

**UNIVERZITA KARLOVA**

**HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ  
FAKULTA**

**Zpětný pohled na středoškolské studium  
pacientů s Hraniční poruchou osobnosti**

**Retrospective view on highschool education  
of patients with borderline personality disorder**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Prof. PhDr. RNDr. Marie Vágnerová

Autor:

Sofie Hercová

Praha 2025

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat mé vedoucí práce prof. PhDr. RNDr. Marii Vágnerové, CSc., která mi nesmírně pomohla při provázení celým studiem, a především bakalářskou prací. Za veškeré opravy, připomínky, a především motivaci bych chtěla poděkovat Bc. Matějovi Koudelkovi. Zároveň bych tímto chtěla vyjádřit vděk za ochotu a otevřenost mých respondentů, kteří mi téma pomohli pochopit z bližšího hlediska než by se mi, kdy z odborných článku podařilo.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Zpětný pohled na středoškolské studium pacientů s hraniční poruchou osobnosti“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány, a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

Sofie Hercová

*(podpis autora)*

## **Anotace**

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou hraniční poruchy osobnosti (HPO) a jejím vlivem na středoškolské studium jedinců, kteří se v současnosti nacházejí ve věku 18 až 26 let a na své studium pohlížejí zpětně. Cílem práce je poukázat na to, jak studenti s touto diagnózou vnímají školní prostředí, vztahy s vrstevníky a nároky studia. Teoretická část práce se zaměřuje na popis, výskyt, vznik a možnosti léčby HPO. Praktická část využívá kvalitativní výzkumnou metodu – interpretativní fenomenologickou analýzu (IPA), založenou na rozhovorech s vybranými respondenty. Práce přináší vhled do vnitřního prožívání studentů s HPO a zdůrazňuje důležitost individuálního přístupu ve školním prostředí.

## **Klíčová slova**

Hraniční porucha osobnosti, středoškolské studium, školní prostředí, duševní zdraví

## **Annotation**

This bachelor's thesis explores the issue of borderline personality disorder (BPD) and its impact on secondary school studies among individuals currently aged 18 to 26 who are reflecting back on their educational experiences. The aim of the thesis is to highlight how students with this diagnosis perceive the school environment, peer relationships, and academic demands. The theoretical part focuses on the description, prevalence, development, and treatment of BPD. The practical part applies a qualitative research method – Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) – based on interviews with selected respondents. The thesis provides insight into the inner experiences of students with BPD and emphasizes the importance of an individualized approach within the school setting.

## **Keywords**

Borderline personality disorder, secondary school studies, school environment, mental health

# OBSAH

|  |           |
|--|-----------|
| ÚVOD.....  | 8         |
| <b>1. PORUCHY OSOBNOSTI.....</b>                                 | <b>9</b>  |
| 1.1. DEFINICE.....   | 9         |
| 1.2. KLASIFIKACE.....  | 10        |
| 1.3. DIAGNOSTIKA.....  | 10        |
| 1.4. PREVALENCE.....   | 11        |
| 1.5. ETIOLOGIE.....  | 11        |
| <i>Vyhledávání nových podnětů (novelty seeking)</i> .....        | 12        |
| <i>Vyhýbání se škodě (harm avoidance)</i> .....                  | 13        |
| <i>Závislost na odměně (reward dependence)</i> .....             | 13        |
| <i>Vytrvalost (persistence)</i> .....                            | 13        |
| 1.6. LÉČBA.....  | 14        |
| <b>2. HRANIČNÍ PORUCHA OSOBNOSTI.....</b>                        | <b>15</b> |
| 2.1. DIAGNOSTIKA HRANIČNÍ PORUCHY OSOBNOSTI.....                 | 15        |
| 2.2. DIAGNOSTIKA DLE DSM-5-TR.....                               | 16        |
| 2.3. ETIOLOGIE.....  | 17        |
| 2.3.1. <i>Teorie dle Margaret Mahler</i> .....                   | 17        |
| 2.3.2. <i>Teorie dle Otto Kernberga</i> .....                    | 19        |
| 2.4. KOMORBIDITA.....  | 19        |
| 2.5. FARMAKOTERAPIE.....   | 21        |
| 2.5.1. <i>Farmakologické skupiny používané v léčbě HPO</i> ..... | 21        |
| Antidepresiva.....   | 21        |
| Thymoprofylaktika – stabilizátory nálady.....                    | 21        |
| Atypická antipsychotika.....                                     | 22        |
| Benzodiazepiny.....  | 22        |
| 2.5.2. <i>Rizika a omezení farmakoterapie</i> .....              | 22        |
| 2.6. PSYCHOTERAPIE.....  | 23        |
| 2.6.1. <i>Psychoanalytická psychoterapie</i> .....               | 23        |
| 2.6.2. <i>Dialektická behaviorální terapie</i> .....             | 24        |
| 2.7. STIGMATIZACE.....   | 25        |
| <b>3. CÍL VÝZKUMU.....</b>                                       | <b>27</b> |
| <b>4. VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....</b>                                   | <b>27</b> |
| <b>5. VÝZKUMNÁ METODA A ZPŮSOB VYHODNOCENÍ DAT.....</b>          | <b>28</b> |
| <b>6. PRŮBĚH VÝZKUMU A ETICKÉ HLEDISKO.....</b>                  | <b>28</b> |
| <b>7. CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU.....</b>                 | <b>28</b> |
| <b>8. VÝSLEDKY ROZHOVORŮ.....</b>                                | <b>29</b> |

|            |  |           |
|------------|--|-----------|
| 8.1.       | MOJE REFLEXE K TÉMATU .....            | 29        |
| 8.2.       | PRVNÍ RESPONDENT – SAMUEL.....         | 30        |
| 8.3.       | DRUHÝ RESPONDENT – DOMINIKA .....      | 33        |
| 8.4.       | TŘETÍ RESPONDENT – KLÁRA .....         | 35        |
| 8.5.       | ČTVRTÝ RESPONDENT – ESTER.....         | 36        |
| 8.6.       | PÁTÝ RESPONDENT – MARTIN .....         | 39        |
| <b>9.</b>  | <b>VÝSLEDKY VÝZKUMU.....</b>           | <b>42</b> |
| <b>10.</b> | <b>DISKUSE .....</b>                   | <b>43</b> |
|            | <b>ZÁVĚR .....</b>                     | <b>45</b> |
|            | <b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b> | <b>47</b> |
|            | ODBORNÉ MONOGRAFIE .....               | 47        |
|            | ODBORNÉ ČLÁNKY .....                   | 47        |

## Seznam zkratk (v abecedním pořadí)

HPO – hraniční porucha osobnosti

BPD – borderline personality disorder

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

DSM – Diagnostický a statistický manuál duševních poruch

NIH – National Institutes of Health

APA – American Psychiatric Association

SŠ – střední škola

## Úvod

Téma hraniční poruchy osobnosti jsem si zvolila na základě osobní zkušenosti – setkala jsem se s dívkou, která touto poruchou trpěla a jejíž životní příběh měl bohužel tragický konec. Tato zkušenost mě vedla k hlubšímu zájmu o problematiku hraniční poruchy osobnosti (HPO), která postihuje významnou část populace a výrazně ovlivňuje každodenní fungování jedince, včetně jeho studijního života. Zvláště v období dospívání a rané dospělosti, kdy jedinec čelí celé řadě vývojových výzev, může být tato diagnóza velmi zatěžující.

Práce se zaměřuje na to, jak studenti s touto poruchou vnímají své středoškolské studium zpětně, tedy s odstupem několika let po jeho absolvování. V teoretické části nejprve představím základní vymezení poruch osobnosti, následně se zaměřím konkrétně na hraniční poruchu osobnosti, její etiologii, symptomy, možnosti léčby a lehce se zaměřím i na stigmatizaci, která tuto nemoc může provázet a znepríjemňovat tak život pacientů s hraniční poruchou osobnosti ještě o něco více.

Praktická část je postavena na kvalitativním výzkumu s využitím interpretativní fenomenologické analýzy (IPA). Pomocí rozhovorů s respondenty se pokusím zachytit jejich subjektivní zkušenost se studiem na střední škole a identifikovat specifické obtíže, se kterými se potýkali. Jakým způsobem vnímali své postavení ve třídě, co jim nejvíce ztěžovalo studijní život, Cílem práce je rovněž poukázat na možné způsoby podpory, které by mohly pomoci současným studentům s HPO zvládat studijní prostředí a výzvy s ním spojené.

## **Teoretická část**

### **1. Poruchy osobnosti**

Poruchy osobnosti jsou tématem, které se zkoumá čím dál více. Obecně se dá říct, že u každého člověka se projevují určité rysy nějaké z poruch osobnosti. Pro diagnostiku je důležité, aby bylo splněno více bodů, které danou poruchu osobnosti vymezují. Témata týkající se psychologie a psychiatrie se ve společnosti objevují mnohem častěji, než tomu bylo ve dřívějších dobách. I přes tento fakt jsou poruchy osobnosti pro širokou veřejnost stále „nepřijatelným“ způsobem myšlení, fungování i chování (Suchomel, 2021).

Poruchy osobnosti mají nejrůznější příznaky, celkem rozlišujeme až 10 typů poruch osobnosti. Jako nejlepší se pro diagnostiku a léčbu poruch osobnosti ukázalo rozlišování druhů podle hlavních charakteristik. Tyto základní charakteristiky nalezneme v oficiálních klasifikacích. V České republice se ke zmíněné klasifikaci používá MKN (Mezinárodní Klasifikace Nemocí), v tuto dobu již 11. vydání. Na našem území se také lze setkat s užitím americké klasifikace, kterou je DSM-5 (Diagnostický a statistický manuál, páté vydání), který byl vydán Americkou Psychiatrickou Asociací (American Psychiatric Association, 2022).

Poruchy osobnosti označují dlouhodobé či trvalé odchylky prožívání i jednání od normy, v tomto smyslu se jedná především o odlišnosti, které snižují kvalitu života daného jedince, jeho okolí nebo obě tyto možnosti (Raboch, 2001). Zahrnují odlišnosti v myšlení, emocionálním prožíváním a chování. Dle Cloningera a Svrakiče (In Höschl et al., 2002) se s pojmem poruchy osobnosti se v dnešní době setkáváme častěji, než tomu bylo v dřívějších dobách, přispívá tomu větší zájem o psychologii, psychiatrii, duši a well-being.

#### **1.1. Definice**

Poruchy osobnosti nejsou nemocemi. Jsou to spíše extrémně vystupňované povahové a charakterové rysy, které vedou k potížím se sociální adaptací a fungováním ve většinové společnosti. K těmto charakterovým rysům patří dávno zakořeněné a nadále trvající vzorce chování. Poruchy osobnosti mají nejrůznější příznaky, celkem rozlišujeme 10 typů poruch osobnosti. Jako nejlepší se pro diagnostiku a léčbu poruch osobnosti ukázalo rozlišování druhů podle hlavních charakteristik. Tyto základní charakteristiky nalezneme v oficiálních klasifikacích. V České republice se používá MKN (Mezinárodní Klasifikace Nemocí), v tuto dobu již 11. vydání. Na našem území se lze setkat i s užíváním další mezinárodní diagnostické klasifikace, jako je například DSM-5 (Diagnostická a

statistický manuál, páté vydání, poslední revize v roce 2022), který byl vydán Americkou Psychiatrickou Asociací (APA, 2022). Struktura lidské osobnosti se skládá z temperamentu (tedy vrozených dispozic), ty se vyvíjí individuálně za pomoci získávání vlastností – ty tvoří náš celkový charakter. Obě tyto složky – jak temperamentové, tak i charakterové rysy jsou v lidské osobnosti zastoupeny v různém poměru. Pokud se jedná o poruchu osobnosti, dá se říct, že se tyto rysy významně odchyľují od běžné společnosti (Praško, 2003).

Světová zdravotnická organizace (WHO) zmiňuje, že porucha osobnosti zahrnuje závažné narušení charakteru a jednání, nebo tendenci k jednání jedince, aniž by to bylo způsobeno příčinou organického poranění mozku, či důsledkem onemocnění. (WHO, 2019).

## 1.2. Klasifikace

Dle MKN-11 (WHO, 2023) a DSM-5 (APA, 2022) (obě klasifikace se na této teorii shodují), se poruchy osobnosti třídí do tří klastrů, kdy každý má své charakteristické znaky:

- Klastř A (excentričtí, někdy také nazývaní „podivní“): mezi něž patří paranoidní, schizoidní a schizotypní porucha osobnosti
- Klastř B (dramatičtí, emotivní a nestálí jedinci, někdy nazývaní „afektovaní“): antisociální, hraniční (emočně nestabilní), histriónská, narcistická porucha osobnosti
- Klastř C (úzkostné a vyhýbavé poruchy, někdy zkracované na „úzkostní“): vyhýbavá (anxiózní), závislá a obsedantně-kompulsivní porucha osobnosti (anankastická).

## 1.3. Diagnostika

Pro všeobecnou diagnostiku poruch osobnosti se využívá hned několika obecných kritérií, níže vypíšu všechna, která se v určování diagnózy mohou objevit (Praško, 2009).

- (1) trvalá vnitřní **struktura osobnosti**, která se v chování a prožívání vymyká normě přijatelnosti v **dané** společnosti (může se kulturně odlišovat)
- (2) odlišný či dysfunkční **přístup k poznávání a interpretování** přijatých informací
- (3) **nepřiměřenost emočního nabuzení** – reakce na podněty, které vyvolávají emoční odezvu
- (4) **neschopnost ovládnutí impulsů**, vedoucích k uspokojování vlastních potřeb
- (5) způsob (**ne**)zvládnutí **mezilidských vztahů** a interakcím potíže se zvládnutím interpersonálních situací

- (6) výrazně nepřizpůsobivé, maladaptivní, **dysfunkční chování v sociálních situacích** jako takových, není vázána pouze na specifický „spouštěcí“ moment či situaci.
- (7) problematické chování, které je obtěžující pro samotného jedince nebo jeho okolí (případně obě varianty).
- (8) **dlouhodobost** uvedených odlišností – projevy musí trvat déle, než je 6 měsíců pro diagnostiku.
- (9) **je nutné, aby bylo vyloučeno organické onemocnění, úraz, či dysfunkce mozku.**

## 1.4. Prevalence

V naší společnosti se vyskytují poruchy osobnosti v poměrně vysoké míře, ačkoliv se v různých výzkumech tato čísla liší. Celková prevalence je udávána mezi 6-9 % (Praško, 2003), další zdroj odhaduje četnost výskytu poruch osobnosti v běžné populaci kolem 6,1 % (Tyrer et al., 2015). Prevalence poruch osobnosti v jednotlivých klastrech se dá dle Ma et al. (2016) rozdělit tímto způsobem:

- Klastř A (excentrické poruchy) = 3,6%
- Klastř B (dramatičtí, emotivní a nestálí jedinci) = 1,5%
- Klastř C (úzkostné a vyhýbavé poruchy) = 2,7%

Ve všeobecné ambulantní péči je prevalence vyšší, odhaduje se mezi 20-30 %, zatímco v ambulantní psychiatrické péči je to až 30-50 % (Praško, 2003). Zajímavá je také četnost výskytu poruch osobnosti ve věznicích, kde se můžeme setkat s 40-90 % prevalencí. Prevalence je dokonce ještě o něco vyšší ve skupině drogově závislých, kdy se vyskytují tyto poruchy v 50-90 %. (Zelený, 2008). Další studie také ukázaly, že výskyt poruch osobnosti je vyšší ve městech, než na venkově a také to, že počet diagnostikovaných průběžně vzrůstá (Praško et al., 2009).

## 1.5. Etiologie

Příčiny poruch osobnosti jsou velmi komplexní záležitost, lze se na ní dívat z několika úhlů pohledu. Je jen omezené množství evidence-based (založeno na důkazech) studií, které by se přímo zaměřovaly na etiologii poruch, neboť jsou to poruchy multifaktoriální a přesná příčina se těžko určuje. Z biologického hlediska se můžeme zaměřit na vrozený temperament, který výrazně formuje prožívání i chování každého člověka. Jedná se o dědičně podmíněnou, vrozenou charakteristiku, na niž závisí další rozvoj osobnosti. (Sanchez-Roige et al., 2018). Osobnost představuje soubor vzorců

chování, které se formují a přizpůsobují s cílem zvládat měnící se vnější i vnitřní podmínky. Podle teorie C. Roberta Cloningera (in Blatný, 2010) je vývoj některých složek osobnosti, především temperamentu, stabilní a do značné míry neovlivnitelný sociálním učením. Temperament je považován za biologicky podmíněnou složku osobnosti, která se v průběhu života dále rozvíjí na základě zkušeností, traumat, socioekonomického prostředí a společenského postavení. Genetické faktory byly identifikovány jako významný přispěvatel k rozvoji poruch osobnosti – toto tvrzení je podpořeno řadou studií zaměřených na výzkum dvojčat, rodinné vazby a genomové asociační studie (Sanchez-Roige et al., 2018).

Právě u dvojčat nacházíme výrazně vyšší pravděpodobnost podobných znaků, které jsou typické pro rozvoj určité poruchy. Zároveň z pátrání v rodinách zasažených určitou poruchou (například schizoidní), se často nachází i jiné duševní onemocnění (jako například schizofrenie, závislosti na alkoholu či návykových látkách) (Trull & Bornovalova, 2012).

Druhou stránkou ovlivňující vznik poruch osobnosti jsou faktory prostředí (rodinné, sociální a kulturní vlivy) a rané dětství jedince, především pak negativní zkušenosti a traumata (domácí násilí, sexuální zneužívání, syndrom CAN...) (APA, 2022). Může se však jednat i o příliš tvrdou nebo naopak rozmazlující výchovu, nebo neúplnou rodinu. Když jedinec vyrůstá v nestabilním, nepředvídatelném či nepodporujícím prostředí, může to společně s genetickými predispozicemi vyústit v poruchu osobnosti (Mayo Clinic, 2024).

Dále bych ráda popsala temperamentové rysy podle Cloningerova neurobiologického modelu temperamentu, které popsala ve své knize Marie Vágnerová (2010), mezi které můžeme zařadit:

### **Vyhledávání nových podnětů (novelty seeking)**

Jedná se o první temperamentovou dimenzi, kterou psychiatr Cloninger popsal, vyjadřuje tendenci k vyhledávání nových a silných prožitků. Lze popsat jako vrozený sklon reagovat různým způsobem na podněty rozdílné intenzity a kvality. Nachází se zde dva protilehlé póly, jedním z nich je impulzivita a druhý je uměřenost. Vysoká míra impulzivity se dá popsat jako vrozená touha zahajovat nové podněty, které by mohly vést k odměně, souvisí s tendencí jednat aktivně a rychle i v případě, že se osoba ocitá v nepříjemné situaci. Tyto osoby spíše nemají rády jednotvárnost a preferují činnosti, ze kterých plyne vzrušení a nové zážitky. Naopak nízká míra se projevuje nezájmem poznávat nové možnosti a nevyhledáváním nových podnětů. Přehnaná uměřenost může vést k izolaci a stoickému chování, které se často projevuje u poruch osobnosti v klastru A a C, zatímco vysoká impulzivita je typická pro pacienty v klastru B. Tyto osoby mají tendenci jednat spíše opatrně, dávají přednost klidnějšímu stereotypu.

## **Vyhýbání se škodě (harm avoidance)**

Druhá dimenze se vztahuje k potenciální újmě. Projevuje se zvýšenou opatrností – tendencí vyhýbat se se jakýmkoliv nepříjemnostem. Dá se spojit i s pasivně vyhýbavým reagováním na ohrožující podněty, nebo na podněty, co se jako ohrožující jeví. Harm avoidance slouží k tomu, aby korigovala aktivitu související s potřebou nových zážitků (novelty seeking) či odměny (reward dependence).

Pokud je tato tendence zastoupena ve vysoké míře, tak dochází ke strachu z nejistoty, plachému a vyhýbavému chování, strachu z nebezpečí nebo neznáma – obecně sklon k úzkostnému jednání. U takových jedinců se může vyskytnout pravděpodobněji sklon k pesimismu. Nižší míra zastoupení, tedy na opačném pólu stojí lidé, kteří jsou spojeni spíše s optimismem, vitalitou, odvahou, důvěřivostí a společenskostí. Obvykle mají i dostatek sebedůvěry. Příliš nízká míra vyhýbavosti je ovšem taktéž patologická, takoví lidé mohou být neobežetní a mít tendenci k rizikovému chování. To se projevuje nejčastěji u antisociální, histriónské a hraniční poruchy osobnosti.

## **Závislost na odměně (reward dependence)**

Představuje vrozenou tendenci jednotlivce citlivěji reagovat na podněty spojené s odměnou, především na pozitivní sociální zpětnou vazbu. Tato dimenze vyjadřuje míru potřeby příjemných zážitků.

Vysoká míra této temperamentové dimenze u osoby se pojí se sociální citlivostí – sociabilitou, přilnutím ke druhým, které ale může vést až do závislosti na druhých. Tito jedinci mají tendenci jednat tak, aby je ostatní akceptovali, chtějí být totiž pozitivně hodnoceni, a proto dělají to, co je považováno za žádoucí. Vysoká míra může způsobit přílišnou fixaci na své okolí, jelikož potřebují nejen ocenění, a pochvalu, ale vyžadují i podporu okolí. Na druhém konci spektra se nachází jedinci s nízkou mírou závislosti na tomto druhu odměny. Jedinci s nižší potřebou pozitivní zpětné vazby se často vyznačují sociální odtažitostí, rezervovaností, menší citlivostí k reakcím okolí což může vést až k tendencím k sociální izolaci.

## **Vytrvalost (persistence)**

Odráží míru stálosti, vytrvalost a stability. Projevuje se odhodláním k pokračování ve zvoleném směru navzdory frustraci, únavě či vyčerpání. Vysoce vytrvalí jedinci bývají pracovití a často vykazují nadměrný výkon. S tím se pojí i schopnost odolávat rušivým a nepříjemným vlivům okolí.

Naopak nízká míra vytrvalosti se u jedinců projevuje nestálostí, sklonem k rychlé ztrátě motivace a nečinnostmi nebo prokrastinací. To může zahrnovat i snadnou rezignaci na dosažení cíle.

## 1.6. Léčba

Léčba poruch osobnosti se pokládá obecně za velmi komplikovanou. Jedním z faktorů může být to, že osoby s poruchou osobnosti mnohokrát ani nevědí, že danou pomoc potřebují. Dalším faktorem může být fakt, že poruchy osobnosti nejsou dosud dostatečně prozkoumané a nejsou úplně jasné jejich příčiny. Zatím se zdá, že z dostupných zdrojů, které je možné poskytnout pacientům s poruchou osobnosti, neexistuje mnoho způsobů, jak jim pomoci, kromě snížení projevů pomocí farmakoterapie. Další možností je také psychoterapie a naučení se způsobů a strategií, jak sám se sebou pracovat. Z farmakoterapie se většinou používají antipsychotika, pro zmírnění úzkostnosti a depresí. Další skupinou léků jsou antidepresiva, konkrétně skupina thymopropylaktik, která se užívají pro redukci hněvu a impulzivity. Bohužel se nezdá, že v nedůvěře ve svého lékaře nebo v léčbu tyto pacienti léky vysazují a následně dochází ke zhoršení jejich psychického stavu. Důležitá je i psychoterapie – včetně psychoedukace, kdy se nemocní učí co nejlépe porozumět svým potížím a stavům, které diagnóza obnáší. Další složkou psychoterapie by měla být socioterapie, tedy osvojení (případně znovu osvojení) sociálních dovedností. V této terapii se pacient učí novým způsobům chování a nahlížení na své okolí, tyto mechanismy by následně měli aplikovat do praxe (Praško et al., 2001).

Pro poruchy osobnosti je vhodné zajistit i skupinovou terapii, kde se poznávají lidé se stejnými potížemi. Jednotlivci mohou sami reflektovat, jak svou poruchu zvládají a následně mohou prožít pocit sounáležitosti a vzájemné podpory (Gesundheit.gv.at., 2021).

Co se týče přístupů v psychoterapii, existují různé směry či přístupy, které se zaměřují specificky na léčbu poruch osobnosti. Například u psychoterapie zaměřené na přenos „transference focused psychotherapy“ nebo také terapie zaměřená na schémata „schema-focused therapy“. Z poruch osobnosti je dodnes nejlépe prozkoumaná terapie emočně nestabilní (neboli hraniční) poruchy, zrovna pro tyto pacienty je velmi vhodné využít dialekticko-behaviorální terapii (DBT – dialectal behaviour therapy) (Gesundheit.gv.at., 2021).

## 2. Hraniční porucha osobnosti

V této kapitole se zaměřím na hlavní téma mé bakalářské práce, tedy otázce hraniční poruchy osobnosti. Budu se věnovat především diagnostice, historii, etiologii, charakteristickým rysům, krátce nastíním její subtypy, představím teorie dle Margharet Mahler a Otty Kernberga, z nichž vychází nové teorie o vzniku hraniční poruchy osobnosti, ze kterých jsem převážně čerpala.

### 2.1. Diagnostika hraniční poruchy osobnosti

Charakteristickým rysem **hraniční poruchy osobnosti (BPD)** je **intenzivní strach z opuštění** a zároveň výrazná touha po stabilním, láskyplném romantickém vztahu. Paradoxně mohou pacienti svůj vztah **zničit sami**, často v důsledku nadměrných obav z toho, že budou opuštěni nebo zůstanou sami, i když přijetí hledají. Tato dynamika je typicky doprovázena:

- **emoční nestabilitou,**
- **prudkými výkyvy nálad a vztekem,**
- **silnou impulzivitou,**
- **a sebedestruktivním či sebepoškozujícím chováním** jako technikou zvládnání vnitřního stresu.

S postupem věku a při adekvátní léčbě tyto projevy často **ztlumí svou intenzitu** a blíží se normálnímu adaptivnímu fungování (LeWine, 2023).

Základem diagnostiky je rozhovor s pacientem, ohledně jeho příznaků. Porucha se začne projevovat nejčastěji v období rané dospělosti, avšak nejvíce výrazná bývá kolem dospívání. Většinou autoři zabývající se etiologií poruch osobnosti tvrdí, že diagnostikovatelná je až v dospělém věku, přesto se objevují autoři prací, kteří poukazují na to, že některé aspekty se vyskytují již v dětství (Caspi et al., 2000). Charakteristickým rysem hraniční poruchy osobnosti je silný strach z opuštění, doprovázený neustálou vnitřní prázdnotou a přetrvávající nejistotou o sobě samém (Biskin, 2015). Jedinci s BPD často hledají romantické vztahy a silné emoční napojení, ale kvůli strachu z opuštění nebo vnitřní prázdnoty tyto vztahy **často selžou** — buď je sami ukončí, nebo konfliktní prožívání vede k jejich rozpadu (Mayo Clinic, 2024).

K typickým projevům BPD patří:

- **emoční nestabilita** s častými výkyvy nálad,
- **impulzivita,**
- **sebedestruktivní chování,** jako je sebepoškozování,
- **a intenzivní konflikty ve vztazích** včetně kolísání mezi idealizací a devalvací druhých (Mayo Clinic, 2024; NHS, 2019).

Tyto symptomy se s věkem zpravidla **zmírňují**, zejména díky psychoterapii a získávání adaptivnějších strategií zvládnání emoční nestability (StatPearls, 2024).

Takoví jedinci mají taktéž sklony k různým formám sebepoškození. Dalším přidruženým problémem v tématu hraniční poruchy osobnosti bývá porucha příjmu potravy. Právě kvůli těmto obtížím, nepříjemným stavům a emocím, hledají lidé s hraniční poruchou osobnosti únik z reality. Únikem se nezdá stává propad do závislostí na návykových látkách (Kuglerová, 2024). Tato porucha se řadí mezi poruchy s nejvyšší mírou suicidality jedinců, kteří jí trpí. American Psychiatric Association (APA, 2013) uvádí, že každá 10 osoba s hraniční poruchou osobnosti, ukončí svůj život sebevraždou. Co se týče pokusů o sebevraždu a sebepoškození, tak se vyskytují v 69–80 % pacientů s touto diagnózou.

## 2.2. Diagnostika dle DSM-5-TR

Dle mezinárodního diagnostického a statistického manuálu (APA, 2022) pro diagnostiku hraniční poruchy osobnosti je potřeba, aby pacient splňoval alespoň 5 z těchto kritérií:

1. Intenzivní strach z opuštění, často vedoucí k extrémnímu chování zaměřenému na to, aby jedinec zabránil skutečnému či domnělému opuštění.
2. Nestabilní, ale velmi intenzivní mezilidské vztahy, které často oscilují mezi idealizací a devalvací druhých osob.
3. Výrazně narušený nebo nestálý obraz o sobě samém – zahrnující nejistotu ohledně identity či sebepojetí.
4. Impulzivita projevující se alespoň ve dvou oblastech – například nadměrným utrácením peněz, rizikovým sexuálním chováním, zneužíváním návykových látek nebo nezodpovědným řízením dopravních prostředků, ...
5. Opakující se suicidální chování nebo sebepoškození.
6. Časté a intenzivní emoční výkyvy – afektivní nestabilita. To může zahrnovat intenzivní epizody dysforie, podrážděnosti, či úzkosti, trvající několik hodin až dní).
7. Chronický pocit prázdnoty.
8. Potíže s regulací hněvu, častý vztek, podrážděnost.
9. Přejídné paranoidní stavy související se stresem nebo disociativní symptomy (= pocity odpojení od sebe sama – depersonalizace, či od okolí – derealizace).

## 2.3. Etiologie

Jak již byl zmíněno výše, vznik hraniční poruchy je dle National institute of Mental Health (NIMH, 2024) zapříčiněn více faktory – a to:

1. Genetické predispozice = Lidé, kteří mají v blízkém rodinném kruhu příbuzné s psychickým onemocněním, mohou být náchylnější k diagnóze hraniční poruchy osobnosti.
2. Temperamentové rysy – některé dětské temperamentové predispozice už mohou předznamenávat pozdější výskyt hraniční poruchy osobnosti.
3. Neurobiologické faktory = například nedostatečné propojení amygdaly s prefrontální kůrou, především tedy oblasti mozku, která by měla korigovat impulsivitu a regulaci emocí. Uvádí se, že u lidí s hraniční poruchou osobnosti mohou být odlišné funkce i struktura limbického systému (amygdaly a hipokampu).
4. Psychosociální vlivy = z podstatných vlivů psychosociální sféry se jeví jako zásadní traumatizace v dětství, především pak citové zanedbávání, zneužívání a ambivalentní vazba.

Mimo tyto faktory se někdy uvádí i jiné teorie, například teorie vzniku poruchy osobnosti v období perinatálním, kdy může dojít k poškození mozku při porodu. Z biologického hlediska je možné, že během formování mozku mohou nastat drobná poranění, ke kterým může dojít během porodu. Tímto způsobem se tak může zvýšit riziko náchylnosti k poruchám osobnosti. (Praško, 2009).

Podstatným způsobem se u pacientů s HPO odráží rodinné a sociální prostředí, ve kterém dítě vyrůstá – tyto psychosociální vlivy totiž mohou předznamenat rozvoj poruchy osobnosti (Praško, 2009). Mozek dítěte je velmi vnímavý a citlivý, studie od Iana Chanta (2013) odhaluje, že i spící děti jsou schopné vnímat hádky mezi rodiči, proto se rodinné prostředí, ve kterém dochází k hádkám tolik propisuje do rozvoje psychických poruch. Větší tendenci k pozdějšímu vzniku hraniční poruchy osobnosti mají citlivé a emočně senzitivní děti, které vyrůstají v nevyhovujícím prostředí.

### 2.3.1. Teorie dle Margaret Mahler

Zajímavá je pro objasnění původu hraniční poruchy osobnosti studie od Margaret Mahler (Mahler et al., 1975), která se může zdát již zastaralá, ale vychází z ní mnoho novějších zdrojů, ze kterých jsem čerpala. Jedná se o významnou představitelku egopsychologie a průkopnici dětské

psychoanalýzy. Autorka této teorie uvádí, že kolem čtvrtého až pátého měsíce věku dítěte, začíná klíčový proces psychického odštěpování dítěte od matky – to je první subfáze období separačně individuálního procesu. Od 6 měsíce se pak v této subfázi zřetelněji objevují fyzické hranice sebe a matky – dítě se učí odlišovat své tělo od matčina.

Kolem 10. – 12. měsíce začíná druhá subfáze separačně individuálního vývoje – období praktikování. Dítě se seznamuje s okolním světem pomocí smyslů, detailně vše zkoumá, prohlíží a osahává. Také zde dochází k prvním krokům a dítě se poprvé vzdaluje od své matky, a to přispívá k budování identity a rozvoji funkcí ega dítěte. Uvědomění, že je dítě plně odděleno od matky, vede ke třetí subfázi. V této době se dítě opět sblíží s matkou, toto období trvá až do 2. roku věku.

Důvodem, proč se dítě opět navrácí k matce je ten, že se zalekne této separace a zažívá tzv. separační úzkost. Projevem této separační úzkosti je například hlasitý pláč, když matka není na blízku. Typické je pro tuto subfázi „stínění“ – důkladné pozorování a napodobování matčinych pohybů. Tato subfáze souvisí výrazně s rozvojem hraniční poruchy osobnosti.

Ve čtvrté subfázi (po 24. měsíci) by mělo dojít k dosažení objektní stálosti a individuality do budoucího života. Je v ní naplněn stabilnější pocit entity a ustálena primitivní konsolidace pohlavní identity (Mahler et al., 1975).

V souvislosti s hraniční poruchou se uvádí možnost, že hraniční porucha osobnosti se vyskytuje v důsledku narušení tohoto separačně-individuačního procesu. Nejdůležitější se v této teorii jeví moment, kdy dochází ke třetí neboli znovu sblížovací subfázi s matkou (Mahler et al., 1975). V tento moment je nejvíce podstatné, aby matka vyvážila dětskou potřebu její přítomnosti, ale zároveň i ochotu, nechat dítě jít svou cestou.

Pokud je matka v tomto období pro dítě emočně nepřístupná, může dojít k excesivnímu štěpení objektního světa na „špatné“ a „dobré“ – to je typický znak který se projevuje v dospělosti u pacientů s hraniční poruchou osobnosti.

Validací pro tuto teorii by mohla být studie výzkumnice Aimee Coonerty-Femiano (1986). V něm se Coonerty zabývala porovnáním Rorschachových testů, získaných od pacientů s hraniční poruchou osobnosti a pacientů se schizofrenií. Dle těchto testů vyšlo najevo, že u pacientů s HPO se mnohem častěji objevují separačně-individuační témata. Z tohoto by se dalo usoudit, že myšlenka Margaret Mahler – že za vznikem HPO stojí právě narušení tohoto separačně-individuačního procesu byla správná.

Podobné výsledky uvádí i výzkum Bradleyho a Westena (2005), který došel k závěru, že neopodstatněná dlouhodobá absence u dítěte, nebo vystavování samotě u dítěte, může být klíčovým faktorem pro rozvoj hraniční poruchy osobnosti. Nicméně v této studii se výzkumníci dostávají za hranice období separačně-individuačního procesu. Jejich domněnkou je, že až několik prvních let života dítěte jsou velmi citlivé období pro zdravý vývoj jedince (ať už fyzického tak psychického).

### 2.3.2. Teorie dle Otto Kernberga

Jednou z nejvíce výrazných teoretických koncepcí, co se hraniční poruchy osobnosti týče, je psychoanalytický přístup Otto Kernberga. Autor zařazuje hraniční strukturu osobnosti mezi neurotickou a psychotickou organizaci a popisuje jako „*specifický stupeň psychické organizace, který se vyznačuje určitými stabilními rysy, vztahovými vzorci a obrannými mechanismy*“ (Kernberg, 1984).

Dle Kernberga jedinci s hraniční poruchou osobnosti zvládli vývojový úkol prvního roku života – to znamená rozlišení mezi reprezentacemi sebe (self) a objektů. Testování reality u nich tak není narušeno. Problém však nastává mezi 2. až 3. rokem života. U osob s hraniční poruchou osobnosti dle této teorie nedošlo k integraci dobrých a špatných reprezentací sebe a druhých – toto narušuje jejich sebepojetí i vztahy s druhými lidmi (Kernberg 1984). Z vývojového hlediska dochází u lidí s HPO k narušení internalizace těchto objektů už v raném stádiu vývoje (Yeomans et al., 2015).

Kernberg ve spolupráci s ostatními v rámci školy objektivních vztahů vytvořil terapeutický směr pro léčbu poruch osobnosti – včetně jejich popisu a diagnostiky. V tomto přístupu jsou poruchy osobnosti popisovány na základě „*psychologických struktur*“ a „*psychických organizací*“. V léčbě Kernberg zastává psychoanalytický přístup, a to především terapii zaměřenou na přenos (neboli TFP), což ve zkratce znamená vztah klient-terapeut, do kterého klient (pacient) promítá své minulé zkušenosti (Kulka, 2005). Tento typ terapie u klienta zkoumá syndrom rozptýlené identity, ten se projevuje během primitivních přenosů na terapeuta. V tomto přenosu se zároveň zrcadlí chybně přejaté objektní vztahy, které pacient získal během dětství. Cílem terapie je integrace rozštěpených částí sebe sama, zlepšení emoční regulace, zlepšení mezilidských vztahů (Kernberg et al., 2008; Stern & Yeomans, 2018). Tato terapie se zakládá ze tří hlavních kroků – nejprve terapeut naváže vztah s klientem a identifikuje první integrované objektní vztahy a znaky, které následně popíše klientovi. V dalším, tedy druhém kroku terapeut klientovi vysvětlí, jak tato primitivní reprezentace objektního vztahu ovlivňuje vnímání klienta samotného a jakým způsobem se to projevuje ve vztahu k ostatním lidem. Teprve v moment, kdy se klient sám s tímto objektním vztahem identifikuje může se přejít k poslednímu kroku, který zahrnuje integraci „dobrých“ i „špatných“ vlastností objektu – tím se klient naučí vnímat objekty na spektru, ne pouze výhradně jeden či druhý pól. Přijetím tohoto faktu může u klienta dojít k vyšší toleranci ambivalence, která se v mezilidských vztazích objevuje.

### 2.4. Komorbidita

Specificky u hraniční poruchy osobnosti velmi často dochází k tomu, že léčbu či pomoc tyto jedinci vyhledávají pro jinou obtíž, která danou osobu sužuje. Jedná se o přidružené duševní

poruchy. Nejčastějším důvodem pro vyhledání odborné pomoci je u těchto jedinců úzkostnost, případně afektivita, či psychotické poruchy – například halucinace, bludy, či emocionální plochost. Dalším častým přidruženým problémem je užívání návykových látek. (Grambal et al., 2017). Veškeré tyto přidružené duševní poruchy, můžeme poté zohlednit v psychodiagnostice a určit tak diagnózu hraniční poruchy osobnosti.

Častý výskyt depresivní poruchy u pacientů s hraniční poruchou osobnosti ve svém výzkumu objevili M. Zimmerman a J. I. Mattia, kteří zkoumali komorbiditu mezi hraniční poruchou osobnosti a dalšími psychickými onemocněními (Zimmerman & Mattia, 1999).

Další častou kombinací je již zmíněná úzkostná porucha, především poté například PTSD (posttraumatická stresová porucha), panická porucha nebo sociální fobie. Dle Rachel L. Tomko (Tomko et al., 2014), která provedla výzkum v populaci Spojených států Amerických se zajímavými demografickými výsledky. Celkem získala data od 34.481 účastníku v NESARC (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions). Výsledky nasvědčují tomu, že 2,7 % dospělých jedinců ve Spojených státech vykazují kritéria pro hraniční poruchu osobnosti. Mírně vyšších hodnot dosáhla ženská populace, mladší 30 let a častěji lidé po rozvodu či rozchodu.

Zajímavé jsou také etnické a rasové rozdíly, nejvyšších hodnot pro splnění kritérií hraniční poruchy osobnosti vykazovali původní obyvatelé (Native American) s percentilem 5 %, hned po nich následují afroameričané, u nichž se výskyt kritérií pro hraniční poruchu osobnosti pohyboval kolem 3,5% populace. Co se týče nejnižšího výskytu symptomů HPO, tak se ukázalo, že nejméně zatížení hraničními rysy jsou asiáté, konkrétně pouze 1,2 % ze zkoumaného vzorku vykazovalo nějaká kritéria pro tuto poruchu.

Tento výzkum zároveň zkoumal komorbiditu s jinými psychickými onemocněními a ukázal, že 84,8 % jedinců s diagnózou hraniční poruchy osobnosti zaznamenali během života úzkostné stavy a byla jim diagnostikována úzkostná porucha. Až 82 % osob v průběhu života trpěla na extrémní změny nálad a jiné afektivní poruchy. 78,2 % se potýkalo někdy v minulosti se závislostmi na návykových látkách (Tomko et al., 2014).

U osob s hraniční poruchou osobnosti se také mnohem častěji vyskytují kombinace několika duševních poruch zároveň (Zimmerman & Mattia, 1999). Osoby s nějakým psychickým problémem také mnohem častěji podléhají somatoformním poruchám nebo závislosti na návykových látkách (Praško, 2009). Komorbidita s depresí vede u lidí s hraniční poruchou osobnosti k nárůstu rizika sebepoškození a suicidálního jednání (Hanksen et al., 2003).

Hraniční porucha osobnosti také bohužel negativně přispívá tím způsobem, že zvyšuje riziko perzistence deprese v porovnání s ostatními poruchami osobnosti (Skodol, et al., 2011). Zajímavé je, že zároveň deprese může být raným předpokladem pro vznik poruchy osobnosti, především právě hraniční poruchy osobnosti ale také paranoidní a vyhýbavé poruchy osobnosti (Ramklint & Ekselius, 2003).

Dle Tyrera a Davidsona (2000) panuje u lékařů a psychologů předpoklad, že pokud osoba trpící poruchou osobnosti vyhledá lékařskou pomoc a terapii, bude to i přes snahu lékaře, terapeuta i pacienta trvat déle než u jedinců bez poruchy osobnosti. Zároveň by terapie dle jejich názoru měla trvat déle, častěji dochází k opětovnému návratu k ní. Tyrer a Davidson taktéž uvádí, že postoj k pacientům zaujímají spíše negativní a dochází zde ke stigmatizaci.

Ve skutečnosti sice existují studie, které sledují komorbidní poruchy osobnosti u depresivních jedinců a dokazují, že mohou vést k náročnější léčbě a její horší účinnosti. Nicméně i navzdory předsudkům bývá léčba u pacientů s komorbidní poruchou osobnosti relativně úspěšná a většinou se liší jen v minimální míře od jedinců bez poruchy osobnosti (Perry & Bond, 2000).

## **2.5. Farmakoterapie**

Farmakoterapie jako taková není bohužel „vyřešením“ poruchy osobnosti, jako je hraniční porucha osobnosti. Jedná se spíše o snahu zmírnit symptomy jako jsou: afektivní nestabilita, impulzivita, úzkosti a deprese, psychotické či disociativní symptomy, případně agresivita a podrážděnost. Jelikož stále platí, že doposud neexistují specifická farmaka pro léčení HPO. Léčiva by tedy měla být doplňkem především psychoterapie, která je v tomto případě hlavní léčebnou metodou. Podávání léků by mělo být pečlivě indikováno. (Völlm & Cerci, 2025) Farmakoterapie je vhodná je například v období akutní destabilizace, způsobené touto poruchou (Lieb et al., 2010).

### **2.5.1. Farmakologické skupiny používané v léčbě HPO**

#### **Antidepresiva**

Nejčastěji jsou využívány inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI). Ty pomáhají zmírnit především depresivní symptomy, úzkost, impulzivní chování. Efektivita SSRI je vyšší u pacientů s komorbidní depresí nebo GAD (generalizovanou úzkostnou poruchou) (Reich et al., 2009).

#### **Thymoprofylaktika – stabilizátory nálady**

Pomáhají regulovat výkyvy nálad, podrážděnost, impulzivitu. U látky lamotriginu se v některých studiích spojoval se zlepšením nálady a redukcí hněvu (Reich et al., 2009).

## **Atypická antipsychotika**

Ty se využívají u paranoidních myšlenek, disociace, emoční dysregulace. Například Olanzapin údajně účinkuje při snižování hněvu a impulzivity (Zanarini & Frankenburg, 2001).

## **Benzodiazepiny**

Tato léčiva se užívají pouze krátkodobě, při akutních stavech, jinak tyto léky zvyšují riziko závislosti (vzhledem k tendenci trpět závislostním chováním u HPO a také mohou zhoršovat impulzivitě. Navíc je možné, že u některých jedinců mohou benzodiazepiny paradoxně vyvolat úzkost. Pokud je jedinec zasažen i depresivními stavy, existují případy, kdy se u těchto osob vyskytly silnější depresivní příznaky až sebevražedné myšlenky (Bond, 1998).

Grambal, Praško & Kasalová (2017) na základě metaanalýz vypracovali shrnutí léčby hraničních pacientů do několika krátkých bodů:

- Farmakologická léčba by se měla zaměřovat na příznaky, které jsou definovatelné (tzn. přítomná úzkost, deprese, impulzivita,)
- Léčba nastaveným léčivem by měla trvat dostatečně dlouho na to, aby byl možné posoudit její účinek, ale zároveň by měla být pozmeněna, či zastavena, za předpokladu, že žádné výhody nepřináší.
- Polypragmázie (podávání pacientovi nadměrné množství léků), není pro pacienta užitečná a je třeba se jí vyhnout, pokud je to možné.
- Zvláště nebezpečné je riziko toxických účinků pro případ předávkování a možnost vzniku závislosti, či zneužívání léků na předpis.
- V případě, že je u pacienta kromě hraniční poruchy přítomna jiná, komorbidní porucha, je na místě ji léčit pomocí standardních postupů.

### **2.5.2. Rizika a omezení farmakoterapie**

Farmakoterapie nepředstavuje způsob, jak vyléčit samotnou příčinu hraniční poruchy osobnosti, ale zaměřuje se pouze na zmírnění jejích projevů. Její účinnost bývá omezená, a v některých případech může vést až k tzv. polyfarmakoterapii, tedy užívání několika různých léků současně, bez

jasného prospěchu pro pacienta. Z tohoto důvodu je důležité, aby byly léky předepisovány s jasným cílem a až po pečlivém zvážení přínosů a rizik odborníkem (APA, 2013).

Před zahájením léčby by také měly být vyloučeny další možné duševní poruchy nebo podobné symptomy, které by mohly být součástí jiné diagnózy a vyžadovat odlišný přístup.

Farmakoterapie může být užitečnou součástí léčby, pokud je začleněna do širšího terapeutického plánu, který zahrnuje také psychoterapii, psychoedukaci a podpůrné intervence. I přesto je nutné přistupovat ke každému pacientovi individuálně. Na počátku léčby je vhodné začít s nižšími dávkami a pravidelně sledovat účinnost a případné nežádoucí účinky.

## **2.6. Psychoterapie**

Léčba poruch osobnosti bývá většinou poměrně náročná, proto je potřeba, aby terapeut byl nejlépe zkušený a především trpělivý. U hraniční poruchy osobnosti je nutné, aby měl terapeut zároveň dostatek empatie pro pochopení pacientova vnímání světa. Nejdůležitější však je, aby si uměl nastavit předem hranice a uměl říci ne (Praško, 2017, s. 142).

Právě psychoterapie je základním a nejúčinnějším přístupem v léčbě HPO. Na rozdíl od výše zmiňované farmakoterapie, která spíše směřuje ke zmírnění jednotlivých symptomů, psychoterapie se na stav pacienta snaží podívat komplexněji. Cílem je především zmírnit maladaptivní vzorce myšlení, cítění a chování, naopak posílit sebereflexi a sebeuvědomění a zlepšit fungování v mezilidských interakcích.

I přes náročnost práce s klienty s hraniční poruchou osobnosti se v dnešní objevuje čím dál tím více psychoterapeutických přístupů k této nemoci. Zároveň ale platí, že neexistuje jeden jediný správný přístup, který by fungoval na každého klienta. Pro hraniční poruchu osobnosti existují dokonce manuály terapeutických programů, které mají empirickou podobu pro svou účinnost (APA, 2013).

### **2.6.1. Psychoanalytická psychoterapie**

Psychoanalytická psychoterapie, která je někdy známá také pod pojmem psychodynamická terapie. Tato terapie je forma, která vychází z psychoanalýzy a navazuje tak na principy klasické Freudovy psychoanalýzy. V moderním pojetí je ale přizpůsobena poruchám osobnosti. Jejím zaměřením je vliv nevědomých procesů, vnitřních konfliktů, obranných mechanismů ega a také vztahových vzorců, které se vytvářejí už v dětství a ovlivňují současné chování a prožívání jedince. Tato terapie se odehrává v bezpečném prostředí za důvěrného vztahu mezi klientem a terapeutem. V tomto

prostředí se mohou naučené vzorce opět projevit, ale zde mohou být reflektovány a pochopeny. (McWilliams, 2011).

Jako často využívaná specializovaná psychoanalytická terapie se užívá TFP – Transference-Focused Psychotherapy), neboli psychoterapie zaměřená na přenos. Jedná se o „terapii objektivních vztahů“, to znamená terapie zdůrazňující mezilidské vztahy – a to především v rodině, nevíce mezi matkou a dítětem. Tuto terapii založil Otto F. Kernberg a byla vyvinuta specificky pro léčbu závažných poruch osobnosti, jako je například právě hraniční porucha osobnosti nebo narcistická porucha osobnosti. (Clarkin et al., 2006)

Jedná se o intenzivní terapeutickou práci s frekvencí sezení 2x týdně. Jejím cílem je integrace rozštěpených částí sebe sama i ostatních – dle této teorie je pacient s hraniční poruchou osobnosti nositel protichůdných a neslučitelných představ o sobě samém ale i druhých. Jak jsem ve své práci již zmiňovala, pacient není schopen zároveň vnímat „dobro i zlo“ v jedné osobě.

## 2.6.2. Dialektická behaviorální terapie

Známa také pod zkratkou DBT. Vznikla postavením na základech kognitivně-behaviorální psychoterapie, která se využívala především u pacientů, kteří se pokoušeli opakovaně o suicidium. Právě na základě znalosti tohoto psychotherapeutického směru vyvinula v 80. letech dvacátého století Marsha Linehan – profesorka psychologie na Washingtonské univerzitě. Tento druh psychoterapie se zaměřuje přímo na hraniční poruchu osobnosti. Využívá celé spektrum kognitivně-behaviorálních technik. Může se jednat například o trénink dovedností, kognitivní přerámování. Tato terapie klade mimořádný důraz těmto oblastem (Linehan,1993,558s.):

1. Přijetí a schválení chování v daném okamžiku samotným pacientem takového, jaké je.
2. Pozornost, jakou věnuje DBT chování, které působí rušivě na terapii, a to jak ze strany klienta, tak i terapeutického týmu.
3. Důraz na terapeutický vztah jako takový.
4. Důraz na dialektický proces

Taková terapie probíhá společně v součinnosti s pacientem. Dialektiku lze chápat protiklad k černobílému myšlení (neboli splitting), jež se často vyskytuje jako obranný mechanismus u pacientů s hraniční poruchou osobnosti. DBT je vedena kombinací terapií individuální i skupinové psychoterapie. Je možné ji vést ambulantní ale i stacionární formou. Základem této terapie je skupinová terapie, která se zaměřuje na dovednosti pacientů. Tento základ vychází z konceptu příznaků hraniční poruchy osobnosti jako jsou: potíže s regulací emocí, chování, pocitů ohledně vlastní identity a obtíží

v mezilidských vztazích. Tato skupinová terapie se odehrává ve čtyřech tréninkových modulech, které se zakládají a pracují na jednotlivých znacích HPO (Linehan, 1993, 180 s).

## 2.7. Stigmatizace

S hraniční poruchou osobnosti se velmi často spojují projevy, které jsou pro okolí nepochopitelné až narušující, co se mezilidských vztahů týče. Ať už lékaři tak široká veřejnost mnohdy smýšlí o této poruše osobnosti a pacientech trpících jí negativně. Dokonce jedinci trpící touto poruchou jsou vystavováni stigmatizace a negativnímu světlu významně častěji nežli pacienti trpící odlišnými duševními poruchami, avšak podstata tohoto faktu je stále nejasná (Aviram et al., 2006). Obecně předsudky vůči psychickým onemocněním vychází ze zakořeněných předsudků a toho, jakým způsobem jsou psychická onemocnění vnímána. Vychází to ze společnosti a jejího vnímání toho, co je a co není normální, to představuje základ stigmatizace duševních onemocnění, ale i jiných jevů ve společnosti. „*Okolí často osoby s poruchami osobnosti považuje za divné, nenormální, podiviny, od kterých se očekává hlavně odstup, chlad, nepřizpůsobivé chování...*“ (Praško, 2003, s.9). „*Pacienti s HPO, kteří se na veřejnosti projevují nápadně, jsou vnímáni jako „blázni“, „hysterky“, „vzteklouni“ nebo jednoduše „divní“.*“ (Ocisková et al., 2014, s.63). Obvykle se od nich ale neočekává, že by měli být nebezpeční (Ocisková et al., 2014).

Potíž nastává v moment, kdy se okolí domnívá, že příčinou je vada osobnosti a z tohoto důvodu by daný jedinec měl podniknout kroky k tomu, aby „se sebou něco udělal“, nebo by měl být „převychován“. Ovšem hraniční porucha osobnosti zahrnuje celkovou emocionální nestabilitu, narušené fungování v kognitivní, emocionální, behaviorální a interpersonální sféře. Tato emoční nestabilita vede k tomu, že jedinci jednají impulsivně až sebedestruktivně (Grambal et al., 2017). U těchto pacientů se neřídka objevuje agresivita, disociace, sebepoškozování a rizikové chování, jako je například: promiskuita, užívání návykových látek, bezmyšlenkovité utrácení peněz, ...) (Látalová, & Praško, 2010). Právě vzhledem k agresivitě, která se u hraniční poruchy objevuje, jsou i zdravotníci mnohdy negativně zaměřeni proti pacientům s touto poruchou. Tato vysoká míra stigmatizace je spojována s protipřenosem (Praško et al., 2009). Je zajímavé, že se jako jeden z nejčastějších zdrojů poškození pacienta s hraniční poruchou osobnosti v psychoterapii ukazuje nereflektovaný protipřenosový vztah. Protipřenos je komunikační porucha, která může nastat mezi dvěma subjekty, například terapeut-klient. V psychoterapii to označuje emocionální reakci terapeuta na klienta, tato reakce je ovlivněna nevědomými procesy a osobní historií terapeuta. Pokud tento protipřenos není reflektován a zvládnut, může zcela narušit terapeutický proces. Dokonce může poškodit klienta, v krajních případech vede až k zneužívání vztahu terapeut-klient (Hoffart et al., 2006).

Ve stigmatizujícím prostředí, může u pacienta dojít až k procesu „sebe-stigmatizace“, zpravidla se začíná projevovat poté, co se osoba, která prochází stigmatizací zvenku asimiluje na tyto

společenské předsudky. Původní osobnostní rysy jedince ustupují do pozadí a začne se tvořit jiná část sebepojetí – která vzniká na základě připisovaných stereotypů, kterými je osoba označována. Jinými slovy se jedinec začne přizpůsobovat stereotypnímu tvrzení ostatních a „naplňovat tak očekávání“ (Livingston & Boyd, 2010). Tato sebe-stigmatizace může v pacientech vést ke ztrátě sebe-důvěry a k pochybám ohledně vedení vlastního života, nebo schopnosti se nadále participovat ve společenském dění. Dle výzkumu Ritschera a Phelana (2004), výskyt sebe-stigmatizace u ambulantních psychiatrických pacientů může vést k poklesu jejich víry v to, že se jejich stav může zlepšit, v souvislosti s tím se objevil i předpoklad vyšší míry depresivních symptomů. Internalizované stigma se u pacientů s úzkostnými poruchami, komorbidními depresivními poruchami, a především s poruchou osobnosti zkoumalo i ve výzkumu v České republice. Zde se přítomnost sebe-stigmatizace projevila ve vyšší pravděpodobnosti užívání návykových látek a jako zvýšený výskyt rezignace jakožto obranného mechanismu zvládání stresu. Internalizace – neboli zvnitřnění stigmatu, vede přímo úměrně k vyšší závažnosti disociativních symptomů u pacientů (Ocisková et al., 2014).

### 3. Cíl výzkumu

Cílem mého výzkumu bylo získat informace o lidech s hraniční poruchou osobnosti a jejich projevech a potížích, které se projevují v průběhu studia na střední škole. Podstatné bylo i zjištění, jak se osoby s hraniční poruchou osobnosti cítily během středoškolského studia, co je pro ně nejnáročnější, co jim naopak pomohlo a jakým způsobem by mohli pedagogičtí pracovníci tyto jedince podpořit a uspokojit jejich potřeby. Důležité pro mě bylo zjistit, jak by bylo možné jedincům s hraniční poruchou osobnosti pomoci, co by oni sami považovali za nejpřínosnější a co by doporučili budoucím studentům středních škol, potýkajících se s touto problematikou. Kvalitativní výzkum jsem si zvolila z toho důvodu, že jsem chtěla zaznamenat autentické výpovědi jedinců, včetně jejich emocí, výrazu a posazení hlasu. Bylo pro mě důležité pracovat s těmito emocemi vycházejících z vlastních zkušeností, abych pochopila, co pro ně studium na střední škole znamenalo a jakým způsobem to formovalo jejich dosavadní život. Chtěla jsem studium na střední škole pacientů s hraniční poruchou osobnosti prozkoumat do hloubky, co nejvíce komplexně zaznamenat tuto problematiku a pochopit, co se odehrává v mysli těchto jedinců.

### 4. Výzkumné otázky

Otázky pro mou výzkumnou část jsem formulovala následovným způsobem:

- VO1** – Jakým způsobem byli studenti s hraniční poruchou osobnosti přijati v kolektivu?
- VO2** – Jakým způsobem by popsali své postavení v kolektivu?
- VO3** – Na jaká úskalí ve svém středoškolském studiu narazili?
- VO4** – Co nejvíce dle respondentů studenti s HPO při studiu řeší?
- VO5** – Co si respondenti myslí, že by ostatní studenti s HPO ve studiu potřebovali?

## 5. Výzkumná metoda a způsob vyhodnocení dat

Respondentů jsem se dotazovala na otázky, které jsem si předem pečlivě sestavila s vedoucí práce. K těmto výzkumným otázkám jsem došla na základě rešerše a znalostí, získaných předchozí zkušeností s pacienty s hraniční poruchou osobnosti. Mou inspirací mi také byly výzkumy a diplomové práce, které již byly na téma hraniční poruchy vytvořeny. Mimo to mi také posloužila odborná literatura, kterou jsem v rámci studia o hraniční poruše osobnosti načetla.

Po zaznamenání rozhovorů s respondenty jsem vytvořila přepis těchto rozhovorů a na ně uplatnila otevřené kódování a následně IPA analýzu. IPA analýza (Interpretative Phenomenological Analysis), neboli také interpretativní fenomenologická analýza je výzkumný nástroj, který se zabývá lidskou zkušeností ze samotné perspektivy účastníka této analýzy. Je pro ni velmi důležitý výzkum vědomého prožívání a schopnost jeho výkladu. Slouží ke zkoumání toho, jak, například v tomto případě bakalářské práce, respondenti přemýšlejí o vlastní zkušenosti a jakým způsobem jí vnímají. Zkoumajícímu dává příležitost vžít se do situace zkoumaného a umožňuje mu možnost interpretace významu této situace či zkušenosti (Smith et al., 2009).

## 6. Průběh výzkumu a etické hledisko

Data pro výzkum jsem získávala pomocí polostrukturovaného rozhovoru s respondenty, které jsem vedla v neformálním prostředí kavárny, parku, nebo jsme se společně domluvili na videohovoru vedeném přes aplikaci Zoom. Respondenti měli možnost si zvolit jaké místo by pro ně bylo nejpříjemnější a také nejlogičtější vzhledem k vzdálenosti mezi námi. Délka rozhovoru trvala od půl hodiny až po dvě a půl hodiny, dle toho, kolik chtěl respondent sdělit.

Všem respondentům bylo předem sděleno, že mohou kdykoliv opustit rozhovor, případně se nemusí vyjadřovat k tématu, který pro ně není komfortní. Následně jim bylo sděleno, že rozhovor bude zcela anonymizovaný a jejich jméno a podstatné údaje budou pozměněny. Každý respondent dostal informovaný souhlas, který podepsal. Respondenti se mohli v závěru rozhovoru vyjádřit, pokud by něco z rozhovoru následně nechtěli v mé bakalářské práci uvést.

## 7. Charakteristika výzkumného vzorku

Respondenty pro tuto bakalářskou práci jsem získala na základě nenáhodného příležitostného výběru – pomocí vyhledání skupiny, které se právě pro tuto problematiku hraniční poruchy osobnosti dávají dohromady. Do tohoto výběru jsem zařadila pouze jedince ve věku od 18 do 26 let, kteří studovali či vystudovali střední školu, aby tak naplnili má kritéria pro výzkum. Celkem jsem

vedla rozhovor s 2 muži a se 3 ženami, s průměrným věkem 23 let. Bylo také nutné, aby v případě, že respondenti nedostudovali střední školu ze zdravotních důvodů (hraniční porucha osobnosti), aby naplňovali podmínku, že střední školu studovali alespoň dva roky. Respondenti museli naplňovat kritérium potvrzené diagnózy hraniční poruchy osobnosti psychiatrem, či klinickým psychologem.

## **8. Výsledky rozhovorů**

### **8.1. Moje reflexe k tématu**

Téma poruch osobnosti, a zvláště hraniční poruchy osobnosti, mě zajímá již delší dobu. Poprvé jsem se s tímto problémem setkala ve svých třinácti letech, kdy mě nadchl svět kriminalistiky a chtěla jsem se stát forenzní psycholožkou. Přestože jsem k tématu přistoupila tehdy z tohoto úhlu pohledu, můj zájem o duševní zdraví mě k němu později přivedl znovu a hlouběji. Postupem času jsem začala vnímat osobnost jako komplexní fenomén, který stojí za podrobnější průzkum.

Dalším faktorem byla osobní zkušenost, jak jsem již v úvodu zmínila, když jsem poznala dívku s hraniční poruchou osobnosti, která bohužel svůj život ukončila v důsledku obtížných stavů, které tato porucha přináší. Tento tragický příběh mě motivoval k tomu, abych věnovala pozornost dalším lidem, kteří procházejí podobnými obtížemi. Setkání s nimi mi umožnilo lépe pochopit jejich prožívání a zároveň zdůraznilo důležitost hlubšího poznání a podpory osob trpících touto poruchou.

Dalším impulzem pro mou práci byl fakt, že hraniční porucha osobnosti je v literatuře často označována jako stále nedostatečně prozkoumaná oblast. Nejasnosti panují jak ohledně etiologie, tak i léčby této poruchy. Věřím, že s postupem času a rostoucím zájmem o psychické zdraví se podaří tyto otázky objasnit a vyvinout efektivnější metody, které lidem s vážnými poruchami osobnosti přinesou úlevu a podporu.

Rozhovory s respondenty byly pro mě nejen zajímavým, ale i obohacujícím zážitkem. Díky nim jsem získala hlubší vhled do sociálního výzkumu, který mě začal více lákat. V budoucnu bych se ráda zapojila i do větších výzkumných projektů zaměřených na tuto problematiku. Zároveň jsem vnímala určitou naději v příbězích respondentů, kteří po absolvování individuálních terapií zaznamenali zlepšení svého stavu. Velmi nadějná se mi jeví zejména DBT (dialektická behaviorální terapie), která pomáhá pacientům lépe chápat své emoce a postupně si osvojovat způsoby, jak s nimi pracovat a zmírnit tak svou psychické obtíže

## 8.2. První respondent – Samuel

Můj první rozhovor pro mou bakalářskou práci byl veden v příjemném neformálním prostředí kavárny. Pravdou je, že zde byl poněkud ruch ale rozhovor to ovlivnilo pouze v naší hlasitosti. I přes nepříjemnost v podobě hluku byl hovor velmi otevřený a veden v uvolněné náladě respondenta. Sám odpovídal velmi ochotně a doplňoval další informace, které se byly pro můj výzkum podstatné. V průběhu dokonce přišel se zajímavým podnětem, který mě inspiroval k rozšíření baterie otázek, což dopomohlo k lepšímu nastínění situace studentů s HPO. Doplním už jen, že tento respondent je muž – student vysoké školy v humanitním oboru, je mu 24 let.

Po úvodním rozhovoru a technické přípravě jsem se respondenta zeptala na základní charakteristiky a dotaz na to, kdy mu byla hraniční porucha osobnosti diagnostikována. Respondent velmi rázně – jako by byl již zvyklý na tento dotaz odvětil, že mu ji lékař diagnostikoval čerstvě v 18 let na hospitalizaci po nervovém zhroucení. Následně byla porucha znovu potvrzena ve dvou velkých diagnostikách ve 22 a ve 24 letech. On sám uvedl: *„Dnes už se s diagnózou tolik neztotožňuji, neboť jsem se s ní naučil žít a zvládat jí lépe.“*

Mou další oblastí, která mě zajímala byl třídní kolektiv a jak v něm byl přijat. Bylo znát, že toto téma v sobě řešil již mnohokrát a ze všech možných úhlů. V průběhu této odpovědi jsem si všimla ohromné sebereflexe a odstupu od toho, kým byl na střední škole a kým je dnes. Uvedl, že dnes to vidí z úplně jiného hlediska a že tehdy měl naprosto odlišné vnímání situace. Začal tím, že po základní škole nastoupil na střední školu jako velký extrovert s touhou se kamarádit a seznamovat. Ze začátku se mu to i dařilo ale po úvodních 3 měsících, kdy se začaly přirozeně oddělovat skupinky, tak zjistil, že vlastně nikam nepatří. Také si uvědomil, že všechny navázané vztahy byly pouze povrchního rázu. Nastala situace, kdy se nikdo ze skupinek s ním nechtěl moc bavit, byl v převážně ženském kolektivu. Samuel to zakončil slovy: *„...a tak se z toho staly 4 roky mé samoty.“*

Vzhledem k tomu, že se považoval za extrovertního a měl touhu s lidmi interagovat, začal být v komunikaci poměrně agresivní a prosazovat se – chtěl si vydobýt své místo s v kolektivu. Sam již dříve v rozhovoru uvedl, že velmi rád diskutuje. Časem tyto diskuse začaly spolužáky obtěžovat a stal se z toho až trochu odpor vůči jeho osobě. Následovala ignorace a spolužáci s ním přestali úplně interagovat, protože se prosazoval příliš hlasitým způsobem. Uvedl: *„...třeba jsem vešel do třídy, pozdravil jsem a nikdo neodpověděl zpátky. Nebo jsem mluvil a najednou někdo začal mluvit přes mě...“* On sám toto tehdy bral jako *nedoceňování jeho hodnoty, dnes to hodnotí tak, že Samovi spolužáci vycítili jeho „podivnost a jinakost“* a tak na to tímto způsobem reagovali. Již se mu nepodařilo nikdy zapadnout zpět do kolektivu, ale uvádí, že třídou nebyl vyloženě šikanován. Sdílel k tomu: *„...byl jsem pro tu třídu hodně zatěžující a neměl jsem tam žádné stabilní lidi. Byl jsem pro ně spíš navíc, protože jsem pořád potřeboval pomoc...“*

Mou další otázkou bylo, jak on subjektivně vnímal své postavení ve třídě. Sdělil, že někteří spolužáci s ním měli soucit. V praxi to znamenalo, že mu alespoň odpověděli, když se na něco ptal. Ještě menší počet spolužáků mu bylo ochotno posílat zápisky, protože jak on sám uvádí, tak nebyl na střední škole dobrým studentem a potřeboval od nich pomoci s učivem. On sám se cítil, jako že ostatní obtěžuje, také se vnímal jako zatěžující a neoblíbený člen třídy. „*Mou osobnost tohle hodně poškodilo ale ne nevratně.*“ povzdechl si Sam. Svě postavení zpětně vnímá spíše jako přehlížený, ale tehdy to viděl jako nenávisť ze strany spolužáků. Samuel řekl: „*...nejdříve jsem byl spíše přehlížený, tehdy jsem si myslel, že jsem nenáviděný ale dnes to vnímám spíše jako přehlížený, eventuelně se z toho později stala neoblíbenost...*“ Čím více potíží přibývalo ve škole, tím spíše tam přestával chodit. Ve třetím ročníku někdy měli spolužáci narážku na jeho docházku, jako například „*Jé, ty sem ještě chodíš? Co ty tady?*“

Zajímala mě také otázka – jak se on sám díval na ostatní v kolektivu. „Kdo ti vadil a kdo ti byl naopak sympatický?“ zeptala jsem se. Sam mi odpověděl: „Dnes se na ně dívám smírně, byli to pubertáči, co byli zmatení ze mě i sami ze sebe.“. Tehdy byl jeho názor diametrálně odlišný, cítil se ublížený, dokonce ho na začátku seznamování velmi zklamala jedna jeho spolužačka, která s ním zprvu navázala bližší pouto. Dříve se jí svěřil ohledně své orientace a ona to tehdy rozkřikla všem ve třídě, aby se po nějakém čase, co už ona do třídního kolektivu zapadla, zjistilo, že ona je taktéž homosexuální orientace. Nicméně jí toto později v oblíbenosti nepoškodilo, zatímco jemu tím ublížila.

Samuel uvádí, že on od spolužáků vyžadoval přijetí, lásku, spolupráci, kamarádství ale zároveň v nich vnímal důvod svého trápení. V rozhovoru to popsal takto: „*Já vás chci mít rád, já s vámi chci spolupracovat, já chci být kamarád a vy si mě nevážíte.*“ nebo také „*Žil jsem v představě, že jsem skvělý, zajímavý a inteligentní člověk.*“. Samuel se domníval, že si ostatní spolužáci neváží jeho dobroty a ve třetím ročníku plánoval pomstu vůči ostatním. Hlavou mu párkrát proběhlo, že by někomu chtěl fyzicky ublížit. Vůbec nevnímal svou extrémnost a říkal si „*...když to nejde s vámi po dobrém, půjde to po zlém. Když mě nemáte tedy rádi, budete alespoň litovat toho, že jste mě rádi neměli.*“.

Co se týče osob, které spíše preferoval, uvedl, že to byli tišší a nenápadnější spolužáci, protože na ty mohl vyvíjet větší tlak: „*Vnímal jsem je jako slabší články, kteří mě nedokázali odmítnout.*“. Ve třídě měl dvě kamarádky, se kterými se bavil: „*Kamarádit se se mnou vůbec nebylo jednoduché, jedna se mnou měla slitování a dost se se mnou spálila, stal jsem se na ní závislý.*“. Ke konci této otázky sdělil už jen toto: „*Neoblíbení lidé byli všichni ostatní, především ti, kteří mi byli v něčem podobní.*“.

Mým dalším dotazem na Samuela bylo, jaká by popsal úskalí studenta při studiu střední školy s hraniční poruchou osobnosti. Samuel se nad tím zamyslel a následně uvedl několik bodů, které se této tematiky dotýkají. Jako první uvádí potíže s nalezením své identity, nevěděl, kým je,

neznal sám sebe a toto mu zabralo ještě dlouhou cestu k pochopení sebe sama. Dále zmínil svou závislost na benzodiazepinech v 3. ročníku střední školy, kdy mu byly lékařem předepsány a on je začal nadužívat a následně bez nich nemohl vůbec fungovat. Úskalím pro úspěšné studium střední školy byla také velká přesycenost, nesoustředěnost, ztráta motivace a neúspěchy ve školním prostředí, což vedlo k neschopnosti se učit a připravovat se do školy. V neposlední řadě je to vnitřní prázdnota a izolace od ostatních. Jedním z faktorů ovlivňujících jeho absenci ve škole byla také psychosomatika. K tomu Samuel uvedl: „...trpěl jsem na panické ataky a nechtěl jsem tam chodit, jednou mě dokonce odvezla sanitka a byl jsem v nemocnici, poslali mě na gastro a tam bylo všechno v pořádku, pak si mě teprve převzala psychiatrická...“

Abych to lépe pochopila, doptala jsem se ještě na dotaz, co si nyní myslí, že obecně studenti s hraniční poruchou řeší. Dozvěděla jsem se, že především velkou nesoustředěnost, neschopnost se učit, ale také vůbec učivo přijímat a zapracovat. Další významnou složkou, kterou jsem poněkud očekávala vzhledem k této poruše osobnosti, je vysoká míra emočnosti a neschopnosti ovládat své emoce, především pak vztek a výbušnost. S tím souvisí i vysoká míra absence ve škole, protože studentům chybí motivace, mají strach nebo prožívají negativní emoce z neúspěchu ve škole. To vše pramení z neschopnosti se soustředit a také z toho, že jsou studenti často v kolektivu izolováni a nemají se na koho obrátit. Samuel ve svém vyprávění také zmínil, že pro něj bylo zraňující pozorovat uhasínající naději a trpělivost v očích pedagogů poté, co se začal propadat do hlubin svého stavu. Popsal to tak, že už nikdy nechce vidět, jak zklamává osobu, která s ním měla ze začátku trpělivost a ochotu mu pomoci.

Další věcí, kterou studenti s HPO řeší nebo mohou řešit, je riziko závislosti. Ta může vzniknout na předepsaných lécích jako u Samuela, nebo na jiných návykových látkách při snaze zapadnout nějaké party, nebo touze necítit na chvíli své emoce, potíže a izolaci. Když už jsem zmínila izolaci, tak tu můj respondent také uvedl, jako častý problém u studentů s HPO. Pro mě velmi podstatný bod zmínil následně, a tím byla možná nepodpora ze strany školy. Tyto obtíže mohou plynout z nevědomosti, nepochopení anebo cílená nepodpora pro žáka, který se potýká s duševním onemocněním. Bohužel i s poslední možností jsem se v rozhovorech setkala.

Mou poslední otázkou jsem chtěla zakončit náš rozhovor s nadějí. Zeptala jsem se tedy Samuela na to, co si myslí, že by studenti s touto poruchou osobnosti při studiu potřebovali. První zmínil pochopení ze strany školy, s tím spjatá erudovanost personálu ohledně psychických onemocnění, se kterými se studenti mohou potýkat. Dále popisoval vyšší shovívavost při neúspěchu. Velkou výhodou by byl také věrný kamarád, jak Samuel uvedl v žertu: „Nejlepší by byl nerozbitný kamarád, který by se nikdy nenechal urazit, vždy tam byl, neměl by na něj dopad žádný z negativních stavů a byl by konstantně na příjmu, což je sice poněkud utopická myšlenka, ale věrný chápavý kamarád by mohl zastat velmi podstatnou roli, v životě studenta s hraniční poruchou osobnosti.“ Velmi důležitým bodem je přístupná psychoterapie, která je velmi podstatná při práci s psychickými obtížemi.

Samuel ji označil pro svůj stav vysloveně jako „nutnou“ a ideálně specializovanou přímo na seberegulaci emocí. Poslední nezbytností, je dobré zázemí – ať už rodiny, blízkých nebo přátel, které Samuel dle jeho slov našťestí měl. To mu dopomohlo k tomu, aby se zcela neponořil do zákeřnosti této poruchy osobnosti. Přál by všem, aby každý měl někdo, kdo jim pomůže najít světlo a postavit se zpět na vlastní nohy.

### 8.3. Druhý respondent – Dominika

Druhý rozhovor pro mou bakalářskou práci byl také veden v neformálním prostředí kavárny. Na úvod chci dodat, že tento rozhovor byl mnohem méně obsáhlý, než byl můj první rozhovor a respondentku jsem musela více pobízet k rozvedení informací. Naše konverzace probíhala v příjemné atmosféře a respondentka působila uvolněně.

Mou respondentkou byla 21letá dívka, studentka vysoké školy a zároveň pracovnice v gastronomickém sektoru. Na dotaz, kdy jí byla diagnostikována hraniční porucha osobnosti uvedla, že již v 17 letech, o čem ale samotná respondentka nevěděla. Až v 19 letech požádala o náhled do spisové zprávy a zde se dočetla, že má diagnostikovanou hraniční poruchu osobnosti. Sama sdělila, že byla celkem třikrát hospitalizována na psychiatrickém oddělení, jelikož u ní byla přítomna mentální anorexie, která, včetně dalších poruch příjmu potravy, hraniční poruchu osobnosti nezřídka doprovází (Zanarini et al., 2010). Dominiky jsem se zeptala, jak se cítila poté, co zjistila svou diagnózu, odpověděla mi: *„Byla jsem ráda, že jsem zjistila, co se se mnou děje, ale musela jsem přijmout, že jsem jiná a že se s tím budu muset naučit žít.“*

Následovala má otázka: *„Jakým způsobem jsi na střední škole byla přijata v kolektivu?“* Dominika to popsala tak, že si připadala třídou vyčleňována a již od prvního týdne si spolu se svými spolužáky nesesedla. *„Asi jsem na ně působila nějak divně.“* povzddechla si. *„Hodně mě to do budoucna poznamenalo.“* Dodala po chvílce mlčení. Dominika pro dokreslení kontextu dodala, že úplně první třídní skupina byla založena bez ní. Bylo znát, že je pro ni těžké o tom mluvit. Později se z této „ignorace“ dle ní stala až šikana. Tehdy si velmi přála přestoupit na jinou střední školu, ale její matka byla proti. Sdělila jí, že když už si tu školu vybrala, tak ji i dostuduje.

Mou další otázkou bylo, jakým způsobem by popsala své postavení v třídním kolektivu. Dominika uvedla, že neměla vůbec dobré postavení, byla neustále vyčleňovaná a měla ve třídě pouze jednu kamarádku, se kterou se ale baví dosud., sdělila: *„Nikdy jsem pořádně nepochopila, proč se se mnou lidé nechtěli bavit a ostrakizovali mě.“* *„Hrozně jsem se snažila všem zavděčit, dělala jsem vše, zrcadlila jsem chování ostatních, a tak jsem zcela ztratila svou vlastní identitu. Nevěděla jsem kdo jsem, neznala jsem se.“* Uvedla také, že byla spíše tišší a klidnější, moc se neprosazovala.

Následovala chvilku pauza, aby se trochu uvolnila atmosféra, mluvili jsme tedy o obecných záležitostech a o tom, jak se jí daří nyní. Po chvíli uvolnění jsem položila další dotaz, kdo jí samotné

vadil a koho měla ráda ve třídním kolektivu. Nejvíce jí dle jejích slov vadili kluci, kteří si všimli pouze krásných, oblíbených a upravených dívek. Chlapci nerespektovali žádné chyby nebo neupravenost, tvořili toxické prostředí mezi dívkami. Dominika mi k tomu sdělila: „*Nemohlo se stát, že bych přišla neupravená nebo neučesaná, když se to stalo, hned jsem byla terčem posměchu.*“ Mezi neoblíbené spolužáky pak patřila dívka, které Dominika ze začátku věřila. Z počátku se s ní bavila, ale poté Dominiku začala pomlouvat, tím se podílela na výsměchu a jejím vyčleňování z kolektivu. Naopak raději se bavila s dívkou, která byla kolektivem také vyřazována a patřila mezi tišší studenty, mohly tak spolu tvořit dvojici, která ve třídě existovala jen sama pro sebe.

Plynule jsme přešly k otázce úskalí a obtíží spojených se studiem s hraniční poruchou osobnosti. Jako největší potíží se u této respondentky projevilo časté střídání nálad a pocit „*uvěznění ve vlastní mysli*“. Další náročné situace nastávaly s vlastním vztahem sama k sobě, který byl převážně negativní, z toho plynoucí pocit ztráty vlastní identity. Špatnému náhledu na sebe sama bohužel nepřispělo ani neustálé řešení toho, co si o ní a jejích činech myslí ostatní. Také žila z extrému do extrému a měla potíže se sebepoškozováním. V neposlední řadě Dominika uvedla, že velké úskalí byly také vztahy s muži. Sdělila, že nyní – bez vztahu, se vlastně cítí mnohem stabilizovanější a je více sama sebou. Dnes se na situaci zpětně ohlíží takto: „*Tehdy jsem svět viděla pouze černobíle, dnes se v něm snažím hledat barvy. Přesto se však bojím že jednou přijde zkrat a vše bude stejné jako dřív.*“

Dominika podstoupila DBT terapii, ale musela na ni čekat 2 roky na čekací listině. Terapie jí velmi pomohla a brala to jako jistou výhodu oproti studentům s hraniční poruchou osobnosti, kteří k této terapii neměli přístup. Dodnes využívá strategie, které se tehdy naučila. Velmi jí byla nápomocná technika efektivní komunikace a nácvik asertivního jednání. Také jí pomohlo vedení ke všímavosti k vlastnímu prožívání (mindfulness) – naučení se vnímat přítomného okamžiku a vnímat své myšlenky a pocity bez hodnocení.

Následovala otázka na to, co podle ní nejvíce řeší studenti s HPO. Poměrně sebejistě uvedla, že je to černobílé vidění, střídavost nálad, neustálý stres, mezilidské vztahy, potíže s ovládním vzteku a svých emocí. Také to může být přílišné svěřování se lidem kolem sebe (využila anglický pojem „*over-sharing*“). Dodala také že: „*stačí trochu alkoholu a je to tam.*“. Poslední uvedla stavy depersonalizace a derealizace.

Co si Dominika myslí, že by studentům s hraniční poruchou osobnosti pomohlo? Je to především kvalitní terapie, ideálně DBT přístup. Rozhodně by všem s HPO přála, aby měli podporu v třídním kolektivu a podporu od rodiny. Obecně je to pak pochopení od lidí kolem.

## 8.4. Třetí respondent – Klára

S mou třetí respondentkou jsem vedla rozhovor pomocí aplikace Zoom, hovor byl veden s videokamerou, abych byla schopna zaznamenat expresi tváře a reakce na otázky. Tento hovor trval něco málo přes půl hodiny a odehrával se ve velmi příjemné atmosféře. Respondentka byla mluvná a sama doplňovala informace k mým dotazům ochotně a bez zaváhání.

Klára je 23letá studentka vysoké školy, studuje prosociální obor a splňuje kritérium dokončené střední školy i věkové kategorie 18-26 let. Dochází na brigády, ale nemá žádnou stabilní pracovní pozici. Na první mou otázku, kdy jí byla hraniční porucha osobnosti diagnostikována, odpověděla, že dokonce již ve 14 letech během hospitalizace na psychiatrické klinice. Takovýto věk by se dal obecně považovat za velmi brzký pro určení poruchy osobnosti. Rozhodně je možné, že se poruchy osobnosti mohou objevovat již v období dospívání, avšak plně diagnostikovat by se měly až v dospělosti (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009). Sama uvedla, že na psychiatrickém oddělení se ocitla po psychickém zhroucení. Během této epizody se začala výrazně více sebepoškozovat a psychiatr u ní vyhodnotil vysoké riziko suicidality. Na tomto oddělení strávila 44 dní a během tohoto pobytu jí byla stanovena diagnóza hraniční poruchy osobnosti.

Má první dotazníková otázka na Kláru byla, jakým způsobem byla přijata v třídním kolektivu. Klára uvedla, že pro ni byl přechod na střední školu velmi náročný, protože vlastně nevěděla, jakým způsobem se má v novém kolektivu chovat. Nejprve se silně navázala na osobu, kterou již znala z předchozích let z akcí mimo školu. Poté se jí „ujaly“ dívky ve třídě: „*Holky si mě přijaly do party, bez toho bych byla plonková.*“, dále to popsala i takto: „*Nenašla jsem si kamarády, to oni si našli mě.*“. Na to ještě uvedla, že opravdu nemá ráda nové kolektivy a obecně je to pro ni vždy nová výzva, například i na brigádách kam dochází.

Další dotaz jsem směřovala na to, jakým způsobem ona sama vnímala své postavení ve třídě. Uvedla: „*...nebyla jsem ten populární člověk, spíše jsem se dobře učila, takže většinou za mnou spíš přišel člověk, abych mu s něčím pomohla.*“ a dále pokračovala: „*Já sama jsem byla schopna si zajít za kýmkoliv ze třídy, když jsem něco potřebovala, nebyla jsem populární ale ani neviditelná.*“ Dodala, že tato třída byla spíše podporující, a tak v ní dokázala fungovat. Třídní kolektiv na střední škole byl pro ni velký rozdíl oproti kolektivu na základní škole, kde byla dle jejích slov šikanována. Na SŠ ji spolužáci dokonce hlídali, aby se ne sebepoškozovala a byl to pro ni bezpečný prostor. K tomu se vážala má další otázka, zda jí někdo v kolektivu vadil či překážel a kdo jí naopak imponoval, celkově jak se koukala na ostatní v kolektivu. Klára sdělila toto: „*...vadilo mi, když byl někdo drzý a nad ostatní se povyšoval. Takhle jsem měla konflikt s jedním spolužákem v prvním ročníku, ve druhém ročníku jsme se ale začali bavit skrze stejné oblíbené téma.*“ Dále také uvedla: „*...raději se bavím spíše se šedýma myšma, s nenápadnějšími, a ne tak oblíbenými lidmi.*“

Dalším tématem, na které jsme spolu narazily byla úskalí, které hraniční porucha osobnosti skýtá. Klára mi sdělila, že měla potíže, když byl na ní učitel nebo žák nepříjemný, či naštvaný, způsobovalo to v ní úzkost. Velmi špatně snášela neúspěch ve všech rovinách. Jak už mi sdělili předchozí dva respondenti, také se u ní projevovaly silné a chaotické emoce ve vlnách. Mezi další úskalí, které jí tato porucha přinesla, patřila také nesoustředěnost, horší zvládnání stresových situací a s tím i nevhodné obranné mechanismy. Jako potíže, která ji hluboce zasahovala a zhoršovala její psychický stav, se ukázalo neustálé porovnávání se s ostatními.

Následně jsme přešly k otázce, co studenti s HPO nejvíce řeší. Dle Kláry jsou to nezadržitelné emoce. Pocity a prožívání jsou pro ni velmi těžké na zvládnání, k tomu uvedla: „...*nikdy jsem nevěděla s jakou náladou se probudím*“. U ní se také manifestovaly poměrně časté výbuchy vzteku a celková vznětlivost. Dalším stresorem pro studenty s HPO popsala jejich přijetí kolektivem. Zajímavou poznámkou pro mě bylo, že pro ni bylo náročné sdílet pokoj s mladším sourozencem, protože když potřebovala spát nebo si odpočinout a sourozenec to nerespektoval, měla afektivní výbuchy a byly to pro ni velmi náročné večery.

Posledním dotazem byla otázka toho, co si ona sama myslí, že by studenti s hraniční poruchou osobnosti potřebovali ke zlepšení jejich stavu. První věcí, která jí napadla, bylo pravidelné docházení na terapii, kde by jednotlivci pracovali se svými vlastními emocemi. Během těchto terapií by se také se naučili emoce správně pojmenovat a vyjádřit. Klára takovéto terapie absolvovala v hojném počtu a velmi se jí osvědčily. Také jí velmi pomohla práce s rodinou, tedy rodinná terapie, která umožnila ostatním členům rodiny pochopit její náročnou situaci a intenzivní prožívání. Ze začátku to bylo pro celou rodinu obtížné, ale časem tato forma terapie umožnila normalizovat vztahy mezi členy rodiny. Klára uvedla, že měla ohromné štěstí s třídním kolektivem, který vytvořil bezpečné prostředí, to by přála i ostatním studentům s HPO. Co se týče světa mimo školu, sdělila, že neměla moc přátel kolem, spíše pár známých z kroužků. Zdůraznila tedy, že by nejvíce pacienti s HPO potřebovali blízké vazby a lidi, na které by se mohli spolehnout.

## **8.5. Čtvrtý respondent – Ester**

S Ester jsem se sešla v jednom z pražských parků, bylo zde málo lidí, a tak jsme měly prostor pouze pro sebe. Na úvod jsem položila základní otázky, Ester je 26 let a povoláním je právnička. Zeptala jsem se jí na její rodinné zázemí, Ester uvedla, že její rodiče byli často emocionálně nedostupní, či nepřítomní. Co se týče finanční stránky, rodiče se o ní byli schopni postarat a v tomto ohledu jí podporovat. Zároveň na ní ale kladli velký tlak, co se výsledků týče, popsala důraz na perfektní výkon, ať už v učení, či ve sportu. Také se svěřila, že na vše se cítila často sama a opuštěná.

Ester byla poprvé seznámena se svou diagnózou ve 24 letech po psychiatrickém sezení, po jejím psychickém zhroucení, kterému předcházela tomu velký nápor stresu při studiu. Dalším

faktorem, který jí způsobil toto zhroucení, byly, podle slov respondentky, její „divoké“ vztahy. Respondentka sdělila, že to pro ni bylo velmi kritické období. Ačkoliv byla diagnostikována ve 24 letech, na psychické obtíže trpěla již déle a bylo to pro ni náročné, někdy měla velké problémy vůbec vyjít ven.

Následovala má první otázka do výzkumu, a to „jakým způsobem jsi byla přijata v kolektivu?“ Ester uvedla, že do kolektivu na střední škole zapadla „skvěle“. Na školu nastoupila se svými kamarádky ze základní školy, což mohlo zjednodušit situaci při adaptaci na nový kolektiv. Nicméně respondentka uvádí, že mezi dívkami byly poměrně náročné vztahy, například bylo časté, že se dívky neustále předháněly v tom, která je lepší, která z nich má větší obdiv u spolužáků, která má lepší studijní výsledky. Zde bych ráda uvedla, že respondentka na první pohled působí velmi sebejistě až „rázně“. Sama také uvádí, že vždy chtěla být nejlepší a je velmi soutěživá. Zároveň se ale dle jejích slov nechává strhnout názory ostatních (zvláště na její osobu). V rozhovoru byly momenty, kdy i přes prvotní dojem velmi sebevědomé dívky, projevila i nejistotu v některých tématech, a dokonce i výčitky z jejích předchozích činů na střední škole, ke kterým se vzápětí v rozhovoru dostaneme.

V další části rozhovoru jsme se přesunuly k tomu, jaké bylo její postavení v třídním kolektivu. Respondentka uvádí, že patřila do „pevného a zdravého jádra“, byla velmi oblíbená až obdivována, dodává, že byla vždy absolutní premiantka a nikdy se nemusela učit. Co se týče vztahů se spolužáky, nepamatuje si žádný problém, sděluje ale, že někteří pedagogové jí neměli rádi. Tuto skutečnost si vysvětluje tím, že to byla záměrná snaha o poškození, jelikož jí chtěli udělat potíže před otcem, který byl taktéž pedagog a jednu dobu i ředitel na jiné škole. Sama se považuje za společenskou, přátelskou a dle jejích slov „nezkazí žádnou legraci“, proto byla mezi spolužáky tak oblíbená. Zároveň uvádí, že silnější psychické obtíže se projevily až později ve studiu – na střední škole zažívala spíše občasné úzkosti a emocionální výkyvy.

Plynule jsme přešly k tématu, jakým způsobem vnímala ostatní spolužáky – kdo jí spíše vadil a ke komu měla blíže. Ester sdělila, že cíleně vyhledávala premianty, úspěšné, nejlepší a nejoblíbenější studenty, tak, aby se mezi ně mohla zařadit. Studenti, kteří jí nezajímali byli ti, co se pohybovali v průměru – to znamená „trojkaři“, k nim uvádí: „*Nechci říct, že bych jimi opovrhovala ale vlastně jsem je vůbec nevnímala, byli mi fuk*“. Koho ale „nesla“ dodal vzápětí: „*Nesnášela jsem nesnaživce a lidi, co se tvářili jako oběti, či byli hloupi*“. Také dodala, že na střední škole byla dívka, která dle jejích slov byla „nemožná“, i tak ale velmi snaživá, přesto jí však se svými kamarádkami šikanovala. Ester se částečně obhajuje větou, že „*když jí ostatní dělali ty nejhorší věci, tak jsem alespoň odešla a nedívala jsem se na to, nepodílela jsem se na tom tolik*“. Dodává ale: „*...smály jsme se jí, i když se snažila, ale třeba na plavání byla tak nemožná, takže jsme jí prostě šikanovaly*“. V tento moment respondentka zřejmě zachytila můj neprofesionálně neskrytý výraz údivu a dodala s vervou: „*...no jo, dneska už mě to taky sere, to, co jsme dělaly, aspoň ta holka zůstala i tak vždy sebevědomá a šla si za svým snem...*“. Ester ještě doplňuje, že měla velkou potřebu být nejlepší ze

všech, až to pro ni samotnou bylo velmi svazující a smutně hlesla „...*strach ze selhání jsem zdědila po otci, stejně jako tendenci být dokonalá...*“. Na to ještě sděluje „...*dnes jsem ale už kajicná...*“

Ptala jsem se Ester, co hraniční porucha osobnosti dělá se studiem, k tomu mi sděluje „...*ohromná prokrastinace, ale myslím, že za to spíše mohl můj partner, který nebyl student, to mě rozptylovalo a v tu chvíli pro mě škola nebyla prioritou...*“. Dále dodává „...*nedokázala jsem skloubit dohromady zábavu, adrenalin a povinnosti...*“.

Začal se u ní projevovat zvýšený stres, využívala nevhodných mechanismů zvládnání stresu – alkohol, ubližování si, z toho plynula i absence a následně odklady zkoušek a náročné dohánění studia.

Na to jsem navázala dotazem, na jaká úskalí Ester ve svém studiu narazila. Ester sdělila „...*hlavně nesoustředěnost, pocit neustálého přetížení, opakované náročné dohánění učiva, a to především při opakované absenci ze strachu z neúspěchu*“. U Ester se objevila agorafobie „...*najednou mě to zasáhlo a nemohla jsem vlézt například do metra*“. Jako další úskalí, na které narazila uvedla častější únavu ale zároveň neschopnost spát, měla těžké poruchy spánku. Dodala také, že začala mít občas pocit silného tlaku v hrudi, zvýšený a silný tep srdce, začala se domnívat, že se jedná o infarkt.

Dle Ester studenti s hraniční poruchou osobnosti řeší nejvíce tyto obtíže: „...určitě to přijetí v kolektivu, to je pro ně (studenty) hrozně důležité. Pozitivní vnímání od profesorů. Pak asi vidina budoucnosti“. Dále navázala: „...*pak určitě to soustředění, to mám pořád tenhle problém...*“. Mezi větami uvedla další obtíže, jmenovitě to jsou: pocity izolace a osamělosti, výkyvy nálad, depresivní a úzkostné stavy, potíže s jídlem v důsledku nespokojenosti se sebou samotným a svým vzhledem. Osobně považuji za důležité zde dodat, že i po psychiatrickém vyšetření a sdělení diagnózy, nenastoupila Ester do psychoterapie. Co se týče farmakoterapie, sdělila Ester, že jí byl pouze předepsán lék ze skupiny benzodiazepiny pod obchodním názvem Neurol, na kterém si během let vypěstovala závislost, a brala až 14 prášků denně. Do terapie nastoupila teprve před nedávnou dobou.

„*Ester, co by podle tebe mohlo pomoci lidem s hraniční poruchou osobnosti?*“ zeptala jsem se respondentky. Ester odpověděla „*Rozhodně by se o této poruše osobnosti mělo vědět, musí dojít k destigmatizaci. Profesori by měli vědět, že má student tuto zvláštnost. Měli by ho navnímat a být k němu empatictější, chápat ho a být ohledně toho edukovaní*“. Dále dodává „*je potřeba dosáhnout pochopení ze strany studentů, mít nějakého věrného a chápavého kamaráda*“. Nakonec Ester sděluje „*od rodičů taky pochopení ale hlavně podpora a takové to, aby se svých dětí zastávali a nezhoršovali slovy jako ,ježiš ten je divnej, proč je tak divnej?*“. Poslední dodatek byl, že je důležité nebýt na to sám a umět si říct o pomoc. A s těmito slovy jsme s Ester ukončily náš společný rozhovor.

## 8.6. Pátý respondent – Martin

S Martinem jsem se setkala v malé kavárně, kde bylo díky brzkému času jen velmi málo lidí. Jako u všech předešlých respondentů jsem položila základní otázky. Martinovi je 23 let, studuje na vysoké škole obor sociální práce a na částečný úvazek jako asistent v nízkoprahovém centru, k tomu uvádí: „...*tato práce je sice psychicky náročná ale baví mě, zároveň mi dává pocit, že jsem sám neměl těžké dětství a že mohu být alespoň nějak užitečný.*“.

Následně jsme přešli k dotazu, kdy mu byla porucha diagnostikována. Martin sdělil, že mu porucha byla diagnostikována v 19 letech, během prvního ročníku na vysoké škole. Sám vyhledal odbornou pomoc – nejprve hlavně kvůli úzkostnosti a depresivitě. Následně ho po několika setkání psycholog navedl na myšlenku toho, aby zkusil vyhledat psychiatra, kterým mu následně byla diagnostikována hraniční porucha osobnosti. Sděljuje: „*Byla to pro mě úleva, konečně jsem měl pro svoje vnitřní prožívání nějaké vysvětlení a pojmenování.*“

Dále jsme se přesunuli k otázce, jakým způsobem byl přijat v kolektivu na střední škole. Martin uvedl, že pro něj byla střední škola hodně náročná, velmi se ze začátku obával nových spolužáků, k tomu mi sdělil toto: „*chtěl jsem hrozně zapadnout, ale zároveň mám tendenci vztahy buď vyčerpávat a být hodně ulpívavý, anebo je rychle utnout, pokaždé když cítím odmítnutí nebo ohrožení*“. Dále pokračoval „*měl jsem pár kamarádů, ale nikdy jsem si nebyl jistej, jestli mě fakt berou, nebo mě jen „tolerujou“, pokaždý, když mě někdo ignoroval nebo odsekl, bral jsem si to hrozně osobně a cítil to jako zradu.*“ Dle Martina pak nastala situace, kdy se k němu spolužáci chovali spíše slušně ale nešlo o hlubší přátelství, v takové momenty si připadal hodně osamělý. On sám se popisuje jako tichý, komplikovaný introvert.

Martina jsem se zeptala na to, jakým způsobem vnímal své postavení ve třídě, odpověděl: „*postavení ve třídě bylo dost nejisté, nepatřil jsem ani mezi „outsidery“ ale ani mezi „oblíbence“.* Držel jsem se dost stranou a tvářil se, že mi to tak vyhovuje, i když to nebyla pravda.“ Spolužáci ve třídě ho brali spíše jako uzavřeného člověka, možná až trochu „jiného“, jak sám popisuje. Ptali se ho občas například „*Jsi v pohodě?*“. Uvedl, že jeho vnitřní nejistota a citlivost ho často držela zpátky. Báł se odmítnutí a kvůli tomu si kolem sebe vystavěl „bariéru“. Dodává: „*možná jsem kvůli tomu vypadal chladně a odtazité, ale uvnitř jsem hodně toužil po přijetí.*“ On sám ale nevěděl, jak si přijetí získat, a tak raději nedělal „nic“.

Respondenta jsem se dotázala, jakým způsobem on sám vnímal ostatní v kolektivu, kdo mu vadil, koho naopak preferoval. Reagoval na to takto: „*Ostatní v kolektivu jsem vnímal velmi intenzivně – až trochu přecitlivěle. Hodně jsem si lidi buď idealizoval nebo je úplně zavrhl. Dnes na to koukám s nadhledem. Tehdy ale když na mě byl někdo milej, připadal mi jak nejlepší člověk na světě. Když mě někdo zklamal, totálně pro mě skončil, vnímal jsem ho jako někoho, kdo mi ublížil, i když to tak nemuselo být.*“ Respondent také uvedl, že mu nejvíce vadili hluční, arogantní spolužáci, kteří si

dělali legraci z ostatních, bál se totiž, že bude terčem jejich posměchu a cítil se ohrožený. Sdělil: „byl jsem hodně háklivej i na tón hlasu, pohledy a gesta, často jsem si vztahoval věci na sebe.“ Nejvíce preferoval tišší, citlivé, vnímavé a klidné spolužáky, kteří pro něj byli dle jeho slov „bezpeční“. Někdý se s nimi dokázal trochu otevřít ale pouze v moment, kdy se cítil, že mu budou naslouchat. Chtěl být spolužáky pochopen, ale nechtěl být raněn, na to dodal: „tenhle rozpor byl pro mě dost vyčerpávající“. Martin sdělil, že v tu dobu měl jednoho blízkého kamaráda, se kterým si byli velmi blízcí. Často si spolu psali a probírali věci do hloubky, konečně měl pocit, že je pochopen. Uvedl: „*byl to pro mě strašně důležitý vztah, možná až moc, příliš jsem se na něj upínal. Třeba když jsme si nepsali tak často, cítil jsem se opuštěnej, odmítnutej, i když mi nic neudělal. Když mi nenapsal, pořád jsem přemýšlel nad tím, co jsem udělal špatně.*“. Martin uvedl, že ho mrzí, že občas na něj reagoval přehnaně, buď se příliš stáhl, nebo byl dle jeho slov pasivně agresivní, protože nedokázal napřímo vyjádřit zklamání. Respondent dodal: „*ted' vidím, že moje reakce byly přepal, ale byly ovlivněný strachem z opuštění a nejistotou v sobě samým, jen jsem to tehdy neuměl pojmenovat.*“

Následně jsem se ptala, jakým způsobem ovlivnila hraniční porucha jeho studijní život. Martin velmi ochotně začal vyprávět: „*Hraniční porucha ovlivnila můj život dost zásadně, jak psychicky, tak ve studiu a ve vztazích. Největší výzva byla emoční nestabilita – občas jsem nebyl absolutně schopnej studovat, jindy jsem totálně vyhořel a na všechno se vykašlal, bez toho abych pořádně věděl proč. Stačilo, aby učitel řekl nějaký komentář nebo měl špatnou známku a hned jsem se cítil, že jsem k ničemu. Studijní neúspěch jsem bral jako důkaz toho, že jsem selhal jako člověk.*“. Dalším problémem byla pro respondenta koncentrace a snaha se, jakkoliv soustředit. Uvedl, že především když měl úzkosti nebo vztahové potíže (například konflikt s již jmenovaným přítelem), měl velké potíže se soustředit. Často dle jeho slov prokrastinoval a nedělal práci, kterou by měl splnit, navíc prokrastinoval nejvíce v momentech, kdy se obával selhání. Také sdělil: „*...měl jsem tendence být perfekcionista, ale v kombinaci s HPO mě to úplně semlelo.*“. Martin uvedl, že měl taky specifický vztah s učiteli, kdy si některé idealizoval – pokud měl pocit, že ho mají rádi a jsou podporující, a naopak k učitelům, u kterých vnímal odstup nebo kritiku, tak je začal vnímat jako zaměřené proti němu. Obecně vnímá studiu s hraniční poruchou tak, že to pro něj bylo výrazně ztížené, především kvůli intenzivnímu prožívání. Dále také uvedl, že díky psychoterapii měl příležitost se začít orientovat sám v sobě a následně lépe přizpůsobovat svoje studium tak, aby nebyl tolik přetížený.

Snadno jsem tedy navázala otázkou, na jaká úskalí při svém studiu narazil. Martin uvedl, že během studia narazil hned na několik úskalí, z nich se některá opakovala. Jako první a nejsilnější uvádí výkyvy nálada motivace. Především nestabilní nálada, která zahrnovala stavy, kdy byl v jednu chvíli velmi motivovaný a měl pocit, že zvládne cokoliv a najednou měl pocit, že nic nemá smysl. Bylo pro něj těžké udržet stálé studijní návyky. Další z potíží, které se v jeho studiu objevovaly víckrát byl strach z neúspěchu a perfekcionismus. Sdělil: „*když jsem měl odevzdat práci, nebo jít na zkoušku, měl jsem extrémní strach, že nebudu úspěšnej, někdy jsem radši práci ani neodevzdal, než*

*abych riskoval špatnou známku.*“. Také uvedl, že byl velmi často přetížený stresem a jednal impulsivně, dokonce jednu chvíli trpěl i sebepoškozováním. Co se týče mezilidských vztahů sdělil, že byl velmi skeptický a nedůvěřivý. Měl strach z odmítnutí, odsouzení nebo zrady, proto se raději sám izoloval. Naopak když navázal s někým užší kontakt, stal se na něm závislý. V neposlední řadě měl Martin potíže s autoritami, vzhledem k tomu, že u některých učitelů vnímal nevraživost, i když to dnes nevnímá jako opodstatněné, tak je začal zcela odmítat. To znamenalo, že měl potíže s takovým pedagogem, nebo ho požádat o pomoc s učivem.

S Martinem jsme došli k otázce toho, co se on domnívá, že nejvíce řeší studenti s hraniční poruchou osobnosti. Martin sdělil: *„Tak to je hodně dobrá otázka. Myslím, že velká část to jsou potíže ohledně vlastní identity, hodně se hledáme, nejde jen o to, kde studovat třeba, ale i o to, kdo sakra vlastně jsem.“* Další obtíží, kterou dle Martina hraniční studenti řeší, je strach z opuštění a osamělosti, ten je dle něj téměř neustálý. Studenti s HPO se bojí, že budou ostatními odmítnuti, nebo že nejsou dost důležití na to, aby byli vidět. Podle Martina toto vede k extrémní fixaci na jednoho člověka, který jim projeví náklonnost anebo naopak k úplné izolaci. Neměla bych zde zapomenout zmínit i intenzivní emoce a prožívání, které mohou vést až k beznaději nebo velmi silnému vzteku. Martin ještě zmínil, že častá bývá nízká sebehodnota a pochybnosti o sobě samotném, do toho zahrnul i „imposter syndrom“, což je psychický jev, kdy člověk pochybuje o vlastních schopnostech úspěších a má strach, že bude odhalen jakožto „podvodník“ (Gadsby, 2021).

Rozhovor jsme s Martinem zakončili poslední otázkou, tedy ptala jsem se ho, co by podle něj mohlo pomoci studentům s hraniční poruchou osobnosti. Martin sdělil: *„Fakt díky za tuhle otázku, je fakt hodně důležitá. Osobně si myslím, že studentům s hraniční poruchou může pomoci více věcí. Z vlastní zkušenosti je to psychoterapie – ideálně dlouhodobá a pravidelná. Potom je to individuální přístup školy a třeba i psychologické poradnictví přímo tam.“* K tomu mi dodal, že hodně pomáhá, když se pedagogové snaží nebo vědí, co je to hraniční porucha osobnosti. Ideálně, když dokážou studentovi nějakým způsobem ulevit, například poskytnout chvíli o samotě, přizpůsobení zadání, nebo konzultace zvlášť.

Podobně jako ostatní respondenti, mi Martin uvedl, že by bylo ideální mít například jednoho blízkého člověka – především věrného přítele, partnera nebo někoho, kdo bere vážně jeho stav a nezpochybňuje jeho emoce. Vhodná je také terapie, ideálně DBT (dialekticko-behaviorální), kde se učí nácviky na zvládání stresu, vzteku a úzkosti. Martinovi velmi pomohlo pracovat sám na sobě a své sebehodnotě a sebpřijetí, to pro něj byl velmi důležitý milník. Také nabádá ostatní studenty k tomu, aby se nebáli být otevření ohledně svých potíží, jen tak mohou získat potřebnou podporu. Martin řekl na závěr pár slov: *„Každý z nás je zcela jiný. Většina lidí s HPO podle mě potřebuje bezpečí, respekt, předvídatelnost a možnost být přijat takový, jaký je. Když tohle vše ve škole nalezneme, máme pak mnohem větší šanci studium zvládnout, a dokonce v něm růst.“*

## 9. Výsledky výzkumu

Mou první výzkumnou otázkou jsem se respondentů dotazovala, jakým způsobem byli spolužáci na střední škole přijati v kolektivu. Tři respondenti napřímo uvedli, že měli v kolektivu obtíže, že nebyli dobře pochopeni, byli někdy odmítáni nebo se cítili izolovaní. Jedna respondentka zmínila, že měla velké štěstí na podpůrné prostředí v její třídě, nicméně podobné obtíže, jaké měli respondenti na střední škole, popisovala na své základní škole. Jedna respondentka se zcela vymykala podobnosti s ostatními, co se týče přijetí v kolektivu a popsala, že patřila mezi oblíbené studenty.

Podobná otázka číslo dva, vybízela respondenty, aby oni sami popsali své postavení ve třídě. Shodně tři respondenti popsali své postavení jako „outsider“ nebo „ten vyčleňovaný“ případně „neoblíbený“. Respondentka s kvalitním zázemím ve svém kolektivu uvedla, že nepatřila ani mezi oblíbené ani vylučované studenty. Respondentka, co nezažila vyčleňování ve školním prostředí sama sebe zařadila mezi „to zdravé jádro“.

Další dotaz, který jsem respondentům kladla, byl na téma, jaké úskalí hraniční porucha osobnosti při středoškolském studiu přináší. Všichni respondenti se shodli, že to přináší velké potíže se soustředěností, odvádí to pozornost od učení. Tři respondenti uvedli, že měli potíže s identitou, s přijetím sebe sama a nalezením toho, kým jsou. Jejich stavy provázely úzkosti, často také pocity nedostatečnosti, touha po tom být perfektní a strach ze selhání. Jedna respondentka zmínila, že se snažila přizpůsobovat a zrcadlit chování ostatních – to velmi souvisí s již zmiňovanou ztrátou a hledáním identity. Většina respondentů uvedla potíže se spánkem a usínáním. Čtyři respondenti uvedli zmatení ve svých emocích a střídání nálad.

Navázala jsem čtvrtou otázkou, která se účastníků mého výzkumu dotazovala na to, co dle jejich názoru nejvíce řeší studenti s hraniční poruchou osobnosti. Tři respondenti z pěti uvedli ne-soustředěnost a potíže se učit. Shodně tři studenti uvedli potíže s emocionalitou, intenzitou a výkyvy nálad. Čtyři respondenti zmínili touhu zapadnout do kolektivu. Dva respondenti uvedli černobílé vidění světa. Tři účastníci sdělili, že mohou řešit potíže s afektivními výbuchy či přílišným vztekem. Tři respondenti pak shodně uváděli, že častým jevem může být obecně stres.

Mou poslední výzkumnou otázkou, podanou mým účastníkům výzkumu, byla: „Co si myslíš, že by ostatní studenti s HPO potřebovali?“. Všech pět respondentů odpovědělo, že je důležité mít pochopení od rodiny, přátel či učitelů, a že je dobré mít alespoň jednoho blízkého člověka. Čtyři respondenti jako podstatnou součást zvládnutí této poruchy osobnosti uvedli, že je podstatná vhodná a kvalitní terapie. Vícekrát byla zmíněna konkrétně DBT terapie a její nácviky. Další dva respondenti shodně uvedli, že je důležité pracovat na větší destigmatizaci poruch osobnosti a nalezení pochopení v školním zařízení. Profesori a pedagogové by měli být dostatečně informováni a edukováni, co tato porucha osobnosti obnáší.

## 10. Diskuse

Získaná data z rozhovorů s respondenty přinesla cenné poznatky o prožívání studentů středních škol s hraniční poruchou osobnosti. U většiny respondentů se projevíly znaky této poruchy tak, jak je popisují odborné zdroje (např. Praško et al., 2003; Linehan, 1993). Podobnosti ve výpovědích respondentů potvrzují teorii, že studenti s hraniční poruchou osobnosti mohou vnímat školní prostředí, nové sociální vztahy i studijní výzvy velmi podobně, a mají s nimi i podobné potíže. U třetího rozhovoru jsem zaznamenala téměř identické rysy a zkušenosti, jaké zazněly ve dvou předchozích výpovědích, což mě samotnou překvapilo. Tento výskyt shodných prvků lze chápat jako podporu domněnky, že osobnostní charakteristiky HPO ovlivňují prožívání školní reality relativně jednotným způsobem.

Při interpretaci výsledků je nutné reflektovat i určitá omezení výzkumu. Prvním z nich bylo prostředí, v němž byly rozhovory realizovány – nešlo totiž o odborné ani výzkumné pracoviště, což mohlo ovlivnit míru otevřenosti respondentů nebo celkovou atmosféru rozhovoru. Dalším limitem byl výběr respondentů. Věkové rozpětí činilo až osm let, což může ovlivnit míru srovnatelnosti výpovědí, zejména s ohledem na vývojovou dynamiku adolescence a rané dospělosti u jedinců s HPO. Neselektivní a nenáhodný výběr rovněž představuje faktor, který omezuje možnost zobecnění výsledků na širší populaci.

Za důležité považuji také upozornit na nedostatek existujících studií, které by se zabývaly prožíváním studentů s hraniční poruchou osobnosti v kontextu školního prostředí. Během mé rešerše se ukázalo, že jak v české, tak v zahraniční literatuře existuje jen velmi omezené množství výzkumů, které by se zaměřovaly specificky na zkušenosti středoškolských studentů s HPO a jejich vztahy s vrstevníky a pedagogy. Tento nedostatek literatury vnímám jako mezeru v oblasti výzkumu, která si zaslouží hlubší zkoumání. Na základě získaných dat se domnívám, že pro pedagogy by mohlo být velmi přínosné porozumět specifickému prožívání studentů s HPO. Takové poznatky mohou napomoci k vytvoření podpůrného a inkluzivního školního prostředí, které zohledňuje potřeby těchto jedinců – ať už v podobě informovanosti pedagogického sboru, posílení školních poradenských služeb, nebo lepšího propojení školy s odborníky na duševní zdraví.

Z výsledků mého výzkumu také vyplývá potenciál dalšího rozšíření tématu směrem k hlubší analýze vztahu mezi pedagogem a studentem s hraniční poruchou osobnosti. Ačkoli tento vztah nebyl hlavním cílem této práce, v průběhu rozhovorů se ukázalo, že pedagog může sehrávat velmi důležitou roli v životě studenta – ať už jako opora, nebo naopak jako zdroj stresu. Do budoucna by tedy bylo možné navázat výzkumem, který by se zaměřil právě na dynamiku tohoto vztahu, včetně možností podpory a intervencí ze strany školy.

Na základě analýzy rozhovorů mohu konstatovat, že se předpoklad o podobnosti prožívání studia mezi studenty s hraniční poruchou osobnosti potvrdil. I přes individuální odlišnosti se v

odpovědích často objevovala opakující se témata – zejména emoční nestabilita, problémy v kolektivu, strach ze selhání, úzkost, potíže s identitou a impulzivní chování. Tato zjištění odpovídají teoretickým poznatkům o HPO a současně potvrzují, že studium může být pro tyto studenty velmi náročné.

Rozhovory rovněž odhalily důležité aspekty podpory, které by mohly studentům s touto diagnózou pomoci – pravidelná psychoterapie, informovanost pedagogů, podpora ze strany rodiny i spolužáků. V odpovědích respondentů se opakovaně objevovalo přání po porozumění, přijetí a bezpečném prostoru, což poukazuje na důležitost vytváření podpůrného školního prostředí.

Výsledky této práce tak nejen přispívají k hlubšímu porozumění prožívání středoškolských studentů s HPO, ale zároveň otevírají možnosti pro další výzkum. Budoucí práce by se mohly věnovat například vztahu mezi studentem a pedagogem, efektivitě školních intervencí nebo možnostem spolupráce školy s odborníky na duševní zdraví.

## Závěr

Tato bakalářská práce si kladla za cíl přiblížit problematiku hraniční poruchy osobnosti (HPO) se zaměřením na její vliv na středoškolské studium. V teoretické části jsem se nejprve věnovala základnímu vymezení poruch osobnosti, následně jejich etiologii, diagnostice a konkrétně také teorii Roberta C. Cloningera. Dále jsem popsala možnosti léčby HPO a neopomněla jsem ani problematiku stigmatizace osob s touto diagnózou.

V praktické části jsem prostřednictvím rozhovorů zjišťovala, jakým způsobem respondenti prožívali svá středoškolská léta, jak se cítili v kolektivu a co by podle nich mohlo pomoci dalším studentům s HPO lépe zvládat studijní nároky a prostředí školy. Zaměřila jsem se především na to, co studenty nejvíce zatěžovalo, co jim bránilo v plnohodnotném studijním fungování a jaké faktory jim naopak mohly být nápomocné.

Původně jsem zamýšlela hlouběji zmapovat i vztah mezi pedagogem a žákem, což se mi nepodařilo naplnit v plném rozsahu, nicméně některé rozhovory přinesly cenné poznatky i v této oblasti. Za limit své práce považuji nedostatek dostupných výzkumných studií na podobné téma a také zúžený výběr respondentů – zaměřila jsem se pouze na osoby, které středoškolské studium již absolvovaly a reflektují jej zpětně. Z časového hlediska se výpovědi týkaly období až osmi let zpětně, což ve spojení s diagnózou HPO přirozeně zužuje výzkumný vzorek.

Pevně doufám, že tento výzkum by se dal rozvést i **pro další práci, která by lépe mohla přispět k vytvoření metod, účinné práce se studenty s HPO.**

### Limity práce

Na úvod svých limitů práce bych zařadila sebe samotnou jako „výzkumníka“. Z tohoto důvodu jsem volila IPA analýzu, která s tímto faktorem počítá. I přes tento faktor, jsem se snažila být co nejvíce nezáužatá ve svém postoji abych udržela validitu výzkumné práce. Druhým limitem bylo získávání respondentů pro rozhovory, neboť se jednalo o nenáhodné respondenty, kteří splňovali diagnostická kritéria. Na to navazujícím limitem by mohlo být i zaměření konkrétně na středoškolské studium a věková kategorie respondentů v rozpětí 8 let. Kvůli těmto faktorům se výrazně zúžil již tak úzký výběr. Popsala bych také limit v prostředí, kde se rozhovory odehrávaly. Vzhledem k tomu, že k dispozici nebylo žádné výzkumné zařízení, byli jsme nuceni zvolit veřejný prostor nebo dokonce videohovor. Někdy z tohoto důvodu došlo k nutnosti opakovat se, přes rušné kavárenské prostředí, či výpadkům v online prostoru. Co se týče mnou zvolených zdrojů, bylo poměrně obtížné nalézt validní zdroje v českém jazyce, které by nebyly staršího data. Z tohoto důvodu bylo nutné vyhledat zahraniční zdroje a vycházet převážně z nich. Právě pro tento důvod mohou plynout malé odchylky na základě rozdílné socio-kulturně-ekonomické situace. V neposlední řadě bych ráda zmínila, že nebylo jednoduché nalézt zdroje podobné mému tématu, zvláště odborných studií. Nalezla

jsem diplomové práce na téma hraniční poruchy osobnosti, které sice nesplňovaly kritérium odborné studie, ale obsahovaly zdroje, ze kterých bylo možné částečně čerpat i pro mou práci.

# Seznam použité literatury

## Odborné monografie

- Bencko, V., et al.** (2002). *Epidemiologie: Výukové texty pro studenty 1. LF UK* (2. vyd.). Univerzita Karlova v Praze – Nakladatelství Karolinum. ISBN: 80-246-0383-7
- Blatný, M.** (2010). *Psychologie osobnosti: Hlavní témata, současné přístupy*. Grada. ISBN-10: 80-247-3434-6
- Grambal, A., Praško, J., & Kasalová, P.** (2017). *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Grada. ISBN-10: 80-247-5796-6
- Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J.** (2002). *Psychiatrie*. Tigris. ISBN: 80-900130-1-5
- Praško, J.** (2003). *Poruchy osobnosti*. Portál. ISBN: 80-7178-737-X
- Praško, J., & kol.** (2009). *Poruchy osobnosti* (2. vyd.). Portál. ISBN: 978-80-7367-558-5
- Raboch, J., Zvolský, P., et al.** (2001). *Psychiatrie* (1. vyd.). Galén. ISBN: 80-7262-140-8.
- Vágnerová, M.** (2021). *Psychologie osobnosti*. Karolinum. ISBN: 978-80-246-1832-6

## Odborné články

- American Psychiatric Association.** (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association.** (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.
- 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>
- Biskin, R. S.** (2015). The lifetime course of borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 60(7), 303–308.

- Blatný, M.** (2010). *Psychologie osobnosti: Hlavní témata, současné přístupy*. Grada.
- Bond, A. J.** (1998). Drug-induced behavioural disinhibition: Incidence, mechanisms and therapeutic implications. *CNS Drugs*, 9(1), 41–57. <https://doi.org/10.2165/00023210-199809010-00005>
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F.** (2006). *Psychotherapy for borderline personality: Focusing on object relations*. Wiley.
- Gadsby, S.** (2021). Imposter syndrome and self-deception. *Australasian Journal of Philosophy*, 100(2), 247–261. <https://doi.org/10.1080/00048402.2021.1874445>
- gesundheit.gv.at.** (2021, July 8). *Poruchy osobnosti: diagnóza a léčba*. Národní zdravotnický informační portál. <https://www.nzip.cz/clanek/696-poruchy-osobnosti-diagnoza-a-lecba>
- Hoffart, A., Hedley, L. M., Thornes, K., et al.** (2006). Therapists' emotional reactions to patients as a mediator in cognitive behavioural treatment of panic disorder with agoraphobia. *Cognitive Behaviour Therapy*, 35(3), 174–182.
- Høgh Hansen, P. E. B., Wang, A. G., & Stage, K. B.** (2003). Comorbid personality disorder predicts suicide after major depression: A 10-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(6), 436–440. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00101.x>
- Kernberg, O., Yeomans, F., Clarkin, J., & Levy, K.** (2008). Transference focused psychotherapy: Overview and update. *The International Journal of Psychoanalysis*, 89(3), 601–620.
- Kuglerová, I.** (2024, February 21). Hraniční porucha osobnosti: Jak vzniká a jak se s ní žije. *Linka bezpečí*. Retrieved July 30, 2025, from <https://www.linkabezpeci.cz/-/hranicni-porucha-osobnosti>
- Látalová, K., & Praško, J.** (2010). Aggression in borderline personality disorder. *Psychiatric Quarterly*, 81(3), 239–251.
- LeWine, H. E.** (2023, January 20). *Borderline personality disorder: A-to-Z*. Harvard Health Publishing. [https://www.health.harvard.edu/a\\_to\\_z/borderline-personality-disorder-a-to-z](https://www.health.harvard.edu/a_to_z/borderline-personality-disorder-a-to-z)
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M.** (2010). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74–84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61422-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61422-5)
- Linehan, M. M.** (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.

**Linehan, M. M.** (1993a). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford Press.

**Livingston, J. D., & Boyd, J. E.** (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, *71*, 2150–2161.

**Ma, G., Fan, H., Shen, C., & Wang, W.** (2016). Genetic and neuroimaging features of personality disorders: State of the art. *Neuroscience Bulletin*, *32*(3), 286–306.

**Mayo Clinic** (2024, January 31). *Borderline personality disorder – Symptoms & causes*. Mayo Clinic. Retrieved July 30, 2025, from <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/borderline-personality-disorder/symptoms-causes/syc-20370237>

**McWilliams, N.** (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process* (2nd ed.). Guilford Press.

**MedlinePlus.** (n.d.). *Personality disorders*. U.S. National Library of Medicine. <https://medlineplus.gov/personalitydisorders.html>

**National Institute for Health and Clinical Excellence.** (2009). *Borderline personality disorder: Recognition and management*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg78/resources/borderline-personality-disorder-recognition-and-management-pdf-975635141317>

**National Institute of Mental Health.** (2022). *Borderline personality disorder* (NIH Publication No. 22-MH-4928). U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/borderline-personality-disorder>

**National Institute of Mental Health.** (2024, December). *Borderline personality disorder*. Retrieved April 27, 2025, from <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/borderline-personality-disorder>

**Národní zdravotnický informační portál.** (n.d.). *Poruchy osobnosti*. <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/343>

**NHS.** (2019, April 12). *Symptoms – Borderline personality disorder*. <https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/borderline-personality-disorder/symptoms/>

**Ocisková, M., Sedláčková, Z., Praško, J., Látalová, K., & Kamarádová, D.** (2014). Pokud mě cejchujete, běžte s tou terapií někam! Hraniční porucha osobnosti a stigma. *Psychiatrie pro praxi*, *15*(2), 62–67. Dostupné z <https://psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2014/02/04.pdf>

**Ocisková, M., Praško, J., Látalová, K., Kamarádová, D., Grambal, A., Sigmundová, Z., & Sedláčková, Z.** (2014). Internalizované stigma a efektivita farmakoterapie a psychoterapie u úzkostných poruch a poruch neurotického spektra. *Česká a slovenská psychiatrie*, 15(2), 62–67.

**Perry, J. C., & Bond, M.** (2000). Empirical studies of psychotherapy for personality disorders. In J. G. Gunderson & G. O. Gabbard (Eds.), *Psychotherapy for personality disorders* (Review of Psychiatry Series, Vol. 19, No. 3, pp. 1–32). American Psychiatric Press.

**Praško, J., Brunovský, M., Látalová, K., Grambal, A., Raszka, M., Vyskočilová, J., & Závěšická, L.** (2010). Augmentation of antidepressants with bright light therapy in patients with comorbid depression and borderline personality disorder. *Biomedical Papers*, 154(4), 355–362.

**Praško, J., Divéky, T., Grambal, A., Kamarádová, D., Možný, P., Sigmundová, Z., Šlepecký, M., & Vyskočilová, J.** (2010). Transference and countertransference in cognitive behavioral therapy. *Biomedical Papers*, 154(2), 189–198.

**Praško, J., Herman, E., & Seifertová, D.** (2001). Behaviorální přístupy při léčbě poruch osobnosti: Návčik sociálních dovedností. In *Konsiliární psychiatrie* (pp. 185–196). Medical Tribune.

**Ramklint, M., & Ekselius, L.** (2003). Personality traits and personality disorders in early onset versus late onset major depression. *Journal of Affective Disorders*, 75(1), 35–42. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00028-9](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00028-9)

**Reich, D. B., Zanarini, M. C., & Fitzmaurice, G.** (2009). A preliminary study of lamotrigine in the treatment of affective instability in borderline personality disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 24(5), 270–275.

**Ritsher, J. B., & Phelan, J. C.** (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, 129(3), 257–265.

**Sanchez-Roige, S., Gray, J. C., MacKillop, J., Chen, C.-H., & Palmer, A. A.** (2018). The genetics of human personality. *Genes, Brain and Behavior*, 17(3), e12439. <https://doi.org/10.1111/gbb.12439>

**Skodol, A. E., Grilo, C. M., Keyes, K. M., et al.** (2011). Relationship of personality disorders to the course of major depressive disorder in a nationally representative sample. *American Journal of Psychiatry*, 168(3), 257–264. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10010070>

**Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M.** (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. SAGE.

**StatPearls.** (2024). *Borderline personality disorder*. In *NCBI Bookshelf*. Retrieved July 30, 2025, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430883/>

**Suchomel, P.** (2021, May 20). *Poruchy osobnosti*. Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod. <https://www.pnhb.cz/psychiatriketexty/poruchyosobnosti>

**Světová zdravotnická organizace (WHO).** (2023). *Mezinárodní klasifikace nemocí pro statistické účely a klinickou praxi (11. revize)*. <https://icd.who.int/>

**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](https://doi.org/10.1521/pedi_2012_26_093)

**Tyrer, P., & Davidson, K.** (2000). Management of personality disorder. In M. G. Gelder, J. J. López-Ibor, & N. C. Andreasen (Eds.), *New Oxford textbook of psychiatry* (pp. 970–978). Oxford University Press.

**Tyrer, P., Reed, G. M., & Crawford, M. J.** (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet, 385*(9969), 717–726.

**Trull, T. J., & Bornovalova, M. A.** (2012). Genetics of borderline personality disorder: Twin studies and family designs. In *Genetics of Borderline Personality Disorder*.

**Völlm, B., & Cerci, D.** (2025). Pharmacological management of personality disorders: From evidence to practice. *BJPsych Advances, 31*(4), 214–222.

**Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R.** (2001). Olanzapine treatment of female borderline personality disorder patients: A double-blind, placebo-controlled pilot study. *Journal of Clinical Psychiatry, 62*(11), 849–854.

**Zanarini, M. C., Reichman, C. A., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G.** (2010). The course of eating disorders in patients with borderline personality disorder: A 10-year follow-up study. *International Journal of Eating Disorders, 43*(3), 226–232.

**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)

**Zelený, S.** (2008). *Etopedie – státnice 2008*. specialni-pedagogika.cz. [Online]. Archived May 23, 2011.