

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

Hraniční porucha osobnosti: Citová vazba v dospělosti,
stud a soucit se sebou

Borderline personality disorder: Adult attachment,
shame and self-compassion



Bakalářská diplomová práce

Autor: Antonín Vyhnánek

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Olomouc

2018

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací na téma: „Hraniční porucha osobnosti: Citová vazba v dospělosti, stud a soucit se sebou“ vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 28. 3. 2018

Podpis

Věnováno mému tátovi, který zemřel příliš brzy.

Věnováno mojí mámě, za její snahu poskytovat mi láskyplnou péči.

Poděkování

Děkuji vedoucímu bakalářské práce panu Mgr. Martinu Kupkovi PhD. za to, že do toho se mnou šel a podpořil mne při zpracovávání tohoto nejjednoduššího tématu. Děkuji také panu PhDr. Janu Bendovi a paní PhDr. Petře Kasalové za příležitost vést s nimi konzultace ohledně problematiky hraniční poruchy osobnosti, studu a soucitu se sebou. Dále mé poděkování patří odborným pracovníkům, kteří mi pomáhali se sběrem výzkumných dat z klinické populace a všem respondentům, zejména těm s hraniční poruchou osobnosti, kteří byli ochotni se podělit o část svého životního příběhu - držím jim všem palce! Taktéž děkuji Monice za její trpělivost, kterou projevovala po celou dobu mého psaní v pozdních nočních hodinách.

Obsah

ÚVOD.....	5
TEORETICKÁ ČÁST.....	6
Příběh hraničáře: Monstrum a Zrůda	7
1 Hraniční porucha osobnosti (BPD – Borderline personaliy disorder).....	8
1.1 Diagnóza hraniční poruchy osobnosti	8
1.2 Epidemiologie.....	11
1.3 Komorbidita.....	11
1.4 Sebedestruktivní tendence u hraniční poruchy osobnosti.....	12
1.5 Emoční regulace u BPD	13
1.6 Hraniční porucha osobnosti a partnerský vztah.....	14
1.7 Terapeutický vztah s hraničním jedincem	15
2 Nenávidím a miluji: Hraniční porucha osobnosti a citová vazba.....	18
2.1 Kořen stromu: Formativní vliv psychosociálních faktorů	18
2.2 Attachment.....	19
2.3 Typologie citové vazby	20
2.4 Vnitřní pracovní model fungování a význam jeho internalizace.....	21
2.5 Dvojdímní model citové vazby v dospělosti.....	23
2.6 Vliv rané vazby na attachment v dospělosti	25
2.7 Citová vazba v dospělosti a hraniční porucha osobnosti	26
3 Stud a soucit se sebou v kontextu hraniční poruchy osobnosti.....	29
3.1 Stud a vina u hraniční poruchy osobnosti.....	29
3.2 Emoční regulace u BPD pod vlivem studu a soucitu se sebou.....	32
3.3 Stud a vina ve vztazích hraničních jedinců	33
3.4 Drtivý dopad sebekritiky a soucitu se sebou v kontextu hraniční poruchy	35
3.5 Hraniční dilema: Černá nebo bílá?	36
VÝZKUMNÁ ČÁST.....	39
4 Metodologický rámec.....	40
4.1 Vymezení výzkumného problému a argumentace k jeho zkoumání	40
4.2 Cíle práce	41
4.3 Výzkumné otázky a formulace hypotéz	41
4.4 Operacionalizace proměnných.....	42
5 Proces sběru dat a výzkumné metody	44
5.1 Proces sběru dat	44
5.2 Organizace sběru dat a etické aspekty	45
5.3 Aplikované metody získávání dat.....	46
5.3.1 Dotazník struktury vztahů (ECR-RS).....	46
5.3.2 Test tendence k prožívání studu (TOSCA-3S-CZ).....	47

5.3.3 Škála soucitu se sebou (SCS-CZ).....	49
6 Výzkumný soubor	50
7 Práce s daty a použité metody.....	52
8 Výsledky a jejich interpretace.....	54
8.1 Srovnání výsledků souboru jedinců s hraniční poruchou a kontrolního souboru..	55
8.1.1 Soucit se sebou dle SCS-CZ.....	55
8.1.2 Tendence k prožívání studu dle TOSCA-3-CZ	56
8.1.3 Vyhybavost a úzkostnost dle ECR-RS	58
8.2 Analýza vztahu mezi proměnnými	61
8.2.1 Interpretace výsledků analýzy vztahu mezi proměnnými	62
8.3 Vedlejší zjištění: Vina	67
9 Diskuze	70
9.1 Limity studie.....	74
10 Závěr.....	75
11 Souhrn	76
Literatura.....	79
Seznam tabulek	87
Seznam grafů	87
Seznam použitých zkratk.....	88
Seznam příloh	89

Úvod

Označení „hraniční“ je používáno v odborných kruzích u hraniční poruchy osobnosti již relativně dlouho a to zhruba od třicátých let dvacátého století. Přesto i v současnosti jsou lidé s touto poruchou osobnosti pro některé psychology raději někým, od kterého se snaží distancovat. Nelze to mít psychologům, a nejenom jim, za zlé. Je možné, že se odborníci snaží distancovat od maladaptivních projevů jedince s hraničními rysy, chránit sama sebe a vyhnout se tomu, co terapie s hraničním jedincem obnáší. Tedy vyhnout se impulzivité, manipulativnímu chování, nedodržování hranic, zvýšené senzitivitě na přijetí nebo odmítnutí, riziku suicidálního jednání ze strany hraničního pacienta a také riziku předčasného ukončení terapie.

Problematika etiopatogeneze hraniční poruchy je stále předmětem otázek. Předpokládá se, že její příčina je dána komplexním působením interakce více různých faktorů. Uvedené faktory jsou jako různé kořeny, na kterých vyrůstá pomyslný strom života – *arbor vitae* hraničního jedince. Za jeden z kořenů je považována citová vazba s primární vztahovou osobou a její formativní vliv v raném období života působící v kontextu rodinného prostředí. Vliv, který se následně může projevit ve vztazích hraničního jedince v jeho dospělosti a v náhledu na sebe sama, na svoji hodnotu, prožívání soucitu se sebou a studu.

V rámci realizované studie je zejména zaměřena pozornost na míru prožívaného studu a soucitu se sebou u hraničních jedinců ve srovnání s kontrolním vzorkem dospělých osob. Výchozí myšlenkou byla snaha rozšířit porozumění odlišnostem v prožívání soucitu se sebou a studu u hraniční poruchy osobnosti v návaznostech na vztahovou vazbu v dospělosti a takto přispět k potenciální možnosti zefektivnění psychoterapeutických postupů. Použitými výzkumnými metodami jsou dotazník zaměřený na strukturu vztahů ECR-RS (*Relationship Structures Questionnaire*), zkrácená verze dotazníku TOSCA-3S-CZ (*Test of self-conscious affect-3*) a česká verze Škály soucitu se sebou SCS-CZ (*Self-Compassion Scale*).

TEORETICKÁ ČÁST

Příběh hraničáře: Monstrum a Zrůda

Je nezbytné uvést, že za diagnózou hraniční poruchy osobnosti je příběh člověka, který jej žije, příběh s přítomností bolesti jeho i druhých lidí. Je to příběh „hraničáře“.

Dva lidé, kteří se vzájemně neznají, dva lidské příběhy, které jsou přesto v ledasčem podobné, dva pomyslné stromy života. Dva lidé, muž a žena, Gabriela a Martin. Oba hledají přijetí a naplnění pocitu, že někam patří, oba zažívají někdy pocity neautentičnosti, potíže se vztahy, intimitou a impulzivními tendencemi, dále chronické pocity prázdnoty a nestálé sebehodnocení. Taktéž se cítí nedostatečně z toho, že se cítí špatně.

Gabriela má 22 let. Gabriela jednoho dne cítila sama v sobě veliký vztek, emoční uragán a napětí. Její vztek a napětí opadlo, když se zaměřila na tvorbu červených linek. Těch červených linek, ze kterých vytvořila žiletkou na svém předloktí nápis „**Monstrum**“ (Grambal, Praško & Kasalová, 2017).

Martin má o deset let více než Gabriela. Když Martin mluví sám o sobě, použije slovo „**Zrůda**“. Na předloktí ruky má několik nezacelených krvavých zářezů od nože. Tyto zářezy si udělal sám a občas označí v rozhovoru nůž jako svého přítele. Chladného přítele, který mu poskytuje úlevu od jeho vnitřní bolesti. Martina uklidňuje pohled na tekoucí krev razící si cestu na jeho ruce poté, co se řízne.

Dva různé příběhy, dva lidé, kteří se vzájemně neznají, ale přitom mají něco společného. Tím je hraniční porucha osobnosti, které je dle MKN-10 přiřazeno označení diagnózy F60.31.

1 Hraniční porucha osobnosti (BPD – Borderline personaliy disorder)

Praško et al. (2003) vymezují osobnost jako komplex individuálních, získaných, tělesných a duševních vlastností jedince, v čase se vyvíjejících, které se manifestují v interpersonálním kontaktu s druhými. Porucha osobnosti je prezentována krajně intenzivními povahovými a charakterovými rysy podněcující poruchy v sociální adaptaci. Přítomnost maladaptace v postojích a chování se manifestuje v osobních a sociálních situacích a podněcuje pocity osobní nepohody (Češková, Svoboda, & Kučerová, 2006).

Hraniční poruchu osobnosti provází přítomnost maladaptivních kognitivních procesů (zahrnující dysfunkční interpretaci informací), narušená emoční regulace, vztahová ambivalence a narušení identity.

Vztahová ambivalence bude patrna při vztahových problémech přítomných od okamžiku navazování vztahu a také v jeho průběhu. Součástí vztahu jedince s osobnostním narušením u této poruchy osobnosti zahrnují obtíže s usměřováním vztahové blízkosti versus tendence k udržování si odstupů. Dále v životě jedince s touto poruchou osobnosti alternují etapy kompenzace s etapami dekompenzace.

Součástí tohoto narušení je náhled na vlastní hodnotu a sebehodnocení. Pervazivní vzorce nestability sebeobrazu a nestability v mezilidských vztazích jsou základními rysy hraniční poruchy osobnosti. Jejich projevy budou patrné již v rané dospělosti (APA, 2013).

1.1 Diagnóza hraniční poruchy osobnosti

Ve zmíněném příběhu hraničáře bylo uvedeno označení diagnózy hraniční poruchy osobnosti F60.31 dle manuálu MKN-10. Dle MKN-10 (1996) je hraniční porucha osobnosti uvedena jako součást sekce Specifické poruchy osobnosti (F60), která je skupinou poruch osobnosti s typickými projevy impulzivního jednání a emoční nestabilitou.

V MKN-10 je uvedena diferenciace mezi dvěma podtypy a to impulzivním a hraničním. Následující tabulka uvádí diagnostická kritéria pro emočně nestabilní poruchu

osobnosti s rozlišením impulzivního typu s označením diagnózy F60.30 a hraničního typu s diagnózou F60.31.

Je možné se setkat i s odborným názorem, že v porovnání s manuálem MKN, jsou pro klinické potřeby vhodněji popsána diagnostická kritéria této poruchy dle DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). I přes tento odborný názor jsou zde uváděna diagnostická kritéria dle MKN -10. Důvodem k tomuto je také fakt, že v rámci sběru dat pro realizaci empirické části sloužil uvedený manuál k určení diagnózy psychiatrem u respondentů z klinické populace. Je namístě zmínit, že jednotlivé charakteristiky uvedené jako diagnostická kritéria tvoří oddělené příznaky, ale jsou souborem charakteristik hraniční poruchy osobnosti.

Z pohledu diagnostiky této poruchy je potřeba také zohlednit možnost výskytu dalších psychopatologických fenoménů, kterých jsou jedinci s touto poruchou nositeli. Pro stanovení diagnózy hraniční poruchy je vyžadováno, aby symptomatologie byla evidentní od dospívání jedince a dlouhodobé obtíže nebyly zaměněny za aktuální poruchy nálady, úzkostné poruchy nebo také jiné formy aktuální psychopatologie (Grambal et al., 2017).

V souvislosti s diagnózou hraniční poruchy osobnosti vyplývá ze sdělení vyjádřených hraničními pacienty přítomnost obav z nepřijetí ze strany psychoterapeutů (Miller et al., 1994). Tato obava je přítomna nejenom v psychoterapeutickém vztahu, ale celkově v interpersonálních vztazích hraničního jedince.

Tabulka 1: Dgn. kritéria dle MKN-10 pro emočně nestabilní poruchu osobnosti

<p style="text-align: center;">Impulzivní typ</p> <p>A. Musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti.</p> <p>B. Musí být splněny nejméně tři z následujících charakteristik a jednou z nich musí být:</p> <ul style="list-style-type: none">(1) zřetelná tendence jednat neočekávaně, bez uvážení důsledků,(2) zřetelná tendence k nesnášenlivému chování, ke konfliktům s ostatními, zvláště když je impulzivní chování někým přerušeno nebo kritizováno,(3) sklon k výbuchům hněvu nebo zuřivosti s neschopností kontrolovat následné explozivní chování,(4) obtíže se setrváním v jakékoliv činnosti, která nenabízí okamžitý zisk,(5) nestálá a nevypočitatelná nálada
<p style="text-align: center;">Hraniční typ</p> <p>A. Musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti.</p> <p>B. Musí být splněny nejméně tři příznaky kritéria B uvedena pro impulzivní typ společně s nejméně dvěma následujícími:</p> <ul style="list-style-type: none">(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

Převzato z Grambal et al. (2017, 44)

1.2 Epidemiologie

Na základě stávající úrovně dostupného poznání je možné uvést informaci o prevalenci hraniční poruchy osobnosti z více zdrojů. Přestože je diagnóza této poruchy osobnosti relativně častá u psychiatrických pacientů, není stanovení této diagnózy vždy jednoduché. Dostupné informace jsou ale ve shodě v tom, že počet osob s touto poruchou osobnosti roste. I tento fakt poukazuje na potřebu rozvoje psychoterapeutických postupů zaměřených na práci s lidmi s hraniční poruchou osobnosti.

Češková et al. (2015) uvádí výskyt poruch osobnosti v běžné populaci okolo 10% s tím, že ve všeobecné ambulantní péči tvoří tento podíl rozmezí 20 – 30%. K prevalenci hraniční poruchy osobnosti zmiňuje Bohus (2005) ten fakt, že je možné určit v celkové populaci prevalenci této poruchy přibližně 1,2%. Výskyt 2-3% v populaci udává Praško et al. (2003), který také poukazuje na to, že je tato porucha osobnosti diagnostikována až u 25% z celkového počtu hospitalizovaných psychiatrických pacientů. Dle Sansone a Sansone (2011) je prevalence hraniční poruchy osobnosti 51% u pacientů s jakoukoliv poruchou osobnosti. Klinické zkušenosti poukazují na větší podíl žen mezi pacienty s hraniční poruchou. Objasnění této vyšší míry prevalence spočívá pravděpodobně v té skutečnosti, že psychiatrickou pomoc ženy vyhledávají častěji než muži (Hooley, Cole, & Gironde, 2012).

1.3 Komorbidita

V klinické praxi se stává, že jedinec s hraniční poruchou osobnosti vyhledá odbornou podporu a pomoc z jiného podnětu než je diagnóza poruchy osobnosti a totéž často platí také v případě hospitalizace. Například Bohus (2005) uvádí, že vysoké procento patientek s hraniční poruchou má taktéž psychiatrickou poruchu, a to například úzkostnou nebo depresivní.

Uvedený poznatek je ve shodě s již dostupnými informacemi ohledně výskytu hraniční poruchy osobnosti u depresivních jedinců. Levenson et al. (2012) uvádějí hraniční poruchu jako indikaci k přítomnosti deprese při terapeutickém působení. Grambal et al. (2017) poukazují také na to, že se u této poruchy osobnosti mohou ve stádiu dekompenzace vyskytnout charakteristiky psychotické poruchy.

Terapeutické působení bude ovlivňovat výskyt impulzivních tendencí, emoční dysregulaci a zvýšené senzitivity na vnější iritující podněty u hraničního jedince a imanipulativní dispozice. Současně s přihlédnutím k přítomnosti terapeutických rizik, které zahrnují možnost předčasného odchodu z terapie nebo ukončení terapie v návaznosti na pocit přijetí ze strany terapeuta, může být opravdu náročné terapeuticky působit na případně se vyskytující komorbidní poruchy.

Pacient s hraniční poruchou osobnosti často nepřichází do terapie s touto diagnózou, ale je nejprve a akutně potřeba řešit právě komorbiditu. Mnohdy se jedná o depresivní poruchu, abúzus návykových látek, OCD, PTSD, přítomnost asociativní, úzkostné nebo somatoformní poruchy nebo poruchy příjmu potravy (Grambal et al., 2017). Častá je také přítomnost poruch spánku.

Z diagnostického ohledu je možné uvést diagnózu i pro případně se vyskytující jiné poruchy osobnosti, pokud jsou přítomny takové charakteristiky, které příslušným diagnostickým kritériím odpovídají. Tento přístup byl respektován při sběru dat pro empirickou část práce, kdy byla zaznamenána související diagnóza, pokud byla psychiatrem přidělena. Hlavní diagnózou byla ale u respondentů tvořících vzorek z klinické populace vždy hraniční porucha osobnosti stanovená dle MKN-10.

1.4 Sebedestruktivní tendence u hraniční poruchy osobnosti

Mezi hlavní symptomatologická kritéria u hraniční poruchy patří opakovaná realizace sebepoškozování (NSSI - *Non suicidal self – injury*). Sebepoškozování může nabývat podoby řezání se ostrým předmětem do těla, bušení částí těla do pevné překážky a to nejčastěji končetinou nebo hlavou. Také jsou z klinické praxe známy případy NSSI v podobě leptání povrchu těla kyselinou, pálení cigaretou a případně vytrhávání ochlupení. Bohus (2005) poukazuje na to, že 80% případů NSSI je realizovaných v analgetickém stavu.

Některé úvahy pojednávají o možnosti habituace sebepoškozujících se jedinců na vysokou koncentraci endogenních opiátů v dětství. Platznerová (2009) uvádí, že jedinci habituovaní na vysoké dávky endogenních opiátů mohou následně potřebovat v dospělosti supranormální koncentraci endorfinů pro vyrovnání se s působením distresu.

Mezi sebedestruktivní činy u hraniční poruchy osobnosti jsou zahrnuty také opíjení se, přejídání nebo patologické utrácení financí. Další součástí sebedestrukce u této poruchy osobnosti zahrnuje výskyt suicidálních tendencí.

Přítomnost zvýšené iritability společně s emoční nestabilitou poukazují na zvýšené riziko sebevražedného aktu. Iniciací k takovému činu může být ovlivněna případným abúzem návykových látek eventuálně prožíváním vztahové krize nebo pocitu odmítnutí a opuštění. Kreisman a Hal (2017) zmiňují, že existence rizika sebevraždy provází tuto poruchu osobnosti po celý život hraničního jedince a Hooley et al. (2012) uvádějí průměrnou hodnotu v rozmezí tří nebo čtyř suicidálních pokusů u hraničních pacientů v celém průběhu jejich života.

Suicidální pokus nebo suicidální tendence se mohou dostavit jako důsledek konfliktních okolností a případně také jako zkratkovitá odezva na odmítnutí nebo pocíťovaný nedostatek pozornosti.

1.5 Emoční regulace u BPD

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

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

Zajímavý koncept emoční regulace u hraniční poruchy osobnosti publikovali Carpenter a Trull (2013), kteří zmiňují, že se emoční regulace skládá ze čtyř komponent a to emoční citlivosti, přítomnosti vhodných strategií regulace emocí, zvýšené a labilní negativní afektivity a přebytku maladaptivních emočních regulací. Emoční regulace je v tomto pojetí komplexním procesem tvořícím jádro hraniční poruchy osobnosti. Soucit se sebou samým kladným způsobem ovlivňuje stabilitu v interpersonálních vztazích a ukazuje se také být slibnou strategií emoční regulace Warren (2015). Ve vztahovém kontextu se budou obtíže emoční regulace projevovat jako hněv a hostilita k druhým. Hraniční jedinec může pod tlakem ambivalence dichotomických tendencí blízkosti a zachování odstupů často s druhým v páru hostilní vztah dále rozvíjet.

1.6 Hraniční porucha osobnosti a partnerský vztah

Přestože se jeví jako zřejmé, že osobnostní patologie hraje roli v oblasti stability partnerského vztahu, jedná se o téma u hraniční poruchy osobnosti důležité. Zvýšená iritabilita a impulzivní afektivita společně s emoční nestabilitou, tolik přítomné u hraniční poruchy osobnosti, budou partnerský vztah zatěžovat a klást nároky na vztahovou stabilitu.

Na vztahovou problematiku s hraničním jedincem je také možné nahlížet z perspektivy formativního vlivu rané citové vazby na prožívání nebo chování hraničního jedince v jeho dospělosti a na prožívání vztahů s druhými, včetně intimních vztahů. Koncept vztahové vazby je věnována samostatná kapitola.

Maladaptivní osobnostní nastavení hraničního jedince bude ovlivňovat i průběh případného partnerského konfliktu. Výskyt destruktivních vzorců chování jedince s poruchou osobnosti může být mnohdy nepochopitelný pro aktéry konfliktní situace a případně se budou jevit nesrozumitelně i vzniklé negativní emoce. Druhý v páru může reagovat komplementárně k hraničnímu jedinci. Současně je mnohdy u jedince s hraniční poruchou přítomna simplifikace řešení konfliktní situace.

Dle Southe, Turkheimera a Oltmanse (2008) lidé s osobnostní patologií nemají dostatečný vhled a porozumění na příčiny svých pocitů a jejich schopnost identifikace zdroje konfliktu v partnerském vztahu je také omezena. Grambal et al. (2017) uvádějí partnerské konflikty jako jeden z nejčastějších precipitujících faktorů dekompenzace psychické poruchy.

V partnerském vztahu s hraničním jedincem bude přítomno obtížné usměrňování potřeby blízkosti a odstupu. Bohus (2005) poukazuje na to, že přítomnost výrazné úzkosti z opuštění a neoptimální intrapsychická reprezentace důležitých vztahových osob vede u hraničních pacientů k časté záměně nepřítomnosti partnera za skutečné opuštění.

Hraniční jedinec nenahlíží na druhého ve vztahu jako na člověka, který v sobě kombinuje kladné i záporné charakteristiky. V jeho náhledu je druhý idealizován nebo zcela zatracován. Životaschopnost párového vztahu je ovlivněna také pervazivní nestálostí sebeobrazu hraničního jedince a přítomností nezralých obranných mechanismů.

Specifickým obranným mechanismem je u hraniční poruchy štěpení (*splitting*), který je procesem striktního oddělení protichůdných obsahů a případných afektů. Uvedený obranný mechanismus je například patrný právě v oddělení druhých na dobré a zlé. Striktní oddělování na dobré a zlé se může rychle u hraničního jedince měnit a tato nestálost přispívá k tvorbě napětí u druhého z důvodu nedostatečné možnosti predikce chování hraničního jedince. Současně přítomnost nezralých obranných mechanismů štěpení, projektivní identifikace, popření (distorze reality) podporuje neúčinné řešení konfliktní situace Grambal et al. (2017).

Do vztahové problematiky lidí s hraniční poruchou osobnosti patří také setrvávání hraničního jedince v patologickém vztahu nebo stálé hledání toho pravého a ideálního vztahu. V partnerském vztahu jedince s hraniční poruchou osobnosti bude patrná dichotomická oscilace mezi potřebou partnera a tendencí partnera trestat, mezi potřebou přijetí a sdílení se s druhým a strachem ze vznikající blízkosti. Uvedené fenomény budou přítomny taktéž v terapeutickém vztahu.

1.7 Terapeutický vztah s hraničním jedincem

Terapie nabízí prostor pro korektivní zkušenosti v rámci utváření vztahového rámce jedince s hraniční poruchou osobnosti a druhého. Současně je u této poruchy vztahové téma oblastí, kterou budou ovlivňovat charakteristické symptomy s touto poruchou spojené. Psychoterapeutický vztah má svůj potenciál také v tom, že v návaznosti na korektivní vztahovou zkušenost může nabídnout podpořit modifikaci citové vazby v dospělosti.

Taktéž utváření kontaktu s hraničním jedincem bude mnohdy ovlivněno případnou přítomností stereotypních očekávání ze strany zdravotního personálu a stigmatizací lidí

s hraniční poruchou osobnosti. Ta může následně u hraničních osob zpětně vyvolávat sebestigmatizaci mající opět neoptimální dopady na průběh terapie.

Případný výskyt stigmatizujících tendencí ze strany odborných pracovníků se může projevit například přiřazením negativního označení hraničního jedince. Pravděpodobně je takové označení jen vyjádřením předpokladu odborných pracovníků na přítomnost obtíží provázejících terapeutické působení u této skupiny pacientů. Také z tohoto pohledu se ukazuje téma možného rozvoje psychoterapeutických nástrojů pro klinickou praxi jako aktuální.

Grambal et al. (2017) poukazují na možné komplementární reakce psychiatra nebo psychologa na hraničního pacienta, které zahrnují chuť tohoto pacienta trestat, pomoci mu, ale také jej předat do péče někomu jinému. Odborný personál se často cítí vyčerpaně, je nositelem výčitek za své chyby a cítí se manipulovaný hraničním jedincem.

Reakce a tendence odborníků mohou být z určitého náhledu přirozenými v kontextu maladaptace hraničních osob a její přítomnost napomáhá k iniciaci odměřenosti a snahám o zachování distance. Tyto snahy nakonec můžou také podnítit obavy z opuštění nebo pocity nedostatečné hodnoty hraničního pacienta.

Není to podmínkou, ale při kontaktu s hraničním jedincem je možná přítomnost vzhledových odlišností, zahrnujících přítomnost nápadností v oblečení nebo jiných dekorativních elementů (tetování, černé oblečení). Bylo by ale velmi zjednodušující každému, kdo přijde v černém oblečení automaticky přiřadit nálepku hraničního jedince. To, co je z terapeutického přístupu mnohem více zásadním vizuálním znakem, jsou stopy ukazující na přítomnost sebepoškozování (NSSI) nebo jiné stopy poukazující na sebedestruktivní chování.

Behaviorální projevy v terapii mohou vykazovat přítomnost snahy o překračování hranic terapeutického kontaktu a to i erotizací kontaktu případnou snahou o realizaci fyzického doteku nad rámec terapie. Testování vytyčených hranic může být také ve formě vyžadování kontaktu s terapeutem nad akceptovatelný a potřebný rámec, například ve formě telefonického hovoru, který trvá déle, než bylo domluveno nebo přichází v neočekávanou dobu. Při terapeutickém kontaktu může hraniční jedinec volit různá místa a způsob usazení a jedním z možných projevů bude případně sezení na zemi.

Součástí terapeutického vztahu bude přítomnost manipulativních sklonů hraničního jedince. Snaha o dosažení bezpodmínečného přijetí, strukturovaného vztahového rámce společně s impulzivními tendencemi budou klást na terapeutický vztah zvýšené nároky.

V komunikaci, a při formování terapeutického vztahu, může být přítomna bariéra tvořená nedůvěrou hraničního jedince a také jeho snaha ubezpečit se ohledně zajištění důvěry sdělovaných informací terapeutovi. To vše ale s možnou snahou o verbální překročení terapeutických hranic formou osobního dotazu směřujícího na osobu terapeuta eventuálně na jiného pacienta. Přítomnost NSSI nebo suicidálních tendencí bude také vyvíjet na terapeuta tlak.

Tento může být vystupňovaný rychlým střídáním fenoménů odmítání a touhou po intenzivním emocionálním propojení a iniciovat potenciální alternaci terapeuta mezi snahou pomoci versus potřebou udržení si vlastního prostoru. Toto vše ukazuje na to, jak je vytvoření terapeutické aliance a vztahu s hraničním jedincem náročné a poukazuje na přítomnost emoční zátěže.

Obě tyto tendence, touha hraničního jedince po blízkosti versus zachování odstupu a odmítání budou přítomny i v jeho ostatních interpersonálních vztazích. Obrazně vyjádřeno budou tyto přítomné polarity ve formě hraniční dichotomie lásky a nenávisti – *Odi et Amo*.

2 Nenávidím a miluji: Hraniční porucha osobnosti a citová vazba

Odi et amo – nenávidím a miluji – láska a nenávisť. Obojí – láska i nenávisť – jsou součástí vztahu hraničního jedince s druhými, k sobě samému a mohou se stát součástí terapeutického vztahu. V kombinaci s afektivní nestabilitou, zvýšenou senzitivitou na vnější iritující podněty a impulzivitou se obě tyto polaridy mohou projevit jako rychlá změna vztahové atmosféry.

2.1 Kořen stromu: Formativní vliv psychosociálních faktorů

Formativní vlivy v dětství zmiňovanými v souvislosti s problematikou hraniční poruchy osobnosti patří do psychosociálních faktorů, které mohou mít vliv na rozvoj dispozic k této poruše. Vrozené faktory, doprovázející tuto poruchu osobnosti, jako je negativní afektivita, tendence k impulzivním reakcím a také emoční dysregulace, vstupují do interakce s faktory přítomnými na straně rodičů, které zahrnují zanedbávání, opuštění a také devalvací emočních stavů dítěte (Grambal et al., 2017). Důsledky této interakce ovlivňují utváření vztahových zkušeností dítěte, které si s sebou dítě následně pomyslně přenáší dále do svých vztahů v dospělosti.

Toto ale není jediný důsledek přítomnosti patologických mechanismů v rodině. Další význam existence traumatizujících raných zkušeností jedince s predispozicí k hraniční poruše osobnosti spočívá v dopadech na utváření jeho nízkého sebehodnocení, soucitu se sebou a pocitů bezcennosti.

V kontextu problematiky hraniční poruchy osobnosti spočívá význam koncepce citové vazby v jejím interpretačním potenciálu důsledků formativního vlivu v dětství na následné prožívání nebo chování jedince v jeho dospělosti. Přirozeně se obojí bude manifestovat jednak ve vztazích jedince k druhým osobám, ale také ve vztahu k sobě samému.

Bowlby uvádí, že zkušenosti s formou rané vazby mají dlouhodobé účinky s tendencí přerušovat dále do dospělosti a patří mezi hlavní determinanty organizace osobnosti (Critchfield, Levy, Clarkin & Kernberg, 2008).

Relevantnost Bowlbyho předpokladu je v souladu se zjištěním C. Hazana a P. Shaverové (1987), kteří uvádějí existenci shody mezi rysy přítomnými ve vztahu mezi dítětem a rodičem a rysy přítomnými v následném partnerském vztahu již dospělého jedince. Dále také Ravitz, Maunder, Hunter, Sthankiya a Lancee (2010) poukazují jednak na souvislost citové vazby a fungování v sociální interakci, ale také i na souvislost s jedincovým individuálním náhledem na jeho vnitřní psychickou pohodu. Závěrem lze tedy říci, že původní mentální reprezentace z dětství jsou přenášeny dál a ovlivňují myšlenky, pocity a vztahové jednání v dospělosti (Pietromonaco & Barrett, 2000).

2.2 Attachment

Koncepci citové vazby, označovanou jako „attachment theory“, formuloval britský psychiatr a psychoanalytik John Bowlby. Na jejím vyvíjení spolupracovala také psychologka a psychoanalytička Mary Ainsworthová, která tuto koncepci rozšířila o základní typologii citové vazby. Typologie vazby je rámcově uvedena v následující kapitole.

Při zpětném pohledu do minulosti, do doby tvorby Bowlbyho koncepce, je patrné, že se náhled na přínos „attachment theory“ postupně utvářel.

Je zajímavou skutečností, že se Bowlby v souvislosti s prezentacemi své koncepce v rámci psychoanalytické společnosti střetával se značným odporem. Tyto někdy i tvrdé diskuze vedly dokonce k úvahám Bowlbyho z tehdejší psychoanalytické společnosti vyloučit (Hašto, 2005). Je možné, že se tak nestalo i díky přispění Anny Freudové, dcery Sigmunda Freuda.

V dostupné literatuře je možné zaznamenat různé podoby označující citové pouto s pečující, vztahovou, osobou. Některé odlišnosti v literatuře v českém jazyce mohou být dány také odlišnostmi vzniklými na základě překladu výrazu „attachment“ z původních zdrojů.

Třeba Hašto (2005) používá pojmy citová vazba a citové připoutání. Jako další příklad je možné uvést výklad použitý ve výzkumné studii realizované na Univerzitě Palackého v Olomouci autorskou dvojicí Lečbychem a Pospíšilíkovou (2012). Tito autoři na pojem citová vazba nahlíželi jako na jedinečné citové pouto mezi dítětem a pečující osobou (nejčastěji matkou). Jedná se o pouto, jehož základem je existence nebo

neexistence bazální důvěry mezi interagujícími jedinci, jedná se o vztah, který je bází pro utváření vztahů v dospělosti.

Bowlby (2010) uvádí vymezení pojmu „attachment“ jako trvalého citového pouta k určité osobě, jejíž blízkost dítě vyhledává zejména ve stresově zátěžových situacích, kdy tato tendence k vyhledávání osoby pro bezpečnou vazbu je geneticky vrozenou predispozicí. Brisch (2011a) popisuje, že citová vazba je pro dítě bezpečným emocionálním přístavem a již na konci prvního roku dítěte je možné pozorovat projevy různých typů citové vazby.

Toto je ve shodě s předpokladem Mary Ainsworthové, ze kterého vycházela při svých pozorováních v rámci vymezení typologie citové vazby. Uvedeným předpokladem byla idea, že základní rysy citové vazby jsou u dětí vytvořené již v prvním roce života.

Přirovnání k přístavu používá také Bowlby (2010), který bezpečný emocionální přístav (*safe haven*) zahrnuje mezi rysy, kterými se citová vazba vyznačuje. Dalšími jsou udržování blízkosti (*proximity maintenance*) a jistá základna (*secure base*). Současně pro kvalitativní zhodnocení vazby je důležité, zda dítě spoléhá na vazebnou osobu (*attachment figure*), na kterou případně nahlíží jako na zdroj jistoty. Uvedené čtyři rysy citové vazby reprezentují tendenci k navázání fyzické blízkosti se vztahovou osobou a bezpečný návrat k této osobě v okamžicích strachu nebo pocitu ohrožení. Vztahová osoba je zdrojem bezpečí.

2.3 Typologie citové vazby

Jak již bylo zmíněno, byla to Mary Ainsworthová, která rozvíjela Bowlbyho koncept a na základě svého pozorování interakce matek s vlastními dětmi rozlišila několik typů citové vazby. Diferencovala tři vazebná schémata mezi dítětem a primární vztahovou osobou a to vazbu jistou, úzkostnou a vyhýbavou (Štefánková, 2005). Uvedená typologie citové vazby je v rámci relace mezi dítětem a primární pečující osobou. Autoři Hazan a Shaverová (1994) se s tímto dělením ztotožnili i v rámci užití této typologie pro partnerské vztahy mezi dospělými osobami. K tomuto náhledu dospěli na základě realizované studie.

Brisch (2011b) člení typologii citové vazby mezi dítětem a vztahovou osobou na jistě připoutané děti, nejistě připoutané děti s vyhýbavou vazbou, nejistě připoutané děti s ambivalentní vazbou a posledním typem, který ve svém členění uvádí je vazba dezorganizovaná nejistá.

Jako součást konceptu citové vazby jsou vymezeny vnitřní pracovní modely. O významu jejich internalizace je pojednáno v následující kapitole. V podstatě se jedná o internalizované modely, jejichž součástí jsou postupy usměrnění afektivních projevů v prožívání jedince a procesy ovlivňující jeho blízké vztahy. Tyto modely se staly fundamentem pro vymezení čtyř typů citové vazby dle Bartholomewové a Horowitz (1991), kteří definovali typy jistý, zaujatý, bázlivý a vyhýbavý.

Brennan, Clark a Shaver (1998) popsali dvojdimenzionální koncept citové vazby jedince. Dimenzemi uvedeného konceptu jsou vztahová úzkostnost a vztahová vyhýbavost. Vztahová úzkostnost je autory pojata jako strach z odmítnutí, separace a opuštění. Na vztahovou vyhýbavost je nahlíženo jako na nepříjemné napětí v okamžicích rozvíjejících přílnutí k partnerovi. Toto dvojdimenzionální pojetí je základem Dotazníku struktury vztahů - ECR-RS (Fraley, Heffernan, Vicary, & Brumbaugh, 2011), který je jednou z metod použitých v empirické části.

2.4 Vnitřní pracovní model fungování a význam jeho internalizace

Předpoklad, který patří do Bowlbyho koncepce je, že můžeme na citovou vazbu nahlížet jako na bázi, jejíž formativní působení se následně projevuje v utváření vztahů v dospělosti. Toto vychází z předpokladu souvislosti mezi významem interakcí dítěte s vztahovou (pečující) osobou a internalizací pracovních modelů (*internal working model*). Dle tohoto pojetí dochází k tvorbě modelu již v raném dětství a dítě si tak vytváří mentální reprezentace reakcí ze strany vztahové osoby, případně i dalších osob, pro dítě vztahově důležitých.

Současně si také dítě utváří mentální reprezentaci sebe sama. Důležitým vyústěním tohoto předpokladu je, že utvořené mentální reprezentace usměrňují pocity a chování jedince ve vztahové interakci v dospělém věku (Pietromonaco & Barrett, 2000). Dalším významným poznatkem uvedeným jako součást Bowlbyho (2005) koncepce je i to, že je možné v rámci interakce s jednou osobou, vytvářet vůči této osobě více vnitřních pracovních modelů. Což znamená, že i v rámci interakce se vztahovou osobou a dítětem mohou vzniknout vzájemně ambivalentní modely.

Tento poznatek má svůj význam v kontextu hraniční poruchy osobnosti, pro kterou je charakteristická přítomnost tendence jedince k výrazné diferenciaci okolního světa na

„černý“ nebo bílý“, „dobrý“ nebo „zlý“, k interpretaci světa jako místa tvořeného výraznými protiklady.

Hazan a Shaverová (1994) uvádějí, že je citová vazba regulována a organizována na základě sociální interakce mezi dítětem a primární vztahovou osobou. Z tohoto poznatku lze vyvodit, že je to právě sociální interakce, o které lze hovořit jako o zpětnovazební funkci sloužící k formování reakcí ze strany dítěte na přítomnost a charakter vztahu s primární osobou.

Zmiňované vnitřní modely jsou resistantní vůči změnám a jsou relativně stabilní s tendencí přetrvávat i do dospělosti, kde následně ovlivňují formu utváření a interpretaci vztahové interakce jedince v jeho dospělosti. Přesto není nahlíženo na tyto vnitřní modely jako na zcela rigidní bez možnosti jejich modifikace na základě dlouhodobé korektivní zkušenosti.

Význam vytvoření počáteční bazální základny pro vztahy jedince v jeho dospělosti poukazuje na význam internalizovaných pracovních modelů. Tyto modely v souvislosti se vztahovou zkušeností dítěte při interakci se vztahovou osobou a v rámci poskytování péče o dítě stávají činitelem možného ovlivnění charakteru následného prožívání intimních vztahů v dospělosti. S tímto přirozeně souvisí i směřování pozornosti na zachování konzistence pracovních modelů v čase a případné možnosti jejich modifikace v dospělosti a také vzájemné kompatibility internalizovaných pracovních modelů. Nad tématem kompatibility modelů se Bowlby již také zamýšlel.

Bowlby (2010) uvádí, že internalizace vztahové interakce mezi jedincem s pro něj vztahově důležitými osobami vede k vytvoření stabilního vnitřního modelu fungování sebe sama a také i druhých. V návaznosti na to jako speciální výzkumný problém viděl Bowlby u narušeného jedince možnost existence více než jednoho pracovního modelu sebe sama a okolního světa. Tyto pracovní modely mohou být více či méně neuvědomované a také často vzájemně nekompatibilní (Hašto, 2005).

Afektivní regulace a prožívání blízkosti ve vztazích je následně tímto internalizovaným modelem ovlivněna a to v celém průběhu života jedince. Zajímavé je, že jednou již internalizovaný model vnitřního fungování jedince se může následně odrážet transgeneračně v citové vazbě mezi ním a jeho dítětem (Fonagy & Target, 1997).

Například v kontextu s hraniční poruchou osobnosti poukazují dostupné studie na to, že ve srovnání s tzv. zdravou populací je několikrát pravděpodobnější přítomnost osobnostního narušení u nejbližších příbuzných v rodině člověka s hraniční poruchou.

Rozvoj této poruchy je pravděpodobně ovlivněn psychosociálními faktory prostředí, které mohou ovlivňovat aktivaci nebo potlačení již na úrovni více chromozomálních částí (Kreisman & Hal, 2017). Tento poznatek poukazuje na další potenciální kořen hraniční poruchy osobnosti, kořene pomyslného *arbor vitae*. Kořene, který má své pozadí na genetické a neurobiologické úrovni. Je potřeba ale zde také poznamenat, že nejsou na základě dnešní úrovně poznání známy příčiny vzniku této poruchy ve vazbě na konkrétní gen.

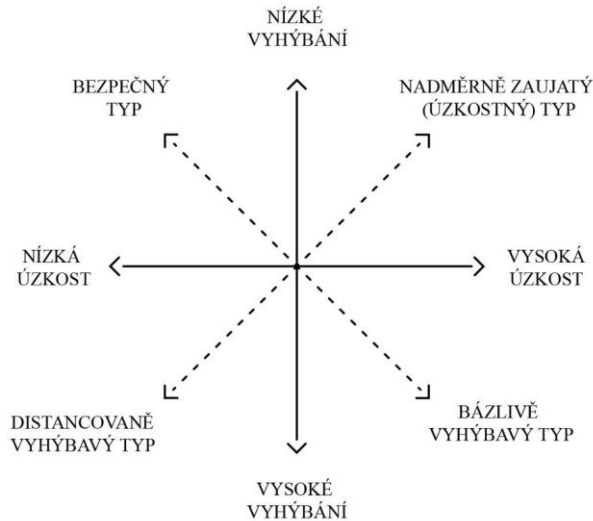
Je kožné ale hovořit o možnosti zvýšené citlivosti na rozvoj hraniční poruchy osobnosti v okamžiku kombinace s dalšími podmínkami, které tento rozvoj mohou ovlivnit. Což opět zdůrazňuje nutnost nahlížet na hraniční poruchu osobnosti v komplexním pohledu zohledňujícím i formativní vlivy vztahového rámce v raném období života.

V rámci terapeutické práce se může tento transgenerační přenos vyskytovat jako zdánlivá podobnost v životních příbězích jednotlivých členů rodiny z různých generací, kdy se tato analogie obrazně vyjádřeno „táhne“ životními příběhy jednotlivých aktérů jako pomyslná červená niť. Ta červená niť, která zdánlivě odolává působení kontinuálnímu toku času.

Přestože tomu tak někdy může být, rozhodně to neznamena rezignovat na terapeutickou práci, ale spíše naopak! Poukazuje to na její význam a také na důležitost se tématem rozvoje terapeutických možností zabývat.

2.5 Dvojdimenzionální model citové vazby v dospělosti

Formování, udržování, narušení a obnovení vazebních vztahů vede ke vzniku intenzivních emocí a stejně je také vyvolává úzkost a hrozba ztráty vztahu (Fraley & Shaver, 2000). Dvojdimenzionální model citové vazby zaznamenává individuální rozdíly v dimenzích vztahové úzkostnosti a vztahové vyhýbavosti. Vztahovou úzkost (*attachment anxiety*) charakterizuje strach z odmítnutí, separace nebo strach z opuštění a tato osa představuje model sebe sama (*model of self*). Na druhou dimenzi, kterou je vztahová vyhýbavost (*attachment avoidance*), je nahlíženo jako na prožívanou nepohodu v okamžicích vztahové blízkosti iniciující vztahovou závislost na druhé osobě a v koncepci vazby je modelem ostatních (*model of others*) (Brennan et al., 1998).



Obrázek č. 1: Vztahový rámec v dimenzích úzkostnosti a vyhýbavosti (Fraley & Shaver, 2000)

Koncepce individuálních rozdílů citové vazby v dospělosti vychází z dichotomického přístupu v náhledu na sebe sama a na druhé. Model sebe sama (*model of self*) je pozitivní nebo negativní, což znamená náhled na „já“ jako hoden lásky a podpory (nebo případně také ne). V modelu druhých (*model of others*) jsou lidé v polarizovaném náhledu považováni za dostupné, spolehlivé, důvěryhodné a případně také za nespolehlivé nebo odmítající. Výsledky výzkumu poukazují na to, že modely jsou vzájemně nezávislé a určující charakter citové vazby dospělého jedince (Bartholomew & Horowitz, 1991).

Náhled na sebe sama jako na někoho, kdo je hoden lásky a podpory může mít vliv na sebehodnocení. Nestabilita v hodnocení sebe sama provází hraniční poruchu osobnosti a projevuje se prudkými změnami náhledu také na druhé osoby. Tyto prudké změny mohou destabilizovat vztahy hraničního jedince s ostatními. Ve vztahu k sobě samému se mohou měnit a často mění od pocitu přijetí až k pocitům odmítání, případně až zloby vůči sobě samému. Pak se hraniční jedinec klidně může označit za monstrum nebo zrůdu, tak jako oba aktéři v příbězích uvedených na začátku.

Při interpretaci obou dimenzí citové vazby uvádějí Brennan et al. (1998) souvislost negativního modelu sebe sama s vysokou úzkostností a souvislost mezi negativním modelem ostatních a vysokou vyhýbavostí.

Možná interpretace je, že člověk s negativním modelem sebe sama bude pociťovat více obav z opuštění ve vztahu k partnerovi a člověk s negativním modelem ostatních může očekávat odmítnutí v okamžicích vztahové blízkosti s druhým.

Je potřeba toto mít na zřetely. Lidé s hraniční poruchou osobnosti, ve srovnání s neklinickou populací, jsou více senzitivní ohledně nepřijetí nebo opuštění. Opuštění mohou lidé s touto poruchou osobnosti zažívat i v okamžicích, kdy jsou sami jen v rámci vzniklého situačního kontextu, který nesouvisí se záměrem druhých hraničního jedince opustit. Je to dáno i tím, že v takovýchto okamžicích mohou zažívat pocity bezcennosti a nenávisťi sebe sama. Toto je důležité v kontextu romantických vztahů v dospělosti s hraničními jedinci, protože dospělé osoby jsou si ve vztahu vzájemně vazbovými osobami. Současné poznání poukazuje, že hraniční pacienti mají bázlivý typ citové vazby (Agrawal, Gunderson, Holmes & Lyons-Ruth, 2004).

2.6 Vliv rané vazby na attachment v dospělosti

I při zohlednění formativního vlivu rané citové vazby jedince v dětství, nemusí forma attachmentu v dospělém věku vykazovat nezbytně shodnou podobu s touto ranou vazbou. Odlišnosti mohou být dány i mírou reciprocitity přítomné ve vztahu mezi dospělými osobami. Současně diferenciací v zažitých zkušenostech ovlivňuje formování projevy vazby v dospělosti (Mikulincer & Shaver, 2007a). Přesto jsou následná rodičovská péče o děti již dospělého jedince a interakce s blízkými osobami a přáteli z okruhu jedince, tímto formativním působením rané vazby ovlivněny (Colin, 1996). Je zmiňována paralela vývoje vztahu dítěte se vztahovou osobou a citového vztahu mezi dvěma dospělými osobami (Mikulincer a Shaver, 2007b).

Taktéž Shaverová, Hazan a Bradshaw (1988, in Sternberg & Branes) zmiňují existenci analogie mezi behaviorálními projevy ve vztahu dítěte a primární vztahové osoby s projevy v partnerském vztahu mezi dospělými. Raná vztahová interakce s primární vztahovou osobou je bází pro tvorbu internalizovaných vnitřních pracovních modelů. Pracovní modely jsou pomyslnými nosiči rané vazebné zkušenosti dále do dospělých intimních vztahů, a jak již bylo uvedeno, jsou mentální reprezentací sebe sama a druhých. Modely fungují jako činitel regulace a interpretace nejenom chování a prožívání jedince samotného, ale také i chování a prožívání druhých osob (Bretherton & Munholland, 1999).

Tento poznatek je možné dát do kontextu s problematikou hraniční poruchy osobnosti v tom směru, že interakce v mezilidských vztazích osob s touto poruchou osobnosti je provázena konflikty a přítomností dezinterpretací. A to vše společně s malou mírou porozumění hraničního jedince přičinám konfliktů s druhými. Tyto příčiny mnohdy leží ve vnitřních procesech jedince ovlivněných jeho maladaptivní osobnostní dynamikou vykazující vzájemnou nekompatibilitu. O tom, že internalizované pracovní modely často nejsou vzájemně kompatibilní a také mohou být více či méně neuvědomované pojednával Hašto (2005).

2.7 Citová vazba v dospělosti a hraniční porucha osobnosti

Zohlednění teorie citové vazby v souvislosti s hraniční poruchou osobnosti nabízí významný rámec pro etiopatogenezi této poruchy osobnosti a to i přesto, že je v současnosti příčina této poruchy stále neznámá. Toto je dáno snad i tím, že vznik a rozvoj u této poruchy je pravděpodobně výsledkem interakce více činitelů. Pokud by bylo použito přirovnání v úvodu práce, je hraniční porucha osobnosti stromem rostoucím z více kořenů.

Nejistý attachment nebo jeho analogie v dětství jsou rizikovým faktorem rozvoje této poruchy. Na přítomnost nejistoty v citové vazbě v dospělosti je možné hypoteticky nahlížet jako na syndrom přítomný u BPD společně s afektivní nestabilitou a impulzivitou Skodol et al. (2002).

Interpretační potenciál teorie attachmentu spočívá tedy také v náhledu na doprovodné fenomény u BPD, jako jsou emoční dysregulace, negativní afektivita, nestabilita v interpersonálních vztazích v dospělosti provázených konflikty a impulzivní tendence k agresi.

Přítomnost nejistých prvků citové vazby u hraniční poruchy osobnosti je dávana do souvislosti s agresí a vnímání agrese od druhých. Z pohledu formy a směřování se jedná o agresi vůči druhým nebo vůči sobě samému ve formě suicidálního případně parasuicidálního jednání (Critchfield et al., 2008). S přihlédnutím k tomuto poznatku jsou hraniční pacienti nositeli nejvýraznějšího rizika suicidálního pokusu (Suominen, Isometsä, Henriksson, Ostamo & Lönnqvist, 2000).

Oblasti vztahové nejistoty, strachu z opuštění a odmítnutí jsou pro pacienty s hraniční poruchou osobnosti obtížné a mají potenciál je obrazně vyjádřeno emočně „rozbít“, což taktéž inklinuje k riziku opuštění nebo ukončení terapie.

Tato porucha osobnosti zahrnuje významné problémy v interpersonálním kontextu ve spojitosti s charakteristikami citové vazby u BPD, které se projevují také ve způsobech interpretace vztahové interakce. O nejistých nebo bázlivých formách attachmentu v dospělosti u hraniční poruchy osobnosti se uvádí současně v souvislosti s tím, že je to právě interpersonální nestabilita, která je jádrem projevů psychopatologie.

Na způsob změny citové vazby v dospělosti je nahlíženo ze dvou perspektiv, které jsou obsaženy v kontinuálním a kompenzačním schématu (Cooper & Cooper, 1992, in Parke & Ladd, 1999). Kontinuální schéma vychází z předpokladu, že je raná citová vazba relativně konzistentní s možností modifikace v dospělosti aktuálně působícími situačními vlivy (Ravitz et al., 2010)

Konzistentnost vazby dítěte s primární vztahovou osobou a náhled na tuto vazbu jako předobraz pozdějšího partnerského vztahu také udávají Crowell, Fraley a Shaverová (1999). Zformovaná citová vazba v raném období života je prototypem pro další vztahy v dospělém věku jedince a mateřská péče v prvních 18 měsících utváří kořeny pro vztahy s vrstevníky a partnerem v dospělosti (Zayas, Mischel, Shoda & Aber, 2011).

Kompenzační schéma přistupuje k primárně utvořené citové vazbě jako k výchozí platformě, která je ovlivnitelná a změnitelná na základě nově působících zkušeností. Tyto zkušenosti mohou vyplývat například ze ztráty vazbové osoby, přítomnosti pozitivních aspektů v lidské interakci, zkušenosti s odmítnutím nebo také vznik vztahu naplňujícího vztahové potřeby. Pokud jsou zmiňovány zkušenosti s odmítnutím, je zcela na místě také uvést, že odmítnutí je pro jedince s hraniční poruchou osobnosti opravdu bolestnou zkušeností

Změna již internalizovaného pracovního modelu je pod vlivem nových vztahových zkušeností možná (Rholes & Simpson, 2004; Palková & Pöthe, 2015; Hašto, 2005) a znamená to tedy existenci možnosti změny dispozic vycházejících z citové vazby dítěte a primární vztahové osoby. Realizaci této změny, společně s rozvojem kompetencí jedince pro usměrňování ohrožujících faktorů, podporuje pozitivní vztahová zkušenost v průběhu dětství nebo dospělosti.

Aktualizace vztahové zkušenosti v dospělosti, korekce citové vazby vlivem změn situačního kontextu sociální situace a zformované rané pracovní modely tvoří jeden komplex Aktualizovaná zkušenost prožitá v interpersonálním kontaktu s ostatními

dospělými, při které jedinec pocítí, že je milován a kompetentní, přispívá k tvorbě stabilního, konzistentního a koherentního sebeobrazu a rozvíjí schopnost interpretovat druhé. Vztahový rámec osob s hraniční poruchou osobnosti vystihuje zaujatý typ vazby s nedořešenými funkčními vlastnosti ve vztahu k jejich rodičům a sekundárně bázlivý v jejich romantických vztazích (Agrawal et al., 2004).

Ústřední pozornost propojující hraniční poruchy osobnosti s teorií citové vazby směřuje na charakteristické symptomy této poruchy a typické behaviorální projevy hraničního jedince, které se manifestují v kontextu interpersonálního kontaktu, v návaznosti na internalizované pracovní modely. Dále je u hraniční poruchy osobnosti často přítomen dysfunkční způsob interpretace sociální situace. Jsou již definovány předpoklady, že je to právě citová vazba v dětství, která je činitelem ovlivňujícím internalizaci a vývoj pracovního modelu a kognitivní reprezentace interpersonálních vztahů. Obojí usměrňuje očekávání jedince nejenom v jeho vztazích v dětství, ale také jeho očekávání následně v partnerských vztazích. Dle Cassidyho (1988) navíc zmiňovaná internalizace pracovního modelu utváří vztah k sobě samému.

Skupina pacientů s hraniční poruchou osobnosti je nositelem rizika setrvání v terapii. V návaznosti na možnou přítomnost vyšší míry úzkostnosti v citové vazbě, a pravděpodobnou negativní internalizaci pracovního modelu, se jako riziko ukazuje nekonzistentnost v náhledu hraničního jedince na přijetí od ošetřujícího personálu a zvýšená potřeba pozornosti (Pietromonaco & Barrett, 2000).

Preference vztahové strategie, která je prezentována vyšší mírou vyhýbání se, se nakonec bude odrážet v negativním náhledu na druhé a obav z prožitků mezilidské blízkosti. Současně budou jedinci se zmiňovanou preferencí vnímat druhé negativní perspektivou, budou očekávat projevy ignorování a budou projevovat výraznou tendenci k samostatnosti, která by měla být ochrannou strategií proti očekávanému odmítnutí ve vztahu (Catanzaro a Wei, 2010).

Vztaženo opět na hraniční poruchu osobnosti je dosti dobře možné, že se nakonec takovéto obavy z blízkosti projeví v potřebě hraničního jedince získat ve vztahu odstup od druhého. V takovém případě se jako možné a vhodné strategie k dosažení odstupů zdají hraničnímu jedinci být devalvace druhého a projevy emočního chladu. V romantickém vztahu potřeba udržení citového odstupů může být vyjádřena výrazným snížením frekvence nebo vymizením intimního kontaktu hraničního jedince s druhým.

3 Stud a soucit se sebou v kontextu hraniční poruchy osobnosti

Stud a případně vina jsou označovány jako emoce vztažené k sobě samému a iniciované hodnocením sebe sama (Tangney & Tracy, in Leary & Tangney, 2003). Přílišná míra sebekritiky může podpořit rozvoj prožívání pocitů méněcennosti, nepatřičnosti, bezcennosti, selhání nebo viny. Na prožívání studu a viny je nahlíženo jako na poměrně stabilní dispozice osobnosti determinující frekvenci a sílu prožívání obou zmiňovaných emocí (Tangney, Youman, & Stuewig, in Leary & Hoyle, 2009).

V kontextu s hraniční poruchou osobnosti se ukazuje jako specifický význam emocí jako je vina, stud, znechucení a také je v sociální interakci velmi důležitý strach z odmítnutí (Schmahl et al., 2014). Zmiňované emoce nejenom, že ovlivňují to, jak lidé nahlízejí sami na sebe, na hodnocení sebe sama, ale také usměrňují, jak lidé hodnotí, zapamatovávají si a regulují své odpovědi na signály v rámci sociální interakce (Winter, Bohus & Lis, 2017).

Cítit se provinile nebo se stydět může být mnohdy v různých diskuzích na toto téma vzájemně zaměňováno, což je nejspíše dáno i tím, že tyto emoce nesou obdobné znaky v návaznosti na kontext sociální situace. Stud, a taktéž vina, mohou být v odlišných situacích zažívány v obdobné míře. Přesto Tangney a Dearing (2002) nenahlízejí na tyto pojmy jako na synonyma a dále dodávají, že stud je emocí nesoucí větší potenciál emočního zranění z důvodu jeho vlivu na integritu osobnosti, identitu a sebepojetí.

Obojí – stud i vina jsou negativně prožívané emoce směřující k sobě samému. Zvnitřněný stud se stává dominantním způsobem chování a reagování na sebe i na druhé a projevuje se zejména nedůvěrou, smutkem a stálými nepříjemnými pocity jedince, který stud prožívá (Pattison, 2000).

3.1 Stud a vina u hraniční poruchy osobnosti

Impulzivita je jedním z přítomných symptomů u hraniční poruchy osobnosti. Ta společně s emoční deregulací a nestálostí identity může vést u jedince k násilnému chování, zlostným nebo hostilním projevům. Pokud se jedná o heterogenní agresivitu nebo

projevy sociálního deficitu, má obojí potenciál také vyvolávat hostilní odezvy od druhých, případně vyvolat odmítnutí hraničního jedince druhými.

Přesně to odmítnutí, na které jsou lidé s hraniční poruchou osobnosti zvýšeně senzitivní. Intenzivnější tendence k prožívání pocitu studu mohou podněcovat směřování násilného chování k těm „druhým“ osobám, o kterých se jedinec domnívá, že jsou původem devalvace jeho sebepojetí. Vybití vzniklého napětí vede k nepřiměřenému impulzivnímu činu směřujícímu například na druhého z partnerské dvojice a přispívá k destabilizaci vztahu. Také může směřovat k terapeutovi a odmítnutí (i domnělé) má potenciál ovlivnit úroveň terapeutické aliance, případně se projeví rozbíjením věcí nebo napadením druhého a iniciací rvačky.

Emoční deregulace ve spojitosti s abúzem alkoholu nebo dalších návykových látek často nakonec k násilnému chování vyústí jako reakce na mnohdy nepatrný impulz. Tyto násilné projevy nejednou cílí na blízké osoby. Ústřední motivací je ve velkém množství takovýchto situací hněv a uvolnění napětí (Coid, Yang & Roberts, 2006).

Je formulován předpoklad, že nositeli k dispozicím obviňovat druhé za to, že jsou původci devalvace sebepojetí, nebo čehokoliv dalšího negativního v životě jedince, jsou lidé, kteří jsou více vnímavý k pocitu studu (Tangney, Wagner, Fletcher & Gramzow, 1992).

Na stud u hraniční poruchy osobnosti je často nahlíženo jako na centrální emoci, která souvisí se sebepoškozováním, chronickými suicidálními tendencemi a také se zlostnými a hostilními projevy. Další výraznou oblastí u této poruchy osobnosti je nestabilita v interpersonálních vztazích.

Přítomnost osobnostní patologie bude jistě vztah ovlivňovat a obrazné dělení na černou a bílou může v partnerském vztahu hraničního jedince nabýt podoby tendencí se partnerovi úplně podrobit nebo jej ovládat, a to zcela. Se zohledněním toho, že je vztahová oblast u BPD důležitá, je přítomnosti studu a viny ve vztahu hraničního jedince věnována samostatná část.

Diferenci v destrukčním potenciálu studu a viny poukázala studie realizována týmem Scott, Stepp, Hallquist, Whalen, Wright & Pilkonis (2015). Tato studie našla souvislost mezi denním prožíváním studu a hostilními projevy, kdežto u viny tato souvislost nalezena nebyla. Další studie Rüsche et al. (2007) zaměřené na roli studu u žen s hraniční poruchou osobnosti uvádí, že je stud nápadnou emocií u této poruchy ve spojitosti na kvalitu života, sebeúctu a nárůst hostilních projevů.

Ohledně tendencí k prožívání studu a viny Tangney et al. (2009, in Leary & Hoyle, 2009) poukazují na to, že pro jejich prožívání je příznačná intenzita prožitku v relevantních situacích a nikoliv neměnná přítomnost zmiňovaných pocitů. V porovnání s vinou je stud prožíván bolestněji a jako více zničující emoce. Protože jsou v dostupné literatuře uváděny stud a vina pohromadě, je proto vhodné pro doplnění zmínit, že stud a vina nastávají často společně (Tangney et al., 2009, in Leary & Hoyle, 2009).

Náhled na stud jako bolestněji prožívanou emoci vychází z předpokladu, že v případě viny je prožívání zaměřeno na konkrétní chování jedince, ale stud směřuje na celé naše sebepojetí. Vina směřuje ke konkrétnímu činu, stud je zaměřený na sebe sama jako pomyslný indikátorem toho, že člověk „není v pořádku“, což může podpořit u hraničního jedince znehodnocování sebe sama.

Myšlenka na to, že prožívání studu hraje významnou roli u suicidálních pacientů, byla výchozím předpokladem pro studii švédského týmu, který v rámci realizace využil dotazník TOSCA 3 (*Test of Self-Conscious Affect*). Zmiňovaný dotazník je použit také jako jedna z metod v empirické části této práce, kde jsou k ní uvedeny další informace. Jedná se o metodu zaměřenou na měření osobnostních tendencí k prožívání viny a studu.

Součástí výzkumného vzorku zmiňovaného švédského týmu Wiklander et al. (2012) byly také muži a ženy s hraniční poruchou osobnosti. Sami autoři uvádějí, že na základě výsledků není možné uvést, že by vysoká míra přítomnosti tendence k prožívání studu byla typická pro všechny skupiny suicidálních pacientů. Autoři se i nadále ale domnívají, že poznatky ohledně prožívání studu mohou být důležité v návaznosti na tu případnou možnost, že je stud potenciálním spouštěčem suicidálního jednání.

Prožívání studu u hraniční poruchy osobnosti je spojováno s nízkou sebehodnotou, sníženou kvalitou života a současně stud může přispívat k hostilním a nepřátelským projevům. Realizované studie naznačují, že intenzivní tendence k prožívání studu u hraničních jedinců jsou pravděpodobně rizikovým faktorem pro záměrné sebepoškozování, rizikové sexuální chování a abúzus návykových látek (VanDerhei, Rojahn, Stuewig, & McKnight, 2013; Stuewig et al., 2015). Současně zjištění Peterse a Geigera (2016) poukazují na souvislost mezi rysy charakteristickými pro hraniční poruchu osobnosti a prožíváním studu.

Je možné také formulovat předpoklad, pokud jsou stud nebo vina prožívány jako ohrožující faktor sebepojetí, může to u hraničního jedince podněcovat k manifestaci

zlostných nebo agresivních projevů, případně k obviňování druhých. I přesto, že se dané projevy jeví jako neoptimálnost v emoční regulaci, může být v jejich pozadí skrytý stud.

3.2 Emoční regulace u BPD pod vlivem studu a soucitu se sebou

Obtíže v emoční regulaci jsou charakteristickým příznakem pro přítomnost psychopatologie (Gross & Munoz, 1995) a taktéž ústředním rysem hraniční poruchy osobnosti

Hraniční porucha osobnosti je poruchou s extrémními projevy emoční nestability (Widiger & Costa, 2013). Dysfunkční emocionalita nemá jasné racionální usměrnění na základě kognitivního posouzení situace a možných následků, které mohou vzniknout na základě akce realizované pod vlivem emočního impulsu.

Dle Warrena (2015) je zlepšení emoční regulace potenciální možností účinného terapeutického působení a tvorby terapeutické aliance. Ve spojitosti se vztahovou ambivalencí u hraniční poruchy osobnosti, která v rámci terapeutického vztahu bude přítomná, je možnost rozvíjení terapeutické aliance důležitým motivem. Warren (2015) dále uvádí, že rozvoj strategií emoční regulace může potenciálně být klíčovým mechanismem efektivní práce s jedinci s hraniční poruchou osobnosti.

V současnosti již jsou dostupné informace k patofyziologii emočních procesů u hraniční poruchy osobnosti z oblasti genetiky, výstupy strukturálních a funkčních zobrazovacích metod a neurochemie. Emoční regulace v kontextu prožívání viny a soucitu je tématem, které se postupně také rozvíjí právě s ohledem na možnosti aplikace poznatků s cílem rozvoje a optimalizace účinků terapeutického působení.

Toto je v souladu s již uvedeným tvrzením Warren (2015), že slibnou strategií emoční regulace je soucit se sebou samým. Ten je také spojován s menší mírou úzkostnosti, deprese a zlepšením emocionálních copingových stylů a dále s pozitivním efektem na stabilitu v interpersonálních vztazích.

Copingové styly schémat hyperkompenzace, vyhýbání se a kapitulace se kryjí se základními reakcemi na ohrožení v podobě boje, úniku nebo ustrnutí a zmiňované copingové styly, nebo jejich kombinace, mohou být u dítěte reakcí na ohrožení. Každý z uváděných copingových stylů operuje mimo vnímané vědomí. Ohrožení základních dětských potřeb nabývá například podoby frustrace emoční potřeby bezpečí, realistických hranic nebo přijetí (Grambal et al., 2017).

I přestože jsou to hněv a hostilita, které se projevují jako zřejmé obtíže emoční regulace hraničního jedince, například i v interpersonálních vztazích, klinické studie a výsledky výzkumu naznačují, že tou emocí, která zastává ústřední pozici je stud. Ten je také důležitou emocí ve vztahu na hněv, impulsivitu, chronické suicidální tendence a sebepoškození (NSSI - *Non suicidal self – injury*) (Rüsch et al., 2007).

Důvodů k NSSI je z pohledu sebepoškozujícího jedince celá řada. Platznerová (2009) shrnuje důvody k NSSI do tří kategorií a to na důvody plynoucí z vyjádření kontroly a trestu, dále NSSI jako prostředek komunikace a důvody vyplývající z potřeby regulace afektu.

NSSI může u hraniční poruchy osobnosti nabývat různých podob a v pozadí sebepoškozovacího aktu mohou být taktéž různé podněty. Jako jedním z podnětů bývá uváděna snaha o regulaci vnitřní tenze jedince nebo tendence kompenzovat sebepoškozovacím aktem vnitřní pocit prázdnoty a užití NSSI jako nástroje pro řešení dysforie jedince s BPD.

Přítomnost vyšší senzitivity pacientů s hraniční poruchou osobnosti na odmítnutí nebo nepřijetí vede k tomu, že i zdánlivé důvody interpretované hraničním jedincem jako opuštění nebo odmítnutí, případně také selhání, mohou v tomto jedinci iniciovat nestabilitu náhledu na sebe sama, mohou destabilizovat jeho sebepojetí.

Užití NSSI jako komunikačního prostředku může nabýt formy manipulace. Důležitým náhledem ale je to, co se za danou manipulací může skrývat. Je možné formulovat domněnku, že tento vnitřní důvod nemusí být vědomý ani pro hraničního jedince. Kreisman a Hal (2017) například uvádějí, že se autodestruktivní chování může vyvinout z manipulativní potřeby soucitu.

3.3 Stud a vina ve vztazích hraničních jedinců

Opuštění je pro hraničního jedince zkušeností, která destabilizuje jeho svět, je pro něj pomyslnou emoční tsunami. U hraničního jedince patří potřeba přijetí mezi důležité a ohrožení naplnění této potřeby ve vztahu se může projevit i odmítavým, negativním postojem k druhému a také snahou o jeho devalvací nebo devalvací vztahu s druhým. Udržuje se zažité schéma, že navázání blízkosti nebo důvěry s druhými lidmi vede k bolesti a pomyslný cyklus ambivalentní touhy po blízkosti a potřeby autonomie se často stává „lítáním ode zdi ke zdi“.

Zuroff a Fitzpatrick (1995) poukazují na souvislost mezi vztahovou ambivalencí a sebekritičností. Dle tohoto náhledu prožívají sebekritičtí jedinci ambivalentní vztahy, charakteristické na jedné straně snahou získat respekt, uznání a obdiv, na straně druhé obavami ze ztráty autonomie.

Nestabilní sebeobraz jedince s hraniční poruchou osobnosti ovlivňuje případný párový (romantický) vztah, ve kterém se může objevovat nestálé označování sebe sama nebo druhého jako viníka všech konfliktů. Přítomnost osobnostní patologie ovlivňuje párovou adaptaci a hraniční jedinec mnohdy opakovaně prohlubuje hostilní závislý vztah k druhému v páru, nebo analogicky k rodiči případně k terapeutovi. Potřeba druhého je střídána s tendencí druhého trestat (Grambal et al., 2017) Potřeba druhého je střídána s tendencí druhému přisoudit vinu.

Celková nestabilita hraničního jedince se bude tedy projevovat ve vztazích a bude zahrnovat ambivalenci vůči druhému. V perspektivě černobílého vidění světa se přirozeně odrazí i náhled na druhého, který může být v jednom okamžiku idealizován, adorován a hned následně terčem impulzivní agresivity nebo označován jako viník a zdroj všech problémů ve vztahu.

Pokud ambivalentní a konfliktní tendence ve vztahu nakonec vyústí k jeho ukončení, případně k odmítnutí hraničního jedince druhým, může toto odmítnutí podnítit emoční nestabilitu, pocity tenze, depresi a impulzivní reakci. Případný rozchod je pro jedince s hraniční poruchou osobnosti náročnou zátěžovou situací, která taktéž může iniciovat pochybnosti o sebehodnotě navázané na sebekritiku a iniciovat pocity studu a viny.

Nárůst vnitřní tenze, coby důsledek separace a opuštění, může směřovat k sebepoškození nebo k realizaci suicidálního pokusu. Autodestruktivní akt je důsledkem nadměrné reakce na případnou kritiku, odmítnutí, ale také i jako výsledek vlastního sebehodnocení v okamžicích přemítání o sobě samém. Racionální kognitivní posouzení okolností není schopno korekce dysfunkční emocionality (Grambal et al., 2017).

Spojení mezi prožíváním viny, soucitu se sebou samým a vztahovou ambivalencí nabízí zajímavý potenciál v terapeutické práci s hraničními jedinci. Hraničnímu jedinci se tak může otevřít možnost prožívání protichůdných emocí v jednom okamžiku vůči téže osobě a k modifikaci černobílého náhledu při utváření vztahové interakce.

3.4 Drtivý dopad sebekritiky a soucit se sebou v kontextu hraniční poruchy

Pravděpodobně se každý člověk jednou ocitne v situaci, kterou může subjektivně prožívat jako své selhání a mnohdy takovýto prožitek povede k sebekritice. V náhledu hraničního jedince může subjektivně prožívané selhání vyvolat devalvací sebe sama pocity bezcennosti, viny a iniciovat výraznou sebekritiku. Sebekritika je spojována s pocitem nedostatečné hodnoty a nenaplněností ve vztazích s druhými (Gilbert, Clarke, Hempel, Miles & Irons, 2004).

Zdánlivě se v zúžené perspektivě černobílého náhledu ztratí to, že mýlit se je lidské a součástí naší lidské existence je také nedokonalost. Tendence usilovat o dosažení dokonalosti jsou přítomny jako součást hraničního schématu a odchylky od statického nezměnitelného sebeobrazu mohou být nahlíženy jako drtivě skličující.

Selháním je nazýváno nedosažení zamyšleného cíle (Blatt, 2004). Soucit se sebou samým je označován jako laskavý postoj k sobě samému v okamžiku krize, který zahrnuje akceptaci svých emocí bez přílišné identifikace s nimi a jehož součástí je uznání nedokonalosti jako součástí toho být člověkem (Neff, 2003a).

Taktéž v okamžicích sebekritiky mohou hraniční jedinci na sebe sama nahlížet jako na špatné s tím, že se od nich druzí lidé odvrátí, pokud hraniční jedinec autenticky ukáže, jaký je, jaké jsou jeho potřeby. Takovéto nastavení patrně povede ke zhoršení kontaktu s druhými, včetně případného kontaktu s odborníky poskytujícími psychologickou pomoc. Je dosti dobře možné, že sebekritika coby kognitivní prekurzor studu může být u hraniční poruchy osobnosti častější než závažné deprese (Southwick, Yehuda, & Giller, 1995).

Jedním z diagnostických kritérií u hraniční poruchy osobnosti je přítomnost NSSI. Roli sebekritiky u NSSI zmiňují Hooley, Ho, Slater a Lockshin (2010), kteří poukazují na to, že sebepoškozující lidé mohou volit NSSI jako způsob emoční regulace z důvodu náhledu na sebe sama jako na špatného, vadného nebo někoho, kdo zaslouží potrestat. Taktéž je NSSI voleno jako způsob zpracování nelítostné sebekritiky. Na základě realizované studie St. Germaina a Hooleyho (2013) uvedly, že pětiminutová kognitivní intervence zaměřená na posílení náhledu jedince na svoji sebehodnotu, vedla k signifikantní redukci času, po kterou se sebepoškozující jedinci byli ochotni vystavit fyzické bolesti.

Autoři tímto výsledkem studie naznačují, že kognitivně založená intervence na sebehodnotu a soucit se sebou samým může vést k omezení rozsahu fyzického poškození, které by si jinak tito lidé zvolili jako možné řešení své situace.

3.5 Hraniční dilema: Černá nebo bílá?

Přestože je etiopatogeneze hraniční poruchy osobnosti stále otevřeným tématem, ukazuje se, že rané psychosociální vlivy jsou významným činitelem rozvoje predispozic k této poruše. Prostředí s přítomností averzivních vlivů v časně fázi života jedince nevytváří podmínky k naplnění základních potřeb, ale spíše je prostředím pro jejich frustraci. Mezi základními emočními potřebami uvádí Young (1990) přítomnost bezpečné vazby a existence reálných hranic. Dále zmiňuje, že nenaplnění těchto základních potřeb je možným iniciátorem k tvorbě raných maladaptivních schémat. Deficity při naplňování potřeb jako jsou přijetí a bezpečí jsou nepříznivou zkušeností jedince. Dalšími ranými zkušenostmi ovlivňujícími iniciaci raných maladaptivních schémat je internalizace nebo identifikace s významnými druhými osobami (Grambal et al., 2017).

Dítě internalizuje případné projevy nepřiměřené afektivní regulace a maladaptivní prvky v chování rodičů. Současně ale může podporovat rozvoj maladaptivních schémat, výrazně protektivní prostředí vůči dítěti, které omezuje rozvoj autonomního vztahu v prospěch vztahu závislému. Utvořená hyperprotektivní organizace rodinného prostředí brání v rozvoji jedinečnosti identity dítěte, kterou si následně může dítě kompenzačně utvářet skrze potřebu výrazné blízkosti s druhými. Potřeba splynutí s druhým je součástí prožívání a chování jedince s hraniční poruchou osobnosti, který v okamžiku případného odmítnutí prožívá intenzivní napětí a zděšení.

Kreisman a Straus (2017) poukazují na to, že přítomnost obou zmiňovaných extrémních tendencí v rodičovském přístupu, mohou negativně ovlivňovat utváření stabilního pocitu sebe sama, emočního vztahu k sobě samému. Nedostatečná emoční přítomnost na straně jedné nebo přehnaná kontrola jako součást neúměrného protektivního prostředí na straně druhé, mohou posilovat těžkosti s psychosociální integrací hraničního jedince.

Následně se tyto tendence budou v jeho dospělosti projevovat v romantických vztazích také v podobě obtíží s regulací vztahové blízkosti nebo odstupu. Přítomnost obtíží v interpersonální oblasti společně s dysfunkčním chováním a maladaptivními kognitivními procesy jsou charakteristikou jedinců s hraniční poruchou osobnosti. Utváření vztahu

s druhými je ovlivňováno také emocionálním prožíváním, jehož součástí tvoří impulzivní tendence, pocity nesnesitelné tenze a přítomnost manipulace. Hraniční jedinci navazují závislé vztahy s přítomností vulnerability. Pomyslné černobílé dilema nabývá v takovém vztahu mnohdy podoby touhy po splynutí s druhým nebo jeho úplného odmítnutí. Snaha o získání odstupu v romantickém vztahu může být vyjádřena ze strany hraničního jedince například snížením nebo úplným vymizením intimního kontaktu s druhým.

Význam neoptimálního způsobu interakce mezi dítětem a blízkou pečující osobou a přetrvávání tohoto formativního vlivu od dětství až do dospělosti jedince je součástí konceptu citové vazby, který zahrnuje i problematiku internalizace pracovních modelů na základě raných zkušeností. Reakce vztahové osoby při interakci s dítětem utváří mentální reprezentaci vztahové zkušenosti, která má případný vliv na následné vztahy v jeho dospělosti.

Internalizované pracovní modely mohou být mnohdy vzájemně nekonzistentní a mohou být například přítomny v dichotomické podobě adekvátního nebo neadekvátního přístupu vůči jedné a téže osobě. V romantických vztazích hraničních jedinců se toto může projevat častým střídáním fází idealizace nebo devalvace druhého a zmiňované hraniční dilema je vyjádřeno alternací mezi těmito polaritami. Obrazně vyjádřeno je to opět černá versus bílá, devalvace nebo idealizace.

Přestože není možné přijmout předpoklad existence jednoduché souvislosti mezi charakterem citové vazby, zejména jejich nejistých forem, a rozvojem hraniční poruchy osobnosti, má teorie citové vazby svůj explanační potenciál. Výzkum Lamotta a Pfäfflina (2008) u skupiny hraničních jedinců potvrdil roli nejisté citové vazby právě při rozvoji této poruchy osobnosti. Omezená způsobilost hraničního jedince v navazování blízkosti v dospělém romantickém vztahu s přítomností absolutně drtivých obav z opuštění mohou mít počátky v rané fázi dětství a základem je případná mentální reprezentace vztahu se vztahovou osobou.

Předpoklad, který patří do Bowlbyho koncepce je, že můžeme na citovou vazbu nahlížet jako na bázi, jejíž formativní působení se následně projevuje v utváření vztahů v dospělosti. Toto vychází z předpokladu souvislosti mezi významem interakcí dítěte s vztahovou (pečující) osobou a internalizací pracovních modelů (*internal working model*).

Dle tohoto pojetí dochází k tvorbě modelu již v raném dětství a dítě si tak vytváří mentální reprezentace reakcí ze strany vztahové osoby, případně i dalších osob, pro dítě vztahově důležitých. Současně si také dítě utváří mentální reprezentaci sebe sama. V okamžiku traumatické zkušenosti, kdy v rodinném prostředí chybí adekvátní reakce

podporující utváření pocitu bezpečí a důvěry, se mohou vytvořit podmínky pro rozvoj dispozic k této poruše osobnosti. Jedinec si také může vytvořit náhled nedostatečné hodnoty sebe sama. Taktéž je pravděpodobné, že jedním z faktorů rozvoje této poruchy osobnosti je dysfunkční schopnost soucitu se sebou.

U hraniční poruchy osobnosti jsou přítomné různé charakteristické projevy, mezi které patří přítomnost suicidálních tendencí a sebepoškozování, nestabilita ve vztazích a problémy s emoční regulací. Afektivní dysregulace zahrnuje jednak vysokou iritabilitu vůči zevním podnětům, ale také i dlouhé trvání. Sebepoškozování je jednou z možných dysfunkčních strategií zvládnání intrapsychieho napětí. Teoretické poznatky ukazují na význam studu coby centrální emoce podporující právě zvládnání sebepoškozování, suicidálních tendencí a také i hostilních projevů směřujících na druhé.

Význam studu a soucitu se sebou v kontextu etiologie této poruchy osobnosti je předmětem výzkumů. Přínosem poznání problematiky soucitu se sebou, tendence k prožívání viny v kontextu citové vazby u hraniční poruchy osobnosti by měla být také možnost rozvoje psychoterapeutických nástrojů pro práci s těmi jedinci.

Život hraničního jedince je totiž naplněn bolestí jeho i druhých a kombinace impulzivní afektivity, emoční dysregulace společně se simplifikací řešení následně utvářejí náročnou kombinaci. Udávají tak význam pomyslnému „Být či nebýt“ úplně jiný rozměr. Rozměr hraničního černobílého dilema.

Z tohoto pohledu se jeví i potenciální možnost rozvoje terapeutických účinků při této poruše osobnosti jako přínosná nejenom pro samotné jedince s hraniční poruchou osobnosti, ale i pro terapeutické pracovníky. Ti jsou mnohdy přítomnosti suicidálního rizika, intenzivní potřebě po symbiotickém splynutí, manipulativními tendencemi a zvýšené senzitivitě na odmítnutí výrazně ze strany hraničního jedince zatěžováni. Psychoterapeutické setkání je mnohdy pro hraničního jedince důležitým vztahovým kontaktem.

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 Metodologický rámec

4.1 Vymezení výzkumného problému a argumentace k jeho zkoumání

Zaměření studie na oblast poznatků, které mohou představovat potenciální příspěvek k následnému rozvoji psychoterapeutických metod u osob s hraniční poruchou osobnosti, podněcují v první řadě informace o prevalenci této poruchy. Přestože se jednotlivé údaje o prevalenci hraniční poruchy osobnosti v populaci liší, panuje shoda v tom, že počet lidí s touto poruchou osobnosti vykazuje rostoucí trend. Stávající klinické poznatky také uvádějí, že hraniční porucha je nejčastěji diagnostikou poruchou osobnosti.

Symptomy provázející život člověka s hraniční poruchou osobnosti zahrnují zvýšenou iritabilitu, dlouhodobou přítomnost pocitů neúnosné tenze, manipulativní tendence hraničního jedince ve vztazích s druhými, nestálost v náhledu na sebe sama a problémy s emoční regulací. Případná impulzivita se může projevovat sebepoškozováním nebo agresivním chováním směřovaným na druhé. Klinické poznatky poukazují na eventuelní ústřední roli studu v okamžiku obtíží jedince s hraniční poruchou s emoční regulací v interpersonálních vztazích. Současně je role studu potenciálně významná při zmiňovaných symptomech a to chronických suicidálních tendencích a sebepoškozování.

Z pohledu etiopatogeneze, patří formativní vliv rodinného prostředí v raném období jedince mezi okolnosti, které k rozvoji této poruchy mohou přispívat. Bezpečný typ citové vazby je pravděpodobným pozitivním faktorem zachování soucitu se sebou samým a ochrannou před zdrcujícími účinky nadměrné kritiky sebe sama. Bezpečná citová vazby je tedy potenciálním moderátorem sebekritičnosti.

V sociální interakci je pro hraničního jedince velmi důležitý strach z odmítnutí a v návaznosti na symptomy, které tuto poruchu osobnosti provázejí, je možný specifický význam prožívání studu a soucitu se sebou. Málo rozvinutá schopnost soucitu se sebou se eventuálně jeví být důležitým příznakem u hraniční poruchy osobnosti a je nejspíše také důležitá v okamžicích uvědomění si vlastní nedostatků iniciujících nadměrnou sebekritičnost.

Rozvoj poznatků v oblastech studu a soucitu se sebou v návaznosti na citovou vazbu u hraniční poruchy osobnosti může být přínosný nejenom lidem s touto poruchou, ale také těm, kteří se s danou poruchou osobnosti setkávají při výkonu své odbornosti.

Zejména tedy těm, kteří přicházejí do kontaktu s jedinci s BPD v rámci terapeutické činnosti.

4.2 Cíle práce

Výše zmiňovaná argumentace byla výchozím rámcem pro formulaci cílů studie. Při této formulaci byly zohledněny časové, ekonomické i znalostní limity a zohledněna byla také potenciální komplikovanost plynoucí z náročné dostupnosti dat z klinické populace.

Studie je orientována na následující cíle:

1. Porovnat *Tendenci k prožívání studu* u jedinců s hraniční poruchou osobnosti z výběrového souboru ve srovnání se vzorkem z kontrolní skupiny
2. Porovnat míru *Soucitu se sebou* u jedinců s hraniční poruchou osobnosti z výběrového souboru ve srovnání se vzorkem z kontrolní skupiny
3. Porovnat vztahovou vazbu u výběrového souboru dle dotazníku ECR-RS a jeho škál úzkostnosti a vyhýbavosti
4. Analyzovat možnou souvislost mezi dvěma základními dimenzemi vztahové vazby (úzkostností a vyhýbavostí) a prožíváním *soucitu se sebou* a případnou existenci vztahu ověřit s využitím kvantitativních metod
5. Analyzovat možnou souvislost mezi dvěma základními dimenzemi vztahové vazby (úzkostností a vyhýbavostí) a *Tendencí k prožívání studu* a případnou existenci vztahu ověřit s využitím kvantitativních metod

4.3 Výzkumné otázky a formulace hypotéz

Stanovené cíle směřovaly formulaci výzkumných otázek a hypotéz, které znějí následovně:

Výzkumná otázka č. 1: Jak se liší míra soucitu se sebou u jedinců s hraniční poruchou osobnosti a u kontrolní skupiny?

Hypotéza H1: Jedinci s hraniční poruchou osobnosti mají nižší skóre na Škále soucitu se sebou (SCS-CZ) oproti kontrolní skupině.

Výzkumná otázka č. 2: Jak se liší míra tendence k prožívání studu u jedinců s hraniční poruchou osobnosti a u kontrolní skupiny?

Hypotéza H2: Jedinci s hraniční poruchou osobnosti mají vyšší skóre na škále tendence k prožívání studu v testu TOSCA-3S-CZ oproti kontrolní skupině.

Výzkumná otázka číslo 3: Jak se liší míra vztahové úzkostnosti a vyhýbavosti u jedinců s hraniční poruchou osobnosti a u kontrolní skupiny?

Hypotéza H3a: Jedinci s hraniční poruchou osobnosti dosahují vyššího skóre na škále vyhýbavosti dle ECR-RS oproti kontrolní skupině.

Hypotéza H3b: Jedinci s hraniční poruchou osobnosti dosahují vyššího skóre na škále úzkostnosti dle ECR-RS oproti kontrolní skupině.

Výzkumná otázka č. 4: Souvisí výsledky dotazníku citové vazby ECR-RS s výsledky dotazníku na měření soucitu se sebou SCS-CZ?

Hypotéza H4a: Existuje souvislost mezi mírou vztahové vyhýbavosti měřenou dotazníkem ECR-RS a celkovým skórem dle SCS-CZ.

Hypotéza H4b: Existuje souvislost mezi mírou vztahové úzkostnosti měřenou dotazníkem ECR-RS a celkovým skórem dle SCS-CZ.

Výzkumná otázka č. 5: Souvisí výsledky dotazníku citové vazby ECR-RS s výsledky škály pro měření tendence k prožívání studu ve zkrácené verzi testu TOSCA-3-CZ?

Hypotéza H5a: Existuje souvislost mezi mírou vztahové vyhýbavosti měřenou dotazníkem ECR-RS a skórem na škále tendence k prožívání studu dle zkrácené verze TOSCA-3S-CZ.

Hypotéza H5b: Existuje souvislost mezi mírou vztahové úzkostnosti měřenou dotazníkem ECR-RS a skórem na škále tendence k prožívání studu dle zkrácené verze TOSCA-3S-CZ.

4.4 Operacionalizace proměnných

Ve výzkumu je pracováno s proměnnými, jejichž operacionalizace je realizována způsobem uvedeným v následující tabulce. V této je také uvedena proměnná *Tendence k prožívání viny*, jejíž posouzení není součástí formulovaných cílů výzkumu, hypotéz a nebylo součástí vytvořeného designu výzkumu. Statistické výpočty byly pro tuto

proměnnou realizovány a ukázaly se být zajímavé. Z tohoto důvodu byla tato proměnná taktéž předmětem operacionalizace a je označena hvězdičkou.

Tabulka 2: Operacionalizace proměnných

Proměnná	Operacionalizace	Použité označení v graf. výstupech
Vztahová úzkostnost	Dosažená hodnota na škále celkové úzkostnosti dle dotazníku ECR-RS	Total_Avoidance
Vztahová vyhybavost	Dosažená hodnota na škále celkové vyhybavosti dle dotazníku ECR-RS	Total_Anxiety
Soucit se sebou	Hodnota dosaženého hrubého skóru dle SCS-CZ	SCS-CZ
Tendence k prožívání studu	Hodnota dosaženého hrubého skóru na škále tendence k prožívání studu ve zkrácené verzi TOSCA-3S-CZ	T-SHAME
Tendence k prožívání viny*	Hodnota dosaženého hrubého skóru na škále tendence k prožívání viny ve zkrácené verzi TOSCA-3S-CZ	T-GUILT

* Doplněná proměnná na základě dodatečných výsledků statistického zpracování dat

5 Proces sběru dat a výzkumné metody

5.1 Proces sběru dat

Sběr dat od obou skupin respondentů byl realizován na základě baterie tvořené třemi dotazníky. Dotazníkové baterii předcházela úvodní část. V této části byl s respondenty navázán kontakt a byli informováni zejména o záruce anonymity respondenta ve všech publikačních výstupech, způsobu volby odpovědí a možnosti její případné změny. Taktéž v této části byla uvedena informace o přibližné časové náročnosti vyplnění celé dotazníkové baterie. Respondenti v úvodní části taktéž sdělovali demografické informace o sobě a to věk, pohlaví, dosažené vzdělání, rodinný stav, zda mají děti a velikost bydliště dle počtu obyvatel.

Doba potřebná k vyplnění, přehlednost a grafická podoba souboru dotazníků, včetně srozumitelnosti instrukcí k jejich vyplnění, byla ověřena realizací pilotáže na malém vzorku, který tvořil součást výzkumného souboru. Předkládané dotazníky byly pro obě skupiny sestavené v pořadí ECR-RS, TOSCA-3S-CZ a SCS-26-CZ.

Respondenti z kontrolní skupiny (HCG – *Healthy Control Group*) byli rekrutováni z neklinické populace dospělých osob a měli možnost se o výzkumu dozvědět formou online informace s žádostí o její vyplnění a sdílení dále. Z pohledu metodiky výběru se jednalo u kontrolní skupiny o nepravděpodobnostní strategii výběru s využitím techniky sněhové koule.

U vzorku z klinické populace (BPD – *Bordeline Personality Disorder*) se jednalo o příležitostný výběr a respondenti z této skupiny vyplňovali předložené dotazníky v papírové podobě. Sběr dat u klinické skupiny respondentů probíhal ve spolupráci s odborným pracovištěm FNOL (Fakultní nemocnice Olomouc) a tato spolupráce zahrnovala i součinnost při vyřešení etických aspektů sběru dat a informovaného souhlasu respondentů.

Informace o návratnosti dotazníků nebyla evidována ani u jedné skupiny. Toto rozhodnutí vyplývalo primárně z tendence minimalizovat již tak značnou vytíženost spolupracujícího odborného personálu ve FNOL při sběru dat z klinické populace.

Obě zmiňované metody výběru vzorků se sebou nesou omezení z pohledu konstituování reprezentativních vzorků. S vědomím limitů reprezentativnosti byly přesto

tyto techniky použity vzhledem časovým možnostem sběru a dostupnosti dat pro realizaci výzkumu zejména u klinické populace.

Při realizaci výzkumu se jednalo o pilotní ověření předpokladů zaměřených na odlišnosti v tendenci prožívání studu a soucitu se sebou u dospělých osob z tzv. „zdravé populace“ a jedinců s hraniční poruchou osobnosti a dále o realizaci korelační studie pro posouzení těsnosti vztahu mezi tendencí k prožívání studu a soucitu se sebou a dimenzemi vztahové vazby.

5.2 Organizace sběru dat a etické aspekty

S ohledem na použité metody a téma výzkumu základními kritérii pro výběr respondentů bylo dosažení plnoletosti a zkušenost s vážným partnerským vztahem. Formulace těchto kritérií vycházela zejména se zohledněním dotazníku ECR-RS. Při sběru dat u vzorku osob ze skupiny BPD bylo kritériem pro oslovení respondenta stanovení diagnózy psychiatrem emočně nestabilní poruchy osobnosti hraničního typu dle MKN-10 označované jako F60.31.

Časově sběr dat probíhal v rozmezí 11/2017 do 02/2018. Účast ve výzkumu byla na základě dobrovolnosti respondenta s možností v jakékoliv fázi z výzkumu odstoupit a nebyla žádným způsobem honorována. Celkově respondenti při vyplňování dotazníkové baterie vyplňovali sto patnáct položek.

Každý dotazník po vyplnění od respondenta obdržel jedinečný kód ve struktuře PKAV 12 a odlišoval se číslicí za písmeny. Na základě přiděleného číselného kódu bylo možné odlišit obě skupiny HCG a BPD respondentů a po přiřazení kódu byla provedena kontrola správnosti a úplnosti vyplnění.

Na základě tohoto ověření bylo nutno ze všech získaných respondentů vyřadit baterii dotazníků ze skupiny BPD pod označením PKAV15, která byla neúplně vyplněna. Pravděpodobným důvodem k neúplnému vyplnění byly deficity intelektu respondentky. Vyplnění souboru dotazníků respondentkou mělo přesto svůj terapeutický význam s ohledem na to, že obsahoval řadu osobních sdělení respondentky zaměřených na oblast vztahového rámce a roli odpuštění k respondentčině matce. Z tohoto důvodu byl vyřazený, a pro výzkum nepoužitelný, soubor předán zpět terapeutickému personálu do FNOL. Tato dotazníková baterie byla jedinou vyřazenou z obou skupin HCG a BPD.

Důsledné dodržování anonymity získaných výstupů bylo jedním z etických pravidel sběru dat a pro účely výzkumu v empirické části nebyla zaznamenávána žádná osobní data respondentů. Další etické pravidlo směřovalo k respondentům z klinické populace, kdy distribuce dotazníkové baterie a oslovování respondentů probíhalo ze strany odborného personálu tak, aby nedocházelo k narušení terapeutického procesu a nadměrnému zatížení respondentů. Všechny osoby zapojené do sběru výzkumných dat neměly žádné zájmy, které by jakýmkoliv způsobem ovlivňovaly věrohodnost získaných dat a výsledky výzkumu.

Etické aspekty byly dále respektovány i s ohledem na vyžádání souhlasu k použití dotazníkové baterie tam, kde se to jevílo jako nezbytné. Písemný souhlas byl vyžádán pro aplikaci dotazníku TOSCA-3 od autorky J. P. Tangney. V souladu s veřejně dostupným vyjádřením od R. C. Fraley, který je autorem ECR-RS, je možné volné užití tohoto dotazníku pro výzkumy nekomerčního charakteru. S přihlédnutím k tomuto sdělení nebylo nutné v tomto případě žádat autora o souhlas s použitím metody. Souhlas s aplikací škály SCS-CZ byl projednána s autorem české adaptace J. Bendou.

5.3 Aplikované metody získávání dat

5.3.1 Dotazník struktury vztahů (ECR-RS)

ECR-RS (*Experience in Close Relationships – Relationship Structures*) je sebeposuzovacím dvoudimenzionálním nástrojem, při jehož tvorbě bylo vycházeno z ECR-R (*Experiences in Close relationship-Revised*). Zjišťovanými ortogonálními dimenzemi vztahového rámce v dospělosti jsou úzkostnost (*anxiety*) a vyhýbavost (*avoidance*). ECR-RS určuje celkové hodnoty dosaženého skóru pro tyto dimenze na základě parciálních hodnot v citové vazbě dosažených v jednotlivých vztahových oblastech, které zohledňují vztahový kontext s příslušnou vazebnou osobou.

Dle Fraley et al. (2011) je odhadovaná reliabilita ECR-RS hodnoty Cronbachovy α srovnatelná s verzí ECR-R a dosažené skóry reprezentují celkové hodnoty úzkostnosti a vyhýbavosti jedince. Psychometrické charakteristiky ověřili autoři na základě vzorku zahrnujícího přibližně dvacet dva tisíc respondentů. Dále psychometrické charakteristiky ověřili také Sibley, Fischer a Liu (2005), kteří zmiňují koeficient reliability Cronbachova α pro škálu úzkostnosti a vyhýbavosti přesahující hodnotu ($\alpha = 0,9$). Původně vytvořená verze ECR-RS obsahovala pro každý vztahový rámec deset položek. Vyřazením jedné

položky vznikla současná verze ECR-RS s devíti položkami pro každý vztahový rámec. Primárně měla vyřazená položka měřit dimenzi úzkostnosti, ale důvodem vyřazení položky autory bylo její obdobné sycení obou faktorů.

Fraley et al. (2011) srovnávali hodnoty konvergentní a diskriminační validity mezi ECR-R a ECR-RS. Na základě realizované studie dospěli autoři k náhledu, že ECR-RS je nástrojem, kterého může být využito k identifikaci dimenzí citové vazby pro jednotlivé vztahové rámce a současně na základě zjištěných hodnot i celkově. Základem pro českou modifikaci ECR-RS jsou práce Dvorské (2008) a Schlesingerové (2009), která uvádí Cronbachovo α pro dimenzi vyhýbavosti ($\alpha = 0,879$) a dimenzi úzkostnosti ($\alpha = 0,719$).

Respondent pracuje s tímto nástrojem tak, že uvádí své odpovědi v ECR-RS na sedmibodové stupnici Likertova typu od 1 (silně nesouhlasím) do 7 (silně souhlasím) a svými odpověďmi hodnotí oblasti interpersonálního kontaktu k definovaným blízkým osobám. Dimenzí vyhýbavosti jsou vyjádřeny tendence respondenta v okamžicích sdílení se s definovanou blízkou osobou a dimenze úzkostnosti reprezentuje respondentovi obavy související s dosažitelností blízké osoby. Jedinec s jistou citovou vazbou dosahuje nízkých hodnot v obou dimenzích.

Při sběru dat byly obě dimenze určovány ve vztahovém kontextu pro matku, otce, partnera nebo partnerku a kamaráda nebo kamarádku a také celkově. Pokud v životě respondenta chyběla osoba otce nebo matky, uvádí respondent odpovědi k osobě, která tuto roli zastávala. Obdobně, nemá-li respondent aktuálně partnerský vztah, případně kamarádký, uvádí své odpovědi v návaznosti na minulý vztah se zohledněním toho, jak jednotlivé oblasti vztahu prožíval.

Pro každý vztahový rámec s definovanou osobou je stejných devět položek. První čtyři položky jsou inverzní a při vyhodnocování je nutné nejdříve přepočítat hrubé skóry. Šest položek odpovídá škále vyhýbavosti a tři úzkostnosti. Po přepočtení inverzních položek se hrubý skór v dané škále získá jako průměrná hodnota příslušných položek. Celkové skóre je vyhýbavosti a úzkostnosti je následně vypočtená průměrná hodnota z jednotlivých hodnot dosažených respondentem v dimenzích úzkostnosti a vyhýbavosti pro jednotlivé vztahové rámce. Teoreticky dosažitelné mezní hodnoty celkového hrubého skóru jsou na škále vyhýbavosti min. 24; max. 168 a škále úzkostnosti min. 12; max. 84 bodů.

5.3.2 Test tendence k prožívání studu (TOSCA-3S-CZ)

Označením TOSCA (*Test of self-conscious affect*) je pojmenovaný dotazník zaměřený na identifikaci individuálních rozdílů v šesti oblastech, mezi kterými jsou

tendence k prožívání viny a tendence k prožívání studu. V teoretické rovině je možné uvést, že základ pro jednotlivé verze testu tvoří rozšířený model navržený Lewisem (1971), dle kterého stud vyvolává negativní hodnocení sebepojetí oproti vině, která vyvolává negativní hodnocení zaměřené na konkrétní čin nebo situaci. Rozšíření zmiňovaného modelu a výsledky studie Tangney (1991) indikují, že vina a stud jsou odlišné afektivní zkušenosti, mající důležité a zcela odlišné důsledky v interpersonální oblasti. Výsledky zmiňované studie vedly k tomu náhledu, že stud a vina jsou spojeny s odlišnostmi v kognici, motivaci, hodnocení, cítění a chování.

Tendence k prožívání studu byla v rámci realizovaného výzkumu zjišťována s využitím zkrácené verze TOSCA-3. Číslice za názvem odkazuje na to, že se jedná o třetí verzi metody a její první verze byla publikována v roce 1989 autorskou trojicí J. P. Tangney, P. E. Wagnerem a R. Gramzowem (in Tracy, Robins, & Tangney, 2007). Odlišnost mezi zkrácenou a ucelenou verzí TOSCA-3 spočívá v počtu testových situací. Nezkrácená verze zahrnuje 16 popisů situací, ze kterých je 5 pozitivních a 11 negativních. Předpokladem formulovaných situací je jejich potenciál k iniciaci pocitů viny a studu. Vnitřní konzistence byla ověřována na základě realizace několika měření a zjištěné hodnoty Cronbachova α jsou u škály pro stud ($\alpha = 0,88; 0,76; 0,77$) a u škály viny ($\alpha = 0,83; 0,70; 0,78$) (Tangney & Dearing, 2002).

Ve zkrácené verzi je popisovaných situací jedenáct a jedná se o negativní situace z plné verze. U každé situace jsou uvedeny čtyři různé možnosti zaměřené na prožívání nebo chování respondenta. Respondent si má představit sebe sama v této situaci a u všech čtyřech možnostech uvést na stupnici od 1 (nepravděpodobné) do 5 (velmi pravděpodobné), jak je daná možnost pro něj osobně pravděpodobná. Použitá podoba TOSCA-3S-CZ obsahuje subškály měřící čtyři osobnostní rysy a to tendenci k prožívání studu, tendenci k prožívání viny, odstup a lhostejnost a externalizaci. Externalizací je myšleno přisuzování viny situaci nebo druhým. Součtem dosažených skóre v dané subškále je tvořen celkový skóre respondenta pro příslušný rys. Pro tendenci k prožívání studu odpovídají situace 1a, 2b, 3a, 4c, 5a, 6b, 7d, 8b, 9b, 10a, 11c. Tangney a Dearing (2002) uvádějí hodnotu korelačního koeficientu mezi plnou verzí a její zkrácenou variantou $r = 0,94$. Česká adaptace zkrácené verze TOSCA-3S-CZ byla realizována Dvořákovou (2013). Teoreticky dosažitelné mezní hodnoty celkového hrubého skóre jsou na škále studu min. 11; max. 55 bodů.

5.3.3 Škála soucitu se sebou (SCS-CZ)

Tento nástroj byla vytvořena K. Neffovou (2003b) za účelem identifikace míry soucitu k sobě a v původní verzi obsahuje dvacet šest položek a je tvořen šesti škálami, ze kterých tři reprezentují soucitné a tři nesoucitné styly vztahování se k sobě. Jedná se o sebeuposuzovací nástroj. Celková úroveň soucitu k sobě je určena součtem skóre v jednotlivých položkách. U položek reprezentujících nesoucitné vztahování se k sobě samému je použito inverzního skórování (Neff, 2003b).

Nástrojem použitým v rámci výzkumu ke zjišťování soucitu se sebou byla česká verze Škály soucitu se sebou (*Self-Compassion Scale*) v české adaptaci dle autorů Benda a Reichová (2016). Česká verze SCS-CZ obsahuje dvacet položek a na jednotlivé položky respondenti uvádějí odpovědi na Likertově stupnici v rozmezí hodnot od 1 (velmi často) do 5 (téměř nikdy). Uvedenými stupni hodnotí respondent to, jak často se v dané situaci chová a hodnotí tedy to, jak smířlivě přistupuje k sobě samému, ke svým chybám a nedokonalostem. Výstupem této metody jsou jednak hodnoty skóru pro jednotlivé subškály a celkový skór, který je výsledkem součtu bodů za jednotlivé položky.

Při překladu do českého prostředí ověřili autoři Benda a Reichová (2016) faktorovou strukturu SCS-CZ a na základě aplikace metody *jackknifing* odstranili šest položek. Konfirmační faktorová analýza po vyřazení položek prokázala šest faktorů a hodnota korelačního koeficientu verze SCS-CZ o dvaceti položkách s původní verzí je $r = 0,99$; $p < 0,01$.

Benda a Reichová (2016) uvádějí pro jednotlivé subškály následující hodnoty Cronbachova α : laskavost k sobě ($\alpha=0,86$), sebeodsuzování ($\alpha=0,67$), lidská sounáležitost ($\alpha=0,75$), izolace ($\alpha=0,78$), všímavost ($\alpha=0,65$), přílišné ztotožnění ($\alpha=0,69$) a test-retest reliabilitu 0,90. Autoři test-retest reliabilitu ověřili na vzorku o $N = 58$ opakovanou administrací dotazníku v časovém intervalu tří týdnů. Konstruktová validita SCS-CZ byla ověřena na vzorku z neklinické populace o velikosti $N = 5368$. Teoreticky dosažitelné mezní hodnoty celkového hrubého skóru pro soucit se sebou jsou min. 20; max. 100 bodů.

6 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor je tvořen celkem 88 dospělými respondenty, kteří mají již zkušenost s vážným vztahem. Tato podmínka vycházela z použití nástroje ECR-RS na testování dimenzí citové vazby, ve kterém je jedna z částí tohoto dotazníku zaměřena na vztahovou zkušenost s partnerským vztahem. Případné vyplnění neutrální hodnoty u tohoto vztahového rámce by následně ovlivnilo výsledky pro dimenze citové vazby. Respondenti byli vybráni nenáhodnou metodou výběru a jsou rozděleni do dvou částí.

S ohledem na téma výzkumu byla další podmínka formulována pro respondenty ve skupině označené jako BPD (*Bordeline Personality Disorder*). Skupina BPD je tvořena dospělými osobami, kterým byla psychiatrem přidělena diagnóza emočně nestabilní poruchy osobnosti hraničního typu označované dle MKN-10 kódem F60.31. Tento soubor čítá 34 osob. Jedná se o klienty, kteří byli v časovém intervalu sběru dat hospitalizováni ve Fakultní nemocnici Olomouc na Klinice psychiatrie. Níže jsou uvedeny charakteristiky tohoto souboru z hlediska věku. Mimo dvě zmiňované podmínky nebylo nutné definovat další omezení pro zařazení respondenta do výzkumu.

Tabulka 3: Popis respondentů skupiny BPD dle věku

	N	Min.	Max.	M	SD
Ženy	24	20	52	32,75	8,67
Muži	10	18	41	28,50	10,06
Celý soubor	34	18	52	31,50	9,16

Legenda: N = velikost souboru; M = průměr; SD; směrodatná odchylka

Druhá část výzkumného souboru byla tvořena dospělými osobami a jednalo se o kontrolní skupinu osob, která reprezentovala vzorek tzv. „zdravé populace“. Zmiňovaná skupina má 54 osob a pro její další označení je použito HCG (*Healthy Control Group*).

Ve výzkumném souboru byly zastoupeny více ženy oproti mužům. Charakteristika souboru s přihlédnutím k pohlaví respondentů a rozdělením dle skupin BPD a HCG je znázorněna v další tabulce. Je patrné, že relativní četnost mužů a žen byla u obou skupin srovnatelná.

Tabulka 4: Popis respondentů skupiny HCG dle věku

	N	Min.	Max.	M	SD
Ženy	37	22	73	35,51	11,14
Muži	17	25	54	35,18	8,49
Celý soubor	54	22	73	35,41	10,30

Legenda: N = velikost souboru; M = průměr; SD; směrodatná odchylka

Tabulka 5: Popis obou skupin výzkumného souboru z hlediska pohlaví

Skupina	N	Absolutní četnost žen	Absolutní četnost mužů	Četnost žen v %	Četnost mužů v %
BPD	34	24	10	71	29
HCG	34	17	37	69	31

Legenda: N = velikost souboru

Popis na základě dosaženého stupně vzdělání respondentů ukazuje na početnější zastoupení úplného středoškolského stupně vzdělání u kontrolní skupiny a její silné nasycení vysokoškolskou populací.

Tabulka 6: Popis skupin výzkumného souboru z hlediska pohlaví

Dosažené vzdělání	Absolutní četnost BPD	Četnost BPD v %	Absolutní četnost HCG	Četnost HCG v %
Základní	6	18	1	2
Vyučen bez maturity	10	29	2	4
Úplné středoškolské s maturitou	13	38	27	50
Vyšší odborné	1	3	1	2
Vysokoškolské	4	12	23	43

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

7 Práce s daty a použité metody

Metody statistického testování byly zaměřeny na poměrové proměnné *Tendence k prožívání studu*, *Soucit se sebou* a dimenze citové vazby *Vyhýbavost* a *Úzkostnost*, které byly vyjádřeny prostřednictvím hodnot hrubých skóre na příslušných škálách v testové baterii tvořené dotazníky ECR-RS, TOSCA-3-CZ a SCS-CZ. Pro zajímavost byly statistickými metodami zpracovány také hodnoty skóre dosažených respondenty na subškále *Tendence k prožívání viny* v TOSCA-3-CZ.

Hodnoty hrubých skóre byly vypočteny pro vzorek klinické populace tvořené jedinci s diagnózou hraniční poruchy osobnosti označené F60.31 dle MKN-10 a vzorek jedinců z kontrolní skupiny. Pro skupiny jedinců s hraniční poruchou osobnosti bylo použito označení BPD (*Borderline Personality Disorder*) a pro kontrolní skupiny tvořenou tzv. „zdravými dospělými osobami“ bylo použito označení HCG (*Healthy Control Group*).

K potvrzení rozdílů mezi jedinci z kontrolní skupiny a jedinci s hraniční poruchou osobnosti byla provedena vícerozměrná analýza rozptylu (MANOVA), porovnávající skupiny proměnných *Soucit se sebou*, *Stud*, *Vyhýbavost* a *Úzkostnost*. Výsledek pro skupiny BPD a HCG vyšel statisticky významný, $F(4,83) = 21,546$ ($p < 0,001$). Wilkova lambda vyšla 0,491; indikující, že 50,9 % variability závislých proměnných bylo vysvětleno na základě rozdílů mezi skupinou jedinců s hraniční poruchou a kontrolní (parciální éta-kvadrát 0,509). Jako post-hoc testy byly v rámci této analýzy provedeny t-testy s Benferroniho korekcí pro mnohonásobná porovnávání.

Splnění předpokladu normálního rozdělení proměnných bylo ověřeno Shapiro-Wilkovým testem a potvrdilo jej pro všechny proměnné kromě dimenze citové vazby *Úzkostnosti*. V případě *Úzkostnosti* byl předpoklad normálního rozdělení markantně porušen. Z tohoto důvodu nebyl zmiňovaný prvotní předpoklad normality přijat a ke srovnání skupiny HCG a BPD u této proměnné byl aplikován neparametrický Mann-Whitneyho U-test, jehož antecedence na homoskedasticitu byla ověřena a potvrzena využitím Levenova testu.

Hodnoty hrubých skóre jednotlivých proměnných dosažených u obou skupin BPD a HCG byly testovány na existenci vzájemné souvislosti a zamítnutí předpokladu normality u proměnné *Úzkostnost* mělo taktéž dopad na volbu korelačního koeficientu. Při práci s proměnnými, u kterých byl předpoklad normálního rozdělení, byl volen pro výpočet

Pearsonův korelační koeficient. Zamítnutí předpokladu normality vedlo pro výpočty korelace k použití Spearmanova korelačního koeficientu.

Výstupy testů jsou pro názornější porovnání obou skupin doplněny krabicovými grafy a u ověření závislosti proměnných na základě hodnot korelačních koeficientů je prezentace dat doplněna bodovými grafy s proloženými regresními přímkami. Součástí zpracování dat bylo také uvedení míry věcné významnosti (*effect size*). Pro jednotlivé výsledky t- testů byla doplněna hodnota *Cohenova d*. Pro Mann-Whitney U-test byla uvedena hodnota parametru θ , pro který platí, že jeho velikost náleží intervalu $\langle 0;1 \rangle$. Interpretace zjištěného efektu dle *Cohenova d* byla v souladu dle Cohena (1988) s hodnocením jako malá věcná významnost pro $0,2 \leq d < 0,5$; střední pro $0,5 \leq d < 0,8$ a velká věcná významnost pro hodnoty $d > 0,8$. Teoreticky hodnota *Cohenova d* může v oboru reálných čísel nabývat hodnot v intervalu od $-\infty$ do $+\infty$. Soukup (2013) publikoval tabulku uvedenou níže, která může být podkladem k interpretaci hodnot *Cohen d* a je aplikovatelná v těch případech, ve kterých mají proměnné v obou skupinách normální rozdělení.

Tabulka 7 : Výsledky ověření předpokladu normality proměnných

d	0	0,1	0,2	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8
%	50 %	54 %	58 %	62 %	69 %	73 %	76 %	79 %
d	0,9	1	1,1	1,3	1,4	1,5	2	
%	82 %	84 %	88 %	90 %	92 %	93 %	98 %	

(Soukup, 2013)

Legenda.: d = Cohenovo d

Pro zpracování dat a výpočtů výsledků statistického testování bylo použito software STATISTICA CZ 12 a MS Excel 2010. O přijetí nebo zamítnutí nulové hypotézy bylo rozhodnuto na základě p-hodnoty na hladině významnosti 0,05. V případě p-hodnoty nižší než 0,05 byla tedy nulová hypotéza zamítnuta ve prospěch hypotézy alternativní.

8 Výsledky a jejich interpretace

Tato kapitola prezentuje výstupy výzkumu, statistického zpracování dat včetně jejich interpretace. Součástí výsledků je srovnání mezi skupinami BPD a HCG dosažených skóre v dotazníku SCS-CZ, subškály *Tendence k prožívání studu* v TOSCA-3-CZ a dimenzemi citové vazby dle ECR-RS a to *Úzkostnosti* a *Vyhýbavosti*. Testování nulové hypotézy předcházelo ověření normality jednotlivých proměnných s využitím Shapiro – Wilkova testu. Výsledky jsou uvedeny níže a ukazují na porušení předpokladu normálního rozdělení u proměnné *Úzkostnost* (Total_Anxiety).

Tabulka 8: Výsledky ověření předpokladu normality proměnných

Výsledky Shapiro – Wilkova testu				
Proměnná	Skupina	N	W	P
SCS	BPD	34	0,957	0,192
T-SHAME	BPD	34	0,959	0,221
Total_Avoidance	BPD	34	0,987	0,949
Total_Anxiety	BPD	34	0,978	0,703
SCS	HCG	54	0,974	0,292
T-SHAME	HCG	54	0,987	0,809
Total_Avoidance	HCG	54	0,972	0,232
Total_Anxiety	HCG	54	0,933	0,005

Legenda: N = velikost souboru; W = testovací kritérium; p = p – hodnota

Se zohledněním porušení předpokladu normálního rozložení v případě proměnné *Úzkostnosti* (Total_Anxiety – vyznačeno červeně) byl ke srovnání skupiny HCG a BPD aplikován neparametrický Mann-Whitneyho U-test, kterému předcházelo ověření homogenity rozptylů v daných výběrech na základě Levenova testu na hladině významnosti 0,05. Výsledek Levenova testu homogenity rozptylů prokázal, že se rozptyly signifikantně neliší a využití Mann-Whitneyho U-testu pro testování hypotézy je možné.

8.1 Srovnání výsledků souboru jedinců s hraniční poruchou a kontrolního souboru

8.1.1 Soucit se sebou dle SCS-CZ

Byla otestována následující hypotéza *H1*, že existuje odlišnost v průměrných hodnotách škály SCS-CZ mezi jedinci s hraniční poruchou osobnosti a kontrolní skupinou.

Hypotéza H1: Jedinci s hraniční poruchou osobnosti mají nižší skóre na Škále soucitu se sebou (SCS-CZ) oproti kontrolní skupině.

Tabulka 9: Výsledek testování hypotézy *H1*

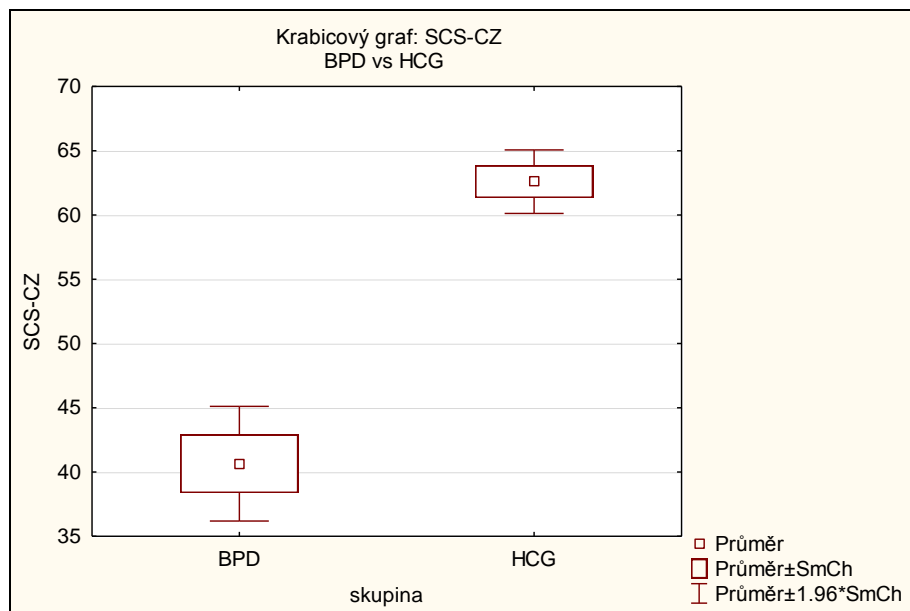
T-test: p-hodnota a číselné charakteristiky						
Skupina	M	SD	Me	Min.	Max.	p-hodnota
BPD	40,6	13,3	39,5	20,0	68,0	< 0,001 (Zamítáme H_0)
HCG	62,6	9,3	63,0	35,0	79,0	

Legenda: *M* = průměr; *SD* = směrodatná odchylka; *Me* = medián

Je možné uvést, že post-hoc t-test prokázal statistickou významnost rozdílu mezi skupinou jedinců s hraniční poruchou osobnosti a kontrolní skupinou na hladině významnosti 0,05 a hypotézu *H1* přijímáme. Získané výsledky poukazují na to, že jedinci z kontrolní skupiny dosáhli výrazně vyššího průměru i mediánu oproti jedincům ze skupiny BPD.

Skupina BPD skórovala přibližně o dvě směrodatné odchylky níže než kontrolní skupina HCG. Dle hodnoty směrodatné odchylky byla u skupiny jedinců s hraniční poruchou osobnosti vyšší variabilita hodnot. Graf níže, znázorňuje průměrné hodnoty hrubých skóre výzkumného a kontrolního souboru na škále soucitu se sebou (SCS-CZ). Hodnota Cohenova $d = -1,92$ naznačuje velkou věcnou významnost. Posuzovaná proměnná má větší hodnotu ve skupině HCG a je možné při interpretaci uvést, že přibližně více jak 95 % jedinců ze skupiny HCG převyšuje průměrného člena skupiny BPD.

Graf 1: Průměrné hodnoty škály soucitu se sebou u jedinců s hraniční poruchou osobnosti a kontrolního souboru



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

S ohledem na výsledky je na hladině významnosti $\alpha=0,05$ patrné, že hrubé skóry na škále soucitu se sebou (SCS-CZ) byly vzájemně mezi skupinou HCG a BPD odlišné. Jedinci s hraniční poruchou osobnosti prokázali se sebou statisticky signifikantně nižší míru soucitu oproti jedincům z neklinické populace, $t(86) = -9,13$; $p < 0,05$.

Z předchozího grafu je zjevné, že jedinci s hraniční poruchou osobnosti skórovali výrazně výše nad kontrolním souborem ve škále soucitu se sebou.

8.1.2 Tendence k prožívání studu dle TOSCA-3-CZ

V tomto případě byla otestována hypotéza $H2$.

Hypotéza $H2$: Jedinci s hraniční poruchou osobnosti mají vyšší skór na škále tendence k prožívání studu v testu TOSCA-3S-CZ oproti kontrolní skupině.

S přihlédnutím k získaným výsledkům lze uvést, že hodnoty skóru na škále studu v TOSCA-3-CZ u jedinců z kontrolního souboru měly nižší průměr a medián ve srovnání se skórem jedinců s hraniční poruchou osobnosti. Směrodatné odchylky byly téměř totožné, což poukazuje na to, že variabilita dat z obou souborů byla takřka shodná.

Tabulka 10: Výsledek testování hypotézy H2

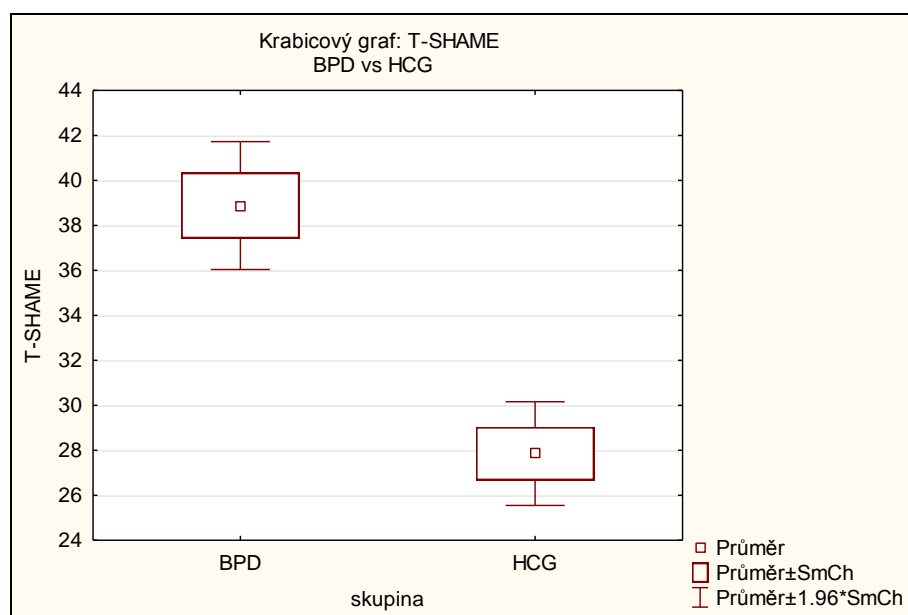
T-test: p-hodnota a číselné charakteristiky						
Skupina	M	SD	Me	Min.	Max.	p-hodnota
BPD	38,9	8,5	40,0	24,0	55,0	< 0,001 (Zamítáme H ₀)
HCG	27,9	8,6	28,0	11,0	49,0	

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

Na základě vypočtené p-hodnoty přijímáme alternativní hypotézu a zamítáme nulovou na hladině významnosti $\alpha=0,05$. Hodnoty hrubých skóre dosažených na škále tendence k prožívání studu v TOSCA-3S-CZ se vzájemně mezi kontrolní skupinou a skupinou jedinců s hraniční poruchou osobnosti liší o více jak jednu směrodatnou odchylku. Jedinci s hraniční poruchou dosáhli vyšších skóre na zmiňované škále a vykazali statisticky významně vyšší míru tendence k prožívání studu ve srovnání vůči jedincům z kontrolní skupiny rekrutované z neklinické populace, $t(86) = 5,88$, $p < 0,05$.

Hodnota Cohenova $d = 1,29$ naznačuje velkou věcnou významnost. Posuzovaná proměnná má větší hodnotu ve skupině jedinců s hraniční poruchou osobnosti a přibližně 90% těchto jedinců převyšuje průměrného člena z kontrolní skupiny.

Graf 2: Průměrné hodnoty škály tendence k prožívání studu u jedinců s hraniční poruchou osobnosti a kontrolního souboru



Legenda: BPD = jedinci s hraniční poruchou osobnosti; HCG = jedinci z kontrolní skupiny

8.1.3 Vyhýbavost a úzkostnost dle ECR-RS

Prvotní testovanou hypotézou týkající se problematiky citové vazby a hraniční poruchy osobnosti byla hypotéza *H3a*, jejíž definice je uvedena níže. V tabulce následující po zmiňované hypotéze jsou uvedeny vypočtené hodnoty. Je možné konstatovat, že t-test prokázal statisticky významný rozdíl v hodnotách hrubého skóru na celkové škále vyhýbavosti v dotazníku ECR-RS mezi hraničními jedinci a kontrolní skupinou.

Hypotéza H3a: Jedinci s hraniční poruchou osobnosti dosahují vyššího skóru na škále vyhýbavosti dle ECR-RS oproti kontrolní skupině.

Tabulka 11: Výsledek testování hypotézy *H3a*

T-test: p-hodnota a číselné charakteristiky						
Skupina	M	SD	Me	Min.	Max.	p-hodnota
BPD	3,7	1,1	3,5	1,2	6,2	< 0,001
HCG	2,9	0,7	2,8	1,3	5,0	(Zamítáme H_0)

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

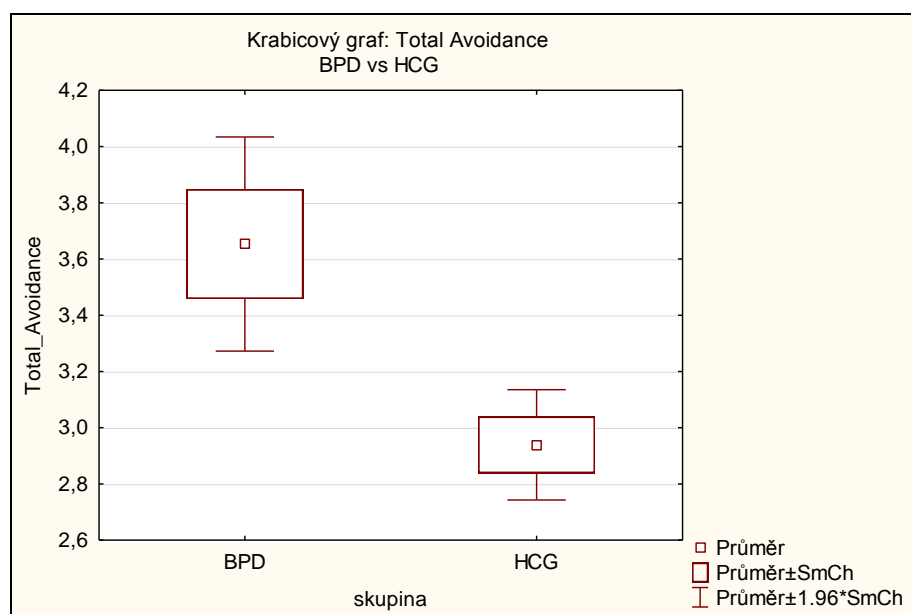
Výsledky ukázaly na to, že jedinci z kontrolní skupiny dosáhli nižších hodnot průměru a mediánu na škále vyhýbavosti v testu ECR-RS. Jedinci z této skupiny měli nižší míru vyhýbavosti vůči jedincům s hraniční poruchou osobnosti. Hodnoty hraničních jedinců vykázaly větší variabilitu, což lze dovodit z vyšší hodnoty směrodatné odchylky. Na základě testu přijímáme na hladině významnosti $\alpha=0,05$ alternativní hypotézu.

Na základě výsledků je možné konstatovat, že t-test prokázal statistickou významnost rozdílu mezi kontrolní skupinou a skupinou tvořenou jedinci s hraniční poruchou osobnosti na hladině významnosti $\alpha=0,05$. Jedinci s hraniční poruchou osobnosti dosahují statisticky signifikantně vyšší míry vyhýbavosti vůči vzorku z kontrolní skupiny, $t(86) = 3,59$; $p < 0,05$.

Následující graf zobrazuje hodnoty průměrů, směrodatnou odchylku a přibližný 95% interval spolehlivosti pro dosažené hodnoty na škále vyhýbavosti dle ECR-RS pro obě skupiny. Jedinci s hraniční poruchou dosáhly přibližně o jednu směrodatnou odchylku vyšších hodnot.

Hodnota Cohenova $d = 1,87$ naznačuje velkou věcnou významnost. Posuzovaná proměnná má větší hodnotu ve skupině jedinců s hraniční poruchou osobnosti a zhruba 95% těchto jedinců převažovalo průměrného člena z kontrolní skupiny.

Graf 3: Průměrné hodnoty škály vyhýbavosti u jedinců s hraniční poruchou osobnosti a kontrolního souboru



Legenda: BPD = jedinci s hraniční poruchou osobnosti; HCG = jedinci z kontrolní skupiny

Hypotézou formulovanou ohledně prožívání úzkostnosti byla *H3b* a její formulace je uvedena níže.

Hypotéza H3b: Jedinci s hraniční poruchou osobnosti dosahují vyššího skóru na škále úzkostnosti dle ECR-RS oproti kontrolní skupině.

Se zohledněním porušení normality této proměnné u celkové úzkostnosti u skupiny HCG byla hypotéza testována s využitím Mann-Whithneyova U-testu s hodnotou testového kritéria $U=472$ a $Z=3,82$. Hodnoty mediánu pro obě skupiny jsou uvedeny v tabulce. Dle pořadových charakteristik lze konstatovat, že jedinci s hraniční poruchou osobnosti dosáhli vyšších hodnot ve srovnání s kontrolní skupinou.

Posuzovaná proměnná nemá normální rozdělení a kritériem při posuzování byl parametr Théta, jehož vypočtená hodnota 0,26 naznačuje přibližnou střední věcnou významnost.

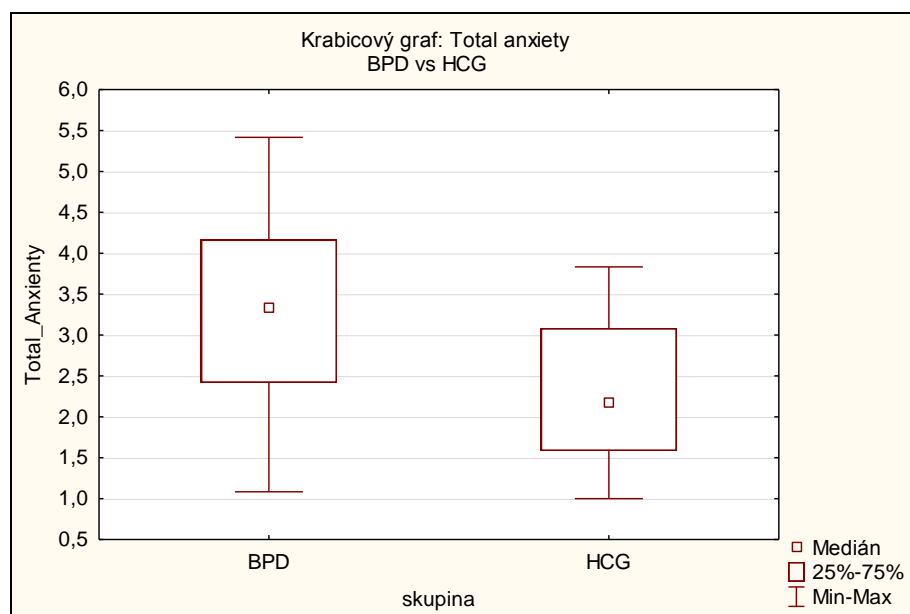
Tabulka 12: Výsledek testování hypotézy H3b

Mann-Whitney U-test: p-hodnota a číselné charakteristiky							
Skupina	Součet pořadí	Me	Q ₂₅	Q ₇₅	Min.	Max.	p-hodnota
BPD	1957	3,3	2,4	4,2	1,1	5,4	< 0,001 (Zamítáme H ₀)
HCG	1959	2,2	1,6	3,1	1,0	3,8	

Legenda: Me = medián; Q₂₅ = dolní kvartil; Q₇₅ = horní kvartil

Pro názornost je srovnání obou skupin uvedeno na grafu níže.

Graf 4: Průměrné hodnoty škály vyhýbavosti u jedinců s hraniční poruchou osobnosti a kontrolního souboru



Legenda: BPD = jedinci s hraniční poruchou osobnosti; HCG = jedinci z kontrolní skupiny

Dle p-hodnoty v Mann-Whitneyově U-testu $< 0,001$ zamítáme nulovou hypotézu. Jedinci s hraniční poruchou osobnosti dosahují statisticky významně vyšší míry úzkostnosti ve srovnání vůči kontrolní skupině tvořené dospělými osobami z neklinické populace.

8.2 Analýza vztahu mezi proměnnými

Předmětem analýzy bylo ověřit existenci významných vztahů mezi proměnnými *Úzkostnost* a *Vyhýbavost* s proměnnými *Soucit se sebou* a *Tendencí k prožívání studu*.

Byly vypočteny hodnoty korelačních koeficientů z hrubých skóre dotazníku SCS-CZ, škály tendence k prožívání studu dle TOSCA-3-CZ a hodnot dosažených na škále úzkostnosti a vyhýbavosti dle dotazníku ECR-RS. Hodnoty Pearsonových korelačních koeficientů (u proměnné *Úzkostnost* byl použit Spearmanův korelační koeficient) jsou uvedeny v následující tabulce. Existence závislosti mezi proměnnými byla testována zvlášť pro skupinu jedinců s hraniční poruchou osobnosti a vzorkem z kontrolní skupiny. Červeně jsou vyznačeny ty korelace, které vyšly jako statisticky významné na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

Nižší p-hodnoty jak 0,05 indikují existence závislosti mezi posuzovanými proměnnými. Kladná hodnota korelačního koeficientu ukazuje na přímou závislost a o nepřímou závislost se jedná v případě záporné hodnoty korelačního koeficientu. Interpretace výsledků je doplněna bodovými grafy s proloženou regresní přímkou.

Tabulka 13. Výsledky testování hypotézy H4a, H4b, H5a, H5b

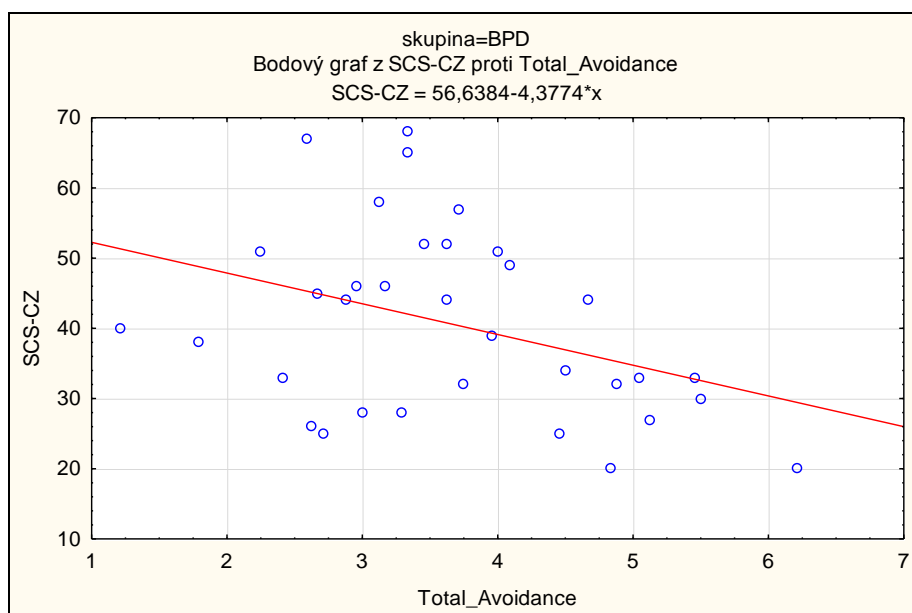
Hodnoty korelačního koeficientu					
Proměnná	Skupina	R(X,Y)	p-hodnota	N	Počet stupňů volnosti
Soucit se sebou a vztahová vyhýbavost	BPD	- 0,37	0,029	34	32
	HCG	0,10	0,487	64	62
Soucit se sebou a vztahová úzkostnost	BPD	- 0,42	0,013	34	32
	HCG	- 0,28*	0,039	64	-----
Tendence k prožívání studu a vztahová vyhýbavost	BPD	0,15	0,397	34	32
	HCG	0,26	0,053	64	62
Tendence k prožívání studu a vztahová úzkostnost	BPD	0,33	0,055	34	32
	HCG	0,08*	0,554	64	-----

* u takto označených R byl vzhledem k porušenému předpokladu normality rozložení hodnot úzkostnosti u HCG použit Spearmanův korelační koeficient. U ostatních položek je uvedena hodnota Pearsonova korelačního koeficientu

8.2.1 Interpretace výsledků analýzy vztahu mezi proměnnými

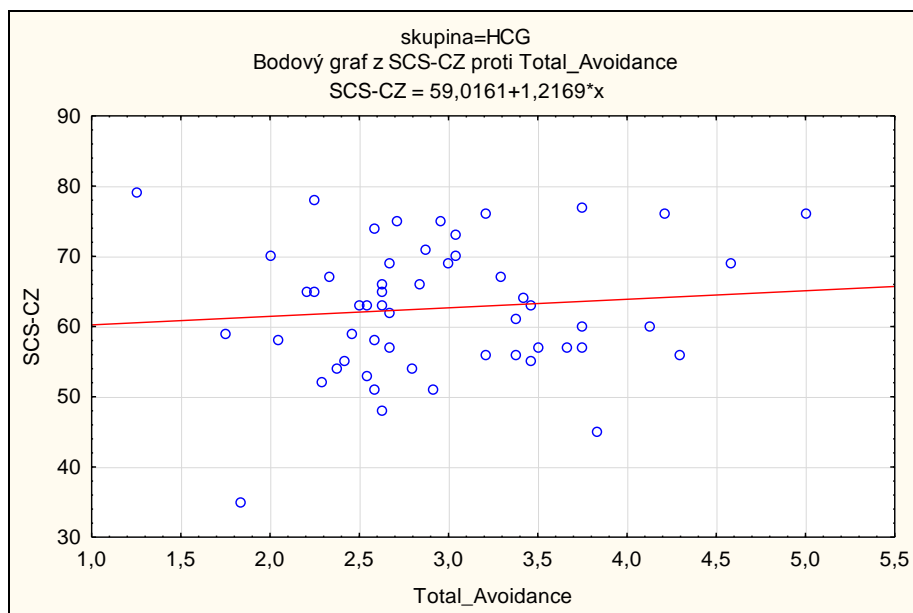
Hodnota korelačního koeficientu u závislosti soucitu se sebou a vyhýbavosti pro skupinu jedinců s hraniční poruchou osobnosti byla poměrně blízko 0,5 a byla záporná. Tzn. čím daný jedinec dosáhne nižšího skóru na škále soucitu se sebou, dosáhne vyššího hskóru na škále vyhýbavosti dle dotazníku ECR-RS. Mezi soucitem se sebou a dimenzí citové vazby vyhýbavosti pozorujeme u jedinců s hraniční poruchou osobnosti středně silný negativní vztah, $r(32) = -0,37$; $p = 0,029$.

Graf 5: Bodový graf hrubého skóru soucitu se sebou a škály vyhýbavosti u jedinců s hraniční poruchou osobnosti



U závislosti soucitu se sebou a vyhýbavosti vykázala data u jedinců z kontrolní skupiny mírně rostoucí tendenci. Dle p – hodnoty 0,487 nebyla na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ prokázána závislost mezi soucitem se sebou a dimenzí citové vazby vyhýbavosti. Mezi soucitem se sebou a dimenzí vztahové vazby vyhýbavosti nepozorujeme u dospělých jedinců z neklinické populace vztah, $r(62) = 0,10$; $p < 0,487$.

Graf 6: Bodový graf hrubého skóru soucitu se sebou a škály vyhýbavosti u jedinců z kontrolní skupiny

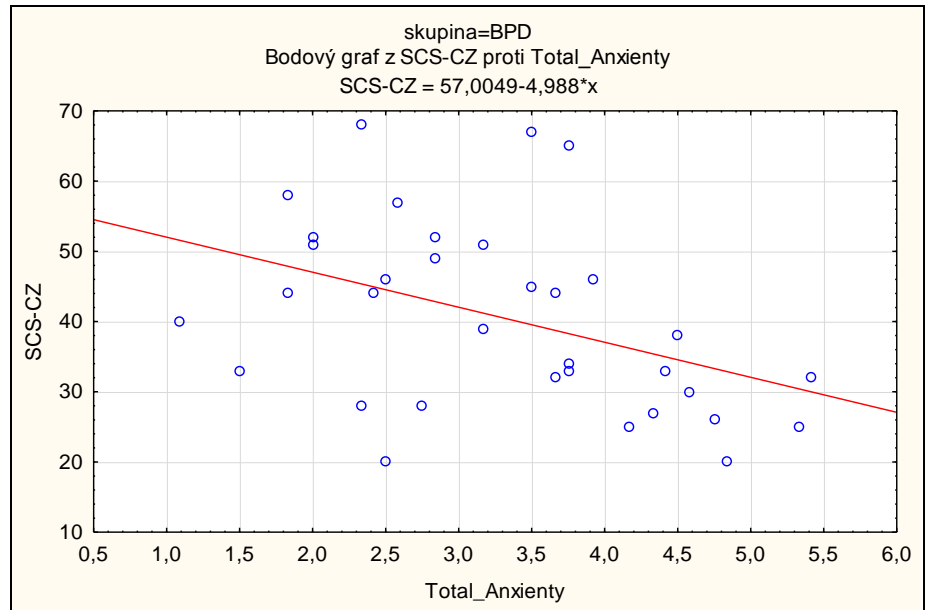


Na základě posouzení závislosti soucitu se sebou a dimenzí citové vazby úzkostnosti u jedinců s hraniční poruchou osobnosti ukázala data na to, že čím menšího hrubého skóru dosáhl jedinec u soucitu se sebou, tím dosáhl větší hodnoty na škále úzkostnosti dle ECR-RS. Hodnota korelačního koeficientu byla záporná, a byla blízko k hodnotě 0,5 a ukázala tak na středně silnou nepřímou závislost na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Mezi soucitem se sebou a dimenzí citové vazby úzkostnosti pozorujeme u jedinců s hraniční poruchou osobnosti středně silný vztah, $r(32) = -0,42$; $p = 0,013$.

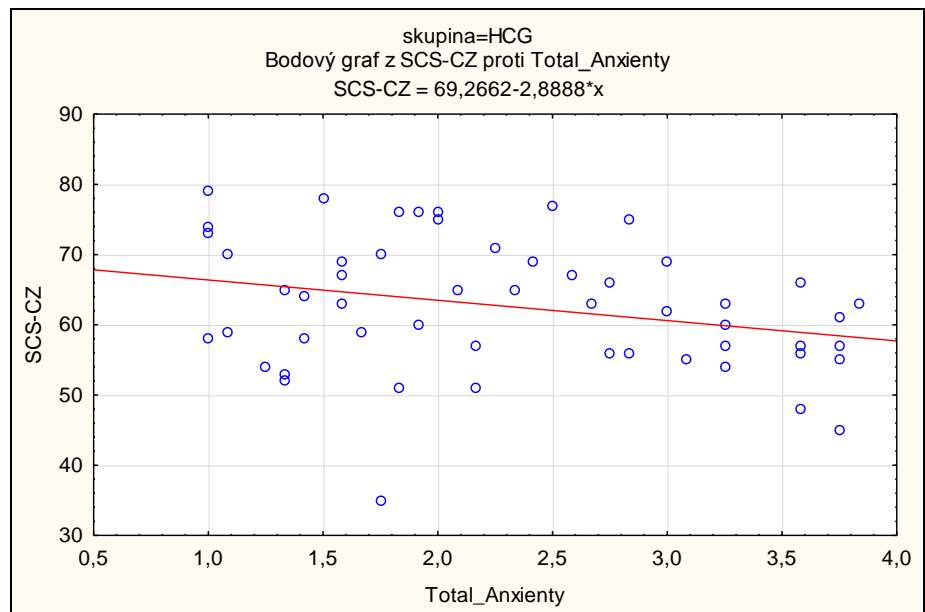
Posouzení závislosti soucitu se sebou a dimenzí citové vazby úzkostnosti u kontrolního vzorku tvořeného dospělými osobami z neklinické populace ukázal na hladině významnosti $\alpha = 0,05$, že jedinec, který skóroval výš na škále soucitu se sebou, dosáhl nižších hodnot na škále úzkostnosti. Záporná hodnota Spearmanova korelačního koeficientu poukázala na nepřímou slabou závislost. Mezi soucitem se sebou a dimenzí citové vazby úzkostnosti pozorujeme u dospělých jedinců z neklinické populace slabý negativní vztah; $r_p(n = 64) = -0,28$; $p = 0,039$.

Na následujících grafech jsou uvedeny hodnoty hrubého skóru na škále soucitu se sebou dle SCS-20 a dimenzí citové vazby úzkostností dle ECR-RS pro obě skupiny.

Graf 7: Bodový graf hrubého skóru soucitu se sebou a škály úzkostnosti u jedinců s hraniční poruchou osobnosti



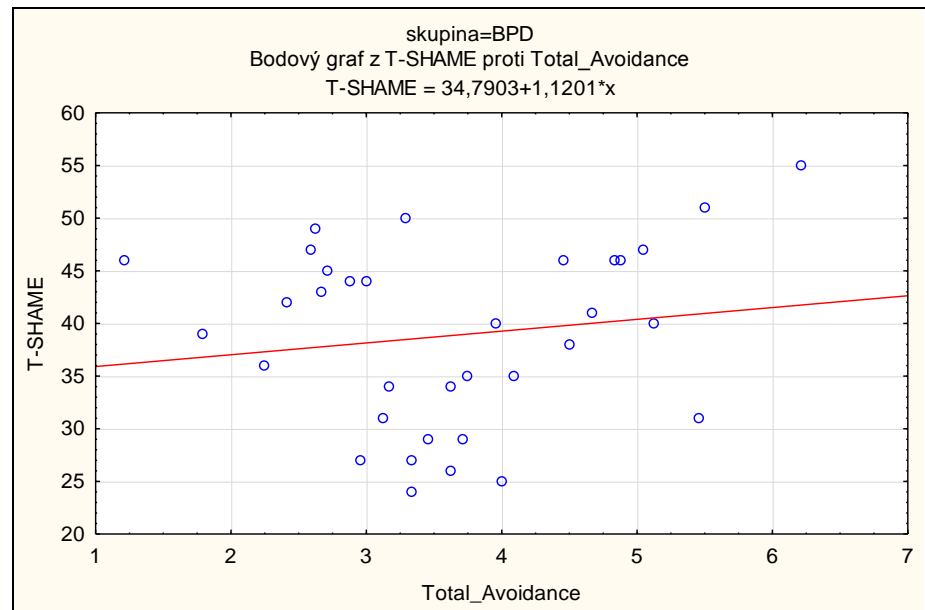
Graf 8: Bodový graf hrubého skóru soucitu se sebou a škály úzkostnosti u jedinců z kontrolní skupiny



Další korelace nevyšly na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ jako statisticky významné alespoň u jedné ze zkoumaných skupin. V souladu s pořadím formulovaných výzkumných otázek a definovaných hypotéz byla nejdříve posuzovaná souvislost mezi dimenzí citové vazby vyhýbavostí a tendencí k prožívání studu. U skupiny jedinců s hraniční poruchou

osobnosti ukázala hodnota korelačního koeficientu na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ zanedbatelnou závislost. Mezi tendencí k prožívání studu a dimenzí citové vazby vyhýbavosti nepozorujeme u jedinců s hraniční poruchou osobnosti vztah, $r(32) = 0,15$; $p = 0,397$.

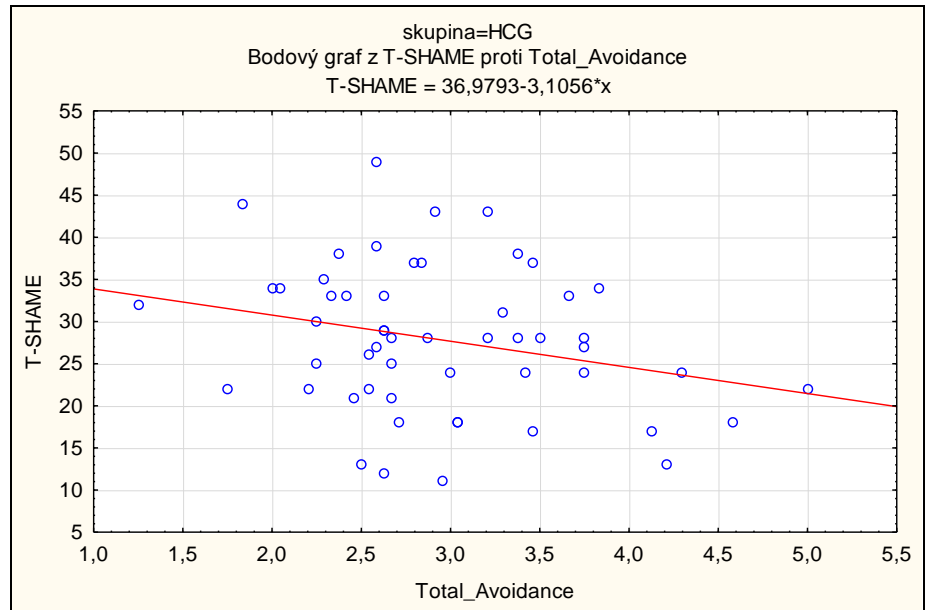
Graf 9: Bodový graf hrubého skóru na škále tendence k prožívání studu a škály vyhýbavosti u jedinců s hraniční poruchou osobnosti



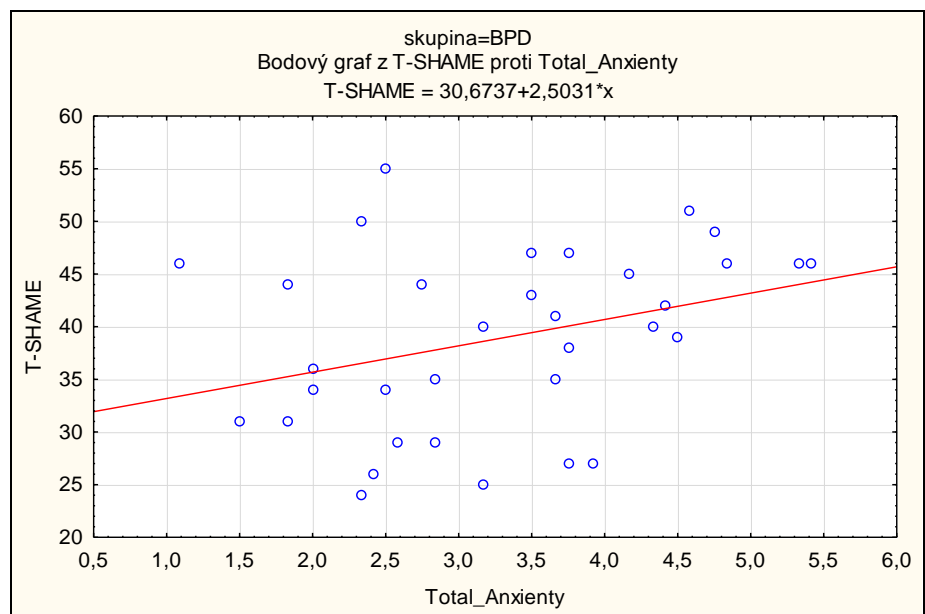
Právě tak nepozorujeme vztah mezi tendencí k prožívání studu a dimenzí citové vazby vyhýbavosti u jedinců z neklinické populace, $r(62) = -0,26$; $p = 0,053$. Hodnota korelačního koeficientu nebyla blízká nule a data u této skupiny vykazaly mírně klesající tendenci a lze zmínit, že naznačovaly existence nepřímé závislosti. Bodový graf posuzované souvislosti těchto proměnných má číslo 10.

Dále byla předmětem posuzování souvislost mezi škálou citové vazby úzkostnosti a tendencí k prožívání studu a to jednak u skupiny jedinců s hraniční poruchou osobnosti a také u kontrolní skupiny. U souvislosti mezi tendencí k prožívání studu a škálou úzkostnosti u hraničních jedinců vykazala data mírně rostoucí tendenci. Na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ u jedinců s hraniční poruchou osobnosti nepozorujeme vztah mezi tendencí k prožívání studu a škálou úzkostnosti $r(32) = 0,33$; $p = 0,055$. Přesto hodnota Pearsonova korelačního koeficientů nebyla blízká nule a mohla existenci závislosti naznačovat. Bodový graf posuzované souvislosti těchto proměnných má číslo 11.

Graf 10: Bodový graf hrubého skóru na škále tendence k prožívání studu a škály vyhýbavosti u jedinců z kontrolní skupiny



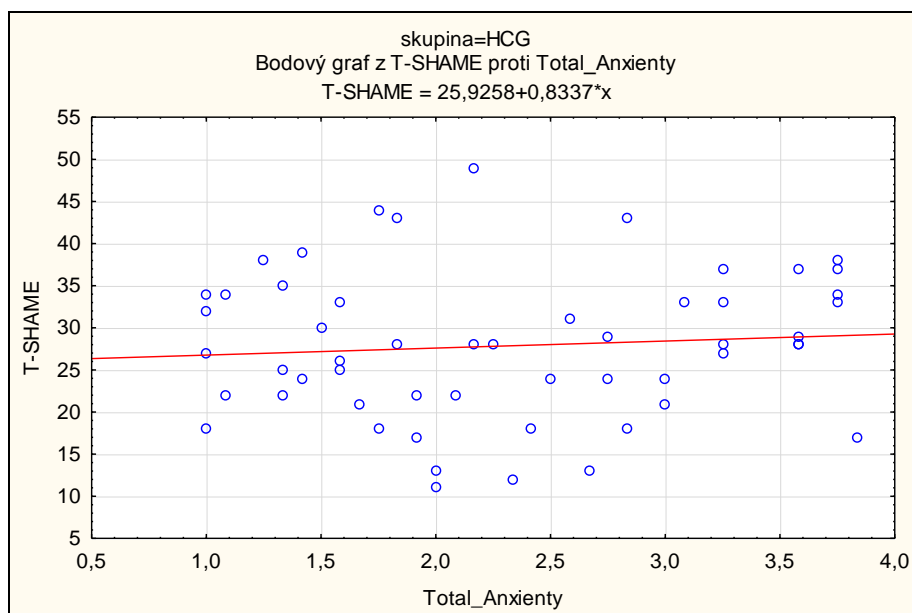
Graf 11: Bodový graf hrubého skóru na škále tendence k prožívání studu a škály vyhýbavosti u jedinců z kontrolní skupiny



S ohledem na zamítnutí předpokladu normálního rozdělení dat u proměnné úzkostnost bylo pro ověření souvislosti využito Spearmanova korelačního koeficientu na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Jeho vypočtená hodnota je blízká nule. Mezi tendencí

k prožívání studu a škálou citové vazby úzkostnosti nepozorujeme u jedinců z kontrolní skupiny vztah, $r_p(n=64) = 0,08$; $p = 0,554$.

Graf 12: Bodový graf hrubého skóru na škále tendence k prožívání studu a škály úzkostnosti u jedinců z kontrolní skupiny



8.3 Vedlejší zjištění: Vina

Přestože původní formulace výzkumných cílů nebyla zaměřena na problematiku viny u hraničních jedinců, byla získaná data ze subškály tendence k prožívání viny následně analyzována. Zmiňována škála tvoří součást nástroje TOSCA-3S-CZ. I v případě této proměnné byl v prvním kroku ověřen předpoklad normálního rozložení s využitím Shapir-Wilkova testu. Na základě jeho výsledku byl předpoklad normálního rozložení zamítnut.

Tabulka 14: Ověření normality proměnných

Výsledky Shapiro – Wilkova testu pro proměnnou				
Proměnná	Skupina	N	W	P
Tendence k prožívání viny (T-GUILT)	BPD	34	0,934	0,040
Tendence k prožívání viny (T-GUILT)	HCG	64	0,944	0,014

Legenda: N = velikost souboru; W = testovací kritérium; p = p – hodnota

Předpoklad homogenity rozptylů byl ověřen Levenovým testem a na základě jeho výsledku byl přijat a pro testování rozdílů v tendenci k prožívání viny u jedinců s hraniční poruchou osobnosti a kontrolní skupinou bylo využito Mann-Whitneyova U-testu. Hodnota testového kritéria byla $U=868,50$ a $Z=0,42$.

Posuzovaná proměnná *Tendence k prožívání viny* neměla normální rozdělení a kritériem při posuzování byl parametr Théta, jehož vypočtená hodnota 0,26 naznačuje přibližnou střední věcnou významnost.

Tabulka 15: Výsledek testování tendence k prožívání viny

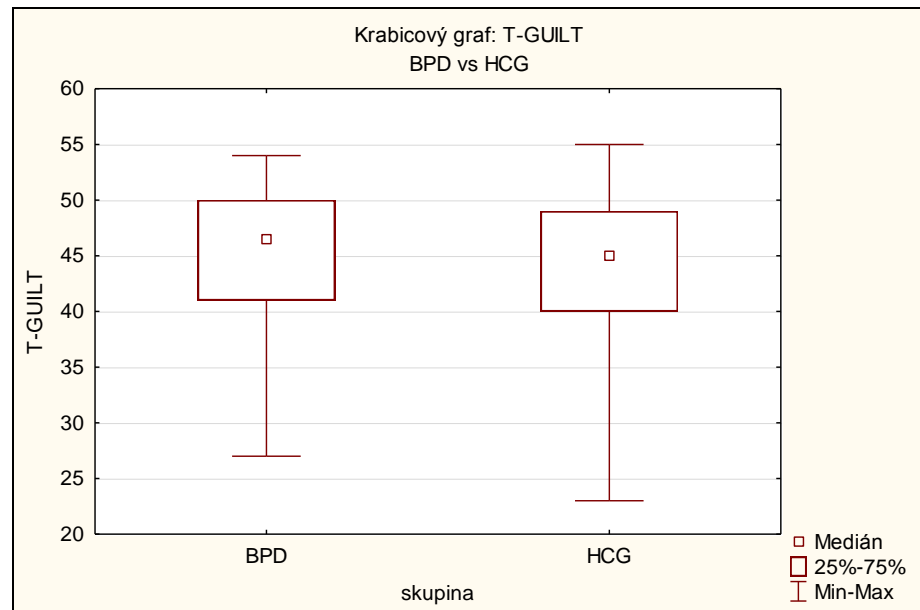
Mann-Whitney U-test: p-hodnota a číselné charakteristiky							
Skupina	Součet pořadí	Me	Q ₂₅	Q ₇₅	Min.	Max.	p-hodnota
HCG	2353,50	45	40	49	23	54	0,673
BPD	1562,50	46,5	41	50	27	55	(Přijímáme H ₀)

Legenda: Me = medián; Q₂₅ = dolní kvartil; Q₇₅ = horní kvartil

Na základě výsledků nebyl pozorován statistický významný rozdíl v hodnotách hrubých skóre dosažených na škále tendence k prožívání viny dle TOSCA-3S-CZ mezi skupinou jedinců s hraniční poruchou osobnosti a kontrolní skupinou z neklinické populace.

Tangney et al. (2009) uvádějí, že tendenci k prožívání viny a tendenci k prožívání studu nelze vnímat jako opačné póly jedné škály, ale spíše jako dvě unipolární dimenze. Ačkoliv projevy studu a viny nejsou totožné, tendence k prožívání viny a studu se často vyskytují společně (korelace v testu TOSCA-3 mezi těmito škálami byla 0,42). Autoři dále zmiňují, že významné jsou pouze vyšší skóre na obou škálách, nízké skóre nejsou příliš informačně přínosné a neimplikují patologický nedostatek studu a viny.

Graf 13: Průměrné hodnoty škály tendence k prožívání viny u jedinců s hraniční poruchou osobnosti a kontrolního souboru



Legenda: BPD = jedinci s hraniční poruchou osobnosti; HCG = jedinci z kontrolní skupiny

Zajímavost uvedeného zjištění podtrhuje výsledek mezi skupinou BPD a HCG u prožívání studu, kde zjištěné rozdíly byly statisticky významné.

9 Diskuze

Teoretická část práce je věnována problematice tendence k prožívání studu, soucitu se sebou a citové vazby. Cíleně se snažíme propojit zmiňované oblasti s tématem hraniční poruchy osobnosti. Pro tuto poruchu osobnosti je charakteristická přítomnost emoční dysregulace, interpersonální nestabilita s hostilními projevy a přítomnost sebepoškození a suicidálních tendencí. Počet osob s hraniční poruchou osobnosti v posledních narostl (Grambal et al., 2017). Pro tuto poruchu osobnosti je charakteristická přítomnost emoční dysregulace, interpersonální nestabilita s hostilními projevy a přítomnost sebepoškození a suicidálních tendencí. My jsme se v této práci věnovali 3 faktorům, které zřejmě stojí v pozadí mnohých symptomů této poruchy, a totiž tendenci k prožívání studu, soucitu se sebou a úzkostnosti a vyhýbavosti v citové vazbě.

Pro získání dat od skupiny jedinců s hraniční poruchou osobnosti ($N = 34$) a dospělých osob z neklinické populace ($N = 64$) bylo použito dotazníkových metod. Obě skupiny byly vzájemně srovnávány na základě dosažených skóre na Škále soucitu se sebou (SCS-CZ), subškále Tendence k prožívání studu (TOSCA-3-CZ) a hodnot v dimenzích vztahové vazby dle ECR-RS – vztahové vyhýbavosti a úzkostnosti. Získané výsledky byly také posouzeny z hlediska věcné významnosti s využitím parametru Cohena d , případně parametru Θ .

Z hlediska výzkumných zjištění byla prokázána nižší míra soucitu se sebou u jedinců s hraniční poruchou osobnosti ve srovnání s jedinci z neklinické populace. U hraničních jedinců byla průměrná hodnota míry soucitu se sebou 40,6 ($SD = 13,3$) a u kontrolní skupiny 62,6 ($SD = 9,3$). Hodnota Cohena $d = -1,92$ naznačuje velkou věcnou významnost.

Význam zmiňovaného zjištění spatřujeme zejména v roli soucitu se sebou pro emoční regulaci, která je jednou z problémových oblastí u této poruchy osobnosti. Tento náhled je v souladu s tím, co zmiňuje v rámci svého výzkumu také Warren (2015), který uvádí rozvoj soucitu se sebou jako potenciální strategii pro optimalizaci emoční regulace. Současně ale doplňuje, že optimalizace emoční regulace je důležitá pro tvorbu terapeutické aliance. Význam soucitu se sebou jako prediktoru přítomnosti hraniční symptomatologie uvádějí také Winter, Bohus a Lis (2017).

Další výzkumný cíl byl zaměřen na tendenci k prožívání studu u jedinců s hraniční poruchou osobnosti ve srovnání s kontrolní skupinou. U hraničních jedinců byla zjištěna průměrná tendence k prožívání studu 38,9 (SD = 8,5) a u kontrolní skupiny 27,9 (SD = 8,6) a parametr Cohenova $d = 1,29$ ukazuje na velkou věcnou významnost i u tohoto zjištění.

Výsledky výzkumu, který u skupiny adolescentních dívek s hraniční poruchou osobnosti realizoval Scott et al. (2015), potvrdily vyšší míru tendence k prožívání studu u skupiny adolescentních dívek s hraniční poruchou osobnosti. Autoři výzkumu tendenci k prožívání studu zmiňují jako klíčový klinický faktor při obtížích souvisejících se zvládnutím hostilných projevů u hraniční poruchy osobnosti a potížemi v emoční regulaci (Scott et al., 2015). Tento poznatek je v souladu se závěry výzkumu autorů Bendy, Faltové a Dvorské (2017), kteří na vzorku ($N = 440$) doložili, že stud je statisticky významný prediktor potíží v regulaci emocí.

Výzkumné zjištění, že jedinci s hraniční poruchou osobnosti vykazují větší míru tendence k prožívání studu, interpretují některé výzkumy také tak, že se jedná o součást tzv. „narušeného sebevědomí“. Toto narušení souvisí s charakteristickými rysy hraniční patologie, kterými u této poruchy jsou přítomnost depresivních epizod a suicidálních tendencí (Schoenleber et al., 2016).

Přítomnost suicidálních tendencí je u hraniční poruchy jedním z rizikových faktorů terapie, který má potenciál vyvíjet na terapeuta tlak. Což může také v praxi některé terapeuty odrazovat od kontaktu s hraničními jedinci nebo na ně vyvíjet nepřiměřený tlak a iniciovat terapeutovo emoční přetížení. Také na základě zmíněného faktu, vycházejícího z klinické praxe, usuzujeme na praktický přínos v rozvoji poznatků zaměřených na tendence prožívání studu v kontextu poruch osobnosti.

Výsledky srovnání skupiny jedinců s hraniční poruchou osobnosti s kontrolní skupinou ukázaly na statisticky významnou nižší míru soucitu se sebou a vyšší hodnoty na subškále tendence k prožívání studu. Je pozoruhodné, že k podobným výsledkům dospěli nedávno také Benda, Kadlečík a Loskotová (v tisku), kteří ovšem srovnávali kontrolní skupinu zdravých dospělých osob ($N = 180$) se skupinami pacientů s úzkostnými poruchami ($N = 58$) a s depresivními poruchami ($N = 57$). U úzkostných pacientů zjistili tyto autoři průměrnou míru soucitu se sebou 47,52 (SD = 11,50) a průměrnou míru tendence k prožívání studu 36,52 (SD = 8,90), u depresivních pacientů pak průměrnou míru soucitu se sebou 48,37 (SD = 8,45) a průměrnou míru tendence k prožívání studu 34,25 (SD = 7,04).

Také v této studii tedy obě klinické skupiny skórovali na škále soucitu se sebou statisticky významně níže a na subškále tendence k prožívání studu statisticky významně výše než zdravé kontroly. Benda, Kadlečík a Loskotová (v tisku) se přitom domnívají, že nedostatek soucitu k sobě samému a s tím související zvýšená tendence k prožívání studu jsou možná významnými transdiagnostickými faktory, jež stojí v pozadí mnohých psychopatologických symptomů u celé řady duševních poruch. Přestože jejich teorie si jistě vyžádá ještě mnohá další ověření, můžeme konstatovat, že naše výsledky ukázaly podobný rozdíl ve sledovaných proměnných mezi zdravými subjekty a subjekty s hraniční poruchou osobnosti. Podporují tedy tento teoretický koncept.

V souladu s teorií citové vazby, jsou rané vztahové zážitky jedince utvořené v interakci se vztahovou osobou v průběhu jeho dětství internalizovanou reprezentací vztahů, která se dále projevuje v jeho dospělosti v utváření intimních vztahů. Se zohledněním poznatku, že nestabilita v interpersonálních vztazích je součástí charakteristiky u hraniční poruchy, byla třetí výzkumná otázka směřována právě na problematiku citové vazby. V rámci jejího řešení byla porovnávána u obou skupin hodnota skóru dosažených na škálách úzkostnosti a vyhybavosti. Výsledky potvrdily předpoklad vyšších skóru na obou škálách u skupiny jedinců s hraniční poruchou osobnosti. Agrawal et al. (2004) uvádí dle svého zjištění na přítomnost bázlivého typu citové vazby. Tento poznatek je ve shodě s našimi výsledky. Význam bezpečného typu citové vazby vyplývá i z tvrzení Cooper, Shaver a Collins (1998), kteří ukazují na přítomnost bezpečného typu citové vazby a způsobilosti emoční regulace.

Vnímáme toto téma jako důležitou součást problematiky hraniční poruchy osobnosti, protože nepřítomnost bezpečné citové vazby je indicií k náchylnosti rozvoje hraniční poruchy u jedince. Pro praktické ukotvení tohoto náhledu uvádíme, že se domníváme, že závažnost nepřítomnosti bezpečné citové vazby spočívá v její roli jako předobrazu budoucích vztahů hraničního jedince.

Je nutno uvést, že je možnost korekce deficitů v primární citové vazbě vlivem terapeutického efektu. Tato možnost ale předpokládá vznik a rozvoj terapeutické aliance s hraničním jedincem. Naplnění tohoto předpokladu není jednoduché.

Po porovnání hodnot na subškálách v dotazníku ECR-RS byla dalším navazujícím krokem analýza vztahu mezi hodnotami skóru na škále soucitu se sebou, tendencí s prožíváním studu a dimenzemi vztahové vazby – úzkostnosti a vyhybavosti. Zajímavé zjištění bylo u skupiny jedinců s hraniční poruchou osobnosti. Byl pozorován mezi soucitem se sebou a dimenzí citové vazby vyhybavostí středně silný negativní vztah, $r(32)$

= -0,37; $p = 0,029$. Výsledky ukazují, že lidé s hraniční poruchou s nižší mírou soucitu se sebou skórují výše na škále vyhýbavosti. U kontrolní skupiny, tvořené dospělými jedinci z neklinické populace, byla pozorována souvislost mezi soucitem se sebou a dimenzí citové vazby úzkostnosti. Hodnota korelačního koeficientu ukazovala na slabý negativní vztah; $r_p(n = 64) = -0,28$; $p = 0,039$.

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

Zajímavým zjištěním byl výsledek tendence k prožívání viny mezi skupinou jedinců s hraniční poruchou osobnosti a neklinickou populací. Na základě posouzení dat nebyl pozorován statistický významný rozdíl v hodnotách hrubých skóre dosažených u obou skupin. Vidíme to tak, že i toto zjištění podporuje náš náhled na významnou roli soucitu se sebou u hraniční poruchy osobnosti.

Domníváme se, že naše zjištění zdůrazňují význam raných zkušeností s citovou vazbou a ukazuje se nutnost se touto oblastí zabývat v kontextu soucitu se sebou a tendencí k prožívání studu. Toto je podle nás důležité zejména při práci s pacienty s poruchou osobnosti. Toto naše tvrzení podporuje například výzkum Basharpour, Daneshvar a Noori (2016), který poukazuje na souvislost soucitu se sebou s vyšší frekvencí výskytu suicidálních tendencí u pacientů s depresivními příznaky. Také jedinci s vyšší mírou soucitu se sebou vykazovali menší míru obav z opuštění nebo odmítnutí v blízkých vztazích. Uveďme, že jsou to právě obavy z opuštění, které zastávají významné místo u hraniční poruchy osobnosti. Opuštění je mnohdy iniciátorem suicidálních tendencí u hraničního jedince. Poznatky také ukazují, že riziko suicidálního nebo sebepoškozovacího aktu jsou u této poruchy výrazné.

Máme za to, že odmítnutí vyvolává u hraničního jedince devalvační pocity. Jejich destrukční potenciál souvisí s patogenetickou zkušeností v jeho minulosti s odmítnutím v rámci citové vazby, ke kterému došlo mezi jím a vztahovou osobou. Odmítnutí směřovalo na jeho samotného nebo na nepřijetí jeho emocionálních projevů v raném dětství. Jedinec si internalizoval model sebe sama jako někoho, kdo nemá hodnotu a není

akceptovaným v okamžiku náročných emočních projevů. Součástí takto internalizovaného a utvořeného modelu je nevyvinutí schopnosti soucitu se sebou.

Myslíme si, že raná zkušenost s bezpečnou citovou vazbou v kritické fázi vývoje vytváří potenciál pro rozvoj soucitu se sebou a ovlivňuje tvorbu kompenzačních strategií pro okamžiky selhání jedince. V případě, že jsou tyto kompenzační strategie vhodně utvořeny, selhání pak v pozdějších fázích života nesměřuje na jedincovu podstatu a jeho sebehodnotu v podobě prožívaného studu, ale je zaměřeno na konkrétní čin.

Předpokládáme, že raná zkušenost ovlivňuje tendenci míry prožívaného soucitu se sebou a tímto si vysvětlujeme odlišnost v tendenci prožívání soucitu se sebou u jedinců s hraniční poruchou osobnosti a neklinickou populací a také to, proč u tendence k prožívání viny tato odlišnost mezi oběma skupinami nebyla tak významná. Stud směřuje na sebehodnotu jedince, směřuje „k jedinci“, vina směřuje na konkrétní situaci nebo čin, směřuje „od jedince“.

Tato explikace a výsledky nás vedou k tomu náhledu, že soucit se sebou a tendence k prožívání studu mají potenciál pro terapeutickou aplikaci v podobě korektivní zkušenosti internalizovaného raného modelu. Bude ale nutné uvedené poznatky dále rozšířit navazujícím výzkumem. Ten může být například realizován smíšeným designem a zahrnovat také výsledky kvalitativních metod, porovnávající zjištění s výsledky získanými na základě analýzy výstupů z testové baterie.

9.1 Limity studie

Základním limitou byl nepravděpodobnostní výběr u obou skupin. Dále byl u obou skupin relativně malý vzorek. Výpočet velikosti potřebného vzorku výzkumu s využitím tzv. síly testu nebyl součástí jeho realizace. V tomto směru jsme se zaměřili spíše na parametr věcné významnosti, který ukázal velkou věcnou významnost (*effect size*) při porovnání obou skupin v tendenci prožívání soucitu se sebou a studu. Další limitou byla přítomnost komorbidit u jedinců s hraniční poruchou osobnosti. Její vliv nebyl zohledněn v rámci výzkumu vůbec. Taktéž jedinci ze skupiny s hraniční poruchou osobnosti byly osločovány k účasti ve výzkumu a vyplnění dotazníkové baterie v různých fázích terapie. Se zohledněním již tak vysoké zatíženosti odborného personálu při sběru dat, nebyl tento parametr brán v potaz a taktéž se nám jednalo v první řadě o zohlednění terapeutických

potřeb pacientů a přizpůsobení se časovému harmonogramu terapie na odborném pracovišti ve Fakultní nemocnici Olomouc.

10 Závěr

Výsledky analýzy dat získaných na základě administrace Dotazníku struktury vztahů (ECR-RS), Škály soucitu se sebou (SCS-CZ) a Testu sebevztahných emocí (TOSCA-3S-CZ) ukázaly na odlišnosti mezi dospělými osobami z neklinické populace a jedinci s hraniční poruchou osobnosti. S ohledem na získané údaje můžeme u jedinců s hraniční poruchou osobnosti konstatovat přítomnost:

- vyšší míry vyhýbavosti ve vztazích
- vyšší míry úzkostnosti ve vztazích
- vyšší míry tendence k prožívání studu
- nižší míry soucitu se sebou
- přítomnost středně silné negativní korelace mezi soucitem se sebou a dimenzemi citové vazby vyhýbavostí a úzkostností
- středně silné pozitivní korelace mezi tendencí k prožívání studu a vztahovou úzkostností

11 Souhrn

Ústředním tématem práce je problematika hraniční poruchy osobnosti, u které se zabýváme citovou vazbou v dospělosti, soucitem se sebou a tendencí k prožívání studu.

První kapitola v teoretické práci je zaměřena na popis diagnostických kritérií hraniční poruchy osobnosti a její typické projevy. Dále jsou její součástí údaje o prevalenci této poruchy osobnosti, komorbiditě a epidemiologii. Specificky vymezenou částí první kapitoly jsou podkapitoly věnující se sebepoškozování jako symptomatologickému kritériu.

Na to je navázána druhá kapitola, zaměřená na přítomnost afektivní dysregulace v interpersonálním vztahu. Součástí této kapitoly jsou rámcově zmíněny symptomy chronické prázdnoty u hraniční poruchy osobnosti. Důležitou oblastí u hraniční poruchy osobnosti je nestabilita v mezilidských vztazích. Součástí teoretické části je taktéž kapitola, ve které je zmíněn formativní vliv citové vazby na vztahy v dospělosti.

Pojednání o problematice terapeutického vztahu s hraničním jedincem je uvedeno v teoretické části. Zmiňovaná kapitola se věnuje tomuto tématu z náhledu utváření terapeutické aliance a nárokům přítomným v terapii hraničního jedince. Jako příklad náročných aspektů je zmíněno NSSI.

Druhá kapitola teoretické části se tematicky zaměřuje na koncepci citové vazby a význam interpretačního potenciálu formativního vlivu na prožívání a chování jedince. V této části je zmíněna role vrozených faktorů u hraniční poruchy osobnosti a dále význam přítomnosti patologických mechanismů v rodině. Jako součást kapitoly je také uveden Bowlbyho poznatek o dlouhodobých účincích citové vazby.

Další navazující kapitola o attachmentu se věnuje vymezení tohoto pojmu tak, jak je používán v rámci práce, tedy jako označení pro citovou vazbu. Ta je jedinečným poutem mezi dítětem a pečující osobou. Dále jsou uvedeny vnitřní pracovní modely, které jsou součástí konceptu citové vazby. Jedná se o internalizované modely zahrnující postupy usměrnění afektivních projevů v prožívání jedince.

Teoretické zpracování tématu zahrnuje dvoudimenzionální model citové vazby, který je základem metody Dotazníku struktury vztahů (ECR-RS). Tento model je tvořen dvěma dimenzemi citové vazby a to úzkostností a vyhýbavostí.

Posledním tématem teoretické části je stud a soucit se sebou v kontextu hraniční poruchy osobnosti. Uveden je jejich specifický význam společně s vinou a strachem z odmítnutí. Stud se sebou samým je slibnou strategií emoční regulace a je spojován také s menší mírou úzkostnosti a deprese.

Problematika sebekritičnosti, pocitu nedostatečné hodnoty hraničního jedince a role nestabilního sebeobrazu jsou tématem pro závěrečné kapitoly teoretické části. Ta je uzavřena kapitolou pojednávající o psychosociálních vlivech rodinného prostředí na rozvoj dispozic k hraniční poruše osobnosti.

Začátek empirické části je věnován vymezení výzkumného rámce, výzkumných cílů a hypotéz. Ústředním bodem je porovnávání soucitu se sebou, tendence k prožívání studu a dimenzí citové vazby mezi jedinci s hraniční poruchou osobnosti a vzorkem zdravých dospělých. Podmětem k realizaci výzkumu byly poznatky uvedené ve výzkumu u skupiny adolescentních dívek s hraniční poruchou osobnosti, který identifikoval výrazné odlišnosti v prožívání soucitu se sebou. V České republice realizovaly výzkum na soucit se sebou Benda, Kadlečík a Loskotová, kteří jej realizovali se skupinami pacientů s úzkostnými a s depresivními poruchami.

Aplikovanými metodami v realizovaném výzkumu jsou Dotazník struktury vztahů (ECR-RS), Škála soucitu se sebou (SCS-CZ) a Test sebevztahných emocí (TOSCA-3S-CZ).

Sběr dat byl realizován ve spolupráci s Fakultní nemocnicí Olomouc. Byli osloveni jedinci s diagnózou označovanou dle MKN-10 jako F60.31, hraniční porucha osobnosti. Tato skupina tvořila 34 osob. Kontrolní skupinu tvořili dospělí jedinci, kteří se zapojili do výzkumu na základě on-line výzvy (N = 54).

K potvrzení rozdílů mezi oběma skupinami byla provedena vícerozměrná analýza rozptylu (MANOVA). Porovnávaly se rozdíly v proměnných *Soucit se sebou*, *Stud*, *Vyhýbavost* a *Úzkostnost*. Výsledek pro skupiny BPD a HCG vyšel statisticky významný, $F(4,83) = 21,546$ ($p < 0,001$). Následné t-testy s Benferroniho korekcí pro mnohonásobná porovnávání vedly k ověření statistické významnosti mezi skupinami. Věcná významnost (*effect size*) byla posouzena na základě hodnoty Cronbachova d u všech proměnných, kromě proměnné *Úzkostnost*. Zde byla věcná významnost posouzena na základě

parametru θ . Důvodem bylo zamítnutí předpokladu normálního rozdělení u této proměnné. Dále byly vypočteny korelační koeficienty pro posouzení statistické významnosti vzájemné souvislosti mezi proměnnými. Výsledek srovnání obou skupin byl doplněn o hodnoty tendence k prožívání viny.

U jedinců s hraniční poruchou osobnosti v porovnání s kontrolní skupinou byla pozorována vyšší míra vyhýbavosti ve vztazích, vyšší míra úzkostnosti ve vztazích, vyšší míra tendence k prožívání studu, nižší míra soucitu se sebou, přítomnost středně silné negativní korelace mezi soucitem se sebou a dimenzemi citové vazby vyhýbavostí a úzkostností a středně silné pozitivní korelace mezi tendencí k prožívání studu a vztahovou úzkostností. U tendence k prožívání viny nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly mezi jedinci s hraniční poruchou osobnosti a kontrolní skupinou.

Limitami realizovaného výzkumu jsou zejména nepravděpodobnostní výběr vzorků a velikost vzorku u obou skupin. Další limitou byla přítomnost komorbidit u jedinců s hraniční poruchou osobnosti. Její vliv nebyl zohledněn v rámci výzkumu a také jedinci ze skupiny s hraniční poruchou osobnosti byly oslovováni k účasti ve výzkumu a vyplnění dotazníkové baterie v různých fázích terapie.

Možnou interpretaci zjištěných poznatků je, že raná zkušenost s bezpečnou citovou vazbou v kritické fázi vývoje vytváří potenciál pro rozvoj soucitu se sebou, tedy ovlivňuje tendenci míry prožívaného soucitu se sebou. Současně tato raná zkušenost neovlivňuje tendenci k prožívání viny a proto odlišnost mezi oběma skupinami nebyla významná.

Případný přínos uvedených zjištění spočívá zejména v teoretické aplikovatelnosti do oblasti terapie. Nedostatek soucitu k sobě samému a zvýšená tendence k prožívání studu jsou možnými faktory psychopatologických symptomů přítomných u hraniční poruchy osobnosti.

Literatura

- 1) Agrawal, H. R., Gunderson, J., Holmes, B. M., & Lyons-Ruth, K. (2004). Attachment studies with borderline patients: A review. *Harvard Review of Psychiatry*, *12*, 94–104. DOI: 10.1080/10673220490447218
- 2) American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- 3) Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*, 226–244. Získáno 12. ledna 2018 z PubMed database.
- 4) Basharpour, S., Daneshvar, S., & Noori, H. (2016). The Relation of Self-Compassion and Anger Control Dimensions With Suicide Ideation in University Students. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*, *5*, 1- 6. DOI: 10.5812/ijhrba.26165.
- 5) Benda, J., & Reichová, A. (2016). Psychometrické charakteristiky české verze Self-Compassion Scale (SCS-CZ). *Československá psychologie*, *60*(2), 120–136. Získáno 5. ledna 2018 z Academic Search Ultimate database.
- 6) Benda, J.; Faltová, Š.; & Dvorská, E. (2017). Emoční vřelost rodičů, soucit se sebou a některé typické transdiagnostické symptomy. (Prezentace). 24. konference Sekce psychologie zdraví ČMPS, 20. 5., Vernířovice. [online], [Cit. 18. 2. 2018]. Dostupné z: <https://www.slideshare.net/janbenda1/emon-velost-rod-souc-it-se-sebou-a-nkter-typick-transdiagnostick-symptomy>.
- 7) Benda, J.; Kadlečík, P.; & Loskotová, M. (v tisku). Differences in self-compassion and shame in patients with anxiety disorders, patients with depressive disorders and healthy controls. *Československá psychologie*.
- 8) Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- 9) Bohus, M. (2005). *Bordeline porucha osobnosti*. Trenčín: Vydavateľstvo F
- 10) Bowlby, J. (2005). *A secure base*. London: Routledge Classics.

- 11) Bowlby, J. (2010). *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.
- 12) Brisch, K. H. (2011a). *Bezpečná vztahová vazba. Attachment v tehotenství a prvních letech života*. Trenčín: Vydavatelstvo F.
- 13) Brisch, K. H. (2011b). *Poruchy vztahové vazby. Od teorie k terapii*. Praha: Portál.
- 14) Carpenter, R., W., Trull, T., J. (2013). Components of Emotion Dysregulation in Borderline Personality Disorder: A Review. *Current Psychiatry Reports*, 15(1), 335. doi:10.1007/s11920-012-0335-2.
- 15) Cassidy, K., & Shaver, P. R. (Eds.). (1999). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford Press.
- 16) Cassidy, J. (1988). Child–mother attachment and the self in six-year-olds. *Child Development*, 59, 121–134. DOI: 10.2307/113039
- 17) Catanzaro, A., & Wei, M. (2010). Adult attachment, dependence, self-criticism and depressive symptoms: A test of a mediational model. *Journal of Personality*, 78:4. Získáno 7. ledna 2018 z <http://wei.public.iastate.edu/manuscript/attachment%20dependence%20self-criticism.pdf>
- 18) Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- 19) Coid, J., Yang, M., & Roberts, A. (2006). Violence and psychiatric morbidity in a national household population – a report from the British Household Survey. *American Journal of Epidemiology*, 164(12), 1199–1208. DOI: 10.1093/aje/kwj339
- 20) Colin, V. L. (1996). *Human attachment*. New York: McGraw-Hill.
- 21) Cooper, M. L., Shaver, P. R., & Collins, N. L. (1998). Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1380–1397. DOI:10.1037/0022-3514.74.5.1380
- 22) Critchfield, K. L., Levy, K. N., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2008). The relational context of aggression in borderline personality disorder: Using adult attachment style to predict forms of hostility. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 67–82. DOI: 10.1002/jclp.20434
- 23) Češková, E., Svoboda, M., & Kučerová, H. (2015). *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál.
- 24) Dvorská, L. (2008). *Vztah mezi citovou vazbou v romantických vztazích a strategiemi zvládání v adolescenci*. Nepublikovaná diplomová práce. Brno: FSS MU.

- 25) Dvořáková, P. (2013). *Tendence k prožívání studu a tendence k prožívání viny jako moderátory vztahu mezi interpersonální závislostí a vyhledáváním sociální opory*. (Nepublikovaná bakalářská práce). Masarykova univerzita v Brně.
- 26) Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679–700. Získáno 12. ledna 2018 z PubMed database.
- 27) Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (2000). Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of General Psychology*, 4, 132–154. DOI: 10.1037//1089-2680.4.2.132
- 28) Fraley, R. C., Heffernan, M. E., Vicary, A. M., & Brumbaugh, C. C. (2011). The Experiences in Close Relationships Relationship Structures questionnaire: a method for assessing attachment orientations across relationships. *Psychological Assessment*, 23(3), 615–625. doi:10.1037/a0022898
- 29) Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. N. V., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British journal of clinical psychology*, 43, 31–50. DOI: 10.1348/014466504772812959
- 30) Grambal, A., Praško, J., & Kasalová, P. (2017). *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Praha: Grada Publishing.
- 31) Gross, J. J., & Munoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 151–164. DOI: 10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x
- 32) Hašto, J. (2005). *Vztahová väzba: Ku koreňom lásky a úzkosti*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
- 33) Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511–524. Získáno 12. ledna z PubMed database.
- 34) Hazan, C., & Shaver, P. R. (1994). Attachment as an Organizational Framework for Research on Close Relationships. *Psychological Inquiry*, 5(1), 1. DOI: 10.1207/s15327965pli0501_1
- 35) Hooley, J. M., Ho, D. T., Slater, J., & Lockshin, A. (2010). Pain perception and nonsuicidal self-injury: a laboratory investigation. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3, 170–179. DOI: 10.1037/a0020106

- 36) Krause-Utz A., Winter D., Niedtfeld I., & Schmahl, C. (2014). The latest neuroimaging findings in Borderline Personality Disorder. *Current Psychiatry Report*, 16, 438. doi: 10.1007/s11920-014-0438-z
- 37) Kreisman, J., J., Hal, S. *Nenávidím tě, neopouštěj mne! Zvládání hraniční poruchy osobnosti*. (2017). Praha: Portál.
- 38) Kreisman, J. J., & Straus, H. (2004). *Sometimes I Act Crazy: Living with Borderline Personality Disorder*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- 39) Lamott, F., & Pfäfflin, F. (2008). Bindung, Psychopathologie und Delinquenz. In: Strauss, B. (Eds). *Bindung und Psychopathologie*. Stuttgart: Klett - Cotta
- 40) Leary, M. R., & Tangney, J. P., (Eds.). (2003). *Handbook of self and identity*. New York ; London: Guilford Press.
- 41) Leary, M. R., & Hoyle, R. H. (Eds.). (2009). *Handbook of individual differences in social behavior*. New York: Guilford Press.
- 42) Lečbych, M., & Pospíšilíková, K. (2012). Česká verze škály Experiences in Close Relationships (ECR): Pilotní studie posouzení vztahové vazby v dospělosti. *E-Psychologie*, 6(3), 1–11. Získáno 7. ledna 2018 z <https://e-psycholog.eu/pdf/lecbych-pospisilikova.pdf>
- 43) Levenson, J., C., Wallace, M., L., Fournier, J., C., Rucci, P., & Frank. E. (2012). The role of personality pathology in depression treatment outcome with psychotherapy and pharmacotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80 (5), 719-729.
- 44) Levy, K.,N., Meehan, K., B., Weber, M., Reynoso, J., & Clarkin, J. F. (2005) Attachment and Borderline Personality Disorder: Implications for Psychotherapy, *Psychopathology*, 38, 64–74. DOI: 10.1159/000084813
- 45) Lewis H.B. (1971). *Shame and Guilt in Neurosis*. New York, NY: International Universities Press.
- 46) Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. Revize (1996). 1. vydání. Praha: Maxdorf
- 47) Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007a). *Attachment in adulthood: structure, dynamics, and chance*. New York: Guilford Press.
- 48) Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007b). Attachment Processes and Emotion Regulation. In *Attachment in Adulthood : Structure, Dynamics, and Change* (188–218). New York: Guilford Press.
- 49) Miller, C., R., Eisner, W., & Allport, C. (1994). Creative coping: a cognitive – behavioral group for borderline personality disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 8(4), 280–285.

- 50) Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85–101. DOI: 10.1080/15298860390129863
- 51) Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250. Získáno 12. ledna 2018 z Academic Search Ultimate database.
- 52) Palková, M., & Pöthe, P. (2015). Změna intrapsychických pracovních modelů v rámci psychoterapeutického působení na děti. *Psychoterapie*, 9 (2), 88-95.
- 53) Parke, R. D., & Ladd, G. W. (Eds.). (1999). *Family-peer relationships: Modes of linkage*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. Získáno 14. ledna 2018 z <http://www.bridgingworlds.org/pdfs/paper7.pdf>
- 54) Pattison, S. (2000). *Shame: Theory, therapy, theology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- 55) Peters, J. R. & Geiger, P. J. (2016). Borderline Personality Disorder and Self-Conscious Affect: Too Much Shame But Not Enough Guilt? *Personality disorder*, 7(3), 303–308. DOI: 10.1037/per0000176
- 56) Pietromonaco, P. R., & Barrett, L. F. (2000). The Internal Working Models Concept: What Do We Really Know About the Self in Relation to Others? *Review on General Psychology*, 4(2), 155–175. Získáno 19. října 2011 z PsychInfo database.
- 57) Platznerová, A. (2009). *Sebepoškozování: aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. Praha: Galén.
- 58) Praško, J. a kol. (2003). *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál
- 59) Ravitz, P., Maunder, R., Hunter, J., Sthankiya, B., & Lancee, W. (2010). Adult attachment measures: A 25-year review. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(4), 419–432. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2009.08.006
- 60) Rholes, W. S., & Simpson, J. A. (Eds.). (2004). *Adult attachment: Theory, research, and clinical implications*. New York: Guilford Press.
- 61) Röhr, H. P. (2003). *Hraniční porucha osobnosti*. Praha: Portál.
- 62) Rüsç, N., Lieb, K., Gottler, I., Hermann, C., Schramm, E., Richter, H., ... Bohus, M. (2007). Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164, 500–508. DOI: 10.1176/ajp.2007.164.3.500

- 63) Scott, L. N., Stepp, S. D., Hallquist, M. N., Whalen, D. J., Wright, A. G. C., & Pilkonis, P. A. (2015). Daily shame and hostile irritability in adolescent girls with borderline personality disorder symptoms. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(1), 53–63. Získáno 14. ledna 2018 z PsycNet database.
- 64) Sansone, R.A., Sansone, L.A.(2012). Bordeline personality and extenalized aggresion. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 9 (3), 23-26
- 65) Schmahl, Ch., Herpertz, S. C., Bertsch, K., Ende, G., Flor, H., Kirsch, P., ... Bohus, M. (2014). Mechanisms of disturbed emotion processing and social interaction in borderline personality disorder: state of knowledge and research agenda of the German Clinical Research Unit. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1(12). DOI: 10.1186/2051-6673-1-12
- 66) Schoenleber, M., Berghoff, Ch., R., Tull, M., T., Di Lillo, D., Messman-Moore, T., Gratz, K., L. (2015). Emotional Lability and Affective Synchrony in Borderline Personality Disorder. *Personal Disorder* 7(3), 211–220. DOI :10.1037/per0000145.
- 67) Schlesingerová, M. (2009). *Strach ze smrti a citová vazba v období adolescence*. Nепublikovaná diplomová práce. Brno: FSS MU.
- 68) Sibley, Ch.G., Fischer, R., & Liu, J.H. (2005) . Reliability and Validity of the Revised Experiences in Close Relationships (ECR-R) Self -Report Measure of Adult Romantic Attachment . *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31,1524–1536. Získáno 5. října 2010 z psp.sagepub.com
- 69) Simpson, J. A., & Rholes, W. S. (Eds.). (1998). Attachment theory and close relationships. New York: Guilford Press.
- 70) Schulze L., Schmahl C., & Niedtfeld, I. (2016). Neural correlates of disturbed emotion processing in Borderline Personality Disorder: a Multimodal meta-analysis. *Biological Psychiatry*, 79, 97–106.
- 71) Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T.A., Livesley, W.J., & Siever, L.J. (2002). The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry*, 51, 936–950. Získáno 14. ledna 2018 z PubMed database.
- 72) Skodol, A. E., Siever, L. J., Livesley, W. J., Gunderson, J. G., Pfohl, B., & Widiger, T. A. (2002) The borderline diagnosis II: biology, genetics, and clinical course. *Biologicaal Psychiatry*, 51, 951–63. Získáno 14. ledna 2018 z PubMed database.
- 73) Soukup, P. (2013). Věcná významnost výsledků a její možnosti měření. *Data a výzkum – SDA Info*. DOI: <http://dx.doi.org/10.13060/23362391.2013.127.2.41>

- 74) Southwick, S. M., Yehuda, R., & Giller, E. L. (1995). Psychological dimensions of depression in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *152*, 789–791. Získáno 21. ledna 2018 z PsycINFO database.
- 75) South, S.,C., Turkheimer, E., Oltmans, T.F. (2008). Personality disorder symptoms and marital functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76* (5), 769–780.
- 76) Sternberg, R.J., & Barnes M.L. (Eds.). (2006). *The Psychology of Love*. New Haven: Yale university press.
- 77) St. Germain, S. A., & Hooley, J. M. (2012). Direct and indirect forms of non-suicidal self-injury: evidence for a distinction. *Psychiatry Research*, *197*(1-2), 78–84. DOI: 10.1016/j.psychres.2011.12.050
- 78) Stuewig, J., Tangney, J. P., Kendall, S., Folk, J. B., Meyer, C. R., & Dearing, R. L. (2015) Children's proneness to shame and guilt predict risky and illegal behaviors in young adulthood. *Child Psychiatry and Human Development*, *46*(2), 217–227. DOI: 10.1007/s10578-014-0467-1.
- 79) Suominen, K. H., Isometsä, E. T., Henriksson, M. M., Ostamo, A. I., & Lönnqvist, J. K. (2000). Suicide attempts and personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *102*(2), 118–125. Získáno 8. ledna 2018 z PsycNET database.
- 80) Štefánková, Z. (2005). Citová väzba v detsve a adolescenci vo vzťahu k emocionálnej regulácii. *Československá psychologie*, *5*, 432–445. Získáno 11. ledna 2018 z <https://kramerius.lib.cas.cz/search/i.jsp?pid=uuid:489ced15-7aa2-4d4f-aae2-271a71031046>
- 81) Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2002). *Shame and Guilt*. New York: Guilford Press.
- 82) Tangney, J. P., Wagner, P. E., Fletcher, C., & Granmzow, R. (1992). Shamed into anger? The relation of shame and guilt to anger and self-reported aggression. *Journal of Personality and Social Psychology*, *62*, 669–675. Získáno 12. ledna 2018 z PubMed database.
- 83) Tangney J.P. (1991). Moral affect: the good, the bad, and the ugly. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*, 598–607. Získáno 14. ledna 2018 ze Scopus database.

- 84) Tracy, J. L., Robins, R. W., & Tangney, J. P. (2007). *The self-conscious emotions: Theory and research*. New York: Guilford Press
- VanDerhei, S., Rojahn, J., Stuewig, J., & McKnight, P. E. (2013). The Effect of Shame-Proneness, Guilt-Proneness, and Internalizing Tendencies on Nonsuicidal Self-Injury. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 44(3), 317–330. Získáno 12. ledna 2018 z PubMed database.
- 85) Warren, R. (2015). Commentary Emotion regulation in borderline personality disorder: The role of self-criticism, shame, and self-compassion. *Personality and Mental Health*, 9, 84–86. DOI 10.1002/pmh.1290
- 86) Widiger, T. A., & Costa, P. T. (Eds.). (2013) *Personality Disorders and the Five factor Model*. Washington, DC: American Psychological Association.
- 87) Wiklander, M., Samuelsson, M., Jokinen, J., Nilsonne, L., Wilczek, A., Rylander, G., & Lisberg, M. (2012). Shame-proneness in attempted suicide patients. *BMC Psychiatry*. Získáno 12. ledna 2018 z <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/50>.
- 88) Winter, D., Bohus, M., & Lis, S. (2017). Understanding Negative Self-Evaluations in Borderline Personality Disorder – a Review of Self-Related Cognitions, Emotions, and Motives. *Current Psychiatry Reports*. DOI: 10.1007/s11920-017-0771-0
- 89) Young, J. E. (1990). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema – Focused Approach*. Sarasota, Professional Resource Exchange.
- 90) Zayas, V., Mischel, W., Shoda, Y., & Aber, J. L. (2011). Roots of Adult Attachment: Maternal Caregiving at 18 Months Predicts Adult Peer and Partner Attachment. *Social Psychological and Personality Science*, 2(3), 289–297. Získáno 19. listopadu 2017 z Sage database.
- 91) Zuroff, D. C., & Fitzpatrick, D. K. (1995). Depressive personality styles: Implications for adult attachment. *Personality and Individual Differences*, 18, 253–265. Získáno 18. ledna 2018 z Sage database.

Seznam tabulek

Tabulka 1: Dgn. kritéria dle MKN-10 pro emočně nestabilní poruchu osobnosti.....	10
Tabulka 2: Operacionalizace proměnných	43
Tabulka 3: Popis respondentů skupiny BPD dle věku	50
Tabulka 4: Popis respondentů skupiny HCG dle věku	51
Tabulka 5: Popis obou skupin výzkumného souboru z hlediska pohlaví	51
Tabulka 6: Popis skupin výzkumného souboru z hlediska pohlaví.....	51
Tabulka 7 : Výsledky ověření předpokladu normality proměnných	53
Tabulka 8: Výsledky ověření předpokladu normality proměnných	54
Tabulka 9: Výsledek testování hypotézy H1.....	55
Tabulka 10: Výsledek testování hypotézy H2.....	57
Tabulka 11: Výsledek testování hypotézy H3a.....	58
Tabulka 12: Výsledek testování hypotézy H3b.....	60
Tabulka 13. Výsledky testování hypotézy H4a, H4b, H5a, H5b	61
Tabulka 14: Ověření normality proměnných	67
Tabulka 15: Výsledek testování tendence k prožívání viny.....	68

Seznam grafů

Graf 1: Průměrné hodnoty škály soucitu se sebou u jedinců s hraniční poruchou osobnosti a kontrolního souboru	56
Graf 2: Průměrné hodnoty škály tendence k prožívání studu u jedinců s hraniční poruchou osobnosti a kontrolního souboru.....	57
Graf 3: Průměrné hodnoty škály vyhýbavosti u jedinců s hraniční poruchou osobnosti a kontrolního souboru.....	59
Graf 4: Průměrné hodnoty škály vyhýbavosti u jedinců s hraniční poruchou osobnosti a kontrolního souboru.....	60
Graf 5: Bodový graf hrubého skóru soucitu se sebou a škály vyhýbavosti u jedinců s hraniční poruchou osobnosti	62

Graf 6: Bodový graf hrubého skóru soucitu se sebou a škály vyhýbavosti u jedinců z kontrolní skupiny	63
Graf 7: Bodový graf hrubého skóru soucitu se sebou a škály úzkostnosti u jedinců s hraniční poruchou osobnosti	64
Graf 8: Bodový graf hrubého skóru soucitu se sebou a škály úzkostnosti u jedinců z kontrolní skupiny	64
Graf 9: Bodový graf hrubého skóru na škále tendence k prožívání studu a škály vyhýbavosti u jedinců s hraniční poruchou osobnosti	65
Graf 10: Bodový graf hrubého skóru na škále tendence k prožívání studu a škály vyhýbavosti u jedinců z kontrolní skupiny	66
Graf 11: Bodový graf hrubého skóru na škále tendence k prožívání studu a škály vyhýbavosti u jedinců z kontrolní skupiny	66
Graf 12: Bodový graf hrubého skóru na škále tendence k prožívání studu a škály úzkostnosti u jedinců z kontrolní skupiny	67
Graf 13: Průměrné hodnoty škály tendence k prožívání viny u jedinců s hraniční poruchou osobnosti a kontrolního souboru	69

Seznam použitých zkratek

BPD	Hraniční porucha osobnosti
Dg	Diagnóza
Dgn	Diagnostická
DSM	Diagnostický a statistický manuál
ECR-RS	Dotazník struktury vztahů
fMRI	Funkční magnetická rezonance
FNOL	Fakultní nemocnice Olomouc
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
NSSI	Záměrné sebepoškozování
OCD	Obsedantně kompulzivní porucha
PTSD	Posttraumatická stresová porucha
SCS	Škála soucitu se sebou
TOSCA	Test sebevztahových emocí

Seznam příloh

Příloha č. 1: Český a anglický abstrakt bakalářské diplomové práce

Příloha č. 1:

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Hraniční porucha osobnosti: Citová vazba v dospělosti, stud a soucit se sebou

Autor práce: Antonín Vyhnánek

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Počet stran a znaků: 89 stran, 157 901 znaků

Počet příloh: 1

Počet titulů použité literatury: 91

Abstrakt

Cílem této práce bylo ověřit u pacientů s hraniční poruchou osobnosti přítomnost tří teoreticky předpokládaných psychopatologických faktorů, a to přítomnost nejistoty v citové vazbě v dospělosti, nedostatek soucitu k sobě samému a zvýšenou tendenci k prožívání pocitů studu. Pacientům s hraniční poruchou osobnosti a kontrolní skupině dospělých osob jsme administrovali Dotazník struktury vztahů (ECR-RS), Škálu soucitu se sebou (SCS-CZ) a Test sebevztahných emocí (TOSCA-3S-CZ). S využitím statistických metod jsme pak porovnávali míru úzkostnosti a vyhýbavosti ve vztazích, míru soucitu se sebou a míru tendence k prožívání studu u obou vzorků. Dále jsme u obou vzorků analyzovali i některé souvislosti mezi sledovanými proměnnými. Výsledky ukázaly u jedinců s hraniční poruchou osobnosti vyšší míru vyhýbavosti i úzkostnosti ve vztazích, vyšší míru tendence k prožívání studu a nižší míru soucitu se sebou než u kontrolní skupiny. U pacientů s hraniční poruchou osobnosti byly zjištěny středně silné negativní korelace mezi soucitem se sebou a dimenzemi citové vazby – vyhýbavostí a úzkostností a dále středně silná pozitivní korelace mezi tendencí k prožívání studu a vztahovou úzkostností.

Klíčová slova: hraniční porucha osobnosti, citová vazba v dospělosti, stud, soucit se sebou, vztahová vyhýbavost, vztahová úzkostnost

ABSTRACT OF THESIS

Title of the work: Borderline Personality Disorder: Adult attachment, shame and self-compassion

Author: Antonín Vyhnánek

Supervisor: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Number of pages and characters: 89 pages, 157 901 characters

Number of appendices: 1

Number of references: 91

Abstract

The aim of this study was to test the presence of three theoretically predicted psychopathological factors in patients with Borderline Personality Disorder, namely the presence of insecurity in adult attachment, the lack of self-compassion and the increased shame-proneness. To patients with Borderline Personality Disorder and a control group of adults we administered a Relationship Structures Questionnaire (ECR-RS), the Self-Compassion Scale (SCS-CZ) and the Test of Self-Conscious Affect (TOSCA-3S-CZ). Using statistical methods, we then compared the degree of anxiety and avoidance in relationships, the degree of self-compassion and the degree of the tendency to experience shame in both samples. Furthermore, we analyzed a certain connections between observed variables in the two samples. The results showed a higher degree of anxiety and avoidance in relationships, an increased tendency to experience shame and a lower degree of self-compassion in individuals with Borderline Personality Disorder than in the control group. In patients with Borderline Personality Disorder, a moderately strong negative correlation between self-compassion and dimensions of attachment – avoidance and anxiety – were found, as well as a moderately strong positive correlation between the tendency to experience shame and attachment anxiety.

Keywords: Borderline Personality Disorder, adult attachment, shame, self-compassion, attachment avoidance, attachment anxiety