

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

HODNOTY, MOTIVY A POSTOJE U
PACIENTEK S HRANIČNÍ PORUCHOU
OSOBNOSTI VE VZTAHU K LÉČBĚ

VALUES, MOTIVES AND ATTITUDES OF FEMALE PATIENTS
WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER IN RELATIONSHIP
TO TREATMENT



Diplomová práce

Autor: **Bc. Diana Gorolová**

Vedoucí práce: **PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.**

Olomouc 2023

Ráda bych touto cestou vyjádřila poděkování vedoucímu mé diplomové práce PhDr. Martinu Dolejšovi, Ph.D. za jeho podnětné rady a doporučení, ale také za vstřícný přístup a podporu během konzultací. Poděkování patří také všem respondentům za jejich ochotu zúčastnit se výzkumu a za jejich spolupráci.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma: „*Hodnoty, motivy a postoje u pacientek s hraniční poruchou osobnosti ve vztahu k léčbě*“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 30. března 2023

Podpis

Obsah

Úvod.....	5
I. Teoretická část.....	6
1 Motivace	6
1.1 Rozlišení pojmů motivace, motiv a cíl	6
1.2 Druhy motivů.....	8
1.3 Teorie motivace	10
1.4 Sociální motivace	13
1.5 Motivace a emoce.....	15
1.6 Motivace a osobnost	16
2 Hodnoty	18
2.1 Hodnocení.....	19
2.2 Druhy hodnot.....	20
2.3 Hodnotová preference	21
2.4 Hodnoty a emoce	22
2.5 Hodnoty v terapii	23
3 Postoje.....	25
3.1 Postoje a chování	25
3.2 Postoje a osobnost	27
3.3 Postoje a emoce	28
4 Hraniční porucha osobnosti	29
4.1 Léčba hraniční poruchy osobnosti.....	31
4.2 Motivace u pacientů s poruchou osobnosti	31
II. Výzkumná část.....	37
1 Výzkumný problém, cíle práce a výzkumné otázky.....	37
2 Typ výzkumu	38
3 Metody získávání dat	39
3.1 Polostrukturované interview.....	39
3.2 Portrait Value Questionnaire	39
4 Tvorba a sběr dat.....	42
4.1 Tvorba dat v rámci kvalitativního přístupu	42
4.1 Sběr dat v rámci kvantitativního přístupu	43
5 Etika výzkumu	44
6 Charakteristika zkoumané populace a výběrový soubor	45

7	Práce s daty a její výsledky v rámci kvalitativního přístupu	46
7.1	Zdroje postojů k léčbě	47
7.1.1	Nedůvěra.....	49
7.1.2	Nekvalifikovanost.....	50
7.1.3	Neefektivita	51
7.1.4	Obtížnost.....	52
7.1.5	Efektivita	53
7.1.6	Spolupráce	54
7.2	Motivy k vyhledání terapie.....	54
7.2.1	Duševní nepohoda	55
7.2.2	Naděje.....	56
7.2.3	Potíže ve vztazích	57
7.2.4	Potíže při studiu či profesi.....	57
7.2.5	Doporučení	58
7.3	Cíle do budoucí terapie.....	59
7.3.1	Regulace emocí	60
7.3.2	Zaměření na sebe.....	62
7.3.3	Schopnost organizace	64
7.3.4	Zisk zpětné vazby	65
7.3.5	Zlepšení vztahů.....	65
7.4	Hodnoty vztahující se k motivaci k léčbě.....	66
7.5	Zdroje postojů k léčbě z pohledu odborníků	69
7.6	Motivy k vyhledání terapie z pohledu odborníků.....	70
7.7	Cíle do budoucí terapie z pohledu odborníků.....	72
7.8	Hodnoty vztahující se k léčbě z pohledu odborníků	73
8	Základní výsledky v rámci kvantitativního přístupu	74
9	Diskuse.....	78
10	Závěr	87
11	Souhrn.....	89
	Literatura.....	94
	Přílohy.....	100

Úvod

Témata hodnot, motivů a postojů ve vztahu k léčbě jsou u pacientů s hraniční poruchou osobnosti v psychologii problematická. V praxi se psychiatři, psychologové, sociální pracovníci a další pomáhající profese setkávají s neochotou pacientů s hraniční poruchou osobnosti léčbu podstoupit, s nedůvěrou v možnost změny jejich potíží i s nedůvěrou vůči odborníkům. Mnohdy pacienti s hraniční poruchou osobnosti za odborníky přicházejí pod nátlakem okolí a vnitřně příliš nevěří, že by jim mohla léčba pomoci. Aktivní spolupráce pacienta při průběhu léčby je jedním z hlavních předpokladů k úspěchu. Specifické u hraniční poruchy osobnosti jsou myšlenky či sklony k sebevraždě. V případě neochoty spolupracovat či v případě úplného odmítnutí léčby mohou být pacienti dokonce v ohrožení života.

Jak píše Nakonečný (2014) proniknutí do motivace člověka je stěžejní pro správné uplatňování psychologické pomoci, kde usilujeme o nějakou změnu tíživého stavu. Aby došlo ke zmírnění symptomatiky u pacienta, nestačí změny provádět pouze na úrovni chování, ale i na úrovni vnitřních motivů.

Cílem této práce je zmapovat motivy, hodnoty a postoje u pacientek s hraniční poruchou osobnosti, které se rozhodly léčbu podstoupit. Předpokladem práce je, že by detailnější zmapování skutečnosti, proč mají pacientky s hraniční poruchou osobnosti zájem se léčit, mohlo do budoucna přispět ke směřování práce odborníků, rodičů a blízkých, ale i pacientů samotných na jejich motivaci a vést tak k efektivnější pomoci.

I. Teoretická část

1 Motivace

Pro tuto práci je motivace jedním ze stěžejních konceptů, neboť je předmětem zkoumání v rámci její výzkumné části. Před samotným výzkumem je tedy klíčové pojem motivace vymezit, dále poukázat na vztahy a souvislosti s dalšími hlavními tématy práce jako jsou postoje, hodnoty a porucha osobnosti. V různých oblastech psychologie lze nalézt řadu definic pojmu motivace. Tento široký termín se prolíná nejen psychologií obecnou, sociální, ale i psychologií osobnosti. Následující kapitola představí několik pojetí motivace z pohledu různých autorů.

1.1 Rozlišení pojmů motivace, motiv a cíl

Nakonečný (2014, s. 15) uvádí, že pojmout **motivaci** v rámci psychologie je poměrně složité, ale tvrdí, že obecně je možné pojem motivace vymezit jako „*intrapsychický probíhající proces vycházející z nějaké potřeby a vyúsťující ve výsledný žádoucí vnitřní stav, proces, který je iniciován endogenně nebo exogenně*“. V kontextu sociální psychologie Výrost et al. (2019, s. 115) definují motivaci jako „*hybné síly psychického charakteru*“. V rámci obecné psychologie podobně, avšak širěji, označuje motivaci Plháková (2007, s. 319), a to jako „*souhrn všech intrapsychických dynamických sil neboli motivů, které zpravidla aktivizují a organizují chování i prožívání s cílem změnit existující neuspokojivou situaci nebo dosáhnout něčeho pozitivního*“. Naproti tomu Hartl (2004) ve svém Stručném psychologickém slovníku zdůrazňuje, že motivace je psychickým procesem, který hybné síly řídí. Hartl (2004) nepředstavuje termín motivace jako hybné síly samotné, ale jako proces, který k nim vede. Síly, které motivace řídí, jsou dle Hartla (2004, s. 141) „*odpovědné za zahájení, usměrňování, udržování a energetizaci zacíleného chování*“. V rámci psychologie osobnosti Blatný (2010) poukazuje zejména na skutečnost, že existenci motivace lze zakládat na míře úsilí, které člověk kvůli jeho osobním cílům vynakládá. Motivace pak představuje dynamický stav působící uvnitř jedince a vedoucí k cílesměrnému chování. Cakirpaloglu (2012, s. 180) definuje v rámci psychologie osobnosti motivaci jako „*proces spouštění, zaměření a regulace aktivity člověka na objekty a cíle*“.

Výše uvedené výroky autorů směřují definici motivace mírně odlišným směrem. Většina autorů se však shoduje na tom, že motivace představuje dynamický proces, který je spojen jak s prožíváním, tak chováním.

Základem motivace jsou **motivy**, které lze také nazvat pohnutkami určujícími směr a intenzitu chování (Výrost et al., 2019). Hartl (2004, s. 141) nazývá motiv jako „*příčinu činnosti zaměřenou na určitý cíl*“. Podobně definuje motivy Vágnerová (2016), která vyzdvihuje zaměřenost motivů na cíle. Dle Vágnerové (2016) mají motivy mimo jiné sloužit i k tomu, že činnost zaměřenou na cíl udržují. Síla motivu určuje míru ochoty vynaložit úsilí pro dosažení cíle. Míra ochoty se pak zvyšuje s tím, čím déle trvá neuspokojování motivu (Plháková, 2007). Vágnerová (2016) dále vyzdvihuje, že motivy směřují člověka nejen k činnosti, ale i naopak k nečinnosti, což potvrzuje i Plháková (2007), která říká, že motivy vedou k určitému chování, které může být aktivního i pasivního charakteru a vést k nějakému objektu či mentálnímu stavu. Cakirpaloglu (2012) podobně jako Plháková (2007) tvrdí, že motivace je doprovázena pocitem nedostatku, ale může být spojena i s pocitem přebytku. Role motivu je dle Cakirpaloglu (2012) v puzení osobnosti k činnosti. Základní rozdíl mezi samotnou motivací a motivem spočívá v tom, že motivace představuje proces, zatímco motiv je ve vztahu k motivaci její příčinou nebo také smyslem (Nakonečný, 2014). Nakonečný (2020, s. 199) jako příklady motivů uvádí: „*vnitřní psychický děj, snaha, chtění, záměr, úmysl*“ a pojí je s pocitem uspokojení. Motivы tedy nesouvisí pouze s chováním, ale i s prožíváním a představují „*vnitřní mentální pohnutky*“ (Plháková, 2007, 319). Chování člověka může být motivované z vnitřního prostředí (například na základě fyziologických procesů) nebo z vnějšího prostředí (působením podnětu čili incentive). Dále může být chování motivované uvědoměle či neuvědoměle a jeho způsob může být ovlivněn různými působícími faktory jako například kulturou (Výrost et al., 2019).

Podobně jako bylo zmíněno již výše, motivace úzce souvisí s naplňováním cílů. Snaha cíle dosáhnout je totiž přímo úměrná výši síly motivace. Cíl představuje „*obraz budoucího stavu, kterého se člověk snaží dosáhnout nebo kterému se snaží vyhnout*“ (Výrost et al., 2019, s. 116). Existuje rozdíl mezi motivací jako takovou a jejím cílem. Zatímco cíl, který je na rozdíl od motivace vždy vědomý, v rámci motivace určuje její směr, činnost a samotné dosahování cíle představuje motivaci. Cíl má na rozdíl od motivace jako takové poznávací a emoční složku. Heckhausen (1991) označuje snahu o dosažení cíle za motivaci. Na cíl pak navazuje cílevědomé chování, a to představuje nejen tělesnou, ale i vnitřní aktivitu vedoucí k určitému cíli. Pro úspěšné dosažení cíle je pak předpokladem, aby člověk znal své schopnosti a prostředky, které k jeho cíli potřebuje. Dosažení cíle tedy přechází jistá příprava, a to jak na tělesné, tak kognitivní úrovni, kdy člověk promýšlí různé možnosti, okolnosti a důsledky spojené s dosažením cíle. Důležitý aspekt je také jeho dosažitelnost, tzn. člověk také zhodnocuje, do jaké míry je pro něj reálné cíle dosáhnout, aby mohl

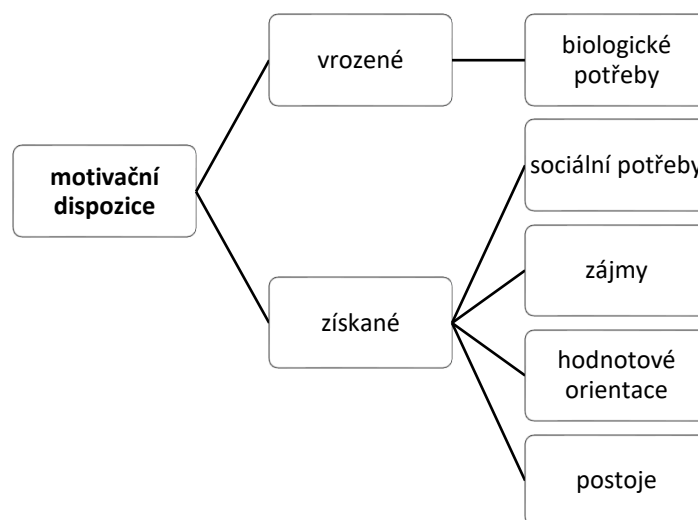
zhodnotit, zda či v jaké míře je ochoten úsilí vynaložit (Výrost et al., 2019). Heckhausen (1991) doplňuje, že pro dosažení cíle je nutným předpokladem očekávání cílového stavu. Nakonečný (2014) dále tvrdí, že je rozdílné, pokud si cíl stanoví sama osoba, které se týká, nebo zda jej stanoví někdo jiný. Pokud si jej stanoví člověk sám, představuje pro něj zájem, výzvu a radost z dosažení.

1.2 Druhy motivů

Existuje několik různých dělení motivů a motivačních dispozic. Přehledně ukazují jejich rozdělení následující schémata dle jednotlivých autorů.

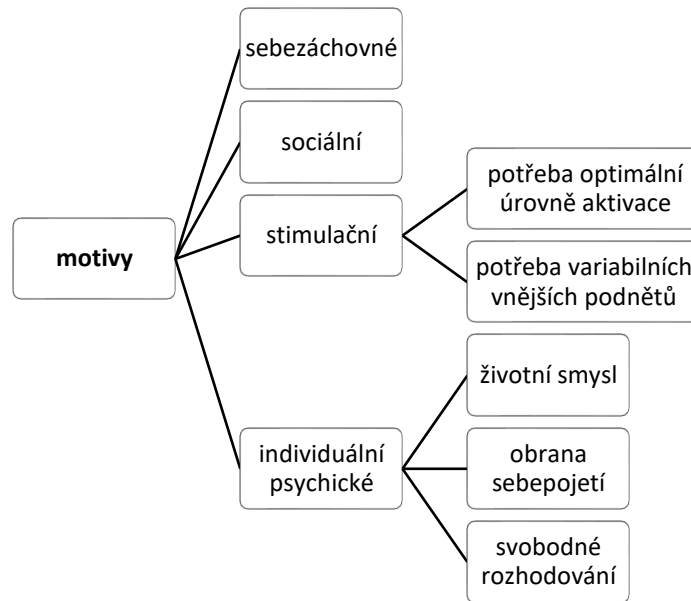
Na Obrázku 1 je znázorněno dělení na dvě hlavní kategorie motivačních dispozic, a to vrozené a získané. Výrost et al. (2004) rozpracovávají zejména získané, na které se pak dále zaměřuje sociální psychologie.

Obrázek 1: Dělení motivačních dispozic dle Výrosta et al. (2004)



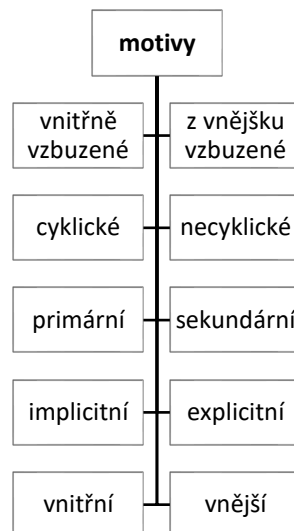
Obrázek 2 se týká rozdělení motivů z hlediska obecné psychologie. Je možné si všimnout vcelku odlišné formy dělení motivů oproti dělení dle Výrosta et al. (2004). Schéma na Obrázku 2 se zaměřuje zejména na stimulační a individuální psychické motivy, přičemž tyto oblasti pak obsahují ještě dílčí specifitější kategorie.

Obrázek 2: Dělení motivů dle Plhákové (2007)



Z Obrázku 3 lze vypožorovat, že dělení dle Blatného (2010), tedy dělení z pohledu psychologie osobnosti, je orientováno dichotomicky a obsahuje více obecné kategorie oproti předchozím dělením.

Obrázek 3: Dělení motivů dle Blatného (2010)



Nakonečný (2014) dále motivy rozděluje na biogenní a sociogenní. O sociogenních motivech tvrdí, že jsou založeny na osobnostních vlastnostech utvářených během socializace. O motivaci v rámci sociální psychologie dále pojednává kapitola 1.4 Sociální motivace a v rámci psychologie osobnosti kapitola 1.6 Motivace a osobnost.

1.3 Teorie motivace

Teorii motivace existuje v rámci psychologie nespočet. Tato kapitola představí základní směry teorie motivace v rámci psychoanalýzy, behaviorismu, humanistické psychologie, evoluční teorie potřeb, kognitivní teorie, teorie determinujícího sebejá a teorie volní regulace jednání.

Autorem teorie motivace založené na **psychoanalýze** je Freud, který zdůrazňoval, že život člověka je motivovaný pudy a touhou po slasti. Freud označil pudy za motivy chování, přičemž hnací motor motivace pak představuje psychická energie, kterou nazval libido. Podstata motivace se „*projevuje jako osudy libida utvářené vazby na určité druhy objektů a forem chování jako zdrojů uspokojení, jehož skutečných motivů si subjekt obvykle není vědom*“ (Nakonečný, 2014, s. 313). Psychoanalýza se zaměřuje na instinktivní pudy a konflikty jako základy lidské motivace. Freud přišel s takzvanou strukturální teorií mysli, kterou rozdělil na id, které má pudovou povahu, ego, které reguluje id prostřednictvím principu reality a superego, ve kterém sídlí svědomí. Psychoanalýza klade důraz zejména na nevědomé tendence ovládající chování. Kromě pudů zdůrazňuje nevědomé tendence jako internalizované objektní vztahy či attachmentové vazby, které jsou spojené s pečujícími osobami (Pine, 2005).

V rámci **behaviorismu** se zpočátku teorii motivace věnoval Tolman, jejíž pojetí je dodnes velmi úzké. Autoři behaviorismu označují pojem motivace za tzv. drive, který představuje pouze „*proces energetizace chování*“ (Nakonečný, 2014, s. 322) a spojují jej zejména s procesem učení. Oproti psychoanalýze však pojem drive neoznačuje pud a pro rozlišení jej lze jinak nazvat jako popud. Drive tedy nepředstavuje směr chování, avšak souvisí s jeho intenzitou, která vyvěrá z vnitřních podmínek (Nakonečný, 2014). Hull vytvořil teorii redukce drivu, která měla popisovat nejen mechanismus učení a chování, ale i motivaci. Hull říkal, že drive vyvolává nepříjemný pocit tenze, který vede k uspokojení žádoucí potřeby. Drive tedy představuje deficit v nějaké potřebě (Saracho, 2019). N. E. Miller pak hovořil o existenci naučených drivů a Hull následně usoudil, že jsou asociované s nějakými podněty a na základě nich vymezil sekundární motivační systém. Tolman v rámci behaviorismu rozvinul teorii zacíleného chování, kde důležitou roli hrají motivy chování jako apetence a averze. Teorii založil na existenci kognitivních map, které mají sloužit k orientaci v prostoru (Nakonečný, 2014). Tolman zdůrazňoval, že motivovanému chování předchází myšlení na konkrétní akt chování, jehož funkcí je přecházet případným neúspěchům v

budoucím zacíleném chování. Po zamýšleném aktu následuje silný stimul, který podnítl jedince k samotnému aktu (Saracho, 2019).

Humanistická psychologie je v rámci motivace orientována na psychologii hodnot. Zakladatelem humanistické psychologie byl Maslow spolu s Rogerem. Maslow, který byl autorem tzv. hierarchie potřeb, vyzdvihoval touhy, potřeby, žádosti, přání či nedostatky jako základy motivace chování a zdůrazňoval zejména seberealizaci a sebeaktualizaci jako přirozené lidské potřeby. Maslow rozlišil tzv. základní potřeby a vyšší potřeby, přičemž podobně jako behavioristé označoval potřebu za tzv. drive. Jeho teorie je založena na skutečnosti, že na uspokojování vyšších potřeb je možné se zaměřit až po uspokojení základních (primárních) potřeb, tedy potřeb fyziologických, potřeby bezpečí, lásky, úcty a sebeaktualizace. Pokud vzniká deficit v základních potřebách, organismus na to reaguje tzv. nouzovou reakcí. Vyvrátil také nutnou souvislost neuroticismu s deficitem v potřebě bezpečí a domníval se, že existuje souvislost s přirozenou kreativitou a životní spokojeností. Maslow pak rozlišil potřeby na tzv. deficientní (D-hodnoty) a růstové (B-hodnoty), které na sebe navazují. Realizovat růstové potřeby je možné pouze za předpokladu uspokojení potřeb deficientních (Plhánková, 2007). Potřeby vymezené Maslowem jsou ve své podstatě cíle. Dle Maslowa (1943) nemusí být všechny potřeby motivované, může jít pouze o reakce na podněty a poukázal na rozdíl mezi motivem, který je psychického rázu a determinantou chování, která je fyziologického rázu. Poukázal na vliv uspokojování potřeb na utváření zdravého charakteru (Maslow, 1943). Humanistická psychologie zakládala svou teorii motivace na vlastních osobních zkušenostech individua a na jeho vnímání a sebehodnotě. Humanističtí psychologové kladou důraz zejména na možnost volby, specifickou lidskou kreativitu a sebeaktualizaci, které jsou pro jedince popudem k rozvoji svých životních potenciálů a schopností. Subjektivně vnímaná smysluplnost určuje hlavní životní směr individua. Dle Rogerse a Maslowa je hlavní tendencí v životě člověka sebeaktualizace v rámci individuálních potenciálů (Weiner, 1989).

Evoluční teorie potřeb je primárně založena na biologických procesech a vyvěrá z teorie přírodního výběru Darwina. Dle této teorie chování samo o sobě podléhá evoluci. Chování je regulováno instinkty, strategiemi, které se osvědčily jako biologicky účelné, geny, ale i adaptací a kulturou. Rudolp rozlišil několik příčin chování z hlediska evoluční teorie. Může se jednat o příčinu proximální (tedy vyhledání nejbližšího uspokojení), mechanistickou (například na základě fyziologie), vývojovou (například na základě procesu učení individua), fylogenetickou (na základě vývoje druhu), ultimátní či funkcionální (na základě účelu či funkce; Nakonečný, 2014).

Kognitivní teorie motivaci zakládá na principu kognitivní disonance, tj. rozporu v poznávání související s utvářením postojů, kterou popsal Festinger a rozpracoval Aronson. Kognitivní disonance tak v rámci motivace směřuje člověka k usilování o rovnováhu a redukce stavu napětí, tedy o kognitivní konsonanci. Zajímavostí je, že mezi mírou kognitivní disonance a mírou usilování o kognitivní konsonanci, neexistuje přímá úměra. Ochota změnit postoj je totiž nejvyšší v případě mírného prožívání napětí. Kognitivní teorie v sobě zahrnuje nejen působení informačních faktorů na motivaci, ale zdůrazňuje také podíl emoční složky psychiky: „*užší souvislost s motivací mají strategie řešení náročných životních situací orientované na emoce*“ (Nakonečný, 2014, s. 363). Kognitivní teorie motivace zdůrazňuje také význam observačního učení. Lidé mají tendenci napodobovat chování druhých, pokud jej považují za důležité a důvěřují mu. Motivace chování je však založená také na hodnotách a subjektivním významu, symbolických procesech (jako např. jazyk, vědecké poznatky), seberegulačních procesech, cílech a sebehodnocení, sociálním srovnávání či sebeúčinnosti (Schunk & Usher, 2019).

Teorií, která vyzdvihuje souvislost motivace a osobnosti, je **teorie determinujícího sebejá** (Nakonečný, 2014) či také teorie sebeurčení, jejímiž autory jsou Deci a Ryan. Teorie předpokládá existenci dvou motivů souvisejících se sebejád, a to motiv konzistence a zvyšování hodnoty sebejá. Hnacím motorem motivace je tedy v tomto pojetí sebejá, které motivuje v chování tak, aby vnímaná sebehodnota byla co nejvíce v souladu s vnímanou hodnotou jedince okolím. Povahou sebejá je schopnost zapříčinit chování. Součástí této teorie je také rozvoj termínů intrinsické (vyvěrající z vnitřních vlivů jedince) a extrinsické (vyvěrající z vnějších vlivů působících na jedince) motivace. Klíčovou roli v regulaci intrinsické a extrinsické motivaci hraje vůle, která navozuje rovnovážný stav. Zásadním zdrojem intrinsické motivace jsou emoce. Deci a Ryan kromě jiného vymezili tzv. „*koncept kognitivního hodnocení*“ (Nakonečný, 2014, s. 369), v rámci něhož poukazují na kognici jako jednu z charakteristik sebejá. Deci a Ryan (2006) tvrdí, že autonomie je základní lidskou potřebou. Nedostatek autonomie tak může ovlivnit psychický vývoj jedince a budování struktury jeho osobnosti. Svou teorii také zakládali na úvaze, že člověk přirozeně disponuje schopností seberegulace a že zdravá seberegulace je předpokladem pro spokojený život a duševní zdraví. Proto vyzdvihovali koncept seberegulace jako podklad pro terapeutickou práci.

Již některé výše zmíněné teorie pracovaly s pojetím vůle jako součástí motivace, avšak žádná z nich nepojednávala o vůli jako o nejzásadnějším činiteli motivace. Teorie, která dává do popředí zejména volní akty se nazývá **teorie volní regulace jednání**. Základem této

teorie tedy nejsou jednání, která člověk uskutečňuje bez prožívání nebo nelibovlně, ale „*triáda přání, volba a chtění*“ (Nakonečný, 2014, s. 373). Teorie říká, že v okamžiku, kdy člověk jedná nějakým způsobem, je za jednáním vždy nějaký cíl, přičemž však existuje rozdíl mezi rozhodnutím, chtěním cíl realizovat a snahou, aktem k jeho realizaci. Před samotnou realizací si totiž jedinec prochází několika fázemi vztahujícími se k jednání. Realizaci tedy nejprve předchází přání něco uskutečnit, zhodnocení realizovatelnosti přání a úmysl jednat v souladu s tímto přáním. Motivace jako taková pak přechází realizaci cíle, ale dokonce i jeho stanovení.

1.4 Sociální motivace

Motivace jako taková úzce souvisí se sociálním prostředím, jelikož široké spektrum přání a potřeb je uspokojováno v rámci nějaké skupiny. Sociální motivace je tedy zaměřená oblast motivace na sociální interakce. Existuje několik teorií, které vysvětlují, proč se v rámci společnosti jedinec chová tak, jak se chová. Například teorie neomezené formovatelnosti A. Thomase říká, že tendence k uspokojování potřeb jedince ve skupině se vyvíjí postupně od dětství a doplňuje ji teorie identifikace Milla, která tvrdí, že uspokojování individuální potřeby jedince často vzniká na podkladě uspokojení potřeby skupiny, jíž je členem (Nakonečný, 2020). Tato kapitola následně představí stručné definice a vzájemné rozdíly a podobnosti mezi jednotlivými druhy získaných motivačních dispozic, které rozlišili Výrost et al. (2004).

Před definováním sociální potřeby jako motivační dispozice je klíčové vymezit samostatný pojem potřeba. Potřeba je „*subjektivně pocíťovaný nedostatek něčeho, co je pro život jedince nezbytné*“ (Výrost et al., 2019, s. 117). Potřeba proto následně vede k činnosti vedoucí k uspokojení tohoto nedostatku. Hartl (2004, s. 194) tvrdí, že se s potřebou nemusí pojit pouze nedostatek, ale i přebytek, kdy je potřeba pro člověka „*nutnost se něčeho zbavit*“. Klíčový je také vztah mezi potřebou a hodnotou. Potřeby totiž úzce souvisejí s hodnotami, jelikož jejich prostřednictvím je možné potřeby naplnit (Hartl, 2004).

Sociální potřebou je dle Výrosta et al. (2019) jednoduše potřeba v rámci společenského kontextu. Jednou ze sociálních potřeb je potřeba sociálního kontaktu, která může představovat například potřebu někomu náležet, sdružovat se, sdílet různé ideje, mít někoho, kdo je součástí našeho života, sdílet s ním prožitky atd. Podobnou potřebou potřebě sociálního kontaktu je potřeba afiliace, tedy potřeba navazovat vztahy, které vyjadřují blízkost, bezpečí a jistotu, s níž je provázán tzv. attachment. Další sociální potřebou je potřeba moci spojená s chtěním ovládat a ovlivňovat druhé za účelem „*zvyšování vlastní*

hodnoty“ (Výrost et al., 2019, s. 118). Oproti potřebě moci má člověk potřebu chovat se konformně za účelem být pochválen či oceněn. Pojí se s dodržováním společenských pravidel a plněním společenských norem (Výrost et al., 2019).

Nakonečný (2020) také rozlišuje několik typů sociálních potřeb, přičemž zaměřuje termín potřeba a motiv. Oproti potřebám, které rozlišili Výrost et al. (2019) se zmiňuje o potřebě vyhýbání se, která se naopak pojí s cizími osobami. Nakonečný (2020) také navíc vyzdvihuje potřebu svobody. Specifickým konstruktem v rámci potřeby svobody je takzvaná reaktance neboli omezování svobody v rámci sociálního prostředí, kdy je člověk pod tlakem ve svém rozhodování v sociální situaci a je s ním spojen odpor či omezování. Vzrůstá-li reaktance, vzrůstá také potřeba realizovat osobní svobodu. Další sociální potřebou je potřeba spravedlnosti, která vyvěrá zejména z přítomnosti pocitu nespravedlnosti. V případě prožitku nespravedlnosti u sebe nebo u druhých je jedinec puzen k chování tuto situaci změnit, například formou pomoci. Naproti tomu stojí potřeba moci, která je zmíněna již výše. Nakonečný (2020) tvrdí, že s potřebou moci souvisí potřeba dominance a její dosažení může být realizováno dokonce formou agresivního chování. Podobně jako Výrost et al. (2019) Nakonečný (2020) hovoří v kontextu motivu moci o zvyšování sebevědomí, což přináší uspokojení. Potřeba je totiž frustrována pocitem méněcennosti. Moc má mnoho podob, a proto je možné potřebu moci uspokojovat na několika rovinách. Existuje moc expertní, vzoru, legitimní, odměňovací, trestací, donucovací, formální (Nakonečný, 2020). Myers (2016) v sociální motivaci vyzdvihuje motivaci sebevědomí. Člověk má přirozenou tendenci si sebevědomí zvyšovat, jelikož zvýšené sebevědomí je spojeno s pozitivními pocity. Cesty, jak vysokého sebevědomí dosáhnout jsou různé. Často se ale zvyšuje na základě uznání od druhých typicky za práci či hodnoty (Myers, 2016).

Zájem dle Hartla (2004, s. 300) představuje „*trvalejší zaměření na určitou činnost, s výrazným emočním doprovodem*“ a je spojen s osobnostní rovinou člověka. Ačkoli jsou zájmy velmi podobné potřebám, je pro ně charakteristická vyšší aktivita a konkrétnost. Zatímco potřeba není úžeji zaměřena, zájem se týká konkrétního podnětu. Určitý podnět může být předmětem zájmu skutečného, ale i iluzorního, který často vznikne na základě nedostatečného uvědomění zájmu (Výrost et al., 2019).

Za **hodnoty** lze považovat produkty činnosti, která vychází z potřeb (Výrost et al., 2019). Jsou úzce spojené s postoji, na což poukazuje i Hayes (1993/2003, s. 97), která definuje hodnoty jako „*stálé osobní předpoklady, které leží v samotném základu postojů*“. Hodnoty se pak následně projevují v chování a prožívání jako součást hodnotové orientace člověka, která souvisí se světonázorem, společností a individuálními životními zkušenostmi.

Hodnotová orientace úzce souvisí s motivací, neboť jsou jejím hnacím motorem. Hodnoty jsou na rozdíl od hodnotové orientace určité jevy související se společností, člověkem a přírodou, a tvoří součást hodnotové orientace (Výrost et al., 2019). Souvisí také s morálkou, sociální žádoucností (Hayes, 1993/2003). Heckhausen (1991) dokonce hodnotu označuje za incentivu a považuje ji za spolu s vírou za součást systému přesvědčení.

Postoje představují vztah mezi motivací a hodnotami (Výrost et al., 2019). Lze je definovat jako *„osvojenou psychickou dispozici, která trvale charakterizuje výběrovost člověka při přijímání vlivů zvnějšku a při činnosti vůči okolnímu prostředí“* (Výrost et al., 2019, s. 119). Hartl (2004, s. 192) tvrdí, že postoj je součástí lidské osobnosti, představuje *„sklon ustáleným způsobem reagovat na předměty, osoby, situace a na sebe sama“* a též jej spojuje s hodnocením. Postoj je dle Hartla (2004) charakterizován třemi základními složkami, které jsou předmětem hodnocení: kognitivní, emocionální a konativní. Hayes (1993/2003, s. 199) tvrdí, že se postoj může, ale nemusí v chování člověka projevit. Oproti hodnotám je postoj *„primárně psychickým jevem“*. Vztah mezi postoji a motivací je především na konativní rovině a vede k nižší či vyšší pravděpodobnosti projevu motivu. Oproti motivům, které jsou spojeny s určitými cíli a vázány na aktuální situaci, jsou postoje vyjadřovány vůči nějakému objektu a jsou trvalejší. Nakonečný (2020, s. 197) tvrdí, že rozdíl mezi motivací a postojem je v tom, že *„motivace usměrňuje chování k dosažení určitého cíle a propůjčuje mu určitou intenzitu a trvání v čase, kdežto postoje jako hodnotící vztahy pak určují, jak se bude subjekt chovat vůči cílům daného chování z hlediska jejich hodnoty“*. Je také stěžejní rozlišit postoj od názoru. Náзор se totiž oproti postoji liší, jelikož neobsahuje hodnocení a jde pouze o *„výroky, o kterých si myslíme, že jsou pravdivé“* (Hayes, 1993/2003, s. 96).

1.5 Motivace a emoce

Jak bylo zmíněno výše, vnitřní mentální pohnutky se utvářejí na základě zkušeností s incentivami nebo na základě emočních zkušeností (Plháková, 2007). Emoce jsou tedy jedním z dalších aspektů, které hrají významnou roli při motivovaném chování. Plháková (2007) dokonce hovoří o existenci složitěho motivačně–emocionálního systému v lidském organismu. Podobně motivaci s emocemi spojuje i Nakonečný (2014), který zdůrazňuje funkci emocí, již je proces hodnocení, který také poukazuje na význam objektu, který je hodnocen. Vyzdvihuje, že bez emoce by motivace neexistovala a že emoce jsou hnacím motorem či spouštěčem motivovaného chování. Pozitivní či negativní zážitky tak vedou k naplnění potřeby či vyhnutí se nebo odstranění něčeho nepříjemného.

Emoce jsou tedy nejen iniciátorem motivace, ale hrají také důležitou roli i v jejím průběhu a dovršení při uspokojení potřeby. V rámci teorie o propojení motivace a emocí se Nakonečný (2014) zabývá tzv. intrapsychickou motivací. Intrapsychická motivace je založena na principu hédonismu, který je založen na dosahování příjemného a vyhýbáním se nepříjemnému. Je spojena s chtěním, přáním, úmyslem, záměrem, snahou či touhou. Naproti tomu behavioristé přišli s teorií o vnitřních odměnách a trestech. Motivaci nezakládají na emocích, nýbrž na tom, že se chováme motivovaně, pokud výsledek vede k nějaké odměně založené na vnějších činitelích. Nakonečný (2014) doplňuje, že mezi vnitřními a vnějšími činiteli motivace existuje vztah a ujasňuje, že původem motivace jsou činitelé vnitřní, které nazývá pohnutky, zatímco vnější motivátory nazývá incentive, které však nejsou motivy. Nakonečný (2014, s. 46) shrnuje podstatu motivace takto: „*naše chtění je zakořeněno ve volním dění a vychází z interakce vnitřního osobního duševního uspořádání a vnějších podmínek prostředí a situace*“.

1.6 Motivace a osobnost

Jak bylo zmíněno výše, motivace člověka je provázaná s jeho osobností. V psychologii osobnosti je motivace považována za stav (při narušené homeostáze), za přetrvávající osobnostní rys, nebo také za proces. Samotný motiv pak může mít různou povahu v závislosti na tom, zda je spojen s motivací jako stavem či rysem. Pokud jde o aktuální stav, motiv představuje hybnou sílu, jak bylo již uvedeno výše i z pohledu obecné psychologie a sociální psychologie (Blatný, 2010).

Základem motivace v psychologii osobnosti je propojenost kognitivních a emočních procesů. Motivace je tedy komplexním procesem, který vzniká postupně. Individuální jedinec totiž nejprve hodnotí cíl, který je pro něj osobně důležitý a poté plánuje, jak by bylo možné jej dosáhnout. Až po tomto zhodnocení přichází samotná realizace, tedy usilování o určitý cíl, který si jedinec vybral. Začíná u nějakého pro něj významného přání a následně přechází k jednání (Blatný, 2010). V rámci složité lidské osobnosti dochází ke konfliktu různých, dokonce i protichůdných motivů, které na sebe vzájemně působí (Říčan, 1973/2010). Říčan (1973/2010, s. 100) tvrdí: „*motivы si můžeme představit (modelovat je) jako fyzikální síly působící v prostoru na hmotný bod určitým směrem*“. Na převahu konkrétního motivu má však vliv několik různých faktorů. Jedním z nich jsou například emoce spojené s tím kterým motivem. Dále však hraje také roli skutečnost, o který typ motivu se jedná. Není ojedinělé, že konflikt se objevuje mezi motivy vědomými a nevědomými (Říčan, 1973/2010).

Říčan (1973/2010) dále vyzdvihuje, že v osobnosti mohou vznikat jak kratší, aktuální motivační stavy, tak déletrvající motivační vlastnosti. Motivační stavy a vlastnosti spolu zároveň úzce souvisí a na základě motivačních stavů se může rozvinout motivační vlastnost: „*např. tížádosti bychom přiřadili tížádostivost, strachu bázlivosť (zvyšenou potrebu bezpečí), chuti ke hře hravost atd.*“ (Říčan, 1973/2010, s. 103). Zároveň o motivačních stavech hovoří jako o potřebách.

Cakirpaloglu (2012) v rámci psychologie osobnosti vyzdvihuje motivaci jako velmi individuální koncept lidské psychiky nezávisle na skutečnosti, zda jsou motivy vrozené či nikoli. Na lidskou osobnost i její motivy však vždy působí proces socializace. Jedná se tedy o výsledek kombinace vnitřních i vnějších činitelů.

2 Hodnoty

V kapitole 1.4 Sociální motivace byl představen pojem hodnota a dále bylo poukázáno na vztahy mezi dalšími aspekty motivace. Představené poznatky autorů vyjadřují, že hodnoty jsou úzce provázány s motivací a postoji.

Cakirpaloglu (2009) říká, že hodnoty jsou součástí lidské osobnosti a ovlivňují chování i prožívání. Uvádí také pojmy, které je možné hodnotě připodobnit, jako jsou například hodnotová orientace, ideál, životní filozofie, postoj, osobnost, charakter, identita, tradice, způsob přesvědčení a další. Hodnota dle Cakirpaloglu (2009, s. 277) „*představuje specifickou psychologickou kategorii, která tvoří poměrně stabilní, trvalou strukturu osobnosti významnou pro individuální, sociální a historickou realizaci člověka*“, která je součástí lidské přirozenosti. Do lidské osobnosti se hodnoty internalizují ve formě kognitivních struktur. Tyto kognitivní struktury totiž v jedinci vyvolávají proces volby, kterou ovlivňují například pocity dobra či zla, smyslu či jedincovy osobní priority (Oyserman, 2015).

Schwartz (2006) tvrdí, že hodnoty jsou nějaká přesvědčení o žádoucích stavech či o žádoucím chování, které vedou k výběru či procesu hodnocení a jsou uspořádány dle míry důležitosti. Schwartz (2006) odlišuje hodnoty od postojů a říká, že postoje jsou oproti hodnotám méně obecné a abstraktní a nejsou seřazeny dle důležitosti. Pro hodnotu je charakteristické, že je spojena s nějakým cílem a motivací. Schwartz (2006) také tvrdí, že existuje vzájemné propojení různých typů hodnot.

Hodnoty souvisejí s aspekty, které do určité míry lidé považují za důležité s ohledem na jejich žádoucí cíle. Mohou se tedy týkat témat jako svoboda, štěstí, bohatství nebo bezpečí. Základní lidské hodnoty mají také dopad na rozhodování a úsudek. Charakteristické pro ně je, že působí na nevědomé úrovni, tudíž mají vyšší schopnost odolávat změnám a zachovávat si stabilitu. Čím důležitější hodnoty pro člověka jsou, tím jsou odolnější a tím spíše se prosadí vůči hodnotám méně významným. Jejich účelem je také motivovat chování či postoje. Hodnoty mohou chování a postoje ovlivnit. U jedince však daná hodnota musí být nejen aktivována a uvědomována, ale je třeba, aby byla pro jedince opravdu významnou. Ne vždy však hodnoty vedou k chování (Miller, 2016).

Podobně jako Miller (2016) hovoří o hodnotách i Oyserman (2015), který se zmiňuje o uvědomování si hodnot jako o předpokladu k chování v jejich souladu. Lidské chování kromě hodnot ovlivňuje mnoho dalších faktorů, mezi které patří také faktory situační a

dostupné možnosti jedince. Hodnoty obsahují jak složku kognitivní, tak emoční. Pro jedince zajišťují potřebu bezpečí a autonomie, ale také potřebu soudržnosti v nějaké skupině.

LeJeune a Luoma (2021, s. 19) charakterizují hodnoty jako „*způsob života a bytí na tomto světě*“ a „*přetrvávající vzorce činnosti*“. Jsou toho názoru, že hodnoty se lépe než slovy, vyjadřují zejména chováním a ukazují člověku svobodně zvolený směr tohoto chování.

2.1 Hodnocení

Hodnota sama o sobě ovlivňuje proces hodnocení, který se uskutečňuje mezi subjektem a objektem hodnocení. Cakirpaloglu (2009, s. 284) představuje pojem hodnocení jako „*vztah člověka vůči prožívané realitě*“. Dle Nakončného (2000, s. 45) je hodnocení „*jednotou poznání a cítění*“. Předpokladem hodnocení je propojení tří základních složek psychiky jako kognitivní složky, emoční složky a složky motivace (Cakirpaloglu, 2009). Hartl (2004, s. 81) proces hodnocení definuje zejména z metodologického pohledu a tvrdí, že hodnocení představuje „*charakteristiku či klasifikaci jevů, které nelze exaktně měřit*“ a zdůrazňuje jeho subjektivní povahu. Corsini (2002) tvrdí, že princip hodnocení spočívá v řazení či stupňování vnímaných hodnot jako jsou například bohatství, krása, moc nebo jiných kvalit určitých předmětů. VandenBos (2007/2015) hodnocení představuje jako proces šetření či jako celkové zhodnocení nějakého objektu, při kterém určujeme stupeň hodnoty tohoto objektu či posuzujeme, zda je pro něco vhodný či nevhodný.

Kognitivní či poznávací složka zahrnuje zejména vědomosti jedince o předmětu hodnocení, ale také vůbec samotné uvědomění si svých hodnot a hodnocení. Cakirpaloglu (2009) také zdůrazňuje, že vesměs při každém poznávání nějakého podnětu jej máme tendenci zároveň hodnotit. Poznávací složka se tedy automaticky uplatňuje spolu se složkou hodnotící.

Emoce jsou s hodnocením úzce provázané. Hodnoty se mohou vytvářet na základě emočních zkušeností jak individuálních, tak sociálních. Na základě příjemných a nepříjemných pocitů vůči podnětům tak mohou vznikat pozitivní či negativní hodnoty. Pozitivní a negativní stránka hodnot pak ovlivňuje citlivost poznávacích procesů. Pokud je pro nás nějaký objekt emočně významný, projeví se to i na vyšší míře naší vnímavosti (Cakirpaloglu, 2009).

Poslední složka hodnocení, tedy složka motivace, je klíčová zejména při realizaci hodnot neboli při jejich naplnění, kdy jedinec určitým způsobem dává navenek najevo sobě vlastní hodnoty. Vyjádření či naplnění hodnoty však nemusí probíhat pouze na vědomé bázi a může k tomu dojít různými způsoby (např. verbálně či neverbálně, sociálně či asociálně). Regulace

uskutečňování hodnot také závisí na vůli konkrétního jedince. Někteří lidé své potřeby dokážou chováním usměrňovat dle svých hodnot, jiní podléhají svým přirozeným či nevědomým potřebám (Cakirpaloglu, 2009).

Hodnoty jsou komplexním pojmem, který různí autoři vysvětlují z různých pohledů. Shodují se však na tom, že hodnoty jsou jedny z dílčích součástí složité lidské osobnosti. Říčan (1973/2010) v souvislosti s hodnotami zdůrazňuje jejich podstatu, která je založená na postojích. A jelikož i postoje tvoří dílčí součást osobnosti, jsou i hodnoty jedny z nich. Konkrétně je jednou ze složek osobnosti dokonce celý hodnotový systém či hodnotová orientace jedince. Říčan se také zmiňuje o možnosti rozlišit několik typů osobností dle směru jejich hodnotové orientace.

2.2 Druhy hodnot

Hodnoty lze rozdělit podle rozličných kritérií, Křivohlavý (2004) podobně jako Schwartz (2006) dokonce tvrdí, že hodnoty jsou hierarchicky uspořádány. Tato kapitola představí alespoň některé druhy hodnot a jejich základní dělení.

Hodnoty mohou být individuální, skupinové či univerzální podle toho, zda je jejich nositelem jednotlivec, skupina či společnost nebo dokonce kultura. S dalším rozdělením hodnot souvisí do určité míry i zdroj, odkud hodnoty pocházejí, jímž může být jejich nositel. Individuální hodnoty se týkají subjektu a mohou v něm být zakořeněné ve formě rysů, naproti tomu institucionální hodnoty představují pravidla či normy, které se vztahují na určitou skupinu lidí (Cakirpaloglu, 2009).

Hodnoty rozlišujeme také dle toho, zda představují prostředky nebo cíl na instrumentální a terminální, které rozlišil Rokeach. Maslow pak rozlišil hodnoty dle hierarchie a uskupil kategorii D-hodnot na biologické rovině a B-hodnot na osobnostní rovině. S hierarchickým uspořádáním hodnot přišel také Frankl, který staví nejnižše hodnoty zážitkové, dále následují hodnoty tvůrčí a nejvýše jsou hodnoty postojové (Cakirpaloglu, 2009).

Hodnoty mohou být také specifické ve formě žádoucnosti či nežádoucnosti určité věci nebo generalizované ve formě obecné hodnotové orientace. Mohou být také normativními standardy zejména ve formě společenských norem z pohledu Sherifa nebo z pohledu Fromma mohou směřovat k naplnění lidského bytí. Z hlediska obsahu existuje dělení hodnot na normativní čili „*orientační činitele chování*“ (Cakirpaloglu, 2009, s. 289) nebo na preference „*působící selektivně na chování*“ (Cakirpaloglu, 2009, s. 289).

Dále jsou také hodnoty morální, estetické, náboženské, implicitní a explicitní (neboli intrinsické a extrinsické), manifestní a latentní (skryté), aktuální a potenciální, vědomé a

nevědomé, povrchové a deklarované, subjektivní a objektivní, konkrétní a abstraktní, pozitivní a negativní, progresivní a regresivní, potenciální a aktuální, minulé, současné a budoucí, ontologické, teologické a normologické (Cakirpaloglu, 2009). Kluckhohn (1951) rozlišuje mimo jiné i hodnoty expresivní a kognitivní. Intrinsické hodnoty jsou hodnoty vnitřní vyvěrající z osobnosti jedince, zatímco extrinsické jsou vnější a vztahují se ke společnosti. Manifestní hodnoty pak podobně jako extrinsické vyvěrají ze společenských hodnot, avšak souvisí zejména s dopadem na individuálního jedince. Povrchové a deklarované hodnoty se pak vztahují k míře autenticity jedince. Nakonečný (2000) rozděluje hodnoty na duchovní a materiální.

Dle metodologických kritérií lze hodnoty dělit na nezávislé, zprostředkující či závislé, materiální, biologické či fyziologické (Cakirpaloglu, 2009). Dále je možné dělit hodnoty na absolutní či relativní, trvalé či dočasné (Nakonečný, 2000).

LeJeune a Luoma (2021, s. 21) pak vymezují konkrétně **12 hodnotových oblastí**:

Rodina (mimo manželství a rodičovství), manželství, párové a intimní vztahy, rodičovství a výchova, přátelé a společenský život, práce, vzdělání a výcvik, oddych a zábava, spiritualita, komunitní život, tělesná péče o sebe (stravování, cvičení a spánek), okolní prostředí (péče o planetu), estetika (umění, literatura, hudba, krása).

Nejedná se však o druhy hodnot jako takové, ale pouze o hlavní oblasti, na které člověk zaměřuje svůj život.

2.3 Hodnotová preference

Význam hodnoty pro konkrétního jedince závisí na dvou základních faktorech. Konkrétně jde o to, do jaké míry je hodnota pro člověka obecná nebo naopak specifická a sociálně žádoucí nebo naopak nežádoucí. Čím obecnější je hodnota, tím více bude pro jedince přitažlivá. Na preferenci konkrétní hodnoty může mít vliv také její hierarchické umístění v rámci jiných hodnot. Různé hodnoty jsou provázané a význam hodnoty může pro jedince určovat i to, zda je jejím předpokladem naplnění jiné hodnoty jako tvrdil Maslow (Cakirpaloglu, 2009). Křivohlavý (2004) pak hodnotovou preferenci nazývá prioritizací hodnot. Dává jí však do souvislosti konkrétně s hodnotovým žebříčkem či hierarchií. V rámci hodnotového systému a na základě aktuálního životního dění dle Křivohlavého (2004) je jedinec veden k rozhodování, jaké hodnotě dát přednost či naopak upozadit, aby dosáhl požadovaného cíle.

Dle Křivohlavého (2004) se význam hodnot přirozeně proměňuje a v důsledku toho se proměňuje i hodnotový žebříček. Na význam hodnoty pro jedince může mít vliv také její

vztah k referenční skupině, které je člověk součástí a její význam se může upevňovat a stabilizovat na základě procesu socializace, přičemž na něj působí různé psychické procesy jako „*diskriminace, generalizace, internalizace, citové prožívání, aktuální motivace atd.*“ (Cakirpaloglu, 2009, s. 297). Způsobů, díky kterým člověk dosáhne stabilizace svých hodnot, je několik a jedinec má dokonce možnost tyto stabilní hodnoty přetransformovat a dosáhnout změny svého osobnostního charakteru. To se může stát právě v důsledku socializace, tzv. brainwashingem, psychoterapeutickou intervencí či jinou intervencí jako je vzdělávání, změna sociálního postavení, meditace atd. (Cakirpaloglu, 2009). Dle Křivohlavého (2004) jsou ale některé hodnoty těžko měnitelné a zůstávají relativně stále celý život, například hodnoty morální.

Dle Cairkpaloglua (2009) může hodnotovou preferenci významným způsobem ovlivnit rodinné prostředí jedince, a to zejména v dětském věku, kdy napomáhá vytvářet hodnotovou základnu. Vliv na hodnoty má tedy blízkost vztahů, emoční pouto, bezpečí a jistota. Jedná se o činitele, jež jsou tedy úzce spojeny s emocemi, a proto může být daná hodnota o to významnější (Křivohlavý, 2004). Dalším důležitým činitelem je sociální prostředí, které se podobně jako rodinné prostředí stává součástí vývoje jedince a určuje do nějaké míry jeho směr. Konkrétně může mít dopad na styl života, sociální zájmy, vrstevnická skupina, jíž je jedinec součástí, vzdělání v kombinaci jeho individuálními osobnostními charakteristikami a zkušenostmi (Cakirpaloglu, 2009).

2.4 Hodnoty a emoce

Hodnoty a emoce spolu úzce souvisejí. Křivohlavý (2004) upozorňuje na emoční povahu hodnot v tom smyslu, že bez emočního podkladku by hodnoty nevznikly. Zároveň je možné ale pozorovat i zpětný vliv hodnot na emoce. Pokud například není chování realizováno v souladu s významnými hodnotami pro jedince, vyvolává to v něm negativní citové prožívání. V závislosti na míře významu hodnoty se pak také následně projeví síla emoce. Jednou z funkcí emocí je vliv na jednání člověka. Podobně však rozhodování a jednání ovlivňují i jeho hodnoty. Hodnoty a emoce jsou tedy velmi úzce propojené.

V kapitole 2.1 Hodnocení byl uveden vztah mezi emocemi a procesem hodnocení, kdy emoce jsou jedním z jeho podkladů. V souvislosti s emoční složkou hodnocení Cakirpaloglu (2009) zdůrazňuje význam náklonnosti. Hodnoty hrají důležitou roli při vzniku náklonnosti jedné osoby vůči druhé a hodnoty, které jsou pro jedince nejvýznamnější, jsou v popředí zejména při utváření blízkých vztahů jako partnerských či přátelských. Podobnost a soulad

hodnot totiž přispívá k utvrzení se v hodnotách vlastních a také k větší spokojenosti člověka i ke spokojenosti ve vztahu.

Nelissen et al. (2007) ve své výzkumné studii prokázali existenci vztahu mezi hodnotami a emocemi, ale poukázali i na skutečnost, že se emoce mohou objevit i v situacích, které s hodnotami nesouvisí. Emoce prožívaná vůči nějaké situaci ještě nevyjadřuje hodnotu samu o sobě. Oproti Cakirpalogluovi (2009) tedy vyzdvihli relativní nezávislost emocí na hodnotových konfliktech. Pokud však emoce s hodnotou či hodnocením souvisí, závisí intenzita emoce na míře důležitosti pro konkrétního jedince. Kromě provázanosti emocí a hodnot existuje také souvislost mezi emocemi a cíli. LeJeune a Luoma (2021, s. 22) však upozorňují, že hodnoty nepředstavují cíle, ale směr životní cesty a „*umožňují větší pružnost než cíle*“.

Dle Nakonečného (2000) funkce hodnocení spočívá také v posuzování skutečnosti, zda jsou nějaké objekty či situace správné či špatné. Hodnota je založena zejména na pozitivním prožívání, které jedinec vnímá vůči objektu či situaci. Samotné hodnocení a soudy spočívají na základě emocí, které k procesu usuzování vyvářejí citově zbarvený podklad, což vede k vytváření hodnoty jako takové.

2.5 Hodnoty v terapii

Přímo terapií hodnot se zabývali LeJeune a Luoma (2021). V počátečních fázích terapie kladli důraz na zaměření se na jednu až dvě nejdůležitější hodnoty pro klienta. Dále zdůrazňují, že klíčové pro terapeutickou intervenci je také odlišit klientovy hodnoty od jeho cílů a v případě, že tyto cíle není aktuálně možné realizovat, zaměřit se na hodnotu samotnou a na jiný způsob jejího naplnění.

Dle Praška et al. (2014) je hledání hodnot klíčovým podkladem pro terapeutickou práci, zejména u kognitivně behaviorální terapie. Nacházení hodnot je obzvláště významné pro posilování motivace klienta ke spolupráci, neboť individuální hodnoty klienta tvoří stabilní základnu, o kterou se může opřít při zvládání těžkostí a překonávání překážek během terapie. Někteří klienti mohou mít potíže s ujasněním svých hodnot a mohou zanevřít na naplňování svých hodnot, dokud nepřekonají své psychické obtíže. Je tedy klíčové usilovat o propojení terapeutického plánu a hodnotovým nastavením klienta pro vyšší účinnost terapie.

Problematika hodnot se v terapii projevuje poměrně často, a to ve spojitosti s postrádáním smyslu. Terapie založená na hodnotách se zabývá vedením klienta hodnotnému životu naplněnému smyslem. Dle LeJeune a Luoma (2021, s. 39) „*terapie zaměřená na hodnoty se zajímá o proces, v němž se klientům pomáhá dobře rozhodovat a rozlišovat, co je pro ně*

důležité, na základě jejich vlastní jedinečné zkušenosti“. V této terapeutické práci je důležité zaměřit se na akceptaci hodnot klientů a úctu k nim. Dále poukazují na to, že primárním zaměřením v terapii hodnot by nemělo být na bolesti, trápení a negativní zážitky, ale naopak by terapie měla vést k cestě, která ukazuje pozitivnější a smysluplnější směr. Jedním z hlavních úkolů v terapii je pak pro klienta přijmout skutečnosti, které nemůže měnit a soustředit se zejména na přítomný okamžik, který je v jeho moci. Jedná se o dovednost založenou na tzv. mindfulness (všímavosti). Klíčovým tématem je tedy hledat individuální smysl života jedince, který nespočívá pouze v usilování o štěstí, ale soustředí se na hluboce zakořeněné hodnoty klienta.

3 Postoje

Definice pojmu postoj se v psychologii různí. Výrost et al. (2019) v rámci sociální psychologie definují postoj jako „*hodnotící vztah k různým sociálním objektům v našem prostředí*“ založený na preferenci a je pro něj charakteristická jeho stabilita v čase a jeho organizace do systému. Postoje mají pro jedince několik významných funkcí: poznávací, instrumentální, výraz hodnot, sociální adjustace a sebeobrána. Podobně definuje postoj Hartl (2004, s. 192): „*hodnotící vztah vyjádřený sklonem ustáleným způsobem reagovat na předměty, osoby, situace a na sebe sama*“, dále však svou definici rozšiřuje: „*postoje jsou součástí osobnosti, předurčují poznání, chápání, myšlení a cítění*“. Dle Schunka a Ushera (2019) souvisí postoj se způsobem mentální organizace, vždy se vztahuje k nějakému objektu a jedná se ve své podstatě o preferenci. Základními funkcemi postojů jsou dle Hayes (1993/2003, s. 97) „*hodnocení objektů, sociální přizpůsobení a externalizace*“.

Sociální psychologie byla s postojí tak spjatá, že byla dokonce sama o sobě považována za vědecké studium postojů. Přelomovým objevem v sociální psychologii byla měřitelnost postojů na základě postojových škál (Výrost et al., 2019). Postoje souvisejí s vnitřním prožíváním jedince, ale ovlivňují jej také vlivy z prostředí, zejména podléhají působení sociálních skupin. Na jejich utváření se tedy podílí sociální vlivy, které mají značný vliv především v situacích nejasných pro jednotlivce. Okolí pak poskytne opěrný bod či vodítko, jak se k určité situaci postavit. Tento úkaz vysvětluje například autokinetický efekt popsany Sherifem, kdy členové skupiny dokonce usilovali o sjednocenost v postoji během neurčité situace. Zjistilo se, že vliv má také povaha vztahu se členy skupiny a skutečnost, zda se jedinec cítí, že do skupiny patří či nikoli (ingroup vs. outgroup). Postoje hrají důležitou roli při utváření sociální identity (Schunk & Usher, 2019).

3.1 Postoje a chování

Jak již bylo zmíněno, postoje ne vždy odpovídají chování člověka. Na to, zda se člověk rozhodne reagovat dle svého vnitřního přesvědčení nebo ne, má dopad řada faktorů. Velmi silný dopad má například chování a očekávání druhých lidí. Člověk jedná dle svých postojů v případě, kdy na něj okolí působí minimálně a postoj je pro něj velmi silný a je v souladu s chováním (Myers, 2016).

Je tedy třeba brát v úvahu skutečnost, že chování, které člověk vykazuje, ještě neznamená, že vyjadřuje vlastní postoj. Jedná se pouze o vyjádřený postoj. Pokud se jedná o postoje, které jsou velmi specificky zaměřené, pravděpodobně jim bude odpovídat také

chování. Postoje, které jsou velmi silné, jsou většinou utvořeny v rámci osobní zkušenosti. Zajímavé je, že ovlivňování postoje a chování funguje na obě strany. Pokud se tedy člověk zachová určitým způsobem, může to vést k ukotvení vnitřního postoje. Tuto problematiku vysvětluje teorie kognitivní disonance, na základě níž člověk odstraňuje nepříjemný pocit spojený s rozporem mezi postojem a chováním tím, že si chování ospravedlní (Myers, 2016).

Chování na základě vnitřně ukotveného postoje může být ovlivňováno také sociálními normami. Závisí také na tom, zda postoje ovlivňují chování automaticky či záměrně/plánovaně. V případě, že se jedinec chová automaticky, je velmi pravděpodobné, že bude jednat na základě svého postoje. Čím přístupnější pro nás určitý postoj je, tím je silnější a je pravděpodobnější, že ovlivní naše chování. V kontextu sociálních norem také záleží na míře přístupnosti norem a na automatickém či záměrném chování. V případě záměrného či plánovaného chování postoje nehrají primární roli. Podle teorie plánovaného chování na toto chování spolupůsobí několik faktorů: osobní přesvědčení o důsledcích chování (postoje), osobní přesvědčení o kontrole chování a sociální přesvědčení či přesvědčení o sociálních normách. Přesvědčení o kontrole chování představují pro jedince jeho míru schopností, zda či jak může dané chování provést. Sociální přesvědčení pak zahrnuje například tlak okolí na dané chování, který může být ale pouze subjektivně vnímaný, nikoli skutečný. Sociální přesvědčení však také zahrnuje skutečnost, do jaké míry je jedinec ochoten sociální normy (například určité referenční skupiny) dodržet. Mezi sociální a osobní faktory jako prediktory chování lze řadit také sociální identitu, která je významnou součástí sebepojetí jedince, kulturu a dostupnost sociálních norem (Schunk & Usher, 2019).

Ajzen a Fishbein (1977) tvrdili, že vztah mezi postojem a chováním je nekonzistentní. Silný vztah mezi postojem a chováním pozorovali při situaci, kdy měly postoj i chování stejný cíl a zahrnovaly stejnou akci. Jedná se tedy o zásadní dva prediktory chování na základě postojů. Výrost et al. (2019) pak doplňují, že postoje a chování nekorespondují z různých důvodů. Na skutečnost, zda se jedinec zachová dle postoje či nikoli, má vliv několik faktorů, mezi které patří i jiné postoje, síla různých motivů, verbální, intelektuální či sociální schopnosti jedince, aktivita, dále přítomnost někoho jiného, normy, přístupnost jiného chování, specifčnost objektu postoje, důsledky chování a další vnější vlivy.

3.2 Postoje a osobnost

Postoje v rámci osobnosti jedince hrají nenahraditelnou roli. Existuje několik osobnostních teorií, které se zmiňovaly o postojích jako o dílčí součásti osobnosti. Například v rámci pětifaktorové teorie osobnosti jsou postoje zmiňovány v souvislosti s tzv. bazálními tendencemi, které spočívají na biologickém základě. Postoje zde mají funkci vyjádření těchto tendencí. V rámci pětifaktorového modelu osobnosti souvisejí postoje s faktorem otevřenosti vůči zkušenosti, kdy jedinec s vyšší mírou tohoto faktoru je ve svých postojích flexibilní, zatímco jedinec s nižší mírou naopak konzervativní (Výrost et al., 2019). Říčan (1973/2010) tvrdí, že postoje jsou založeny na potřebách.

Na formování a rozvoji postojů má nepochybně vliv vnější prostředí a společnost. Jedinec si je však internalizuje do své osobnosti a postupným upevňováním se stávají její součástí (Výrost et al., 2019).

Cakirpaloglu (2012) zmiňuje postoje jako získané dispozice a také jako důležitou součást lidské osobnosti, které uvádí do kontextu rozvoje osobnosti v souvislosti s působením společnosti a procesu socializace. Postoje konkrétně tvoří součást lidského charakteru a lze je považovat za psychické determinanty osobnosti. O postojích, jako součásti osobnosti, se v minulosti zmiňovalo již několik autorů. Například Cattell na základě faktorové teorie osobnosti vymezil tři základní dynamické rysy: ergy, sentimenty a postoje. Sentimenty v sobě dokonce také do určité míry zahrnují postoje (Cakirpaloglu, 2012). Říčan (1973/2010) tvrdí, že sentimenty jsou složitější formy postojů, ještě složitější a komplexnější formu postojů nazývá hodnotami, které ve své podstatě tvoří obecný postoj k životu.

Také C. G. Jung hovořil o postojích jako součásti osobnosti, které rozlišoval extravertní, které se projevují zaměřením jedince na vnější prostředí a introvertní, které se týkají spíše subjektivní stránky jedince (Cakirpaloglu, 2012).

V rámci psychologie osobnosti existuje vztah mezi postojem a sebepojetím. Sebeпоjetí je široký koncept, který úzce souvisí s hodnocením sebe sama a utvářením vlastního já. Postoje jsou pak jedny z aspektů, které mají podíl na sebedefinování jedince. Dokonce je možné sebeпоjetí definovat jako postoj k sobě samému. Zahrnuje v sobě jak kognitivní, konativní, tak emoční složku. Sebeпоjetí tak utváří nejen postoj k sobě samému, který je založen na základě sebezpozorování a sebehodnocení, ale jeho utváření ovlivňují také postoje druhých (Výrost et al., 2019). Cakirpaloglu (2012) zdůrazňuje, že postoje souvisejí také se sebeaktualizací a sebevědomím jedince, které v podstatě vyjadřuje postoj vůči sobě samému.

Postojem je ve své podstatě také místo kontroly, které plní klíčovou funkci při rozvoji odolnosti osobnosti.

Utváření postojů patří mezi vývojové úkoly během osobnostního vývoje. Konkrétně ve školním věku je jedním z vývojových úkolů právě budování zdravého sebepojetí, ale i utváření a rozvoj sociálních postojů (Výrost et al., 2019).

3.3 Postoje a emoce

Jak již bylo zmíněno výše, postoje mají úzkou vazbu na emoce. Emoce jsou ve své podstatě jednou z dimenzí postoje, ze kterých se skládá. Z jednotlivých druhů emocí jsou také nálady jedny z faktorů, které ovlivňují to, jaký postoj jedinec zaujme. Nižší emoce, které mohou ovlivňovat okolí jedince, se i z tohoto důvodu podílejí na vzniku postojů. V rámci emocí jsou postoje výsledkem procesu hodnocení (Cakirpaloglu, 2012). Dle Nakonečného (2000) jsou postoje založené na hodnotách a emocích a podobně jako tvrdí Hartl (2004) vyjadřují v podstatě hodnotící vztahy. Postoj v sobě obsahuje tedy složku emoční, kognitivní, snahovou a motivační, avšak nemusí nutně vést k jednání.

Dle Hayes (1993/2003) emoční složka postojů hraje roli při rozlišování mezi postojem a názorem. Postoje na rozdíl od názorů dle Hayes „*indikují pocity ve vztahu k určité záležitosti*“ (1993/2003, s. 96). Podobně jako uvádí Cakirpaloglu (2012) i Hayes (1993/2003) klade velký důraz na úzký vztah mezi postoji a hodnotami. Dokonce tvrdí, že „*postoje většinou přímo vycházejí ze základní hodnotové soustavy člověka*“ (Hayes, 1993/2003, s. 97). Emoční složka postoje je významná z hlediska zapamatování si dané skutečnosti či události, na základě které si jedinec utvořil postoj. Jeho prožívání v souvislosti s touto událostí dokáže postoj ještě více upevnit, jelikož se snáze ukotví v paměti. Funkcí těchto upevněných postojů pak může být šetrivost mentální kapacity, jelikož není třeba pokaždé vyvíjet aktivitu k novému hodnocení situace (Hayes, 1993/2003).

4 Hraniční porucha osobnosti

Porucha osobnosti sama o sobě je charakteristická svou odlišností od normality v rysech charakteru a temperamentu, tedy v rysech vrozených i získaných (Orel, 2012/2016). Tyto maladaptivní charakteristické rysy se poté projevují jednak ve vnitřním světě pacienta s poruchou osobnosti, ale i navenek v jeho sociálních situacích. Porucha osobnosti vzniká postupně během vývoje osobnosti jako takové. Její projevy lze pozorovat od období dospívání a stávají se znatelnějšími až do dospělého věku (Praško, 2003/2009). Porucha osobnosti jako odchylka od normy je však těžko uchopitelná, jelikož není jasně definovaná norma v osobnosti (Orel, 2012/2016). Dle Praška (2003/2009, s. 18) se porucha osobnosti projevuje v narušení těchto oblastí:

- (1) Poznávání, tj. způsoby vnímání a interpretace věcí, lidí a událostí, formování přístupu k sobě a ostatním;
- (2) emotivita (rozsah, intenzita a přiměřenost emočního vznětu a odpovědi);
- (3) ovládání impulzů a uspokojování potřeb;
- (4) způsob chování k ostatním a zvládání interpersonálních potřeb.

Porucha osobnosti vzniká multifaktoriálně. Vliv na vývoj poruchy osobnosti mají jak faktory genetické, vývojové, tak i faktory prostředí. Na vzniku se tedy mohou podílet perinatální poškození jako například onemocnění či stres matky během těhotenství. Vlivy prostředí jako jsou rodinná výchova, kulturní a sociální vlivy či negativní zkušenosti (například prožití psychotraumatické události) působí na utváření postojů jedince. Směr psychického vývoje dítěte kromě výchovy ovlivňuje také jeho vztah s vrstevnickou skupinou typicky ve školním prostředí (Praško, 2003/2009).

V psychologii osobnosti existují různé přístupy a teorie nahlízející na složitý komplex jako je osobnost. Teorie dysfunkčních kognitivních schémat představuje koncept zaměřený přímo na poruchy osobnosti. Dle Becka porucha osobnosti vzniká na základě negativního pohledu na sebe i druhé, který se utváří a postupně upevňuje již od dětství, který nazval jádrová přesvědčení, které pacientovi slouží k hodnocení a porozumění životním situacím. Tato jádrová přesvědčení vznikají zejména na podkladě zkušeností a zážitků, často traumatických. Situace si pak vysvětlují zkresleně, reagují na ně neadekvátním způsobem a prožívají emoční stres (Praško, 2003/2009).

Çakirpaloglu (2012) vyzdvihuje mírnou a závažnější formu poruchy osobnosti, přičemž mírná forma je spojena s normálním sociálním a pracovním fungováním a projevuje se především při zátěži než v běžném životě.

Ačkoli se v průběhu dospělosti mohou na základě vývoje jedince projevy poruchy osobnosti proměňovat, porucha sama o sobě je trvalého charakteru (Svoboda, 2006/2012). Procentuálně se porucha osobnosti v populaci objevuje dle Orla (2016) v 11–23 %, Svoboda (2006/2012) pak uvádí výskyt v populaci 10 %, Sedláčková et al. (2015) poměrně široké rozpětí 1,6– 5,9 %, přičemž v ambulantní léčbě se vyskytuje 10 % lidí a na hospitalizaci až 20 %. Meaney et al. (2016) v metaanalýze zkoumaly procentuální výskyt hraniční poruchy osobnosti v populaci vysokoškolských studentů a poukázaly na značnou proměnlivost procentuálního zastoupení napříč roky: mezi lety 1994 až 2000 se udával výskyt 7,8 %, mezi lety 2001 ž 2007 výskyt 6,5 % a mezi lety 2008 až 2014 výskyt 11,6 %. Dále zjistily, že různé odhady prevalence jsou ovlivněny metodologickými rámci.

Hraniční porucha osobnosti je nově v jedenácté verzi Mezinárodní klasifikace nemocí označována jako „hraniční vzor“. V předchozí verzi byla hraniční porucha osobnosti označována jako emočně nestabilní porucha osobnosti, která se dále rozdělovala na hraniční a impulzivní typ. Toto dělení bylo nyní zrušeno a bylo zavedeno nové dělení poruch osobnosti. Předchozí verze Mezinárodní klasifikace nemocí rozlišovala tzv. specifické poruchy osobnosti, kam mimo emočně nestabilní poruchu osobnosti dále spadaly typy: paranoidní, schizoidní, disociální, histriónský anankastický, vyhubavý, závislý a narcistický, pasivně–agresivní. Nová verze Mezinárodní klasifikace nemocí představuje dělení poruch osobnosti dle závažnosti (mírná, střední a závažná), kde jsou následně vymezeny jednotlivé typy poruch či „vzorů“ osobnosti, kam mimo jiné spadá právě „hraniční vzor“ (World Health Organization, 2015; 2019).

Hraniční porucha osobnosti se projevuje zejména potížemi ve zvládnání emocí, kdy navenek jsou pro ni typické emoční výkyvy, zatím co pacienti uvnitř trpí pocity nicoty, dále se projevuje obavami z opuštění druhými, nejasným obrazem o sobě, impulzivitou, úzkostností, potížemi v sebeovládání. Typicky jsou s hraniční poruchou osobnosti spojeny také sklony k sebepoškozování, užívání návykových látek či časté střídání partnerů (Orel, 2012/2016). U pacientů se mohou při stresu objevovat také tendence k paranoiditě, disociativitě či tendence ke vzniku kratších psychotických epizod, nejedná se však rozvoj psychotické poruchy (Raboch & Pavlovský, 2012). Hraniční porucha osobnosti je často spjata také s nejistotou v oblasti sexuální a pracovní orientace (Cakirpaloglu, 2012).

Na vzniku hraniční poruchy osobnosti se mohou podílet vlivy jak vnitřního, tak vnějšího prostředí jako jsou genetika, organicita, výchova či traumata z dětství či dospívání (Raboch & Pavlovský, 2012). Častěji se vyskytuje u žen a je jednou z nejčastějších typů specifických poruch osobnosti (Svoboda, 2006/2012). Raboch a Pavlovský (2012) ještě rozlišují emočně

nestabilní poruchu osobnosti na impulzivní a hraniční typ, kdy impulzivní typ se vyskytuje častěji spíše u mužů (2–3 % v populaci), zatímco hraniční typ je častější u žen.

4.1 Léčba hraniční poruchy osobnosti

Nejčastější formou léčby hraniční poruchy osobnosti je kombinace farmakoterapie a psychoterapie. Dle Rabocha a Pavlovského (2012) je psychoterapie orientována spíše podpůrně a edukativně.

Farmakoterapie nedokáže hraniční poruchu osobnosti vyléčit, ale indikuje se za účelem zmírnění doprovodných symptomů jako deprese, úzkost (antidepresiva, anxiolytika), impulzivita (antipsychotika či antiepileptika). Při vysokých emočních výkyvech mohou být indikovány také stabilizátory nálady. Farmakologická léčba je aplikována zejména v případě potřeby stabilizace pacienta typicky během hospitalizace či v případě suicidality či automutilace (Grambal et al., 2017).

Velkou část léčebné metody u pacientů s hraniční poruchou osobnosti tvoří dlouhodobá psychoterapie. Dle Grambala et al. (2017) je účinnost psychoterapie na základě dosud provedených výzkumných studií těžko prokazatelná. Existují však terapeutické směry a terapeutické techniky, které se prokázaly jako efektivní: dialektická behaviorální terapie, na mentalizaci založená terapie, na přenos založená terapie, kognitivní terapie a terapie zaměřená na schémata. Z terapeutických technik se ukázaly být efektivní následující postupy: „*důraz na terapeutický vztah, dlouhodobé vedení, strukturovaný program, důraz na prožitky v dětství, zpracování traumatických událostí, stanovení hranic, podporu, mentalizaci vnitřního prožívání i prožívání druhých, zvládnání afektu*“ (Grambal et al., 2017).

Před rozvojem specializovaných směrů byla hraniční porucha osobnosti považována za neléčitelnou. Osvědčily se zejména strukturovanost přístupů, intenzita a dlouhodobost psychoterapie, které se však ukázaly jako velmi nákladné. V současnosti existuje i několik méně intenzivních, ale účinných forem léčby pro pacienty s hraniční poruchou osobnosti, kteří například nemají přídatná komorbidní onemocnění (Choi-Kain et al., 2017).

4.2 Motivace u pacientů s poruchou osobnosti

Motivace pacientů k práci na vlastních obtížích je jedním z klíčových faktorů efektivity léčby. Pro funkčnost léčby je důležitá otevřenost ke změně, kterou podmiňují pozitivní očekávání. Dalším faktorem je také míra spolupráce klienta a vymezení si cílů v rámci léčebného procesu. Předpokladem efektivní léčby je také dobré sociální fungování v rámci vztahů, v pracovní oblasti, ale i v oblasti zájmů (Praško, 2003/2009). Dle Praška

(2003/2009) se hraniční porucha osobnosti ze všech poruch osobnosti nachází na průměrné úrovni léčitelnosti.

Zásadní potíže, se kterými se během léčby hraniční poruchy osobnosti terapeuti a lékaři setkávají, jsou nedůvěra pacientů v léčbu, na základě níž vzniká neochota s terapeutem spolupracovat a systematicky docházet na psychoterapii (Praško, 2003/2009). Dle Praška (2003/2009) pacienti mnohdy mívají vůči terapeutům nerealistická očekávání a v případě, že se nenaplní, jsou zklamaní a v důsledku toho se u nich vyskytnou nepřiměřené emoční reakce a tendence léčbu vzdát. To lze považovat za jistou součást poruchy.

Dle Livesleyho (2000) je motivace u pacientů s hraniční poruchou osobnosti v rámci léčby komplexním problémem. Dostatečně silná motivace hraje klíčovou roli nejen při zájmu ucházet se o léčbu, ale i v průběhu léčby. K selhávání motivace dochází často z důvodu obtížné a bolestivé práce na změně nebo naopak z důvodů pasivity pacienta a nedůvěry ve zlepšení jejich stavu. Pasivita vzniká mimo jiné na základě pocitu vlastní neschopnosti mít vliv na události a situace, tudíž i na léčení poruchy. Dle Livesleyho (2000) je nízká motivace v podstatě součástí diagnózy samotné. Při zvyšování a budování celkové motivace pacienta k léčbě hraje role odborníka. Odborník má možnost využít mechanismy zvyšování motivace pomocí poskytování rad, odstraňování bariér, vytváření možností volby, snižování maladaptivního chování, empatie, zpětné vazby, vyjasňování cílů a aktivní pomoci. Značnou roli v motivaci k léčbě však hrají i negativní motivy jako vysoká míra nespokojenosti v životě pacienta a nárůst potíží spojených s jeho poruchou.

Cameron et al. (2014) podobně jako Livesley (2000) ve své studii uvedli, že působení na motivaci pacientů s hraniční poruchou osobnosti může mít celkový dopad na jejich zlepšení léčby. Studie udává, že ke zvýšení motivace může pacientům přispět konkrétně motivační rozhovor před začátkem psychoterapie. Cameron et al. (2014) také jako Livesley (2000) uvedli, že na motivaci pacienta může příznivě působit intervence odborníka, který rozhovor směřuje k sebepotvrzujícím prohlášením pacienta a aktivně vytváří podpůrné prostředí. Studie se dokonce zmiňuje o pozitivním přínosu integrace hodnot do psychoterapie. Cameron et al. (2014) ukázali, že naplňování osobních hodnot pacienta má zpětně pozitivní dopad na jeho motivaci k léčbě, pokud jsou změny chování a prožívání pacienta realizovány v souladu s jeho vnitřními hodnotami. V rámci dialekticko-behaviorální terapie byla vyvinuta cvičení, která se zaměřují přímo na hodnoty pacientů, které rozvíjejí a prohlubují. Prokázalo se, že u pacientů s hraniční poruchou osobnosti, kteří absolvovali tato cvičení, se snížily symptomy jejich poruchy.

Již Pelletier et al. (1997) zkoumali motivaci u pacientů do psychoterapie a vytvořili metodu CMOTS založenou na teorii sebeurčení Deciho a Ryana. Metoda měří šest různých typů motivace, obsahuje jak motivy vnější, tak vnitřní. Ukázalo se, že jedinci s vyšší mírou sebeurčení v rámci motivace podstoupit psychoterapii, zažívali nižší napětí, měli pozitivnější náladu, zažívali vyšší životní spokojenost a projevovalo se u nich méně příznaků deprese než u jedinců s nižší mírou sebeurčení. Jedinci s vyšší mírou sebeurčení také psychoterapii vnímali jako důležitější a byli s léčebným procesem spokojenější než jedinci s nižší mírou sebeurčení. Pelletier et al. (1997) mimo jiné zjistili i roli chování psychoterapeutů na motivaci pacientů.

Na Pelletiera et al. (1997) podobně navázali Zuroff et al. (2007), kteří zkoumali význam autonomní motivace z pohledu Deciho a Ryana v léčbě deprese. Výsledky studie ukázaly, že autonomní motivace je významným faktorem při léčbě deprese. Pacienti s vyšší mírou autonomní motivace jsou pravděpodobně důslednější a vytrvalejší v dodržování léčebného procesu. Tito pacienti mají také lepší schopnost internalizace dovedností, které se během léčby naučili. Zuroff et al. (2007) sice nezjistili významné rozdíly mezi autonomní a řízenou motivací, naopak zjistili významnou vzájemnou korelaci, která může podpořit komplexní začlenění jak autonomních, tak kontrolovaných motivačních prvků do průběhu léčby. Studie navíc zjistila, že podpora autonomie je zároveň prediktorem pro terapeutický vztah a pro motivaci k léčbě. Potvrdil se zde tedy významný podíl odborníka na budování pacientovy motivace.

Studie Wenzela et al. (2008) se zabývala postoji pacientů s hraniční poruchou k léčbě. Celkově se výzkumu zúčastnilo 28 pacientů v průměrném věku 29,97 let s diagnózou hraniční poruchy osobnosti, z čehož 86 % tvořily ženy. Pacienti absolvovali jeden rok individuální kognitivní psychoterapie. Měření postojů probíhalo pomocí dotazníku The Attitudes and Expectations, který se skládal z 11 položek, kdy účastníci posuzovali na 8 bodové škále vnímání, očekávání a postojů ohledně příčin a léčby jejich problémů. Dále bylo využito měření pomocí interview a reportu o vlastní osobě, otázky se týkaly například postojů k rozhovoru s terapeutem či poradcem. Výsledky studie ukázaly souvislost mezi pozitivními postoji pacientů k vlastním potížím s nižší mírou deprese a sebevraždnosti po jednom roce absolvované terapie. Vyšší očekávání ohledně léčby se objevovala u pacientů, u kterých se po roce terapie vyskytovaly méně výrazné příznaky hraniční poruchy osobnosti a deprese. Výsledky této studie tedy potvrdily dopad pozitivních postojů k léčbě na její úspěšný průběh, který definovali jako snížení příznaků hraniční poruchy osobnosti. Naproti Wenzela et al. (2008) dále zjistili, že negativní postoje k léčbě byly spojeny s větším počtem

předchozích zkušeností s terapií a vyšší úrovni výchozí beznaděje. Pacienti s negativními postoji k léčbě tak měli pravděpodobně více negativních zkušeností s předchozími léčbami.

V rámci postojů pacientů s hraniční poruchou osobnosti figurují dysfunkční přesvědčení spojená s diagnózou. Výsledky studie Butlera et al. (2002) ukázaly, že u pacientů s hraniční poruchou osobnosti se dysfunkční přesvědčení objevovala ve vyšší míře než u jiných poruch osobnosti. Konkrétně se u těchto pacientů objevují témata závislosti na druhých, bezmoci, nedůvěry, strachu z opuštění či odmítnutí, strachu ze ztráty emoční kontroly a histriónského chování. Klinická pozorování dále poukázala na výskyt témat podřízení druhým, viny a trestu, neadekvátní sebekázně či nedostatku osobní kontroly. Tato témata mohou vést k maladaptivnímu chování, například se pacient může cítit extrémně bezmocný, což má za následek různé závislé chování a současně zažívat nedůvěru ve vztazích.

Motivace v souvislosti s léčbou byla zkoumána Webbem a McMurrinem (2009). Konkrétně se jejich studie zaměřovala na srovnání žen s hraniční poruchou osobnosti, které přerušily a které setrvaly v léčbě. Mezi použitými metodami byl i dotazník motivace k léčbě (TMQ), který měří vnitřní motivaci ke změně, vnější motivaci ke změně, hledání pomoci a důvěru v terapii a slouží primárně k predikci míry pacientova zapojení se do terapie a potenciálního výsledku terapie u pacientů závislých na alkoholu. Studie zabývající se srovnáním 14 pacientek, které nastoupily na ambulantní léčbu založenou na dialekticko-behaviorálním přístupu pro pacienty s hraniční poruchou osobnosti. Ze 14 zkoumaných pacientek 7 v léčbě setrvalo a 7 léčbu opustilo, 4 z pacientek, které léčbu opustily, přestaly docházet na terapii po dobu delší než 4 týdny bez udání závažného důvodu a byly tedy z programu léčby vyloučeny. Zbývající 3 pacientky se rozhodly terapii dobrovolně ukončit, jelikož byly přesvědčeny, že jim terapie nemůže nijak pomoci. Výsledky studie ukázaly, že u pacientek, které léčbu předčasně ukončily, byly významně více zastoupeny vnější motivy nežli motivy vnitřní. Škály dotazníku TMQ rozlišily pacienty, kteří cítí, že potřebují terapii, která jim pomůže řešit problémy, cítit se lépe a provést osobní změny, a pacienty, kteří vstoupili do terapie, protože na ně ostatní tlačili, aby tak učinili.

V České republice zkoumali Horák a Somerlíková v roce 2017 rozdíl v motivaci mezi pacienty v terapeutických komunitách a psychiatrických nemocnicích. Motivaci měřili pomocí Škály okolností, motivace, připravenosti a vhodnosti pro léčbu drogově závislých, která zjišťuje jak motivy vnější (působení okolí), tak vnitřní (např. touha po změně či kontrole, únava). Kromě toho Škála měří, do jaké míry je pacient připraven účastnit se léčby a pacientům byla administrována v průběhu prvního týdne nástupu na léčbu. Výsledky ukázaly na vyšší míru ochoty a odhodlání u pacientů, kteří podstupovali léčbu

v terapeutických komunitách oproti pacientům v psychiatrických léčebnách. Zároveň u pacientů v terapeutických komunitách převažovaly vnější motivy, avšak potíží se závislosti na alkoholu si tito pacienti byli vědomi více.

Studie Dew a Bickmana (2005), která se zabývala očekáváními pacientů v rámci léčebného procesu, poukázala na dopad závažnějších a přetrvávajících potíží v oblasti duševního zdraví na negativní očekávání výsledků léčby spojené s nedůvěrou v léčebný proces a menší naději na zlepšení. Naproti tomu pozitivní očekávání od léčby se projevovaly zejména v případě, že pacienti pocítili subjektivní zlepšení jako snížení úzkosti, nepohodlí či symptomů poruchy. Dalším faktorem, který má dle Dew a Bickmana (2005) dopad na očekávání pacienta je již prvotní kontakt s odborníkem. Vztah, který pacient s odborníkem navážou, hraje roli ve vnímání naděje či beznaděje pacienta na úspěšnost léčby.

V rámci studie Fyona et al. (2019) týkající se terapeutických cílů vycházejících přímo z pacientů s hraniční poruchou osobnosti bylo identifikováno 464 individuálních cílů. Z obsahové analýzy těchto cílů vyvstaly 4 základní druhy cílů: redukce symptomů poruchy, zlepšení wellbeingu, lepší interpersonální vztahy a získání lepšího smyslu svého Já. Nejzastoupenějším cílem v terapii byla redukce symptomů poruchy: 88,2 % respondentů uvedla, že jejich cílem je lepší psychosociální fungování, včetně zlepšení ve vztazích, zaměstnání a chápání sebe sama. Velké množství zjištěných terapeutických cílů poukazuje na existenci potřeby spolupráce mezi odborníky a pacienty s hraniční poruchou při formulaci terapeutických cílů pro zajištění individuální a smysluplné léčby.

K podobnému závěru dochází také metaanalýza personalizovaných terapeutických cílů v psychoterapii Lindhiema et al. (2016) srovnávající úspěšnost léčby psychických poruch u cílů založených pouze na redukci symptomů oproti léčbě založené na personalizovaných terapeutických cílech klientů. Efekt léčby založené na personalizovaných terapeutických cílech se ukázal být podstatně vyšší oproti léčbě založené na prosté redukci symptomů. Výsledky metaanalýzy naznačují, že psychoterapie může být podstatně účinnější jako pomoc pacientů v dosahování personalizovaných cílů spíše než jako prosté odstraňování obecných symptomů poruchy.

Ve výzkumu hodnot Mohi et al. (2018) u pacientů s hraniční poruchou osobnosti, kteří vyhledali terapii přijetí a závazku (ACT), do kterého bylo zahrnuto 106 dospělých byl administrován dotazník osobních hodnot Personal Values Questionnaire. Dotazník Personal Values Questionnaire zkoumá hodnoty rozdělené do 9 oblastí: romantické vztahy, rodinné vztahy, přátelství, zdraví a wellbeing, práce a kariéra, rekreace a odpočinek, spiritualita a náboženství, vzdělání a rozvoj, komunita a národní příslušnost. Každé z uvedených oblastí

hodnot přiřazovali respondenti hodnotu důležitosti, závazku, potřeby zlepšení a úspěchu v jejich naplňování na pětibodové škále. Z výsledků studie vyplynulo, že respondenti přikládali největší důležitost hodnotám mezilidských vztahů s rodinou, přáteli či partnery, dále pak jejich zdraví a životní spokojenosti. Výsledky přinesly zjištění o souvislosti vyšší úrovně vyhýbání se zkušenostem s nižší mírou participace na uskutečňování vlastních hodnot. Dále poukázaly na negativní dopad deprese na uskutečňování hodnot, z čehož dále vyplynula skutečnost, že snížená míra motivace souvisí se sníženou touhou podílet se na vlastních hodnotách. Dalším zjištěním u pacientů s hraniční poruchou osobnosti a celkově u pacientů s těžší symptomatologií byl snížený pocit smysluplnosti života.

U pacientů s hraniční poruchou osobnosti byly v rámci novodobé studie z roku 2020 zkoumány jejich hodnoty v rámci terapeutického interview. V kvalitativní studii byly u 25 pacientů identifikovány tři kategorie hodnot: rozpoznání (význam pozornosti, uznání, pochvaly a přijetí druhými), autenticita (význam absolutního emočního splynutí s druhým) a bezprostřednost (význam okamžitého uspokojení vlastních potřeb/tužeb). Pro efektivní směřování psychoterapie je klíčové dbát na význam těchto hodnot ze strany odborníka, zejména pro budování důvěrného psychoterapeutického vztahu je důležitá podpora hodnoty uznání, sebeúcty a validace traumatických zážitků. Hodnoty pacientů s hraniční poruchou osobnosti jsou prediktorem pro úspěšný léčebný proces, jelikož vedou k hlubšímu porozumění poruchy (Mancini & Stanghellini, 2020).

II. Výzkumná část

1 Výzkumný problém, cíle práce a výzkumné otázky

Teoretická část práce byla věnována především osvětlení a vymezení psychologických konceptů jako motivace, postoje a hodnoty. Dále byl kladen důraz na osobnostní a emoční aspekty těchto konceptů a dílčí část teoretické práce se zabývala hraniční poruchou osobnosti, která je klíčovým tématem této práce. Výzkumná část dále rozpracovává problematiku vztahu mezi koncepty uvedenými v teoretické části práce.

Jak bylo uvedeno již v teoretické části práce, tematika postojů, motivů a hodnot u pacientů s hraniční poruchou osobnosti s ohledem na jejich léčbu je problematická. Negativní přístup k léčbě a nejasnost hodnotového systému může být jedním z faktorů ovlivňujících efektivitu léčby. Motivace je stěžejním předpokladem k léčitelnosti. Výzkumnice však ze své praxe předpokládala významně nedostatečnou motivaci právě u pacientek s hraniční poruchou osobnosti. Z těchto důvodů v rámci práce vyvstal výzkumný problém: *motivace k léčbě u pacientek s hraniční poruchou osobnosti*. Aby bylo možné tuto problematiku uchopit komplexně, byly zvoleny následující hlavní cíle:

- zmapovat hodnotový systém u pacientek s hraniční poruchou osobnosti,
- zjistit, jaké jsou jejich motivy a zdroje postojů k léčbě,
- zjistit, zda se jejich hodnoty odráží v jejich motivaci k vyhledání terapie.

S ohledem na zvolené cíle práce byly následně stanoveny čtyři výzkumné otázky:

- 1) Jaké jsou zdroje postojů u pacientek s hraniční poruchou osobnosti k léčbě?
- 2) Jaké motivy vedly pacientky s hraniční poruchou osobnosti k vyhledání terapeutické pomoci?
- 3) Jaké cíle chtějí pacientky s hraniční poruchou osobnosti do budoucna v terapii naplnit?
- 4) Jak vnímají pacientky s hraniční poruchou osobnosti osobně významné hodnoty ve vztahu k jejich motivaci k léčbě?

2 Typ výzkumu

S ohledem na stanovené cíle je pro realizaci výzkumu klíčová podrobná analýza zkušeností a subjektivních pohledů respondentek, která je doplněna o další metody, jež přispívají k validitě výzkumu. Pro hlubší zkoumání problematiky výzkumu byl zvolen smíšený přístup, tedy kombinace kvalitativního a kvantitativního přístupu. Konkrétně byl zvolen sekvenční typ výzkumu, přičemž větší důraz byl kladen na kvalitativní přístup, který byl rozvinut o přístup kvantitativní (Vlčková, 2010). V rámci kvantitativního výzkumu byla s ohledem na stanovené cíle výzkumu zvolena deskriptivní forma studie s cílem zjistit míru výskytu hodnot.

V rámci kvalitativního přístupu byl zvolen design tematické obsahové analýzy dat. Dle Miovského (2006, s. 238) obsahová analýza představuje několik „*metod a postupů sloužících k analýze jakéhokoli textového dokumentu s cílem objasnit jeho význam, identifikovat jeho stylistické a syntaktické zvláštnosti, případně určit jeho strukturu*“. Klíčovým přístupem k obsahové analýze je přednostní určení úhlu pohledu výzkumníka, na základě kterého hodlá na danou problematiku pohlížet. Součástí procesu obsahové analýzy je dle vytváření analytických kategorií (témat) vycházejících z cílů výzkumu. Při obsahové analýze byl využit teoretický (deduktivní) přístup. Zvolené kategorie (témata) tedy vycházejí z teoretických konceptů, nedrží se striktně textu jako je tomu u deskriptivně-empirického přístupu (Miovský, 2006). Během uplatňování deduktivního přístupu k analýze dat je dle Mayringa (2000) klíčová důkladná definice určených kategorií a definování pravidel analýzy obsahu.

3 Metody získávání dat

Nástrojem pro získávání dat v rámci kvalitativního přístupu bylo polostrukturované interview s respondentkami výzkumného souboru. Z důvodu usilování o vyšší míru validity výzkumu, jehož povaha je převážně kvalitativní, byla v rámci výzkumu aplikována triangulace dat. Využita byla datová triangulace, kdy byla kromě interview s respondentkami provedena polostrukturovaná interview také s odborníky pracující s pacientkami s hraniční poruchou osobnosti (klinický psycholog a sociální pracovník). Dále byla využita také metodologická triangulace, kdy byla využita i metoda kvantitativního přístupu. V rámci kvantitativního designu bylo pro měření hodnotového systému a z důvodu podpory validity provedeno šetření pomocí metody dotazníku.

3.1 Polostrukturované interview

Dle Ferjenčíka (2000/2010, s. 171) ve výzkumu využíváme metody interview v případě, že *„je primárním záměrem získání takových typů dat, jako jsou informace o názorech, postojích, záměrech, přáních“*. Cílem výzkumu je získávání informací od pacientek s hraniční poruchou osobnosti o jejich postojích, motivech a hodnotách. Z tohoto důvodu byl zvolen poznávací typ interview. Forma interview byla zvolena s ohledem na povahu cílů výzkumu. Polostrukturované interview v rámci tohoto výzkumu umožnilo přípravu otázek, které nasedají na stanovené cíle, avšak například oproti nestrukturovanému interview klade vyšší nároky na výzkumnici, co se týče jejího aktivního zapojování při dotazování. Polostrukturované interview zároveň oproti strukturovanému interview umožnilo větší míru volnosti odpovědí a zabývat se tématy více do hloubky. Jednalo se o jakýsi kompromis mezi interview strukturovaným a nestrukturovaným. Pro vyšší míru otevřenosti odpovědí respondentek byly v interview zvoleny otevřené otázky, a to i z důvodu možnosti většího vhledu do zkoumané problematiky (Ferjenčík, 2000/2010). Zpočátku byla stanovena témata nasedající na cíle výzkumu. Dále byly v rámci témat vytvořeny otázky, které tato témata sytí. Následně byly respondentky dotazovány na stanovené otázky, které respondentky doplňovaly a upřesňovaly v důsledku dalšího dotazování výzkumnicí. Ukázka předem připravené struktury interview je přiložena v Příloze 3, ukázka interview realizovaného s odborníky pracujícími s pacientkami je uvedena v Příloze 4.

3.2 Portrait Value Questionnaire

Zvolenou metodou v rámci kvantitativního přístupu byl dotazník hodnot, konkrétně Schwartzův Portrait Value Questionnaire (PVQ-RR), jenž přeložila Hřebíčková. Existují

dvě verze metody, a to verze uzpůsobená pro muže a pro ženy. Účelem této metody je mapování hodnotového systému. Přes to, že Portrait Value Questionnaire o 57 položkách má přímo ve svém názvu slovo dotazník, jeho povahu vystihuje spíše inventář. Respondentky měly totiž za úkol posuzovat výroky, do jaké míry se jim daná osoba podobá. Výroky posuzovaly na stupnici od jedné do šesti. Číslo jedna představovalo nejnižší možnou míru, tedy „vůbec se mi nepodobá“, stupeň šest naopak nejvyšší možnou míru s názvem „velmi se mi podobá“ (Schwartz et al., 2012). Délka administrace byla u respondentek krátká, a to okolo 10–15 minut. Ukázka dotazníku je dostupná v Tabulce 1.

Praktické využití této metody je vhodné například v rámci poradenské psychologie či pracovní psychologie (Tholtová et al., 2016).

Tabulka 1: Ukázka znění dotazníku Portrait Value Questionnaire

	Jak moc se Vám daná osoba podobá?
1.	Je pro ni důležité si vytvářet názory sama.
2.	Je pro ni důležité, aby její země byla bezpečná a stabilní.
3.	Je pro ni důležité dobře se bavit.
4.	Je pro ni důležité, aby ostatní lidi nerozrušovala.

Hodnoty, které metoda měří, vymezil Schwartz jako hodnoty prvního a druhého řádu. Mezi hodnoty prvního řádu zařadil celkem 10 hodnot (faktorů), na které bude dále zaměřeno v rámci deskriptivní analýzy. Metoda měří hodnotu **Samostatnost**, která zde představuje míru potřeby kontroly a nezávislosti, vymezení cílů či míru zvědavosti. Další hodnotou je hodnota **Stimulace**, která zahrnuje potřeby pozitivní stimulace, vzrušení, novosti a životních výzev. Hodnota **Požitkářství** zde představuje míru potěšení a uspokojení. Metoda dále měří hodnotu **Úspěchu**, která zahrnuje potřebu podat výkon, dokázat vlastní kompetence vztahující se k normám. Pátou hodnotou je hodnota **Moci**, která zde vyjadřuje potřebu získat prestiž, sociální status, uznání či potřebu dominovat nad ostatními. Další hodnotou je hodnota **Bezpečnosti**, která představuje potřebu jistoty, harmonie, stability, a to nejen pro sebe, ale i pro společnost. Hodnota **Konformity** představuje potřebu omezovat vlastní působení, které by mohlo způsobit diskomfort druhým. Tato hodnota tedy také potřebu sebeovládání a poslušnosti. Další hodnota s názvem **Tradice** vyjadřuje potřebu uplatňovat námi vlastní postupy, závazky, vyjadřovat přesvědčení, dodržovat zvyklosti a normy. Hodnota **Benevolence** se zaměřuje na druhé a představuje potřebu usilovat o spokojenost druhých, většinou blízkých. Zahrnuje také potřebu starosti o druhé formou pomoci, oddanosti a také potřebu láskyplného či přátelského vztahu. Poslední hodnotou je hodnota

Univerzalizmu, která zahrnuje potřeby starosti, tolerance, porozumění a zájmu o společnost i přírodu (Tholtová et al., 2016).

4 Tvorba a sběr dat

4.1 Tvorba dat v rámci kvalitativního přístupu

Tvorba dat probíhala pomocí polostrukturovaného interview ve standardizovaném prostředí, a to v ambulanci organizace Kaleidoskop, o.s. S respondentkami byl zpočátku navázán první kontakt při vstupním pohovoru, který probíhal v prostorách organizace. Některá interview probíhala také v nestandardizovaném prostředí on-line formou v domácím prostředí. Místo a čas interview byly uzpůsobeny preferenci respondentek. Před přistoupením k samotnému interview bylo několik minut věnováno neformální konverzaci pro uvolnění atmosféry. Následně byl od respondentek získáván informovaný souhlas ústní formou. Klíčovým byl také souhlas s nahráváním interview na diktafon. Klientky byly stručně ale věcně informovány o povaze výzkumu a smyslu jejich účasti. Dále jim byl sdělen důvod výběru tématu práce a respondentek ze strany výzkumnice, na což respondentky reagovaly s větším zaujetím. V jádru interview byly respondentky dotazovány na předem připravené otázky, které byly dále rozvíjeny dle individuálních odpovědí. Respondentky tak dostaly prostor se ke každé otázce dostatečně a hlouběji vyjádřit, byly podněcovány k vysvětlování a představení detailů. Využito bylo trychtýřovité kladení otázek, kdy byly zvoleny nejprve otázky obecnější povahy, které postupně směřovaly k detailům životních zkušeností respondentek. Po celou dobu interview výzkumnice udržovala co nejdůvěrnější a respektující atmosféru. Na konci interview byly respondentky dotázány na jejich potřeby v aktuální chvíli a také na zpětnou vazbu ohledně průběhu interview. Celkově interview probíhalo průměrně 40 minut. Na závěr připadla respondentkám odměna za účast ve výzkumu ve formě příručky pro rodiče a blízké lidí s poruchou osobnosti.

Tvorba dat dále probíhala pomocí polostrukturovaných interview s odborníky pracujícími s pacientkami s hraniční poruchou osobnosti z důvodu zvýšení validity výzkumu. Jelikož se jednalo o doplnění výpovědí respondentek o jiné úhly pohledu, realizována byla dvě interview s dvěma odborníky (sociální pracovnice a klinický psycholog), interview trvala kratší dobu, a to průměrně 25 minut. Interview s odborníky probíhala ve standardizovaném prostředí osobně v prostorách jejich pracovního působení. Otázky na odborníky byly předem připraveny a k realizaci interview došlo až během zpracovávání dat z interview s respondentkami, jelikož zpracování dat umožňovalo hlubší vhled do témat a vyvstávaly tak možné otázky mířené k doplnění témat respondentek. K interview s odborníky bylo tedy přistoupeno až během saturace dat.

4.1 Sběr dat v rámci kvantitativního přístupu

Sběr dat prostřednictvím dotazníku byl realizován bezprostředně po realizaci interview s respondentkami nebo po určité časové prodlevě od uskutečnění interview, a to ve standardizovaném prostředí v prostorách organizace Kaleidoskop, o.s. Pořadí administrace bylo zvoleno z důvodu, že výzkumnice předpokládala možné ovlivnění rozhovoru skutečnostmi uvedenými v dotazníku. Největší důraz v rámci výzkumu byl však kladen na jeho kvalitativní část, a proto jí byla věnována největší pozornost. Dotazník pak sloužil zejména k doplnění celistvého pohledu na systém hodnot.

5 Etika výzkumu

Výzkumnice dbala na dodržování etických zásad dle standardů pro výzkumné studie. Hendl (2005) vymezil několik základních etických zásad, které je třeba během výzkumu dodržovat: dobrovolná a anonymní účast na výzkumu, získání informovaného souhlasu od účastníků výzkumu, možnost kdykoli od účasti na výzkumu odstoupit. Všichni účastníci vstupovali do výzkumu dobrovolně a anonymně s možností svou účast kdykoli ukončit, s čímž byli také předem seznámeni. Před zahájením tvorby a sběru dat byli všichni účastníci informováni o povaze výzkumu, jeho základních cílech a zejména u respondentek výzkumnice kladla důraz na jejich seznámení s naprostou anonymitou. Všichni účastníci byli dále požádáni o možnost pořízení zvukového záznamu pro účely transkripce interview. Informovaný souhlas poskytli všichni účastníci výzkumu bezprostředně před začátkem vlastního interview ústní formou. Data byla organizována do databáze nahrávek podle jména respondentek, kterým byla z důvodu anonymity přidělena čísla. Důkladným zálohováním dat a anonymizováním nahrávek byla data ochráněna před zneužitím. Při nakládání s osobními údaji se výzkumnice řídila zákonem č. 110/2019 Sb. o zpracování osobních údajů a Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 (GDPR). Respondentky nezapisovaly své osobní údaje do dotazníku hodnot, i zde jim byla přidělena čísla.

Výzkumnice se řídila také Helsinskou deklarací zejména s ohledem na možná rizika u pacientek s hraniční poruchou osobnosti. Výzkumnice již měla praxi v oblasti komunikace s těmito pacientkami. Během interview udržovala klidnou atmosféru, jednala s respondentkami s úctou a s respektem k jejich potížím, interview ukončovala v pozitivním duchu s otázkou, zda je něco, co by respondentky v tu chvíli potřebovaly a zda mají nějakou zpětnou vazbu k celému interview. Výzkumnice vyhověla respondentkám v případě zájmu provést interview online formou. Respondentky tak měly možnost vybrat si prostředí, kde se budou cítit bezpečně a co nejvíce uvolněně. Výzkumnice s respondentkami jednala tak, aby nepoškodila jejich zájmy a důvěru v profesi psychologa. Dbala tak na dodržování Etického kodexu psychologické profese stanoveného Českomoravskou psychologickou společností. Většina respondentek podala pozitivní zpětnou vazbu, některé respondentky vnímaly jako pozitivní, že nebyly dotazovány na příliš tíživá témata. Respondentky přicházely do organizace na doporučení jejich ošetřujícího lékaře, nebo byla jejich diagnóza uvedena v potvrzení od lékaře vyžádaném v rámci standardů organizace Kaleidoskop, o.s. V závěru realizace rozhovoru připadla respondentkám odměna za účast ve výzkumu ve formě příručky pro rodiče a blízké pro lidi s poruchou osobnosti.

6 Charakteristika zkoumané populace a výběrový soubor

Zkoumanou populací v kontextu tohoto výzkumu byly ženy, kterým byla diagnostikována porucha osobnosti, konkrétně hraniční, dle MKN-10 klasifikována jako emočně nestabilní (F60.3). V rámci zkoumané populace byl s ohledem na povahu výzkumu zvolen kritériální výběr souboru. Respondentky byly vybírány a oslovovány na základě předem určených kritérií relevantních pro realizaci výzkumu (ženské pohlaví, věk od 18 let a diagnóza F60.3) v rámci organizace Kaleidoskop, o.s., kam přicházely z důvodu zájmu podstoupit psychoterapii. Zájem podstoupit léčbu byla tedy jedním z předem určených kritérií. Dalším kritériem byla také určitá míra stabilizace respondentek dostačující pro realizaci interview. Toto kritérium záviselo na subjektivním posouzení výzkumnice.

Respondentky, které přicházely do organizace rozrušené, osloveny nebyly, a to i z etických důvodů. Bylo usilováno o co největší homogenitu souboru. Některé respondentky měly kromě diagnózy F60.3 i další diagnózy jako závislost na alkoholu (Respondentka 1), periodickou depresivní poruchu, anxiózně fobickou poruchu (Respondentka 2) a poruchu aktivity a pozornosti (Respondentka 6). Mapován byl také současný stav zaměstnání respondentek. Věk respondentek se pohybuje mezi hodnotami 18 a 35 let a v průměru dosahuje hodnoty 23,9 let. Celkově bylo osloveno 7 respondentek, z toho 7 z nich souhlasilo a zúčastnilo se výzkumu. Charakteristika výběrového souboru je uvedena v Tabulce 2. S ohledem na zachování anonymity byla respondentkám přidělena čísla namísto pravých jmen.

Tabulka 2: Charakteristika výběrového souboru

Respondentka	Pohlaví	Věk	Stav zaměstnání	Diagnózy (MKN-10)
Respondentka 1	žena	35 let	mateřská dovolená	F60.3, F10.2
Respondentka 2	žena	19 let	nezaměstnaná	F60.3
Respondentka 3	žena	28 let	zaměstnaná	F60.3
Respondentka 4	žena	26 let	zaměstnaná	F60.3
Respondentka 5	žena	21 let	příležitostné brigády	F60.3, F40.9, F33.0
Respondentka 6	žena	20 let	nezaměstnaná	F60.3, F90.0
Respondentka 7	žena	18 let	zaměstnaná	F60.3

7 Práce s daty a její výsledky v rámci kvalitativního přístupu

Již během tvorby dat v rámci kvalitativního přístupu probíhala průběžná příprava a organizace dat. Nahrávky interview byly převedeny do písemné podoby, během čehož probíhalo seznámení se s daty, kdy si výzkumnice dělala první komentáře. Veškeré transkripce interview byly vloženy do programu ATLAS.ti (verze 23.0.8), kde probíhala hlavní práce s daty. Dále proběhla redukce dat prvního řádu, kdy byly z interview odstraněny nepodstatné informace, které narušovaly jeho průběh. Následovala fáze určení kategorií, které byly vytvářeny na základě stanovených cílů. Definování jednotlivých kategorií byla detailně věnovaná teoretická část práce. Kategorie byly nazvány následovně:

- zdroje postojů k léčbě;
- motivy k vyhledání terapie;
- cíle do budoucí terapie;
- hodnoty vztahující se k motivaci k léčbě.

Následně bylo přistoupeno k prvnímu kódování. Některé kódy byly doplňovány o komentáře výzkumnice pro lepší přehlednost a vysvětlení obsahu jednotlivých kódů. Probíhalo opakované čtení textu, kdy byly kódy doplňovány a přepisovány s ohledem na smysl jednotlivých kategorií a s ohledem na vyvstávání témat. Níže je přiložena ukázka vlastního kódování (Tabulka 3). Během kódování výzkumnice dbala na co nejvyšší validitu výzkumu, kódování tedy probíhalo s ohledem na hodnoty, motivy a postoje respondentek. Subtémata, která u jednotlivých kategorií vyvstávala, byla sdružena do trsů a byla vytvořena hlavní témata. Ukázka kódování v programu Atlas.ti je uvedena v Příloze 5.

Tabulka 3: Ukázka způsobu kódování

Úryvek interview	Přidělený kód
<i>„V Bohnicích, tam mi to neskutečně pomohlo, protože já jsem byla na pavilonu 3, kde jsme měli denní rutinu, protože my jsme měli načasovaný všechny věci: ráno rozcvička, potom prostě vydávání léků, jídlo a měli jsme to takhle přesně načasovaný, a to mně třeba ohromně pomohlo a myslím si, že to je hrozně dobrý přístup k lidem, který mají hraniční poruchu“.</i>	Přínos režimové léčby

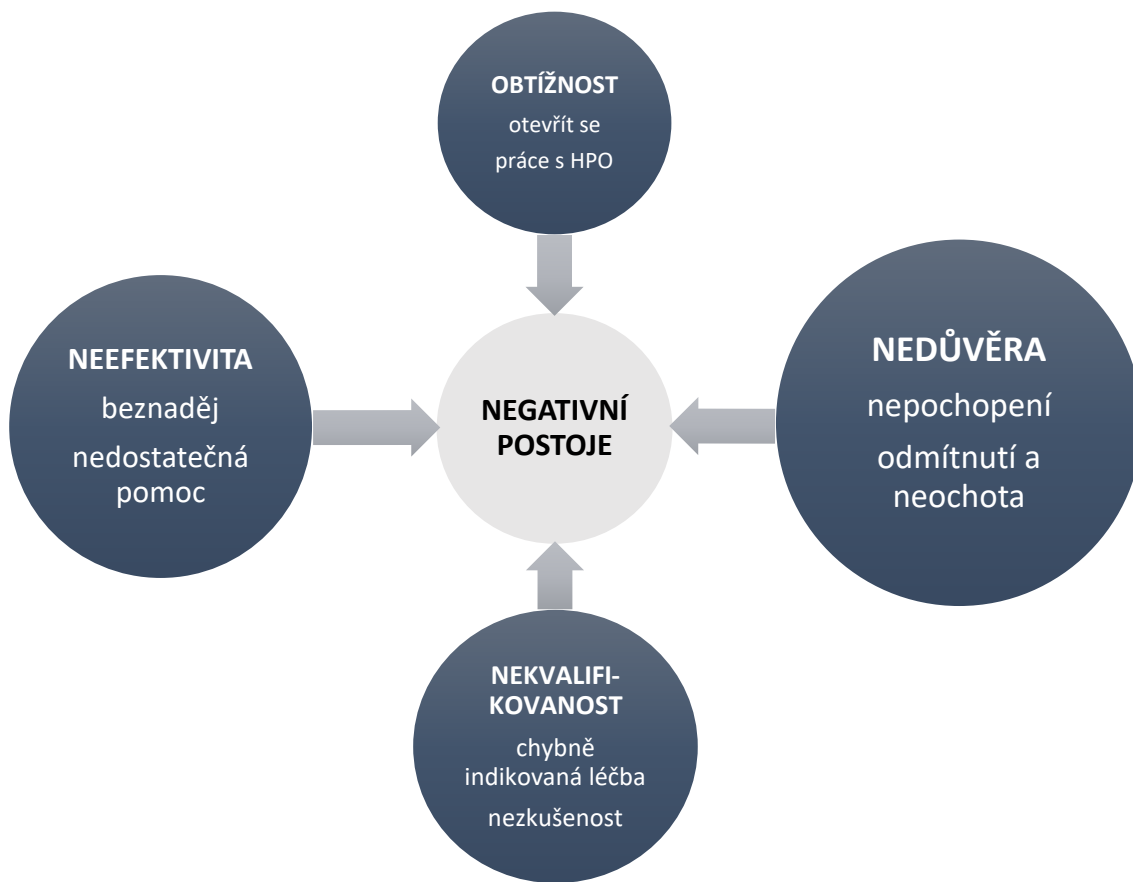
<p><i>„Já jsem tu terapeutku brala jako mého nepřítele, protože to bylo pro mě něco hrozně divného se takhle svěřovat někomu“.</i></p>	<p>Antipatie vůči terapeutovi Obtížná otevřenost</p>
<p><i>„Hlavně pracovat s emocema, protože kolikrát mám pocit, že mám v sobě milion emocí a nevím, kterou zrovna cejtím, nebo všechny najednou cejtím“.</i></p>	<p>Obtížnost rozeznání emocí Práce s emocemi</p>

7.1 Zdroje postojů k léčbě

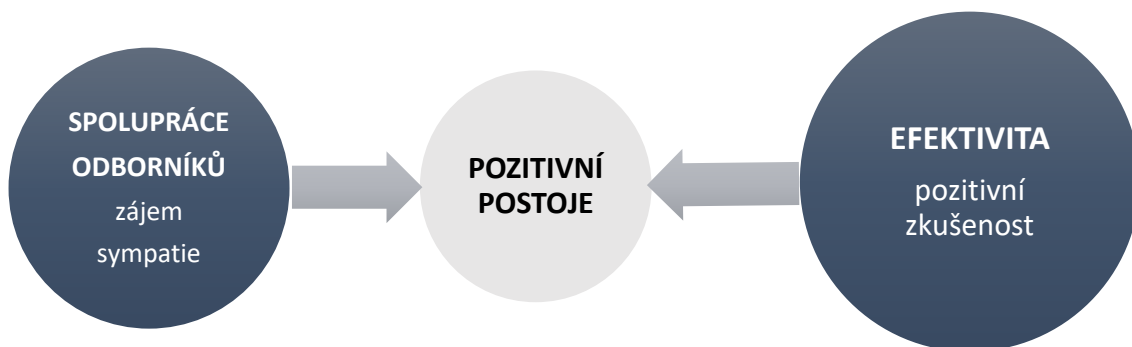
Zdroje postojů k léčbě u pacientek s hraniční poruchou osobnosti, které byly jak pozitivní, tak negativní, výzkumnice zpozorovala velmi různé. Zajímavým zjištěním byly protikladné postoje u různých respondentek. Některé respondentky uváděly aspekt důvěry v souvislosti s pozitivními postoji, u jiných se objevovalo naopak téma nedůvěry v souvislosti s negativními postoji. Podobně to bylo i u tématu efektivity. Na postoje respondentek měly dopad také jejich minulé zkušenosti. Zajímavým poznatkem bylo, že některé respondentky přiznaly, že se jim postoje mění na základě jejich aktuálního emočního rozpoložení.

S ohledem na pestrost zdrojů postojů, které respondentky uváděly, byly postoje rozděleny na pozitivní a negativní. V rámci kategorie negativních postojů vyvstala celkem 4 hlavní témata a několik navazujících subtémat. Jejich přehled je znázorněn ve schématu na Obrázku 4. V rámci kategorie pozitivních postojů bylo nalezeno méně témat než u kategorie postojů negativních. Schéma dvou hlavních témat a dílčích subtémat v oblasti pozitivních postojů znázorňuje Obrázek 5.

Obrázek 4: Schéma 4 hlavních témat a dílčích subtémat v kategorii negativní postoje k léčbě



Obrázek 5: Schéma 2 hlavních témat a dílčích subtémat v kategorii pozitivní postoje k léčbě



7.1.1 Nedůvěra

Téma nedůvěry se objevovalo u většiny respondentek. Všechny respondentky, které téma nedůvěry zmiňovaly, zažily nějakou negativní zkušenost s léčbou. Pocity odmítnutí a neochoty zažívaly zejména ze strany personálu v psychiatrických nemocnicích v rámci hospitalizací, ale i ze strany psychoterapeutů a psychiatrů v ambulantních zařízeních. Respondentky zažívaly odmítnutí již při vyhledávání léčby jejich poruchy. **Odmítání** vnímaly z kapacitních důvodů systému, spojovaly si jej s jejich diagnózou a vnímaly předsudky ze strany odborníků ohledně jejich diagnózy. Respondentka 3 uvedla, že odmítání odborníků již při prvních telefonických kontaktech ji odrazovalo v hledání další pomoci:

Když jsem hledala nějaký možnosti léčení, terapie, skupin, tak mi všude řekli, že prostě na poruchu osobnosti se nezaměřují, tak jsem neměla tendenci se doptávat znova, jestli by to třeba nešlo. Prostě jsem byla odmítnutá (...) nebudu teda se snažit, když vlastně o mě v uvozovkách není zájem, potom nemám tendenci se o cokoli pokoušet dál.

Respondentka 4 se také setkala s odmítnutím již při vyhledání terapie a sdělila, že kvůli tomu dokonce ani nemá s žádnou léčbou zaměřenou konkrétně na hraniční poruchu osobnosti zkušenost: „*Já jsem nemohla hrozně dlouho nikoho sehnat a nenašla jsem pořádně nikoho, kdo by se tím přesně zabýval, když jsem od oslovila nějaký terapeuty, tak řekli, že lidi s hraniční poruchou vůbec neberou, takže vlastně žádný zkušenosti s tím nemám*“. Téma se dále objevovalo z důvodů potíží nalézt vhodného odborníka, který by respondentkám byl sympatický natolik, aby jim důvěřovaly během svěřování svých obtíží. Důvěru v odborníka hodnotily zejména na základě toho, jak se v jejich přítomnosti cítily. Respondentka 2: „*Neměla jsem terapeutku, která by mi vyhovovala a se kterou bych se cítila komfortně, takže jsem z té terapie nic moc neměla*“. Respondentka 1 vnímala, že jí navazování důvěry činí potíže, což poté vede ke ztíženým podmínkám pracovat na svých problémech: „*Mně strašně dlouho trvá, než začnu někomu věřit. Já třeba, co mám psychologa, tomu jsem začala povídat vlastně až letos a znám ho 4 roky. Takže já to mám tak nastavený, že lidem nevěřím*“.

Respondentky zmínily několik rozličných situací, kde demonstrovaly, co pro ně znamenala **neochota** ze strany odborníka. Častým subtématem bylo nedostatečné věnování pozornosti jejich potížím, které spatřovaly například v citlivosti na skutečnost, kdy se odborník dívá na hodiny. Dalším subtématem v oblasti neochoty pro respondentky bylo pouhé povídání si o potížích bez konkrétního nasměrování k řešení: „*Občas jsem se vypovídala, ale nic víc z toho nebylo nic jsem si z toho v podstatě nevzala (...), občas mi terapeut nějak odpověděl, ale fakt nebylo, co by mi bylo přínosem*“ (Respondentka 4).

„Právě doufám ve zpětnou vazbu, nebo že se dozvím, co já můžu dělat, že vlastně to nebude jenom o tom, že já říkám, jak mi je. Já, říkám prostě, co se děje a lidi jenom přikyvuju (Respondentka 2). V oblasti neochoty ze strany odborníků respondentky nejvíce zmiňovaly oblast psychiatrie. Stěžovaly si na laxní přístup psychiatrů, kteří na ně ve většině případů nemají dostatek času. Návštěvu u lékaře vnímaly jako odbytí, kdy jim je pouze předepsána medikace bez dostatečného zhodnocení jejich stavu. Respondentka 7: „On jenom mi zvyšuje dávky léků a to je všechno, co jako dělá“. Respondentka 4: „Jedinou psychiatrickou, kterou jsem měla, tak ta mi vždycky jenom poslala recept na prášky a to bylo celý, takže jsem ji pak změnila“.

Respondentka 2 se také zabývala pocity nepřijetí a **nepochopení** ze strany odborníka. Toto subtéma nebylo nijak výrazné, stojí však alespoň za zmínku, že respondentka během psychoterapie takové pocity prožívala a objevovaly se u ní tendence léčbu vzdát. Přiznala však, že se její postoje k odborníkovi jsou proměnlivé na základě jejího psychického rozpoložení:

Že se to hodně mění podle toho, v jakém jsem rozpoložení, v jakém jsem stavu, tak podle toho se pak mění můj vztah k tomu psychologovi, že když je mi opravdu špatně, tak mám pocit, že (...) mě ten člověk nechce pochopit, že mě nechápe, že to nemá cenu vůbec mu něco říkat (...) úplně jsem od ní neměla ten pocit toho, že se mě snaží pochopit. (Respondentka 2)

Respondentka 3 pak uvedla, že nikdy na svých potížích nepracovala na základě stanovené zakázky.

7.1.2 Nekvalifikovanost

Při kontaktu s odborníky respondentky měly pocit jejich nedostatečné kvalifikace. Proces zacházení byl z jejich úhlu pohledu chybný, chaotický, neprofesionální a někdy i ze strany ne příliš zkušených odborníků, případně odborníků, kteří se specializovali na jiné diagnózy. Respondentky tak měly často pocit, že se ocitají v bludném kruhu. Vnímaly, že pro ně v psychiatrických léčebnách ani v ambulantních zařízeních není místo a pokud místo našly, nejednalo se o dostatečně specificky zaměřené odborníky na jejich diagnózu, kteří by byli schopni jim efektivně pomoci. V rámci psychiatrie vnímaly, že jim medikace byla **chybně indikována**:

Já, když jsem chodila na terapie, tak nejdřív jsem neměla žádnou diagnózu. Oni mi vlastně nechtěli ani nic říct, nechtěli mě nechat víc prošetřit a já jsem v těch terapiích hodně tápala a nevěděla jsem, na co se zaměřit, nevěděla jsem, co řešit (...) zkoušeli na mě, kdejaký prášky, který vůbec nefungovaly. (Respondentka 4)

Dalším subtématem v oblasti nekvalifikovanosti odborníků pro respondentky bylo téma jejich **nedostatečné zkušenosti**. Vnímaly, že odborníci nevědí, jak s nimi v rámci jejich diagnózy jednat, a tak se dopouštěli činů, kterým respondentkám mnohdy ještě přitížilo: „*Krizové centrum. Vlastně nevím, co jsem tenkrát čekala. Ten rozhovor jsem spíš osekávala a už jsem toho moc ani neřekla, protože mi to bylo hrozně nepříjemný*“ (Respondentka 7). Respondentka 4 uvedla, že jí její ošetřující psychiatrická sdělila, že se léčbou hraniční poruchy osobnosti nezabývá, Respondentka 7 pak hovořila o její zkušenosti s psychiatrickou, která byla dle jejích slov zaměřená na autistické děti a vnímala ji jako velmi neempatickou. Respondentka 6 sdělila svůj osobní zážitek, kdy vnímala terapeutku jako nezkušenou:

Já jsem jí tam začla vykládat o mém životě, o minulosti a paní tak nějak na mě koukala, jakože: „Ty jo a co s tou holčkou mám teďka dělat?“. Věřím, že některý psychologové nebo terapeuti nevědějí úplně, jak uchopit tu nemoc, protože je docela náročný to vnímat, když je člověk zdravěj.

Respondentka 3 se v rámci interview dokonce svěřila s traumatizujícím zážitkem z psychiatrické nemocnice, kdy se k ní dle jejích slov lékař zachoval zcela neprofesionálně:

Vyhořelý lékař, který mě měl na starosti, mi vyhrožoval, omezoval moji osobní svobodu, zakazoval mi podepsat revers a do toho ještě osobní hodnocení, kdy psal do lékařské zprávy věci typu, že působím lascivně a podobné věci, což mi přijde naprosto urážející a nevhodný. A nemyslím si, že to má co dočinění s lékařstvím, ještě v téhle oblasti.

7.1.3 Neefektivita

Neefektivitu léčby respondentky hodnotily zejména podle subjektivní **míry pomoci**. Zaměřily se jak na léčbu farmaceutickou, terapeutickou, tak v rámci hospitalizace. Negativní postoje vyjadřovaly zejména k hospitalizaci a medikaci. Z hospitalizace v psychiatrické léčbě si respondentky často odnášely negativní zážitky. Respondentky vnímaly zejména skutečnost, že jim hospitalizace nebyla přínosem ohledně jejich dlouhodobých potíží: „*Člověk vypne, odpočine si a vypadne tam, ale mně to nedalo nic*“ (Respondentka 1). „*Já jsem byla jednou hospitalizovaná po pokusu o sebevraždu a tam teda probíhala nějaká forma léčby v uvozovkách. Sama za sebe to vnímám jako jednu z nejhorších zkušeností vůbec ve vztahu k lékařskému systému u nás*“ (Respondentka 3). „*Hospitalizace je k ničemu pro mě (...), nevyřeší to ten kořen problému, takže jsme se bavili o tom, že by nebylo fajn, kdybych zase skončila v nemocnici, protože by to bylo akorát ztracenej čas a mně by to vlastně nepomohlo*“ (Respondentka 5). Respondentka 5 také uvedla, že vyzkoušela různé formy

léčby, jelikož měla pocit, že jí nic nepomáhá. Podobnou zkušenost měla i Respondentka 4, která sdělila, že jí léčba nepomáhala tak, jak by potřebovala. Respondentka 3 například uvedla, že se setkala dokonce s devalvací svých potíží ve skupině, vnímala také, že ve skupinové terapii nedostala příliš prostoru pro sdílení svých potíží.

U některých respondentek výzkumnice pozorovala dokonce **pocity beznaděje**. V interview také padly poznámky ohledně budoucí terapie, která je pro respondentky „poslední nadějí“, jelikož jim subjektivně nic nepomohlo. Respondentky také vyjadřovaly smíření, jiné naopak formu beznaděje ohledně vyléčení hraniční poruchy osobnosti: „*Zase nechci očekávat úplné zázraky, protože je to nereálný čekat, že mě to naprosto vyléčí*“ (Respondentka 2). Respondentka 7 se vyjádřila ohledně pocitů, kdy má chuť léčbu vzdát v případě, že upadne do depresivních stavů. Podobnou zkušenost měla Respondentka 2 v rámci hospitalizace, ke které ale měla vesměs pozitivní postoj. Přiznala, že během hospitalizace upadla do depresivní fáze a v tomto stavu měla také tendenci nezapojovat se do léčebného programu. Výzkumnice u ní zpozorovala pocity bezesmyslnosti léčby: „*Vlastně jsem vůbec jako přemýšlela nad tím, jestli to vůbec k něčemu je*“. Respondentka 7 pak nahlédla na své negativní postoje ohledně léčby způsobem, kdy sama vyzpozovala, že během myšlenek na sebevraždu pro ni ztrácí smysl vše, včetně pokračování v léčbě.

7.1.4 Obtížnost

K tématu obtížnosti se respondentky vyjadřovaly v souvislosti tím, že vnímaly léčbu jako náročnou, zejména s ohledem na její formu. Pobytová forma léčby byla pro ně náročná z hlediska nutnosti opustit domov, odloučit se od přátel a zabývat se pouze svými potížemi. Náročné pro ně bylo také absolvovat režimovou formu léčby. Několik respondentek uvedlo, že jim dodržování denní struktury činí potíže. Častým tématem byly **obtíže se otevřít**, svěřit se svými potížemi. Například Respondentka 7 měla obtíže pojmenovat a přiznat si svá trápení před skupinou lidí, vnímala je jako bolestivá: „*Když mluvím o sobě tak chvílema mám chuť všechno vzdát a vykašlat se na to, protože to je fakt hodně těžké*“. Respondentka 1: „*Já mám strašně problém se vyžveknout, jakože se to ve mně mele všechno*“. Respondentka 2: „*Nebyla jsem zvyklá se někomu svěřovat, takže jsem brala prostě tu terapii jako zlo*“.

Respondentky dále vnímaly míru **obtížnosti práce s hraniční poruchou osobnosti**. Obtížná je pro ně práce s jejich intenzivními a nekontrolovatelnými emocemi. Velkým a obtížně splnitelným úkolem je pro ně aplikace a dlouhodobé efektivní využívání technik, které s v terapii naučily, do běžného života:

Bylo to hodně náročný pro mě [kognitivně-behaviorální terapie]. Možná bylo i náročný, jak mně se tam měnily léky a takže jsem byla kvůli nim i unavená (...). Bylo to hodně nárazový v těch Bohnicích, za 4 měsíce jsem toho zvládla strašně moc, že jsem to neměla vůbec zajetý v hlavě a pak najednou jsem byla hozena zpátky do života a najednou se to vrátilo zpátky všechno, proto si myslím, že je vhodná dlouhodobá léčba. (Respondentka 2)

7.1.5 Efektivita

Vnímání efektivity je pro respondentky nejdůležitější téma v oblasti pozitivních postojů. Respondentky se v drtivé většině k léčbě stavěly pozitivním způsobem z důvodu vlastní pozitivní zkušenosti. Ačkoli v předchozí kapitole výzkumnice představila negativní zkušenosti s léčbou a dopad na postoje respondentek, zajímavostí je, že ve stejných formách léčby jiné, ale i stejné respondentky zažívaly **pozitivní zkušenosti**. Zmiňovaly efektivitu medikace na jejich emoční výkyvy, ale i další přidružené potíže, vnímaly také přínos hospitalizace. Například Respondentka 4 dokonce uvedla, že medikace jí ulevila od depresivních fází. Depresivní rozlady prožívala mnohem méně často:

Samozřejmě někdy mám depresi nebo splín, ale tenkrát to bylo skoro denně a teď už je to maximálně jednou, dvakrát do týdne... mně hrozně lítaly nálady. Fakt to bylo kolikrát z minuty... ze sekundy na sekundu se mi úplně změnila nálada. Bylo to v podstatě v průběhu celého dne, než jsem dostala jednak prášky na ty nálady, což mi hodně pomohlo.

Respondentka 4 mimo jiné uvedla pozitivní dopad medikace na kvalitu jejího spánku a na míru výskytu sebevražedných myšlenek. Přínos hospitalizace zmiňovala Respondentka 1. Výzkumnice u Respondentky 1 pozorovala protikladné postoje, kdy Respondentka v první části interview zmiňovala svou negativní zkušenost s hospitalizací, následně ale vytyčila některé terapeutické prvky, které pro ni přínosné byly, a to manuální práci, uklizené prostředí i odpočinek, které jí chyběly v domácím prostředí. Dlouhodobou pozitivní zkušenost měla Respondentka 7, která vnímala efektivitu psychoterapie: „*Já jsem v ní s menšíma intervalama zhruba 7 let. Takže tam určitě jako cejtím, že jsem se za tu dobu posunula*“. Efektivitu dlouhodobé terapie oceňovala také Respondentka 6: „*Najednou se vrátilo zpátky všechno to, co bylo. Proto myslím, že je vhodná léčba dlouhodobá, což si myslím, že je ten rok právě*“. Respondentka 6 uvedla, jakým způsobem jí dlouhodobá forma psychoterapie pomohla s konkrétními obtížemi a dokonce zmínila, že pro ni byla psychoterapie prevencí proti sebepoškozování a sebevraždě:

Jsou určitě věci, který se zlepšily, třeba to, že, nepiju, nebo že už se neřežu skoro každé den. Kdybych nechodila na ty terapie a neměla podpůrné prostředí, a kdybych nepřestala pít a

používat ty návykové látky, tak bych tak si myslím, že bych byla určitě někde jinde... hodně jsem nad tím sama uvažovala a snažila se najít východisko, tak kdybych to nedělala, tak bych třeba tady už ani nebyla.

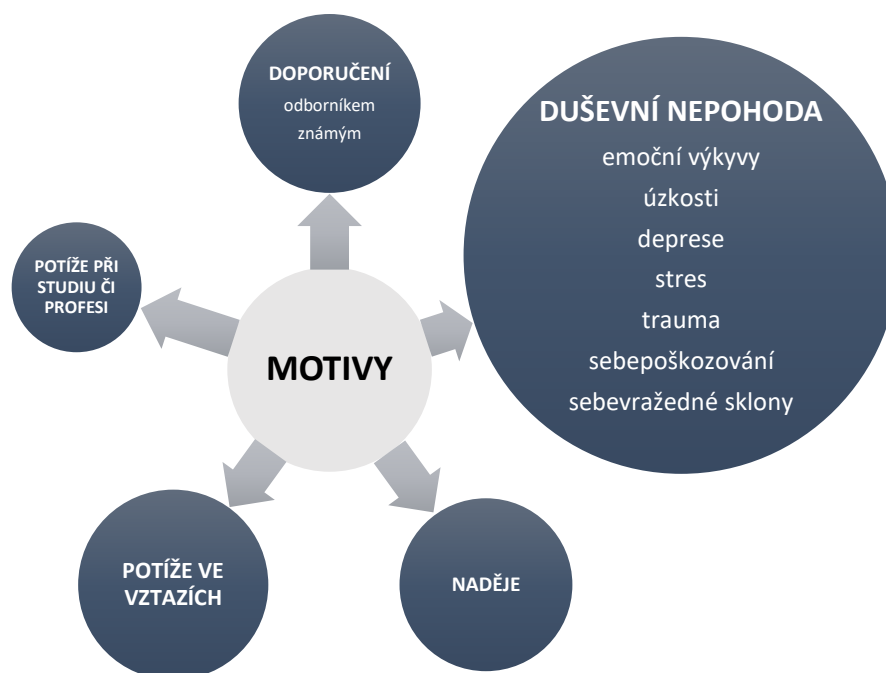
7.1.6 Spolupráce

V případech, kdy respondentky k léčbě hraniční poruchy osobnosti vyjadřovaly pozitivní postoje, zmiňovaly oblast spolupráce ze strany odborníků, ale i ze strany dalších pacientů, kteří jsou součástí skupinové terapie. Vnímání spolupráce byl po respondentky druhým z nejdůležitějších aspektů, který v rámci svých pozitivních postojů zmiňovaly. Respondentky, které vyjadřovaly pozitivní postoje, měly v drtivé většině pozitivní zkušenosti s léčbou. Výzkumnice zpozorovala, že jejich postoj ovlivňovala míra **zájmu** ze strany odborníka. Způsob léčby si na základě zájmu, ochoty ke spolupráci a dostupnosti léčby pochvalovaly: „*Jakmile se naskytl nějaký problém v tu danou chvíli, tak já jsem ho mohla hnedka řešit ve skupině třeba, kterou jsme tam měli, a to mi ohromně moc pomáhalo*“ (Respondentka 6). Klíčová pro respondentky byla skutečnost, že se odborník dostatečně věnuje jejich obtížím, vykonává dobrou práci a směřuje je k řešení: „*Ale třeba u mého pana psychologa, tam vždycky rozebíráme hrozně moc věcí a potom já sama přicházím na určitý mechanismy a dokážu potom už pojmenovat dost věcí*“ (Respondentka 7). Pro Respondentku 1 byla přínosná otevřenost odborníka, ochota naslouchat a poskytnutí zpětné vazby: „*Jako že se vykecám, protože doma to nejde. Já řeknu, co mě tíží a on to pochopí nebo ne, a pak mi k tomu něco řekne, a tak dáme něco dohromady*“. Respondentka 4: „*Takže jsem změnila psychiatra znova a teď mám konečně úplně úžasnýho psychiatra, kterej, jde vidět, že se zajímá, ptá se mě na věci, snaží se mi poradit nějaký triky v běžném životě, který můžu dělat, aby se mi to uložilo*“. Respondentky hodnotily léčbu také podle míry **sympatie** k odborníkovi a dle pozitivních pocitů v jeho přítomnosti: „*Můj pan psycholog se mnou mluví tak, jako kdybych já mluvila se svým kamarádem, furt je to na nějaké profesionální jako úrovni, ale že je to hrozně příjemný* (Respondentka 7).

7.2 Motivy k vyhledání terapie

V rámci interview s respondentkami vyvstalo celkem 5 hlavních témat, která vedla k vyhledání psychoterapeutické pomoci. Zdaleka nejvíce dominoval motiv duševní nepohody, řídce se pak objevoval motiv úspěšného dokončení studia či funkční profesní život. Hlavní motivy a jejich míra zastoupení jsou znázorněny ve schématu na Obrázku 6.

Obrázek 6: Schéma 5 hlavních témat a dílčích subtémat v kategorii motivy k vyhledání terapie



7.2.1 Duševní nepohoda

Na dotazy ohledně situací a stavů, které respondentky přiměly vyhledat psychologickou pomoc, respondentky v drtivé většině odpovídaly psychické potíže. S ohledem na subtémata, která se v rámci duševní nepohody objevovala, výzkumnice upozorovala značnou souvislost s pojetím hraniční poruchy osobnosti. Respondentky hovořily o tom, že **emoční výkyvy** jim velmi zatěžují život. Příčinu dalších obtíží spatřovaly právě v těchto emočních propadech, proto jejich zájem ve značné míře tkvěl ve zmírnění negativních emocí. Zájem o změnu a terapeutickou nápravu se u respondentek ve značné míře objevil právě během těchto propadů. Respondentky se zmiňovaly o **úzkostech, depresích, ale i stresujících událostech**. V případě, že měly období, kdy se jim dařilo, motivované k vyhledání terapie příliš nebyly. Respondentka 7 uvedla opačnou myšlenku, kdy popsala období, které nazvala jako depresivní: „*Já mám období, kdy jsem extrémně demotivovaná, prostě nezvládám dělat vůbec nic, pak zase období, kdy dělám furt všechno a je to potom mnohem těžší se zase vyhrabat z toho, že to zase spadlo dolu a je to složité*“. Respondentka 6 popsala svou tíživou životní situaci plnou duševní nepohody, která ji přivedla k vyhledání psychoterapie:

Pak už to bylo jak domeček z karet. I s mojí přítelkyní, my jsme se rozešly, protože najednou ten svět začal bejt hroznej, pro mě se úplně zatmělo, všechno jsem viděla černobíle, furt jsem měla panický ataky (...), každopádně vím, že jsem na tom byla špatně, jako že jsem si i ubližovala právě, a když jsem si vlastně tady poranila ruku.

Respondentka 6 podobně jako Respondentka 1 uvedly zkušenost se **sebepoškozováním**, které pro ně bylo pohnutkou k práci na svých obtížích. Respondentka 1 pak dále doplnila, že ve vyhledání psychoterapie hrál roli také **sebevražedný pokus**. Další respondentky pak uvedly, že si ubližovaly nejen řezáním, ale popíjením alkoholu, které zkombinovaly s psychiatrickou medikací. Respondentka 1 zmínila, že si začala vytvářet katastrofické scénáře a propadala úzkostným stavům. Dalším subtématem, které Respondentku 7 vedlo k vyhledání terapeutické pomoci, bylo **trauma** ze znásilnění:

Rozjely se mi tady ty věci, potom znásilnění. Pak mě vyhmátla moje paní učitelka, jestli se něco děje, tak jsem jí to všechno řekla, reálně si poprvé někdo něčeho všimnul, tak mi řekla, že bych to teda měla říct doma, tak jsem se nějakou dobu odhodlávala, pak jsem to doma řekla a nějakým způsobem jsme teda našli toho máho pana psychologa.

Více respondentek uvedlo, že je přimělo objednat se na terapeutická sezení jejich aktuální tíživá, stresová situace, kvůli které zesilovaly emoční výkyvy a následně měly respondentky potíže s pracovním fungováním nebo ve vztazích.

7.2.2 Naděje

Další vnitřní psychický stav, který respondentky přivedl k vyhledání psychoterapie, výzkumnice nazvala jako pocit naděje na zlepšení stavu. Respondentky uvedly, že se přišly ucházet o psychoterapii z důvodu, že doufají, že jim odborníci s jejich potížemi pomůžou. Věřily, že tento typ terapie sedí na jejich obtíže a že když budou pracovat na nácviu dovedností zvládnání emocí, psychoterapie jim pomůže: „*Myslela jsem si, že by mi to mohlo pomoci, pořád v tom vidím nějaký smysl, že by mi to vlastně umožnilo trochu víc normálně žít*“ (Respondentka 4). Respondentka 6 dokonce tvrdila, že je pro ni naděje na zlepšení něco, co ji stále udržuje při životě:

Když se člověk cítí fakt strašně na dně a tak, ať má kousek naděje. Já si pamatuju, když jsem v Bohnicích měla ty nejhorší stavy, tak jediný, co mě drželo, byla naděje. Já jsem se jí držela zuby nehty a říkala jsem si, prostě, já vím, že to jednou bude dobrý.

Naději ve funkční léčbu měly respondentky i v souvislosti s vědomím o vlastní zdatnosti a schopnosti svůj stav měnit. Respondentky, které věřily ve skutečnost, že se hraniční porucha

osobnosti dá léčit, měly nejen naději ve zlepšení jejich stavů, ale i celkově pozitivní postoj k léčbě.

7.2.3 Potíže ve vztazích

Část respondentek uvedla, že rozhodnutí ohledně vstupu do psychoterapie nečinily samy. Jako skutečnost, proč vyhledaly psychoterapii, uvedly, že mají obtíže v emocích, se kterými se jim dlouhodobě nedaří pracovat a rády by se naučily nějaké postupy a zlepšily tak svou duševní pohodu s ohledem na své blízké: „*Pak jsem se úplně odcizila od lidí. Postupně mě všichni nějak začínali opouštět, přestali se se mnou bavit*“ (Respondentka 4). Některé respondentky dokonce uvedly, že kdyby rozhodnutí bylo jen na nich, do psychoterapie by nešly a že jim záleží zejména na jejich rodině a partnerovi či partnerce. Výzkumnice si tyto myšlenky vykládala s ohledem na možný negativní vztah k sobě samé, kdy respondentky zmínily, že se nemají rády, a tak nejsou příliš ochotné o sebe pečovat. Spokojený partnerský život jako motiv uvedla Respondentka 2:

Vlastně asi to dělám hlavně kvůli příteli, protože s ním chci mít dlouhodobý vztah, takže chci prostě, aby on o tom věděl co nejdříve, aby věděl, jak třeba reagovat, abychom to mohli společně zvládat, aby věděl, proč já tak reaguju a abych mu neublížila.

Respondentka 4 uvedla, že o její vstup do psychoterapie usilovala její matka, Respondentka 1 sdělila, že největším motivem pro ni byla nukleární rodina, zejména její děti, dalším motivem bylo pro Respondentku 6 přátelství.

7.2.4 Potíže při studiu či profesi

Subtémata týkající se zájmu dostudovat školu nebo fungovat v profesním životě nebyla pro respondentky zvláště významná. Studium se týkalo pouze Respondentky 5, která byla velmi aktivní ve svém vysokoškolském studijním životě. Vnímala, že studium vysoké školy je pro ni s ohledem na hraniční poruchu osobnosti velmi náročné. Proto se rozhodla absolvovat terapeutickou komunitu, která nabízí dlouhodobý a intenzivní program a jedná se o režimovou léčbu. Respondentka 5 si navíc organizaci a strukturování času stanovila za cíl do budoucí terapie. Motivem pro ni bylo studium, při kterém hrála roli také starost terapeutky:

Když mi řekla, že by byla jako škoda, kdybych nedostudovala tu školu, že si myslí, že jsem šikovná a že by to byla fajn, kdybych to dostudovala a vlastně mi řekla, hele, je tady tahle možnost, může to nepříjemný, jako je to takový a takový, ale pak naopak na mě byla jako hodná a řekla mi, že by bylo fajn, kdybych zůstala na té škole.

Respondentka 6 hovořila o svých potížích v pracovním životě, kdy se zmiňovala o svých panických stavech, které během výkonu práce zažívala. Sama poznala, že jí emoční výkyvy a úzkosti činí značné potíže fungovat během pracovního procesu. Nejtěžší pro ni byla práce s lidmi, kdy se její stavy významně zhoršovaly: „Úplně tam mě to dostalo a od té doby jsem na nemocenský. Já jsem nedokázala v té práci prostě bejt a to je jeden z problémů, který chci řešit, protože já si teď nedokážu vůbec představit pracovat s lidma“.

7.2.5 Doporučení

Posledním tématem v oblasti motivů k vyhledání terapie byla různá doporučení a recenze od jiných lidí. Na dotaz, co respondentky přivedlo do organizace Kaleidoskop, o.s. respondentky odpovídaly, že dostaly doporučení od svého psychiatra, psychologa nebo terapeuta, tedy **od odborníků**, kteří je měli v péči. Respondentka 6 uvedla, že přichází na doporučení od personálu Psychiatrické nemocnice Bohnice, kde se prožila pozitivní zkušenost s dialekticko-behaviorální terapií, kterou nabízí i Kaleidoskop, o.s. Respondentka 7 přišla na doporučení svého psychologa, kterého navštěvuje již několik měsíců a je spokojená s péčí u něj, ale i na doporučení své vyučující ve škole, která si všimla, že je v duševní nepohodě. Podobnou zkušenost měla Respondentka 1, která dostala doporučení od svého psychologa, kterého navštěvuje již dlouhodobě. Výzkumnice usoudila, že ačkoli se jednalo o odborníky z profese, pro respondentky to byly osoby, se kterými měly vybudovaný důvěrný vztah.

Respondentky také přicházely na doporučení **známých**, kteří již měli nějakou zkušenost buď s organizací Kaleidoskop, o.s. nebo s dialekticko-behaviorální terapií. Respondentky zaujaly pozitivní recenze na tento způsob léčby, že se jednalo o místo, kde byli jiní klienti spokojeni. Respondentku 5 zaujaly příběhy a zkušenosti lidí, kteří vnímali terapii jako přínosnou. Jednalo se pro ni o důkaz, že tato forma terapie funguje: „Že mi někdo řekl, že zná člověka, co tam byl a že mu to hodně pomohlo, pro mě byla velká motivace a že jsem tomu začala důvěřovat víc“. Respondentka 5 uvedla, jak její motivace vedla k dalšímu zájmu si informace o terapii zjišťovat dále: „Pak jsem slyšela nějakou podcast a tam mluvily o té komunitě dvě paní a říkaly, že jim to prostě pomohlo, že maj hraniční poruchu“. Respondentka 4 dostala informaci o existenci organizace Kaleidoskop, o.s. od své známé a dále ji zaujaly pozitivní recenze na webových stránkách: „Dlouho jsem nemohla nikoho najít a pak mi jedna známá řekla o Kaleidoskopu, ona teda u vás nebyla, ale řekla mi (...), ať se na to mrknu. Tak jsem se podívala na webový stránky, přečetla jsem si nějaký recenze“. Respondentka 4 dále uvedla, že měla i známou, která trpí hraniční poruchou osobnosti a

prošla dialekticko-behaviorální terapií, která jí velmi pomohla. Tyto skutečnosti přiměly Respondentku 4 informovat se o způsobu terapie a následně v ní našla zalíbení.

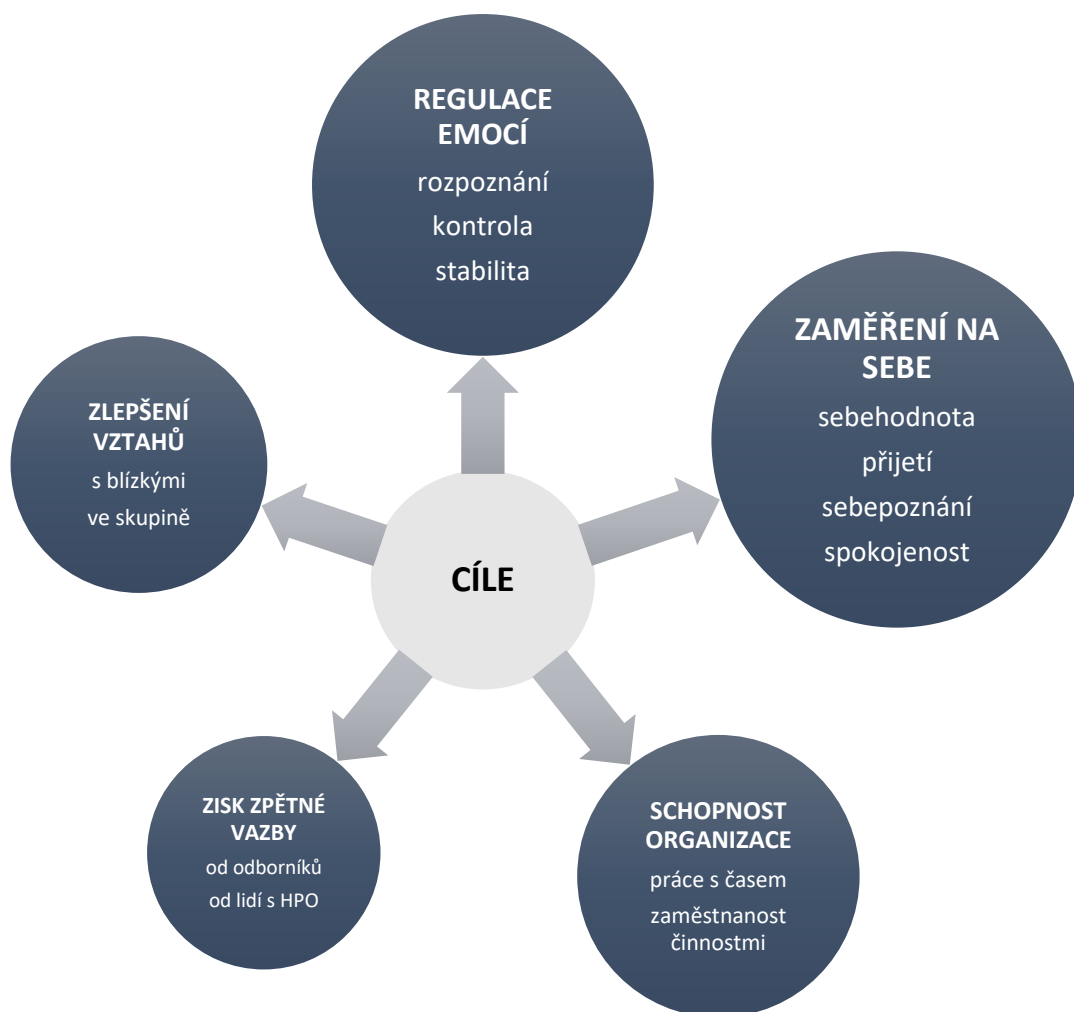
7.3 Cíle do budoucí terapie

Oblastí zájmu v rámci cílů pacientek s hraniční poruchou osobnosti do budoucí terapie bylo především jejich subjektivní vnímání toho, co by od terapie potřebovaly, dále co očekávaly, že jim terapie přinese a co by chtěly na sobě nebo ve svém životě změnit či zlepšit. Pozornost byla věnována jejich subjektivním potížím, od kterých bylo směřováno k cílům, které by respondentky chtěly naplnit.

Výzkumnice pozorovala poměrně sebejisté vyjadřování u většiny respondentek napříč otázkami ohledně cílů. Respondentky znaly své potíže a měly představu, co by jim mohlo pomoci.

Výzkumnice nacházela podobnosti ale i rozdílnosti v cílech, které si respondentky stanovovaly. Celkem se v průběhu interview v oblasti cílů do budoucí terapie v nejvyšší míře objevovalo 5 hlavních témat, která dále obsahovala několik subtémat. Uspořádání témat obsahuje schéma na Obrázku 7. Různé velikosti buněk v obrázku odpovídají míře zastoupení témat v rámci odpovědí od respondentek.

Obrázek 7: Schéma 5 hlavních témat a dílčích subtémat v kategorii cíle do budoucí terapie



7.3.1 Regulace emocí

K tématu regulace emocí se respondentky vyjadřovaly jako k druhému nejčastějšímu ze všech témat. Respondentky totiž ve většině případů tížily nekontrolovatelné a intenzivní tíživé emoce.

Subtéma **rozpoznání** emocí se v rámci odpovědí objevovalo zejména z důvodů nejasností v emocích, kdy respondentky vnímaly potíže v oblasti rozlišení jedné emoce od druhé, či vůbec ve schopnosti emoci popsat či rozpoznat, jakou emoci zrovna cítí. Některé respondentky vnímaly potřebu rozpoznat emoce, které se v nich subjektivně odehrávají, jiné respondentky zajímalo rozpoznání emocí obecně v rámci psychoedukace. Respondentka 4: „Hlavně pracovat s emocema, protože kolikrát mám pocit, že mám v sobě milion emocí a nevím, kterou zrovna cejtím, nebo všechny najednou cejtím“. Respondentka 5: „Mám určitý věci v každodenním životě, který ve mně vyvolávají úzkost, paniku, prostě ten trigger, že tam

jsou a že bych chtěla přijít na to jak to, že je cejtím nebo i u jakejch věcí“. Část respondentek, které měly pozitivní zkušenost s terapií, vnímaly edukaci ohledně emocí jako efektivní. Jejich cílem bylo zlepšovat se v rozlišování jednotlivých emocí, získat hlubší znalosti ohledně fungování a smyslu emocí a získání vhledu do subjektivně prožívaných emocí.

V rámci emoční regulace respondentky zmiňovaly zejména touhu po **kontrole** emocí. Respondentka 2: *„Mně jde hlavně o to (...) se sebou líp mít kontrolu – já nad sebou, ne, aby měly ty emoce kontrolu nade mnou“.* Respondentky jako důvody ke kontrole emocí uváděly zejména emoční výkyvy související s projevy hraniční poruchy osobnosti. O kontrolu tak často usilovaly z důvodu, že emoční nestabilita má negativní dopad na jejich životy i okolí. Zajímavý přístup ke kontrole emocí měla Respondentka 3, která by chtěla směřovat naopak proti zvýšené kontrole: *„Zvládat jakýkoliv výkyvy těch emocí tam. Ale ideálně ne formou zvýšený kontroly, ale nějakého přirozenějšího procesu, protože mi přijde, že jako ještě větší kontrola už asi způsobí, že mi jenom vybuchne hlava a nic jinýho“.* S ohledem na výrok Respondentky 3 výzkumnice pozorovala různé vnímání pojetí kontroly nad emocemi, kdy se domnívala, že respondentka mohla jako kontrolu vnímat potlačení emocí, které může být naopak kontraproduktivní. Důraz na kontrolu emocí dávala Respondentka 7, která u sebe nevnímala jen ztíženou ovladatelnost emocí, ale měla pocit, že emoce ovládají ji, nikoli ona je: *„Abych dokázala pracovat s vlastními emocemi a myšlenkami. Občas to takhle nefunguje, občas je to silnější než já (...) myslím si, že tam bude jako dost prostoru pro to (...) získat aspoň nějakou určitou nebo větší kontrolu“.* Kontrolu emocí si respondentky přály také nejen z důvodu nesnesitelnosti bolestivých stavů, ale také s ohledem na jejich fungování ve vztazích. Respondentka 6: *„Nehroutit se tolik z věcí, co mi lidi říkají. Jenže já si já si dokážu říct, že jsem přecitlivělá na špatný slovo, i když to není tak myšlený, tak já se z toho hnedka hroutím“.*

Ohledně **stability** emocí se respondentky vyjadřovaly ve vztahu emočních výkyvů či „záchvatů“, kdy například Respondentka 2 uváděla, že jsou pro ni záchvaty emocí neudržitelné. Respondentky zajímaly zejména konkrétní postupy, jak takové stavy zvládat a do terapie šly s očekáváním, že se tyto postupy naučí. Respondentka 7 uváděla také potřebu nejen zvládnout již probíhající emoční záchvat, ale také zájem o prevenci: *„Tady si na to nechcete zvyknout a tím spíš je s tím potřeba pracovat a předcházet tomu, i když to v podstatě moc nejde, ale udržovat se stabilně, co nejdýl, co to jde“.* Některé respondentky se také podělily o pro ně subjektivně funkční techniky zvládání emočních výkyvů, které by chtěly dále rozvíjet. Klíčová pro ně byla práce s dechem a zklidnění pomocí hudby. V tomto subtématu výzkumnice spatřovala rozličné pohledy na způsob usilování o stabilitu emocí.

Respondentka 5 totiž k překvapení výzkumnice zmínila práci s traumatem, která by dle ní mohla vést ke zmírnění emoční nestability: „Úplně vyléčit, že najednou to trauma jako zmizí, to si myslím, že tak není. Myslím si, že furt se to tam bude nějakým způsobem ukazovat, ale přála bych si s tím se naučit pracovat“.

I přes to, že ne u všech respondentek se objevovala všechna subtémata v rámci regulace emocí, je klíčové ohlédnout se na vztah mezi těmito subtématy. Respondentky zmiňovaly rozpoznání emocí jako začátek práce s emočními výkyvy. Další respondentky uváděly kontrolu a stabilitu. Respondentky ve své podstatě shrnuly dílčí cíle práce na emocích v rámci logického postupu. Počátečním krokem v rámci dosažení emoční regulace je uchopení či rozpoznání vlastních emocí, dalším krokem je kontrola emocí, která vede k co nejvyšší emoční stabilitě.

7.3.2 Zaměření na sebe

Téma zaměření na sebe bylo obecnějším tématem než regulace emocí a také nejobsáhlejší tématem ze všech pěti. U respondentek během interview vyvstával ne příliš konkrétní, avšak hlubší zájem o práci na sobě a na jejich diagnóze. Zajímavým zjištěním v rámci cílů do terapie byl pohled Respondentky 3 na vztah mezi vlastní osobou a hraniční poruchou osobnosti: „aby to nebylo to, co mě, co mě definuje jako člověka“. V rámci očekávání ze strany respondentek byla také dále možnost se zaměřit na sebe zejména v rámci terapeutické komunity. Respondentky měly představu, že pobytová forma terapie by jim mohla být přínosem i v ohledu oddělení se od běžného života a možnosti mít více času na sebe a své potíže: „Že tam naberu síly a začnu žít, třeba to tak nebude, ale tím, že budu mít přerušeny to studium a práci a všechno a budu se moct zaměřit jenom na sebe, tak si myslím, že tím určitě sílu naberu“ (Respondentka 5), „Tam si myslím, že mi dost pomůže to, že budu prostě minimálně ty 4 měsíce prostě úplně mimo realitu a budu se reálně soustředit jenom na sebe“ (Respondentka 7).

V rámci tématu zvyšování **sebehodnoty** respondentky zmiňovaly, jaký mají vztah k sobě samé, který bohužel mnohdy nebyl příliš pozitivní. Respondentky ve vztahu k tomuto cíli často uváděly, že se nemají rády a že se k sobě nechovají vlídně. Spatřovaly smysl v tom, proč je důležité tento odmítavý postoj k sobě samé změnit, avšak nevěděly, jakým způsobem. Respondentky si za cíl stanovovaly zlepšit vztah nejprve k sobě samé: „Být k sobě třeba i vlídnější. Prostě, když to bude jenom systémem biče, klidně i cukru a biče, tak mám pocit, že to na mě nebude fungovat. Nebo ne dlouhodobě určitě“ (Respondentka 3). Další oblasti, které by v rámci posílení sebehodnoty respondentky chtěly zlepšit, byly

schopnost o sebe pečovat, dovednost pomoci sama sobě a dalším cílem bylo nebýt na sebe příliš přísná: „*Jak jsem přecitlivělejší člověk, tak řeším furt všechny okolo, strašně prožívám každého, co se komu děje, ale nejsem schopná pomoci sobě*“ (Respondentka 1), „*Abych si prostě nepřipadala sama se sebou jako s nějakým... jak Vám to popsat... aby to nebyla vůči mně jenom další buzerace*“ (Respondentka 3).

Se zvyšováním sebehodnoty souvisela práce na **přijetí** sebe samé. Tento cíl uváděly respondentky, které vůči sobě neměly vřelý vztah. Respondentka 1 pak uváděla schopnost sebepřijetí do souvislosti s dalšími potížemi, na které vlastní nepřijetí může mít dopad: „*Mně to strašně chybí, protože se tak nenávidím, že, mě nemůže přijmout ani okolí, když se nepřijímám*“ (Respondentka 1). Respondentky zmiňovaly, že v důsledku negativního postoje a prožívání negativních emocí vůči sobě, nemají příliš vysoké sebevědomí, spíše u nich dochází k sebeodevaluaci a mají potíže přijmout sebe samé s vlastnostmi, které je charakterizují: „*Vlastně si automaticky myslím, že vejdu mezi nové lidi a mám pocit, že mě nesnášej, že jsem naprosto k ničemu, že at' na ně nemluví (...) tady ty automatické myšlenky toho, že nejsem pro ostatní dost dobrá*“ (Respondentka 2). Respondentka 2 uvádí své myšlenky, které poukazují na snížené sebevědomí a sebehodnotu. Zmiňuje také svou potenciální „dráždivost“ vůči druhým, kdy už automaticky předpokládá, že okolí určitým způsobem negativně emočně ovlivní. Téma přijetí se však nevztahovalo pouze k sobě, ale také k hraniční poruše osobnosti. Respondentka 2 zmiňovala, že by ráda v terapii přijala své duševní onemocnění a také jeho neléčitelnost. Zároveň poukázala na to, že by jí mohlo pomoci rozlišit, které způsoby prožívání a reakcí patří k její osobě a které k hraniční poruše osobnosti jako takové. Pomohlo by jí to i z důvodu, že si stavy, jenž si spojuje s projevy poruchy, vyčítá.

Subtéma **sebepoznání** zahrnovalo pestrou škálu různých oblastí, na které se respondentky chtěly v terapii zaměřit. Nejčastějším cílem, který si respondentky stanovovaly, bylo vyznat se v sobě samé: „*Vyznat v tom všem. Terapeut mi určitě věci vysvětlí, abych nebyla tolik frustrovaná toho nevědění a že potom už se s tím dá pracovat*“ (Respondentka 7). „*Jak se chovají normální lidi a jak všechno vnímám já, je vlastně úplně odlišný a furt nevím, nevyznám se v sobě. Takže bych potřebovala pomoci víc se nad tím zamyslet, nebo aby mi to ukázalo nový směry, možnosti*“ (Respondentka 4). V souvislosti s projevy hraniční poruchy osobnosti by se respondentky chtěly naučit rozpoznávat a pracovat s vlastním chováním, jelikož některé impulzivní emočně podmíněné reakce pro ně byly překvapivé. U respondentek byla také patrná dobrá schopnost sebereflexe. Uvědomovaly si, že pro smysluplné směřování terapie potřebují umět stanovovat si dílčí kroky k naplňování cílů.

Cílem do terapie tak bylo také dílčí stanovování si cílů, ale také uvědomění hodnot a směřování v životě. Respondentka 6: „*Strašně málo si těch věcí uvědomuju (...) je to, jako kdybych měla před obličejem nějakou mlhu, přes kterou prostě nevidím (...) a to mi ztěžuje život. Takže vlastně zvědomění hodnot nebo cílů*“.

Subtéma vlastní **spokojenosti** u respondentek vyznívalo velmi různě. Na oblast spokojenosti se však zaměřily pouze dvě respondentky a každá z jiného úhlu pohledu. U Respondentky 1 spokojenost zahrnovala i další dílčí cíle, kte kterým povede: „*Pro mě je základ být spokojená sama a pak si myslím, že jako přijdou věci, který přijít maj, jako co se týče i práce*“. Respondentka 2 uvedla, že by byla spokojená, pokud by vedla život bez emoční bolesti. Jejím cílem tedy bylo: „*Naučit se se sebou existovat, aniž by mě to bolelo*“.. Respondentka 6 vyjádřila přání změnit úhel pohledu na život, který jí pomůže ke spokojenosti. U sebe vnímala pokřivený pohled na svět a okolí v negativním směru: „*Já jsem dřív byla docela optimista a teďka si říkám furt, že jsem realista, ale určitě bych to chtěla změnit (...) nemůže mi každéj sednout, samozřejmě, ale teď najednou lidi vidím jako něco špatnýho*“.

7.3.3 Schopnost organizace

Dalším aspektem, ve kterém respondentky spatřovaly vlastní nedostatky, byla schopnost **organizace času** a každodenních činností. V návaznosti na emoční nestabilitu část respondentek vnímala obtížnost v dodržování režimu a řádu. V důsledku výkyvů emocí se respondentkám často nedařilo docházet pravidelně do školy či do zaměstnání, v důsledku čehož vnímaly další vznikající potíže, zejména v oblasti vztahů ve společnosti. Respondentky, které měly pozitivní zkušenost s hospitalizací, navíc vnímaly efektivní dopad režimové léčby na jejich výkyvy emocí. Například Respondentka 5 očekávala, že jí pobytová forma terapie, v rámci níž vyjadřuje zaujetí strukturovaným rozvrhem, pomůže nabrat sílu do běžného života. Chtěla by načerpat dostatečnou míru inspirace a doufá, že jí terapie pomůže ke vzniku návyků, které si udrží po skončení pobytu: „*A zároveň ten řád. Mám od sebe nějaký očekávání, jak bych chtěla, aby probíhal můj život a jak bych to chtěla jako mít, ale nedokážu to udělat*“. Respondentka 6 očekává, že jí pobytová režimová léčba v rámci skupiny přiměje činnosti vůbec vykonat a povede tak k překonávání prokrastinace: „*Nejsem kolikrát schopná vstát z té postele a prostě něco udělat*“. Respondentka 7 zmínila, že detailní strukturování dne využívá ve svém životě běžně, a to s cílem **zaměstnat sama sebe činnostmi**. Zároveň přiznala, že ne vždy je pro ni dodržování struktury snadné. Smysl v plánování a zaplnění dne různými činnostmi spatřuje v pozitivnějším dopadu na její

psychický stav: „*Když máte moc volného času, tak máte moc času s vlastní hlavou a to je, že se zbytečně vystavím tomu, že mi tam zbytečně něco skočí. Když mám zaměstnanou hlavu a na něco se soustředím vyloženě, tak je menší pravděpodobnost*“. Respondentky, které usilovaly o účast na terapeutické komunitě, by si chtěly v terapii osvojit rutinu, ale také nalézt pro ně osobně smysluplnou náplň dne.

7.3.4 Zisk zpětné vazby

Dalším aspektem, který respondentky od budoucí terapie očekávaly, bylo získání zpětné vazby. Respondentky zmiňovaly, že by rády získaly jiný úhel pohledu jak na prožívání hraniční poruchy osobnosti, tak na jejich vnímání vlastních potíží. Některé respondentky uváděly záměr získat zpětnou vazbu s tím rozdílem, že jí očekávaly **od odborníka** (terapeuta), jiné zase potřebovaly znát názor lidí s hraniční poruchou osobnosti. Od odborníka respondentky očekávaly schopnost je v jejich obtížích navést žádoucím směrem: *Myšlenka, že mě nasměruje, jak o těch věcech přemýšlet a jak najít způsob toho*“ (Respondentka 7), dále očekávaly, že odborník projeví zájem o jejich potíže a bude jim věnovat dostatečnou pozornost. Pro respondentky bylo dále důležité, aby jim zpětná vazba byla podána s respektem a v bezpečném prostředí: „*Slyšet někoho, kdo mě respektuje a koho respektuji, myslím třeba (...) budou tam psychologové*“ (Respondentka 6). Pozornost respondentky věnovaly také skupinové formě terapie, kde od lidí s podobnými potížemi souvisejícími s hraniční poruchou osobnosti získaly zpětnou vazbu. Respondentky očekávaly, že by se od lidí, jako jsou ony, mohly naučit způsoby zvládnání jejich poruchy. Respondentka 6 vyzdvihla větší ochotu otevřít se před skupinou a zájem o různé úhly pohledu: „*Myslím, že jestli tam budu nějaký skupiny, tam bych to chtěla určitě rozebrat a slyšet názory třeba ostatních*“.

7.3.5 Zlepšení vztahů

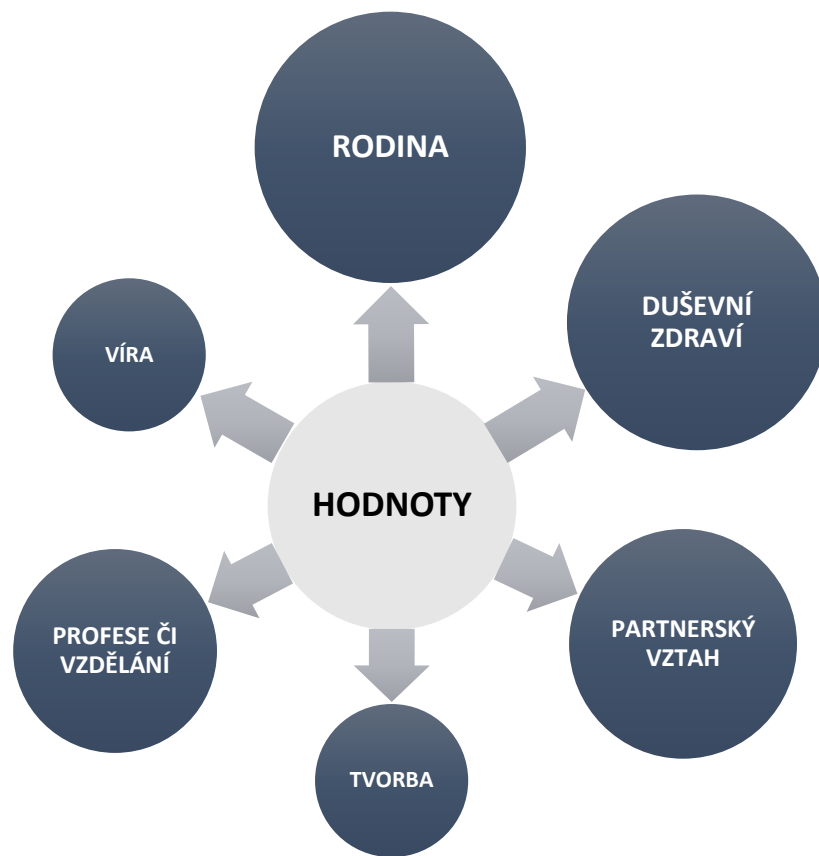
Posledním tématem v rámci stanovených cílů do terapie bylo pro respondentky zlepšení a práce na vztazích. Téma vztahů však bylo respondentkami vnímáno různě. Část respondentek vnímala, že pokud by pracovaly na vztazích ve skupinové terapii, ovlivní to i jejich blízké vztahy. Několik z nich vnímalo, že jim udržování stabilních a dlouhodobých vztahů dělá potíže, proto bylo udržování vztahů jedním z klíčových cílů. Některé respondentky očekávaly vytváření nových **vztahů přímo ve skupině**. Respondentka 4: „*Já doufám, že by mi to mohlo pomoci hlavně s navazováním kontaktů, udržováním vztahů, protože mám tendenci, třeba když si udělám nějaký nový kamarády, tak po čase odejdu já nebo oni sami (...)*“. Další respondentky vnímaly, že blízkost vztahů ve skupinové terapii

jim může pomoci otevřít se ohledně svých potíží, což je další krok na cestě k jejich zvládnutí. Dalším cílem v rámci zlepšení vztahů byl pro respondentky také zlepšit způsob komunikace s lidmi. Respondentka 6: „*Mluvení s lidma, já to prostě neumím. Prostě se někdy bojím na ně mluvit, a přitom já jsem kdysi byla hroznej extrovert, kterej se dokázal bavit s lidma na ulici, klidně i s někým cizím*“. Dvě respondentky dále vyzdvihly, že je pro je důležitým subtématem **zlepšení blízkých vztahů**, a to konkrétně vztahu s vlastními dětmi a partnerského vztahu. Respondentka 1: „*To nejdůležitější i pro holky: když já budu spokojená, tak budu spokojený i ony, že jo. Než když tady budu chodit a budu brečet, nebo budu naštvaná: prostě sebe dát dohromady*“.

7.4 Hodnoty vztahující se k motivaci k léčbě

V neposlední řadě byly u respondentek zkoumány jejich hodnoty. V rámci kvalitativního přístupu výzkumnici zajímaly konkrétně hodnoty respondentek, které se týkaly jejich motivace k léčbě. Celkem vyvstalo 6 hlavních oblastí hodnot, které jsou uvedeny v schématu na Obrázku 8. Pro respondentky byla velmi obtížná otázka na smysl a náplň života. Některé respondentky měly poměrně potíže uvést oblasti, na kterých jim nejvíce záleží. Výzkumnice pozorovala, že stanovení hodnot pro respondentky bylo celkově obtížné i přes to, že v rámci interview byl dostatečný prostor na promyšlení odpovědi: „*Je to jinak hrozně těžký říct, že... Já v podstatě nevím, co mě naplňuje*“ (Respondentka 2). Respondentka 6 sdělila: „*Nevím, co by mě vlastně v životě ani jako bavilo*“. Všechny respondentky však alespoň jednu hodnotu zmínily.

Obrázek 8: Schéma 6 hlavních témat a dílčích subtémat v kategorii hodnoty vztahující se k motivaci k léčbě



Hlavní hodnotou byly pro respondentky blízké vztahy, zejména rodinné. Respondentky **hodnotu rodiny** většinou zmiňovaly jako první. Uvedly, že jim na rodině nejvíc záleží a že udržování dobrých vztahů je pro ně velmi důležité. Některé daly do souvislosti svou hodnotu rodiny a jejich zájem o léčbu: „*Tak celkově na moji rodině. To je věc, na které mi záleží a pro kterou udělám fakt hodně a která je velká věc v mém životě. Dává mi smysl se snažit i kvůli nim*“ (Respondentka 5). Respondentka 4 uvedla, že v rodině mají často neshody, konkrétně zmínila, že rodinou myslí zejména otce, bratra a také matku, se kterou však nemá dobrý vztah, rodinou myslela také svou budoucí rodinu, kterou plánuje založit se současným přítelem: „*Jedna z hlavních je rodina, ať už moje normální rodinka (...), i když s nima nemám úplně nejlepší vztahy (...). Protože jsem hodně upnutá na rodinu a na přítele a mít lidi kolem sebe, který vím, že mě mají rádi*“. Respondentka 5 uvedla, že vnímá souvislost mezi konflikty v rodině s jejími emočními výkyvy a jaký mohou mít výkyvy dopad na okolí: „*Vztahy v rodině. Kolikrát něco bylo akorát horší, protože jsem se já nějak cítila, nebo tak. Jak ráda bych předcházela různým jako záchvatům a těmhletěm věcem, který pak ty lidi si v sobě nesou a pamatují si to*“. Také Respondentka 6 jako nejdůležitější hodnotu uvedla rodinu.

Konkrétně hovořila zejména o své matce a zmiňovala se o chřadnutí jejich vztahu. Ráda by na jejich vztahu pracovala a myslí si, že ke zlepšení vztahu povede právě její podstoupení psychoterapie. Respondentka 1 v rámci hodnoty rodiny hovořila zejména o svých dětech. Láska k dětem je dle ní jednoznačně největší smysl a náplň života. Zároveň pro ni byly motivem ucházet se o účast na psychoterapii. Doplnila, že sama pro sebe by léčbu nechtěla, ale kvůli dětem je pro ni práce na sobě důležitá.

Další hodnotu výzkumnice nazvala jako **duševní zdraví**, které bylo u respondentek na druhém místě. Respondentky pod tímto tématem uvedla různá subtémata. Respondentky uváděly, že být duševně zdravá je pro ně velmi důležité. Pochopitelně v tomto ohledu hrála roli skutečnost, že se duševně zdravé necítí. Respondentka 6 dokonce uvedla, že cítí závist vůči lidem, kteří netrpí duševními potížemi, Respondentka 7 považuje v oblasti duševního zdraví jako nejdůležitější klid v hlavě: „*Klid v hlavě. To je reálně to jediný, co mi chybí*“. Respondentka 4 uvedla, že vnímá souvislost mezi duševním zdravím a hodnotou přátel a rodiny. Duševně zdraví jedinci dle ní mají zdravé vztahy.

Třetí hodnotou, která se v průběhu interview objevovala, byla hodnota **partnerský vztah**. Tuto hodnotu zmínily dvě respondentky. Respondentka 2 uvedla, že si váží vztahu s partnerem, který je zároveň pro ni důvodem podstoupit terapii a k práci na jejích obtížích: „*Vlastně asi to dělám a jsem to udělala i hlavně kvůli příteli, protože s ním chce mít dlouhodobý vztah vztah*“. Životní náplň pro Respondentku 5 také spočívala ve vztahu s partnerem: „*Tak v poslední době mi hodně dává smysl třeba vztah, který mám s partnerem*“. Respondentka 3 zmínila, že partner byl jedna z osob, která se podílela na jejím usilování o léčbu hraniční poruchy osobnosti.

Další hodnota byla pojmenována jako **tvorba**. Dvě respondentky totiž uvedly, že je v životě velmi naplňuje kreativita jako záliba. Respondentka 7 uvedla, že ráda tvoří různé věci jako dekorace v pokoji, oblečení, ale také ráda maluje a kreslí. Respondentka 2 popsala, jakým způsobem ji tvorba naplňuje: „*Ráda tvořím, jsem kreativní člověk a vím, že když něco vytvořím a dokončím to, tak mi to dá takovou energii, že jsem konečně něco dokázala vlastně, a to mě asi nějak taky svým způsobem naplňuje*“.

Hodnota **práce a vzdělání** nebyla v průběhu interview zmiňována na prvních místech, avšak zmínily se o ní celkem tři respondentky. Respondentka 4, která pracuje v pečovatelském domě pro seniory uvedla, že v tomto způsobu práce, kdy má příležitost pomoci lidem, vidí hlubokou smysluplnost: „*Moje práce, která mě neskutečně naplňuje, která mě hrozně baví, vidím v tom smysl a dává mi to nějakou chuť do života. Že vím, že vlastně někomu pomáhám, že jsem užitečná pro společnost a dává mi to jakousi vnitřní*

satisfakci“. Respondentka 5, která je studentkou vysoké školy sdělila, že jí velmi záleží na vzdělání jako takovém i přes to, že si není jistá svým oborovým zaměřením: „*Nejsem si jistá, jestli ta škola, na který jsem je přesně ta, která to má být, ale dává mi smysl tohle dát a vzdělávat se dál v oblasti, která mě zajímá*“. Pro Respondentku 7 je vzdělání také důležitou hodnotou. Respondentka 7 však přiznává, že ne vždy se jí hodnotu daří naplňovat tak, jak by si představovala a uznává, že má potíže vynaložit úsilí: „*Myslím si, že jsem studijní typ, takže nějaký vzdělání si dokážu zabezpečit, ať už je to samostudium. Právě proto si chci udělat ten individuální plán, protože mě to reálně baví, já na to fakt nemám vnitřní energii to dělat*“.

Poslední významnou hodnotou je **víra** v Boha. Hodnota víry se týkala pouze jedné respondentky, která uvedla, že je věřícím člověkem a že jí víra v Boha a čtení z bible dodává životní smysluplnost: „*Dává mi smysl nějak ta víra a to, co se dozvídám z bible, jinak upřímně, kdybych neměla tu víru, já bych v tomhle světě byla úplně ztracená*“ (Respondentka 2). Respondentka 2 také přiznala, že je pro ni těžké vypěstovat si záliby, které by ji dlouhodobě naplňovaly. Vnímá svou celkovou životní nestabilitu a chaos, kdy ji záliba rychle přestane bavit, a z tohoto důvodu se znovu obrací k víře: „*Nedovedu si představit, co by mě vlastně nějak tak naplňovalo. Ta víra je takovej stabilní bod v mém životě*“. Výzkumnice v souvislosti s pojetím víry Respondentky 2 uvažovala i nad jejím přínosem ke zvládnání hraniční poruchy osobnosti jako takové.

7.5 Zdroje postojů k léčbě z pohledu odborníků

Postoje k léčbě, které u pacientek s hraniční poruchou osobnosti, vnímali odborníci, byly jak pozitivní, tak negativní. Zdroje postojů viděli zejména v efektivitě či neefektivitě léčby a dále je spatřovali v negativních zkušenostech pacientek.

Nejvíce zastoupeným tématem, o kterém se odborníci ohledně postojů pacientek zmiňovali, byla **(ne)efektivita léčby**. Pacientky si často utvářely postoj na základě nějaké pozitivní zkušenosti s léčbou. Ty, které za sebou již měly formu terapie, kterou odborník nabízel, subjektivně vnímaly, že jim pomohla ve zvládnání obtíží spojených s hraniční poruchou osobnosti. Často pacientky uváděly významnost dovedností, které se v terapii naučily, zejména dovednosti regulace emocí, které využívaly i v běžném životě. V souvislosti s efektivitou pacientky před odborníky zmiňovaly svůj postoj k hospitalizaci: „*Oni říkají, že ta hospitalizace je pro ně byla jako stabilizační v pohodě, že jim to pomohlo. Díky tomu, že jim třeba dali léky*“ (sociální pracovnice). Zajímavá byla oblast farmakoterapie, kde odborníci pozorovali velmi různé pohledy pacientek. Klinický

psycholog se zmiňoval o zkušenostech, kdy pacientky vnímaly vliv farmakoterapie na stabilizaci nálad. Další pacientky se před odborníky dokonce zmiňovaly, že jim medikace pomohla s úzkostmi a depresivními stavy. A některé pacientky vnímaly i dopad farmakoterapie na jejich další přidružené potíže: „*Prostě si všímají, že třeba ty konflikty s okolím nejsou tak časté díky té farmakoterapii ovlivňující náladu*“ (klinický psycholog). Klinický psycholog pak uváděl opačnou zkušenost, kdy si pacientky často stěžovaly na neefektivitu farmakoterapie, což je ostatně přivádělo také do psychoterapie. Dle klinického psychologa mají pacientky vyšší vnímavost vedlejších účinků medikace, kdy si často stěžují na celkový útlum až bradypsychismus. Podobnou zkušenost měla i sociální pracovnice, která se zmiňovala o tom, že zájem podstoupit psychoterapii mají pacientky právě z důvodu neefektivity farmakoterapie. Stížnosti slyšela zejména na dlouhotrvající potíže, které dle pacientek není možné tak dobře zlepšit pomocí medikace: „*Zmiňují: ‚Potřebuju něco, aby mi to pomohlo konečně trvale‘, a setkávám se s tím, že jsou velmi často přemedikovaný, že berou spoustu léků a často benzodiazepiny*“ (sociální pracovnice).

Další negativní postoje dle odborníků vyvěřaly z **negativních zkušeností** pacientek. Roli hrály zejména již absolvované léčby, kdy se často zmiňují o negativní zkušenosti s hospitalizací. Z negativních zkušeností dle klinického psychologa vyvěrá nedůvěra pacientek vůči odborníkům, zejména lékařům. Pacientky se například setkaly s chybným úsudkem odborníka, který měl dále dopad na jejich postoje k léčbě: „*Bývá to podle mě spojený právě s nějakýma jejich špatnýma zkušenostma z minula spojenýma i s nějakou chybnou diagnózou*“ (klinický psycholog). Další negativní zážitek pacientek byla zkušenost s různými psychoterapeutickými směry. Některé pacientky totiž dokonce vnímaly, že se jejich obtíže ještě zhoršily: „*Psychodynamické nebo jiné hlubinné terapie, které je velmi často přivádějí do těch hlubokých propadů*“ (sociální pracovnice).

7.6 Motivy k vyhledání terapie z pohledu odborníků

Z pohledu odborníků je nejsilnějším motivem pro vyhledání terapie u pacientek **selhávání v mezilidských vztazích**. Pacientky samy vnímají otažitost ostatních v návaznosti na projevy hraniční poruchy osobnosti. Hlavním faktorem jsou dle odborníků také konflikty v rodině, v partnerství a s dalšími příbuznými. Dalším typem byly pacientky, které rodinu dle jejich slov postrádaly a hledaly přijetí a pochopení ve skupinové terapii. Do skupinové terapie je přivedl pocit opuštění a zájem o blízkost: „*Hledají náhradní komunitu, rodinu, tu blízkost mezi ostatníma lidma, to porozumění, bezpečí*“ (sociální pracovnice).

Dalším tématem, ve kterém odborníci spatřovali významnost z hlediska motivů byla celková **nespokojenost** pacientek. Klinický psycholog pozoroval význam nespokojenosti v životě zejména u starších pacientek: „*Stěžují si na to, že moc neprožívají nic hezkého v životě, nebo že si to nedokážou užít*“. Sociální pracovnice pozorovala rozdíly mezi krátkodobou nespokojeností a dlouhodobou. U pacientek vnímala, že v případě krátkodobé nespokojenosti jsou jejich rozhodnutí spíše impulzivní a orientují se dle intenzity obtíží v krizových situacích. Často se sociální pracovnice setkává s tím, že zájem těchto pacientek brzy opadne a že například nedorazí na plánované terapeutické sezení. Naopak vnímá, že u pacientek s dlouhodobou neschopností se objevuje stabilnější zájem na svých potížích systematicky pracovat. Pocity pacientek, které dlouhodobá nespokojenost provází, nazvala sociální pracovnice zoufalstvím: „*Mají za sebou několik hospitalizací, několik pokusů o sebevraždu, různé relapsy i co se týká závislosti a už přicházejí s tím zoufalstvím, já už fakt potřebuju něco, aby mi to pomohlo konečně trvale*“.

Dalším motivem, který při vyhledání terapie hrál roli dle odborníků, bylo **přiměnění od okolí**. Některé pacientky tedy nevyhledaly terapii pouze z vlastní vůle, ale v důsledku doporučení nebo nátlaku okolí. Sociální pracovnice i klinický psycholog zmínili, že k nim pacientky často přicházejí na doporučení nějakého odborníka, většinou psychiatra. Sociální pracovnice i klinický psycholog se také často setkávají s tím, že pacientky přicházejí pod nátlakem rodiny nebo přátel: „*Se setkávám s tím, že je do toho trošku tlačej zpočátku ty rodiče nebo i ten partner, to taky není neobvyklý*“ (klinický psycholog). Sociální pracovnice uvedla, že se setkává i se situacemi, kdy si rodina pacientek s hraniční poruchou osobnosti příliš neví rady, co dál: „*Rodina se ve finále rozhodne: ,Tak dost, už tě nebudeme živit, seš dospělá‘ (...), že tam není ten prvek, kterej prostě jí zabezpečoval, takže vlastně se ta klientka ocitne spíš sama. Nebo prostě na ty klientky ty rodiny tlačej*“. Mimo jiné klinický psycholog naopak uvedl, že se setkává i s pozitivní podporou ze strany rodiny, která je pro práci v terapii velmi důležitá. Poslední téma, co se týče kategorie motivů k vyhledání terapie, byla dle odborníků **naděje**. Sociální pracovnice uvedla, že často na pacientkách pozoruje určitou formu frustrace a zoufalství z nefunkční léčby, kterou si pacientky již prošly. Ty, které měly za sebou několik hospitalizací, pokusy vzít si život, kdy se jejich stavy příliš neměnily, hledaly nějakou specializovanou péči. Když zjistily, co přesně organizace Kaleidoskop, o.s. nabízí, pocítily naději na zlepšení jejich symptomů, a to je přivedlo do terapie. Celkově zde sociální pracovnice u pacientek vnímala naději na lepší život.

7.7 Cíle do budoucí terapie z pohledu odborníků

Na základě interview s odborníky vyvstaly 4 základní oblasti cílů. Nejdůležitějším tématem se ukázalo být téma **emoční regulace**. Oba odborníci zmiňovaly, že pro pacientky je klíčové vůbec rozpoznání emocí. Uvedli, že se často setkávají s tím, že pacientky mají potíže se v sobě vyznat a rozlišit jednotlivé emoce od sebe. Sociální pracovnice uvedla, že pacientkám dělá obtíže rozpoznat moment, kdy dojde k emočnímu „výbuchu“, ve kterém pacientky již nedovedou své emoce ovládat: *„Dostanou se do toho bodu, kdy to vlastně přeteče a ta emoce už je tak silná, že samy si nejsou vědomy, co se s nimi děje“*. Oba odborníci uvedli, že si pacientky dávají za cíl často se něco naučit. Mají zájem získat dovednosti, které jim pomohou se ovládat a dostat své emoce pod kontrolu: *„Když vypění, jsou pak velmi často z těch menších společností vyloučený, protože to chování je pro ostatní lidi prostě zvláštní“* (sociální pracovnice). Zajímavý byl poznatek klinického psychologa, který upozornil, že ve své praxi se setkává s cíli pacientek, které směřují na způsob toho, jak se mají či nemají cítit: *„Cíle pocitový, jakože nechci se cítit takhle, nebo naopak chci něco cítit. U těch pocitů prázdnoty, že si nic neužívají, tak prostě si to jako představují tak, že je nějak naučíte tam prostě něco cítit, nebo naopak odstranit nějaký pocity“*.

Druhým nejčastějším cílem, který odborníci zmiňovali, bylo zlepšení a **práce na mezilidských vztazích**. Klíčové pro pacientky bylo opět se v terapii něco naučit, co jim pomůže na vztazích zapracovat. Oba odborníci uvedli, že je pro pacientky důležitá dovednost komunikace, kterou by v terapii potřebovaly zlepšit. Klinický psycholog sdělil, že pacientky mají často potíže požádat v případě špatného duševního rozpoložení někoho o pomoc: *„Jak vůbec sdělit tomu okolí, co potřebujou, jak jak prostě, co očekávají od toho okolí, co to okolí pro ně může udělat“*. Dílčí cíl v oblasti vztahů sociální pracovnice spatřila v navazování a udržování vztahů, kdy se setkala i s pacientkami, jejichž cílem bylo navázat vřelé vztahy v terapeutické komunitě se zájmem si od pacientů s podobnými potížemi odnést něco užitečného: *„Já se od nich budu moct učit nějakým způsobem, že vejdou do nějaké komunity lidí, se kterými budou moct sdílet ten pocit sounáležitosti“*.

Dále také pacientky často do terapie přicházely s tím, že by chtěly omezit či úplně odstranit **sebepoškozování**, jelikož se jim samotným nedaří přestat. V souvislosti se sebeubližováním by se také rády zbavily myšlenek na sebevraždu, které je často provázejí. Toto téma se objevovalo zejména v ambulanci klinického psychologa. Sociální pracovnice pak zmiňovala, že cílem pacientek je často **fungování v běžném sociálním životě**. Pacientky, které do organizace Kaleidoskop, o.s. přicházejí se zájem o pobytovou formu

terapie, vnímají, že by jim režimová léčba velmi prospěla, a to především jejich v jejich instabilitě v emocích.

7.8 Hodnoty vztahující se k léčbě z pohledu odborníků

Hodnoty pacientek s hraniční poruchou osobnosti, o kterých se odborníci zmínily, byly velmi rozličné. Oba odborníci se zmínily o tom, že vnímají u pacientek jako velmi důležitou hodnotu **rodiny**. Nukleární rodina, partner, ale i přátelé jsou pro pacientky hodnoty, na kterých jim opravdu záleží. Tato témata se také často objevují až už při zájmu podstoupit terapii, tak v jejím průběhu. Pro pacientky jsou dle odborníků tyto hodnoty zároveň motivy. Další hodnotou, o které se zmiňovala sociální pracovnice a která úzce souvisí s povahou hraniční poruchy osobnosti, je hodnota **stability**: „*Jsou často zmatený z toho, že je třeba rodinná odmítá, přijímá, a tak různě, že se pohybuje v takovejch cyklech, kdy ta rodina na to má sílu a peníze a pak zas nemá*“. Sociální pracovnice také dále sdělila, že se hodnoty pacientek celkově odrážejí v jejich poruše. Často se u pacientek setkává s hodnotou **duševního zdraví** a přání žít bezbolestný život bez utrpení. V souvislosti s hodnotou stability pak sociální pracovnice pozorovala také hodnotu **pravdy**. Pacientky dle ní prožívají ve vlastním životě chaos, který postrádá smysluplný řád. V průběhu terapie pak však vnímá, jak je pro ně tato hodnota důležitá: „*Hodnotu pravdivosti vůči sobě a zase bych řekla, že v té terapii to vlastně oceňují*“. Dalším tématem v kategorii hodnot je téma **sebehodnoty**. Sociální pracovnice se zmiňovala o tom, že je pro pacientky důležité mít vřelý vztah sama k sobě, zároveň také vědomí sebeúčinnosti a hodnoty vlastního působení ve společnosti. Klinický psycholog uvedl, že je pro pacientky důležitým tématem **užitečnost pro druhé**: „*Přinýst něco tomu světu, tomu okolí, udělat něco důležitýho i pro okolí, že tam vnímají*“.

8 Základní výsledky v rámci kvantitativního přístupu

Kvantitativní přístup se vztahoval k datům získaným dotazníkovým šetřením. Vyhodnocená data byla převedena do programu Microsoft Office Excel 2016, kde proběhlo následné zpracování dat. Pracováno bylo s průměrnými hrubými skóry jednotlivých proměnných dotazníku (tj. 10 faktorů hodnot, které vymezil Schwartz). V rámci programu Microsoft Office Excel 2016 byly vypočítány deskriptivní statistiky proměnných. Ke kvantitativnímu přístupu ke zkoumání hodnot bylo přistoupeno z důvodu metodologické triangulace dat. Deskriptivní statistiky tak poskytly jiný úhel pohledu a hlubší vhled do problematiky hodnot u pacientek s hraniční poruchou osobnosti. Výsledky deskriptivních statistik ukazuje Tabulka 4.

Tabulka 4: Deskriptivní statistiky proměnných 10 faktorů dotazníku PVQ-RR ($n = 7$)

Faktor	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	SD	Rozptyl
Samostatnost	4,64	4,67	3,17	5,67	0,81	0,66
Bezpečnost	4,10	4,00	3,33	5,67	0,82	0,67
Stimulace	4,19	4,33	1,67	5,67	1,40	1,96
Konformita	4,60	5,00	2,50	5,33	0,97	0,94
Požitekárství	3,52	3,33	2,00	5,00	1,25	1,55
Tradice	3,69	3,50	2,67	4,67	0,86	0,74
Úspěch	3,33	3,67	1,67	5,33	1,29	1,67
Benevolence	5,05	5,33	3,83	6,00	0,86	0,74
Moc	1,95	1,67	1,00	3,17	0,85	0,73
Univerzalizmus	4,90	4,89	4,00	5,67	0,62	0,39

Pozn.: SD = směrodatná odchylka

Tabulka 4 znázorňuje výsledné průměrné skóry, kterých respondentky dosahovaly v každém z 10 faktorů hodnot. Deskriptivní statistiky ukázaly základní odlišnosti mezi skóry v jednotlivých faktorech hodnot. Spočítány byly průměry, mediány, minima, maxima, průměrné odchylky a rozptyly. Z Tabulky 6 jsou patrné nejvyšší a nejnižší hodnoty u jednotlivých proměnných. Ukázalo se, že respondentky průměrně nejvíce skórují ve faktoru Benevolence, Univerzalizmu a Samostatnosti. Naopak nejnižší průměrná hodnota se ukázala u faktoru Moci. U faktoru Moci se také ukázala hodnota minima jako nejnižší, a to z důvodu, že Respondentka 1 dosáhla v dotazníku nejnižšího možného počtu bodů (viz Tabulka 5).

Tabulka 5: Průměrné skóry proměnných 10 faktorů dotazníku PVQ-RR u respondentek

Proměnná	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Samostatnost	3,17	4,67	4,83	4,67	5,33	4,17	5,67
Bezpečnost	4,00	4,17	3,33	4,50	5,67	3,67	3,33
Stimulace	1,67	4,67	4,33	3,33	5,67	4,00	5,67
Konformita	5,33	5,00	4,33	5,00	5,00	2,50	5,00
Požitekářství	2,00	2,67	5,00	2,33	3,33	4,67	4,67
Tradice	3,17	4,67	2,83	2,67	4,33	3,50	4,67
Úspěch	1,67	2,33	4,33	3,67	5,33	2,33	3,67
Benevolence	4,00	5,33	4,83	5,83	6,00	3,83	5,50
Moc	1,00	1,33	3,00	1,67	3,17	1,33	2,17
Univerzalismus	4,89	4,78	4,33	5,00	5,67	4,00	5,67

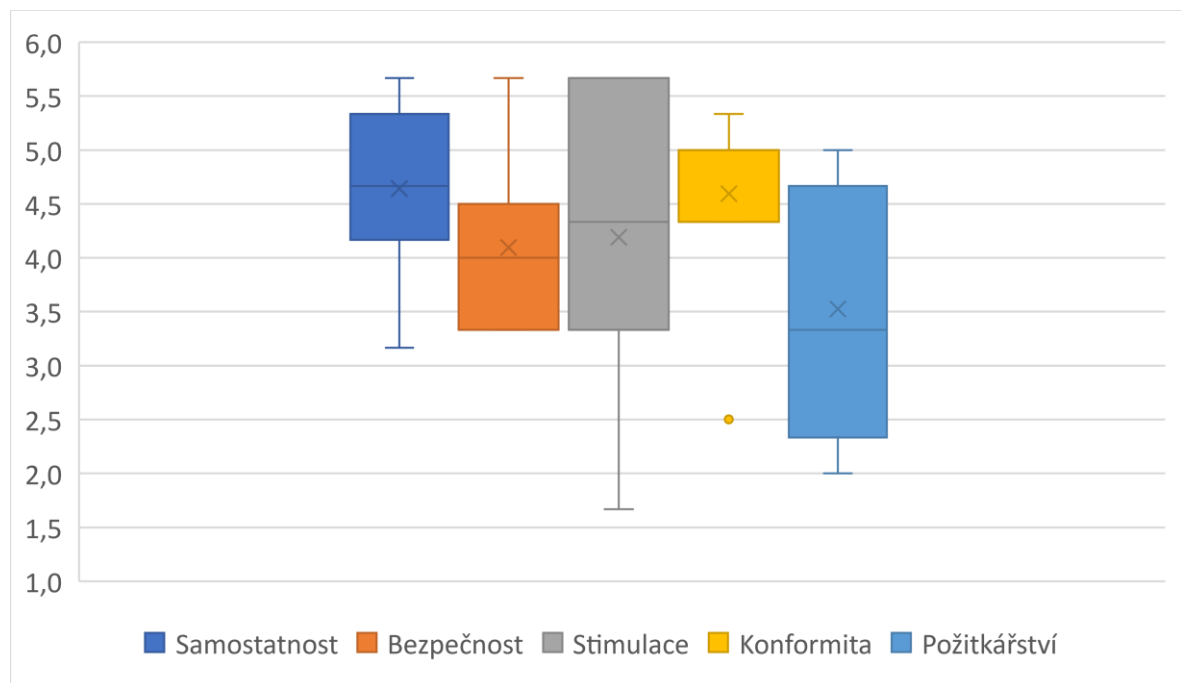
Pozn.: R1 = Respondentka 1

Minimální hodnoty byly dále nejnižší u faktoru Úspěchu a Stimulace. Zvláštností jsou výsledky právě u faktoru Stimulace, kde se ukázaly být spolu s faktory Samostatnosti a Bezpečnosti jedny z nejvyšších hodnot maxima. Úplně nejvyšší hodnotu maxima však měl však faktor Benevolence, kde Respondentka 5 dosáhla maximálního možného počtu bodů (viz Tabulka 5). Dále byly vypočítány hodnoty mediánu jako doplňujícího ukazatele k aritmetickému průměru. Hodnoty mediánu se od aritmetického průměru mírně lišily. Výraznější rozdíl byl u hodnoty faktoru Konformity, kde rozdíl oproti aritmetickému průměru tvořil hodnotu 0,4. Medián zde může být považován za lepší ukazatel než aritmetický průměr s ohledem na extrémnější hodnotu průměrné skóru u Respondentky 6 (viz Tabulka 5). Stejně jako ukazovaly hodnoty aritmetického průměru, také hodnoty mediánu byly nejvyšší u faktoru Benevolence. Faktor Univerzalismu měl hodnotu mediánu jednu z nejvyšších a faktor Moci nejnižší obdobně jako tomu bylo u výsledků aritmetických průměrů. Míru variability v Tabulce 4 ukazuje průměrná odchylka a rozptyl. Nejvyšší hodnota průměrné odchylky se ukázala být u faktoru Požitekářství. Skóry v tomto faktoru byly u respondentek nejvíce odlišné. Naopak výsledek nejnižší průměrné odchylky připadl k faktoru Univerzalismu, kde si byly výsledné skóry respondentek nejpodobnější. U faktoru Univerzalismu byl nalezen také nejnižší rozptyl ze všech faktorů. Tento faktor se ze všech faktorů ukázal být jako nejméně variabilní. Nejvyšší hodnota rozptylu se ukazuje u faktoru Stimulace. Odpovídají tomu také hodnoty minima a maxima u tohoto faktoru, které jsou ze všech hodnot jedny z nejvyšších. Všechny hodnoty minima se vyskytovaly u jediné respondentky, a to Respondentky 1. U této respondentky se zároveň objevila nejvyšší

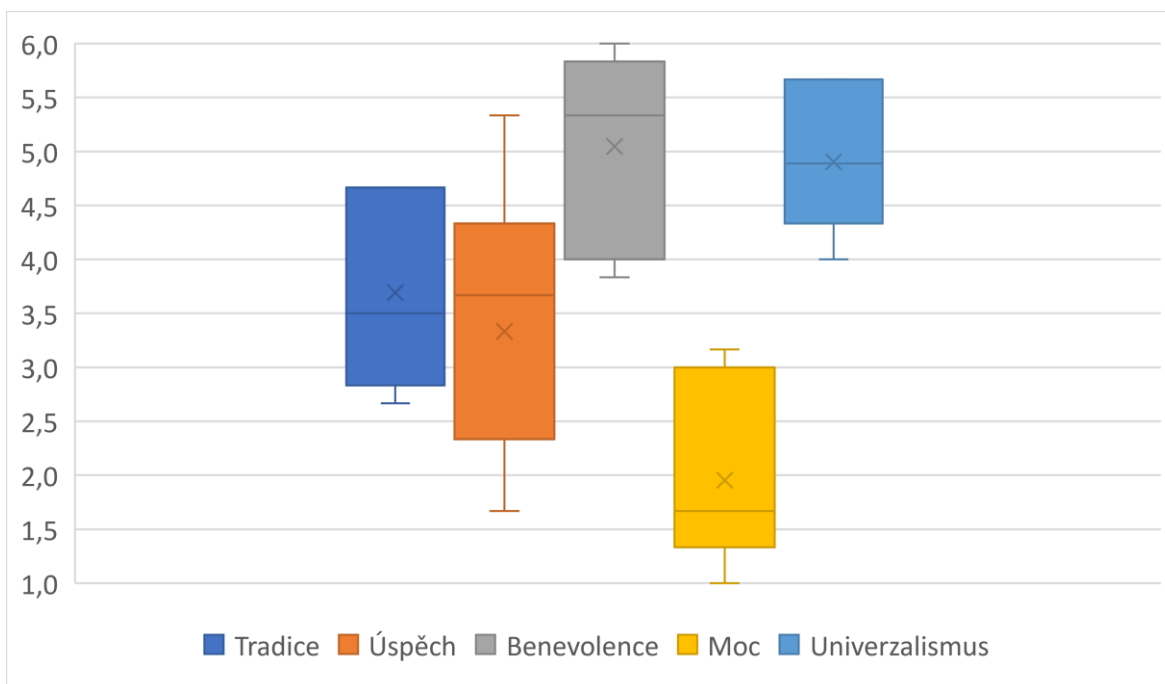
hodnota maxima u hodnoty Konformity. Naopak u Respondentky 5 se objevovala drtivá většina hodnot maxima.

Přehledné znázornění mír polohy poskytují kategorizované krabicové grafy, které ukazují dosažené průměrné skóry respondentek v jednotlivých faktorech hodnot v rámci dotazníku Portrait Value Questionnaire (Obrázek 9 a Obrázek 10). Z grafů jsou pomocí „vousů“ znázorněné neodlehle hodnoty minima a maxima, horní a spodní hranice obdélníků znázorňují intervaly 50% pozorování, plnou čarou jsou vyznačeny mediány, křížkem aritmetické průměry a bodem je znázorněna odlehlá hodnota.

Obrázek 9: Průměrné skóry faktorů Samostatnost, Bezpečnost, Stimulace, Konformita a Požitkářství v dotazníku PVQ-RR ($n = 7$)



Obrázek 10: Průměrné skóry faktorů Tradice, Úspěch, Benevolence, Moc a Univerzalismus v dotazníku PVQ-RR ($n = 7$)



Z Obrázku 9 i Obrázku 10 jsou již na první pohled viditelné odlišnosti mezi jednotlivými faktory. Významně se od ostatních faktorů odlišuje faktor Moci, který se pohybuje mezi nejnižšími hodnotami. U faktoru Konformity jako u jediného faktoru lze pozorovat odlehlou hodnotu 2,5. Nejdelší interval 50 % pozorování byl nalezen u faktoru Požitkářství, zatímco nejkratší interval se ve srovnání s ostatními faktory objevil u faktoru Konformity.

Výsledky kvantitativního přístupu ukázaly na hlavní hodnoty s ohledem na průměrný skór napříč respondentkami. V rámci dotazníku PVQ-RR byly pro pacientky nejvýznamnější hodnoty Benevolence, Samostatnost a Univerzalismus. Naopak nejméně významnou hodnotou se ukázala být hodnota Moci.

9 Diskuse

Výzkumná část práce rozpracovávala širokou problematiku motivace pacientek s hraniční poruchou osobnosti k léčbě. Ačkoli teoretické vymezení problematiky postojů, motivů, hodnot a cílů bylo z pohledu různých autorů vykládáno s řadou rozdílností, výzkumníci byly tyto aspekty uchopeny komplexně a souhrnně nazvány **motivace** s ohledem na teoretické ukotvení Výrosta et al. (2019).

Lidé s diagnózou hraniční poruchy osobnosti jsou jedni z nejčastějších pacientů psychiatrických zařízení. Všeobecně se však diagnózy poruch osobnosti považují za jedny z nejobtížněji léčitelných, avšak ne neléčitelných. Praško (2003/2009) udává, že konkrétně hraniční porucha osobnosti je ve střední míře léčitelnosti, tudíž zde určitá naděje na zlepšení existuje. Na úspěšnost léčby má však vliv několik faktorů, nejen diagnóza samotná. Celková motivace k léčbě je významným faktorem, jenž má dopad na úspěšnost léčby (Livesley, 2000; Cameron et al., 2014).

První výzkumná otázka se zaměřovala na zdroje postojů pacientek s hraniční poruchou osobnosti k léčbě. Výsledky ohledně zdrojů jak pozitivních, tak negativních postojů byly poměrně různorodé. Samy pacientky se v souvislosti s jejich negativními postoji zmiňovaly o negativní zkušenosti s konkrétní formou léčby a jejich negativní postoje často pramenily z nedůvěry vůči odborníkům, z jejichž strany se cítily odmítnuté nebo hodnotily přístup odborníka jako neochotu se věnovat jejich obtížím. Nejvíce stížností bylo zaznamenáno vůči lékařům, u kterých pacientky vnímaly značnou míru neochoty i z důvodu velmi omezeného prostoru pro sdílení jejich potíží, které jim dle jejich slov sektor zdravotnictví nabízí. V přítomnosti odborníků pacientky prožívaly pocity nepochopení, vnímaly jejich nedostatečnou kvalifikaci, a pozorovaly, že jim léčba nebyla správně indikována.

Negativní postoje pacientek dále pramenily ze subjektivního vnímání neefektivity léčby, přičemž se zmiňovaly zejména o léčbě v psychiatrické nemocnici, kde si nepřipadaly, že by jim bylo pomoheno. V důsledku toho, že se jejich stav přes opakované pokusy o léčení nezlepšoval, pacientky doprovázely pocity beznaděje. V neposlední řadě pacientky hodnotily průběh léčby hraniční poruchy osobnosti jako obtížný.

Odborníci se v rámci neefektivity léčby zmínili zejména o farmakoterapii a hospitalizaci. O negativních postojích v rámci efektivity psychoterapie nehovořili. Jedním z klíčových témat byly z hlediska odborníků negativní zážitky respondentek, kdy vnímali, že hodnocení léčby u pacientek závisí na jejich prožité zkušenosti. Pacientky si navíc dle odborníků stěžovaly na neefektivitu farmakoterapie a na nežádoucí vedlejší účinky medikace.

Sociální pracovníce i klinický psycholog se v rámci své zkušenosti také setkávali s impulzivním jednáním pacientek ve formě velkého zájmu podstoupit psychoterapii, který ale rychle opadl. Výzkumnice tuto souvislosti pozoruje i s ohledem na farmakoterapii, která může vyžadovat určitou míru trpělivosti při hledání vhodné léčby. Pohledy pacientek s hraniční poruchou osobnosti ale vesměs odborníci potvrdili s ohledem na své zkušenosti z praxe.

Zdroje pozitivních postojů k léčbě u pacientek s hraniční poruchou osobnosti byly nalezeny paradoxně v její efektivitě i spolupráci odborníků. Zajímavé bylo, že některé pacientky dokonce hodnotily stejnou formu léčby jak negativně, tak pozitivně. Výzkumnice pozorovala tyto protipóly a uvažovala nad vyvstáním extrémních protikladů, které spatřovala v černobílém způsobu vnímání, které se u pacientek v souvislosti hraniční poruchou osobnosti objevuje.

Pacientky své pozitivní postoje opět zakládaly na subjektivní pozitivní zkušenosti. I přes to, že největší stížnosti ze strany některých pacientek výzkumnice pozorovala u farmakoterapie, jiné pacientky si naopak účinnost medikace velmi pochvalovaly. Vnímaly jejich efekt na zmírnění výkyvů nálad a mnohdy viděly i pozitivní dopad na jejich blízké okolí. Respondentka 1 pak vyjádřila jak pozitivní, tak negativní postoje vůči hospitalizaci. Značný přínos respondentky spatřovaly také v dlouhodobé psychoterapii.

Další benefit respondentky vnímaly v ochotě ze strany odborníků a jejich zájem o spolupráci. Zdrojem jejich pozitivního postoje byl tedy vnější faktor a skutečnost, zda léčbu vnímaly pozitivně ovlivňoval přístup ze strany odborníků. Do značné míry hrály v jejich pozitivních postojích roli sympatie k danému odborníkovi a emoce, které v jeho přítomnosti cítily.

Výzkumnice pozorovala, že postoje respondentky vyjadřovaly zejména v jejich emoční složce. Domnívá se, že značná zaměřenost pacientek na jejich emoční prožívání a hodnocení zejména na základě emocí, může být pro pacientky vzhledem k jejich emoční nestabilitě překážkou při psychoterapii, která vyžaduje dlouhodobější spolupráci, a tedy i vyšší míru vůle a trpělivosti ze strany pacientek. Efektivitu léčby pacientky vnímaly také v psychoedukaci, zejména v oblasti sebepoškozování. Respondentka 6 hodnotila znalosti dovedností zvládání zátěžových situací jako velmi přínosné.

Zajímavý byl pohled odborníků na pozitivní postoje pacientek k léčbě, jelikož jako zdroje postojů vyvstala témata, která se překrývala s oblastmi, které zmiňovaly respondentky, a to efektivita léčby, neefektivita farmakoterapie a negativní zážitky. Odborníci také potvrdili orientaci postojů pacientek k léčbě na základě sympatií či antipatií a na základě emocí

prožívaných v přítomnosti odborníka. Podobně se zmiňovali také o negativních postojích pacientek vůči hospitalizaci.

Ve srovnání s literaturou lze nalézt podobnosti s výpověďmi respondentek i odborníků. Zjištění v rámci práce poměrně odpovídala výzkumu Livesleyho (2000), kde se podobně jako tvrdí Praško (2003/2009) ukázala být nedůvěra, role odborníka jako součást motivace v rámci hraniční poruchy osobnosti. Negativní postoje pacientek se v celkové motivaci k léčbě projeví v podobných oblastech, jako zmiňoval Livesley (2000) a Wenzel et al. (2008), a to v obtížnosti uskutečnit změnu a v pocitech beznaděje. Také se zde projevila zjištění podobná ve studii Wenzela et al. (2008) o spojitosti negativních zážitků prožitých během léčby s negativními postoji.

Výzkumnice pozorovala, jak se negativních postojích k léčbě často odrážely právě projevy hraniční poruchy osobnosti. U pacientek se v rámci léčby často objevovaly pocity odmítnutí, které mohly mít na jejich úspěšné léčení dopad. „*Přehnaná snaha vyhnout se odmítnutí*“ (Sedláčková et al., 2015) je jedním z diagnostických kritérií hraniční poruchy osobnosti. V souvislosti s projevy emočně nestabilní poruchy osobnosti bylo u pacientek v rámci interview zpozorováno hodnocení léčby a osob v léčbě figurujících na základě jejich aktuální nálady, což samy pacientky přiznaly. Obtížnost léčby by mohla pravděpodobně souviset s dalším diagnostickým kritériem „*obtíže se setrváním u jakékoli činnosti, která nenabízí okamžitý zisk*“ (Sedláčková et al., 2015).

Výzkumnice se domnívá, že důvěra v léčbu je u pacientek s hraniční poruchou osobnosti velmi křehká. Pacientky pravděpodobně potřebují co nejvíce korektivních emočních zkušeností a zážitků v průběhu léčby. Výzkumnice se dále domnívá, že pacientky potřebují vyšší míru edukace ohledně jejich poruchy, a to i s ohledem na fungování farmakoterapie. Je možné spekulovat, že vyšší míra faktických informací by mohla pomoci regulovat intenzitu emoční stránky v rámci postoje, která jim s ohledem na jejich poruchu může paradoxně činit obtíže v léčbě.

Druhá výzkumná otázka se týkala motivů, které vedly pacientky s hraniční poruchou osobnosti k vyhledání terapeutické pomoci. V rámci interview s respondentkami vyvstalo 5 hlavních témat motivů, které pacientky vedly k vyhledání psychoterapie. Zdaleka nejvíce zastoupeným motivem byla duševní nepohoda. Pacientky uváděly, že obtíže ve formě emočních výkyvů, úzkostí, depresí, značná míra stresu, prožité trauma, sebepoškozování a sebevražedné sklony jsou důvody, ze kterých mají zájem absolvovat terapii a že se jedná o potíže, které jim brání žít duševně zdravý a spokojený život. Jednotlivé potíže, které

pacientky vyjmenovávaly, jsou v drtivé většině spojeny s jejich poruchou. Pacientky projevovaly přání se těchto potíží zbavit či je alespoň zmírnit.

Dalším motivem, o kterém se pacientky zmiňovaly, že je přivedl do terapie, byla naděje. Pacientky, které vnímaly, že pro ně léčba může být užitečná a které viděly v léčbě smysl a možnost s poruchou pracovat, přišly do organizace či zdravotnického zařízení pro pomoc. Významným motivem pro pacientky s hraniční poruchou osobnosti byly potíže ve vztazích. Respondentky vnímaly dopad jejich chování na základě emočních výkyvů na okolí. Pacientkám na vztazích s okolím záleželo, a proto byly ochotné léčbu absolvovat.

Ne příliš zastoupený motiv byly u pacientek potíže se studiem či profesí. Tento motiv se týkal pacientek, které měly zájem studovat či pracovat a měly pocit, že jim projevy hraniční poruchy osobnosti fungování v těchto oblastech ztěžují. Dalo by se tedy říct, že studium či profese byly sekundární motivy, ale že primárním motivem zde opět byla duševní nepohoda, která dle respondentek navíc se sociálním fungováním souvisí.

Posledním motivem, o kterém se respondentky zmiňovaly bylo doporučení většinou ze strany někoho, komu důvěřovaly nebo kdo měl podobné obtíže. Zajímavé bylo, že spousta respondentek dala na doporučení odborníků, ačkoli se mezi nimi vyskytovaly negativní postoje vůči nim. Dále pro ně byly významné pozitivní recenze o tom, že tento způsob terapie je opravdu funkční a efektivní. To může do určité míry značit opravdový zájem pacientek o léčení a že jim na výběru léčby záleží.

Duševní nepohodu, naději, význam studia či profese by bylo možné považovat za vnitřní motivy, vycházející přímo z pacientek. Studie Webba a McMurrana (2009) ukázala, že pacientky s vnitřními motivy mají pravděpodobně vyšší předpoklady dokončit léčbu. Zastoupení zjištěných vnitřních motivů je možné považovat za ukazatel úspěšné léčby. Výzkumnice zde navíc také pozorovala výskyt řady negativních motivů. Nepovažuje toto zjištění však za překvapivé ani za pesimistické. Dle Livesleyho (2000) totiž mohou být negativní motivy jako celková nespokojenost a zvýšení tíživých symptomů hraniční poruchy osobnosti velmi silné, a tudíž pravděpodobněji povedou k vyhledání terapie.

Třetí výzkumná otázka se týkala cílů, které měly zájem pacientky s hraniční poruchou osobnosti do budoucna v terapii naplnit. Většina respondentek měla poměrně jasno, co v terapii potřebují zlepšit a jakých cílů by chtěly dosáhnout. Je však třeba vyzdvihnout skutečnost, že se jednalo o respondentky ucházející se o účast na terapii. Určitá představa o práci na vlastních potížích se zde tedy mohla být očekávána. Potíže, na které se cíle vztahovaly, měly úzkou vazbu na projevy hraniční poruchy osobnosti.

Nejzásadnějším cílem bylo pro pacientky zaměření na sebe. Objevovaly se zde témata jako sebehodnota, přijetí, sebepoznání a spokojenost. Cílem pro ně bylo zlepšit vztah sama k sobě, kdy samy cítily, že se příliš nemají rády. S tím souviselo také téma přijetí jak sebe, tak hraniční poruchy osobnosti. Sebepoznání viděly jako velmi důležité i z hlediska uchopení jejich hraniční poruchy osobnosti a vyjádřily také přání nalézt své hodnoty a směřování v životě. Posledním subtématem v rámci cíle zaměřit se na sebe bylo téma spokojenosti sama se sebou a spokojenosti v životě. Výzkumnice se domnívá, že intenzivní emoce mohou pacientkám zaměření na sebe a svůj seberozvoj ztěžovat. Je pravděpodobné, že hraniční poruchu osobnosti mohou vnímat jako překážku, jelikož na sebe jejich negativní a bolestivé emoce upozorňují, a tudíž zaměření pacientek je zejména tímto negativním směrem.

Dalším významným cílem byla pro pacientky regulace emocí. V rámci tohoto tématu si stanovovaly i dílčí témata jako zpočátku vůbec porozumět svým emocím a rozpoznat, co za emoci prožívají. Následujícím krokem v rámci emoční regulace bylo pro pacientky dostat pod kontrolu příliš intenzivní emoce a posledním krokem bylo usilovat o stabilizaci emocí. V tomto kontextu se výzkumnice domnívala, že v souvislosti s kontrolou emocí se respondentky zaměřovaly také na kontrolu svého chování v důsledku intenzivních emocí, o kterém se však doslovně nezmiňovaly příliš často. Výzkumnice vnímala stížnosti pacientek na jejich intenzivní emoce, které je vedou k chování, jenž má dopad na jejich okolí. Domnívá se, že respondentky by se chtěly naučit kontrolovat či odstranit své negativní emoce a neadekvátní chování by tak automaticky zmizelo.

Méně významným cílem než emoční regulace a zaměření na sebe byla schopnost či dovednost organizace, a to jak času, tak činností. Respondentky uváděly, že mají potíže udržovat běžný denní režim a že jim dělá problém zorganizovat si své záležitosti. Pacientky vnímaly souvislost potíží organizace s jejich poruchou, zejména v návaznosti na jejich emoční výkyvy. Výzkumnice dává tento cíl, který si pacientky stanovily, také do souvislosti s celkovou potřebou stability. Pacientky vnímaly, že by jim mohlo pomoci nastavení režimu pomocí vnějších podmínek, jako je pobyťová forma psychoterapie, ve kterém by pak dále mohly pokračovat. V rámci organizace činností viděly smysl v zaměstnání sebe sama aktivitami. Strukturování dne tak pro ně bylo cílem i z důvodu, aby jej zaplnily činnostmi, které by jim pomohly odpoutat se od negativních myšlenek. Výzkumnice v této souvislosti vnímala jako užitečnou kognitivně-behaviorální, respektive dialekticko-behaviorální terapii, která využívá této dovednosti ve formě mindfulness.

Pro několik respondentek bylo také cílem, získat během terapie zpětnou vazbu na jejich situaci a obtíže. Respondentky měly zájem získat jiný úhel pohledu, slyšet názory okolí na jejich potíže. Zpětnou vazbu potřebovaly získat od odborníka, ale i od lidí docházejících spolu s nimi na skupinovou terapii, zejména lidí, kteří mají podobné obtíže, potažmo hraniční poruchu osobnosti. Zájem tkvěl v tom, aby se od okolí naučily pracovat se svou poruchou a aby získaly rady, jakým směrem se ubírat, aby dosáhly zlepšení potíží.

Posledním cílem, které si pacientky stanovovaly, bylo zlepšení vztahů. Téma vztahů se objevovalo průřezem celkové motivace patientek k léčbě. Vztahy pacientky zmiňovaly v rámci cílů, ale také jako motivy a hodnoty. Cíle v oblasti vztahů se týkaly jak vztahů přímo ve skupinové terapii, kde by měly možnost navázat blízké vztahy, ale také se týkaly vztahů s blízkými. Respondentka 1 uvedla, že chce podstoupit terapii, aby byla lepší matkou pro své děti.

Zajímavým poznatkem je zde značná souvislost s cíli, které si pacienti s hraniční poruchou osobnosti stanovovali v rámci studie Fyony et al. (2019). Cíle, které si respondentky vymezily pokryly řadu cílů obsažených v této studii jako jsou redukce symptomů poruchy, lepší psychosociální fungování, zlepšení fungování ve vztazích, zaměstnanost činnostmi a pochopení a zaměření na sebe sama. Řada cílů, které si pacientky stanovovaly se však zaměřovaly na redukci symptomů poruchy. Lindheim et al. (2019) ve své studii zmiňovaly, že pro vyšší míru účinnosti psychoterapie je třeba zaměřit se spíše na personalizované cíle, které se u patientek v této práci vyskytovaly řídce.

Poslední výzkumná otázka se týkala způsobu, jak vnímají pacientky s hraniční poruchou osobnosti osobně významné hodnoty ve vztahu k jejich motivaci k léčbě. Hodnoty byly v této práci pojaté poměrně zešíroka. Cílem práce bylo jak zmapování hodnotového systému patientek s hraniční poruchou osobnosti, tak zjistit, zda a jakým způsobem se jejich hodnoty projevují ve vztahu k motivaci k léčbě. Výsledky výzkumu ukázaly, že nejdůležitější hodnotou byla pro pacientky s hraniční poruchou osobnosti rodina. V rámci tohoto pojmu zmiňovaly pacientky zejména nukleární rodinu, jako matku, otce, sourozence, ale i vlastní děti. Výzkumnice v oblasti lásky k blízkým a konkrétně v hodnotě rodiny spatřovala značné souvislosti s motivy a cíli s ohledem na psychoterapii patientek. Obtíže ve vztazích, zejména v rodině pacientky přiváděly do psychoterapie, někteří členové rodiny dokonce pacientky přiměli podstoupit psychoterapii. Cílem pro pacientky pak bylo zlepšení vztahů, které se týkalo zejména vztahů rodinných. Výzkumnice dává do souvislosti hodnoty rodiny a benevolence s diagnostickými kritérii hraniční poruchy osobnosti, zejména s nadměrným

strachem z opuštění. V tomto ohledu je možné, že na emoci strachu z opuštění druhými jsou založené hodnoty pacientek týkajících se vztahů.

Podobně výzkumnice viděla souvislost s hodnotou duševního zdraví, kdy pacientky uváděly, že se duševně zdravé necítí, a z důvodu tohoto chybění jej pocítují jako důležitou hodnotu. Duševní zdraví pak opět výzkumnice spatřovala v motivu pocitu duševní nepohody, který pacientky přivedl k léčbě. Samostatnou hodnotou pak pro pacientky byl partnerský vztah, který však podobně jako rodinné vztahy hrál roli v oblasti motivů.

Dalšími hodnotami, o kterých se pacientky zmiňovaly byly hodnoty tvorby či kreativity, které představovaly spíše oblast zájmů, dále práce a vzdělání, které velmi úzce nasedaly na cíle respondentek, pro které byly tyto hodnoty důležité. Poslední hodnotou byla hodnota víry, kterou zmínila jedna pacientka. Zajímavostí bylo, že víru v Boha pacientka opět dávala do souvislosti s projevy hraniční poruchy osobnosti, když vnímala celkovou nestabilitu ve svém životě a zmatení ve svých cílech, hodnotách a smyslu života.

Dle výzkumnice mohou hluboce zakořeněné hodnoty být klíčovým aspektem právě ve světe chaosu a instability. Oblasti hodnot, o kterých se pacientky zmiňovaly v rámci interview, je však třeba propojit s poznatky z výzkumu v rámci kvantitativního přístupu, kde respondentky průměrně nejvíce skórovaly v hodnotách Benevolence, Univerzalismus a Samostatnost. Hodnotu Samostatnost v dotazníku PVQ-RR sytí výroky o významu vytváření si vlastních názorů, rozhodování o sobě a také o svobodném výběru. Výzkumnice v souvislosti s těmito aspekty uvažovala nad skutečností, proč jsou tak významné právě pro pacientky s hraniční poruchou osobnosti. Povaha poruchy, zejména emoční nestabilita může mít dopad na nestabilitu myšlenek, a právě také utváření názorů. Respondentka 2 se zmiňovala o tom, že by si přála získat kontrolu nad emocemi, aby emoce neměly kontrolu nad ní. Výzkumnice v tomto ohledu spatřuje výraz nesvobody a možnou souvislost s hodnotou Samostatnosti. Výzkumnice dále pozoruje značnou provázanost hodnoty Benevolence s hodnotami, cíli a motivy respondentek. Hodnota Samostatnosti v sobě obsahuje význam starosti a užitečnosti pro druhé, objevuje se zde velký význam blízkých osob, zejména osob milovaných, včetně rodiny. Nejvyšší průměrný skór v hodnotě Benevolence tak odpovídá nejdůležitější hodnotě rodiny, kterou respondentky uvedly v rámci interview. Hodnota Univerzalismu je v rámci dotazníku PVQ-RR uchopená poměrně širěji. Obsahuje témata týkající se ochrany přírody a životního prostředí, značná část výroků je však ale také o spravedlnosti vůči druhým, o toleranci, o přijetí a o naslouchání. Vysoký průměrný skór v této hodnotě si výzkumnice spojuje zejména s významem vztahů pro pacientky s hraniční poruchou osobnosti, ale také se svou osobní

zkušeností v rámci praxe s pacientkami, kdy pozorovala významnou schopnost empatie a vyjádření respektu a přijetí vůči obtížím druhých. Sociální pracovnice se zmiňovala o potřebě pacientek být pro druhé užitečná.

Značný význam měla také hodnota Konformity, která zahrnuje důležitost dodržování pravidel a zákonů, ale také nebýt ostatním na obtíž. Výzkumnice v rámci této hodnoty spekuluje nad možnou souvislostí se stabilitou, kterou uvedla sociální pracovnice jako významnou pro pacientky s hraniční poruchou osobnosti, dále zde vyvstává otázka možné souvislosti s cílem organizace. V rámci pobytové formy léčby v terapeutické komunitě je zakomponována celá řada pravidel a struktur, které mají pacientkám poskytovat stabilitu a řád. Možnou souvislost významu nebýt na obtíž okolí výzkumnice spatřuje v negativní postoji pacientek k sobě samým, kdy se zmiňovaly o tom, že samy sebe nemají rády a stanovovaly si za cíl zaměřit se na sebe a pracovat na vlastní sebehodnotě.

Naopak nejnižšího průměrného skóru dosahovaly respondentky v hodnotě Moci. Zde se ukázala užitečnost triangulace dat, která umožnila zjistit, které hodnoty jsou pro pacientky nejméně významné, jelikož v rámci interview na tuto oblast respondentky nebyly dotazovány. Jak se ukázalo, úspěch a potřeba ovlivnit druhé pro pacientky s hraniční poruchou osobnosti byly nejméně důležité. Výzkumnice si zde kladla otázku, zda se míra těchto hodnot neodráží v jejich potížích zaměřit se na hodnoty přesahující hraniční poruchu osobnosti, kdy si respondentka stanovovala za cíl nalézt své cíle a hodnoty, neboť jí intenzivní emoce mohou ve směřování k úspěchu bránit. Výzkumnice zde uvažovala možný rozpor s předsudky ohledně touhy po manipulaci a ovlivnění druhých ve vlastní prospěch ze strany pacientek s hraniční poruchou osobnosti. Výsledky skóre v oblasti hodnoty Moci vyšší míře této subjektivní touhy nenasvědčují.

V souvislosti s výzkumem Mohi et al. (2018) výzkumnice pozorovala značnou míru shody se zjištěními ve výzkumné části této práce. V rámci výzkumu Mohi et al. byly pro pacienty s hraniční poruchou osobnosti, kteří se ucházeli o účast na psychoterapii, nejvýznamnější hodnoty vztahů s rodinou, přáteli, partnery a hodnoty zdraví a životní spokojenosti. Velký význam těchto hodnot se odrážel zejména v interview a hodnoty vztahů s blízkými navíc také v dotazníku PVQ-RR.

Zvláštnosti ohledně hodnot minima a maxima byly nalezeny u Respondentky 1 a Respondentky 5. Bylo zjištěno, že Respondentka 1 vykazovala veškeré nejnižší hodnoty minima ze všech respondentek, naproti tomu u Respondentky 5 se objevila většina hodnot maxima ze všech respondentek. V tomto poznatku však výzkumnice nespatriřila příliš velký význam, jelikož pozorovala celkový posun jednotlivých respondentek na 6 bodové škále. U

Respondentky 5 lze pozorovat celkový posun k vyšším skórum, naproti tomu u Respondentky 1 k nižším skórum.

Zajímavým zjištěním bylo propojení hodnot v kvantitativním a kvalitativním přístupu, ale také v rámci kvalitativního přístupu, kde se hodnoty pacientek odrážely zejména v motivech a cílech do budoucí terapie. V souvislosti s hodnotami pacientky pocítovaly určité obtíže a za cíl si stanovovaly nápravu (například zlepšit vztahy s blízkými). Výzkumnice zde vnímala, že některým hodnotám byla ze strany respondentek věnována velká pozornost a zároveň s nimi bylo spojeno jejich neuspokojivé naplňování. Výzkumnice si kladla otázku, zda se respondentky při posuzování významu hodnot rozhodovaly podle vnímání míry jejich chybění.

Výzkumná část této práce má své limity. V první řadě je třeba upozornit, že výsledky této práce není možné zobecňovat na celou populaci pacientek s hraniční poruchou osobnosti. Možné je také zpochybňovat dostatečnou validitu interview a správnost pokládaných otázek, dále také způsob kódování v rámci kvalitativního přístupu, který byl založený na úsudku výzkumnice a jeho nedostatky spatřovala v částečném překrývání jednotlivých kategorií, kdy se v některých případech nedařilo vymezit přesné hranice. Nedostatky lze také spatřovat ve způsobu realizace některých interview, která proběhla online formou. Dalším limitem práce je také nemožnost porovnat výsledky s respondentkami, které zájem podstoupit terapii neměly. Zároveň však by tato problematika mohla být dalším námětem ke zkoumání. Pokud by byly získané výsledky i z této oblasti, výzkumnice by měla možnost zkoumat například faktory, které brání zájmu o terapii a zaměřit se na prediktory pro pozitivní i negativní motivaci k léčbě.

Limity v oblasti validity se výzkumnice snažila vyvážit metodologickou i obsahovou triangulací. Výhodou i nevýhodou byla zkušenost výzkumnice s pacientkami s hraniční poruchou osobnosti v rámci praxe. Výhodou mohla být schopnost adekvátního zacházení s pacientkami a pokládání otázek s respektem a citlivým způsobem, nevýhodou pak určitá míra zaujetí a předvídaní výsledků. Přínosy studie vnímá výzkumnice zejména v oblasti zjištění výsledků o cílech, které si pacientky do budoucí terapie stanovovaly. Zde spatřovala bohatost nápadů a vysoký zájem potíže řešit a efektivně na nich pracovat. I přes to, že se v rámci výzkumu objevovaly převážně negativní postoje a motivy, výzkumnice velmi ocenila vůli respondentek i přes negativní vnímání absolvovat léčbu. Přínosem tohoto výzkumu byla zajímavá zjištění o motivaci pacientek s hraniční poruchou osobnosti, která mohou podnětná pro uchopení způsobu léčby hraniční poruchy osobnosti v České republice, kde výzkumnice spatřuje prostor pro další rozvoj a zlepšení.

10 Závěr

Vyvrcholením této práce bylo uchopení výzkumného problému *motivace pacientek s hraniční poruchou osobnosti k její léčbě*, která zahrnuje zdroje postojů k léčbě, motivy k vyhledání terapie, cíle do budoucí terapie a hodnoty vztahující se k motivaci k léčbě. Práce podala ucelený přehled témat vyskytujících se v rámci motivace k léčbě, která byla zmapována pomocí interview s pacientkami, ale i s odborníky, kteří s pacientkami pracují a pomocí dotazníku hodnot (PVQ-RR). Schéma na Obrázku 11 (níže) znázorňuje témata, která vyvstala jako odpovědi na stanovené výzkumné cíle i otázky, a ve svém celku ukazuje pojetí a šíři výzkumného problému.

V rámci interview s pacientkami byla nejvýznamnějším zdrojem negativních postojů nedůvěra zejména vůči odborníkům poskytujícím léčbu. V rámci kategorie pozitivních postojů bylo nejvýraznější téma efektivity léčby. V kategorii motivů se nejčastěji objevovalo témat duševní nepohody, v kategorii cílů pak téma změření na sebe a v kategorii hodnot se ukázala být nejdůležitější hodnota rodiny.

Témata odborníků se v hlavních tématech do značné míry shodovala s tématy pacientek. Hlavním tématem v kategorii postojů v interview s odborníky byla efektivita a neefektivita léčby, v kategorii motivů k vyhledání terapie selhávání v mezilidských vztazích, v rámci kategorie cílů vyvstalo z pohledu odborníků jako nejdůležitější téma emoční regulace, v rámci kategorie hodnot bylo nejzásadnějším tématem téma rodiny.

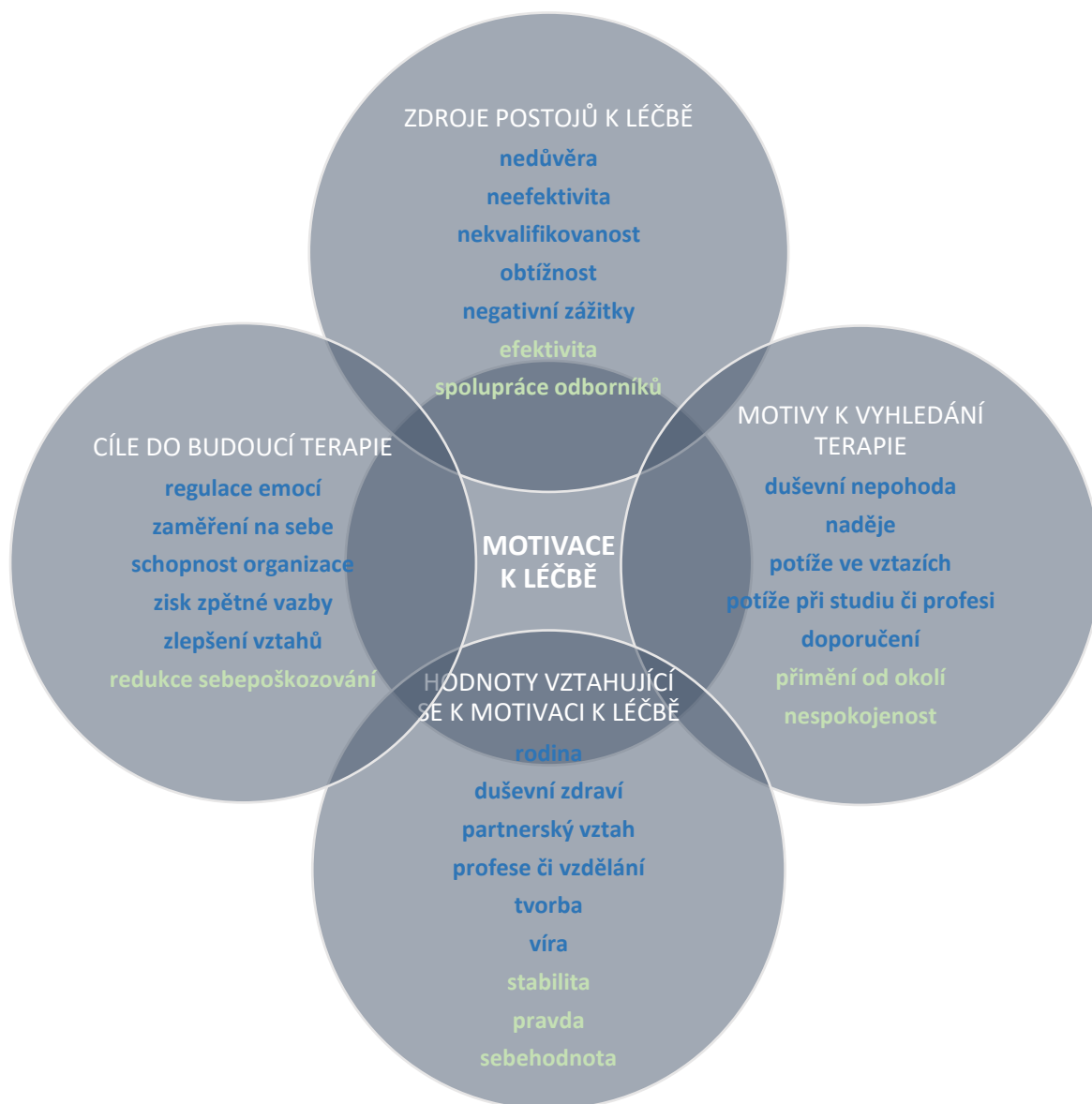
Výsledky kvantitativního přístupu ukázaly na nejvýznamnější hodnoty s ohledem na průměrný skóre napříč respondentkami. V rámci dotazníku PVQ-RR byly pro pacientky nejvýznamnější hodnoty Benevolence, Samostatnost a Univerzalismus. Naopak nejméně významnou hodnotou se ukázala být hodnota Moci.

Závěry výzkumu upozorňují na možné negativní dopady motivace na léčbu hraniční poruchy osobnosti. I přes to, že pacientky měly zájem léčbu podstoupit, objevovala se u nich výrazně více témata negativních postojů oproti pozitivním, témata negativních motivů, pocity nedůvěry, beznaděje a nespokojenosti. Naproti tomu pohled pacientek, odborníků a výsledky u faktoru Benevolence a Samostatnost v dotazníku PVQ-RR zdůraznily velký význam rodiny a blízkých osob v životě pacientek a důležitost jejich duševního zdraví.

Ačkoli není možné výsledky zobecňovat na celou populaci pacientek s hraniční poruchou osobnosti, vyvstala zde témata upozorňující na problematiku motivace a roli odborníků poskytujících léčbu ve vnímání léčby ze strany pacientek. Závěry jsou tedy podnětem pro zkoumání poskytované péče pacientům s hraniční poruchou osobnosti a pro jejich směřování

v oblasti psychoterapie s ohledem na jejich hodnoty, cíle a motivy. Zjištění o významu hodnoty rodiny zde vyzdvihuje důležitý podíl rodinných příslušníků při spolupráci na léčbě a také na motivaci pacientek účastnit se a vytrvat v léčebném procesu.

Obrázek 11: Výzkumný problém motivace k léčbě



Pozn.: Tmavě modrá barva vyznačuje témata, která vyvstala z interview s pacientkami s hraniční poruchou osobnosti, světle zelená barva představuje znázornění témat, která byla navíc zjištěna v rámci interview s odborníky.

11 Souhrn

Tato práce se zabývala problematikou hodnot, motivů a postojů u pacientek s hraniční poruchou osobnosti ve vztahu k léčbě, v rámci které bylo provedeno několik zahraničních výzkumných studií. Na poli české psychologie na potíže v oblasti motivovanosti pacientů s poruchou osobnosti k léčbě poukázal ve své knize Praško (2009). Účelem tohoto výzkumu bylo především podat komplexní pohled na tematiku motivace se zaměřením na pacientky ženy s hraniční poruchou osobnosti.

První část práce zaměřená na teorii rozpracovávala koncepty související s celkovou psychologií motivace. Bylo poukázáno na podobnosti, ale i rozdíly mezi termíny motivace, motiv, cíl, dále byly představeny různé druhy motivů a jejich klasifikace z pohledů různých autorů (Výrost et al., 2004; Plháková, 2004; Blatný, 2010). Pro tuto práci bylo stěžejní zejména dělení z pohledu Výrosta et al. (2004), kteří označili zájmy, postoje, hodnotové orientace a sociální potřeby jako celek za motivační dispozice. Následně byl nastíněn stručný přehled teorií, které se v rámci psychologie zabývaly motivací. Vysvětlení motivace z pohledu psychoanalýzy, behaviorismu, humanistické psychologie, evoluční teorie potřeb, kognitivní teorie, teorie determinujícího sebejá a teorie volní regulace jednání poukázalo na široké pojetí motivace na poli psychologie. Samostatná kapitola byla věnována sociální motivaci, která představila definice pojmů potřeba, zájem, hodnota či postoj. Teoretická část práce uváděla motivaci do souvislosti s psychologickými koncepty jako emoce a osobnost.

Následující kapitoly se zabývaly širším teoretickým uchopením hodnot. Představeny byly definice hodnot z pohledu Cakirpaloglua (2009), Schwartze (2006), Millera (2016), Oysermana (2015) a Lejeune a Luomy (2021), kteří dále představili aktuální pojetí hodnot a jejich roli v běžném životě. Dále byl vymezen proces hodnocení jako takový a představeny byly také různé druhy hodnot v rámci psychologie. Část práce byla věnována také speciálně hodnotové preferenci, která nasedala na výzkumnou část práce nejúžeji. Podobně jako koncept motivace i u hodnot bylo poukázáno na provázanost s emocemi a zaměřeno bylo i na význam úlohy hodnot v rámci psychoterapie.

Další část v rámci teorie se zabývala postoji. Z vymezení pojmu postoj vyplynula většinová shoda autorů na roli procesu hodnocení v rámci utváření postoje. Vyzdvihnout byl také vztah postoje a chování, kdy bylo poukázáno zejména na skutečnost, že chování nemusí vždy odpovídat postoji. Podobně jako u hodnot a motivace byl vymezen vztah postoje k emocím a osobnosti.

Poslední kapitola teoretické části práce se zabývala hraniční poruchou osobnosti, její léčbou a konkrétně pak výzkumy v oblasti motivace u pacientů s poruchou osobnosti. Uvedeny byly základní projevy hraniční poruchy osobnosti, její aktuální vymezení v rámci Mezinárodní klasifikace nemocí a aktuální možnosti léčby. Studie poukázaly na význam motivace pacientů a míry jejich spolupráce při úspěšném procesu léčby a provázanost motivace s hodnotami (Livesley, 2000; Cameron et al., 2014; Webb & McMurrin, 2009; Dew & Bickman, 2005; Mohi et al., 2018; Zuroff et al., 2007; Pelletier et al., 1997; Mancini & Stanghellini, 2020). Několik studií také vyzdvihlo terapeutický vztah jako prediktor k motivaci a tedy úspěšnější léčbě (Zuroff et al., 2007; Mancini & Stanghellini, 2020). Výsledky studie Wenzela et al. (2008) vyzdvihly významný dopad pozitivních postojů pacientů s hraniční poruchou osobnosti na úspěšnou léčbu a studie Butlera et al. (2002) naopak upozornila na dopad dysfunkčních přesvědčení na chování, které může vést k maladaptivitě. Na důležitou roli cílů při psychoterapeutickém procesu jako součást motivace poukázaly Fyon et al. (2019) a Lindhiem et al. (2016).

Celkově teoretická část práce ve svém souhrnu představuje neostré hranice mezi pojmy hodnot, motivů a postojů. Naopak ukazuje na vzájemné propojení těchto konceptů a zároveň jejich prolínání se v lidské osobnosti v rámci prožívání na úrovni emocí, ale i v sociální oblasti na úrovni chování.

Hlavním cílem výzkumné části práce bylo především zmapovat hodnotový systém, motivy a postoje u pacientek s hraniční poruchou osobnosti související s léčbou. Navazujícím cílem bylo také zjistit, zda se hodnoty nějakým způsobem odrážejí konkrétně v motivaci k léčbě. V návaznosti na cíle vyvstaly čtyři výzkumné otázky. První výzkumná otázka se týkala zdrojů postojů pacientek k léčbě, druhá otázka se zaměřovala na to, jaké motivy vedly pacientky k vyhledání terapie, další otázka se zabývala cíli, které si pacientky do budoucí terapie stanovují a poslední otázka k tématu, jak pacientky vnímají osobně významné hodnoty ve vztahu k jejich motivaci k léčbě.

S ohledem na cíle výzkumu byl jako typ výzkumu zvolen smíšený přístup sekvenčního typu s důrazem na kvalitativní přístup. V rámci kvalitativního přístupu byl pak zvolen design tematické obsahové analýzy dat a v rámci kvantitativního přístupu deskriptivní statistická analýza dat. Při obsahové analýze bylo postupováno deduktivně, kdy byla předem stanovena témata nasedající na cíle výzkumu (kategorie postojů, motivů, hodnot a cílů), do kterých byla zařazována jednotlivá podtémata. Metodou získávání dat bylo v rámci kvalitativního přístupu polostrukturované interview a v rámci kvantitativního přístupu Schwartzův dotazník hodnot (PVQ-RR), pomocí něhož bylo měřeno 10 typů hodnot. Realizace interview

i administrace dotazníku probíhaly ve standardizovaném prostředí organizace Kaleidoskop, o.s., kam respondentky přicházely z důvodu zájmu podstoupit psychoterapii. Některá interview byla realizována online formou. Informovaný souhlas byl získáván ústní formou před začátkem interview. Z důvodu triangulace dat byla provedena také interview s odborníky pracujícími s pacientkami s hraniční poruchou osobnosti.

Pro výběr respondentů byl zvolen kriteriální typ výběru. Respondentky byly do výzkumu vybírány na základě pohlaví, věku, diagnózy, zájmu o psychoterapii a jejich míry stabilizace. Celkem se výzkumu zúčastnilo 7 respondentek ve věku mezi hodnotami 18 a 35 let. Z důvodu triangulace dat se výzkumu dále zúčastnili dva odborníci (sociální pracovnice a klinický psycholog), kteří s pacientkami pracují. Účast respondentů byla zcela dobrovolná a anonymní na základě jejich informovaného souhlasu s možností od výzkumu kdykoli odstoupit. Všichni respondenti souhlasili se zhotovením nahrávky interview pro účely jeho transkripce. Výzkumnice dbala na dodržování etických zásad dle Helsinské deklarace, Etického kodexu psychologické profese a dodržování zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů a zákonné normy Obecného nařízení o ochraně osobních údajů (GDPR).

Na základě tematické obsahové analýzy se podařilo identifikovat několik témat v rámci předem stanovených kritérií. V rámci kategorie negativních postojů vyvstala čtyři nejzásadnější témata: neefektivita, nedůvěra, nekvalifikovanost a obtížnost. Ukázalo se, že nejvýznamnějším zdrojem negativních postojů byla nedůvěra pacientek zejména vůči odborníkům poskytujícím léčbu. V rámci nedůvěry hrála nejdůležitější roli subtémata nepochopení a odmítnutí či neochota ze strany okolí. Druhým nejvýznamnějším tématem bylo vnímání léčby ze strany pacientek jako neefektivní, která byla spojena s beznadějí na zlepšení jejich stavu a s vnímáním nedostačující pomoci ze strany odborníků. Nejméně významným tématem pak pro pacienty byla obtížnost, která zahrnovala jak obtížnost léčby a práce na zmírňování projevů hraniční poruchy osobnosti, tak obtížnost se otevřít a svěřit se svými obtížemi odborníkům. Všechna tyto témata byla u pacientek spojená s nějakou vlastní negativní zkušeností.

Kategorie zdrojů pozitivních postojů k léčbě obsahovala méně témat než kategorie postojů negativních. Nalezeny byly dva nejvýznamnější zdroje. Pro pacientky byla důležitá naopak efektivita léčby, kterou vnímaly opět zejména na základě vlastní zkušenosti. Pacientky například vnímaly zmírnění emočních výkyvů díky medikaci, nebo si prošly psychoterapií, kde se naučily dovednosti, které jim subjektivně pomohly zvládat náročné situace. Klíčovou roli v rámci pozitivních postojů pro pacientky hrála roli míra spolupráce

ze strany odborníků. Pacientky vyjadřovaly pozitivní postoj, pokud vnímaly zájem o jejich potíže a o pomoc z jejich strany. Roli však hrály také sympatie vůči odborníkům a emoce, které v přítomnosti odborníka cítily.

Další kategorií byla kategorie motivů k vyhledání terapeutické pomoci. V rámci této kategorie vyvstalo 5 hlavních témat: duševní nepohoda, naděje, potíže ve vztazích, potíže při studiu či profesi a doporučení. Zdaleka nejvíce dominoval motiv duševní nepohody. Pacientky se zmiňovaly o emočních výkyvech, úzkostech, depresích, stresu, traumatu, sebepoškozování a sebevražedných sklonech jako silných aspektech, které jim velmi znesnadňují žít spokojený život. Potíže ve vztazích byly druhým nejvýznamnějším tématem, které pacientky zmiňovaly jako důvod podstoupit psychoterapii. Několik pacientek také zmínilo, že v léčbě, o kterou se ucházejí vidí naději a domnívají se, že tento způsob léčby by mohl fungovat. Dalším tématem bylo doporučení od odborníka či známého pacientek, které je přimělo se o terapii ucházet. Nejméně významným motivem byly potíže při studiu či profesi, které se týkaly pouze studující pacientky a pacientek pracujících či ucházejících se o práci.

V kategorii cílů vyvstalo celkem 5 hlavních témat: zaměření na sebe, regulace emocí, schopnost organizace, zlepšení vztahů a získání zpětné vazby. Nejvýznamnějším tématem bylo pro pacientky zaměřit se v terapii na sebe. Objevovala se témata sebehodnoty, přijetí, sebepoznání a spokojenosti, na kterých by pacientky chtěly pracovat. Dalším velmi významným cílem byla pro pacientky regulace emocí. Pacientky si v této oblasti vymezovaly dílčí subtémata a to v rámci procesu regulace emocí jako rozpoznání, kontrola a stabilita. Schopnost organizace byla pro pacientky důležitá zejména z důvodu, že se jim nedaří udržovat stabilní denní režim patrně kvůli jejich emočním výkyvům. Měly zájem naučit se pracovat s časem a zaměstnat se v rámci dne činnostmi. Dalším cílem bylo pro pacientky zlepšit vztahy a to jak s blízkými tak ve skupině v rámci skupinové terapie. Nejméně významným tématem pak bylo přání získat v průběhu psychoterapie zpětnou vazbu a to jak od odborníků, tak od pacientů s hraniční poruchou osobnosti, kteří mají podobné obtíže.

V rámci interview s pacientkami vyvstalo celkem 6 hlavních témat v kategorii hodnot. Zdaleka nejvýznamnější hodnotou byla pro pacientky hodnota rodiny, a to zejména rodina nukleární, kdy uváděly, že jim na rodině nejvíce záleží. Další hodnotou byla hodnota duševního zdraví, kterou výzkumnice pojmenovala na základě skutečnosti, že se pacientky zmiňovaly o jeho absenci. Méně významnými hodnotami byly pak hodnoty partnerský vztah, profese či vzdělání, tvorba a víra.

V rámci kvalitativního přístupu vyvstaly dále výsledky z interview s odborníky. Zde se ukázaly být poměrně značné podobnosti s výsledky z interview s pacientkami. Hlavním tématem v kategorii postojů zde byla také efektivita a neefektivita léčby. Negativní postoje pacientky vyjadřovaly zejména k hospitalizaci a k medikaci. Dominovaly zde opět negativní postoje založené na negativních zkušenostech. V kategorii motivů k vyhledání terapie odborníci pozorovali jako nejčastější téma selhávání v mezilidských vztazích, dále nespokojenost pacientek se svým životem, přiměnění od okolí, kdy vnímaly jak pozitivní, tak negativní tlak ze strany okolí a nejméně významnou roli zde hrála také naděje. Opět zde byly zpozorovány značné podobnosti s ohledem na výroky pacientek. V rámci kategorie cílů vyvstalo z pohledu odborníků jako nejdůležitější téma emoční regulace, kdy uváděli opět zejména subtémata rozpoznání a kontrolu emocí. Odborníci považovali za časté cíle pacientek: naučit se pracovat na mezilidských vztazích, dále eliminovat sebepoškozování a nalézt způsoby funkčního způsobu chování v běžném sociálním životě. V rámci kategorie hodnot se odborníci od pacientek nejvíce lišili. Nejzásadnějším tématem bylo téma rodiny, dále téma stability, duševního zdraví, pravdy, sebehodnoty a užitečnosti pro druhé. Opakovalo se zde téma rodiny a duševního zdraví, která byla mezi nejvýznamnějšími tématy.

Výsledky kvantitativního přístupu ukázaly na nejvýznamnější hodnoty s ohledem na průměrný skóre napříč respondentkami. V rámci dotazníku PVQ-RR byly pro pacientky nejvýznamnější faktory Benevolence, Samostatnost a Univerzalismus. Naopak nejméně významným faktorem se ukázal být faktor Moci. Nejnížší hodnoty minima byly naměřeny u faktorů Moc, Úspěch a Stimulace, naopak nejvyšší hodnoty maxima u faktorů Benevolence, Samostatnost, Bezpečnost a Stimulace. U Stimulace byla také nejvyšší hodnota směrodatné odchylky a rozptylu, naopak nejméně variabilní se ukázal být faktor Univerzalismu. Krabicový graf pak ukázal existenci odlehle hodnoty u faktoru Konformity.

Výsledky ve svém závěru otevřely řadu témat spojenou s problematikou motivace k léčbě u pacientek s hraniční poruchou osobnosti. Ačkoli není možné výsledky zobecňovat na celou populaci, tento výzkum upozornil na možné negativní dopady nedostatku motivace na léčbu hraniční poruchy osobnosti. I přes to, že pacientky měly zájem psychoterapii podstoupit, objevovala se u nich výrazně více témata negativních postojů k léčbě oproti pozitivním, témata negativních motivů, pocity nedůvěry, beznaděje a nespokojenosti. Naproti tomu výzkum ze všech úhlů pohledů (pacientek, odborníků, výsledků u faktoru Benevolence a Samostatnost v dotazníku PVQ-RR) zdůraznil velký význam rodiny a blízkých v životě pacientek a jejich duševního zdraví.

Literatura

Ajzen, I., & Fishbein, M. (1977). Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*, 84(5), 888–918.

<https://doi.org/10.1037/0033-2909.84.5.888>

Blatný, M. (2010). *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Grada.

Butler, A. C., Brown, G. K., Beck, A. T., & Grisham, J. R. (2002). Assessment of dysfunctional beliefs in borderline personality disorder. *Behavior Research and Therapy*, 40, 1231–1240. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00031-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00031-1)

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

Cameron, A. Y., Palm Reed, K. & Gaudiano, B. A. (2014). Addressing Treatment Motivation in Borderline Personality Disorder: Rationale for Incorporating Values-Based Exercises into Dialectical Behavior Therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 44, 109–116. <https://doi.org/10.1007/s10879-013-9253-9>

Choi-Kain, L. W., Finch, E. F., Masland, S. R., Jenkins, J., A., & Unruh, B., T. (2017). What Works in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 4, 21–30. <https://doi.org/10.1007/s40473-017-0103-z>

Corsini, R. J. (2002). *The Dictionary of Psychology*. Brunner-Routledge.

Dew, S. E., & Bickman, L. (2005). Client expectancies about therapy. *Mental Health Services Research*, 7(1), 21–33. <https://doi.org/10.1007/s11020-005-1963-5>

Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši* (I. Bakalář, Překladař; 2. vydání). Portál. (Původně vydáno 2000)

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

Hartl, P. (2004). *Stručný psychologický slovník*. Portál.

Hayes, N. (2003). *Základy sociální psychologie* (I. Štěpaníková, Překladařka, 3. vydání). Portál. (Původně vydáno 1993)

Heckhausen, H. (1991). *Motivation and action* (P. K. Leppmann, Překladatel). Springer-Verlag Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-75961-1>

Helsinská deklarace – Etické zásady pro lékařský výzkum s účastí lidských bytostí. Světová lékařská asociace.

Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. Portál.

Horák, M., Somerlíková, K. (2017). Rozdíly v motivaci k léčbě závislosti mezi interními pacienty psychiatrických nemocnic a terapeutických komunit. *Adiktologie*, 17(3), 198–207. https://www.addictology.cz/wp-content/uploads/2018/10/kapitoly_4-3.pdf

Kluckhohn, C. (1951). Values and Value-orientations in The Theory of Action: an Exploration in Definition and Classification. In T. Parsons & E. A. Shils (Eds.), *Toward a General Theory of Action* (s. 388–433). Harvard University Press. <http://dx.doi.org/10.4159/harvard.9780674863507.c8>

Křivohlavý, J. (2004). *Pozitivní psychologie*. Portál.

LeJeune, J., & Luoma, J., B. (2021). *Životní hodnoty v terapii*. (I. Müller, Překladatel). Portál.

Lindhiem, O., Bennett, C. B., Orimoto, T. E., Kolko, D. J. (2016). A Meta-Analysis of Personalized Treatment Goals in Psychotherapy: A Preliminary Report and Call for More Studies. *Clinical Psychology*, 23(2), 165–176. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12153>

Livesley, W. J. (2000). A practical approach to the treatment of patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 211–232. [https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(05\)70152-0](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(05)70152-0)

Mancini, M., & Stanghellini, G. (2020). Values in persons with borderline personality disorder: their relevance for the therapeutic interview. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 23 (1), 449. <https://doi.org/10.4081%2Fripppo.2020.449>

Maslow, A. H. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–369. <https://doi.org/10.1037/h0054346>

- Mayring, P. (2000). Qualitative Content Analysis. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 1(2). <https://doi.org/10.17169/fqs-1.2.1089>
- Meaney, R., Hasking, P., & Reupert, A. (2016). Prevalence of Borderline Personality Disorder in University Samples: Systematic Review, Meta-Analysis and Meta-Regression. *PLoS ONE*, 11(5), e0155439. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155439>
- Miller, H. L. (Ed.). (2016). *The SAGE Encyclopedia of Theory in Psychology*. SAGE Publications.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.
- Mohi, S. R., Deane, F. P., Bailey, A., Mooney-Reh, D., & Ciaglia, D. (2018). An exploration of values among consumers seeking treatment for borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation* 5(8), 1–10. <https://doi.org/10.1186%2Fs40479-018-0085-9>
- Myers, D. G. (2016). Sociální psychologie (H. Vaňurová, Z. Paseková, M. Bildová, Překladatelky). Edika.
- Nakonečný, M. (2000). *Lidské emoce*. Academia.
- Nakonečný, M. (2014). *Motivace chování*. Triton.
- Nakonečný, M. (2020). *Sociální motivace*. Triton.
- Nariadení Evropského parlamentu a rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů). Evropská unie.
- Nelissen, R. M. A., Dijker, A. J. M., & de Vries, N. K. (2007). Emotions and goals: Assessing relations between values and emotions. *Cognition and Emotion*, 21(4), 902–911.
- Orel, M. (2016). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše* (2. vydání). Grada. (Původně vydáno 2012)
- Oyserman, D. (2015). Values, Psychology of. In J. D. Wright (Ed.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (s. 36–40). Elsevier.

- Pelletier, L. G., Tuson, K. M., & Haddad, N. K. (1997): Client Motivation for Therapy Scale: A Measure of Intrinsic Motivation, Extrinsic Motivation, and Amotivation for Therapy, *Journal of Personality Assessment*, 68(2), 414–435.
http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa6802_11
- Pine, F. (2005). Theories of Motivation in Psychoanalysis. In E. S. Person, A. M. Cooper, & G. O. Gabbard (Eds.), *The American psychiatric publishing textbook of psychoanalysis*, (s. 3–19). American Psychiatric Publishing, Inc.
- Plháková, A. (2007). *Učebnice obecné psychologie*. Academia.
- Praško, J. (2009). *Poruchy osobnosti* (2. vydání). Portál. (Původně vydáno 2003)
- Praško, J., Ocisková, M., Vyskočilová, J., Sedláčková, Z., & Možný, P. (2014). Hodnoty a kognitivně behaviorální terapie. *Psychiatrie pro praxi*, 15(2), 81–87.
- Raboch, J., & Pavlovský, P. (2012). *Psychiatrie*. Karolinum.
- Říčan, P. (2010). *Psychologie osobnosti: obor v pohybu* (6. vydání). Grada. (Původně vydáno 1973)
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2006). Self-Regulation and the Problem of Human Autonomy: Does Psychology Need Choice, Self-Determination, and Will? *Journal of Personality*, 74(6), 1557–1586. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2006.00420.x>
- Saracho, N., O. (2019). Motivation theories, theorists, and theoretical conceptions. In N. O. Saracho, N., O. (Eds.), *Contemporary Perspectives on Research in Motivation in Early Childhood Education* (s. 21–46). Information age publishing, Inc.
- Schunk, D., H., & Usher, E., L. (2019). Social Cognitive Theory and Motivation. In R. M. Ryan, *The Oxford Handbook of Human Motivation* (2. vydání, s. 11–26). Oxford University Press.
- Schwartz, S. H. (2006). Les valeurs de base de la personne: Théorie, mesures et applications [Basic human values: Theory, measurement, and applications]. *Revue française de sociologie*, 42, 249–288.

- Schwartz, S. H., Cieciuch, J., Vecchione, M., Davidov, E., Fischer, R., Beierlein, C., Ramos, A., Verkasalo, M., Lönnqvist, J.-E., Demirutku, K., Dirilen-Gumus, O., & Konty, M. (2012). Refining the theory of basic individual values. *Journal of Personality and Social Psychology, 103*(4), 663–688. <https://doi.org/10.1037/a0029393>
- Sedláčková, Z., Praško, J., Cinculová, A., Sigmundová, Z. (2015). Komorbidita hraniční poruchy osobnosti a depresivní poruchy. *Psychiatrie pro praxi, 16* (2), e13–e22. <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2015/89/03.pdf>
- Svoboda, M. (Ed.), Češková, E., & Kučerová, H. (2012). *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy* (2. vydání). Portál. (Původně vydáno 2006)
- Tholtová, J., Boruchová Sochová, H., Uhríková, E., Kováčová, E., & Deneš, M. (2016). *Praktická příručka k používání diagnostických nástrojů v kariérovom poradenstve pre dospelých*. Národný ústav celoživotného vzdelávania. <https://rozvojkariery.sk/wp-content/uploads/2018/06/Prakticka-prirucka-k-pouzivaniu-diagnostickyh-nastrojov-v-karierovom-poradenstve-pre-dospelych.pdf>
- Vágnerová, M. (2016). *Obecná psychologie: dílčí aspekty lidské psychiky a jejich orgánový základ*. Karolinum.
- VandenBos, G. R. (Ed.). (2015). *APA Dictionary of Psychology* (2. vydání). American Psychological Association. (Původně vydáno 2007) <https://doi.org/10.1037/14646-000>
- Vlčková, K. (2010, 1. prosince). *Kombinace kvantitativního a kvalitativního přístupu, metod sběru a analýzy dat: metodologické aspekty smíšeného designu výzkumu*. Informační systém Masarykovy Univerzity. https://is.muni.cz/el/1441/podzim2013/DCJDR_IMV1/um/44614898/ol_smiseny_design_pro_PdF_studenti.pdf
- Výrost, J., Slaměník, I., & a Sollárová, E. (Eds.). (2019). *Sociální psychologie: teorie, metody, aplikace*. Grada.
- Weiner, B. (1989). *Human motivation*. Psychology Press.

Wenzel, A., Jeglic, E. L., Levy-Mack, H. J., Beck, A. T., & Brown, G. K. (2008). Treatment Attitude and Therapy Outcome in Patients with Borderline Personality Disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22(3), 250–257. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.22.3.250>

World Health Organization. (2015). *International statistical classification of diseases and related health problems* (10. vydání).

World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11. vydání). <https://icd.who.int/>

Zákon č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů. Česká republika.

Zuroff, D. C., Koestner, R., Moskowitz, D. S., McBride, C., Marshall, M., & Bagby, M. R. (2007). Autonomous motivation for therapy: A new common factor in brief treatments for depression. *Psychotherapy Research*, 17(2), 137–147. <http://dx.doi.org/10.1080/10503300600919380>

Přílohy

1. Abstrakt diplomové práce v českém jazyce
2. Abstrakt diplomové práce v anglickém jazyce
3. Ukázka polostrukturovaného interview s pacientkami s hraniční poruchou osobnosti
4. Ukázka polostrukturovaného interview s odborníky
5. Ukázka procesu kódování v programu Atlas.ti

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název: Hodnoty, motivy a postoje u pacientek s hraniční poruchou osobnosti ve vztahu k léčbě

Autor: Bc. Diana Gorolová

Vedoucí: PhDr. Martin Dolejš, PhD.

Počet stran a znaků: 99 stran (202 484 znaků)

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 61

Abstrakt:

Práce se zabývá problematikou motivace pacientek s hraniční poruchou osobnosti ve vztahu k léčbě. Cílem práce bylo zmapovat hodnotový systém, zjistit, jaké jsou zdroje postojů k léčbě, motivy vedoucí do terapie a cíle do budoucí terapie pacientek. Z metod byla užitá polostrukturovaná interview s pacientkami s diagnózou hraniční poruchy osobnosti se zájmem podstoupit psychoterapii ve věku mezi 18 a 35 lety ($n = 7$) a dotazník hodnot PVQ-RR. Data byla zpracována pomocí tematické obsahové analýzy a deskriptivní statistické analýzy. Výsledky poukázaly na nejvýznamnější témata v oblasti motivace. V kategorii negativních postojů byla nejvýznamnějším tématem nedůvěra, v oblasti pozitivních postojů efektivita. V kategorii motivů vyvstala nejdůležitější témata duševní nepohody a selhávání v mezilidských vztazích, v kategorii cílů témata zaměření na sebe a emoční regulace, v kategorii hodnot téma rodiny. Nejvýznamnější hodnoty v PVQ-RR byly Benevolence, Samostatnost a Univerzalismus, naopak nejméně významnou hodnotou se ukázala být hodnota Moci.

Klíčová slova: hraniční porucha osobnosti, postoje pacientek s hraniční poruchou osobnosti, hodnoty pacientek s hraniční poruchou osobnosti, motivace k léčbě, PVQ-RR

ABSTRACT OF THESIS

Title: Values, motives and attitudes of female patients with borderline personality disorder in relationship to treatment

Author: Bc. Diana Gorolová

Supervisor: PhDr. Martin Dolejš, PhD.

Number of pages and characters: 99 pages (202 484 characters)

Number of appendices: 5

Number of references: 61

Abstract:

The thesis studies the issue of motivation of patients with borderline personality disorder in relationship to treatment. The aim of the thesis was to map the value system, to find out what the sources of attitudes towards treatment are, motives leading patients to seek therapy and goals for the patient's future therapy. The methods used were a semi-structured interview and the PVQ-RR questionnaire with patients diagnosed with BPD interested in participating in psychotherapy between the ages of 18 and 35 ($n = 7$). Data within the framework were processed using thematic content analysis and descriptive statistical analysis. The results: in the category of negative attitudes, the most significant theme was mistrust, in the area of positive attitudes it was efficiency. In the category of motives, the most important topics were mental discomfort and failure in interpersonal relationships, in the category of goals, the main topics were of self-focus and emotional regulation, and in the category of values it was family. The most significant values in the PVQ-RR were Benevolence, Self-direction and Universalism, on the other hand, the lowest value turned out to be the value of Power.

Key words: borderline personality disorder, attitudes of female patients with borderline personality disorder, values of patients with borderline personality disorder, motivation to treatment, PVQ-RR

Příloha 3: Ukázka otázek z polostrukturovaného interview s pacientkami s hraniční poruchou osobnosti

1) Jaké mají pacientky s hraniční poruchou osobnosti postoje k léčbě?

- Myslíte si, že léčba hraniční poruchy osobnosti má smysl? V čem?
- Jaké jsou Vaše osobní zkušenosti s léčbou hraniční poruchy osobnosti?
- Co si myslíte, že by pacientům s hraniční poruchou osobnosti mohlo pomoci důvěřovat v léčbu?

2) Jaké motivy vedly pacienty s hraniční poruchou osobnosti k vyhledání terapeutické pomoci?

- Z jakých důvodů jste vyhledala terapeutickou pomoc?
- Co pro Vás byl bod zlomu, kdy jste se rozhodla do ambulance zavolat či napsat a objednat se na konzultaci?
- Co Vás vedlo k tomu, vyhledat léčbu, kterou jste absolvovala před nástupem do služeb této organizace?

3) Jaké cíle chtějí pacienti s hraniční poruchou osobnosti do budoucna v terapii naplnit?

- Co od terapie očekáváte?
- Je něco konkrétního, co byste od terapie potřebovala, aby se Vaše situace zlepšila?
- Na základě potíží, které jste uvedla, že Vás trápí – dokázala byste si stanovit nějaké cíle do terapie do budoucna? Jaké by to byly? Jak by zněly?
- Máte nějaký nápad, jakým způsobem by se dalo na těchto cílech v terapii pracovat? Jak je naplnit?

4) Jak vnímají pacienti s hraniční poruchou osobnosti osobně významné hodnoty ve vztahu k jejich motivaci k léčbě?

- Dokážete říct, co Vás v životě naplňuje a co Vám dává smysl a proč?
- Na čem Vám v životě nejvíce záleží? Uveďte alespoň 3 nejdůležitější oblasti.
- Co v životě potřebujete, abyste byla spokojenější?
- Hrály či hrají tyto oblasti, které jste uvedla nějakou roli při vyhledání léčby Vaší poruchy, popřípadě jakou?

Příloha 4: Ukázka otázek z polostrukturovaného interview s odborníky

1) Jaké mají pacientky s hraniční poruchou osobnosti postoje k léčbě?

- Jak se staví Vaše klientky/pacientky k léčbě hraniční poruchy osobnosti?
- V čem Vaše klientky/pacientky vidí smysl při léčbě hraniční poruchy osobnosti?
- V čem spatřují Vaše klientky/pacientky užitečnost léčby hraniční poruchy osobnosti?

2) Jaké motivy vedly pacienty s hraniční poruchou osobnosti k vyhledání terapeutické pomoci?

- Z jakých důvodů vyhledaly Vaše klientky/pacientky terapeutickou pomoc?
- Jaké motivy je často vedou k vyhledání terapie?

3) Jaké cíle chtějí pacienti s hraniční poruchou osobnosti do budoucna v terapii naplnit?

- Jaká mají Vaše klientky/pacientky očekávání do budoucí terapie?
- Jaké cíle si většinou Vaše klientky/pacientky do budoucí terapie stanovují?
Na čem mají zájem pracovat?

4) Jak vnímají pacienti s hraniční poruchou osobnosti osobně významné hodnoty ve vztahu k jejich motivaci k léčbě?

- Jaké hodnoty jsou pro klientky/pacientky důležité? V čem vidí smysl?
- Pozoroval(a) jste, na čem klientkám/pacientkám v životě nejvíce záleží?
- Pozoroval(a) jste, zda hodnoty klientek/pacientek hrály či hrají roli v jejich motivaci k léčbě? Popřípadě, jak se to u nich projevuje či projevilo?

Příloha 5: Ukázka procesu kódování v programu Atlas.ti

Code Manager ▾ ×

Search Code Groups 🔍 Search Entities 🔍

Show codes in group **regulace emocí**

Name	Grounded	Density	Groups
<input type="radio"/> cíl - kontrola emocí	<div style="width: 100%;"></div>	3	0 [cíl - regulace emocí] [sebekontrola]
<input type="radio"/> cíl - nehrouřit se z výroků druhých	<div style="width: 100%;"></div>	1	0 [cíl - regulace emocí] [sebekontrola]
<input type="radio"/> cíl - práce s traumatem	<div style="width: 100%;"></div>	1	0 [cíl - regulace emocí] [emoční stabilita]
<input type="radio"/> cíl - snížit obavy z přenesení emocí na dcery	<div style="width: 100%;"></div>	1	0 [cíl - regulace emocí] [sebekontrola]
<input type="radio"/> cíl - udržování emoční stability	<div style="width: 100%;"></div>	1	0 [cíl - regulace emocí] [emoční stabilita]
<input type="radio"/> cíl - vyhýbat se nepříjemným situacím	<div style="width: 100%;"></div>	1	0 [cíl - regulace emocí] [sebekontrola]
<input type="radio"/> cíl - zastavit se v intenzivních emocích a zvládnout situaci	<div style="width: 100%;"></div>	1	0 [cíl - regulace emocí] [emoční stabilita]

Comment:

Select a single item to show its comment

Code Groups

- naděje (14)
- nedůvěra (26)
- neefektivita (27)
- neprofesionalita (24)
- obtížnost (18)
- organizovanost (15)
- postoje k léčbě (26)
- přijetí (5)
- regulace emocí (12)
- rozpoznání emocí (4)
- sebekontrola (8)
- sebezpoznání (11)
- spokojenost (3)
- Spolupráce (31)
- trénink dovedností (7)
- vztahy (19)
- zaměření na sebe (32)
- zaměření na sebe... (6)
- zisk dovedností (2)
- zisk zpětné vazby (7)

Zdroj: Atlas.ti (verze 23.0.8)