

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

VÝZNAM DIAGNÓZY
HRANIČNÍ PORUCHA OSOBNOSTI
PRO JEJÍ NOSITELE

THE MEANING OF THE DIAGNOSIS
OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER
FOR ITS RECEIVERS



Magisterská diplomová práce

Autor: **Bc. David Richter**

Vedoucí práce: **MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.**

Olomouc

2021

OBSAH

ÚVOD	1
TEORETICKÁ ČÁST	3
1 UVEDENÍ FENOMÉNU HRANIČNÍ PORUCHA OSOBNOSTI.....	4
1.1 Prevalence, etiologie a patogeneze hraniční poruchy osobnosti	5
1.2 Stručný exkurz do „hraniční“ problematiky	6
2 PSYCHIATRICKÉ POJETÍ HRANIČNÍ PORUCHY OSOBNOSTI	9
2.1 Kategoriální přístup k hraniční poruše osobnosti v DSM-5 a MKN-10 ..	9
2.1.1 Profil jedince s HPO dle diagnostických kritérií	13
2.2 Dimenzionální přístup k hraniční poruše osobnosti v DSM-5 a MKN-11.	14
.....	14
3 PSYCHOSTRUKTURÁLNÍ POJETÍ HRANIČNÍ PATOLOGIE.....	18
3.1 Hraniční organizace osobnosti.....	20
4 VYBRANÉ ASPEKTY ODBORNÉ PRAXE S KLIENTY S HRANIČNÍ PORUCHOU OSOBNOSTI	22
4.1 Stigma a internalizované stigma u hraniční poruchy osobnosti	22
4.2 Sdělení diagnózy hraniční poruchy osobnosti	24
4.3 Specifika psychoterapie klientů s hraniční poruchou osobnosti.....	25
VÝZKUMNÁ ČÁST	28
5 VÝZKUMNÝ DESIGN.....	29
5.1 Výzkumný problém a výzkumné otázky.....	29
5.2 Metodologický rámec výzkumu	30
6 ZÍSKÁVÁNÍ, TVORBA A ZPRACOVÁNÍ DAT.....	32
6.1 Výzkumný soubor.....	33
6.2 Práce s daty	35
7 ETICKÉ PRINCIPY A PROBLÉMY	41
8 VÝSLEDKY	42
8.1 Základní údaje od respondentů.....	42
8.2 Výsledná teorie a její kategorie	52
8.2.1 Centrální kategorie „Já jako jinakost“	52
8.2.2 Kategorie „Sociální vazby a normy“ v interakci s centrální kategorií.	54
.....	54
8.2.3 Kategorie „Diagnóza jako podobnost“ v interakci s centrální kategorií	55
.....	55
8.2.4 Interakce kategorií.....	56
8.3 Zodpovězení výzkumných otázek.....	58
9 DISKUZE	60
9.1 Srovnání výsledků se zdroji.....	60

9.2	Přínosy a aplikační možnosti výsledků výzkumu.....	66
9.3	Limity výzkumu, jeho specifika a podněty k dalšímu zkoumání	69
10	ZÁVĚRY	72
	SOUHRN.....	75
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY.....	78
	SEZNAM TABULEK A SCHÉMAT	88
	SEZNAM UŽÍVANÝCH ZKRATEK	89
	PŘÍLOHY.....	90
	Příloha č. 1: Abstrakt diplomové práce v českém a anglickém jazyce	1
	Příloha č. 2: Informovaný souhlas s účastí na výzkumu	3
	Příloha č. 3: Vzor interview	4

Chtěl bych na tomto místě poděkovat všem, kteří se přímo i nepřímo podíleli na vzniku mé diplomové práce. Jmenovitě doktorce Zuzaně Vaculčíkové Sedláčkové za vedení při koncipování diplomové práce a panu doktoru Miroslavu Orlovi za vstřícnost, poctivý i lidský přístup a především strukturovanost, kterou se mi snažil předat. Manželce Tereze Richterové děkuji za stylistickou úpravu textu, zajímavé podněty, podporu i trpělivost a synu Zdeňku Richterovi, narozenému v průběhu realizace výzkumu, za psychickou pohodu a jasné stanovení priorit práce. Dále děkuji Kryštofu Petrovi a Jakubu Turskému za poskytnutí (časového) prostoru nutného pro dokončení písemného výstupu. V neposlední řadě děkuji všem respondentům, kteří byli ochotni podělit se o svoji perspektivu, díky nimž mohla tato diplomová práce vzniknout.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Význam diagnózy hraniční porucha osobnosti pro její nositele“ vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 30.11. 2021

Podpis

ÚVOD

V předkládané diplomové práci s názvem *Význam diagnózy hraniční porucha osobnosti pro její nositele* se zabývám diagnózou hraniční porucha osobnosti (dále zkráceně HPO) a postojem jedinců s HPO ke své diagnóze. Podle evropské Mezinárodní klasifikace nemocí je správným názvem zkoumané diagnózy emočně nestabilní porucha osobnosti (hraničního typu), avšak jelikož je v tuzemské odborné praxi i literatuře zaužíváno označení HPO, pracuji s tímto pojmenováním.

Téma HPO disponuje roztříštěným dědictvím, jež se věnuje hraničním stavům či hraniční osobnosti, a dlouhou výzkumnou minulostí, která přináší značné množství ne zcela jednotných poznatků. Tento nesourodý odborný diskurs plný ambivalencí pro mě byl zároveň impulsem k volbě tématu. Na samém počátku byla zkušenost z rozhovorů a setkání s odborníky působícími napříč psychologickou péčí, v nichž jsem zaznamenal nesouhlasný a až odmítavý a stigmatizující postoj k diagnóze HPO, respektive k jejím nositelům. Zejména se tak dělo v kontextu nesmyslnosti a náročnosti psychoterapeutické léčby, která se následně stala hlavním tématem mé bakalářské diplomové práce s názvem *Jedinci s hraniční poruchou osobnosti v individuální psychoterapii*.

Už samotný název hraniční porucha osobnosti skýtá asociace, stereotypy a konkrétní očekávání. Ty jsou sice do jisté míry známy, reflektovány a vědecky probádány, avšak zůstává nevyjasněno, co je skutečně relevantní přímo pro lidi s touto diagnózou, což se po zkušenosti s výzkumem bakalářské práce stalo hlavním předmětem mého zájmu. Směrem do současnosti však začala být více zpochybňována či revidována samotná diagnóza a její diagnostická kritéria. To vše má za následek posun v pojetí HPO, například i v nově vycházející revizi klasifikace nemocí MKN-11. Kritika kategoriálního přístupu k HPO (sahající až ke kritice samotné psychiatrické klasifikace a systému zdravotnické péče) i různá psychoterapeutická úskalí nutí k odhlédnutí od kategorizujících pojetí k esenciálnímu zamyšlení: Jak lépe porozumět potřebám a zvláštnostem (svých) klientů?

Aktuálnost a diskusi nad tématem HPO dokládá množství takto zaměřených tuzemských odborných publikací vydaných v posledních pěti letech, přičemž donedávna se na trhu vyskytovala výlučně populárně naučná literatura cílící na samotné nositele diagnózy či jejich blízké. Studií věnujících se perspektivě lidí potýkajících se s HPO ovšem přibývá a začínají být více zahrnuti v nazírání na tento fenomén coby rovnocenní partneři. Jejich

hledisko je však třeba nejen zahrnout či popsat, ale také zdůraznit a pokusit se mu porozumět – zejména v pohledu na samotnou HPO a významy či důsledky, které s sebou tato diagnóza nese. Co se vyjevilo jako podstatné při bakalářském výzkumu, je skutečnost, že diagnóza může pomoci v orientaci nejen odborníkům, ale i samotným lidem, kteří se s potížemi potýkají včetně jejich blízkých.

Cílem teoretické části je představit fenomén hraniční poruchy osobnosti coby diagnostické kategorie. Nejdříve proto uvedu základní údaje o diagnóze a nastíním její historii s důrazem na konstituování HPO coby diagnostické jednotky. Další kapitoly věnuji psychiatrickému pojetí HPO v jeho kategoriálních i dimenzionálních přístupech, jež jsou ukotveny v diagnostických manuálech DSM-5, MKN-10 a MKN-11. Důležité je rovněž představit psychostrukturální pojetí, které výše zmíněným předchází a vytváří alternativu ke klasifikaci i smýšlení nad otázkami „vychýlené osobnosti“. Pro komplexní uchopení diagnózy HPO je teoretická část doplněna o vybrané fenomény z klinické praxe, jež se k diagnóze bezprostředně váží a zpětně ji ovlivňují – např. stigmatizace, psychoterapie.

V praktické části práce pak na tomto teoretickém podkladu a na základě analýzy 10 interview s respondenty s HPO zodpovím otázku: Co znamená hraniční porucha osobnosti pro nositele této diagnózy? Užívanou metodologií je metoda zakotvené teorie, jejíž analýza ústí ve vytvoření nové teorie.

TEORETICKÁ ČÁST

1 UVEDENÍ FENOMÉNU HRANIČNÍ PORUCHA OSOBNOSTI

Kapitola představí diagnózu hraniční porucha osobnosti a obecné poznatky a problémy, jež se k ní vztahují. Podkapitoly uvedou aktuální demografické údaje a poté se stručně věnují genezi HPO jakožto diagnostické kategorie s důrazem na označení fenoménu jako „hraniční“. Hraniční porucha osobnosti je v současném pojetí přetrvávající, závažná, komplexní duševní choroba, která je charakterizována všudypřítomným vzorem nestability v mezilidských vztazích, sebepojetí a behaviorální dysregulací (American Psychiatric Association, 2015)

Jak vyplývá ze samotného označení **poruchy osobnosti**, je pro tuto kategorii určující identifikace jisté abnormality a odlišnosti v charakteru a temperamentu jedince (Praško, 2015). Psychologie tedy nahlíží na poruchy osobnosti obdobně jako na osobnost samotnou, ve smyslu hluboce zakořeněných až pervazivních vzorců chování (World Health Organization, 1993).¹ Komplikovaná je ovšem otázka či určitá hranice typů a intenzity projevů, které lze označit za odchylku od normy. Proto jsou poruchy osobnosti stále diskutovány a jsou navrhovány nové a nové modely pro jejich teoretickou kategorizaci, diagnostiku i léčbu (viz kap. 2.2 *Dimenzionální přístup k hraniční poruše osobnosti v DSM-5 a MKN-11*). Pro ustanovení a diagnostiku poruch osobnosti je důležité negativní vymezení – nejen porozumění tomu, co porucha osobnosti je, ale také určení, kdy se o poruchu osobnosti nejedná. To z poruch osobnosti činí jednu z nejhůře teoreticky i prakticky uchopitelných oblastí.

Aktuální diskurz HPO a poruch osobnosti obecně čítá deskriptivní přístup prezentovaný v diagnostických manuálech a zároveň nesourodé množství psychodynamických pokusů o klasifikaci. Na jedné straně jsou náročně uchopitelná psychodynamická pojetí a na straně druhé simplifikace fenoménu na pouhé zevní projevy.

¹ Již samotný termín osobnost je značně komplikovaný a nesourodý. Nejčastěji se však jedná o souhrn charakteru, temperamentu, schopností a konstitučních vlastností člověka. Objevuje se důraz na uspořádání psychiky, její jedinečnost a nezávislost, či stabilita v sociální oblasti i vědomí vlastní totožnosti a sociální zkušenosti (Cakirpaloglu, 2013).

Stále více je mezi odborníky patrná nedůvěra (někdy až radikální) vůči obecnosti kategoriálního pojetí problematiky,² které převládá (Riegel et al., 2020).

1.1 Prevalence, etiologie a patogeneze hraniční poruchy osobnosti

Prevalenci HPO v populaci uvádí DSM-5 (American Psychiatric Association, 2015) na 1,6-5,9 %. Z hospitalizovaných pacientů tvoří 22 % a v ambulantních službách 12 % (Ellison et al., 2018). Jedná se tedy o poměrně **často stanovenou diagnózu**, a dokonce zaznamenáváme její **nárůst** (Grambal et al., 2017). Převážně se jedná o **ženy** 75 % (American Psychiatric Association, 2015), což na jednu stranu odpovídá tomu, že ženy častěji vyhledávají pomoc odborníka z oblasti duševního zdraví (Schulte Holthausen & Habel, 2018), zároveň ženy vykazují oproti mužům vyšší negativní afektivitu (Lynam & Widiger, 2007). Odvážnější názory pak neshledávají v roli pohlaví rozdíl, co se týče prevalence v populaci (Grant et al., 2008), nebo že se faktor pohlaví v symptomech projevuje jen minimálně (Sansone & Wiederman, 2014). Zároveň je třeba nezapomínat na skutečnost, že se jedná o nejproblematičtější oblasti psychiatrické klasifikace a shoda odborníků je v tomto případě malá (Grambal et al., 2017). Navíc jsou s tématem spojené časté komorbidní obtíže³ a někdy jsou jedinci stanoveny i další poruchy osobnosti (American Psychiatric Association, 2015).

U etiologie se pak předpokládá **multifaktoriální příčinnost**. Praško (2015) dosavadní poznání vyhodnocuje tak, že je dokonce doposud neznámá. Na vzniku poruchy se pravděpodobně projevují traumata raného dětství⁴ i genetické faktory⁵. Diagnóza je však stanovována až **v dospělosti**, protože se plně rozvíjí v adolescenci⁶ (World Health Organization, 1993). U poruch osobnosti je předpoklad určité **neměnnosti v čase** (American Psychiatric Association, 2015), zároveň však existují zjištění, že s postupujícím věkem

² Vyčítáno je nejasné ohraničení a překryv diagnóz, diagnostická kritéria, která byla stanovena nahodile s nízkou vnitřní konzistencí, jejich časová nestabilita atd. (Trull & Durrett, 2005). Na jednu stranu zjednodušení fenoménu, zároveň v praxi náročná diagnostika, která po odborníkovi vyžaduje velkou klinickou zkušenost nebo odbornou specializaci (Bach & First, 2018).

³ Návykové poruchy, posttraumatická stresová porucha, přechodná psychotická porucha, porucha pozornosti, depresivní nebo bipolární porucha, poruchy příjmu potravy, somatoformní porucha, obsedantně-kompulzivní porucha (Grambal et al., 2017).

⁴ Týrání dítěte včetně sexuálního zneužívání, hyperprotektivita rodiče nebo naopak opuštění nebo odmítání dítěte (Praško, 2015).

⁵ APA (2015) uvádí, že se HPO vyskytuje u biologicky příbuzných prvního stupně cca pětikrát více než u běžné populace.

⁶ WHO (1993) doporučuje stanovovat diagnózu HPO až po dovršení hranice 16, 17 let.

postupně odeznívají některé symptomy HPO (Sansone & Wiederman, 2014). Někteří jedinci se stabilizují v sociálním i pracovním prostředí, a jiní už ani nesplňují kritéria pro stanovení HPO (Zanarini et al., 2003).

1.2 Stručný exkurz do „hraniční“ problematiky

Pojem „hraniční“ (borderline) nese v odlišných geografických, kulturních i odborných oblastech různý význam, a to dokonce i v případech, že autoři vycházejí z totožné tradice. Neshoda napříč odborníky panuje jak v otázkách obsahu pojmu, tak v otázkách jeho samotné užitečnosti (Boleloucký et al., 1993). Pojem „hraniční“ se tak objevuje v různých teoriích s různými přívlastky, např. hraniční stav, hraniční pacient, hraniční porucha osobnosti, hraniční organizace osobnosti, hraniční vzorec chování, hraniční charakter, hraniční schizofrenie, hraniční syndrom, hraniční psychopatologie...⁷ V důsledku existuje mnoho možností, jak fenomén uchopit; ty jsou však značně nesourodé a některé se vzájemně vylučují (Riegel et al., 2020).

Pomyslný počátek této problematiky lze nalézt už na konci 19. století, když odborníci nebyli schopní u některých lidí posoudit, zda jsou duševně zdraví, nebo nemocní (McWilliams, 2015). Takové diagnostické komplikace pak lze opakovaně najít napříč historií až do současnosti. Na sklonku 19. století už například Rosse (1890) mluvil o pacientech na určité hraně/pomezí mezi kategoriemi tehdejší psychiatrické diagnostiky. Stejně tak o století později Boleloucký et al. (1993) znovu podotkli, že se čím dál více objevují **nejasné klinické formy**, u kterých je náročné zařazení do aktuálně uznávaných diagnostických jednotek, přičemž se opět navrací k užívání pojmu „hraniční“. Kategorizaci komplikovala a komplikuje skutečnost, že u hraniční psychopatologie se vedle sebe objevují jak elementy neurotické, tak i psychotické⁸ (Riegel et al., 2020). Jsou to lidé „*příliš duševně zdraví na to, aby mohli být považováni za bláznivé a příliš blázniví na to, aby mohli být pokládáni za duševně zdravé*“ (McWilliams, 2015, 66).

Psychoanalytická tradice, která má v diagnostice poruch osobnosti stěžejní místo, se s touto problematikou nezařaditelnosti musela v průběhu minulého století vypořádávat

⁷ Např. pojetí prezentované v DSM a MKN a psychoanalytické tradici např. v práci Ericksona, Jacobsonové, Fairbairna, Knighta, Kleinové, Winnicotta, Mahlerové, Kohuta, Kernberga, Adlera, Mastersona, Searlese atd. (Boleloucký et al., 1993).

⁸ Kvůli absenci, nebo minimálnímu výskytu bludů a halucinací nespádají do kategorie psychóz, ale zároveň nejsou tak soudržní, srozumitelní a daleko více se trápí než pacienti neurotičtí (McWilliams, 2015).

(Praško & Kosová, 2001). Řešením se stalo vyčlenění „hraniční“ pozice mezi neurózou a psychózou. Až při sestavování DSM-3 (American Psychiatric Association, 1980) v 70. letech 20. století, byla analyzována literatura věnující se „hraničním stavům“. Snahou manuálu bylo pojmut všechny důležité fenomény psychiatrie založené na shodě odborníků. Impulsy k přezkoumávání a pochopení „hraniční“ pozice pramenily také z komplikované léčby a psychotherapeutické zkušenosti – pacienti na léčbu nereagovali tak, jak se předpokládalo, že by měli (viz kap. 4.3 *Specifika psychoterapie klientů s hraniční poruchou osobnosti*).

V ustanovování diagnózy HPO, jak je známá dnes, se z psychoanalytické tradice nejvíce odrazily práce Gundersona a Kernberga (in Riegel et al., 2020).⁹ „Hraniční stav“ tak získal dvojí pojetí, které se vzájemně prolíná (ač je patrná snaha je oddělovat): (1) pojetí osobnosti jako zranitelné a nestálé – hraniční porucha osobnosti; (2) stabilnější anomální projevy, které geneticky korelují se schizofrenií (určitá latentní forma schizofrenie) - schizotypová porucha osobnosti (Boleloucký et al., 1993). Došlo tedy k posunu v užívání pojmu „hraniční“ a zároveň také k jeho zúžení. McWilliams (2015, 67) tuto skutečnost kritizuje a podotýká, že se tím ztratila část původního významu, respektive vytratil se nástroj, jak lze na úrovni psychického fungování popisovat „*stabilní nestabilitu na hranici mezi neurotickým a psychotickým rozmezím*“.¹⁰

Hraniční porucha osobnosti měla při svém prvním zařazení v psychiatrické klasifikaci DSM-3 (American Psychiatric Association, 1980) čistě deskriptivní charakter. Pro poruchu byla stanovena jednotlivá kritéria, která byla doplněna v DSM-4 (American Psychiatric Association, 1998)¹¹ a v DSM-5 (American Psychiatric Association, 2015) už zůstávají neměnná. Na základě osobnostních rysů jako dramatičnost a emoční labilita byla zařazena do klastru B mezi histrionskou, narcistickou a antisociální poruchou osobnosti. Dle Gundersona (Gunderson et al., 2018) má HPO mezi poruchami osobnosti stěžejní místo, neboť po jejím zavedení se stala jednou z nejčastěji vyskytujících se poruch osobnosti. Do Mezinárodní klasifikaci nemocí byla k HPO paralelní *emočně nestabilní porucha osobnosti* poprvé zařazena roku 1993 v desáté revizi (World Health Organization, 1993).

⁹ Kernbergův vklad je výrazný v psychostrukturálním přístupu, v principech kategoriálního smýšlení zase práce Gundersona (in McWilliams, 2015).

¹⁰ Není tedy například možné mluvit o obsedantních lidech na hraniční úrovni.

¹¹ Konkrétně byla přidána formulace „*V reakci na stres přechodné paranoidní projevy a těžké disociativní symptomy*“.

Do té doby obsahovala MKN diagnózu *explozivní osobnost*, která zahrnovala část symptomatiky vlastní HPO (World Health Organization, 1978).¹²

Ukotvením v manuálech došlo k provázanosti HPO (a obecně poruch osobnosti) s diagnostickými systémy, které zahrnují i onemocnění somatická a odklonu od psychoanalýzy. V nejnovějších manuálech DSM-5 (American Psychiatric Association, 2015) a MKN-11 jsou však naopak patrné tendence odklánět se od deskriptivní diagnostiky směrem k pojetí dimenzionálnímu, které s sebou opět přináší větší propojení s psychoanalýzou, zejména s psychostrukturální teorií Otto Kernberga.

¹² Psychiatrická kategorizace byla zahrnuta do MKN-6 v roce 1949 (World Health Organization, 1949).

2 PSYCHIATRICKÉ POJETÍ HRANIČNÍ PORUCHY OSOBNOSTI

Kapitola představí současně platné diagnostické přístupy k HPO a symptomy podmiňující diagnostikování poruchy. V současném psychiatrickém lékařském diskurzu jsou aktuálně využívána dvě pojetí: hraniční porucha osobnosti v DSM-5 (American Psychiatric Association, 1998) a jí odpovídající emočně nestabilní porucha osobnosti (hraničního typu) v MKN-10 (World Health Organization, 1993).¹³ V dosavadní diagnostice převládá **klasifikace kategoriální**, avšak již DSM-5 (American Psychiatric Association, 2015) obsahuje návrh dimenzionálního modelu a aktuálně nastupující MKN-11 je pak vystavěna výhradně na **dimenzionálním přístupu**. Ten má ambici eliminovat překryv diagnóz (Riegel et al., 2020), adekvátně objasnit častou komorbiditu, získat vyšší empirickou podporu, a zejména zvýšit klinické využití diagnostických systémů (Keeley et al., 2014). V důsledku tak získat relevantnější informace o prognóze a predikci (Wright et al., 2016).

V procesu diagnostiky poruch osobnosti je důležitá **diagnostika diferenciální**, která pracuje s případnými alternativami a rozšiřuje oblast suspekce o další možná onemocnění, poruchy, symptomy či jevy. Je třeba odlišit poruchu osobnosti od akcentovaných osobnostních rysů nebo od epizod jiných duševních poruch. Zvláště pak je podstatná diferenciacie poruch osobnosti od poruchy úzkostné a depresivní, psychotické, od poruchy užívání látek, od posttraumatické stresové poruchy a od změny osobnosti způsobené jiným (somatickým) onemocněním (American Psychiatric Association, 2015). Poruchy osobnosti se nadto často nevyskytují samostatně, jelikož je pro tuto oblast typická častá **komorbidita** s jinými poruchami a onemocněními (Praško, 2015).

2.1 Kategoriální přístup k hraniční poruše osobnosti v DSM-5 a MKN-10

Dominantním nástrojem pro diagnostiku HPO je kategoriální pojetí založené na dichotomickém posuzování předem daných kritérií, která se kvalitativně odlišují od projevů

¹³ Převodník DSM-5 (American Psychiatric Association, 2015, s. 5) diagnózu HPO v MKN-10 řadí pod emočně nestabilní poruchu osobnosti. Lai et al., (2012) jednotlivé klasifikační systémy porovnali a podpořili názor, že je lze vnímat analogicky.

běžné populace (Smolík, 2002). Důraz je tedy kladen na maladaptivní projevy, které jsou v prožívání a chování jedince repetitivní (Riegel et al., 2020). Pro stanovení diagnózy poruchy osobnosti je třeba vždy splňovat **obecné rysy pro poruchu osobnosti** v podobě neflexibilních, maladaptivních a přetrvávajících vzorců chování a prožívání (American Psychiatric Association, 2015). Vymezení abnormality pak determinuje znalost aktuální kulturně podmíněné normy. Klient je tudíž porovnáván s obrazem, jak „*průměrný člověk v dané kultuře vnímá, myslí, cítí a zvláště utváří vztahy k druhým*“ (Světová zdravotnická organizace, 2006, 161).

Pro stanovení diagnózy **hraniční porucha osobnosti** se u jedince musí vyskytovat alespoň 5 z 9 kritérií **DSM-5** uvedených v následujícím výčtu:

1. Horlivá snaha jedince vyhnout se skutečnému nebo domnělému opuštění.¹⁴
2. Vzorec nestabilních a intenzivních interpersonálních vztahů charakterizovaných kolísáním mezi extrémní idealizací a devalvací.
3. Porucha identity: výrazně a trvale nestabilní sebeobraz a vnímání sebe sama.
4. Impulzivita nejméně ve dvou oblastech, které v sobě nesou riziko sebepoškození (např. utrácení peněz, sex, abúzus látek, bezohledné řízení motorových vozidel, záchvaty přejídání). (Poznámka: nezařazujte sem suicidální a sebepoškozující chování popsané v kritériu 5).
5. Opakující se suicidální jednání, gesta a pohružky nebo sebepoškozující chování.
6. Afektivní nestabilita v důsledku výrazné reaktivity nálady (např. intenzivní epizodická dysforie, iritabilita či úzkost, která obvykle trvá několik hodin, vzácně pak déle než několik dnů).
7. Chronické pocity prázdnoty.
8. Nepřiměřený, intenzivní vztek či potíže s ovládním vzteku (např. častá náladovost, trvalá zlost, opakované fyzické konflikty).
9. V reakci na stres přechodné paranoidní projevy a těžké disociativní symptomy.

¹⁴ Poznámka: nezařazujte sem suicidální a sebepoškozující chování uvedené v kritériu 5.

V Evropské **MKN-10** (World Health Organization, 1993) se fenomén HPO skrývá pod názvem **emočně nestabilní porucha osobnosti** (ENPO), která je rozdělená na typ impulzivní a hraniční. Aby jedinec naplnil kritéria pro stanovení diagnózy, musí prvně splňovat kritéria pro poruchy osobnosti obecně. Pro impulzivní typ se u jedince následně musí objevovat druhé kritérium (Evidentní tendence k nesnášenlivému chování a ke konfliktům s ostatními, především když je impulzivní konání někým přerušeno nebo kritizováno) a zároveň další 2 kritéria specifická pro **impulzivní typ** prezentovaná níže:

1. Zřetelná tendence jednat neočekávaně a bez uvážení následků.
2. Evidentní tendence k nesnášenlivému chování a ke konfliktům s ostatními, především když je impulzivní konání někým přerušeno nebo kritizováno.
3. Sklon k výbuchům hněvu či zuřivosti s neschopností kontrolovat následné explozivní chování.
4. Obtíže se setrváním u jakékoliv činnosti, která nenabízí okamžitý zisk.
5. Nestálá a nevypočitatelná nálada.

Pokud jedinec naplní minimálně 3 kritéria impulzivního typu, je třeba posoudit, zda se u jedince nevyskytují symptomy hraničního typu. Při nasbírání minimálně 2 z nich, může být diagnostikován **hraniční typ**.

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. Opakovaná nebezpečí nebo realizace sebepoškození.
5. Chronické pocity prázdnoty.

Následující tabulka předkládá ucelený přehled a srovnání jednotlivých diagnostických kritérií HPO či ENPO z DSM-5 a MKN-10. Pro snadnější komparaci vedle sebe klade obsahově příbuzná kritéria.

Tab. 1: Přehled diagnostický kritérií podle MKN-10 a DSM-5

MKN – 10 Emočně nestabilní porucha osobnosti	DSM – 5 Hraniční porucha osobnosti
A. Impulzivní typ	
1. Zřetelná tendence jednat neočekávaně a bez uvážení následků.	4. Impulzivita nejméně ve dvou oblastech, které v sobě nesou riziko sebepoškození (např. utrácení peněz, sex, abúzus látek, bezohledné řízení motorových vozidel, záchvaty přejídání) (Poznámka: nezařazujte sem suicidální a sebepoškozující chování popsané v kritériu 5).
2. Evidentní tendence k nesnášenlivému chování a ke konfliktům s ostatními, především když je impulzivní konání někým přerušeno nebo kritizováno.	
3. Sklon k výbuchům hněvu či zuřivosti s neschopností kontrolovat následné explozivní chování.	8. Nepřiměřený, intenzivní vztek či potíže s ovládním vzteku (např. častá náladovost, trvalá zlost, opakované fyzické konflikty).
4. Obtíže se setrváním u jakékoliv činnosti, která nenabízí okamžitý zisk.	
5. Nestálá a nevypočitatelná nálada.	6. Afektivní nestabilita v důsledku výrazné reaktivity nálady (např. intenzivní epizodická dysforie, iritabilita či úzkost, která obvykle trvá několik hodin, vzácně pak déle než několik dnů).
B. Hraniční typ	
1. Narušená a nejistá představa o sobě samém, cílech a vnitřních preferencích, včetně sexuálních.	3. Porucha identity: výrazně a trvale nestabilní sebeobraz a vnímání sebe sama.
2. Sklon k zaplétání se do intenzivních a nestálých vztahů, které často vedou k emočním krizím.	2. Vzorec nestabilních a intenzivních interpersonálních vztahů charakterizovaných kolísáním mezi extrémní idealizací a devalvací.
3. Přehnaná snaha vyhnout se odmítnutí.	1. Horlivá snaha jedince vyhnout se skutečnému nebo domnělému opuštění (poznámka: nezařazujte sem suicidální a sebepoškozující chování uvedené v kritériu 5).
4. Opakovaná nebezpečí nebo realizace sebepoškození.	5. Opakující se suicidální jednání, gesta a pohružky nebo sebepoškozující chování.
5. Chronické pocity prázdnoty.	7. Chronické pocity prázdnoty
	9. V reakci na stres přechodné paranoidní projevy a těžké disociativní symptomy.

Na první pohled je zjevné, že se diagnostické manuály navzájem inspirují a diagnostická kritéria jsou si podobná. Navíc je termín HPO specifický pro DSM užíván i v tuzemské literatuře a v odborných textech se volně čerpá z výzkumů opírajících se o rozdílné klasifikační systémy.¹⁵ Kromě celkové práce s kritérii pramenící z kategorizování diagnózy v MKN-10 se objevují rozdíly zejména v absenci devátého kritéria HPO v MKN-10 – v reakci na stres přechodné paranoidní projevy a těžké disociativní symptomy. Další odchylkou je bližší upřesnění charakteristické nestability interpersonálních vztahů v DSM-5 „kolísáním mezi extrémní idealizací a devalvací“, ve kterém jsou patrné psychoanalytické kořeny.¹⁶ Zároveň lze v obou diagnostických systémech pozorovat otisk tvrzení, že lidé s hraniční poruchou osobnosti jsou **nehomogenní skupinou**¹⁷.

Při kombinatorickém propočítání lze u HPO nalézt 256 způsobů, jak lze kritéria HPO naplnit, přičemž v extrémním případě mohou dva pacienti s diagnostikovanou HPO sdílet pouze jedno kritérium.¹⁸ Obdobně se lze v MKN-10 dopočítat k 11 kombinacím pro impulzivní typ a 416 pro typ hraniční (Richter, 2019).

2.1.1 Profil jedince s HPO dle diagnostických kritérií

Zatímco označení „hraniční“ akcentuje **nezařaditelnost a oscilaci** mezi extrémními situacemi, název emočně nestabilní porucha osobnosti odkazuje k problémům **v oblasti emocí**. Prezentovaná diagnostická kritéria pojmenovávají impulzivní jednání pramenící z afektivní dysregulace – převážně se jedná o hněv, vztek a zuřivost. Častým projevem je **reaktivita nálady** jako dysforie, iritabilita a úzkost, projevující se kromě zmíněného vzteku také panikou a zoufalstvím. Agrese bývá dávána do úzké spojitosti s impulzivitou a omezenou schopností zvážit následky svého chování, což je označováno jako „**impulzivní agrese**“. Například Bellino et al. (2008) však upozorňují na to, že nástroje na měření impulzivity a agrese odlišně korelují se zbylými klinickými projevy HPO. Problémem je opět nejasný význam pojmů. V tomto případě zejména termínu impulzivita, kterou lze

¹⁵ To je patrné např. v názvu knihy „Hraniční porucha osobnosti a její léčba“ (Grambal et al., 2017).

¹⁶ Konkrétně v teorii objektních vztahů a v mechanismu obrany ega označovaném jako štěpení – „splitting“ (Fertuck et al., 2018).

¹⁷ Např. už v 60. letech z práce Grinkerova vyvstala tato dodnes diskutovaná skutečnost o nehomogenitě skupiny hraničních pacientů, kterou lze navíc všelijak kategorizovat (Boleloucký et al., 1993).

¹⁸ Tato skutečnost komplikuje stanovení léčebného plánu pro tyto jedince (American Psychiatric Association, 2012).

například dělit na (1) afektivní dysregulaci, (2) behaviorální dysregulaci a (3) narušenou identitu, mezi kterými však dochází k vzájemnému překrývání (Sebastian et al., 2013).

Impulzivita však může predikovat nejen agresivitu ale i **sebepoškozování** (Terzi et al., 2017). Na rozdíl od impulzivního typu totiž směřuje jedinec s ENPO hraničního typu nezvládnuté afekty nejen vůči svému okolí, ale i proti sobě samotnému. Výbuchy zlosti mohou vést k násilí na sobě samém, k abúzu drog, přejídání nebo i **suicidálním pokusům** (Grambal et al., 2017). Tyto projevy se vztahují ke kritériím pojmenovávajícím automutilaci a suicidium, jehož příčina může zahrnovat hned několik důvodů. MKN-10 (World Health Organization, 1993) uvádí, že tyto jevy nemusejí mít zjevnou příčinu, bývají důsledkem prožívání **chronického pocitu prázdnoty** a převážně pramení z krizí v nestabilních interpersonálních vztazích, které jsou pro HPO signifikantní. Důležitou roli ve vztahové oblasti hraje strach ze skutečného nebo domnělého **opuštění**. Ten je také strachem ze samoty a osamocení, přičemž snaha tomuto stavu předejít může vést k suicidálním pohrůzkám nebo sebepoškozování (American Psychiatric Association, 2015).

Pro vztahy je specifický **nestabilní** a **intenzivní** charakter, objevuje se upřednostňování partnera před sebou samým a obětavé chování, s čímž se pojí pocit nedocení, opakující se zklamání a zlost, jež mohou generovat vyčerpání a vyhoření (Grambal et al., 2017). Dle DSM-5 (American Psychiatric Association, 2015) je vztahovost specifikována „kolísáním mezi extrémní idealizací a devalvací“.¹⁹ Reakcí na domnělé či skutečné opuštění mohou být také ony „přechodné paranoidní projevy a těžké disociativní symptomy“ DSM-5 (American Psychiatric Association, 2015). Ty bývají přechodné a při relevantní odborné péči mohou samovolně vymizet (American Psychiatric Association, 2015).

2.2 Dimenzionální přístup k hraniční poruše osobnosti v DSM-5 a MKN-11

Dimenzionální přístup je vyústěním skepse vůči kategoriálním modelům a zároveň voláním po komplexnějším uchopení reflektujícím individuální a skutečné problémy jedince. V DSM-5 (American Psychiatric Association, 2015) je dimenzionální model prezentován jako alternativní přístup vedle tradičního kategoriálního pojetí. Stírá rigidní hranice mezi „normální osobností“ a maladaptivními rysy osobnosti a zdůrazňuje zaměření

¹⁹ Tuto extrémní oscilaci je možné označit jako *splitting* nebo *dichotomické myšlení* (Fertuck et al., 2018).

na **funkční narušení osobnosti** (American Psychiatric Association, 2015). Nadcházející klasifikace MKN-11 pak dimenzionální pojetí ustanovuje jako jediné platné a tím mění výchozí smýšlení nad oblastí poruch osobnosti a HPO; ačkoli v jejím případě je stále zahrnut kvantifikátor hraničního vzorce osobnostního narušení, který se zakládá na kategoriálním přístupu k HPO, jež byl převzat z DSM (Riegel et al., 2020).

V obou modelech dochází ke spojení patologických rysů osobnosti s narušením funkčních schopností (American Psychiatric Association, 2015). Dalo by se říci, že v MKN-11 je míra funkčních schopností jedince esenciálním kritériem diagnostiky (Riegel et al., 2020). Tento posun snižuje tendenci patologizovat neobvyklé chování, při němž k funkčnímu narušení nemusí docházet (Keeley et al., 2014).²⁰ Pokud k němu dochází, pak je třeba se věnovat tomu, jaké patologické rysy/vlastnosti se u daného jedince projevují a jaké problémy způsobují.

Alternativní dimenzionální přístup **DSM-5** v sobě obsahuje pouze 6 z 10 poruch osobnosti kategoriálního pojetí. Diagnóza HPO zůstává a pro její stanovení je nutné, aby se projevilo střední nebo těžké **narušení funkční schopnosti člověka** ve 2 nebo více oblastech:

1. identita,
2. sebeřízení,
3. empatie,
4. intimita.

I přes zaměření na psychopatologii ve smyslu patologických rysů osobnosti, je možné u těchto dimenzí postihnout i opačný pól, který se pak v celkovém klinickém obrazu projevuje **protektivně**.²¹ U daného jedince se pak musí objevit alespoň 4 patologické osobnostní rysy z následujícího seznamu. Konečný výčet přitom musí obsahovat minimálně 1 z trojice rysů – impulzivita, riskování, hostilita:

1. emoční labilita,
2. úzkostnost,

²⁰ Např. člověk, který je fascinován žábami, o něž se zajímá, zkoumá je, investuje do nich značné množství času, se chová jednoznačně neobvykle. Pokud se ovšem u něj neobjevuje funkční narušení: adekvátně funguje ve společnosti, pečuje o sebe, navazuje partnerské vztahy, vykazuje určitou životní spokojenost, atd.; nelze mu stanovit psychickou poruchu (Keeley et al., 2014).

²¹ Je možné, zde vidět určitý náznak tzv. „pozitivní diagnostiky“, který posouvá přístup diagnostických manuálů, které na duševní zdraví pohlíží jako na absenci nemoci (McWilliams, 2015).

3. nejistota z odloučení,
4. depresivita,
5. impulzivita,
6. riskování,
7. hostilita.

V **MKN-11** hrají funkční schopnosti člověka v projevech vůči sobě i druhým stěžejní roli, neboť je možné, aby byly v rámci diagnostiky jediným výrazně patologickým rysem.

Stupně závažnosti jsou stanoveny následovně:

1. osobnostní potíže,
2. mírná porucha osobnosti,
3. střední porucha osobnosti,
4. těžká porucha osobnosti.

Osobnostní potíže jsou paralelní k dosavadní kategorii „akcentovaná osobnost“. V tomto pojetí jsou osobnostní obtíže konkrétně koncipovány jako nekonzistentní projevy nedosahující intenzity poruchy osobnosti a jsou např. vázané jen na stres (Riegel et al., 2020). Diagnóza pak může být dále zpřesněna 1 nebo více z 5 **kvantifikátorů osobnostních rysů** (Reed, 2018):

1. negativní afektivita,
2. odtažitost,
3. disocialita,
4. desinhibice,
5. anankastie,

Pro téma HPO je podstatná existence 6. kvantifikátoru – **hraniční vzorec osobního narušení**. Ten je založený na převzatých **kritériích HPO z DSM**. Pokud se u jedince projeví 5 z 9 kritérií je možné mu tento kvantifikátor stanovit. Výsledná diagnóza pak podle MKN-11 může vypadat následovně: Těžká porucha osobnosti s hraničním vzorcem osobnostního narušení, disociací a anankastií.

Zařazení kritérií z DSM může být v kontextu MKN-11 považováno za zpátečnické, jelikož se navrácí ke kategoriálnímu pojetí, a to konkrétně u této jediné poruchy osobnosti. Není zcela jasné, možná ani adekvátně vyargumentované, proč je právě HPO v novém pojetí takto výlučná a sama o sobě nese určitou diskriminaci a stigma. Bach a First (2018) rozhodnutí objasňují tím, že se jedná u většině odborníků o známý ukazatel sloužící k indikaci adekvátního typu psychoterapie pro tyto klienty. Riegel et al. (2020) však podotýkají, že taková indikace existuje i u narcistické poruchy osobnosti, ale ta do výsledného pojetí MKN-11 není zařazena. Krok lze vyložit i jako snahu o ponechání nálepky „pozor, problematický pacient“ a jako nechuť ztratit kategorii, jež může plnit funkci odpadkového koše pro pacienty, kteří jsou obtížní, ať už se potýkají s HPO nebo nikoli, na což upozorňuje například Praško (2015).

I přes určité nadšení a vidinu slibné budoucnosti dimenzionálního přístupu, se objevuje skepse a kritika spočívající možná jen ve snaze novelizovat onu nejkontroverznější část psychiatrické klasifikace. Vystávají například otázky, zda mají prezentované systémy skutečně slibovaný empirický podklad a zda zapadají do dosavadních teoretických poznatků a klinického pozorování (Miller et al., 2012).

3 PSYCHOSTRUKTURÁLNÍ POJETÍ HRANIČNÍ PATOLOGIE

Následující kapitola se věnuje Kernbergovu psychostrukturálnímu pojetí hraniční patologie, které je jedním z psychodynamických přístupů k diagnostice poruch osobnosti, přičemž je dán důraz na kategorii hraniční organizaci osobnosti. Text vychází z Kernbergových (1975, 1993) myšlenek a kvůli značné komplikovanosti celé tradice se opírá také o jejich zhodnocení dalšími autory jako McWilliams (2015), Riegel et al. (2020) a Boleloucký et al. (1993).

Boleloucký et al. (1993) pokládají v tématu poruch osobnosti za stěžejní deskriptivní přístupy a Kernbergovu psychostrukturální teorii. Dnes, ač by se seznam musel doplnit o dimenzionální pojetí, zůstává tohle teoretické jádro neměnné. Z psychoanalytické tradice, která má na poli diagnostiky poruch osobnosti svébytné místo, vyústila dvě dominantní pojetí hraniční patologie, která sloužila jako podklad kategoriálního vymezení HPO v DSM-3. Jedná se o pojetí Gundersona, jež kategoriální přístup z diagnostického manuálu přejal nejvíce, a o Kernbergovu psychostrukturální teorii. Ta je specifická tím, že za pozorovaným chováním pacientů a subjektivně vnímanými potížemi hledá „*patologické rysy psychologických struktur, které jsou jejich základem*“ (Riegel et al., 2020, 85). Právě tato část Kernbergovy teorie vytváří propast mezi psychoanalýzou a DSM, jelikož v manuálu nebyla zahrnuta.²²

Ona propast je patrná v citaci McWilliams (2015, 29): „*Hlavním tématem této knihy [Psychoanalytická diagnóza] je ukázat zbytečnost stanovování diagnózy pouze na základě zjevného problému.*“ Přičemž právě **psychoanalytická tradice** si je vědoma **rozdílů** mezi symptomy pramenícími ze **zátěže** a problémy spjatými s **osobností** jedince. Proto se ukázalo jako žádoucí rozlišovat mezi pojmem HPO formulovaným v DSM a pojmem **hraniční uspořádání osobnosti** (Kernberg, 1993). Jak shrnuje McWilliams (2015), Kernberg pojímal hraniční psychopatologii jako **jádro všech poruch** osobnosti a oproti DSM, která zapomíná

²² „Otcem“ kategoriálního pojetí HPO, tak jak se objevuje v diagnostických manuálech (zejména DSM), je zejména Gunderson, jehož pozměněná práce se do výsledných kritérií otiskla (Boleloucký et al., 1993). I když se zásluhy připisují také Kernbergovi, kategoriální přístup nevěnuje pozornost intrapsychickým konfliktům ani jejich dynamice, které jsou pro jeho teorii stěžejní (Riegel et al., 2020).

vymežit vlastní pojetí duševního zdraví, představuje i uspořádání osobnosti, které by **normálnímu fungování** odpovídalo.

Dle Bolelouckého et al. (1993) pojímá Kernberg pod vlivem školy objektních vztahů identitu jako aspekt složený z reprezentací sebe sama a internalizovaných vztahů s klíčovými lidmi. Identita pak vytyčuje organizaci charakteru, která je dynamická a v Kernbergově teorii označena za organizaci osobnosti. Tato organizace se vyskytuje ve 3 či 4 neohrazených dostupných hladinách/úrovních: neurotické (normální), psychotické a hraniční. Poslední jmenovaná se dělí na vyšší a nižší podle toho, zda má blíže k organizaci neurotické nebo psychotické.

Kernbergova strukturní diagnostika pak posuzuje úroveň organizace osobnosti a zaměřuje se na stupeň integrace/konsolidace identity; rovinu/zralost převažujících **obranných mechanismů**; a míru schopnosti testovat realitu (Boleloucký et al., 1993). Všechny tyto aspekty jsou následně pro každou hladinu organizace osobnosti specifické a individuální. Nyní budou jednotlivé úrovně organizace osobnosti stručně představeny s důrazem na hraniční uspořádání, jemuž bude věnována samostatná podkapitola.

Normální organizace osobnosti

Pro porozumění klinickému obrazu psychopatologie je třeba získat porovnání s fungující, normální osobností. Stejně jak je zmíněno v kontextu poruch osobnosti DSM-5 (American Psychiatric Association, 1998), i zde je třeba podotknout, že výraz normální je dobově a kulturně podmíněn. Je charakteristické určitým očekáváním, průměrností, chováním vnímaným majoritní populací. Normální organizace osobnosti je v psychostrukturální teorii pojímána jako „*integrováný a koherentní obraz sebe sama a významných druhých, zachycený v konceptu identity*“ (Riegel et al., 2020, 77).

Soudržné sebepojetí, které je vázáno v čase, umožňuje jedincovu seberealizaci a dosahování cílů, znamená schopnost vytvářet kvalitní intimní a sociální vztahy bez obavy z narušení hranic. U takto organizovaných osobností se objevuje bohaté spektrum emocí, které jedinci dokážou korigovat a při ojedinělém nezvládnutí afektu nést za své prožívání a chování zodpovědnost. Obranné mechanismy jsou převážně zralé (smysl pro humor a sublimace) nebo neurotické. Primitivní obranné mechanismy se neobjevují vůbec nebo jen málokdy (Riegel et al., 2020).

Neurotická organizace osobnosti

Ačkoliv pojem „neurotický“ evokuje něco negativního, dnešní psychoanalýza tento pojem slučuje s emočním zdravím. Být „neurotický“ znamená mít i přes emoční náročnost\utrpení vysokou míru fungování. U takto organizovaných osobností převládají zralejší obrany, zejména vytěsnění, a i při emočním zaplavení zůstává určitá míra objektivního uvažování a racionality. S jedinci vykazujícími neurotickou organizaci osobnosti se dobře psychoterapeuticky pracuje a nepřicházejí o kontakt s realitou. Psychoterapie má zde taky slibné výsledky, protože prožívanou psychopatologii prožívají jako egodystonní nebo ji tak jsou schopni v průběhu léčby začít brzy vnímat (McWilliams, 2015).

Psychotická organizace osobnosti

Psychotické organizaci osobnosti se podle McWilliams (2015) v Kernbergově teorii dostává minimálního zájmu, protože psychoterapeutické působení je problematické a léčba částečně spadá pod farmakoterapii. Taková struktura osobnosti se vyznačuje zmateností, roztržštěnou identitou a narušeným testováním reality. Objevují se primitivní obranné mechanismy, např. popření, psychotická projekce a štěpení, primitivní projekce, krajní disociace atd. Pokud se objevují u jedince psychotické fenomény – bludy a halucinace, je zjevné i stanovení diagnózy. Často však bývá bazální intrapsychický zmatek skrýván a projeví se až při konfrontaci se stresem a napětím. Psychotická organizace osobnosti nemá náhled nad svými potížemi a pokud ho jedinci v rámci psychoterapie získají, mnohdy jej zase ztratí. Psychoterapie má funkci předcházení „psychotické pohromě“, avšak tento efekt není zcela zjevný ani zaručený (McWilliams, 2015).

3.1 Hraniční organizace osobnosti

Stěžejní pojem Kernbergovy teorie je hraniční organizace osobnosti, jakožto střední cesta **mezi neurózou a psychózou** (McWilliams, 2015). Jinými slovy se zde objevují neurotické i psychotické charakteristiky, které jsou však stabilní ve své nestabilitě. Takovou strukturu osobnosti mnohdy nelze v psychoterapii rychle vypořádat. Kernberg (1975) podotýká, že není narušen kontakt s realitou, většinou se nevyskytují psychotické fenomény (nebo jen přechodně), a jsou schopni diferencovat *Self* od *non-Self* či mít pevné hranice mezi objektem a *Self*.

Jedinci s hraniční organizací struktury osobnosti v ostatních mohou vzbuzovat pocit empatie a přesvědčení, že nejsou nemocní. K odhalení hraniční organizace osobnosti

dochází, když jsou některé psychoterapeutovy intervence vnímány negativně a ofenzivně. Zároveň oproti neurotickým pacientům nemají tolik integrovanou **identitu**, jež podléhá **fragmentaci** a **difúzi** (Boleloucký et al., 1993). Charakteristický obranný mechanismus je **štěpení**, které odděluje protikladné představy o sobě a objektu, které by mohli vyvolat úzkost, čímž se v podstatě od vnitřních konfliktů distancují. Štěpení se pak projevuje určitou nerozhodností, impulsivitou, těkavými představami o sobě, které postrádají kontinuitu. Dále se vyjevuje problém prožít a uchopit ambivalenci, zesilovat a ponořovat se více do prožívaných afektů (Boleloucký et al., 1993).

Tito lidé zároveň **postrádají reflektivní funkci**, kdy mají potíže porozumět významu chování svému i svého okolí (Fonagy, 2000). Tento mechanismus štěpení tak představuje trvalou psychologickou strukturu a otiskl se i do kritérií DSM (American Psychiatric Association, 2015), jako vzorec nestabilních a intenzivních interpersonálních vztahů charakterizovaných kolísáním mezi extrémní idealizací a devalvací. Ke **vztahové těkavosti** dochází, protože samota/vzdálenost od lidí představuje až traumatické opuštění, při blízkosti a intimitě však zároveň nastává panika. Místo bohatého spektra jemně diferencovaných emocí, které by odpovídaly situacím, tito jedinci mnohdy zažívají vztek, který se objevuje náhle (McWilliams, 2015).

Hraniční organizace osobnosti představuje širokou a **variabilní** škálu ohraničenou na jedné straně organizací neurotickou a na druhé psychotickou. O to rozmanitější je pak závažnost projevů, od nichž se odvíjí prognóza a psychoterapeutické možnosti (McWilliams, 2015).

4 VYBRANÉ ASPEKTY ODBORNÉ PRAXE S KLIENTY S HRANIČNÍ PORUCHOU OSOBNOSTI

Doposud byly v předkládané diplomové práci představeny možnosti pojetí hraniční patologie a hraniční poruchy osobnosti. Nadcházející kapitola doplňuje do fenoménu hraniční poruchy osobnosti ještě vybrané aspekty odborné praxe, neboť právě v ní se nachází zásadní významy, které zpětně ovlivňují i teoretické, diagnostické a potažmo také společenské smýšlení a změny. Jedná se zejména o otázky stigmatizace, proces sdělování diagnózy či psychoterapie klientů s HPO.

4.1 Stigma a internalizované stigma u hraniční poruchy osobnosti

Dlouhodobě diskutovaným tématem je téma stigmatizace, které souvisí specificky s fenoménem HPO a také obecně s psychiatrickými diagnózami díky tendenci destigmatizovat/zpřístupnit psychiatrickou péči. Stigmatem je myšlen odsuzující, odmítavý postoj na základě určité specifičnosti, jako je třeba duševní porucha, která dané jedince ze společnosti vyčleňuje (Hartl & Hartlová, 2010). Pojetí oné specifičnosti se odvíjí od **společenského hodnocení normy** a toho, zda konkrétní specifičnost norma ještě může zahrnout, či už se jedná o něco „nenormálního“. Pozice mimo normu je vázána na stigma a může vést k omezením (nebo k přesvědčení o omezených možnostech), jako je horší dostupnost zaměstnání, vzdělávání i ubytování nebo adekvátní léčby (Grambal et al., 2017).

Na pozici hodnotitele může být společnost, instituce (strukturální úroveň), komunita nebo samotný jedinec, který internalizuje předsudky orientované vůči němu do svého sebepojetí (Livingston & Boyd, 2010). To u něj v důsledku vede ke snížení vnímání vlastní zdatnosti (Corrigan & Watson, 2002). Na jedné straně je ve společnosti zakořeněný **strach z psychiatrické péče**, nadto má však samotné téma HPO v tomto kontextu oproti ostatním psychiatrickým diagnózám dominantní postavení (Ocisková & Praško, 2015). Například blízká rodina, jejíž člen se potýká s HPO si mnohdy odmítá připustit, že by se skutečně

jednalo o psychickou poruchu a potíže bagatelizují, skrývají před společností, nebo pokládají za běžný povahový rys (Ocisková & Praško, 2015).

Těžiště tématu stigmatizace HPO spočívá spíše u **odborného personálu**, nežli u samotné společnosti (Sulzer et al., 2016). Riegel et al. (2020) připisují stigmatizaci poruch osobnosti v České republice obecně chybějícím informacím o zahraničních trendech na tomto poli a přílišnému lpění odborníků na kategoriální diagnostice. Ocisková a Praško (2015) objasňují, že ke stigmatizaci dochází především u diagnóz, u kterých je obtížná léčba, přičemž léčba poruch osobnosti je jednou z nejvíce diskutovaných a nejnáročnějších oblastí psychiatrie, jež vyžaduje dlouhodobé úsilí (Praško, 2015).

Zároveň je možné, že u HPO dochází k větší míře stigmatizace v návaznosti na silné bouřlivé **emoce** pramenící z klinického obrazu diagnózy i na určitý protipřenos odborníků. Např. Praško et al., (2012) shrnují, že je vysoká míra stigmatizace s protipřenosem často propojovaná a nereflektovaný protipřenosový vztah je jedním z rizik újmy pacientů s HPO v psychoterapii²³. Ze strany odborného personálu je rovněž kopírován onen vzorec emocionální oscilace, jelikož se v této oblasti objevuje jednak vysoká míra ochrannosti a samaritánství, ale zároveň i devalvační a hostilní reakce, což může rozdělit a narušit pracovní kolektiv. Objevují se názory, že se u pacientů s HPO objevuje nežádoucí chování, protože se jim nechce ho regulovat (např. Markham & Trower, 2003) a personál se pak od těchto pacientů distancuje. Na takové jednání jsou mnohdy pacienti s HPO citliví a zažívají jej opakovaně, čímž si legitimitu vlastních obav z nepřijetí a odmítnutí potvrzují (Aviram et al., 2006).

Grambal et al. (2017) podotýkají, že téma stigmatizace HPO v České republice nebylo doposud systematicky zkoumáno, ač se dle klinických rozprav s pacienty ukazuje jako důležité. Uchopit a potvrdit stigmatizaci pacienta personálem je náročný úkol (pokud se nejedná o zjevné pochybení, které ze stigmatizace pramení) a existují tak spíše nepřímé důkazy o jeho existenci: např. předepisování neadekvátních léků ve vysokých dávkách (Gunderson et al., 2018) nebo nesdělování diagnózy HPO pacientům (Sulzer et al., 2016). Grambal et al. (2017) poukazují na skutečnost, že k tématu stigmatizace chybí nebo dokonce absentují studie, které by zkoumaly postoje psychiatrů.

²³ Viz kap. 4.3 *Specifika psychoterapie klientů s hraniční poruchou osobnosti*.

4.2 Sdělení diagnózy hraniční poruchy osobnosti

Diagnóza HPO je jedna z nejčastějších poruch osobnosti, se kterou se psychiatři ve své praxi setkávají, současně však v jejím stanovení mnohdy neshodnou (Grambal et al., 2017). Aktuální diagnostika založená na deskriptivních přístupech nadto odborníkům nepřináší jistotu ve stanovení diagnózy, jelikož jedinec, i když nenaplní kritéria poruchy osobnosti, do této kategorie může spadat. Jistotu ve správném stanovení diagnózy poruchy osobnosti pak odborník dosáhne jen ve chvílích, kdy se jedná o závažnou psychopatologii (Riegel et al., 2020). To může být jedním z vysvětlení výzkumných zjištění, že odborníci mnohdy pacientům **nesdělují**, že jim diagnostikovali HPO (Sulzer et al., 2016; Fallon, 2003; Castillo et al., 2001), i když se v této situaci, dle prevalence HPO v klinické populaci, nacházejí psychiatři často. V návaznosti na téma stigmatizace Ocisková a Praško, (2015) podotýkají, že je potřeba diagnózu sdělovat a adekvátně a citlivě ji vysvětlit. Riegel et al. (2020) pak podotýkají, že při sdělování diagnózy poruchy osobnosti může dojít k velkému nepochopení, ale i ke vzájemnému pochopení, avšak zdůrazňují, že pravidlem zůstává **neztratit pacienta**.

Sdělování diagnózy poruchy osobnosti na psychiatra (či psychologa) klade vysoké požadavky. Odborníky používaný pojmový aparát nemusí být laikovi znám a nemusí mít ani představu, co se skrývá pod samotným pojmem osobnost. Navíc může být bezprostředně po sdělení diagnózy zaplavený protichůdnými emocemi a nedokáže informace zpracovávat (Riegel et al., 2020).

Sulzer et al. (2016), kteří se pomocí metody zakotvené teorie zaměřovali na způsoby, jakými klinici sdělují diagnózu HPO dospěli k několika zjištěním: Klinici byli ochotni spíše mluvit o komorbidních potížích, aniž by zmínili diagnostikovanou HPO. Někdy raději diagnózu HPO zaměňovali za posttraumatickou stresovou poruchu, kterou vnímali jako méně stigmatizující způsob, jakým mluvit o symptomech HPO. Další strategií bylo využívání eufemismů, např. klastr skupiny B, hraniční rysy nebo obtížná regulace emocí. Někteří využívali eufemismů, které střídali s popisováním komorbidních potíží a skupina, která adekvátně pojmenovala a vysvětlila diagnózu HPO byla ojedinělá.²⁴ Ačkoliv lékaři vlastní odborný úsudek obhajovali ochranou pacienta před stigmatizací, nespokojeností či závislostí pacienta na diagnóze, pro pacienty bylo zjištění stanovené diagnózy HPO zdrojem

²⁴ V důsledku se pak pacienti o diagnóze HPO dozvěděli ze zdravotnické dokumentace nebo od dalších odborníků, kteří odhalili, že jim byla diagnóza v minulosti stanovena. Jedna respondentka citovaného výzkumu se například deset let mylně domnívala, že má diagnostikovanou bipolární afektivní poruchu.

úlevy a pocitu sounáležitosti. Pro mnohé to byl také zdroj informací a zásadní krok k získání adekvátní léčby, avšak objevují se i negativní reakce či zpochybňování diagnostických kritérií (Sulzer et al., 2016).

Jeví se tedy důležité pacientům sdělovat adekvátně a srozumitelně jejich stanovenou diagnózu HPO, neboť bez tohoto vědomí nemůžou zpochybnit nebo pojmenovat svůj stav, který by mohl být pro pacientovu identitu důležitý (Bury, 1982; Charmaz, 1983). Stejně tak Ocisková a Praško (2015) adekvátní sdělení vnímá jako mechanismus působící **proti stigmatizaci** a proto je možné nesdělení diagnózy v důsledku považovat za stigmatizující akt²⁵. Navíc má pacient právo být „srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu a o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách“ (Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), b.r.).

4.3 Specifika psychoterapie klientů s hraniční poruchou osobnosti

Obtížná diagnostika HPO a chyby z ní pramenící, mohou podle Paris (2007) způsobovat nesprávné léčebné indikace, které poškozují pacienta. V takovém případě se léčba zaměřuje na dílčí symptomatologii pomocí psychofarmak, které u HPO nemají zaručený efekt, jelikož pro ni **specifické léky neexistují** (Tusiani-Eng & Yeomans, 2018), a která jsou někdy i nadužívána a nevhodně kombinována (Limandri, 2018)²⁶. Samotní pacienti si nejsou mnohdy vědomi vlastní osobnostní patologie a jejich motivací je **řešit aktuální potíže** (Praško, 2015). Kontext vyhledání odborníka se v případě HPO různí. Někdy je pacient již dlouho nevhodně léčen, někdy je odborník jedním z řady, které již dotyčný vyhledal, jindy je psychoterapeut vyhledán mimo oblast zdravotnictví atd. Léčba pak může mít podobu krizové intervence, léčby komorbidních potíží anebo psychoterapie zaměřené na léčbu poruchy osobnosti (Praško & Kosová, 2001).

Před přijetím klienta do **psychoterapeutické péče**, která je vnímána, jako stěžejní v léčbě poruch osobnosti²⁷ (Grambal et al., 2017), vstupuje do procesu několik skutečností.

²⁵ Sulzer et al., (2016) originálním přirovnáním konstatovali že nesdělování diagnózy HPO zvyšuje a ilustruje její „Voldemortní“ status.

²⁶ Ačkoliv se nejedná o přesvědčivé empirické tvrzení, některé výzkumy dokládají využitelnost antipsychotik druhé generace, stabilizátorů nálady a omega 3 mastných kyselin (Bellino et al., 2011).

²⁷ V ideálním případě vhodně doplněna farmakoterapií zaměřenou na dílčí symptomy (Oldham et al., 2010).

První z nich je postoj psychoterapeuta k léčbě HPO (McWilliams, 2015). Psychoterapeutická léčba HPO je časově náročná (Praško, 2015) a někdy i neúčinná nebo za neúčinnou pokládána, jelikož porucha osobnosti je spojena s hluboce zakořeněnými vzorci chování a prožívání (World Health Organization, 1993). Výzkumy zabývající se účinností psychoterapie usilují o prokázání snížení symptomatologie, zlepšení psychosociálního fungování a dalších kvalit života, přičemž k nejzkoumanějším psychoterapeutickým směrům orientovaných na léčbu HPO patří **terapie zaměřená na schémata** (Storebo et al., 2020) a **dialektická behaviorální terapie** (Fassbinder et al., 2018).

Skutečností, která vstupuje do psychoterapeutického procesu již na počátku, jsou **cíle a očekávání** klienta a psychoterapeuta. Ač je diagnóza HPO zahrnuta do psychiatrické klasifikace jako lékařský model psychopatologie, odeznění nebo zmírnění symptomů není v tomto případě ztotožňováno s vyléčením nemoci. McWilliams (2015, 164) píše, že u osobnosti „*můžeme změnit hospodaření, ale nikoliv dynamiku*“, takže nelze proměnit povahu klienta, ale je možné mu pomoci, aby byl méně ničivý a např. neústupně depresivní.

Mohou se objevovat nerealistická očekávání směrem k cílům psychoterapie a ze strany klienta také k psychoterapeutovi (Grambal et al., 2017), která vedou ke zklamání. Nebo se naopak klient nechce zaměřovat na osobnostní patologii a po zvládnutí krize nebo komorbidních potíží psychoterapie končí (Praško, 2015). Psychoterapeut se tedy zaměřuje na klientovo očekávání a motivace, ze které se stanovují cíle psychoterapie a její hranice (Praško, 2015). Zároveň je zde riziko, že odhad klientovy motivace bude psychoterapeutem později zneužit jako ospravedlnění případné neúspěšnosti psychoterapie (Green & Wood, 2004), nadto se jedná o odhad často chybný (Jochems et al., 2016).

Riziko v psychoterapii klientů s HPO dále představují silné **protipřenosové reakce**. Pokud nejsou psychoterapeutem reflektovány, tak z počátečního zájmu a empatie může vyústit odosobněné jednání (Grambal et al., 2017). Je tedy důležité i pro psychoterapeuta vyjednat reálné psychoterapeutické cíle a být si vědom protipřenosových tendencí, které při nereflektování mohou poškodit klienta. Psychoterapeut pak projevuje přílišnou kritiku, popírá vlastní hněv, překračuje hranice nebo dokonce klienta zneužívá a mění si s ním role (Praško et al., 2012).

Psychoterapeut je ještě před započítím psychoterapie v paradoxní pozici, jelikož může pociťovat určité předsudky a úzkost (Jobst et al., 2010), které souvisí s jeho vlastním postojem k léčitelnosti HPO a vysokými nároky, které jsou na něj kladeny. Zároveň by si

měl být vědom psychoterapeutických úskalí a **dlouhodobého charakteru** léčby s **potenciálními nezdary**. Měl by zvážit, zda má potřebnou kapacitu (čítající například i supervizi) klienta s HPO do péče přijmout, ale zároveň nebýt ovlivněn stigmatizací, která se k fenoménu váže; zůstat otevřený a nepodléhat sebenaplňujícím předpovědím (Grambal et al., 2017).

VÝZKUMNÁ ČÁST

5 VÝZKUMNÝ DESIGN

Design prezentovaného výzkumu vychází z metody zakotvené teorie, která prochází celou praktickou částí práce. Jelikož v případě zakotvené teorie nelze izolovat a oddělit průběh výzkumu, stanovení cílů a výzkumných otázek od samotné analýzy a interpretace, budou klíčové body a okamžiky, jež významně ovlivňovaly další průběh výzkumu na odpovídajících místech, průběžně reflektovány. Stejně jako je potřeba objasnit proces stanovení specifických výzkumných otázek, které ve shodě se zvolenou metodologií vycházejí z procesu zkoumání. Nejdříve budou stanoveny výzkumné otázky a cíle výzkumu, které pro lepší orientaci ve struktuře textu a v uplatňovaných postupech posléze doplní představení metodologického rámce výzkumu.

5.1 Výzkumný problém a výzkumné otázky

Výzkumným problémem je odkrytí, reflexe a následné teoretické uchopení významu diagnózy HPO pro její nositele. Cíl výzkumu spočívá ve snaze přinést **osobní pohled respondentů** a skrze postupy zakotvené teorie tento pohled **zobecnit do podoby výsledné teorie**. Dílčím cílem pak je zjistit, zda existují v životě respondentů období či oblasti, jež podněcují (zvýšený) zájem o diagnózu.

Prezentovaný výzkum stanovuje tyto výzkumné otázky:

- Výzkumná otázka (obecná): **Co znamená hraniční porucha osobnosti pro nositele této diagnózy?**

Jelikož výzkumný proces v první řadě odkryl určitou ambivalenci v individuální důležitosti diagnózy, bylo potřeba ptát se konkrétněji: Proč je pro někoho stanovená diagnóza HPO důležitá a pro jiného ne? Avšak ani tato otázka v důsledku výstižně nemapuje hlavní zájem výzkumu, jelikož se ukázalo jako směrodatné a důležité ptát se na dění a průběh.

- Výzkumná otázka (specifická): **Kdy má stanovená diagnóza hraniční poruchy osobnosti význam pro jejího nositele?**

Vyjasnění těchto podmínek a porozumění pohledu respondentů by mohlo přispět k adekvátnímu a funkčnějšímu určování i sdělování diagnózy, většímu porozumění potřebám klientů ze strany psychoterapeutů i další dostupné pomoci a služeb.

5.2 Metodologický rámec výzkumu

Z povahy cílů výzkumu a výzkumných otázek přirozeně vyplývá **kvalitativní charakter výzkumného problému**, který zároveň znesnadňuje aplikování kvantitativních metod. Kvalitativní metodologie umožňuje o zkoumaném jevu získat detailní informace, které by se statistickým přístupem obtížně podchytily (Strauss & Corbinová, 1999). Ač je dle Miovského (2006) kvalitativní přístup záhodno použít tam, kde toho o zkoumaném jevu zatím moc nevíme, předkládaný výzkum tuto skutečnost neodráží, jelikož lze říci, že „trpí“ problémem opačným a chybí zde spíše ucelenost. Kvalitativní metodologie je zde spíše využívána k „získání nových a neotřelých názorů na jevy, o nichž už něco víme“ (Strauss & Corbinová, 1999, 11). Prostředky k nalezení odpovědi na výzkumnou otázku tedy nespočívají pouze v tvorbě nových dat, ale i v syntetizaci a integraci stávajícího vědeckého poznání.

Směrodatné je zaměřit se na významy a problémy spjaté s HPO z pohledu nositele této diagnózy a zjistit tak podstatu zkoumaného problému. Ze získaných dat se vynořená specifická výzkumná otázka ptá „*Kdy má stanovená diagnóza HPO význam...*“ a poukazuje na proměnlivost v čase. Úkolem výzkumu je tedy ve zkoumaném pohledu na diagnózu postihnout její dynamiku v čase. Výzkumné ambice postihnout dynamicky se vyvíjející a měnící jev, je možné naplnit právě v **metodě zakotvené teorie**, jejímž cílem je skrze teorii co nejlépe objasnit výzkumnou oblast (Strauss & Corbinová, 1999). Zároveň tato metoda umožňuje, či přímo vyžaduje, zohlednit široký kontext, který otázky diagnózy ve vztahu k životu konkrétního jedince protíná. I když se jedná o snad nejčastěji užívanou metodu kvalitativního výzkumu (Bryant & Charmaz, 2007), je její užití v tomto konkrétním případě opodstatněné a nabízí využití plného potenciálu metody a jejích specifických postupů.

„*Cílem zakotvené teorie je určit podmínky, které vyvolávají určitá s jevem související jednání nebo interakce, a jejich následky,*“ směřuje tedy k co nejširší **zobecnitelnosti teorie**, jež je zároveň podmíněna komplexitou a variabilitou (Strauss & Corbinová, 1999, 188). Kvalitativní výzkum pak zajišťuje validitu například skrze **transparentnost** výzkumného procesu či **triangulaci** zdrojů dat i výzkumníků, čímž vytváří silněji zakotvenou teorii, která

vede k vyšší míře zobecnitelnosti. Stejnému účelu slouží požadavek **saturation** dat, který předpokládá získávání vzorků do bodu, kdy by další případ nové informace do analýzy a teorie nepřinesl (Řiháček et al., 2013).

Zakotvená teorie je v původním pojetí nástrojem komplexního přístupu k výzkumu. V centru zájmu tedy nestojí pouze analýza dat, nýbrž i samotné smýšlení nad výzkumným procesem od stanovení výzkumných otázek přes pořizování vzorků, až po prezentaci výsledné teorie (Řiháček et al., 2013). Tento výzkumný postup je v důsledku natolik specifický, že bývá považován za samostatný typ výzkumu (např. Hendl, 2016). Bryant a Charmaz (2007) zase poukazují na skutečnost, že se jedná spíše o celou rodinu metod. Zakotvená teorie tedy představuje základní postoje a přístupy ke kvalitativnímu výzkumu, které jsou dále rozpracovány a v důsledku je třeba ujasnit, o jaký konkrétní metodologický postup se výzkumník opírá. Aktuálně jsou rozšířená pojetí dle Glasera, Strausse a Charmazové (Řiháček et al., 2013). Předkládaný výzkum se opírá o výzkumné postupy a terminologii v **pojetí Strausse a Corbinové** (1999).

Jelikož v současnosti dochází k takzvané „erozi“ zakotvené teorie (Hendl, 2016), kvůli jejímu (mnohdy povrchnímu a nedůsledně provedenému) nadužívání coby předesílané metodologie velkého množství výzkumů,²⁸ se předkládaný výzkum snažil nejen precizně využívat stanovených a doporučených postupů a principů. V celém výzkumném procesu bylo důležité rovněž proniknout do specifického přemýšlení metody zakotvené teorie. Konkrétně se toto projevovalo ve způsobu stanovení výzkumných otázek, sběru dat, teoretickém vzorkování i samotném psaní závěrečného textu.²⁹ Dále zde byla souvislá snaha o zvyšování teoretické citlivosti a dodržování kroků samotného analytického procesu, včetně jejich vzájemné propustnosti, opakování a revidování celého výzkumu v jeho procesu. Dané pojetí metody a způsob analýzy dat bude podrobněji rozpracován v kapitole 6.2 *Práce s daty*.

²⁸ Jedním z důvodů, proč metoda ztrácí svou výpovědní hodnotu, je chybné zaměňování „zakotvené teorie“ za obecnější kvalitativní postupy nebo deskriptivní studie (Becker, 1993). Další rozmělnění metody nastává při jejím využívání omezeném pouze na způsob analýzy dat, což je legitimní postup (Řiháček et al., 2013), avšak je důležité být si vědom úrovně této inspirace a adekvátně ji popsat či reflektovat.

²⁹ Diplomová práce se proto snaží vyvažovat potřebu přehlednosti a strukturace diplomové práce se specifickým narativním procesem zakotvené teorie a současně i dostatečnou informativní nasyceností – tedy mezi elementy, jež výzkumné výsledky validizují.

6 ZÍSKÁVÁNÍ, TVORBA A ZPRACOVÁNÍ DAT

Po vymezení tématu a stanovení obecné výzkumné otázky bezprostředně navazuje úvaha, jak získávat data pro podpoření validity a reliability výzkumu, tedy koho je relevantní oslovit a o tématu toho může nejvíce říci. Vzhledem k zaměření na význam HPO pro nositele diagnózy je nabízející se možností oslovit jedince, kterým byla HPO diagnostikována.

V souladu s principy zakotvené teorie, byli zprvu respondenti pro potřeby otevřeného kódování vybíráni nahodile, **metodou samovýběru**.³⁰ S respektem k aktuální situaci³¹ a na základě pozitivní zkušenosti z bakalářské práce byly respondenti osloveni přímo, ve facebookových skupinách sdružujících uživatele s HPO. Oslovování respondentů probíhalo v průběhu roku 2020. Respondenti, kteří zareagovali na výzvu k účasti ve výzkumu byli následně osloveni a byly jim poskytnuty další informace, vyjednávány podmínky a zodpovězeny dotazy týkající se výzkumu. Tento první kontakt sloužil zároveň k předvýběru respondentů na základě kritérií potřebných k zařazení do výzkumu s úmyslem postihnout heterogenitu zaměřenou zejména na různou míru časového odstupu mezi diagnostikováním a samotnou účastí respondentů ve výzkumu. Zohledňována byla také základní kritéria jako věk či diagnóza. V důsledku dalších kritérií, jako ochota či schopnost participovat na výzkumu se do něj nezapojili všichni z potenciálních šestnácti participantů a jejich počet byl průběžně doplňován.

K získávání dat bylo využíváno **semi-strukturované interview**. Struktura a logická posloupnost interview byla ověřena u dvou pilotních interview – kolegou psychologem a ženou s odlišnou diagnózou, jejichž zpětná vazba byla do přípravy finální struktury zapracována. V průběhu výzkumu se pak s jeho obsahem dále pracovalo podle potřeb rodičích se pojmů a otázek. Pro účely korigování pozornosti výzkumu a paralelní zachování otevřenosti a flexibility specifické pro zakotvenou teorii byla vytvořena základní struktura interview vymezená časově: *před stanovením diagnózy, sdělení diagnózy, po stanovení diagnózy, aktuálně* (viz příloha č. 3). Také v případě interview bylo s ohledem na

³⁰ „Kdo vejde do dveří“, „kdo souhlasí s účastí na výzkumu“.

³¹ Situace kolem nákazy COVID-19 – bezpečnostní opatření i vlastní společenská zodpovědnost a výzkumná etika.

epidemiologickou situaci využito online prostoru a bylo **realizováno pomocí videohovoru**, z nějž byla pořizena a **uchována audionahrávka**. Po samotném interview pak následovala zpětná vazba výzkumníkovi i shrnutí pocitů respondenta, což se ukázalo jako hodnotný materiál pro následnou analýzu. Délka jednotlivých interview byla zhruba 40 až 60 minut.

Během výzkumu probíhaly také konzultace s psychoterapeuty či sledovány diskuze na sociální síti Facebook – fokus na skupiny pro uživatele s diagnostikovanou HPO. Nebyl však získáván informovaný souhlas s dobrovolnou účastí na výzkumu, proto byly takto získané informace inspirací pro interview, práci s daty i teoretickou rešerši, ale nebyly zahrnuty do systematické analýzy. Do systematické analýzy byl naopak začleněn veřejně publikovaný rozhlasový rozhovor jednoho z respondentů. Analýza dále pracuje se **7 interview** vycházejících z **bakalářské diplomové práce** zaměřené na jedince s diagnostikovanou HPO a jejich zkušenost s psychoterapií, a zejména s nově vytvořenými daty čítajícími **10 interview**.

Tab. 2: Shrnutí získávání a tvorby dat

Princip	Způsob získávání dat	Zdroje dat	Další zdroje dat
Zakotvená teorie	Semistrukturované interview	10 interview	7 interview z výzkumu bakalářské práce
Teoretické vzorkování	Online	Facebook – skupiny pro lidi s HPO	Rozhlasový rozhovor
	Audionahrávka	Samovýběr	

6.1 Výzkumný soubor

Základní výzkumný soubor tvořilo celkem **10 respondentů** – 9 žen a 1 muž ve věku 21-47 let (modus 26 – 3x). Podle nejvyššího dosaženého vzdělání: základního vzdělání dosáhli 3 respondenti, vyššího odborného 2, maturity 1, vysokoškolského bakalářského 2 respondenti a magisterského vzdělání také 2. Kromě jedné respondentky, která je vdaná a má dítě a další, která je rozvedená, byli všichni svobodní a bez dětí. U stanovených diagnóz bylo nejasné, které předcházeli HPO (někdy i chybně diagnosticky zaměněné za HPO) a které se vyskytují komorbidně. Nejčastěji zmiňované **komorbidní potíže** byla deprese (3x) a úzkostní symptomatika (3x), dále pak ADHD (2x), ale respondenti uváděli i drogovou problematiku, další poruchy osobnosti, PTSD a jedna z respondentek si nepřála mít HPO stanovenou oficiálně ve zdravotní dokumentaci.

Celkem 10 provedených interview bylo doplněno o 7 dříve realizovaných rozhovorů obdobné demografie a o rozhlasový rozhovor jednoho z aktuálních respondentů. Pro větší přehlednost jsou v následující *tabulce č. 3* uvedeny základní charakteristiky výzkumného souboru:

Tab. 3: Základní charakteristiky výzkumného souboru

Respondent číslo	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Sociální status	Rodinný stav	Stanovené diagnózy
1.	Ž	38	Nedokončené středoškolské	Invalidní důchod	Svobodná bez dětí	HPO, závislá porucha osobnosti, smíšená porucha osobnosti
2.	Ž	26	Bc.	Student	Svobodná, partner, bez dětí	Nediagnostikovaná HPO
3.	Ž	26	Mgr.	Brigády	Svobodná bez dětí	HPO, panická porucha, úzkostná porucha, epilepsie, drogová závislost
4.	M	47	Maturita	Zaměstnaný	Svobodný bez dětí	HPO
5.	Ž	30	Vyučená	Zaměstnaná	Vdaná, 2 děti	HPO, PTSD, panická porucha, středně těžká deprese
6.	Ž	26	Bc.	Zaměstnaná	Svobodná, bez dětí	Deprese, bipolární afektivní porucha, schizofrenie, HPO
7.	Ž	24	Studuje Bc, ale nemá maturitu	Brigády	Svobodná, bez dětí	HPO, ADHD
8.	Ž	27	Mgr.	Zaměstnaná	Svobodná bez dětí	Depresivní porucha, generalizovaná úzkostná, HPO
9.	Ž	21	Střední odborná vyučená	Mateřská dovolená	Vdaná, dítě 2 roky	ADHD, OCD, HPO
10.	Ž	34	Základní	Zaměstnaná	Rozvedená	Emočně nestabilní porucha osobnosti

6.2 Práce s daty

Následující kapitola představí principy zakotvené teorie podle Strausse a Corbinové (1999), na jejichž podkladu bude posléze prezentován samotný průběh výzkumu a v něm uplatněné postupy. Ty nečítají pouze způsob získávání, tvorby, zpracování a analýzy dat, ale i specifickou podstatu smýšlení nad problémy, na něž byl dáván v průběhu výzkumu zřetel. Zejména je tím myšleno neustálé navracení se k jednotlivým fázím výzkumu a samotnému výchozímu přístupu k problému, který se tímto procesem postupně pozměňoval, zužoval a tříbil.³² Zaměření prezentovaného výzkumu bylo předem definováno pouze hraniční poruchou osobnosti, nositelem této diagnózy a jeho perspektivou ve shodě s požadavkem otevřenosti a počáteční obecnosti: „*Nezačínáme teorií, kterou bychom následně ověřovali. Spíše začínáme zkoumanou oblastí a necháme, ať se vynoří to, co je v této oblasti významné.*“ (Strauss & Corbinová, 1999, 14). Z hlediska diskuse okolo HPO je například aktuální téma stigmatizace a sebestigmatizace, které však v důsledku z dat nevystoupilo jako významné.

Ve výzkumu založeném na metodě zakotvené teorie je flexibilita a otevřenost vycházející z rodících se skutečností důležitá, na straně druhé je však podstatný i předem stanovený design a technický plán výzkumu zohledňující pragmatické, především časové možnosti. Aby k vynoření významného mohlo vůbec dojít, je důležité, aby se tak dělo v interakci se zkoumaným terénem. Ten však zároveň sám o sobě obsahuje určitá omezení. Zároveň, jak tvrdí například Glaser (in Řiháček et al., 2013), by prvotní výzkumná otázka neměla vznikat zcela „od zeleného stolu“. Předkládanému výzkumu předcházela výzkum bakalářské práce, v níž 7 respondentů s HPO sdílelo svou zkušenost s individuální psychoterapií. Již z tohoto výzkumu vzešla zkušenost z kontaktu s terénem a vystupovaly výzkumné otázky, které nebyl prostor ve výzkumu zohlednit, avšak inspirovaly k návaznému zkoumání.

Důležitým pojmem osvětlujícím principy a postupy založené na zakotvené teorii je **teoretická citlivost**, jakožto výzkumníkova „*schopnost rozlišovat jemné detaily ve významu údajů*“ (Strauss & Corbinová, 1999, 27).³³ Teoretická citlivost je podstatná pro porozumění, vhled a přiřazování významu získaným údajům či pro podnícení nápadů odkrývajících

³² Ač je v písemné prezentaci kvalitativního výzkumu kladen důraz na přehlednost a kategorizaci, nesleduje toto ve skutečnosti kroky a postup výzkumníka, zvláště v kontextu metody zakotvené teorie se jednotlivé kroky prolínají, probíhají paralelně a vzájemně se zpětně ovlivňují.

³³ Tuto schopnost je potřeba rozvíjet studiem literatury či profesní a osobní zkušeností a cvičí se při samotné analýze a při užívání technik pro její zvyšování (viz Strauss & Corbinová, 1999, 53-69).

podstatu - odhaluje, co je v datech skutečně důležité (Strauss & Corbinová, 1999). Právě teoretická citlivost „*umožňuje analytikovi pohlízet na výzkumnou situaci a údaje novými způsoby a vytěžit z údajů vše, co je třeba pro tvorbu teorie*“ (Strauss & Corbinová, 1999, 29). Po získání určitého vhledu do problematiky je tak možné překódovat dřívější materiály dle nového poznání, čehož prezentovaný výzkum využil, přičemž pro potřeby zkoumaného tématu znovu překódoval a odlišně nahlédl rozhovory realizované v rámci bakalářské práce.

Výzkumník se zaměřil především na hraniční poruchu osobnosti, jakožto **diagnostickou kategorií**, díky které je možné plánovat léčbu, stanovit prognózu, oblast zkoumat atd. Zároveň se ukázala nutnost být schopen **vzdálit se navyklému myšlení** tohoto diskurzu a být nejen otevřen pohledu respondentů, nýbrž pokusit se zkoumaný problém skutečně nahlédnout novým způsobem oproštěným od toho, jak už předem o jevu jako odborníci smýšlíme, a následovat myšlení a priority respondentů, aby je šlo v důsledku do výzkumu a analýzy vůbec vztáhnout. Ukázalo se například, že úzké a vymezené chápání diagnózy HPO, které měl výzkumník zvnitřněné, se neseťkávalo s pojetími respondentů, což samotný proces sběru dat komplikovalo.³⁴

Úroveň teoretické citlivosti ovlivňuje nejen analýzu, nýbrž i pořizování vzorku.³⁵ Cílem je získat takové vzorky případů, „*kteřé jsou příznačné pro kategorie, jejich vlastnosti a dimenze, abychom je mohli rozvinout a uvést je do konceptuálních vztahů*“ (Strauss & Corbinová, 1999, 132). To v průběhu předkládaného výzkumu implikovalo určitá **specifika pro výběr vzorků** při užití zakotvené teorie, jelikož pro každou fázi zkoumání (které se zároveň různí v míře porozumění dané problematice) probíhal výběr s odlišnými cíli identifikovanými v průběhu.

Během výzkumu docházelo k opakovanému analytickému čtení dat s důrazem na odlišné dominanty, jako například „moment diagnostikování poruchy“ od nějž se výzkumný zájem odklonil k „životu s problémy“. Cílem bylo identifikovat, co nejvíce důležitých **kategorií s jejich vlastnostmi a dimenzemi** (fáze otevřeného kódování). Při další práci pak bylo důležité najít a ověřit **vztahy** mezi kategoriemi a získat takový vzorek, který poznání zkoumané problematiky umožní a zprostředkuje (fáze axiálního kódování). Poslední fáze výběru vzorku byla záměrná a orientovaná na potřebné **odpovědi**, jelikož má dle Strausse

³⁴ Např. je tento neuvědomovaný diskurz zřetelný v připravené struktuře interview (viz příloha č. 3), kde se výzkumník zaměřuje na období před stanovením diagnózy, během a po jejím stanovení.

³⁵ Rozdílem oproti kvantitativnímu výzkumu zakotvená teorie rozumí pořizování vzorků jako je shromažďování případů, a ne osob. Takovým případem může být např. určité jednání nebo interakce, podmínky, které k němu vede, včetně změn v čase s případnými odchylkami (Strauss & Corbinová, 1999).

a Corbinové (1999) sloužit k tvorbě teorie a kostry příběhu a směřuje k teoretické nasycenosti (fáze selektivního kódování).

Získávání dat a jejich analýza jsou tedy v případě metody zakotvené teorie procesy, které probíhají **paralelně**, jsou provázány, střídají se a jejich rozdělení má spíše didaktické důvody. V pojetí zakotvené teorie se analýza skládá ze **tří typů kódování**, jakožto „operací[e], pomocí nichž jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a opět složeny novými způsoby.“ (Strauss & Corbinová, 1999, 39) – jedná se o kódování otevřené, axiální a selektivní. I zde jsou hranice mezi jednotlivými fázemi výzkumu neostře a jednotlivé typy kódování mezi sebou volně přecházejí a navracejí se jeden k druhému (Strauss & Corbinová, 1999). Jednotlivé fáze a konkrétní podoba jejich aplikace v předkládaném výzkumu bude představena v následujících sekcích.

Otevřené kódování

Prvním a základním krokem analýzy dat je rozložení údajů, jejichž fragmenty jsou podrobeny studiu, dále porovnány a otevírají řadu otázek, které přezkoumávají výzkumníkovy (a nejen jeho) domněnky o zkoumaném fenoménu. Každému odstavci, větě, události či myšlence se přiřazuje jméno/kód a jsou vyhledávány podobnosti událostí (Strauss & Corbinová, 1999).

Na základě porovnání jednotlivých podobných případů bylo v prezentované analýze identifikováno množství kódů, jež byly následně zařazovány do kategorií jako práce, vzdělání, sociální vazby, sebepojetí, informovanost, zjištění diagnózy, sociální normy atd. U pojmenovaných kategorií pak byly propracovávány **vlastnosti** a **dimenze**, tedy jejich charakteristiky.³⁶ Pro ilustraci a příklad procesu je v předkládaném výzkumu prezentován souhrn vlastností a dimenzí u kategorie práce.

³⁶ Vlastnosti vymezují, co mají prvky v kategorii společného, dimenze odrážejí jejich variabilitu.

Tab. 4: Příklad vlastností a dimenzí u kategorie „Práce“

Práce	
Vlastnosti	Dimenze
Pravidelnost	Dodržuje – Nedodržuje
Stabilita	Dlouhodobá – Krátkodobá
Míra	Pracuje často – Občas – Nikdy
Intenzita	Vysoká – Nízká – Kolísavá
Důležitost	Velká – Malá
Sebe-naplnění	Podstatné – Nepodstatné – Nemožné
Motivace/odhodlání	Chce – Nechce – Bojí se

Analýza byla podpořena **saturací** dat v jednotlivých rozhovorech i napříč vzorky, kde byl sdílen důraz na jednotlivá témata a problémy – vlastnosti. Zároveň se však ve fázi otevřeného kódování ukázala značná variabilita v dimenzionálním rozsahu. Proto bylo ve shodě s postupem metody třeba zohlednit podmínky, které událostem a jevům předchází, jejich kontext a dopady, což má za úkol axiální kódování.

Axiální kódování

Axiální kódování se prolíná s kódováním otevřeným a má za cíl nalézat **spojení** mezi kategoriemi a subkategoriemi, přesahuje jejich vlastnosti a dimenze a **rozvíjí** je pomocí dalších (sub)kategorií, které představují určité **charakteristiky** hlavní kategorie, s níž jsou ve vztahu. Obecně se jedná o složitý proces postavený na ambici reflektovat skutečnou komplexnost fenoménu v jeho vývoji, v čase a prostoru. Pro udržení přehledu o výsledcích, které analýza produkuje, vznikají provizorní teoretické rámce, které jsou znázorněny složitými diagramy (viz schéma 1 a 2) (Strauss & Corbinová, 1999).

V předkládaném výzkumu byla tato fáze klíčová pro rozhodování, jak má výzkum dále pokračovat, jelikož se prvotní důraz otevřeného kódování na stanovení diagnózy vyjevil jako omezený a neschopný interagovat s ostatními kategoriemi, které se jevily v analýze jako významnější – dle četnosti a hustoty spojení (**grounded a density**). Následoval tedy **návrat k teoretickému vzorkování** a otevřenému kódování se zřetelem na subkategorie analyticky významnějších kategorií a následně spočívalo těžiště ve vypracování vztahů mezi nimi. Pro potřeby **triangulace dat** byly stanovené kategorie a vazby doplňovány klinickými

kazuistikami a diagnostickými či teoretickými zdroji představenými v teoretické části práce. Vztahy a charakteristiky jednotlivých sub/kategorií byly vizualizovány a uspořádány v **diagramech** a **grafech**. Výzkumník pracoval rovněž s programem Atlas.ti.

Schéma 1: Příklad pracovního diagramu v průběhu fáze axiálního kódování

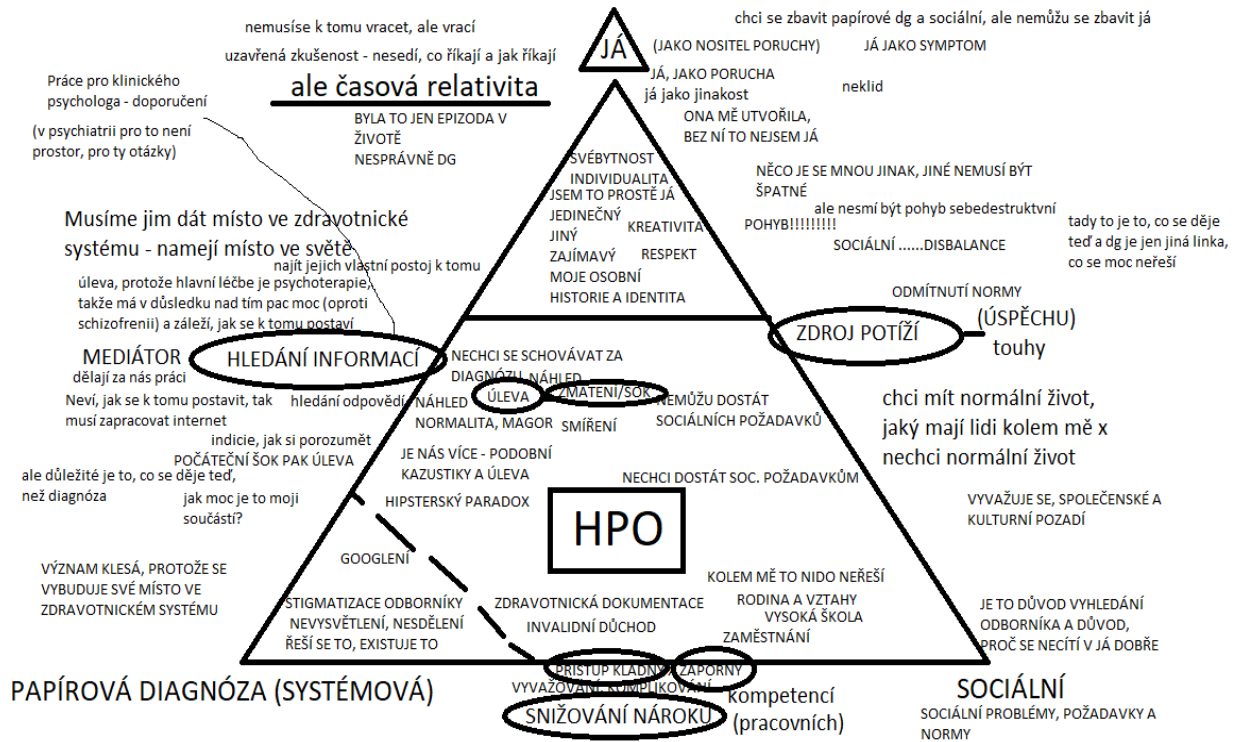
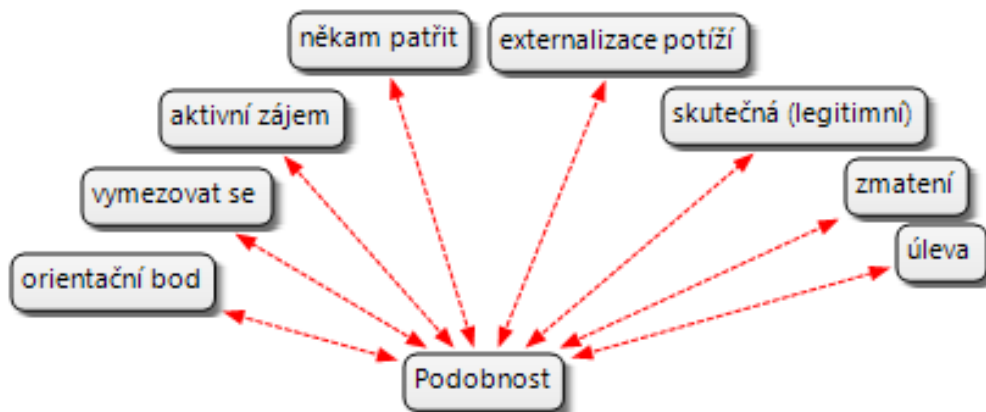


Schéma 2: Příklad pracovního schématu vytvořený v programu Atlas.ti



Selektivní kódování

Vrchol celého výzkumu tkví ve fázi selektivního kódování, v níž dochází k **ucelení** celého výzkumu, tedy k **integraci kategorií** do teorie, která je **zakotvena v datech**. Oproti předchozímu kódování se tak děje na abstraktnější, konceptuálnější úrovni. Stanovuje se **centrální kategorie**, coby klíčový jev, kolem níž se staví příběh a ke které se vztahují ostatní kategorie podle zmiňovaného paradigmatu. V selektivním kódování se vztahy a kategorie doplňují, ověřují, zpřesňují – vzniká kostra příběhu, následně přenesená do příběhu analytického (Strauss & Corbinová 1999).

Například, v počátcích předkládaného výzkumu klíčový problém samotné diagnózy HPO se po prvním procesu analýzy jevil jakožto kategorie analyticky téměř bezvýznamný. Jelikož k ní směřovala většina otázek interview, měla sice coby kategorie dostatečné zastoupení v četnosti, ale pozbývala vyšší provázanost s ostatními kategoriemi a nebylo jí tedy možné funkčně ustanovit jako kategorii centrální. Perspektiva výzkumu a tázání se následně obrátila k problému, za jakých podmínek kategorie diagnózy HPO významnosti nabývá, což odhalilo do té doby nezohledněné vztahy a proměnné.

Zejména byla pozměněna syntaxe výzkumné otázky. Z formulace „jaký je pro nositele význam HPO“, která se orientovala na škálu (je význam velký, malý, žádný?) na znění „co pro nositele znamená HPO“, které se soustředilo na **různé aspekty** (kategorie), jež se jeví jako významné. Tento posun se propojil rovněž s uvědoměním, že analýza se nezaměřuje na respondenty, nýbrž na události – pracuje se **vzorky událostí**. Důraz byl tedy kladen na konkrétní situace, jejich **podmínky** a **variability**, což se ukázalo jako směrodatné zejména v zodpovězení specifické výzkumné otázky, která se přímo váže na situaci obeznámení respondenta s diagnostikovanou HPO.

7 ETICKÉ PRINCIPY A PROBLÉMY

Aby mohl být výzkum realizován a byla získána validní data, musí se tak dít v bezpečných a vymezených podmínkách (Miovský, 2006). Bezpečnost online prostoru bylo zajištěno zejména garancí respondentovy anonymity.³⁷ Získaná data byla anonymizována a spolu s nahrávkou uložena na zaheslovaném počítači a slouží výhradně k vědeckým účelům. Opakujícími se obavami respondentů bylo ohrožení v případě zaznamenání video nahrávky, která by mohla být posléze vyvěšena na internet. Bylo tedy sleveno z původního záměru pořizovat video nahrávku. Respondentům byla v informovaném souhlasu (viz příloha č. 2) rovněž dána možnost kdykoli, a to i bez udání důvodu přerušit či ukončit svoji účast na výzkumu, případně neudělit souhlas s použitím již získaných dat. Seznámení, zodpovězení dotazů a souhlas s informovaným souhlasem s dobrovolnou účastí na výzkumu byl potvrzen ústně i písemně před samotným interview. Součástí informovaného souhlasu bylo představení výzkumníka, výzkumného projektu, jeho cíle, přínosy, rizika a institucionální zázemí.

Někteří respondenti do výzkumu vstupovali s vlastními otázkami, na které by chtěli znát odpověď, což se prolíná hned do několika oblastí etiky, především otázek hranic výzkumného vztahu a kontaktu či ochrany výzkumníka. Hranice interview byly vymezeny online prostorem, zaměřením, časovým rozsahem. Výzkumník k respondentovým sdělení přistupoval s empatickou neutralitou a do jejich situace intervenčně nevstupoval. Případné obecné otázky k tématu HPO ze strany respondentů byly zodpovězeny na konci interview z pozice výzkumníka, která byla konstantní po celou dobu interview. Ve dvou případech byl po skončení interview výzkumník opětovně respondentem kontaktován s vlastními osobními otázkami a prosbou o pomoc. Docházelo tak k určitému přerodu výzkumníka v poradce, který bylo třeba reflektovat. Vzhledem ke skutečnosti, že výzkumník měl znalosti a dovednosti poskytnout intervenci, bylo důvěry využito pro „první kontakt“. Ve zprávách byly ujasněny limity chatového poradenství a respondentovi byly předány kontakty návazné pomoci. Během výzkumu nedošlo k etickému pochybení.

³⁷ Samotný internet a sociální sítě do určité míry poskytují anonymitu. Mnoho respondentů např. na svém profilu neuvádí občanské jméno.

8 VÝSLEDKY

Kapitola nejdříve představí základní údaje získané od respondentů s důrazem na význam diagnózy v jejich životě, konkrétně pak na období před zjištěním diagnózy, význam obdržení diagnózy a období po zjištění diagnózy. Tyto údaje sloužily k analýze, jejíž výsledky budou prezentovány v podkapitole 8.2 *Výsledná teorie a její kategorie* a zároveň dokreslují variabilitu vlastností a dimenzí ve stanovených kategoriích. V závěru kapitoly budou zodpovězeny výzkumné otázky.

8.1 Základní údaje od respondentů

Respondent č. 1

Pro respondentku č. 1 (38 let) problémy začaly, když se v šestnácti letech zamilovala. Přítel se stal jediným smyslem života a vše ostatní šlo stranou – hlavně škola, která ji vyčerpávala. Kvůli absenci se dostala do péče dětské psychologičky, byla jí nasazena antidepressiva. Říkala, že se ale neřešilo to důležité, tedy že je zamilovaná, ale pouze to, že nechodí do školy.

Diagnóza HPO jí byla stanovena teprve před pěti lety. Respondentka nepracovala, a tak ji okolí motivovalo, aby zkusila požádat o invalidní důchod. Pro kompletní zprávu ji ještě psychiatricka poslala na psychologické testy a výsledkem bylo stanovení diagnózy HPO. Respondentku tento výsledek nepřekvapil, neboť už v minulosti tato možnost byla vyřčena, avšak nevzpomněla si kdy. Respondentce nebyly podány k diagnóze žádné vysvětlující informace, což jí nevadilo, protože s problematikou byla obeznámena a již měla přečtené tři, čtyři knihy o HPO, které jsou dostupné na českém trhu. Občas jí diagnóza byla v rámci hádky předhozena přítelem, ale jinak respondentka říká, že pro ni tato skutečnost není důležitá, sloužila pouze pro invalidní důchod.

K porozumění vlastním potížím a vzorcům jí pomohlo přečtení článku, ve kterém byla HPO vysvětlena skrze fungování mozku, jelikož má jedinec s HPO atrofovanou amygdalu, která je neustále rozrušovaná kortizolem. Na otázku, co by bylo jinak, kdyby tuto poruchu už neměla odpověděla, že by vše bylo jiné už od začátku. Asi by dostudovala, šla na vysokou školu, možná i na další, možná by byla umělkyně, následně dodala:

„nevím, jestli bych ten život chtěla žít“. Respondentka cítí, že má odlišné vnímání světa, jedinečnost a kreativitu, o kterou by důsledkem toho přišla.

Respondent č. 2

Respondentka č. 2 (26 let) je studentkou návazného magisterského studia. Asi odjakživa se cítila od ostatních v něčem odlišná. Potíže se začaly výrazněji objevovat v pubertě, kdy se jí začaly rychle střídát nálady od veselosti po depresivní stavy. Sama respondentka toto označuje jako „bipolární“. Na střední škole začala pít alkohol, což pokračovalo i při vysokoškolském studiu. Problém neshledávala ani tak v samotné fyzické závislosti na alkoholu, ale v sekundárních dopadech na život, jako je zaspávání, zmeškání pohovoru, rizikové chování... Nastavený životní styl vyústil ve znásilnění respondentky na párty. V reakci na to utekla do ročního vztahu, který směřoval ke svatbě. Respondentka však zjistila, že jí byl přítel po celou dobu vztahu nevěrný. Poté následovalo zhoršení, propad do deprese, suicidální tendence, hodně alkoholu. Nevěřila nikomu; na světě není bezpečno.

Zlom nastal, když se jí povedlo dokončit bakalářskou práci a zažila pocit úspěchu. Zároveň si našla současného přítele, který pro ni v životě představuje kotvu. Namísto trávení času s partou a alkoholem trávila čas s ním. Jakmile začala cítit, že se jí konečně povedlo mít svůj život pod kontrolou, stabilizovat ho, začali se z její strany v partnerském vztahu objevovat scény a neovládané emoce, jako by byla dítě. Respondentka se tomu snažila porozumět a začala hledat informace, přičemž narazila na pojem HPO. Vyhledala odborníka, který jí diagnózu potvrdil a začala docházet na psychoterapii. Jelikož, ale odborníka vyhledala přes zařízení mimo zdravotnictví, nebyla jí diagnóza oficiálně stanovena. Spousta problémů, co měla v životě najednou začala dávat smysl, vše do sebe začalo zapadat. Zažívala úlevu a při dalším načítání literatury opakovaně úlevou brečela. Kontaktovala lidi, kteří se potýkají s podobnými problémy.

Na diagnózu nikdo z jejího okolí nebral ohled, tím pádem se na ni nemůže vymlouvat a je schopná na svých problémech pracovat. Oficiálně diagnózu stanovit nechce, protože v tom pro sebe nevidí užitek a jen by to mohlo umožnit výmluvu. Zároveň by pro ni začaly být aktuální otázky jako: Jak by to bylo se zaměstnáním? Musela by diagnózu vysvětlovat? Dostala by vízum do zahraničí? Možná stigmatizace? Cítí se jako funkční článek společnosti a diagnóza by ovlivnila hlavně její blízké vztahy.

Na otázku, kdyby už neměla tuhle poruchu, tyto potíže, co by bylo jinak, po úvaze odpověděla, že by asi byla dostudovaná, v normální práci; byla by normálnější – nudnější.

Spíše než, že by se cítila divná, se vždy vnímala speciální. Ví, jak si komplikuje život (skrze ty negativní projevy), a že tohle říká v době, kdy je stabilizovaná, ale ten život je zajímavý. Kdysi ji někdo popsal slovy: „*tak jak bychom Pavlu popsali, ... to je prostě Pavla*“.

Respondent č. 3

U respondentky č. 3 (26 let) se porucha projevuje, jako neudržitelný hněv vůči sobě i okolí, který nejde uhasit. Co se týče nějakého počátku problémů, vzpomíná na období, kdy jí bylo dvanáct let; říká, že byla odlišná od ostatních vrstevníků zejména ve vlastní estetice. Zároveň popisuje svého otčima, který na ni uplatňoval fyzické tresty. Matka ji v tom období vzala k psychiatrice, kde byla léčena pro depresi. Celá situace vygradovala útekem z domu, což pak odstartovalo drogovou kariéru respondentky – pervitin, lysohlávky, marihuana a zejména alkohol, u kterého vnímala největší dopady na zdraví. Respondentka k tomu dodává, že oproti ostatním „*to do sebe klopila, co mohla*“.

Když jí bylo dvacet dva let byla jí diagnostikována HPO na základě lékařské zprávy od psychoterapeuta, kterou předala psychiatrice. Byla jí nasazena antipsychotika, která hodnotí jako nápomocná. Když si pak přečetla, co tato porucha představuje, tak „*to byl úlet v tom, že když jsem si přečetla, co to je, tak mi najednou došlo prostě úplně všechno, fakt jako*.“ Přečetla si knihy, kazuistiky lidí, co zažívají podobné věci a přineslo jí to úlevu, že v tom není sama, že je to popsáno, někdo to řeší. Získala tím náhled, který jí ulehčil práci s touto poruchou. Když přijde určitý stav, tak má možnost si uvědomit, že jsou to symptomy její poruchy a více se jimi nezaobírat. Uchopitelné pro ni bylo vysvětlení psychoterapeuta, který popsal její potíže jako emoční řetězce, které jsou špatně vytvořené a tím vysílají chybné signály, z čehož má „*ty stavy*“ a jejich cílem je tyto vazby zpřetrhat a nastavit nové.

Určitá stopka byla pro respondentu chvíle, kdy jí neurolog nasadil antiepileptika, kvůli kterým přestala užívat drogy a především alkohol. Zažila epileptické stavy, kdy byla v bezvědomí, zranitelná, bez pomoci, což vyvolalo strach, že by ji užívané léky dohromady s alkoholem zničily.

Respondentka č. 3 vnímá, že u ní porucha způsobovala absenci pudu sebezáchovy, zároveň však u sebe vidí bohatší fantazii a vnitřní svět. Pomáhá jí psychoterapie, sport a doporučuje i ostatním být na sebe tvrdý a udržovat sebedisciplínu. Když se zamyslela nad tím, co by bylo jinak, kdyby tuhle poruchu neměla, došla k tomu, že by neutekla z domu, nevzdorovala otčimovi, nebrala drogy, byla hodná holka, studovala školy, měla by pohodu

a klídek. Nakonec dodala: „*Nemyslím si, že by mě to bavilo, ale kdybych neměla tu hraniční poruchu, tak by mě to třeba bavilo, těžko říct.*“

Respondent č. 4

Potíže respondenta č. 4 (47 let) se v počátku projevovaly v náboženské výstřednosti, v asketickém životě s rigiditou v myšlení. Modlil se tři hodiny v kleče, přerušil sociální kontakty, odmítal slast a potěšení, neměl televizi, spal jen na matraci, ... Tento životní styl se nelíbil matce, která na chování upozornila kněze. Ten v rámci zpovědi poslal respondenta ke klinickému psychologovi. Respondent se cítil ponížený, ale zpovědníka poslechl, jak je to zakotveno v křesťanské tradici.

Respondent č. 4 nastoupil do léčby, která pro něj byla „dost drsný náraz“. V běžném životě mu lidi moc neříkali, co si o něm myslí, na psychoterapii dostával onu chybějící zpětnou vazbu. I když mu byla diagnostikovaná (jak respondent říká) takzvaná hraniční porucha osobnosti nebyla mu tato skutečnost sdělena. Respondent vysvětloval, že kdysi byla jiná doba a o diagnózách se tolik nemluvalo se záměrem nestigmatizovat. Zároveň „*když lékaři neví, tak člověka šoupnou tam*“ (diagnóza HPO). Nepamatuje si, kdy se diagnózu dozvěděl, ale jednou si zažádal o transkraniální elektroterapii a tam mu lékař nevhodně řekl: „no jo ale vy máte hraniční poruchu osobnosti, tak s tím vám my tady nepomůžeme“. Respondent uvažuje nad tím, zda se to kdysi odborníci teprve vše neučili a pacienti byli určitými pokusnými králíky, protože dnes už existují přístupy, jako např. dialektická behaviorální terapie. Respondent kritizuje pojem porucha osobnosti ve smyslu „něco, co je hluboko ve vás, je špatné“ a přiklání se k návrhům označení jako posttraumatická dezorganizace osobnosti, což zohledňuje i vznik problémů.

Ústředním tématem rozhovoru byl způsob života, respondentova životní filozofie. Respondent č. 4 je na sebe přísný, dává velký důraz na aktivní přístup k životu a na dohledávání si informací. Důležité však pro něj je mít „bullshit detektor“, jelikož je zde i plno špatných informací. Tohle dohledávání mu umožnily až moderní technologie – internet. V době, kdy se o diagnóze dozvěděl, takové možnosti nebyly. Nutno říci, že aktuálně aktivní hledání informací o hraniční poruše osobnosti v respondentově celkovém přístupu k životu zaniká, jelikož klade větší důraz obecně na otevřenost a přizpůsobivost k tomu, co přijde. Vyzdvihoval zájem o evoluční medicínu a psychologii, o komunikaci, jógu, pohyb, meditaci... Důležitá je i znalost jazyků, protože plno informací se v českém jazyce nedá dohledat.

Má za sebou více než deset let psychoterapie a vysvětluje, že mu pomohla tak ze čtvrtiny, zbytek obsáhl onen přístup k životu. Respondent to propojuje s pojmem empowerment, který zahrnuje vše, co člověk může jakkoliv posílit. Připodobňuje to boji s drakem: „*To, jak jsem zažil tu psychoterapii, tak byla skvělá, ale sekala se jenom jedna hlava a nikdo nám neřekl, že těch hlav je třeba padesát.*“

Respondent č. 5

Respondentka č. 5 (30 let) vzpomíná, že už jako osmileté dítě zažívala houpačky, kdy se jí rychle měnily nálady a matka pro to neměla pochopení. Na odbornou pomoc se, ale obrátila až před pěti lety, kdy na ni kamarád psycholog pomalu tlačil, aby vyhledala psychiatra. Psychiatr předepsal léky a poslal respondentku k psychoterapeutovi, kterého nemohla dlouhou dobu najít. Krátce docházela postupně ke čtyřem terapeutům, ale měla špatné zkušenosti a na jednoho dokonce podávala s kamarádem psychologem stížnost. Kamarád je pro ni „tajnej psychoterapeut“ a mají dohodu, že neudělá nic nenávratného a on nebude volat záchranku. Nechce, aby ji zavřeli na „psychárnu“.

Po stanovení diagnózy HPO už respondentka říká, že najít psychoterapeuta je nemožné. „*Je skličující, jak pořád voláte a voláte*“. Psychiatr jí diagnózu HPO stanovil asi před třemi lety, nic jí k tomu však neřekl. O diagnóze se dozvěděla ze zprávy pro obvodní lékařku kvůli neschopence. Zprávu poslala kamarádovi psychologovi, který jí diagnózu vysvětlil. Pochopila, že to není nic špatného, z devadesáti procent za to může matka, a že není magor. Respondentka říká, že ale trvalo rok, než diagnózu přijala, a skamarádila se s ní. V tom roce si kladla otázky, jestli není magor. Zda je nebezpečná? Zda si může udělat řidičák? Chvíli i odmítala jíst léky. Po roce si uvědomila, že ostatní lidé to vědět nemusí. Respondentce diagnóza uzavřela mnoho dveří. Zmínila, že nemůže být pěstounkou, pracovat u policie, nemůže si udělat kurz asistenta pedagoga, kde si přečetla vstupní podmínky, a proto to raději ani nezkoušela.

Diagnóza hraje velkou roli u lékařů, kdy jsou všechny zdravotní potíže označeny za psychosomatické. Respondentka má opakovanou zkušenost, kdy jí lékaři odmítli dát adekvátní péči – jednou u prasklé cysty na vaječníku, nedávno u močových kamenů... „*Tajit! Tajit! Tajit! I ty prášky! Abyste měli péči, kterou potřebujete*“ Vysloveně se bojí chodit k lékařům, protože to označení, že „*to je psychosomatický, vás poníží na maximum*“. Jinak respondentka podotýká, že „*nejtěžší je se s tím (s diagnózou HPO) smířit, pak je to*

pořád stejný, jen si občas řeknete, tak je to to HPO nebo není? Občas přemýšlíte, proč jste to tak udělal, a to je tak všechno.“

Respondent č. 6

Určitý začátek obtíží respondentka č. 6 (26 let) nachází ve dvanácti letech, kdy začala být posmutnělá, nic jí nedávalo smysl, objevovala se deprese a začala si ubližovat. Nerozuměla tomu a zároveň se o tom s nikým nebavila. Takhle to trvalo tři roky do doby, než si uvědomila, že není schopná přestat si ubližovat. Z toho důvodu vyhledala klinickou psycholožku. V patnácti letech se pokusila o sebevraždu, načež byla hospitalizovaná na psychiatrii s diagnózou deprese. Stav se zlepšil a po pár měsících zase zhoršil; potom zase zlepšení a pořád dokola. V šestnácti letech jí diagnostikovali bipolární afektivní poruchu a v osmnácti letech dokonce schizofrenii, protože emoce v sobě dusila, neprojevovala je a tím s nimi přestávala mít kontakt. Ve dvaceti jedna letech jí už byla správně diagnostikovaná hraniční porucha osobnosti.

Respondentka č. 6 se popisovala jako motivovanou se ze své situace dostat. Chtěla mít normální život, jaký měli její kamarádi – chodit do školy, bavit se, a ne sedět na psychiatrii. Porovnává moment diagnostiky schizofrenie oproti HPO. U schizofrenie, i přes odhodlání dodržovat léčebný režim (deníky, léky, ...), neměla situaci pod kontrolou. HPO v důsledku znamenalo, že není bezmocná, a že záleží, jak moc bude ochotna na sebe sebekriticky nahlížet a nemít odmítavý přístup. Byla to určitá druhá šance. Oproti schizofrenii, kde byl dáván důraz na informace, jí však u HPO nic moc neřekli – pouze, že potřebuje spíše psychoterapii. Popsala to větou: *„dík, a co s tím“* a první reakcí tak bylo naštvání. Respondentka začala bádát na internetu, kde objevila spoustu stigmatizace a protichůdných názorů. Odnesla si z toho, že záleží na konkrétních lidech a na tom, jaký k diagnóze zaujmou postoj.

Diagnózy hrály roli při nástupu do práce. Už v rámci studia vysoké školy si uvědomila, že by v této oblasti mohly být potíže, protože její zdravotnická dokumentace je obsáhlá. Vyhledala psycholožku, ke které po dobu dvou let docházela, aby mapovala její život a její fungování v něm. Posléze napsala krásnou zprávu, že je vše v pořádku, což jí pomohlo získat práci a projít pracovně lékařskou prohlídkou. I tak měla velký strach, že neprojde.

Nikdy se neztotožnila s tím, že *„je porucha“*. Symptomy brala, jako svoje potíže *„brala jsem se jako holka, co má nějaký potíže – trochu ujetá, divná, jsem kvůli tomu*

nešťastná – ale co má i spoustu nějakých kvalit – jsem fajn, chytrá.“ Tím pádem si na psychoterapii nepřipadala, jako kdyby měla přijít o kus sebe, jak to někdy bývá. Diagnóza ji nasměrovala, aby s tím mohla efektivně něco dělat a zařídit si život, jak opravdu chce.

Respondent č. 7

Respondentka č. 7 (24 let) nikdy moc neuvažovala nad tím, kde by mohla identifikovat nějaký počátek problémů, protože měla obtížné dětství, během kterého se toho dělo hodně. Respondentka uvádí, že k prvnímu zhroucení došlo v osmi letech, když se s mámou přestěhovaly k novému partnerovi. Necítila, že má v jejich životě místo. Začala chodit do školy, kde si nerozuměla s dětmi, odmítala do školy chodit. Bála se stínů a například mlátila klikou do zdi a matce vysvětlovala, že mlátí upíry. Připadala si, jako by v ní byla nějaká temná síla. Problémy vyústily v návštěvu dětského psychiatra. Máma to brala tak, že z toho vyroste a sama respondentka tomu rozuměla tak, že je prostě taková, např. se dlouho zasní.

Určitým mezníkem bylo, když mámě diagnostikovali bipolární afektivní poruchu. Následně byla v rámci vědecké studie respondentka podrobena kompletní psychodiagnostice, ze které diagnóza HPO vzešla. Matka sama zpracovávala šok z vlastní diagnózy a na diagnózu dcery nebylo tolik prostoru. Respondentka i říká, že máma k tomu měla přístup, že bipolární afektivní porucha je něco více a její diagnózu bagatelizovala. Obavy spíše směřovaly k tomu, zda se nejedná o předstupeň k mámině diagnóze.

Pro respondentku č. 7 bylo zjištění diagnózy šok a říká, že jí k tomu neřekli až tak moc, nebo se tím necítila minimálně být provedena. Celé to pak bylo více o samostudiu – čte články, mluvila s máminým spolupacientem, který má HPO. Několik let před stanovením diagnózy vnímala, že se v něčem odlišuje od normálu a že si zpětně nedokáže vysvětlit své chování. Velké téma byla i dědičnost – babička spáchala sebevraždu (pravděpodobně měla taky bipolární poruchu), máma ji má taky a ona má HPO. Vlivem toho dělala dramatické scény, že nebude mít děti, aby tohle prokletí nepředávala. Následně přišla velká úleva, protože její bolest a trápení není jenom v její hlavě, ale je odůvodněné a skutečné. Měla nějakou indicii, jak více porozumět sobě samé.

I po letech terapie stále úplně neví, jak se k diagnóze postavit, nakolik ji to definuje. Terapeut ji vedl k tomu, aby se tím úzkostlivě nezaobírala, a tak na několik let na diagnózu pozapomněla a začala ji opět řešit, když se potíže náhle a překvapivě intenzivně zhoršily. Pro respondentku je porucha *„démon, kterému když dává najíst a občas ho pohladí, tak je to*

taková příšerka, ale pokud to nedělá, tak skutečně může být tím démonem.“ a ona osciluje mezi extrémy, kdy se tím zaobírá příliš nebo málo.

Respondent č. 8

Respondentka č. 8 (27 let) popisuje, že ve dvanácti letech začala mít problémy s jídlem, když přestala jíst, a později deprese. Zásadní byl přechod ze základní školy na střední, kdy nevěděla, *„co je dobře a co špatně, kdo jsem já a kdo je svět“*. Měla chaos v hlavě a neměla se čeho chytit. Na střední se pak stranila ostatním a uzavírala se do sebe.

Ve dvaceti čtyřech letech se šla dobrovolně hospitalizovat a lékař jí v rámci rozřazování pacientů pravděpodobně odhadl na to, že by mohla mít hraniční poruchu osobnosti, tento postřeh jí nesdělil. V rámci léčby ostatní ve skupině mluvili o HPO, tak si sama začala zjišťovat informace a celý backgorund. Říká, že tam byla intenzivní terapie a na tyhle otázky nebyl prostor. Potvrzení, že má HPO dostala, až když si přečetla výstupní zprávu. Často zapomíná, že má tuto diagnózu, protože to není podstatná informace, ale důležité to bylo zrovna v tomhle období, kdy jí to umožnilo problémy kategorizovat a tím se jí hodně ulevilo, protože nemusí mít výčitky, jak se chová, jaké má emoce, a že je nedokáže ovlivnit. Patří to pod osobnost jako takovou. Převážně jí pomáhalo čtení kazuistik, jelikož zjistila, že to každý člověk má jinak, což jí dávalo smysl a určité vodítko k porozumění tomu, co se děje.

I když by chtěla chodit do společnosti, bavit se, být jednoznačná a mít kvalitní vztah, tak nejtěžší je přijmout, že *„to nejde, já se nepředělám“*. Jedna věc jsou informace o diagnóze, a druhá věc je osobní smíření a *„i když se mnoho povedlo, tak je to neustálá cesta k nějakému smíření“*. Stále má potřebu se k diagnóze občas vracet, protože se v tom necítí pak tak sama.

Po zjištění diagnózy a propuštění ze stacionáře zorganizovala určitý „coming out“ v rámci rodiny, jelikož cítila povinnost se s nimi o vše podělit, a potřebu, aby rodiče věděli, kdo skutečně je. Mluvila s nimi o dětství a vztahu k nim, depresi, promiskuitě, ... Matka po tom říkala, že teprve teď se o ní něco dozvídá. Diagnóza zde hrála roli určitého odrazového můstku v komunikaci, jako něco jasného, specifikovaného. Něčeho, o čem si sami rodiče můžou přečíst a najít i souvislosti, které ona nevidí. Na sdělení rodiče reagovali dobře, avšak babička se v určitou chvíli chtěla s ostatními domluvit, aby nikde nemluvili o tom, že má někdo u nich v rodině psychické problémy. Po procesu vysvětlování se respondentka vůči tomu asertivně vymezila.

Kdyby poruchu neměla, tak by to znamenalo, že je někdo úplně jiný (reflektovala, že když o tom mluví, je jí smutno). Mnohem více by byla s lidmi, zažívala přátelství, mnohem více by se s nimi chtěla setkávat, protože by jí to bylo příjemný. Mohla by být v práci na vyšší pozici, protože by chtěla něco řídit, ale ví, že na to nemá. Cítila by nějaký klid, protože určitý neklid je všudypřítomný.

Respondent č. 9

Respondentka č. 9 (21 let) vnímala už od mala, že není úplně jako ostatní děti; vždy cítila, že je jiná. Největší problémy začaly okolo puberty, kdy se objevovaly první lásky, avšak potíže vygradovaly až ve chvíli, kdy se jim s manželem narodila dcera a musela najednou čelit zodpovědnosti (dceři jsou nyní dva roky). Začal se jí hroutit celý svět, cítila, že nic nemůže zvládnout a že ji nikdo nechápe. Bojovala s myšlenkami na sebevraždu, ale při životě ji držela dcera. Popisuje své potíže tak, že je naprosto zničující, když je sama – taková hibernace, než přijde kontakt s osobou. Sama si nechce jít nakoupit, jít na procházku, sama si neuvaří ani neuklidí, vše dělá jen kvůli druhým. V devatenácti letech ještě narazila na diagnózu ADHD a hodně se v ní viděla. Vyhledala psychiatra, který jí diagnózu ADHD stanovil a začal léčit.

Náhodou se pak dostala k videu o HPO, ve kterém se zhlédla. Došlo jí, že je to to, s čím se celý život potýká. Přečetla si ještě nějaké články a půl roku si diagnózu nechala rozležet v hlavě, než vyhledala svého psychiatra. Ten jí řekl, že jí diagnózu HPO stanovil již před tím společně s ADHD, jen jí to neřekl, protože zrovna nebyla aktuální a zbytečně by jí tím nakládal na psychiku. Přístup lékaře se jí nelíbil, zároveň, když byla diagnóza potvrzena, bylo jí hodně úzko. Celý život doufala, že až vyroste, až bude starší, tak se to všechno srovná. A když zjistila, že se to věkem nesrovná, nikdy to nezmizí, tak to pro ni bylo hrozně těžký. Psychiatr jí k tomu řekl, že je potřeba se soustředit hlavně na ADHD a pokud nebude brát medikaci, hrozí, že se rozvine schizofrenie. Respondentka tedy očekávala, že zaobírání se diagnózou proběhne u psychologa. Tam se setkala s výčitkou, že se pořád točí v kruhu u stejných témat a že v diagnóze jí nemůže pomoci, protože lidi nehodnotí a snaží se s nimi komunikovat jako s normálními lidmi. Psycholog jí nevyhovoval a potřebovala v ten okamžik něco jiného, proto k němu přestala chodit.

Diagnóza HPO jí dala možnost porozumět svému vzteku a přemýšlet nad svými reakcemi, a co může udělat příště jinak. Došlo jí, že ne vždy, když se naštve, tak je to objektivní. Říká druhým, že se teď naštve, tak ať ji nechají být. Snaží se je tím distancovat

od toho svého vzteku a zároveň se vyhýbat věcem, kvůli kterým vidí černě. Neví, zda by jí psychoterapeut mohl pomoci a připadá jí, že hodně z nich neumí s touto diagnózou pracovat. Našla si i osobní terapii v poslechu hudby (Řezníka), u které nadává a vztek ze sebe dostane.

Respondentka č. 9 říká, že dosáhla určitého smíření: „*Já jsem se naučila vnímat pozitivně to, že vidím ten svět jinak, že jsem trošičku psycho a vidím souvislosti, které ostatní lidi nevidí. Mám o světě jinací obrázek, který kolikrát může být i zábavnější. Někdy je třeba strašidelnější, než by to vnímali ostatní, ale kolikrát vnímám ten svět zábavnější, než to můžou vnímat zdraví lidé.*“

Respondent č. 10

Respondentka č. 10 (34 let) už od mala vnímala, že je hodně jiná a nevěděla proč. Vykládala o dětství, žila s matkou a nevlastním otcem. Potom, co se narodila sestra začalo peklo. Otčím její matku týral, znásilňoval, mlátil. Do dnes má potíže se spánkem, protože kdysi celé noci, když byl otčím opilý matku mlátil a dělal scény. Její vlastní otec si ji pravidelně brával, avšak ten zase týral a mlátil ji. Už jako malá se chtěla zabít. Život pro ni neměl žádnou hodnotu a do dneška svým způsobem nemá. V pěti nebo šesti letech začala chodit k dětské psychiatričce, ale nevzpomíná na ni v dobrém, protože se jí například svěřila s tím, že se chce zabít a lékařka na to reagovala neadekvátně: „ještě jednou mi tohle řekneš a nechám tě zavřít do blázince“, což pro respondentku znamenalo převážně to, že by byla odloučená od matky, na kterou je fixovaná.

Před dvěma, třemi lety se stala situace, kdy v práci byla pod tlakem a měla nevysvětlitelné výbuchy, zároveň dokončovala studium a vyskytovaly se tam i rozchody s partnery. Začaly se u ní objevovat divné příznaky jako pocení krku, abnormální únava, třes rukou, malátnost a až nakonec začala kolabovat. Byla vyšetřena s podezřením na roztroušenou sklerózu s výsledkem, že se nejedná o nic fyzického původu. Vyhledala psychiatra, v léčbě byla prvně na psychoterapeutickém oddělení, kde to nezvládala kvůli kontaktu s dalšími lidmi; poté v uzavřeném oddělení, kde jí stanovili diagnózu HPO. Řekli, že jí tam nemůžou pomoci a že má brát léky, naučit se s tím žít a odkázali ji na terapeutickou komunitu. Jednalo se o placenou službu a respondentka si nedokázala představit, že by pustila své bydlení a půl roku by byla někde v komunitě, proto na léčbu nenastoupila.

Diagnóza pro ni znamenala, že je v uvozovkách magor, ale už ví, co to je a kdo je a zklidnilo ji to. Říká, že to pro ni byla dobrá zpráva. Začala číst knížky o HPO, přidala se na facebookové skupiny pro tyto lidi a snaží se nějak fungovat. Ze zdrojů se dozvěděla, proč

se chová, jak se chová, proč má sklony být promiskuitní, proč nedokázala zvládnout školu... Zjistila, že není sama, že více lidí má tyhle problémy a už si ani nevyčítá, že nemá školy, ale stydí se za to. V nové práci svoji diagnózu hned na začátku sdělila, aby se jí nebáli a nebyli z toho zmatení, když se jim bude zdát, že reaguje nějak podivně jinak. Respondentka říká, že to vzali perfektně.

Moc se ale nedozvěděla, jak to má změnit např. ve vztazích. To je oblast, která ji nesmírně trápí, protože si myslí, že ve svém věku by měla mít už partnera a žít běžný život, ale bohužel to tak není. Respondentka se dočetla, že čím je člověk s HPO starší, tím je mu lépe a po třicítce či čtyřicítce, by měl být v uvozovkách zdravý. *„I když mi bude za chvíli třicet pět, tak vůbec. Zlepšilo se mé jednání, nejsem tak zbrklá, už jsem starší, v uvozovkách moudřejší, a reaguju trošičku jinak. Ale ty deprese a úzkosti, ty jsou problém.“*

8.2 Výsledná teorie a její kategorie

Analytický proces popsaný v předchozích kapitolách odhalil **3 základní komponenty** (kategorie) odrážející význam HPO pro jejího nositele. Ústředním středobodem konstituujícím? z výzkumu vznikající teorii představuje centrální kategorie **„Já jako jinakost“**. Ta existuje v dynamických vztazích k dalším dvěma kategoriím: **„Sociální vazby a normy“** a **„Diagnóza jako podobnost“**, jež zároveň spoluutváří (viz následující schéma č. 3). Povaha výsledků plynoucí ze zakotvené teorie spočívá ve vytvoření obecných/abstraktních kategorií, které se objevují u všech respondentů, avšak jsou variabilní a můžou mít odlišné vlastnosti a dimenze.³⁸

Nejdříve bude stručně popsána kategorie centrální, na níž naváže představení zbylých kategorií ve vzájemné interakci. Abstraktní teorie bude průběžně podkládána konkrétními výroky respondentů, jež nejlépe odrážejí podstatu dané události.

8.2.1 Centrální kategorie „Já jako jinakost“

Jinakost, odlišnost, divnost, výstřednost či speciálnost popisují respondenti „od dětství“ či „odjakživa“. Ve svém vyprávění se zaměřují zejména na jinakost v prožívání a specifickém pohledu na svět. *„Člověk s HPO má zostřené vnímání a ten život prožívá jiným způsobem, jinak na něj nahlíží a liší se samozřejmě od většiny.“* (Resp. č. 1) Jinakost

³⁸ Respondenti například zaujímali ve vztahu ke kategoriím odlišný emocionální postoj.

bývá zdrojem **neporozumění** ze strany okolí (čítajícího např. rodinu, vztahy, odborníky), proto s ním respondenti svou intenzivně prožívanou jinakost často nesdílí. Rovněž ale generuje otázku ve vztahu k „já“: „[...] *nevím, co je dobře, co je špatně, kdo jsem já a kdo je svět a začala jsem mít obrovské chaos v hlavě a neměla jsem se čeho chytit.*“ (Resp. č. 8)

Schéma 3: Vizualizace výsledné teorie a jejích kategorií



Vědomí jinakosti však nezpůsobuje pouze neporozumění sobě samému. Současně se jedná o prostředek **sebeidentifikace** a ukotvení ve světě skrze vymezení se vůči němu. Jinakost pak není primárně vnímána jako něco negativního, ale něco sobě vlastního a v některých ohledech jako něco přínosného. Jinakost znamená kreativitu, bohatost myšlení a fantazii, speciálnost a osobitost. Z analýzy rozhovorů vyplynulo, že bez této specifičnosti by respondenti vlastně *nebyli*, že bez jinakosti, která se rovná **identitě**, se ztratí či razantně přehodnotí samotná existence člověka: „[Kdybych tuhle poruchu neměla] *znamenalo by to to, že bych si dodělala školu, měla bych i vysokou školu. Určitě několik. Třeba se věnovala nějakému umění nebo nějaký kouč. A teď vlastně nevím, jestli bych chtěla žít ten život.*“ (Resp. č. 1)

Pocit jinakosti pro respondenty není přímo časově, a případně ani kauzálně spjat se stanovením diagnózy a nutně ani se vznikem problémů v sociálním životě a jejich dopady; v analyzovaných případech byl všudypřítomný a zmíněnému předcházel. Ač se odlišnosti právě kontaktem se sociálními normami a požadavky projevují, a na jinakost zpětně upozorňují, mohou být právě tím, co je patologizováno.

8.2.2 Kategorie „Sociální vazby a normy“ v interakci s centrální kategorií

Na rozdíl od jinakosti dokázali respondenti začátek výraznějších problémů identifikovat a popsat (první láska, drogová kariéra, dospívání, sebepoškozování). **Problémovost** vystupuje ve chvíli, když se jinakost dostává do kontaktu se sociálními normami a požadavky, které pro ně představují souhrn všech aktuálně vnímaných nároků na člověka, v dané společnosti, kterým respondenti mnohdy nerozumí a jejich překročení či nedodržování pocítí až zpětně z odmítavé **reakce okolí**. Respondentům mnohdy vadí až sekundární dopady na život, nikoli samotné problémové chování. Např. není problém, že chci pít, ale v tom, že mi to společnost netoleruje a mám kvůli tomu problémy ve škole či v práci. Kategorie „Sociálních vazby a normy“ zahrnuje představy o tom, jak by měl člověk žít, které však u respondentů nejsou mnohdy zvnitřněné: Mám mít práci, rodinu, vysokou školu... mám být spořádaný, hodný, chodit do školy, ovládat se, neřešit blbosti...

Při jejich střetu s jinakostí dochází k **sociálním rozporům**, které v důsledku snižují životní spokojenost dotazovaných respondentů. Jedinec vnímá, že nechce nebo není schopen na požadavky společnosti v širším i užším pojetí reagovat tak, jak „si myslí, že by měl“ a není ve světě začleněn tak, jak „si myslí že by měl“. Tato skutečnost k otázce: „Kdo jsem?“ přidává otázku: „Kdo je svět?“ a snaží se pojmenovat a porozumět **žitě jinakosti**. Na základě těchto sociálních kolizí bývají lidé ze sledované skupiny posíláni k odborníkům svým nejbližším okolím, nebo na jejich podkladě vyhledají pomoc sami: „*Ono to hlavně bylo spuštěno tím, že moji mámě se nelíbil ten životní styl, to mi bylo nějak 23, 24 a ona prostě zatím kněžem zašla a řekla mi, že tam něco není v pořádku a von mě pak poslal do toho zařízení k panu doktorovi.*“ (Resp. č. 4)

Je zde patrná sdílená touha obstát ve společnosti natolik, aby byli schopni zařídit si **život takový, jaký chci** – v ideálním případě takový, který nebude na úkor společnosti, ani potřeb a přání jedince. Důraz je v rozhovorech kladen na **vůli**, sebe-disciplínu, být na sebe tvrdý, být sebekritický. Touha po **normalitě** a klidu je však přechodná a spojená s krizí či aktuálními nebo dlouhodobými sociálními rozpory, jež jsou omezující pro žití. Normalitu a s ní spojenou pohodu a klid respondenti opakovaně označovali za nudnou – takový život vlastně nechtějí žít. Zde se nachází průnik s potřebou jinakosti a identifikací se s ní, což zároveň ukotvuje životní cíl: „Chci být speciální, ale zároveň **fungovat ve společnosti**.“

V tomto směru se jeví jako podstatné dva různé typy navazovaných vztahů, které (zpravidla přechodně) směřují k cíli ve společnosti žitelného života: (1) ty, které kotví

ve společenské normě a poskytují soucit a pochopení jinakosti a jiné (2), které mají posunutou normu a podporují jinakost (ty bývají zpětně hodnoceny jako destruktivní). Souhrnně tak lze vztah mezi sebeidentifikující jinakostí a společností pojmenovat jako **oboustranné vyvažování potřeb a požadavků**.

8.2.3 Kategorie „Diagnóza jako podobnost“ v interakci s centrální kategorií

U respondentů se objevuje **aktivní zájem** o jinakosti, skrze které **hledají** podobnosti. Intuitivně převládá laický zájem o zdravotnické patologie a jejich kategorizování, a to jak před získáním diagnózy, tak po něm. Respondenti hovoří o čtení kazuistik, odborných článků, knih a kontaktu s komunitou lidí s HPO či jinými problémy. Hledají styčné plochy s vlastními problémy: Jsem to já? Sedí to na mě? Jinakost určuje moji hodnotu a moje jedinečné místo na světě, zároveň nechci, aby mě omezovala, chci **někam patřit**. Touha někam patřit, mít vědomí, že „v tom nejsem sám“, je v rozhovorech zastoupena podobně jako touha po originalitě a speciálnosti, protože „*není nic horšího, než když člověk má nějakou diagnózu nebo nějakou poruchu, nebo něco a neví, co to je a myslí si, že je v tom úplně sám, a že je právě osamocenej.*“ (Resp. č. 3)

Zjištění a stvrzení vlastní stanovené diagnózy HPO potvrzuje jinakost a zároveň ji posvěcuje: „Jinakost je legitimní, **skutečná** – popsaná, ve své podstatě mi nemůže být vyčítána a záleží, jak s ní naložím, pokud s ní nějak naložit jde, nebo pokud s ní nějak naložit chci.“ Zdravotní diagnóza je však současně založená na hledání podobnosti, jakožto každá kategorizace. Objevené podobnosti přinášejí **úlevu**, vhled, aha moment: „*Cítila jsem úlevu, že spousta problémů začala dávat smysl*“, „*Najednou to do sebe všechno zapadalo.*“ (Resp. č. 2) „*Byl to úlet v tom, že když jsem si přečetla, co to je, tak mi najednou došlo prostě úplně všechno, fakt jako.*“ (Resp. č. 3)

Na druhé straně diagnostická kategorie ohrožuje individuální pojetí vlastní jinakosti. Jako „*možná i to, že jsem specifická a jsem zvyklá jediná být ve svém okolí tímhle způsobem přesně specifická a když je mi možná někdo až moc podobnej, tak by mě to mohlo jako ohrozit v moji speciálnosti.*“ (Resp. č. 2) Respondenti tak v souvislosti s diagnózou HPO hovořili o potvrzení výlučnosti, ale zároveň o ztrátě originality. To opět vyvolávalo **zmatení**, kdo jsem já, když teda nejsem tak výjimečný? V tomto však diagnóza může sloužit i jako určitý **orientační bod** k posuzování normality, ke kterému se vracejí, i když říkají, že pro ně není diagnóza jako taková aktuální či určující. Poskytuje možnost se vůči ní vymezit, což opět

modeluje jedinečnost a je indicií k porozumění sobě samému. V důsledku je snazší a efektivnější **vymezovat se** v rámci určité definované skupiny a jejím (diagnostickým) kritériím, než se vymezovat vůči celému světu. „*Chtěla bych ještě říct, že se neřežu a nikdy jsem se neřezala a bojím se bolesti. [...] To řezání ne, a to bych chtěla zdůraznit, že tohle určitě ne.*“ (Resp. č. 1)

Diagnóza vystavěná na podobnosti pak respondentům umožňuje zaujmout postoj ke vztahu k „Já jako jinakosti“ skrze **externalizaci potíží**. „*Když přijde stav, mám možnost si uvědomit, že to jsou symptomy poruchy a více se jimi nezaobírat.*“ (Resp. č. 3) Externalizace umožňuje potíže přesunout mimo sebe a zaměřit se na ně bez ohrožení definující jinakosti, což je ovšem podmíněno oním kategorickým (a sporným) označením patologického a normálního, stanovením a zvnitřněním **orientačního bodu**, který je nejdůležitějším elementem výše popsaného vztahu kategorií. Tato interakce pak ovlivňuje fungování ve společnosti – tedy kategorii „Sociální vazby a normy“.

8.2.4 Interakce kategorií

Pro úplnost a uzavření prezentované teorie, jakožto i pomyslného trojúhelníku, je třeba objasnit, jakým způsobem spolu interagují komponenty „Diagnóza jako podobnost“ a „Sociální vazby a normy“ v kontextu centrální kategorie „Já jako jinakost“. Tento vztah by se dal nejlépe vystihnout označením **posun společenské normy**. Posun přináší nové možnosti nebo naopak omezení a individuálně lze vnímat jeho negativní, neutrální i pozitivní dopady. Jedním z možných projevů je společenské, zejména systémové uznání toho, že dotyčný potřebuje s vyvažováním potřeb a nároků **pomoci**. Tato pomoc je zprostředkována zdravotnickým a sociálním **systémem** a zahrnuje celou škálu služeb, např. sociální služby, psychoterapii hrazenou ze zdravotního pojištění.

Posouvají se i nároky na oblast **pracovní** a vzdělávací. Potřeba a zejména povinnost pracovat je společná všem a jedná se tudíž o kategorii dominantní. Potíže pracovat tak, „jak člověk vnímá, že by měl“, je výslednicí vztahu jinakosti se sociálními normami a diagnostickými symptomy. Pokud je tato norma posunuta, může to pomoci jedinci nárok práce řešit – například invalidní důchod, příležitostná práce nebo vědomí a přijetí vlastních mantinelů:

„*Já jsem si říkala: ,no tak jako, jsem doma, nepracuju.‘ A teď jsem měla kamaráda, který má důchod, takže který nepracoval a byl strašně happy a říkal, že bych do toho mohla jít.*“ (Resp. č. 1)

„Co se týče toho pracovního života, nejsem schopná mít povolání, kam se chodí na 8 hodin denně, ale zatím to vypadá, že jsem poměrně schopná najít i alternativní způsoby, jak se žít v pohodě a nemuset tohle absolvovat [invalidní důchod]“ (Resp. č. 2)

Stejně tak začalo být pro respondenty snazší orientovat se ve společnosti, jelikož odbornou intervencí a skrze diagnózu získali konkrétní informace o tom, kde tkví problém – jaké normy narušují, kde jsou jejich limity.

Vztah kategorií zahrnuje i téma stigmatizace. Aktuálně se obecně diskutovaný posun společenské normy negativně projevuje v kontextu odmítání či zanedbávání lékařské péče psychiatrických pacientů. *„A tam mi řekli, že ta bolest je psychosomatická, že to mám všechno psychosomatický. [...] Takže opravdu tajit, tajit, tu. I ty prášky tajit. Všechno tajit, abyste měl péči, kterou potřebujete.“ (Resp. č. 5)* Stejně tak se objevuje téma odmítání psychoterapeutické či psychiatrické péče: *„každý dává od nás ruce pryč. Což je docela skličující, když voláte, voláte, voláte. Řeknou: ‚no tak to se na mě nezlobte, to my vám nepomůžem‘“ (Resp. č. 5)*

Komunikace diagnózy se společností může být v praxi zprostředkována zdravotnickou dokumentací, která bývá u lidí s HPO obsáhlá. Respondenti popisují problém nebo minimálně strach z pracovně lékařských prohlídek, které jsou vstupní bránou do zaměstnání a v důsledku toho vytváří pracovní omezení, které mohou vnímat i negativně a neadekvátně: *„[mít diagnózu v lékařském výpisu] To já jsem právě třeba nechtěla, protože, když člověk třeba žádá o vízum do zahraničí a tak, tak většinou musí prokázat dobrý zdravotní stav. Nebo aji třeba pro zaměstnavatele“ (Resp. č. 2)*

„A taky, co se týče těch pracovních možností, tak je to o to těžší., nejde to, protože je to v rámci vstupních podmínek.“ (Resp. č. 5)

Diagnóza je respondenty pojmána jako čistě **soukromá** věc, kterou nikde neuvádí nebo ji dokonce tají. *„Ani, co se týče školního prostředí, tak to nedávám najevo, nebo neříkám to spolužákům. Jinak si to asi ani nedokážu představit.“ (Resp. č. 2)* Ač bývají sociální problémy impulsem k vyhledání odborné pomoci a získání diagnózy, v důsledku může její vědomí ve společnosti přitížit. To je podstatné v blízkých rodinných a partnerských vztazích. V začínajících partnerských vztazích je diagnóza soukromou informací, respondenti zvažují, zda se o tuto skutečnost s partnerem podělit. Diagnóza může být důvodem k odmítnutí. Partneři se diagnózu většinou dozví, ale jejímu významu **nerozumí**. Respondenti uvádějí, že partneři diagnózu **bagatelizují**, nebo nevnímají. *„Určitě to řeším*

v tom partnerském vztahu a tam ne přímo tu diagnózu, ale tu existenci toho. Jako to, že jsem řekla, že mi to potvrdili určitě u mého partnera nic nezměnilo, jako jeho vnímání, jak se mám chovat. Vždycky to bere tak, že to si musím vyřešit já.“ (Resp. č. 2) Partnerské vztahy však byly z pohledu respondentů vnímány spíše jako cíl, přání a touha, a tudíž hrají roli jen v krátkých životních úsecích.

Rodina a převážně matka bylo téma často reflektované. U matky respondenti posuzovali její přítomnost a porozumění ve věcech, které řešili (**blízkost**). Matka se objevovala napříč příběhem, avšak někdy znamenala porozumění a nepřítomnost, jindy obráceně. Před respondenty se matky ke stanovené diagnóze navracely vzácně. Ve vztahu k rodině mohla diagnóza posloužit jako odrazový můstek v komunikaci, nebo se mohli setkat s nepochopením, studem a někdy i bagatelizací.

Diagnóza vyjasňuje, obě strany ví, co od diagnózy můžou čekat, co jsou její symptomy, společnost zároveň vytváří diskriminující stereotypy. Respondenti vnímají **rizika**, že budou odmítnuti nebo jim nebude porozuměno. Posunutí normy však reprezentuje nejen uznání nebo zamítnutí pomoci či nepochopení a vyčlenění, ale i porozumění a **přijetí**. K tomu dochází začleněním jedince do komunity (společnosti) psychicky nemocných a komunity lidí s HPO. *„Mám jednu blízkou kamarádku, se kterou jsem to řešila a ta vlastně byla jediná, který to byla schopná nějak chápat, protože se u ní rozjela panická porucha. A moc dobře to pak pochopila.*“ (Resp. č. 3) Začlenění přináší úlevu, zároveň skrze diagnózu a podobnost ohrožuje vlastní jinakosti, jak je již popsáno výše.

8.3 Zodpovězení výzkumných otázek

V následující části budou zodpovězeny výzkumné otázky, přičemž výsledné odpovědi budou okomentovány z pohledu vytvořené teorie prezentované v předchozí části. Obecná výzkumná otázka se táže: **Co znamená hraniční porucha osobnosti pro nositele této diagnózy?** Na základě analýzy a teorie lze konstatovat, že mít HPO pro oslovené jedince s touto diagnózou znamená:

1. Jsem jiný a speciální.
2. Nežiju normální život.
3. Je nás více stejných/máme kategorii

Jedná se o komplexní uchopení samotného fenoménu HPO, který obsahuje jak psychiatrickou či společenskou nálepku a určité symptomy, tak různou míru individualizovaného porozumění této nálepce nebo obecněji pojetí vlastních problémů i specifik, přičemž orientace na sebe-definující jinakost se jeví jako nejpodstatnější. U některých interview představovala diagnóza důležitou oblast, u jiných interview coby sociální a lékařská nálepka nehrála větší roli, ale sekundární a terciární problémy, které diagnóza zastřešuje naopak ano.

Na HPO coby psychiatrickou diagnózu se pak konkrétně doptává specifická výzkumná otázka: **Kdy má stanovená diagnóza HPO význam pro jejího nositele?** Z analýzy vyplývají následující zjištění:

1. Dle respondentů hraje stanovení diagnózy v jejich životě **zanedbatelnou roli**, ač při jejím **zjištění** mnohdy prožívali šok, zmatení nebo úlevu.
2. Vztah k vlastní diagnóze se **v čase vyvíjí a mění**.
3. Při **akutních problémech** je důraz na diagnózu patrný. Reflexi tohoto vztahu k diagnóze ztěžuje relativní vnímání potíží a času respondentů, jelikož období, kdy byli do diagnózy ponořeni, popisují jako uzavřené a vzdálené – ať se jedná o odstup v řádu let či v řádu dní.
4. Významnost stanovené diagnózy je ovlivněna stereotypy a odborníky – je **nežádoucí** se jí zabývat – „neschovávám se za diagnózu“.
5. Nelze postihnout moment „nyní mám diagnózu“, jak tomu bývá u jiných onemocnění, kde je stanovení diagnózy spjato se vznikem a řešením problémů. Diagnóza tím proto pozbývá na fatálnosti a je spíše **všudypřítomným** „společníkem“.

Reakce na vlastní stanovenou diagnózu HPO se různí podle toho, jaká je disproporce (časová a kauzální) mezi krizí, chronickými problémy, řešením problémů a zjištěním diagnózy. Tedy v závislosti na tom, zda se respondenti o své stanovené diagnóze dozvěděli náhodně s odstupem let a v kontextu jiných problémů; slýchávali suspekce o HPO po dlouhou dobu léčby; na základě rešerše problémů si „stanovili diagnózu sami“; je HPO jen další z mnoha diagnóz.

9 DISKUZE

Výsledná teorie, jež objasňuje význam diagnózy hraniční porucha osobnosti pro jejího nositele bude usouvztažněna, propojena a konfrontována s širším teoretickým věděním a výzkumnými zjištěními. Na základě komparace závěrů předkládaného výzkumu a dostupných zdrojů je pak možné předeslat jejich přínosy a aplikační možnosti v klinické praxi či výzkumných metodologiích. Samotný výzkum bude dále posouzen a hodnocen z hlediska svých specifík a limitů, ze kterých budou posléze vyextrahovány podněty pro další výzkum v této oblasti.

9.1 Srovnání výsledků se zdroji

Perspektiva předložené teorie se odvíjí od centrální kategorie „Já jako jinakost“, jejíž principy jsou obsaženy rovněž v soudobém poznání i výzkumech zaměřených na HPO. Obecně lze říci, že **jinakost** a vymykání se je podmínkou poruch osobnosti a zahrnuje ji i samotné vymezení poruch osobnosti v diagnostických manuálech. Jinakost znamená odchylku od normy (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 1993) neboli od toho, jak „*průměrný člověk v dané kultuře vnímá, myslí, cítí a zvláště utváří vztahy k druhým*“ (Světová zdravotnická organizace, 2006, 161).

Charakteristika stanovené centrální kategorie „Já jako jinakost“ však spočívá zejména v propojení jinakosti a „speciálnosti“ s vlastní totožností a **sebepojetím**. Jak je ovšem zřejmé z definic osobnosti napříč různými autory, je jedinečnost, její uvědomování a pojmání jedincem, příznačná pro každou osobnost (Cakirpaloglu, 2013). Je tedy otázkou, nakolik je samotná sebeidentifikace jedince s HPO jako speciálního a odlišného tak silně specifická konkrétně pro tuto skupinu a nakolik se jedná o přirozenou součást každé osobnosti, či jinak řečeno o přirozenou reakci na uniformní kategorizaci, s níž by měla potřebu se konfrontovat i populace mimo HPO.

Zde je však třeba podotknout, že dle slov respondentů je vědomí jinakosti doprovázelo již „od dětství“ či „odjakživa“. Není tedy spjato s problémy či psychiatrickou léčbou a diagnózou. Naopak se jinakost jeví jako něco, co je během dětství a dospívání utvářelo. Výsledky totiž ukazují jinakost nejen jako prostředek a bod **sebeidentifikace**. Jedná se rovněž o zdroj nepochopení sobě samému, které je pak impulsem pro hledání

stavu porozumění – uchopení chaosu a nestability jako své součásti. V tomto bodě se do výsledků výzkumu otiskuje i pojem hraniční dle psychostrukturální teorie, který popisuje jako „stabilní nestabilitu“ mezi neurózou a psychózou (McWilliams, 2015). Tento moment pak rozvádí DSM-5 (American Psychiatric Association, 2015) popisem „výrazně a trvale nestabilní sebeobraz a vnímání sebe sama“.

Sami respondenti svou jinakost během rozhovorů spojovali s **kreativitou** a originálním pohledem na svět. Teoretická rešerše na toto téma ukazuje tendence hledat u lidí s duševním onemocněním kreativitu spočívající právě v odlišném vnímání světa (např. umělecký směr art brut). U některých diagnostických jednotek se skutečně podařilo tento vztah s kreativitou nebo originalitou podpořit – např. u bipolární afektivní poruchy (Santosa et al., 2007), určitou originalitu u schizofrenie (Sampedro et al., 2020) nebo u hypomanie (Furnham et al., 2008). Kreativitu konkrétně u lidí s HPO zkoumal Leutgeb et al. (2016), který při administrování běžných standardizovaných psychodiagnostických metod zaměřených na kreativitu nenalezl u lidí s HPO žádnou výjimečnost.³⁹ Při zohlednění výsledků výzkumu od Leutgeb et al. (2016) ve zjištěných předkládané diplomové práce, by mohla být jinakost pojímána spíše jako subjektivní vnímání vlastní kreativity, která se nemusí objektivně manifestovat ve výzkumu ani umělecké tvorbě.

Onu jedinečnost, tvořící středobod teorie, podle všeho tedy nelze vnímat samu o osobě negativně. Jak je příznačné pro diskurz „odchylek“ – vzbuzují strach zároveň i fascinaci.⁴⁰ U HPO je specifické, že se tento zájem o odchylku neodehrává výhradně na straně odborné obce a společnosti (diagnostika, teorie, stigmatizace, vyčlenění), nýbrž významně právě i na straně samotných respondentů. A to určitou **fascinací speciálností**, kterou vnímají uvnitř sebe sama, jakož i ambivalencí mezi strachem ze sebe samého, někdy i nenávisť k sobě. Tuto fascinaci vlastní odlišností popisuje předkládaná teorie například jako aktivní zájem respondentů hledat ve své jedinečnosti podobnosti skrze psychiatrické diagnózy, čtení odborných publikací atd. Zájem a bádání respondentů je zdůrazněno a podníceno skutečností, že dotazovaným respondentům nebyla diagnóza lékařem uspokojivě sdělena. Potažmo nebyla vysvětlena, nebyl věnován dostatečný prostor otázkám pacienta nebo se odborníci odmítli o diagnóze bavit.

³⁹ Výzkum byl však založený na malém vzorku 20n s HPO a 19n kontrolní skupina.

⁴⁰ Vzpomeňme na panoptika či slovo teras (spjaté s diskurzem vývojových vad), znamenající obludnost, zrůdnost, ale i krásu a nebeskost.

Riegel et al. (2020) se snaží odborníky nasměřovat, jakým způsobem o diagnóze mluvit a sdělovat ji, zároveň někdy dochází úplně k základnímu nepochopení, například i v termínu „osobnost“. V této skutečnosti stojí za zamyšlení, jakým způsobem byla diagnóza skutečně respondentům vysvětlována, zda nedocházelo k nepochopení nebo zda se nacházeli ve stavu šoku, kdy by mohli problém informace zpracovat. Minimálně lze říct, že v datech analýzy předkládané diplomové práce je silně zakotvena skutečnost, že způsob, jakým se respondenti **diagnózu dozvěděli** pro ně byl **neuspokojivý** a neadekvátní, což by mělo být v tomto tématu směrodatné.

Neochota odborníků sdělit diagnózu HPO se objevuje i u výzkumů Sulzer et al. (2016); Fallon, (2003); Castillo et al. (2001). Sulzer et al. (2016), kteří se zabývali momentem sdělování diagnózy HPO ze strany pacienta i lékaře; objasnili důvody, proč lékaři diagnózu nesdělují: nechtějí stigmatizovat, zatěžovat, podporovat závislost pacientů na diagnóze. Sulzer et al. (2016) pak dochází k tvrzení, že je potřeba diagnózy sdělovat i pro potřeby pacientů, aby se k diagnóze mohli vztahovat, mít ji jako zdroj informací, vymezit se vůči ní. Výsledky předkládané práce s tímto zjištěním plně korespondují, avšak význam stanovené a vysvětlené diagnózy pro pacienta ještě rozšiřují.

V diplomové práci představená teorie tyto otázky vysvětluje a pojímá v kategorii „Diagnóza jako podobnost“ z níž vyplývá, že **diagnóza** představuje pro respondenty napříč časem opravdu určitý **orientační bod** pro porozumění potížím, ke kterému se navracejí. Roli diagnózy a její působení na individualitu člověka v této kategorii teorie popisuje hlavně jako balancování mezi zobecňující diagnostickou kategorií a specifičností jedince. Diagnóza jakožto kategorizované a anonymizované podobnosti stírá onu jedinečnost každého člověka. Stejně tak Vybíral (2006, 91) konstatuje, že stanovením diagnózy jedinci v podstatě *„ubírám na specifičnosti a připravuji ho o své-bytnosti. [...] U jiných lidí se toto přiřazení ke druhým (k druhu, typu) bolestně dotkne jejich identity.*

Obdobně Maslow (2014) tuto přirozenou reakci popisuje v psychoterapeutickém procesu, kdy kategorizace pacienta vede k odporu, jelikož je mu tím brána jeho jedinečnost, odlišnost, identita. Oproti Maslowovi (2014) i Vybíralovi (2006) popisuje výsledná teorie této práce i opačný efekt, kdy je jedinci pomocí nalezené podobnosti potvrzena jeho jinakost jako legitimní a nevyhnutelná, což je dominantní moment z důvodu jeho fixace na jinakost jako sebedefinující **výlučný princip**, který může být spjat s pocitem nadřazenosti vůči ostatním – normálním a nudným.

V analyzovaných výpovědích se objevovala také **úleva** související se zjištěním vlastní diagnózy, která v sobě zahrnuje skutečnost, že člověk není sám, že je skutečně náročné s těmito vlastními problémy pracovat a žít, že odborníci tento fenomén zkoumají – někdo se tomu/jim věnuje. Úleva související se zjištěním vlastní diagnózy HPO, se objevuje i ve výzkumu Sulzer et al. (2016) a Vybírala (2006), který ve shodě s výsledky této diplomové práce popisuje určitou jistotu pramenící z vědomí, že „člověk někam patří“ a úlevu pramenící z uznání, že jejich problémy existují a jsou popsány.

Stanovování diagnózy má paralelně mnohé odpůrce z řad teoretiků i kliniků. Jak například uvádí Cechin (in Asen & Jonesová, 2004), nálepkování jedince diagnózou (labelling) přispívá k existenci problému a někdy může diagnóza spustit kariéru člověka jako chronického devianta, duševně nemocného či zločince. Toto nebezpečí se však v případě zkoumané oblasti a na základě zjištění předkládané práce jeví jako značně nepravděpodobné. Ve výsledcích výzkumu se totiž objevuje diagnóza ještě v jiné souvislosti. Tedy, že z pozice respondenta přirozeně nevzniká mezi diagnózou a jejími symptomy či dopady na život přímá souvislost a mohou je tak vnímat odděleně. McWilliams (2015, 27) se zase vyjadřuje *„k jemnému společenskému dopadu diagnózy založené na kategoriích. Může přispět k jistému sebeodcizení, zvěcnění stavu vlastního já, za nějž se člověk nepřímou zříká odpovědnosti.“*. Teorie, která se zakládá na pohledu nositele diagnózy HPO, se vymezuje proti Cechinovi i McWilliams, jelikož respondenti naopak popisovali určitou možnost externalizace problémů, která způsobí, že jedinec může pracovat (i v rámci psychoterapie) na svých problémech spojených s osobností a zároveň nepřicházet o svoji jinakost a jedinečnost.

Výsledky prezentovaného výzkumu však zastírají podstatný a možná i nejpálčivější rys HPO. Utrpení a spory, které se odehrávají na **intrapsychické úrovni** a vzdalují se deskripci vnějších projevů obsažených v diagnostických nástrojích. Jak přitom předesílá například Praško (2015), je pro poruchy osobnosti častá subjektivní tíseň, kterou tyto jedinci prožívají a která může být impulzem k vyhledání odborné pomoci. Tím, že je (až patologická) jinakost předkládanou teorií u HPO vnímána jako imanentní či dokonce žádoucí, může vznikat dojem opomenutí či posvěcení těchto problémů spojených se sebeláskou a sebenávistí jako přípustných a běžných – u nichž není třeba usilovat o úlevu či změnu.

Jinakost je ve výsledcích výzkumu jako nežádoucí zdůrazněna až ve vztahu ke kategorii „Sociální vazby a normy“, kdy vytváří zdroj potíží. Při kontaktu s nimi dochází ke

kolizím, jež na jinakost a odchylky v chování upozorňují. Tento aspekt teorie má silné propojení s aktuálními trendy dimenzionálního přístupu nadcházející klasifikace MKN-11, pro kterou je stěžejní posoudit **funkční narušení osobnosti** spíše než osobnostní charakteristiky (Riegel et al., 2020). Např i Keeley et al. (2014) zdůrazňují nutnost se u poruch osobnosti zaobírat funkčním narušením, jinak by jakákoliv abnormalita mohla být zbytečně patologizována.

Výsledky prezentovaného výzkumu stejně jako Keeley et al. (2014) a MKN-11 (in Riegel et al., 2020) poukazují, že jinakost nemusí znamenat patologii a problémovost, pokud dokáže vyvažovat potřeby a nároky společnosti. Zjištění podporují i Grambal et al. (2017), kteří podotýkají, že v populaci jsou lidé splňující kritéria HPO, ale nemají potřebu vyhledat pomoc, protože jsou funkčními články společnosti, mají práci, rodinu, děti. Stejně tak v pracovní oblasti Kreisman a Strauss (2017) popisují způsob, jakým lidé s HPO vyvažují požadavky, jež nacházejí ve vyhledávání vysoce strukturované práce, v níž mnohdy docílí uznání a potvrzení sebe sama, čímž se tedy vytrácí ona patologičnost.

Zanarini et al. (2010) podotýká, že lidé s HPO patrně psychosociálně zrají a díky pozitivním sociálním faktorům, jako je stabilizace v zaměstnání, kamarádi a partnerský vztah, dosáhnou zlepšení – slovy výše prezentované výsledné teorie se těmto jedincům podaří vyvážit společenské normy a nároky s vlastní jedinečností. Obdobně Grambal et al. (2017) popisují skutečnost, že se lidé s HPO po dosažení třiceti let zlepšují, protože si někteří najdou partnera, který je pro ně významně podporujícím zklidňujícím elementem, nebo se adaptují na život bez partnera a tím se vyhnou nepříjemným afektům.

Popisované principy vyvažování vztahu kategorií „Já jako jinakost“ a „Sociální vazby a normy“ se odrážejí i v **principech léčby** v rámci terapeutické komunity, v rozhovorech respondenty často zmiňované, který má na poli léčby HPO důležité místo. Terapeutická komunita je totiž založena na každodenním fungování, životu ve skupině a na řešení praktických záležitostí (*Terapeutická komunita – Kaleidoskop*, b.r.). Vyvažování/vztah mezi jinakostí a sociálními normami a požadavky, jak je zakotven ve výzkumných datech, je zakotven i v dalších výzkumech a výrocích odborných autorit. Je patrné, že právě s vnímanými společenskými normami se respondenti poměřují a vytváří si představu správného života. Způsobuje to, že se různí jedinci (nejen ti s HPO) cítí jako méněcenní nebo je tak na ně i pohlíženo okolím, jak to popisuje např. i Tajfel (1981).

Výsledky výzkumu zahrnují nejen neporozumění vlastní jinakosti, ale i neporozumění jinakosti či jejímu významu okolním světem. Tato oblast by se dala propojit s výzkumy orientovanými na **stigmatizaci** osob s HPO, jakožto určité formě neporozumění těmto jedincům, a jež je u fenoménu HPO zkoumaná a reflektovaná často - např. Masland a Null (2021), Aviram et al. (2006), Corrigan a Watson (2002), Markham a Trower (2003) aj.

Ač se v analýze vyjevilo téma stigmatizace jako okrajové, nelze říci, že výzkum existenci stigmatizace a sebestigmatizace po obeznámení respondenta s diagnózou nezjistil. Z prezentovaných zjištění výrazněji vyvstává již popsané riziko ohrožení vlastní jedinečnosti, ale jsou zmiňovány i problémy (či spíše obava z problémů) v pracovní oblasti nebo rodinných vztazích. Blízká rodina respondentů mnohdy nerozuměla významu diagnózy HPO, nebo ji přehlížela, až bagatelizovala. Trosbach et al. (2003) podotýká, že s přijetím skutečnosti, že je člen rodiny duševně nemocný, se vynořuje i strach ze stigmatizace a snaha skrývat onemocnění před společností. Takhle popisovaný strach se však ve výzkumu objevil jen jednou a okrajově. Ve výzkumu bylo stěžejní ono **přehlížení** či bagatelizace, která spíše odpovídá Ocisková a Praško, (2015), jež u rodin popisují odmítání závěru, že se jedná o duševní onemocnění, které pokládají za běžný povahový rys.

„Popírání“ diagnózy lze spatřit i v soudobých antipsychiatrických, antistigmatizačních trendech, nebo např. Yalom (2012) spatřuje v rámci psychoterapie diagnózu kontraproduktivní, jelikož diagnóza determinuje psychoterapeutův pohled na symptomy diagnózy a opomíjí ostatní skutečnosti, které do ní nezapadají. Předkládaná teorie však objasňuje, že není možné diagnózu HPO zapřít, protože je pro její nositele součástí celého fenoménu a při jejím zapření se ztrácí část významů, které do psychoterapeutického procesu patří a pacienti je reflektují.

Názor, který v průběhu léčby rovněž chápe diagnózu jako něco nežádoucího, je tzv. „schovávání se za diagnózu“, vůči čemuž se dotazovaní respondenti z vlastního popudu přímo vymezovali. Pravděpodobně se z jejich strany jedná o reakci na toto smýšlení odborníků. Jde o rozšířený stereotyp spjatý s HPO, který může respondentům bránit ve zdravém přijetí a respektování situace spjaté s diagnózou. Z rozhovorů však není zřejmé, kdy se jedná o zralé uvážení specifčnosti vlastní jinakosti a vlastních možností, nebo o ono „schování se za diagnózu“. Pokud se však opět vezme v úvahu, že jsou respondenti se svou specifčností, kterou diagnóza zastřešuje esenciálně spjati, možná takové smýšlení není ani přínosné ani odpovídající. Zároveň teorie popisuje skutečnost, že diagnóza HPO může mít i funkci zprostředkovatele **pomoci** a ochrany svých nositelů a přispívá k hledání možností

a řešení, jak se zapojit do společnosti a aktivního života. Jinými slovy může být stanovená diagnóza nástrojem, jež umožňuje vyvážit potřeby a požadavky jedince, jeho okolí i sociálního systému.

Výsledná teorie má svá specifika – oproti lékařskému a psychologickému diskurzu klade větší důraz na sociální vazby a normy, oproti sociologii a sociální práci zase na sebepojetí a prožívání jedince. Kdyby se vždy rovnocenně zahrnuly všechny tři komponenty, které jsou pro fenomén HPO klíčové, mohlo by se stát celé pojetí HPO natolik složité, že by v praxi nebylo využitelné. Kategoriální diagnostika obsažená v DSM a MKN však zároveň natolik simplifikovala fenomén HPO, že sjednotila pohled na roztržitý problém a současně umožnila se vůči němu vymezit s vědomím sdíleného kategoriálního základu, jež zůstane i při využívání alternativních diagnostických a aplikovaných přístupů. Navrhovaný model by primárně vyžadoval dovzdělání odborníků v dalších oblastech. **Multidisciplinaritu** je však možné zařídit i spoluprací odborníků, jak se o ni snaží například i aktuální reforma psychiatrické péče, konkrétně ve fungování Center duševního zdraví (Ministerstvo zdravotnictví, 2020).

9.2 Přínosy a aplikační možnosti výsledků výzkumu

Prezentovaná teorie odráží **aktuální** poznání včetně sociálních, sociologických, psychologických a psychiatrických trendů a navazuje na ně. Nadto konceptualizuje a uceluje pojetí HPO, nejen jako diagnózy, ale jako celkového **žitého fenoménu**. Teorie v jednoduchosti říká, že všechny komponenty (Já, společnost, diagnóza/symptomy) jsou součástí fenoménu HPO, a proto je třeba zahrnout je do smýšlení nad diagnózou, či ještě lépe do smýšlení nad jedincem/klientem.

Teorie je ve své podstatě jednoduchá. Její komplikovanost spočívá v propojování a vyjasňování vícero diskurzů, jejichž překročení s sebou nese už určitou náročnost. Důležité je si uvědomit, že přístup nositelů HPO k vlastní diagnóze a obecně nazírání laické i odborné společnosti na fenomén HPO či aktuální dobové normy a požadavky jsou proměnné, mění se, vyvíjí, jsou specifické pro danou dobu a prostor. HPO je fenomén, který reflektuje (zrcadlí) společnost, státní (zdravotnický a sociální) systém, i praxi a vlastní reflexi odborníků. Zároveň důrazně připomíná i ono JÁ, které bývá v přístupu k nemoci opomíjeno. Je důležité JÁ a sebepojetí či sebeidentifikaci a sebezkušenost lidí s HPO, kteří přitom paradoxně stojí v centru zájmu, neopomíjet a nebagatelizovat jako nestabilní. Je třeba

přířknout jim kompetence k vyjádření názoru, jež má potenciál vyústit i v kompetenci k sebebomoci.

Výsledky předesílají, že je cílem usilovat o **vyvážení** všech třech kategorií. Jinými slovy není možné přistoupit k hraniční poruše osobnosti, jakožto fenoménu spojeného s nositeli diagnózy, pokud je opomenuta některá z komponent, protože pak by smýšlení nad tímto fenoménem postrádalo onu celistvost a mohlo by vést k neporozumění v různých oblastech (např. diagnostika, psychoterapie, sociální problematika, léčba a její cíle). Diplomová práce pro tyto oblasti přináší několik **doporučení**, jak lze prezentovanou teorii uplatnit v praxi:

Respektuje odborníky z jiných oborů a buďte otevřeni multidisciplinární spolupráci:

Každý z oborů věnující se lidem s HPO má blíže k některým komponentám teorie, k jiným méně, nebo je zcela opomíjí, což jedincům s HPO neumožňuje řešit problémy a potřeby komplexně. V důsledku toho vzniká mezi obory bariéra, která brání porozumění a funkční multidisciplinární spolupráci, na kterou je v soudobé reformě psychiatrické péče kladen důraz. Psychiatr přirozeně klade důraz na podobnosti (diagnózu), až někdy může zapomenout na společenské nároky nebo individualitu/jinakost člověka a jeho potřeby, včetně těch základních, jako jsou bydlení a strava. Psychologie se zase soustřeďuje na osobnost/individualitu. Například psychologům osobnosti je potřeba připomínat sociální kontext a sice to, že může být chování člověka více podmíněné určitou situací, nežli specifiky daného jedince. Ve sféře sociální práce se zase opomíjí podobnosti (diagnózy), které jsou někdy považovány až za „sprostá slova“. Stejně tak je diagnóza (záměrně) opomíjena v psychoterapii.

Hraniční poruchu osobnosti po zralé úvaze diagnostikujte a klienta informujte:

Teorie zastává stanovisko, že je třeba diagnostikovat poruchy osobnosti, i když se objevují názory odborníků, že by tomu tak být nemělo. Bez diagnózy není léčba, prognóza ani výzkum. Diagnóza je prostředník mezi odbornou zkušeností, vědomostí a konkrétním člověkem v dané situaci. Na diagnóze je založený zdravotnický i sociální systém a bez ní zůstává potenciální klient s HPO bez pomoci. Slouží i jako orientační bod a stupnice normálního a patologického chování pro samotné nositele diagnózy i jejich blízké. To ústí v posunutí či revizi některých sociálních norem a vztahů, jež mohou přiblížit pomoc a vytvořit pro jedince s HPO ve společnosti místo. Nedostatečná informovanost naopak vede k dezinterpretacím diagnózy a z ní plynoucích možností a omezení klientů.

Respektujte klientovu potřebu zabývat se diagnózou:

V interview se opakovaně objevovala situace, kdy se odborník (psycholog, psychoterapeut, psychiatr) odmítl s jedincem bavit o jeho diagnóze HPO. Respondenti to vysvětlují tak, že odborníci se nechtějí na lidi dívat jako na diagnózy (chtějí řešit individuální potíže). Tohle vysvětlení je v souladu se současnými trendy, které se označují za antipsychiatrické, antistigmatizační s důrazem na individualitu člověka. Prezentovaná teorie však pokládá takové jednání za opominutí (nereflektování) jedné z komponent a dalo by se říct, že tohle jednání je dezinterpretací soudobých trendů. To, že se odborník nechce (nemá) na klienta dívat jako na diagnózu neznamena, že klientovy otázky ohledně diagnózy jsou nutně špatné a neakceptovatelné. Naopak tím nejsou respektovány klientovy potřeby a fakt, že toto téma vnáší do případné terapie. Pokud odborník diagnóze prostor věnoval, bylo to v rozhovorech zdůrazněno jako nápomocné.

Měňte úhel pohledu na problémy, diagnózu i léčbu:

Prezentovaná teorie např. nabízí materiál k diskuzi nad otázkou vy-léčitelnosti HPO, která je s fenoménem spjatá. Je-li v diskuzi zahrnuta centrální kategorie „Já jako jinakost“, tedy to, jaký vlastně daný člověk JE, jsou klienti při otázce vyléčení konfrontováni rovněž s otázkou ztráty sebe sama – ne-bytí, ne-existence. Při zohlednění jinakosti a podobnosti je možné přeformulovat otázku na: „Je možné v průběhu času nesplňovat kritéria pro diagnostikování HPO?“ (Může se jinakost přestat dát kategorizovat jako patologická?). Při zohlednění jinakosti a sociálních vazeb a norem by stejná otázka zněla: „Je možné přijatelně vyvážit potřeby a nároky jinakosti ve společnosti?“ (Může se daný člověk realizovat ve své jinakosti a zároveň fungovat ve společnosti?). I když se jedná o obdobné otázky, pokaždé nalezneme jinou odpověď. Opět by správně formulovaná otázka měla zahrnovat všechny tři kategorie:

„Je možné, aby daný člověk ve své specificitě natolik fungoval ve společnosti, abychom už u něj nenacházeli a nemuseli hledat podobnosti s jinými lidmi s HPO?“

Přizpůsobte individualitu člověka (jeho potřebu jinakosti) každodennímu fungování:

Nelze tedy říci, že je člověk s HPO sám o sobě nežádoucí (vadný), určený k odstranění (nemoc). Jedná se o určitou překážku, nebo spíše určitou hranici v psychoterapii a jejích cílech. Cílem je vyvážit požadavky systému a společnosti se specifiky člověka, aniž by se musel vzdát sám sebe. Klient by měl dostat příležitost zachovat individualitu a svůj přístup ke světu, ale v takové míře, aby bylo možné se začlenit do společnosti. V principu

jde o respektování jinakosti společností a respektování společnosti individualitou. Je tedy zásadní porozumět tomu, co jedinec u sebe pokládá za významné a důležité, o co by nechtěl přijít, a co by chtěl ponechat a pokusit se to skloubit s potřebami žití ve společnosti a praktickým fungováním.

9.3 Limity výzkumu, jeho specifika a podněty k dalšímu zkoumání

Nyní je třeba předeslat limity a specifika výzkumu, které ovlivnily způsoby získávání dat, výzkumný proces a výslednou teorii. Specifikem vybraného výzkumného vzorku bylo, že respondenti **sami reagovali na výzvu** k účasti na výzkumu. Jednalo se tedy o skupinu, která zná svoji diagnózu HPO a vstoupila do skupiny na sociální síti pro lidi s HPO, což dává určitou jistotu, že je pro ně diagnóza nějakým způsobem významná a jsou ochotni, či dokonce mají potřebu, o ní mluvit. Aktivita respondentů na internetové platformě ukazuje, že využívají internet a mají tedy i možnost hledat informace. Dalším limitem je povaha samotné **diagnózy HPO**, jelikož se může jednat o „sběrnou kategorii“ pro mnohé jedince v různých situacích, kteří by neměli mít objektivně stanovenou diagnózu HPO, na což poukazují např. Grambal et al. (2017).

Za limit lze považovat i **rozložení výzkumného souboru** dle pohlaví a věku. Součástí výzkumu byl pouze 1 muž na 9 žen, věkový průměr respondentů byl nízký – 29,9 let. Zde je ovšem možné argumentovat, že soubor naopak odráží aktuální demografické údaje HPO.⁴¹ Při pořizování vzorku byl dán důraz na různorodost v možném přístupu k diagnóze v závislosti na čase i situaci. Zahrnuti byli např. respondenti s nedávnými suicidálními pokusy a hospitalizacemi i respondenti stabilizovaní, v dlouhodobé léčbě a s vlastními fungujícími strategiemi zvládnutí problémových situací. Dále pak ti, kteří se o své diagnóze HPO dozvěděli nedávno nebo naopak před lety. Jelikož byl výzkumný soubor získáván formou samovýběru, mohl výzkumník jen mírně ovlivnit jeho konečné složení a pokrytí možných situací a událostí.

Samotná schopnost respondentů účastnit se výzkumu pak předpokládá stabilizovaný či alespoň aktuálně nepříliš závažný stav. V tomto bodě však mohlo dojít ke zkreslení vytvořených dat, jelikož se ukázalo, že ve vztahu k výzkumným otázkám záleží, v jaké

⁴¹ Prevalenci HPO v populaci 1,6-5,9 %. Převážně se jedná o ženy 75 %. Porucha se významně projevuje v období dospívání a mladé dospělosti (American Psychiatric Association, 2015).

situaci se respondent nachází. Čím chaotičtější a náročnější období, tím stanovená diagnóza, jakožto orientační bod, hraje důležitější roli. Sami respondenti uváděli, že aktuálně pro ně nemá HPO coby psychiatrická diagnóza význam. **Časová a kauzální relativita** patrná v interview však říká, že toto prohlášení nemusí odrážet skutečnost – respektive, odráží pouze bezprostředně aktuální prožívání a postoje na úkor všech minulých i poměrně nedávných. Respondenti přitom uváděli význam diagnózy při zhoršení problémů, o nichž však mluvili jako o vyřešené a uzavřené minulosti a nebylo zřejmé, zda se krize odehrála včera, před týdnem, měsícem, rokem či dvaceti lety. Výzkumník si proto musel být časové a kauzální relativity vědom a vždy se doptávat na objektivní informace, nepodléhající emočnímu zabarvení a dále být schopen se od těchto zamlžujících nánosů oprostit u samotné analýzy.

Totéž však platí i pro stejně svazující a zavádějící myšlení vlastní psychologicko-psychiatrickému diskurzu, které je v určitých fázích analýzy nežádoucí. Ve výzkumu se tato skutečnost projevovala určitým **míjením se** výzkumníka a respondenta, jelikož struktura interview vycházela z odlišného diskurzu, než jakým respondent na HPO nahlížel. Toto neporozumění odborníka, jež přemýšlí v pojmech a kategoriích, a člověka-laika, byť poučeného, však nemusí být zcela limitem, jelikož byl výzkumníkem náležitě reflektován a určoval další postup a směřování výzkumu – zejména analytický proces i výsledné pojetí diplomové práce. Ta však i navzdory reflexi této disproporce hovoří stále o diagnóze HPO, zatímco analyzovaný materiál získaný od respondentů vypovídá o fenoménu hraniční poruchy osobnosti jakožto žité specifičnosti a problémovosti.

Jako u každého výzkumu, nadto výzkumu kvalitativního, je třeba upozornit na limity v možnostech **zobecnění** a generalizace výsledků a myšlenek teorie. Zaprvé se jedná o analýzu určitého vybraného množství vzorků, zadruhé o výzkumníkovu interpretaci. Zakotvená teorie je metodou, jejíž postupy jsou vytvořeny za účelem zobecnitelnosti kvalitativního zkoumání. Všechny její požadavky zaručující hutnost a úplnost výsledné teorie, avšak již z povahy diplomové práce nemohly být dodrženy. Konkrétně se jedná například o požadavek **triangulace** výzkumníků nebo o skutečnost, že byl počet rozhovorů stanoven předem, coby relevantní rozsah naplňující kritéria diplomové práce, čímž byl upřednostněn kontext vzniku diplomové práce nad potřebami vznikající teorie – zejména nad důrazem na **saturaci dat**.

Dalším tímto limitem je nedostatečná **triangulace zdrojů dat**, jelikož absentují výpovědi odborníků a blízkých osob. Výzkumník se sice setkával s odborníky a pracoval

s dostupnou literaturou, kazuistikami nebo výpověďmi blízkých osob ze sociálních sítí, avšak toto nemůže nahradit řádný proces sběru dat a teoretického vzorkování přímo pro účely výzkumu.

Z těchto limitů výzkumu přirozeně vyplývají **doporučení** pro návazné zkoumání. V první řadě je potřeba výzkumný soubor a analýzu rozšířit o rodinné příslušníky a blízké osoby, následně také o odborníky – psychoterapeuty a psychiatry. Jako vhodné se jeví zahrnout a odlišit přístup odborníků diagnostikujících HPO a těch, jež s touto klientelou dlouhodobě psychoterapeuticky pracují. Převážně by bylo přínosné zjištění, jakým způsobem se téma HPO objevuje v terapii, jak se pracuje s jinakostí a jak probíhá sdělování diagnózy. V interview se opakovaně objevovalo několik klíčových zařízení, která se specializují na léčbu HPO a ovlivňují i její pojetí. Na základě zkušenosti z aktuálního a bakalářského výzkumu je důvodné se domnívat, že respondenti o své diagnóze a problémech smýšlí dle směru a postoje vlastního konkrétní instituci. Je tedy nasnadě upřednostnit odborníky právě z těchto institucí.

Možným podpořením zobecnitelnosti výzkumu je pak získání dat od méně zainteresovaných jedinců s HPO, například v podobě dotazníku skrze nemocniční zařízení a jinou institucionální péči. Nabízí se rovněž otázka, jak by své problémy popisovali jedinci, kteří o stanovené HPO nevědí – avšak zde by mohlo dojít k etickému pochybení. Dalším krokem by byla snaha zmapovat možnou proměnu významu HPO pro respondenty v čase. Například zopakováním rozhovoru s určitým časovým odstupem nebo zahrnutím nositelů diagnózy HPO ve středním a vyšším věku, jejichž symptomy by se dle současného poznání měly vytrácet či zmírňovat (viz např. Grambal et al., 2017).

Metoda zakotvené teorie je pro potřeby výzkumného problému vyhovující, avšak při rozšíření výzkumu by měl být zvolen **smíšený design**, který by mohl základní zjištění aktuálního výzkumu také kvantifikovat.

10 ZÁVĚRY

Předkládaný výzkum si kladl za cíl odhalit význam diagnózy hraniční porucha osobnosti pro jejího nositele. Jako design výzkumu byla zvolena metoda zakotvené teorie. Výzkumný vzorek tvořilo 10 respondentů (plus 7 respondentů z bakalářské práce a rozhlasový rozhovor). Výzkumným cílem bylo vytvořit teorii na základě zodpovězení těchto výzkumných otázek:

- Obecná výzkumná otázka: **Co znamená hraniční porucha osobnosti pro nositele této diagnózy?**
- Specifická výzkumná otázka: **Kdy má stanovená diagnóza HPO význam pro jejího nositele?**

Na základě analýzy získaných dat lze uzavřít, že mít HPO pro oslovené jedince s touto diagnózou znamená:

1. Jsem jiný a speciální.
2. Nežiju normální život.
3. Je nás více stejných/máme kategorii

Jedná se o komplexní uchopení samotného fenoménu HPO, který obsahuje jak psychiatrickou či společenskou nálepku a určité symptomy, tak různou míru individualizovaného porozumění této nálepce nebo obecněji pojetí vlastních problémů i specifik, přičemž orientace na sebe-definující jinakost se jeví jako nejpodstatnější. Z výpovědí respondentů vyplývá, že diagnóza coby sociální a lékařská nálepka nehraje větší roli, ale sekundární a terciární problémy, které zastřešuje naopak ano. Od toho zjištění se odvíjí odpovědi na otázku, **kdy má stanovená diagnóza HPO význam:**

1. Dle respondentů hraje stanovení diagnózy v jejich životě **zanedbatelnou roli**, ač při jejím **zjištění** mnohdy prožívali šok, zmatení nebo úlevu.
2. Vztah k vlastní diagnóze se **v čase vyvíjí a mění**.
3. Při **akutních problémech** je důraz na diagnózu patrný. Reflexi tohoto vztahu k diagnóze ztěžuje relativní vnímání potíží a času respondentů, jelikož období, kdy

byli do diagnózy ponořeni, popisují jako uzavřené a vzdálené – ať se jedná o odstup v řádu let či v řádu dní.

4. Významnost stanovené diagnózy je ovlivněna stereotypy a odborníky – je **nežádoucí** se jí zabývat – „neschovávám se za diagnózu“.
5. Nelze postihnout moment „nyní mám diagnózu“, jak tomu bývá u jiných onemocnění, kde je stanovení diagnózy spjato se vznikem a řešením problémů. Diagnóza tím proto pozbývá na fatálnosti a je spíše **všudypřítomným** „společníkem“.

Reakce na vlastní stanovenou diagnózu HPO se různí podle toho, jaká je disproporce (časová a kauzální) mezi krizí, chronickými problémy, řešením problémů a zjištěním diagnózy. Mnozí respondenti se o své stanovené diagnóze dozvídali náhodně s odstupem let a v kontextu jiných problémů. Jiní slýchávali suspekce o HPO po dlouhou dobu léčby, na základě řešerše problémů si „stanovili diagnózu sami“, nebo se naopak jednalo o další z mnoha diagnóz.

Analytický proces odhalil **3 základní komponenty** (kategorie). Ústřední moment teorie představuje centrální kategorie „**Já jako jinakost**“, jež spočívá v sebeidentifikaci a sebeurčení jedince jakožto jiného, speciálního, originálního či odlišného, což se rovná samotné identitě. Současně je jinakost zdrojem neporozumění sobě samému i pocitu neporozumění ze strany okolí. Centrální kategorie v kontextu přístupu k fenoménu hraniční poruchy osobnosti existuje v dynamických vztazích k dalším dvěma kategoriím „**Sociální vazby a normy**“ a „**Diagnóza jako podobnost**“. V tomto vztahu je dáván důraz na určité vyjednávání vlastních specifických potřeb i potřeby vlastní specifčnosti s požadavky společnosti a zjednodušeným charakterem diagnostické kategorie psychiatrické klasifikace. Zejména se jeví jako podstatný střet specifického a odlišného jedince se společenskými normami, z něž pro respondenty vyvěrá většina problémů.

Tento princip popisuje kategorie „Sociální vazby a normy“, která představuje **žitou jinakost**, jež se dostává do kontaktu s požadavky a normami okolí. Teprve pak zřetelně vyvstává **problémovost**, patologičnost; objevují se odmítavé reakce okolí a **sociální rozpory**. Vztah k centrální kategorii lze pojmenovat, jako **vyvažování potřeb a nároků**, kdy si jedinci chtějí zařídit život, jaký chtějí, ale zároveň **fungovat ve společnosti**, přechodně touží po **normalitě**. Důraz je kladen na **vůli** ke změně.

„Diagnóza jako podobnost“ zahrnuje aktivní **zájem** respondentů o jinakost, ve kterém **hledají** podobnosti – např. zájem o psychiatrické diagnózy a psychologickou odbornou literaturu. Je zde popsána touha **někam patřit**. Podobnost přináší **úlevu, zmatení**, legitimizaci potíží (potvrzení jejich **skutečnosti**), zároveň představuje určitý **orientační bod**, ke kterému se můžou vztahovat a vymezovat se vůči němu. Současně přináší psychiatrická diagnóza riziko ztráty jedinečnosti a speciálnosti. „Diagnóza jako podobnost“ umožňuje také **externalizovat** vlastní potíže.

Vztah mezi kategoriemi „Diagnóza jako podobnost“ a „Sociální vazby a normy“ **posouvá společenské normy** a spočívá v **pomoci** vyvažovat potřeby a nároky ve společnosti skrze nástroje zdravotnického a sociálního **systému**. Zahrnuje oblast pracovní, rizika sociálního odmítnutí nebo naopak přijetí. **Neporozumění** ze strany blízkých osob a **bagatelizaci** jejich problémů. Podstatné je chápání diagnózy jako čistě osobní záležitosti.

Výsledky mohou přinést i jistá doporučení do klinické praxe. Jedná se zejména o respektování odborníků z jiných oborů a otevřenost k **multidisciplinární** spolupráci, správné diagnostikování a **informování** klienta, respektování klientovy **potřeby** zaobírat se diagnózou a soustředit se na adaptaci či skloubení **individuality** člověka s nároky života ve společnosti.

Tento přístup k jedinci s HPO (který je výsledkem přístupu samotného jedince k HPO) odráží, podporuje a doplňuje v současnosti nastupující teoretické, diagnostické i léčebné trendy, jež obrací pozornost ke každodennímu **fungování** člověka či k funkčnímu narušení osobnosti. Pro zvýšení **zobecnitelnosti** a validity výsledné teorie by bylo vhodné zaměřit se na triangulaci výzkumníků a zdrojů dat (odborníci z praxe, blízké osoby), popřípadě zásadní zjištění podrobit statistické analýze a kvantifikovat je.

SOUHRN

Předložená diplomová práce si klade za cíl zmapovat a popsat význam hraniční poruchy osobnosti pro jedince s touto diagnózou. Zvoleným výzkumným designem byla metoda zakotvené teorie v pojetí Strausse a Corbinové (1999).

Teoretická část práce nejdříve reflektuje teorie snažící se objasnit a kategorizovat zkoumanou diagnózu. Hraniční porucha osobnosti (dle amerického DSM-5) či emočně nestabilní porucha osobnosti – hraničního typu (dle evropské MKN-10) je v současnosti pojímána jako přetrvávající, závažná, komplexní duševní choroba, která je charakterizována všudypřítomným vzorem nestability v mezilidských vztazích, sebepojetí a behaviorální dysregulací.

Prevalence v populaci je 1,6-5,9 %, přičemž se jedná převážně o ženy. Tato data jsou považována za problematická, jelikož pravděpodobně neodráží skutečnou demografii poruchy. Zejména se tak děje kvůli nejasné etiologii (multifaktoriální příčinnost) a nízké shodě odborníků na stanovené diagnóze HPO. Dále je diskutováno, že se může jednat o sběrnou kategorii různě problémových jedinců či naopak, že ne všichni jedinci, jež by odpovídali diagnostickým kritériím, vyhledají odborníka. Proto je diagnóza představena i v kontextu historickém – s akcentem na genezi HPO jako diagnostické kategorie. Pojem „hraniční“ vychází z psychoanalytické tradice a zahrnuje napříč 20. stoletím celou řadu významů, které nejsou jednotné a byly sjednoceny v 70. letech kategoriálním psychiatrickým přístupem v manuálu DSM-3.

Kapitola *Psychiatrické pojetí hraniční poruchy osobnosti* představuje současné zásady a podmínky pro diagnostiku HPO. Nejprve je pozornost věnována kategoriálnímu přístupu k HPO dle DSM-5 a MKN-10, který je aktuálně platnou normou v klinické diagnostice. V manuálech obsažená kritéria popisují horlivou snahu vyhnout se opuštění, dále nestabilní interpersonální vztahy, poruchu identity, impulzivitu, suicidální nebo sebepoškozující jednání, afektivní nestabilitu, chronický pocit prázdnoty, intenzivní a neovladatelný vztek či přechodné paranoidní projevy a těžké disociativní symptomy. Další podkapitola psychiatrického pojetí se zaměřuje na dimenzionální přístup, jež je nadnesen v DSM-5 a je na něm vystavěna nadcházející MKN-11, která akcentuje míru narušení funkčních schopností jedince. Za pozornost ovšem stojí, že hraniční vzorec osobního

narušení se jako jediný kvantifikátor osobnostních rysů navrácí ke kategoriálnímu pojetí a přejímá diagnostická kritéria HPO z DSM-5.

V kapitole *Psychostrukturální pojetí hraniční organizace osobnosti* se pozornost obrací také ke Kernbergovu pojetí hraniční patologie. Vedle neurotické (normální) a psychotické organizace osobnosti pojmenovává hraniční organizaci osobnosti, kterou pokládá za vlastní všem poruchám osobnosti. Projevuje se fragmentovanou a difúzní identitou, vztahovou těkavostí mezi blízkostí a vzdáleností; charakteristický je pro ni obranný mechanismus štěpení aj. Poslední kapitola teoretické části *Vybrané aspekty klinické praxe s klienty s hraniční poruchou osobnosti* pak diskutuje témata jako je stigmatizace a internalizované stigma, sdělování diagnózy HPO či specifika psychoterapie těchto jedinců.

Výzkum prezentovaný v praktické části diplomové práce si kladl za cíl vytvořit novou teorii, jež přispěje k tématu diagnózy HPO skrze zodpovězení následujících otázek:

- Co znamená hraniční porucha osobnosti pro nositele této diagnózy?
- Kdy má stanovená diagnóza HPO význam pro jejího nositele?

Vzorek cílové skupiny byl získaný metodou samovýběru a tvořilo jej 10 respondentů – 9 žen a 1 muž ve věkovém rozmezí 21-47 let (výzkumný vzorek byl posléze doplněn o 7 respondentů z bakalářské práce a rozhlasový rozhovor jednoho z respondentů). S respondenty byla realizována polostrukturovaná interview, z jejichž analýzy vyplynulo, že ke „své HPO“ zaujímá nositel této diagnózy trojí pohled. Mít hraniční poruchu osobnosti pro dotazované jedince s HPO znamená (1) být jiný, (2) nežít normální život a až v poslední řadě (3) Je nás více stejných/máme kategorii. Otázka významu psychiatrické diagnózy v čase a životě respondentů se ukázala jako složitější, protože se objevovala disproporce (časová a kauzální) mezi krizí, chronickými problémy, řešením problémů a zjištěním diagnózy, s čímž souvisí i reakce a vztah k diagnóze. Ten se v čase vyvíjí a mění. Respondenti uváděli, že pro ně diagnóza není důležitá, avšak při akutních problémech je opětovný zájem o diagnózu patrný, i když je respondenty toto období hodnoceno, jako momentálně vzdálené a uzavřené/vyřešené.

Analytický proces odhalil tři základní komponenty (kategorie). Ústřední středobod teorie představuje centrální kategorie „Já jako jinakost“, která v kontextu přístupu k fenoménu hraniční poruchy osobnosti existuje v dynamických vztazích k dalším dvěma subkategoriím „Sociální vazby a normy“ a „Diagnóza jako podobnost“. Důraz je kladen na vyvažování silné potřeby vlastní specifčnosti i vlastních specifických potřeb v reakci na

požadavky společnosti a zjednodušený charakter diagnostické kategorie psychiatrické klasifikace. Zejména se jeví jako podstatný střet specifického a odlišného jedince se společenskými normami, z nějž pro respondenty vyvěrá většina problémů. Mezi centrální kategorií a kategorií „Sociální vazby a normy“ je vztah pojmenován jako vyvažování potřeb a nároků. Mezi centrální kategorií a kategorií „Diagnóza jako podobnost“ je vztah vymezen jako orientační bod a poslední vztah mezi kategoriemi je uchopen jako posunutí společenské normy.

Předkládaná teorie odráží, doplňuje a doporučuje nastupující teoretické, diagnostické i léčebné trendy, jež obracejí pozornost ke každodennímu fungování člověka či k funkčnímu narušení osobnosti. Z přínosů a doporučení se mimo tento důraz jedná zejména o důležitost multidisciplinarity či důsledků vyvstávajících z ne/opomíjení diagnózy odborníky i okolím. Pro zvýšení zobecnitelnosti a validity výsledné teorie by bylo vhodné zaměřit se na triangulaci výzkumníků a zdrojů dat.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

1. American Psychiatric Association (1980). *DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: The American Psychiatric Association.
2. American Psychiatric Association (1998). *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
3. American Psychiatric Association (2012). *Rationale For The Proposed Changes To The Personality Disorders in DSM-5r*. Scribd. <https://www.scribd.com/document/373354449/Rationale-for-the-Proposed-Changes-to-the-Personality-Disorders-in-DSM-5-5-1-12>
4. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
5. American Psychiatric Association (2015). *DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe - Testcentrum.
6. Asen, E., & Jonesová, E. (2004). *Systemická párová terapie a deprese*. Praha: Konfrontace.
7. Aviram, R. B., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2006). Borderline Personality Disorder, Stigma, and Treatment Implications. *Harvard Review of Psychiatry*, 14(5), 249–256. <https://doi.org/10.1080/10673220600975121>
8. Bach, B., & First, M. B. (2018). Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC Psychiatry*, 18(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1908-3>

9. Becker, P. H. (1993). Common Pitfalls in Published Grounded Theory Research. *Qualitative Health Research*, 3(2), 254–260.
<https://doi.org/10.1177/104973239300300207>
10. Bellino, S., Rinaldi, C., Bozzatello, P., & Bogetto, F. (2008). Impulsivity and aggressiveness in borderline personality disorder: A clinical investigation. *Italian Journal of Psychopathology*, 14(2), 161–169.
11. Bellino, S., Rinaldi, C., Bozzatello, P., & Bogetto, F. (2011). Pharmacotherapy of borderline personality disorder: A systematic review for publication purpose. *Current medicinal chemistry*, 18(22), 3322–3329.
<https://doi.org/10.2174/092986711796504682>
12. Boleloucký, Z., Plevová, J., & Smulevič, A. B. (1993). *Hraniční stavy v psychiatrii*. Praha: Grada Avicenum.
13. Bryant, A., & Charmaz, K. (2007). *The SAGE Handbook of Grounded Theory*. London: SAGE.
14. Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health & Illness*, 4(2), 167–182. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11339939>
15. Cakirpaloglu, P. (2013). *Vybrané kapitoly psychologie osobnosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
16. Castillo, H., Allen, L., & Coxhead, N. (2001). The Hurtfulness of a Diagnosis. *Mental health today (Brighton, England)*, 4(9), 16–19.
17. Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35–53.
<https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.35>
18. Ellison, W. D., Rosenstein, L. K., Morgan, T. A., & Zimmerman, M. (2018). Community and Clinical Epidemiology of Borderline Personality Disorder.

- Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 561–573.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.008>
19. Fallon, P. (2003). Travelling through the system: The lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(4), 393–401.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00617.x>
20. Fassbinder, E., Assmann, N., Schaich, A., Heinecke, K., Wagner, T., Sipos, V., Jauch-Chara, K., Hüppe, M., Arntz, A., & Schweiger, U. (2018). PROBPDP: Effectiveness of outpatient treatment programs for borderline personality disorder: A comparison of Schema therapy and dialectical behavior therapy: study protocol for a randomized trial. *BMC Psychiatry*, 18. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1905-6>
21. Fertuck, E. A., Fischer, S., & Beeney, J. (2018). Social cognition and borderline personality disorder: Splitting and trust impairment findings. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 613–632. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.003>
22. Fonagy, P. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1129–1146; discussion 1175-1187.
<https://doi.org/10.1177/00030651000480040701>
23. Furnham, A., Anand, K., Manfield, J., & Batey, M. (2008). Personality, hypomania, intelligence and creativity. *Personality and Individual Differences*, 44(5), 1060–1069. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.10.035>
24. Grambal, A., Praško, J., & Kasalová, P. (2017). *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Praha: Grada.
25. Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., Smith, S. M., Dawson, D. A., Pulay, A. J., Pickering, R. P., & Ruan, W. J. (2008).

- Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 533–545. <https://doi.org/10.4088/JCP.v69n0404>
26. Green, B., & Wood, S. (2004). Personality disorder: Attitudes, understanding and treatment. *Nursing Times*, 100(46), 40–43.
27. Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., & Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews. Disease Primers*, 4, 18029. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29>
28. Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
29. Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
30. Charmaz, K. (1983). Loss of self: A fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of Health & Illness*, 5(2), 168–195. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10491512>
31. Jobst, A., Hörz, S., Birkhofer, A., Rentrop, M., & Martius, P. (2010). Psychotherapists attitudes towards the treatment of patients with borderline personality disorder. *PPmP Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 60(3–4), 126–131. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1220764>
32. Jochems, E. C., van der Feltz-Cornelis, C. M., Mulder, N., van Dam, A., Duivenvoorden, H. J., & Scheffer, S. C. (2016). Different Perspectives of Clinicians and Patients with Severe Mental Illness on Motivation for Treatment. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(5), 438–451. <https://doi.org/10.1002/cpp.1971>
33. Keeley, J. W., Lee McCluskey, D., & Flanagan, E. H. (2014). Functional impairment and the DSM-5 dimensional system for personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 28(5), 657–674. https://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_133

34. Kernberg, O. F. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson.
35. Kernberg, O. F. (1993). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven: Yale University Press.
36. Kreisman, J. J., & Strauss, H. (2017). *Nenávidím tě, neopouštěj mě!: Zvládání hraniční poruchy osobnosti*. Praha: Portál.
37. Lai, C. M., Leung, F., You, J., & Cheung, F. (2012). Are DSM-IV-TR borderline personality disorder, ICD-10 emotionally unstable personality disorder, and CCMDIII impulsive personality disorder analogous diagnostic categories across psychiatric nomenclatures? *Journal of Personality Disorders, 26*(4), 551–567. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.4.551>
38. Leutgeb, V., Ille, R., Wabnegger, A., Schienle, A., Schögl, H., Weber, B., Papousek, I., Weiss, E. M., & Fink, A. (2016). Creativity and borderline personality disorder: Evidence from a voxel-based morphometry study. *Cognitive Neuropsychiatry, 21*(3), 242–255. <https://doi.org/10.1080/13546805.2016.1182904>
39. Limandri, B. J. (2018). Psychopharmacology for borderline personality disorder. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 56*(4), 8–11. <https://doi.org/10.3928/02793695-20180319-01>
40. Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine, 71*(12), 2150–2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>
41. Lynam, D. R., & Widiger, T. A. (2007). Using a general model of personality to understand sex differences in the personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 21*(6), 583–602. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.6.583>

42. Markham, D., & Trower, P. (2003). The effects of the psychiatric label „borderline personality disorder" on nursing staff's perceptions and causal attributions for challenging behaviours. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(3), 243–256. <https://doi.org/10.1348/01446650360703366>
43. Masland, S. R., & Null, K. E. (2021). Effects of diagnostic label construction and gender on stigma about borderline personality disorder. *Stigma and Health*. <https://doi.org/10.1037/sah0000320>
44. Maslow, A. H. (2014). *O psychologii bytí*. Praha: Portál.
45. McWilliams, N. (2015). *Psychoanalytická diagnóza*. Praha: Portál.
46. Miller, J. D., Morse, J. Q., Nolf, K., Stepp, S. D., & Pilkonis, P. A. (2012). Can DSM-IV Borderline Personality Disorder Be Diagnosed via Dimensional Personality Traits? Implications for the DSM-5 Personality Disorder Proposal. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(4), 944–950. <https://doi.org/10.1037/a0027410>
47. Ministerstvo zdravotnictví (2020). *Metodika programu podpory center duševního zdraví III*. https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/02/Methodika-Programu-podpory-Center-du%20evn%C3%ADho-zdrav%C3%AD-III_v.3-1.pdf
48. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
49. Ocisková, M., & Praško, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada.
50. Oldham, J. M., Gabbard, G. O., Goin, M. K., Gunderson, J., Soloff, P., Spiegel, D., Stone, M., & Phillips, K. A. (2010). *Practice Guidelines For the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder*. Arlington: American Psychiatric Association.

51. Paris, J. (2007). Why psychiatrists are reluctant to diagnose: Borderline personality disorder. *Psychiatry*, 4(1), 35–39.
52. Prasko, J., Vyskocilova, J., Slepecky, M., & Novotny, M. (2012). Principles of supervision in cognitive behavioural therapy. *Biomedical Papers*, 156(1), 70–79. <https://doi.org/10.5507/bp.2011.022>
53. Praško, J. (2015). *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál.
54. Praško, J., & Kosová, J. (2001). Léčba poruch osobnosti I. *Psychiatrie pro praxi*, 2(1), 25–29.
55. Reed, G. M. (2018). Progress in developing a classification of personality disorders for ICD-11. *World Psychiatry*, 17(2), 227–229. <https://doi.org/10.1002/wps.20533>
56. Riegel, K., Pěč, O., & Kalina, K. (2020). *Poruchy osobnosti v 21. století: Diagnostika v teorii a praxi*. Praha: Portál.
57. Richter, D. (2019). *Jedinci s hraniční poruchou osobnosti v individuální psychoterapii*. (Nepublikovaná bakalářská diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
58. Rosse, I. C. (1890). Clinical evidences of borderland insanity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 15(10), 669–683. <https://doi.org/10.1097/00005053-189010000-00004>
59. Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: Čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.
60. Sampedro, A., Peña, J., Ibarretxe-Bilbao, N., Cabrera-Zubizarreta, A., Sánchez, P., Gómez-Gastiasoro, A., Iriarte-Yoller, N., Pavón, C., & Ojeda, N. (2020). Brain White Matter Correlates of Creativity in Schizophrenia: A Diffusion Tensor Imaging Study. *Frontiers in Neuroscience*, 14, 1–10.

61. Sansone, R. A., & Wiederman, M. W. (2014). Sex and age differences in symptoms in borderline personality symptomatology. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, *18*(2), 145–149. <https://doi.org/10.3109/13651501.2013.865755>
62. Santosa, C. M., Strong, C. M., Nowakowska, C., Wang, P. W., Rennie, C. M., & Ketter, T. A. (2007). Enhanced creativity in bipolar disorder patients: A controlled study. *Journal of Affective Disorders*, *100*(1), 31–39. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.10.013>
63. Sebastian, A., Jacob, G., Lieb, K., & Tüscher, O. (2013). Impulsivity in Borderline Personality Disorder: A Matter of Disturbed Impulse Control or a Facet of Emotional Dysregulation? *Current Psychiatry Reports*, *15*(2), 1. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0339-y>
64. Schulte Holthausen, B., & Habel, U. (2018). Sex Differences in Personality Disorders. *Current psychiatry reports*, *20*(12), 107. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0975-y>
65. Smolík, P. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy—Průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf.
66. Storebo, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Vollm, B. A., Kongerslev, M. T., Mattivi, J. T., Jorgensen, M. S., Faltinsen, E., Todorovac, A., Sales, C. P., Callesen, H. E., Lieb, K., & Simonsen, E. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *5*(5), CD012955. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012955.pub2>
67. Strauss, A., & Corbinová, J. (1999). *Kniha Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Podané ruce.
68. Sulzer, S. H., Gigot, G., Muenchow, E., Potvin, A., & Harris, J. (2016). Improving patient-centered communication of the borderline personality disorder diagnosis.

Journal of Mental Health, 25(1), 5–9.

<https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1022253>

69. Světová zdravotnická organizace (2006). *Duševní poruchy a poruchy chování*. Psychiatrické centrum. https://library.upol.cz/ar1-upol/cs/detail-upol_us_cat-0302292-Dusevni-poruchy-a-poruchy-chovani/
70. Tajfel, H. (1981). *Human Groups and Social Categories: Studies in Social Psychology*. Cambridge: CUP Archive.
71. *Terapeutická komunita – Kaleidoskop*. (b.r.). Získáno 4. listopad 2021, z <https://www.kaleidoskop-os.cz/terapeuticka-komunita-kaleidoskop/>
72. Terzi, L., Martino, F., Berardi, D., Bortolotti, B., Sasdelli, A., & Menchetti, M. (2017). Aggressive behavior and self-harm in Borderline Personality Disorder: The role of impulsivity and emotion dysregulation in a sample of outpatients. *Psychiatry Research*, 249, 321–326. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.011>
73. Trosbach, J., Angermeyer, M. C., & Stengler-Wenzke, K. (2003). Between assistance and opposition: Relatives' coping strategies with obsessive-compulsive patients. *Psychiatrische Praxis*, 30(1), 8–13. <https://doi.org/10.1055/s-2003-36627>
74. Trull, T. J., & Durrett, C. A. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 355–380. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144009>
75. Tusiani-Eng, P., & Yeomans, F. (2018). Borderline Personality Disorder: Barriers to Borderline Personality Disorder Treatment and Opportunities for Advocacy. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 695–709. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.006>
76. Vybíral, Z. (2006). *Psychologie jinak: Současná kritická psychologie*. Praha: Academia.

77. World Health Organization (1949). *The ICD-6 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. Geneva: World Health Organization.
78. World Health Organization (1978). *The ICD-9 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. Geneva: World Health Organization.
79. World Health Organization (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. Geneva: World Health Organization.
80. Wright, A. G. C., Hopwood, C. J., Skodol, A. E., & Morey, L. C. (2016). Longitudinal validation of general and specific structural features of personality pathology. *Journal of Abnormal Psychology*, *125*(8), 1120–1134. <https://doi.org/10.1037/abn0000165>
81. Yalom, I. D. (2012). *Chvála psychoterapie*. Praha: Portál.
82. *Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)*.
83. Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., & Silk, K. R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *160*(2), 274.
84. Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2010). Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: A 10-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, *167*(6), 663.

SEZNAM TABULEK A SCHÉMAT

Seznam tabulek

Tab. 1: Přehled diagnostický kritérií podle MKN-10 a DSM-5

Tab. 2: Shrnutí získávání a tvorby dat

Tab. 3: Základní charakteristiky výzkumného souboru

Tab. 4: Příklad vlastností a dimenzí u kategorie „Práce“

Seznam schémat

Schéma 1: Příklad pracovního diagramu v průběhu fáze axiálního kódování

Schéma 2: Příklad pracovního schématu vytvořený v programu Atlas.ti

Schéma 3: Vizualizace výsledné teorie a jejích kategorií

SEZNAM UŽÍVANÝCH ZKRATEK

ADHD	Porucha pozornosti s hyperaktivitou
APA	Americká psychiatrická asociace
CDZ	Centrum duševního zdraví
DSM-3	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, třetí revize
DSM-4	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, čtvrtá revize
DSM-5	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, pátá revize
ENPO	Emočně nestabilní porucha osobnosti
HPO	Hraniční porucha osobnosti
M	Muž
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí, desátá revize
MKN-11	Mezinárodní klasifikace nemocí, jedenáctá revize
MKN-6	Mezinárodní klasifikace nemocí, šestá revize
N	Rozsah souboru
OCD	Obsedantně-kompulzivní porucha
PTSD	Posttraumatická stresová porucha
WHO	Světová zdravotnická organizace
Ž	Žena

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

Příloha č. 1: Abstrakt diplomové práce v českém a anglickém jazyce

Příloha č. 2: Informovaný souhlas s účastí na výzkumu

Příloha č. 3: Vzor interview

Příloha č. 1: Abstrakt diplomové práce v českém a anglickém jazyce

Abstrakt diplomové práce

Název práce: Význam diagnózy hraniční porucha osobnosti pro její nositele

Autor práce: Bc. David Richter

Vedoucí práce: MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

Počet stran a znaků: 99 stran, 169 023 znaků

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 84

Abstrakt:

Diplomová práce zkoumá význam hraniční poruchy osobnosti (HPO) pro jedince s touto diagnózou. Zvoleným výzkumným designem je metoda zakotvené teorie v pojetí Strausse a Corbinové. Výzkumný vzorek tvoří 10 jedinců s HPO a byl získán metodou samovýběru. Cílem práce je na základě analýzy polostrukturovaných interview vytvořit novou teorii a zodpovědět výzkumné otázky: (1) Co znamená HPO pro nositele této diagnózy? (2) Kdy má stanovená diagnóza HPO význam pro jejího nositele? Teoretická část práce uvádí obecné informace o HPO a reflektuje genezi diagnostické kategorie HPO. Další kapitoly představují psychiatrické pojetí HPO v jeho kategoriálním i dimenzionálním uchopení, jak je ukotveno v diagnostických manuálech DSM-5, MKN-10, MKN-11. Dále je prezentováno Kernbergovo psychostrukturální pojetí hraniční organizace osobnosti. Teorie je doplněna vybranými fenomény z klinické praxe. Z analýzy vyplynulo, že k HPO zaujímá nositel této diagnózy trojí pohled, přičemž vztah k diagnóze ve smyslu psychiatrické kategorie je okrajový a proměnlivý. Ústřední bod teorie představuje centrální kategorie „Já jako jinakost“, která existuje v dynamických interakcích k dalším dvěma kategoriím – „Sociální vazby a normy“ a „Diagnóza jako podobnost“.

Klíčová slova: hraniční porucha osobnosti, emočně nestabilní porucha osobnosti, diagnóza, funkční narušení osobnosti, hraniční organizace osobnosti, zakotvená teorie

Abstract of thesis

Title: The meaning of the diagnosis of borderline personality disorder for its receivers

Author: Bc. David Richter

Supervisor: MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

Number of pages and characters: 99 pages, 169 023 characters

Number of appendices: 3

Number of references: 84

Abstract:

The thesis explores the meaning of borderline personality disorder (BPD) for those with this diagnosis. The grounded theory as approached by Strauss and Corbin was used. The sample consists of 10 individuals with BPD and was obtained with a self-selection sampling. The aim of the thesis is to develop a new theory based on the analysis of semi-structured interviews and to answer the following research questions: (1) What does BPD mean to those who receive this diagnosis? (2) When does the diagnosis of BPD have meaning for its recipients? The theoretical part provides general information about BPD and reflects on the genesis of the diagnostic category of BPD. The next chapters present the psychiatric concept of BPD in its categorical and dimensional approach as anchored in the diagnostic manuals DSM-5, ICD-10, and ICD-11. Furthermore, Kernberg's psychostructural concept of borderline personality organization is presented. The theory is supported by selected phenomena from clinical practice. The analysis reveals that the recipients of this diagnosis take a triple standpoint to BPD, while the relationship to the diagnosis in terms of the psychiatric category is marginal and variable. The main point of the theory is the central category of 'Self as otherness', which exists in dynamic interactions to the other two categories – 'Social Connections and Norms' and 'Diagnosis as Similarity'.

Key words: borderline personality disorder, emotionally unstable personality disorder, diagnosis, impairment of personality functioning, borderline personality organization, grounded theory

Příloha č. 2: Informovaný souhlas s účastí na výzkumu

Informovaný souhlas s účastí na online výzkumu

Výzkum se zabývá přístupem jedinců s hraniční poruchou osobnosti k vlastní diagnóze. Snaží se porozumět tomuto pohledu a v důsledku poskytnout poznatky, jež mohou zkvalitnit odbornou péči. Výzkum vzniká v rámci diplomové práce Bc. Davida Richtera pod vedením MUDr. PhDr. Miroslava Orla, Ph.D. a záštitou Katedry psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci realizované v roce 2020/21.

Interview se může dotýkat citlivých oblastí. Účastník výzkumu má právo kdykoli, a to i bez udání důvodu přerušit či ukončit svoji účast na výzkumu, případně neudělit souhlas s použitím již získaných dat. Údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu jsou anonymní a nebudou použity jinak než k vědeckým účelům. Z interview bude pořízena audionahrávka a spolu se získanými daty bude uchována na zaheslovaném počítači a bude mít k ní přístup pouze výzkumník Bc. David Richter a vedoucí diplomové práce MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami účasti na výzkumu a jeho průběhem a že se jej účastním dobrovolně.

Kontakt:

Bc. David Richter

Email: david.richter01@upol.cz

Příloha č. 3: Vzor interview

Struktura interview

Úvodní otázka

- Co podle Vás znamená, když má někdo diagnostikovanou hraniční poruchu osobnosti?

1. Před stanovením diagnózy HPO

- Jaké to bylo na začátku? Co se vlastně dělo?
- Jak jste tomu rozuměla?

2. Sdělení diagnózy/zjištění HPO

- Jak jste se to dozvěděl?
- Co to pro Vás znamenalo?
- Co Vám k tomu řekli? Jak jste tomu rozuměla?
- Co to znamenalo pro lidi kolem Vás? Kdo tam byl?
- Věděla jste něco o HPO? Odkud máte informace?

3. Po stanovení diagnózy

- Jaké to bylo pak? Změnilo se něco?
- Co bylo nejhorší?
- Co bylo nejlepší?
- Co Vám pomohlo?
- Byly nějaké klíčové situace, období, kdy hrála diagnóza HPO nějakou roli?

4. Aktuálně/ Budoucnost

- Jak to vidíte teď?
- Kdybyste teď už tyto problémy neměl, co by bylo jinak?
- Jak to vidíte do budoucna? Jaké máte plány?

Ukončení interview

- Chtěl byste ještě něco dodat?
- Jak se cítíte? Jaké pro Vás bylo o tom mluvit?
- Je něco, co byste doporučil jiným lidem s HPO?
- Je něco, co byste doporučil odborníkům?
- Je něco, co byste doporučil mně?