

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Matyáš Zima

**Hraniční porucha osobnosti v pojetí
psychoanalytických teorií podle Margaret**

Mahler a Otty Kernberga

**Borderline personality disorder in the conception
of psychoanalytic theories according to Margaret**

Mahler and Otto Kernberg

Poděkování

Na tomto místě bych chtěl srdečně poděkovat své vedoucí bakalářské práce, paní doktorce Niederlové, nejen za laskavý přístup, ale také za velkou dávku flexibility při spolupráci. Velké díky patří také Anně Kotrášové za pohotovou a precizní korekturu celé práce.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně, že jsem řádně citoval všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 03.05.2022

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Zima', with a long horizontal stroke extending to the right.

Matyáš Zima

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá souvislostmi hraniční poruchy osobnosti s vybranými psychoanalytickými teoriemi. Nejprve je zde představena diagnóza hraniční poruchy osobnosti. Dále jsou vymezeny její základní charakteristiky, rozličné etiologické modely a možnosti psychodiagnostiky včetně jejích úskalí. V další části je tato porucha uvedena do kontextu psychoanalytických teorií. Detailně je zde rozpracována teorie separačně-individuačního procesu podle Margaret Mahler. Dále práce přibližuje pojetí hraniční poruchy osobnosti podle Otty Kernberga, které vychází z koncepce objektních vztahů.

V návrhu výzkumného projektu je představena korelační studie. Ta si za cíl klade ověření existence vztahu mezi hraniční poruchou osobnosti a zmíněnými psychoanalytickými teoriemi. Data ke studii budou získávána prostřednictvím testové baterie skládající se z modifikovaných dotazníků PSSI, SII a BORRTI. Výzkumný vzorek budou tvořit osoby s diagnostikovanou hraniční poruchou osobnosti z různých specializovaných zařízení určených k její léčbě. Navrhovaná studie může vést k rozšíření psychodiagnostických možností pro osoby s touto poruchou. Zároveň může přitáhnout pozornost odborníků k tomuto tématu a inspirovat je k novým možnostem psychoterapeutické intervence.

Klíčová slova

hraniční porucha osobnosti; psychoanalýza; separačně-individuační proces; teorie objektních vztahů

Abstract

This bachelor's thesis deals with the connections between borderline personality disorder and selected psychoanalytic theories. First, the diagnosis of borderline personality disorder is introduced. Furthermore, its basic characteristics, various etiological models and possibilities of psychodiagnostics, including its difficulties, are defined. In the next part, this disorder is put into the context of psychoanalytic theories. The theory of the separation-individuation process according to Margaret Mahler is elaborated in detail here. Furthermore, the work approaches the concept of borderline personality disorder according to Otto Kernberg, which is based on the concept of object relations.

A correlation study is presented in the research project proposal. It aims to verify the existence of a relationship between borderline personality disorder and the aforementioned psychoanalytic theories. Data for the study will be obtained through a test battery consisting of modified PSSI, SII and BORRTI questionnaires. The research sample will consist of people diagnosed with borderline personality disorder from various specialized facilities designed for its treatment. The proposed study may lead to an expansion of psychodiagnostic options for people with this disorder. At the same time, it can attract the attention of experts on this topic and inspire them to new possibilities of psychotherapeutic intervention.

Key words

borderline personality disorder; psychoanalysis; separation-individuation process; object relations theory

OBSAH

Úvod	8
Literárně přehledová část.....	10
1. Osobnost	10
1.1 Definice osobnosti	10
1.2 Teoretická ukotvení pojmu osobnost	11
1.2.1 Psychoanalytické pojetí osobnosti	12
1.3 Porucha osobnosti.....	13
2. Hraniční porucha osobnosti	14
2.1 Epidemiologie	14
2.2 Základní charakteristiky	15
2.3 Diagnostika.....	16
2.3.1 Diagnostická kritéria podle ICD	17
2.3.2 Diagnostická kritéria podle DSM	18
2.3.3 Komorbidita.....	19
2.3.4 Možnosti psychologické diagnostiky	20
2.3.5 Diferenciální diagnostika.....	21
2.4 Etiopatogeneze	22
2.4.1 Biologický přístup	23
2.4.2 Psychosociální přístup	23
2.5 Léčba	24
2.5.1 Psychoterapie	24
2.5.2 Farmakoterapie	25
2.6 Stigmatizace osob s hraniční poruchou osobnosti.....	26
3. Psychoanalytické teorie v kontextu hraniční poruchy osobnosti.....	27
3.1 Hraniční porucha osobnosti v psychoanalýze	27
3.2 Hraniční porucha osobnosti v pojetí Margaret Mahler	28
3.2.1 Margaret Mahler	28
3.2.2 Separačně-individuační proces	29
3.2.3 Souvislosti mezi separačně-individuačním procesem a hraniční poruchou osobnosti	30
3.3 Hraniční porucha osobnosti v pojetí Otty Kernberga.....	31
3.3.1 Otto Kernberg	32

3.3.2 Osobnost podle Kernberga	32
3.3.3 Hraniční symptomatologie.....	33
3.3.4 Vývojový model hraniční poruchy osobnosti.....	33
3.3.5 Strukturální model hraniční poruchy osobnosti.....	34
3.3.6 Léčba hraniční poruchy osobnosti	34
Návrh výzkumného projektu	36
4. Cíle výzkumu, výzkumné otázky a hypotézy	36
5. Design výzkumného projektu	38
5.1 Výzkumný soubor	39
5.2 Metody sběru dat	39
5.2.1 PSSI	40
5.2.2 SII	40
5.2.3 BORRTI.....	41
5.3 Metody analýzy dat	42
6. Diskuse	43
Závěr	45
Seznam použité literatury	47
Seznam zkratk	56

Úvod

Hraniční porucha osobnosti (dále také HPO) je v psychoterapeutické praxi stále častěji skloňovaným tématem. Nejen na poli odborníka, ale také ve vlastní individuální psychoterapii jsem se setkal s otázkami týkajícími se hraniční psychopatologie. Pro její vysoký výskyt v populaci je však této diagnóze věnováno poměrně málo pozornosti stran výzkumu. Zároveň je téma této poruchy protkáno velkým stigmatem, které značně komplikuje průběh léčby. Ta je sama o sobě velmi náročná a dlouhodobá, a proto se od ní odborníci často distancují. Vnímám jako klíčové otevřít diskusi na toto téma, šířit relevantní informace o této poruše a hledat účinné způsoby její léčby. Mým prvotním záměrem je tedy takové informace poskytnout, přispět tak k destigmatizaci a poukázat na různé přístupy k léčbě hraniční poruchy osobnosti.

Prvním psychoterapeutickým směrem, který tuto poruchu pojmenoval a systematicky se jí zabýval, je psychoanalýza. Zároveň se jedná o směr, kterému je podobně jako HPO věnováno relativně málo výzkumné činnosti. Přitom právě psychoanalýza má v léčbě této poruchy velký potenciál. Ukazuje se, že některé psychoanalytické koncepce by mohly vysvětlovat příčinu HPO. Psychoterapeutická práce s těmito koncepcemi pak může vést ke změnám některých osobnostních struktur, a tedy k léčbě této poruchy. Nutno podotknout, že souvislosti těchto psychoanalytických koncepcí a HPO nemají dostatečnou oporu v důkazech. Cílem této práce je proto prokázat existenci vztahu mezi vybranými psychoanalytickými koncepcemi a hraniční poruchou osobnosti.

V literárně přehledové části jsou nejprve vymezeny základní pojmy jako osobnost nebo porucha osobnosti. Velká pozornost je poté věnována specificky hraniční poruše osobnosti, a to z různých perspektiv. V další části je HPO ukotvena v psychoanalytické teorii. Detailně je zde popsán separačně-individuační proces podle Margaret Mahler jakožto první předpoklad vzniku této poruchy. Dále se zabývám pojetím Otty Kernberga, který dává HPO do kontextu s teorií objektních vztahů. Je zde nastíněn také psychoterapeutický přístup pro osoby s hraniční symptomatikou, na jehož rozvoji se Otto Kernberg aktivně podílí. Literárně přehledová část představuje přehled psychoanalytického pojetí hraniční poruchy osobnosti založený na rozličných výzkumech, který v české literatuře chybí.

Druhá část práce přibližuje návrh výzkumného projektu, konkrétně korelační studie, která by ověřovala existenci vztahu zmíněných psychoanalytických teorií a hraniční poruchy osobnosti. Nejprve popisují cíle výzkumu a výzkumné otázky a poté se zabývám samotným designem projektu. Detailně jsou zde rozvedeny výzkumné metody a následná analýza dat. Na závěr jsou diskutovány nejen přínosy výzkumného projektu, ale je kriticky nahlíženo také na jeho limity.

V práci je citováno podle normy APA (2020).

Literárně přehledová část

1. Osobnost

V první části literárně přehledové části se věnuji pojmu osobnost jako takovému. Pro snazší orientaci v tak specifickém tématu, jako je hraniční porucha osobnosti v psychoanalytických souvislostech, vnímám jako klíčové sjednotit a popsat také základní východiska tohoto tématu. Proto nejdříve uvedu některé definice osobnosti, nastíním teoretický základ tohoto pojmu v psychologii a poté objasním základní charakteristiky patologické osobnosti v kontextu poruch osobnosti.

1.1 Definice osobnosti

Od 30. let 20. století, kdy se psychologie osobnosti osamostatnila od sociální psychologie jako svébytný obor, se definice osobnosti těšily velkému rozmachu. Právě v psychologických definicích je nesmírně důležité, jaký význam nesou použitá slova v běžné řeči (Říčan, 2010). Každý čtenář má totiž tendence chápat definici v tom smyslu, který nese právě v běžné řeči. Definice tak může (i v důsledku překladu) u různých čtenářů nabýt odlišného významu. Zároveň je nutno podotknout, že do dnešní doby v psychologii neexistuje jednotné pojetí konstruktů osobnosti. Pro zachování co největší objektivity zde zmiňuji ty nejrozšířenější definice jak na poli české psychologie, tak v zahraničí.

Asi nejznámější a nejcitovanější je definice Allporta, podle které je osobnost *„dynamickou organizací psychofyzických systémů uvnitř individua, která determinuje jeho jedinečné přizpůsobení k jeho prostředí“* (Allport, 1961 cit. dle Blatný et al., 2010, s. 12).

Atkinsonová (2003, s. 436) osobnost vymezuje jako *„příznačné a charakteristické vzorce myšlení, emocí a chování, které definují individuální osobní styl interakce s fyzickým a sociálním prostředím“*.

Jako další uvádím definici osobnosti podle Pervina. Ten chápe osobnost jako *„ty charakteristiky člověka, které jsou podkladem konzistentních vzorců chování, přičemž těmito charakteristikami rozumíme myšlenky, city a pozorovatelné (navenek vyjádřené) chování“* (Pervin, 1994, s. 4).

Z českých autorů obsáhlou definici osobnosti podala Vágnerová (2010, s. 13). Osobnost vymezuje jako *„komplexní a relativně stabilní systém, který funguje jako*

celek, skládá se ze vzájemně propojených somatických a psychických vlastností a projevuje se v reakcích na různé podněty a situace, respektive v interakci s nimi“.

Pro účel mé práce si dovoluji zdůraznit definici Praška, která se nachází v publikaci věnované specificky poruchám osobnosti (2003, s. 15) a podle které „osobnost představuje individuální soubor duševních a tělesných vlastností člověka, které se utvářejí v průběhu vývoje a projevují se v sociálních vztazích.“

Kernberg (2006) pak zdůrazňuje celistvost osobnosti. Tvrdí, že tento konstrukt je mnohem komplexnější a sofistikovanější entita než pouhý výčet všech vlastností, které osobnost tvoří.

1.2 Teoretická ukotvení pojmu osobnost

Odborníci na poli psychologie se konstruktem osobnosti kontinuálně zabývají už téměř jedno století (Allport, 1937). Kořeny lidské zvědavosti pochopit a popsat něco tak komplikovaného, jako je osobnost, ale sahají mnohem dále do historie. S prvními koncepcemi osobnosti přišel už za dob antiky lékař řeckého původu Hippokratés (460–370 př. n. l.), který podstatu osobnosti hledal ve vzájemném působení čtyř fyziologických tekutin (krev, hlen, žluč a černá žluč). Tuto teorii do systému uvedl Galénos (129–199 n. l.) a společně tak dali vzniknout doposud užívaným pojmům sangvinik, cholerik, flegmatik a melancholik (Říčan, 2010).

Rozmachu se termín osobnosti dočkal ve 30. letech 20. století, kdy se psychologie osobnosti vydělila jako samostatná disciplína ze sociální psychologie. Tento mezník je spojován se jménem Allport, který v roce 1937 publikoval knihu shrnující tehdejší poznatky o osobnosti (Blatný et al., 2010). Mezi prvními teoretiky osobnosti stál zakladatel psychoanalýzy Freud, který vnímal osobnost v souvislostech s biologickými faktory, pudy, které působí jako hlavní hybné síly lidského chování. O další notoricky známou typologii se zasloužil psychoanalytik Jung, který ve své typologii rozlišoval osobnost extravertní a introvertní (Jung, 1923). V popředí behavioristů se Pavlov vracel k Hippokratově a Galénově terminologii a jednotlivé typy osobnosti rozděloval podle povahy vzruchu a útlumu člověka. Kretschmer se zase domníval, že nejdůležitější pilíře osobnosti souvisí s morfologickým uzpůsobením lidského těla. Rozlišoval typ atletický, pyknický a astenický. Na empirických základech rozdělil Eysenck tři osobnostní dimenze na kontinuích extraverze-introverze (zaměření

na vnější/vnitřní svět), emoční stabilita-labilita (neuroticismus) a normalita-psychopatie (psychoticismus) (Říčan, 2010).

Mezi modernější teorie osobnosti můžeme zahrnout teorii hledání vzruchu (sensation seeking) podle Zuckermana, která se odvolává na poznatky o individuálních reakcích na déle trvající senzorickou deprivaci (Zuckerman, 2007). Stejně tak by sem patřil Cloningerův neurobiologický model, který na principu rozdílné aktivity transmitterových systémů v mozku rozlišuje tři (později čtyři) dimenze osobnosti: vyhýbání se poškození, vyhledávání nového, závislost na odměně a (vytrvalost) (Cloninger, 1987). Pokud se budeme držet domácí půdy, zajímavý pohled na osobnost nabízí také čtyřfaktorový model osobnosti podle Bahbouha et al. (2012). Ten rozlišuje čtyři dimenze osobnosti a podle jednotlivých charakteristik je připodobňuje každému z přírodních živlů.

1.2.1 Psychoanalytické pojetí osobnosti

Pro kontext celé práce věnuji speciální pozornost psychoanalytickému pohledu na popis osobnosti. Jak zmiňuji výše, psychoanalytickou tradici osobnosti odstartoval už Freud (1901/2002) a v jedné ze svých nejranějších prací nastínil působení neuspokojených pudů a nevyřčených přání na psychické události jedince. Duševní dění se pak může uskutečňovat na vědomé a nevědomé úrovni. Na pozadí si můžeme představit notoricky známý model ledovce, kde uvědomované obsahy tvoří pouze jeho špičku. Pod hladinou se nalézají všechny obsahy, které jsme vytěsnili a které si neuvědomujeme – nevědomí. Na pomezí leží předvědomí tvořeno obsahy, které si sice aktuálně neuvědomujeme, ale při zvýšené koncentraci jsme schopni si je vybavit (Praško, 2003).

Velmi přínosný byl také Freudův tripartitní model osobnosti (Freud, 1923). Podle toho se osobnost skládá ze tří složek: id, ego a superego, přičemž každá z nich zastává svoje vlastní funkce, ale synchronně řídí chování jedince. Nejprimitivnější složkou je id, které se řídí prostým principem slasti a prahne po okamžitém uspokojení. Ego tato puzení porovnává s realitou a následně je filtruje. Můžeme také říct, že se řídí principem reality. Jako reakce na odměny a tresty rodičů vzniká superego, které rozhoduje o tom, zdali jsou činy jedince dobré nebo špatné.

Jedinci, kteří bývají puzení k páchání špatných činů, zažívají úzkost (Praško, 2003). Takový jedinec pak hledá vyjádření impulzu v jiné podobě, aby tuto úzkost zmírnil nebo jejímu vzniku úplně zabránil. Freud tento proces nazýval jako obranné

mechanismy ega, ale o jejich rozpracování se nejvíce zasloužila jeho dcera Anna Freud (1946). Mezi nejčastější obranné mechanismy patří například vytěsnění, sublimace, potlačení nebo projekce. Některým obranným mechanismům se dopodrobna věnuji níže.

O velký přínos v psychoanalytické teorii osobnosti se zasloužili také novodobější psychoanalytici, kteří kladou větší důraz na roli ega. Vnímají ego jako část nezávislou na id a do kontextu ji dávají také s nejbližším okolím jedince a jeho vztahovostí k němu. Všechny tyto vlivy se podílejí na formování osobnosti. Takovou teorii označujeme jako teorii objektivních vztahů a blíže se k ní vracím v dalších kapitolách. Mezi její teoretiky patří například Fairbairn, Mahler, Klein nebo Kohut (Greenberg, 2013).

1.3 Porucha osobnosti

Struktura osobnosti se zakládá na vrozených dispozicích (temperament), které se v individuálním vývoji obohacují o vlastnosti získané (charakter). Jednotlivé temperamentové a charakterové rysy jsou v osobnosti zastoupeny do určité míry. O poruše osobnosti hovoříme v případě, kdy se rysy v takové osobnosti významně odchyľují od rysů patrných v běžné populaci (Praško, 2003).

Jedná se o vážné narušení charakterové konstituce a tendencí chování jedince, které nenastalo v přímém důsledku nemoci nebo poranění mozku. Má tendenci přetrvávat a stát se vyjádřením charakteristického životního stylu jedince k okolí i sobě samému. Postihuje řadu oblastí osobnosti a nejčastěji se manifestuje už v dospívání a pokračuje v dospělosti (WHO, 2019).

2. Hraniční porucha osobnosti

Ve druhé kapitole literárně přehledové části se zabývám výhradně pojmem hraniční porucha osobnosti (dále jen HPO). V anglickém jazyce hovoříme o borderline personality disorder (BPD). Pro účely mé práce operuji pouze s českým ekvivalentem tohoto pojmu. V kapitole nejdříve poukazuji na rozšíření HPO v běžné populaci a dopodrobna rozebírám jednotlivé charakteristiky poruchy. Dále se zabývám HPO v kontextu diagnostiky a poté popisuji možné přístupy k etiopatogenezi HPO. K závěru kapitoly se věnuji terapeutickým přístupům k poruše a zamýšlím se nad stigmatizací osob s HPO.

Ačkoliv se jednotlivým charakteristikám hraniční poruchy osobnosti věnuji do hloubky níže, pro plynulejší uvedení do tohoto tématu jsem se rozhodl definovat tuto poruchu také v obecnější rovině. HPO můžeme chápat jako specifickou poruchu osobnosti vyznačující se zkratkovým chováním bez uvážení následků, emoční nestabilitou a narušením obrazu o sobě samém, které provází dlouhodobé pocity prázdnoty. Příznačné jsou také: navazování intenzivních a nestabilních interpersonálních vztahů a sklony k autodestruktivnímu chování včetně sebevražedných pokusů (WHO, 1993).

2.1 *Epidemiologie*

Počet lidí trpících hraniční poruchou osobnosti se v posledních letech prokazatelně zvýšil. Možná to souvisí pouze s pokrokem psychodiagnostických nástrojů kupředu. Stejně tak je možné, že se na takovém růstu podílí vícero faktorů charakteristických pro dnešní dobu: uspěchaný životní styl, vyšší zaměstnanost žen, orientace na kariéru, nedostatek času zabývat se emocemi jak vlastními, tak našich dětí atd. (Grambal et al., 2017).

Odhaduje se, že střední prevalence hraniční poruchy osobnosti se v populaci pohybuje od 1,6 % po 5,9 % (tamtéž). Je však nutno podotknout, že hodnoty se mohou lišit v závislosti na zdrojích. Dle národního epidemiologického průzkumu (Grant et al., 2008), kterého se zúčastnilo 34,653 respondentů žijících v USA, se HPO vyskytuje u výše zmíněné horní hranice, tedy 5,9 % populace. Meaney, Hasking a Reuper (2016) se ve své metaanalýze zaměřili na studenty vysokých škol a přítomnost HPO u nich. Po vyhodnocení 43 světových studií došly k hodnotě střední prevalence 9,7 %. Prevalence jednotlivých studií se přitom pohybovaly v rozmezí od 0,5 % do 32,1 %. Výzkumy

prevalence HPO v české populaci zatím chybí. Nejčastěji se HPO vyskytuje u hospitalizovaných psychiatrických pacientů, kde může postihovat až 50 % osob (Oumaya et al., 2008). Dle některých zdrojů (Gunderson, 2001, cit. dle Grambal et al., 2017) je HPO výrazně častější u žen (až 75 %), zatímco jiné studie (Grant et al., 2008) neodhalily žádný signifikantní rozdíl v závislosti na genderu.

2.2 Základní charakteristiky

Jak uvádím výše, hraniční porucha osobnosti se vyznačuje velmi rozsáhlou charakteristikou. Jelikož se zaobírám patologickým jevem, je možno operovat také s pojmem symptomy namísto charakteristik. Pro srozumitelnější výklad zde přibližuji ty nejběžnější symptomy HPO, kterými jsou: emoční nestabilita, impulsivita, narušení sebeobrazu, pocity prázdnoty a nestabilní interpersonální vztahy (WHO, 2019). Rád bych podotknul, že se nejedná o kompletní výčet charakteristik HPO, který je vzhledem ke komplexní povaze poruchy zcela neohraničený. Některé méně časté symptomy, kterými jsou například halucinace u těžkých případů HPO (Niemantsverdriet et al., 2017), zde proto blíže nerozebírám. Někteří autoři spíše než výčet jednotlivých charakteristik poruchy používají kazuistiky pacientů s HPO k demonstraci konkrétních projevů (Grambal et al. 2017; Frankenburg & Kymalainen, 2009), zatímco v psychoanalytické tradici se drží rozbor literárních děl a práce se symbolikou (Röhr, 2012).

„U hraničního typu jsou přítomny některé charakteristiky emoční nestálosti, a navíc má pacient nejasné nebo narušené představy o sobě samém, cílech a vnitřních preferencích (včetně sexuálních)“ (Praško, 2003, s. 242). Velmi nápadné bývají také chronické pocity prázdnoty, které střídají prudké změny afektivity a sebehodnocení. V důsledku této nestability dochází také k vážnému narušení interpersonálních vztahů. U osob s HPO se často vyskytují autodestruktivní tendence, jakými jsou například automutilace nebo opakované pokusy o sebevraždu. Suicidalita je u hraničních osob výrazně vyšší než v běžné populaci a dokonaným suicidem končí až 10 % případů HPO (Paris, 2019). Velmi alarmující je také výskyt pokusů o sebevraždu, který se u HPO pohybuje mezi 40–85 % (Sedláčková et al., 2015).

Lidé s HPO mají nízkou frustrační toleranci, jsou velmi iritabilní a náchylní k úzkostem. Často nejsou schopni odložit emoční impuls, který jim přináší krátkodobou úlevu od úzkosti. Hovoříme o tzv. emoční dysregulaci. Dochází zde i ke kognitivnímu narušení. I když jsou osoby s HPO schopni dobře hodnotit své impulzivní chování

a vyhledat jeho příčinu (byť se jedná o malichernost), své chování hodnotí vzhledem k situaci jako adekvátní. Dalším výrazným rysem HPO je nadměrná simplifikace životních problémů. Ty jsou řešeny stran hraničních lidí buďto zkratkovitě, nebo se v nich cítí naprosto bezmocní a vyhledávají pomoc (Praško, 2003).

Emoční nestabilita se často promítá do interpersonálních vztahů osob s HPO, které bývají velmi intenzivní, krátkodobé a divoké. Protože si nejsou jisti druhými lidmi a jejich pocity, vytvářejí buďto velmi závislé těsné vztahy, anebo se od druhých chladně distancují (Praško, 2003). Souvisí to s jejich obranným mechanismem štěpení, v důsledku kterého prožívají druhé buďto jako exkluzivně dobré, nebo špatné. Tento obraz může často a velmi náhle fluktuovat. Obranným mechanismům osob s HPO se v práci věnuji níže. Ve vztahu jsou poháněni erotickou touhou a jejich milostné objekty bývají značně idealizované. Z této podstaty jsou milostná připoutání hraničních osob velmi intenzivní a prudká. Idealizovaný obraz druhého se ale rychle proměňuje v obraz frustrující a dříve idealizovaný vztah najednou provází katastrofické scénáře (Kernberg, 1995a). Takovou ambivalenci prožívání vztahu trefně vystihuje a přibližuje také název knihy věnované hraniční poruše osobnosti a jejímu překonávání „Nenávidím tě, neopouštěj mě!“ (Kreisman & Straus, 2017). Právě opuštění se lidé s HPO děsí nejvíce a dělají vše pro to, aby se mu vyhnuli, od vyznávání lásky přes emočně nabitě afekty až po suicidální pokusy.

Je zřejmé, že projevy hraniční poruchy osobnosti se nejvíce manifestují v dospívání a rané dospělosti a s přibývajícím věkem slábnou (Grambal et al., 2017). I když emoční nestálost a sklony k impulzivitě přetrvávají v průběhu celého života, při podrobení se psychotherapeutické péči se míra jejich projevů výrazně snižuje. V některých případech dokonce natolik, že po uplynutí několika let od zahájení terapie přestávají dříve diagnostikované osoby splňovat diagnostická kritéria HPO (tamtéž). Longitudinální studie Niesten et al. (2016) odhalila, že po 20 letech se 59 % dříve diagnostikovaných osob projevuje jenom mírnými symptomy HPO, ale jsou schopni bezproblémového fungování v každodenním životě. 39 % z celkového počtu dříve diagnostikovaných v průběhu 20 let přestalo vykazovat symptomy úplně.

2.3 Diagnostika

Za klíčové pro mou práci považuji zasadit hraniční poruchu osobnosti do světového nosologického systému dle nejaktuálnějších zdrojů. V první podkapitole přibližuji HPO v kontextu Mezinárodní klasifikace nemocí, v druhé se zabývám

Diagnostickým a statistickým manuálem duševních poruch. Níže nastiňuji problematiku komorbidit hraniční poruchy osobnosti a dále se zabírám konkrétními nástroji užívanými pro diagnostiku HPO.

2.3.1 Diagnostická kritéria podle ICD

V desátém vydání International Classification of Diseases (zkráceně ICD-10, česky Mezinárodní klasifikace nemocí) (WHO, 1993) spadá hraniční porucha osobnosti pod diagnostickou skupinu F60 – specifické poruchy osobnosti. Ty jsou definovány jako těžká narušení v charakterové konstituci a tendencích chování jedince, které: nerezultují z nemoci, poškození mozku ani jiné psychiatrické poruchy, postihují řadu oblastí osobnosti, jsou sdruženy se závažnou osobní tísní a sociálními poruchami a nejčastěji se manifestují od dětství nebo dospívání a pokračují v dospělosti.

HPO je zde označována jako emočně nestabilní porucha osobnosti hraničního typu spadající pod diagnostické označení F60.3. Je charakterizována zkratkovým chováním a nepředvídatelnou náladou, emoční nestabilitou a konfliktností. Tyto charakteristiky jsou společné pro oba typy (hraniční a impulzivní) emočně nestabilní poruchy osobnosti. Hraniční typ se navíc vyznačuje dalšími symptomy a pro udělení diagnózy je nutno vykazovat alespoň tři z pěti uvedených (WHO, 1993):

- 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 sebepoškozování,
- 5) chronické pocity prázdnoty.

Na místě mi přijde uvést také razantní změny v diagnostice hraniční poruchy osobnosti, které představilo jedenácté vydání International Classification of Diseases – ICD-11 (WHO, 2019). To přichází se změnou celého diagnostického paradigmatu poruch osobnosti. ICD-10 je často kritizováno za zbytečnou komplexitu diagnostických kategorií, nekonzistentní data při popisu normální osobnosti a především za absenci ukazatele závažnosti konkrétních poruch (Mulder, 2021).

ICD-11 proto úplně upouští od diagnostických kategorií specifických poruch osobnosti a nahrazuje je jednotným dimenzionálním modelem poruchy osobnosti pod kódem 6D10. Ta je pak rozdělena podle závažnosti na mírnou, střední a těžkou.

Každou poruchu osobnosti lze specifikovat na škále v šesti různých dimenzích s kódem 6D11 příznačných také pro zdravou populaci. Jedná se o tyto dimenze (WHO, 2019; překlad autora): negativní afektivita, detachment, disociabilita, dezinhibice, anankastie a hraniční model.

Porucha osobnosti se přitom od normy odlišuje mírou zastoupení v jednotlivých dimenzích. U těžkých poruch je zpravidla ve vyšší míře zastoupeno dimenzí více. Ačkoliv nový model diagnostiky poruch osobnosti podle ICD-11 vypadá slibně, jeho implementace do běžné klinické praxe je nutnou podmínkou jeho funkčnosti, a na tu si pravděpodobně ještě počkáme (Mulder, 2021).

2.3.2 Diagnostická kritéria podle DSM

Podle nejnovějšího pátého vydání Diagnostického a statického manuálu duševních poruch (zkráceně DSM-V) (APA, 2013) je „základním rysem hraniční poruchy osobnosti pervazivní vzorec nestability v mezilidských vztazích, sebeobrazu, afektech a výrazné impulzivity, která začíná v rané dospělosti a projevuje se v nejrůznějších souvislostech“ (APA, 2013, cit. dle Grambal et al., 2017, s. 45). Diagnostická kritéria DSM-V se svou dimenzionální povahou podobají těm v ICD-11, ale zároveň zachovávají kategorický aspekt poruch osobnosti. Osobnost je posuzována na škále v pěti vyšších dimenzích a podle míry zastoupení je diagnostikována jedna z šesti specifických poruch osobnosti: hraniční, obsedantně-kompulzivní, vyhubá, schizotypní, antisociální a narcistická. Mezi posuzované dimenze osobnosti patří (Miller et al., 2012): negativní afektivita, detachment, antagonismus, dezinhibice a psychoticismus.

Kromě pěti vyšších dimenzí uvádí DSM-V také 25 nižších rysů, na které se rovněž nahlíží při stanovování diagnózy poruchy osobnosti. Nové vydání DSM-V se ve své dimenzionální povaze zásadně liší od staršího vydání DSM-IV (APA, 2000), kde je k dosažení diagnózy HPO nutno vykazovat alespoň pět z devíti uvedených symptomů:

- 1) nadměrné úsilí vyhnout se domnělému nebo reálnému odmítnutí,
- 2) projevy nestálých interpersonálních vztahů (střídání idealizace a devalvace),
- 3) trvale a zřetelně narušené sebehodnocení,
- 4) impulzivita v kontextu alespoň dvou sebedestruktivních oblastí,
- 5) sebepoškozující jednání nebo suicidální tendence,
- 6) emoční nestabilita,

- 7) chronické pocity prázdnoty,
- 8) neopodstatněný vztek nebo ztráta kontroly nad ním,
- 9) vztahovačné představy nebo disociativní příznaky.

2.3.3 Komorbidita

K prvnímu kontaktu lidí trpících hraniční poruchou osobnosti s odbornou pomocí dochází ve valné většině případů kvůli odlišným potížím, než je hraniční symptomatika. Do ambulancí a lůžkové péče se tyto lidé nejčastěji dostávají s úzkostnými a afektivními problémy, popřípadě s psychotickou poruchou (Grambal et al., 2017).

Hraniční poruchu osobnosti v práci popisují jako primární diagnózu, zatímco pojem komorbidita označuje jakoukoliv další přidruženou duševní poruchu. Téma komorbidit u HPO je zdůrazněno objemem výzkumů (viz. dále), které byly na dané téma zrealizovány. Výzkum komorbidit HPO je klíčový pro psychodiagnostiku, při které mohou být jednotlivé komorbidity zohledněny jako markery (Skodol et al., 2002).

Zimmerman a Mattia (1999) objevili častý výskyt depresivní poruchy u zkoumaných pacientů s HPO. Mezi další časté komorbidity se řadily hlavně úzkostné poruchy, především sociální fobie, posttraumatická stresová porucha nebo panická porucha s agorafobií. U osob s HPO je také mnohem vyšší výskyt kombinace několika duševních poruch než u osob bez HPO (při souhře čtyř duševních onemocnění až čtyřikrát vyšší). Tomko et al. (2014) došli k obdobným závěrům. Až 84,8 % zkoumaných osob se ve svém životě potýkalo také s úzkostnou poruchou, 82,7 % s afektivní poruchou a 78,2 % se závislostmi a užíváním návykových látek. Skodol et al. (2002) ve své přehledové studii poukazují na široké spektrum komorbidit hraniční poruchy osobnosti. Diagnostická kritéria HPO napříč výzkumy splňovalo např. 34 % pacientů s depresivní poruchou, 61 % uživatelů návykových látek nebo 30 % pacientů s posttraumatickou stresovou poruchou.

Zanarini et al. (1998) poukazují na komorbiditu napříč dalšími poruchami osobnosti. Až 75 % zkoumaných osob s HPO splňovalo diagnostická kritéria anxiózní poruchy osobnosti a 40 % vyhubé PO. Kritéria pro antisociální PO naplnilo 25 % zkoumaných osob a 15 % pro histrionskou a narcistickou PO. Výzkum odhalil také rozdíly mezi muži a ženami. Muži mnohem častěji než ženy naplňovali kritéria pro paranoidní, pasivně-agresivní, narcistickou, sadistickou a antisociální PO. Rozdíly v genderu naznačuje také další studie Zanari et al. (1998). Zatímco muži s HPO jsou

častějšími uživateli návykových látek, u žen s HPO se s větší četností vyskytují poruchy příjmu potravy.

Komorbidity jsou u osob s HPO častou záležitostí a je nezbytné jim věnovat zvýšenou pozornost při diagnostice. Úzkostné poruchy, afektivní poruchy nebo abúzus návykových látek může posloužit jako jeden z markerů hraniční poruchy osobnosti a dotvořit tak ucelený obrázek diagnózy. Stejně tak je důležité dbát na to, aby komorbidity při diagnostice nezastínily hraniční poruchu osobnosti, a nedošlo tak ke stanovení chybné diagnózy.

2.3.4 Možnosti psychologické diagnostiky

Diagnostika poruch osobnosti je na poli diagnostiky v psychiatrii a psychologii považována za jednu z nejobtížnějších. Je tomu hned z několika důvodů. Hraniční porucha osobnosti je specifická pro své nejasné vymezení jak v DSM-V (APA, 2013), tak v ICD-10 (WHO, 1993). Diagnostická kritéria se často překrývají s jinými poruchami osobnosti a u jednoho člověka s HPO tak můžeme najít rysy hned několika poruch osobnosti (Grambal et al., 2017). Velkým problémem je také častá přítomnost komorbidit u pacientů s HPO, která může vyústit ve stanovení chybné diagnózy. Často tomu nejsou uzpůsobeny ani diagnostické nástroje a existují případy z praxe, kdy běžně docházelo k misinterpretaci HPO jako bipolární afektivní poruchy (Zimmerman et al., 2010).

Diagnostika HPO se zakládá na zjišťování symptomů přítomných u vyšetřovaného od adolescence, a to v různých životních oblastech (Biskin & Paris, 2012). Neexistuje jedna diagnostická metoda, která by dokázala spolehlivě určit přítomnost HPO u pacienta. Pro lepší strukturovanost diagnostického procesu můžeme rozdělit přítomné symptomy do čtyř kategorií podle DSM-IV (APA, 2000): afektivita, interpersonální fungování, impulzivita a kognice. Všechny oblasti musí být důkladně prozkoumány prostřednictvím diagnostického rozhovoru. Klíčová je anamnéza vyšetřovaného a výpověď blízkých osob. Údaje mohou být doplněny o výsledky psychologického vyšetření. Využívá se zpravidla semistrukturovaný diagnostický rozhovor IPDE (Loranger et al., 1994) nebo DIB-R, který se zaměřuje specificky na HPO a více zohledňuje diferenciální diagnostiku (Zanarini et al., 1989). Uplatnit se mohou také projektivní metody, například Rorschachův test (Exner, 2003) nebo Tematicko-apercepční test (Murray, 1943). K dokreslení diagnostické mozaiky mohou

posloužit také osobnostní inventáře PSSI (Wiggins & Pincus, 1989) nebo MMPI-2 (Graham, 1993).

Během diagnostického rozhovoru je na místě dbát zvýšené obezřetnosti na mnoha úrovních. Uvádím zde jen některé příklady vztahující se k jednotlivým výše zmiňovaným kategoriím. Při mapování afektivity u klienta je nutno sledovat přítomnost náhlých výkyvů nálad, které jedince doprovázejí kontinuálně celým životem. K výkyvům nálady u osob s HPO dochází náhle a trvají kratší dobu (narozdíl od bipolární afektivní poruchy). Výrazná je také reaktivita na vnější podněty, nejčastěji odmítnutí, selhání nebo opuštění. Narozdíl od zdravé populace bývá podráždění u osob s HPO externími podněty mnohem intenzivnější a trvá delší dobu (Zeigler-Hill & Abraham, 2006). Problémy s interpersonálními vztahy jsou mnohdy nápadné už při získávání anamnézy. Obvyklé je časté střídání partnerů a krátkodobé intenzivní vztahy. Impulzivita se v mnohých případech manifestuje sebepoškozováním nebo opakovanými pokusy o sebevraždu. Často se v historii vyšetřovaného objevuje také rizikové chování jako gambling, užívání návykových látek nebo promiskuitní chování (Biskin & Paris, 2012). V oblasti kognice se zhruba u poloviny osob s HPO vyskytují psychotické epizody a disociace. Mezi nejčastější patří auditorní halucinace a paranoidní myšlenky a jsou vázány na zvýšenou stresovou zátěž (Zanarini et al., 1990).

2.3.5 Diferenciální diagnostika

Jak předznačuji v kapitolách výše, hraniční porucha osobnosti je snadno zaměnitelná za jinou diagnózu. To je způsobeno nejasnou a rozsáhlou charakteristikou poruchy a vysokou četností jejích komorbidit. Při diagnostice HPO je proto nezbytné dbát na důkladnou diferenciální diagnostiku a odlišit tak HPO od jiných poruch a jejích komorbidit. Hraniční porucha osobnosti bývá nejčastěji zaměňována za afektivní poruchy, úzkostné poruchy, jiné poruchy osobnosti, popřípadě poruchy s psychotickými příznaky (Grambal et al., 2017). Jelikož jednotlivé komorbidity rozvádím blíže v předchozích kapitolách, věnuji se v této kapitole primárně způsobům odlišení primární diagnózy (HPO) od jejích nejčastějších komorbidit. Diferenciální diagnostice napříč širokým spektrem dalších komorbidit je věnována velká část výzkumu hraniční poruchy osobnosti (Fowler et al., 2018; Kernberg & Yeomans, 2013; Philipsen, 2006).

Zimmerman et al. (2010) poukazuje na problematiku zaměnitelnosti HPO s afektivními poruchami, konkrétně bipolární afektivní poruchou (BAP). V obou

případech je nápadná proměnlivost nálad. Při diagnostice je nutno věnovat zvýšenou pozornost především trvání nálad. Zatímco u HPO jsou intenzivní nálady krátkodobou záležitostí, u BAP trvají manické i depresivní epizody alespoň několik dní (APA, 2000).

Anxiózní poruchy (panická porucha, sociální fobie, PTSD atd.) se často vyskytují po boku hraniční poruchy osobnosti v podobě komorbidit (Zimmerman & Mattia, 1999). HPO se kromě zvýšené anxiety vyznačuje řadou dalších nápadných symptomů, kterým nelze nevěnovat pozornost. Například u pacientů trpících PTSD bez poruchy osobnosti chybí impulzivita, emoční nestabilita a rozsáhlé problémy v oblasti mezilidských vztahů. PTSD je nicméně častou komorbiditou HPO (tamtéž) a je žádoucí ji zavčas odhalit. Akutní léčba komorbidit může přispět k rychlejšímu průběhu léčby samotné HPO (Grambal et al., 2017).

V období dekompenzace (například zvýšené stresové zátěže) se u osob s HPO mohou objevit psychotické obtíže. Narozdíl od psychóz jsou tyto obtíže krátkodobého charakteru a nereagují na léčbu antipsychotiky. Pomocť odlišit od sebe tyto diagnózy zavčas mohou také projektivní metody, konkrétně Rorschachův test (Brand et al., 2009).

Hraniční porucha osobnosti se často vyskytuje souběžně s jinými poruchami osobnosti, popřípadě je za ně zaměňována (Zanarini et al., 1998). Zanarini et al. ve svém dalším výzkumu (1990) poukazují na spolehlivost diagnostických rozhovorů (IPDE a DIB-R) při diferenciaci jednotlivých poruch osobnosti. Zohlednit můžeme také dotazník MMPI-2, který se v diferenciální diagnostice jeví jako vysoce validní (Trull, 1991). Hibbard et al. (2010) nebo Ackerman et al. (1999) ve svých studiích naznačují, že projektivní metoda TAT může být rovněž užitečná při diferenciaci HPO od jiných poruch osobnosti.

2.4 Etiopatogeneze

Příčina vzniku hraniční poruchy osobnosti není zcela známá. Pravděpodobně dochází k souhře několika různých faktorů, které při specifické genové výbavě snižují nebo zvyšují riziko rozvoje této poruchy (Grambal et al., 2017). Můžeme tedy mluvit o multifaktorovém modelu, kde do vzájemné souhry přichází genetika a prenatální vlivy na jedné straně a působení okolí na straně druhé. Na podobnou souhru poukazuje Trull (2001) ve svém strukturálním modelu, podle kterého se na rozvoji hraniční poruchy osobnosti podílí osobnostní rysy, vliv rodiny, ale třeba také násilí prožité v raném věku. S podobným závěrem přichází také Chanen & Kaess (2012), kteří při objasňování

příčiny vzniku HPO poukazují na výzkumy rodinných anamnéz, vlivů okolí, ale třeba také temperamentů osob s HPO. Pro lepší přehlednost a potřeby této práce můžeme všechny výše zmíněné vlivy zobecnit na dva hlavní přístupy: biologický a psychosociální.

2.4.1 Biologický přístup

Vliv genů je často diskutovaným přístupem na poli etiologie HPO. Výzkumy na dvojčatech ukazují, že jednotlivé dimenze osobnosti podle modelu Big Five (otevřenost, svědomitost, extraverte, přívětivost a neuroticismus) jsou do značné míry dědičné (Loehlin et al., 1998). Distel et al. (2009) se proto ve své studii HPO zaměřují na míru zastoupení jednotlivých dimenzí u osob s HPO. Ukazuje se, že všechny tyto dimenze souvisí s přítomností HPO u jedince. Jako nejspolehlivější prediktor HPO se ve studii jeví kombinace vysokého neuroticismu a nízké přívětivosti (tamtéž).

Druhá větev výzkumů biologických vlivů se soustředí na hledání neurologických korelátů k symptomům hraniční poruchy osobnosti. Zatímco MRI poukazuje na neuroanatomické abnormality mozku u osob s HPO, fMRI a PET odhalily hypometabolickou aktivitu u center mozku zodpovědných za regulaci emocí. Pokud však dojde k aktivaci limbického systému, je tato aktivace neadekvátně vysoká vzhledem k stimulu. To může odrážet neschopnost racionálního nadhledu a emoční nestabilitu příznačnou pro hraniční poruchu osobnosti (Lis et al., 2007). Odhaleny byly také rozdíly v klidové neurální aktivitě mozku mezi zdravou populací a lidmi s HPO. Jedná se o potenciální biomarkery hraniční poruchy osobnosti, které je nutno podrobit dalšímu výzkumu (Visintin et al., 2016).

Přemostění k dalšímu přístupu představuje biosociální vývojový model hraniční poruchy osobnosti, který na pozadí vzniku HPO spojuje vrozené osobnostní rysy (impulzivita, emoční nestabilita) s působením prostředí. Vzájemným ovlivňováním vznikají maladaptivní copingové strategie, které jsou typické pro hraniční poruchu osobnosti (Crowell et al., 2009).

2.4.2 Psychosociální přístup

Dle psychosociálních etiologických teorií se na vzniku hraniční poruchy osobnosti podílejí vlivy okolí. Nejčastěji zmiňovanými příčinami v tomto kontextu jsou trauma prodělané v raném věku a formativní vliv rodiny (Bezirgianian et al., 1993; Zanarini, 1997).

Bezirgianian et al. (1993) poukazuje na vliv inkonzistence výchovy v kombinaci s přehnanou starostlivostí matky na rozvoj hraniční poruchy osobnosti. Rodiče těchto lidí se při výchově chovají nadměru protektivně, jsou ve výchově nekonzistentní, anebo své děti zanedbávají (Boucher et al., 2017). Zanarini (1997) poukazuje specificky na vliv sexuálního násilí v dětství na rozvoj hraniční poruchy osobnosti v dospělosti. Nicméně ačkoliv se u lidí s HPO podobné trauma z dětství vyskytuje poměrně často, je jen malé procento lidí, kteří v dětství prodělali fyzické nebo sexuální násilí a v dospělosti trpí symptomy typickými pro hraniční poruchu osobnosti (Fruzzetti et al., 2005).

Do psychosociálního přístupu můžeme zařadit také psychoanalytické teorie HPO, kterými se podrobně zabírám v kapitolách níže.

2.5 Léčba

Lidé s HPO zpravidla nevyhledávají pomoc kvůli nespokojenosti se svými vlastními rysy. Do péče odborníků se většinou dostávají v akutní krizi. Ať už prožívají intenzivní úzkosti, psychotický stav v obzvlášť závažné situaci nebo potíže se svým partnerem, jsou to právě ty momenty, které hraniční osobu přivedou do terapie nebo na psychiatrii. Osoby HPO také často končí v psychiatrických ambulancích nebo na krizových centrech v důsledku suicidálních pokusů. Nikdy se však nejedná pouze o krizi, nýbrž o mnohem komplexnější problém, který vyžaduje dlouhodobou péči. Léčba hraniční poruchy osobnosti je totiž možná pouze prostřednictvím změny osobnostních rysů (Praško, 2003). Toho můžeme docílit pomocí psychoterapie a farmakoterapie. Oba tyto přístupy nastiňuji v následujících podkapitolách.

2.5.1 Psychoterapie

Psychoterapie je první volbou léčby, když jde o hraniční poruchu osobnosti. Podstata psychoterapie HPO spočívá ve změně některých osobnostních rysů, což předpokládá dlouhodobé úsilí jak terapeuta, tak klienta. Přístupů k léčbě HPO je dnes už celá řada, nicméně pro potřeby mé práce se zde budu zaměřovat primárně na tradičnější psychoanalytický směr – psychoterapii zaměřenou na přenos a modernější přístup – dialektickou behaviorální terapii (Grambal et al., 2017).

Psychoterapie zaměřená na přenos (zkráceně TFP – Transference focused psychotherapy) je tradičním přístupem v léčbě HPO. Jedná se o modifikovanou psychoanalytickou psychoterapii, která staví své základy na egopsychologii a teorii

objektních vztahů. TFP je efektivní při redukci symptomů hraniční poruchy osobnosti a budování schopnosti sebereflexe (Yeomans et al., 2015). Klade si za cíl změnu osobnostní struktury a následnou proměnu chování klienta s HPO. Jako prostředek k tomu využívá přenos, tedy nevědomé obsahy klienta, které prosakují do situace tady a teď. TFP je dlouhodobá terapie, která má na poli výzkumu kladné, místy nejasné výsledky. Právě v porovnání s ostatními přístupy se může TFP jevit jako výrazně efektivnější, ale také mnohem méně efektivní (Doering et al., 2010; Giesen-Bloo, 2006). Ve všech případech má však na HPO kladný efekt: pomáhá mírnit symptomy, snižuje riziko suicidia a v mnoha případech dochází dokonce k vyloučení z diagnostických kritérií HPO už po roce docházení na TFP (Doering et al., 2010).

Dialektická behaviorální terapie (zkráceně DBT) staví na základech kognitivně-behaviorální psychoterapie, která se soustředí na vzájemné ovlivňování procesů myšlení a chování. Byla vyvinuta v 80. letech se zaměřením specificky na léčbu hraniční poruchy osobnosti. Sezení se zpravidla odehrávají dvakrát týdně jak v individuální, tak skupinové formě. Klient se tak učí novým dovednostem jak v mezilidských vztazích, emočním prožívání, tak stress managementu (Pastucha, 2003). Mezi hlavní výhody DBT patří rozsáhlé využití s minimem vstupních kritérií (vhodná i pro adolescenty, osoby se specifickými poruchami učení apod.). Stejně tak není podmíněna tréninkem v konkrétním psychoterapeutickém směru a může být využita širokým spektrem odborníků (Feigenbaum, 2008). Je však nutno podotknout, že se terapie zaměřuje pouze na zmírnění symptomů HPO, nikoliv na komplexní změnu osobnostní struktury. Z tohoto důvodu je těžké posoudit, jak účinná je DBT při léčbě hraniční poruchy osobnosti jako takové (Ch. Rankin, osobní komunikace, říjen 2000).

2.5.2 Farmakoterapie

Podávání psychofarmak u osob s HPO je stále otevřenou otázkou. Psychofarmaka totiž neléčí poruchu osobnosti jako takovou, a jsou tak lidem s HPO často předepisována automaticky bez hlubších vědeckých opodstatnění (Stoffers-Winterling et al., 2020). Je však nutno podotknout, že psychofarmaka dokážou ulevit od některých akutních symptomů HPO, popřípadě pomáhají se zvládáním komorbidit. Pokud tedy hraniční pacient trpí zároveň vážnou depresí nebo úzkostnou poruchou, antidepresiva nebo anxiolytika mu pomohou. Nejčastěji se užívají antidepresiva typu SSRI a benzodiazepiny jako zástupci anxiolytik. V takovém případě je nezbytné brát ohled na pacientovu anamnézu a jeho sklony k závislostem. Pokud se jedná o osobu

s nezvladatelnou impulzivitou, mohou být nasazena rovněž některá antipsychotika v malých dávkách pro její zmírnění. Ta se předepisují také v případě, kdy pacient trpí psychotickými jevy. V případě silných výkyvů nálad se zase používají thymopropylaktika neboli stabilizátory nálady, jejichž nejčastějším zástupcem je lithium (Grambal et al., 2017; Praško, 2003).

2.6 Stigmatizace osob s hraniční poruchou osobnosti

Stigmatizace hraniční poruchy osobnosti představuje velký problém v kontextu zdravotnictví a psychoterapie. Na pacienty s HPO je často nahlíženo s určitou mírou despektu k jejich diagnóze. Takový pohled může velmi zkomplikovat dostupnost léčby nebo její průběh. Stigmatizace HPO se promítá hned do několika vrstev zdravotnictví jak na straně pacienta, tak ošetřujícího personálu. Může vyústit v rozsáhlé problémy od sebenaplňujícího se proroctví pacienta přes chování zdravotnického personálu, zlehčování symptomů psychiatry až po přílišnou odtažitost psychoterapeuta (Aviram et al., 2006). U osob s HPO se také ukazuje vyšší míra sebestigmatizace (přijetí předsudků společnosti za své) než u jiných psychiatrických pacientů (Grambal et al., 2016).

Ring & Lawn (2019) shromáždili výzkumy, které poukazují na problémy stigmatizace HPO ve zdravotnictví. Jedním z problémů je vnímaná neléčitelnost HPO zdravotníky a psychoterapeuty. Právě takový postoj může na straně pacienta vyústit v sebenaplňující se proroctví a prohloubit pocity bezmoci. Na straně personálu dochází k předčasnému ukončování léčby, popřípadě jejímu odpírání. Kazuistika, kterou popisuje Aviram et al. ve své studii (2006) přibližuje situaci ženy s HPO, které byla v důsledku opakujících se automutilačních tendencí odpírána hospitalizace.

Bodner et al. (2015) zkoumali postoje zdravotnického personálu k pacientům s HPO. Narozdíl od psychologů a sociálních pracovníků projevovali zdravotní sestry a psychiatři výrazně menší empatii k těmto pacientům. Aviram et al. (2006) nastiňují problém emoční distancovanosti na straně psychoterapeutů. Oba tyto případy mohou v důsledku vést ke zvýšené reaktivitě pacienta a vyústit v sebedestruktivní tendence, popřípadě suicidální pokusy. Jak popisují výše, lidé s HPO jsou vysoce citliví na známky opuštění nebo odmítnutí a i drobné známky odtažitosti mohou vztahovat na sebe a prožívat je velmi intenzivně.

Ačkoliv stigmatizace osob s HPO představuje velký problém v léčbě této poruchy, zdravotnický personál jeví zájem o důkladnější vzdělání v této oblasti (Bodner et al., 2011). Stejně tak Ring & Lawn (2019) spatřují příležitosti destigmatizace

především v kvalitní edukaci na téma hraniční poruchy osobnosti mířené na správná místa, tedy primárně do zdravotnictví a psychoterapeutické praxe.

3. Psychoanalytické teorie v kontextu hraniční poruchy osobnosti

V úvodu třetí kapitoly kotvím hraniční poruchu osobnosti v kontextu psychoanalýzy. Dále se hlouběji zabývám vybranými psychoanalytickými teoriemi HPO. Grambal et al. (2017) popisují dva hlavní psychoanalytické proudy vysvětlující vývoj HPO. První, deficitní model vychází z teorie Mahler et al. (1975) a naznačuje, že narušení separačně-individuačního procesu v raném stádiu vývoje může vyústit v hraniční symptomatiku v pozdějším věku. Druhý model se nazývá konfliktový a o jeho rozpracování se nejvíce zasloužil Kernberg (2021, 2015, 1995b). Ten staví na psychoanalytické teorii objektních vztahů a mimo jiné poukazuje na narušení integrace objektu v dětství jako na příčinu vzniku hraniční struktury osobnosti (Grambal et al., 2017).

3.1 Hraniční porucha osobnosti v psychoanalýze

Pojem „hraniční“ sahá hluboko do historie psychoanalýzy, kde se původně používal k popisu pacientů, kteří netrpěli chaotickou, zcela dezintegrovanou osobností nebo narušeným testováním reality (symptomy příznačné u psychotických pacientů), ale kteří zároveň nebyli schopni regulovat své emoce a afekty, navazovali nestabilní vztahy a jejich osobnost nebyla plně integrovaná. Pojem „hraniční“ se proto používal u pacientů, kteří jako by stáli na hranici mezi psychózou a neurózou (Kernberg & Michels, 2009).

Psychoanalýza je také jedním z tradičních přístupů v diagnostice HPO, který značně ovlivnil moderní nosologii poruch osobnosti. Historii psychoanalytické tradice v diagnostice HPO můžeme rozdělit na dvě hlavní tendence. První z nich je ranější a odvolává se na freudiánskou tradici. Druhá je spojována s uvedením teorie objektních vztahů a hraniční symptomatikou do klinické praxe. Právě tuto tendenci vnímám jako klíčovou pro účely mé práce a budu se jí hlouběji zabírat níže. Je žádoucí podotknout, že zmíněné psychoanalytické teorie se neustále vyvíjí a kontinuálně procházejí revizemi (Kernberg, 2021).

3.2 Hraniční porucha osobnosti v pojetí Margaret Mahler

Podle deficitního modelu stojí na pozadí vzniku hraniční patologie narušení separačně-individuačního procesu v raném dětství (Grambal et al., 2017). Kritickým se jeví konkrétně období znovusbližovací, které klade na matku ambivalentní nároky v podobě poskytnutí dostatku svobody a bezpečí zároveň. Níže v kapitole se podrobně věnuji separačně-individuačnímu procesu a jeho souvislostem s hraniční poruchou osobnosti. Nejprve však nastiňuji život Margaret Mahler, hlavní teoretičky tohoto procesu.

3.2.1 Margaret Mahler

Margaret Mahler (rozená Schonberger) byla pediatrička maďarského původu, jedna z hlavních představitelk egopsychologie a průkopnice dětské psychoanalýzy. Narodila se roku 1897 v rakousko-uherské Soproni do židovské rodiny. Rozhodla se pokračovat v otcových šlépějích a vydala se na lékařskou dráhu. V šestnácti letech se odstěhovala do Budapešti, kde započala svá studia medicíny. V průběhu studia navštívila školy v Jeně, Heidelbergu a Mnichově, kde se opakovaně setkávala s antisemitskými postoji. Doktorát dokončila v Jeně a odstěhovala se do Vídně, kde získala licenci a otevřela si soukromou pediatriickou praxi (Freidenreich, 1999).

Během svého pobytu v Budapešti se seznámila s Alice Szekely-Kovacs, díky které se stala součástí spolku Budapest Circle. Spolek se sdružoval kolem psychoanalytických témat a tvořili ho lidé jako Sándor Ferenczi, Michael Balint nebo Imre Hermann. Spolek inspiroval mladou Schonberger ke studiu Freuda a účasti na diskuzích o tématech nevědomí. V profesním zájmu o psychologii ji utvrdila až zkušenost na klinice v Jeně, kde se stala svědkem úmrtí malého chlapce krátce po odchodu otce, a to bez jakékoliv zjevné zdravotní příčiny. Schonberger se od této chvíle začala zajímat o symbiotický vztah mezi dítětem a rodičem. Po přesunu do Vídně podstoupila výcvik v psychoanalýze, který úspěšně dokončila v roce 1933 (George, 2012).

V roce 1936 se navzdory otci provdala za chemika Paula Mahlera. Společně se v roce 1938, po Anschlusu, přesunuli do Velké Británie, aby unikli nacistickému režimu. Mahler tak následovala vídeňskou psychoanalytickou komunitu, která se po vypuknutí války přesunula do Anglie nebo USA. Po šesti měsících strávených v Anglii se manželé Mahlerovi vydali do Spojených států amerických a usadili se v New Yorku. Tamní psychoanalytická komunita ji však nepřivítala s otevřenou náručí.

Psychoanalytici jako Kubie, Rado nebo Stern zpochybňovali její práci a otevřeně jí doporučovali vydat se směrem medicíny. Mahler se nenechala zastrašit a brzy si získala pozornost americké vědecké společnosti. V padesátých letech zakládala se svým kolegou Manuelem Furerem Masters Children's Center na Manhattanu, kde praktikovali novou terapeutickou metodu, podle které je důležitým aspektem terapie matka dítěte, která je u terapie přítomna (Coates, 2004). Mahler se až do své smrti v roce 1985 věnovala rozvíjení psychoanalytických vývojových teorií, kterým se podrobně věnuji níže.

Sama Mahler se popisovala jako velmi impulzivní se sklony k depresi. Během svého života přetrpěla mnoho traumat, které jí nezabránily přispět svým dílem k psychoanalytické tradici. Její dlouholetý přítel a kolega Fred Pine ji nevnímá pouze jako teoretičku psychoanalýzy, ale vykresluje ji také jako skvělou výzkumnici světového formátu (Pine, 1986).

3.2.2 Separačně-individuační proces

Od padesátých let se Mahler věnovala systematickému zkoumání symbiotického vztahu matky a dítěte v Masters Children's Center. Výzkum se nejprve zaměřoval na psychotické děti a jejich matky, ale později byl rozšířen také na zdravou populaci. Mahler se domnívala, že syndromy schizofrenii podobných infantilních psychóz mají autistický nebo symbiotický původ. Společně s Goslinerem také stanovila hypotézu o univerzálnosti symbiotického původu člověka a o tom, že separačně-individuační proces je u zdravého jedince pravidelný. Později v šedesátých letech formulovala se svými kolegy Pinem, Furerem a Bergman dodatečnou hypotézu o čtyřech subfázích separačně-individuačního procesu (Mahler et al., 1975).

První subfáze separačně-individuačního procesu, diferenciaci, začíná kolem 4.–5. měsíce dítěte. Dítě vykazuje specifickou reakci na obličej matky, úsměv. Ten naznačuje první známku specifického pouta mezi matkou a dítětem (Bowlby, 1958) a startuje tak subfázi diferenciaci. Behaviorální známky této subfáze jsou zřetelnější od šestého měsíce, kdy dítě začíná objevovat fyzické hranice sebe a matky taháním za její vlasy nebo nos, saháním do jejích očí, popřípadě odtahováním se (Mahler et al., 1975). Dítě se v první subfázi učí odlišovat své tělo od matčina, srovnávají matku s jinými objekty a budují si k ní základní důvěru.

Mezi 10.–12. měsícem začíná období praktikování, tedy druhá subfáze separačně-individuačního vývoje. Dítě se během této fáze seznamuje s okolním světem

prostřednictvím smyslů. Každý předmět si dítě detailně prohlíží, osahává a strká do úst. Dítě během subfáze praktikování nachází také narcistické zalíbení v praktikování a ovládání svých dovedností a autonomních schopností. Dochází například k prvním vzpřímeným pohybům a dítě se poprvé začíná vzdalovat od matky. To přispívá k bohatému rozvoji funkcí ega dítěte (tamtéž).

Nabytí samostatné vzpřímené lokomoce a uvědomění si, že matka je plně oddělena, vede k započetí třetí, znovusbližovací, subfáze, která trvá až do 24. měsíce. Dítě je touto separací od matky vyděšeno, zažívá separační úzkost a opět si k ní hledá cestu. Typické pro tuto subfázi je stínění, tedy důkladné pozorování a kopírování pohybů matky. V případě odchodu matky dochází k výrazným separačním reakcím. Třetí subfázi se podrobněji zabírám níže v souvislosti s hraniční patologií.

Po 24. měsíci vstupuje dítě do čtvrté subfáze, která vede k vlastní separaci a individuaci. Dvěma hlavními úkoly čtvrté subfáze je dosažení definitivní a v určitých aspektech celoživotní individuality a dosažení určitého stupně objektní stálosti. Jedná se o mimořádně důležitou periodu, během které je naplněn stabilní pocit entity a ustálena primitivní konsolidace pohlavní identity (Mahler et al., 1975).

3.2.3 Souvislosti mezi separačně-individuačním procesem a hraniční poruchou osobnosti

Už samotná Mahler poukazovala na možnost hraniční patologie v důsledku narušení separačně-individuačního procesu (Mahler et al., 1975). Klíčovou roli v takovém případě hraje postoj matky ve třetí, znovusbližovací, subfázi. Více než kdy jindy je v tomto období nezbytné adekvátní balancování emoční přístupnosti na jedné straně a emoční ochoty nechat dítě jít na straně druhé. Mahler et al. (1975) uvádí kazuistiky dětí, jejichž matky nebyly schopné se přizpůsobit postupnému odpoutávání se dítěte. Například emoční nepřístupnost matky vedla k excesivnímu štěpení objektního světa dítětem na “dobré” a “špatné”. Jedná se o mechanismus charakteristický pro většinu případů hraniční patologie v dospělosti.

K validizaci této teorie přispěl výzkum Coonerty (1986), který porovnával Rorschachovské protokoly získané od pacientů s diagnózou HPO s protokoly pacientů se schizofrenií. Coonerty předpokládala, že konflikty prodělané v separačně-individuačním procesu se promítnou do výpovědí respondentů. Potvrdilo se, že separačně-individuační témata se v protokolech pacientů s HPO objevují signifikantně častěji a podporují tak myšlenku Mahler, že narušení separačně-individuačního procesu

stojí na pozadí vzniku hraniční poruchy osobnosti. Stejně tak Dolan et al. (1992) poukazují na silnou korelaci mezi osobnostní patologií a separačně-individuačním procesem. K podobným závěrům došel také Yatsko (1995), který při patogenezi HPO zdůrazňuje především zanedbávání výchovy ze stran rodičů, konkrétně přehlížení dítěte, nedostatek rodičovské empatie a ztrátu zájmu o dítě.

Zároveň Bradley & Westen (2005) vnímají neopodstatněnou dlouhodobou separaci dítěte od rodiče jako klíčový faktor při rozvoji hraniční patologie, ale odklání se od významu jedné konkrétní životní etapy (separačně-individuačního procesu). Místo toho vnímají několik prvních let života jako extrémně senzitivní období pro zdravý vývoj jedince. Separační úzkost se zdá být důležitým faktorem při patogenezi HPO také podle Matthiese et al. (2018). Jedná se o podstatné téma separačně-individuačního procesu a jeho výzkum může mít velký vliv na léčbu a prevenci HPO (tamtéž).

Separačně-individuační proces má své využití ve skupinové psychoterapii. V práci s klienty s HPO může odhalit například rodičovské přenosy na skupinu nebo podstatu destruktivního paktování mezi členy skupiny (Teitelbaum, 1981). Dále výše zmíněné výzkumy a studie poukazují na skutečnost, že separačně-individuační proces má v etiopatogenezi hraniční poruchy osobnosti své místo. Bližší výzkum těchto souvislostí je nezbytný pro porozumění komplexity hraniční poruchy osobnosti a zkvalitnění péče o osoby s HPO.

3.3 *Hraniční porucha osobnosti v pojetí Otty Kernberga*

Jak naznačuji v úvodu kapitoly, na pozadí konfliktového modelu stojí narušení integrace dobrého a špatného objektu v raném vývoji jedince. Pojem objekt vyplývá z psychoanalytické teorie objektních vztahů (Klein, 1932, cit. dle Segal, 1973). Ta staví na prosté potřebě dítěte vztahovat se k druhým lidem (objektům). Takové dítě pak rozlišuje vztahy reálné a objektní. Zatímco reálné vztahy jsou přítomné tady a teď (vidím matku, vztahuji se k ní), objektní vztahy jsou spíše psychickým konstruktem, tedy vztahem, který přetrvává i bez přítomnosti druhé osoby. Jedná se o internalizovanou (zvnitřněnou) zkušenost z raných vztahů, která se projevuje v pozdějším věku (Grambal et al., 2017). Co se děje s osobností jedince, pokud je formování objektních vztahů narušeno, detailně popsal Kernberg ve svém životním díle. V první podkapitole nastíním základní biografické údaje Kernberga, zatímco dále se věnuji jeho dílu v kontextu hraniční poruchy osobnosti.

3.3.1 Otto Kernberg

Otto Friedmann Kernberg je světově proslulý žijící psychoanalytik, psychiatr a profesor psychiatrie na univerzitě Weill Cornell Medicine v New Yorku. Narodil se v Rakousku v roce 1928 a v pouhých deseti letech emigroval s rodiči do Chile, aby unikli šířícímu se nacistickému režimu. V Chile studoval psychoanalytickou psychiatrii a v roce 1959 se díky vysokoškolskému stipendiu přestěhoval do USA, kde vystudoval výzkum v psychoterapii na Johns Hopkins University. V roce 1973 se přestěhoval do New Yorku, kde žije dodnes. Zde také založil Personality Disorders Institute, který se aktivně věnuje výzkumu poruch osobnosti.

Kernberg byl ve své praxi ovlivněn německou deskriptivní psychiatrií obohacenou o psychodynamickou psychiatrii, které se učil v Chile. Později ho pohltila egopsychologie a práce Kleinové. Své obzory rozšířil také o kulturní psychoanalýzu Sullivana a interpersonální pojetí Fromm-Reichmanové. V poslední řadě jeho pojetí psychoanalýzy formovala teorie objektivních vztahů a dílo Mahler. Kernberg zasvětil celý svůj život výzkumu poruch osobnosti a stále je aktivně publikujícím výzkumníkem na tomto poli (Ch. Rankin, osobní komunikace, říjen 2000).

3.3.2 Osobnost podle Kernberga

Osobnost v rámci normy popisuje Kernberg (2004) strukturálně ve čtyřech vrstvách. Taková osobnost disponuje integrovaným obrazem blízké osoby (significant other) z raného stádia vývoje. Tento obraz je základem adekvátního hodnocení druhých, empatie a schopnosti investovat emoce do druhých stejně tak, jako navazovat s nimi zralé vztahy v pozdějších letech. Druhou vrstvu tvoří silné ego, které jedinci umožňuje kontrolovat své impulsy a afekty. V pozdějším věku se stává také základnou důvěry a vzájemnosti nebo závazku k druhým. Stejně tak se promítá do pracovního života, kde se manifestuje jako vytrvalost a kreativita. Třetím pilířem je zralé a integrované superego reprezentující stabilní hodnotový systém. Stejně tak je klíčové pro schopnost rozhodování a realistické sebekritiky. Čtvrtým aspektem normální osobnosti je schopnost regulace agresivních a libidózních pudů, která jedinci umožňuje plné vyjádření svých sexuálních potřeb společně s citovým závazkem k druhé osobě. Normálně rozvinutá osobnost je také schopna adekvátní sublimace svých agresivních tendencí, aniž by je směřovala proti sobě.

3.3.3 Hraniční symptomatologie

Koncept hraniční poruchy osobnosti odstartoval Kernberg svou klinickou studií na pacientech, kteří se vyznačovali pestrou škálou symptomů bez možnosti jejich klasifikace dle tehdejšího nosologického systému. Kernberg proto přichází se systematickou analýzou hraniční organizace osobnosti, jak ji tenkrát nazýval, a to včetně psychopatologie, diagnostiky, prognózy a možností léčby (Kernberg, 1975). Kernberg na hraniční pacienty nahlížel optikou deskriptivní patologie, která se zaměřuje především na behaviorální manifestace poruchy, stejně jako optikou strukturálních modelů, které berou v potaz celé psychologické struktury osobnosti. Jako takovou strukturu zde myslíme stabilní a trvalé schéma mentálního fungování, které stojí na pozadí jedincova chování, percepce a subjektivního prožívání. U hraničních pacientů se jako společné charakteristiky ukázaly: snížená tolerance k úzkostem, chabá kontrola impulsů, nedostatek vyvinutých sublimačních mechanismů (slabost ega) a patologické internalizované objektní vztahy (Yeomans et al., 2015).

3.3.4 Vývojový model hraniční poruchy osobnosti

Kernberg ve svém díle navazuje na Kleinovou, která postulovala základy teorie objektních vztahů (Klein, 1932 cit. dle Segal, 1973). Ta zdůrazňovala Freudovu teorii pudů jakožto hnacích sil organismu vyjádřených ve vztahu k někomu druhému, tedy k objektu (nejčastěji rodiči). Tyto vztahy jedinec internalizuje (zvnitřňuje) v raném věku a stávají se tak stavebními kameny jeho psychologických struktur osobnosti. Dítě rozděluje objekty na dobré a špatné a zpočátku není schopno integrace těchto dvou polarit do jednoho objektu. Až později se učí, že objekt může být dobrý i špatný zároveň (matka dávající i trestající). Z vývojového hlediska dochází u lidí s HPO k narušení internalizace těchto objektů už v raném stádiu vývoje (Yeomans et al., 2015).

V důsledku zanedbávání dítěte opatrovníkem (v některých případech i sexuálního zneužívání) dochází k rozvoji primitivního obranného mechanismu štěpení (splitting), který je příznačný pro hraniční poruchu osobnosti. Dítě je v situaci zanedbávání opatrovníkem (objektem) puženo destruktivními tendencemi. Je proto nezbytné objekt rozdělit na dobrý a špatný segment, aby byla zachována ideální reprezentace (kladně vnímaná část) objektu, ale také sebe samotného (tamtéž). V pozdějším věku se splitting projevuje neschopností vnímat okolní objekty jako dobré a špatné zároveň. Jedinec se řídí principem „všechno nebo nic“, má tzv. černobílé vidění světa. Toto polarizované vnímání objektu může velmi rychle fluktuovat a velice

negativní zkušenost se lidem s HPO může po chvíli jevit jako ta nejlepší, kterou kdy zažili (Kernberg, 1995a).

3.3.5 Strukturální model hraniční poruchy osobnosti

Dle strukturálního modelu Kernberga rozvoj patologické osobnosti závisí na její integraci a organizaci. Podle míry této integrace pak rozlišoval závažnost patologie na kontinuu od neurózy přes hraniční strukturu osobnosti po psychózu (Yeomans et al., 2015). V předchozí kapitole rozebírám první úroveň hraniční struktury osobnosti, tedy patologickou integraci objektních vztahů v raném vývoji. Dále se hraniční organizace osobnosti vyznačuje rozptýlenou identitou (identity diffusion) a přítomností primitivních obranných mechanismů, primárně štěpení. Na rozdíl od psychóz jsou však lidé s HPO schopni dobrého testování reality. Difúze identity u osob na hraničním spektru způsobuje vážné komplikace v oblasti interpersonálních vztahů, chabou schopnost závazku (jak k druhým, tak například k práci), ale také absenci směřování k cíli v různých oblastech života. Nejsou schopni integrovat sexuální a romantické pocity vůči jednomu objektu a jejich sexuální život bývá často chaotický, prostoupený perverzními infantilními tendencemi. Na další úrovni pacienti s HPO disponují slabě integrovaným egem, které se vyznačuje náchylností k úzkostem, impulsivitou a nedostatkem vytrvalosti a kreativity v pracovním životě (Kernberg, 2004). V poslední řadě se u této struktury osobnosti vyskytuje oslabená regulace agresivních a sexuálních pudů.

3.3.6 Léčba hraniční poruchy osobnosti

Jistou část své práce zasvětil Kernberg léčbě lidí s HPO, které se dodnes věnuje v Institutu poruch osobnosti v New Yorku. V léčbě zastával psychoanalytický přístup, konkrétně psychoterapii zaměřenou na přenos (TFP). Pojmeme přenos zde zjednodušeně chápeme vztah klient–terapeut, do kterého klient promítá své minulé zkušenosti (Kulka, 2005). TFP u klienta prozkoumává syndrom rozptýlené identity, který se manifestuje prostřednictvím primitivních přenosů na terapeuta. Stejně tak se v tomto přenosu zrcadlí chybně internalizované objektní vztahy, kterých pacient nabyl v raném dětství. Cílem této terapie je identifikovat tato paradigmatata v klientově životě a nahradit je vyspělejšími obrannými mechanismy.

Toto se děje ve třech navazujících krocích. Nejprve terapeut v přenosu identifikuje primitivní integrované objektní vztahy a symbolicky je popíše klientovi.

V druhém kroku klientovi vysvětlí, jak tato primitivní reprezentace objektního vztahu ovlivňuje vnímání sebe samého a jakým způsobem se to projevuje ve vztahu k terapeutovi (a tím pádem k ostatním lidem). Až ve chvíli, kdy se klient s tímto objektním vztahem identifikuje, je možné přejít k poslední části terapie. Ve třetím kroku dochází k integraci idealizovaných objektních vztahů s jejich protipóly a klient se tak učí vnímat objekty na spektru, nikoliv pouze jako exkluzivně dobré nebo špatné. Přijetí a plná integrace tohoto faktu vede k vyšší toleranci ambivalence, snížení impulsivních tendencí, přiměřené sebereflexi a emoční zralosti vůči druhým lidem (Kernberg, 2004).

Návrh výzkumného projektu

Hraniční porucha osobnosti si pro svou vysokou prevalenci zaslouží mnohem větší pozornost stran výzkumu. Aktuálně je na poli české vědecké scény problematice HPO věnována minimální pozornost. Podobně tomu je u výzkumů v oblasti psychoanalýzy. Těžko bychom pak v České republice hledali výzkumnou činnost na průsečíku těchto dvou témat. Mým záměrem je rozšířit povědomí nejen o HPO, ale také o jejím vnímání v psychoanalytických souvislostech a o možnostech psychoanalytické intervence u osob s touto poruchou. Jako klíčové vnímám poskytnout empiricky ověřená data, která podpoří platnost psychoanalytických teorií v kontextu hraniční poruchy osobnosti. Níže popsany výzkumný projekt má sloužit přesně k takovým účelům.

4. Cíle výzkumu, výzkumné otázky a hypotézy

Jak již bylo zmíněno výše, Mahler přišla s tvrzením, že hraniční patologie v dospělosti vzniká na podkladě narušení separačně-individuačního procesu v raném věku (Mahler et al., 1975). Později začal Kernberg uvádět hraniční poruchu osobnosti do souvislosti s teorií objektních vztahů. Tvrdil, že dochází k narušení internalizace objektů už v raném stádiu vývoje (Yeomans et al., 2015). Tato tvrzení spolu velmi úzce souvisí, protože koncepce objektních vztahů a teorie separačně-individuačního procesu se navzájem ovlivňují, a proto návrh výzkumu pracuje s oběma koncepcemi. Tyto teoretické předpoklady však nebyly dostatečně empiricky ověřeny, jelikož studií, které by se zabývaly souvislostmi mezi psychoanalytickými teoriemi a hraniční poruchou osobnosti, není mnoho, nebo jsou zastaralé. Proto se návrh výzkumu zabývá právě těmito souvislostmi.

Cílem tohoto výzkumného projektu je ověřit, zda diagnóza hraničního typu emočně nestabilní poruchy souvisí s narušením separačně-individuačního procesu nebo internalizace objektů ve vývoji jedince. Zkoumání tohoto vztahu může přispět k pochopení etiologie hraniční poruchy osobnosti a vést ke zkvalitnění nebo rozšíření možností psychoterapeutické péče u osob s HPO. Na základě výše zmíněných důvodů jsem si pro výzkumný projekt definoval tyto **výzkumné otázky**:

1. Existuje souvislost mezi hraniční poruchou osobnosti a narušením separačně-individuačního procesu? Pokud ano, jaká?

2. Existuje souvislost mezi hraniční poruchou osobnosti a narušením internalizace objektů podle koncepce objektních vztahů? Pokud ano, jaká?

Christenson a Wilson (1985) poukazují na narušení separačně-individuačního procesu jakožto dobrého prediktoru HPO. Zároveň Hansen et al. (2013) jako takový prediktor vnímá rozpornou internalizaci objektů podle koncepce objektních vztahů. Na základě těchto poznatků a v souladu s výše uvedenými výzkumnými cíli a otázkami byly stanoveny následující **hypotézy**:

- H1: Narušení separačně-individuačního procesu statisticky signifikantně pozitivně koreluje s přítomností diagnózy hraničního typu emočně nestabilní poruchy.
- H2: Narušení internalizace objektů podle koncepce objektních vztahů statisticky signifikantně pozitivně koreluje s přítomností diagnózy hraničního typu emočně nestabilní poruchy.

5. Design výzkumného projektu

Navrhovaný výzkumný projekt cílí na testování hypotéz, nikoliv jejich tvorbu. Psychoanalytické teorie mají v kontextu hraniční poruchy osobnosti bohatý teoretický základ (viz. literárně-přehledová část), který je nutno doložit empiricky. Jako účelný se mi v tomto případě jeví **kvantitativní** přístup, který ve výzkumném projektu zastávám. Jelikož si výzkum neklade za cíl dokazování kauzality dvou proměnných, nýbrž pouze prokázání existence vztahu mezi nimi, přijde mi **korelační studie** jako vhodná volba. Kromě existence vztahu tak můžeme přijít také na jeho sílu a polaritu.

V rámci výzkumného projektu budou oslokována zařízení specializovaná na léčbu hraniční poruchy osobnosti: psychiatrické léčebny, stacionáře, terapeutická centra aj. Jejich odborní pracovníci (psychologové a psychiatři) budou obeznámeni s možností participace na této studii, jejím přínosem, podmínkami a dalšími náležitostmi (průběh, časová náročnost, technické požadavky). V případě souhlasu s participací budou vyzváni k distribuci nabídky účasti na výzkumu mezi své klienty a pacienty s diagnózou hraničního typu emočně nestabilní poruchy osobnosti. Pracovníci zařízení budou mít také za úkol ověření kritéria absence psychotického onemocnění. Zájemci od pracovníka obdrží informovaný souhlas v písemné podobě, ke kterému vyplní svou emailovou adresu.

V souvislosti s uplynulou epidemiologickou situací budou respondentům distribuovány tři dotazníky v online podobě. Odkaz na dotazníky bude zájemcům rozeslán na emailové adresy z vysbíraných informovaných souhlasů, tudíž je budou moct vyplnit z pohodlí vlastních domovů. Kromě odkazu budou emailem zaslány další praktické informace ohledně časové a technické náročnosti. Pro maximalizaci dotazníkové návratnosti budou respondenti motivováni finanční částkou pěti set korun a laickým přiblížením psychoanalytické teorie v kontextu hraniční poruchy osobnosti v závěru dotazníkového šetření.

Získaná data budou porovnávána s daty získanými od kontrolní skupiny respondentů. Ti budou osloováni prostřednictvím sociálních sítí a online diskuzních fór. Sběr dat potrvá tři měsíce a jejich analýza maximálně měsíc. Při realizaci výzkumného projektu se budu držet etických zásad podle APA (2017).

5.1 Výzkumný soubor

Výzkumný vzorek bude tvořen plně svéprávnými a česky mluvícími osobami s diagnostikovaným hraničním typem emočně nestabilní poruchy osobnosti podle aktuálních diagnostických kritérií (alespoň DSM-IV nebo ICD 10). Výzkum cílí na dospělou populaci, tedy osoby v rozmezí 18 až 45 let. Jak naznačuji v kapitolách výše, diagnostikovat HPO u nezletilých není možné z důvodu stále se vyvíjející osobnosti. Na straně druhé má HPO tendence zmírňovat své projevy s pokročilým věkem (Zanarini et al., 2004). Je tak možné, že dříve diagnostikovaní pacienti budou s přibývajícím věkem úplně ztrácet hraniční rysy. Pro tyto důvody nebudou věkové kategorie pod 18 let a nad 45 let do výzkumu zahrnuty. Mezi další vstupní kritéria patří také absence jakéhokoliv psychotického onemocnění, jelikož by mohlo zkreslovat výpověď dotyčné osoby (Hansen et al., 2013). Pro získání dostatku vhodných respondentů budou oslovena specializovaná zařízení, která se zabývají léčbou poruch osobnosti. Kontrolní skupina bude tvořena jedinci se stejnými vstupními kritérii, pouze bez diagnózy hraničního typu emočně nestabilní poruchy osobnosti. Vysoký skóre pro hraniční parametr v inventáři PSSI u kontrolní skupiny nebo nízký skóre u výzkumné skupiny může být důvodem k vyloučení z výzkumu. Pro plné využití výzkumného potenciálu budu u všech respondentů zjišťovat také pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání, komorbidní psychiatrické onemocnění a způsob a délku dosavadní léčby. Pro stanovení velikosti výzkumného vzorku a kontrolní skupiny bude provedena power analýza. Její výsledky budou dále porovnány s reálnými možnostmi specializovaných zařízení.

5.2 Metody sběru dat

K otestování výše uvedených hypotéz byla vytvořena testová baterie, která se skládá ze tří dotazníků. Zkrácená forma dotazníku PSSI (někdy také PSDI) (Hain et al., 2016) poslouží k ověření přítomnosti nebo absence hraniční psychopatologie jak u výzkumného vzorku, tak kontrolní skupiny. Dále bude respondentům distribuován dotazník SII. Ten cílí na mapování osobnostní psychopatologie v koncepcích separace a individuace (Dolan et al., 1992). Na závěr obdrží obě skupiny část dotazníku BORRTI. Ten ve svém plném rozsahu kromě objektivních vztahů měří také míru schopnosti testování reality. Pro nepsychotické pacienty lze však využít pouze první část dotazníku zabývající se primárně rysy osobnosti, které vychází z koncepce objektivních vztahů (Hansen, 2013).

Všechny dotazníky budou adaptovány do české podoby prostřednictvím zpětného překladu alespoň dvěma osobami a následnou konzultací se zkušeným psychodiagnostikem. Poté budou dotazníky převedeny do online podoby a distribuovány prostřednictvím platformy Survio. Psychometrické vlastnosti a další náležitosti dotazníků jsou podrobněji rozpracovány níže.

5.2.1 PSSI

Inventář stylů a poruch osobnosti, zkráceně PSSI (z německého Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar) je testová metoda založená na tzv. teorii interakcí systémů. Vyvinuli ji a průběžně revidovali Kuhl a Kazén (1997, 2009). Českou verzi vytvořil a upravil Švancara (2002) a od roku 2002 nebyla revidována.

Inventář popisuje osobnostní styly jako interindividuální rozdíly mezi lidmi, které se manifestují v náročných životních situacích. V krajních podobách pak může takový osobnostní styl odpovídat poruchám osobnosti. Dotazník obsahuje celkem 140 položek, které popisují celkem 14 škál osobnostních stylů. Protože je celá testová baterie časově velmi náročná a dotazník slouží pouze ke confirmaci diagnózy, rozhodnul jsem se použít zkrácenou verzi dotazníku po vzoru Hain et al. (2016). Ta se v mnoha ohledech jeví jako aktuálnější a spíše odpovídá klasifikaci poruch osobnosti podle DSM-V. Obsahuje pouze 36 položek, které jsou charakteristikami každé z šesti poruch osobnosti (včetně subškály “borderline”) podle DSM-V. Je na místě podotknout, že zkrácená verze dotazníku dosud nebyla na české populaci validizována, nicméně původní studie této verze předpokládá dobrou reliabilitu i validitu s hodnotou McDonaldova omega v rozpětí 0,70–0,86.

Položky jsou hodnoceny na Likertově škále s možnostmi 0–3 body (kde 0 znamená „určitě ne“ a 3 body „určitě ano“). Součtem bodů u položek příslušných ke každé poruše lze získat hrubé skóry v rozpětí 0–18 bodů. Ty jsou dále normalizovány na percentily a

T-skóry. Nízký skór naznačuje spíše absenci poruchy osobnosti, vysoký zas její přítomnost.

5.2.2 SII

SII neboli The Separation Individuation Inventory je dotazník, který byl navrhnut tak, aby dokázal posoudit psychopatologii v pojmech konceptu separačně-individuačního procesu (Dolan et al., 1992). Navazuje tak na teorii Mahler et al. (1975),

kteřá své poznatky zakládala empiricky na pozorování dětí a představuje snahu o kvantifikaci této teorie. Dotazník jako první použili Christenson a Wilson (1985), aby zjistili, jakým způsobem se narušení separačně-individuačního procesu manifestuje v dospělosti. Podařilo se jim pomocí dotazníku správně oddělit 20 pacientů, kteří naplňovali kritéria HPO podle DSM-III od zdravé populace.

Dotazník je tvořen 39 tvrzeními, které pokrývají oblasti diferenciacce, splittingu a vztahů, konkrétně nedostatek pevných sociálních vazeb, intoleranci k samotě a problémy v interpersonální rovině. Tvrzení jsou hodnoceny na desetibodové Likertově škále. Skóre nad 190 značí pravděpodobnost přítomnosti psychopatologie. Dolan et al. (1992) poukazují na problematičnost takto rozsáhlé hodnotící škály a doporučují její zmenšení. Z tohoto důvodu budou pro tento výzkum jednotlivá tvrzení hodnocena pouze na šestibodové Likertově škále tak, aby byla zachována absence střední hodnoty. SII se jeví jako reliabilní a validní dotazník s hodnotou Cronbachova alfa v rozpětí 0,83–0,91.

5.2.3 BORRTI

The Bell Object Relations and Reality Testing Inventory (BORRTI) je sebehodnotící dotazník, který byl vyvinut za cílem identifikovat pacienty s narušeným fungováním ega, primárně pak ty s poruchami osobnosti a psychotickými obtížemi (Bell, 1995). Dotazník obsahuje 90 tvrzení, na které respondent odpovídá způsobem “pravda” nebo “lež” podle svých nedávných zkušeností. První polovina dotazníku měří primárně osobnostní charakteristiky vyplývající z koncepce objektních vztahů. Zbylých 45 tvrzení se váže ke schopnosti testování reality a je zásadní primárně pro pacienty s psychotickou poruchou. Pro potřeby tohoto výzkumu bude použita pouze polovina dotazníku zabývající se objektními vztahy.

Bell (1995) rozdělil koncepci objektních vztahů do čtyř subškál měřitelných u všech lidí, které následně validizoval faktorovou analýzou. Jedná se o “odcizení”, které vypovídá o základní důvěře ve vztazích a schopnosti dosáhnout a udržet si stabilní vztah. Subškála “nejistá vazba” odpovídá potřebě mít upřímný vztah a tolerovat vzájemnou blízkost. Dále “egocentricita” vypovídá o schopnosti prosazovat se jako individuum přiměřeným způsobem. A v poslední řadě “sociální nekompetence” popisuje, jak dotyčný člověk interaguje s ostatními lidmi. Příliš polarizované skóry oběma směry mohou naznačovat osobnostní psychopatologii (Hansen, 2013). Dotazník se jeví jako dostatečně reliabilní a validní s Cronbachovým alfa v rozpětí 0,79–0,90.

5.3 Metody analýzy dat

Všechna data budou sjednocena do jednoho souboru programu Microsoft Excel. Data budou upravena do uchopitelnější podoby pro další zpracovávání. Zároveň v tomto bodě vyřadím jakkoliv pochybné výpovědi, tedy neúplné, prázdné, popřípadě výpovědi respondentů, kteří nenaplní kritéria výzkumného projektu. Každý proband bude anonymizován pomocí kódu, ze kterého bude patrné, z jakého zařízení pro léčbu HPO pochází. To vnímám jako důležité pro zmapování případných rozdílů ve výsledcích napříč jednotlivými zařízeními. Soubor bude zahrnovat také data získaná od kontrolní skupiny. Pracovat budu s proměnnými: věk (poměrová), pohlaví (nominální), přítomnost/absence HPO (nominální) a standardizovanými skóry dotazníků PSSI (a jeho jednotlivých subškál), SII a BORRTI (intervalové).

Pro uplatnění statistické analýzy dat bude využit program Jamovi. Nejprve provedu deskriptivní analýzu dat, pomocí které popíši základní charakteristiky výzkumného souboru. Pro proměnnou věk bude zjišťován průměr, střední hodnota, minimum a maximum. Prostřednictvím Pearsonova chí-kvadrát testu zjistím, zdali výzkumný vzorek tvoří signifikantně více osob určitého pohlaví. Dále budou zjištěny průměrné hodnoty subškály “borderline” dotazníku PSSI u výzkumného vzorku a zvlášť u kontrolní skupiny, abych tak ověřil správnost diagnózy HPO.

Aby byla korelační analýza možná, je nutno ověřit normalitu dat pomocí histogramů. Za předpokladu normálního rozložení bude nejdříve provedena binární logistická regrese mezi proměnnými “přítomnost/absence HPO” a “SII” a mezi “přítomnost/absence HPO” a “BORRTI”. Dále bude vypočítán Pearsonův korelační koeficient mezi jednotlivými subškálami “PSSI” a “SII” a poté mezi subškálami “PSSI” a “BORRTI”. V poslední řadě bude proveden pomocí t-testu test významnosti u jednotlivých korelačních koeficientů a na základě těchto výsledků buďto zamítnu, nebo nezamítnu nulovou hypotézu.

6. Diskuse

Výzkumný projekt se zabývá korelacemi mezi diagnózou hraniční poruchy osobnosti a skóry z dotazníků SII a BORRTI. Některé teoretické předpoklady (Mahler et al., 1975; Yeomans et al., 2015) naznačují vztah mezi těmito proměnnými, ale doposud nebyly empiricky dostatečně ověřeny. Ve své studii proto předpokládám, že lidé, kteří mají diagnostikovanou hraniční poruchu osobnosti, budou signifikantně výše skórovat v obou výše zmíněných dotaznících. Ty vypovídají o obtížích v průběhu separačně-individuačního procesu a patologické internalizaci objektů během vývoje jedince. Korelační studie v navrhovaném výzkumném projektu by mohla ověřit výše zmíněné předpoklady.

Jak již zmiňuji výše, výzkum se bude řídit všemi etickými zásadami podle APA (2017). Účast na výzkumu bude zcela dobrovolná a probandi budou hned v úvodu požádáni o písemný informovaný souhlas. Zároveň budou všichni respondenti anonymizováni. Po vyplnění dotazníků se respondentům zpřístupní základní informace o teoretickém podkladu celého výzkumu. V případě jakýchkoliv nejasností a pochybností jsem otevřen dodatečnému poskytnutí informací prostřednictvím emailu. Tento krok však bude nejprve konzultován s odborníkem tamního specializovaného zařízení (psychologem nebo psychiatrem).

Hlavní přínos výzkumného projektu spatřuji v rozšíření psychodiagnostických a psychoterapeutických metod při práci s lidmi s hraniční poruchou osobnosti. Validizace dotazníků by mohla vést k jejich začlenění do běžné psychodiagnostické praxe. Jejich výhodu vnímám v časové úspornosti a snadné administraci. Zároveň by výzkum mohl být dobrým důvodem pro uplatnění psychoanalytické psychoterapie v léčbě osob s HPO. Právě totiž psychoanalýza, například TFP, pracuje často s konceptem objektivních vztahů a separačně-individuačním procesem.

Výzkumný projekt má určité limity. V první řadě je nutno zmínit možné potíže s výzkumným vzorkem. Pro nízký počet zařízení zabývajících se hraniční poruchou osobnosti na území České republiky může dojít k nedostatečné variabilitě nebo velikosti vzorku a výsledky by pak nemohly být zobecněny na celou populaci. Zároveň se bude jednat pouze o vzorek z české populace, tudíž i zmiňované zobecnění výsledků bude limitováno. Další limitu představuje povaha zadávaných dotazníků. Ve všech případech se jedná o sebesposuzovací metody. Výsledky tedy nebudou rezistentní vůči záměrnému nebo nezáměrnému zkreslení probandem. V poslední řadě bych zmínil limitaci stran

kontrolní skupiny. Výsledky studie by byly validnější, kdyby se výzkumný vzorek porovnával také se skupinou lidí s jinou psychiatrickou diagnózou než HPO, a ne jen se zdravou populací.

Návrh výzkumného projektu si klade za cíl prokázání vztahu výše zmíněných psychoanalytických koncepcí s hraniční poruchou osobnosti. Pro vyšší validitu výsledků bude nutno zkonstruovat další korelační studii, kde by kontrolní skupinu tvořily výhradně osoby s jinou psychiatrickou diagnózou než HPO. Zároveň se tento výzkum nepokouší o prokázání kauzality zmiňovaných proměnných. Prokázat takovou kauzalitu bude předmětem budoucích výzkumů, například prostřednictvím experimentální studie.

Závěr

Tato bakalářská práce pojednává o souvislostech vybraných psychoanalytických teorií s hraniční poruchou osobnosti. V rámci literárně přehledové části byl nejprve stručně vymezen pojem osobnosti a jeho různá teoretická ukotvení. Dále byla na obecné úrovni nastíněna psychopatologie osobnosti jakožto přemostění k ústřednímu tématu hraniční poruchy osobnosti. Velká část literárně přehledové části byla věnována právě této poruše. Nejprve jsem popsal epidemiologické údaje a dále se zabýval popisem HPO prostřednictvím konkrétních charakteristik. Speciální pozornost byla věnována diagnostice HPO. Uvedena byla diagnostická kritéria jak podle DSM, tak podle ICD. Zaměřil jsem se také na popis nejčastějších komorbidních diagnóz a dále jsem přiblížil různé možnosti a úskalí diagnostického procesu včetně diferenciální diagnostiky. V rámci etiopatogeneze poruchy byly zmíněny biologické i sociální modely. Věnoval jsem se možnostem léčby jak psychofarmaky, tak psychoterapeutickou intervencí. Práce neopomíná ani téma stigmatizace, které je pro HPO velmi příznačné.

V další části literárně přehledové části jsem se podrobně věnoval vybraným psychoanalytickým teoriím a jejich souvislostem s hraniční poruchou osobnosti. Pro absenci českých pramenů na toto téma vnímám právě tuto část práce jako stěžejní a velmi přínosnou zároveň. Ve stručnosti jsem shrnul psychoanalytickou tradici na poli osobnostní psychopatologie. Dále byly detailně popsány konkrétní psychoanalytické teorie, tedy separačně-individuační proces a koncepce objektních vztahů. Zároveň byly nastíněny biografické údaje jejich předních teoretiků, Margaret Mahler a Otty Kernberga. V této části práce byl rovněž shrnut přehled studií, které naznačují vztah mezi zmíněnými teoriemi a hraniční poruchou osobnosti. Zdůrazněna byla také účinnost psychoanalytické psychoterapie při léčbě osob s HPO. Nakonec jsem došel k závěru, že existence vztahu mezi psychoanalytickými teoriemi a hraniční poruchou osobnosti nebyla empiricky dostatečně ověřena.

Druhá část práce se věnovala návrhu výzkumného projektu. Zde byl představen návrh korelační studie, která by ověřovala existenci vztahu mezi hraniční poruchou osobnosti a zmíněnými psychoanalytickými teoriemi. Zkoumání těchto souvislostí by mohlo přispět k hlubšímu porozumění příčin této poruchy. Zároveň by mohlo rozšířit možnosti nejen psychodiagnostiky HPO, ale také její léčby v kontextu psychoanalytické psychoterapie. Do budoucna by bylo velmi užitečné rozšířit výzkum o další kontrolní

skupinu. Rovněž by byla přínosná konstrukce výzkumu, který by se zabýval kauzalitou výše zmíněného vztahu.

Seznam použité literatury

- Ackerman, S. J., Clemence, A. J., Weatherill, R., & Hilsenroth, M. J. (1999). Use of the TAT in the assessment of DSM-IV cluster B personality disorders. *Journal of personality assessment*, 73(3), 422–448.
https://doi.org/10.1207/S15327752JPA7303_9
- Allport, G. W. (1937). *Personality: a psychological interpretation*. Holt.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental Disorders* (4th ed.) <https://doi.org/10.1001/jama.1994.03520100096046>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental Disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct* (2002, amended effective June 1, 2010, and January 1, 2017).
<http://www.apa.org/ethics/code/index.html>
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Atkinson, R. L. (2003). *Psychologie*. Portál.
- 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>
- Bahboub, R., Rozehnalová, E., Fajmonová, D., & Sněhotová, J. (2012). 4Elements Inventory®: Elements as an Approach to Understanding the Personality. In R. Bahboub, E. Höschlová, V. Sailerová (Eds), *New perspectives of psychodiagnostics* (pp. 17–32). QED GROUP.
- Bell, M. (1995). *Bell Object Relations and Reality Testing Inventory*. Western Psychological Services.
- Bezirgianian, S., Cohen, P., & Brook, J. S. (1993). The impact of mother-child interaction on the development of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 150(12), 1836–1842.
<https://doi.org/10.1176/ajp.150.12.1836>
- Biskin, R. S., & Paris, J. (2012). Diagnosing borderline personality disorder. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 184(16), 1789–1794. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090618>

- Blatný, M., et al. (2010). *Psychologie osobnosti*. Grada.
- Bodner, E., Cohen-Fridel, S., & Iancu, I. (2011). Staff attitudes toward patients with borderline personality disorder. *Comprehensive psychiatry*, 52(5), 548–555. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.10.004>
- Bodner, E., Cohen-Fridel, S., Mashiah, M., Segal, M., Grinshpoon, A., Fischel, T., & Iancu, I. (2015). The attitudes of psychiatric hospital staff toward hospitalization and treatment of patients with borderline personality disorder. *BMC psychiatry*, 15, 2. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0380-y>
- Boucher, M. È., Pugliese, J., Allard-Chapais, C., Lecours, S., Ahoundova, L., Chouinard, R., & Gaham, S. (2017). Parent-child relationship associated with the development of borderline personality disorder: A systematic review. *Personality and mental health*, 11(4), 229–255. <https://doi.org/10.1002/pmh.1385>
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *The International Journal of Psychoanalysis*, 39, 350–373.
- Bradley, R. & Westen, D. (2005). The psychodynamics of borderline personality disorder: A view from developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 17(4), 927–957. <https://doi.org/10.1017/s0954579405050443>
- Brand, B. L., Armstrong, J. G., Loewenstein, R. J., & McNary, S. W. (2009). Personality differences on the Rorschach of dissociative identity disorder, borderline personality disorder, and psychotic inpatients. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1(3), 188–205. <https://doi.org/10.1037/a0016561>
- Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants: A proposal. *Archives of General Psychiatry*, 44(6), 573–588. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800180093014>
- Coates, S. W. (2004). John Bowlby and Margaret S. Mahler: their lives and theories. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 52(2), 571–601. <https://doi.org/10.1177/00030651040520020601>
- Coonerty, S. (1986). An Exploration of Separation-Individuation Themes in the Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Assessment*, 50(3), 501. https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1207/s15327752jpa5003_17
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495–510. <https://doi.org/10.1037/a0015616>

- Distel, M. A., Trull, T. J., Willemsen, G., Vink, J. M., Derom, C. A., Lynskey, M., Martin, N. G., & Boomsma, D. I. (2009). The five-factor model of personality and borderline personality disorder: a genetic analysis of comorbidity. *Biological psychiatry*, 66(12), 1131–1138. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2009.07.017>
- Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., Buchheim, A., Martius, P., & Buchheim, P. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 196(5), 389–395. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.070177>
- Dolan, B. M., Evans, C., & Norton, K. (1992). The Separation-Individuation Inventory. Association with borderline phenomena. *The Journal of nervous and mental disease*, 180(8), 529–533. <https://doi.org/10.1097/00005053-199208000-00009>
- Exner, J. E., Jr. (2003). *The Rorschach: A Comprehensive System* (4th ed.). John Wiley & Sons Inc.
- Feigenbaum, J. (2008). Dialectical behaviour therapy. *Psychiatry*, 7(3), 112–116. <https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2008.01.007>
- Fowler, J. C., Madan, A., Allen, J. G., Patriquin, M., Sharp, C., Oldham, J. M., & Frueh, B. C. (2018). Clinical utility of the DSM-5 alternative model for borderline personality disorder: Differential diagnostic accuracy of the BFI, SCID-II-PQ, and PID-5. *Comprehensive psychiatry*, 80, 97–103. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.09.003>
- Frankenburg, F. R. & Kymalainen, J. A. (2009). The clinical significance of co-morbid post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder: Case study and literature review. *Personality and Mental Health*, 3(3), 225–226. <https://doi.org/10.1002/pmh.87>
- Freidenreich, H. (1999, December 31). *Margaret Mahler*. Jewish Women's Archive. <https://jwa.org/encyclopedia/article/mahler-margaret>
- Freud, A. (1946). *The ego and the mechanisms of defence*. International Universities Press.
- Freud, S. (1923). The Ego and the Id. In J. Strachey (Ed.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIX* (pp. 19–28). Hogarth Press.
- Freud, S. (2002). *Psychopathology of Everyday Life* (A. Bell, Trans). Penguin Books Ltd. (Original work published 1901)

- Fruzzetti, A. E., Shenk, C., & Hoffman, P. D. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: a transactional model. *Development and psychopathology*, 17(4), 1007–1030. <https://doi.org/10.1017/s0954579405050479>
- George, M. (2012). Profile of Margaret Mahler. In A. Rutherford (Ed.), *Psychology's Feminist Voices Digital Archive*. <https://feministvoices.com/profiles/margaret-mahler>
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M., & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of general psychiatry*, 63(6), 649–658. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.6.649>
- Graham, J. R. (1993). *MMPI-2: Assessing personality and psychopathology*. New York: Oxford University Press.
- Grambal, A., Praško, J., Kasalová, P. (2017). *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Grada.
- Grambal, A., Praško, J., Kamaradová, D., Latalová, K., Holubová, M., Maračková, M., Ocisková, M., & Slepecký, M. (2016). Self-stigma in borderline personality disorder – cross-sectional comparison with schizophrenia spectrum disorder, major depressive disorder, and anxiety disorders. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 2439–2448. <https://doi.org/10.2147/NDT.S114671>
- 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>
- Greenberg, G. (2013). *The book of woe: The DSM and the unmaking of psychiatry*. Blue Rider Press/Penguin Group.
- Hain, S., Schermelleh-Engel, K., Freitag, C., Louwen, F., & Oddo, S. (2016). Development of a short form of the Personality Styles and Disorder Inventory (PSDI-6): Initial validation in a sample of pregnant women. *European Journal of Psychological Assessment*, 32(4), 283–290. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000260>
- Hansen, C. F., Torgalsbøen, A. K., Røssberg, J. I., Romm, K. L., Andreassen, O. A., Bell, M. D., & Melle, I. (2013). Object relations, reality testing, and social withdrawal in schizophrenia and bipolar disorder. *The Journal of nervous and*

- mental disease*, 201(3), 222–225.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182848ae0>
- Hibbard, S., Porcerelli, J., Kamoo, R., Schwartz, M., & Abell, S. (2010). Defense and object relational maturity on Thematic Apperception Test Scales indicate levels of personality organization. *Journal of Personality Assessment*, 92(3), 241–253. <https://doi.org/10.1080/00223891003670190>
- Chanen, A. M., & Kaess, M. (2012). Developmental pathways to borderline personality disorder. *Current psychiatry reports*, 14(1), 45–53.
<https://doi.org/10.1007/s11920-011-0242-y>
- Christenson, R. M., & Wilson, W. P. (1985). Assessing pathology in the separation-individuation process by an inventory: A preliminary report. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173(9), 561–565. <https://doi.org/10.1097/00005053-198509000-00007>
- Jung, C.G. (1923). *Psychological types*. Harcourt, Brace.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. (1995a). *Love relations: Normality and pathology*. Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (1995b). *Object-relations theory and clinical psychoanalysis*. Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. (2004). *Aggressivity, Narcissism, and Self-Destructiveness in the Psychotherapeutic Relationship*. Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (2006). Identity: recent findings and clinical implications. *The Psychoanalytic quarterly*, 75(4), 969–1004. <https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2006.tb00065.x>
- Kernberg, O. F. (2015). Neurobiological correlates of object relations theory: The relationship between neurobiological and psychodynamic development. *International Forum of Psychoanalysis*, 24(1), 38–46.
<https://doi.org/10.1080/0803706X.2014.912352>
- Kernberg, O. F. (2021). Some implications of new developments in neurobiology for psychoanalytic object relations theory. *Neuropsychoanalysis*, 1–10.
<https://doi.org/10.1080/15294145.2021.1995609>

- Kernberg, O. F., & Michels, R. (2009). Borderline personality disorder [Editorial]. *The American Journal of Psychiatry*, 166(5), 505–508.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09020263>
- Kernberg, O. F., & Yeomans, F. E. (2013). Borderline personality disorder, bipolar disorder, depression, attention deficit/hyperactivity disorder, and narcissistic personality disorder: Practical differential diagnosis. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 77(1), 1–22. <https://doi.org/10.1521/bumc.2013.77.1.1>
- Kreisman, J. J., & Straus, H. (2017). *Nenávidím tě, neopouštěj mě!*. Portál.
- Kuhl, J., & Kazén, M. (1997). *Persönlichkeits-Stil-und Störungs-Inventar: (PSSI)*. Hogrefe.
- Kuhl, J., & Kazén, M. (2009). *PSSI. Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (2., überarbeitete und neunormierte Auflage)*. Hogrefe.
- Kulka, J. (2005). *Pozitivní psychodynamická terapie, přenos a protipřenos*. Arcana.
- Lis, E., Greenfield, B., Henry, M., Guilé, J. M., & Dougherty, G. (2007). Neuroimaging and genetics of borderline personality disorder: a review. *Journal of psychiatry & neuroscience: JPN*, 32(3), 162–173.
- Loehlin, J. C., McCrae, R. R., Costa, P. T., Jr., & John, O. P. (1998). Heritabilities of common and measure-specific components of the Big Five personality factors. *Journal of Research in Personality*, 32(4), 431–453.
<https://doi.org/10.1006/jrpe.1998.2225>
- Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S. M., Coid, B., Dahl, A., Diekstra, R. F. W., Ferguson, B., Jacobsberg, L. B., Mombour, W., Pull, C., Ono, Y., & Regier, D. A. (1994). The International Personality Disorder Examination: The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51(3), 215–224. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950030051005>
- Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant*. New York: Basic Books.
- Matthies, S., Schiele, M. A., Koentges, C., Pini, S., Schmahl, C., & Domschke, K. (2018). Please Don't Leave Me-Separation Anxiety and Related Traits in Borderline Personality Disorder. *Current psychiatry reports*, 20(10), 83.
<https://doi.org/10.1007/s11920-018-0951-6>
- Meaney, R., Hasking, P., & Reupert, A. (2016). Borderline Personality Disorder Symptoms in College Students: The Complex Interplay between Alexithymia,

- Emotional Dysregulation and Rumination. *PloS one*, 11(6), e0157294.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157294>
- 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>
- Mulder R. T. (2021). ICD-11 Personality Disorders: Utility and Implications of the New Model. *Frontiers in psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.655548>
- Murray, H. A. (1943). *Thematic apperception test*. Harvard University Press.
- Niemantsverdriet, M., Slotema, C. W., Blom, J. D., Franken, I. H., Hoek, H. W., Sommer, I., & van der Gaag, M. (2017). Hallucinations in borderline personality disorder: Prevalence, characteristics and associations with comorbid symptoms and disorders. *Scientific reports*, 7(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-017-13108-6>
- Niesten, I. J., Karan, E., Frankenburg, F. R., Fitzmaurice, G. M., & Zanarini, M. C. (2016). Description and prediction of the income status of borderline patients over 10 years of prospective follow-up. *Personality and mental health*, 10(4), 285–292. <https://doi.org/10.1002/pmh.1331>
- Oumaya, M., Friedman, S., Pham, A., Abou Abdallah, T., Guelfi, J. D., & Rouillon, F. (2008). Borderline personality disorder, self-mutilation and suicide: literature review. *L'Encephale*, 34(5), 452–458. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2007.10.007>
- Paris J. (2019). Suicidality in Borderline Personality Disorder. *Medicina*, 55(6), 223. <https://doi.org/10.3390/medicina55060223>
- Pastucha, P. (2003). Terapie hraniční poruchy osobnosti – dialektická behaviorální terapie. *Psychiatrie pro praxi*. 4(5). 221–222.
- Pervin, L. A. (1994). Personality stability, personality change, and the question of process. In T. F. Heatherton & J. L. Weinberger (Eds.), *Can personality change?* (pp. 315–330). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10143-014>
- Philipsen A. (2006). Differential diagnosis and comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and borderline personality disorder (BPD) in adults. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 256(1), i42–i46. <https://doi.org/10.1007/s00406-006-1006-2>
- Pine, F. (1986). Margaret S. Mahler, M.D.: In memoriam. *Psychoanalytic Psychology*, 3(2), 101–103. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.3.2.101>

Praško, J. (2003). *Poruchy osobnosti. Portál*.

Ring, D., & Lawn, S. (2019). Stigma perpetuation at the interface of mental health care: a review to compare patient and clinician perspectives of stigma and borderline personality disorder. *Journal of mental health*, 1–21.
<https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1581337>

Röhr, H. P. (2012). *Hraniční porucha osobnosti. Portál*.

Říčan, P. (2010). *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*. Grada Publishing.

Sedláčková, Z., Ocisková, M., Praško, J. P., Látalová, K., Kamarádová, D., & Grambal, A. (2015). Suicidalita u poruch osobnosti. *Psychiatrie pro praxi*. 16(3), 91–95.
<https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2015/03/04.pdf>

Segal, H. (1973). *Introduction to the work of Melanie Klein*. Basic Books.

Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J., & Siever, L. J. (2002). The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological psychiatry*, 51(12), 936–950.
[https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(02\)01324-0](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(02)01324-0)

Stoffers-Winterling, J., Storebø, O. J., & Lieb, K. (2020). Pharmacotherapy for Borderline Personality Disorder: an Update of Published, Unpublished and Ongoing Studies. *Current psychiatry reports*, 22(8), 37.
<https://doi.org/10.1007/s11920-020-01164-1>

Švancara, J., (2002). *PSSI – Inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti*. Testcentrum.

Teitelbaum, S. H. (1981). The application of separation-individuation theory to analytic group psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 18(4), 436–440. <https://doi.org/10.1037/h0088397>

Tomko, R. L., Trull, T. J., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2014). Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *Journal of personality disorders*, 28(5), 734–750. https://doi.org/10.1521/pedi_2012_26_093

Trull, T. J. (1991). Discriminant validity of the MMPI-Borderline Personality Disorder scale. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(2), 232–238. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.3.2.232>

Trull T. J. (2001). Structural relations between borderline personality disorder features and putative etiological correlates. *Journal of abnormal psychology*, 110(3), 471–481. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.110.3.471>

- Vágnerová, M. (2010). *Psychologie osobnosti*. Karolinum.
- Visintin, E., De Panfilis, C., Amore, M., Balestrieri, M., Wolf, R. C., & Sambataro, F. (2016). Mapping the brain correlates of borderline personality disorder: A functional neuroimaging meta-analysis of resting state studies. *Journal of affective disorders*, 204, 262–269. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.07.025>
- Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (1989). Conceptions of personality disorders and dimensions of personality. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(4), 305–316. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.1.4.305>
- World Health Organization(WHO). (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. World Health Organization. <https://icd.who.int/browse10/2010/en>
- World Health Organization(WHO). (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>
- Yatsko, C. K. (1995). *Etiological theories of borderline personality disorder: A comparative multivariate study* [Doctoral dissertation, Ohio University]. ProQuest Dissertations Publishing. <https://www.proquest.com/openview/7e340628a4298543293879bc7ab698b7/1?cbl=18750&diss=y&pq-origsite=gscholar>
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2015). *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinical guide*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Zanarini, M. C. (1997). *Role of sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder*. American Psychiatric Pub.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry*, 155(12), 1733–1739. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.12.1733>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Vujanovic, A. A., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2004). Axis II comorbidity of borderline personality disorder: description of 6-year course and prediction to time-to-remission. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 110(6), 416–420. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00362.x>
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., & Frankenburg, F. R. (1990). Cognitive features of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 147(1), 57–63. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.1.57>

- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R., & Chauncey, D. L. (1989). The revised Diagnostic Interview for Borderlines: Discriminating BPD from other Axis II disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3(1), 10–18.
<https://doi.org/10.1521/pedi.1989.3.1.10>
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R., & Chauncey, D. L. (1990). Discriminating borderline personality disorder from other axis II disorders. *The American journal of psychiatry*, 147(2), 161–167.
<https://doi.org/10.1176/ajp.147.2.161>
- Zeigler-Hill, V., & Abraham, J. (2006). Borderline personality features: Instability of self-esteem and affect. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(6), 668–687. <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.6.668>
- Zimmerman, M., Galione, J. N., Ruggero, C. J., Chelminski, I., Young, D., Dalrymple, K., & McGlinchey, J. B. (2010). Screening for bipolar disorder and finding borderline personality disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 71(9), 1212–1217. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05161yel>
- Zimmerman, M., & Mattia, J. I. (1999). Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Comprehensive psychiatry*, 40(4), 245–252.
[https://doi.org/10.1016/s0010-440x\(99\)90123-2](https://doi.org/10.1016/s0010-440x(99)90123-2)
- Zuckerman, M. (2007). *Sensation seeking and risky behavior*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11555-000>

Seznam zkratek

APA	American Psychological Association
BID-R	The Revised Diagnostic Interview for Borderlines
BORRTI	Bell Object Relations and Reality Testing Inventory
BPD	Borderline personality disorder
DBT	Dialectic behavioral therapy
HPO	Hraniční porucha osobnosti
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IPDE	International Personality Disorder Examination
MMPI	Minnesota Multiphasic Personality Inventory
PO	Porucha osobnosti
PSSI	Inventory of personality styles and personality disorders
SII	Separation-Individuation Inventory
TFP	Transference focused psychotherapy
WHO	World Health Organization