

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Změna kvality života po stanovení diagnózy u osob s poruchou osobnosti

Change in quality of life after the diagnosis of a person with a personality disorder



Bakalářská práce

Autor: **Jana Stejskalová**

Vedoucí práce: **Mgr. Ondrej Gergely**

Olomouc

2023

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu mé práce Mgr. Ondrejovi Gergelymu za odborný dohled, cenné rady a také za trpělivost a ochotu, kterou mi během zpracování práce poskytnul.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Změna kvality života u osob s poruchou osobnosti po stanovení diagnózy vypracovala samostatně, pod odborným dohledem vedoucího bakalářské práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Praze dne 26. 11. 2023

.....

podpis

Obsah

Úvod.....	5
Teoretická část.....	7
1. Poruchy osobnosti.....	8
1.1. Osobnost.....	8
1.2. Pomezí mezi normalitou a poruchou osobnosti.....	9
1.3. Diagnostika poruch osobnosti a obecná kritéria.....	10
1.4. Specifické poruchy osobnosti.....	11
• Paranoidní porucha osobnosti.....	12
• Schizoidní porucha osobnosti.....	12
• Disociální porucha osobnosti.....	13
• Emočně nestabilní porucha osobnosti.....	14
• Histrionská porucha osobnosti.....	15
• Narcistická porucha osobnosti.....	15
• Závislá porucha osobnosti.....	16
• Vyhýbavá (anxiózní) porucha osobnosti.....	17
• Anankastická porucha osobnosti.....	17
• Pasivně-agresivní porucha osobnosti.....	18
1.5. Diferencionální diagnostika.....	19
2. Psychoedukace osob s poruchou osobnosti.....	21
2.1. Možnosti léčby.....	21
2.2. Význam psychoedukace v procesu zotavování.....	22
2.3. Kognitivní schémata specifických poruch osobnosti.....	23
2.4. Organizace zabývající se léčbou poruch osobnosti.....	25
3. Kvalita života.....	27
Empirická část.....	29
4. Výzkumný problém a cíle práce.....	30
5. Typ výzkumu a výběr metody.....	31
6. Tvorba dat a výzkumný soubor.....	32
7. Proces zpracovávání dat.....	34
8. Interpretace výsledků.....	36
8.1. Cesta zotavování.....	36
8.2. Sebepojetí, sebepoznání a sebedůvěra.....	41
8.3. Vztahy.....	43
8.4. Zaměstnání, relaxace a zájmy.....	45

8.5. Význam stanovení diagnózy pro kvalitu života	46
8.6. Pohled odborníka	47
Diskuze	51
Závěr	55
Souhrn	56
Zdroje	58
Přílohy	63
Abstrakt bakalářské práce v českém jazyce.....	64
Abstract of thesis	65
Struktura polostrukturovaného interview s participanty s poruchou osobnosti	66
Struktura polostrukturovaného interview s psycholožkou	67

Úvod

Během úvahy o výběru tématu bakalářské práce pro mě byla volba tématu poruch osobnosti jednoznačná. Se zájmem o toto téma jsem již nastupovala do bakalářského studia. Vzhledem k mému oboru není překvapením, že mě zajímá prožívání lidí kolem. Často se oddávám pozorování druhých, studuji jejich chování a porovnávám projevy druhých lidí s mojí zkušeností i napříč s ostatními lidmi. Největší zájem ve mně vyvolávali právě ti lidé, kteří se svým chováním odlišovali od zbytku své sociální skupiny a vytvářeli ve mně otázky, na které jsem hledala odpovědi. Touto cestou jsem se dostala až k poruchám osobnosti, které sice způsobují odchylky v chování a prožívání, avšak neznamena to, že každý, kdo se svým chováním vymyká má poruchu osobnosti. Problematika odlišení dvou rovin jedné oblasti je obecně složitá, nejen v rámci oboru psychologie a otázkách patologie a normality. V textu práce se částečně věnuji i úvahám odborné veřejnosti nad vymezením rozdílu mezi poruchami osobnosti a normální osobností, a i pro autory odborných textů je tato otázka nesnadným úkolem. Nejvíce mě však zaujal dimenzionální model, který k poruchám osobnosti a normální osobnosti přistupuje jako ke dvěma pólům a lidskou populaci tvoří vše co je mezi tím. Čím blíže je člověk k pólu poruchy osobnosti, tím více bude jeho život ovlivněn aspekty této poruchy. Nevylučuje tedy, že ačkoli člověk nedosahuje závažnosti poruch osobnosti, může zažívat obtíže, které zažívá člověk s poruchou osobnosti, ale svými jinými vlastnostmi je zvládá lépe kompenzovat. Léčebné principy, které fungují u lidí s poruchami osobnosti, by mohly být nabízeny i lidem s pouze vystupňovanými rysy a zlepšit kvalitu jejich života. Jedním z principů, které považuji za klíčový je porozumění vlastnímu prožívání a chování. Mým původním záměrem bylo nalézt tyto lidi a poskytnout jim psychoedukaci, která by vycházela z poruch osobnosti. Na druhou stranu, neměla jsem důkazy, že by právě znalost diagnózy a s ní spojená psychoedukace vedla ke zlepšení kvality života. Také jsem neznala zkušenost lidí s diagnostikovanou poruchou osobnosti s procesem sžívání se s informací, že mají poruchu osobnosti, jaké byly jejich potřeby a jaký byl celý příběh sebepřijetí, pokud k němu vůbec došlo. Rozhodla jsem se proto pro zodpovězení těchto otázek.

Cílem praktické části práce je popsat zkušenost lidí s diagnózou porucha osobnosti se změnami kvality jejich života po stanovení diagnózy. V teoretické části popisují základní pojmy potřebné pro celkové pochopení tématu, tedy včetně kapitoly kvalita života a

psychoedukace osob s poruchou osobnosti. Praktická část je tvořena kvalitativním výzkumem souboru pěti participantů s některou ze specifických poruch osobnosti, který doplňuje pohled psycholožky. Výpovědi participantů jsou zpracovány principy fenomenologické interpretativní analýzy a dále rozděleny do pěti tematických celků.

Ráda bych zde upozornila, že ačkoli poruchy osobnosti nejsou nemocí v pravém slova smyslu, pro větší jazykovou pestrost užívám v této práci v kontextu poruch osobnosti také pojem onemocnění.

Teoretická část

1. Poruchy osobnosti

Tato diagnóza postihuje celou osobnost. Chování a prožívání člověka s poruchou osobnosti se významně odlišuje od normální zdravé osobnosti a odklání se tak od očekávání podmíněného kulturou, v které jedinec žije (Cakirpaloglu, 2012). Přesto hranice mezi normálními projevy chování a prožívání a poruchou nemusí být vždy zřetelná. I tato diagnóza, i když není v pravém slova smyslu nemocí (Cakirpaloglu, 2012), má určitá kritéria, která, když daný člověk splňuje, bude se pravděpodobně jednat o poruchu osobnosti. Obecně ji lze definovat jako maladaptivní způsoby chování, které si člověk neuvědomuje jako poruchové, a z toho důvodu trpí on nebo jeho okolí (Mombour & Bronisch, 1998). Vzorce chování jsou s člověkem spjaté, jelikož je zasažena celá osobnost. Změna je složitý dlouhodobý proces, který vyžaduje nadhled nad svým chováním, motivaci a trpělivost. Jedinci se s poruchou osobnosti mohou narodit, nebo má na vznik poruchy vliv prostředí. Psychosociální model navrhuje kombinaci obou faktorů, tedy že člověk v sobě měl určité dispozice, které se nevhodným prostředím rozvinuly (Paris, 1998). Přesná etiologie je složitá, není možné ji určit pomocí genetického vyšetření a zjišťování se provádí pouze pomocí anamnézy (Praško, 2015).

1.1. Osobnost

Protože poruchy osobnosti postihují celou strukturu osobnosti, považují za vhodné vymezit pojem osobnost a normální osobnost.

Všeobecně lze říct, že osobnost je souhrn charakteru, temperamentu, schopností a celkové konstituce člověka. Přičemž charakter autoři označují za získaný a temperament za vrozenou dispozici psychiky (Cakirpaloglu, 2012). Skládá se tedy z určitých vlastností, které jsou buďto vrozené, nebo získané, a v průběhu individuálního života se vyvíjí. V moderním pojetí temperament určuje emoční ladění osobnosti, a ačkoli je neměnný, je možné naučit se usměrňovat chování determinované temperamentem (Říčan, 2013). Podrobný popis osobnosti a její struktury přesahuje možnosti této práce, avšak v kontextu tématu je potřeba zmínit, že u člověka s poruchou osobnosti oproti lidem, u nichž není osobnost postižena, dosahují některé temperamentové a charakterové vlastnosti extrémní podoby a nad jinými nápadně vystupují, nebo jsou naopak utlumeny. V důsledku toho pak lze klasifikovat poruchu osobnosti na jednotlivé typy, podle toho, které rysy jsou u jedince zvláště zřetelné (Orel, 2016).

Každá osobnost je jedinečná, má nespočet vlastností, jejichž kombinace se v interakci s vnějším světem projevuje ve specifickém chování a prožívání. Přesah chování a prožívání za hranice normality je možné určit z několika pohledů. Pro téma práce je důležitá především norma skupinová, sociální, osobní a etická. Narušení těchto norem se projevuje jako neadekvátní nebo sociálně nepřijatelné chování, které se odlišuje od očekávání v určité kultuře (Esterberg et al., 2010). Často se uvádí, že chování člověka s poruchou osobnosti je výrazné. Avšak ne vždy je výstřední chování viditelné okamžitě (MZČR, n.d.). Míra patologie poruch osobnosti je rozmanitou škálou a porušování norem se může projevit až při dlouhodobějším nebo intenzivnějším vztahu.

1.2. Pomezí mezi normalitou a poruchou osobnosti

Někteří autoři v diskuzi o nejučinnější přístup v diagnostice poruch osobnosti upozorňují na dimenzionální model (například Clark et al. 1997; Reardon, et al., 2018; Tyrer, 2016; Monaghan & Bizumic, 2023). Dimenzionální model připouští, že mohou existovat varianty poruch osobnosti, které nesplňují všechny body potřebné pro stanovení diagnózy, tak jak je určuje kategoriální systém, ale jen jejich část. V tomto přístupu jsou na pomyslném kontinuu poruchy osobnosti protipólem proti normální osobnosti a různí lidé se různě vyskytují na tomto pásmu. Hranice mezi normou a patologií není zřetelná. Někteří odborníci přistupují k diagnostice z hlediska adaptability v hlavních oblastech života a pro přítomnost diagnózy považují za rozhodující nezpůsobilost člověka docházet bez větších obtíží do zaměstnání nebo školy, vytvářet a udržovat stabilní přátelské nebo partnerské vztahy, trávit volný čas smysluplně, a maladaptivní vzorce chování, například sebevražedné myšlenky nebo pokusy, sebepoškozování, závislosti apod. Někteří autoři zmiňují případy jedinců, u kterých se poruchové rysy projevují jen ve stresových situacích, a připouští řešení zavedení mezistupně mezi poruchami osobnosti a normalitou (Pukrop et al., 1998). Také Tyrer & Johnson (1996) v rámci pěti fází přítomnosti poruchy vzali v úvahu obtíže nedosahující prahu diagnózy.

Dá se předpokládat, že lidé vyskytující se v pásmu normy, poblíž pomyslné hranice, mohou mít obtíže podobné těm, jaké zažívají lidé s poruchou osobnosti (Karukivi et al., 2017). Jsou také případy pacientů s původně diagnostikovanou poruchou osobnosti, kteří po určité době terapie nesplňovali diagnostická kritéria, avšak přetrvávající rysy jim nadále snižovaly kvalitu života (Bateman et al., 2015). Jedinci, jejichž vlastnosti se blíží maladaptivním

variantám, které jsou typické pro pacienty s poruchami osobnosti, se obtížněji vyrovnávají s adaptabilitou v různých oblastech života, převážně sociální adaptace bývá narušena (Karukivi et al., 2017). Avšak funkční hladina neodpovídá závažnosti poruch osobnosti. Na terapii by tak tito jedinci mohli zareagovat velmi dobře (Paris, 1998).

Podobně jako u lidí s poruchou osobnosti by identifikace podprahové úrovně v rámci dimenzionálního modelu mohla otevřít nové možnosti léčby, přispět k porozumění projevům a oboustranně snížit interpersonální bariéry.

1.3. Diagnostika poruch osobnosti a obecná kritéria

Stanovení diagnózy poruchy osobnosti patří k nejsložitějším, nezřídka se stává, že u jednoho pacienta se víc odborníků neshodne na tom, zda se o poruchu osobnosti jedná či nikoli, případně kolik a jaké diagnózy pacient má (Praško, 2015). Značná kritéria se pro více poruch překrývají a kritéria pro klasifikaci poruch osobnosti nejsou dostatečně validní (Bernstein et al., 2007; Schroeder et al., 2010). Proces také ztěžuje skutečnost, že se u pacientů s poruchou osobnosti vyskytuje častá komorbidita s dalšími poruchami (Blackburn, 2000). Obecná diagnostická kritéria podle MKN-10 pro specifické poruchy osobnosti jsou:

1. Je průkazné, že charakteristická a trvalá vnitřní struktura a projevy chování jedince jsou jako celek zřetelně odchylné od očekávaného přijatelného průměru chování dané společnosti. Tato odchylka se musí projevovat ve více než jedné z následujících oblastí:
 - (1) poznávání
 - (2) emotivita
 - (3) ovládání svých impulzů a uspokojování potřeb
 - (4) způsob chování k ostatním a zvládnutí interpersonálních situací.
2. Odchylka se musí projevovat jako výrazně nepřizpůsobivé, maladaptivní nebo jiným způsobem dysfunkční chování (v rámci širšího okruhu osobních a sociálních situací).
3. Způsob chování podle bodu 2 je příčinou obtíží nebo má nepříznivý dopad na sociální okolí.
4. Odchylka je stálá a dlouhotrvající, začala ve věku pozdního dětství nebo adolescence.
5. Odchylku nelze vysvětlit jako projev nebo důsledek jiné duševní poruchy dospělého věku (současně se mohou vyskytovat epizodické nebo chronické stavy z oddílů F00-F59 nebo F70-F79).

6. Odchylka není důsledkem organického onemocnění, úrazu ani dysfunkcí mozku (Praško, 2015).

Dále se uvádí, že se střídá období s příznaky a latentní (Orel, 2016), přičemž výraznější projevy se objevují v situacích spojených s vyšší mírou stresu a nároků na psychickou zátěž (Bronisch et al., 1998).

Důležité je zmínit, že pacienti s poruchou osobnosti mají omezenou schopnost poučit se ze zkušenosti (Vágnerová, 2004) a často nevidí problém u sebe, ale v situaci nebo druhých lidech (Piper & Ogrodniczuk, 2001), pociťují tak malou motivaci ke změně. Je možné, že tyto faktory přispívají ke stabilitě dysfunkčních vzorců.

Jak již bylo zmíněno, poruchy osobnosti mají různé stupně závažnosti, při určení závažnosti lze pohlížet na konzistenci sebepojetí, přítomnost disociativních stavů, psychotických vjemů, nebo vážnost sebepoškozování (Bach et al., 2022).

Možnosti diagnostiky jsou dotazníkové metody, rozhovor a pozorování. Vzhledem k deficitu ve schopnosti nahlížet na své osobnostní rysy (Blackburn et al., 2004) se rozhovor jeví jako validnější. V něm je však problematické hledisko času, posuzování poruchy osobnosti během krátké chvíle nevede k objektivním závěrům. Může se stát, že vyšetřující odborník bude klást přílišný důraz na aktuální projevy, ačkoli u poruch osobnosti platí, že míra příznaků kolísá, nebo upozadí význam sdělení rodiny a přátel pacienta. Obecně se doporučuje multidimenzionální přístup při vyšetřování tohoto typu poruch (Blackburn et al., 2004). Spolehlivost posouzení přítomnosti poruchy osobnosti u pacienta by mohlo zvýšit zhodnocení více odborníky.

1.4. Specifické poruchy osobnosti

Jednotlivé typy mají několik společných znaků, některé jich vzájemně mají společného víc s jinými nebo se mohou prolínat. Na základě podobných znaků je lze rozdělit do kategorií. Podle toho, zda je porucha obtěžující zejména pro nositele nebo jeho okolí, je lze dělit do dvou skupin. U egosyntonních forem je nižší motivace k léčbě, protože dotyčný nevnímá potřebu změny, u egodystonní formy dotyčný naopak poruchou trpí a změnu vyhledává (Orel, 2016), přesto i u této formy úspěšnost závisí na několika faktorech a jsou zde překážky, které léčbu znesnadňují. Dále je možné dělit je podle společného výrazného rysu (Esterberg et al., 2010), do excentriků či podivínů se řadí paranoidní, schizoidní a

schizotypní porucha. Za emotivní, dramatizující a nestálé se považují rysy u disociální, hraniční, histrionské a narcistické poruchy. Poslední skupinou jsou poruchy úzkostné, vyhýbavé a bázlivé, tedy závislá, vyhýbavá a anakastická porucha osobnosti (Bernstein et al., 2007).

- Paranoidní porucha osobnosti

Lidé s touto poruchou se vyznačují nadměrnou nedůvěřivostí vůči jiným lidem. Jsou vztahovační (Esterberg et al., 2010) a i neutrální nebo sympatizující chování si mohou interpretovat jako útočné nebo opovrhující. Kritika a odmítnutí v nich vyvolávají přehnaně negativní pocity a nedokážou se s nimi adekvátně vyrovnat (Praško, 2015). Podezíravost může dosahovat extrémních podob, při kterých se člověk s paranoidní poruchou osobnosti obává spiknutí (Vágnerová, 2004) a vyhledává usvědčující důkazy (Praško, 2015). Ve vztazích jsou konfliktní a žárliví, vyzdvihují svou důležitost a obviňují druhé (Esterberg et al., 2010).

Pro diagnostikování musí být splněny alespoň čtyři z těchto příznaků, které stanovuje MKN-10:

1. nadměrná citlivost k odstrkování a odbývání;
2. tendence k trvalé zášti, tj. odmítání odpustit urážky, bezpráví a zlehčování a uražená ješitnost;
3. podezíravost a sklon k překrucování a chybné interpretaci neutrální nebo přátelské akce druhých jako nepřátelské nebo pohrdavé;
4. bojovný a úporný smysl pro osobní práva bez ohledu na bezprostřední situaci;
5. opakované neoprávněné podezírání manželského nebo jiného sexuálního partnera ze sexuální nevěry;
6. sklon ke zdůrazňování důležitosti vlastní osoby projevující se trvalým vztahováním všeho ke svému já;
7. zabývání se nepodloženým „konspiračním“ vysvětlováním událostí kolem sebe nebo ve světě vůbec (Praško, 2015).

- Schizoidní porucha osobnosti

Pro tuto poruchu se uvádí jako typický znak nedostatek zájmu o mezilidské vztahy, o sociální kontakt obecně (Esterberg et al., 2010) a o zájmy druhých. Čas vyplňují činnostmi nevyžadujícími druhé lidi, sněním a prací, která je často samotářská (Orel, 2016). V povaze

a projevech jsou to lidé navenek lhostejní až chladní, charakteristická je omezená schopnost vyjádřit své emoce, prožívat je a číst některé emoce u druhých i sebe (Coolidge et al., 2013). Vztahy s lidmi jim nepřinášejí potěšení a zároveň se chrání před zraňujícími pocity a konflikty, které neumí dostatečně dobře zpracovávat (Praško, 2015). Nemusí být tedy úplně pravda, že by o vztahy nestáli, ale jsou pro ně příliš ohrožující. Také se vyznačují svéráznou logikou a chováním, jež je druhými vnímáno jako podivínské. (Praško, 2015).

Pro diagnostikování musí být splněna alespoň čtyři z těchto příznaků, stanovena MKN-10:

1. málo činností, pokud vůbec nějaké, skýtá potěšení;
2. emoční chlad, odstup nebo oploštělá emotivita;
3. omezená schopnost vyjadřovat vřelé, něžné city nebo zlobu vůči jiným lidem;
4. zjevná lhostejnost ke chvále a kritice;
5. malý zájem o sexuální zážitky s jinou osobou (ve srovnání s jinými stejného věku);
6. téměř trvalá obliba samotářských činností;
7. nadměrná pozornost věnovaná fantazii a introspekci;
8. nedostatek blízkých přátel nebo důvěrných vztahů (nebo jenom jeden) a nedostatek touhy po takových vztazích;
9. výrazná necitlivost k převládajícím společenským normám a konvencím (Praško, 2015).

- **Disociální porucha osobnosti**

Příznaky tohoto typu se nejvíce přibližují popisu zastaralého pojmu „psychopatie“ (Blackburn, 2000), který původně zahrnoval všechny poruchy osobnosti. Jedinci se vyznačují neschopností empatie a sebereflexe, upřednostňováním uspokojování vlastních potřeb bez ohledu na pocity ostatních, navíc jsou tyto potřeby i cesty k jejich naplňování často v rozporu s morálními hodnotami, normami a někdy i zákony. Pozbývají svědomí a pocity viny. Také je častým rysem nízká frustrační tolerance vedoucí ke zvýšené agresivitě. Už v dětství se u nich objevují časté lži, drobné krádeže, záškoláctví, ubližování zvířatům nebo slabším dětem a jiné poruchy chování (Praško, 2015). Před autoritami se dovedou přesvědčivě přetvařovat, a pokud jsou odhaleni, předstírají lítost.

Pro diagnostikování musí být splněny nejméně tři z následujících příznaků:

1. chladný nezájem o cítění druhých
2. hrubý a trvalý postoj nezodpovědnosti a bezohlednosti vůči společenským normám, pravidlům a zákazům

3. neschopnost udržet trvalé vztahy při nedotčené schopnosti takové vztahy bez obtíží vytvářet
4. velmi nízká tolerance k frustraci a nízký práh pro uvolnění agrese, včetně násilí
5. neschopnost zakoušet vinu a poučit se ze zkušenosti, zvláště z trestu
6. výrazná tendence ke svádění viny na jiné nebo k uvádění racionálních vysvětlení pro chování, které jedince přivádí do konfliktu se společností (Praško, 2015).

- Emočně nestabilní porucha osobnosti

Řadí se mezi nejčastěji diagnostikované ze všech poruch osobnosti (Cakirpaloglu, 2012). Může to mít více důvodů, projevy jsou natolik široké, že odpovídají rysům většího počtu pacientů, také jsou charakteristické tím, že významně snižují kvalitu spokojenosti osob s těmito příznaky a lidé s ní často sami vyhledávají pomoc a také proto, že u hraniční poruchy osobnosti je vysoká suicidální tendence a pacienti se do kontaktu s psychiatrickou péčí dostanou kvůli hospitalizaci. Dělí se na dva podtypy, hraniční a impulzivní typ. Druhý typ vyniká impulzivitou a neschopností regulovat své emoce. Podle Parise (1988) intenzita příznaků s věkem klesá (Paris, 1998). U hraničního typu se často uvádí, že pacienti nemají vyhraněné hranice v oblasti orientace sexuality, představách o sobě samých a svých cílech. Typické jsou pocity prázdnoty, rychlé střídání nálad bez adekvátní příčiny, černobílé dělení světa, včetně lidí, kteří je obklopují. Nezřídka jeden den někoho hluboce milují a druhý den ho nenávidí. Emoce prožívají a dávají najevo expresivně bez schopnosti odkladu, což ostatní nehodnotí vždy s pochopením, z toho plynou i nechápavé a odmítající reakce, na které jsou lidé s hraniční poruchou značně citliví. Doprovází ji obvykle sebepoškozování, pokusy o sebevraždu, promiskuitní chování a abúzus návykových látek (Praško, 2015).

Pro impulzivní typ platí následující kritéria, přičemž musí být splněny alespoň tři a jedním z nich musí být (2):

1. zřetelná tendence jednat neočekávaně a bez uvážení následků
2. zřetelná tendence k nesnášenlivému chování a ke konfliktům s ostatními, zvláště když je impulzivní chování někým přerušeno nebo kritizováno
3. sklon k výbuchům hněvu nebo zuřivosti s neschopností kontrolovat následné explozivní chování
4. obtíže se setrváním u jakékoliv činnosti, která nenabízí okamžitý zisk
5. nestálá a nevypočitatelná nálada.

U hraničního typu musí být splněny nejméně tři příznaky z kritéria pro impulzivní typ a nejméně dva z následujících:

1. narušená a nejistá představa o sobě samém, cílech a vnitřních preferencích, včetně sexuálních
2. sklon k zaplétání se do intenzivních a nestálých vztahů, které často vedou k emočním krizím
3. přehnaná snaha vyhnout se odmítnutí
4. opakované nebezpečí nebo realizace sebepoškození
5. chronické pocity prázdnoty (Praško, 2015).

- **Histrionská porucha osobnosti**

Výrazné rysy u těchto pacientů jsou tendence k přehnanému dramatizování a egocentrismus, neustálá potřeba být středem pozornosti bývá zdrojem konfliktů, při pocitu, že musí o pozornost soupeřit, se nezdráhají druhé osoby zákeřně zesměšňovat nebo ponižovat. Spřádají elitářská seskupení ve svých sociálních skupinách proti svým sokům a členům, kteří jim nevyhovují (Orel, 2016). Pozornost vytváří poutavými historkami, koketují, jsou emotivní, aby si získali náklonnost, falešně vyjadřují lítost a empatii (Vágnerová, 2004). Ve své snaze být viděni a slyšeni mohou vzniknout trapné situace, avšak osoba s histrionskou poruchou rozpaky necítí, a naopak je sama se sebou spokojena.

Musí být splněny nejméně čtyři z následujících příznaků:

1. sebedramatizace, teatrálnost, přehnané emoční projevy
2. sugestibilita snadno ovlivnitelná jinými lidmi nebo okolnostmi
3. mělká a labilní emotivita
4. neustálé vyhledávání vzrušení a činností, při kterých je jedinec středem pozornosti
5. nepřiměřené koketérie ve vzhledu a chování
6. nadměrná pozornost věnovaná vlastní fyzické přitažlivosti (Praško, 2015).

- **Narcistická porucha osobnosti**

U tohoto typu se objevují pocity grandiozity a výjimečnosti. Jsou to však jen vnější projevy a uvnitř člověk trpí pocity méněcennosti, tato skutečnost je nevědomá a člověk si ji explicitně nepřipouští. Naopak přesvědčuje sebe i okolí o své výjimečnosti, a pokud se setká s nesouhlasem, označí si sám pro sebe dotyčného za hlupáka (Vágnerová, 2004). Často s ostatními manipulují, podobně jako u dalších poruch osobnosti jde jim především o

naplňování vlastních potřeb a k ostatním necítí dostatek empatie (Orel, 2016). Jsou citliví na odmítnutí a domnělé projevy nesympatie, prožívají toto hůře, než je běžné. Rádi jednají pouze s objektivně důležitými lidmi (Cakirpaloglu, 2012). Do terapie se dostávají kvůli depresím a úzkostem pramenícím z problémů v práci a nefungujících vztahů.

Jedinec musí vykazovat nejméně pět z následujících charakteristik:

1. velikášská představa o vlastní důležitosti (např. jedinec přeceňuje dosažené úspěchy a svoje vlohy atd.)
2. zaujetí fantaziemi o absolutním úspěchu, moci, vlastní skvělosti, kráse nebo ideální lásce
3. víra, že je „zvláštní“ a jedinečný a že může být pochopen a být ve spojení opět pouze se zvláštními nebo vysoce postavenými lidmi nebo institucemi
4. potřeba nekonečného obdivu
5. představa o zvláštní privilegovanosti, neoprávněné očekávání zvláště slibného způsobu léčby nebo automatického splnění jeho přání a očekávání
6. využívání interpersonálních vztahů ve svůj prospěch tak, že využívá výsledků jiných osob k dosažení vlastních cílů
7. absence empatie, váhavost a neochota rozpoznat nebo se vžít do pocitů nebo potřeb jiných lidí
8. často závidí jiným nebo věří, že jiní závidí jemu
9. arogantní, zpupné chování a přístupy (Praško, 2015).

- [Závislá porucha osobnosti](#)

Tito lidé mají nízké pocity vlastní hodnoty a necítí se být schopní toho, aby rozhodovali o sobě samých. Jsou submisivní, cítí strach, pokud by měli být samostatní a za něco zodpovědní (Cakirpaloglu, 2012). Ostatním podlézají a lichočí, pasivně souhlasí s jejich rozhodnutím, nebo názory. Bývají snadnou kořistí pro vykořisťování a zneužívání, protože se mu nedokážou ve strachu z opuštění bránit. Myslí, že by se o sebe nedokázali postarat a raději snáší utrpení ze soužití s člověkem, který je ponižuje, nebo napadá (Vágnerová, 2004). Na svých partnerech jsou závislí, chtějí s nimi neustále být, a pokud jim v tom okolnosti brání, upadají do depresí (Praško, 2015). Někdy nejsou schopni samostatně vycházet z domova ani být sami doma.

Musí být splněny nejméně čtyři z následujících příznaků:

1. vybízení jiných lidí nebo dovolování jim, aby za jedince přebírali odpovědnost za důležitá životní rozhodnutí
2. podřizování vlastních potřeb jiným osobám, na nichž je jedinec závislý, a přílišné vyhovování jejich přáním
3. neochota vznášet i rozumné požadavky na osoby, na nichž je jedinec závislý
4. pocity, že není ve své kůži, neboť trpí obavami, že nebude schopen postarat se sám o sebe
5. stálé obavy, že bude opuštěn osobou, ke které má těsný vztah, a že se bude muset starat sám o sebe
6. omezená schopnost dělat běžná rozhodnutí, aniž by se poradili nebo si je nechali schválit (Praško, 2015).

- Vyhýbavá (anxiózní) porucha osobnosti

Není totéž jako úzkostná porucha. Kromě úzkosti se projevuje strachem z interakce s druhými lidmi, protože se obávají kritiky a potvrzení, že jsou ostatní hodnotnější. Provází je pocit nízké sebehodnoty, nedůvěra ve své schopnosti, strach z neúspěchu a nedostatečnosti v jakékoli oblasti. Předem se vyhýbají společenským situacím, protože se domnívají, že v nich hrozí porovnávání se s jinými lidmi a že budou ostatními hodnoceni. Zveličují i malé neúspěchy a potvrzují si v nich svou neschopnost (Cakirpaloglu, 2012).

Musí být splněny nejméně čtyři z následujících příznaků:

1. trvalé a pronikavé pocity napětí a obav
2. přesvědčení o vlastní sociální nešikovnosti, nedostatku osobní přitažlivosti nebo vlastní neschopnosti ve srovnání s jinými
3. nadměrné zabývání se tím, že bude kritizován nebo odmítnut v sociálních situacích
4. nechť stýkat se s lidmi, pokud není jisté, že bude oblíben
5. omezení v životním stylu kvůli potřebě fyzické jistoty
6. vyhýbání se sociálním a pracovním činnostem, pro něž jsou významné meziosobní kontakty kvůli strachu z kritiky, nesouhlasu nebo odmítnutí (Praško, 2015).

- Anankastická porucha osobnosti

Mezi hlavní rysy patří přehnaná svědomitost, lpění na řádu a pravidlech, morálních zásadách, pedantství. Na své okolí jsou nepřiměřeně přísní a nároční v požadavcích na dodržování disciplíny, kterou si vytvářejí podle vlastního systému přesvědčení, jak mají věci

fungovat správně a ostatní pak neustále kontrolují (Cakirpaloglu, 2012). Soužití s těmito lidmi není snadné, protože na své povahové rysy postrádají sebereflexi a považují je za správné. Bývají zaměřeni na detail, na kterém puntičkářsky trvají a věnují mu nadbytečné množství času. Nereflektují, že v celkovém kontextu lpí na nepodstatném. Vnitřně prožívají starosti a obavy, avšak navenek vřelé pocity projevit neumí (Praško, 2015), také jsou netolerantní ke změnám, které v nich vyvolávají úzkost a nejistotu (Vágnerová, 2004).

Musí být splněny nejméně čtyři z následujících příznaků:

1. pocity přehnaných pochyb a opatrnosti
2. přehnané zabývání se detaily, pravidly, seznamy, pořádkem, organizací nebo plánem
3. perfekcionismus, který je na úkor splnění úkolu
4. přehnaná svědomitost a puntičkářství
5. přehnané zabývání se produktivitou na úkor spokojenosti a interpersonálních vztahů
6. přehnané pedantství a tendence k sociální konvenčnosti
7. rigidita a paličatost
8. nerozumné vyžadování, aby se jiní přesně podřizovali způsobu práce jedince nebo nerozumný odpor ke způsobu práce druhých (Praško, 2015).

- Pasivně-agresivní porucha osobnosti

Tato porucha se vyznačuje nepřímým nesouhlasem, sabotáží, kritikou a nespolupracováním, které vyjadřují svou záměrnou neaktivitou vůči přáním a požadavkům druhých, ale navenek manifestují opak. Vždy si najdou výmluvu, proč něco nemohou udělat, neodpovídají přímo, odvádí pozornost upozorňováním na chyby jiných, vyhledávají překážky, které zveličují. Když už jsou do nějaké činnosti donuceni, plní ji opožděně a nekvalitně (Vágnerová, 2004).

Jedinec musí vykazovat nejméně pět z následujících charakteristik:

1. neústupnost a prodlevy v plnění základních rutinních úkolů, zejména takových, které ostatní usilují splnit
2. neoprávněné stížnosti na to, že ostatní mají nesmyslné požadavky
3. mrzutost, podrážděnost a hádavost, je-li žádán o něco, co se mu nechce dělat
4. bezdůvodná kritika a pohrdavý postoj k nadřízeným
5. záměrně pomalu nebo špatně prováděná práce při úkolech, které ve skutečnosti nechce dělat

6. klade překážky snaze ostatních tím, že neudělá svůj podíl na společné práci
7. vyhýbá se plnění povinností s výmluvou, že zapomněl (Praško, 2015).

1.5. Diferencionální diagnostika

Již jsem psala, že určení přesné diagnózy není snadný úkol. Zvláště v případě podobné symptomatiky objevující se u specifických poruch osobnosti a jiných poruch. Včasné rozpoznání správné diagnózy vede k lepším výsledkům (zakladatel projektu Air Brin Grenyer, citováno v Hart, 2018) díky dřívějšímu zahájení léčby a volbě vhodných postupů léčby, dále k zamezení rizika fatálních následků v důsledku neléčených symptomů (například pokusu o sebevraždu), a k udržení motivace pacienta dodržovat léčbu díky stabilním a konzistentním postupům oproti experimentování s léčivými a metodami uplatňujícími se u pacientů s odlišnou poruchou (Tyrer at al., 2015). Třebaže některé symptomy jsou podobné, úspěšnost jejich odstranění ovlivňuje řada faktorů, které se u různých poruch liší (Strunz et al, 2015). K chybnému diagnostikování může přispět také pacient, například pokud nespolupracuje, snaží se symptomy záměrně skrývat, není schopný vzhledu na své chování nebo naopak projevy zveličuje, aby dosáhl hospitalizace (Kernberg & Yeomans, 2013).

Někdy bývají kvůli podobným nebo překrývajícím příznakům vzájemně zaměňovány jednotlivé specifické poruchy osobnosti (Praško, 2015). Také odlišení poruch z okruhu autistického spektra od poruch osobnosti, především Aspergerova syndromu, je složitá. Mají mnoho společného, pro obě diagnózy jsou typické výrazné maladaptivní vzorce chování a rozdíly jsou nejzřetelnější v sociální oblasti, také obě skupiny pacientů symptomy považují za své a oproti úzkostným poruchám se učí na ně získávat nadhled (Strunz et al, 2015).

Výrazná a zároveň závažná symptomatika, jako jsou například suicidální myšlenky nebo pokusy, sebedestruktivní chování, deprese a agresivní chování bývají zdrojem nesprávné diagnostiky z důvodu výskytu u více poruch. U různých poruch jsou však rozdíly v původu patologického chování nebo stavu, délce trvání, odlišují se četností opakování a doprovodnými emocemi. Podle Kernberga a Yeomans (2013) se sebevražedné myšlenky u depresivních pacientů objevují především v období deprese, naproti tomu u pacientů s hraniční nebo narcistní poruchou osobnosti se objevují i v období bez depresivní symptomatiky. U násilného chování je důležité odlišit motiv, kdy se v případě přecitlivělosti

a zranění ega může jednat o odvetu nebo zda je vedeno snahou po materiálním zisku typickou pro disociální poruchu osobnosti.

Další diferenciální diagnózy bývají schizofrenie, poruchy s bludy, užívání psychoaktivních látek, změna osobnosti při tělesném onemocnění, poruchy nálad, jako je bipolární porucha, úzkostné poruchy nebo posttraumatická stresová porucha (Praško, 2015; Triebwasser, 2013).

2. Psychoedukace osob s poruchou osobnosti

2.1. Možnosti léčby

V rámci posledních let bylo vyvinuto několik přístupů v léčbě poruch osobnosti (Ronningstam et al., 2014) a z nich vyplynulo, že oproti farmakologické intervenci a léčbě v rámci hospitalizace je individuální psychoterapie nejvíce efektivní (Hart, 2018). Vyjma osob s anamnézou zneužívání návykových látek, vážného rizika sebevraždy, kriminální historie, přechodných potíží při testování reality a nereagování na opakovanou krátkodobou hospitalizaci a ambulantní intervenci (Bateman & Fonagy, 2000). Přístupy, které se v léčbě poruch uplatňují, jsou dialektická behaviorální terapie (DBT), kognitivně-behaviorální terapie (CBT), psychoterapie zaměřená na přenos (TFP), terapie zaměřená na schéma (SFT), psychoterapie založená na mentalizaci (MBT) (Ronningstam et al., 2014) a Interpersonální terapie (IPT) (Praško, 2015). Mnoho studií se věnuje především hraniční poruše osobnosti a prokazují že DBT, MBT a TFP jsou pro tento typ účinné (Katakis et al., 2023). Současně vyšlo najevo, že délka psychoterapie je pro poruchy osobnosti zásadní a měla by být dlouhodobá (Paris, 1998; Praško, 2015). I přes přijatelné množství možností léčby existují bariéry v léčbě poruch osobnosti, plynoucí z omezení jednotlivých přístupů. Na to reaguje integrovaný přístup, který navrhuje propojit jednotlivé přístupy v jednu flexibilní skupinu technik. Podle několika autorů poruchy osobnosti vyžadují léčbu určenou pro několik problémových oblastí a jeden přístup by znamenal nekomplexní řešení. Proto navrhují čerpat z více modelů a přizpůsobovat terapeutický proces aktuálním problémům pacienta. Ani tento přístup se však neobejde bez překážek, například zodpovězení otázky, které konkrétní techniky jsou ty klíčové, jak je zkombinovat, aby se zachovala snadná orientace a jejich použití (Nelson et al., 2012) a zároveň klade vysoké nároky na terapeuta (Clarkin et al., 2015).

O účincích psychoterapie se stále vedou výzkumy. V některých případech došlo během psychoterapie trvající přes jeden rok ke zmírnění příznaků do té míry, že pacienti již nesplňovali kritéria pro poruchy osobnosti (Bateman & Fonagy, 2000; Piper & Ogrodniczuk, 2001). Dobré výsledky psychoterapie implikují její cíle, které jsou v kongruenci s podstatou poruchovosti u osob s poruchou osobnosti. Jinými slovy produkt psychoterapie působí právě na ty oblasti, které jsou u lidí s poruchou osobnosti oslabené nebo narušené. Těmito obecnými cíli, ke kterým každá psychoterapie směřuje, jsou získání náhledu na své chování

a prožívání, snaha naučit se poznávat a pojmenovávat duševní stavy a procesy vlastní i jiných lidí, sebezpřijetí a vědomá práce na sobě za účelem zmírňování patologie (Orel, 2016). Konkrétní potřeby lidí s poruchami osobnosti jsou zaměřeny zvláště na zvládání sociálních problémů, rozpoznávání svých silných stránek a omezení a učení nových dovedností, které jim umožní vyrovnat se efektivněji se životními problémy (McMurrán et al., 2017). Podle Pipera a Ogrodniczuka (2001) má také skupinová terapie řadu výhod.

Na druhou stranu bylo zjištěno, že více závažné patologie odolávají změnám (Williams, 2023) a vliv psychoterapie na výrazné zkvalitnění života zvláště pacientů s těžkou poruchou osobnosti je stále nedostačující. I přesto, že pomocí léčby pacienti kritéria pro diagnózu už nesplňují, jejich profesní a sociální adaptace zůstává narušena (Bateman et al., 2015).

Výzkumy jsou v této oblasti neúplné, nepokrývají všechny typy poruch osobnosti, často je těžké odlišit změnu v osobnosti od přidružených komorbidit a rovněž tak přirozený úbytek patologie od vlivu intervence (Bateman et al., 2015).

2.2. Význam psychoedukace v procesu zotavování

Smyslem psychoedukace je poskytnout klientovi informace o vlastní poruše, snížit její popírání a příznivě ovlivnit její přijetí. Zároveň je snaha, aby pacient své poruše porozuměl a získal vyšší motivaci ke spolupráci, naučil se u sebe vypořádat symptomy poruchy k získání náhledu, a měl tak možnost osvojit si kontrolu nad sebou samým (Praško et al., 2013), psychoedukace také informuje o možnosti léčby, umožňuje nácvik dovedností a díky překonávání mýtu o poruše eliminuje sebestigmatizaci (Sarkhel et al., 2020). Součástí efektivní psychoedukace je i poučení rodiny a nejbližšího okolí (Praško et al., 2013). Vedle psychoterapie a farmakoterapie se tedy řadí mezi užitečné nástroje v procesu zotavování (Long et al., 2014). Varianty jsou individuální, skupinová, individuální s odborníkem, většinou psychoterapeutem, rodinná a rodinná skupinová (Sarkhel et al., 2020). Z několika výzkumů vyplývá, že pacientům s některou ze specifických poruch osobnosti psychoedukace pomáhá ve zvládnutí mírnění symptomů. U pacientů s hraniční poruchou osobnosti zlepšuje vztahy s blízkými, impulzivitu a podporuje vztah s terapeutem, což má zase příznivé důsledky na psychoterapii (McMurrán et al., 2017; Long et al., 2014). V jiném výzkumu pomocí psychoedukace autoři prokázali zlepšení v kontrolování agresivity u pacientů s asociální (disociální) poruchou osobnosti (Yazici & Batmaz, 2021). Další výzkum se zabývá otázkou, jestli psychoedukace pečujícího personálu o pacienty s poruchou

osobnosti podporuje zlepšení postojů personálu k těmto pacientům, výsledkem bylo zlepšení vnímání personálu a vzájemného vztahu s pacienty (Clarke at al., 2015).

Krátké intervence podobně jako u psychoterapie účinek nepřináší (McMurrin et al., 2017), změna s pomocí psychoedukace je dlouhodobým procesem a s nutnou podporou efektivní psychoterapie

2.3. Kognitivní schémata specifických poruch osobnosti

Každou se specifických poruch osobnosti charakterizuje specifické kognitivní schéma, které se skládá ze strategií nadměrně rozvinutých, nedostatečně rozvinutých a jádrového přesvědčení. Tato schémata jsou u pacientů s poruchou dysfunkční a práce s nimi může být vodítkem ke zlepšení celkové symptomatiky. Se schémata pracuje například kognitivně behaviorální terapie nebo Schématerapie. Všechna schémata mají společné tyto vlastnosti: neodrážejí reálnou lidskou zkušenost, jsou rigidní, nadměrně generalizující a extrémní, dosažení daného cíle spíše brání, než pomáhají, jejich porušení vyvolává dlouhotrvající, intenzivní emoční reakci a jsou relativně odolná vůči každodenní zkušenosti (Možný & Praško, 1999). Jsou to latentní obsahy, pacient si je tedy explicitně neuvědomuje, ale nevědomě vstupují do jeho chování, prožívání a sociálních interakcí (Rafaeli et al., 2010). Znalost schématu může být pacientovi prospěšná k pochopení svých mentálních vzorců, proto je do této části zařazují. Tabulka č.1 přehledně popisuje kognitivní schémata specifických poruch osobnosti.

Tabulka č. 1 Kognitivní schémata specifických poruch osobnosti (Faldyna, 2005).

Specifická porucha osobnosti	Kognitivní schéma
Schizoidní	Jádrové přesvědčení: Jsem zranitelný a druzí jsou zlí. Rozvinuté strategie: Autonomie Nedostatečně rozvinuté strategie: Vzájemnost, intimita.
Paranoidní	Jádrové přesvědčení: Jsem zranitelný, svět je zkažené místo, a když nebudu opatrný, zničí mě. Rozvinuté strategie: Ostražitost, nedůvěřivost, podezřívavost. Nedostatečně rozvinuté strategie: Důvěra, přijetí, přiblížení, smysl pro humor.

Disociální	<p>Jádrové přesvědčení: Jsem zranitelný, pokud nebudu silnější a chytřejší než ostatní.</p> <p>Rozvinuté strategie: Bojovnost, expanzivita, využívání druhých.</p> <p>Nedostatečně rozvinuté strategie: Empatie, sociální citlivost, schopnost zakoušet vinu, schopnost odložit uspokojení.</p>
Hraniční	<p>Jádrové přesvědčení: Jsem špatný a zranitelný, lidé mě opustí.</p> <p>Rozvinuté strategie: Upoutávání pozornosti, testování okolí, manipulace.</p> <p>Nedostatečně rozvinuté strategie: Zvládnání emocí, tolerance samoty, vzájemnost.</p>
Histriónská	<p>Jádrové přesvědčení: Sám o sobě jsem méně než druzí, pokud je zaujmu, budou mě obdivovat.</p> <p>Rozvinuté strategie: Předvádění se, dramatizace, necílená reaktivita.</p> <p>Nedostatečně rozvinuté strategie: Vzájemnost, kontrola, systematičnost, stabilita.</p>
Anankastická	<p>Jádrové přesvědčení: Když se svět ponechá bez kontroly, skončí to katastrofou. Na ostatní nelze spoléhat.</p> <p>Rozvinuté strategie: Kontrola, odpovědnost, systematičnost.</p> <p>Nedostatečně rozvinuté strategie: Spontánnost, flexibilita, delegace odpovědnosti, tolerance.</p>
Úzkostná (Vyhýbavá)	<p>Jádrové přesvědčení: Jsem nešikovný, nevyznám se a lidé mě odmítnou.</p> <p>Rozvinuté strategie: Vyhýbání se agresivitě, senzitivita k potřebám ostatních, vstřícnost.</p> <p>Nedostatečně rozvinuté strategie: Tolerance ke kritice, asertivita a sebedůvěra, iniciativnost.</p>

Narcistická	<p>Jádrové přesvědčení osciluje mezi: Jsem méně než druzí a nikdo si mě neváží a jsem lepší než druzí a zasloužím si zvláštní obdiv.</p> <p>Rozvinuté strategie: Soutěživost, prezentace sebe, vytváření image.</p> <p>Nedostatečně rozvinuté strategie: Vzájemnost, sebevědomí, vstřícnost.</p>
Závislá	<p>Jádrové přesvědčení: Jsem bezmocný, druzí se o mě musejí postarat.</p> <p>Rozvinuté strategie: Vazba, vyhledání pomoci.</p> <p>Nedostatečně rozvinuté strategie: Soběstačnost, rozhodnost, odpovědnost.</p>
Pasivně-agresivní	<p>Jádrové přesvědčení: Jsem soběstačný, kontrola druhých mě zraňuje.</p> <p>Rozvinuté strategie: Autonomie, pasivita, vzdor.</p> <p>Nedostatečně rozvinuté strategie: Asertivita, spolupráce, vzájemnost, konvenčnost.</p>

2.4. Organizace zabývající se léčbou poruch osobnosti

V České republice existuje několik organizací, které se zabývají duševními poruchami. Tyto organizace nabízejí podporu a pomoc těmto jedincům, aby se mohli lépe vyrovnat s následky duševního onemocnění. Je důležité, aby se lidé s psychickými obtížemi necítili osamoceni a měli přístup k odborné pomoci a podpoře, která jim umožní vést plnohodnotný a kvalitní život.

Kaleidoskop je prozatím jediná terapeutická komunita v České republice, která se zabývá a poskytuje pomoc výlučně lidem s poruchou osobnosti. Nabízí různé formy podpory, jako jsou individuální terapie, skupinové terapie, sociální poradenství a službu následné péče. Jejich cílem je podpořit osoby s psychickými obtížemi v procesu zotavování a zlepšit celkovou kvalitu jejich života.

Organizace Kaleidoskop se zaměřuje také na osvětu a informování veřejnosti o duševních poruchách a bojuje proti stigmatizaci lidí s psychickými obtížemi. V rámci své práce spolupracují s dalšími organizacemi a poskytují informace a poradenství nejen lidem s

duševními poruchami, ale také jejich blízkým a odborníkům, kteří přicházejí do kontaktu s lidmi s poruchou osobnosti.

Kaleidoskop vznikl v roce 2005 jako občanské sdružení a postupně se stal významným činitelem v oblasti duševního zdraví v České republice. Organizace má sídlo v Solenicích a Praze. (Kaleidoskop, n.d.)

3. Kvalita života

Zásadním pojmem pro kvalitu života je osobní pohoda (well-being) (Slezáčková, 2012). Další aspekty kvality života se kontextu této práce dotýkají pouze okrajově, a proto je v této kapitole vynechávám.

Pocit pohody můžeme chápat jako hodnotící prvek v měření kvality života (Šolcová & Kebza, 2004). V literatuře je význam pohody definován dvěma charakteristikami, hédonickou a eudaimonickou (Arslan, 2023). Hédonické pojetí osobní pohody se vztahuje k zážitkům a z nich plynoucích pozitivních prožitkům, pro eudaimonický přístup osobní pohody jsou podstatné aspekty smyslu života, osobnostního růst, morálních hodnot (Gurková, 2011). Praktická část této práce se zaměřuje především na eudaimonské vnímání osobní pohody, ačkoli dle mého názoru se oba pojmy mohou vzájemně ovlivňovat, v této práci se eudaimonské pojetí pro subjektivní hodnocení celkové kvality života jeví jako rozhodující. Také podle některých empirických studií se vysoká míra „well-being“ prokazovala více u lidí, kteří se seberealizovali a vykazovali osobní růst oproti těm, jejichž osobnost stagnovala. (Křivohlavý, 2004). Vědecký zájem o eudaimonské pojetí osobní pohody stále roste, například se poznatky, které s sebou toto pojetí přineslo, aplikují v rámci well-being terapie doplňující kognitivně behaviorální terapii nebo v prevenci duševních i somatických onemocnění (Ryff, 2014).

Dimenze osobní pohody jsou v této práci vyjádřeny nejbližší konceptu psychické pohody Ryffové a Keyese (1995): Sebepřijetí (self-acceptance), Pozitivní vztahy s ostatními (positive relations), Autonomie (autonomy), Zvládnutí prostředí (environmental mastery), Smysl života (purpose in life) a Osobní rozvoj (personal growth).

„• Autonomie se týká schopnosti jednotlivců nezávisle smýšlet, vymezovat se podle svých vlastních pravidel a neřídit se omezujícími nebo normativními hodnotami, vztahy nebo strukturami.

• Zvládnutí prostředí znamená schopnost utvářet svět kolem sebe pozitivně a produktivním způsobem.

• Osobní růst zahrnuje neustálý seberozvoj a aktualizaci jedince v průběhu svého života tím, že riskuje, je otevřený a naplňuje svůj potenciál.

• Pozitivní vztahy s ostatními zdůrazňuje význam socializace, vztahu k druhým, péče a budování pozitivních rodinných, platonických nebo romantických vztahů.

- Smysl života odráží sklon jedince k orientaci na cíl, mít ambice, plány a prožívání pocitů seberealizace, vlastní hodnoty a generativity.
- Sebeřijetí vyjadřuje myšlenku mít pozitivní sebevědomí“ (Herd, 2022).

Empirická část

4. Výzkumný problém a cíle práce

V teoretické části jsem v kapitole o kvalitě života popsala důležité aspekty determinující prožívání osobní pohody. Jak je patrné z teoretického pozadí o poruchách osobnosti, podstata jejich diagnózy může kvalitu života, ve výše popsaném pojetí, zhoršovat. Dotýká se především obtíží v sociální oblasti, sebepřijetí a vnímání života jako smysluplného. Dále jsem popisovala cíle psychoterapie, jako je zlepšování porozumění sobě samému i druhým lidem a rozvíjení osobních kompetencí se záměrem snížit patologické rysy, tyto aspekty působí na dimenze konceptu Ryffové a Keyese (1995) a jsou tedy v těsném kontaktu s vlivy kvality života. Vzhledem k propojení osobnosti a podstatou patologie poruch osobnosti je mým předpokladem, že znalost vlastní diagnózy může zásadně ovlivnit kvalitu života pacientů s poruchou osobnosti.

Cílem práce je popsat zkušenost osob s některou ze specifických poruch osobnosti se změnou kvality života po stanovení diagnózy. Dalšími záměry bylo popsat, jakým směrem se kvalita změnila, v jakých oblastech, a popsat zjištěné změny. Pozornost byla věnována konkrétním principům, které změny generovaly, ať už negativním nebo pozitivním způsobem.

5. Typ výzkumu a výběr metody

Pro získání podrobné osobní zkušenosti jsem zvolila kvalitativní výzkum, který umožňuje poznat subjektivní vzhled participantů. Při analýze a interpretaci zjištěných dat jsem využila principy interpretativní fenomenologické analýzy, abych co nejlépe porozuměla významům, které pro participanty měla zkoumaná zkušenost, a bylo mi umožněno tuto zkušenost popsat. Předpokladem je, že zjištěné rozdíly ve zkušenostech výzkumného souboru podpoří důležitost individuálního přístupu ke klientům a podobnosti potvrdí užitečné principy vhodné pro práci s nimi. Pro získávání dat jsem využila polostrukturovaný rozhovor, který jsem nahrávala a poté provedla doslovný přepis. Obsah bodů rozhovoru jsem sestavovala na základě znalostí z odborných zdrojů a literatury.

Podle Van Maanena (1988, citováno v Hendl, 2008) existují tyto přístupy k fenomenologické analýze: holistický, detailní a selektivní. V průběhu svého výzkumu jsem k analýze využívala detailní přístup, při kterém jsem si všímala podstatných částí vztahujících se k tématu.

6. Tvorba dat a výzkumný soubor

Podstatou výběru participantů byl požadavek, aby reprezentovali zkoumanou zkušenost. Využila jsem k tomu metodu kriteriálního vzorkování a samovýběr na sociálních sítích. Na diskusní stránce určené pro osoby s poruchou osobnosti jsem formou veřejně umístěného sdělení formulovala prosbu o rozhovory s lidmi s diagnózou jakékoli specifické poruchy osobnosti. Předem jsem uvedla zaměření výzkumu na zjišťování změny kvality života po stanovení diagnózy. Odpověděla jsem všem zájemcům a při osobní komunikaci si sjednala spolupráci s několika zájemci. Postupně jsem s těmito zájemci stanovila rámcové termíny a formu setkání. Před opětovným oslovením jsem se ujišťovala, zda jejich zájem stále trvá, a několik osob svou účast zrušilo. Spolupráci mi potvrdilo pět zájemců. Preferovala jsem osobní setkání, ale z důvodu velké dojezdové vzdálenosti jsem se se třemi domluvila na videohovoru. Dva rozhovory proběhly osobně v kavárnách dle výběru participanta.

Výzkumný soubor tvoří čtyři ženy a jeden muž. Vyjma jednoho případu mají všichni participanté emočně nestabilní poruchu osobnosti hraničního typu, v jednom případě má participantka vyhubavou poruchu osobnosti. U každého participanta jsem dále zjišťovala věk, rok stanovení diagnózy a zda dochází nebo docházel do terapie a jak dlouho. Podrobnosti o participantech zobrazuje tabulka č. 2. Ve sloupci „Terapie“ uvádím souhrn let, kdy participant docházel do terapie, kterou subjektivně hodnotil jako přínosnou pro zotavování. Skutečná jména participantů jsem zaměnila za fiktivní pro zachování principu anonymity.

Tabulka č. 2 Výzkumný soubor

Participant	Věk	Typ poruch osobnosti	Rok stanovení	Terapie
Laura	24	Emočně nestabilní	2021	5-6 let
Aneta	25	Emočně nestabilní	2018	2 měsíce
Adam	29	Emočně nestabilní	2017/2018	2 roky
Ester	33	Emočně nestabilní	2015	3 měsíce
Marie	23	Vyhýbavá	2023	1-2 roky

Výzkumný soubor doplňuje zkušenost psychologičky, která hovořilo o svém pohledu na změnu kvality života u její klientky s emočně nestabilní poruchou osobnosti hraničního

typu. Klientku má v terapeutické péči jeden rok a je to první dlouhodobá terapie klientky. V tabulce č. 3 uvádím základní údaje o psycholožce, jejíž jméno rovněž není skutečné.

Tabulka č. 3 Základní údaje psycholožky

Psycholožka	Věk	Terapeutický směr	Délka praxe	Klinická psycholožka
Anna	36	Psychodynamický	2 roky	ne

7. Proces zpracování dat

Na začátku rozhovoru jsem participantům nabídla zopakování cíle práce a podrobnější sdělení o záměrech. Nedílnou součástí každého rozhovoru byl informovaný souhlas participanta, kde jsem zdůrazňovala možnost participanta ukončit spolupráci, odmítnout odpovědět nebo se k nějakému tématu vyjádřit, v rámci tohoto souhlasu se participant dozvěděl o veřejném přístupu k práci, avšak data o něm jsou v práci anonymní a nedohledatelná. Všichni participanti souhlasili s použitím poskytnutých informací pro účely práce a s audio nahráváním rozhovoru. Dále jsme přistoupili k samotnému interview. Na rozhovor jsem si připravila strukturu o několika záchytných bodech, avšak nechávala jsem participanta plynule hovořit. Často se stávalo, že participant o tématech, která jsem měla připravená, hovořil sám od sebe, v opačném případě jsem se na témata ptala. Také jsem reflektovala vynořující se témata a pokládala jsem doplňující otázky. Po ukončení jsem participanty ujistila, že jim zpracovanou práci pošlu za účelem schválení mé interpretace k jejich osobě.

Zvukovou stopu každého rozhovoru jsem převedla do doslovné textové podoby, takto vzniklo pět dokumentů, které jsem si vytiskla. Nejprve jsem si všechny rozhovory pročetla. Při zpracování jsem využila publikaci Koutné Kostínkové a Čermáka (2013). Začala jsem postupně s analýzou každého rozhovoru, přičemž jsem postupovala vždy stejně. Pomocí tužky jsem podtrhávala důležité výroky a současně jim přidělovala hrubé kódy. Průběžně jsem kódy upravovala a doplňovala. Následně jsem tyto pasáže přepsala do tabulky na počítači a opět provedla úvahu o kódech. Okódované pasáže jsem rozdělila do tematických oblastí. Pro každý rozhovor jsem vytvořila jednu tabulku. Poté jsem začala se sjednocováním kódů napříč tabulkami i v rámci stejné tabulky. Při této činnosti se mi již vynořovaly některé souvislosti. Dalším krokem bylo vytvoření nové tabulky, ve které jsem sjednotila data ze všech tabulek a seřadila je podle tematických oblastí. Poté jsem v rámci každé tematické oblasti seřadila i příslušné kódy. Výsledná tabulka tedy čítala osm oblastí a každá oblast obsahovala několik kódů, ke kterým příslušelo několik výroků od různých participantů. Pomocí takto sestavené tabulky jsem přistoupila k interpretaci výsledků. Opět jsem si průběžně pročítala rozhovory a pouštěla nahrávky. Během interpretace došlo ke sloučení tří oblastí mezi zbývajících pět. Hotovou kapitolu jsem nakonec poslala participantům z výzkumného souboru pro ověření správnosti mé interpretace.

8. Interpretace výsledků

Výslednou analýzou vzniklo pět témat, které jsem pro účely práce nazvala 1. Cesta zotavování, 2. Sebepojetí, sebepoznání a sebezpřijetí, 3. Vztahy, 4. Zaměstnání, relaxace a zájmy a 5. Význam stanovení diagnózy pro kvalitu života.

8.1. Cesta zotavování

Téměř ve všech případech se participantů s psychologickou péčí v nějaké formě setkali v době dospívání, avšak dva tuto zkušenost hodnotí jako neefektivní.

Aneta: „Do těch devatenácti jsem měla od šestnácti psychologa, ale prostě bylo to spíš formou, že jsem si tam kreslila a moc se o mě nezajímal, takže já jsem měla i jakoby fakt nedůvěru k těm psychologům.“

Anetina první zkušenost s psychiatrem její nedůvěru k odborníkům ještě posílila:

„...já jsem měla první kontakt s psychiatrem, a ještě chvíli před tím prosincem dva sedmnáct. Tedy, i když jsem přinesla dopis na rozloučenou, vůbec nezareagoval, nic. Pak to byla akutní hospitalizace, jsem došla za praktikem, že je mi to blbý, že jsem nikdy v životě si nechtěla až takhle moc ublížit, ale že se řežu už dlouhodobě od 12 let a že už prostě na to nemám, že se bojím, že vymyslím cokoliv, čím bych se zabila, a to mě odeslal rovnou na lůžkovou psychiatrii.“

Adamův pohled na účinek psychoterapeutické péče, kterou dříve navštěvoval, je podobný:

„No, se svými terapeuty jsem jako neříkám, že jsem nebyl spokojenej, spíš šlo o to, že mi to nepřišlo moc produktivní, tak bych to řekl.“

Ester byla od mala vedena k praktikování psychohygieny a k péči o své duševní zdraví měla blízko, přesto, v případě potřeby dávala přednost samostudiu a k prvnímu kontaktu s psychoterapeutem ji přimělo stanovení diagnózy.

Okolnosti trvalého kontaktu s psychologickou nebo psychiatrickou péčí a určení diagnózy poruchy osobnosti se ve všech případech lišily.

Laura hledala podporu po těžkém rozchodu a během terapií vyplaval na povrch širší záběr témat, kvůli kterým v terapii setrvala několik let až do momentu, kdy jí terapeutka doporučila návštěvu psychiatra. Zde jí po dalších třech letech byla diagnostikovaná porucha

osobnosti. Rovněž Marie nastoupila do terapie s ohraničenou zakázkou, po půl roce jí pak bylo doporučeno podstoupit vyšetření osobnosti. Adama přivedlo k psychiatrovi užívání drog, při kterém si uvědomil, že se jeho problémy více prohlubují a měl by nalézt jiný způsob řešení:

„Jestli se můžu trošku jako rozmluvit o tom, tam šlo vlastně o to, že já jsem měl nějaký jakoby nediagnostikovaný problémy už asi cirka od 17 let. A ty jsem pak nakonec řešil vlastně tím pervitinem a pak jsem jako by zjistil, že teda něco mi asi bylo už předtím, a tím pervitinem jsem si to ještě zhoršil, že jo. A že teda bych to měl nějak řešit, no. Jinak než drogama zrovna.“

Psychiatr Adamovi na prvním sezení během hodiny a půl stanovil diagnózu hraniční porucha osobnosti.

V případě Ester a Anety v důsledku dlouhodobě trvajících obtíží přešel stav do akutní fáze a byla nutná stabilizace jejich situace.

Ester: „Takhle, abyste měla tu logiku v tom, tak já jsem se vlastně následkem psychického vyčerpání několikaměsíčního jako by sesypala. Vlastně začalo to těžkou depresí, několikaměsíční. A když potom ta deprese ustoupila, tak vlastně ta hraniční porucha nastoupila jako v plný míře prostě. Se všema těma negativníma, protože jako samozřejmě jsem jí měla i předtím, ale nějak jsem to prostě zvládala nějak vybalancovat. No, ale po tady tom prostě už jako. Jak bych to řekla, prostě ty rysy zesílily natolik, že prostě vlastně začly veškerý jako patologie s hraniční poruchou.“

Aneta pro svoje přetrvávající sebepoškozování a suicidální tendence žádala psychiatra o další hospitalizaci, kde jí byla stanovena diagnóza.

Oběma participantkám se následně nedařilo nalézt dlouhodobou terapeutickou péči, která by jim vyhovovala. Důvodem byly nedostatečné kapacity terapeutů v jejich regionu, nevyhovující terapeutický směr nebo osobnost terapeuta.

Aneta: „Otočila jsem fakt jako asi deset psychologů, pak jsem to vzdala a vlastně, kdyby nebylo pobytu v té v léčebně, na tom psychoterapeutickém oddělení, tak už bych se možná do terapie nikdy nevrátila.“

Ester terapeutickou léčbu kompenzovala samostudiem, začala docházet pouze k psychiatrovi a užívat medikamenty, avšak i nalezení vhodného psychiatra se neobešlo bez potíží. Aneta a Ester dochází do terapie až v poslední době.

Ze začátku byl postoj většiny participantů k výsledné diagnóze lhostejný, důvodem byl nedostatek, nebo dokonce neposkytnutí žádných informací k jejich poruše.

Pouze Marie se s přijetím diagnózy okamžitě ztotožnila a pocítila úlevu.

S Laurou se na toto téma psychiatricka velmi bavila a vysvětlovaly si různé symptomy, které na ni seděly. Ale nebyla připravena přijmout, že porucha osobnosti je vážnou diagnózou a cesta k zotavení je dlouhodobý proces a vyžaduje i aktivní práci na sobě:

„Vím, že něco mám, ale nějak jsem to neřešila, že tím, že jsem kolem sebe měla prostě jako hraničáře, jsem si říkala, no dobrý, mám nějakou poruchu, a kdo ji nemá, tak jsem to trochu jako bagatelizovala, mi přijde.“

Hospitalizace, na které si uvědomila, že využívá některé manipulativní techniky, ji přiměla přisoudit své diagnóze význam. Toto poznání pro ni bylo zátěžové, avšak umožnilo jí začít s projevem svého onemocnění pracovat.

U dalších tří participantů neproběhla v počátečním období po stanovení diagnózy žádná psychoedukace o jejich poruše, přesto, že by o to někteří stáli.

Ester: *„...tady mi vlastně jako nikdo nevysvětlil, o co jde...pořád jsem jako čekala, že mi vysvětlí psychiatr nebo terapeuti, protože jsem byla vlastně i na jako hospitalizovaná, vlastně na jako psychoterapeutickým pobytu. Tak tam jsem taky čekala, že třeba se jako dozvím, co vlastně to je, jako co se se mnou děje, ale nějak pořád jako nic. Nikdo nic mi nevysvětlil, neobjasnil, neřekl, jako co s tím mám dělat.“*

Aneta: *„...přímo od odborníků jsem nikdy neslyšela pořádný kloudný vysvětlení, vysvětlení od odborníků jsem nedostala nikdy.“*

Kvůli nedostatku informací svou poruchu odmítala a pak na svůj stav rezignovala.

Informace o diagnóze si proto dohledávali sami, nejčastěji přes sociální sítě, odbornou literaturu nebo internet. Svépomocnou psychoedukaci prováděli všichni participanté. Dopady vlastního přístupu byly různé.

Ester: „*Jo, a zpočátku, teda co jsem našla na internetu, tak byly většinou takový ty základní klinický kritéria a ty informace jako další byly spíš negativní, prostě z toho jsem nabyla dojmu, že nutně skončím jako sebevrah. A že jsem vlastně jako strašně jako zlej člověk.*“

Neopatrný způsob přijímání informací nebo informací s negativními konotacemi vedlo ke zhoršením příznaků u Ester, Laury a Adama.

Ztížení stavu Laury způsobil vnitřní konflikt po přečtení knihy o hraniční poruše osobnosti, v důsledku její interpretace obsahu, v kterém se popisuje hraniční porucha osobnosti podobná jiným specifickým poruchám osobnosti, zejména narcistické. Nebyla schopná náhledu na své vlastní projevy a posoudit, zda se odlišují od charakteristik popsaných v knize. Současně nebyla připravená přijmout některé negativní rysy této poruchy, které se u ní projevují.

Také Adam si o své diagnóze hledal informace, převážně na internetu:

„...pak mě spíš ještě víc, jako by, jsem se do toho jako by zažral a ještě víc, ty, zhoršil ty symptomy, jsem si o tom furt četl...“

Adamova zkušenost souvisela s přístupem psychiatra, který nepovažoval jeho zdravotní stav za vážný a odmítal mu nastavit optimální farmakoterapii. Prožíval pocity beznaděje a bezvýchodnosti z nemoci, považoval se za „ztracený případ“, měl deprese a suicidální ideace. S novou psychiatrickou se jim léky podařilo vyladit tak, že depresivní symptomatika ustoupila, objevila se mu hypománie a časté střídání nálad, tak jak je to pro hraniční poruchu typické kvůli intenzivnějšímu pocitu energie a citově podbarveným myšlenkám, v kterých se identifikoval jako vyvrhel, stav považoval za příjemný. Podobně se u něj porucha projevovala před užíváním pervitinu, ale tehdy svým stavům nerozuměl a prožíval je jako nepříjemné.

Anetě pomáhaly diskusní skupiny na sociálních sítích a sociální profily zotavených lidí se stejnou poruchou, také jí pomáhaly příběhy lidí s hraniční poruchou osobnosti, protože se v každém z nich našla a bylo pro ni pozitivním zjištěním, že není jediná, kdo to takto má, a je možné zotavení. Díky samostudiu se také dokázala víc pochopit.

Informace, že je léčba možná, byla důležitá i pro Ester, která pocítila úlevu a na základě toho vyhledávala další odbornou literaturu.

Momenty, které byly pro participanty na jejich cestě ke zotavení významným posunem, byly rozdílné.

Pro Anetu bylo zásadní osvojení si technik, které jí pomáhají pracovat s projevy nemoci během hospitalizace na psychoterapeutickém oddělení a vzájemná podpora, kterou sdílí s lidmi se stejnou diagnózou v rámci organizace pracující s lidmi s duševním onemocněním.

Úspěchy v zotavování jiných lidí se stejnou diagnózou se ukázaly jako důležitá motivace i v případě Ester.

Laura řešila otázky sebeidentifikace a odlišení se od hranic symptomů. S těmito tématy jí pomohli v organizaci, která se věnuje lidem s poruchou osobnosti.

„...myslím si, že určitě mi v tom pomohlo to, já jsem chodila do Kaleidoskopu, kde je to formou skupinové terapie a hrozně jsem si uvědomila, že to, že má někdo stejnou diagnózu jako já, absolutně neznamena, že je to jako stejnej člověk.“

„...Já jsem třeba jako si naučila si v hlavě oddělovat, tohle jsem já a tohle je ta hraniční. Prostě se snažím jako ty symptomy prostě jako oddělovat.“

Dovednost rozpoznat vlastní rysy a uvědomění, že ji nedefinují pouze symptomy, jí umožnily nahlížet na poruchu a sebe sama víc objektivně a začít vědomě pracovat na zotavení.

Vlastní interpretace charakteristiky hraniční poruchy osobnosti ovlivnila také Adama, v jeho motivaci k seberozvoji:

„...Ale mě zaujal ten jakoby, že jo, hraniční porucha se píše, že je nějak o tom, okolo rozkladu ega nebo tak něco. No, a teď teda trošku zaběhnu do té magie a esoteriky, ale jakoby jak tady jako ve středu hrudníku většina lidí jako vnímá emoce, nebo je tam nějaký to centrum jako přinejmenším nervový, teda já bych řekl i energetický, tak já ho mám jakoby, vlastně někdy od těch 17, kdy mi začaly ty problémy, tak to bylo vlastně o tom, že jsem si jednou zahulil trávu a mně se to tady nějak jako rozervalo a prostě vždycky část těch emocí vnímám, třeba jakoby tam, kde maj bejt, ale část těch vnímám třeba prostě někde různě po těle jako. Je to takový zvláštní, ale jako kdybych ten hněv měl v ruce nebo v noze, jo, to to ta druhá část toho jádra, jak já tomu říkám, se přesouvá. A to mě vlastně jako namotivovalo k tomu, že bych tohleto mohl vyřešit a nějak si to zas jako spojit duševně magicky něco. Tím, že to

budu nějak jakoby studovat a že budou vlastně kolem toho nějak retrospektovat a tak dále no.“

Adamovým nevědomým tématem bylo nalezení způsobu myšlení, který by mu přinesl duševní vyrovnanost, zejména v sebepojetí. Hledání prováděl od dětství introspekci a psychoedukace o hraniční poruše mu sloužila jako podpora a náměty k zamyšlení. Podpůrná mu v tom byla i kvantová psychoterapie, která svým zaměřením jeho potřebu naplňovala.

Kvalitní psychotherapeutická a psychiatrická péče se u všech participantů jevila jako klíčová. Naopak zkušenost s nezájmem a nedůvěrou ze strany odborníka prodloužila započatí procesu zotavování, podpořila pocit beznadějného východiska z utrpení, prohloubila suicidální a sebevražedné tendence a přispěla k neschopnosti plně využít terapeutický potenciál hospitalizace, v neposlední řadě indikovala závislost na lécích.

8.2. Sebeпоjetí, sebepoznání a sebepřijetí

Předpokládanou podmínkou subjektivní pohody je sebepřijetí (Ryff & Keyes, 1995) s vlastnostmi, které považujeme za své slabiny i přednosti (Ryff, 1995, citováno v Rolederová, 2014). To vyžaduje schopnost introspekce a co nejvíce možného objektivního sebeposouzení (Hartl, 1993).

Snaha o objektivní posuzování sebe sama je náročným procesem. Sebeпоjetí se z části formuje také prostřednictvím druhých lidí. Interpersonální hodnocení subjektu a reakce významných lidí (significant other) spoluvytváří obraz sebe sama (Výrost et al., 2019). Chování a prožívání determinované onemocnění participantů působilo na jejich sebeпоjetí, které se tak proměňovalo v závislosti na průběhu léčby.

Projevy poruchy u Laury byly pro ostatní zdrojem zábavy, a protože neměla k dispozici přijatelný výklad této odezvy, která ohrožovala její sebeпоjetí, bránila se zranění ega využitím obranných strategií. Mechanismus popírání u sebe odhalila až prostřednictvím terapie.

Psychoedukace o hraniční poruše osobnosti přinesla Ester poznatek, že bez adekvátní opory nešly její projevy vždy zvládnout, to jí pomohlo vyrovnat se se svým sebeпоjetím

v minulosti. Autoakceptace u Ester byla ještě více posílena principy dialekticko-behaviorální terapie, které si osvojila prostřednictvím samostudia.

Také Marie se v minulosti trápila v důsledku porovnávání se s jinými lidmi a pociťovala potřebu svou odlišnost odstranit. Sociální neúspěšnost a sociální fóbií se pokoušela překonat nucením se do společenských situací, které úzkost více prohlubovaly. Identifikování se s vyhubou poruchou osobnosti jí pomohlo svoje rysy přijmout a nyní je se sebou v tomto ohledu spokojená. Vyhledané informace o projevech poruchy jí také pomohly pojmenovat vlastnosti, které ji trápí, ale dříve jim plně nerozuměla:

„...třeba tu emoční závislost, to jsem třeba před pár měsíci jsem nějak přišla na to, že to tak asi mám a úplně mě to na jednu stranu vyděsilo. A potom, když jsem si takhle četla o té poruše a tam to přímo bylo napsané, že ve vztazích to většinou směřuje k emoční závislosti, tak úplně jako mě to překvapilo a zároveň jsem nebyla ráda. Protože tady to si myslím, že s tím musím něco dělat, protože takhle jako to není úplně v pořádku, tohle no, takhle v tom vztahu. Vlastně tadyto partnerovi třeba přijde jako v pořádku, že jsme pořád spolu, ale mně to třeba jako v pořádku úplně nepřipadá, že. Teďka to vnímám prostě jako i jinak, jako dřív jsem si říkala, jako jo to je hezký, že jsme furt spolu, že bez sebe nevím, nemůžeme usnout nebo něco, ale jako tadyto je třeba prostě omezující. Já prostě třeba nechci jít spát, když jde spát partner. Úplně jak tady zrovna s tímhle naložit, abych nějak úplně nepoškodila ten náš vztah a zároveň abych to jako, nevím, odstranila.“

Nyní by potřebovala, aby i její partner přijal, že některé rysy její osobnosti jsou dysfunkční, přinášejí jí utrpení a neodmítal potřebnost léčby.

„...třeba partner si myslí, že jsem jako naprosto prostě jako normální, anebo mně i říkal jako takové věci, že si myslí, že nepotřebuju třeba chodit na terapie a takhle a já mu vždycky řeknu, že jsem ráda, že mě jako takhle vidí, ale já prostě se takhle necítím...spíš bych byla ráda, kdyby prostě přijal to jako, že nejsem prostě úplně psychicky v pořádku.“

Téma identifikace rezonovalo v životě všech participantů. Aneta v pracovním kolektivu své potíže maskovala, a to ji vyčerpávalo. Prostřednictvím identifikování se s lidmi se stejnou poruchou zažívá pocity přijetí. Vzájemná podobnost také usnadňuje komunikaci s lidmi z této komunity.

Naopak Laura a Adama ztotožnění s poruchou považují zpětně za problematické. U Laury souviselo s obranným mechanismem popírání a plnilo podobný účel. Chování, které pro ni i ostatní bylo nepřijatelné, tak omlouvala tím, že je „hraničář“ a spolu s popíráním determinovalo pasivní přístup k procesu zotavování. Otázka sebeidentifikace byla pro Lauru důležitým tématem, které i nadále není uzavřené. Proto si vytvořila strategie k jejímu zvládnutí, které jsou však zralejší.

Situace u Adama byla odlišná. Sebepojetí Adama nebylo podrobováno tak přísné sebekritice, avšak od dětství v důsledku neisté identity procházelo opakovaně extrémními změnami. Po nastavení vyhovující léčby se cítil lépe a silná touha nalézt svou identitu mu dočasně dovolovala profitovat z identifikace s hraniční poruchou. Avšak později si uvědomil, že je tím limitován ve schopnosti se osamostatnit, a začal směřovat ke stálejšímu obrazu sebe sama:

„...a to hlavní pro mě bylo, vždycky jakoby od té doby, co jsem se o to uzdravení začal snažit, tak byla ta introspekce, kdy vlastně jako by já to беру tak, že hledám tu původní, jakoby chybu nebo nějakou nerovnováhu nebo jakoby cokoli, co jakoby ve mně není nějak v souladu a pak to nějak postupně až už jakoby jenom tím stylem myšlení nebo stylem chování, nebo jakoby svým jednáním se snažím nějak postupně v sobě přeprogramovat a změnit na sobě, abych jako by byl víc v souladu, jakoby hlavně sám se sebou, ale případně i se svým okolím prostě nějaká ta harmonie, no.“

8.3. Vztahy

V oblasti vztahů se u výzkumného souboru objevovaly tři linie, první, jakým způsobem se proměňovalo vlastní vnímání sociálních interakcí, a dále přístup druhých lidí směrem k nim. Třetí skupina se týkala působení vztahů na kvalitu života participantů v kontextu jejich diagnózy. O celkovém z kvalitnění vztahů hovořili všichni participanté.

Integrované prožívání vlastní identity se u Adama odrazilo také v interakčních procesech. Jedním z Adamových klíčových témat byly ambivalentní vztahy k oběma rodičům, které se mu nyní podařilo ustálit a přijímat oba rodiče s jejich pozitivními i negativními vlastnostmi. Důležitost kvalitních vztahů pro člověka s diagnózou poruchy osobnosti potvrzuje skutečnost, že partnerský vztah byl pro Adama hlavním zdrojem motivace k zotavení.

Spokojenější prožívání vztahů podobně jako u Adama bylo také u Marie a Laury umožněno porozuměním a uceleným přijetím svých osobnostních dispozic. Marii se daří lépe zpracovávat komunikační bariéry:

„Já si myslím že to takhle je, no, jakože to úplně jako tolik neřeším, že mě prostě někdo nepochopil nebo něco...Dřív jsem to řešila, hlavně třeba, i když jsem měla třeba problém zrovna s tím partnerem, tak sem řešila, že za to prostě můžu hlavně já.“

Naopak nerespektování svých sociálních potřeb vedlo k několikaměsíční dysforii a prohloubení sociální fobie.

Ke zmírnění problémů Marie v sociálním kontextu, které jsou hlubšího charakteru, jako je například narušená důvěra k jiným lidem, samostatná psychoedukace nestačí a je potřeba větší psychologická intervence.

Upřímnějším prožíváním emocí si Laura uvědomila, že se v některých vztazích a sociálních interakcích necítí dobře a začala se proti tomu asertivně vymezovat.

Zkušenosti participantů s důsledky edukování druhých lidí o své diagnóze byly různé:

Ester: „...co se týče širší rodiny, tak tam jako mě někdo jako chápe, jako co mám za problém, nemá s tím jako potíže a někdo třeba úplně nechápe, jakoby v čem je ten problém, co se se mnou děje jo, třeba babička jedna úplně jako tomu prostě není schopná porozumět, co to jako jsou duševní problémy, ale prostě jako bere to, jako že jsem nemocná, prostě no.“

Aneta: „Změna nastala, až když pochopili (rodinní příslušníci), že to úplně není sranda. To, když jsem měla vlastně teďkon tenhleten rok vlastně tři hospitalizace během roka, prvně březen, pak to byl ten prosinec a pak to bylo ještě, že na ten prosinec navazovala další hospitalizace, že jsem byla sotva tři tejdny doma. Nejvíce se začli doptávat a dohledávat informace až v momentě, když jsem byla v poslední léčebně.“

V několika případech přátelé a bývalí partneři Laury a Ester retrospektivně porozuměli některým situacím, které pro ně byly nesrozumitelné a oboustranně zraňující.

Znalost diagnózy vždy nevedla k lepšímu porozumění participantek a akceptaci jejich projevů.

Ester: „...Ale jako spíš se současným přítelem je to docela jako zajímavý, protože on teda jako akceptuje, že jsem nemocná. Ale už moc neakceptuje ty projevy toho onemocnění. A jako prostě asi úplně nikdy nepochopí, o co se vlastně jedná. Snažím se s ním o tom furt mluvit, protože mi prostě vynadá za to, že dělám něco, nebo nedělám nic. A tak já mu jako by vysvětluju, co zatím je, ale nějak se to nechytá, no.“

8.4. Zaměstnání, relaxace a zájmy

Znalost diagnózy má na oblast zaměstnání u participantů sekundární dopad vyplývající z dalších psychosociálních faktorů. Zjištění, která níže popisuji, zdůrazňují důležitost včasné detekce a pomoci, která v konečném důsledku v některých případech měla vliv i na životní standardy existenciální povahy.

Dlouhotrvající neutěšitelná situace Anety vedla k nezvladatelným stavům i v době, kdy byla na pracovišti. Myslí si, že nyní po absolvování hospitalizace, kde se jí dostalo potřebné péče, obzvláště vyzdvihuje osvojení si technik pro podporu psychohygieny, by své stavy lépe zvládala a několikrát si svou domněnku potvrdila v praxi. Její zaměstnavatel a kolegové po zjištění, že má Aneta diagnózu hraniční porucha osobnosti, k ní začali být laskavější a byly jí upraveny pracovní podmínky, přesto později na základě obav z dalších nezvládnutých psychických stavů s ní byla ze strany zaměstnavatele ukončena spolupráce. Včasná účinná psychologická intervence mohla psychickým krizím na pracovišti předejít.

Impulzivita u Laury často vedla k přehodnocení jejich sil a následně k nevyhnutelnému deficitu jejích rezerv. Změna u Laury spočívá ve snaze důkladněji si všímat vlastních potřeb a limitů, které indikují lepší plánování, například tak učinila při domlouvání pracovních směn nebo volbě méně náročnějšího typu školy.

Vhodné pracovní podmínky, které byly nastavené v důsledku diagnózy, prospěly také Ester. Během zotavování z nejvážnějších stavů měla příležitost pracovat v ochranném prostředí, a tím proces podpořit. Později také objevila možnost práce peer konzultanta, která ji naplňuje. Podobně jako Laura si i Ester uvědomila, že přeceňovala své možnosti, a snaží se tomu předcházet.

Najít si zaměstnání bylo pro Adama důležitým předpokladem naplnění jeho potřeby finančního osamostatnění, což mu bylo umožněno až po nastavení optimální léčby. V době,

kdy měl Adam nejhlubší depresivní stavy a úzkosti, ho psychiatr směřoval k tomu, aby si našel zaměstnání, a narušoval tak Adamovu důvěru k odborníkům.

Se stigmatizací v zaměstnání nebo škole se setkala pouze Marie, během studia na vysoké škole ze strany vyučujících, kteří neměli pochopení pro úlevy, které měla z důvodu psychických obtíží.

V oblasti relaxace někteří participanti uváděli, že se učí relaxovat nebo se jim daří věnovat se svým koníčkům až v poslední době.

8.5. Význam stanovení diagnózy pro kvalitu života

Určení diagnózy považují za přínosné všichni z výzkumného souboru. Bezprostředním přínosem byl odborný aparát, zahrnující výstižnou a obsáhlou charakteristiku celé škály příznaků, které manifestují danou specifickou poruchu osobnosti, například pocity, chování, vnímání druhých apod. a umožnil lepší orientaci ve vyhledávání odborných informací a usnadňuje komunikaci o sobě samém. V neposlední řadě indikoval vhodné možnosti léčby.

Laura: „...Naopak prostě zase jsem skrze tu diagnózu se dostala k DBTčku jako terapii a ta mi nesmyslně pomohla, prostě fakt jako jsem ráda, že je nějaká terapie, zase naopak přímo zaměřená prostě na lidi s těmahle symptomama.“

Diagnóza také pomohla s odstraněním pochybností, které o participantech a jejich projevech měli druzí lidé nebo oni sami.

Ester: „...Ale takže jako když jsem konečně vlastně objevila, o co jde, tak to byla velká úleva, protože vlastně to, co se mi dělo, tak mělo nějaký název. Takže sem neměla pocit, že jsem prostě nějaký marťan, exot, blázen, nevím jo. Ale že prostě opravdu a že si to nevymýšlím hlavně.“

Významnou změnou je zlepšení celkové schopnosti podchycení rozvíjející se psychické krize a použití adekvátního postupu k odvrácení krize nebo zmírnění následků.

Laura: „...No, že si myslím, že mi to hodně pomohlo, jako se pozastavit, prostě říct si: Hej, jo, stop, teď si pojdme jako říct, jestli jako už to jde do tý hraniční, nebo ne?“

Ester: „Taky to mívám, ale už jako teď jsem jako schopná si uvědomit, že se to děje. A nějakým způsobem jako zabrzdit trošku, abych prostě jo, protože vlastně během toho tak vydávám strašný množství energie a po nějaký době samozřejmě dojde a spadnu do deprese. Takže jako by snažím se to nějakým způsobem krotit, využívat techniky mindfulness a různě prostě, abych to nějakým způsobem zkrotila. A ten pád do deprese potom nebyl tak jako hroznej.“

„...Takže i jako o tom mluvím s kolegama, informuju je, že se tohleto děje. A kdyby měli pocit, že to přeháním tak, aby mě jako upozornili, že jako abych zabrzdila.“

Z předešlých kapitol vyplývá, že určení diagnózy samo o sobě nestačilo pro zvládnutí relapsů, avšak podpůrným prostředkem participantů bylo sebepoznání, které se s porozuměním vlastní diagnóze prolíná. Anetě v tom bezpochyby nejzásadněji pomohlo osvojení nástrojů pro zvládání různých psychosociálních situací. Také přehodnotila dosavadní přístup k vlastnímu výkonu a nyní si uvědomuje důležitost i malých pokroků.

Aneta: „...Ale zvládla jsem to víc než předtím pokusem o sebevraždu a vlastně bylo milion situací, kdy už bych dávno přemejšlela o tom, že život nemá smysl.“

„Zase tímhlectím opravdu tvrdým nárazem na zem si člověk prostě uvědomuje i ten pidi pokrok, co nikdo v okolí nevidí.“

8.6. Pohled odborníka

Pro popis zkušenosti se změnou kvality u osob s poruchou osobnosti po stanovení diagnózy může být zajímavý také pohled odborníka, který má klientku se specifickou poruchou osobnosti. Psycholožka Anna nejčastěji pracuje s klienty s poruchami příjmu potravy, které bývají komorbiditou k poruchám osobnosti. Aktuálně má v péči klientku s hraniční poruchou osobnosti s přítomností mentální bulimie a depresivní symptomatiky a několik klientů s rysy, které jsou dostatečně blízko pro možné budoucí diagnostikování, ale z důvodu nízkého věku diagnostika zatím není možná, a také klienty, s vyvýšenými rysy, které ale nedosahují závažnosti poruch osobnosti.

K psychoedukaci klientů, kteří mají pouze rysy některé ze specifických poruch osobnosti, o charakteristikách poruch osobnosti přistupuje tehdy pokud je to pro cíle terapie účelné. Význam toho vidí především ve spojitosti s používáním obranných mechanismů, které jsou

u lidí s poruchou osobnosti využívány nefunkčně, nebo nepřiměřeně často. U klientů s výraznými obtížemi považuje za vhodné komplexní diagnostické vyšetření.

Klientka, kterou má Anna více jak rok v péči, k ní do terapie poprvé přišla už s hotovou diagnostikou a stejnou diagnózu jí potvrdili i na pracovišti Anny. Klientka Anně sdělovala, že diagnóza přispěla k porozumění vlastnímu prožívání a přijímá jí. Avšak podle Anny integrace, pro klientku nepříjemné skutečnosti, byla klientkou zpracovaná do stavu rezignace, a onemocnění prožívá jako trvale nepříjemné, ale nevyhnutelné a nemá jinou možnost než situaci přijmout. Klientka také popsala, že období zjištění diagnózy pro ni znamenalo výrazné zhoršení kvality života, v důsledku narušení sebekonzistence jako normální osobnosti a náhlého odepření dosavadní představy o skutečnosti a uvedení reality nové, trvale nepříjemné.

Forma edukace klientky o diagnóze, probíhala podobně jako u některých participantů, převážně samostudiem. Podle Anny bylo výsledkem roztržitost informací na jednotlivé fragmenty a považovala za potřebné věnovat psychoedukaci další prostor.

Anna vyhodnocuje, že od začátku spolupráce se klientky pocit bezvýchodnosti z nemoci zmírnil a významným podíl této změny přisuzuje principům DPT terapie, kterou klientka současně navštěvovala.

Nejpálčivějšími tématy pro Anny klientku bylo zvládání krizí a sociálních interakcí. Klientka potřebovala osvojit si schopnost detekovat v prožívání přicházející krizi a nástroje k jejímu překonání. V oblasti sociálních interakcí chyběla kompetence jasně a přijatelně sdělovat svá přání a potřeby, v komunikaci s blízkými i v rámci komunikace se školou apod. V kontextu těchto témat z terapeutického hlediska znalost projevů diagnózy sloužila jako objasňující faktor dosavadních neúspěchů. Umožnila přenést hledání příčin z osobnosti klientky na nemoc a komunikace terapeutky se stala otevřenější a konkrétnější, následkem toho se zlepšuje porozumění svému prožívání a chování, a vytváří základ pro osvojování si nových více funkčních strategií. Klientce slouží znalost diagnózy jako orientační pomůcka pro identifikování významu situací, které v ní vyvolávají nepříjemné emoce

„Ale i pro ni je to orientační. Jo, že vlastně já reaguju takhle, protože mám tu nemoc a ta mi způsobuje, že reaguju takhle, bych to asi přirovnala trošku k tomu, jako když žena pochopí, že v rámci premenstruačního syndromu je podrážděná, jo, tak ví, že se to váže k tomu, že se

mění nějak v ten daný den nebo týden její hormonální cyklus, a proto by nejradši zabila každého, kterého má ve svém okolí. Ale není to tak, že by to tak měla vždycky, že jo. Prostě jsme podráždění, protože se něco děje s naším tělem, jo, tady to je asi tak jako podobný. No jako chápu, že se to děje, ale vlastně jako je mi to nepříjemný jo, protože nikdo nechce mít premenstruační syndrom.“

Označení nemoci za původce nezdaru také zmírňuje pocit vlastní nedostatečnosti a selhání:

„Jo je to mnohem, nebo aspoň to co konkrétně tady to se týkalo ukončení té DBT skupiny, kdy opravdu tam jako následoval takovej propad a i byly jako obavy, aby si fakt jako neublížila, takže jsme potřebovaly to trošku jako zmírnit, jsme se o tom takhle bavily a to zafungovalo. Jo, že vlastně ona v tu chvíli dokázala říct, aha, to vlastně to je jako projev té nemoci, nemusím to brát jako doslovný sebehodnocení, protože vlastně to ke mně nějak patří. A pak jsem říkala, tak dobře patří a pojďme si říct, co s tím můžeme dělat, jo, abychom nezůstaly u toho, že to k Vám teda patří, ale ono vám to jako zároveň ubližuje, jo, tak pojďme dělat něco, aby Vám to neublížovalo..“

V jednom případě měla Anna také zkušenost s klientkou s rysy emočně nestabilní poruchy, které prospělo porozumět sama sobě skrze seznámení se se symptomatikou emočně nestabilní poruchy osobnosti:

„...A ona říká, jo, vlastně chápu, jak reaguju, chápu, co dělám a chápu, co potřebuji...“

Další zajímavou skutečností je, že do stanovení diagnózy nebyla klientka s hraniční poruchou osobnosti schopna dlouhodobě setrvat v jiné terapeutické péči nebo dodržet lékařská doporučení. Avšak důvody, které klientku vedly ke změně přístupu k léčbě nejsou známé.

Klientce se také zlepšil vztah k mamince. Zpočátku byl velmi špatný, avšak klientky interpretace projevů maminky odporovala jiným skutečnostem z vyprávění klientky. Je tedy možné, že důvodem pro zlepšení vztahu přispěla schopnost klientky vyhodnotit sociální situace více objektivně a realisticky:

„Ona teda hodně vidí v tý mámě jo, jakože je vřelejší, že víc pomáhá, ale ta máma vždycky pomáhala, vždycky, když byla nemocná, ona má hodně zdravotních problémů, takže vždycky, když to bylo jako vážný a ona se tam přesunula, tak ona, jak vlastně na ní byla

jakoby závislá, tak asi se nechovala tak útočně, tak ta máma jí vždycky jako vařila, ona běžně tam nebydlí a teďka vlastně jako bydlela a když se jí udělalo dobře, no tak asi už to tam nebylo, tak se vždycky pohádaly, tak ta klientka odešla. Jo a teďka vlastně ona, jak je trošku fakt jako uklidněnější, tak vlastně tam asi nedělá takový rozbroje, to je taková moje jakoby fantazie o tom, co se mohlo stát. Ale i ona vlastně říkala, jo, já už jako to беру trošku s rezervou jo, že vlastně jako nemůže po tý mámě chtít, i dokonce mámu třeba za něco jako pochválila v terapii jo, což bylo vidět, že jako trošku nahlíží, ona říká, máma to taky měla, no má to taky teďka těžký, to třeba dřív v životě neřekla, takže tu empatii, kterou má poměrně hodně silnou, taky takovej jako běžnej úkaz tady u těch holek, tak dokáže ji jako využít funkčně jo, že dokážu pochopit, že ta máma to má těžký a že třeba když teďka zrovna něco řekne, to není útok na ní, ale prostě máma to má těžký, proto je třeba víc podrážděna a dokáže vlastně....A myslím si, že i díky tý terapiím a trošku fakt už jako přijetí tý nemoci, jako pochopit, že to neútočí na mě, když mi tohle říká jo, toto je jako její, není to moje, dokáže to od sebe oddělit a neublíží to.“

Dobrým argumentem pro diagnostikování je také možnost nasměrovat klienta na organizace nebo terapie uzpůsobené pro lidi s konkrétní diagnózou.

Anna také objasnila některé důvody odmítnutí klienta s emočně nestabilní poruchou osobnosti. Práce s klienty s emočně nestabilní poruchou bývá náročná, proto jedním z důvodů odmítnutí může být, že v péči jich má již několik, jiným důvodem také je specializace terapeuta na klienty s jiným onemocněním.

Diskuze

Záměrem práce bylo popsat změnu kvality života u výzkumného souboru po stanovení diagnózy. Klíčová témata, která z výzkumu vzešly, se obsahově blíží k eudaimonickému pojetí osobní pohody a dotýkají se konceptu Ryffové a Keyese (1995). Jednotlivé části popisují změny, které souvisí s určením jejich diagnózy, a nazvala jsem je: **Cesta zotavování**, zde shrnuji, jak se u participantů proměňovalo vnímání jejich diagnózy, přístup k léčbě, klíčové determinující momenty a faktory. Kapitola **Sebepojetí, sebepoznání a sebezpřijetí** popisuje pohled participantů na vlastní osobnost a vliv psychoedukace pro přijímání své osobnosti jako celku s pozitivními i negativními vlastnostmi. Důležité části kvality života, sociální oblasti, se věnuje kapitola **Vztahy**. Dále mne zajímal vliv stanovení diagnózy na **Zaměstnání, relaxaci a zájmy** a jaký je pro participanty celkový **význam stanovení diagnózy pro kvalitu života** a sekundární činitele, které se s tím pojí. Výzkumný soubor doplňuje výpověď psycholožky, která má klientku s emočně nestabilní poruchou osobnosti.

Důležitým zjištěním je, že pro výzkumný soubor byl významný přístup psychologa nebo psychiatra při psychoedukaci o diagnóze i během následné léčby. Zkušenost většiny participantů byla, že psychoedukaci nebyl dán dostatečný prostor nebo zcela chyběla. To s sebou přineslo pokusy o samostudium, které se ukázaly jako potencionálně rizikové z důvodu ohrožení integrity „já“. Pouze v jednom případě bylo přijetí celkové charakteristiky diagnózy úplné a přineslo pozitivní účinek pro sebepojetí. Možným důvodem je, že tato participantka se cítila odlišná a přijetí diagnózy neneslo tak výraznou sebestigmatizaci, tím se usnadnila akceptace dosud nových negativních zjištění o své diagnóze, a tedy i vlastní osobnosti. Užitečnost psychoedukace, ale také potřebu opatrnosti při jejím předávání zdůrazňuje také psycholožka při práci se svou klientkou. Komunikace o projevech diagnózy umožňuje klientce odstoupit od vlastní osobnosti, a při objasňování příčin nežádoucího chování přenést pozornost na nemoc, důsledkem čehož se zmírňuje sebedehonestace. Pozitivní účinky psychoedukace prokazuje velké množství výzkumů, některé z nich jsem zmiňovala v teoretické části. Například výsledky studie Longa et al. (2014), zaměřené na zmírnění stigmatu a zlepšení motivace u žen s emočně nestabilní poruchou osobnosti, přinesly zjištění, že ženy, které psychedukační program dokončily, vykazovaly zlepšení oproti těm, které program nedokončily a zlepšila se celková symptomatologie. Také zdůrazňují význam vztahu klienta s poruchou osobnosti a

psychologa. Dochází nejen ke zmírňování symptomů a posilování důvěry v léčebné postupy (také například Yazici & Batmaz, 2021), ale také ke zlepšení postojů personálu vůči pacientům s poruchami osobnosti (Clarke at al., 2015).

Důvěra v osobnost odborníka je bezpochyby základním kamenem pro budování dostatečně silné motivace k léčbě a její narušení léčbu významně ohrožuje. Porozumění vlastní diagnóze v konečném důsledku participantům přineslo realističtější reprezentaci sama sebe, avšak tento proces byl nesnadný a provázely ho problémy v oblasti vlastní identity. Významnou se v tomto procesu jeví psychoterapie a její principy, například introspekce, nebo principy dialektické behaviorální terapie. Jedním z možných vysvětlení vzniklých rizik při individuální psychoedukaci je nestrukturovanost a chybějící intervence odborníka. Vlastnosti účinné léčby popsal Bateman a Fonagy (2000): mimo jiné, složky středně účinné léčby jsou dobrá struktura a terapeutem záměrně usměrňované teoretické informace.

Vztahy se participantům obecně zkvalitnily, jedním z důvodů je vyšší míra sebejistoty ohledně své identity a z ní plynoucí srozumitelnější vymezování vlastních přání a potřeb, ale i stabilnější vnímání druhých lidí. Tedy, že participanté jsou schopní přijímat své sociální okolí s jejich negativními i pozitivními vlastnostmi a nedochází k tak výraznému štěpení. Podobný pohled na příčinu zlepšení vztahů u své klientky rovněž poskytla psycholožka.

Lepší znalost sebe sama se uplatnila také v pracovním/školním prostředí. V jednom případě důsledky nedostatečně kvalitní léčby přispěly k indispozici k zaměstnání. Naopak z výpovědí participantů i psycholožky je patrné, že principy terapie docházet do zaměstnání nebo školy podporují, například nácvikem sociálních situací.

Oblast relaxace participanté vnímají jako důležitou součást pro kvalitu života, avšak zatím s jistotou nelze vyhodnotit zlepšení v jejím aplikování.

Hlavním přínosem stanovení diagnózy se v této práci ukázalo zpřístupnění porozumění sobě skrze znalost symptomatiky diagnózy a z toho plynoucí benefity. Tento výsledek je v souladu s názory mnoha autorů, kteří svými studiemi prokazují účinky psychoedukace u osob s poruchou osobnosti, nebo význam psychoedukace považují za nezbytný. V případě klientky, o které hovořila psycholožka, měla znalost diagnózy z počátku za následek zhoršení kvality života a nyní je klientka ve stavu rezignace, který se však pomalu zlepšuje. V jednom případě pro participantku nebylo podstatné, co její diagnóza znamená, ale

nejvíce ocenila osvojení technik pro překonávání psychických krizí. Důvodem pro jen malý význam psychoedukace na celkový stav v těchto dvou případech může být těžší forma poruchy osobnosti, kterou indikuje přítomnost depresivní symptomatiky (Stefanitou et al. 2022), trvalé těžké sebepoškozování (Monk-Cunliffe et al., 2023) a suicidální tendence. Léčebné intervence platné u lehčích forem poruchy osobnosti mohou být v takovém případě nedostačující. Přestože určité mechanismy psychoedukace v závěru vedly k příznivým účinkům, naopak některé působily rizikově. Jako vhodná se proto zdá psychoedukace, která je vedená s podporou odborníka.

Limitujícím aspektem výsledků výzkumu je nejasná míra podílu dalších podpůrných činitelů, především psychoterapie, tedy zda by neznalost diagnózy, ale docházení do psychoterapie nevedlo ke stejným výsledkům. Je možné, že ano, avšak proces by trval delší dobu. Psycholožka zmínila, že ne vždy je pro postupy terapeuta znalost diagnózy důležitá.

Je také potřeba zreflektovat upřímnost odpovědí výzkumného souboru z důvodu možného sugestivního způsobu vedení interview a snahy participantů vyhovět potřebám mé práce, ačkoli jsem zmiňovala, že změna kvality života může být negativní nebo žádná. Dále platnost zjištění ohrožuje faktor času a možné zachycení aktuálně dobrého období v životě participantů. V jednom případě byla participantka čerstvě po hospitalizaci, s kterou byla velmi spokojená, a silně motivovaná k další léčbě. V dalším případě byla participantka diagnostikovaná jen dva měsíce před rozhovorem a prostor pro změny na kvalitu života byl krátký.

V neposlední řadě je nutné zmínit rizikový faktor zvolené metody sběru dat u souboru osob s poruchou osobnosti, jelikož schopnost náhledu je u pacientů s poruchou osobnosti narušena, je možné, že jejich schopnost objektivního posouzení, například přístup psychologů a psychiatrů, byla omezená. A konečně, ačkoli jsem požádala participanty o zpětnou vazbu k mojí interpretaci jejich zkušenosti, nelze vyloučit zkreslení skutečnosti skrze vlastní subjektivní složku.

Na závěr bych ráda navrhla témata, která tuto práci přesahují, avšak téma práce vhodně rozšiřují a doplňují. První téma vyvstává ze zkušenosti participantů s chybějící nebo nedostačující psychoedukací v rámci terapeutické nebo psychiatrické léčby, ačkoli je prokazatelně důležitá, a popsat příčiny, které k tomu vedly. Dále považuji za zajímavé

rozvést téma psychoedukace, popsat jaké formy psychoedukace jsou nejúčinnější a jaká je potřebná doba pro efektivní účinek.

Závěr

Tato práce popisuje některé změny v kvalitě života u osob s poruchou osobnosti po stanovení diagnózy. Výzkumný soubor popisuje zlepšení v oblasti vztahů, sebepochopení a sebedřijetí. Významným indikátorem těchto změn je psychoedukace, což potvrzují i četné výzkumy a autoři. V případě výzkumného souboru nebyla zpočátku psychoedukace komplexní což mělo na participanty neblahé účinky a prodloužila se tak doba jejich zotavování. Dalším důležitým aspektem ve zlepšení oblasti vztahů, sebepochopení a sebedřijetí se u výzkumného souboru ukázala vyhovující terapeutická péče, v které došlo ke strukturalizaci a rozšíření psychoedukace, včetně o možnostech léčby, nácviku sociálních situací a technik psychohygieny, práci s emocemi, nebo ke změnám ve způsobu myšlení.

Stanovení diagnózy poskytlo participantům možnost porozumět symptomům nemoci a možnosti léčby skrze psychoedukaci a v kombinaci s psychoterapií přispělo ke zlepšení procesu zotavování. V konečném důsledku participant deklarovali zlepšení kvality jejich života. Minimálně v jednom případě z důvodu těžké poruchy osobnosti však nelze vyloučit pravděpodobnost relapsu a považovat zvýšení kvality za trvalé, dlouhotrvající nebo progredující.

Souhrn

Tato práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. V teoretické části jsem se věnovala základním pojmům jako je porucha osobnosti, osobnost a také jsem zmínila problematiku neurčitě hranice mezi normální osobností a poruchami osobnosti, optimální řešení nejednoznačné meze nabízí dimenzionální model, který v přístupu k diagnostice osob s poruchami osobnosti navrhuje model kontinua, na jehož opačných pólech leží normální osobnost a na druhém porucha osobnosti. Lidé se pak vyskytují různě na tomto pásmu. Tento přístup také připouští, že jedinci, kteří se nachází blíže k pólu poruch osobnosti, ale nedosahující závažnosti poruch osobnosti mohou mít některé obtíže, které tato nemoc generuje (Karukivi et al., 2017) a zároveň by na léčebné principy uplatňované v léčbě poruch osobnosti mohli dobře zareagovat (Paris, 1998). Poruchy osobnosti lze definovat jako maladaptivní způsoby chování, které si člověk neuvědomuje jako poruchové a z toho důvodu trpí on nebo jeho okolí (Mombour & Bronisch, 1998). Dále jsem přistoupila k popisu jednotlivých typů specifických poruch osobnosti a diferencionálním diagnostikám, ke kterým dochází z důvodu častých komorbidit poruch osobnosti s dalšími duševními poruchami nebo více poruchami osobnosti u jednoho pacienta. V dalších kapitolách jsem se věnovala možnostem léčby, v kterých vyzdvihuji především psychoterapii a psychoedukaci, a výzkumům zaměřených na jejich účinnost. Poslední kapitola popisuje eudaimonické dimenze kvality života sestavené Ryffovou a Keyesem (1995). Jsou to Sebeříjetí (self-acceptance), Pozitivní vztahy s ostatními (positive relations), Autonomie (autonomy), Zvládnutí prostředí (environmental mastery), Smysl života (purpose in life) a Osobní rozvoj (personal growth).

Následuje první kapitola empirické části, v níž vymezuji záměry vlastního výzkumu. Zde vycházím z předpokladu, že porozumění vlastní diagnóze přispívá k porozumění celé osobnosti a působí tak na dimenze kvality života. Cílem výzkumu je tedy popsat, zda se u osob s poruchou osobnosti po stanovení diagnózy změnila kvalita života, v jakých oblastech byla změna nejvýznamnější a popsat jakým způsobem se změnila. Pozornost jsem věnovala také zjišťování konkrétních příčin zjištěných změn. Pro tvorbu dat jsem zvolila kvalitativní design a polostrukturovaný interview, zpracování získaných dat jsem prováděla pomocí fenomenologické interpretativní analýzy. Výzkumný soubor osob s poruchou osobnosti sestává ze čtyř žen a jednoho muže, ten doplňuje výpověď psycholožky, která má klientku

s poruchou osobnosti. Kromě jednoho případu mají všichni participanté, včetně klientky psycholožky, emočně nestabilní poruchu osobnosti, jedna participantka má vyhubou poruchu osobnosti. Během interpretování výsledků vznikly tematické části, které popisují změny související se stanovením diagnózy: **Cesta zotavování**, zde shrnuji, jak se u participantů proměňovalo vnímání jejich diagnózy, přístup k léčbě, klíčové determinující momenty a faktory. Kapitola **Sebepojetí, sebepoznání a sebpřijetí** popisuje pohled participantů na vlastní osobnost, a vliv psychoedukace pro přijímání své osobnosti jako celku, s pozitivními i negativními vlastnostmi. Důležité části kvality života, sociální oblasti, se věnuje kapitola **Vztahy**. Dále mne zajímal vliv stanovení diagnózy na **Zaměstnání, relaxaci a zájmy** a jaký je pro participanty celkový **význam stanovení diagnózy pro kvalitu života** a sekundární činitele, které se s tím pojí.

Hlavním přínosem stanovení diagnózy se v této práci ukázalo zpřístupnění porozumění sobě skrze znalost symptomatiky diagnózy a z toho plynoucí benefity. Tento výsledek je v souladu s názory mnoha autorů, kteří svými studiemi prokazují účinky psychoedukace u osob s poruchou osobnosti, nebo význam psychoedukace považují za nezbytný. V případě klientky, o které hovořila psycholožka, měla znalost diagnózy z počátku za následek zhoršení kvality života a nyní je klientka ve stavu rezignace, který se však pomalu zlepšuje. V jednom případě pro participantku nebylo podstatné, co její diagnóza znamená, ale nejvíce ocenila osvojení technik pro překonávání psychických krizí. Důvodem pro jen malý význam psychoedukace na celkový stav v těchto dvou případech může být těžší forma poruchy osobnosti, kterou indikuje přítomnost depresivní symptomatiky (Stefanatos et al. 2022), trvalé těžké sebepoškozování (Monk-Cunliffe et al., 2023) a suicidální tendence. Léčebné intervence platné u lehčích forem poruchy osobnosti mohou být v takovém případě nedostačující. Přestože určité mechanismy psychoedukace v závěru vedly k příznivým účinkům, naopak některé působily rizikově. Jako vhodná se proto zdá psychoedukace, která je vedená s podporou odborníka.

Zdroje

- Arslan G. (2023). Psychological Well-Being and Mental Health in Youth: Technical Adequacy of the Comprehensive Inventory of Thriving. *Children* (Basel, Switzerland). 10(7). 1269. <https://doi.org/10.3390/children10071269>
- Bach, B., Kramer, U., Doering, S., di Giacomo, E., Hutsebaut, J., Kaera, A., De Panfilis, C., Schmahl, C., Swales, M., Taubner, S., & Renneberg, B. (2022). The ICD-11 classification of personality disorders: a European perspective on challenges and opportunities. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*. 9(1). 12. <https://doi.org/10.1186/s40479-022-00182-0>
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*. 177. 138–143. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.2.138>
- Bateman, A. W., Gunderson, J., & Mulder, R. (2015). Treatment of personality disorder. *The Lancet*, 385(9969), 735–743. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61394-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61394-5)
- Bernstein, D. P., Iscan, C., Maser, J. (2007). Opinions of personality disorder experts regarding the DSM-IV personality disorders classification system. *Journal of personality disorders*. 21(5). 536–551. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.5.536>
- Blackburn, R. (2000). Classification and assessment of personality disorders in mentally. *Criminal Behaviour and Mental Health*. 10. 8-32. <https://doi.org/10.1002/cbm.2000.10.s1.s8>
- Blackburn, R., Donnelly, J. P., Logan, C., & Renwick, S. J. (2004). Convergent and discriminative validity of interview and questionnaire measures of personality disorder in mentally disordered offenders: a multitrait-multimethod analysis using confirmatory factor analysis. *Journal of personality disorders*. 18(2). 129–150. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.2.129.32779>
- Bronisch, T., & Mombour, W. (1998). The modern assessment of personality disorders.: Part 2: Reliability and validity of personality disorders. *Psychopathology*, 31, 293-301. <https://doi.org/10.1159/000029053>
- Cakirpaloglu, P. (2012). Úvod do psychologie osobnosti. Grada.
- Clark, L. A., Livesley, W. J., & Morey, L. (1997). Personality disorder assessment: the challenge of construct validity. *Journal of personality disorders*. 11(3). 205–231. <https://doi.org/10.1521/pedi.1997.11.3.205>
- Clarke, S., Taylor, G., Lancaster, J., & Remington, B. (2015). Acceptance and commitment therapy-based self-management versus psychoeducation training for staff caring for clients with a personality disorder: a randomized controlled trial. *Journal of personality disorders*. 29(2). 163–176. https://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_149

- Clarkin, J. F., Cain, N., & Livesley, W. J. (2015). An integrated approach to treatment of patients with personality disorders (J., Trenklerová, překladatel). *Journal of Psychotherapy Integration*. 25(1). 3–12. <https://doi.org/10.1037/a0038766>
- Coolidge, F. L., Estey, A. J., Segal, D. L., & Marle, P. D. (2013). Are alexithymia and schizoid personality disorder synonymous diagnoses?. *Comprehensive psychiatry*. 54(2). 141–148. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.07.005>
- Esterberg M. L., Goulding S. M., & Walker E. F. (2010). Cluster a personality disorders: schizotypal, schizoid and paranoid personality disorders in childhood and adolescence. *J Psychopathol Behav Assess*. 32(4). 515-528. <https://doi.org/10.1007/s10862-010-9183-8>
- Faldyna, Z. (2005). Specifické poruchy osobnosti specifické poruchy osobnosti Část I. Diagnostika. *Psychiatrie pro praxi*. 1. 48-51. https://www.solen.cz/artkey/psy-200501-0012_Specificke_poruchy_osobnosti_Cast_I_diagnostika.php
- Gurková, E. (2011). Hodnocení kvality života. Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. Grada.
- Hart, Ch. (2018). Personality disorders: Program takes fresh treatment approach, rolls out across NSW. ABC News. <https://www.abc.net.au/news/2018-07-29/inside-the-mind-of-someone-with-borderline-personality-disorder/10044920>
- Hartl, P. (1993). *Psychologický slovník*. Budka.
- Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace (2. přepracované a aktualizované vydání)*. Portál.
- Herd, S. M. (2022). Synthesising Hedonic and Eudaimonic Approaches: A Culturally Responsive Four-Factor Model of Aggregate Subjective Well-Being for Hong Kong Children. *Child Indicators Research*. <https://doi.org/10.1007/s12187-021-09901-5>
- MZČR. (n.d.). Poruchy osobnosti: přehled různých typů. Národní zdravotnický informační portál. <https://www.nzip.cz/clanek/695-poruchy-osobnosti-prehled-ruznych-typu>
- Kaleidoskop. (n.d.). Kaleidoskop – centrum terapie a vzdělávání. z. ú. <https://www.kaleidoskop-os.cz/>
- Karukivi, M., Vahlberg, T., Horjamo, K., Nevalainen, M., & Korkeila, J. (2017). Clinical importance of personality difficulties: diagnostically sub-threshold personality disorders. *BMC Psychiatry*. 17(16). <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1200-y>
- Katakis, P., Schlieff, M., Barnett, P., Rains, L. S., Rowe, S., Pilling, S., & Johnson, S. (2023). Effectiveness of outpatient and community treatments for people with a diagnosis of 'personality disorder': systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*. 23(1). 57. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04483-0>
- Kernberg, O. F., & Yeomans, F. E. (2013). Borderline personality disorder, bipolar disorder, depression, attention deficit/hyperactivity disorder, and narcissistic personality disorder:

Practical differential diagnosis. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 77(1). 1–22. <https://doi.org/10.1521/bumc.2013.77.1.1>

Koutná Kostínková, J., & Čermák, I. (2013). Interpretativní fenomenologická analýza. In In Řiháček, T., Čermák, I., Hytych, R. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Masarykova univerzita, 9-43.

Křivohlavý, J. (2004). Kvalita života. Vymezení pojmu a jeho aplikace v různých vědních disciplínách s důrazem na medicínu a zdravotnictví. *Kvalita života [sborník příspěvků z konference]* (9-20). Institut zdravotní politiky a ekonomiky.

Long, C., Fulton, B., & Dolley, O. (2014). Using psychoeducation to motivate engagement for women with personality disorder in secure settings. *Journal of Psychiatric Intensive Care*. 11(1). 18-26. <https://doi.org/10.1017/S1742646413000344>

McMurran, M., Day, F., Reilly, J., Delpont, J., McCrone, P., Whitham, D., Tan, W., Duggan, C., Montgomery, A. A., Williams, H. C., Adams, C. E., Jin, H., Moran, P., & Crawford, M. J. (2017). Psychoeducation and Problem Solving (PEPS) Therapy for adults with personality disorder: A pragmatic randomized-controlled trial. *Journal of personality disorders*. 31(6). 810–826. https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_286

Mombour, W., & Bronisch, T. (1998). The modern assessment of personality disorders. Part 1: definition and typology of personality disorders. *Psychopathology*. 31(5). 274-80. <https://doi.org/10.1159/000029051>

Monaghan, C., & Bizumic, B. (2023). Dimensional models of personality disorders: Challenges and opportunities. *Frontiers in psychiatry*. 14. 1098452. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1098452>

Monk-Cunliffe, J., Kadra-Scalzo, G., Finamore, C., Dale, O., Khondoker, M., Barrett, B., Shetty, H., Hayes, R. D., & Moran, P. (2023). Defining severity of personality disorder using electronic health records: short report. *BJPsych open*. 9(5). e137. <https://doi.org/10.1192/bjo.2023.509>

Možný, P., & Praško, J. (1999). *Kognitivně-behaviorální terapie: Úvod do teorie a praxe*. Triton.

Nelson, D. L., Beutler, L. E., & Castonguay, L. G. (2012). Psychotherapy integration in the treatment of personality disorders: a commentary. *Journal of personality disorders*. 26(1). 7–16. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.1.7>

Orel, M., & kol. (2016). *Psychopatologie. Nauka o nemocech duše (2. aktualizované a doplněné vydání)*. Grada.

Paris, J., & kol. (1998). Psychotherapy for the personality disorders: Working with traits. *Bull Menninger Clin*. 62(3). 287-97.

Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S. (2001). Psychotherapy of personality disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 3. 59–63. <https://doi.org/10.1007/s11920-001-0074-2>

Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S. (2001). Psychotherapy of personality disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 3. 59–63. <https://doi.org/10.1007/s11920-001-0074-2>

Praško, J. (2015). *Poruchy osobnosti* (3. vydání). Portál.

Praško, J., Ocisková, M., Kamarádová, D., Sedláčková, Z., Cerna, M., Mainerová, B., & Sandoval, A. (2013). Bipolar affective disorder and psychoeducation. *Neuro Endocrinology Letters.* 34(2). 83-96.

Pukrop R, Herpertz S, Sass H, & Steinmeyer E. M. (1998). Special feature: personality and personality disorders. A facet theoretical analysis of the similarity relationships. *J Pers Disord.* 12(3). 226-46. <https://doi.org/10.1521/pedi.1998.12.3.226>

Rafaeli, E., Bernstein, D. P., & Young, J. (2010). *Schema therapy: Distinctive features*. Taylor & Francis Group.

Reardon, K. W., Mercadante, E. J., & Tackett, E. J. (2018). The assessment of personality disorder: methodological, developmental, and contextual considerations. *Current Opinion in Psychology.* 21. 39-43. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.09.004>

Rolederová, I. (2014). *Seběpřijetí a jeho role v partnerských vztazích* [Magisterská diplomová práce, Univerzita Karlova v Praze]. Digitální repozitář UK. <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/70742>

Ronningstam, E., Simonsen, E., Oldham, J. M., Maffei, C., Gunderson, J., Chanen, A. M., & Millon, T. (2014). Studies of personality disorders: past, present, and future in recognition of ISSPD's 25th anniversary. *Journal of personality disorders.* 28(5). 611–628. <https://doi.org/10.1521/pedi.2014.28.5.611>

Ryff C. D. (2014). Psychological well-being revisited: advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and psychosomatics.* 83(1). 10–28. <https://doi.org/10.1159/000353263>

Ryff, C. D., & Keyes, C. L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology.* 69(4). 719–727. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.69.4.719>

Říčan, P. (2013). *Psychologie* (4. vydání). Portál.

Sarkhel, S., Singh, O. P., & Arora, M. (2020). Clinical Practice Guidelines for Psychoeducation in Psychiatric Disorders General Principles of Psychoeducation. *Indian journal of psychiatry,* 62(Suppl 2), S319–S323. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_780_19

Schroeder, K., Andresen, B., Naber, D., & Huber, C. G. (2010). Diagnostic validity of ICD-10 personality dimensions: a multitrait-multimethod analysis of two self-report questionnaires and a structured interview. *Psychopathology.* 43(2). 110–120. <https://doi.org/10.1159/000277000>

Slezáčková, A. (2012). *Průvodce pozitivní psychologií. Nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. Grada.

- Stefanatou, P., Xenaki, L. A., Konstantakopoulos, G., Papaiakovou, A., Ralli, I., Berk, A. D., Katopodi, D. S., Pantagoutsou, A. D., Charitaki, A., Ginieri-Coccosis, M., Giannouli, E., & Malogiannis, I. A. (2022). Psychopathological Determinants of Quality of Life in People with Borderline Personality Disorder. *Journal of clinical medicine*. 12(1). 30. <https://doi.org/10.3390/jcm12010030>
- Strunz, S., Westphal, L., Ritter, K., Heuser, I., Dziobek, I., & Roepke, S. (2015). Personality pathology of adults with autism spectrum disorder without accompanying intellectual impairment in comparison to adults with personality disorders. *Journal of autism and developmental disorders*. 45(12). 4026–4038. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2183-x>
- Šolcová, I., & Kebza, V. (2004). Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (well-being), její determinanty a prediktory. Kvalita života [sborník příspěvků z konference] (21-32). Institut zdravotní politiky a ekonomiky.
- Triebwasser, J., Chemerinski, E., Roussos, P., & Siever, L. J. (2013). Paranoid personality disorder. *Journal of personality disorders*. 27(6). 795–805. https://doi.org/10.1521/pedi_2012_26_055
- Tyrer, P. (2007). Personality diatheses: a superior explanation than disorder. *Psychol Med*. 37(11). 1521-5. <https://doi.org/10.1017/S0033291707000153>
- Tyrer, P. (2016). Improving the assessment of personality disorders. *Criminal behaviour and mental health*. 10. 51-65. <https://doi.org/10.1002/cbm.2000.10.s1.s51>
- Tyrer, P., & Johnson, T. (1996). Establishing the severity of personality disorder. *The American journal of psychiatry*. 153(12). 1593–1597. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.12.1593>
- Tyrer, P., Reed, G. M., & Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet (London, England)*. 385(9969). 717–726. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61995-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61995-4)
- Vágnerová, M. (2004). Psychopatologie pro pomáhající profese. Portál.
- Výrost, J., Slaměník, I., & Sollarová, E., (2019). Sociální psychologie. Teorie, metody, aplikace. Grada
- Williams, R., Chiesa, M., Moselli, M., Frattini, C., Casini, M., & Fonagy P. (2023). The relationship between mood disorders, personality disorder and suicidality in adolescence: does general personality disturbance play a significant role in predicting suicidal behavior?. *Journal of Affective Disorders*. 10. 32. <https://doi.org/10.1186/s40479-023-00238-9>
- Yazici, H. G., & Batmaz, M. (2021). Effect of Psychoeducation on Anger Behaviors in Individuals with Antisocial Personality Disorder/Antisozyal Kisilik Bozuklugu Olan Bireylerde Psikoegitimim Öfke Davranislarina Etkisi. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar. Current Approaches to Psychiatry*. 13(1). 298–310. <https://doi.org/10.18863/pgy.987805>

Přílohy

1. Abstrakt v českém jazyce
2. Abstrakt v anglickém jazyce
3. Struktura polostrukturovaného interview s participanty s poruchou osobnosti
4. Struktura polostrukturovaného interview s psycholožkou

Abstrakt bakalářské práce

Název práce: Změna kvality života po stanovení diagnózy u osob s poruchou osobnosti

Autor práce: Jana Stejskalová

Vedoucí práce: Mgr. Ondrej Gergely

Počet stran a znaků: 62 stran, 111 178 znaků

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 57

Abstrakt (800-1200 zn.):

Cílem této práce je popsat, zda se u osob s poruchou osobnosti po stanovení diagnózy změnila kvalita života, v jakých oblastech byla změna nejvýznamnější a popsat jakým způsobem se změnila. Pozornost je věnována také zjišťování konkrétních příčin zjištěných změn. Tvorba dat je prováděna pomocí fenomenologické interpretativní analýzy. Výzkumný soubor osob s poruchou osobnosti sestává ze čtyř žen a jednoho muže, dále je doplněn výpovědí psycholožky, která má klientku s poruchou osobnosti. Hlavním přínosem stanovení diagnózy se v této práci ukázalo zprostředkování psychoedukace o symptomech poruchy a možnostech léčby, včetně osvojení technik pro překonávání psychických krizí. Přestože určité mechanismy psychoedukace v závěru vedly k příznivým účinkům, naopak některé působily rizikově. Jako vhodná se proto zdá psychoedukace, která je vedená s podporou odborníka.

Klíčová slova: *Poruchy osobnosti, Kvalita života, Diagnóza, Psychoedukace*

Abstract of thesis

Title: Change in quality of life after the diagnosis of a person with a personality disorder

Author: Jana Stejskalová

Supervisor: Mgr. Ondrej Gergely

Number of pages and characters: 62 pages, 111 178 characters

Number of appendix: 4

Number of references: 57

Abstract (800-1200 characters):

The objective of this work is to describe how the quality of life changed for people with a personality disorder after diagnosis, in which areas the change was most significant and to describe how it changed. Attention is also paid to investigating the specific causes of the detected changes. Data creation is carried out using phenomenological interpretive analysis. The research group of persons with a personality disorder consists of four women and one man, and is supplemented by the testimony of a psychologist who has a client with a personality disorder. In this work, the main benefit of establishing a diagnosis was the mediation of psychoeducation about the symptoms of disorders and treatment options, including the acquisition of techniques for overcoming psychological crises. Although certain mechanisms of psychoeducation in the end led to beneficial effects, on the contrary, some had a risky effect. Therefore, psychoeducation, which is conducted with the support of an expert, seems appropriate.

Keywords: *Personality disorders, Quality of life, Diagnosis, Psychoeducation*

Struktura polostrukturovaného interview s participanty s poruchou osobnosti

1. Název diagnózy, doba stanovení.
2. Dochází do terapie? Jak dlouho?
3. Zjišťoval/a si po diagnostikování informace o diagnóze?
4. Mělo to pro něj/ni nějaký přínos?
5. Vliv stanovení na seberechopení, seberechopení.
6. Sociální vazby, nyní navazování vztahů a udržování vztahů, spokojenost ve vztazích, odlišnosti před stanovením diagnózy.
7. Sdílel/a svoji diagnózu někomu dalšímu? Jaký to mělo dopad?
8. Vliv stanovení diagnózy na práci/vzdělávání.
9. Vliv stanovení na relaxaci, odpočinek, zájmy.
10. Jaký dává význam stanovení diagnózy.
11. Prožívání radosti a spokojenosti nyní (v posledních 4 týdnech).
12. Prožívání špatné nálady, zoufalství, úzkost, deprese (v posledních 4 týdnech).

Struktura polostrukturovaného interview s psycholožkou

1. Kolik klientů s poruchou osobnosti má, nebo měla?
2. Jaké poruchy osobnosti její klienti mají?
3. Jakou máš zkušenost se změnou kvality jejich života po stanovení diagnózy:
z jejich pohledu – sebedůvěry, sebepochopení, zlepšení příznaků, motivace k léčbě, prožitky kontextu stanovení, vztahy.
z pohledu psycholožky - vliv na proces terapie a komunikaci, motivace k léčbě, dynamika terapie, konkretizace zakázky.
4. Mělo v některém případě samotné stanovení pozitivní dopad na klienta? (prospělo mu sebepoznání?)
5. Máš zkušenost se změnou v přístupu ke klientovi z poruchu osobnosti po stanovení diagnózy?
6. Důvody odmítnutí klienta s poruchou osobnosti.