie, jsou *Opuštění* a *Punitivita*. Jedinci z klinické skupiny (BPDG) dosahovali u těchto dvou proměnných nejvyšších průměrných hodnot skóre (*Opuštění*,  $PR(op)=5,20$ ; *Punitivita*,  $PR(pu)=4,86$ ). Proměnné, které jsou předmětem zkoumání, jsou v grafu č.7. barevně zvýrazněny.

**Hypotéza H2a:** Jedinci s hraniční poruchou osobnosti dosahují vyššího skóru na subškále Emoční deprivace (ed) dle YSQ-3 oproti kontrolní skupině.

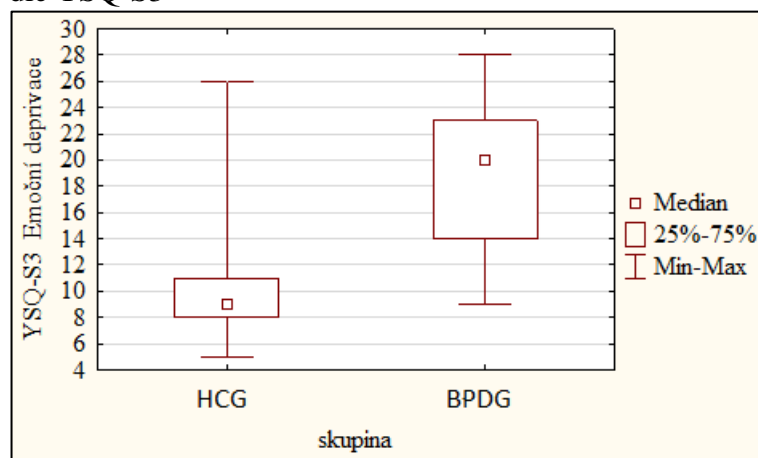
**Tabulka 15:** Výsledky testování H2a a popisné charakteristiky

Skupina	N	M	SD	Me	p-hodnota	Velikost efektu
HCG	109	10,3	4,6	9,0	0,000	f=0,11
BPDG	48	18,9	5,3	20,0	(zamítáme H <sub>0</sub> )	Cohen d=1,78

Legenda: M = průměr; SD = směrodatná odchylka; Me = medián; f = CLES

Skóre subškály *Emoční deprivace* činilo pro skupinu HCG v mediánu 9,0 a v průměru 10,3 při směrodatné odchylce 4,6 a pro skupinu BPDG v mediánu 20,0 a v průměru 18,9 při směrodatné odchylce 5,3. Dle Mann-Whitneyho testu na hladině významnosti 0,05 byl rozdíl mezi HCG a BPDG prokázán ( $p < 0,05$ ). Skóre skupiny BPDG bylo statisticky významně vyšší než skóre skupiny HCG. Dle tzv. *common language effect size* (f) bylo zjištěno, že pravděpodobnost, že skóre skupiny HCG dosáhne vyšší hodnoty než skóre skupiny BPDG, je rovna 0,11. Pořadové statistiky, tj. minimum, dolní kvartil, medián, horní kvartil a maximum, byly zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu. Hodnota Cohenova  $d = 1,78$  naznačuje velkou věcnou významnost. Na základě vypočtené p-hodnoty přijímáme alternativní hypotézu a zamítáme nulovou na hladině významnosti  $\alpha=0,05$ .

**Graf 8:** Průměrné hodnoty škály Emoční deprivace dle YSQ-S3



Legenda.: HCG = jedinci z kontrolní skupiny  
BPDG = jedinci s hraniční poruchou osobnosti

**Hypotéza H2b:** Jedinci s hraniční poruchou osobnosti dosahují vyššího skóru na subškále Opuštění (op) dle YSQ-3 oproti kontrolní skupině.

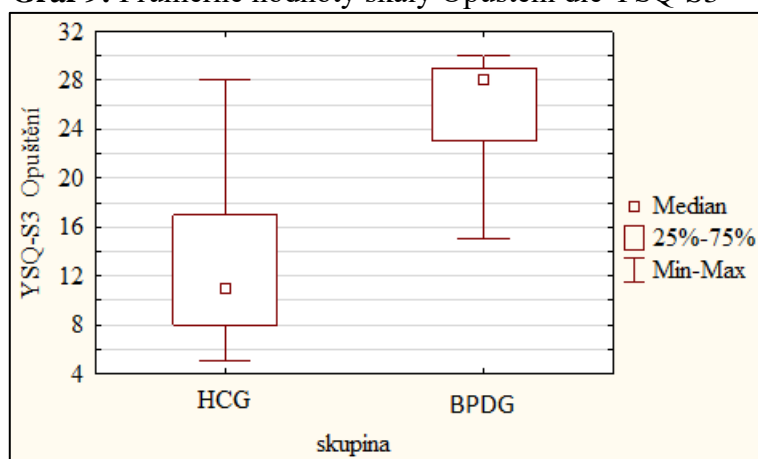
**Tabulka 16:** Výsledky testování H2b a popisné charakteristiky

Skupina	N	M	SD	Me	p-hodnota	Velikost efektu
HCG	109	12,5	5,4	11,0	0,000	f=0,04
BPDG	48	26,0	4,1	28,0	(zamítáme H <sub>0</sub> )	Cohen d=2,67

Legenda: M = průměr; SD = směrodatná odchylka; Me = medián; f = CLES

Skóre subškály *Opuštění* činilo pro skupinu HCG v mediánu 11,0 a v průměru 12,5 při směrodatné odchylce 5,4 a pro skupinu BPDG v mediánu 28,0 a v průměru 26,0 při směrodatné odchylce 4,1. Dle Mann-Whitneyho testu na hladině významnosti 0,05 byl rozdíl mezi HCG a BPDG prokázán ( $p < 0,05$ ). Skóre skupiny BPDG bylo statisticky významně vyšší než skóre skupiny HCG. Dle tzv. *common language effect size* (f) bylo zjištěno, že pravděpodobnost, že skóre skupiny HCG dosáhne vyšší hodnoty než skóre skupiny BPDG, je rovna 0,04. Pořadové statistiky, tj. minimum, dolní kvartil, medián, horní kvartil a maximum, byly zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu. Hodnota Cohenova  $d = 2,67$  naznačuje velkou věcnou významnost. Na základě vypočtené p-hodnoty přijímáme alternativní hypotézu a zamítáme nulovou na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ .

**Graf 9:** Průměrné hodnoty škály Opuštění dle YSQ-S3



Legenda.: HCG = jedinci z kontrolní skupiny  
BPDG = jedinci s hraniční poruchou osobnosti

**Hypotéza H2c:** Jedinci s hraniční poruchou osobnosti dosahují vyššího skóru na subškále Nedůvěra/Zneužití (nz), dle YSQ-3 oproti kontrolní skupině.

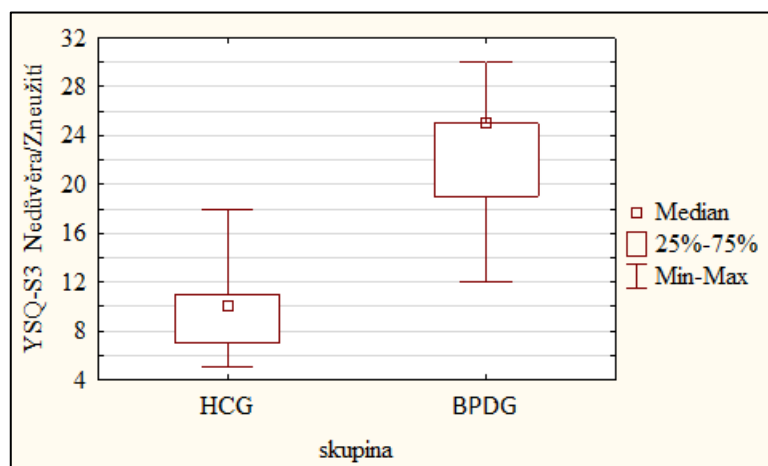
**Tabulka 17:** Výsledky testování H2c a popisné charakteristiky

Skupina	N	M	SD	Me	p-hodnota	Velikost efektu
HCG	109	10,1	3,6	10,0	0,000	f=0,01
BPDG	48	22,9	4,1	25,0	(zamítáme H <sub>0</sub> )	Cohen d=3,40

Legenda: M = průměr; SD = směrodatná odchylka; Me = medián; f = CLES

Skóre subškály *Nedůvěra/Zneužití* činilo pro skupinu HCG v mediánu 10,0 a v průměru 10,1 při směrodatné odchylce 3,6 a pro skupinu BPDG v mediánu 25,0 a v průměru 22,9 při směrodatné odchylce 4,1. Dle Mann-Whitneyho testu na hladině významnosti 0,05 byl rozdíl mezi HCG a BPDG prokázán ( $p < 0,05$ ). Skóre skupiny BPDG bylo statisticky významně vyšší než skóre skupiny HCG. Dle tzv. *common language effect size* (f) bylo zjištěno, že pravděpodobnost, že skóre skupiny HCG dosáhne vyšší hodnoty než skóre skupiny BPDG, je rovna 0,01. Pořadové statistiky, tj. minimum, dolní kvartil, medián, horní kvartil a maximum, byly zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu. Hodnota Cohenova  $d = 3,40$  naznačuje velkou věcnou významnost. Na základě vypočtené p-hodnoty přijímáme alternativní hypotézu a zamítáme nulovou na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ .

**Graf 10:** Průměrné hodnoty škály Nedůvěra/Zneužití dle YSQ-S3



Legenda.: HCG = jedinci z kontrolní skupiny  
BPDG = jedinci s hraniční poruchou

**Hypotéza H2d:** Jedinci s hraniční poruchou osobnosti dosahují vyššího skóru na subškále Nedostatečná sebekázeň (ns) dle YSQ-3 oproti kontrolní skupině.

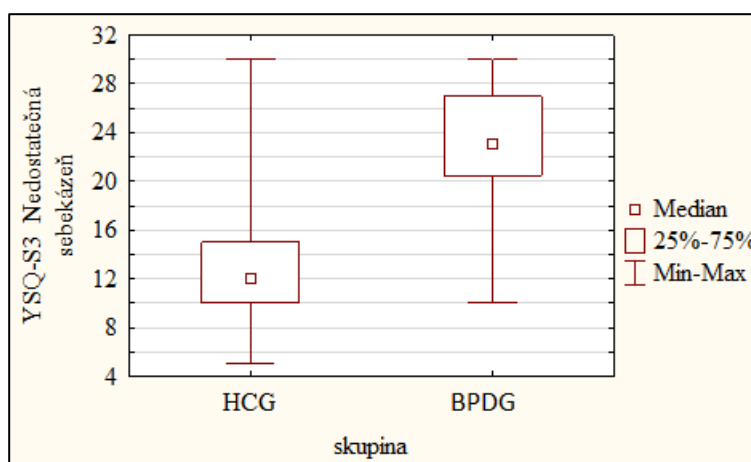
**Tabulka 18:** Výsledky testování H2d a popisné charakteristiky

Skupina	N	M	SD	Me	p-hodnota	Velikost efektu
HCG	109	13,1	4,7	12,0	0,000	f=0,09
BPDG	48	23,0	5,0	23,0	(zamítáme H <sub>0</sub> )	Cohen d=2,07

Legenda: M = průměr; SD = směrodatná odchylka; Me = medián; f = CLES

Skóre subškály *Nedostatečná sebekázeň* činilo pro skupinu HCG v mediánu 12,0 a v průměru 13,1 při směrodatné odchylce 4,7 a pro skupinu BPDG v mediánu 23,0 a v průměru 23,0 při směrodatné odchylce 5,0. Dle Mann-Whitneyho testu na hladině významnosti 0,05 byl rozdíl mezi HCG a BPDG prokázán ( $p < 0,05$ ). Skóre skupiny BPDG bylo statisticky významně vyšší než skóre skupiny HCG. Dle tzv. *common language effect size* (f) bylo zjištěno, že pravděpodobnost, že skóre skupiny HCG dosáhne vyšší hodnoty než skóre skupiny BPDG, je rovna 0,09. Pořadové statistiky, tj. minimum, dolní kvartil, medián, horní kvartil a maximum, byly zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu. Hodnota Cohenova  $d = 2,07$  naznačuje velkou věcnou významnost. Na základě vypočtené p-hodnoty přijímáme alternativní hypotézu a zamítáme nulovou na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ .

**Graf 11:** Průměrné hodnoty škály Nedostatečná sebekázeň dle YSQ-S3



Legenda.: HCG = jedinci z kontrolní skupiny  
BPDG = jedinci s hraniční poruchou osobnosti

**Hypotéza H2e:** Jedinci s hraniční poruchou osobnosti dosahují vyššího skóru na subškále Punitivita (pu) dle YSQ-3 oproti kontrolní skupině.

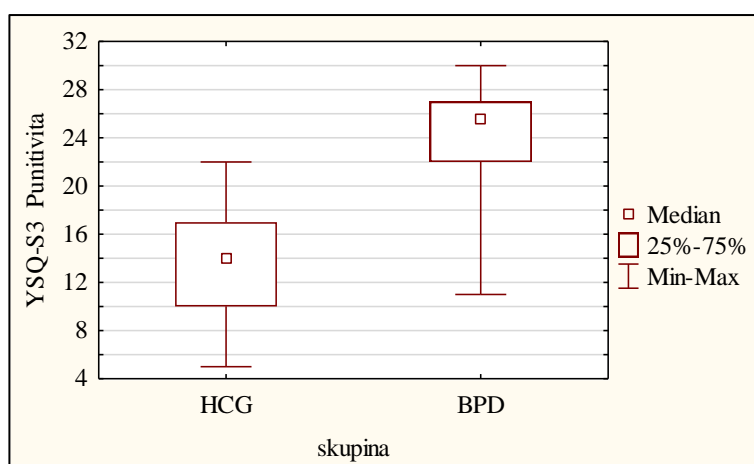
**Tabulka 19:** Výsledky testování H2e a popisné charakteristiky

Skupina	N	M	SD	Me	p-hodnota	Velikost efektu
HCG	109	13,2	4,2	14,0	0,000	f=0,04
BPDG	48	24,3	4,3	25,5	(zamítáme H <sub>0</sub> )	Cohen d=2,62

Legenda: M = průměr; SD = směrodatná odchylka; Me = medián; f = CLES

Skóre subškály *Punitivita* činilo pro skupinu HCG v mediánu 14,0 a v průměru 13,2 při směrodatné odchylce 4,2 a pro skupinu BPDG v mediánu 25,5 a v průměru 24,3 při směrodatné odchylce 4,3. Dle Mann-Whitneyho testu na hladině významnosti 0,05 byl rozdíl mezi HCG a BPDG prokázán ( $p < 0,05$ ). Skóre skupiny BPDG bylo statisticky významně vyšší než skóre skupiny HCG. Dle tzv. *common language effect size* (f) bylo zjištěno, že pravděpodobnost, že skóre skupiny HCG dosáhne vyšší hodnoty než skóre skupiny BPDG, je rovna 0,04. Pořadové statistiky, tj. minimum, dolní kvartil, medián, horní kvartil a maximum, byly zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu. Hodnota Cohenova  $d = 2,62$  naznačuje velkou věcnou významnost. Na základě vypočtené p-hodnoty přijímáme alternativní hypotézu a zamítáme nulovou na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ .

**Graf 12:** Průměrné hodnoty škály Punitivita dle YSQ-S3



Legenda.: HCG = jedinci z kontrolní skupiny  
BPDG = jedinci s hraniční PO

### 8.3 Analýza souvislosti mezi soucitem se sebou a EMS

Předmětem analýzy bylo ověřit existenci významných vztahů mezi proměnnými *Emoční deprivace (ed)*, *Opuštění (op)*, *Nedůvěra/Zneužití (nz)*, *Nedostatečná sebekázeň (ns)* a *Punitivita (pu)* dle YSQ-3 a *Soucitem se sebou* vyjádřeným celkovým skórem dle SOCS-S-CZ. V následující tabulce je prezentován výsledek posouzení hypotézy H0 s uvedenou hodnotou Spearmanova korelačního koeficientu. Existence závislosti mezi proměnnými byla testována zvlášť pro skupinu jedinců s hraniční poruchou osobnosti (BPDG) a vzorkem z kontrolní skupiny (HCG). Barevně jsou vyznačeny ty korelace, které vyšly jako statisticky významné na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ . Nižší p-hodnoty jak 0,05 indikují existenci závislosti mezi posuzovanými proměnnými. Zjištěné výsledky jsou doplněny bodovými grafy s proloženou regresní přímkou.

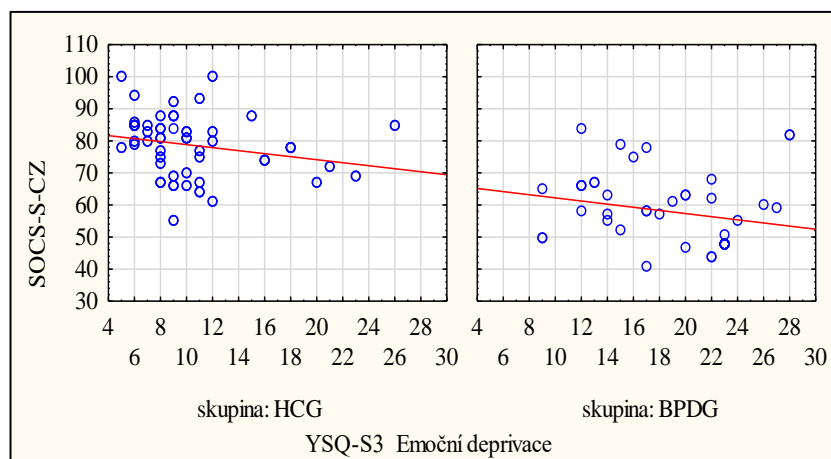
**Tabulka 20:** Výsledky testování vztahu Soucitu se sebou s proměnnými dle YSQ-3

Hypotéza	Proměnná dle YSQ-S3	Skupina	N	R <sub>sp</sub> (X,Y)	p-hodnota	Závislost	Rozhodnutí o H <sub>0</sub>
<b>H3a</b>	Emoční deprivace (ed)	HCG	109	-0,33	0,001	ano	zamítáme
		BPD	48	-0,35	0,014	ano	zamítáme
<b>H3b</b>	Opuštění (op)	HCG	109	-0,23	0,018	ano	zamítáme
		BPD	48	-0,43	0,003	ano	zamítáme
<b>H3c</b>	Nedůvěra/Zneužití (nz)	HCG	109	-0,42	0,000	ano	zamítáme
		BPD	48	-0,21	0,150	ne	nezamítáme
<b>H3d</b>	Nedostatečná sebekázeň (ns)	HCG	109	-0,39	0,000	ano	zamítáme
		BPD	48	-0,32	0,027	ano	zamítáme
<b>H3e</b>	Punitivita (pu)	HCG	109	-0,42	0,000	ano	zamítáme
		BPD	48	-0,59	0,000	ano	zamítáme

*Legenda.: HCG = jedinci z kontrolní skupiny; BPDG = jedinci s hraniční poruchou osobnosti*

Na základě statistického zjištění byla v posuzovaných případech pozorována závislost mezi skóry dle YSQ-S3 a celkovým skóre dosaženým dle SOCS-S-CZ. Výjimkou vůči tomuto zjištění je hodnota korelačního koeficientu mezi proměnnými (nz) a *Soucitem se sebou* u skupiny jedinců s hraniční poruchou osobnosti (BPDG). V tomto případě zjištěná hodnota korelačního koeficientu na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  není statisticky významná. Ve všech sledovaných případech byla hodnota korelačního koeficientu záporná.

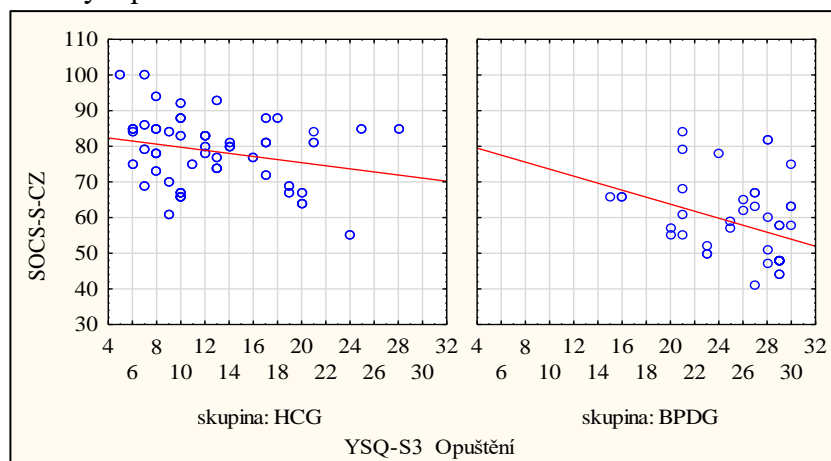
**Graf 13:** Bodový graf hrubého skóru Soucitu se sebou a škály Emoční deprivace



Legenda.: HCG = jedinci z kontrolní skupiny  
BPDG = jedinci s hraniční poruchou osobnosti

Mezi proměnnými *Soucít se sebou* a *Emoční deprivace* pozorujeme u jedinců s hraniční poruchou osobnosti středně silný negativní vztah,  $r_{sp}(n=48) = -0,35$ ;  $p = 0,014$  a taktéž pozorujeme středně silný negativní vztahu u jedinců z kontrolní skupiny  $r_{sp}(n=109) = -0,33$ ;  $p = 0,001$ .

**Graf 14:** Bodový graf hrubého skóru Soucitu se sebou a škály Opuštění

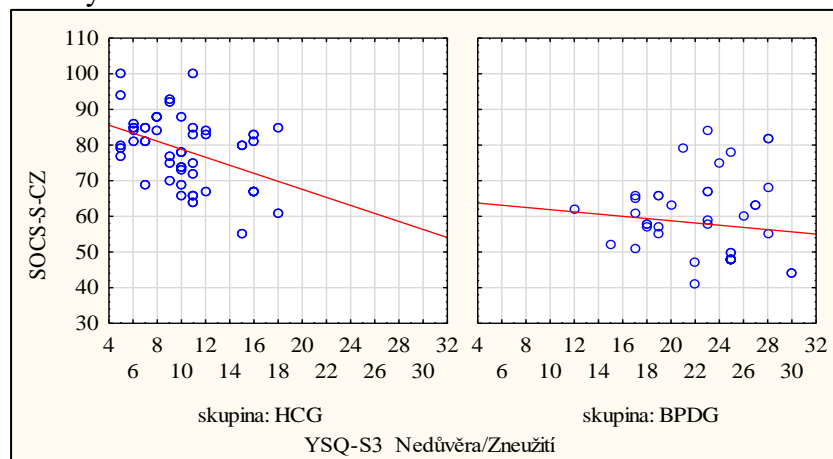


Legenda.: HCG = jedinci z kontrolní skupiny  
BPDG = jedinci s hraniční poruchou osobnosti

Mezi proměnnými *Soucít se sebou* a *Opuštění* pozorujeme u jedinců s hraniční poruchou osobnosti středně silný negativní vztah,  $r_{sp}(n=48) = -0,43$ ;  $p = 0,003$  a taktéž pozorujeme středně silný negativní vztahu u jedinců z kontrolní skupiny  $r_{sp}(n=109) = -0,23$ ;  $p = 0,018$ .



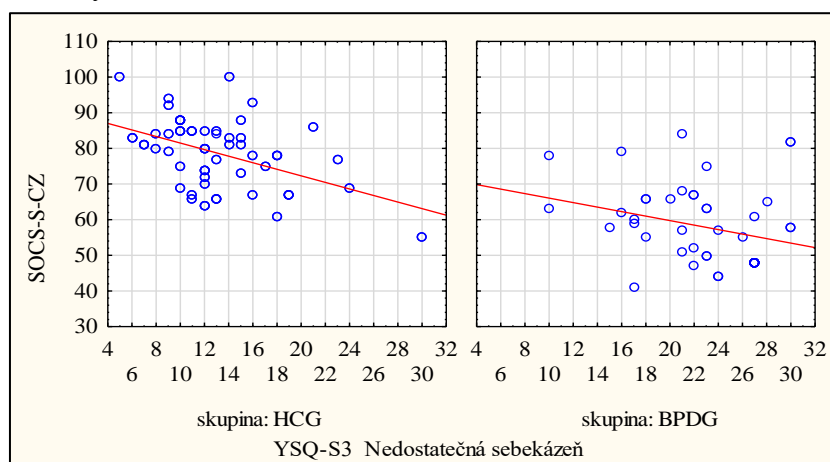
**Graf 15:** Bodový graf hrubého skóru Soucitu se sebou a škály Nedůvěra/ Zneužití



Legenda.: *HCG = jedinci z kontrolní skupiny*  
*BPDG = jedinci s hraniční poruchou osobnosti*

Mezi proměnnými *Soucít se sebou* a *Nedůvěra/Zneužití* nepozorujeme u jedinců s hraniční poruchou osobnosti vztah,  $r_{sp}(n=48) = -0,21$ ;  $p = 0,150$ . Narozdíl od tohoto zjištění, u skupiny tvořené jedinci z neklinické populace pozorujeme středně silný negativní vztah  $r_{sp}(n=109) = -0,42$ ;  $p = 0,003$ .

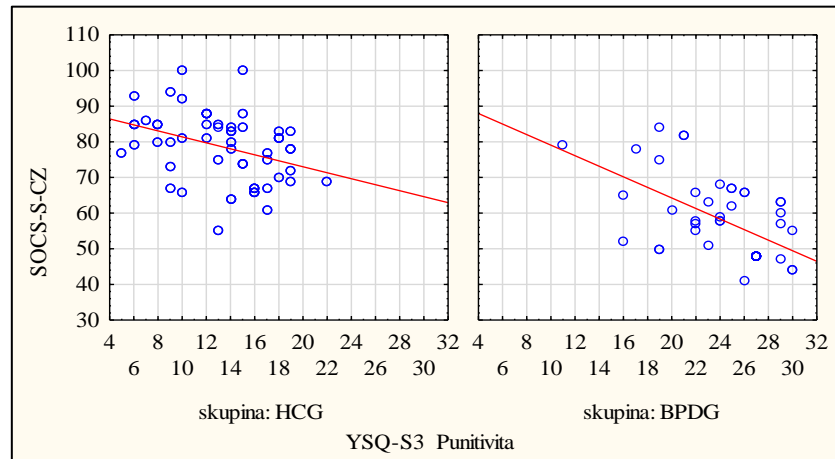
**Graf 16:** Bodový graf hrubého skóru Soucitu se sebou a škály Nedostatečná sebekázeň



Legenda.: *HCG = jedinci z kontrolní skupiny*  
*BPDG = jedinci s hraniční poruchou osobnosti*

Mezi proměnnými *Soucit se sebou* a *Opuštění* pozorujeme u jedinců s hraniční poruchou osobnosti středně silný negativní vztah,  $r_{sp}(n=48) = -0,43$ ;  $p = 0,003$  a také pozorujeme středně silný negativní vztah u jedinců z kontrolní skupiny  $r_{sp}(n=109) = -0,23$ ;  $p = 0,018$ .

**Graf 17:** Bodový graf hrubého skóru *Soucit se sebou* a škály *Punitivita*



*Legenda.: HCG = jedinci z kontrolní skupiny*  
*BPDG = jedinci s hraniční poruchou osobnosti*

Mezi proměnnými *Soucit se sebou* a *Punitivita* pozorujeme u jedinců s hraniční poruchou osobnosti silný negativní vztah,  $r_{sp}(n=48) = -0,59$ ;  $p = 0,000$  a u kontrolní skupiny pozorujeme středně silný negativní vztah  $r_{sp}(n=109) = -0,42$ ;  $p = 0,000$ .

## 9 Diskuze

V předkládané práci se tematicky zaměřujeme na diagnózu hraniční poruchy osobnosti, koncept raných maladaptivních schémat a prožívání soucitu k sobě. Na limitace v prožívání soucitu se sebou nahlížíme jako na možný činitel mnohých projevů maladaptace, pro hraniční poruchu osobnosti charakteristických. Tento náhled je v souladu s například Benda (2019), který pokládá soucit se sebou za obecný, transdiagnostický psychoterapeutický faktor.

Ve studii jsme cílili především na raná maladaptivní schémata, jejichž rozvoj je uváděn jako příznačný pro hraniční poruchu osobnosti a která jsou označovaná jako *Emoční deprivace*, *Opuštění*, *Nedůvěra/Zneužití*, *Nedostatečná sebekázeň* a *Punitivita* (Grambal et al.). Jejich přítomnost jsme ověřili na základě reálných klinických dat. Součástí studie je dále ověření možné existence vztahu mezi zmiňovanými maladaptivními schématy a soucitem se sebou.

Formulace záměru studie vycházela dále také z pojetí raných maladaptivních schémat, která jsou součástí konceptu schématerapie. Ten je zmiňovaný ve spojitosti s hraniční poruchou osobnosti zejména z pohledu efektivity terapeutické intervence (Young et al., 2003; Farrell et al., 2014; Pašková, 2021). Dále také Giesen-Bloo et al. (2006) uvádějí zlepšení klinických symptomů u dvou třetin patientek a pokazují na to, že schématerapie se jeví skoro dvakrát tak účinná při porovnání s psychodynamickým přístupem.

V realizované studii je výzkumný vzorek tvořen zletilými ženami. Pro získání dat od skupiny jedinců s hraniční poruchou osobnosti (N = 48; F60.31 dle MKN-10) a dospělých osob z neklinické populace (N = 109) bylo použito sebesposuzovacích dotazníkových metod. Obě skupiny byly vzájemně srovnávány na základě dosažených skóreů *Youngova dotazníku schémat* (YSQ-S3) a *Sussexsko-Oxfordské škály soucitu k sobě* (SOCS-S-CZ). Aplikace *Sussexsko-Oxfordské škály soucitu k sobě* (SOCS-S-CZ) umožňuje získat data v pěti jejich subškálách a také celkový výsledný skóre. Na základě YSQ-S3 jsme zase získaly skóre za jednotlivé subškály, kterých je celkem 18 a každá z nich je vymezena pro identifikaci míry rozvoje příslušného EMS (*early maladaptive schema*).

Získané výsledky byly také posouzeny z hlediska *effect size* s využitím parametru *Cohenova d* a pro doplnění jsme uvedli parametr (f) tzv. *common language effect size* (CLES), který je uváděn jako možný způsob prezentace výsledků statistického zpracování dat (Brooks et al., 2014).

Výzkumná zjištění dle YSQ-S3 ukazují ve všech 18 subškálách u jedinců s diagnózou hraniční poruchy osobnosti dosažení vyšších průměrných skóre vůči vzorku z neklinické populace. Na základě vyhotoveného profilu průměrných skóre (viz. kapitola 8.2) se ukázalo, že skóre pro tuto studii zvolených EMSs patří mezi nejvyšší, avšak s jednou výjimkou, kterou byla hodnota průměrného skóre EMS *Emoční deprivace* (3,79). Toto schéma je dle van Vreeswijk et al. (2015) vymezeno tak, že daný jedinec předpokládá, že druzí lidé nedostatečně naplní jeho očekávání v míře emočního propojení. Výsledky srovnání u tohoto EMS mezi skupinou „zdravých kontrol“ (*HCG = Healthy Control Group*) a jedinců s hraniční poruchou osobnosti (*BPDG = Borderline personality Group*) ukazují na vyšší míru rozvinutí tohoto schématu u BPDG. U hraničních jedinců byla průměrná hodnota 18,9 (SD = 5,3) a u kontrolní skupiny 10,3 (SD = 4,6). Hodnota Cohenova  $d = 1,78$  naznačuje velkou věcnou významnost a věcnou významnost zjištění dále podporujeme uvedením hodnoty parametru CLES ( $f$ ) = 0,11.

Domníváme se, že interpretační potenciál tohoto poznatku je možné hledat v kontextu s dalším zjištěním studie, který zde nejdříve uvedeme. V rámci námi sledovaných EMSs bylo také EMS *Opuštění*. To můžeme zkráceně popsat jako přítomnost obav, že jedinec bude opuštěn těmi, na které spoléhá z pohledu bezpečí nebo pomoci (van Vreeswijk, 2015). U hraničních jedinců byla průměrná hodnota u EMS *Opuštění* 26,0 (SD = 4,1) a u kontrolní skupiny 12,5 (SD = 5,4). Hodnota Cohenova  $d = 2,64$  naznačuje velkou věcnou významnost. Zjištěné výsledky jsme ještě posoudili perspektivou skrze parametr CLES ( $f$ ) = 0,04.

Na daná zjištění nahlížíme tak, že přítomnost maladaptace kognitivních procesů u jedince, která vychází ze silně rozvinutého schématu *Opuštění*, vede k takému náhledu na realitu vztahů s ostatními, že je hraniční jedinec zvýšeně senzitivní k domnělému, opuštění, nebo potenciálnímu ohrožení z okolí. Myšlenka na zvýšenou senzitivitu hraničních jedinců vůči potenciálně ohrožujícím signálům z okolí je ve shodě s tvrzením Beck a Freeman (1990), kteří na fakt nadměrné ostražitosti u lidí s hraniční poruchou poukazují.

Nabízíme k tomuto interpretaci, že v podstatě v hraniční realitě je zvýšená senzitivita k potenciálnímu ohrožení z okolí svým způsobem „žádoucí“ vlastností, pokud jedinec očekává, že na zvládnutí ohrožující situace bude osamocen. Pak je opravdu žádoucí případnou hrozbu identifikovat co nejdříve a současně je i v této maladaptivní perspektivě přirozené předpokládat nedostatečné naplnění emočního propojení s druhými, kteří vlastně v takové situaci potenciální emoční oporou nejsou.

Na nenaplnění emočního propojení s druhými může pak hraniční jedinec skrze svoji perspektivu, ovlivněnou výrazně rozvinutým schématem *Opuštění*, nahlížet jako na něco egosyntonního. Považujeme za možné, že tato perspektiva mohla ovlivnit volbu hodnocení jednotlivých položek odpovídajících danému schématu. Proto se domníváme, že spíše než výsledný průměrný hrubý skóre, je ohledně rozvinutí tohoto schématu u BPD lepším ukazatelem srovnání s neklinickou populací, v rámci kterého zjistili v naší studii rozdíly, které můžeme považovat za věcně významné (Cohenovo  $d = 1,78$ ; CLES ( $f = 0,11$ )).

Zajímavým zjištěním pro nás byla průměrná hodnota na subškále *Sociální izolace* u klinické skupiny, která byla 4,62. Toto schéma není dle Grambal (2017) uváděno mezi charakteristickými EMSs u BPD a proto nebylo předmětem většího zkoumání ani v naší studii. Domníváme se však, že by to bylo žádoucí, neboť si myslíme, že podporuje naše předpoklady vyvozené ze zjištění ohledně EMSs *Emoční deprivace* a *Opuštění*. Dle van Vreeswijk et al. (2015) je toho schéma vymezeno jako pocit jedince, že nezapadá do skupiny a je od ní izolován. Doplňme k tomu, že hraniční jedinec tedy opět zažívá pro něj bolestné pocity opuštění a osamocení.

Podívejme se nyní na možné důsledky námi zjištěných poznatků pro klinickou praxi. Jak jsme uvedli, tak se někteří odborníci na duševní zdraví obávají odborného selhání v terapii s hraničními jedinci (Treloar, 2009). Tomuto terapeutovu pocitu jistě nepřispěje vědomí toho, že hraniční jedinci jsou nositeli rizika suicidálního aktu nebo realizace záměrného sebepoškozování (DSH) (Praško, 2015; Scott et al, 2017). Zmiňujeme to zde v návaznosti na naše zjištění a formulovanou předchozí úvahu proto, že realizace autodestruktivního aktu ze strany hraničního jedince je uváděna jako důsledek jeho intenzivní reakce z důvodu nárustu vnitřní tenze, iniciované pocity separace nebo opuštění (Grambal et al., 2017). Domníváme se, že v takovém okamžiku přítomná maladaptace kognitivních procesů, navázaná na rozvinutá schémata *Opuštění*, *Emoční deprivace* nebo *Sociální izolaci*, limituje možnosti jedince racionálního posouzení situace, nebo eventuálně působí limitně na možnosti regulace jeho emocionálních projevů.

Uveďme dále zjištění u těchto schémat nejenom z pohledu rozdílů mezi klinickou a neklinickou skupinou, ale také výsledky posouzení existence vztahu zmiňovaných maladaptivních schémat a prožívání soucitu se sebou. V realizované studii byl pozorován mezi soucitem se sebou a mírou rozvinutí schématu *Opuštění* u klinické skupiny středně silný negativní vztah,  $r_p(n = 48) = -0,43$ ;  $p = 0,003$  a středně silný vztah byl také pozorován u kontrolní skupiny,  $r_p(n = 109) = -0,23$ ;  $p = 0,018$ . Středně silný negativní vztah byl dále

pozorován u schématu *Emoční deprivace* u BPDG,  $r_p(n = 48) = -0,35$ ;  $p = 0,014$  a u kontrolní skupiny  $r_p(n = 109) = -0,33$ ;  $p = 0,001$ .

Výsledky ukazují, že lidé s hraniční poruchou s nižší mírou soucitu se sebou skórují výše na příslušných subškálách a totéž platí u kontrolní skupiny. Interpretujeme výsledky tohoto zjištění tak, že rozvíjení soucitu se sebou je potenciálním faktorem působícím inhibičně na pocity osamocení a opuštění. Uvedený náhled je v souladu s tím, co uvedli Basharpour et al. (2016), kteří prezentují ve svém zjištění, že pacienti s vyšší mírou soucitu se sebou zažívali menší míru obav z opuštění nebo odmítnutí v blízkých vztazích. V kontextu terapie hraniční poruchy osobnosti uveďme, že hraniční jedinci jsou výrazně citliví i jen na domnělé odmítnutí. Připomeňme zde například situaci, kterou pro názornost popisujeme v „černobílém příběhu“, ve které pacient s hraniční poruchou osobnosti zažíval pocity odmítnutí na základě dezinterpretace situace se zdravotní sestrou psychiatrického oddělení.

Uvažujeme-li o prožívání soucitu se sebou jako o faktoru přínosném pro terapii hraniční poruchy osobnosti, je na místě uvést některé naše výsledky, zjištěné srovnáním skupiny hraničních osob s kontrolní neklinickou skupinou. Srovnání prožívání soucitu se sebou jsme realizovali jednak na základě celkového skóru dle SOCS-S-CZ a také dle jednotlivých subškál tohoto dotazníku. Celkové skóre SOCS-S-CZ činilo pro skupinu HCG v průměru 78,7 (SD = 7,04) a pro skupinu osob s hraniční poruchou osobnosti v průměru 57,9 (SD = 11,2). Dle zjištění bylo dosažené skóre u skupiny HCG statisticky významně vyšší než skóre skupiny BPDG. Na základě interpretace tzv. *common language effect size* (f) bylo zjištěno, že pravděpodobnost, že skóre skupiny BPDG dosáhne vyšší hodnoty než skóre skupiny HCG, je rovna 0,09 (9 %). Hodnota Cohenova  $d = 1,41$  naznačuje velkou věcnou významnost. Nahlížíme na toto zjištění tak, že ukazuje na významné statistické rozdíly v prožívání soucitu k sobě mezi hraničními pacienty a neklinickou populací.

Pokud nahlížíme na soucit se sebou jako na možný transdiagnostický faktor, považujeme za žádoucí výsledky zjištění v naší studii srovnat s výsledky výzkumu, který by zahrnoval skupinu pacientů s jinými diagnózami, než je hraniční porucha osobnosti. Benda, Kadlečík a Loskotová (2018) srovnávali kontrolní skupinu zdravých dospělých osob (N = 180) se skupinami pacientů s úzkostnými poruchami (N = 58) a s depresivními poruchami (N = 57). U úzkostných pacientů zjistili tito autoři průměrnou míru soucitu se sebou 47,52 (SD = 11,50) a průměrnou míru tendence k prožívání studu 36,52 (SD = 8,90), u depresivních pacientů pak průměrnou míru soucitu se sebou 48,37 (SD = 8,45) a průměrnou míru tendence k prožívání studu 34,25 (SD = 7,04). Autoři studie se přitom domnívají, že

nedostatek soucitu k sobě samému a s tím související zvýšená tendence k prožívání studu jsou možná významnými transdiagnostickými faktory, jež stojí v pozadí mnohých psychopatologických symptomů u celé řady duševních poruch. Přestože tento jejich náhled je potřeba dále ověřovat, naše výsledky ukázaly podobný rozdíl ve sledovaných proměnných mezi zdravými subjekty a subjekty s hraniční poruchou osobnosti a podporují tedy tento teoretický koncept. Současně také například Winter et al. (2017) prezentují soucit se sebou jako možný prediktor indikující přítomnost hraniční symptomatologie.

Právě s ohledem na přítomnou symptomatologii hraniční poruchy osobnosti vnímáme význam studie zaměřené soucitu se sebou pro praxi. Mezi charakteristické rysy pro hraniční poruchu osobnosti patří přítomnost pervazivních vzorců nestability interpersonálních vztahů, sebeobrazu a dysregulace emocí. Jak jsme na základě výsledků naší studie uvedli, existují výrazné rozdíly v prožívání soucitu se sebou nejenom u hraničních pacientů, ale i u dalších poruch.

Při terapeutickém vedení hraničního jedince lze předpokládat výskyt nepředvídatelných situací, které zatěžují terapeutickou alianci. V kontextu symptomu maladaptace v emoční regulaci uveďme další možný přínos vycházející z rozvíjení soucitu se sebou. Neff (2003) zmiňuje soucit se sebou jako strategii emoční regulace, což podporují také poznatky Warren (2015). Ty nejenom, že poukazují na rozvíjení soucitu se sebou jako možnou strategii optimalizace emoční regulace, ale také uvádějí, že tato optimalizace emoční regulace je důležitá pro tvorbu terapeutické aliance.

## 10 Limity studie

Forma realizované studie vykazuje několik limit, které zde uvádíme:

1) Základní limita studie spočívá v nepravděpodobnostním výběru. Důsledkem z toho vyplývajícím je, že jsme ve studii nepracovali s reprezentativním vzorkem populace České republiky. Například skupina respondentů z kontrolní skupiny (HCG) je silně sycena osobami s vysokoškolským vzděláním. Omezení reprezentativnosti je dáno způsobem konstituování obou skupin (HCG, BPDG) a zvolenou formou sběru dat. Sběr dat, realizovaný ve studii s využitím webového rozhraní (CAWI), neumožňuje exaktní vymezení zkoumaných souborů.

2) Ve studii není zohledněn potenciální výskyt komorbidit u jedinců s hraniční poruchou osobnosti (BPDG).

3) K dalším limitám studie patří také fakt, že výzkumná data byla získávána výlučně na základě aplikace sebeposuzovacích dotazníků, přičemž jejich výsledky mohou vykazovat zkreslení z důvodu tendence respondentů odpovídat sociálně žádoucím způsobem.

4) Realizovaná korelační studie, pro posouzení těsnosti vztahu mezi prožíváním soucitu se sebou a zvolenými ranými maladaptivní schémata (EMS), která je součástí výzkumné části, nenabízí interpretační možnosti ohledně kauzality. Případnou navazující studii by bylo vhodné při realizaci cílit tak, aby zahrnovala i další potenciálně významné proměnné.

5) Lidé ze skupiny s hraniční poruchou osobnosti byli oslovováni k účasti ve výzkumu a vyplnění dotazníkové baterie v různých fázích terapie. Vzhledem k již tak vysoké zatíženosti odborného personálu při sběru dat, nebyl tento fakt ve studii nikterak zohledněn. Toto vycházelo také z nutnosti respektovat terapeutické potřeby pacientů s BPD a přizpůsobit se časovému harmonogramu spolupracujících odborných pracovišť.

6) U skupiny respondentů s hraniční poruchou osobnosti (BPDG) mohou být získané odpovědi na základě dotazníku YSQ-S3 ovlivněny tím, pokud respondenti uváděli odpovědi v pro ně signifikantním schéma módu. Proto se domníváme, že v dalších studiích by bylo vhodné navázat při sběru dat například strukturovaným rozhovorem realizovaným odborníkem na duševní zdraví.



## 11 Závěr

Výzkumný soubor v realizované studii byl tvořen zletilými ženami. Data od vzorku z neklinické populace (N=109) byla porovnáována s klinickými daty skupiny (N=48) s diagnózou hraniční poruchy osobnosti F60.31 dle MKN-10. Dále byl posouzen vztah mezi některými ranými maladativními schématy a prožíváním soucitu k sobě. Výsledky analýzy dat získaných na základě administrace Youngova dotazníku schémat (YSQ-S3) a Sussexsko-Oxfordské škály soucitu k sobě (SOCS-S-CZ) ukázaly na odlišnosti mezi dospělými ženami z neklinické populace a těmi s přidělenou diagnózou hraniční poruchy osobnosti F60.31 dle MKN-10. S ohledem na získané údaje můžeme u skupiny s hraniční poruchou osobnosti konstatovat:

- nižší míru prožívání soucitu k sobě
- vyšší míru rozvinutí raných maladativních schémat *Emoční deprivace, Opuštění, Nedůvěra/Zneužití, Nedostatečná sebekázeň a Punitivita*
- přítomnost středně silné negativní korelace mezi prožíváním soucitu k sobě a mírou rozvinutí EMSs *Emoční deprivace, Opuštění, Nedostatečná sebekázeň a Punitivita*
- nepřítomnost významné korelace mezi prožíváním soucitu k sobě a mírou rozvinutí EMS *Nedůvěra/ Zneužití*

## 12 Souhrn

Práce je zaměřena na oblast raných maladaptivních schémat (EMS) a tendenci k prožívání soucitu k sobě v kontextu hraniční poruchy osobnosti. Její teoretická část tvoří tři ucelené oddíly, které se v textu na několika místech odkazují na tzv. „černobílý příběh“. V tom jsou dílčím způsobem prezentovány některé fragmenty reálného života lidí s diagnózou hraniční poruchy osobnosti F60.31 stanovené dle MKN-10. Tento tzv. „černobílý příběh“ je spojnicí napříč celou teoretickou částí práce.

První část práce je cílena na oblast hraniční poruchy osobnosti. V jejím začátku jsou vymezeny pojmy porucha osobnosti a osobnost. Na toto navazuje kapitola prezentující problematiku související se stanovením diagnózy hraniční poruchy osobnosti. Jako její součást jsou uvedena diagnostická kritéria BPD dle DSM-5, MKN-10 a dílčím způsobem je zmíněn přístup v diagnostice této PO dle nadcházejícího MKN-11. Závěrečná část prvního celku práce je zaměřena na terapeutický vztah s hraničním jedincem. Zejména na problematiku tendence psychologických odborníků se vůči pacientům s hraniční poruchou osobnosti vymezovat, případně se s lidmi s BPD vůbec nedostávat do kontaktu. Toto může být také dáno určitými náročnými atributy, symptomatologicky přítomnými projevy této poruchy osobnosti, které jsou popisovány na konci první části.

Druhá část pojednává o prožívání soucitu a jeho roli v návaznosti na výskyt psychopatologie. V této části jsou charakteristické symptomy u hraniční poruchy osobnosti spojovány s prožíváním soucitu k sobě a možnými přínosy. Náplň kapitol je zaměřena na problematiku autodestruktivních tendencí u BPD, zejména záměrného sebepoškození (DSH) a přítomnosti rizika suicidálního pokusu. Dále také tato kapitola zmiňuje problematiku maladaptace v emoční regulaci a prožívání negativních emocí u hraničních jedinců v návaznosti na soucit se sebou.

Třetí, poslední, část teorie uvádí v základních rysech koncept schématerapie, vývoj raného maladaptivního schématu (EMS), popisuje copingový styl a copingovou reakci. Jako součást této kapitoly jsou uváděna charakteristická raná maladaptivní schémata rozvinutá u osob s hraniční poruchou osobnosti. Tyto teoretické poznatky byly základním prvkem pro formulování výzkumné studie, prezentované v empirické části.

V její úvodní části je vymezen výzkumný rámec, podložený argumentací ke zkoumání dané problematiky a jsou formulovány výzkumné cíle, otázky a hypotézy. Záměr studie spočívá v ověření výskytu některých rozvinutých raných maladaptivních schémat (EMS), o kterých se na základě teoretických poznatků předpokládá, že jsou těmi typickými

pro hraniční poruchu osobnosti. Základním podkladem pro toto ověření jsou reálná klinická data od vzorku skupiny dospělých osob s dg. hraniční poruchou osobnosti, označované dle MKN-10 jako F60.31. Současně uváděné cíle studie směřují také na ověření potenciální existence vztahu mezi prožíváním soucitu se sebou a uváděnými charakteristickými EMSs.

Výzkumný soubor v realizované studii byl tvořen zletilými ženami. Data od vzorku z neklinické populace (N=109) byla porovnáвана s klinickými daty skupiny (N=48) s diagnózou hraniční poruchy osobnosti F60.31 dle MKN-10. Dále byl posouzen vztah mezi některými ranými maladaptivními schémata a prožíváním soucitu k sobě. Aplikovanými metodami v realizovaném výzkumu jsou Youngův dotazník schémat (YSQ-S3) a Sussexsko-Oxfordská škála soucitu k sobě (SOCS-S-CZ).

Sběr dat u klinické skupiny respondentů probíhal ve spolupráci s odbornými pracovišti zahrnujícími ambulance klinické psychologie, organizaci Kaleidoskop – centrum terapie a vzdělávání, z. ú., a Psychiatrickou nemocnici v Kroměříži (PNKM). Sběr dat byl realizován způsobem CAWI (*Computer Assisted Web Interviewing*) a časově je realizace probíhala v intervalu od 10/2022 do 02/2023. Výzkumný vzorek je tvořen skupinou reprezentující neklinickou populaci zletilých žen (N=109) a klinickou skupinou s diagnózou označovanou dle MKN-10 jako F60.31, hraniční porucha osobnosti. Tuto skupinu tvořilo 48 dospělých žen osob.

K potvrzení rozdílů mezi oběma skupinami byla provedena vícerozměrná analýza rozptylu (MANOVA). Porovnávaly se rozdíly v proměnných *Soucit se sebou, Stud, Vyhybavost a Úzkostnost*. Výsledek pro skupiny BPDG a HCG vyšel statisticky významný,  $F(4,83) = 21,546$  ( $p < 0,001$ ). Následné t-testy s Benferroniho korekcí pro mnohonásobná porovnávání vedly k ověření statistické významnosti mezi skupinami.

K potvrzení rozdílů mezi jedinci z kontrolní skupiny a jedinci s hraniční poruchou osobnosti (dg. F60.31 dle MKN-10) byla provedena vícerozměrová analýza rozptylu (MANOVA), porovnávací soubor proměnných *Spoluprožívání trápení s trpící osobou, Rozpoznávání utrpení, Chápání univerzální přítomnosti utrpení, Tolerance vůči nepříjemným pocitům, Jednání/ vůle jednat s cílem zmírnit utrpení* dle SOCS-S-CZ. Výsledek pro skupiny BPD a HCG vyšel statisticky významný,  $F(5,151) = 30,100$  ( $p < 0,001$ ). Wilkova lambda vyšla 0,501; indikující, že 49,9 % variability závislých proměnných bylo vysvětleno na základě rozdílů mezi skupinou jedinců s hraniční poruchou (BPDG) a kontrolní (HCG) (parciální éta-kvadrát 0,499). Dále byla také realizována vícerozměrná analýza rozptylu (MANOVA), porovnávací skupiny proměnných *Emoční deprivace, Opuštění, Nedůvěra/Zneužití, Nedostatečná sebekázeň, Punitivita* dle YSQ-S3 pro potvrzení

rozdílů mezi jedinci z kontrolní skupiny (HCG) a jedinci s hraniční poruchou osobnosti (BPDG). Výsledek pro skupiny (BPD) a (HCG) vyšel i v tomto případě statisticky významný,  $F(5,151) = 116,698$  ( $p < 0,001$ ). Wilkova lambda vyšla 0,206; indikující, že 79,4 % variability závislých proměnných bylo vysvětleno na základě rozdílů mezi skupinou jedinců s hraniční poruchou (BPDG) a kontrolní skupinou (HCG) (parciální éta-kvadrát 0,794).

Výstupy testů jsou pro názornější porovnání obou skupin doplněny krabicovými grafy a u ověření závislosti proměnných na základě hodnot korelačních koeficientů je prezentace dat doplněna bodovými grafy s proloženými regresními přímkami. Kromě výsledné *p-hodnoty* byly dále reportovány průměr, směrodatná odchylka, medián a parametr a parametry věcné významnosti a to (f) tzv. *common language effect size (CLES)* a *effect size* na základě hodnoty *Cohenova d*. Koeficient velikosti míry věcné významnosti (*effect size*) je způsobem možného posouzení zásadnosti zjištěných výsledků (APA, 2013; Cohen, 1988; Cortina & Nouri, 2000).

Výsledky dat získaných administrací Youngova dotazníku schémat (YSQ-S3) a Sussexsko-Oxfordské škály soucitu k sobě (SOCS-S-CZ) ukázaly na odlišnosti mezi dospělými ženami z neklinické populace a těmi s přidělenou diagnózou hraniční poruchy osobnosti F60.31 dle MKN-10. U osob s hraniční poruchou osobnosti byla pozorována nižší míra prožívání soucitu k sobě, vyšší míra rozvinutí raných maladaptivních schémat *Emoční deprivace, Opuštění, Nedůvěra/Zneužití, Nedostatečná sebekázeň a Punitivita* a přítomnost středně silné negativní korelace mezi prožíváním soucitu k sobě a mírou rozvinutí EMSs *Emoční deprivace, Opuštění, Nedostatečná sebekázeň a Punitivita*. Součástí výsledků je i zjištění nepřítomnosti významné korelace mezi prožíváním soucitu k sobě a mírou rozvinutí EMS *Nedůvěra/ Zneužití* u skupiny osob s BPD.

Realizace výzkumu proběhla s existencí několika limit. Těmi základními byl nepravděpodobnostní výběr vzorku u obou skupin respondentů a výzkumná data byla získávána výlučně na základě aplikace sebesposuzovacích dotazníků, přičemž jejich výsledky mohou vykazovat zkreslení z důvodu tendence respondentů odpovídat sociálně žádoucím způsobem. Dále ve studii není zohledněn potenciální výskyt komorbidity u jedinců s hraniční poruchou osobnosti (BPDG) a odpovědi ovlivněni tím, pokud respondenti uváděli odpovědi v pro ně signifikantním schéma módu.

V rámci výzkumu se jedná o verifikaci hypotéz zaměřených na rozdílnost v prožívání soucitu se sebou u dospělých osob z tzv. „zdravé populace“ (označené jako HCG) a jedinců s přidělenou diagnózou hraniční poruchy osobnosti F60.31 dle MKM-10 (označené jako

BPDG). Dále jde o realizaci korelační studie pro posouzení těsnosti vztahu mezi prožíváním soucitu se sebou a zvolenými ranými maladaptivními schématy (EMS). Ta byla ve studii zvolena v souladu s teoretickými poznatky, poukazujícími na charakteristicky rozvinutá EMS u osob s hraniční poruchou osobnosti. Byly zjištěné odlišnosti mezi skupinou z neklinické populace a osobami s hraniční poruchou osobnosti v míře prožívání soucitu k sobě, vyšší míra rozvinutí raných maladaptivních schémat u osob s hraniční poruchou osobnosti a existence středně silné negativní korelace zvolených EMSs a prožíváním soucitu k sobě. Toto ale neplatí pro korelaci mezi prožíváním soucitu k sobě a mírou rozvinutí EMS *Nedůvěra/ Zneužití*.

Uvedené výsledky interpretujeme tak, že rozvíjení soucitu se sebou v rámci terapie je možným inhibujícím činitelem projevů maladaptace při rozvinutých charakteristických EMSs u hraniční poruchy osobnosti. Považujeme však za nezbytné tento náhled podrobit verifikaci dalšími studiemi. Přínos studie vidíme zejména v potenciálu, který je na rozšíření poznatků zaměřených na oblast soucitu se sebou a raných maladaptivních schémat u hraniční poruchy osobnosti navázán. Tím je možnost k širšímu porozumění etiologii zkoumané poruchy osobnosti a případně i k dalšímu porozumění mechanismům terapeutické změny u lidí s touto poruchou osobnosti.

## Literatura

- 1) Agrawal, H. R., Gunderson, J., Holmes, B. M., & Lyons-Ruth, K. (2004). Attachment studies with borderline patients: A review. *Harvard Review of Psychiatry*, *12*, 94–104. DOI: 10.1080/10673220490447218
- 2) Allen, A. B., & Leary, M. R. (2010). Self-Compassion, Stress, and Coping. *Social and personality psychology compass*, *4*(2), 107–118. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2009.00246.x>
- 3) American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd ed. (DSM-III)*. Washington D.C.: American Psychiatric Press
- 4) American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- 5) Arntz, A. & Van Genderen, H. (2009) *Schema Therapy for Borderline Personality Disorder*. Wiley & Sons Ltd.
- 6) Baer, R. A., Peters, J. R., Eisenlohr-Moul, T. A., Geiger, P. J., Sauer, S. E. (2012) Emotion-related cognitive processes in borderline personality disorder: a review of the empirical literature. *Clin Psychol Rev.* *32*(5):359-69. doi: 10.1016/j.cpr.2012.03.002
- 7) Bach, B., & First, M. B. (2018). Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC Psychiatry*, *18*(1), 1–14. Získáno 10. listopadu 2022 z <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1908-3>
- 8) Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*, 226–244. Získáno 12. ledna 2018 z PubMed database.
- 9) Basharpour, S., Daneshvar, S., & Noori, H. (2016). The Relation of Self-Compassion and Anger Control Dimensions With Suicide Ideation in University Students. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*, *5*, 1- 6. DOI: 10.5812/ijhrba.26165.
- 10) Beck, A. T., & Freeman, A. M. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. Guilford Press.
- 11) Benda, J. (2019). *Všímavost a soucit se sebou: Proměna emocí v psychoterapii*. Praha: Portál
- 12) Benda, J. (2020a). Škála nepřipoutanosti k Já (NTS-CZ): Pilotní studie české verze. *Epsychologie*, *14*(4), 57–67. <https://doi.org/10.29364/epsy.385>

- 13) Benda, J., & Reichová, A. (2016). Psychometrické charakteristiky české verze Self-Compassion Scale (SCS-CZ). *Československá psychologie*, 60(2), 120–136. Získáno 5. ledna 2018 z Academic Search Ultimate database.
- 14) Benda, J., Faltová, Š., & Dvorská, E. (2017). *Emoční vřelost rodičů, soucit se sebou a některé typické transdiagnostické symptomy*. (Prezentace). 24. konference Sekce psychologie zdraví ČMPS, 20. 5., Vernířovice. Získáno 18. února 2018 z <https://www.slideshare.net/janbenda1/emon-velost-rod-souc-it-se-sebou-a-nkter-typick-transdiagnostick-symptomy>.
- 15) Benda, J., Kadlečík, P., & Loskotová, M. (2018). Differences in self-compassion and shame in patients with anxiety disorders, patients with depressive disorders and healthy controls. *Československá psychologie*.
- 16) Benda, J., Kořínek, D., Dvořáková, M., Kadlečík, P., Vyhnánek, A., & Zítková, T. (2019) *Nedostatek soucitu k sobě jako transdiagnostický faktor u pěti různých duševních poruch - výsledky výzkumu*. In Mlčák, Z. (Ed.). (2018). *Psychologické aspekty pomáhání: Sborník příspěvků z mezinárodní konference*. Ostrava: Ostravská univerzita. Získáno 10. dubna 2022 [https://www.researchgate.net/publication/335618927\\_Nedostatek\\_soucitu\\_k\\_sobe\\_jako\\_o\\_transdiagnosticky\\_faktor\\_u\\_peti\\_ruznych\\_dusevnych\\_poruch\\_-\\_vysledky\\_vyzkumu](https://www.researchgate.net/publication/335618927_Nedostatek_soucitu_k_sobe_jako_o_transdiagnosticky_faktor_u_peti_ruznych_dusevnych_poruch_-_vysledky_vyzkumu)
- 17) Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., et al. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241.
- 18) Black, D. W., Pfohl, B., Blum, N., McCormick, B., Allen, J., North, C.S., Phillips, K.A., Robins, C., Siever, L., Silk, K.R., Williams, J.B., Zimmerman, M. (2011). Attitudes toward borderline personality disorder: a survey of 706 mental health clinicians. *CNS Spectr.* 16(3):67-74. doi: 10.1017/S109285291200020X
- 19) Bohus, M. (2005). *Bordeline porucha osobnosti*. Trenčín: Vydavateľstvo F
- 20) Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*, 42(4), 676–688. doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007
- 21) Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). *Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview*. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46–76). The Guilford Press.

- 22) Brisch, K. H. (2011a). *Bezpečná vzťahová väzba. Attachment v tehotenstve a prvých rokov života*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
- 23) Brooks, M. E., Dalal, D. K., & Nolan, K. P. (2014). Are common language effect sizes easier to understand than traditional effect sizes? *Journal of Applied Psychology*, *99*(2), 332–340. doi.org/10.1037/a0034745
- 24) Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical Foundations and Evidence for Its Salutary Effects. *Psychological Inquiry*, *18*, 211–237. doi.org/10.1080/10478400701598298
- 25) Caligor, E., Kernberg, O., F., Clarkin, J., F., & Yeomans, F., E. (2018). *Psychodynamic Therapy for Personality Pathology: Treating Self and Interpersonal Functioning*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing
- 26) Carpenter, R., W., Trull, T., J. (2013). Components of Emotion Dysregulation in Borderline Personality Disorder: A Review. *Current Psychiatry Reports*, *15*(1), 335. doi:10.1007/s11920-012-0335-2.
- 27) Cleare, S., Gumley, A., & O'Connor, R. C. (2019). Self-compassion, self-forgiveness, suicidal ideation, and self-harm: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *26*(5), 511–530. doi:10.1002/cpp.2372
- 28) Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- 29) Colin, V. L. (1996). *Human attachment*. New York: McGraw-Hill.
- 30) Collett, N., Pugh, K., Waite, F., & Freeman, D. (2016). Negative cognitions about the self in patients with persecutory delusions: An empirical study of self-compassion, self-stigma, schematic beliefs, self-esteem, fear of madness, and suicidal ideation. *Psychiatry Research*, *239*, 79–84. Získáno 18. prosince 2022 z doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.043
- 31) Cortina, J. M., & Nouri, H. (2000). *Effect size for ANOVA designs*. SAGE Publications, Inc., doi.org/10.4135/9781412984010
- 32) Češková, E., Svoboda, M., & Kučerová, H. (2015). *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál.
- 33) Daros, A. R., & Williams, G. E. (2019). A meta-analysis and systematic review of emotion regulation strategies in borderline personality disorder. *Harvard review of psychiatry*, *27*(4), 217–232. https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000212



- 34) Dowson, J. H., Sussams, P., Grounds, A. T., Taylor, J. (2000). Associations of self-reported past "psychotic" phenomena with features of personality disorders. *Compr Psychiatry* 41(1):42-8. doi: 10.1016/s0010-440x(00)90130-5
- 35) Dušek, K., Večeřová-Procházková, A. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing
- 36) Faldyna, Z. (2000). *Hraniční porucha osobnosti: Diagnostika, komorbidita a možnosti terapeutického ovlivnění při psychiatrické hospitalizaci*. Praha: Psychiatrické centrum Praha
- 37) Farnam, A., & Zamanlu, M. (2018). Personality disorders: The reformed classification in international classification of Diseases-11 (ICD-11). *Indian Journal of Social Psychiatry* 34. doi: 10.4103/ijsp.ijsp\_26\_18
- 38) Farrell, J. M., Shaw, I. A., & Webber, M. A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 40(2), 317–328. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.01.002>
- 39) Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Elices, M., Martín-Blanco, A., Carmona, C., Cebolla, A., Simón, V., & Soler, J. (2017). Fostering Self-Compassion and Loving-Kindness in Patients With Borderline Personality Disorder: A Randomized Pilot Study. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(1), 278–286. doi.org/10.1002/cpp.2000
- 40) Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (2000). Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of General Psychology*, 4, 132–154. DOI: 10.1037//1089-2680.4.2.132
- 41) Garisch, J. A., & Wilson, M. S. (2015). Prevalence, correlates, and prospective predictors of nonsuicidal self-injury among New Zealand adolescents: Cross-sectional and longitudinal survey. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(1), 28. doi:10.1186/s13034-015-0055-6
- 42) Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M. & Arntz, A. (2006) Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomised trial of schema-focused therapy versus transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63(6) 649–658.
- 43) Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13, 353–379. doi.org/ 10.1002/cpp.507

- 44) Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. N. V., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British journal of clinical psychology*, 43, 31–50. DOI: 10.1348/014466504772812959
- 45) Grambal, A., Praško, J., & Kasalová, P. (2017). *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Praha: Grada Publishing.
- 46) Grant, B.F, Chou, S.P, Goldstein, R. B, Huang, B., Stinson, F.S, Saha. T.D, & Ruan, W.J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry*, 69(4):533–545
- 47) Gratz, K. L. (2007). Targeting emotion dysregulation in the treatment of self-injury. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1091–1103. Získáno 20. prosince 2022 z doi:10.1093/oxfordhb/9780190689285.013.25
- 48) Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Skodal, A. E., Gunderson, J. G. & Stout, R. L. (2003). Do eating disorders co-occur with personality dis-orders? Comparison groups matter. *International Journal of Eating Disorders*, 33 (2), 155–164
- 49) Gross, J.J. (2014) Emotion Regulation: Conceptual and Empirical Foundations. In: Gross, J.J., Ed., *Handbook of Emotion Regulation*, 2nd Edition, Guilford, New York, 3-20.
- 50) Gu, J., Baer, R., Cavanagh, K., Kuyken, W., & Strauss, C. (2020). Development and Psychometric Properties of the Sussex-Oxford Compassion Scales (SOCS). *Assessment*, 27(1), 3-20. <https://doi.org/10.1177/1073191119860911>
- 51) Gunderson, J., G., (2009). *Borderline Personality Disorder. A clinical Guide*. Washington, D., C; London: American Psychiatric Publishing
- 52) Gunderson, J.G. (2001). *Borderline personality Disorder: A clinical guide*. Arlington: American Psychiatric Publishing
- 53) Hooley, J. M., Ho, D. T., Slater, J., & Lockshin, A. (2010). Pain perception and nonsuicidal self-injury: a laboratory investigation. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3, 170–179. DOI: 10.1037/a0020106
- 54) Chapman, A. L., & Gratz, K. L. (2007). *Borderline Personality Disorder Survival Guide: everything you need to know about living with BPD*. Oakland: New Harbinger publications, Inc.
- 55) Jane, J. S., Oltmanns, T. F., South, S. C., & Turkheimer, E. (2007). Gender bias in diagnostic criteria for personality disorders: an item response theory analysis. *J Abnorm Psychology*, 116(1), 166-175. DOI: 10.1037/0021-843X.116.1.166.

- 56) Jazaieri, H., McGonigal, K., Jinpa, T., Doty, J. R., Gross, J. J., & Goldin, P. R. (2014). A randomized controlled trial of compassion cultivation training: Effects on mindfulness, affect, and emotion regulation. *Motivation and Emotion*, 38(1), 23–35. 10.1007/s11031-013-9368-z
- 57) Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156. doi:10.1093/clipsy.bpg016
- 58) Kealy, D., Ogrodniczuk, J. S. (2010). Marginalization of borderline personality disorder. *J Psychiatr Pract* 16(3):145-54. doi: 10.1097/01.pra.0000375710.39713.4d
- 59) Khoury, B. (2019). Compassion: Embodied and embedded. *Mindfulness*, 10(11), 2363–2312. doi: 10.1007/s12671-019-01211-w
- 60) Kline, P. (1999). *The handbook of psychological testing (2nd ed.)*. London, England: Routledge.
- 61) Krause-Utz A., Winter D., Niedtfeld I., & Schmahl, C. (2014). The latest neuroimaging findings in Borderline Personality Disorder. *Current Psychiatry Report*, 16, 438. doi: 10.1007/s11920-014-0438-z
- 62) Kreisman, J., J., Hal, S. *Nenávidím tě, neopouštěj mne! Zvládání hraniční poruchy osobnosti*. (2017). Praha: Portál.
- 63) Krieger, T., Altenstein, D., Baettig, I., Doerig, N., & Holtforth, M. G. (2013). Self-compassion in depression: associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. *Behavior therapy*, 44(3), 501–513. doi.org/10.1016/j.beth.2013.04.004
- 64) Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. *Journal of personality and social psychology*, 92(5), 887–904. doi.org/10.1037/0022-3514.92.5.887
- 65) Levenson, J., C., Wallace, M., L., Fournier, J., C., Rucci, P., & Frank. E. (2012). The role of personality pathology in depression treatment outcome with psychotherapy and pharmacotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80 (5), 719-729.
- 66) Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment for borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- 67) Linehan, M. M., Rizvi, S. L., Shaw Welch, S., & Page, B. (2008). Psychiatric aspects of suicidal behaviour: Personality disorders. In Hawton, K., & Heeringen, K. (Eds.). *The*

- International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, 147–178.  
doi.org/10.1002/9780470698976.ch10
- 68) Maughan, A., & Cicchetti, D. (2002). Impact of Child Maltreatment and Inter-Adult Violence on Children's Emotion Regulation Abilities and Socio-Emotional Adjustment. *Child Development*, 73, 1525-1542.  
https://doi.org/10.1111/1467-8624.00488
- 69) Mc Williams, N., (2015) *Psychoanalytická diagnóza*. Praha: Portál
- 70) McGraw, K. O., & Wong, S. P. (1992). A common language effect size statistic. *Psychological Bulletin*, 111(2), 361–365. doi.org/10.1037/0033-2909.111.2.361
- 71) Medalová, K., & Procházka, R. (2014). Early Maladaptive Schemas, Attachment and Coping Styles in a Clinical and Non-clinical sample. *Epsychologie* 8. 11-22.
- 72) Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007a). *Attachment in adulthood: structure, dynamics, and chance*. New York: Guilford Press.
- 73) Miller, C., R., Eisner, W., & Allport, C. (1994). Creative coping: a cognitive – behavioral group for borderline personality disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 8(4), 280–285.
- 74) MKN-10. (2020). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. Získáno 12. prosince 2022 z  
https://www.uzis.cz/res/f/008277/mkn-10-tabelarni-cast-20200101.pdf
- 75) Neff, K. D. (2003a). Self-Compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101.  
https://doi.org/10.1080/15298860309032
- 76) O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet. Psychiatry*, 1(1), 73–85. https://doi.org/ 10.1016/S2215-0366(14)70222-6
- 77) Oumaya, M., Friedman, S., Pham, A., Abou Abdallah, T., Guelfi, J. D., Rouillon, F. (2008). Personnalité borderline, automutilations et suicide: revue de la littérature; Borderline personality disorder, self-mutilation and suicide: literature review. *Encephale* 34(5):452-8. doi: 10.1016/j.encep.2007.10.007
- 78) Pašková, B. (2021). *Schematerapie hraniční poruchy osobnosti*. *Psychoterapie*. 15 (1), 69–87; ISSN 1802-3983. Získáno 18. února 2022 z  
https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=958335

- 79) Pietromonaco, P. R., & Barrett, L. F. (2000). The Internal Working Models Concept: What Do We Really Know About the Self in Relation to Others? *Review on General Psychology*, 4(2), 155–175. Získáno 10. června 2022 z PsychInfo database
- 80) Platznerová, A. (2009). *Sebepoškozování: aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. Praha: Galén.
- 81) Praško, J. (2007). *Poruchy osobnosti*. In: Herman, E., Praško, J., Seifertová, D. (eds.). *Konsiliární psychiatrie*. Praha: Medical Tribune, 185-196
- 82) Praško, J. a kol. (2015). *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál
- 83) Rafaeli, E., Bernstein, D.P., & Young, J. (2011). *Schema Therapy: Distinctive Features* (1st ed.). Routledge. Získáno 5. září 2022 z <https://www.routledge.com/Schema-Therapy-Distinctive-Features/Rafaeli-Bernstein-Young/p/book/9780415462990>
- 84) Reed, G. M. (2018). Progress in developing a classification of personality disorders for ICD-11. *World Psychiatry*, 17(2), 227–229. <https://doi.org/10.1002/wps.20533>
- 85) Riegel, K., Pěč, O., & Kalina, K. (2020). *Poruchy osobnosti v 21. století: Diagnostika v teorii a praxi*. Praha: Portál
- 86) Robinson, D. J. (2001). *Poruchy osobnosti podl'a DSM-IV*. Trenčín: Vydavateľstvo F
- 87) Roemer, L., Williston, S. K., & Rollins, L. G. (2015). Mindfulness and emotion
- 88) Rüscher, N., Lieb, K., Gottler, I., Hermann, C., Schramm, E., Richter, H., ... Bohus, M. (2007). Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164, 500–508. doi: 10.1176/ajp.2007.164.3.500
- 89) Salters-Pedneault, K., & Gans, S. (2022). *What Is Borderline Personality Disorder (BPD)?* Získáno 12. prosince 2022 z <https://www.verywellmind.com/what-is-borderline-personality-disorder-bpd-425487>
- 90) Sauer, C., Sheppes, G., Lackner, H. K., Arens, E. A., Tarrasch, R., & Barnow, S. (2016). Emotion regulation choice in female patients with borderline personality disorder: Findings from self-reports and experimental measures. *Psychiatry research*, 242, 375–384. doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.113
- 91) Scott, L. N., Wright, A. G. C., Beeney, J. E., Lazarus, S. A., Pilkonis, P. A., & Stepp, S. D. (2017). Borderline personality disorder symptoms and aggression: A within-person process model. *J Abnorm Psychol*. 126(4):429-440. doi: 10.1037/abn0000272
- 92) Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. NY: Guilford Press

- 93) Servais, L. M., & Saunders, S. M. (2007). Clinical psychologists' perceptions of persons with mental illness. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(2), 214–219. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.2.214>
- 94) Scheibner, H. J., Daniels, A., Guendelman, S., Utz, F., & BERPohl, F. (2017). Self-Compassion Mediates the Relationship Between Mindfulness and Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 31, 1-19
- 95) Scheibner, H. J., Daniels, A., Guendelman, S., Utz, F., & BERPohl, F. (2018). Self-Compassion Mediates the Relationship Between Mindfulness and Borderline Personality Disorder Symptoms. *Journal of personality disorders*, 32(6), 838–856. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2017\\_31\\_331](https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_331)
- 96) Schema Therapy Institute. (2023). *Young Schema Questionnaire: Long & Short Forms*. Získáno 27. března 2023 z <https://www.schematherapy.com/id55.htm>
- 97) Schmahl, Ch., Herpertz, S. C., Bertsch, K., Ende, G., Flor, H., Kirsch, P., ... Bohus, M. (2014). Mechanisms of disturbed emotion processing and social interaction in borderline personality disorder: state of knowledge and research agenda of the German Clinical Research Unit. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1(12). DOI: 10.1186/2051-6673-1-12
- 98) Schoenleber, M., Gratz, K. L., Messman-Moore, T., & DiLillo, D. (2014). Borderline Personality Disorder and Self-Conscious Emotions in Response to Adult Unwanted Sexual Experiences. *Journal of Personality Disorders*, 28(6), 810–823. doi:10.1521/pedi\_2014\_28\_138
- 99) Schulze L., Schmahl C., & Niedtfeld, I. (2016). Neural correlates of disturbed emotion processing in Borderline Personality Disorder: a Multimodal meta-analysis. *Biological Psychiatry*, 79, 97–106.
- 100) Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T.A., Livesley, W.J., & Siever, L.J. (2002). The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry*, 51, 936–950. Získáno 14. ledna 2018 z PubMed database.
- 101) Spitzer, R.L., Endicott, J., Gibbon, M. (1979). Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia: The development of criteria. *Archives of General Psychiatry*, 36 (1), 17-24
- 102) St. Germain, S. A., & Hooley, J. M. (2012). Direct and indirect forms of non-suicidal self-injury: evidence for a distinction. *Psychiatry Research*, 197(1-2), 78–84. DOI: 10.1016/j.psychres.2011.12.050

- 103) Stanley, B. & Brodsky, B. (2001). *Risk factors and treatment of suicidality in borderline personality disorder*. New York: University College of Physicians and Surgeons
- 104) Stone, M. H. (2005). *Borderline personality Disorder: History of concept*. In *Borderline Personality Disorder*, edited by M. Zanarini. Boca Raton Taylor & Francis
- 105) Tan, Y. M., Lee, C. W., Averbeck, L. E., Brand-de Wilde, O., Farrell, J., Fassbinder, E., ... Arntz, A. (2018). Schema therapy for borderline personality disorder: A qualitative study of patients' perceptions. *PLOS ONE*, *13*(11). doi:10.1371/journal.pone.0206039
- 106) Tanaka, M., Wekerle, C., Schmuck, M. L., & Paglia-Boak, A. (2011). The linkages among childhood maltreatment, adolescent mental health, and self-compassion in child welfare adolescents. *Child Abuse and Neglect*, *35*(10), 887–898. Získáno 20. prosince 2022 z <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.07.003>
- 107) Taylor, S. (1993). DSM-IV criteria for borderline personality disorder: A critical evaluation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *15*, 97–112., doi.org/10.1007/BF00960611
- 108) Terwee, C. B., Bot, S. D. M., de Boer, M. R., van der Windt, D. A. W. M., Knol, D. L., Dekker, J., ...de Vet, H. C. W. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*, *60*, 34–42
- 109) Treloar, A. J. (2009). Effectiveness of education programs in changing clinicians' attitudes toward treating borderline personality disorder. *Psychiatr Serv* *60*(8):1128–31. doi: 10.1176/ps.2009.60.8.1128
- 110) Trull, T. J., & Durrett, C. A. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, *1*(1), 355–380. Získáno 18. prosince 2022 z <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144009>
- 111) van Asselt, A. D., Dirksen, C. D., Arntz, A., Giesen-Bloo, J. H., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Kremers, I. P., Nadort, M., & Severens, J. L. (2008). Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder: cost-effectiveness of schema-focused therapy v. transference-focused psychotherapy. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, *192*(6), 450–457. doi.org/10.1192/bjp.bp.106.033597
- 112) van Ijzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: meta-analysis of precursors, concomitants,

- and sequelae. *Development and psychopathology*, 11(2), 225–249.  
10.1017/s0954579499002035
- 113) Van Vliet, K., & Kalnins, G. (2011). A compassion-focused approach to nonsuicidal self-injury. *Journal of Mental Health Counseling*, 33(4), 295–311.  
doi:10.17744/mehc.33.4.j7540338q223t417
- 114) van Vreeswijk, M., Broersen, J., & Nadort, M. (Eds.). (2015). *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research, and practice*. Wiley Blackwell. doi.org/10.1002/9781119962830
- 115) van Wijk-Herbrink, M. F., Bernstein, D. P., Broers, N. J., Roelofs, J., Rijkeboer, M. M., & Arntz, A. (2018). Internalizing and Externalizing Behaviors Share a Common Predictor: the Effects of Early Maladaptive Schemas Are Mediated by Coping Responses and Schema Modes. *Journal of abnormal child psychology*, 46(5), 907–920.  
doi.org/10.1007/s10802-017-0386-2
- 116) Vyhnánek, A. (2018). *Hraniční porucha osobnosti: Citová vazba v dospělosti, stud a soucit se sebou*. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta
- 117) Warren, R. (2015). Commentary Emotion regulation in borderline personality disorder: The role of self-criticism, shame, and self-compassion. *Personality and Mental Health*, 9, 84–86. doi: 10.1002/pmh.1290
- 118) Wegner, D.M., & Zanakos S. (1994). Chronic thought suppression. *J Pers* 62:616-40
- 119) Widiger, T. A., & Costa, P. T., Jr. (Eds.). (2013). *Personality disorders and the five-factor model of personality* (3rd ed.). American Psychological Association.  
doi.org/10.1037/13939-000
- 120) Winter, D., Bohus, M., & Lis, S. (2017). Understanding Negative Self-Evaluations in Borderline Personality Disorder – a Review of Self-Related Cognitions, Emotions, and Motives. *Current Psychiatry Reports*. DOI: 10.1007/s11920-017-0771-0
- 121) World Health Organization. (2018). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th Revision)*. Získáno 18. září 2022 z <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- 122) Wupperman, P., Neumann, C. S., Whitman, J. B., & Axelrod, S. R. (2009). The role of mindfulness in borderline personality disorder features. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(10), 766–771. doi:10.1097/nmd.0b013e3181b97343



- 123) Young, J. E. (2017, 28. března). *From Cognitive Therapy to Schema Therapy and Beyond*. In youtube interview. Získáno 10. října 2022 z <https://www.youtube.com/watch?v=AmcKu90qcQ8>
- 124) Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.
- 125) Young, J., E., Klosko, J.S. and Weishaar, M.E (2005) *Schemagerichte Therapie. Hndboek voor Therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- 126) Young, J., E. (1990). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A schema-Focused Approach*. Sarasota, FL, Profesional Resource Exchange
- 127) Yu, M., & Clark M. (2015). Investigating Mindfulness, Borderline Personality Traits, and Well-Being in a Nonclinical Population. *Psychology*, 6:1232–1248.
- 128) Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikna, A. N., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I Comorbidity of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155 (12), 1733–1739.
- 129) Zanarini, M. C., Vujanovic, A. A., Parachini, E. A., Boulanger, J. L., Frankenburg, F. R., & Hennen, J. (2003). A screening measure for BPD: the McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSIBPD). *Journal of Personality Disorders*, 17(6), 568–573. <https://doi.org/10.1521/pedi.17.6.568.25355>
- 130) Zanarini, M.C., & Frankenburg, F.R. (1997). Pathways to the development of borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 11 1, 93-104. [doi/10.1521/pedi.1997.11.1.93](https://doi.org/10.1521/pedi.1997.11.1.93)
- 131) Zimmerman M, Balling C. Screening for borderline personality disorder with the McLean screening instrument: A review and critique of the literature. *J Pers Disord*. 2021;35(2):288-298. [doi:10.1521/pedi\\_2019\\_33\\_451](https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_451)

## Seznam grafů

<b>Graf 1:</b> Průměrné hodnoty prožívání soucitu se sebou dle škály SOCS-S-CZ.....	75
<b>Graf 2:</b> Průměrné hodnoty škály Rozpoznávání utrpení dle SOCS-S-CZ .....	76
<b>Graf 3:</b> Průměrné hodnoty škály Chápání univerzální přítomnosti utrpení dle SOCS-S-CZ .....	77
<b>Graf 4:</b> Průměrné hodnoty škály Spoluprožívání utrpení s trpící osobou dle SOCS-S-CZ ..	78
<b>Graf 5:</b> Průměrné hodnoty škály Tolerance vůči nepříjemným pocitům dle SOCS-S-CZ ...	79
<b>Graf 6:</b> Průměrné hodnoty škály Jednání/vůle jednat s cílem zmírnit utrpení dle SOCS-S- CZ .....	80
<b>Graf 7:</b> Průměrné hodnoty skóru EMS dle YSQ-3 .....	81
<b>Graf 8:</b> Průměrné hodnoty škály Emoční deprivace dle YSQ-S3 .....	82
<b>Graf 9:</b> Průměrné hodnoty škály Opuštění dle YSQ-S3 .....	83
<b>Graf 10:</b> Průměrné hodnoty škály Nedůvěra/Zneužití dle YSQ-S3 .....	84
<b>Graf 11:</b> Průměrné hodnoty škály Nedostatečná sebekázeň dle YSQ-S3 .....	85
<b>Graf 12:</b> Průměrné hodnoty škály Punitivita dle YSQ-S3 .....	86
<b>Graf 13:</b> Bodový graf hrubého skóru Soucitu se sebou a škály Emoční deprivace .....	88
<b>Graf 14:</b> Bodový graf hrubého skóru Soucitu se sebou a škály Opuštění .....	88
<b>Graf 15:</b> Bodový graf hrubého skóru Soucitu se sebou a škály Nedůvěra / Zneužití.....	89
<b>Graf 16:</b> Bodový graf hrubého skóru Soucitu se sebou a škály Nedostatečná sebekázeň ..	89
<b>Graf 17:</b> Bodový graf hrubého skóru Soucitu se sebou a škály Punitivita .....	90

## Seznam tabulek

<b>Tabulka 1:</b> Diagnostická kritéria dle DSM-5 pro hraniční poruchu osobnosti .....	16
<b>Tabulka 2:</b> Diagnostická kritéria dle MKN-10 pro emočně nestabilní PO.....	17
<b>Tabulka 3:</b> Raná maladaptivní schémata u hraniční poruchy osobnosti .....	49
<b>Tabulka 4:</b> Nejčastěji aktivované módy u člověka s BPD .....	52
<b>Tabulka 5:</b> Operacionalizace proměnných dle jednotlivých oblastí zkoumání .....	62
<b>Tabulka 6:</b> Návratnost kompletně vyplněných dotazníků .....	69
<b>Tabulka 7:</b> Popis výzkumného souboru dle věku.....	70
<b>Tabulka 8:</b> Popis výzkumného souboru z hlediska dosaženého vzdělání .....	71
<b>Tabulka 9:</b> Výsledky testování H1 a popisné charakteristiky .....	74
<b>Tabulka 10:</b> Výsledky testování H1a a popisné charakteristiky .....	75
<b>Tabulka 11:</b> Výsledky testování H1b a popisné charakteristiky .....	76
<b>Tabulka 12:</b> Výsledky testování H1c a popisné charakteristiky .....	77
<b>Tabulka 13:</b> Výsledky testování H1d a popisné charakteristiky .....	78
<b>Tabulka 14:</b> Výsledky testování H1e a popisné charakteristiky .....	79
<b>Tabulka 15:</b> Výsledky testování H2a a popisné charakteristiky.....	82
<b>Tabulka 16:</b> Výsledky testování H2b a popisné charakteristiky .....	83
<b>Tabulka 17:</b> Výsledky testování H2c a popisné charakteristiky .....	84
<b>Tabulka 18:</b> Výsledky testování H2d a popisné charakteristiky.....	85
<b>Tabulka 19:</b> Výsledky testování H2e a popisné charakteristiky .....	86
<b>Tabulka 20:</b> Výsledky testování vztahu Soucitu se sebou s proměnnými dle YSQ-3 .....	87

## Seznam použitých zkratek

<b>APA</b>	American Psychological Association
<b>BPD</b>	Hraniční porucha osobnosti
<b>BPDG</b>	Skupina respondentů s hraniční poruchou osobnosti
<b>BPDSI</b>	Index závažnosti hraniční poruchy osobnosti
<b>CAWI</b>	Počítačem asistované webové dotazování
<b>Dg</b>	Diagnóza
<b>Dgn</b>	Diagnostická
<b>DSH</b>	Záměrné sebepoškozování
<b>DSM</b>	Diagnostický a statistický manuál
<b>EMS</b>	Rané maladaptivní schéma
<b>EMSs</b>	Raná maladaptivní schémata
<b>fMRI</b>	Funkční magnetická rezonance
<b>HCG</b>	Kontrolní skupina respondentů
<b>KBT</b>	Kognitivně behaviorální terapie
<b>MKN</b>	Mezinárodní klasifikace nemocí
<b>MSI-BPD</b>	McLeanův screeningový nástroj pro hraniční poruchu osobnosti
<b>PNKM</b>	Psychiatrická nemocnice v Kroměříži
<b>PO</b>	Porucha osobnosti
<b>RCT</b>	Randomizovaná kontrolovaná studie
<b>SCE</b>	Sebevztažné emoce
<b>SCS</b>	Škála soucitu se sebou
<b>SOCS</b>	Sussexsko-Oxfordská škála soucitu k sobě
<b>ST</b>	Schémat terapie
<b>TFP</b>	Terapie zaměřená na přenos
<b>QALY</b>	Kvalitou přepočtený rok života
<b>WHO</b>	Světová zdravotnická organizace
<b>YSQ</b>	Youngův dotazník schémat

## **Přílohy**

1. Český a anglický abstrakt magisterské diplomové práce

## **Příloha 1:**

### **ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Název práce:** Maladaptivní schémata a soucit se sebou u osob hraniční poruchou osobnosti

**Autor práce:** Antonín Vyhnánek

**Vedoucí práce:** doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

**Počet stran a znaků:** 117 stran, 191 348 znaků

**Počet příloh:** 1

**Počet titulů použité literatury:** 131

#### **Abstrakt**

Na prožívání soucitu k sobě je zaměřována pozornost z toho důvodu, že je společně s maladaptací v emoční regulaci označován za možný transdiagnostický faktor u psychických poruch. Emoční dysregulace je jedním ze symptomů hraniční poruchy osobnosti, u které nachází uplatnění terapie zaměřená na raná maladaptivní schémata (EMS). Cílem této práce je výzkumně ověřit přítomnost některých charakteristických raných maladaptivních schémat (EMSs) u hraniční poruchy osobnosti a prověřit předpokládaný vztah mezi těmito EMSs a prožíváním soucitu k sobě. Zvolenými EMSs ve výzkumu jsou Emoční deprivace, Opuštění, Nedůvěra/Zneužití, Nedostatečná sebekázeň a Punitivita. Výzkumný soubor je tvořen dospělými ženami (109 z neklinické populace a 48 s diagnózou hraniční poruchy osobnosti, F60.31 dle MKN-10). Použitými metodami sběru dat jsou dotazníky Youngův dotazník schémat (YSQ-S3) a Sussexsko-Oxfordskou škálu soucitu k sobě (SOCS-S-CZ) v on-line podobě. S využitím programu TIBCO Statistica 14 jsou realizovány deskriptivní statistiky a Spearmanových korelačních koeficientů. U skupiny s hraniční poruchou osobnosti byla pozorována nižší míra prožívání soucitu k sobě, vyšší míra rozvinutí posuzovaných EMSs a přítomnost středně silné negativní korelace mezi prožíváním soucitu k sobě a mírou rozvinutí EMSs Emoční deprivace, Opuštění, Nedostatečná sebekázeň a Punitivita. Tato studie využila výlučně sebesposuzovací dotazníky a ve studii není zohledněn potenciální výskyt komorbidity u jedinců s hraniční poruchou osobnosti.

**Klíčová slova:** Hraniční porucha osobnosti, soucit se sebou, raná maladaptivní schémata, SOCS-S-CZ

## ABSTRACT OF THESIS

**Title of the work:** Maladaptive schemas and self-compassion in persons with  
borderline personality disorder

**Author:** Antonín Vyhnánek

**Supervisor:** doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

**Number of pages and characters:** 117 pages, 191 348 characters

**Number of appendices:** 1

**Number of references:** 131

### Abstract

The experience of self-compassion has been the focus of attention for the reason that it has been identified, along with maladaptation in emotion regulation, as a possible transdiagnostic factor in psychiatric disorders. Emotional dysregulation is one of the symptoms of borderline personality disorder, for which therapy focusing on early maladaptive schemas (EMS) is applicable. The aim of this study is to investigate the presence of some characteristic early maladaptive schemas (EMSs) in borderline personality disorder and to examine the hypothesized relationship between these EMSs and self-compassion. The selected EMSs in the research are Emotional Deprivation, Abandonment, Mistrust/Abuse, Insufficient Self-Discipline and Punitiveness. The research population consists of adult women (109 non-clinical population and 48 diagnosed with borderline personality disorder, F60.31 according to ICD-10). The data collection methods used are the Young Schema Questionnaire (YSQ-S3) and the Sussex-Oxford Self-Compassion Scale (SOCS-S-CZ) in online form. Descriptive statistics and Spearman correlation coefficients are calculated using TIBCO Statistica 14. The group with borderline personality disorder exhibited lower levels of experiencing self-compassion, higher levels of developing the assessed EMSs, and the presence of a moderate negative correlation between self-compassion and levels of developing the EMSs Emotional Deprivation, Abandonment, Insufficient Self-Discipline and Punitiveness. This study used exclusively self-assessment questionnaires and the study does not account for the potential presence of comorbidity in persons with borderline personality disorder.

**Keywords:** Borderline personality disorder, self-compassion, early maladaptive schemas, SOCS-S-CZ