

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Pedagogická fakulta

Katedra psychologie

Bakalářská práce

Barbora Cinerová

2012

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Pedagogická fakulta

Katedra psychologie



**Význam smysluplnosti v životě
dospělého jedince s hraniční poruchou
osobnosti**

Vypracovala:

Barbora Cinerová

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Tereza Soukupová, Ph.D.

V Praze 2012

Prohlášení:

Prohlašuji, že bakalářskou práci na téma „Význam smysluplnosti v životě dospělého jedince s hraniční poruchou osobnosti“ jsem vypracovala samostatně. Použitou literaturu a podkladové materiály uvádím v příloženém seznamu literatury.

V Praze 2012

podpis studenta

Abstrakt

Význam smysluplnosti v životě dospělého jedince s hraniční poruchou osobnosti

Každý člověk ke svému plnohodnotnému životu potřebuje nějaké směřování a motivaci. Můžeme to nazvat smyslem pro život, který je naplňován v mnoha oblastech. Pokud však dojde k absenci jednoho či více životních smyslů člověk je konfrontován se svými hodnotami a postoji. Schopnost nalézat životní smysl není samozřejmostí. U jedinců s hraniční poruchou osobnosti je právě tato schopnost výrazně narušena, ale potřeba naplnění jejich života smyslem je o to naléhavější.

Tato práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. V teoretické části je představeno vymezení hraniční poruchy osobnosti z klinického hlediska. Dle literatury je popsán vnitřní a vnější obraz této osobnostní poruchy. Dále je pozornost věnována problematice sebevražd a parasuicidálního jednání. Problematika smysluplnosti života je představena na podkladě teorie Viktora Emila Frankla - logoterapie.

Empirická část práce je zaměřena na oblast prožívání smysluplnosti života jedinců s hraniční poruchou osobnosti. Konkrétně na to, jakým způsobem se liší pojetí smyslu života a životních hodnot u hraničních jedinců po cíleném suicidálním pokusu a jedinců s hraniční poruchou osobnosti bez této zkušenosti. Cílem výzkumu bude zjistit, zda zkušenost sebevražedného jednání může mít vliv na prožívání smyslu v životě u jedinců s hraniční poruchou osobnosti.

KLÍČOVÁ SLOVA:

hraniční porucha osobnosti, sebevražda, smysl života

Summary

The importance of meaningfulness in life of an adult with borderline personality disorder

Everyone who wants to live fulfilling life needs some heading and also motivation. It might be called a meaning of life, which is fulfilled in many areas. If there is an absence of one or more of these life meanings, the individual is confronted with his/ her values and attitudes. The ability to find the meaning of life is not a natural thing. For people with borderline personality disorder is exactly this ability distinctively disrupted, but the need of finding the meaning of life is because of this disruption even much bigger.

The thesis is divided into theoretical and empirical part. In the theoretical part is introduced the demarcation of the borderline personality disorder from the clinical point of view. The external and internal image of this disorder is described in accordance to the literature. Next part is dedicated to the problem of suicide and parasuicidal behaviour. The issues of fulfilling life are interpreted at the basis of Viktor Emil Frankl's theory - logotherapy.

The empirical part is focused on the area of experiencing the fulfillment of life at people with borderline personality disorder. Exactly on how different is the conception of life meaning and the values at individuals with borderline personality disorder after aimed suicidal attempt and individuals with borderline personality disorder without this experience. The aim of this research is to find out, whether the experience of suiciding behaviour can have an influence on experiencing the meaning of life at individuals with personality disorder.

KEY WORDS:

borderline personality disorder, suicide, meaning of life

Poděkování

Ráda bych poděkovala PhDr. Tereze Soukupové, Ph.D. za její příjemný přístup při vedení této práce a veškerou odbornou pomoc při jejím zpracování.

Mé poděkování patří také terapeutickému týmu PL Bohnice, kteří mi s ochotou pomáhali při sjednávání rozhovorů s pacienty, dále také neziskové organizaci Fokus Praha.

V neposlední řadě velmi děkuji všem pacientům, kteří byli ochotní povídat si se mnou o svém životě a spolupracovat při vyplňování dotazníku.

Vnější svoboda, jaké budeme moci dosáhnout, závisí na míře vnitřní svobody, které jsme již dosáhli. Je-li toto pravé pochopení svobody, pak naše hlavní úsilí musí být věnováno změně v nás samotných.

Mahátma Gándhí

Obsah

1. Úvod	1
2. Teoretická část.....	2
2.1. Hraniční porucha osobnosti	2
2.1.1. Vymezení hraniční poruchy osobnosti dle MKN-10	2
2.1.2. Vymezení hraniční poruchy osobnosti dle DSM-IV	3
2.1.3. Historický vývoj hraniční poruchy osobnosti	4
2.1.4. Vznik a vývoj hraniční poruchy osobnosti.....	4
2.1.5. Vnitřní obraz jedince s hraniční poruchou osobnosti	8
2.1.6. Vnější obraz jedince s hraniční poruchou osobnosti	9
2.1.7. Terapie hraniční poruchy osobnosti.....	11
2.2. Smysl života v pojetí Viktora Emila Frankla	13
2.2.1. Logoterapie.....	13
2.2.2. Existenciální analýza	14
2.2.3. Vůle ke smyslu	16
2.2.4. Svoboda a odpovědnost v pojetí V. E. Frankla.....	16
2.2.5. Svoboda a odpovědnost v pojetí I. D. Yaloma	17
2.2.6. Smysl života	17
2.2.7. Ztráta životního smyslu.....	20
2.3. Sebevražedné chování a sebevražda.....	20
2.3.1. Vývoj suicidálního jednání.....	21
2.3.2. Typologie sebevražd	22
2.3.3. Sebevražedné jednání a hraniční porucha osobnosti	23
2.3.4. Sebevražda a smysl života	23
2.4. Metody měření smysluplnosti života	24
2.4.1. Kvalitativní metody	24
2.4.2. Kvantitativní metody	25
2.4.3. ESK – Existenciální škála (Längle, Orglerová, Kundi).....	25
3. Cíl bakalářské práce	27
4. Empirická část.....	28
4.1. Výzkumný soubor	28
4.1.1. Kritérium výběru vzorku.....	28
4.2. Metodologie	29

4.3. Výzkumné hypotézy.....	29
4.4. Výsledky výzkumu.....	30
4.4.1. Grafické znázornění výsledků	35
4.5. Shrnutí volných rozhovorů	39
4.6. Diskuse..	40
5. Závěr.....	43
6. Seznam literatury.....	44
7. Seznam příloh.....	46

1. Úvod

Snad každý z nás se během své životní pouti dostane na rozcestí, kdy mu není hned jasné, jakým směrem se má vydat nebo kdy musí překonat mnohdy velmi obtížné překážky na své cestě. Jak již zmiňoval V. E. Frankl je otázka po smyslu života otázkou specificky lidskou, a proto do oblasti psychologie nesporně patří. Proto se v práci zaměřuji na úlohu životních hodnot a postojů, které člověk naplňuje a zaujímá v různých situacích, a prostřednictvím kterých objevuje smysl ve svém životě. Jsou to především nenaplněné životní hodnoty či absence smyslu v nejrůznějších životních oblastech, které člověka přivádějí do situací, kdy přemýšlí nad svým dalším směřováním.

Jedince s hraniční poruchou osobnosti provází otázka po smysluplnosti své existence téměř neustále. Díky charakteristickým rysům jejich osobnosti jsou téměř denně konfrontováni s důsledky svého jednání, se sníženou schopností odpovědnosti za svůj život a také motivací pro své další bytí či nebytí. Těmto pacientům chybí schopnost uceleného pohledu na sebe sama, na okolní svět, ale také na sebe ve světě. Přesto je to právě smysl života, který se neustále snaží nalézat a který jim tak naléhavě chybí. V důsledku častého bilancování svých pro a proti k dalšímu životu, ocitají se tito lidé mnohokrát na hranici mezi životem a smrtí.

Cílem práce bude zjistit, jakým způsobem a zda vůbec se liší vnímání smysluplnosti života u jedinců s hraniční poruchou po cíleném suicidálním pokusu a u jedinců s hraniční poruchou osobnosti bez této zkušenosti. Domnívám se, že zkušenost s konečností života je natolik vážný zásah do vnímání a prožívání člověka, že je zcela namístě zkoumat, jaký vliv taková zkušenost může mít na další vývoj takového jedince.

Výzkum bude proveden kvantitativní formou. Všem respondentům bude předložen dotazník ESK – Existenciální škála autorů A. Längla, Ch. Orglerové a M. Kundiho, který měří kompetenci osoby zacházet se sebou a se světem, neboli schopnost člověka k existenci. Tato metoda bude doplněna také volnými rozhovory s některými pacienty na téma smysl života.

Cílem práce bude zjistit, jakým způsobem může zkušenost sebevražedného jednání ovlivnit prožívání smyslu v životě u jedinců s hraniční poruchou osobnosti. Výsledky výzkumu by mohly sloužit k bližšímu poznání hraničních pacientů ve vztahu k smysluplnosti života a také, jakým způsobem tito lidé ke svému životu přistupují.

2. Teoretická část

2.1. Hraniční porucha osobnosti

Osobnost člověka můžeme definovat jako: „*souhrn vlastností a způsobů chování, které propůjčují jedinci vlastní, charakteristickou individualitu*“ (Rahn, Mahnkopf, 2000, s. 323).

Poruchou osobnosti se rozumí „*trvalý stav, projevující se nepříznivými nebo nadměrně zvýrazněnými vlastnostmi osobnosti, odchylkami v oblasti citového prožívání, uvažování i chování, zejména ve vztahu k druhým lidem a společnosti*“ (Vágnerová, 1999, s. 254).

Rysy osobnosti slouží jako prediktor nejen míry rizika vzniku odchylky, ale i pravděpodobnosti zlepšení stavu vlivem léčby (Cloninger, 2002 in Vágnerová, 2004, s. 70).

Pro uvedení do problematiky nejprve uvádím vymezení hraniční poruchy osobnosti dle MKN-10 a DSM-IV.

2.1.1. Vymezení hraniční poruchy osobnosti dle MKN-10

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) patří hraniční porucha osobnosti do skupiny Specifické poruchy osobnosti (F60) a kategorie Emočně nestabilní porucha osobnosti (F60.3). Tato kategorie je dále rozdělena na dva oddíly a to Impulzivní typ (F60.30) a Hraniční typ (F60.31).

Diagnosticky musí být splněna následující kritéria pro **emočně nestabilní poruchy osobnosti**:

1) F60.30 Impulzivní typ

A. Musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti.

B. Musí být splněny nejméně tři z následujících charakteristik a jednou z nich musí být (2):

- 1) zřetelná tendence jednat neočekávaně, bez uvážení důsledků,
- 2) zřetelná tendence k nesnášenlivému chování, ke konfliktům s ostatními, zvláště když je impulzivní chování někým přerušeno nebo kritizováno

- 3) sklon k výbuchům hněvu nebo zuřivosti s neschopností kontrolovat následné explozivní chování
- 4) obtíže se setrváním v jakékoliv činnosti, která nenabízí okamžitý zisk
- 5) nestálá a nevypočitatelná nálada

2) F60.31 Hraniční typ

A. Musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti.

B. Musí být splněny nejméně tři příznaky kritéria B pro F60.30 spolu s nejméně dvěma z následujících:

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

(Faldyna, 2000, s. 16)

2.1.2. Vymezení hraniční poruchy osobnosti dle DSM-IV

Dle amerického Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-IV) jsou základní projevy a charakteristiky hraniční poruchy osobnosti shrnuty následovně:

Trvalé a nápadné projevy nestability v interpersonálních vztazích, v sebehodnocení, emocích a kontrole impulzů, začínající v časném věku dospělosti a objevující se v různých souvislostech.

Porucha je vymezena nejméně pěti z následujících znaků:

- 1) horečné úsilí vyhnout se reálnému nebo domnělému odmítnutí,
- 2) projevy nestálých a intenzivních meziosobních vztahů, charakteristických střídáním nadměrné idealizace a znehodnocování,
- 3) poruchy identity: trvalé a zřetelně narušené, převrácené nebo nestálé sebehodnocení nebo mínění o sobě,

- 4) impulzivita nejméně ve dvou potenciálně sebepoškozujících oblastech – např. utrácení, sexualita, abúzus látek, bezohledné řízení vozidla, záchvaty vlčího hladu,
- 5) opakované suicidální tendence, pokusy, hrozby nebo sebepoškozující jednání,
- 6) emoční nestabilita vlivem výrazně reaktivní nálady, např. intenzivní epizodická dysforie, podrážděnost nebo úzkost trvající obvykle několik hodin, výjimečně i několik dnů
- 7) chronické pocity prázdnoty
- 8) zbytečně intenzivní rozhněvanost nebo ztráta kontroly nad hněvem, např. časté projevy zlosti, opakované rvačky
- 9) přechodné a se stresem související vztahovačné představy nebo těžké disociační příznaky.

(Faldyna, 2000, s.16, 17)

2.1.3. Historický vývoj hraniční poruchy osobnosti

První historicky dochované zmínky o lidech trpících příznaky této osobnostní poruchy se objevují již v dílech slavných myslitelů Homéra, Hippokrata či Aretaea. Poprvé byla hraniční porucha osobnosti vymezena roku 1938 Adolfem Sternem na podkladě psychoanalytické teorie. Významně k vymezení a specifikaci této poruchy přispěl Otto Kernberg, který ve svém pojetí navázal na M. Kleinovou, M. Mahlerovou a D. Winnicota, kteří se zabývali teorií objektních vztahů. V tomto přístupu pak hraniční porucha osobnosti vzniká patologií v raném vývoji self ve věku 6 - 8 měsíců, respektive vývoji ego struktury (Faldyna, 2000).

Knight (1953) se ve vymezení hraniční poruchy osobnosti zaměřil na oslabené funkce ega, jako je sekundární proces myšlení, integrace, realistické plánování, adaptace na prostředí, trvalost objektních vztahů a obrany vůči primitivním nevědomým impulsům.

Dalšími autory, kteří se zabývali vymezením hraniční poruchy osobnosti byli: Deutschová, Schmeberg, Rado, Esser a Lesser, Grinker, Werible a Drye, J. Gunderson, M. Robinson, M. Stone, T. Millon a M. Linehanová (Faldyna, 2000).

2.1.4. Vznik a vývoj hraniční poruchy osobnosti

Hraniční porucha osobnosti jinak také „Borderline syndrom“ patří mezi tzv. rané poruchy rozvoje osobnosti. Přesné příčiny vzniku však dosud nejsou známi. Vzniká tedy v prvních letech života, kdy nejvýznamnější roli sehrává bezpečné rodinné prostředí, především pak povaha attachmentové vazby s pečující osobou. Uvažuje se také nad vlivem

zneužívání či týraní dítěte, odmítání nebo naopak hyperprotektivity (Röhr, 2003).

„Typickými znaky hraniční (*borderline*) poruchy jsou intenzivní a zároveň nestabilní mezilidské vztahy, impulzivní a částečně sebedestruktivní chování, prudké změny nálad a vlastního sebeobrazu“ (Rahn, Mahnkopf, 2000, s. 330).

V následující části práce budou blíže specifikovány přístupy M. Mahlerové, M. Kleinové a O. Kernberga k vymezení hraniční poruchy osobnosti. S ohledem na rozsah práce byli vybráni právě tito autoři, kteří v souvislosti s problematikou hraniční poruchy osobnosti bývají citováni nejčastěji a jejichž práce přinesla významné poznatky pro popis příčin vzniku a vývoje hraniční poruchy osobnosti.

2.1.4.1. Vývojový model M. Mahlerové

M. Mahlerová (in Fonagy, Target, 2005) se ve svém konceptu zaměřila na vývoj jedince od jednoty „já“ a „ne-já“ až ke konečné fázi separace a individuace.

V první fázi, označující se termínem „*normální autismus*“, je dítě obklopeno jakousi „autistickou skořápkou“, která zabraňuje působení vnějších podnětů. Toto období vzniká v prvních týdnech života. Poté dítě ve druhém měsíci vstupuje do *symbiotické fáze*, kdy se začíná vynořovat potřeba uspokojivého objektu. V tomto období tvoří dítě s matkou symbiotický orbit, kdy dítě potřebuje, aby na jeho potřeby matka reagovala dostatečně přesně. Na počátku čtvrtého měsíce začíná proces *separace – individuace*. Během tohoto období prochází dítě postupně několika subfázemi na jejichž konci je dosažení vlastní autonomie.

V subfázi *diferenciace* se vytváří schopnost rozlišení tělesného obrazu. Dítě tedy zkoumá vlastní tělo i tělo matky. Spolu s rozvojem pohybových schopností se dítě v devátém měsíci dostává do *praktikující subfáze*, kdy dítě začíná prozkoumávat svět, avšak v bezpečné vzdálenosti od matky. Společně s dosud nabytou autonomií se u dítěte vytváří také obavy z odloučení, a tak kolem patnáctého měsíce dítě vstupuje do *znovusbližovací subfáze*. Toto období má dle Mahlerové zásadní vliv na budoucí vývoj jedince. Dítě potřebuje znovu uspokojit svou potřebu být s matkou. Pro toto období je charakteristické ambivalentní chování dítěte, které Mahlerová označuje jako „ambitendence“. Dítě si přeje znovu obnovit spojení s matkou a zároveň chce uspokojovat potřebu autonomie. Poslední subfází separačně-individuačního procesu je *konsolidace individuality a počátky citové objektní stálosti*, která začíná ve třetím roce života a trvá prakticky celý život. Předpokladem pro dosažení individuality a objektní stálosti je vybudovaná kognitivní symbolická vnitřní reprezentace objektu (Fonagy, Target, 2005).

Příčinu vzniku hraniční poruchy pak Mahlerová vidí v patologickém chování některých matek v znovusbližovací subfázi, které na návrat dítěte reagují agresivně či uzavřením se do sebe. Jejich děti pak vykazují podobné rysy chování jako hraniční pacienti. „*Pozůstatky znovusbližovací subfáze se u této skupiny projevují úpornou touhou po fúzi s matkou a zároveň hrůzou z této fúze a také pokračujícím štěpení reprezentací self a objektu, což společně znemožňuje vytvoření objektové stálosti a identity*“ (Mahler, 1971;1972; Mahler, Kaplan, 1977; Kramer, 1979, in Fonagy, Target, 2005, s. 104).

2.1.4.2. Vývojový model M. Kleinové

M. Kleinová (in Fonagy, Target, 2005) ve svém pojetí vycházela z předpokladu, že lidská psyché má dvě základní pozice: *paranoidně-schizoidní* a *depresivní*. V ranější paranoidně-schizoidní pozici se není jedinec schopen vztahovat k celým objektům, pouze k částečným. V oblasti vztahů pak dítě přikládá veškeré dobré zkušenosti ideálnímu objektu a negativní prožitky zase objektu ohrožujícímu. Depresivní pozici charakterizuje schopnost dítěte vnímat matku jako celý objekt, odpovídající za dobré i špatné zkušenosti. Dítě si tedy uvědomuje ambivalenci svých postojů k rodiči, což následně podle Kleinové vede ke vzniku depresivní úzkosti.

Ústředním pojmem pojetí M. Kleinové je projektivní identifikace, kterou definuje jako „...*nevědomou infantilní fantazii, jejímž prostřednictvím kojeneček dokáže relokovat své perzekuční zkušenosti: separuje je (odštěpí) od své reprezentace self (self-reprezentace, sebereprezentace) a učiní je součástí jiného objektu*“ (Fonagy, Target, 2005, s. 132).

U psychotických pacientů selhává právě cyklus projekce-introjekce, kdy projektivně identifikovaný objekt vstoupí do ega, čímž se vytvoří blud, že mysl nebo tělo je pod vnější kontrolou.

Hraniční osobnost pak Kleinová popisuje takto:

1. V objektivních vztazích převládá štěpení nad vytěsněním a druzí lidé jsou buď idealizováni, nebo očeňováni. Chybí skutečné poznání druhého a vnitřní svět je zabydlen částmi (nebo karikaturami) objektu.
2. Jedinec se vyhýbá depresivní pozici a veškerou špatnost odsunuje do objektu, a proto necítí žádný opravdový smutek, žal či vinu.

3. Převládá projektivní identifikace, komunikace nemůže být vzájemná; druhá osoba je manipulována a nucena přebírat nepříjemné aspekty osobnosti hraničního jedince.

(Klein in Fonagy a Target, 2005, s. 141)

2.1.4.3. Vývojový model O. Kernberga

Kernberg (1975) se ve svém přístupu soustředil především na současný stav mysli pacienta. Vznik hraniční poruchy osobnosti Kernberg popisuje jako důsledek zárazu ve vývoji ega a objektivních vztahů ve věku 6-8 měsíců dítěte v diferenciací subfázi procesu separace-individuace, tedy dříve než M. Mahlerová (Kernberg, 1975 in Praško, 2003, s. 255).

Dle Kernbergova vývojového modelu v prvních týdnech chybí rozlišení reprezentací self a objektu. V první polovině prvního roku se jedinec dostává do diferenciací fáze, kde již dochází k organizaci dobrých a špatných reprezentací self a objektu. Nedojde-li k této diferenciaci, je osoba náchylnější k psychotickým stavům. Je nutné vymezení hranic mezi self a objektem, aby se mohla psyché prožívat jako oddělená od prostředí. Od druhé poloviny prvního roku do přibližně osmnáctého měsíce až šestatřicátého měsíce se stále více rozlišují obrazy self a objektu. Ve věku tří let se začleňují dobré a špatné reprezentace a následně vznikají celkové reprezentace self i objektu. Tím také dochází k posunu od štěpení, jako hlavního obranného mechanismu k vytěsnění. Pokud nedojde k dostatečné integraci ega, dochází k těžkým charakterovým patologiím. Veliký význam pro rozvoj ego identity mají účinné interakce s druhými (Fonagy, Target, 2005).

U jedinců s hraniční poruchou dle Kernberga nedochází k propojení dobrých a špatných obrazů self a objektu do jediné reprezentace. Také obranné chování u těchto jedinců zůstávají primitivní, díky nedostatečné integraci ega, nutné ke zvládnutí zátěžových situací. Kernberg (1987) dále uvádí, že sebepoškozující chování a sebevražedné gesta hraničních jedinců se často shodují s intenzivními záchvaty vzteku vůči objektu (Fonagy, Target, 2005, s. 201, 203).

Kernbergova kritéria pro hraniční poruchu osobnosti:

1. Nespecifické projevy slabosti ega, jejichž důsledkem je nebrzděná impulzivita a značné výkyvy nálady. Současně také nízká schopnost sublimovat afekty a podřizovat je cílevědomé činnosti.
2. Převaha primárně procesového myšlení, tedy sklon k regresi do semipsychotického způsobu myšlení za nepřítomnosti vnější struktury nebo pod tlakem silných afektů.

3. Specifické obranné mechanismy, především štěpení (splitting), tedy afektivní proces oddělující od sebe protichůdné psychické obsahy a afekty. Klinicky se může toto chování projevovat: a) střídáním protikladných způsobů chování a postojů, b) rozdělení blízkých druhých na dobré a špatné s možností kdykoli toto měnit, c) současné ambivalentní představy o sobě, stále se měnící (difuze identity).
4. Patologické internalizované objektní vztahy. Druzí lidé jsou pacientem vnímáni jako zcela dobří či zcela špatní. Hraniční jedinci nejsou schopni integrovat libidinózní a agresivní aspekty druhých lidí, což jim znemožňuje plně prožívat svoje vlastní zkušenosti s nimi. Rychle se střídá proces idealizace a devalvace, což velmi zatěžuje blízké vztahy těchto jedinců.

(Praško, 2003)

2.1.5. Vnitřní obraz jedince s hraniční poruchou osobnosti

Vágnerová (1999, s. 526) uvádí: „*Hlavním znakem hraničního typu emočně nestabilní osobnosti je nevyhraněnost a nestabilita v oblasti sebepojetí, narušení emočního prožívání i uvažování a z toho vyplývající problémy v chování a mezilidských vztazích.*“

2.1.5.1. Dichotomické uvažování

Pro jedince s hraniční poruchou osobnosti je typické dichotomické uvažování, černobílé vidění světa. Tento model hraniční jedinci také aplikují do oblasti sociálních vztahů, zejména partnerských. Je pro ně zcela nepřijatelné vědomí, že jedna a táž osoba může kromě kladných vlastností mít také i stinné stránky, a přesto může tvořit dokonalý celek. Charakteristické je, že tyto kvality mohou mezi sebou velmi rychle alternovat (Vágnerová, 2004).

„*Nejde o poruchu rozumových schopností, ale o narušení postoje k posuzované realitě.*“ (Halgin, Whithbourne, 1994; Gelder a kol., 1996 in Vágnerová, 2004, s. 527)

2.1.5.2. Pocity prázdnoty a afektivita

Dalším typickým znakem hraničních osobností jsou pocity emoční prázdnoty, které vyplývají z faktu, že tito lidé nejsou schopni duševního setkání s druhým v emocionální rovině a blízké vztahy tak prožívají především na fyzické úrovni s cílem uspokojení vlastních potřeb. Pocity prázdnoty jsou následně vystřídány prudkými změnami afektivity a

sebehodnocení. Typické je nerealistické vnímání sebe i druhých a nestabilní vlastní identita. Reakcí na absenci pocitu vnitřního naplnění bývá výrazná impulzivita v chování (Praško, 2003).

2.1.5.3. Štěpení

Proces štěpení umožňuje hraničnímu jedinci vytvářet fantazijní, nepřesné a neadekvátní obrazy druhých, které v sobě nezahrnují všechny vlastnosti a skutečnosti. Tím je umožněno již popisované dichotomické pojetí světa druhých i vlastní identity, kdy se primárně jedinci orientují na idealizovanou a ohrožující formu postojů. Tyto reprezentace však není hraniční jedinec schopen využívat současně (Praško, 2003).

2.1.6. Vnější obraz jedince s hraniční poruchou osobnosti

Vnější projevy chování hraničních pacientů přímo korespondují s vnitřními prožitky a stavy. Zejména výraznými prvky chování jsou silná impulzivita a agresivita. Impulzivní chování je odrazem neschopnosti odkládat své potřeby, naopak je vyvinuta silná touha po okamžitém uspokojení. Stejně tak se stává agresivita jediným prostředkem, jak se zbavit vnitřního tlaku (Praško, 2003).

2.1.6.1. Impulzivita

Impulzivní jednání je jednou z nejvýraznějších charakteristik osob s hraniční poruchou. Nejčastěji se tak hraniční jedinec chová v nestrukturovaných situacích, zůstane-li sám, nebo v behaviorální regresi při hospitalizaci, či ve stresových situacích (Beloucký, 1993).

Impulzivita se projevuje nejčastěji autoagresivním chováním. Výrazně také zasahuje do oblasti interpersonálních vztahů. Impulzivních projevů využívají tito jedinci k manipulaci a ovlivnění druhého. „*Může jít rovněž o důsledek prementalistických strategií zaměřených na fyzickou akci, tedy počítajících pouze s možností fyzického, a nikoli psychického ovlivnění druhého*“ (Vavřda, 2005, s. 116). Ačkoli hraniční jedinci nutně potřebují druhého k naplnění vlastní identity, většinou si jej nedokáží udržet (Vágnerová, 2004).

2.1.6.2. Sebepoškozování

Výsledkem impulzivity hraničních pacientů je agresivní chování, které je směřováno k druhým, ale především k vlastní osobě v různých podobách sebepoškozování. To může být projeveno fyzickými atakami jako pálení kůže, řezání, parasuicidálním jednáním, promiskuitou, občasným abúzem návykových látek, dále také poruchami příjmu potravy, či hazardováním v nejrůznějších oblastech. Mimo jiné souvisí automutilační jednání s emoční vulnerabilitou, čili omezenou schopností hraničních pacientů ovládat své emoční reakce (Beloucký, 1993).

Průběh aktu sebepoškození představuje několik fází. Předchází mu precipitující událost (např. ztráta významného vztahu), následně se objevují pocity napětí a úzkosti a počínající myšlenky na sebepoškození. Mohou se objevit pokusy automutilační jednání odvrátit, což je v případě hraničních pacientů ojedinělé z důvodu jejich výrazné impulzivity. Vnitřního napětí roste, následuje jeho uvolnění prostřednictvím různým forem sebepoškození (Koutek, Kocourková, 2003).

„Sebedestruktivní a další impulsivní disfunkční chování je obvykle maladaptivní odpovědí na nadměrné, nezvládnutelné a intenzivní bolestné negativní afekty.“ (Beloucký, 1993, s. 98)

A. R. Favazzy (in Kriegelová, 2008, s. 17) definuje záměrné sebepoškozování jako přímou a záměrnou destrukci nebo poškození vlastních tělesných tkání bez vědomého suicidálního záměru.

Záměrné sebepoškozování u hraničních pacientů je často chápáno jako způsob upozorňování na sebe sama a snaha o manipulaci s druhými (Alderman 1997, in Kriegelová 2008, s. 36), ovšem někteří autoři hodnotí, že se naopak jedná o vysoce sebeprotektivní metodu udržení ostatních v dostatečné vzdálenosti (Sutton, 1999, in Kriegelová 2008, s. 36).

Sebepoškozující chování u hraniční osobnosti představuje:

- ♣ záměrné sebepoškozování
- ♣ suicidální chování
- ♣ setrvávání v násilném vztahu
- ♣ rizikové chování

(Kriegelová 2008, s. 35)

2.1.6.3. Sebevražedné jednání

„Parasuicidálním jednáním je míněno sebepoškozující jednání nebo suicidální pokusy, při nichž není, nebo jen malá touha zemřít.“ (Linehan in Faldyna, 2000, s. 29)

Jedinci s hraniční poruchou často využívají tzv. parasuicidálního jednání k manipulaci se svým okolím. Snaží se tak dosáhnout uspokojení svých přání, respektive toho, aby byla jejich přání vyplněna druhou osobou. Zároveň však sebevražedné jednání vyplývá z nesnesitelné intenzity afektivních stavů a jiných osobních a situačních důvodů. Není proto na místě na veškeré suicidální tendence hraničních pacientů dogmatickým způsobem nahlížet, jako na demonstrativní čin (Praško, 2003).

Problematika vztahu suicidality a hraniční osobnosti bude blíže specifikována v další sekci práce.

2.1.7. Terapie hraniční poruchy osobnosti

„Porucha osobnosti doprovází lidského jedince prakticky po celý život, i když v určitých obdobích se projevuje značně nápadně (tzv. dekompenzace) a jindy si ji nepovšimneme a není problémem“ (Vymětal, 2003, s. 183).

Práce s hraničními pacienty je velmi náročná a dlouhodobá. Ačkoli lze vhodnou terapií utlumit aspekty této poruchy tak, aby byl život pro takového jedince snesitelný, ve většině případů je třeba celoživotní terapie. V terapeutické práci s hraničními pacienty je velmi důležitá skutečná a úplná akceptace klienta a vysoká schopnost empatie. *„Psychoterapii v těchto případech usilujeme o nápravu škody, jež pravděpodobně vznikla v časném dětství“ (Vymětal, 2003, s. 188).*

Na počátku terapie je vhodná individuální forma, která může postupem přejít ve skupinovou. V terapeutickém vztahu je ilustrován raný patologický vztah k matce či pečujícím osobám. Pacient se v prvé řadě snaží s terapeutem navázat symbiotický vztah, ve kterém je osobnost terapeuta považována za „ochránce“ před zlým světem.

Zároveň jsou zde přítomny pacientovy obavy ze ztráty vlastní autonomie, které vyústí až k potřebě vymanit se z tohoto vztahu. Osobnost terapeuta se pro pacienta stává objektem uspokojení svých potřeb, proto se současně velmi obává ukončení terapeutického vztahu. Nastává období distance a aktivace archaických pocitů zlosti a nenávisti, které pacient přenáší

na terapeuta. Hlavním cílem terapie emočně nestabilní poruchy je pomoc při přechodu od chaosu ke struktuře (Röhr, 2003).

2.1.7.1. Psychoterapeutické přístupy k léčbě hraniční poruchy osobnosti

„*Terapie je hluboké a obsáhlé zkoumání průběhu a smyslu života.*“ (Yalom, 1999, in Křivohlavý, 2006, s. 97)

Nejrozšířenějším přístupem je v oblasti hraničních poruch osobnosti psychoanalytická psychoterapie, využívající teorii objektních vztahů. Zde je především kladen důraz na vztah mezi terapeutem a klientem, kdy je zapotřebí, aby se rysy a vlastnosti terapeuta shodovaly s osobností „dobrého rodiče“ a tím mohlo dojít k dodání toho, co během vývoje chybělo (Vymětal, 2003).

Druhým typem hojně se využívající terapie je dialektická behaviorální terapie, která si při práci s hraničními pacienty klade za cíl dosažení větší míry kontroly těchto jedinců nad svými životy skrze sebepoznání, nácvik emoční regulace a kognitivní restrukturalizace v prostředí terapeutické skupiny (Faldyna, 2000).

Tyto přístupy bývají doplňovány podáním psychofarmak jako jsou anxiolytika, antidepressiva, antiepileptika a neuroleptika.

Dalším rozšiřujícím se přístupem je schematerapie pro hraniční poruchu osobnosti (STBPD), která se více zaměřuje na efektivní pomoc pacientům s hraniční poruchou. Velký důraz je kladen na terapeutický vztah. Tato metoda vychází z kognitivně-behaviorální psychoterapie a je zaměřena na 4 základní mechanismy - omezené rodičovství, prožitková imaginace a dialog, kognitivní restrukturalizace a edukace, změna vzorců chování. Terapeut se nejprve zaměřuje na emoční regulaci, poté na změnu vnitřních schémat a následně na rozvoj autonomie daného jedince (Grambal, et al., 2011).

Existenciální analýza při terapii poruch osobnosti vychází z motivační teorie, která popisuje 4 základní podmínky pro život, tedy základní osobní motivace (ZOM). Na úrovni 1. ZOM je základní otázkou *Mohu být?*, na 2. ZOM *Jsem rád, že jsem?*, na 3. ZOM *Smím být takový, jaký jsem?*. Na 4. ZOM se již uplatňuje vůle ke smyslu, čili *Chci žít smysluplně!*. Na rovině 1., 2., a 3. ZOM se uplatňují techniky existenciální analýzy jako psychoterapie, na úrovni 4. ZOM se pak následně užívá logoterapeutických postupů. Ústřední technikou existenciální analýzy je personální (osobní) existenciální analýza (PEA), která se zabývá

vnitřním prožíváním jedince. Terapeut se při práci s klientem nejprve zaměřuje na uchopení dané situace, co do jeho života přichází, a jakým způsobem to prožívá. Dále na to, zda dané situaci rozumí, jaký k ní zaujímá postoj. A následně na to, jak na danou situaci klient zareaguje, a tím i znovuobnoví dialog se světem. Cílem je tedy především subjektivní porozumění tomu, co prožívám (Längle, 2010).

„Je vhodné, jsou-li pro pacienty vytvářeny i individuální programy související s jejich problematikou, tedy postupy „šité na míru“.“ (Vymětal, 2003, s. 186)

Následující úsek práce bude věnován V. E. Franklovi, základním myšlenkám jeho antropologie – logoterapii a existenciální analýze. Srovnány budou také přístupy k otázkám svobody a odpovědnosti V. E. Frankla a I. D. Yaloma, v současné době asi nejvýznamnějšího představitele existenciální psychoterapie.

2.2. Smysl života v pojetí Viktora Emila Frankla

Smysl života je ústředním pojmem Franklovy teorie – logoterapie, která se soustřeďuje na smysl lidské existence a na lidské hledání tohoto smyslu. Život každého člověka musí být naplňován smyslem. Vůle ke smyslu však může být uspokojena pouze tehdy, pokud tak činí člověk sám. Proces hledání smyslu probíhá neustále v různých životních situacích, které se však každým okamžikem mění, proto i člověk neustále objevuje nové jedinečné smysly. Toto objevování životního smyslu je neustálou výzvou a odpovědností každého člověka. Dotazování každého člověka po smyslu života, je dle Frankla specifickou lidskou potřebou (Frankl, 1996).

2.2.1. Logoterapie

„Smysl a hodnoty jsou logos, na něž psyché transcenduje sebe samu“ (Frankl, 1965).

Logoterapie je nazývána, po Freudově psychoanalýze a Adlerově individuální psychologii, „třetí vídeňskou školou psychoterapie.“ Hlavní myšlenky se opírají o díla představitelů filosofických směrů jako existencialismu, fenomenologie či holismu. Veliký význam pro rozpracování této metody měly pro Frankla také jeho osobní tragické zkušenosti.

Zájem této metody je soustředěn na smysl lidské existence i na lidské hledání tohoto smyslu. Díky logoterapii byla tak psychoterapie rozšířena o specificky lidskou, tedy duchovní dimenzi.

Pojem *logos* (smysl,slovo) Frankl označuje jako transcendující smysl života. V psychoterapeutické práci pak je výstižnější označení *slovo*, protože právě na citlivou práci se slovem, je zde kladen největší důraz. Hovoříme zde také o „terapii rozhovorem“.

Na rozdíl od psychoanalýzy, je logoterapie metodou méně retrospektivní a introspektivní. Je zaměřena spíše k budoucnosti člověka a významům, které má pacient naplnit (Frankl, 1964).

Do psychoterapie tento směr vnesl dimenzi existenciálního naplnění a otázku vyrovnávání se smyslem bytí (Yalom, 1980).

2.2.2. Existenciální analýza

Termínem existenciální analýza Frankl ve svých dílech označoval za psychoterapeutickou antropologii, ale také za analýzu konkrétního člověka. „*Tak jsme postavili proti Freudově psychoanalýze analýzu, která je analýzou „být člověkem“ vzhledem na „být odpovědným“*“ (Frankl, 2006, s. 72). Na rozdíl od psychoanalýzy je osoba nikoli pudově determinována, nýbrž smyslově orientována (Frankl, 2006).

Existenciální analýzou můžeme označit hledání konkrétního smyslu, který je vztážen k jedinečnosti každé osoby a k neopakovatelnosti každé situace. V této souvislosti Frankl často citoval slova Friedricha Nietzscheho: „*Jen ten, kdo má „proč“ žít, unese pak téměř jakékoli „jak“*“ (Frankl, 2006, s. 98).

Tato metoda nenahlíží na člověka pouze jako na psychofyzický organismus, ale zahrnuje ve svém pojetí také duchovně-osobní rovinu člověka.

Frankl ve své antropologii předpokládá trojí určenost člověka. „*Zcela jsme determinováni světem přírody, relativně svobodně se pohybujeme ve světě společnosti a naprostou svobodu volby máme ve světě ducha. S přírodou jsme spjati svým tělem, s lidmi a lidskými výtvoři svou duší a s říší ducha nás spojuje logos. Člověk jako osobnost je tedy jednotou těla, duše a logu*“ (Frankl, 1996, s. 233).

2.2.2.1. Současné pojetí logoterapie a existenciální analýzy

Pojetí Logoterapie a Existenciální analýzy bylo rozpracováno především během 80. let do dvou směrů. Prvním je přístup Elisabeth Lukasové, která přímo navázala na tradiční Franklovo pojetí logoterapie, jako doplnění tradiční psychoterapie.

Druhým směrem je Existenciální analýza Alfrieda Längleho, v jehož pojetí je logoterapie chápána jako na smysl orientovaná metoda poradenství. Längle tak založil samostatný psychoterapeutický směr opírající se o Franklovu teorii, který ve své koncepci zahrnuje diagnostiku, poradenství a psychoterapii.

M. Wagenknecht (2007) ve své přednášce na téma *Osoba v dialogu* shrnuje současné rozpracování Franklovy logoterapie a existenciální analýzy do těchto bodů:

- ✦ **Osobně - emocionální obrat** neboli příklon k subjektu a jeho emocionalitě jako základu terapeutické práce, jde o rozšíření dialogického pojetí existence o "požadavek" osoby.
- ✦ **Rozpracování teorie motivace** - rozšířením existenciální motivace o tři předpoklady předcházející "vůli ke smyslu" v konceptu základních osobních motivací a obohacení o existenciálně-analytickou koncepci emocí, dále pak začlenění tělesných a duševních motivačních sil (psychodynamiky, biodynamiky) do existenciálně analytické teorie motivace.
- ✦ **Metodické rozšíření**- rozšíření původních metod Franklovy logoterapie (dereflexe, paradoxní intence, postojové změny a sokratovského dotazování) o metody které jsou vhodné u psychotických pacientů, hraničních pacientů, osobnostních a těžších neurotických poruch jsou to např.: osobní existenciální analýza, metoda hledání smyslu, metoda posilování vůle a další. V neposlední řadě stojí za zmínku i vytvoření nového sebesposuzovacího dotazníku schopností osoby – Existenciální škály.
- ✦ **Biografická práce** - V současné existenciální analýze nadále zůstává jako primární orientace na budoucí, pouze tam, kde to minulé (např. nějaké trauma) zasahuje do přítomné situace, zabývá se existenciálně analytická terapie touto minulostí. Frankl pokládal i toto rozšíření za nepřijatelné, protože odvádí člověka od jeho existenciálního úkolu, plnění požadavků situace.

(Wagenknecht, 2001)

2.2.3. Vůle ke smyslu

Frankl ve svém holistickém pojetí člověka rozděluje lidskou povahu do třech dimenzí: fyziologickou, psychologickou a noologickou. Právě k uspokojení základních noických potřeb člověk uplatňuje *vůli ke smyslu*. Ta je postavena v protikladu k Freudově *vůli ke slasti* a Adlerově *vůli k moci*. Frankl však zdůrazňuje, že pravá vůle ke smyslu musí vyplynout ze svobodného a samostatného rozhodnutí každého jedince. Dle Frankla existuje něco jako vědomí o smyslu, které tvoří základ vůle ke smyslu. Vůle ke smyslu velmi úzce souvisí s odpovědností a svobodou každého jedince (Frankl, 2006).

2.2.4. Svoboda a odpovědnost v pojetí V. E. Frankla

„Člověk je svobodný proto, aby byl odpovědný, a je odpovědný za uskutečňování smyslu svého života, za *logos své existence*.“ Logos je svět smyslu a hodnot, je objektivním korelátém subjektivního fenoménu, nazývaného lidská existence (Frankl in Tavel 2007, s. 134).

„Svoboda není něco, co člověk má. Svobodným člověk je“ (Frankl in Křivohlavý, 1994, s.16).

Frankl předpokládá, že svoboda člověka je omezena jakousi osudovostí. Svoboda bez osudu je nemožná. Člověk je snad svobodný, ale nachází se v poli vazeb, které jsou východisky pro jeho svobodu. Člověk není svoboden od podmínek, má však svobodu zaujmout k nim určitý postoj. Se svobodou však přímo souvisí *odpovědnost*, za naše rozhodnutí a především za náš život (Frankl, 1996).

K odpovědnosti je člověk přitahován a zároveň se od ní odtahuje. Odpovědnost ve svém hlubším významu znamená něco hrozného a krásného zároveň. Hrozného v tom smyslu, že v každém okamžiku je člověk odpovědný za své následné počínání, které v sobě vždy nese ztrátu nebo uskutečnění neopakovatelné příležitosti. Oproti tomu, vědomí toho, že o pomíjivosti daného okamžiku rozhoduje daný jedinec, je nádherné (Frankl in Tavel, 2007).

Právě svoboda rozhodování neboli svoboda vůle, je pro člověka samozřejmostí, člověk se tak bezprostředně prožívá jako svobodný. Svoboda vůle se staví proti osudovosti, neboť osudem nazýváme to, co svobodě člověka vymyká, tedy to za co neneseme odpovědnost. Orgánem smyslu vidí Frankl *svědomí*. Dále uvádí, že člověk může jednat buď v souladu se svým svědomím, nebo naopak proti němu, přičemž se po určité době objeví pocity viny či výčitky svědomí (Frankl, 1996).

Frankl hovoří o lidském bytí jako o být odpovědným, a sice právě na základě základní svobody člověka. Přičemž vztah mezi svobodou a odpovědností se neprojevuje pouze jako svobodou od něčeho, nýbrž svobodou k něčemu, která je tvořena právě odpovědností (Frankl, 2006).

2.2.5. Svoboda a odpovědnost v pojetí I. D. Yaloma

Yalom se ve svém pojetí zaměřuje na dva aspekty svobody: svobodu člověka vytvářet svůj vlastní život- *odpovědnost* a svobodu člověka toužit, volit, jednat a především měnit se-*vůle*.

Odpovědnost Yalom vysvětluje jako předpoklad na cestě ke změně, čili jako přechod od uvědomění k jednání. Odpovědnost znamená dovednost odpovídat. „*Aby se člověk změnil, musí nejprve přijmout odpovědnost: musí se zapojit do nějaké činnosti*“ (Yalom, 2006, s. 294). Odpovědnost na nejhlubší rovině je součástí existence, avšak její vztažnost k existencialitě není zřejmá na první pohled. Odpovědnost člověka je především určována lidskou subjektivitou a individualitou, což v podstatě znamená, že nic není ve skutečnosti tak, jak se nám zdá být. Jak sám autor popisuje: „*Utvářet sebe a svůj svět (a být za to odpovědný), stejně jako si svou odpovědnost uvědomovat, je velmi děsivý poznatek*“ (Yalom, 2006, s. 229).

V této souvislosti Yalom zmiňuje termín *nezakořeněnost* pro subjektivní prožitek odpovědnosti, která je spojena s uvědoměním si konečnosti života. Tato úzkost za zániku vlastního světa může pro člověka vážné důsledky v podobě existenciální osamělosti. „*Odpovědnost za „pro sebe sama“ (to jest individuální vědomí) je obrovská, neboť právě díky „pro sebe sama“ existuje svět*“ (Yalom, 2006, s. 229).

2.2.6. Smysl života

„*Životní smysl není abstraktní, nýbrž tak konkrétní a jedinečný, jako sama situace*“ (Frankl, 1978, s. 62).

Smysl života je vždy u každého člověka jedinečný. Frankl však upozorňuje na to, že by se člověk neměl dotazovat po smyslu svého života, ale spíše se s odpovědností stavět k situacím a úkolům, které nám život přináší. Neustálé objevování smyslu a hodnot vidí Frankl jako jednu z podmínek duševního zdraví. Pokud člověku chybí vědomí smyslu, či se objevuje pocit životní prázdnoty nastává situace, kterou Frankl nazývá existenční vakuum.

Životního smyslu může dle Frankla člověka dosahovat třemi cestami: vykonáním

činu, prožitím hodnoty a utrpením.

Vykonání činu v sobě zahrnuje jakoukoli činnost, kterou konáme s ohledem na druhé. Prožití hodnoty představuje jakýkoli obohacující lidský zážitek. V této souvislosti Frankl dělí hodnoty na: tvůrčí, zážitkové a postojevé. Tvůrčí hodnoty jsou uskutečňované jakoukoli svědomitou prací. Zážitkové se váží k emocím, kdy za nejhodnotnější lidský zážitek Frankl pokládá lásku.

Odlíšné pojetí životního smyslu předkládá I. D. Yalom, který ho považuje za aktivní a kreativní odpověď každého člověka na absolutní bezsmyslnost světa. Člověk sám je zde tvůrcem svého životního smyslu, který je Yalomem chápán, jako svou podstatou jedinečný výtvar, vědomá a nevědomá projekce osoby do světa (Tavel, 2007, s. 102).

Yalom (1999) na základě svých psychoterapeutických zkušeností popisuje čtyři základní skutečnosti existence – smrt, izolace, nesmyslnost a svoboda. Konfrontace s nimi může v člověku vyvolat hlubokou úzkost. Hledání smysluplnosti existence je založeno na diskusi nad cíli jako je altruismus, hédonismus, oddání se určité věci, plodnost, tvořivost a sebeaktualizace. Konání člověka dostává hlubší smysl, pokud je sebezpřesahující, tj. zaměřené mimo sebe sama (Yalom 1999, in Křivohlavý, 2006, s. 97).

2.2.6.1. Smysl lásky

Láska je dle Frankla jediný způsob, jak můžeme prožívat druhého člověka v celé jeho jedinečnosti a jednorázovosti. Láska milujícího otevírá pro plnohodnotný svět a člověk se díky ní stává vnímavější k těmto hodnotám. *“Opravdová láska o sobě a pro sebe nepotřebuje tělesné ani ke svému probuzení, ani ke svému naplnění. Ale používá tělesna vzhledem k obojímu“* (Frankl 1982, s. 126). Opravdová láska se váže k tělesnu tak málo, že může přetrvat smrt milovaného a vytrvat až do vlastní smrti. Láska je však jen jednou z možností, jak vyplnit život smyslem (Křivohlavý, 1994).

2.2.6.2. Smysl utrpení

„Má-li život vůbec nějaký smysl, pak musí mít smysl také utrpení. Vždyť k životnímu údělu člověka patří také nutně utrpení a umírání, které spoluvytvářejí celek lidského bytí“ (Frankl 1964, s. 47).

Právě v této oblasti se dle Frankla nejvíce uskutečňují postojevé hodnoty. Pokaždé, když se dostáváme do situací, které jsou námi nezměnitelné, dostává se nám dle Frankla jedinečná příležitost naplnit svůj život nejhlubším smyslem, který v sobě utrpení skrývá. Zde

nejvíce záleží na postoji, který k utrpení zaujmeme. Dle Frankla je utrpení známkou duševního života, která nám dává příležitost pro zrání a růst naší osobnosti (Frankl, 1996).

Frankl (Drapela, 1997) ve své logoterapii hovoří o třech oblastech utrpení - utrpení, vině a smrti. Člověk dosáhne konečného smyslu v životě tehdy, když své utrpení přemění na mravní vítězství. Člověk je ochoten i trpět, ale jeho utrpení musí mít smysl.

„Tam, kde jsme vystaveni jako bezmocné oběti beznadějné situaci, můžeme utvářet život smysluplně, můžeme uskutečnit to nejlidštější v člověku a to je jeho schopnost změnit také tragedii – na lidské úrovni – v triumf“ (Frankl, 1997).

2.2.6.3. Smysl smrti

Může snad smrt vzít životu smysl? Zpochybňuje snad konečnost života fakt, že by nějaký vůbec mohl mít? Frankl říká, že naopak vědomí konečnosti a pomíjejícínosti dodává jedinečnost každému okamžiku. Pokud by v životě nebylo konečnosti, ztratily by naše životní hodnoty na významu. Záleží zde na skutečnosti, zda život smysl má, pokud by ho postrádal, neměl by ho ani, pokud by byl neomezeně dlouhý (Frankl, 1996).

„Žij tak, jako bys žil podruhé a jako bys byl poprvé udělal všechno tak špatně, jak si jen dovedeš představit.“ (Frankl, 1996, s. 81)

2.2.7. Ztráta životního smyslu

Pokud člověku chybí vědomí smyslu a jeho život je naplněn pocitem prázdnoty, nastávají stadia syndromu ztráty životního smyslu: existenciální vakuum a existenciální neuróza.

2.2.7.1. Existenciální vakuum

Existenciální vakuum, neboli pocit vnitřní prázdnoty, pocit propastné bezsmyslnosti vlastního bytí, který se obvykle projevuje subjektivním stavem nudy, prázdnoty a apatie. Tyto pocity existenciální prázdnoty, bezobsažnosti a prázdnoty existence označuje Frankl „existenciální frustrací“ (Tavel, 2007).

Člověk v tomto stavu ztrácí životní směr a zpochybňuje smysl svých aktivit. Typickým jevem je tzv. nedělní neuróza, kdy jedinec v okamžiku konce pracovního shonu postrádá naplněnost svého času a života (Frankl, 1994).

2.2.7.2. Existenciální („noogenní“) neuróza

Pokud se u člověka existenciální frustrace rozvinou vedle explicitních pocitů prázdnoty také neurotické symptomy, jedná se o tzv. noogenní neurózu. Příznaky noogenní neurózy jsou projevem deformace vůle ke smyslu (Frankl, 1999).

Jedná se o stav, kdy člověk postrádá subjektivně hodnotné cíle pro činnost, která by tuto prázdnotu vyplnila. Často se tak jedinec ve snaze o znovuobjevení smyslu uchyluje k nepatřičným prostředkům ve formě přehnané vázanosti na sebe nebo na motivy a činnosti přinášející zdánlivý smysl (agresi, soupeření, úzkost, destrukci, sex, drogové opojení, pasivní spotřební zábavu, apod.), až po pokusy o sebezničení (Vymětal, 2004).

„V případech noogenní neurózy je indikována logoterapie. Samozřejmě logoterapie nemůže dát životu pacienta smysl, ani vzbudit jeho vůli ke smyslu. Ta musí vyklíčit a klíčí, jakmile se mu nabídne nějaký smysl“ (Frankl, 2006, s. 126).

2.3. Sebevražedné chování a sebevražda

„Domnívám se, že je to útěk, jímž se člověk snaží nalézt ztracený ráj, místo toho aby se snažil zasloužit si nebe. Touha po smrti, kterou vůle rozpoutává v okamžiku, kdy pokušení sebevraždy nabývá vrchu, je z psychologického hlediska touhou po regresi do prenatálního stavu“ (Landsberg, 1990, s. 187).

„Sebevražda je jednou z lidských možností. Každý si svou smrt může vybrat sám. [...] Sebevražda je výrazem naléhavé potřeby změnit od základu svůj život. [...] Chceme-li pochopit sebevraždu, musíme vědět, jaké mytické fantazie probudila v lidské duši.“ (Hillman, 1997 s. 39 a 50 in Vágnerová, 2008, s. 487)

Suicidální jednání bylo přítomno v lidské společnosti již od pradávna, ale jeho význam a společenské postoje k němu se v různých společenstvech a dobách lišily. S výrazným rozvojem moderní lidské společnosti se však počet individuálních sebevražd zvýšil. Sebevraždou označujeme násilné autoagresivní jednání, jehož záměrem je dobrovolné zničení a ukončení vlastního života. Termínem sebezabití pak označujeme takové sebedestruktivní jednání, ve kterém chyběl vědomý úmysl zemřít. Takové jednání pak může vyplývat z těžkých psychotických projevů, jako jsou halucinace nebo bludy, ale může být také důsledkem násilného vynucení druhou osobou (Vágnerová, 2008, s. 489).

Sebevražda je většinou pachatelů považována za jediné východisko z osobní životní krize. Jedinec má pocit, že není schopen plnit nároky, které jsou na něho ze strany okolí kladeny. Cítí se bezmocný, myslí si, že ve svém životě selhává a především nenachází motivaci pro další život.

Motivace a tendence k suicidálnímu jednání se v různých vývojových fázích člověka liší. Významným faktorem jsou zde také osobnostní rysy daného jedince a je životní zkušenosti a události. Značnou roli zde také sehrává fyzické a duševní zdraví jedince a jeho sociální zázemí.

2.3.1. Vývoj suicidálního jednání

Samotné uskutečnění suicidálního pokusu nevzniká náhle. Obvykle prochází jedinec se suicidálními tendencemi několika fázemi, od prvotních myšlenek na sebevraždu až po její uskutečnění.

- ♣ V první fázi přicházejí *prvotní sebevražedné úvahy*. Jedinec se zamýšlí nad způsobem řešení zátěžové situace a sebevraždu vidí, jako jednu z variant, jak krizovou situaci vyřešit.
- ♣ Druhým stupněm je již *konkrétní podoba způsobu sebevraždy*. Jedinec přijal suicidium jako způsob řešení svých problémů.
- ♣ Třetí fází je realizace suicidálních úvah, tedy uskutečnění pokusu o sebevraždu. I v této fázi však nemusí být přítomen záměr ukončení života a může se jednat o tzv. „volání o pomoc“.

(Vágnerová 2008, s. 501)

2.3.2. Typologie sebevražd

2.3.2.1. Dělení z hlediska motivace a úmyslu skutečně zemřít

- ♣ Sebevražda jako cíl. Člověk v tomto případě z různých důvodů pojmá svůj život jako zátěž, které je třeba se zbavit. Jedinec si přeje zemřít.
- ♣ Sebevražda jako prostředek. Zde se jedná o tzv. parasuicidální jednání, které jedinec užívá jako prostředek manipulaci se svým okolím. Sebevražedné pokusy zde mají demonstrativní charakter.

(Vágnerová, 2008)

2.3.2.2. Dělení dle motivace a záměru sebevražedného jednání

- ♣ **Bilanční sebevražda** je výsledkem zhodnocení vlastního života. Jedinec zvažuje svá pro a proti k životu a výsledkem jeho úvah je přání svůj život ukončit. Protože se zde jedná o dlouhé a převážně racionální zvážení, většina těchto pokusů bývá dokonáných.
- ♣ **Impulzivní sebevražda** vzniká z náhlého afektu, který překrývá i pud sebezáchovy. Jedinec se k tomuto jednání uchyluje většinou z dlouhodobých depresivních stavů, jedná zkratovitě a nezamýšlí se nad prostředky. Ve většině případů se jedná o způsob upozornění okolí na vlastní problém spíš než o touhu zemřít.
- ♣ **Rozšířená sebevražda** je činem několika lidí. Pod vlivem hlavního iniciátora se skupina původně pasivních lidí rozhodne z různých motivů (např. náboženských) ke společnému spáchání sebevraždy. Může se jednat o sebevraždu dvojitou či skupinovou.
- ♣ **Sebevražedný pokus** neboli nedokončené suicidium. Jedinec své úmysly přehodnotí a přivolá si pomoc, případně mu v jeho činu někdo zabrání.

(Vágnerová, 2008, s. 500)

2.3.3. Sebevražedné jednání a hraniční porucha osobnosti

„ Souvislost suicidia u lidí s psychickým onemocněním nelze vyvozovat pouze z příznaků nemoci, neboť jejich důvody k suicidii se neodlišují od důvodů psychicky zdravých lidí“ (Finzen in Rahn, Mahnkopf, 2000, s. 397).

K sebevražednému jednání se během života uchyluje většina jedinců s hraniční poruchou. Je však nutné rozdělit a odhalit důvody a také záměry, které k suicidálnímu jednání vedly.

U těchto lidí je silně vyvinutý strach z fyzického opuštění blízkou osobou. Osobnost druhého pro takového jedince představuje „bezpečnostní základnu“ pro kontrolu a zvládnání jeho emočních stavů. Rozchod s druhým pak doslova ohrožuje život hraničního jedince. Způsobem jak zamezit možnému opuštění je sebevražda. Cílem tedy ve většině takových případů není ukončení života, ale spíše snaha o znovupřipoutání partnera (Vavrda, 2005, s. 118).

„... protože opuštění prožívá jako psychickou i fyzickou smrt, udělá všechno, aby se této ztrátě vyhnul“ (Röhr, 2003, s. 112).

Parasuicidální jednání je tedy prostředkem ke komunikaci a manipulaci s druhým, takové jednání má především demonstrativní charakter.

Jak již bylo popsáno, charakteristickým prvkem v chování hraničních pacientů je impulzivita, která také mnohdy sehrává významnou roli při sebevražedných tendencích. Afektivní impulzy jsou spouštěny především v situacích, kdy si jedinec připadá ohrožen. Pak může být i sebevražedný pokus páčán pod vlivem emocí.

Oproti výše uvedenému bývá sebevražedný pokus páčán také jako způsob zbavení se nesnesitelných afektivních výkyvů, pocitů prázdnoty a ztráty životního smyslu, podobně jako tomu bývá u jedinců bez duševního onemocnění. V takových případech se již nejedná o demonstrativní čin, ale o cílené suicidium s touhou po smrti.

2.3.4. Sebevražda a smysl života

„Vůbec žádný člověk nemůže vědět, zda může od života ještě něco očekávat a která velká hodina na něj snad ještě čeká.“ (Frankl, 1994, s. 46)

Frankl říká, že základní motivací pro pokus o sebevraždu je ztráta životního smyslu.

V souvislosti s tzv. bilančními sebevraždami si Frankl klade otázku, zda může být hodnotová bilance života někdy tak negativní, aby se další život člověku jevil jako bezcenný. Současně dodává, že únava životem je pouze pocit, a pocity nikdy nejsou argumentem. Dle Frankla je sebevražda nepřijatelná také proto, že znemožňuje člověku nalézt smysl života prožitím vlastního utrpení. Sebevraždou se mimo jiné člověk zbavuje vlastní odpovědnosti za činy, kterých se dopustil na druhých. Následky pak pomyslně svým předčasným odchodem předává na své okolí. „...sebevražda není nikdy oprávněna ani jako odpykání viny. Sebevražda zvětšuje to, co se stalo, místo aby odstranila neštěstí, které se stalo – odstraňuje pouze vlastní já“ (Frankl in Tavel, 2007, s. 61).

Frankl (1996) v souvislosti s hledáním životního smyslu a životními těžkostmi připomíná bilanční sebevraždu, kdy se člověk rozhoduje na základě bilance, kterou vykoná. I přes to se však daný člověk může mýlit například v pohledu na bezvýchodnost situace (in Tavel, 2007).

„Musí se podařit naučit tyto lidi, že nejen mohou dále žít bez toho, co z nějakého důvodu nemohou mít, ale že mohou vidět kus smyslu svého života právě v tom, že své neštěstí vnitřně překonají.“ (Frankl, 1996, s. 67)

2.4. Metody měření smysluplnosti života

2.4.1. Kvalitativní metody

Nejčastěji se jedná o vyprávěcí (narativní) způsob studia, který vychází z toho, jakým způsobem daná osoba o tomto tématu hovoří. V oblasti smysluplnosti však tyto metoda zatím nevykazují dostatečnou přesnost svého zjištění.

1. Hermans: SCM – Metoda sebekonfrontace
2. Ebersole: Psaní esejů o smyslu života
3. Prager: Metoda SLM – Zjišťování zdrojů smysluplnosti
4. Fry: Metoda životních příběhů

(Křivohlavý, 2006)

2.4.2. Kvantitativní metody

Nejčastěji dotazníkový způsob studia smysluplnosti, kdy jsou stanoveny stejné otázky pro všechny účastníky výzkumu. Výsledky je možné do určité míry porovnávat s jinými osobami.

1. Crumbaugh a Maholick: PIL – Test životních cílů
2. Lukasová: LOGO – Test
3. Popielski: TND – Test noodinamiky
4. Reker a Peacock: LAP-R – Profil postojů k životu
5. Halama: ŠŽZ – Škála životnej zmysluplnosti
6. Wong: PMP – Profil osobního pojetí smysluplnosti
7. Prager: SML – Profil zdrojů smysluplnosti života
8. Längle, Orglerová, Kundi: ESK – Existenciální škála

(Křivohlavý, 2006)

V následujícím textu bude blíže představen dotazník ESK – Existenciální škála autorů A. Längle, Ch. Orglerová, M. Kundi, který byl zvolen jako hlavní metoda sběru dat tohoto výzkumu.

2.4.3. ESK – Existenciální škála (Längle, Orglerová, Kundi)

Pozadí testu tvoří existenciálně-analytická antropologie V. E. Frankla a jeho teorie smyslu (logoterapie). Existenciální škála je sebeposuzovací dotazník, který měří kompetenci osoby zacházet se sebou a se světem. To lze také označit jako schopnost člověka k existenci (Balcar, 2001). ESK neobsahuje žádná správná řešení. U jedince zkoumá jeho duchovní, čili „osobně-existenciální“ schopnosti, které mu slouží ke zvládnání většiny běžných životních situací. ESK je plně standardizovaný dotazník a jako takový má přesně formulované položky, stanovené jejich pořadí a přesně určené možné odpovědi (Tränkle, 1983).

Test obsahuje jasné pokyny k vyplnění i ke skórování, a proto je jeho hodnocení objektivní. Dotazník je složen ze čtyř základních stupnic, které dohromady tvoří 46 položek. Vycházejí z Franklovy teorie a popisují osobně-existenciální (dle Frankla „noickou“ či „duchovní“) dimenzi člověka. Tyto čtyři stupnice tvoří: Svoboda, Odpovědnost, Sebeodstup a Sebepřesah, jako podmínky smysluplného žití (Längle, 1988). Sloučením těchto stupnic po

dvou vznikají 2 faktory vyššího řádu: Existencialita (Svoboda + Odpovědnost) a Personalita (Sebeodstup + Sebepřeh). V poslední řadě vznikne sloučením všech do jedné stupnice konečný skór, který vyjadřuje celkovou „naplněnost existence“ či „subjektivně vnímanou smysluplnost existence“.

Stručný popis jednotlivých subškál ESK:

- ♣ SO - Sebeodstup (Sebedistance) - měří schopnost vytvořit si odstup vůči sobě, od svých přání, představ, citů, obav, cílů a úmyslů, tak aby byl člověk schopen nezkresleného pohledu na svět.
- ♣ SP - Sebepřesah (Sebetranscendence) - měří citovou přístupnost člověka, schopnost citově se angažovat, přiblížit se a soucítit, „jít s druhým“.
- ♣ SV - Svoboda - měří schopnost člověka nacházet v běžném životě reálné možnosti jednání, uspořádání hodnot a osobního rozhodnutí.
- ♣ OD - Odpovědnost - měří schopnost a ochotu odhodlat se pro osobní hodnoty a úkoly.
- ♣ P - Personalita (Osobní faktor) - je součtem hrubých skóků SO a SP. Popisuje kognitivní a emoční přístupnost sobě samému i světu.
- ♣ E - Existencialita (Existenciální faktor) - je součtem hrubých skóků SV a OD. Popisuje schopnost člověka vyznat se ve světě, činit rozhodnutí a věcně a odpovědně se ve světě angažovat.
- ♣ CS - Celkový skór (Prožívaná smysluplnost) - je součtem hrubých skóků P a E. Vypovídá o schopnosti člověka dobře vycházet se sebou a se světem a aktivně se vypořádávat s vnitřními i vnějšími nároky vlastního života a s hodnotami, které mu nabízí.

(Längle, Orglerová, Kundi, 2001)

3. Cíl bakalářské práce

Empirická část práce je zaměřena na oblast prožívání smysluplnosti života jedinců s hraniční poruchou osobnosti. Konkrétně na to, jakým způsobem se liší pojetí smyslu života a životních hodnot u hraničních jedinců po cíleném suicidálním pokusu a jedinců s hraniční poruchou osobnosti bez této zkušenosti. Popsány budou souvislosti mezi životní smysluplností a sebevražedným jednáním s ohledem na jeho příčiny.

Cílem výzkumu bude zjistit, zda zkušenost sebevražedného jednání může mít vliv na prožívání smyslu v životě u jedinců s hraniční poruchou osobnosti. Výsledky výzkumu by mohly sloužit k bližšímu poznání hraničních pacientů ve vztahu k smysluplnosti života a také, jakým způsobem tito lidé ke svému životu přistupují.

4. Empirická část

4.1. Výzkumný soubor

Sběr dat probíhal od srpna 2010 do června 2011 v PL Bohnice. Během svého působení jsem, po domluvě s personálem, docházela na čtyři pavilony: Pavilon 1 – Příjmové, uzavřené oddělení pro muže do 65ti let a ženy do 65ti let, Pavilon 2 – Příjmové, uzavřené oddělení pro ženy ve věku do 65ti let, Pavilon 3 – Příjmové, otevřené, psychoterapeuticky zaměřené koedukované oddělení pro 32 nemocných, Pavilon 30 – Koedukované, psychoterapeuticky zaměřené oddělení následné péče pro nemocné do 65ti let.

4.1.1. Kritérium výběru vzorku

Výběr vzorku nebyl náhodný, musely být splněny jasně stanovené podmínky, proto i reprezentativnost výsledků je omezená. Kritériem výběru respondentů byla diagnóza emočně nestabilní porucha osobnosti – hraniční typ (F60.31). Ačkoli se u pacientů s hraniční poruchou vyskytují mnohdy také přidružené osobnostní poruchy, byl výběr vzorku ošetřen kvalifikovanou a odbornou konzultací s psychoterapeutickým týmem jednotlivých pavilonů. Všichni oslovení respondenti dobrovolně souhlasili s účastí na výzkumu a byli obeznámeni s účelem práce a metodami, jakými bude výzkum probíhat. Poté byl všem pacientům předložen informovaný souhlas (viz. Příloha). Výzkumu se účastnilo 11 mužů a 29 žen ve věkovém rozmezí od 18 – 59 let. Většina respondentů (25) měla dokončené střední vzdělání s maturitní zkouškou, 12 účastníků pak střední odborné učiliště bez maturitní zkoušky, a 3 muži měli dokončené pouze základní vzdělání.

Výzkumný soubor byl rozdělen na dvě části. První skupinu představovalo 20 pacientů s hraniční poruchou osobnosti po cíleném suicidálním pokusu. V anamnéze těchto jedinců byl uveden zápis tentamen suicidii (TS), tedy vykonaný sebevražedný pokus s úmyslem zemřít. Ve skupině kontrolní bylo 20 pacientů s hraniční poruchou osobnosti bez zkušenosti cíleného pokusu o sebevraždu. U jedinců této skupiny se mohly vyskytovat suicidální tendence především demonstrativní formy, ale žádný ze členů se dle lékařské zprávy nepokusil vzít si život.

Také oddělení pravých sebevražedných pokusů od parasuicidálního jednání bylo diskutováno s odborným personálem, a následně také ošetřeno u většiny pacientů

polostrukturovaným a volným rozhovorem. Obě skupiny byly také porovnány se standardizačním souborem.

4.2. Metodologie

Výzkum byl proveden kvantitativní formou. Hlavním způsobem sběru dat byl dotazník ESK – Existenciální škála (A. Längle, Ch. Orglerová, M. Kundi), který byl zvolen především s ohledem na jeho teoretické základy vycházející z poznatků logoterapie a existenciální analýzy.

Tato metoda byla doplněna o polostrukturovaný rozhovor u výzkumné skupiny hraničních pacientů po cíleném suicidálním pokusu a dále také volným rozhovorem s pacienty na téma smyslu v životě. Volného rozhovoru se účastnili pouze pacienti, kteří byli ochotní o svém životě hovořit.

4.3. Výzkumné hypotézy

Na základě zvoleného nástroje měření ESK- Existenciální škály, byly hypotézy formulovány s ohledem na oblasti života, na které je dotazník zaměřen. Dle prostudovaných teoretických poznatků v oblasti smysluplnosti života a hraniční poruchy osobnosti se domnívám, že mohou být u skupiny hraničních jedinců bez zkušenosti cíleného suicidia vlastnosti potřebné k existenciálnímu naplnění, tak jak je popisuje ESK, rozvinuty více, než u druhé skupiny po cíleném pokusu o sebevraždu, a proto mohou dosahovat vyšších skóre na jednotlivých stupnicích ESK.

H0: *Mezi hodnotami výsledků jednotlivých subškál ESK- Existenciální škály nebude rozdíl mezi skupinou jedinců s hraniční poruchou osobnosti po cíleném suicidálním pokusu a mezi skupinou jedinců s hraniční poruchou osobnosti bez této zkušenosti.*

H1: *Mezi hodnotami výsledků jednotlivých subškál ESK- Existenciální škály bude skupina jedinců s hraniční poruchou osobnosti po cíleném suicidálním pokusu vykazovat nižší skóre, než skupina jedinců s hraniční poruchou osobnosti bez této zkušenosti.*

4.4. Výsledky výzkumu

Zpracování dat bylo provedeno pomocí programu SPSS, konkrétně T-testem pro dva nezávislé soubory (Independent Samples Test). Zpracování bylo provedeno dvojnásobně. V prvním případě byly k výpočtu použity hrubé skóry jedinců obou souborů, spočítané dle manuálu pro ESK – existenciální škálu. Druhý výpočet byl proveden T-skóry, které byly získány převedením hrubých skóru, taktéž dle převodních tabulek manuálu ESK – existenciální škály. Pro převedení hrubých skóru bylo zapotřebí znát věk a také dosažený stupeň vzdělání každého respondenta.

Tabulka č. 1:

	TS + <i>Hrubé skóry</i>	TS - <i>Hrubé skóry</i>	TS + <i>T-skóry</i>	TS - <i>T-skóry</i>
Sebeodstup (SO)	25	28	39	40
Sebepřesah (SP)	49	58	33	37
Svoboda (SV)	32	38	34	38
Odpovědnost (OD)	36	44	33	39
Personalita (P)	77	86	34	37
Existencialita (E)	69	81	33	37
Celkový skór (CS)	145	167	32	36

Tabulka znázorňuje průměrné hodnoty hrubých skóru a T-skóru obou výzkumných souborů, kdy TS+ představuje skupinu hraničních jedinců po cíleném suicidálním pokusu, a TS- skupinu hraničních jedinců bez této zkušenosti.

Shrnutí výsledků ze získaných hrubých skóre (středních hodnot), dle manuálu ESK

Oba výzkumné soubory vycházejí v porovnání se standardizačním vzorkem jako podprůměrné, a to na všech stupnicích ESK – existenciální škály. Přesto je namístě uvést, že skupina TS⁻ na všech stupnicích vykazuje vyšší střední hodnoty než skupina TS⁺, a kromě stupnice CS také dosahují na všech subškálách hodnot těsně nad hranici nízkých skóre.

Na stupnici SO jedinci s hraniční poruchou osobnosti po cíleném suicidálním pokusu dosahují nízkého skóre (pod 26). Pro jedince v tomto rozmezí je charakteristická upoutanost na sebe, na svá přání, pocity. Jsou jakoby zaujati sami sebou.

Na stupnici SP vykazují jedinci skupiny TS⁺ nízkého skóre (pod 58), který ukazuje na emoční plochost a vztahovou chudost těchto osob. Dále také omezenou schopnost, rozpoznat v životě to, co je významné, čili schopnost objevit hodnoty.

Na stupnici SV dosahuje soubor TS⁺ nízkého skóre (pod 37) a skupina TS⁻ mezní hodnoty 37. Jedinci s takto nízkou hodnotou SV se ukazují jako slabí a nejistí v rozhodování a pasivitou v přístupu k životu. Člověk svá rozhodnutí může vnímat jako bezsmyslná. Tím často dochází ke kompenzačním nedostatkům svobody, např. v podobě různých forem závislosti. U jedinců s hraniční poruchou osobnosti se může jednat o sebepoškozující chování.

Na stupnici OD vykazuje soubor TS⁺ nízkého skóre (pod 41), kdy je typická omezená angažovanost k životu či nezájem o život. Člověk jen málo aktivně vstupuje do životních okolností a jen zřídka se jimi nechává oslovit. Může být také omezený smysl pro povinnost.

U jedinců s hraniční poruchou se setkáváme s tím, že si daný člověk své povinnosti může uvědomovat, ale vědomí toho, že je není schopen naplnit, může vést ještě k větší pasivitě a nezájmu o vlastní existenci.

Nízký skóre P (pod 86) u skupiny TS⁺ značí o uzavřeném emočním a kognitivním přístupu k sobě samému i ke světu. Tato výrazná uzavřenost může být způsobena přehnaným zabýváním se sebou samým.

Nízký skóre E (pod 81) u souboru TS⁺ ukazuje na nejistou ukotvenost takového člověka ve světě, i ve své existenci. Charakteristická je také nízká odolnost vůči zátěži, člověk se také nechá snadno odvést od svých úkolů či činností. Pokud se člověk angažuje, většinou tak jedná pouze z vnějších pohnutek, nikoli z vnitřních prožitků. U hraničních osob je typické chování za účelem rychlého uspokojení potřeb bez ohledu na druhé či okolní svět. S tím také může souviset snížená či zablokovaná schopnost vytvářet si hranice a také vymezit se. Pro jedince s hraniční poruchou pak vzniká nesrozumitelnost v tom, co jsem „já“, co je okolní svět, ale také co jsem „já“ ve světě.

Nízkým skórem CS (pod 169), jako u souboru TS+, se vyznačují jedinci velmi uzavření pro prožívání, s omezeným přístupem k vlastní osobě i k okolnímu světu. U takových jedinců se vyskytuje nesoulad mezi vlastními přáními a potřebami, a mezi nároky a možnostmi, které život nabízí. S málo rozvinutou personalitou a existencialitou je pro člověka velmi obtížné vyrovnávat se s požadavky světa i se sebou samým, a směřovat tak prožívané smysluplnosti vlastního bytí, tedy k existenciálnímu naplnění.

Přestože jsou schopnosti a vlastnosti potřebné k naplnění života smyslem, tak jak je popisuje ESK, u jedinců s hraniční poruchou velmi oslabené, nalézání další motivace k životu se pro soubor TS- jeví jako méně obtížné než pro skupinu TS+. Vyplývá to také z uvedených výpovědí volných rozhovorů. (viz příloha č. 3 Shrnutí volných rozhovorů)

Výsledky dále ověřují charakteristické rysy a vlastnosti osob s hraniční poruchou, jak bylo popsáno v teoretické části práce.

Výsledky statistické analýzy

Bylo zjištěno, že za použití hrubých skóru, na hladině významnosti 5 %, existuje statisticky významný rozdíl mezi jedinci s hraniční poruchou osobnosti po cíleném suicidálním pokusu a jedinci s hraniční poruchou osobnosti bez této zkušenosti v následujících stupnicích ESK – existenciální škály: Odpovědnost (OD), Sebepřesah (SP) a Celkový skór (CS).

Dále bylo prokázáno, že za použití T-skóru, na hladině významnosti 5%, existuje statisticky významný rozdíl mezi oběma soubory pouze na subškále ESK - existenciální škály: Odpovědnost (OD).

Při použití hladiny významnosti 1% již mezi oběma soubory nebyl nalezen statisticky významný rozdíl.

Na základě provedeného statistického zpracování dat jsou výsledky dle stanovených hypotéz výzkumu následující.

Ověření hypotéz pro hrubé skóry a T-skóry

H0: *Mezi hodnotami výsledků jednotlivých stupnic ESK- Existenciální škály nebude rozdíl mezi skupinou jedinců s hraniční poruchou osobnosti po cíleném suicidálním pokusu a mezi skupinou jedinců s hraniční poruchou osobnosti bez této zkušenosti.*

Na základě výsledků tuto hypotézu zamítáme. Dle statistického výstupu, v obou případech výpočtu, vyšlo najevo, že mezi souborem jedinců s hraniční poruchou osobnosti po cíleném

suicidálním pokusu a souborem hraničních jedinců bez této zkušenosti existuje statisticky významný rozdíl mezi hodnotami skóreů jednotlivých stupnic ESK - Existenciální škály.

H1: *Mezi hodnotami výsledků jednotlivých stupnic ESK- Existenciální škály bude skupina jedinců s hraniční poruchou osobnosti po cíleném suicidálním pokusu vykazovat nižší skóre, než skupina jedinců s hraniční poruchou osobnosti bez této zkušenosti.*

Na základě výsledků tuto hypotézu přijímáme.

Pro upřesnění výsledků uvádím rozpis jednotlivých alternativních hypotéz.

H1: *Jedinci s hraniční poruchou osobnosti po cíleném suicidálním pokusu budou na existenciální škále vykazovat nižší hodnoty na stupnici ESK – Sebeodstup (SO), než jedinci s hraniční poruchou osobnosti bez této zkušenosti.*

Tuto hypotézu zamítáme. V obou případech výpočtu nebyl zaznamenán statisticky významný rozdíl mezi soubory.

H2: *Jedinci s hraniční poruchou osobnosti po cíleném suicidálním pokusu budou na existenciální škále vykazovat nižší hodnoty na stupnici ESK – Sebeopřesah (SP), než jedinci s hraniční poruchou osobnosti bez této zkušenosti.*

Za použití hrubých skóreů, tuto hypotézu přijímáme.

Za použití T-skóreů tuto hypotézu zamítáme.

H3: *Jedinci s hraniční poruchou osobnosti po cíleném suicidálním pokusu budou na existenciální škále vykazovat nižší hodnoty na stupnici ESK – Svoboda (SV), než jedinci s hraniční poruchou osobnosti bez této zkušenosti.*

Tuto hypotézu zamítáme. V obou případech výpočtu nebyl zaznamenán statisticky významný rozdíl mezi soubory.

H4: *Jedinci s hraniční poruchou osobnosti po cíleném suicidálním pokusu budou na existenciální škále vykazovat nižší hodnoty na stupnici ESK – Odpovědnost (OD), než jedinci s hraniční poruchou osobnosti bez této zkušenosti.*

Tuto hypotézu přijímáme. V obou případech výpočtů byl zaznamenán statisticky významný rozdíl mezi oběma soubory.

H5: *Jedinci s hraniční poruchou osobnosti po cíleném suicidálním pokusu budou na existenciální škále vykazovat nižší hodnoty na stupnici ESK – Personalita (P), než jedinci s hraniční poruchou osobnosti bez této zkušenosti.*

Tuto hypotézu zamítáme. V obou případech výpočtu nebyl zaznamenán statisticky významný rozdíl mezi soubory.

H6: *Jedinci s hraniční poruchou osobnosti po cíleném suicidálním pokusu budou na existenciální škále vykazovat nižší hodnoty na stupnici ESK – Existencialita (E), než jedinci s hraniční poruchou osobnosti bez této zkušenosti.*

Tuto hypotézu zamítáme. V obou případech výpočtu nebyl zaznamenán statisticky významný rozdíl mezi soubory.

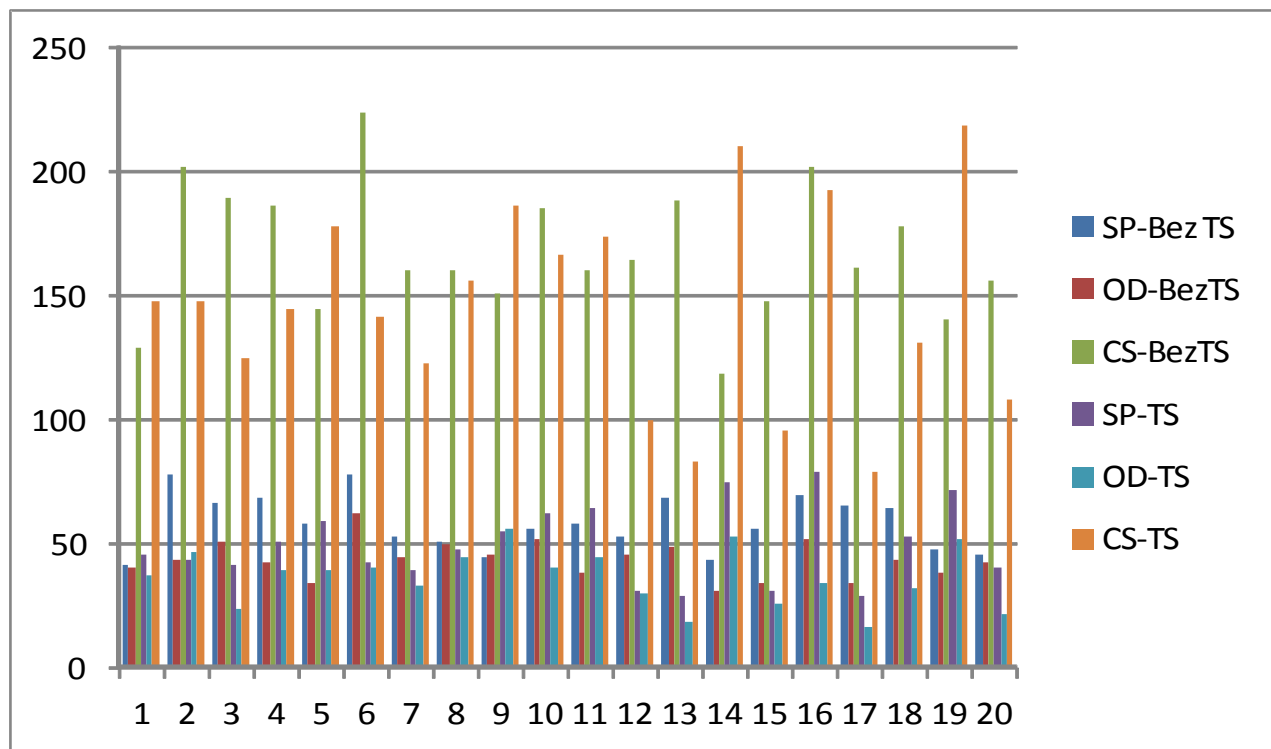
H7: *Jedinci s hraniční poruchou osobnosti po cíleném suicidálním pokusu budou na existenciální škále vykazovat nižší hodnoty na stupnici ESK – Celkový skór (CS), než jedinci s hraniční poruchou osobnosti bez této zkušenosti.*

Za použití hrubých skórů tuto hypotézu přijímáme.

Za použití T-skórů tuto hypotézu zamítáme.

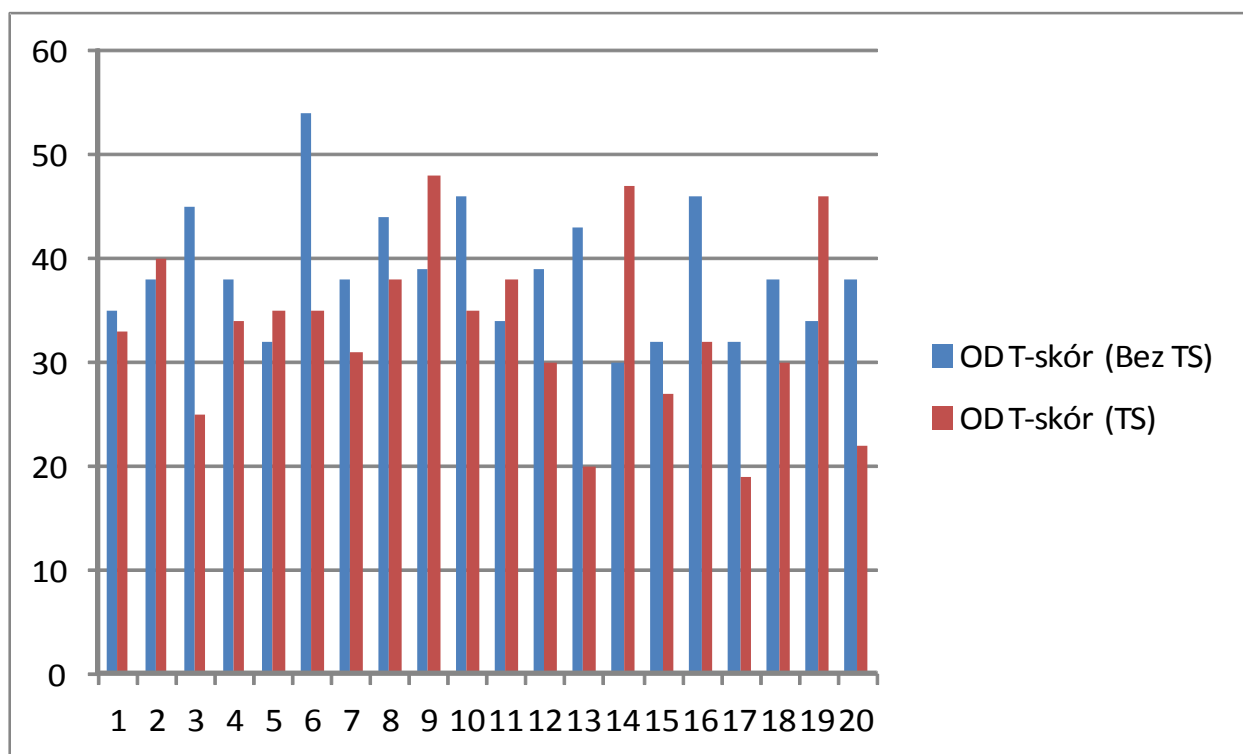
4.4.1. Grafické znázornění výsledků

Tabulka č. 2



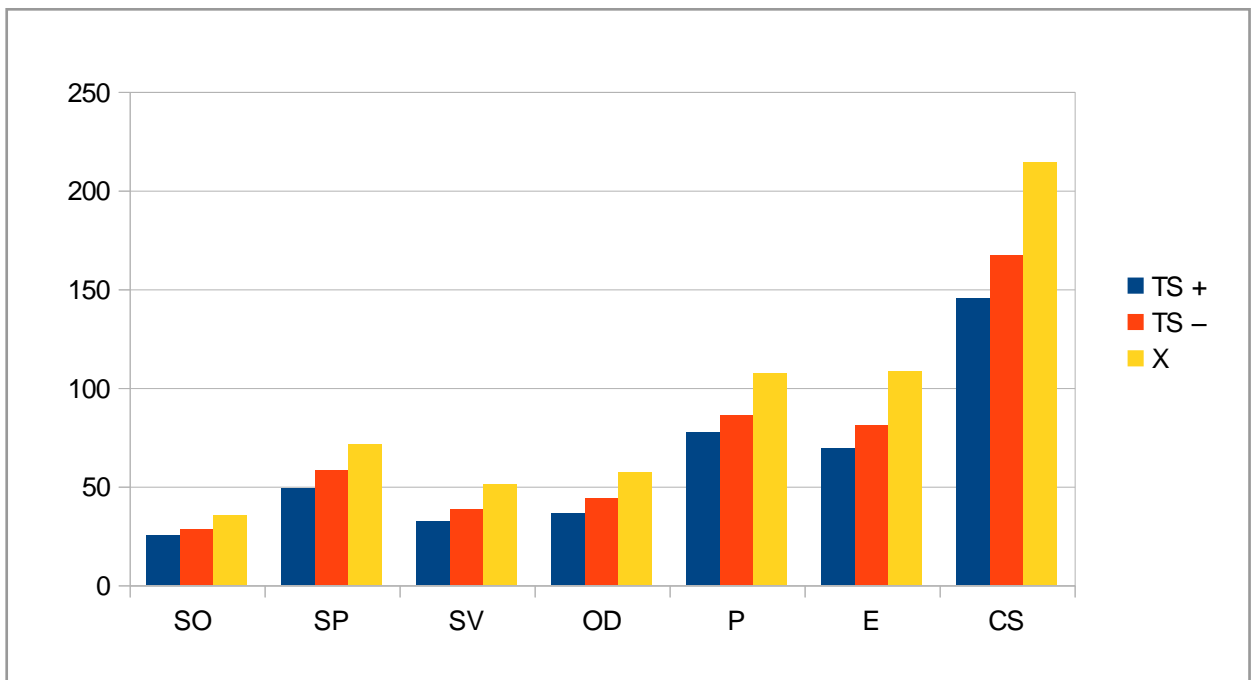
Tabulka znázorňuje porovnání hodnot hrubých skóre mezi oběma soubory na stupnicích existenciální škály ESK – Odpovědnost OD, Sebepřesah SP, Celkový skóre CS.

Tabulka č. 3:



Tabulka znázorňuje porovnání hodnot T-skóru mezi oběma soubory na stupnici existenciální škály ESK – Odpovědnost (OD).

Tabulka č. 4:



Tabulka znázorňuje střední hodnoty obou výzkumných souborů v porovnání se standardizačním vzorkem (X).

Z výsledků vyplývá, že obě skupiny jedinců s hraniční poruchou osobnosti vykazují stejně sníženou schopnost *sebeodstupu* (viz tabulky příloha č. 4 Tabulky T-testu). Jejich vnímání světa je řízené především podle vlastních přání, představ, citů, obav a úmyslů těchto jedinců, což jim znemožňuje nezkresleně vnímat svět.

Ve schopnosti *sebepřesahu* byl zaznamenán rozdíl mezi oběma soubory. Jedinci s hraniční poruchou osobnosti bez cíleného suicidálního pokusu vykazují vyšší schopnost citové angažovanosti nežli jedinci s hraniční poruchou po pokusu o sebevraždu. (viz tabulky příloha č. 4 Tabulky T-testu)

Dále z výzkumu vyplývá, že v oblasti *svobody* mají jedinci obou souborů sníženou schopnost nalézat v životě různé a reálné možnosti jednání, uspořádat je dle jejich hodnoty a následně dospět k osobnímu rozhodnutí. (viz tabulky příloha č. 4 Tabulky T-testu) Jedinci s hraniční poruchou osobnosti jsou ve svém rozhodování slabí a nejistí.

Výzkum poukazuje také na to, že pacienti s hraniční poruchou pocítují pouze nepatrnou *odpovědnost* za sebe. Hraniční pacienti svůj život prožívají jako nepřístupný vlastní

vůli. Přesto mezi výzkumnými soubory vyšel rozdíl. Jedinci s hraniční poruchou bez cíleného pokusu o sebevraždu vykazují vyšší hodnotu stupnice odpovědnost nežli jedinci po cíleném suicidálním pokusu. (viz tabulky příloha č. 4 Tabulky T-testu)

V kognitivní a emoční přístupnosti sobě samému i světu – *personalita*, vykazují oba soubory značně snížené hodnoty. Z toho vyplývá, že mají hraniční jedinci zablokovány základní duchovní schopnosti, jejich přístupnost a schopnost nechat se oslovit světem je značně oslabena. (viz tabulky příloha č. 4 Tabulky T-testu)

Na úrovni *existenciality*, čili schopnosti umět se orientovat ve světě, činit rozhodnutí a věcně a odpovědně do dění ve světě vstupovat, oba soubory vykazují snížené hodnoty. Jedinci s hraniční poruchou osobnosti se vyznačují nejistotou ve svém rozhodování, a také nejistotou o svém existenciálním místě, čili o svém životním zařazení. (viz tabulky příloha č. 4 Tabulky T-testu)

V oblasti prožívání smysluplnosti se u hraničních pacientů setkáváme se sníženou schopností ve svém životě nalézat hodnoty z důvodu své uzavřenosti. Hraniční pacienti bez cíleného suicidálního pokusu na úrovni prožívané smysluplnosti vykazují vyšší hodnoty než soubor hraničních jedinců po cíleném pokusu o sebevraždu. (viz tabulky příloha č. 4 Tabulky T-testu)

Výsledky rozměrového efektu

Z důvodu menšího výzkumného vzorku byla statistická analýza výsledků dále doplněna o hodnocení rozdílů mezi soubory pomocí rozměrového efektu (d), díky kterému je možné rozpoznat významné rozdíly, které se pomocí statistického postupu nemusely objevit. Rozdíly mezi soubory jsou pokládány za nízké pro d cca 0,2, střední pro d cca 0,5 a vysoké pro d okolo 0,8. Výpočet byl proveden s využitím hodnot hrubých skóru i t-skóru pro všechny jednotlivé subškály.

Z výsledků vyplývá, že se mezi výzkumnými soubory existují statisticky významné rozdíly, které jsou výraznější na úrovni hrubých skóru, kde dosahují středních, zvýšených až téměř vysokých hodnot. Ukázalo se, že nejvyšších rozdílů mezi soubory bylo dosaženo na stupnicích sebepřesah, odpovědnost, existencialita a celkový skór.

Tabulka č.5 :

	Hrubé skóry <i>d</i>	T – skóry <i>d</i>
Sebeodstup	0,5	0,1
Sebepřesah	0,6	0,4
Svoboda	0,5	0,5
Odpovědnost	0,7	0,7
Personalita	0,5	0,4
Existencialita	0,6	0,6
Celkový skór	0,6	0,5

Tabulka znázorňuje výsledky hodnocení rozdílů mezi soubory pomocí rozměrového efektu.

4.5. Shrnutí volných rozhovorů

Na základě volného rozhovoru uvádím životní zaměření těchto pacientů dle toho, jakým způsobem tito jedinci odpovídali na otázku: „*Co pro Vás znamená smysl života?*“ :

- ♣ Partnerský vztah (láska)
- ♣ Rodina
- ♣ Práce (smysluplná činnost)
- ♣ Svoboda
- ♣ Víra
- ♣ Splnění snu
- ♣ Záliby (umění, hudba, atd.)

4.6. Diskuse

Následná diskuse nad výsledky empirické části bude obsahovat také reflexi limitů výzkumu.

Výsledky praktické části potvrdily, že mezi jedinci s hraniční poruchou osobnosti po cíleném suicidálním pokusu a hraničními jedinci bez této zkušenosti existují na rovině prožívání smysluplnosti rozdíly, které byly zaznamenány v oblastech - odpovědnost, sebekřesah a celková prožívaná smysluplnost.

Z volných rozhovorů vyplývá, že má otázka po smyslu života pro hraniční pacienty zásadní význam. Je to právě smysl, který se neustále snaží ve svém bytí nalézt, a který má v mnohých případech váhu života nebo smrti, protože se s absencí smyslu tyto jedinci umí jen těžko vyrovnávat. Tím byla potvrzena také Franklova teorie smysluprázdnosti – existenciální vakuum a noogenní neuróza.

V souvislosti s Franklovou typologií hodnot vyšlo najevo, že jedinci s hraniční poruchou mají zablokovanou schopnost ve svém životě hodnoty nalézat a především naplňovat. Hlavní motivací pro život hraničních pacientů jsou na úrovni zážitkových hodnot blízké vztahy, především partnerské. Z výzkumu i prostudované literatury je zřejmé, že kvůli nedostatečně vytvořené vlastní identitě tyto jedinci postrádají schopnost vztahového sdílení. Mnozí z nich také několikrát balancovali na hranici života právě z důvodu opuštění blízkou osobou, jak bylo popsáno v teoretické části. Na úrovni tvůrčích hodnot ve svých výpovědích respondenti zmiňovali potřebu smysluplné práce, které však mnohdy nedokáží dosáhnout nebo si ji udržet. Důležitým prvkem v životě jsou pro některé z dotazovaných jejich záliby, jako umění, hudba, fotografování. Postojové hodnoty jsou hraničními pacienty popisovány potřebou duchovního růstu či náboženského přesvědčení. Avšak na rovině utrpení, tak jak jej popisuje Frankl, je schopnost nalézání smyslu u těchto osob značně snížena.

Bylo potvrzeno, že je pro některé jedince s hraniční poruchou osobnosti velmi důležitým prvkem svoboda, která je však v jejich pojetí jen obtížně propojena s odpovědností. Protože v oblasti vnitřní svobody u těchto pacientů vznikají blokády, mají tendenci směřovat ji k vnějším projevům. Mnozí pacienti uvedli, že je to právě možnost rozhodnout se o ukončení vlastního života, která jim dodává pocit svobody.

Studie jedinců s hraniční poruchou osobnosti jsou na světové úrovni zaměřené oblast vztahů, terapii, attachmentové vazby.

Studie Relationship Quality and Stability in Couples When One Partner Suffers From Borderline Personality Disorder, provedený American Association for Marriage and Family Therapy (2009) se zabývala zkoumáním partnerského vztahu 35 párů, kde žena má diagnózu

hraniční porucha osobnosti. Výsledky byly porovnány s kontrolní skupinou 35 párů bez této diagnózy. Z výsledků vyplývá, že u klinických dvojic se vyskytuje výrazně vyšší četnost rozhodů, nižší manželská spokojenost, vyšší vztahová nejistota, komunikační problémy a také vyšší úroveň násilí. Dále také vyšlo najevo, že téměř polovina mužů z klinické skupiny splnila kritéria pro jednu či více poruch osobnosti.

Z domácích výzkumů pak například diplomová práce Michala Hlavsy Vnitřní obraz hraniční poruchy osobnosti (2007), která je zaměřena na mapování vnitřního světa těchto pacientů a hlubšího vymezení této poruchy od lehčí narcistní formy až po těžkou schizoidní formu. Výzkumu se účastnilo 10 žen s diagnostikovanou hraniční poruchou osobnosti. Autor se zabýval především na oblast vnitřního prožívání agrese, úzkostných a maniodepresivních stavů, pocitů prázdnoty a vztahového prožívání, které byly výzkumem prokázány. Autor však ukazuje na rozdíly ve vnitřním prožívání, které vyplývají z intenzity a rozsahu hraniční poruchy osobnosti. V závěru autor přichází s vlastním dělením hraniční poruchy na narcistně zbarvenou, čistou formu a schizoidně zbarvenou.

Dále také diplomová práce Jany Slovákové Život s hraniční poruchou osobnosti (2010), která zkoumá otázku, co je pro jedince s hraniční poruchou osobnosti důležité, a jakým způsobem se tyto osoby staví k různým situacím v životě. Hlavním cílem bylo zjistit, co mají lidé s hraniční poruchou společného. Výzkum byl proveden pomocí dotazníků a rozhovorů, a zúčastnilo se ho 7 žen a 1 muž. Byl potvrzen pasivní přístup k životu těchto pacientů, důležitost blízkých vztahů, které jsou zároveň ve většině případů značně komplikované. U kamarádských vztahů bylo prokázáno, že jich ve svém životě respondenti mají málo, ale vychází se svými přáteli dobře. Dále bylo zjištěno, že se zkoumaní jedinci často věnovali dennímu snění z důvodu úniku před realitou, a také svým zálibám např. umění, poslechu hudby. V oblasti životního stylu se ukázalo, že mají všechny probandky zkušenost s nějakou formou poruchy příjmu potravy. Všichni také potvrzují zkušenost s automutilačním chováním. Na úrovni emocí bylo zjištěno, že si sebe daní respondenti neváží. V oblasti plánování a výkonu se ukázalo, že je tato schopnost u respondentů snižena. U všech dotazovaných se také potvrdilo prosociální chování. V otázkách ohledně hraniční poruchy všichni účastníci uvedli jako největší přítěž problémy, které jim porucha osobnosti působí ve vztazích.

Mnohé závěry tohoto výzkumu se shodují s výsledky naší bakalářské práce, především v oblasti sebepřesahu, svobody, odpovědnosti, personality a existenciality.

V následné reflexi empirické části práce uvádím možné limity zpracovaného výzkumu.

Na prvním místě je zde nutné podotknout, že dotazník ESK – Existenciální škála neměří duchovní vlastnosti člověka, nýbrž zkušenost s jejich uplatňováním.

Pro hlubší a komplexnější poznání oblasti prožívání smysluplnosti u hraničních pacientů by bylo vhodnější využití ostatních způsobů interpretace dotazníku ESK, což však nebylo díky omezenému rozsahu práce možné.

Mezi základní rysy hraničních pacientů patří pocity prázdnoty, impulzivita, myšlenky na sebevraždu. Dle mého názoru je však zkušenost se suicidálním jednáním natolik závažným aspektem, že je zde zcela namístě uvažovat o následcích, které to může přinést pro další vývoj života takového jedince.

Pro získání T-skórů byly použity převodové tabulky, které jsou součástí manuálu ESK - existenciální škály a jsou rozdělené dle věku a dosaženého vzdělání. V oblasti středního vzdělání manuál nabízí pouze střední vzdělání s maturitní zkouškou. Ačkoli byl u všech respondentů zaznamenán věk i vzdělání, někteří měli ukončené pouze střední vzdělání bez maturitní zkoušky.

Pro relevantnější vyhodnocení oblasti prožívání smysluplnosti by bylo vhodné, aby ve výzkumném souboru bylo stejné zastoupení obou pohlaví. V předloženém výzkumu tvoří většinu jedinců ženy.

Ačkoli je téma smysluplnosti zásadní lidskou otázkou, není zcela jednoduché tuto oblast měřit. Ve spoustě možných metod měření je velmi obtížné předejít subjektivnímu náhledu pozorovatele. Kvalitativní a kvantitativní výzkum v této oblasti má své silné i slabé stránky. Kvalitativní metody respondentovi ponechávají mnohem větší prostor pro svobodný projev a umožňují tak zachytit individualitu subjektivního prožitku smyslu života, ovšem určité limity přináší právě jejich vyhodnocování. Proto si myslím, že by východiskem mohlo být právě sloučení obou přístupů, které by umožnilo jak možnost statistického zpracování údajů, tak i příležitost k lepšímu proniknutí do vnitřního světa zkoumaného jedince.

Práce „Význam smysluplnosti v životě dospělého jedince s hraniční poruchou osobnosti“ by mohla sloužit jako podklad při terapeutické práci s hraničními pacienty a k hlubšímu poznání jejich duchovních vlastností.

5. Závěr

Práce „Význam smysluplnosti v životě dospělého jedince s hraniční poruchou osobnosti“ je rozdělena na teoretickou a empirickou část. V teoretické části bylo popsáno vymezení hraniční poruchy osobnosti, její vznik a vývoj z pohledu psychoanalytických teorií, a také základní rysy a charakteristiky jedinců s touto osobnostní poruchou. Pozornost byla věnována také problematice sebevražedného jednání a jeho vlivu na prožívání smysluplnosti života. Dále je v této sekci práce představeno pojetí smyslu života na základě existenciálně-analytické antropologie V. E. Frankla, která se v praxi stala známou pod označením logoterapie a existenciální analýza, a ze kterých ve své práci především vycházím.

Empirická část prověřila význam, jaký má zkušenost s cíleným pokusem o sebevraždu na prožívání smysluplnosti jedinců s hraniční poruchou osobnosti. Oblast zkoumání byla zaměřena na zkušenost s uplatňováním osobně-existenciálních vlastností osob s hraniční poruchou, jako jsou sebeodstup, sebezpřesah, svoboda a odpovědnost.

Z výzkumu vyplynulo, že je dotazování po smyslu života pro hraniční velmi naléhavé. Je to právě pocit bezsmysluplnosti, který tyto jedince přivádí na myšlenku předčasného ukončení života. Ačkoli pro tyto jedince mají veliký význam zážitkové i tvůrčí hodnoty, jejich naplnění je pro ně velmi obtížné. Nicméně se i přes obtíže hraniční poruchy osobnosti, daří alespoň některým z těchto jedinců ve svém životě nalézat motivaci k dalšímu bytí, a tak i chuť naučit se s touto poruchou žít co možná nejlépe.

Velmi mne překvapil zájem většiny pacientů na spolupráci při sběru dat. Během vyplňování dotazníku ESK – existenciální škály se respondenti často zamýšleli nad jednotlivými položkami delší dobu, a následně vznikla potřeba hlouběji o nich hovořit. Mnozí říkali, že jim jsou jakoby „šité na míru“, protože nad podobnými tématy přemýšlí často. Proto si myslím, že je ESK také vhodným podkladem pro terapeutickou práci s těmito pacienty, kde může sloužit nejen ke zjištění blokády v jednotlivých osobnostních vlastnostech, ale také může ukázat směr, kterým se v terapii dále ubírat.

Téma smysluplnosti nabízí širokou škálu způsobů, jak tuto problematiku uchopit. Můžeme mapovat, jakým způsobem a zda vůbec je jedinec schopen naplňovat svůj život smyslem, zaměřit se na smysluplnost jednotlivých životních oblastí a význam hodnot. Především je ale nutné při měření oblasti smyslu v životě nezapomenout na individualitu a jedinečnost každého člověka a na jistou neuchopitelnost tohoto fenoménu.

6. Seznam literatury

BOUCHARD, S., S. SABOURIN, Y. LUSSIER a E. VILLENEUVE. *Relationship Quality and Stability in Couples When One Partner Suffers From Borderline Personality Disorder*. Journal of Marital and Family Therapy, 2009 [cit. 2012-06-04] . DOI 10.1111/j.1752-0606.2009.00151.x. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1752-0606.2009.00151.x/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>

BELOUCKÝ, Z. *Hraniční stavy v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, 1993. 230 s. ISBN 80-7169-029-5.

FALDYNA, Z. *Hraniční porucha osobnosti*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000. 41 s. ISBN 80-85121-56-5.

FERJENČÍK, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál, 2000. 255 s. ISBN 978-80-7367-815-9

FONAGY, P.; TARGET, M. *Psychoanalytické teorie*. Praha: Portál, 2005. 398 s. ISBN 80-7178-993-3.

FRANKL, V. E. *Člověk hledá smysl: úvod do logoterapie*, Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1994. 86 s. ISBN 80-901601-4-X.

FRANKL, V. E. *A přesto říci životu ano*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1996. 175 s. ISBN 80-7192-848-8.

FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši: základy logoterapie a existenciální analýzy*. Brno: Cesta, 1996. 237 s. ISBN 80-85319-50-0.

FRANKL, V. E. *Teorie a terapie neuróz*. Praha: Grada Publishing, 1999. 171 s. ISBN 80-7192-848-8.

FRANKL, V. E. *Vůle ke smyslu: vybrané přednášky o logoterapii*. Brno: Cesta, 2006. 212 s. ISBN 80-7295-084-3.

GRAMBAL, A., PRAŠKO, J., LÁTALOVÁ, K., a SIGMUNDOVÁ Z. *Psychiatr. pro Praxi: Psychoterapie hraniční poruchy osobnosti* [online]. 2011 [cit. 2012-06-04]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz>

HILLMAN, J. *Duše a sebevražda*. Praha: Sagittarius, 1997. 198 s. ISBN 80-901898-4-9.

HLAVSA, M. *Vnitřní obraz hraniční poruchy osobnosti* [online]. 2007 [cit. 2012-12-06]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce Vladimír Smékal. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/185273/fss_m/>.

- KOUTEK, J. *Sebevražedné chování*. Praha: Portál, 2003. 127 s. ISBN 80-7178-732-9.
- KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Praha: Grada Publishing, 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2333-4.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Mít pro co žít*. Praha: Návrat domů, 1994. 134 s. ISBN 80-85495-33-3.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál, 2004. 195 s. ISBN 978-80-247-3604-4.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence*. Praha: Grada Publishing, 2006. 204 s. 80-247-1370-5.
- LANDSBERG, P. L. *Zkušenost smrti*. Praha: Vyšehrad, 1990. 202 s. ISBN 80-7021-054-0.
- LÄNGLE, A. *Osobní existenciální analýza: jako terapeutický přístup*. Praha: Vivas Prepress, 2010 [cit. 2012-06-04] . ISBN 978-80-904307-2-3. Dostupné z: <http://www.laengle.info/downloads/PEA%20czech.pdf>
- LÄNGLE, A. *Smysluplně žít: aplikovaná existenciální analýza*. Brno: Cesta, 2002. 79 s. ISBN 80-7295-037-1.
- LUKAS, E. S. *I tvoje utrpení má smysl*. Brno: Cesta, 1998. 191 s. ISBN 80-7178-8804-X.
- MATTHIEU, R. *Kniha o štěstí*. Praha: Rybka Publishers, 2008. 334 s. ISBN 978-80-87067-97-0.
- OLDHAM, JM. *Borderline Personality Disorder: An Overview*. *American Journal of Psychiatry*, 2004. 9:224-227
- PRAŠKO, J. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2003. 359 s. ISBN 80-7178-737-X.
- RAHN, E. *Psychiatrie*. Praha: Grada Publishing, 2000. 466 s. ISBN 80-7169-964-0.
- SLOVÁKOVÁ, J. *Život s hraniční poruchou osobnosti* [online]. 2010 [cit. 2012-12-06]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Filozofická fakulta. Vedoucí práce Zuzana Slováčková. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/178949/ff_m/>.

- TAVEL, P. *Smysl života podle Viktora Emanuela Frankla*, Praha: Triton, 2007. 303 s. ISBN 80-7254-915-4.
- VAVRDA, V. *Otázky soudobé psychoanalýzy*. Praha: Lidové noviny, 2005. 223 s. ISBN 80-7106-672-9.
- VÁGNEROVÁ M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.
- VIEWEGH, J. *Sebevražda a literatura*. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka, 1996. 282 s. ISBN 80-85880-10-5.
- VYMĚTAL, J. *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada Publishing, 2007. 337 s. ISBN 978-80-247-0723-5.
- VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada Publishing, 2010. 288 s. ISBN 978-80-247-2667-0.
- WAGENKNECHT, M. *Osoba v dialogu*. [online]. 2001 [cit. 2012-06-04]. Dostupné z: <http://slea.cz/index.php?page=mw6>
- YALOM, I. D. *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál, 2006. 527 s. ISBN 80-7367-147-6.
- ZVOLSKÝ, P. *Speciální psychiatrie*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2003. 206 s. ISBN 80-7184-203-6

7. Seznam příloh

Příloha č. 1 - Informovaný souhlas

Příloha č. 2 - Dotazník ESK

Příloha č. 3 - Shrnutí volných rozhovorů – jednotlivé výpovědi pacientů

Příloha č. 4 - Tabulky T-testu