

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

DIPLOMOVÁ PRÁCA

2018

Tatiana Zítková

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou
psychoterapii (NMGr. kombinované studium)



Psychosociálna rehabilitácia klientov s hraničnou poruchou osobnosti

Bc. Tatiana Zítková

Vedúci diplomovej práce: Mgr. Jan Jakub Zlámaný, Ph.D.

Praha 2018

Prague college of psychosocial studies

Social work with a focus on communication and applied
psychotherapy

(NMgr. follow-up master's degree programme)



Psychosocial rehabilitation of clients with borderline personality disorder

Bc. Tatiana Zítková

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Jan Jakub Zlámaný,
Ph.D.

Praque, 2018

Prehlásenie

Prehlasujem, že som túto diplomovú prácu vypracovala pod vedením svojho vedúceho diplomovej práce samostatne a uviedla som všetky použité pramene a literatúru.

V Prahe dňa 21. 7. 2018

Pod'akovanie:

Na tomto mieste by som v prvom rade chcela poďakovať všetkým klientom a pracovníkom terapeutickkej komunity Kaleidoskop, s ktorými som, i keď na krátku chvíľu, mohla pracovať a zdieľať pre mňa obohacujúci úsek na mojej ceste životom. Ďalej klientom tejto terapeutickkej komunity, klientom Psychoterapeutickej a psychosomatickej kliniky ESET v Prahe, Fokus, z.ú v Prahe a Centra pre duševné zdravie Hélio v Prahe, tiež členom Facebookovej skupiny Hraničná porucha osobnosti, ktorí boli ochotní vyplniť dotazníky potrebné pre tento výskum, a bez ktorých by sa nemohol vôbec uskutočniť.

Rada by som poďakovala Mgr. Jánovi Jakubovi Zlámanému, Ph.D., za odborné vedenie diplomové práce, za jeho cenné rady a možnosť vzájomného zdieľania skúseností z terapeutickkej komunity, kde on sám tiež pracoval. PhDr. Jánovi Bendovi za pozvanie do tak zmysluplného výskumu, za poskytnutie rád a relevantnej literatúry a za jemu vlastnú láskavosť a trpezlivosť.

Ďakujem riaditeľke terapeutickkej komunity Kaleidoskop Renáte Tumlířové a vedúcemu komunity Martinovi Klementovi za umožnenie zberu dotazníkov v komunite navzdory náročnému programu. MUDr. Ondřejovi Pěčovi, Ph.D., riaditeľovi Psychoterapeutickej a psychosomatickej kliniky ESET v Prahe za jeho ochotné nasmerovanie na Mgr. Irenu Ludvíkovú, ktorá pracuje na tejto klinike v dennom stacionári pre poruchy osobnosti, a ktorá bola ochotná administrovať dotazníky svojim klientom. Mojim dvom priateľkám z psychoterapeutického výcviku – psychiatrické MUDr. Kataríne Faixovej, ktorá administrovala dotazníky v Centre duševného zdravia Hélio v Prahe, kde pracuje, a psychologičke Mgr. Márii Miličevičovej, ktorá spolu s kolegami administrovali dotazníky klientom v Dennom sanatóriu Fokus Břevnov v Prahe.

V neposlednej rade ďakujem mojej sestre „Havi“, „tatinovi“, „mamicíni“ a dedkovi, tiež všetkým mojim priateľom a priateľkám a vedúcej v práci, ktorí ma po celú dobu písania tejto diplomovej práce podporovali.

Anotácia:

Predkladaná diplomová práca je zameraná na psychosociálnu rehabilitáciu a ďalšie metódy sociálnej práce s klientmi s hraničnou poruchou osobnosti predovšetkým v perspektíve terapeutických komunit. Celá práca je rozdelená na časť teoretickú a časť empirickú. Prvá časť popisuje teoretické východiska a doterajšie poznatky o hraničnej poruche osobnosti a tiež metódy sociálnej práce v terapeutickej komunite. Ďalej popisuje špecifiká dialekticko behaviorálnych psychosociálnych intervencií v prístupe k tejto cieľovej skupine, ktoré sa uplatňujú v terapeutických komunitách. Záverom teoretickej práce je predstavenie nového konceptu súcitu so sebou v opozícii centrálnych symptómov hraničnej poruchy osobnosti, ktorý tak nadväzuje na časť empirickú. Cieľom empirickej časti výskumu bude poukázať na fenomén privácie súcitu so sebou u klientov s hraničnou poruchou osobnosti. Nástrojom k tomu bude porovnanie miery súcitu zo sebou medzi skupinou klientov s hraničnou poruchou osobnosti a skupinou „zdravej“ populácie, a v súvislosti s tým tiež porovnanie tendencie k prežívaniu hanby u klientov s hraničnou poruchou osobnosti a u „zdravej“ populácie. Predpokladom je, že klienti s hraničnou poruchou osobnosti budú vykazovať štatisticky významne nižšiu mieru súcitu so sebou a štatisticky významne vyššiu mieru tendencie k prežívaniu hanby. Prínosmi výskumu by mohli byť nové poznatky o koreňoch symptomatológie hraničnej poruchy osobnosti, väčšie porozumenie mechanizmu zmeny smerom k zvýšeniu kvality života a duševnej pohody klientov s hraničnou poruchou osobnosti, a tým otvorenie nových možností v praktických postupoch psychosociálnych intervencií zacielených na túto populáciu.

Kľúčové slová: hraničná porucha osobnosti, trauma, sebapoškodzovanie, stigma, terapeutická komunita, psychosociálna rehabilitácia, dialekticko behaviorálna terapia, metóda sociálnej práce, vzťah, klient, pracovník, všímanosť, súcit so sebou, hanba, vina

Abstract:

The presented thesis examines psychosocial rehabilitation and other methods of social work with clients with borderline personality disorder, particularly from the perspective of therapeutic communities. The thesis is divided into a theoretical and empirical section. The first part of the paper outlines the theoretical foundations and current knowledge of borderline personality disorders, as well as methods of social work in the therapeutic community. It also describes the specifics of dialectic behavioural psychosocial interventions in the approach to this target group, which are used in therapeutic communities. The theoretical section concludes with the introduction of a new concept of self-compassion in opposition to the central symptoms of borderline personality disorder, which ties into the empirical section. The aim of the empirical part of the research will be to point out the phenomenon of lacking self-compassion in clients with borderline personality disorder. The methodology used will be to compare the degree of self-compassion in a group of clients with borderline personality disorder and a "healthy" population group, and in this context, to also compare the tendency to experience shame in clients with borderline personality disorder and in the "healthy" population. The assumption is that clients with borderline personality disorder will exhibit a statistically, significantly lower degree of self-compassion and statistically, significantly higher tendency to experience shame. The benefits of this research could result in new findings on the roots of borderline personality disorder symptomatology, bring a greater understanding of the mechanism of change in order to improve the quality of life and well-being of clients with borderline personality disorder, and open up the possibility of new practices in psychosocial intervention aimed at this population.

Keywords: borderline personality disorder, trauma, self-injury, stigma, therapeutic community, psychosocial rehabilitation, Dialectical behavior therapy, method of social work, relationship, client, worker, mindfulness, self-compassion, shame, guilt

Obsah

Úvod	1
TEORETICKÁ ČASŤ	4
1 Hraničná porucha osobnosti	5
1.1 Problematika hraničnej poruchy osobnosti	6
1.2 Diagnostické kritéria hraničnej poruchy osobnosti	7
1.3 Komorbidita u hraničnej poruchy osobnosti.....	9
1.4 Etiopatogenézia hraničnej poruchy osobnosti.....	10
1.5 Prognóza hraničnej poruchy osobnosti.....	12
2. Profil klienta s hraničnou poruchou osobnosti	12
2.1 Všadeprítomná nestabilita	13
2.1.1 Časté prejavy hnevu.....	13
2.1.2 Impulzivita v najmenej v dvoch potenciálne sebapoškodzujúcich oblastiach	14
2.1.3 Chronické pocity prázdnoty	14
2.1.4 Chýbajúce jasné vedomie identity	14
2.1.5 Zúfalá snaha vyhnúť sa skutočnému či zdanlivému opusteniu.....	15
2.1.6 Nestabilné a intenzívne vzťahy	15
2.1.7 Suicidalita, opakované vyhrážanie samovraždou či samovražedné gestá, alebo iné sebapoškodzujúce chovanie	16
2.1.8 Znížená schopnosť odložiť akciu	17
2.1.9 Prechodné a so stresom súvisiace vzťahovačné predstavy alebo ťažké disociatívne príznaky	17
2.1.10. Čiernobiely svet.....	17
2.1.11 Rola obete	18
2.1.12 Problémy v zamestnaní a výber povolania	18
2.1.13 Gender u HPO, socioekonomické faktory	19
3 Problematika stigmatizácie jedincov s HPO	19
3.1 Stigma.....	19
3.1.1 Sebastigmatizácia – internalizovaná stigma	20
3.1.2 Stigmatizácia klientov s hraničnou poruchou osobnosti	20
3.1.4 Antistigmatizácia	21
4 Terapeutická komunita	23
4.1 Vymedzenie pojmov komunita a terapeutická komunita.....	23
4.1.1 Pojem komunita	23
4.1.2 Pojem terapeutická komunita.....	24

4.3 Vymedzenie terapeutickkej komunity ako sociálnej služby	25
4.3.1 Terapeutická komunita v praxi.....	26
4.4 Metódy sociálnej práce v terapeutickkej komunite.....	27
4.4.1 Metódy sociálnej práce a ich členenie	27
4.4.2 Metódy sociálnej práce v perspektíve terapeutickkej komunity	28
4.4.2.1 Psychosociálna rehabilitácia	28
4.4.2.2 Sociálna rehabilitácia a koncept zotavenia	29
4.4.2 Krízová intervencia.....	30
4.4.2.1 Špecifiká poskytovania krízovej intervencie klientom s HPO.....	31
4.4.3 Telefonická krízová pomoc.....	32
4.4.4 Sociálna práca so skupinou	32
4.4.5 Sociálna práca s jednotlivcom.....	37
4.4.6 Rodinná terapia.....	37
4.4.7 Sociálne poradenstvo.....	37
4.4.8 Služby následnej starostlivosti	38
4.4.9 Case management – návrh doplnenia metódy sociálnej práce do rámca terapeutickkej komunity	39
5 Sociálny terapeut terapeutickkej komunity	42
5.1 Náplň práce a požiadavky na pracovnú pozíciu sociálny terapeut v TK.....	42
5.1.1 Profil pracovníka v perspektíve psychosociálnej rehabilitácie.....	43
5.1.2 Špecifické vlastnosti pracovníka s klientmi s HPO	43
6 Vzťah klient – pracovník.....	44
6.1 Vzťah klient – pracovník v perspektíve komunitnej starostlivosti	44
6.1.1 Špecifiká vzájomného vzťahu pracovník – klient s hraničnou poruchou osobnosti	46
7 Špecifiká psychosociálnych intervencií zacielených na populáciu s HPO	48
7.1 Terapeutická komunita Kaleidoskop.....	48
7.1.1 Dialektická behaviorálna terapia.....	48
7.1.2 Koncept „súciť so sebou“ (angl. self- compassion)	52
7.1.2.1 Sebakritickosť v kontraste súcitu so sebou.....	56
EMPIRICKÁ ČASŤ	60
8 Metodológia výskumu.....	61
8.1 Ciele a argumentácia výskumu.....	61
8.2 Výskumné otázky a formulácia hypotéz	62
9 Zber dát a etické aspekty	63

10 Výskumný súbor	65
10.1 Demografické charakteristiky	65
10.1.1 Popisná štatistika.....	65
11 Použité metódy	75
11.1 Popis metód	75
11.1.1 Test tendencie k prežívaniu hanby (TOSCA-3S-CZ)	75
11.1.2 Škála súcitu so sebou (SCS-CZ)	76
12 Deskriptívne charakteristiky	78
12. 1 Deskriptívne charakteristiky škály Súcitu so sebou.....	78
12. 2 Deskriptívne charakteristiky subškály tendencie k prežívaniu hanby TOSCA-3S-S.....	78
13 Analytická štatistika	79
13. 1 Súcit so sebou – HPO x KS	79
13. 1. 1 Hanba – HPO x KS.....	80
13. 1. 2 Korelácia hanby a súcitu so sebou	80
14 Závěry výskumu	81
15 Limity práce	82
16 Diskusia	83
17 Záver	88
Zoznam literatúry.....	89
Prílohy	1
Príloha č. 1.....	1
Príloha č. 2.....	2

Úvod

Motiváciou k napísaniu tejto diplomovej práce mi bola moja krátka, ale veľmi intenzívna a obohacujúca skúsenosť, v terapeutickej komunite Kaleidoskop, kde som ako sociálny terapeut mala možnosť pracovať a čiastočne i zdieľať život s klientmi, ktorí trpia hraničnou poruchou osobnosti. Aj keď ma osobné záležitosti zaviedli do celkom inej pracovnej sféry, a v tej dobe mi neumožnili skĺbiť prácu a osobný život, dodnes si zážitky z komunity nosím v živých spomienkach a mám v sebe istotu, že sa jednalo o moju najjadrovejšiu pracovnú skúsenosť.

Inšpiráciu k prepojeniu motívu popísať terapeutickú komunitu a priblížiť doterajšie poznatky o „hraničnej symptomalógii“ spolu s grantovým empirickým výskumom na téma celkom nového konceptu „súcitú so sebou“, ktorý by mohol byť užitočným nástrojom pre všetky pomáhajúce profesie, mi dal PhDr. Jan Benda, ktorý bol mojím oponentom pri obhajobe bakalárskej práce, a ktorý ma do zapojenia sa k jeho výskumu prizval.

Moja bakalárska práca nesie názov „Sekulárna všímavosť“. Jej cieľom bolo popísať konceptu „všímavosti“ vyňatého z budhistickej meditácie do praxe pomáhajúcich profesií v našej sekulárnej západnej spoločnosti. Tento koncept, tak, ako bude popísané v nasledujúcich kapitolách, našiel svoje uplatnenie pri práci s klientmi s hraničnou poruchou osobnosti a využíva sa aj v rámci terapeutických komunit s touto klientelou u nás i v zahraničí. Koncept súcitú so sebou by mohol byť ďalším doplnením a prínosom pre všetkých, ktorí pracujú s ľuďmi, rovnako ako aj pre klientov. Empirická časť tejto práce je teda aplikovateľným výskumom, ktorého výsledky by mohli slúžiť ako inšpirácia pre ich uvedenie do praxe a ich implementovanie a aplikáciu v terapeutickej komunite a aj v iných pomáhajúcich službách.

Teoretická časť tejto diplomovej práce je zložená z troch častí. Cieľom prvej časti je priblíženie poznatkov o problematike, diagnostike, etiológii a prognóze hraničnej poruchy osobnosti. Ďalej sa pokúsím o vytvorenie profilu klienta s touto poruchou s prioritou priblížiť, čím všetkým si jedinec s „hraničným syndrómom“ musí každodenne prechádzať s dôrazom na diskrimináciu a stigmatizáciu tejto populácie.

Cieľom druhej teoretickej časti bude priblíženie terapeutických komunit obecné, tiež príčin, ktoré stáli za ich vznikom. Nasledovať budú kapitoly: vymedzenie terapeutickej komunity ako sociálnej služby, náplň pracovnej pozície sociálneho terapeuta v komunite, metódy sociálnej práce využívaných v komunite, kde budem

navrhovať doplnenie ďalšej metódy, vychádzajúc z vlastnej skúsenosti.

Tretia teoretická časť sa bude zaoberať špecifikami terapeutických komunit so zacielením na klientov s hraničnou poruchou osobnosti. Konkrétne sa zameriava na štruktúrovaný program vychádzajúci z dialekticko behaviorálnej terapie. Vysvetľuje tiež koncept všímavosti a koncept súcitu so sebou v kontraste centrálnych symptómov hraničnej poruchy osobnosti, ktorými sú hanba a vina. Podľa doterajších výskumov práve tieto afektívne stavy či emócie stoja pri koreňoch symptomatológie hraničnej poruchy osobnosti.

Empirická časť si stanovuje za cieľ porovnať mieru prežívanej hanby a mieru súcitu so sebou u vzorky klientov s hraničnou poruchou osobnosti a u kontrolnej skupiny „zdravých dospelých“. Štúdiá bude porovnávať skupinu klientov s hraničnou poruchou osobnosti s kontrolnou skupinou „zdravých dospelých“ osôb. Výber respondentov pre skupinu klientov s hraničnou poruchou osobnosti bude prebiehať v terapeutickej komunite Kaleidoskop v Soleniciach, v Psychoterapeutickej a psychosomatickej klinike Eset v Prahe, vo Fokuse, z.ú., Praha Břevnov, v Centre pre duševné zdravie Hélio v Prahe a na sociálnej sieti Facebook. Výber respondentov pre kontrolnú skupinu bude prebiehať s využitím online formulára a reklamy na internete, resp. metódou snehovej gule. Predpokladom je, že pri riešení projektu bude vyšetrených najmenej 50 klientov s hraničnou poruchou osobnosti a najmenej 100 „zdravých dospelých“ osôb.

Nástrojom k meraniu „súcitu so sebou“ bude česká verzia Škály súcitu so sebou (Self-Compassion Scale [SCS-CZ]; Neff, 2003; česká adaptácia Benda & Reichová, 2016). K meraniu „tendencie k prežívaniu hanby“ bude použitá skrátená verzia dotazníku TOSCA-3 (Test of self-conscious affect-3 [TOSCA-3]; Tangney et al., 2000, česká adaptácia Dvořáková, 2013). Postup analýzy dát prebehne s využitím štatistického programu Statgraphics Plus a SPSS. V týchto programoch prevediem výpočty deskriptívnej štatistiky u skúmaných skupín, otestujem normalitu rozloženia sledovaných premenných a prevediem porovnanie vzoriek adekvátnymi štatistickými testami. Záver empirickej časti bude obsahovať diskusiu a zhrnutie výskumu.

Nakoniec úvodu pár slov k terminológii. Zámerne sa vyhýbam pojmu „hraničiar“ ako označeniu osoby, ktorá trpí hraničnou poruchou osobnosti. Viedla ma k tomu skutočnosť, že v súčasnej dobe je tento pojem spojený s negatívnou konotáciou a stigmatizáciou tejto populácie, o čom pojednávam v kapitolách o stigmatizácii. V niektorých citátoch sa tento pojem ovšem vyskytuje, ale vzhľadom k pravidlám

citovania ho nebolo možné vynechať. Cieľom tejto práce je i snaha o pochopenie a prijatie jedincov s HPO a zamyslenie sa nad dôvodmi, ktoré vedú pracovníkov v kontakte s týmito klientmi k negatívnym, hostilným postojom a predsudkom a tiež rýchlemu vyhoreniu. Slovo „hraničný“ v rôznych obmenách a v spojeniach napríklad so symptomatológiou používam, ale dávam ho do úvodzoviek.

Ďalšie pojmy, ktoré sa v tejto práci vyskytujú sú komorbidita, prevalencia, regresia, dekompenzácia, regresia, remisia, relaps, disociácia, a depersonalizácia, syndróm CAN. Komorbidita znamená súčasný výskyt dvoch alebo viacerých porúch u toho istého jedinca, pričom každá môže vyžadovať inú liečbu. Prevalencia predstavuje celkový počet ľudí postihnutých daným ochorením v populácii. Regresia predstavuje ústup, spätný posun či vývoj. Dekompenzácia označuje znovuobjavenie sa príznakov alebo prejavov už liečenej choroby. Remisia je pojmom, ktorý predstavuje dočasné vymiznutie prejavov choroby. Opakom tohto stavu je relaps. Relaps znamená zvrät, návrat choroby alebo spôsobov chovania k predchádzajúcemu stavu. Disociácia je pojem, ktorý označuje rozštep, oddelenie; rozpojovanie združených predstáv pôsobením nových vnemov. Pod pojmom depersonalizácia sa skrýva stav odcudzenia a odosobnenia, pre ktorý je charakteristická i strata záujmu o okolie. Derealizácia je formou depersonalizácie, kedy sa postihnutému svet javí ako neskutočný, cudzí, prázdny a nezmyselný (Hartl, 2004). Syndróm CAN vychádza z anglického názvu Child Abuse and Neglect (zneužívanie a zanedbávanie dieťaťa), a odtiaľ je prevzatý i do našej terminológie, v ktorej sa prekladá ako syndróm týraného, zneužívaného a zanedbaného dieťaťa. Je súhrnom nepriaznivých príznakov v najrôznejších oblastiach života a vývoja dieťaťa, ktoré boli spôsobené niektorou z foriem týrania, zneužívania a zanedbávania. Základné a najčastejšie formy syndrómu CAN sú fyzické, psychické týranie, sexuálne zneužívanie a zanedbávanie (Matoušek, 2017). Ostané cudzie pojmy vysvetľujem priamo v texte.

V poslednom dodatku úvodu sa venujem použitým skratkám. Skratky používam v súlade s citačnou normou APA s výnimkou ich použitia pre pojmy terapeutická komunita (TK) a hraničná porucha osobnosti (HPO). Tieto pojmy sa v tejto diplomovej práci vyskytujú často, preto používam buď skratky alebo celé pojmy v závislosti na vhodnosti ich použitia v texte.

TEORETICKÁ ČASŤ

1 Hraničná porucha osobnosti

*U plných stolů krutým hladem zmirám,
u žhnoucích kamen zabijí mne mráz,
čeho se dotknu jen střepy sbírám,
až po krk v blátě zabijím svůj čas.
Můj úsměv rybníček je slzavý,
a slzy zas tak veselé,
když náhodou mne Slunce pozdraví,
že v životě jak v kostele
bych kleknout moh, ať požehná mi Pán...
já, všemi ctěn a všemi poplíván.*

***Mou jistotou je nestálost a zmatek,
jasno mi vzhází z temných nočních chvil.
Jen to je mé, čeho mám nedostatek,
a to, co miluji, jsem dávno zardousil.***
*Když v představách svých včerejší jsem host,
až s dneška soumrakem jsem přijít měl.
Tvář i vlas Měsíce má sinavost.
Kéž bych list fíkový byl aspoň obdržel
když bědný, nahý budu světem štván...
já, všemi ctěn a všemi poplíván.*

*A přece tolik naděje mám v duši,
štěstíčko na mne přímo dotírá,
že zabouchnu, protože mě to ruší,
všechny ty dveře, co svět mi otvírá.
Ke zlatým mísám už se nakláním
a červi prahnou po mých útrobách,
smůla mě škrtí, já se nebráním
kam hvězda nesvitne, tam ve mdlobách
keř bezu černého mít budu za altán,
François Villon, vždy ctěn a poplíván.*

François Villon, Tuláková balada

1.1 Problematika hraničnej poruchy osobnosti

Hraničná porucha osobnosti (HPO) je majoritná duševná porucha charakterizovaná nestabilitou v medziľudských vzťahoch, emóciách, identite, chovaní a poznávaní; spojená s rozsiahlym funkčným poškodením a so zvýšenou úrovňou sebazničujúceho a zdravia ohrozujúceho chovania, vrátane úmyselného sebapoškodzovania a samovražedných tendencií; zneužívania drog, alkoholu a predpísaných liekov; nebezpečného sexuálneho chovania; s vysokou morbiditou, komorbiditou a dokonca mortalitou (Bornovalova et al., 2008; Brown et al., 2009; Grant et al., 2008; Grambal, Praško & Kasalová, 2017; Katsakou et al., 2012; Stanley & New, 2017 atd.).

Na rozdiel od iných duševných porúch, kde sa jedná o to, že v psychike nimi postihnutých jedincov je niečoho navyše (napr. bludy, halucinácie), v súvislosti s HPO sa hovorí v tomto smere o tzv. **privácii** – chýbaníu, nedostatku niečoho (Zlámaný, osobná komunikácia, 2018). Pre predstavu sa u HPO jedná napríklad o nedostatok uvedomenia, porozumenia a prijatia emócií; nedostatok prístupu k adaptačným stratégiám modulácie intenzity a / alebo trvania emocionálnej odpovede; či chýbanie kontroly pri prežívaní emočného napätia (Bornovalova et al., 2008).

Za **jadro ochorenia** HPO sa podľa biosociálnej teórie sa považuje **emočná dysregulácia** (Linehan, 2014). Nahliada sa na ňu ako na spoločný výsledok biologickej predispozície, vplyvu prostredia a ich vzájomného pôsobenia v priebehu vývoja osobnosti. Táto systematická emočná nestabilita utvára emočnú zraniteľnosť a maladaptívne a nedostatočné modely emočných stratégií (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan & Bohus, 2004; Linehan, 2014).

Hraničná porucha osobnosti zasahuje do všetkých oblastí a rovín každodenného života ňou postihnutých jedincov tak výrazným spôsobom, že **vyžaduje komplexný liečebný program** (Praško & Pěč, 2014). Jednotlivci, ktorí splňujú kritéria pre hraničnú poruchu osobnosti, zaplavujú oblasť psychiatrických liečební a iných klinických zariadení. Sú častými užívateľmi akútnej psychiatrickej starostlivosti vrátane hospitalizácie, krízových centier či záchranej zdravotnej služby. Majú vysoký dopyt po liečbe súčasne so slabou reakciou na štandardnú ambulatnú liečbu, čo vedie k vysokej miere využívania služieb a k finančnej záťaži zdravotníckeho systému. Aj keď je farmakoterapia v niektorých smeroch u HPO potenciálne účinná, **bežne sa predpokladá, že pre klientov s touto poruchou je psychosociálna rehabilitácia v**

nejakej forme nevyhnutná (Carmel, Fruzzetti & Rose, 2014; Lieb et al., 2004; Linehan, 2014).

Mladí a dospelí diagnostikovaní hraničnou poruchou osobnosti majú **problémy so sociálnym zlyhávaním vo všetkých oblastiach** svojho každodenného života. Porucha výrazne **zhoršuje kvalitu ich života**. Bráni hlavne mladým ľuďom v štúdiu, v práci a aj v kontakte s vrstovníkmi, či v nadväzovaní a udržiavaní partnerských vzťahov (Grambal et al., 2017).

Existuje predpoklad, že vznik a rozvoj poruchy je okrem iných faktorov aj odrazom súčasnej konzumnej, individualizovanej a sekulárnej spoločnosti, z ktorej títo jedinci vypadávajú a nie sú schopní v nej fungovať. Autori Kreisman a Straus (2017, s. 84) citujú v tejto súvislosti Louise Sasse, spravodajcu z New York Times, ktorý problematiku hraničnej poruchy osobnosti formuloval nasledovne: *„Každá kultúra pravdepodobne potrebuje své obětní beránky jako vyjádření nešvarů společnosti. Tak jako za Freudových časů hysterie dokládala sexuální represi té doby, hraničáři, jejichž identita je rozštěpena na mnoho kousků, představují rozbití stabilních jednotek v naší společnosti.“*

Kapitoly, ktoré budú nasledovať, predstavujú podrobnejšie predstavenie nastolenej problematiky.

1.2 Diagnostické kritéria hraničnej poruchy osobnosti

Pojem hraničná porucha osobnosti sa objavuje počiatkom 20. storočia s problémom zaradenia klientov, ktorí sa pohybovali **na hranici medzi neurózou a psychózou** a zároveň nespadať do diagnostických kritérií ani jedného z týchto ochorení (Stanley & New, 2017). Niektorí autori sa dokonca domnievajú, že hraničná porucha nie je ani hraničná a nie je ani poruchou osobnosti. To podľa nich neznamená, že by sa mala vylúčiť z diagnostického systému, ale že by mala byť redefinovaná (Paris, Silk, Gunderson, Links & Zanarini, 2009).

V súvislosti s HPO sa hovorí, že sa jedná sa o **najčastejšiu poruchu osobnosti** v súčasnosti (Trokanová, 2010) a o **relatívne novú diagnózu** (Kreisman & Straus, 2017). Podľa všeobecného názoru „hraničná patológia“ v posledných desaťročiach neustále narastá (Kreisman & Straus, 2017). Otázkou zostáva, či sa jedná o skutočný nárast alebo je to spôsobené len jej presným stanovením a identifikáciou. Faktom ale je,

že sa neustále zvyšuje počet klientov s touto diagnózou a narastá i počet „hraničných rysov“ v spoločnosti (Kreisman & Straus, 2017; Grambal et al., 2017).

Praško a Pěč (2014) uvádzajú, že **10%** ambulantných psychiatrických pacientov, **15-20%** hospitalizovaných a **30-60%** liečených porúch osobnosti tvoria klienti s HPO a **2-3%** ľudí s HPO sa vyskytuje v bežnej populácii. V USA je v priebehu života **97%** klientom s hraničnou poruchou osobnosti poskytnutá ambulantná starostlivosť priemerne šiestich terapeutov, **95%** z nich dochádza do individuálnej terapie, **56%** využíva skupinovú terapiu, **42%** rodinnú alebo párovú psychoterapiu, **37%** dennú starostlivosť, **72%** psychiatrickú hospitalizáciu a **24%** využíva pobytové služby. **9 - 40%** opakovane hospitalizovaných klientov je diagnostikovaných HPO. Výsledky epidemiologických štúdií dospelých ukazujú na prevalenciu hraničnej poruchy osobnosti **od 0,7% až 1,8%** v Nórsku a **1,2%** v USA (Lieb et al., 2004). O samovraždu sa pokúsi **40-85 %** jedincov s HPO a až **10%** svoj život samovraždou ukončí (Brown et al., 2009; Katsakou et al., 2012). Slovanmi Kreismana a Strausa (2017, s. 11) „*už více než deset let číhá HPO v úkrytu jako jakýsi „třetí svět“ duševných chorob – nejasný, obrovský, představující neurčitou hrozbu.*“

Táto diagnóza bola **prvýkrát uvedená v r. 1980** v americkom psychiatrickom manuáli **DSM III** ako hraniční porucha osobnosti a od tej doby je jednou z najčastejšie diagnostikovaných porúch osobnosti. Analogická diagnóza v Medzinárodnej klasifikácii chorôb (**MKCH-10**) používanej v Európe sa nazýva **emočne nestabilná porucha osobnosti, hraničný typ**. Zavedená bola v roku **1994** (Křivková, 2005).

Emočne nestabilná porucha podľa MKCH-10 je kategóriou porúch osobnosti, u ktorých sa objavuje významná tendencia jednať impulzívne, bez uváženia následkov, ktoré sú sprevádzané emočnou nestálosťou. U emočne nestabilnej poruchy sa rozlišuje impulzívny a hraničný typ (Grambal et al., 2017).

Hraničný typ na rozdiel od impulzívneho charakterizuje emočná nestabilita; menlivosť emócií po minimálnych podnetoch; porucha identity, narušená a nejasná predstava o sebe samom i o osobných cieľoch a preferenciách, vrátane sexuálnych; chronické pocity prázdnoty; prehnaná snaha vyhnúť sa odmietnutiu; tendencie k sebazničujúcemu jednaniu (napr. sexuálne excesy, abúzus drog); sklon k zaplietaniu sa do intenzívnych a nestálych vzťahov, ktoré vedú k emočným krízam a následne k samovražednému jednaniu.

U impulzívneho typu sa vyskytuje zreteľná tendencia jednať neočakávane, bez

uváženia následkov; tendencia k neznášanlivému chovaniu a konfliktom, hlavne v situáciách, keď je chovanie kritizované či niekým prerušené; sklony k výbuchom hnevu a zúrivosti bez schopnosti ich kontrolovať; ťažkosti vydržať pri činnostiach, ktoré neponúkajú okamžitý zisk a nestálosť a nevypočítateľnosť nálad (Grambal et al., 2017; Křivková, 2005; Orel, Facová & Šimonek, 2012; Vágnerová, 1999).

Definície DSM III a DSM IV pri charakteristike znakov HPO uvádzajú pojmy ako: strach z osamelosti, sebapoškodzovanie, chronické pocity prázdnoty či nudy, impulzivita, prechodné a so stresom súvisiace paranoidné predstavy a ťažké disociatívne príznaky, poruchu identity a snahu vyhnúť sa odmietnutiu (Trokanová, 2010). Podľa Trokanovej (2010) slabinou týchto definícií je to, že neuvádzajú sklon k regresii a používanie primitívnych obranných mechanizmov.

V **DSM V** sú hlavnými rysmi HPO: negatívna afektivita, antagonizmus, dezinhibícia, ktoré úzko súvisia s impulzívnou agresiou a afektívnou dysreguláciou (Grambal et al., 2017). Podľa DSM V sa ďalej HPO vyznačuje pretrvávajúcim narušením identity, ktorú charakterizuje výrazne nestbilný sebaobraz, nízka sebaúcta a vysoká sebakritika (Winter, Bohus & Lis, 2017).

1. 3 Komorbidita u hraničnej poruchy osobnosti

Kreisman a Straus (2017) uvádzajú, že vo väčšine prípadov je HPO pri diagnostike považovaná za sekundárnu diagnózu alebo je skrytá pod diagnózou inou. HPO je tak často nesprávne diagnostikovaná alebo môže trvať roky, kým vôbec je diagnostikovaná (Wehbe-Alamah, & Wolgamott, 2014). Keďže HPO môže úplne napodobniť úplne inú poruchu, môže sa chovať a následne zamieňať za **schizofréniu, úzkosť, afektívne poruchy - bipolárnu či depresívnu poruchu, ADHD** a iné poruchy a nemoci (Kreisman & Straus, 2017). V dôsledku toho má mnoho klientov s HPO za sebou dlhú históriu hospitalizácií a dlhý zoznam rôznych diagnostických nálepiek (Kreisman & Straus, 2017). Do zdravotníckeho zariadenia sa okrem komorbídneho ochorenia jedinci s HPO dostávajú aj po suicidálnom pokuse, píše Trokanová (2010). Tieto faktory môžu mať súvislosť so skutočnosťou, že rozvoj ochorenia pridružených k HPO má vždy určitú súvislosť s **precitlivosťou na stres**, ktorú osoby s HPO riešia únikom do **drogových závislostí, do porúch príjmu potravy či ťažkých depresii** (Kreisman & Straus, 2017).

Grambal et al. (2017) uvádzajú ako jednu z najčastejších komorbídnych diagnóz u hraničnej poruchy osobnosti **posttraumatickú stresovú poruchu** (angl. posttraumatic stress disorder; [PTSD]) spôsobenou traumatizáciou primárnymi osobami v ranom detstve. V tejto súvislosti upozorňuje Trokanová (2010), že sexuálne zneužívanie v detstve sa v anamnéze klientov s HPO objavuje častejšie než u iných porúch osobnosti. Zanarini et al. (1998) zdôrazňujú, že posttraumatická stresová porucha je síce najčastejším komorbídny ochorením u HPO, ale nie univerzálnym. Rozdiely existujú aj medzi komorbiditou u žien a u mužov. Ženy sú viac postihnuté poruchami príjmu potravy a muži viac inklinujú k zneužívaniu návykových látok (Zanarini et al., 1998). Ďalej sa uvádzajú **somatické komorbídne ochorenia, iné osobnostné poruchy, poruchy s bludmi, či poruchy nálad s psychotickými príznakmi**, kedy sa jedná sa o tzv. mikropsychotické epizódy, často ale práve u jedincov s HPO spojené s vysokou nestabilitou (Grambal et al., 2017).

Slovami autorov Kreismana a Strausa: *„hraniční syndrom je v mnoha ohledech pro psychiatrii tím, čím je virus pro obecnou medicínu: nepřesný pojem označující nejasnou, leč zhoubnou nemoc, která se těžko léčí, kterou je obtížné definovat, a kterou je pro doktora doslova nemožné pacientovi adekvátně vysvětlit“* (2017, s. 13).

1.4 Etiopatogenézia hraničnej poruchy osobnosti

Príčina HPO **nie je zatiaľ úplne objasnená** (Grambal et al., 2017). Podľa Linehanovej (2014) za vznikom hraničnej poruchy osobnosti stojí **kombinácia genetickej predispozície a diskvalifikujúceho rodinného prostredia**. Kreisman a Straus (2017) považujú minulosť poznamenanú zlým zachádzaním, citovou depriváciou a dlhodobým týraním zo strany rodičov či iných osôb poskytujúcich primárnu starostlivosť za hlavný faktor, ktorý odlišuje klientov s hraničnou poruchou osobnosti od ostatných psychiatrických pacientov. Ďalším faktorom súvisiacim s rodinnou anamnézou je situácia, kedy deti vychovávajú „hraničné matky“, ktoré zase vychovávali ich „hraničné matky“. V rodinách osôb s diagnózou hraničnej poruchy osobnosti sa celými generáciami preplieťa syndróm CAN, zakorenené a dlhodobo neriešené problémy, ktorá ústia v incesty, samovraždy, v zneužívanie psychoaktívnych látok a v mnohé ďalšie patologické javy (Kreisman & Straus, 2017).

Kreisman a Straus (2017) poukazujú i na **sociokultúrne faktory**, ktoré súvisia s veľkými zmenami v spoločnosti po druhej svetovej vojne, akými sú napríklad rozpad nukleárnej a širšej rodiny a s tým súvisiaca vysoká rozvodovosť, premieňajúce sa genderové role, fragmentácia spoločnosti, geografická mobilita, strata tradícií a zvyklostí, zneužívanie drog a alkoholu, kriminalita, terorizmus. Uvádzajú, že k rozvoji HPO prispieva kombinácia genetických, vývojových, neurobiologických a sociálnych faktorov (Kreisman & Straus, 2017).

Čo sa týka **genetických a neurologických faktorov**, okrem prítomnosti nejakej duševnej poruchy u príbuzných prvého stupňa sa ďalej uvádza dysfunkcia niektorých z neurotransmiterov, ktoré sú spojené s impulzivitou, poruchami nálad a inými rysmi HPO. Pri sebadeštruktívnom jednaní dochádza k uvoľneniu endorfínov, ktoré slúžia ako sebamedikácia vnútorného emočného zmätku. U klientov s HPO je prítomná hyperaktivita v časti mozgu spojenou s emocionalitou a naopak znížená činnosť v oblasti, ktorá ovláda racionálne myslenie a usmerňovanie emócií. Tieto časti mozgu sú u HPO spojené so zmenou ich veľkosti, čo môže súvisieť s poranením mozgu alebo nejakým ochorením ako je napríklad encefalitída, epilepsia, ADHD či komplikácie v tehotenstve. Najnovšie výskumy predpokladajú, že HPO môže byť pravdepodobne čiastočne dedičná, rodič a dieťa tak môžu prežívať dysfunkčné kognitívne i emocionálne spojenie. Výskumy dvojčiat a adopčné štúdie podporujú predstavu o základnej genetickej zraniteľnosti u HPO, ale špecifické gény zatiaľ neboli nájdené (Grambal et al., 2017; Kreisman & Straus, 2017).

Vývojové teórie HPO zdôrazňujú ako kľúčové vek dieťaťa medzi osemnástimi a tridsiatimi mesiacmi, kedy sa dieťa pokúša o získanie autonómie. V tomto období sa objavujú dva dysfunkčné vzorce rodičovského prístupu – prehnaná kontrola zabraňujúca separácii alebo naopak nedostatočná pozornosť a potvrdenie. Dieťa si tak v oboch prípadoch nevytvorí stabilný pocit vlastného ja, a to môže viesť k neustálej potrebe lásky a chronickým obavám z opustenia. Za ďalšie vývojové faktory sa považujú dlhotrvajúce traumatické odlúčenie od rodiča; neprítomný alebo psychický narušený rodič; matky s výraznou patológiou a dysfunkčné rodinné prostredie s psychopatologickými javmi. Veľké traumy prežité v rannej fáze vývoja môžu zvyšovať pravdepodobnosť HPO v dospievaní a dospelosti (Kreisman & Straus, 2017).

1.5 Prognóza hraničnej poruchy osobnosti

V súlade s klinickou literatúrou sa zdá, že HPO nemusí byť tak chronickým a neliečiteľným ochorením, ako sa donedávna predpokladalo (Grant et al., 2008). Na riešenie tejto otázky je potrebný ďalší epidemiologický výskum. Doterajšie poznatky hovoria o možnom ústupe symptómov a následnej remisii s vekom (Grant et al., 2008; Trokanová, 2010). Najnápadnejšie prejavy HPO a tiež najväčšie riziko spáchania samovraždy sa objavujú v rannej dospelosti a so zvyšujúcim sa vekom postupne slabnú. Uvádza sa, že medzi 30 – 40 rokom života dochádza k väčšej stabilite v pracovných aj v sociálnych vzťahoch. Niektorí jedinci zaznamenali ústup symptómov už po prvom roku psychoterapie. Jednou z najúčinnějších sa v tomto smere javí dialekticko behaviorálna terapia. Dôležitými aspektmi zlepšenia sú sociálne faktory, osobnostný rast a prirodzené zrenie osobnosti (Grambal et al., 2017; Katsakou et al., 2012).

2. Profil klienta s hraničnou poruchou osobnosti

Ako píše Kreisman a Straus (2017) jedinca s hraničnou poruchou osobnosti môže byť navonok veľmi ťažké rozpoznať. Podľa autorov je to spôsobené tým, že v spoločenských a pracovných situáciách môžu jedinci s týmto postihnutím pôsobiť veľmi dobre, bez zjavne pozorovateľnej patológie. Naopak Grambal et al. (2017) popisujú, že **vzhľad jedincov s HPO býva na prvý pohľad veľmi nápadný**. Títo jedinci, podľa slov autorov, môžu upútať pozornosť extravagantným oblečením, nezvyklým účesom, výrazným tetovaním, či nadmerným piercingom. Vo verbálnom prejave sa často objavujú slangové či vulgárne výrazy, a to i u krehko vypadajúcich žien. Ich chovanie môže byť tiež nápadné, porušujú spoločenské konvencie, vybočujúce z bežných stereotypov (Grambal et al., 2017).

Keď sa jedinec s HPO dostane do nejakého zariadenia ako klient služby, už na prvom sedení sa môže uvelebiť do kresla, či sadnúť si na zem. K pracovníkovi sa bude chovať buď nepriateľsky, či po ňom bude vyžadovať nadmernú úprimnosť. Bude sa snažiť prekračovať hranice terapie, napríklad bude odchádzať v priebehu komunity, či vizity na oddelení. Bude citlivý na autoritatívne vymáhanie pravidiel či domnelý

nezáujem. Jeho predchádzajúca história bude zahrňovať protichodné diagnózy, mnohé hospitalizácie alebo skúšanie rôznych liekov (Grambal et al., 2017).

Křivková (2005), Paris et al. (2009), Vágnerová (1999) a vyššie zmienení autori v tejto kapitole popisujú nasledujúce charakteristické rysy osobnosti s HPO:

2.1 Všadeprítomná nestabilita

Emočná nestabilita je najvýraznejším rysom osobnosti s HPO. Vzorce nestability prestupujú aj do interpersonálnych vzťahov, afektov, vnímania a sebahodnotenia. Skrýva sa pod nimi chýbajúca jadrová identita. Sebaobraz prevažuje negatívny a je charakteristický svojou nestálosťou. Mení sa podľa toho, či sa jedinec s hraničnou poruchou osobnosti cíti byť prijímaný, či naopak odmietaný a opustený. Emócie sú premenlivé a nevypočítateľné, ľahko sa menia aj vplyvom nepatrného podnetu. Jedinec s HPO prežíva intenzívne celú škálu emócií. V emočnom ladení je výrazná všadeprítomná neznesiteľná úzkosť (tzv. pananxieta), vnútorne prežívaná ako neustupujúce napätie, ktoré má takto postihnutý jedinec tendenciu zmierniť alkoholom, drogami či medikáciou. V tenzii sa môže u neho v krátkom úseku striedať hnev, plač, sebaľútosť, bezmocnosť a nenávisť k celému svetu. Má sklon potlačovať negatívne emócie, ktoré sa v ňom potom hromadia, a následne tak u neho dochádza k nekontrolovateľným výbuchom hnevu. Typické je primitívne vybíjanie agresie. Sebapoškodzovanie a časté pokusy o samovraždu nie sú motivované ani tak úmyslom zomrieť, ako skôr túžbou aspoň niečo cítiť. Osobnosť s HPO má problémy akýmkoľvek spôsobom ovplyvňovať svoje depresívne prepady. Pri strese a obdobiach osamelosti sa u neho môžu objaviť krátkodobé afektívne reakcie s prvkami sebapoškodzovania, ale častá je tiež dlhodobá dekompenzácia a regresia. Obdobia duševnej pohody sú zriedkavou, skôr nepoznanou záležitosťou. Namiesto toho sa zmieta medzi extrémnou radosťou a priepastnou hĺbinou depresie a smútku.

2.1.1 Časté prejavy hnevu

Hnev jedinca s HPO je vo veľkej miere zameraný na najbližšie osoby, a tak odháňa tých, ktorých najviac potrebuje. Táto emócia môže byť volaním o pomoc, strachom z blízkosti, testovaním oddanosti a je najvytrvalejším symptómom HPO. Hnev

jedinec s HPO prežíva veľmi často a veľmi intenzívne. Je hrozivý a nepredvídateľný, často sprevádzaný hrozbou násilia a často prechádza až do zúrivosti. Podnietiť ho môžu bežné udalosti a môže prísť bez akéhokoľvek varovania.

2.1.2 Impulzivita v najmenej v dvoch potenciálne sebaškodujúcich oblastiach

Chovanie klienta s HPO je ovplyvnené prítomnými vnemami, naopak nie je ovplyvnené optimistickým očakávaním budúcnosti či pozitívnymi minulými skúsenosťami. Prejavy chovania tak môžu byť často náhle a nevyspytateľné. Typická je tendencia jednať impulzívne bez ohľadu na dôsledky. Klient s HPO nie je schopný svoje chovanie ani pocity ovládať. Impulzívny hnev môže plynúť z frustrácie spojenou s nejakým búrlivým vzťahom, zmeny nálad vedú k intenzívnym emočným výbuchom, neprimerané výbuchy hnevu sa môžu vyvinúť zo zlého sebaovládania, sebadeštruktívne chovanie môže byť dôsledkom frustrácie. Impulzívne jednanie súvisiace napríklad s drogami či alkoholom často slúži ako obrana proti pocitu osamelosti a strachu z opustenia. Výbuchy zlosti môžu vyvrcholiť násilím voči okoliu, sebaškodením, opitím, prejedaním sa či suicidálnym pokusom. Agresivita voči sebe a druhým je pre HPO typická. Jedinci s HPO tak tvoria významný podiel v populácii trestaných osôb, sexuálnych agresorov, či domácich násilníkov.

2.1.3 Chronické pocity prázdnoty

Jedinec s HPO zažíva bolestnú osamelosť a snaží sa túto diery v sebe zaplniť novým vzťahom a vyhľadávaním rôznych zážitkov, či návykových látok, s cieľom uniknúť vnútornej prázdnote. Samovražda je často jediná racionálna a uspokojivá reakcia práve na neustály pocit prázdnoty. „*Stabilní pocit vlastního ja nelze vytvořit v prázdne skořápce*“ (Kreisman & Straus, 2017, s. 56).

2.1.4 Chýbajúce jasné vedomie identity

Jedinec s HPO sa nepovažuje za dynamicky premieňajúcu sa osobnosť, vnímanie seba je statické. Akákoľvek odchýlka ho vyvedie z miery. Trpí pocitom, že všetko svoje jednanie a svoj prejav iba predstiera, a má strach, že mu ostatní na to prídu. Problém môže mať aj so sexuálnou identitou. Medzi osobami s HPO existuje výrazne

vyššie percento sexuálnych úchyliiek než u inej populácie. S tým sú spojené faktory prostredia, ako napríklad chýbajúce vzory, sexuálne útoky, rozpaky z vlastného tela či neukojiteľná potreba lásky a pozornosti. Jedinec s HPO sa často prispôsobí, či napodobuje svoje okolie, aby zaplnil prázdno svojej identity. V extáze, ktorú dosahuje prostredníctvom sexu, drog a iných extatických zážitkov ako sú nákupné horúčky, pôsty či naopak prejedanie, pociťuje splynutie ja s vonkajším svetom, čo mu prináša dočasnú úľavu od trýznivej úzkosti. Je nedostatočne autentický, z okolia preberá gestá, pohyby, slovné frázy a nekriticky kopíruje vzory. Má nestálu hodnotovú hierarchiu, ktorú mení bez hlbšej reflexie. Často sa prikláňa sa k hodnotám okolia, časté sú aj prekvapivé protiklady v systéme hodnôt. „*Hraničár se jako chameleon proměňuje do jakéhokoliv tvaru, o němž se domnívá, že diváka potěší*“ (Kreisman & Straus, 2017, s. 105).

2.1.5 Zúfalá snaha vyhnúť sa skutočnému či zdanlivému opusteniu

Prechodná samota je jedincom s HPO vnímaná ako izolácia. Keď je sám, stráca pocit vlastnej existencie, identity. Extrémny strach z opustenia ho vedie na miesta, kde sa zdržuje plno ľudí, napríklad do barov. Chvilé samoty v ňom vyvolávajú panický strach, ktoré zažíval v ranom detstve. Zároveň si vytvára okolo seba izolačnú bublinu, ktorá ho má chrániť pred emočným zranením, ale reálne ho oddeľuje od pocitov skutočnosti.

2.1.6 Nestabilné a intenzívne vzťahy

Jedinec s HPO je precitlivený na kritiku. Býva neznášavý, hašterivý, vyvoláva konflikty, hlavne vo chvíľach, kedy by ho chcel druhý kritizovať, prípadne mu v niečom brániť. Nie je schopný prijať rolu dospelého, nedokáže systematicky pracovať, býva promiskuitný a nestály v partnerských vzťahoch. Častá je i sexuálna perverzita. Promiskuita je odrazom jeho potreby lásky a pozornosti, kde cieľom je udržať si pozitívny sebaobraz. Perverzita je jeho prístupom k intimitate. Od blízkej osoby vyžaduje neustálu pozornosť. Má nízke sebavedomie a preto je závislý na neustálom uisťovaní od druhých. Má nízku frustračnú toleranciu. Jeho vzťahy sú krátkodobé a nestabilné, čo súvisí s jeho strachom z intimity a zároveň z odlúčenia. Na jednu stranu je na svojom blízkom závislý, druhý deň však intímny vzťah môže celkom devalvovať a uniknúť z neho. Aj keď je precitlivený, často mu chýba akákoľvek empatia voči

druhému. Vo vlastnej sebanenávisti nedokáže dôverovať starostlivosti a záujmu druhého, ale zároveň sa túži s druhým spojiť tak, aby mu doplnil chýbajúce miesto v jeho jadrovej identite. Svojich blízkych stavia pred obrovské dilemy – odmieta pomoc a súčasne jedná deštruktívnym spôsobom. Má potrebu svoje vzťahy neustále testovať, v žiadnom medziľudskom kontakte sa necíti byť si istý. Súvisí to s absenciou stálosti objektu v jeho raných skúsenostiach. Žije v neustálom strachu, že ho jeho milovaný zradí. Má pocit, že si musí svoje prijatie druhým neustále zasluhovať. Medziľudským vzťahom neprospeje ani jeho tendencia vlastnú vinu pričítať všetkým ostatným. Prežíva neustály pocit ohrozenia, preto je nedôverčivý, časté sú aj paranoidné tendencie bez zjavnej príčiny. Jeho vzťah k blízkym je povrchný, veľmi ľahko milovaného dokáže zameniť za kohokoľvek iného. Neprijíma zodpovednosť za vlastné rozhodovanie. Typickým je, že kladie dôraz na svoje práva a nie na svoje povinnosti. Tento jeho postoj vyvoláva časté konflikty a odmietanie. Býva natoľko nespoľahlivý, že zlyháva na všetkých úrovniach medziľudských vzťahov.

2.1.7 Suicidalita, opakované vyhrážanie samovraždou či samovražedné gestá, alebo iné sebapoškodzujúce chovanie

Sebapoškodzovanie je s HPO spojené viac ako je tomu u iných porúch a súvisí so značným stresom a funkčným postihnutím typickým pre túto poruchu. Jedná sa o rôzne zranenia napríklad na končatinách, trupe, v genitálnej oblasti; pálenie sa cigaretou; vytrhávajúce ochlpenia; búšenie končatinou alebo hlavou do steny. Nástrojmi k spôsobeniu zranení sú väčšinou žiletka, nožničky, nechty, či horiaca cigareta. Pôvodne sebatrestajúce jednanie začne nadobúdať časom rituálny, návykový charakter. Stane sa z neho naučená reakcia na vyhýbanie sa negatívnym emóciám a disociáciám. Najčastejším dôvodom spôsobovania si bolesti je úľava od vnútorného napätia a úzkosti. Pri samotnom akte sebapoškodzovania údajne jedinec s HPO necíti ani tak bolesť, ako príjemnú eufóriu. Spôsobená bolesť je zároveň často jeho jediným spojením so skutočnosťou. Aj keď sebapoškodzovanie znižuje suicidálnu tenziu, riziko spáchania samovraždy je vyššie práve u tých jedincov, ktorí sa sebapoškodzujú. Sebadeštruktívne jednanie môže mať aj podobu častých dopravných nehôd pod vplyvom alkoholu, či úmyselne vyvolaných bitiek v baroch. Časté sú aj predstavy o vlastnej smrti na rôzne spôsoby, ktoré môžu trvať aj roky. Predstavy živí presvedčenie, že lepšie by bolo zomrieť ako žiť. Sebadeštruktívne vyhrážanie môže pochádzať tiež zo snahy potrestať

najbližšie osoby, napríklad za nedostatok pozornosti, je tak spôsobom vynucovania si lásky a súcitu. Usudzuje sa, že pri sebapoškodzovaní môže dochádzať k vylučovaniu endorfínov, telu vlastných opiátov, ktoré slúžia ako samoliečba organizmu od bolesti. Aj keď mnoho rysov HPO vekom ustupuje, riziko samovraždy trvá po celý život. Najrizikovejšími faktormi dokonaného suicida je komorbidita HPO s depresiou, posttraumatickou stresovou poruchou a závislosťou na návykových látkach. Jedinci s HPO sú často neprávom obviňovaní z manipulácie samovražednými pokusmi či sebapoškodzovaním a toto ich chovanie je tiež často bagatelizované. Faktom zostáva, že riziko, že klient s HPO ukončí svoj život násilným spôsobom, je vždy veľmi vysoké.

2.1.8 Znížená schopnosť odložiť akciu

Jedinec s HPO má problém sublimovať svoje túžby a modulovať svoje pocity. Nedokáže obmedziť alebo odložiť bezprostredné uspokojenie svojich potrieb, ktoré je spojené so sklonom k unáhleným impulzívnym aktom (tzv. acting-out). Býva tak často nedisciplinovaný, neplní si svoje povinnosti, nie je dostatočne zodpovedný. Má mnohopočetné záujmy a tiež mnoho cieľov, ktoré nie je schopný nijak hierarchizovať.

2.1.9 Prechodné a so stresom súvisiace vzťahovačné predstavy alebo ťažké disociatívne príznaky

Jedinec s HPO vníma sám seba aj ostatných ľudí ako neskutočných. Pokiaľ je vystavený veľkému stresu môžu sa u neho objaviť psychotické príznaky. Na rozdiel od iných ochorení psychotický stav odznie za niekoľko hodín. Trápi ho chronická depersonalizácia, paranoidné stavy, prechodné bludy a halucinácie.

2.1.10. Čiernobiely svet

Svet jedinca s HPO je rozdelený na dobro a zlo, na dva protiklady. Nedokáže prijať to, že dva odlišné názory môžu existovať vedľa seba, že v jednom človeku môžu byť integrované dobré i negatívne vlastnosti. Preto dochádza k tomu, že si ľudí okolo seba idealizuje, aby ich druhý deň začal nenávidieť. Keď si chce zachovať svoj idol v pozitívnom svetle, často jediným východiskom, ktoré mu zostáva, je degradovať sám seba. Nie je schopný prežívať ambivalenciu. Pri prežívaní jedného emočného stavu nemá prístup k jeho polarite. Teda ak prežíva hnev k milovanej osobe, nemá prístup k láske, čo ho vedie k tomu, že tento vzťah zničí. Tento typ chovania sa nazýva „

„splitting“ neboli štěpení, a je to hraničářův primární obranný mechanismus..., představuje striktní oddělování pozitivních a negativních myšlenek o sobě samém i o druhých; tedy neschopnost tyto pocity sloučit“ (Kreisman & Straus, 2017, s. 20). U jedincov s HPO sú časté poruchy príjmu potravy. „Anorektička vnímá sebe samu na pozadí černobílých extrémů – buďto jako obézní (což si vždy připadá) nebo hubenou (čehož má pocit, že nikdy tak zcela nedosáhne)“ (Kreisman & Straus, 2017, s. 40). Sekty môžu jedincovi s HPO poskytnúť bezpodmienečné prijatie, jasnú štruktúru a idealizovaného vodcu. Svet je tu rozdelený na dva paradoxy, na dva svety – ten zlý vonku a ten dobrý, ktorý predstavuje sekta. Pretože vyhovuje čiernobielemu videniu jedinca s HPO, môže sekte veľmi ľahko podľahnúť.

2.1.11 Rola obeť

Spoločnou indikáciou „hraničného syndrómu“ je rola neustálej obeť. Jediniec s HPO sa často dostáva do komplikovaných situácií a vzťahov, v ktorých sa sám stáva obeťou. Nevedome sa chová spôsobom, ktorý je provokatívny a nebezpečný, sám tak často vyprovokuje to, že sa stáva terčom emočného či fyzického násillia. Hranie tejto role naopak môže priťahovať osoby, ktoré trpia spasiteľským syndrómom a majú potrebu týchto jedincov zachrániť.

2.1.12 Problémy v zamestnaní a výber povolania

Jediniec s HPO obvykle dobre funguje v štruktúrovanom zamestnaní, a to aj niekoľko rokov. Zamestnanie pre neho môže predstavovať únik z vlastného nestabilného súkromného života. Akákoľvek náhla zmena, napríklad pracovných postupov, v ňom môže vyvolať túžbu zmeniť zamestnanie, ktorú zo dňa na deň uskutoční. Časté sú konflikty s kolegami aj s nadriadenými, ktorých dôvody sú väčšinou skreslené presvedčenia napríklad o protekcii, nadržovaní, či bezpráví. Nie je nezvyklé, že jediniec s HPO býva dlhodobo v pracovnej neschopnosti či poberá invalidný dôchodok, pretože jeho život sprevádzajú drobné či chronické zdravotné problémy.

Priťahujú ho pomáhajúce profesie, práca v útulkoch pre zvieratá, dobrovoľníctvo, zahraničné misie, kde mu pomoc druhým saturuje jeho vlastnú citovú prázdnotu. Práca v neziskovom sektore je spojená aj s typickým obetavým chovaním jedincov HPO, kedy často myslia viac na ostatných než na seba v súvislosti s tým, že na

jednej strane nedokážu odmietat' požiadavky druhých, na strane druhej dokážu pomáhať na úkor vlastných potrieb. Objavujú sa u nich aj umelecké sklony, čo sa dá pripísať ich kontaktu a bezprostrednému prístupu k silným emóciám.

2.1.13 Gender u HPO, socioekonomické faktory

Donedávna sa malo za to, že sa jedná o „ženskú nemoc“, a tento názor ešte prevláda. Toto presvedčenie možno bolo podporené tým, že ženy sú prístupnejšie pomoci a sú ochotnejšie podstupovať klinické štúdie. Najnovší výskum potvrdzuje, že prítomnosť poruchy je rovnaká u oboch pohlaví. Čo sa týka veku, najčastejšie je diagnóza stanovená u dospelých a mladých dospelých. Po štyridsiatom piatom roku života symptómy obvykle s vyzrievaním osobnosti ustupujú. Vyššie percento syndrómu HPO bolo zaznamenané u ľudí rozvedených, u tých, ktorí žijú sami, a tých, ktorí majú nižší príjem a vzdelanie.

Jedinci s HPO sú kvôli svojim vyššie popísaným ťažkostiam a prejavom, ktoré nijak nedokážu ovládať, častým terčom stigmatizácie. Dá sa povedať, že táto populácia trpí vyššou mierou predsudkov než ktorákoľvek iná populácia s duševným ochorením. Na toto téma sa konkrétnejšie zameriavajú nasledujúce kapitoly.

3 Problematika stigmatizácie jedincov s HPO

3.1 Stigma

Stigma označuje **spoločenský jav, ktorý sa skladá z troch zložiek: z neznalosti** (absencie dostatočného povedomia o podstate duševného ochorenia), **z predsudkov** (negatívnych postojov) a **z diskriminácie** (chovania narušujúceho alebo obmedzujúceho práva na sebauplatnenie jedinca) (Livingston & Boyd, 2010, citujem podľa Grambal et al., 2017, s. 34). Grambal et al. (2017, s. 32-33) definujú stigma duševnej poruchy skrze zachádzania, ktorého sa jedincovi dostáva na behaviorálnej úrovni. **Pôsobenie stigmy** na duševný stav osoby prebieha **na individuálnej, mikrosociálnej a makro úrovni**. Spoločenské hodnotenie toho, čo je a nie je normálne, predstavuje, podľa vyššie zmienených autorov, základ stigmatizácie. Laické

presvedčenia sú založené na predsudkoch o rôznych príčinách duševnej choroby akými sú: chyba charakteru, dedičná záťaž či následok traumatizujúcich či stresujúcich zážitkov (Grambal et al., 2017).

3.1.1 Sebastigmatizácia – internalizovaná stigma

Slovami autorov Grambal et al. (2017, s. 35) sebastigmatizácia označuje **proces, ktorý sa začína odohrávať potom, ako označená či onálepovaná osoba asimiluje spoločenské predsudky, ktoré sa na ňu vzťahujú**. Autori ďalej popisujú, že následkom tejto asimilácie osobnostné rysy ustupujú do pozadia a prisúdené rysy začnú tvoriť dominantnú časť sebapojatia. V tomto procese sa jedinec začne chovať tak, ako sa od neho očakáva. Následky internalizovanej stigmy sú: strata sebadôvery, záporné sebahodnotenie, presvedčenie o nemožnosti kontrolovať svoj život, nárast pochybností o možnosti participovať na dianí spoločnosti. Tieto procesy vedú k rezignácii, ktorá je spojená so stratou vytyčovať si a dosahovať ciele, s depresívnymi a disociatívnymi príznakmi, s vyššou mierou užívania návykových látok. Sebastigmatizácia zasahuje aj do osobnostných rysov ako sú nižšie sebariadenie a nižšia vytrvalosť, čo môže súvisieť s nižšou mierou nádeje na spokojný život. Klienti aj ich rodinní príslušníci často zo strachu zo stigmatizácie diagnózu taja a začnú sa sociálne izolovať (Grambal et al., 2017).

3.1.2 Stigmatizácia klientov s hraničnou poruchou osobnosti

Jedinci s HPO sú vnímaní odborníkmi na duševné zdravie v negatívnom svetle (Aviram, Brodsky, & Stanley, 2006; Knaak, Szeto, Fitch, Modgill & Patten, 2015, Wehbe-Alamah, & Wolgamott, 2014). Okrem častého využívania služieb touto populáciou a finančnou záťažou s tým spojenou sa jedná o fakt, že mnohí z poskytovateľov služieb bývajú ohromení množstvom utrpenia týchto klientov, a tak často pociťujú beznádej pri poskytovaní pomoci. Pracovníci ku klientom s HPO pristupujú už z prednastavenými negatívnymi stereotypmi, obavami a súdmi, ako napríklad, že sú **ťažko liečiteľní či úplne neliečiteľní, že sú komplikovaní, manipulujúci, nebezpeční, či nároční**, alebo sa im snažia, pokiaľ je to možné,

vyhýbať. Sebadeštruktívne jednanie a suicidálne tendencie a pokusy sú tak bagatelizované, prehliadané a onálepkované ako manipulácia, často s fatálnymi dôsledkami. Od klientov si pracovníci udržiujú odstup a dištanc, čo u jedincov s HPO vyvoláva naplnenie obáv z odmietnutia, presvedčenie o vlastnej „nenormálnosti“ a častým sprievodným javom je i predčasné ukončenie liečby. Dôsledky stigmatizačných postojov vedú pracovníkov k nízkej empatii a k prehliadaniu silných stránok klientov, čo zvyšuje ich utrpenie a zároveň agresívne jednanie voči sebe aj okoliu. Mnoho pracovníkov do kontaktu s jedincami s HPO prenášajú osvojený postoj spojený s **dopredu očakávaným terapeutickým neúspechom a s tým spojenou rezignáciou na angažované úsilie**, čím dochádza k marginalizácii klientov s HPO v rámci poskytovania starostlivosti. Dôkazom tohto stereotypu je v Českej republike **obmedzený prístup k psychoterapeutickej starostlivosti** pre jedincov s HPO a naopak u klientov je to častá nechúť po predchádzajúcich skúsenostiach vyhľadávať odbornú pomoc (Grambal et al., 2017).

Stereotypy sa viažu dokonca aj k samotnému názvu hraničnej poruchy osobnosti. Všeobecne sa podľa názvu predpokladá, že klienti s HPO v terapii potrebujú hranice na úkor ich skutočných emočných potrieb. Stigmatizácia tak znižuje pravdepodobnosť úspechu terapie i farmakoterapie. Časť odbornej verejnosti sa dokonca domnieva, že sa nejedná o skutočnú poruchu, a že jedinci s HPO zbytočne zaťažujú zdravotnícky systém. Podľa výskumov sa došlo k zisteniu, že najmenej empaticky sa k jedincom s HPO chovajú zdravotné psychiatrické sestry a najviac empaticky sociálni pracovníci (Grambal et al., 2017; Ocisková & Sedláčková, 2014).

Laická verejnosť síce nestigmatizuje jedincov s HPO v takej miere ako odborná, a nevníma ich ani ako nebezpečných, ale i tak si od nich udržiuje odstup. Verejné mienenie o HPO predstavuje názor, že sa jedná o chybu charakteru, preto by mali byť podľa názoru laikov jedinci s HPO prevychovaní alebo by proste zo sebou mali niečo robiť. **Negatívne hodnotenie jedincov s HPO ich vylučuje od zdrojov v spoločnosti** – v oblasti vzdelávania, práce i bývania (Carmel et al., 2014; Grambal et al., 2017).

3.1.4 Antistigmatizácia

Boj proti stigmatizácii zahŕňa zmenu vlastných stigmatizačných postojov a názorov u priamych poskytovateľov služieb. Klienti, ktorí prekonali vlastnú stigmú sa

javia najvýznamnejšími aktérmi v antistigmatizačnom boji. Najvýznamnejšou správou antistigmatizačných programov je, že **Pudia nie sú svojou diagnózou definovaní, ale sú komplexnými osobnosťami** (van Weeghel, 2009).

V súvislosti so samotným názvom hraničná porucha osobnosti sa uvažuje, že sa jedná o stigmatizujúcu nálepku so zavádzajúcou negatívnou konotáciou. Tento diagnostický pojem je v súčasnosti reálne spojený s diskrimináciou a devalváciou klientov. Neexistuje ale žiadny dôkaz, že by sa zmenou názvu tohto ochorenia zabránilo stigmatizácii inej. V minulosti týmto spôsobom boli spojené so silnou stigmou napríklad pojmy rakovina alebo schizofrénia. Aj keď ich názvy neboli odstránené či zmenené, verejnosť už je dnes vzdelaná o podstate týchto ochorení a stigma sa tak znížila. Preto je i naďalej dôležité skúmať príčiny tejto poruchy, aby sa táto diagnóza mohla v budúcnosti **redefinovať** a našli sa vhodné spôsoby pomoci populácii trpiacej jej príznakmi. Do tej doby je nutné vzdelávať verejnosť – laickú i odbornú – o dosiaľ získaných poznatkoch a usilovať tak o destigmatizáciu týchto jedincov a participovať na odstránení ich diskriminácie v spoločnosti (Paris et al., 2009).

Ako píše Praško a Pěč (2014), aj keď zostáva ešte mnoho nezodpovedaných (a možno aj ešte nepoložených) otázok v súvislosti s HPO, pokrok v jej porozumení a liečbe je v súčasnej dobe významný. **Účinnosť farmakoterapie** bola zistená u niektorých komorbídnych porúch a pri akútnej dekompenzácii, inak podľa autorov zostáva na zamyslenie, či má byť vôbec u HPO indikovaná. Dosiaľ sa preukázalo, že na zníženie symptomatiky, suicidality, sebapoškodzujúceho jednania, impulzivity, relapsov a dĺžky hospitalizácie sú **najúčinnejšie psychoterapia** (najmä psychodynamický a kognitívne behaviorálny prístup) a **komunitná liečba**. Novo sa skúšajú a overujú aj iné postupy, medzi ktoré patrí **terapeutická komunita** (Praško & Pěč, 2014), o ktorej bude pojednávať nasledujúca druhá teoretická časť tejto diplomovej práce.

V jej úvode vysvetľujem pojem komunita a pojem terapeutická komunita. V krátkosti sa zaoberám príčinami jej vzniku. Najdôležitejšou úlohou a cieľom bolo v rámci študovaného oboru pozrieť sa na TK z pohľadu sociálnej práce, konkrétne sa zameriavam na metódy sociálnej práce v rámci TK so zdôraznením psychosociálnej rehabilitácie. K jednotlivým metódam pridávam špecifiká ich používania pri práci s klientmi s HPO. Nemenej dôležitou kapitolou je profil pracovníka, jeho kvalít potrebných pre prácu s klientom s HPO v TK s dôrazom na vzťah medzi klientom a pracovníkom.

4 Terapeutická komunita

*“Jsem tady, protože sám před sebou neuniknu.
Dokud se nesetkám se sebou samým v očích a srdcích mých bližních, jsem na útěku.
Dokud nedovolím, aby měli účast na mém nejnítěrnějším dění a poznali má tajemství,
nenajdu bezpečí.
Dokud se bojím, že mě prohlédnou, nemohu poznat sebe ani druhé, zůstanu sám.
Kde jinde mohu najít zrcadlo, když ne ve svém bližním?
Tady v komunitě se mohu spatřit takový, jaký jsem,
ne jako obr z mých snů nebo trpaslík z mých obav,
ale jako člověk, který jako část celku nalezne svůj smysl a přispěje k jeho dobru.
V takové půdě mohu zakořenit a růst, už ne sám, jako ve smrti, ale jako živý, člověk mezi lidmi.”*

(Motto terapeutické komunity Kaleidoskop)

4.1 Vymedzenie pojmov komunita a terapeutická komunita

4.1.1 Pojem komunita

Ako píše Kocábová (2011), komunita (latinsky *communitas* – spoločenstvo) je pojmom užívaným pre rôzne typy ľudských spoločenstiev. Je definovaná miestom, kde žije alebo sa náhodne zdržuje viacej ľudí. Spoločný priestor je teda základnou podmienkou jej vzniku. Jej založenie závisí na spoločnej dohode viacej či menej dobrovoľného súžitia, na dodržovaní určitých spoločne stanovených pravidiel, ktorých najvyšším cieľom je dosiahnutie vzájomnosti a zdieľanie hmotných i duchovných statkov. Laca definuje komunitu ako sociálnu štruktúru, „*ktorá je funkčne integrovaná do širšej spoločnosti, má vlastný spôsob života, kultúru a tradície*“ (2016, s. 320).

Kocábová (2011) zdôrazňuje, že **základnou komunitou** každého jedinca je jeho **rodina**. Rodina chápaná ako sieť vzťahov založená na rôznych formách lásky, na porozumení, bezpodmienečnom prijatí, rešpekte a starostlivom vedení, je najlepším predpokladom pre zdravý a priaznivý vývoj dieťaťa. Rodina tak tvorí **nenahraditeľnú ľudskú spoločenskú formáciu** (Kocábová, 2011).

4.1.2 Pojem terapeutická komunita

Zlámaný (2011) považuje terapeutickú komunitu (TK) za **nový civilizačný fenomén**. Ako ďalej píše, jej vznik je výsledkom veľkým zmien v spoločnosti, kedy vplyvom industrializácie, urbanizácie dochádza k fragmentácii, atomizácii moderných spoločností, k individualizácii, a tým k rozpadu vzťahov a následnej kríze rodiny, k odcudzeniu a anonymite. Zánikom dedinských komunít založených na susedskej pomoci začali vznikať nové typy komunít ako sú slamy, ghetá, gangy na predmestiach veľkomiest, ktoré sa vyznačovali sociálnopatologickými javmi v takej intenzite, že sa začali vymykať masovej kontrole, a stali sa tak významným zdrojom nestability spoločnosti. Hlavným rozdielom takto novo vzniknutých umelo vytvorených komunít je to, že tieto vznikajú na princípe spoločného záujmu na rozdiel od tradičných komunít založených na rodových a susedských vzťahoch vyznačujúcich sa silnou sociálnou kontrolou. V mestských patologických komunitných formáciách je dôvodom členstva únik a konflikt, v tradičných vzájomná pomoc. Zo sociálnej izolácie a patologických javov v mestách začalo dochádzať k poruchám duševného zdravia (neurózy, psychózy, poruchy osobnosti) a vznikla tak potreba vzniku terapeutických komunít v pojatí náhradnej rodiny, ktorej cieľom sa stal návrat jej členov do života, tzn. z izolácie do spoločenských vzťahov. V súvislosti s vyššie uvedenými fenoménmi rýchlych zmien v modernej spoločnosti vznikli aj **nové disciplíny**, a to **psychoterapia a sociálna práca**, ktoré tradičná spoločnosť vôbec nepotrebovala. *„Malá společenství komunitního typu jsou významnými sociálními formacemi, které mají v současné léčbě duševních potíží nezastupitelné postavení. Je to srovnatelné možná jen s tím, čím bylo pro psychoterapii objevení skupinové psychoterapie“* (Zlámaný, 2011, s. 212).

Vo svete pomáhajúcich profesií je terapeutická komunita pomerne mladým členom, píše Kooyman, De Leon a Nevšímal (2004). Autori ďalej uvádzajú, že terapeutická komunita zaplnila chýbajúce služby pre jedincov na okraji majoritnej spoločnosti, ktorých potreby nedokázala naplniť žiadna iná služba.

Podľa Kratochvíla (1979, citujem podľa Kalina, 2008, s.17) je **terapeutická komunita** *„zvláštní formou intenzivní skupinové psychoterapie, kde klienti, většinou různého věku, pohlaví a vzdělání, spolu určitou dobu žijí a kromě skupinových sezení sdílejí další společný program s pracovní a jinou různorodou činností, což umožňuje, aby do tohoto malého modelu společnosti promítali problémy ze svého vlastního života, zejména své vztahy k lidem. Komunita je terapeutická proto, že kromě uvedené projekce*

umožňuje tiež spätné informácie o maladaptívnom chovaní, podnecuje získanie náhľadu na vlastni problémy a na vlastni podíl na vytvárení týchto problémů, má umožniť korektívni zkušenost a podporuje nácvik vhodnejších adaptívnejších spôsobů chování.“

Kocábová (2011) vymedzuje TK ako **súčasť komplexného prístupu k duševne chorým s cieľom ich znovuzačlenenia do bežného života s cieľom zlepšiť kvalitu ich života**. *„Dáva jim navíc možnosť trvalého zázemí společenství, v němž je člověk vždy přijíman takový, jaký je. V tomto smyslu je společenství trvalým a životním...“* (Kocábová, 2011, s. 88).

Existuje mnoho rôznych definícií a pojatí terapeutických komunit, čo je spôsobené tým, že tento pojem zahŕňa mnoho rôznych foriem a inštitúcií, ktoré sa od seba odlišujú štruktúrou a cieľovými skupinami, ktoré majú celkom odlišné problémy a s nimi spojené potreby (Kalina, 2008).

4.3 Vymedzenie terapeutickéj komunity ako sociálnej služby

Podľa § 34 odst. 1 písm. n) zákona č. 108/2006 Sb. o sociálnych službách **terapeutická komunita** v Českej republike **patrí medzi sociálne služby**, konkrétne spadá do kategórie služieb **sociálnej prevencie**. Služby sociálnej prevencie podľa § 53 vyššie zmieneneho zákona napomáhajú zabrániť sociálnemu vylúčeniu osôb, ktoré sú týmto ohrozené pre krízovú sociálnu situáciu, životné návyky a spôsob života vedúci ku konfliktu so spoločnosťou, sociálne znevýhodňujúce prostredie a ohrozenie práv a oprávnených záujmov trestnou činnosťou inej fyzickej osoby. Cieľom služieb sociálnej prevencie je napomáhať osobám k prekonaniu ich nepriaznivej sociálnej situácie a chrániť spoločnosť pred vznikom a šírením nežiaducich spoločenských javov (Zákon č. 108/2006 Sb., §53).

Paragraf 68 Zákona o sociálnych službách ďalej popisuje základnú charakteristiku a náplň činností a služieb terapeutickéj komunity nasledovne:

Terapeutické komunity poskytujú pobytové služby i na prechodnú dobu pre osoby závislé na návykových látkach alebo osoby s chronickým duševným ochorením, ktoré majú záujem o začlenenie do bežného života. Služba obsahuje tieto základné činnosti: (a) poskytnutie stravy, (b) poskytnutie ubytovania, (c) sprostredkovanie kontaktu so spoločenským prostredím, (d) sociálne terapeutické činnosti, (e) pomoc pri

uplatňovaní práv, oprávnených záujmov a pri obstarávaní osobných záležitostí (Zákon č. 108/2006 Sb., §68).

4.3.1 Terapeutická komunita v praxi

TK je pobytovou službou s vysoko štruktúrovaným a intenzívnym programom a presným časovým rozvrhom dňa. Jeho dĺžka sa pohybuje od 9-18 mesiacov. Maximálny počet klientov v komunite je 20. TK vychádza z predpokladu, že jej klienti potrebujú kompletne zmeniť pohľad na seba ako aj svoj predchádzajúci životný štýl. Život v TK prebieha v skupine ľudí, ktorí prežívajú obdobné problémy. Žijú tu muži aj ženy spoločne. Spoločne si aj zaistujú všetky potreby – nakupujú potraviny, varia pre celú komunitu, upratujú, starajú sa o zvieratá a záhradu. To splňuje základný cieľ TK – zapojenie do bežného života, teda osvojenie si návykov a sociálnych a pracovných spôsobilostí potrebných pre praktický život (Preston, Malinowski & Šefránek, 2007).

TK ponúka svojim klientom bezpečné prostredie, kde nie je nikto vystavovaný diskriminácii, fyzickému ani psychickému nátlaku. V tomto prostredí tak môžu klienti skrze spoločenstvo poznať samých seba, vyrovnať sa so sebou, a predovšetkým prijať samých seba takých, akí sú. Je to prostredie, kde sa klienti učia prijímať zodpovednosť za svoj život, za svoje rozhodnutia a za druhých. Ponúka tiež priestor k aktívnemu tráveniu voľného času namiesto pasívneho a priestor k osobnému rastu. Skupina prostredníctvom spätných väzieb pôsobí ako zrkadlo, v ktorom klienti môžu poznávať ako pôsobia na druhých. Pobyt v TK nie je vhodný pre všetkých klientov. Pre niekoho môže byť veľmi posilňujúci a uzdravujúci, ale pre iných môže byť veľmi náročný a dokonca nezvládnuteľný (Preston et al., 2007).

V rámci TK sa klientom poskytuje hneď niekoľko služieb či metód sociálnej práce. Tieto sa pokúsim popísať v nasledujúcich kapitolách. Začnem vymedzením pojmu metóda sociálnej práce.

4.4 Metódy sociálnej práce v terapeutickej komunite

4.4.1 Metódy sociálnej práce a ich členenie

Levická (2003, citujem podľa Laca, 2016) rozlišuje rôzne prístupy pri snahe definovať pojem metóda sociálnej práce. Jedným je definícia metódy podľa vonkajších charakteristík, druhý prístup sa snaží o objasnenie, analýzu a popísanie jednotlivých krokov konkrétneho profesionálneho jednania.

Autorka ďalej rozdeľuje jednotlivé metódy sociálnej práce na **klasické a moderné** metódy. **Klasické metódy** sú sociálna práca s jednotlivcom, so skupinou a s komunitou, kedy sa metódy delia **podľa počtu klientov**. Toto rozdelenie vzniklo v počiatkoch profilácie sociálnej práce ako vedného oboru. Postupom času začali vznikať a rozvíjať sa nové, **moderné metódy**, akými sú napríklad sociálny management, sociálne projektovanie či plánovanie. Nové metódy sa v súčasnej dobe rozdeľujú **podľa demografického hľadiska**, v ktorom sú metódy rozdelené podľa veku, pohlavia, etnika; ďalej podľa statusového hľadiska, teda podľa postavenia klienta v spoločnosti (napr. sociálna práca s nezamestnanými, s ľuďmi bez domova); podľa miesta výkonu (napr. sociálna terénna práca, komunitná, ambulantná) a **podľa druhu vykonaných aktivít** akými sú napríklad sociálne služby, sociálna prevencia, suprevízia, sociálna terapia, sociálna intervencia, krízová intervencia (Levická, 2002, citujem podľa Laca, 2016).

Pojatie metódy sociálnej práce ako sledu jednotlivých krokov, ktoré vedú k určitému cieľu prichádza z rozlíšením metód na základné metódy, ktorými sú formy práce (napríklad sociálna práca s jednotlivcom, so skupinou, s rodinou); na postupy podľa druhu terapie – napríklad metóda vedenia rozhovoru, skupinová dynamika, terapeutický postup a na metódy ako napríklad rôzne nácviky chovania, hry a podobne (Shilling, 1992, citujem podľa Laca, 2016).

Slovami Lacu: „v praxi v sociálnej práci sa tzv. čisté metódy takmer nepoužívajú. Každá metóda používaná v reálnej sociálnej praxi obsahuje v sebe aj prvky iných metód“ (2016, s. 239).

4.4.2 Metódy sociálnej práce v perspektíve terapeutick^{ej} komunity

V rámci terapeutick^{ej} komunity sa využíva hneď niekoľko metód sociálnej práce a ich kombinácií. Najdôležitejšia metóda využívaná v TK nesie názov (psycho)sociálna rehabilitácia, ktorá súvisí s hlavným cieľom dlhodobého programu pre klientov TK, a tým je naštartovať proces zotavenia (angl. recovery). Cieľom štruktúrovaného programu nie je zameranie na trauma klientov a jeho liečba, ale na aktivizáciu ich vlastného potenciálu zvládania každodenného života v spoločnosti a elimináciu sociálneho zlyhávania v širokom spektre oblastí ich života. Po absolvovaní komunity je klientom doporučené, aby si dopady vlastnej traumatizácie riešili v individuálnej a skupinovej terapii, ktorú ponúka napríklad následná starostlivosť (TZ).

4.4.2.1 Psychosociálna rehabilitácia

Sociálnu rehabilitáciu vymedzuje § 70 odst. 1 písm. n) zákona č. 108/2006 Sb. o sociálnych službách ako súbor špecifických činností smerujúcich k dosiahnutiu samostatnosti, nezávislosti a sebestačnosti osôb, a to rozvojom špecifických schopností a spôsobilostí, posilňovaním návykov a nácvikom výkonu bežných, pre samostatný život nevyhnutných činností alternatívnym spôsobom využívajúcim zachovaných schopností, potenciálov a kompetencií (Zákon č. 108/2006 Sb., §70).

Van Weeghel (2009, s. 22) definuje sociálnu rehabilitáciu ako širokú zbierku ideálov a praxí, ktoré sú zamerané na podporu funkčného zotavovania a sociálnej emancipácie ľudí s psychickými obmedzeniami. Pri rehabilitácii podľa slov autora nie je najdôležitejšie postihnutie alebo podporný systém, ale predstavy klienta o vlastnej budúcnosti. Dôležité oblasti rehabilitácie sú bývanie, práca, učenie a sociálne kontakty (Van Weeghel, 2009).

Ako píše vo svojom článku MUDr. Vachková (2008) z Psychiatrickej liečebne v Brne, **pokiaľ má byť starostlivosť o ľudí s duševným ochorením kvalitná, musí byť komplexná**, čo znamená prepojenosť farmakoterapie, psychologick^{ej} a sociálnej terapie. Takto prepojené intervencie sa nazývajú psychosociálnou rehabilitáciou (PSR). Hlavný fokus PSR je zameraný na dlhodobé uzdravenie, ktorým sa myslí stav, keď človek s hendikepom môže žiť plnohodnotný a spokojný život, s maximálnou možnou

mierou samostatnosti a fungovania v sociálnych úlohách v komunite (Vachková, 2008).

Vyššie zmienená autorka ďalej uvádza, že vývoj smerom k PSR v súčasnej dobe je daný jednak novými poznatkami z oblasti sociálnych vied, psychiatrie a psychológie, a jednak snahou o deinštitucionalizáciu psychiatrie s ospravedlnením dominantne ekonomických priorít škodlivosťou inštitucionalizácie a jej vplyvu na chronicitu duševne chorých (Vachková, 2008).

Cieľom sociálnej rehabilitácie je teda začlenenie jedincov, ktorí sa z rôznych dôvodov, z ktorých jedným môže byť napríklad dlhodobý pobyt v liečebni či inom inštitucionálnom zariadení, a na rôzne dlhé obdobie ocitli na okraji spoločnosti. Zameranie sociálnej rehabilitácie je teda na obnovenie samostatnosti klienta, na jeho nezávislosť na iných ľuďoch či inštitúciách, nácvik schopností, hľadanie záujmov a vybudovanie rodinného života (Laca, 2016).

V rámci terapeutických komunit má v sociálnej rehabilitácii nezastupiteľné miesto **práca**, teda učenie sa pracovným návykom. V TK sa klienti zapájajú do všetkých domácich prác, do nákupov, varenia, údržby domu a záhrady, kde majú zvieratá, starajú sa i o zvieratá (Kalina, 2011).

Nasledujúca kapitola pojednáva o cieľi (psycho)sociálnej rehabilitácie – o zotavení. Ďalšie kapitoly sa potom venujú konkrétnym metódam sociálnej práce v rámci TK a u niektorých metód sú uvedené špecifiká ich poskytovania klientom s hraničnou poruchou osobnosti. V kapitole Case management sa pokúšam o teoretický návrh začlenenia tejto novej metódy sociálnej práce do rámca terapeutickkej komunity.

4.2.1.2 Sociálna rehabilitácia a koncept zotavenia

Je dokázané, že mnoho jedincov s psychickým hendikepom sa v dlhodobej perspektíve čiastočne alebo úplne zotaví a dokáže sa vymaniť zo sociálnej izolácie. Najintenzívnejšie symptómy sa časom zmiernia či úplne vymiznú. Okrem faktorov ako je osobnostný rast, zmeny osobnosti a zmena prostredia, ktoré viac vyhovujú jedincovým potrebám, van Weeghel (2009, s. 21) uvádza, že *„dlhodobé zotavení môže rovněž příznivě ovlivnit kvalitní dlouhodobá léčba a rehabilitace.“*

Zotavenie znamená aktívne prijatie ochorenia a s ním spojených obmedzení. Je to forma akceptácie, ktorá dáva impulzy k rastu iného pocitu seba sama (van Weeghel, 2009, s. 20). Klienti definujú zotavovanie ako prekonanie pocitu hlbokého

zúfalstva a bezmocnosti. Je to dosiahnutie stavu, kedy nie sú ovládaní symptómami a stresormi; znovuzískajú kontrolu nad vlastným životom; za ktorý prijímú zodpovednosť. Tento stav je spojený so zvýšením sebaúcty; s pocitom, že znovu môžu niečo znamenať pre druhých; a že sú uznávaní ako osobnosť. Pre proces zotavovania sú nevyhnutné nádej, perspektíva, podpora, pozitívne očakávanie rodiny a priateľov. Významnou dimenziou v procese zotavenia je tiež *splnomocnenie* (angl. empowerment), čo v praxi znamená kontrolu nad svojim životom, rozhodovaním a prístup k pomocným zdrojom potrebných pre rozhodovanie (van Weeghel, 2009).

Rehabilitácia sa zameriava na konkrétne životné oblasti spojené s bývaním, vzdelávaním, sociálnymi kontaktmi, u zotavovania je viac v popredí hľadisko psychologické. Je možné to chápať ako dve dimenzie procesu zotavovania. Prvou dimenziou je vnútorný, psychologický proces, ktorý súvisí so zmenou sebaobrazu, načerpanie nádeje a odvahy, formulovanie osobných cieľov, posilňovanie viery vo vlastné schopnosti a väčšie sebaurčenie. Druhou dimenziou je externý proces spoločenskej participácie v podobe viditeľnej manifestácie v oblasti bývania, práce, učenia a sociálnych kontaktov (van Weeghel, 2009, s. 20).

4.2.2 Krízová intervencia

Ďalšou metódou sociálnej práce každodenne využívanou v TK je krízová intervencia. Jedná sa o **odbornú metódu v situáciách, kedy vnútorné a vonkajšie spúšťače ohrozujú život jedinca a pokiaľ má človek vo svojom prirodzenom prostredí absenciu pomocných mechanizmov na zvládanie krízy**. V tomto prípade sa riešenie krízy neobíde bez pomoci pracovníka a vytvorenej podpornej sociálnej siete v (terapeutickej) komunite (Gulová, 2011). Na zvládanie kríz v TK má klient možnosť zvolať si kedykoľvek v priebehu dňa, i v noci, tzv. **mimoriadnu komunitu**, kde má možnosť v bezpečnom priestore o svojej kríze hovoriť a s pomocou sociálneho terapeuta a ostatných členov komunity hľadať adaptívne možnosti zvládnutia tejto svojej momentálnej krízy. V praxi napríklad klient s HPO môže pociťovať silnú túžbu sa porezať. Zvolá si mimoriadnu komunitu, kde o tejto nutkavej tendencii môže prehovoriť a členovia komunity mu môže ponúknuť alternatívy, ako napríklad, že s ním pôjde niekto na prechádzku alebo klienti vymyslia, že si zahrajú spoločenskú hru a podobne. Dôležité je, že klient jednak nájde silu povedať si o pomoc a jednak sa

pokúsi svoju potrebu riešiť krízu maladaptívnymi spôsobmi nahradiť inými, novými, adaptívnejšími (TZ).

4.2.2.1 Špecifiká poskytovania krízovej intervencie klientom s HPO

S klientom s HPO, ktorý sa ocitne v kríze, je veľmi ťažké komunikovať. V týchto chvíľach sa dostáva do zajatia chaotického vnútorného silového poľa, v ktorom pôsobia tri hlavné pocitové stavy: desivá samota, pocit nepochopenia a nesmierna bezmocnosť. Človek, ktorý sa dostane do kontaktu s týmto jedincom v jeho kríze, musí čeliť výbuchom hnevu, impulzívnej deštruktivite, samovražedným vyhrážkam alebo prehnaným požiadavkám na starostlivosť (Kreisman & Straus, 2017).

Kreisman, autor metódy **Komunikácia podľa systému SET –UP**, vytvoril systém komunikácie s klientmi s HPO v krízových situáciách, ktorá by mohla byť použiteľná v terapeutických komunitách zacielených na poruchy osobnosti. SET je skratkou pre tri zložky, ktoré by mala zahŕňať komunikáciu s klientom v konfliktoch a v kríze. **S** ako podpora (angl. **support**), **E** ako empatia (angl. **empathy**) a **T** ako pravda (angl. **truth**). **UP** predstavuje pochopenie (angl. **understanding**) a vytrvalosť (anglicky **perseverance**). Podpora je vyjadrením osobných pocitov toho, kto hovorí, a prisľúbenie pomoci. Empatia je adresovaná bolestnému zážitku jedinca s hraničnou poruchou osobnosti. Pravda je zo všetkých troch častí najdôležitejšia, pretože prenáša zodpovednosť na klienta. To je pre jedincov s HPO veľmi ťažké, pretože následky svojho jednania často odmietajú. Preto umenie komunikácie s jedincami s HPO vyžaduje aj porozumenie a vytrvalosť. Stálosť jednej osoby v podobe terapeuta či suseda poskytne klientovi s HPO vzor stálosti (Kreisman & Straus, 2017).

Keď sa klient s HPO začne vyhrážať spáchaním samovraždy, je vždy nutné kontaktovať psychiatra, prípadne zavolať rýchlu záchrannú službu. V prípade výbuchu hnevu u klienta sa snažíme byť vyrovnaní, nepridávať na emočne vyhrotenej atmosfére. Keď sa objaví hrozba fyzického násillia, je lepšie situáciu opustiť a odísť s tým, že ďalšie diskusie necháme na pokojnejšiu atmosféru (Kreisman & Straus, 2017).

4.2.3 Telefonická krízová pomoc

Služba telefonickej krízovej pomoci je definovaná § 55 Zákona o sociálnych službách ako terénna služba poskytovaná na prechodnú dobu osobám, ktoré sa nachádzajú v situácii ohrozenia zdravia alebo života alebo v inej ťažkej životnej situácii, ktorú prechodne nemôžu riešiť vlastnými silami (Zákon č. 108/2006 Sb., §55).

V rámci terapeutickkej komunity majú klienti právo v prípade krízy opustiť komunitu na 24 či 72hodín, v závislosti na tom, či sú alebo nie sú v sankčnom období. Keď sú „vonku“, majú možnosť v prípade ťažkej situácie telefonicky kontaktovať pracovníka v službe, s ktorým môžu situáciu prebrať, prípadne spoločne krízu prekonať. Po návrate klienta do komunity sa zvolá mimoriadna komunita a situácia sa ďalej rieši. Dôležitým faktorom je, ako klient „vonku“ obstál, či dokázal využiť adaptívnejšie formy zvládania situácií načerpané v komunite. Členovia komunity potom hlasujú o tom, či súhlasia s tým, aby klient mohol i naďalej zostať v komunite (TZ).

4.2.4 Sociálna práca so skupinou

Sociálna práca so skupinou je ďalšou metódou, ktorá sa využíva v rámci TK, a v jej rehabilitačnom programe má každodenné široké uplatnenie. Táto metóda medzi hlavné metódy sociálnej práce bola oficiálne zaradená v roku 1935, **svoje korene má už v náboženských a svojpomocných hnutiach. Vychádza z multifaktorových odborných poznatkov psychológie, psychoterapie, sociológie, reedukácie a iných vedných disciplín.** Jej cieľom je pomáhať členom skupiny učeníu sa aktívnej účasti na živote skupiny; získanie náhľadu na svoje problémové chovanie prostredníctvom spätných väzieb v skupine; prostredníctvom rozvoja skupiny napomáhať rozvoju potenciálu, rastu, schopností jednotlivých členov skupiny; eliminovať maladaptívne tendencie členov skupiny a poskytnutie pomoci a podpory (Levická 2006, citujem podľa Laca, 2016).

Skupinové zdieľanie skúseností sa podľa Gulovej (2011, s. 61) ukazuje ako **výborná metóda sociálnej práce.** Ľudia sa stretávajú s inými, ktorí majú podobné skúsenosti, zážitky a ciele. Poskytuje priestor pre výmenu názorov a myšlienok aj pre vytváranie nových pohľadov na riešenie problémov.

Aj keď je práca so skupinou veľmi rozmanitá, vyžaduje poznatky a skúsenosti

z psychoterapie, od pracovníka tak predovšetkým skúsenosť z psychoterapeutického výcviku (Laca, 2016). Napriek tomu, že sa jednotlivé TK hlásia k rôznym teoretickým východiskám úplne odlišných psychoterapeutických prístupov a existujú medzi nimi veľké rozdiely v programe a zameraní, Kalina (2008) v tejto súvislosti hovorí o tzv. **jadrovej identite** všetkých komunit. Model človeka, jeho problému a jeho zmeny, je vo všetkých TK zhodný, tak ako sú zhodné aj jednotlivé liečivé elementy pôsobiace v skupinovom prostredí TK (Kalina, 2008).

Yalom a Leszcz (2007) píšú, že zmena je komplexný proces, ktorý sa deje cez vnútornú súhru ľudských zážitkov, ktoré nazývajú „**terapeutickými faktormi**“. Autori uvádzajú 11 nasledujúcich faktorov:

Dodávanie nádeje – pôsobí ako prevencia predčasného ukončenia terapie

Univerzalita – zistenie, že aj iní majú podobné problémy a s tým spojená úľava, že v tom nie som sám

Poskytovanie informácií – edukácia o symptómoch ochorenia, rady, návrhy

Altruizmus – každý potrebuje cítiť, že ho niekto potrebuje, a že je užitočný

Korektívna rekapitulácia primárnej rodiny – skupina a jej členovia môžu klientovi predstavovať členov rodiny a on tak prežívať s nimi konflikty a pocity, ktoré si nosí z primárnej rodiny. Skupina mu tak môže poskytnúť skúsenosť, že môže tieto vzťahy prežívať inak – korektívne. Dochádza k rozpadu starých rigidných rolí a vzorcov chovania a skúšanie a učenie sa novým spôsobom vzťahov.

Rozvoj sociálnych spôsobilostí – rozpoznávanie a následná zmena sociálneho chovania, napr. klienti sa naučia pomáhať ostatným svojimi reakciami; naučia sa riešiť konflikty; učia sa schopnosti empatie a podobne.

Napodobujúce chovanie – klient nevedome napodobuje chovanie terapeuta či iných členov v skupine, hlavne tých, ktorí sú v skupine už dlhšie, a s ktorými sa identifikuje. Prospešné je, keď klient vidí zlepšenie iného klienta, ktorý má rovnaký problém ako on.

Interpersonálne učenie – vychádza zo sociálnej potreby prijatia druhými a vzájomnej interakcie. Prvotná túžba klientov pocítiť úľavu od duševnej trýzne časom

v skupine prechádza k túžbe naučiť sa komunikovať s ostatnými, byť viac otvorený, byť prijímaný.

Korektívna emočná skúsenosť – hlboká emočná skúsenosť „teraz a tu“. Napríklad klient, ktorý sa vždy bál navonok prejavíť svoj hnev, na skupine vyjadril silný negatívny afekt a zistil, že nenasledovala žiadna katastrofálna reakcia skupiny. Potom môže dôjsť k tomu, že si uvedomí, že jeho strach prejavíť hnev bol iracionálny, čo mu umožní jednať slobodnejšie vo vzťahu s druhými.

Skupinová súdržnosť – je nevyhnutnou podmienkou fungovania všetkých ostatných faktorov. Súdržnosť má vzťah k príťažlivosti pre svojich členov, členovia sa viacej prijímajú a majú tendenciu nadväzovať významné vzťahy, mení sa k lepšiemu ich sebahodnotenie. Má moc vytvárať atmosféru dôvery a stability, aj priestor pre konštruktívnu kritiku a riskovanie.

Katarzia – silný emočný prejav, dovoľenie si vyjadriť svoje emócie, intenzívny zážitok.

Existenciálne faktory – vysporiadanie sa s témami, ktoré sa vzťahujú k existencii, akými sú smrteľnosť, samota, nevypočítateľnosť, náhodnosť, sloboda či zodpovednosť (Yalom a Leszcz, 2007).

Tieto spoločné liečivé faktory pôsobia všade tam, kde sa uplatňuje práca so skupinou. Zakouřilová (2014) upozorňuje, že nie je možné zamieňať „klasickú“ psychoterapiu so sociálnou terapiou, ktorá sa uplatňuje v sociálnej skupinovej práci, teda aj v rámci TK. Ako ďalej píše, **sociálna terapia sa podobne ako psychoterapia zameriava na chovanie a interakčné charakteristiky, fokus má ale zacielený na sociálne fungovanie a vzťahy klienta**. Sociálna terapia nejde až do takej hĺbky psychiky človeka ako psychoterapia. **Používa iné metódy** a techniky, zameriava sa skôr na podporu komunikácie a motivácie klienta, uvedomenie si vlastného prežívania a sebauvedomenia. Nepatria do nej teda také postupy ako je hypnóza či psychoanalýza. **Psychoterapia sa zameriava na existujúce problémy, sociálna terapia na prevenciu**, kedy usiluje o predchádzanie vzniku problému (v TK napríklad zameranie na prevenciu relapsu). **Sociálna terapia je zacielená hlavne na teraz a tu a potom na budúcnosť na rozdiel od niektorých psychoterapeutických smerov**, ktorých podstatou je riešenie minulosti (Zakouřilová, 2014).

V terapeutických komunitách sú „terapeutické skupiny“ zaradené do programu niekoľko krát do týždňa. Využíva sa hlavne kognitívne behaviorálny a psychodynamický prístup (Kalina, 2008).

V TK zameraných na prácu s jedincami s HPO sa jedná o homogénnu skupinu klientov s rovnakými symptómami. Nie je zriedkavé, že sa členovia komunity rozdelia do dvoch až troch menších skupín, aby mali viac priestoru na vyjadrovanie svojich myšlienok a pocitov. Klienti si môžu vyžiadať i **konfrontačnú skupinu s terapeutom**, ktorý im v niečom „nesedí“ a prebrať to s ním na skupine. V skupine na rozdiel od individuálnej terapie môže klient s HPO ľahšie ovládať svoj vnútorný zápas medzi emočnou blízkosťou a odstupom. Konfrontáciu od členov skupiny a tiež starostlivosť a altruizmus prijíma jednoduchšie než od idealizovaného terapeuta. Členovia skupiny si sami na vlastnej koži zažili, čím prechádza, a môžu ho tak viac pochopiť. Pokrok jedného dodáva nádej ostatným. Typická rivalita a súťaživosť pre „hraničné“ vzťahy sa v prostredí skupiny jasne prejavujú, a je tak možné sa s nimi vysporiadať, čo by nebolo možné na individuálnej terapii. Komunita po celú dobu prijíma nových členov, a tak dochádza k tomu, že „zdravší“ klienti môžu byť zdrojom motivácie a nádeje pre „nováčikov“.

Rehabilitačný program v TK obsahuje okrem skupín s využitím terapeutických princípov aj iné formy skupinovej práce. Sú nimi napríklad skupiny autobiografické, mužsko-ženské skupiny a skupiny tréningu sociálnych spôsobilostí.

Autobiografická skupina je venovaná klientovi, ktorý prejde úvodnú fázu komunity, a stane sa tak jej právoplatným členom prostredníctvom jedných z mnohých rituálov. Skupina ho prijala a klient má možnosť všetkým vyrozprávať svoj životný príbeh do hĺbky a s otvorenosťou do akej je v danej klíme skupiny schopný a ochotný. Skupina tak môže ľahšie pochopiť nezvyklosti v jeho chovaní a vyjadriť mu svoju empatiu a podporu.

Mužsko-ženské skupiny sú obvykle veľmi obľúbené. Ženy si môžu napríklad urobiť kozmetické popoludnie a prebrať ženské témy. Muži pravdepodobne budú prebrať témy týkajúce sa ich pohlavia. K typickým témam mužských a ženských skupín patria podľa Kooymana (1993, citujem podľa Kalina, 2008, s.116) napr. sexualita, zneužívanie, pôrod, životné cykly, autorita, či vina.

Skupina nácviku sociálnych spôsobilostí sa u klientov s psychickým ochorením uplatňuje najmä v posledných rokoch, kedy sa presúva dôraz na schopnosť aktívnej účasti klienta na procese zotavenia namiesto pasívneho prijímania pomoci. Má podobu edukačných skupín, na ktorých sa klienti učia rozoznávať a reagovať na symptómy ochorenia, na príznaky relapsu, či zvládať záťažové, stresové situácie, ktoré sú potrebné pre interpersonálne interagovanie v spoločnosti. Tréning sociálnych spôsobilostí je založený na učení a využíva prvky kognitívne behaviorálnej terapie tak, aby jedinec bol nakoniec schopný vyjadrovať svoje emócie a chovať sa spôsobom, ktorý mu umožní dosahovať cieľov a napĺňovanie svojich potrieb vo vzťahoch potrebných pre samostatný život (Šlepecký & Zibrínová, 2009).

Centrálnou skupinou TK je takmer **každodenné stretávanie celej komunity**, v slangu TK „komunity“, a je charakteristickým znakom všetkých terapeutických komunit od Jonesových čias (Kalina, 2008). Kalina (2008, s. 114) ju výstižne charakterizuje ako „*setkáni jako utkáni - se sebou a vlastní nesmělosti, s druhými, s autoritami, s pravidly a s časem*“. „Komunity“ sú vysoko štruktúrované s dôrazom na presné dodržovanie času ich jednotlivých častí, na ktorých sa klienti, ale aj personál cítia pod veľkým tlakom. Klienti tu majú možnosť konfrontovať personál so svojou frustráciou či nespokojnosťou, takisto klienti si navzájom môžu vyjadriť v bezpečnom priestore svoje negatívne pocity voči iným klientom, či naopak sympatie či ocenenie. Ide tak o učenie vyjadrovať si spätnú väzbu, vziať si vo vymedzenom časovom priestore slovo a prekonávať svoju plachosť z verejného prejavu. Na komunitách sa hodnotia jednotlivé situácie, ktoré sa za 24hodín udiali. Komunity majú aj funkciu informačnú a organizačnú. Napríklad pracovník informuje klientov o tom, že bude nastupovať nový klient a spoločne sa organizuje, v akej izbe bude bývať, kto mu oblečie posteľ a podobne. Dôležitým prvkom komunit je proces rozhodovania, kedy majú klienti a personál právo a povinnosť hlasovať o záležitostiach, ktoré sa týkajú jedného člena alebo celku (Kalina, 2008).

Súčasťou skupinovej práce v TK sú aj **voľnočasové aktivity**, ktorými môžu byť vo večerných chvíľach voľna rôzne spoločenské hry, či stolný tenis, v sobotu sa väčšinou koná spoločný výlet, pravidelne sa organizujú záťažové akcie v podobe niekoľkodňového výletu peši či na bicykloch a mnohé iné ďalšie aktivity. Klienti sa tak učia vyplňovať svoje voľné chvíle aktívne namiesto konzumnej, pasívnej zábavy (*Terapeutická komunita Kaleidoskop*, n.d.).

4.2.5 Sociálna práca s jednotlivcom

Sociálna práca s jednotlivcom je **historicky najstaršou metódou sociálnej práce**. Vychádza z pojatia, že každý jednotlivec a prežíva svoje problémy inak ako iný jedinec s podobným problémom (Laca, 2016).

V TK sa práca s jednotlivcom uplatňuje iba v jednom jedinom prípade. Jedná sa o tzv. individuálnu terapiu s klientom. Každý klient má svojho individuálneho terapeuta, na 45minút terapie má nárok väčšinou raz za dva týždne. Pokiaľ je klient v sankčnom období, to znamená, že porušil jedno z mnohých pravidiel v komunite, na terapii sa môže preberať iba táto situácia, ktorú nezvládol a hľadajú sa spúšťače, ktoré k problémovému chovaniu viedli, až do doby, než sankčné obdobie skončí hlasovaním v komunite. O svojich pocitoch a myšlienkach na rôzne témy môže s terapeutom hovoriť iba ak je mimo sankčné obdobie. Témy sa väčšinou vzťahujú k životu v komunite (TZ).

4.2.6 Rodinná terapia

Vzhľadom k etiológii „hraničného syndrómu“ by sa podľa Kreismana a Strausa (2017) mohlo zdať, že rodinná terapia by mala byť logickou súčasťou liečby. Mnohé rodiny sa ale napríklad z vlastných pocitov viny, či obáv z odsudzovania, odmietajú v terapii angažovať. Niekedy sú rodinné vzťahy často tak narušené a patologické, že by bolo skôr kontraindikáciou sa ich snažiť obnoviť. Pokiaľ sú ale vzťahy aspoň čiastočne zachované, je vhodné pracovať na ich zlepšení a rodinu do terapie klienta zapojiť. Dynamika interakcií je s členom s HPO v rodinnom systéme buď veľmi prepletená alebo naopak izolovaná. **Hlavnými cieľmi sú minimalizácia konfliktov, pocitov viny a defenzívy a vytvorenie aliancie, ktorá bude pracovať na spoločných cieľoch** (Kreisman & Straus, 2017).

4.2.7 Sociálne poradenstvo

V neposlednej rade pracovníci terapeutickkej komunity poskytujú klientom aj sociálne poradenstvo. Podľa § 37 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálnych službách sociálne poradenstvo zahŕňa: (a) základné sociálne poradenstvo a (b) odborné sociálne

poradenstvo (Zákon č. 108/2006 Sb., §37).

V praxi TK klient už pri prijme absolvuje vstupný pohovor mimo komunitu v ambulancii, pri ktorom mu pracovníci poskytnú základné poradenstvo. Môžu mu napríklad pomôcť pri vybavovaní dávok tak, aby bol schopný platiť za pobyt a jedlo v komunite. Poradenstvo sa týka aj vysvetlenia, čo všetko obsahuje náplň sociálne rehabilitačného programu komunity. Po nástupe do komunity sa klienta ujme pracovník a vybraní klienti, ktorí mu vysvetlia pravidlá a bežný režim komunity. Klient v priebehu celého programu môže využívať poradenstvo pracovníkov. V poslednej fáze je mu zaisťované poradenstvo ohľadne možnosti bývania a práce. V rámci ambulancie TK Kaleidoskop sa poskytuje odborné poradenstvo ako klientom, tak blízkym či širokej verejnosti. Klientom napríklad pomáha pri orientovaní sa v aktuálne ťažkej situácii a v možnostiach pomoci, pri ujasnení potrieb a formulovaní osobných cieľov, orientácii v sociálnych a zdravotných službách, na trhu práce, vzdelávaní, či v sociálne-právnych záležitostiach (*Terapeutická komunita Kaleidoskop, n.d.*).

Dobre a odborne vedené poradenstvo má už samo o sebe pomerne vysokú terapeutickú hodnotu, zvlášť pokiaľ v ňom zároveň nechýbajú prvky ľudskosti (Novosad, citujem podľa Zakouřilová, 2014).

4.2.8 Služby následnej starostlivosti

Služby následnej starostlivosti sú ambulantné alebo pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševným ochorením a osobám závislým na návykových látkach, ktoré absolvovali lôžkovú starostlivosť v zdravotníckom zariadení, absolvovali ambulantnú liečbu alebo sa jej podrobujú, alebo osobám, ktoré abstinujú. Služba obsahuje tieto základné činnosti: (a) sociálne terapeutické činnosti, (b) sprostredkovanie kontaktu so spoločenským prostredím, (c) pomoc pri uplatňovaní práv, oprávnených záujmov a pri obstarávaní osobných záležitostí (Zákon č. 108/2006 Sb., §64).

V rámci TK Kaleidoskop pre poruchy osobnosti služba následnej starostlivosti, ponúka hneď niekoľko programov pre „ex-klientov“ komunity i pre tých, ktorí do komunity nemôžu z rôznych dôvodov nastúpiť. Myslí sa na denný program pre nezamestnaných klientov, ktorý zahŕňa napríklad individuálnu terapiu, skupinový nácvik sociálnych a pracovných spôsobilostí, tematické skupiny, voľnočasové aktivity aj

telefonickú intervenciu. Ďalšími ponukami sú večerné programy pre pracujúcich klientov a podporné aktivity pre rodičov a blízkych klientov, ktoré sú zamerané napríklad na edukáciu o poruchách osobnosti či na nácvik komunikácie s blízkym trpiacim poruchou osobnosti a na problematiku zvládania kríz blízkych osôb (*Terapeutická komunita Kaleidoskop*, n.d.).

4.2.9 Case management – návrh doplnenia metódy sociálnej práce do rámca terapeutickkej komunity

Rehabilitácia klientov s HPO v rámci terapeutickkej komunity patrí medzi najúspešnejšie metódy vedúce k vyššej kvalite života tejto populácie. Otázkou ale zostáva: *Čo klienti, ktorí tento program nezvládnu?*

Klientom, ktorí sú tzv. úspešní a dokončia program, sa ponúka možnosť pokračovať v následnej. Je ale len málo klientov, ktorí zvládnu dokončiť celý program. Niektorí z nich „vypadnú“ dokonca hneď na začiatku. V komunite je mnoho pravidiel, ktoré ak sa nedodržia, klient je ohrozený „vyhlasovaním“ z komunity. To znamená, že celá komunita sa zhodne na tom, že musí odísť, čo reálne znamená do pol hodiny sa zbalit' a opustiť komunitu. V komunite sú bežnou záležitosťou relapsy, krízy, obdobia regresie. V dobe, keď „to“ klienti nemôžu „vydržať“, majú možnosť opustiť komunitu na 24 alebo 72 hodín, aby si rozmysleli svoju motiváciu pokračovať či naopak nepokračovať v rehabilitácii. Nie je nezvyklé, že klient, ktorý týmto spôsobom komunitu opustí, sa už nevráti vôbec alebo ho po jeho návrate komunita „vyhlasuje“ sama. To z dôvodu, že sami emočne nestabilní klienti sa cítili jeho odchodom a citovým sprievodom spojeným s opustením komunity, ohrození. Tým klientom, ktorí pobyt nedokončili, či odošli sami hneď po počiatkových fázach pobytu sa v slangu komunity hovorí „neúspešní“ klienti. Komunita im umožňuje sa po troch mesiacoch do komunity vrátiť a začať odznova. Mnohí toho ale už nikdy nevyužijú.

Tu sa ponúka oblasť pôsobenia case managementu. Oblasť, kde by bol case management dobre využiteľný a veľmi potrebný. Cieľovou skupinou by boli klienti, ktorí boli z komunity vylúčení alebo odišli dobrovoľne – tí „neúspešní“. Na tomto mieste sa pracovníkom klient celkom stratí z dohľadu a o jeho ďalšom osude sa už nevie vôbec nič. Niekedy sa len niekto z klientov na komunite zmieni, že je znova hospitalizovaný alebo na ulici a podobne. Aby sa tomu zabránilo mohol by tu byť niekto, kto práve tohto

klienta „*nespustí z očí*“ (Hejzlar, n.d., s.3). A tým niekým by bol práve case manager.

Kto je to case manager a čo je to case management? Ako píše Stuchlík (2001) **case management** sa do českého jazyka prekladá ako **prípadové vedenie** a v anglosaských krajinách ako asertívny komunitný prístup alebo liečba. A case manager je „*klíčovou osobou nejen pro klienta, ale i pro celý systém poskytování péče*“ (Stuchlík, 2001, s.9).

Pre cieľovú skupinu jedincov s HPO by sa zdalo vhodné vytvorenie **multidisciplinárneho mobilného asertívneho tímu** zloženého z dvanástich pracovníkov (case managerov) s nepretržitou prevádzkou. Práve takýto „*tým zajišťuje návštěvní službu a v nutných případech také aktivně vyhledává klienty, kteří ztratili kontakt s některou ze služeb*“ (Hejzlar, 2009, s. 125). Každý z pracovníkov by bol absolventom psychoterapeutického výcviku a výcviku v krízovej intervencii. Každý by mal znalosť o tom, ako fungujú jednotlivé služby, mal by celkový prehľad o tom, ako pomôcť klientovi v jeho konkrétnej životnej situácii a v jeho konkrétnej lokalite. Pracovníci tímu by následne po „vypadnutí“ klienta z komunity asertívne kontaktovali klienta, prípadne i jeho rodinu, ak by s ňou udržoval kontakt.

Výhodou využitia case managementu by v tomto prípade bolo zachytenie cieľovej skupiny, ktorá neustále prepadáva sitom všetkých sociálnych služieb a často ukončuje svoj život tragickým spôsobom. Ako píše Stuchlík (2001), pre takýchto klientov prináša táto metóda mnohé výhody. Jedná sa o metódu dlhodobú, ktorá ako bolo už vyššie uvedené má za cieľ „*nespustiť klienta z očí*“. Case manager dochádza za klientom do jeho prirodzeného prostredia, je pre klienta osobne dostupný, napomáha klientovi čerpanie služieb efektívne koordinovať a poskytovať mu služby účinne tak, aby boli prispôsobené jeho konkrétnym potrebám (Stuchlík, 2001, s.11) tak, aby mu boli „*šité na mieru*“ (Galbavý et al., 2014). Case manager rešpektuje autonómiu a právo na sebaurčenie klienta, klienta neriadi, akceptuje jeho rozhodovacie právo vo všetkých oblastiach. „*Z etickohodnotového hľadiska sú služby case managementu založené na plnom rešpektovaní základných ľudských práv, medzi ktoré patrí aj právo žiť nezávisle v rámci spoločnosti a právo na sebaurčenie. Jeho dôsledkom je aj rozhodovacia právomoc. Sem patrí aj možnosť zvoliť si miesto pobytu (kde a s kým žiť) a vybrať si služby podľa vlastnej potreby. Ide pritom o koordinovanú pomoc klientovi podľa jeho individuálnych potrieb*“ (Galbavý et al., 2014, s. 40).

Toto by mohla byť veľmi účinná forma pomoci pre zvolenú cieľovú skupinu. Terapeutická komunita vychádza z pojatia, že klientov pobyt je dobrovoľný rovnako

ako jeho odchod. Je starostlivá v tom, že klienti sa do komunity môžu s určitým odstupom vrátiť. Reflektuje klientovi spoločnosť, v ktorej klient žije, v klíme, kde sa tiež nič neodpúšťa, kde sa požaduje výkon a dodržiavanie určitých noriem. Chce, aby si klient uvedomoval hranice a limity. Jediným jej nedostatkom sa môže javiť nezáujem o ďalší osud klienta, ktorý možno nemá žiadny domov, nemá sa kam sa vrátiť, a často mu zostávajú iba predchádzajúce kontakty maladaptívnych vzťahov, napríklad na drogovej scéne, pretože na iné plnohodnotnejšie nikdy nemal kapacitu. Bolo by teda vhodné prostredníctvom komunitného asertívneho tímu, ktorý by s komunitou úzko spolupracoval vyplniť túto medzeru predtým, než sa klient znovu ocitne na ulici, v závislosti alebo v liečebni. Bolo by vhodné rešpektovať i to, že ani komunita nemusí byť vhodným prostredím pre klienta s touto diagnózou, a že by sa mohol adaptovať i vo svojom prirodzenom alebo podľa jeho potrieb v chránenom bývaní.

TK Kaleidoskop ako i iné služby, ktoré poskytujú pomoc klientom s hraničnou poruchou osobnosti sú rozhodne kvalitné, o tom niet pochýb. Chýba tu ale akési lepidlo, ktoré by spájalo tieto služby a vychytávalo ľudí, ktorí pre tieto služby nie sú osobnostne nastavení, alebo sa nachádzajú vo fáze, v ktorej rehabilitáciu nezvládajú. A práve case management by mohol slúžiť ako takéto lepidlo, ktoré „*môže spojiť fragmentované služby do kontinuálneho a koherentného systému*“ (Stuchlík, 2001, s.12). Ako píše Hejzlar (2009, s.127) „*zodpovedné autority proklamujú nutnosť spolupráce a odborníci cítia jej potrebu. V praxi ale úzká spolupráca funguje na opravdu málo miestach v republike. Kedyž se na ta místa podíváme, zjistíme, že funguje tam, kde jedna či druhá strana (psychiatrie a sociální služby) iniciativně a cíleně rehabilitační propojení zorganizovaly.*“

Aj keď terapeutické komunity pracujú aj s mnohými ďalšími metódami sociálnej práce ako sú napríklad prípadová či tímová supervízia, prípadová práca, využitie peer konzultantov a ich zapojenie do práce s klientmi a podobne, z dôvodov obmedzeného rozsahu tejto práce sa im nevenujem. Dôležitým cieľom tejto práce v rámci destigmatizácie klientov s HPO je poukázanie na špecifiká vzájomného vzťahu pracovníka a klienta s HPO. Kapitola, ktorá nasleduje, popisuje náplň práce a požiadavky na pracovnú pozíciu sociálny terapeut. Potom sa pokúšam o vytvorenie profilu pracovníka v perspektíve psychosociálnej rehabilitácie a nakoniec sa zameriavam na vzťah klient – pracovník.

5 Sociálny terapeut terapeutickkej komunity

5.1 Náplň práce a požiadavky na pracovnú pozíciu sociálny terapeut v TK

Keď sa jedinec rozhodne pracovať v terapeutickej komunite, stretne sa s inzerátmi, ktoré ho informujú o jeho budúcej náplni práce a požadovaných podmienkach potrebných k prijatiu na pracovnú pozíciu sociálny terapeut. Náplň práce obsahuje nasledujúce činnosti:

- zaistenie bežného chodu sociálnej služby podľa rozpisu služieb,
- vedenie terapeutických skupín a iných terapeutických aktivít,
- poskytovanie individuálneho poradenstva a krízovej intervencie,
- zaistenie rodinného poradenstva,
- pomoc klientom pri stanovovaní ich cieľov,
- vedenie príslušnej dokumentácie k prevádzke služby, evidencie,
- revízie a úpravy štandardov odbornej spôsobilosti,
- spoločné trávenie voľného času, výletov a záťažových akcií.

Požiadavky na túto pozíciu budú nasledovné:

- VŠ v oboru humanitnom alebo sociálnom podľa zákona 108/2006
- minimálne začatý psychoterapeutický výcvik,
- prax v obore výhodou,
- trestná bezúhonnosť, zdravotná spôsobilosť,
- užívateľská schopnosť práce na PC,
- vodičský preukaz skupiny B – aktívny vodič,
- vysoká odolnosť voči stresu, psychická stabilita,
- schopnosť tímovej spolupráce,
- komunikačné a organizačné schopnosti,
- samostatnosť, spoľahlivosť, zodpovednosť.

V inzeráte sa môže v rámci požiadaviek objaviť poznámka: V prípade, že záujemca nespĺňa VŠ v oboru humanitnom, je možné zohľadniť dlhšiu prax v obore a ukončený psychoterapeutický výcvik. V niektorých komunitách postačuje stredoškolské

vzdelanie a začatý psychoterapeutický výcvik. Ten sa považuje za najdôležitejší predpoklad pre prácu s klientmi. Inzerát ďalej špecifikuje cieľovú skupinu klientov. Väčšinové zameranie TK u nás je na osoby závislé na užívaní návykových látok, objavuje sa i zacielenie TK na jedincov s psychiatrickým ochorením či na poruchy osobnosti.

5.1.1 Profil pracovníka v perspektíve psychosociálnej rehabilitácie

Pěč a Probstová (2009) upozorňujú, že pre pracovníkov v rehabilitácii nejde o vlastné prevádzanie psychoterapie, ale o využitie niektorých poznatkov a zručností z psychoterapie a rehabilitácie. Podľa týchto autorov rehabilitácia predpokladá pri zahájení starostlivosti o klientov existenciu niektorých kapacít u pracovníka ako sú napríklad: **schopnosť uvedomenia si seba samého a druhých ľudí, motiváciu a rozhodnutie ku zmene, schopnosť rozoznať súčasné nevyhovujúce životné podmienky od lepších podmienok v budúcnosti.** Hovorí sa o **koncepte pripravenosti** (angl. readiness) v rehabilitácii. Práve psychoterapia môže prispieť k vytvoreniu týchto kapacít (Pěč & Probstová, 2009).

5.1.2 Špecifické vlastnosti pracovníka s klientmi s HPO

Kreisman a Straus (2017) považujú za prvoradé, aby sa ľudia, ktorí sa rozhodli pracovať s klientmi s HPO, vyzbrojili obrovskou **trpezlivosťou**. Musia sa pripraviť na to, že cesta ku zmene bude veľmi pomalá a možno bude vyžadovať dlhší čas. Mnoho klientov s HPO opustí zariadenie hneď po niekoľkých mesiacoch a niekedy aj dňoch.

Terapeut pracuje s motiváciou klienta, validuje jeho prežívanie, neinterpretuje, len popisuje jeho chovanie, pracuje s klientom na prevencii relapsu (Linehan, 2014).

Pre tých, ktorí pracujú s klientmi s HPO je preto dôležité, aby sami prešli psychoterapeutickým výcvikom a poznali dôverné prejavy „hraničného syndrómu“, jeho problematiku. Mali by byť **tolerantní a prijímajúci**, aby si klient mohol vytvoriť stálosť objektu; **flexibilní a inovatívni**, aby sa dokázali adaptovať na vlastný protiprenos. Mali by mať **zmysel pre humor, dokázat „byť nad vecou“; byť pre klienta vhodným vzorom a dokázat sa chrániť pred intenzitou, ktorú terapia**

obnáša (Kreisman a Straus, 2017). Za jeden z hypotetických faktorov zmeny u klientov s HPO sa predpokladá **terapeutova schopnosť a ochota vysokej miery odhalenia**. Terapeut sa pri intervencii snaží o syntézu protikladov a zmenu polarizácie sveta klientov (Lynch et al., 2006).

6 Vzťah klient – pracovník

6.1 Vzťah klient – pracovník v perspektíve komunitnej starostlivosti

Ako píše Wilken a Hollander (1999, citujem podľa Pěč, Vachková, Wogurková, Mužík & Krivošíková, 2009), autori komplexného prístupu k psychosociálnej rehabilitácii, základným kameňom rehabilitačného procesu je **dobrý vzťah s klientom**. Ďalej zmienujú, že rehabilitačný prístup vyžaduje **vzťah, ktorý je obojstranný, rovnocenný a umožňuje pravdivý dialóg**. Proces vytvárania vzťahu zahŕňa minulosť a skúsenosti ako pracovníka, tak aj klienta.

Mosher a Burti (2011, citujem podľa Probstová, 2009) zdôrazňujú význam vzťahu klient – pracovník pre oblasť psychosociálnej rehabilitácie a vyberajú pre túto oblasť päť základných princípov: **flexibilitu odpovedí, zameranie na konkrétny problém, konzultáciu ako modus operandi vzťahu, partnerstvo a očakávanie pomoci**.

Probstová (2009), jedna zo zakladateľiek združenia Fokus, poukazuje na **dôležitosť kultivácie vzťahu** medzi klientom a pracovníkom, pretože mnoho štúdií naznačuje, že profesionálne zvládanie tohto vzťahu významne ovplyvňuje výsledok rehabilitácie. Autorka v tomto ohľade zdôrazňuje nasledujúce aspekty vzťahu pracovník – klient v perspektíve komunitnej starostlivosti.

Prvým aspektom je **partnerstvo** v kontraste paternalistického vzťahu pracovník – pacient v psychiatrickom prostredí, kde sa jedinec ocitá v podriadenom postavení a pracovník v roli experta, ktorý môže pacienta sankcionovať napríklad medikáciou či priepustkami. V komunitnej starostlivosti je zásadná zmena v pojatí vzťahu pracovník – klient v tom, že obaja sú partnermi v spoločnom úsilí o zmenu a v hľadaní cieľov. Klient aj pracovník prinášajú do vzájomného vzťahu svoje schopnosti, vedomosti a skúsenosti, čo obom prináša hodnotu vlastného sebaopoznávania. Pracovník uznáva

jedinečnosť klienta, rešpektuje jeho prania, načúva mu a snaží sa mu porozumie (Probstová, 2009).

Ďalším aspektom vzťahu medzi pracovníkom a klientom je **rešpekt** vo význame schopnosti vnímať potreby a hodnoty klienta a s ňou spojená reciprocita vzťahu, ktorá vyžaduje tiež rešpekt klienta k pracovníkovi.

Posledným je **flexibilita**. Znamená, že odpovede a reakcie pracovníka smerom ku klientovi budú v súlade s jeho stavom. Inak bude reagovať v kríze a inak, keď je klient stabilizovaný. Flexibilita vyžaduje citlivosť a schopnosť monitorovania zmien.

Probstová (2009) tiež zmiňuje dôležitosť uplatňovania princípov komunitnej starostlivosti na oblasť komunikácie s klientmi. Zdôrazňuje napríklad **priame poskytovanie informácií; vyvarovanie sa nepravdivých, či zavádzajúcich informácií a zrozumiteľnosť**.

Pre naviazanie kvalitného vzťahu medzi pracovníkom a klientom je treba zmieniť univerzálne postoje, či schopnosti pracovníka vychádzajúce z prístupu zameraného na človeka. Autor tohto prístupu, Carl. R. Rogers (2014), vychádzal z presvedčenia, že každý jedinec má v sebe obrovský potenciál k seba porozumeniu a k premene vlastného seba pojatia, postojov, jednania a k osobnostnému rastu. Aby sa táto zmena mohla uskutočniť, klient potrebuje atmosféru, ktorá je možná len za splnenia troch podmienok, či troch facilitujúcich postojov.

Prvým postojom je **kongruencia**, opravdivosť či autenticita. V praxi to znamená, že je pracovník otvorený k svojim pocitom a postojom. Vo vzťahu sa snaží byť sám sebou, nenasadzovať si masku a neskrývať sa za svoju odbornosť.

Druhým predpokladom je akceptácia, záujem či dôvera, Rogersom nazývaná ako **bezpodmienečné prijatie**. To znamená, že pracovník vo vzťahu ku klientovi prežíva v každej jeho fáze akceptujúci postoj bez hodnotenia. Klient sa tak môže cítiť byť prijímaný pracovníkom takým, akým je, i so všetkými negatívnymi aspektmi a tieto môže následne integrovať do svojej osobnosti.

Tretím postojom je **empatické porozumenie**. To zahŕňa aktívne načúvanie, schopnosť vcítiť do vnútorného sveta pocitov a myšlienok klienta so schopnosťou mu svoje porozumenie verbalizovať (Rogers, 2014).

6.1.1 Špecifiká vzájomného vzťahu pracovník – klient s hraničnou poruchou osobnosti

Slovami autorov Grambala a kolektívu (2017, s.126) „*práce s hraničním pacientem znamená intenzivní terapeutický vztah, se silnými přenosovými a protipřenosovými tendencemi, který může znamenat osobnostní zranění pacienta i terapeuta. Je třeba zvážit, jestli jsme ochotni a schopni emočně významně angažovat ve vztahu s pacientem a jestli máme dostupnou supervizi. Lze očekávat, že během terapie dojde k řadě nepředvídatelných propadů a nezdarů.*“

Vyššie zmienení autori čerpajúc z rôznych zdrojov charakterizujú nasledujúce špecifiká vzťahu pracovníka ku klientovi s HPO. **Základným predpokladom** porozumenia klientovi je **porozumenie jeho strachu z opustenosti a hneď v zapätí z blízkosti vo vzťahu**. Klient s HPO potrebuje jasne definovať mieru podpory, ktorá je v kompetencii pracovníka a vedieť, čo kompetencie pracovníka už presahuje. Pracovník musí počítat s tým, že v ňom **klient bude vyvolávať negatívne pocity** ako sú napríklad dištancovanie, odmietanie klienta, a v týchto chvíľach musí byť **schopný sebareflexie**, že sa jedná o jeho vlastný hnev či frustráciu, že s klientom nikam nepostupuje. Klient ho naopak môže sexuálne priťahovať, čo môže byť reakcia na jeho zvädzanie. Tiež môže ku klientovi pociťovať **prehnáný súcit** či ho zahrňovať nadmernou podporou v reakcii na jeho utrpenie. **Dôraz** vo vzťahu terapeut – klient by mal byť kladený **na pevnú alianciu a validáciu negatívnych pocitov** prameniacych z prežitých traum, monitorovanie seba-poškodzovania a suicidálnych tendencií, tiež tendencií ku splittingu (polarizácii citových reakcií), ďalej na podporu sebareflexie namiesto impulzívneho chovania a stanovenie jasných limitov pre sebadeštruktívne chovanie (Grambal et al., 2017).

Pracovník musí počítat s tým, že **klient s HPO k nemu bude pristupovať rovnako, ako v iných medziľudských vzťahoch**. Jeden deň si ho bude idealizovať a hneď druhý deň bude k nemu zaujímať negatívne, nepriateľské postoje. Bude sa vyhrážať, že si ublíži. Klienti s HPO sú veľmi citliví na to, čo je pracovníkovou slabosťou a dokážu na jeho slabiny zaútočiť a vyprovokovať ho k hnevu, frustrácii, pochybnostiam o sebe samom a aj k pocitom beznádeje (Kreisman & Straus, 2017). V interakcii medzi terapeutom a klientom s HPO sa u oboch vynoria intenzívne pocity nazývané prenos (angl. transference) a protiprenos (angl. countertransference).

Prenos u klienta predstavujú nerealistické projekcie pocitov a postojov, ktoré

v minulosti zažíval od dôležitých osôb, na terapeuta. Prenos nie je sám o sebe ani negatívny, ani pozitívny, ale vždy sa jedná o skreslenie, projekciu minulých pocitov na súčasné objekty. „Hraniční přenos bude pravděpodobně extrémně nesouvislý, stejně jako ostatní stránky pacientova života“ (Kreisman & Straus, 2017, s. 154).

Klient s HPO budú spočiatku túžiť po terapeutovej blízkosti a zároveň sa jej bude desiť. V tejto fáze je dôležité, aby terapeut zostal neochvejný a konzistentný tak, aby sa u klienta mohla vytvoriť stálosť objektu. V ďalšej fáze sa klient dostáva do závislého vzťahu s terapeutom a začne mu dôverovať. Tu môže prestať chcieť pracovať na ďalšej zmene. V tejto fáze je dôležité, aby si jedinec s HPO uvedomil, že zmenu uskutočnil on sám a má dochádzať k oddeľovaniu od terapeuta. Začína si utvárať pocit samostatnej identity bez potreby samostatnej pripútanosti (Kreisman & Straus, 2017).

Protiprenos súvisí naopak s predchádzajúcimi životnými skúsenosťami terapeuta, ktoré prenáša na klienta. Klient s HPO je veľmi vnímavý a táto jeho vnímavosť môže vyniesť na povrch terapeutove vlastné nevyriešené pocity. Jedinci s HPO sú známi tým, že u druhých vyvolávajú veľmi silné emócie, vrátane terapeutov. Terapeut sa môže v kontakte s takýmto klientom začať cítiť profesionálne neistý, môže začať pociťovať nenávisť voči klientovi a začne ho vnímať ako neliečiteľného. Označenie „hraničiar“ má tak často medzi profesionálmi negatívnu konotáciu, ako niekoho, kto nereaguje na terapiu, niekoho, s kým chce málokto pracovať (Kreisman & Straus, 2017).

Kreisman a Straus (2017) dodávajú, že faktor, ktorý pozitívne koreluje so zlepšením je **vzťah vzájomnej úcty** medzi terapeutom a klientom. Je dôležité, aby si tak povediac klient s terapeutom „sadli“.

V kapitolách, ktoré budú nasledovať, najskôr predstavím terapeutickú komunitu Kaleidoskop, ktorej cieľovou skupinou sú jedinci trpiaci poruchou osobnosti, v prevažnej miere hraničnou poruchou osobnosti. Cieľom je predovšetkým predstaviť dialekticko behaviorálny prístup, ktorý sa v tejto komunite pri práci s klientmi uplatňuje, a ktorý využíva koncept všímavosti z budhistickej praxe. Nasledovať budú dve kapitoly. Jedna popisuje nový koncept súcitiť so sebou, ktorý je taktiež vyňatý z budhistickej praxe a druhá popisuje tento koncept v opozícii k centrálnym symptómom HPO. Tieto kapitoly smerujú k tomu, čo je konkrétnym obsahom empirickej časti tejto diplomovej práce, ktorá po nich bude nasledovať.

7 Špecifiká psychosociálnych intervencií zacielených na populáciu s HPO

7.1 Terapeutická komunita Kaleidoskop

Klienti s hraničnou poruchou osobnosti sa v Českej republike často dostávajú za brány psychiatrických liečební a i do iných krízových centier. Funguje tu model otáčavých dverí. Do niekoľkých dní či mesiacov sú v liečebni späť, a to často ešte v horšom stave, než sa nachádzali predtým. V súčasnej dobe sa javí veľkou nádejou existencia terapeutickkej komunity Kaleidoskop, kde klienti podstupujú psychosociálnu rehabilitáciu, a kde si môžu v „školičke psychosociálnych zručností“ nacvičovať tie, ktoré im chýbajú, tie, s ktorými majú problém. **Jedná sa o intenzívny, vysokoštruktúrovaný ročný pobyt s jasnými pravidlami a s režimom, na konci ktorého by mali byť klienti schopní zvládnuť samostatnú existenciu – nájsť si bývanie, prácu, nadväzovať vzťahy, byť v kontakte so sebou na základe sebapoznania v komunite prostredníctvom spätných väzieb v skupine.** Táto liečba sa zdá byť pomerne úspešná.

TK Kaleidoskop funguje od roku 2006 a je jedinou komunitou pre cieľovú skupinu osôb s hraničnou poruchou osobnosti. Sídlí v trojpodlažnej budove v Solenicich obklopená nádhernou prírodou pri Orlickej priehrade. Má kapacitu 22 klientov. **Hlavnou liečebnou metódou je samotná komunita**, vzájomná, neustála, každodenná interakcia jej členov. Ďalej sa využíva pracovná terapia, voľnočasové spoločné aktivity a novinkou je dialekticko behaviorálna terapia (*Terapeutická komunita Kaleidoskop, n.d.*).

7.1.1 Dialektická behaviorálna terapia (ďalej len DBT, angl. Dialectical Behavioral Therapy)

DBT (Linehan 2014, 2015) bola vyvinutá v osemdesiatych rokoch **Marshou M. Linehanovou** v USA pre cieľovú skupinu chronicky samovražedných žien s diagnózou hraničnej poruchy osobnosti. Je najrannejšou adaptáciou budhistickej praxe všímavosti do obecného rámca kognitívne behaviorálnej terapie s širokou použiteľnosťou na rôzne

emočné a medziľudské problémy. Linehanová spoločne so svojimi kolegami rozšírila DBT na populáciu klientov trpiacich závislosťami, poruchami príjmu potravy, impulzívnou a sebapoškodzujúcim chovaním. Linehanová, ktorá sama trpela HPO, sa snažila nájsť účinný prístup, ktorý by skutočne pomáhal klientom s HPO na ceste k zotaveniu. Pri tejto snahe čerpala zo svojej vlastnej skúsenosti z meditačnej praxe Zenu, rovnako tak zo základne kognitívne behaviorálnej terapie a prístupu zameraného na človeka. Z týchto základov vyvinula komplexný liečebný program pre osoby trpiace hraničnou poruchou osobnosti. (Linehan, 2014, 2015; Puhakka, 2015).

DBT vychádza z **dialektického pohľadu na svet**, ktorého hlavnou tézou je, že neexistuje len jedna pravda, že svet sa neustále mení, a že môžu existovať dve protichodné tvrdenia vedľa seba. V pojatí DBT sa dialektikou rozumie celosťnosť, previazanosť reality a dôraz na dialóg a vzťah. Dialektika má tiež v tomto prístupe za cieľ vyriešiť protiklady, ktorým jedinca stihnúť „hraničným syndrómom“ čelia. Sú nimi potreba prekonať protichodné pocitové stavy, ako sú napríklad láska a nenávisť voči jednej osobe či situácii. DBT prístup sa zameriava na celého jedinca v kontexte jeho vzťahov a prostredia, nielen na jeho problém, či diagnózu. Podobne je zameraný na celý emočný systém jedinca s poznaním, že všetky prvky systému sú navzájom prepojené a ovplyvňujú ako správanie klienta, tak aj environmentálny kontext, ktorý existuje mimo klienta (Linehan 2014, 2015; Lynch et al., 2006; Kreisman & Straus, 2017).

Ako píše Kreisman a Straus (2017), DBT predpokladá, že klienti s HPO majú genetickú náchylnosť k prehnaným emočným reakciám, ktorá v kombinácii s faktorom zneplatňujúceho rodinného prostredia u nich vedie k celej rade symptómov.

Táto kombinácia sa považuje za kľúčový biologický faktor vzniku HPO a podľa biosociálnej teórie Linehanovej vedie k emočnej dysregulácii, hlavného symptómu „hraničného syndrómu“. Následkom emočnej nestability je impulzívne a sebadeštruktívne chovanie. Linehanová tak vytvorila psychosociálne intervencie, ktoré sú priamo zamerané na celý okruh problémov jedincov s HPO. **Hlavnými faktormi zmeny sú validácia a bezpodmienečné prijatie** (Lynch et al., 2006).

Najvyššou prioritou štruktúrovaného programu DBT je znížiť samovražedné chovanie, vrátane sebapoškodzovania; oslabiť chovanie, ktoré negatívne zasahuje do terapie ako napríklad nesplnené domáce úlohy, či neskoré príchody; ďalej chovanie, ktoré negatívne ovplyvňuje kvalitu života, ako napríklad nutkavé chovanie, promiskuita, kriminálne chovanie. Ďalšími cieľmi sú: zvýšenie behaviorálnych schopností; zníženie chovania, ktoré súvisí s posttraumatickou stresovou poruchou;

zvýšenie schopnosti samoregulácie a tolerancie dysforických nálad. Klienti sami monitorujú svoje chovanie prostredníctvom denníkov, ktoré si vedú. Každý klient má svojho individuálneho terapeuta, s ktorým na terapii jedenkrát za týždeň toto chovanie konzultuje, a terapia sa tak zameriava na zmenu maladaptívnych vzorcov chovania. Klient s terapeutom vo vyhradenom čase spoločne preberú podrobnú analýzu reťazca udalostí, aby sa určili spúšťače, ktoré zvyšujú pravdepodobnosť, že sa vzorce chovania opäť vyskytnú. Hoci reťazová analýza sa javí ako analýza chovania, v skutočnosti je oveľa konkrétnejšia a zameriava sa na zmeny vonkajších podmienok, emócií, myšlienok, chovania a jeho dôsledkov (Didonna 2009; Kreisman & Straus, 2017; Linehan, 2014; Lynch et al., 2006).

Linehanová chápe **HPO ako nedostatok schopností** – interpersonálnych, samoregulačných. (Lieb et al., 2004). **Dôraz** je v DBT kladený hlavne **na seba prijatie samotným klientom**. Program je zložený z individuálnej terapie, skupinovej terapie, krízovej intervencie a nácviku zručností. Nácvik zručností prebieha jedenkrát týždeň v skupine a zahŕňa štyri moduly: nácvik **všímavosti (angl. mindfulness)**, nácvik stresovej tolerancie, nácvik schopností efektivity v medziľudských vzťahoch a v emočnej regulácii. Schopnosti všímavosti sú súčasťou každého modulu a edukácia nimi vždy začína (Didonna, 2009; Robins, 2003).

Všímavosť je schopnosťou, ktorú má v istej miere každý. Tento pojem znamená nezaujaté zaznamenávanie psychických a telesných fenoménov prežívaných v prítomnom okamžiku, teda schopnosť byť duchom prítomný teraz a tu. Podľa najnovších výskumov hrá táto schopnosť dôležitú úlohu v procese zmeny (Benda, 2010).

Všímavosť tiež znamená schopnosť postaviť sa tvárou tvár k našim bolestivým myšlienkam a emóciám a vidieť ich tak, ako sú, a to bez ich vytesnenia alebo vyhýbania sa im (Neff, 2003). Všímavosť môže zvrátiť naučené emočné reakcie a s nimi súvisiace kognitívne sudy, a to tým, že sa klient učí pozorovať, popisovať a vystavovať sa vlastným emóciám a myšlienkach v danom okamžiku bez toho, aby na ne pôsobil (Lynch et al., 2006). Schopnosti všímavosti Linehanová (2014, 2015) prevzala zo Zen buddhismu a rozlíšila ich na **schopnosti „čo“ a „ako“** (angl. „what“ a „how“). **Schopnosti „what“** sú: **pozoruj, popisuj a participuj**. Pozorovanie pocitov, aj tých nepríjemných, vedie ku zníženiu ich intenzity; popisovanie k uvedomeniu si toho, čo sa to so mnou vlastne deje; participovanie ku skutočnému prežívaniu prítomného okamžiku plným zapojením sa do súčasného diania. **Schopnosti „how“** zahŕňajú **ako**

pozorovať, ako popisovať, ako sa zúčastniť; teda bez hodnotenia, všímavosť a efektívne. Siedmou schopnosťou je tzv. **múdra myseľ** (anglicky wise mind), ktorá predstavuje všímavosť samotnú. Múdro využíva ako racionálnu, tak emočnú myseľ, jej zložkou je intuícia. Novo získané schopnosti sa klienti učia aplikovať do každodenného života, klientom sa každý týždeň zadáva úloha na jednu konkrétnu schopnosť, o ktorej potom spoločne diskutujú na skupinových sedeniach (Linehan, 2014, 2015; Lynch et al., 2006).

V komunite si tak klienti v praxi všímajú každodenné činnosti. Uvedomujú si napríklad svoje telo pri sprchovaní, dotyk vody na tele, stekanie kvapiek, utieranie tela, vôňu sprchového gélu, jeho konzistenciu. Uvádzajú sa tak do kontaktu s vlastným telom a s prítomným okamžikom. Pri upratovaní a varení, či pri práci na záhrade sa snažia o to nevykonávať tieto činnosti automaticky, ale naopak, uvedomovať si každý pohyb, činnosť, pozorovať príjemnosť či nepríjemnosť týchto aktivít bez hodnotenia (TZ).

Čo sa týka **validácie (potvrdzovania)** DBT zahŕňa jej **šesť nasledujúcich úrovní**: (1) aktívne načúvanie, napojenie a záujem o klienta; (2) presné zrkadlenie pocitov, myšlienok alebo správania klienta; (3) artikulovaná verbalizácia pocitov a myšlienok, tzv. „čítanie mysle“; (4) potvrzovanie, že klientovo dysfunkčné chovanie je logické vzhľadom k jeho histórii a biologickým faktorom ochorenia; (5) vyjadrenia, že chovanie klienta je normatívne, múdre alebo očakávateľné vzhľadom na súčasný kontext; a (6) jednanie smerom k sebe, ku klientom a celej komunite spôsobom, ktorý je skutočný a kongruentný (Lynch et al., 2006).

Osoby s HPO často trpia poruchami identity, ktoré sa vyznačujú pretrvávajúcou a značnou mierou narušeného, skresleného alebo nestabilného sebaopojatia. Validácia používaná v prístupe DBT k týmto jedincom im umožňuje stabilitu a zlepšenie ich vlastného sebahodnotenia a sebaobrazu. Validácia zvyšuje motiváciu klientov neukončiť predčasne terapiu. Na základe biosociálnej teórie má DBT jedinečný prístup k zacieleniu na behaviorálnu dysfunkciu a je v konečnom dôsledku navrhnutá tak, aby pomohla klientom znížiť emočnú dysreguláciu v mene budovania života, ktorý stojí za to žiť (Lynch et al., 2006).

Efektivitu prístupu DBT preukázalo mnoho štúdií (napr. Koons et al., 2001; Linehan et al., 1991; Lynch et al., 2006; Martin et al., 2016; Ward-Ciesielski et al., 2016). Napríklad Valentinová s kolegami (2015) zhrnuli výsledky niekoľkých štúdií. Preukázali efektivitu DBT na zníženie somatických i psychických symptómov

charakteristických pre hraničnú poruchu osobnosti a jej použiteľnosť na rozmanitú populáciu ako napr. na dospelých a mladistvých vo výkone trestu, či osoby ohrozené spáchaním trestného činu, osoby s mentálnym postihnutím aj. DBT sa považuje za „dobro zavedený“ prístup, ktorý vedie k zníženiu počtu problémov spojených s HPO, vrátane pocitov beznádeje, depresie, bulimického chovania, samovražedných myšlienok, sebapoškodzovania, či pokusov o samovraždu. DBT získala širokú empirickú základňu, ktorá dodnes skúma vzťah medzi intervenciami DBT a zmenou u klientov s HPO (Lynch et al., 2006).

7.1.2 Koncept „súcit so sebou“ (angl. self-compassion)

„Jedním z nejefektivnějších prostředků, jak překonat negativní emoce typu hněvu a nenávisti, je pěstovat jejich protiklady, tedy vlastnosti pozitivní jako například lásku nebo soucítění... Soucítění je nejbáječnější a nejdrahocennější věc... Celá naše fyzická konstituce je závislá na atmosféře lidské lásky. Z tohto důvodu má v sobě každý člověk potenciál pro soucit. Jedinou otázkou je, zda si tento potenciál uvědomujeme a zda ho dokážeme využívat“ (14. Dalajlama, 2003, s. 55-59).

Podľa budhistickej tradície praktikovanie všímavosti prináša úžitok len vtedy, keď sa zároveň kultivuje a zdokonaľuje schopnosť akceptácie, súcitu s druhými a súcitu so sebou. Všímavosť a súcit so sebou sú v budhizme považované za dve krídla jedného vtáka. Obe krídla majú vzájomne sa prekrývajúce a zároveň jedinečné benefity pre duševnú pohodu (Nef & Germer, 2013). Podobne v západnej psychológii bol **súcit so sebou konceptualizovaný ako výsledok praktikovania všímavosti** (Schreibner et al., 2017). Ako píše Neffová (2003a), zatiaľ čo koncept „súcit so sebou“ existuje vo východnom filozofickom myslení už po celé stáročia, pre západnú psychológiu je celkom **novým konceptom**.

Zjednodušene povedané, súcit so sebou je súcitom smerovaným dovnútra (Germer & Neff, 2013). Neffová (2003a) vysvetľuje, že definícia „súcitu so sebou“ súvisí so všeobecnejšou definíciou „súcitu“. **Súcit** pre osobnosť znamená to, že sa jej dotýka utrpenie druhých, teda otvorenosť voči bolesti druhého, ktorej sa nevyhýba a ani sa od nej neodpojuje, a tak je schopná cítiť lásku k ostatným a túži zmierniť ich utrpenie. Zahŕňa tiež porozumenie tým, ktorí zlyhávajú alebo sa dopúšťajú činov proti

iným, ktoré sú vnímané v kontexte ľudskej omylnosti a to bez ich odsudzovania. Súciť so sebou zahŕňa otvorenosť a kontakt s vlastným utrpením, od ktorého sa neodvracia. Tento postoj či táto kvalita tak vytvára v človeku túžbu zmierniť vlastné utrpenie a uzdraviť sa tým, že pristupuje k sebe s láskavosťou. Zahŕňa tiež neposudzujúce pochopenie k vlastnej slabosti, nedostatkom a neúspechom a schopnosť odpustiť sám sebe, rešpekt k človeku ako k ľudskej nedokonalej bytosti. Súciť so sebou je postojom láskavosti k sebe tvárou tvár krízam s pochopením k vlastným emóciám bez zjavnej identifikácie sa s nimi a videním nedokonalosti ako súčasťou ľudskej bytosti (Neff, 2003a).

Neffová (2003a) ďalej zdôrazňuje, že nie je možné súciť so sebou zamieňať za **sebaľútosť**. Keď človek prežíva sebaľútosť, je ponorený do vlastných problémov, má tendenciu zaoberať sa egocentrickými pocitmi, cíti sa oddelene od ostatných a okolitého sveta. Má pocit, že je jediným na svete, kto trpí. Naopak súciť so sebou vytvára pocit prepojenosti so všetkými ľuďmi, uvedomenie, že nie som sám, kto trpí.

Súciť so sebou má podľa Neffovej (2003a) tieto tri zložky:

1. **Láskavosť k sebe (angl. self-kindness)** – porozumenie sebe namiesto sebakritiky a sebaodsudzovania
2. **Ľudská spolupatričnosť (angl. common humanity)** – vnímanie vlastnej skúsenosti ako súčasťou širšej ľudskej skúsenosti v kontraste k izolácii
3. **Všímavosť** – uvedomovanie si bolestných myšlienok a pocitov so schopnosťou poodstúpenia od nich, namiesto identifikácie sa s nimi

K tomu, aby osobnosť bola schopná súciť so sebou a s druhými, je potrebné, aby najskôr rozvinula a kultivovala schopnosť všímavosti, schopnosť poodstúpenia od svojich negatívnych pocitov, schopnosť neidentifikovať sa s nimi a prijať ich ako súčasť svojej osobnosti. Nehodnotiaci postoj všímavosti znižuje sebakriticizmus a zvyšuje sebaopoznanie. Znižuje egocentrizmus, ktorý vytvára pocity izolácie a naopak zvyšuje pocit prepojenosti s druhými (Jopling, 2010; Elkind, 1969, citujem podľa Neff, 2003a).

Súciť so sebou hovorí: „Buďte k sebe láskaví uprostred utrpenia a to sa zmení.“
Všímavosť hovorí: „Buďte otvorení utrpeniu s širokým uvedomením a to sa zmení.“
(Germer & Neff, 2013, s. 861).

Spoločne, všímavosť a súciť so sebou, môžu pomôcť klientom odpojiť sa od

emocionálnej bolesti, upokojíť sa a utíšiť sa. Súcit so sebou pozitívne koreluje s duševnou pohodou a naopak negatívne s psychopatológiou. Zvyšuje psychickú odolnosť tým, že zmiernuje reakcie ľudí na negatívne udalosti. Pri zvýšení schopnosti súcitu so sebou nedochádza k „násilnému“ nahradeniu negatívnych pocitov pozitívnymi. Pozitívne emócie sa utvárajú prijatím tých negatívnych. Súcit so sebou sa spája s mnohými psychickými silami ako je šťastie, optimizmus, múdrosť, zvedavosť a skúmanie, osobná iniciatíva a emočná inteligencia a naopak negatívne spojený s maladaptívnym perfekcionizmom a sebakriticizmom (Germer & Neff, 2003).

Jedinci s HPO majú, namiesto postojov súcitu so sebou a všímavosti, spoločné vysokú mieru sebakriticizmus a ťažkosti v emočnej regulácii, ktoré ich vedú k hnevu a sebapoškodzovaniu. Jedna z posledných štúdií našla spojitosť medzi súcitom so sebou a symptómami „hraničného syndrómu“. Autori tejto štúdie Scheibner, Daniels, Guendelman, Utz a Bermpohl (2017) navrhujú preto okrem nácviku všímavosti, tak ako prebieha v dialekticko behaviorálnej terapii, i **priamy nácvik schopnosti súcitu so sebou a jeho prevedenie do intervencií pri práci s klientelou trpiacou HPO**. Predpokladajú tak možnosť rýchlejšej zmeny centrálnych symptómov HPO, konkrétne vytvorenie adaptívnych stratégií v emočnej regulácii namiesto maladaptívnych a láskavého postoja k sebe namiesto sebakriticizmu. Zatiaľ čo nácvik všímavosti viedol u klientov k vyššej sebaakceptácii, objavujú sa dôkazy, že priamy nácvik schopnosti súcitu so sebou môže vykazovať ešte silnejšie účinky na vytvorenie nových adaptívnych mechanizmov emočnej regulácie a nahradenie silných pocitov hanby a bezvýznamnosti, ktoré vedú k hnevu, sebapoškodzovaniu a často i k suicidu (Scheibner et al., 2017).

Ako uvádzajú autori Feliu-Soler s kolegami (2016), v posledných rokoch narastá počet dôkazov, ktoré sa týkajú intervencií zahrňujúcich nácvik súcitu so sebou ako intervencií vytvárajúcich účinné stratégie na podporu duševnej pohody a zníženie klinickej symptomatológie v rôznych klinických i neklinických vzorkách populácie vo všeobecnosti. Zahrnutie vyučovania meditácie milujúcej láskavosti a súcitu so sebou do intervencií s klientmi s HPO môže koherentným a komplementárnym spôsobom znižovať sebakritiku a hanbu u týchto klientov (Feliu-Soler et al., 2016).

Meditácia milujúcej láskavosti (angl. Loving – kindness meditation, ďalej **LKM**) sa zameriava na rozvoj emočného stavu bezpodmienečnej láskyplnosti voči všetkým ľuďom. **Meditácia súcitu** (angl. Compassion meditation, ďalej **CM**) zahŕňa techniky kultivovania súcitu alebo hlbokého, skutočného súcitu s tými, ktorí boli

zasiahnutí nešťastím, spolu s úprimným priáním toto utrpenie zmierniť. Milujúca láskavosť, tiež známa ako *metta* (v jazyku páli), je odvodená z budhizmu a vzťahuje sa na duševný stav nezištnej a bezpodmienečnej lásky ku všetkým bytostiam. Podobne môže byť *súcit* (v jazyku páli *karunaa*) definovaný ako emócia, ktorá vyvoláva úprimné želanie, aby vnímajúce bytosti boli oslobodené od utrpenia a príčin utrpenia. Súcit možno prirovnať k pocitu, ktorý cítime s utrpením dieťaťa v núdzi, ale je zameraný na všetky bytosti. Milosrdnosť a súcit sa úzko spájajú s budhistickou predstavou, že všetky živé bytosti sú neoddeliteľne spojené. Zatiaľ čo iné typy meditácie všímavosti povzbudzujú k neodsudzujúcemu uvedomeniu si toho, čo sa odohráva v prítomnom okamžiku tým, že sa sústreďujú na telesné alebo iné sensorické zážitky, afektívne stavy, myšlienky alebo obrazy, meditácia súcitu sa zameriava na zmierňovanie utrpenia všetkých vnímajúcich bytostí a meditácia milujúcej láskavosti na vysielanie láskavosti a na starostlivosť o ich blaho. Tieto cvičenia môžu byť vykonávané kedykoľvek a v rôznych polohách, napr. pri sedení alebo ležaní, a dokonca aj pri chôdzi. Podľa budhistickej tradície v každej fáze sa meditácia skladá z premýšľania o konkrétnych želaniach (ašpiráciách) druhým ako sú nasledujúce: 1) nech je človek oslobodený od nepriateľstva, 2) nech je oslobodený od duševného utrpenia, 3) nech je oslobodený od fyzického utrpenia a 4) nech je šťastný. Každý môže začať praktikovať buď súcit so sebou alebo k iným, v závislosti na tom, čo je pre neho jednoduchšie. V budhistickej tradícii sa **LKM a CM** tradične kombinujú s inými meditačnými praktikami, a môžu byť účinnými technikami, keď sa pridajú k existujúcim empiricky podloženým terapiám, akou je napríklad kognitívne behaviorálna terapia. **Budhistická tradícia konceptualizuje mettú a karunu ako dva faktory, ktoré sú nezlučiteľné s hnevom, nenávisťou, závisťou a žiarlivosťou** (Feliu-Soler et al., 2016).

Autori Feliu-Soler s kolektívom (2016) poukazujú na najnovšiu príručku DBT-schopností (DBT-ST; Linehan, 2014), ktorá zahrnula meditáciu láskavosti do modulu všímavosti. Psychoedukačným cieľom novej príručky je napríklad v praxi rozlišovať súcit so sebou od sebaľútosti a sebaúcty a poskytnúť chápanie súcitu jeho vysvetlením ako adaptívneho systému emočnej regulácie. Intervencie založené na koncepte súcitu so sebou vychádzajú aj z iných moderných prístupov. Klienti sa napríklad v praxi učia láskavému postoju ku svojim negatívnym emóciám, s využitím podpory viet a obrázkov s konotáciou láskavosti a súcitu; učia sa vysielat' láskavý postoj ku svojim blízkym a k sebe; zúčastňujú sa špecifických cvičení ako je napríklad napísanie láskavého listu

samému sebe (Feliu-Soler et al., 2016).

Ako uvádzajú Germer a Neffová (2013) ľudia pracujúci v pomáhajúcich profesiách obvykle považujú za samozrejmé, že ku svojim klientom zaujímajú postoj láskavosti, že majú súcitiť s ich utrpením a prijímajú ich takých, akými sú. Germer a Neffová (2013) si kladú otázku, čo je teda tak prevratného na implikácií konceptu súcitiť so sebou a láskavosti k sebe do intervencií pri práci s klientmi? Autori na túto otázku odpovedajú otázkou: Čo ale majú robiť klienti, keď sa ihneď po našej láskyplnej a akceptujúcej intervencii ocitnú sami, keď im nezaberá medikácia a v noci nemôžu spať, keď nezaberajú ani žiadne relaxačné techniky, ktoré sa naučili a dostanú sa pod mocný vplyv svojich vlastných negatívnych pocitov, ktoré nedokážu nijakým spôsobom ovládať, a ktoré naopak úplne ovládnu ich myseľ? Návčik súcitu so sebou je v tomto prípade podľa autorov účinným prostriedkom, aby mohli klienti prekonať tieto chvíle až do ďalšej intervencie.

Spoločné ľudstvo ako druhá zložka súcitu so sebou zahŕňa poznanie, že ľudský stav je nedokonalý, a že nie sme sami v našom utrpení. Že nemôžeme vždy dostať to, čo chceme. Že nemôžeme byť vždy tými, ktorými chceme byť. Je to súčasť ľudskej skúsenosti, základnej skutočnosti života, ktorú zdieľame s každým na tejto planéte. Nie sme sami v našej nedokonalosti. Skôr sú naše nedokonalosti to, čo z nás robí členov ľudskej rasy. Často sa však cítime izolovane a odrezaní od iných, keď zvažujeme naše boje a neúspechy, nerozumne cítime, že som to len JA, kto má tak ťažké obdobie. Myslíme si, že sme nejako abnormálne, že sa niečo pokazilo. Takýto druh tunelového videnia nás núti cítiť sa osamelo a izolovane, čo ešte zvyšuje naše utrpenie. Zabúdame, že zlyhanie a nedokonalosť sú skutočne normálne (Germer & Neff, 2013).

7.1.2.1 Sebakritickosť v kontraste súcitu so sebou

Súcitiť so sebou predstavuje opak sebakritickosti a súvisiacich pocitov menejcennosti, hanby a viny, ktorých je zároveň „protiľekom“. Súcitiť so sebou nesúvisí s akýmkoľvek hodnotením či porovnávaním sa s druhými. Nesúvisí ani so sebaúctou, ktorá je postavená na jedinom dosiahnutých úspechoch a sociálnom porovnávaní. Odmietanie rodičov v detstve vedie ku zvnútorneným pocitom vlastnej nedostatočnosti. Takto zvnútornené pocity „omnipotentnej“ viny a „toxickej“ hanby sú tak

v každodenných situáciách znovu a znovu aktivované a prostredníctvom ego-obranných mechanizmov vedú ku vzniku celej rady psychopatologických symptómov (Benda, 2016).

Hanba bola nedávno uznaná za významnú súčasť mnohých problémov duševného zdravia a tendencie jednať agresívne. Ľudia sú schopní riskovať dokonca i smrť či vážne zranenie, aby sa vyhli hanbe a "strate tváre". Hanba nielenže ovplyvňuje zraniteľnosť k psychopalógii, ale tiež ovplyvňuje prejav symptómov, schopnosť odhaliť bolestivé informácie, rôzne formy vyhýbania sa (napr. disociácie a popieranie) a súvisí s problémami vo vyhľadani pomoci. Aj keď neexistuje jednotná definícia hanby, často sa týka dvoch kľúčových zložiek. Prvá sa týka myšlienok a pocitov o tom, ako existujeme v myšliach druhých, tzv. externalizovaná hanba (Gilbert & Procter, 2006).

Externalizovaná hanba je poznačená myšlienkami a pocitmi, že nás iní vidia negatívne s pocitmi hnevu alebo pohrdania a / alebo, že nám iní pripisujú charakteristiky, ktoré spôsobujú, že sme neatraktívni a tým odmietnuteľní alebo zraniteľní voči útokom iných. Vyskúšať si „ja“ žijúce v myšli iných ako odmietnuteľná osoba, môže pretaviť okolitý sociálny svet na nebezpečný a aktivovať celú radu obranných mechanizmov ako je chuť skrývať sa a byť neviditeľným. Môže tiež mať silný inhibičný účinok na spracovanie informácií tak, že človek môže prežívať vo svojom vnútri prázdnotu alebo zmätenosť. Pri externalizovanej hanbe je pozornosť venovaná tomu, čo si o mne myslia ostatní (Gilbert & Procter, 2006).

Internalizovaná hanba sa objavuje s rozvojom sebauvedomenia a s tým, ako existujeme pre iných. Zameranie pozornosti je dovnútra, na vlastné pocity a hodnotiace súdy k vlastnému ja ako neadekvátnych, chybných alebo zlých. Kľúčovou zložkou internalizovanej hanby je teda sebaurčenie a sebakriticizmus. Externalizovaná hanba môže existovať spoločne s internalizovanou. Dôsledkom toho človek prežíva, že vonkajší svet je nastavený proti nemu a vnútorný svet tiež zažíva kriticky a nepriateľsky. V tomto stave ohrozenia, sa môže cítiť ochromený, dezintegrovaný a uzavretý – nemá nikde bezpečné miesto, ani vo vnútri a ani vonku, kde by mohol zažívať pokoj (Gilbert & Procter, 2006).

Deti a dospelávajúci, ktorí zažili sexuálne zneužívanie, týranie a zanedbávanie od primárnych osôb, majú osobnú skúsenosť s hanbou a ponížením. Pocity hanby a menejcennosť súvisia so zacyklením v depresívnych myšlienkach. Hanba akoby mala určitú „lepivosť“ k sebakriticizmu a zraniteľnosti na široké spektrum ťažkostí. Sebakritika je významne spojená s hanbou a obe sú transdiagnostickými faktormi

mnohých porúch, zvyšujú zraniteľnosť, prejavy symptómov a zvyšujú riziko relapsu. Sebakritika je spojená s celoživotným rizikom depresie. S hanbou sa spája nízka sebaúcta, tendencia dopredu všetko vzdávať, menej sa zdokonaľovať. Spája sa s väčšou stratou energie. Ľudia s nízkym sebavedomím zápasia s vysokou mierou sebakritiky, ktorej patologické aspekty sa netýkajú iba obsahu myšlienok, ale majú tiež účinky na hnev a pohrdanie sebou samým (Gilbert & Procter, 2006).

Linehanovej biologicko sociálna teória HPO zdôrazňuje dôležitosť sebaznehodnocovania a hanby vo vývoji a udržovaní sebaopoškodzovania, či sa jedná o suicidálne pokusy alebo násilné zásahy do telesnej integrity. Podobne ako iní autori biosociálny model HPO predpokladá, že sebaopoškodzovanie funguje ako únik a / alebo vyhýbanie sa averzívny emóciám. Hanba rovnako súvisí s hnevom a impulzivitou, ďalšími symptómami „hraničného syndrómu“. Na základe doterajších výskumov sa zistilo, že **jedinci s HPO vykazujú najvyššiu mieru pocitov hanby než je tomu u iných diagnóz**. U jedincov s HPO je možno hovoriť o tzv. chronickej hanbe – intenzívnom pociťovaní, že človek nikdy nebude dost' dobrý. Negatívny sebaobraz vedie k sebanenávisti, tá vedie k osamelosti a neskôr k suicidálnym myšlienkam. Samovražda tak môže predstavovať jediný racionálny spôsob, ako uniknúť z bolesti vlastnej izolácie a pocitov nedostatočnosti (Brown et al., 2009).

Hovorí sa o troch maladaptívnych stratégiách emočnej regulácie hanby: o tzv. prevencii (napr. fantázii, závislosti), o úniku (napr. vyhýbanie sa spoločnosti) a o agresii (voči sebe či iným). Tieto maladaptívne stratégie tvoria základ veľkej časti osobnostnej psychopatológie (Schoenleber & Berenbaum, 2012). Klienti s HPO sú náchylní k negatívnym sebaovzťahovým emóciám, ako sú nízke sebavedomie a hanba (Winter et al., 2017).

Ako píše Tangney, Wagner a Gramzow (1992) už vo Freudových spisoch dochádzalo k rozlišovaniu medzi hanbou a vinou a špekuláciám o väzbe medzi nimi a ich vplyve na korene širokého spektra psychopatológie. Ukázalo sa, že **tieto dva afektívne stavy neodmysliteľne patria k sebe**. Hanba a vina sú „sebaovzťahové“ emócie, ktoré vznikajú z vlastných zlyhaní a previnení, ale **líšia sa vo svojom objekte hodnotenia** (Tangney et al., 1992). K zaujímavému zisteniu prišla aj štúdia Petersovej a Geigera (2016) a tým je, že jedinci s HPO majú síce vyššiu tendenciu k prežívaniu hanby, zároveň ale nižšiu mieru k prežívaniu adaptívnej viny. Tieto dva maladaptívne faktory súvisiace s HPO vedú k zvýšenej miere externalizácie, nepriateľstva a hnevu (Peters & Geiger, 2016).

Predmetom viny sú obavy, zameranie je tu na určité chovanie (urobil som zlé vec). Vina tak nesie so sebou výčitky alebo ľútosť a pocity napätia, ktoré často slúžia ako motivácia pre nápravné kroky. Toto napätie, výčitky a ľútosť spôsobené vinou môžu byť dosť nepríjemné, najmä vtedy, ak je náprava z rôznych dôvodov nemožná. Napriek tomu pocity hanby sú ďaleko viac bolestivé a zničujúce. V hanbe je predmetom pozornosti celé ja. Zlé veci jedinec prežíva ako odraz svojho negatívneho ja, ktoré je bolestne skúmané a negatívne hodnotené. Táto bolestivá sebakontrola je spojená s pocitmi malosti, vlastnej bezcennosti a bezmocnosti. Jedinci, ktorý prežívajú afektívne pocity spojené s hanbou majú pomerne rozsiahle ťažkosti v medziľudských vzťahoch. Hanba je spojená so zhoršením schopnosti empatie, s tendenciou externalizovať vinu a s častými záchvatmi hnevu a nepriateľstva. Osoby zraniteľné pocitom hanby, majú tendencie pociťovať beznádej, vidieť sa negatívne a sú náchylné k rozsiahlej symptomatológii. S hanbou spojená vina je celkom inou formou viny, než je „bežná“ vina. Klient pri jej prežívaní z akýchkoľvek dôvodov nevidí žiadnu inú možnosť nápravy svojho jednania ako je nejaká extrémna forma sebaopotrestania (Tangney et al., 1992; Tangney, Stuewig, & Martinez, 2014).

EMPIRICKÁ ČASŤ



8 Metodológia výskumu

8.1 Ciele a argumentácia výskumu

Obečným cieľom výskumnej časti je **poukázať na fenomén privácie** (absencie) **súcitú so sebou u klientov s HPO**. Chýbanie súcitú so sebou v zmienenom kontexte znamená, že sa jedincom s HPO nedostáva kladného vzťahu k sebe, z čoho vyrastajú korene ich rozsiahlej symptomalógie. Jedným z centrálnych symptómov HPO, ktorý vyviera z privácie súcitú so sebou je zvýšená tendencia k prežívaniu maladaptívnej emócie – hanby (Crowe, 2004; Gratz, Rosenthal, Tull, Lejuez & Gunderson, 2010; Rizvi & Linehan, 2005; Rizvi, Brown, Bohus & Linehan, 2011).

Hanba sa považuje za jadrovú emóciu v perspektíve hraničnej poruchy osobnosti a súvisí so sebapoškodzovaním, chronickou suicidalitou a s hostilným hnevom jedincov ňou trpiacich. Hanba tiež negatívne koreluje so sebavedomím a kvalitou ich života (napr. Rüscher et al., 2007). Náchylnosť k hanbe je spojená s pomerne rozsiahlymi ťažkosťami v medziľudských vzťahoch, so zhoršenou schopnosťou empatie, s pocitmi beznádeje a s tendenciou externalizovať vinu na iných či iné objekty a situácie. Jedinci náchylní k hanbe trpia vulnerabilitou k mnohým psychopatologickým symptómom z dôvodu opakovaného narušenia vlastného fungovania (Brown et al., 2009; Peters, Geiger, Smart & Baer, 2014; Tangney et al., 1992; Scheel et al., 2013).

Predpoklad empirickej časti tejto práce, že klienti s HPO budú vykazovať štatisticky významne vyššiu mieru tendencie k prežívaniu hanby a štatisticky významne nižšiu mieru súcitú so sebou oproti kontrolnej skupine „zdravých“ dospelých, vedie k jej konkrétnym výskumným otázkam a hypotézam, a tak ku konkrétnym cieľom. Tento predpoklad podporujú niektoré výskumy, ktorých závery potvrdzujú, že nedostatok súcitú so sebou je pravdepodobne transdiagnostickým prediktorom rozsiahlej psychopatológie u mnohých porúch duševného zdravia (viď napr. Benda, Kadlečík & Loskotová, in print; Costa, Marôco, Pinto-Gouveia, Ferreira & Castilho, 2016;), či u hraničnej poruchy osobnosti (Benda et al., 2018, viď príloha č.1; Feliu-Soler et al., 2017; Krawitz, 2012; Scheibner et al., 2017; Warren, 2015).

Väčšina štúdií sa donedávna v tomto smere zaoberala hlavne duševne zdravou, neklinickou populáciou (napr. Jazaieri et al., 2013; Johnson & O'Brien, 2013). Smer nového skúmania konceptu súcitú so sebou sa v súčasnej dobe ubera k porovnaniu

populácie „zdravých“ dospelých s klinickou populáciou akou je tá s hraničnou poruchou osobnosti. Cieľom týchto štúdií je prispieť k objasneniu dodnes nezodpovedaných otázok, ktoré sa týkajú koreňov symptomalógie duševných porúch, v tomto prípade HPO. Ich zodpovedaním by sa tak nové poznatky mohli využiť pri redefinovaní tejto poruchy a pri vytvorení nových účinnejších psychosociálnych intervencií.

8.2 Výskumné otázky a formulácia hypotéz

Vyššie prezentované ciele a background odborných poznatkov obsiahnutých v teoretickej časti tejto práce viedli k stanoveniu troch výskumných otázok, z ktorých vychádzajú nižšie prezentované výskumné hypotézy:

VO1: Majú klienti s hraničnou poruchou osobnosti štatisticky významne nižšiu mieru súcitu so sebou než kontrolná skupina „zdravých dospelých“ ?

H1: Skupina klientov s hraničnou poruchou osobnosti bude vykazovať štatisticky významne nižšiu mieru súcitu so sebou než kontrolná skupina „zdravých dospelých“.

VO2: Majú klienti s hraničnou poruchou osobnosti štatisticky významne vyššiu mieru tendencie k prežívaniu hanby než kontrolná skupina „zdravých dospelých“ ?

H2: Skupina klientov s hraničnou poruchou osobnosti bude vykazovať štatisticky významne vyššiu mieru tendencie k prežívaniu hanby než kontrolná skupina „zdravých dospelých“.

VO3: Existuje súvislosť medzi mierou súcitu so sebou a tendenciou k prežívaniu hanby?

H3: Čím nižšia je miera súcitu so sebou, tým vyššia je miera tendencie k prežívaniu hanby u oboch skupín.

9 Zber dát a etické aspekty

Zber dát pre klinickú aj neklinickú časť tohto výskumu prebiehal od septembra 2017 do marca 2018 prostredníctvom administrovania dotazníkovej batérie. V jej úvodnej časti boli všetci účastníci výskumu oslovení a informovaní o celi zberu dát, ďalej o anonymite poskytnutých osobných údajov vo všetkých publikačných výstupoch a o približnej časovej dotácii potrebnej k vyplneniu dotazníkovej batérie. Etické pravidlá zberu dát boli dodržané. V žiadnom výstupe nefigurujú osobné dáta účastníkov tejto výskumnej štúdie. Snahou bolo aj dodržanie anonymity vo zmysle čo najmenšieho zásahu do chodu oslovených zariadení. Z toho dôvodu sa rešpektovalo pravidlo čo najmenšieho zásahu a kontaktu s klientmi jednotlivých zariadení, a s výnimkou TK Kaleidoskop tak dotazníky administrovali pracovníci, ktorí priamo pracujú s klientmi.

Účastníci klinickej časti výskumu boli oslovení v štyroch zariadeniach: v terapeutickej Komunitě Kaleidoskop v Soleniciach, v Psychoterapeutickej a psychosomatickej klinike ESET v Prahe, v Dennom sanatóriu Fokus Praha a v Centre pre duševné zdravie Hélió v Prahe a online na facebookovej skupine Hraničná porucha osobnosti.

V prípade priameho zberu dát v zariadeniach, s výnimkou terapeutickej komunity Kaleidoskop, dotazníky administrovali priamo pracovníci zariadenia svojim klientom. Čo sa týka terapeutickej komunity Kaleidoskop, na základe dohody s vedúcim komunity som najskôr zaslala plagát (viď príloha č. 2) so stručným načrtnutím výskumu, ktorý pracovníci predstavili na spoločnej komunite klientom, a potom ho zavesili na spoločnú informačnú nástenu v komunite. Následne bol dohodnutý termín môjho príchodu do komunity. Po mojom príchode bola zvolaná mimoriadna komunita, kde som predstavila seba a cieľ štúdie, zodpovedala dotazy a poprosila klientov na základe dobrovoľnosti o vyplnenie dotazníkov. Z dôvodu veľkého zásahu do chodu komunity mojou prítomnosťou a vzhľadom k náročnému programu bola po dohode s vedúcim komunity klientom ponúknutá za vyplnenie dotazníkov drobná finančná odmena. Bol stanovený presný termín zberu dotazníkov, do ktorého klienti mohli vyplnené odovzdať, aby sa ďalej nenarušoval chod komunity.

Pre zber dát na facebookovej skupine Hraničná porucha osobnosti, bol vytvorený odkaz, prostredníctvom ktorého členovia skupiny mohli dotazník vyplniť online z domova. Členovia boli oslovení online inzerciou prostredníctvom sociálnej siete Facebook.

Čo sa týka metodiky zberu dát, jednalo sa o príležitostný výber. Kritéria výberu účastníkov klinickej časti výskumu boli nasledovné: (1) dosiahnutie veku 18 rokov, (2) splnenie diagnostických kritérií emočne nestabilnej poruchy osobnosti, hraničný typ (F 60.31), (3) respondent nesmel mať stanovenú nejakú inú významnú psychiatrickú komorbídnu diagnózu. Účastníci klinickej vzorky boli vylúčení, ak mali komorbídnu diagnózu akejkoľvek psychotickej poruchy, poruchy osobnosti, organickej mozgovej poruchy alebo mentálnej retardácie.

Skupina osôb z neklinickej populácie bola oslovená cieľovou online inzerciou prostredníctvom sociálnej siete Facebook, ktorá vyzývala potencionálnych respondentov k vyplneniu dotazníkovej batérie a o jej prípadné ďalšie zdieľanie. Inzercia oslovovala a vyzývala k účasti na výskume otázkou, či respondenti majú záujem poznať, aký majú prístup k sebe. Zvolená metodika zberu dát kontrolnej skupiny bola nepravdepodobnostná stratégia výberu (tzv. snehová guľa). Kritériom výberu účastníkov neklinickej časti výskumu bolo dosiahnutie veku 18 rokov. V úvode dotazníku bol účastníkom zadaný dotaz na to, či boli niekedy diagnostikovaní nejakou duševnou chorobou (poruchou). Pokiaľ bola odpoveď kladná, boli vylúčení z výberu. Dotazník ale mohli respondenti dokončiť a bola im zaslaná spätná väzba v podobe výsledku.

Hlavným kritériom pre neklinickú populáciu bolo, aby respondenti mali hodnotenie 9 alebo menej na stupnici GAD-7 (skóre 10 a vyššie indikuje klinicky významnú úzkosť) a na stupnici PHQ-9 (skóre 10 a vyššie naznačuje klinicky významnú depresiu). Účastníci boli z tejto vzorky vylúčení, ak bola zaznamenaná anamnézu akejkoľvek duševnej poruchy alebo ak mali skóre ≥ 10 na stupnici GAD-7 alebo stupnici PHQ-9. (Benda, Kadlečík & Loskotová, v tisku).

Kritériom pre všetkých respondentov bolo úplné vyplnenie dotazníkovej batérie. Jej neúplné vyplnenie by bolo pre výskum bezcenné a muselo by sa zo zberu dát vyradiť.

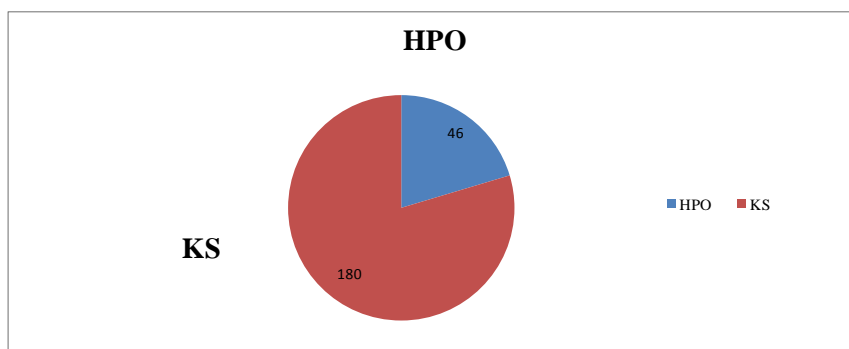
10 Výskumný súbor

Výskumný súbor tvorí celkom 226 respondentov, z toho 180 respondentov z neklinickej a 46 z klinickej populácie (viď tabuľka č.1 a graf č.1). Klinickú vzorku tvorí 11 respondentov z Facebookovej skupiny a 35 z vyššie zmienených zariadení. Respondentov z neklinickej skupiny označujeme skratkou KS (kontrolná skupina) a respondentov z klinickej skupiny označujeme skratkou HPO (hraničná porucha osobnosti).

Tabuľka č. 1

HPO x KS	Počet	Podiel
HPO	46	20,4%
KS	180	79,6%
Celkom	226	100,0%

Graf č. 1



10.1 Demografické charakteristiky

Nasledujúca kapitola popisuje demografické charakteristiky výskumného súboru.

10.1.1 Popisná štatistika

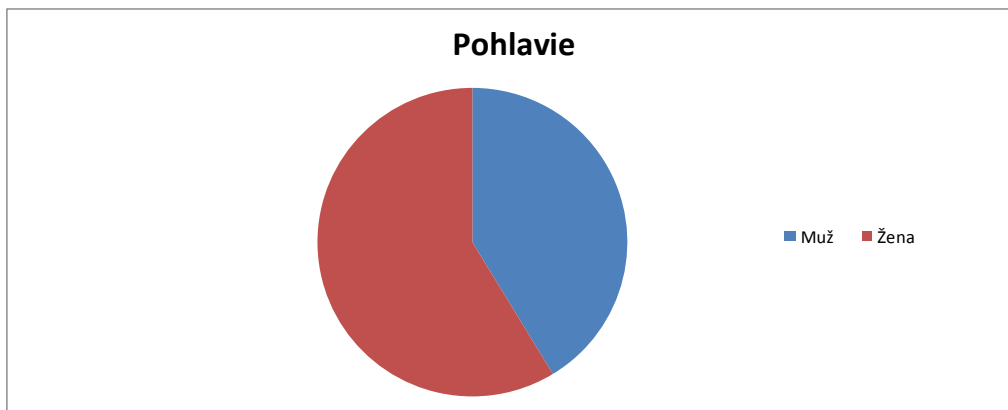
Pohlavie

1a. Pohlavie – HPO

Tabuľka č. 2

Pohlavie	Počet	Podiel
Muž	19	41,3%
Žena	27	58,7%
Celkom	46	100,0%

Graf č. 2



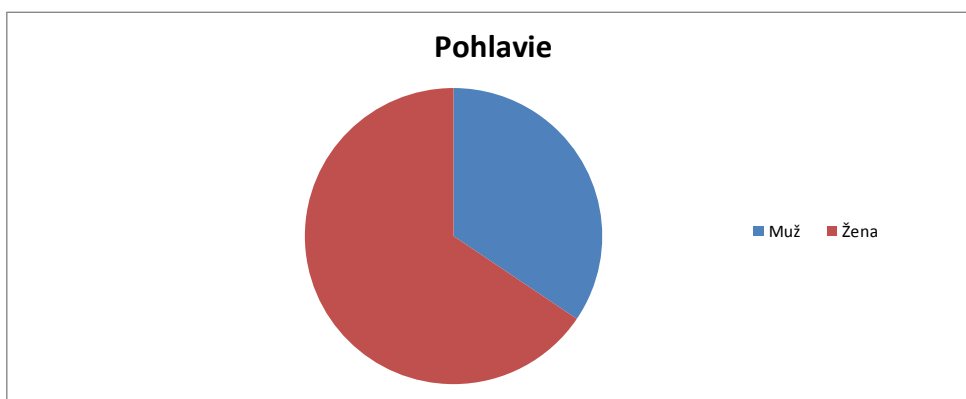
V skupine HPO máme vekové zastúpenie 19 mužov a 27 žien, pričom viac je žien (58,7 %).

1b. Pohlavie – kontrolná skupina

Tabuľka č. 3

Pohlavie	Počet	Podiel
Muž	62	34,4%
Žena	118	65,6%
Celkom	180	100,0%

Graf č. 3



V skupine KS máme vekové zastúpenie 62 mužov a 118 žien, pričom viac je žien (65,6 %).

2. Vek

2a. Vek – HPO

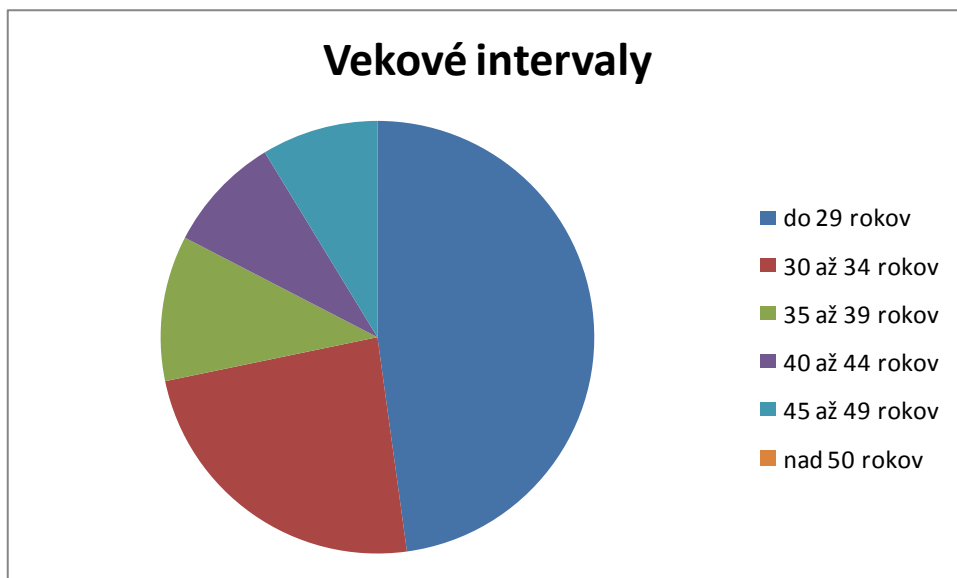
Tabuľka č. 4

Vek	Hodnota
Priemer	30,89
Medián	30,50
Smerodatná odchýlka	8,19
Minimum	19
Maximum	49

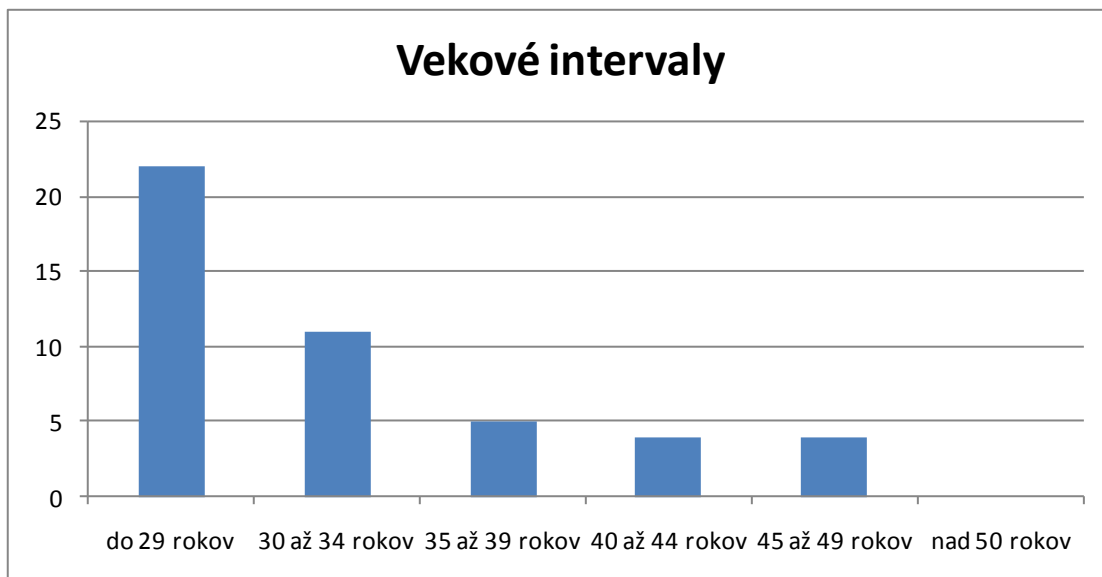
Tabuľka č. 5

Intervaly	Počet	Podiel
do 29 rokov	22	47,8%
30 až 34 rokov	11	23,9%
35 až 39 rokov	5	10,9%
40 až 44 rokov	4	8,7%
45 až 49 rokov	4	8,7%
nad 50 rokov	0	0,0%
Celkom	46	100,0%

Graf č. 4



Graf č. 5



V skupine HPO máme vekové zastúpenie od 19 do 49 rokov, najviac v intervale do 29 rokov (47,8 %).

2b. Vek – kontrolná skupina

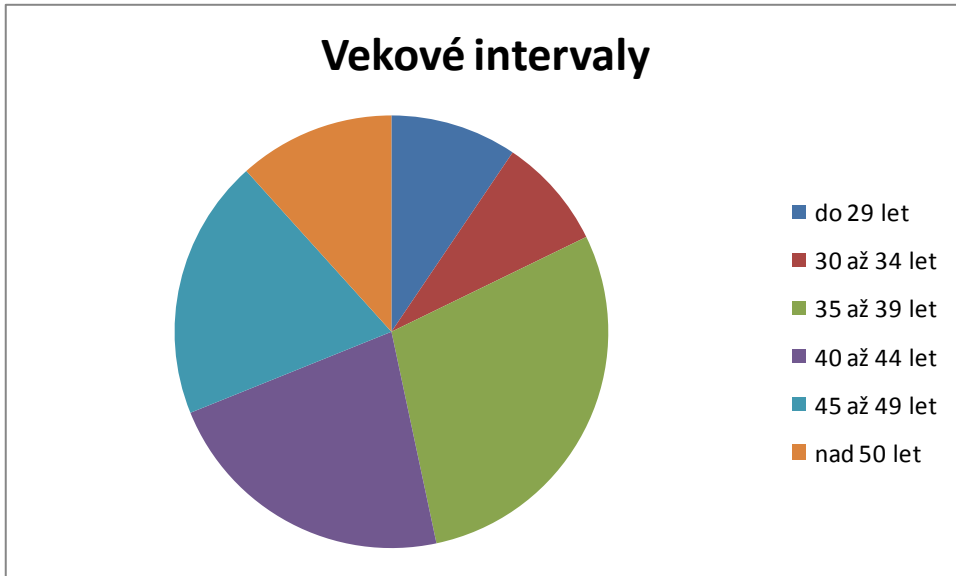
Tabuľka č. 6

Vek	Hodnota
Priemer	40,55
Medián	40,00
Smerodatná odchýlka	8,43
Minimum	19
Maximum	63

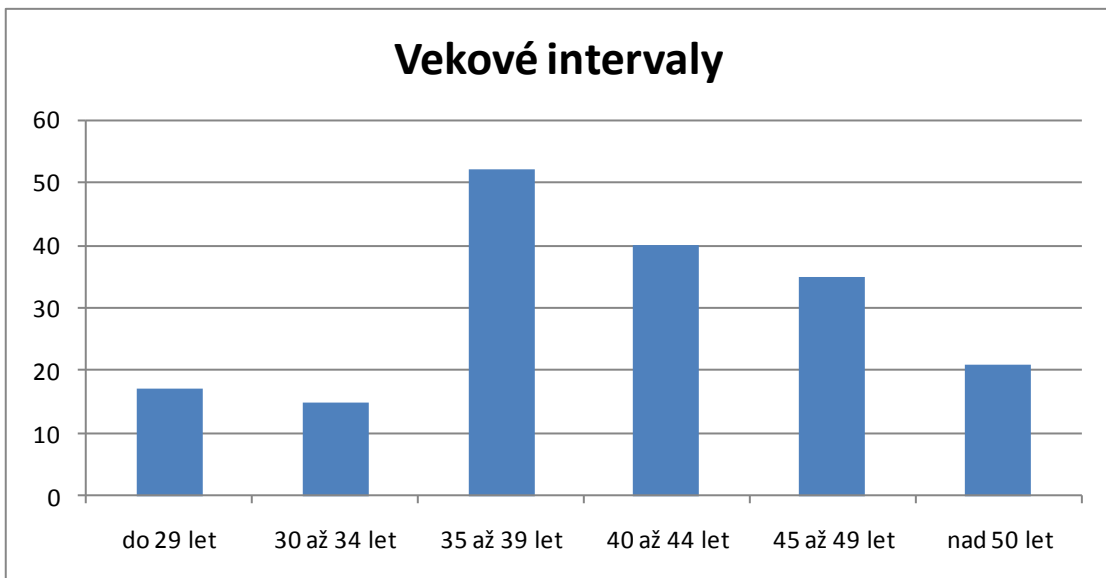
Tabuľka č. 7

Intervaly	Počet	Podiel
do 29 let	17	9,4%
30 až 34 let	15	8,3%
35 až 39 let	52	28,9%
40 až 44 let	40	22,2%
45 až 49 let	35	19,4%
nad 50 let	21	11,7%
Celkom	180	100,0%

Graf č. 7



Graf č. 8



V skupine KS máme vekové zastúpenie od 19 do 63 rokov, najviac v intervale do 35 - 39 rokov (28,9 %).

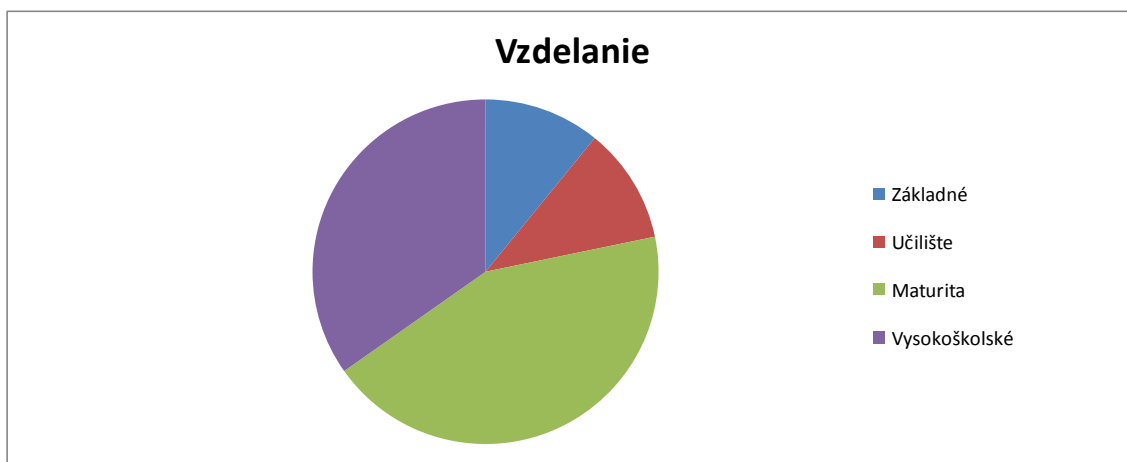
3. Vzdelanie

3a. Vzdelanie – HPO

Tabuľka č. 8

Vzdelanie	Počet	Podiel
Základné	5	10,9%
Učilište	5	10,9%
Maturita	20	43,5%
Vysokoškolské	16	34,8%
Celkom	46	100,0%

Graf č. 9



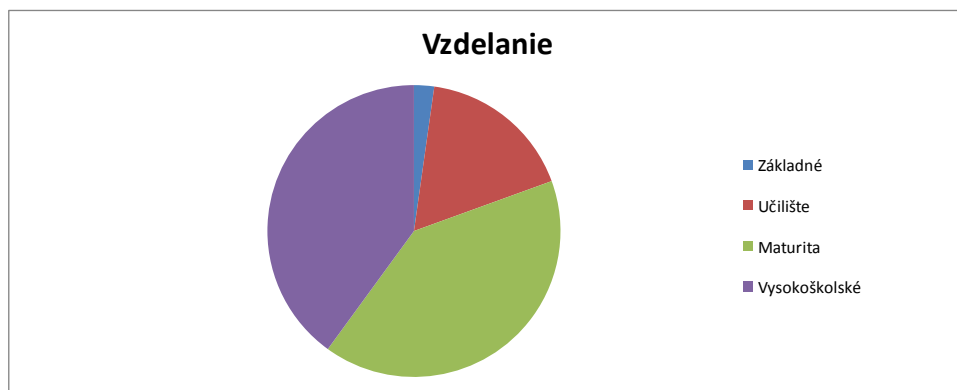
V skupine HPO máme vzdelanie základné, stredné odborné, s maturitou a vysokoškolské. Najviac respondentov má vzdelanie ukončené maturitou (43,5 %) a najmenej respondentov má vzdelanie základné (10,9%) a učilište (10,9%).

3b. Vzdelanie – kontrolná skupina

Tabuľka č. 9

Vzdelanie	Počet	Podiel
Základné	4	2,2%
Učilište	31	17,2%
Maturita	73	40,6%
Vysokoškolské	72	40,0%
Celkom	180	100,0%

Graf č. 10



V skupine KS máme vzdelanie základné, stredné odborné, s maturitou a vysokoškolské. Najviac respondentov má vzdelanie ukončené maturitou (40,6 %) a najmenej respondentov má vzdelanie základné (2,2 %).

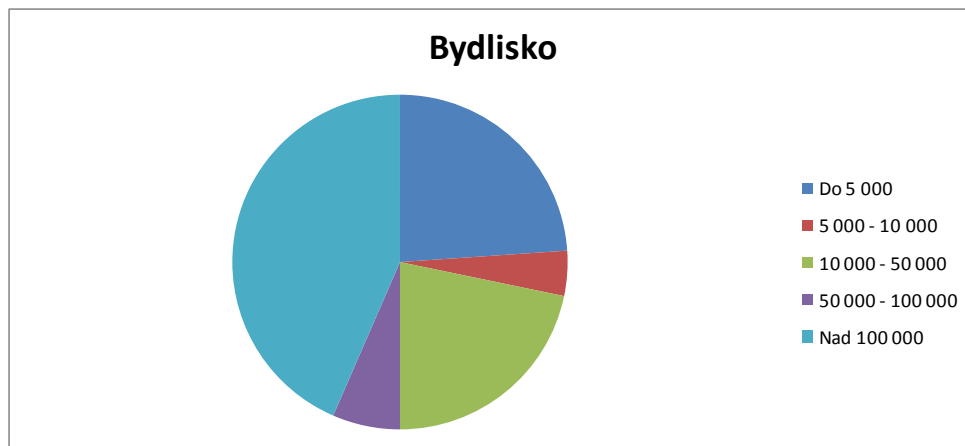
4. Bydlisko

4a. Bydlisko – HPO

Tabuľka č. 10

Bydlisko	Počet	Podiel
Do 5 000	11	23,9%
5 000 - 10 000	2	4,3%
10 000 - 50 000	10	21,7%
50 000 - 100 000	3	6,5%
Nad 100 000	20	43,5%
Celkem	46	100,0%

Graf č. 11



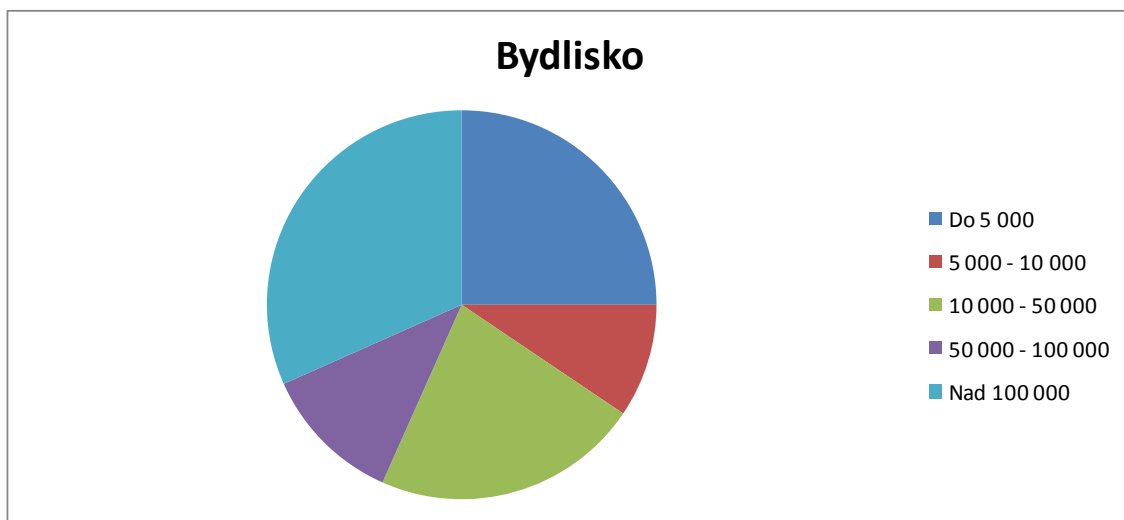
V skupine HPO máme najviac respondentov s bydliskom s počtom obyvateľov nad 100 000 (43,5 %) a najmenej respondentov s bydliskom s počtom obyvateľov od 5 – 10 000 (4,3 %).

4b. Bydlisko – kontrolná skupina

Tabuľka č. 11

Bydlisko	Počet	Podiel
Do 5 000	45	25,0%
5 000 - 10 000	17	9,4%
10 000 - 50 000	40	22,2%
50 000 - 100 000	21	11,7%
Nad 100 000	57	31,7%
Celkom	180	100,0%

Graf č. 12



V skupine KS máme najviac respondentov s bydliskom s počtom obyvateľov od 10 000 – 50 000 (22,2 %) a najmenej respondentov s bydliskom s počtom obyvateľov od 5 – 10 000 (9,4 %).

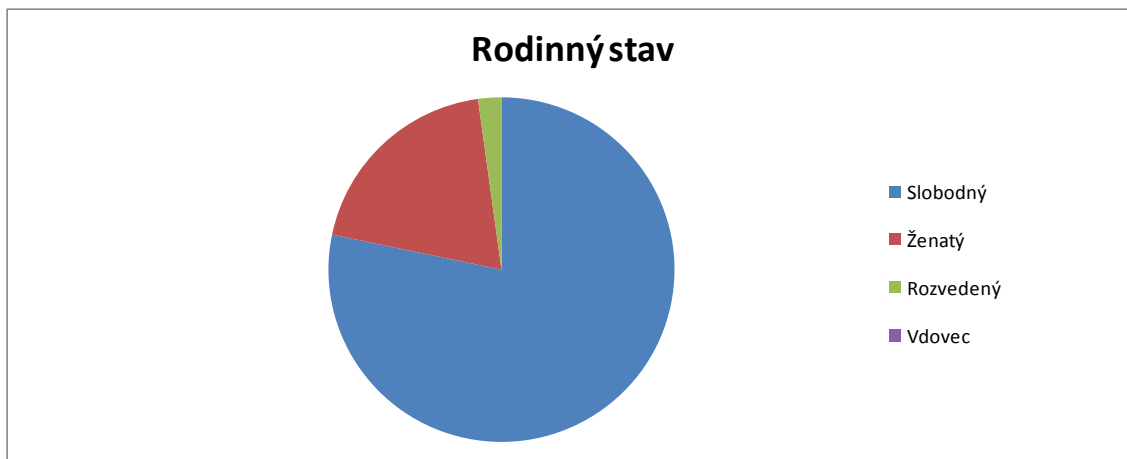
5. Rodinný stav

5a. Rodinný stav – HPO

Tabuľka č. 12

Rodinný stav	Počet	Podiel
Slobodný	36	78,3%
Ženatý	9	19,6%
Rozvedený	1	2,2%
Vdovec	0	0,0%
Celkom	46	100,0%

Graf č. 13



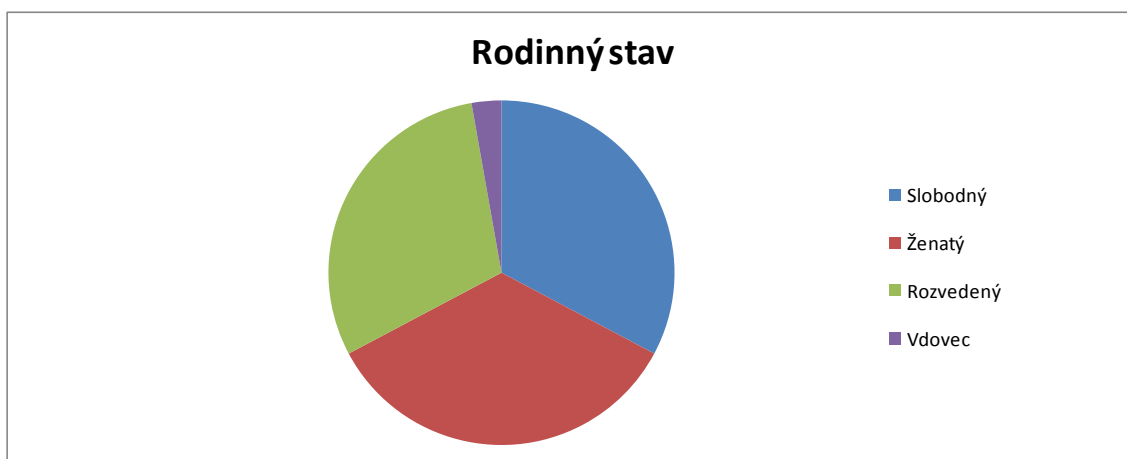
V skupine HPO máme najviac slobodných respondentov (78,3 %) a najmenej respondentov vdovcov (0,0 %).

5b. Rodinný stav – kontrolná skupina

Tabuľka č. 14

Rodinný stav	Počet	Podiel
Slobodný	59	32,8%
Ženatý	62	34,4%
Rozvedený	54	30,0%
Vdovec	5	2,8%
Celkom	180	100,0%

Graf č.15



V skupine KS máme najviac ženatých respondentov (34,4 %) a najmenej respondentov vdovcov (2,8 %).

6. Vlastné deti

6a. Vlastné deti – HPO

Tabuľka č. 15

Vlastné deti	Počet	Podiel
Áno	17	37,0%
Nie	29	63,0%
Celkom	46	100,0%

Graf č. 16



V skupine HPO máme viac bezdetných respondentov (63,0 %) a menej respondentov s vlastnými deťmi (37,0 %).

6b. Vlastné deti – kontrolná skupina

Tabuľka č. 16

Vlastné deti	Počet	Podiel
Áno	135	75,0%
Nie	45	25,0%
Celkom	180	100,0%

Graf č. 17



V skupine KS máme viac respondentov s vlastnými deťmi (75,0 %) a menej bezdetných respondentov (15,0 %).

11 Použité metódy

11.1 Popis metód

Dotazníková batéria bežnej populácii bola administrovaná online a klinickej populácii online v kombinácii s metódou pero-papier s následným prepisom dát do MS Office Excel.

Predchádzala jej úvodná časť, v ktorej respondenti vyplňovali demografické údaje – vek, pohlavie, dosiahnuté vzdelanie, rodinný stav, deti a na veľkosť rezidencie podľa počtu obyvateľov.

Po úvodnej časti nasledovala dotazníková batéria, ktorá je zložená z dvoch metód – dotazníkov: (1) Test tendencie k prežívaniu hanby (TOSCA-3S-CZ) a (2) Škála súcitu so sebou (SCS-CZ), ktorá meria súcitu so sebou.

11.1.1 Test tendencie k prežívaniu hanby (TOSCA-3S-CZ)

Prvá škála použitá v dotazníkovej batérii bola *TOSCA-3S-CZ* - česká adaptácia dotazníku *TOSCA 3 (Test of self-conscious affect-3; Tangney & Dearing, 2002)*. Pôvodná verzia (*TOSCA-3*) obsahuje 16 scenárov či hypotetických situácií, z toho 11

negatívnych a 5 pozitívnych, s ktorými by sa mohli respondenti v živote bežne stretnúť. U každého scenára majú respondenti k dispozícii niekoľko možných reakcií na tieto potencionálne situácie. Respondenti sa u každej situácii rozhodujú o pravdepodobnosti či naopak nepravdepodobnosti, že by v predloženej situácii zareagovali popísaným spôsobom. Každú reakciu hodnotia na 5 bodovej škále pravdepodobnosti (1 = úplne nepravdepodobné, 2 = skôr nepravdepodobné, 3 = ani pravdepodobné ani nepravdepodobné, 4 = skôr pravdepodobné, 5 = veľmi pravdepodobné). Táto metóda zisťuje osobnostné rysy – tendenciu k prežívaniu viny, tendenciu k prežívaniu hanby, externalizáciu (obviňovanie druhých či situácie), odstup a ľahostajnosť a dva druhy pýchy (Tangney & Dearing, 2002, citujem podľa Horková, 2015). Číslica 3 za názvom TOSCA naznačuje, že sa jedná už o tretiu verziu tohto dotazníku. Jej prvá verzia TOSCA (Tangney, Wagner & Gramzow, 1989) sa tiež skladá zo série krátkych scenárov (10 negatívnych a 5 pozitívnych) a súvisiacich odpovedí, ktoré prinášajú indexy hanby, viny, externalizácie, oddelenia / neznášanlivosti, alfa hrdosti a beta pýchy. Tento úplne nový súbor scenárov bol čerpaný z písomných záznamov o osobnej hanbe, vine a pýche skupiny niekoľkých stoviek vysokoškolských študentov a dospelých, ktorí nežili na internáte. Položky dotazníku sú tak vhodné pre dospelých jedincov všetkých vekových skupín, nielen špecificky pre vysokoškolských študentov (citujem podľa Tangney et al., 1992). Skrátená verzia dotazníku TOSCA-3 obsahuje len 11 negatívnych scenárov. V tomto dotazníku sa vylúčili pozitívne scénare. Škály k meraniu hanby a viny skrátenej verzie plne korelujú s úplnou 16 položkovou verziou (Tangney & Dearing, 2002).

Pre potreby tohto výskumu bola použitá česká adaptácia skrátenej verzie TOSCA-3S-CZ (Dvořáková, 2013).

11.1.2 Škála súcitu so sebou (SCS-CZ)

Ďalšou škálou použitou v dotazníkovej batérii bola česká verzia *Self-Compassion Scale*: (SCS, Neff, 2003b; česká adaptácia Benda a Reichová, 2016). Pôvodná anglická verzia Neffovej slúži ako psychometrický nástroj k zisťovaniu miery súcitu a zároveň je to prostriedok pre empirické skúmanie vzťahu súcitu so sebou s inými psychologickými javmi. Jedná sa o 26-položkovú sebaopisovú škálu, ktorá v súčasnej dobe patrí

k najviac využívanému nástroju merania súcitu so sebou v zahraničí. Tvoria ju tri páry protichodných subškál – kladné a záporné formy vzťahovania sa k sebe (Reichová, 2016). Dotazníkové položky zahrnuté pod jednotlivé zložky súcitu so sebou sa prekrývajú aj s jeho tromi základnými subškálami – láskavosťou k sebe, spolupatričnosťou a všímavosťou, ktoré sú pozitívnymi aspektmi súcitu so sebou. Negatívne aspekty súcitu so sebou - sebaodsuzovanie, izolácia a prílišné stotožnenie. Pozitívne aspekty sú vyjadrené tvrdeniami akou je napríklad položka č. 5: Keď prežívam emočnú bolesť, snažím sa byť k sebe láskavý / á. Negatívne aspekty sú vyjadrené napríklad položkou č. 6: Keď zlyhám v niečom, čo je pre mňa dôležité, zahltia ma pocity vlastnej nedostatočnosti. Interkorelácia medzi uvedenými faktormi vysvetľuje prítomnosť nadradeného faktoru – súcitu se sebou. Respondenti hodnotia ako sa cítia daným spôsobom na päť bodovej Likertovej stupnici (1 = takmer nikdy, 2 = málokedy, 3 = niekedy, 4 = často, 5 = veľmi často, takmer vždy). Výsledky dotazníku informujú o zastúpení všetkých šiestich faktorov u daného respondenta, ktoré sa zisťujú súčtom bodov v jednotlivých subškálach. Celková miera súcitu k sebe sa zistí súčtom všetkých bodov súcitného a nesúcitného spôsobu vzťahovania sa k sebe. Dotazník Neffovej má vysokú mieru vnútornej konzistencie $\alpha=0,92$ a test-retest reliabilitu $rtt=0,93$ (Neff, 2003b; Reichová, 2016).

Pre účely výskumu tejto diplomovej práce bola použitá česká verzia SCS-CZ, ktorú preložil do českého jazyka Benda v roku 2015 (Benda & Reichová, 2016; Reichová, 2016). Benda a Reichová (2016) s ohľadom na faktorovú štruktúru dotazníku navrhli v českej verzii 6 položiek vylúčiť a používať 20 položkovú verziu (pri výpočte celkového skóru sa vynechávajú položky 3, 9, 15, 21, 22 a 28).

12 Deskriptívne charakteristiky

12. 1 Deskriptívne charakteristiky škály Súcitu so sebou

Pre zistenie normálneho rozloženia Škály súcitu so sebou u oboch výskumných vzoriek sme použili Kolmogorov-Smirnovov test. Rozloženie škály bolo normálne u vzorky klientov s hraničnou poruchou osobnosti ($p > 0,05$) i u kontrolnej vzorky ($p > 0,01$). Pri práci so škálou teda môžeme použiť parametrické metódy pre obe výskumné skupiny. Výsledky K-Stestu ukazuje tabuľka č. 23.

Tabuľka č. 23 – *Test normality SCS-CZ*

Výskumný vzorek	Statistika	df	Hladina významnosti
HPO	0,110	46	0,200
KS	0,069	180	0,035

12. 2 Deskriptívne charakteristiky subškály tendencie k prežívaniu hanby TOSCA-3S-S

Pre zistenie normálneho rozloženia subškály tendencií k prežívaniu hanby dotazníku TOSCA-3S-S u oboch výskumných vzoriek sme takisto použili Kolmogorov-Smirnovov test. Rozloženie škály bolo normálne u vzorky klientov s hraničnou poruchou osobnosti ($p > 0,05$) i u kontrolnej vzorky ($p > 0,05$). Pri práci so škálou teda môžeme použiť parametrické metódy pre obe výskumné skupiny. Výsledky K-S testu ukazuje v tabuľka č. 23.

Tabuľka č. 23 – *Test normality TOSCA-3S-S*

Výskumný vzorek	Statistika	df	Hladina významnosti
HPO	0,125	46	0,070
KS	0,055	180	0,200

13 Analytická štatistika

Táto kapitola prezentuje výstupy výskumu a štatistického zpracovania dát. Súčasťou výsledkov je porovnanie dosiahnutých skórov v dotazníku SCS-CZ a subškály *Tendencie k prežívaniu hanby* v TOSCA-3-CZ medzi skupinami klientov s HPO (HPO) a „zdravou“ populáciou (KS).

Použité testy: t-test (oboustranné i jednostranné), korelačná analýza

Hladina významnosti alfa zvolená: 0,05

Použitý software: MS Word, MS Excel, Statgraphics Plus

13.1 Súcit so sebou – HPO x KS

Popisná štatistika

Tabulka č. 23 – Súcit so sebou

Súbor	Počet	Priemer	Medián	Smerodatná odchýlka	Min	Max
HPO	46	39,26	37,0	10,19	20,0	68,0
KS	180	64,31	63,0	11,11	36,0	91,0

Formulácia štatistických hypotéz:

H_0 : Medzi skupinou s hraničnou poruchou osobnosti (HPO) a kontrolnou skupinou „zdravých“ dospelých (KS) nie je štatisticky významný rozdiel v miere súcitu so sebou.

H_1 : Miera súcitu so sebou je štatisticky významne nižšia v skupine s hraničnou poruchou osobnosti (HPO) oproti kontrolnej skupine „zdravých“ dospelých (KS).

Výsledok:

$$t = -13,87$$

$$p = 0,0000$$

Záver: Na hladine významnosti $\alpha = 0,05$ zamietame nulovú hypotézu o tom, že miera súcitu so sebou nesúvisí s hraničnou poruchou osobnosti.

13. 1. 1 Hanba – HPO x KS

Popisná štatistika

Tabulka č. 24 – Hanba

Súbor	Počet	Priemer	Medián	Smerodatná odchýlka	Min	Max
HPO	46	40,54	43,0	9,41	16,0	54,0
KS	180	28,26	28,0	8,02	12,0	47,0

Formulácia štatistických hypotéz:

H₀: Medzi skupinou dospelých s hraničnou poruchou osobnosti (HPO) a kontrolnou skupinou „zdravých“ dospelých (KS) nie je štatisticky významný rozdiel v tendencii k prežívaniu hanby.

H₂: Tendencia k prežívaniu hanby je štatisticky významne vyššia v skupine dospelých s hraničnou poruchou osobnosti (HPO) oproti kontrolnej skupine „zdravých“ dospelých (KS).

Výsledok:

$$t = 8,94$$

$$p = 0,0000$$

Záver: Na hladine významnosti $\alpha = 0,05$ zamietame nulovú hypotézu o tom, že miera hanby nesúvisí s hraničnou poruchou osobnosti.

13. 1. 2 Korelácia hanby a súcitu so sebou

Formulácia štatistických hypotéz:

H₀: Miera súcitu so sebou nesúvisí s mierou hanby.

H₃: Miera súcitu so sebou má negatívnu súvislosť s mierou hanby.

Výsledok:

$$r = -0,6347$$

$$p = 0,0000$$

Záver: Na hladine významnosti $\alpha = 0,05$ zamietame nulovú hypotézu o tom, že miera súcitu nesúvisí s mierou hanby.

14 Závěry výskumu

Empirická časť tejto diplomovej práce mala za cieľ poukázať na fenomén privácie súcitu so sebou u jedincov s hraničnou poruchou osobnosti. Na základe štatistických výsledkov je možné potvrdiť predom stanovené hypotézy (viď kapitola 8.2.). Prvá hypotéza H1, že skupina klientov s hraničnou poruchou osobnosti bude vykazovať štatisticky významne nižšiu mieru súcitu so sebou než kontrolná skupina „zdravých dospelých“, sa potvrdila. Na hladine významnosti $\alpha = 0,05$ zamietame nulovú hypotézu o tom, že miera súcitu so sebou nesúvisí s hraničnou poruchou osobnosti. Ďalším cieľom bolo poukázať na zvýšenú tendenciu k prežívaniu hanby u jedincov s HPO, ktorá je polaritou súcitu so sebou, oproti kontrolnej skupine „zdravých dospelých“. Druhá hypotéza H2 znela: Skupina klientov s hraničnou poruchou osobnosti bude vykazovať štatisticky významne vyššiu mieru tendencie k prežívaniu hanby než kontrolná skupina „zdravých dospelých“. Na hladine významnosti $\alpha = 0,05$ zamietame nulovú hypotézu o tom, že miera hanby nesúvisí s hraničnou poruchou osobnosti. Tretia hypotéza H3 znela: Čím nižšia je miera súcitu so sebou, tým vyššia je miera tendencie k prežívaniu hanby u oboch skupín. Bolo potvrdené, že miera súcitu so sebou negatívnu koreluje s mierou hanby. Na hladine významnosti $\alpha = 0,05$ zamietame nulovú hypotézu o tom, že miera súcitu nesúvisí s mierou hanby. Závěry výskumu sú tak v zhode s uvedenými štúdiami na toto téma.

Deskriptívna štatistika oboch súborov ukazuje na problematiku výsledkov výskumu. Vekový priemer HPO je 30,89 a vekový priemer KS 40,55. Kontrolná skupina má napríklad väčší podiel vysokoškolákov (40 %), v KS je vysokoškolákov 34,8 %. V skupine HPO máme najviac respondentov s bydliskom s počtom obyvateľov nad 100 000 (43,5 %) a v KS najviac respondentov s bydliskom s počtom obyvateľov od 10 000 – 50 000 (22,2 %). V skupine HPO máme najviac slobodných respondentov (78,3 %) žiadnych vdovcov. V skupine KS máme najviac ženatých respondentov (34,4 %) a vdovcov (2,8 %). V skupine HPO máme viac bezdetných respondentov (63,0 %) a menej respondentov s vlastnými deťmi (37,0 %). V skupine KS máme viac

respondentov s vlastnými deťmi (75,0 %) a menej bezdetných respondentov (15,0 %).

Rozdielne výsledky v dotazníkoch tak môžu jedinci zo skupiny HPO dosahovať nielen preto, že majú poruchu osobnosti, ale tiež čiastočne preto, že sú mladší atd. Tieto faktory tiež môžu ovplyvňovať výsledné rozdiely medzi skupinami.

15 Limity práce

Limity empirickej časti sú v tom, že sa jednalo o malú vzorku jedincov s HPO. Vo výskume sa jednalo o pilotné overenie predpokladov vychádzajúc z doterajších výskumov, a to nájsť štatisticky významný rozdiel v miere súcitu so sebou a v tendencii k prežívaniu hanby medzi neklinickou a klinickou populáciou s HPO. Hlavným limitom tejto štúdie je použitie sebaopisujúcich dotazníkov, pri ktorých môže dochádzať ku skresleniu dát. Dotazníky administrované prostredníctvom internetu tiež nezaručujú objektivitu a môže dochádzať takisto ku skresleniu dát. V budúcich výskumoch by bolo vhodné doplniť kvantitatívne metódy kvalitatívnymi.

Čo sa týka limitov teoretickej časti, vzhľadom k rozsahu práce boli vybrané len niektoré aspekty jednak terapeutických komunit a jednak metód sociálnej práce. Práca sa nevenovala napríklad nemenej dôležitej súčasť terapeutických komunit, a to terapeutickému tímu a s ním spojených používaných metód sociálnej práce, akými sú supervízia – klientská, tímová, individuálna; porady tímu; nebola zmienená úloha peer konsultantov („ex-klientov) v tíme; ďalej napr. výjazdy tímu za účelom edukácie pracovníkov či tvorby štandardov; práca s komunitou a vyhľadávanie komunitných zdrojov atd. Práca sa nezaoberala podrobne ani históriou, programom, štruktúrou, rolami klientov, pracovníkov, pravidlami v terapeutickej komunite, aj keď boli okrajovo v práci zmienené.

16 Diskusia

Cieľom teoretickej časti tejto diplomovej práce bolo predstavenie problematiky hraničnej poruchy osobnosti s cieľom poukázať na doterajšie poznatky ohľadne symptomatológie HPO a na súčasné možnosti pomoci jedincom ňou trpiacich. Cieľom v rámci študovaného oboru bolo predovšetkým pozrieť sa na terapeutickú komunitu vo svetle sociálnej práce, poukázať na ňu ako na sociálnu službu a tiež na rozmanitosť metód sociálnej práce v nej využívaných a poskytovaných klientom, so zameraním sa predovšetkým na psychosociálnu rehabilitáciu. V závere teoretickej časti boli predstavené špecifické psychosociálne intervencie pre cieľovú skupinu HPO a bol predstavený nový koncept súcitu so sebou, ktorý by mohol byť v budúcnosti aplikovaný do psychosociálnych intervencií pri práci s touto populáciou.

V rámci teoretickej časti tak bolo poukázané na to, že jedinci s HPO sú najviac stigmatizovanou populáciou s duševným ochorením, čo sa týka poskytovania služieb zdravotníckeho systému či možnosti využitia psychosociálnych intervencií (Brodsky, & Stanley, 2006, Wehbe-Alamah & Wolgamott, 2014). U nás sú pre nich dostupné veľmi obmedzené možnosti psychoterapie (Grambal et al., 2017). V českom prostredí existuje len jediná terapeutická komunita, ktorá sa špecializuje na prácu s nimi, a preto k nej klienti majú obmedzený prístup (*Terapeutická komunita Kaleidoskop*, n.d.). Odborná verejnosť sa tejto klientele vyhýba alebo k nej pristupuje s odstupom a negatívnymi súdmi či dešpektom. To všetko spôsobuje, že klienti po predchádzajúcich skúsenostiach s poskytovateľmi služieb radšej nevyhľadávajú pomoc a sociálne sa izolujú (Aviram, Brodsky & Stanley 2006; Kreisman & Straus, 2017). Stigmatizujúce postoje sa navyše stávajú súčasťou ich jadrovej identity (Grambal et al., 2017). Tieto skutočnosti v kombinácii širokospektrálnych symptómov spojených s HPO, ktorými jedinci ňou stihnutí trpia, a spôsobujú im nemalé duševné utrpenie, vedú k tomu, že sú skupinou sociálne vylúčenou a marginalizovanou (Kreisman & Straus, 2017). Dôsledkom týchto faktorov je, že sú v našej spoločnosti diskriminovaní v oblastiach práce, vzdelávania, bývania, poskytovania pomoci či spoločenskej participácie. Klienti s HPO tak majú problémy so sociálnym zlyhávaním vo všetkých oblastiach svojho každodenného života (Grambal et al., 2017).

Na základe týchto faktov a súčasných odborných poznatkov o symptomatológii HPO odborníci, ktorí sa ich problematike venujú, dospeli k záveru, že jedinci trpiaci HPO potrebujú dlhodobý a komplexný liečebný program s využitím farmakoterapie,

psychoterapie, komunitnej starostlivosti, psychosociálnej rehabilitácie a následnej resocializácie (Praško & Pěč, 2014). Tieto názory či doporučená odbornou verejnou narážajú na diskrimináciu v systéme financovania služieb štátom, kde prioritou finančného rozpočtu zostávajú i naďalej psychiatrické liečebne a služby, naproti ktorým sú komunitné služby chápané ako komplementárne, doplnkové služby a spadajú viacej menej do neziskového sektoru (Paleček, 2006).

Pracovníci služieb komunitného typu sú pri práci s populáciou s HPO vystavení vysokým nárokom v perspektíve požiadaviek na ich kvality, ktoré vyžadujú neustálu prácu na vlastnou osobnostnom raste a na spracovaní vlastných tráum (Grambal et al., 2017). V kontakte s klientmi s HPO sú vystavení v podstate najväčšiemu riziku syndrómu vyhorenia v porovnaní s prácou s klientmi s iným duševným handicapom (Grambal et al., 2017). Nízke finančné ohodnotenie v neziskovom sektore, kedy sa často pracovníkom stáva to, že po nepridelení dostatočných grantov, o ktoré sa musí každý rok žiadať, sa ocitnú niekedy aj pár mesiacov bez finančného ohodnotenia, vedie často k tomu, že sú títo, aj keď angažovaní pracovníci, nútení odísť za stabilnejšou pracovnou pozíciou. Následkom toho je častá fluktuácia v pomáhajúcich profesiách, čo obzvlášť klientom s HPO neprospieva, pretože je pre nich na ceste k zotaveniu celkom zásadná stálosť objektu v podobe jedného individuálneho kľúčového pracovníka a stabilného terapeutického tímu.

Pre klientov s HPO sa javí nádejnou variáciou odborníkmi doporučeného komplexného prístupu dlhodobý štruktúrovaný pobyt v terapeutickom komunitnom prostredí (Praško & Pěč, 2014). Fenomenologicky je terapeutická komunita dôležitá v tom, že klientom, ktorí často nemali vo svojom doterajšom živote bezpečné zázemie, namiesto častých a opakovaných pobytov v psychiatrických liečebniach, na ulici, či v rôznych patologických subkultúrach, poskytuje dlhodobé miesto – bezpečné prostredie, zázemie, či prístav, ktorý im supluje náhradnú rodinu (Kalina, 2011).

Na existenciál miesta nadväzuje ďalší dôležitý fenomén v rámci terapeutických komunit, a tým je spoločenstvo. Klienti s HPO niekedy práve v terapeutickom komunitnom prostredí prvýkrát zažívajú pocit, že v „tom“ nie sú sami, že aj iní trpia rovnako, ako oni. To ich privádza k presunu fokusu od seba k druhým a zvyšuje sa u nich spoluzodpovednosť za členov komunity a skupinové dianie. Pociťujú altruizmus smerom ku spolutrpiacim komunitným členom. Začnú si všímať ako ich vlastné chovanie ovplyvňuje ostatných a dochádza tak k náhľadu na seba a k sebazpoznaniu (Kalina, 2011).

V rámci poskytovania rozmanitých sociálnych služieb či metód v terapeutickej komunite pre klientov s hraničnou poruchou osobnosti sa veľmi úspešnými javia psychosociálne intervencie na bázi dialekticko behaviorálneho prístupu (Linehan, 2014, 2015). Dnes je už vedecky dokázané, že táto forma intervencií má pozitívny dopad na zníženie intenzity rozsiahlej symptomatológie hraničnej poruchy osobnosti (napr. Lynch et al., 2006; Martin et al., 2016; Ward-Ciesielski et al., 2016). Využitím konceptu všímavosti vyňatého z budhistickej meditačnej praxe a filozofie dochádza u klientov k vyššej miere akceptácie ich vnútorného sveta a seba sama. Klienti sa dostávajú do bezprostrednejšieho kontaktu so svojím telom, od ktorého sú často vplyvom prežitých tráum (napr. sexuálneho zneužívania primárnymi osobami v rannom detstve) celkom odpojení. Učia sa neposudzovať vlastné myšlienky a emócie a po malých krôčikoch sa dostávajú s nimi do kontaktu a dokážať ich len pozorovať. Vytvára sa tak u nich akceptujúci postoj, ktorý vedie až k sebaakceptácii, k prijatiu seba samých takými, akí sú (napr. Nicastro, R., Jermann, F., Bondolfi, G. & McQuillan, 2010).

Vedecká diskusia sa v posledných rokoch stáča okolo nového konceptu súcitu so sebou (napr. Benda et al., 2018; Feliu-Soler et al., 2017; Krawitz, 2012; Scheibner et al., 2017; Warren, 2015) a jeho využitií a aplikácií v psychosociálnych intervenciách s populáciou HPO. Mnoho štúdií už preukázalo, že klienti s HPO majú problémy s praktikovaním všímavosti, napríklad vo venovaní pozornosti (všímaní si) vlastných telesných pocitov a emócií. S implikáciou nácviku schopnosti všímavosti do intervencií s populáciou HPO sa zistilo, že ich vplyvom dochádza k zlepšeniu symptómov, hlavne čo sa týka emočnej dysregulácie. Existuje predpoklad, že vzťah medzi praktikovaním všímavosti a zlepšením príznakov HPO sprostredkováva práve súcit so sebou, ktorý je výsledkom praktikovania všímavosti (Schreibner et al., 2017).

Súcit so sebou je uznaný ako pojem, ktorý označuje láskavý postoj k sebe tvárou tvár krízam, ktorý akceptuje emócie bez prílišnej identifikácie sa s nimi a vidí nedokonalosť ako súčasť človeka (Neff, 2003a). Súcit so sebou pozitívne koreluje s dobrou duševnou pohodou a naopak negatívne koreluje s psychopatológiou (vid' napr. Barnard, L. K., & Curry, J. F. 2011, Neely, Schallert, Mohammed, Roberts, & Chen, 2009). O súcite so sebou sa tak dokonca diskutuje ako o novej adaptívnej stratégii emočnej regulácie (vid' in Feliu-Soler et al., 2016). Súcit so sebou by tak mohol jedincom s HPO napomôcť vybudovať si láskavý postoj k svojim emóciám a k sebe namiesto sebakriticizmu typického pre túto poruchu. Niektoré štúdie preukázali, že

intervencie, ktoré využívali iba koncept všímavosti neboli tak účinné ako tie, ktoré zahrňovali aj nácvik súcitu so sebou. Bolo zistené, že výsledkom priameho nácviku súcitu so sebou bolo zníženie úzkosti, hanby a viny a zvýšenie ochoty pociťovať smútok, hnev a blízkosť (Feliu-Soler et al., 2016).

V tejto súvislosti je však treba upozorniť na jednu skutočnosť, ktorú si uvedomovala už Linehanová (2014, 2015) pri tvorbe dialekticko behaviorálneho prístupu s využitím všímavosti. Jedinci s HPO nezvládajú vystavovať sa svojim negatívnym emóciám a myšlienkam na dlhú dobu. Odpojenie od tela a emócií je silným obranným mechanizmom, ktorý im dlhodobo slúžil ako forma prežitia počas dlhodobej traumatizácie. Preto sa v DBT v kontexte nácviku všímavosti jedná o veľmi krátke cvičenia a skôr o edukáciu a rozhovory, či diskusie na dané téma, než o priame praktikovanie meditácie všímavosti tak ako to prebieha v programoch pre neklinickú populáciu (Linehan, 2014, 2015). Takisto využívanie súcitu so sebou v intervenciách odhalilo, že v niektorých klientoch môže prebúdať veľmi negatívne pocity najčastejšie spojených so strachom, pochybnosťami, neistotou a prázdnotou, čo môže viesť až k odporu či k ukončeniu liečby zo strany klientov (Reichová, 2016). Takzvaný strach zo súcitu bol objavený u jedincov s vysokou hladinou sebakritickosti. Tu sa vynára predpoklad, že títo jedinci sú práve z tohto dôvodu rezistentní alebo málo reagujúci na empatické intervencie. Neschopnosť zažívať benefity súcitu tak môže spôsobovať ťažkosti v emočnej regulácii (Gilbert, McEwan, Matos & Rivis, 2011). Negatívne sebazvážne emócie, akými sú hanba a vina, ku ktorým sú jedinci s HPO náchyľnejší než je tomu u iných duševných porúch tak môžu zabrániť integrácii pozitívnych sociálnych spätných väzieb do ich vlastného sebakonceptu, pretože sa nezhoduje s ich súčasným negatívnym sebaopatím (Winter et al., 2017). Bolo zistené, že ľudia, ktorým chýba súcít so sebou mali pravdepodobne kritické matky, boli ako deti zneužívané, zanedbávané či týrané, čo naznačuje, že súcít so sebou je dôležitým faktorom psychickej odolnosti pre tých, ktorí hľadajú psychickú úľavu od tráum z minulosti (Germer & Neff, 2003). Rozvíjanie súcitu so sebou tak u týchto jedincov vyžaduje potrebu dlhodobejšej a subtilnej práce takým spôsobom, aby sa ním necítili ohrození a naopak, aby sa stal ich vnútornou a stabilnou oporou v krízach i mimo nich (Reichová, 2016). V tomto kontexte sa využívajú krátke cvičenia ako napríklad pozitívne životopisné obrazy, napísanie listu samému sebe z perspektívy imaginárneho súcitného priateľa a podobne (Scheibner et al., 2017). Podľa odborníkov by mohlo teplé objatie súcitu so sebou slúžiť ako obal emočnej bolesti, objatie, ktoré znižuje utrpenie a

zvyšuje duševnú pohodu, a ktoré by klientom umožňovalo zdravšie fungovanie v každodennom živote. Tí, čo pracujú s jedincami s HPO by tak mohli používať koncept súcitu so sebou pri kontakte s každodenne zakúšanými emóciami svojich klientov, akými sú hanba, vina a pocity bezvýznamnosti, ktoré vedú k impulzívnemu hnevu a sebapoškodzovaniu (Neff & Seppälä, 2016).

Psychosociálne intervencie sa často zameriavajú na zmiernenie negatívnych emočných stavov. Záujem o kultiváciu pozitívnych emočných stavov a kvalít predstavuje tak zásadnú zmenu. Jedným z konkrétnych cieľov psychosociálnych intervencií sa stáva rozvíjanie súcitu so sebou. Najnovšie štúdie v tomto smere preukázali, že špecifické kvality súcitu so sebou môžu byť zámerne kultivované v tréningovom programe. Tieto zistenia môžu mať dôležité dôsledky pre dobré duševné zdravie a pohodu (Jazaieri et al., 2013).

17 Záver

Vzhľadom k tomu, že výskum využitia súcitu so sebou v intervenciách a nácvikoch psychosociálnych zručností je celkom nový, budúce smery výskumu sú mnohopočetné. Táto diplomová práca by tak mala slúžiť ako malý príspevok a inšpirácia k novým možnostiam ako účinnejšie pracovať s problematikou klinických prejavov HPO. Jednou z týchto možností je práve zaradenie nácviku kvality súcitu so sebou do psychosociálnych intervencií pri práci s touto cieľovou skupinou, napríklad v rámci terapeutických komunit.

Zoznam literatúry

Aviram, R. B., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2006). Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harvard review of psychiatry*, 14(5), 249-256.

Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of general psychology*, 15(4), 289.

Benda, J. (2010). *Všímavost: Buddhistická revoluce v psychologii?* *Psychologie dnes*, 16(5), 48-50.

Benda, J. (2016). Laskavost k sobě a soucit se sebou v psychoterapii [Prezentace]. Olomouc, Lásky ve 21. století - 13. celostátní konference ČASP. [online], [Cit. 13.6.2018]. Dostupné z: <http://www.slideshare.net/janbenda1/laskavost-k-sob-a-souc-it-se-sebou-v-psychoterapii>

Benda, J., Kadlečík, P., & Loskotová, M. (v tisku). Differences in self-compassion and shame in patients with anxiety disorders, patients with depressive disorders and healthy controls. *Československá psychologie*.

Benda, J., Kořínek, D., Kadlečík, P., Loskotová, M., Vyhnánek, A. & Nemlahova, T. (2018). Self-compassion and shame-proneness in four different mental disorders: Comparison with healthy controls (Poster). International Conference on Mindfulness, 10.-13. 7., Amsterdam.[online], [Cit. 13.7.2018]. Dostupné z: http://www.psychoterapeut.net/downloads/benda_et_al_2018_icm.pdf

Benda, J., & Reichová, A. (2016). Psychometrické charakteristiky české verze Self-Compassion Scale (SCS-CZ). *Československá psychologie*, 60(2), 120-136.

Bornovalova, M. A., Gratz, K. L., Daughters, S. B., Nick, B., Delany-Brumsey, A., Lynch, T. R., ... & Lejuez, C. W. (2008). A multimodal assessment of the relationship between emotion dysregulation and borderline personality disorder among inner-city substance users in residential treatment. *Journal of Psychiatric Research*, 42(9), 717-726.

Brown, M. Z., Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A., & Chapman, A. L. (2009). Shame as a prospective predictor of self-inflicted injury in borderline personality disorder: A multi-modal analysis. *Behaviour research and therapy*, 47(10), 815-822.

Bstan-'dzin-rgya-mtsho XIV. (2003). *Síla soucítění: sbírka přednášek Jeho Svatosti XIV. dalajlamy*. Praha: Pragma.

Carmel, A., Fruzzetti, A. E., & Rose, M. L. (2014). Dialectical behavior therapy training to reduce clinical burnout in a public behavioral health system. *Community mental health journal*, 50(1), 25-30.

Costa, J., Marôco, J., Pinto-Gouveia, J., Ferreira, C., & Castilho, P. (2016). Validation of the psychometric properties of the Self-Compassion Scale. Testing the factorial validity and factorial invariance of the measure among borderline personality disorder, anxiety disorder, eating disorder and general populations. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(5), 460-468.

Crowe, M. (2004). Never good enough—part 1: shame or borderline personality disorder?. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(3), 327-334.

Didonna, F. (2009). Introduction: Where new and old paths to dealing with suffering meet. In *Clinical handbook of mindfulness* (pp. 1-14). Springer New York.

Dvořáková, P. (2013). *Tendence k prožívání studu a tendence k prožívání viny jako moderátory vztahu mezi interpersonální závislostí a vyhledáváním sociální opory* (nepublikovaná bakalářská práce). Masarykova univerzita, Brno.

Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Elices, M., Martín-Blanco, A., Carmona, C., Cebolla, A., ... & Soler, J. (2017). Fostering self-compassion and loving-kindness in patients with borderline personality disorder: a randomized pilot study. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(1), 278-286.

Mátel A., Kovaľová M., & Galbavý R. (2014). Možnosti využitia case managementu/care managementu v sociálnych službách v procese ich deinštitucionalizácie. *ekonomika a řízení ve zdravotních a sociálních službách*, 31.

Germer, C. K., & Neff, K. D. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of clinical psychology, 69*(8), 856-867.

Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice, 13*(6), 353-379.

Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Rivis, A. (2011). Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy: Theory, research and practice, 84*(3), 239-255.

Goodman, M., Carpenter, D., Tang, C. Y., Goldstein, K. E., Avedon, J., Fernandez, N., ... & Siever, L. J. (2014). Dialectical behavior therapy alters emotion regulation and amygdala activity in patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research, 57*, 108-116.

Grambal, A., Praško, J., & Kasalová, P. (2017). *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Praha: Grada Publishing.

Gratz, K. L., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T., Lejuez, C. W., & Gunderson, J. G. (2010). An experimental investigation of emotional reactivity and delayed emotional recovery in borderline personality disorder: The role of shame. *Comprehensive psychiatry, 51*(3), 275-285.

Gulová, L. (2011). *Sociální práce: pro pedagogické obory*. Praha: Grada.

Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., ... & Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry, 69*(4), 533.

Hartl, P. (2004). *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál.

Hejzlar, M. P. Case management v práci s duševně nemocnými. n.d.

Hejzlar, P. (2009). Sociální rehabilitace duševně nemocných v současných podmínkách. *Na cestě ke komunitní psychiatrii...*, 120.

Hofmann, S. G., Grossman, P., & Hinton, D. E. (2011). Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological interventions. *Clinical psychology review, 31*(7), 1126-1132.

Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on psychological science, 6*(6), 537-559.

Horková, S. (2015). *Osobnost dobrovolníka z hlediska procesů sebeuvědomění a sebevztahných pocitů studu a viny* (nepublikovaná bakalářská práce). Masarykova univerzita, Brno.

Jazaieri, H., Jinpa, G. T., McGonigal, K., Rosenberg, E. L., Finkelstein, J., Simon-Thomas, E., ... & Goldin, P. R. (2013). Enhancing compassion: A randomized controlled trial of a compassion cultivation training program. *Journal of Happiness Studies, 14*(4), 1113-1126.

Johnson, E. A., & O'Brien, K. A. (2013). Self-compassion soothes the savage ego-threat system: Effects on negative affect, shame, rumination, and depressive symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology, 32*(9), 939-963.

Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada.

Kalina, K. (2011). SUR v proudu terapeutických komunit. In J. Růžička (ed.), *Komunitní a skupinová psychoterapie v české perspektivě* (s. 207-224). Praha: Triton.

Katsakou, C., Marougka, S., Barnicot, K., Savill, M., White, H., Lockwood, K., & Priebe, S. (2012). Recovery in borderline personality disorder (BPD): a qualitative study of service users' perspectives. *PloS one, 7*(5), e36517.

Knaak, S., Szeto, A. C., Fitch, K., Modgill, G., & Patten, S. (2015). Stigma towards borderline personality disorder: effectiveness and generalizability of an anti-

stigma program for healthcare providers using a pre-post randomized design. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 2(1), 9.

Kocábová, D. (2011). Skupinová a komunitní psychoterapie s důrazem na komunitní PST. In Růžička (ed.), *Komunitní a skupinová psychoterapie v české perspektivě* (s. 76-88). Praha: Triton.

Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q., ... & Bastian, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior therapy*, 32(2), 371-390.

Kooyman, M., De Leon, G., & Nevšimal, P. (2004). *Terapeutická komunita pro drogově závislé*. Praha: Středočeský kraj a Magdaléna, ops.

Kratochvíl, S. (1979). *Terapeutická komunita*.

Krawitz, R. (2012). Behavioural treatment of severe chronic self-loathing in people with borderline personality disorder. Part 2: self-compassion and other interventions. *Australasian Psychiatry*, 20(6), 501-506.

Kreisman, J. J., & Straus, H. (2017). *Nenávidím tě, neopouštěj mě!: zvládání hraniční poruchy osobnosti*. Praha: Portál.

Křivková, E. (2002). Hraničná porucha osobnosti, diagnostické a terapeutické přístupy. *Psychiatrie, roč, 6*, 41-49.

Křivková, E. (2005). Hraniční porucha osobnosti – diagnóza, kterou se učíme rozpoznávat. Dostupné na: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/hranichni-porucha-osobnosti-diagnoza-kerou-se-ucime-rozpoznavat--165295>

Laca, S. (2016). *Sociálna pedagogika verzus sociálna práca*. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií.

Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453-461.

Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *The American journal on addictions*, 8(4), 279-292.

Linehan, M. (2014). *DBT Skills Training Manual*. Guilford Publications.

Linehan, M. M. (2015). Dialectical behaviour therapy skills training manual: Handouts and worksheets.

Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of clinical psychology*, 62(4), 459-480.

Martin, U. (2016). The Use of Dialectical Behavior Therapy in Post-Disaster Psychotherapy. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*, 2016.

Matoušek, O., (Ed.). (2017). *Dítě traumatizované v blízkých vztazích: manuál pro profesionály a rodiny*. Praha: Portál.

Neely, M. E., Schallert, D. L., Mohammed, S. S., Roberts, R. M., & Chen, Y.-J. (2009). Self-kindness when facing stress: The role of selfcompassion, goal regulation, and support in college students' well-being. *Motivation and Emotion*, 33, 88–97.

Neff, K. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2(2), 85-101.

Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure selfcompassion. *Self and Identity*, 2, 223–250.

Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology*, 69(1), 28-44.

Neff, K. D., & Seppälä, E. (2016). Compassion, Well-Being, and the Hypo-egoic Self. In *The Oxford Handbook of Hypo-egoic Phenomena* (p. 189). Oxford University Press.

Nicastro, R., Jermann, F., Bondolfi, G., & McQuillan, A. (2010). Assessment of mindfulness with the French version of the Kentucky Inventory of Mindfulness Skills in community and borderline personality disorder samples. *Assessment*, 17, 197–205

Ocisková, P. M., & Sedláčková, M. Z. (2014). Pokud mě cejchujete, běžte s tou terapií někam! Hraniční porucha osobnosti a stigma. *Psychiatrie pro praxi*, 15(2), 62-67.

Orel, M., Facová, V., & Šimonek, J. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada.

Paleček, J. (2006). *Komunitní péče*. Studijní materiál pro distanční vzdělávání. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií.

Paris, J., Silk, K. R., Gunderson, J., Links, P. S., & Zanarini, M. (2009). The case for retaining borderline personality disorder as a psychiatric diagnosis. *Personality and Mental Health*, 3(2), 96-100.

Pastucha, P. (2003). Terapie hraniční poruchy osobnosti–dialektická behaviorální terapie. *Psychiatrie pro Praxi*, 4, 221-222.

Pěč, O., Vachková L., Wogurková D., Mužik J., & Krivošíková M. (2009). In O. Pěč & V. Probstová (eds.), *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče* (s. 94-139). Praha: Triton.

Praško, J., & Pěč, O. (2014). Hraniční porucha osobnosti. *Raboch, J., Uhlíková, P., Hellerová, P., Anders, M., Šusta, M. Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče IV. Česká psychiatrická společnost*, 156-164.

Peters, J. R., & Geiger, P. J. (2016). Borderline personality disorder and self-conscious affect: Too much shame but not enough guilt? *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7(3), 303.

Peters, J. R., Geiger, P. J., Smart, L. M., & Baer, R. A. (2014). Shame and borderline personality features: The potential mediating role of anger and anger rumination. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(1), 1.

Preston, A., Šefránek, M., & Malinowski, A. (2007). *Průvodce léčbou v terapeutické komunitě: Praktická příručka pro uživatele drog*. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.

Probstová, V. (2009). Psychoterapie a rehabilitace psychóz na úrovni jedince. In O. Pěč & V. Probstová (eds.), *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče* (s. 34-47). Praha: Triton.

Puhakka, K. (2015). Encountering the psychological research paradigm: How Buddhist practice has fared in the most recent phase of its western migration. In *Buddhist Foundations of Mindfulness* (pp. 217-242). Springer International Publishing.

Reichová, A. (2016). *Ověření konvergentní a diskriminační validity české verze dotazníku Self-compassion Scale* (nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Karlova, Praha.

Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2005). The treatment of maladaptive shame in borderline personality disorder: A pilot study of “opposite action”. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12(4), 437-447.

Rizvi, S. L., Brown, M. Z., Bohus, M., & Linehan, M. M. (2011). The role of shame in the development and treatment of borderline personality disorder.

Robins, C. J. (2003). Zen principles and mindfulness practice in dialectical behavior therapy. *Cognitive and behavioral practice*, 9(1), 50-57.

Rüsch, N., Lieb, K., Göttler, I., Hermann, C., Schramm, E., Richter, H., ... & Bohus, M. (2007). Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(3), 500-508.

Scheel, C. N., Schneid, E. M., Tuescher, O., Lieb, K., Tuschen-Caffier, B., & Jacob, G. A. (2013). Effects of shame induction in borderline personality disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 37(6), 1160-1168.

Scheibner, H. J., Daniels, A., Guendelman, S., Utz, F., & Bermpohl, F. (2017). Self-Compassion Mediates the Relationship Between Mindfulness and Borderline Personality Disorder Symptoms. *Journal of personality disorders*, 1-19.

Schoenleber, M., & Berenbaum, H. (2012). Shame regulation in personality pathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(2), 433.

Stanley, B., & New, A. (Eds.). (2017). *Borderline Personality Disorder*. Oxford University Press.

Stuchlík, J. (2001). Asertivní komunitní léčba a case management. *Fokus Praha*.

Tangney, J. P., Wagner, P., & Gramzow, R. (1992). Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology. *Journal of abnormal psychology, 101*(3), 469.

Tangney, J. P., Dearing, R. L. (2002). *Shame and Guilt*. New York: Guilford Press

Tangney, J. P., Stuewig, J. & Martinez, A. G. (2014). Two Faces of Shame: Understanding Shame and Guilt in the Prediction of Jail Inmates' Recidivism. *Psychological Science, 25*(3), 799–805.

Terapeutická komunita Kaleidoskop. (n.d.). Dostupné z: <http://www.kaleidoskop-os.cz/terapeuticka-komunita-kaleidoskop/>

Trokanová, Z. (2010). Hraničná porucha osobnosti a mentalizácia. *Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika, 17*, 178-185.

Vágnerová, M. (1999). *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál.

Vachková, M. L. (2008). Sociální a rehabilitační programy pro duševně nemocné. *Psychiatr. prax, 9*(3), 136-140.

Valentine, S. E., Bankoff, S. M., Poulin, R. M., Reidler, E. B., & Pantalone, D. W. (2015). The use of dialectical behavior therapy skills training as stand-alone treatment: A systematic review of the treatment outcome literature. *Journal of clinical psychology, 71*(1), 1-20.

Hraniční porucha osobnosti. (n.d.). Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/Hraniční_porucha_osobnosti

Ward-Ciesielski, E. F., Jones, C. B., Wielgus, M. D., Wilks, C. R., & Linehan, M. M. (2016). Single-session dialectical behavior therapy skills training versus relaxation training for non-treatment-engaged suicidal adults: a randomized controlled trial. *BMC psychology, 4*(1), 1.

Warren, R. (2015). Emotion regulation in borderline personality disorder: The role of self-criticism, shame, and self-compassion: (Commentary on Emotional

processing in a ten-session general psychiatric treatment for Borderline Personality Disorder: A case study). *Personality and mental health*, 9(1), 84-86.

Wehbe-Alamah, H., & Wolgamott, S. (2014). Uncovering the mask of borderline personality disorder: Knowledge to empower primary care providers. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 26(6), 292-300.

Winter, D., Bohus, M., & Lis, S. (2017). Understanding negative self-evaluations in borderline personality disorder—A review of self-related cognitions, emotions, and motives. *Current psychiatry reports*, 19(3), 17.

Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2007). *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Praha: Portál.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155(12), 1733-1739.

Zakouřilová, E. (2014). *Speciální techniky sociální terapie rodin*. Praha: Portál.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. (n.d). Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Zlámaný, J. J. (2011). Sebezkušenostní komunitně-skupinový výcvik v psychosociální perspektivě a jeho aplikace v zážitkové pedagogice. In Růžička (ed.), *Komunitní a skupinová psychoterapie v české perspektivě* (s. 207-224). Praha: Triton.

SELF-COMPASSION AND SHAME-PRONENESS IN FOUR DIFFERENT MENTAL DISORDERS

Comparison with healthy controls

Jan Benda¹, Daniel Kořínek², Pavel Kadlecík³, Marika Loskotová¹, Antonín Vyhnaněk⁴, & Tatiana Zítková⁵

¹Department of Psychology, Charles University in Prague, Czech Republic, ²Department of Psychiatry, Charles University in Prague, Czech Republic, ³Department of Psychology, Masaryk University, Czech Republic, ⁴Department of Psychology, Palacký University Olomouc, Czech Republic, ⁵Prague College of Psychosocial Studies, Czech Republic.

Background

The lack of self-compassion and shame-proneness may both be associated with a wide range of mental disorders (e.g. Gilbert, 2010). The aim of this study was to compare the levels of self-compassion and shame-proneness in samples of patients with anxiety disorders, depressive disorders, eating disorders, emotionally unstable personality disorder (EUPD) and in healthy controls.

Methods

Sample selection

- Anxiety sample criteria:** 1) a primary diagnosis of phobic anxiety disorders or other anxiety disorders (code F40-F41); 2) a rating of 10 or higher on the GAD-7 scale.
- Depressed sample criteria:** 1) a primary diagnosis of major depressive disorder, single episode or major depressive disorder, recurrent (code F32-F33); 2) a rating of 10 or higher on the PHQ-9 scale.
- EUPD sample criteria:** a primary diagnosis of emotionally unstable personality disorder (code F60.3).
- Eating disorder sample criteria:** 1) a primary diagnosis of anorexia nervosa or bulimia nervosa (code F50.0 or F50.2); 2) a rating of 15 or higher on the three eating-disorder-specific subscales of the EDI scale.
- Healthy controls** were recruited through an advertisement inviting participants with an interest in self-knowledge to participate in a study concerning the attitude toward the self. Respondents were eligible: 1) if they had a rating ≤ 9 on the GAD-7 scale; 2) if they had a rating ≤ 9 on the PHQ-9 scale.

Measures

Self-Compassion Scale (SCS-CZ, Neff, 2003; Czech version Benda, Reichová, 2016). The original English version is a 26-item self-report inventory. In the Czech version, six items were removed from the original scale (items 3, 9, 15, 21, 22 and 23) to achieve the same factor structure as in the original scale (see Benda, Reichová, 2016). The sum of scores of all twenty items was used for the statistical analysis.

Test of Self-Conscious Affect-3 (TOSCA-3S, Tangney, Dearing, 2003). Respondents were presented with a series of 11 situations (scenarios) they may encounter in daily life. Each scenario was followed by 4 possible responses to the situation. For the purposes of the present study, only the *shame-proneness subscale* of the TOSCA-3S was used.

Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7; Kroenke et al., 2010). The GAD-7 has seven items describing the severity of the patient's anxiety over the past 2 weeks. The sum of scores of the GAD-7 items was used for the statistical analysis.

Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9; Kroenke et al., 2010). The PHQ-9 has nine items describing the severity of the patient's depression over the past 2 weeks. The sum of scores of the PHQ-9 items was used for the statistical analysis.

Eating Disorder Inventory (EDI; Garner, Olmstead, & Polivy, 1983). The EDI comprises 64 questions, divided into eight subscales. Only the *eating-disorder-specific subscales* (ie, Drive for Thinness, Bulimia, Body Dissatisfaction) were used in this study.

Statistical analysis

Data was analyzed using the IBM SPSS Statistics software, Version 23. Associations between study variables were analyzed by calculating the Pearson's correlation coefficients. Differences in self-compassion and shame-proneness were analyzed using a one-way analysis of covariance (ANCOVA) with Bonferroni correction. The effect sizes of the group comparisons were then calculated in terms of Cohen's d .

Results

Table 1. Correlations between self-compassion and shame-proneness in all samples.

anxiety sample	-0.53**
depressed sample	-0.40**
EUPD sample	-0.60**
eating disorder sample	-0.48**
healthy controls	-0.43**

Table 2. Effect-sizes (d) for comparisons between clinical groups & healthy controls.

	SCS-CZ	TOSCA-3S-S
anxiety sample vs. healthy controls	1.48	0.98
depressed sample vs. healthy controls	1.61	0.79
EUPD sample vs. healthy controls	2.10	1.29
eating disorder sample vs. healthy controls	2.27	1.52

Figure 1. Boxplot of self-compassion scores by group.

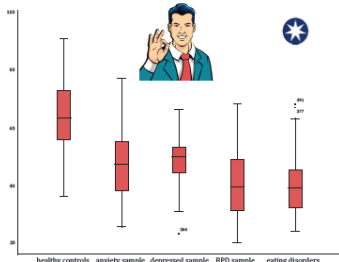
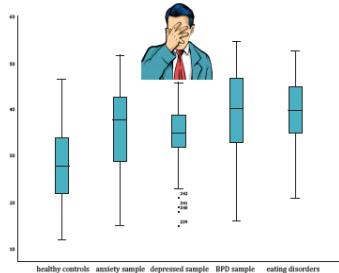


Figure 2. Boxplot of shame-proneness scores by group.



Demographic characteristics

The final sample consisted of 58 patients with anxiety disorders (69% females; age: $M = 41.26$, $SD = 13.02$), 57 patients with depressive disorders (66.7% females; age: $M = 43.46$, $SD = 13.68$), 74 patients with emotionally unstable personality disorders (73% females; age: $M = 31.55$, $SD = 8.58$), 55 patients with eating disorders (100% females; age: $M = 26.18$, $SD = 9.10$) and 180 healthy controls (65.6% females; age: $M = 40.55$, $SD = 8.43$).

Correlations between study variables

As expected, self-compassion was significantly negatively correlated with shame-proneness in all samples (all p 's $< .01$, see Table 1).

Between-group differences in study variables

To determine if there were significant group differences in study variables, two ANCOVAs were conducted with the group as the independent variable, age as a covariate, and self-compassion and shame-proneness as the dependent variables. There was a significant effect of group on self-compassion ($F(4,418) = 82.92$, $p < .05$)

as well as shame-proneness ($F(4,418) = 33.09$, $p < .05$) after controlling for age. Post hoc t -tests with Bonferroni correction, showed that all four clinical groups had significantly lower self-compassion and significantly higher shame-proneness than healthy controls (all p 's $< .001$). The magnitudes of difference in self-compassion and shame-proneness, between all clinical groups and healthy controls, were all large (see Table 2). Boxplots showing differences in self-compassion and shame-proneness between samples are presented in Figures 1 and 2. Means and standard deviations for study variables within each sample are presented in Tables 3 and 4.

Table 3. Means and standard deviations of self-compassion scores for each sample.

sample	N	M	males	females
anxiety sample	58	47.52 (11.50)	52.39 (11.32)	45.33 (11.03)
depressed sample	57	48.37 (8.45)	47.37 (6.02)	48.87 (9.47)
EUPD sample	74	40.18 (11.83)	41.14 (11.13)	39.56 (12.34)
eating disorder sample	55	40.16 (10.19)	-	40.16 (10.19)
healthy controls	180	64.31 (11.11)	63.63 (10.90)	64.67 (11.25)

Table 4. Means and standard deviations of shame-proneness scores for each sample.

sample	N	M	males	females
anxiety sample	58	36.52 (8.90)	30.56 (8.21)	39.20 (7.91)
depressed sample	57	34.25 (7.04)	35.11 (7.29)	33.82 (6.97)
EUPD sample	74	39.32 (9.06)	35.66 (9.11)	41.69 (8.29)
eating disorder sample	55	39.85 (7.26)	-	39.85 (7.26)
healthy controls	180	28.26 (8.02)	26.60 (7.47)	29.14 (8.18)

Discussion

Why do all clinical samples differ in self-compassion and shame-proneness from healthy subjects? We hypothesize, that the lack of self-compassion leads to the formation of shame whenever one experiences something that is perceived to be "wrong" in comparison with one's self-ideal. And since shame is a painful feeling, various defense or coping mechanisms are then automatically activated, resulting in various psychopathological symptoms. Further study of these mechanisms may lead to a new understanding of the etiology of many mental disorders as well as a new understanding of the mechanisms of therapeutic change in these disorders.

Conclusions

In this study, the lack of self-compassion and shame-proneness proved to be transdiagnostic factors in four different mental disorders. We assume, that clients suffering from all these disorders may benefit from treatments or particular interventions that facilitate the development of self-compassion or shame management.

References

- Benda, J., & Reichová, A. (2016). Psychometrické charakteristiky české verze Self-Compassion Scale (SCS-CZ). *Československá psychologie*, 61(2), 130-136.
- Benda, J., Kadlecík, P., & Loskotová, M. (in print). Differences in self-compassion and shame in patients with anxiety disorders, patients with depressive disorders and healthy controls. *Československá psychologie*.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. New York: Routledge.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250.
- Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2003). *Shame and guilt*. New York: Guilford Press.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire Somatic Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 32(3), 345-353.
- Garner, D. M., Olmstead, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2(2), 15-34.
- World Health Organization (1992). *International statistical classification of diseases and related health problems: 10th revision (ICD-10)*. Geneva: World Health Organization.

This poster was presented at the International Conference on Mindfulness (ICM) 2018: Science from Within - Amsterdam, July 10 - 13, 2018
Acknowledgments This research was partly supported by the Grant Agency of the Charles University in Prague under research Grant No. 44317.

CONTACT: Jan Benda, www.jan-benda.com, e-mail: psychoterapeut@gmail.com

Príloha č. 2

VÝZNAM *SOUČITU SE SEBOU* V UDRŽOVÁNÍ DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ A V ETIOLOGII HRANIČNÍ PORUCHY OSOBNOSTI



Vážené dámy, vážení páni

dovoluji si Vás pozvat k účasti na výzkumném šetření, které se zabývá rolí soucitu se sebou v udržování duševního zdraví a v etiologii hraniční poruchy osobnosti. Tento výzkum probíhá pod vedením PhDr. Jana Bendy (více na <http://www.slideshare.net/janbenda1/soucit-se-sebou-internalizovany-stud-a-regulace-emoci>, <https://www.youtube.com/watch?v=YavhfIGP084>).

Koncept „soucítění se sebou“ (angl. self-compassion) se v psychologii objevil poměrně nedávno v souvislosti se studiem všímavosti (angl. mindfulness). Soucit se sebou představuje emočně pozitivní postoj k sobě ve chvílích, kdy zažíváme nějaké trápení, selhání nebo si uvědomujeme nějaký svůj nedostatek. Je protikladem přehnané sebekritičnosti a zároveň i „protilékem“ souvisejících pocitů méněcennosti a studu.

V průběhu výzkumného šetření budete vyplňovat dva dotazníky zaměřené na vaše chování a prožívání a dále budete dotázáni na některé základní demografické údaje o vaší osobě (věk, pohlaví apod.). Vyplnění dotazníků Vám zabere přibližně 20 minut. Výsledky a údaje získané z dotazníků budou uchovávány a zpracovávány tak, aby se vyloučila možnost identifikace jednotlivých účastníků.

Děkuji za spolupráci
Tatiana Zítková

**Posudek vedoucího diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Bc. Tatiana Zítková

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Psychosociální rehabilitace klientů s hraničnou poruchou osobnosti

Vedoucí práce: Mgr. Jan Jakub Zlámaný Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 112

Počet stránek příloh: 5

Počet titulů v seznamu literatury: 82

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		2		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	1			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

		2		
--	--	---	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	1			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

	1			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

❖ Otázka k obhajobě:

Jaké je kritické stanovisko autorky ke konceptu tzv. Soucitu se sebou u klientů s HPO?

Mohou meditace soucitu vést k výrazné změně prožívání sama sebe u klientů s HPO?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Předkládaná práce splňuje nároky kladené na diplomovou práci. Autorka rozdělila práci na teoretickou a empirickou část. Teoretická část nejprve objasňuje pojem hraniční porucha osobnosti, její problematiku a etiopatologii. V dalších kapitolách se zabývá terapeutickou komunitou a metodami sociální práce v komunitě, charakteristikou sociálního terapeuta, vztahem klienta a sociálního terapeuta. Teoretickou část uzavírá popisem konceptu soucitu se sebou (self-compassion). Z teoretického hlediska nevynechala, dle mého názoru, nic podstatného a prokázala schopnost práce s odbornou literaturou a systematického shromažďování informací o daném tématu. V empirické části práce, kolegyně provádí kvantitativní výzkum s cílem porovnat míru soucitu mezi klienty s HPO a zdravou populací. Pro svůj výzkumný cíl využila baterii testů: Test tendence k prožívání hanby a Škálu soucitu se sebou u 226 respondentů z toho 180 z neklinické a 46 z klinické populace. Analýzu dat prováděla pomocí SPSS.

Připomínky:

Formální: Neshledávám vážné formální nedostatky.

Obsahové: Chybí mi kritické stanovisko autorky ke konceptu tzv. Soucitu se sebou u klientů s HPO. Viz. Otázka k obhajobě

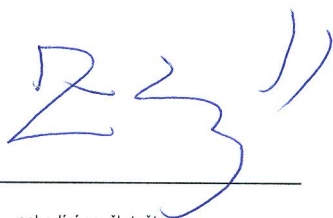
Celkové: Autorka je poměrně stylisticky zdatná a v teoretické části popisuje všechny podstatné pojmy a teoretické koncepty spojené se studovanou problematikou. V praktické části své práce, prokazuje schopnost uplatnit kvantitativní metodologický postup, formulovat hypotézy, sebrat data u poměrně vysokého počtu respondentů, analyzovat data a srozumitelně interpretovat výsledky. **Ocenit musím především výběr tématu, které se pohybuje přesně na hranici sociální práce a psychoterapie.**

Práci hodnotím jako výbornou a doporučuji ji k obhajobě.

Doporučení k obhajobě: doporučuji*

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis:



*

nehodící se, škrtněte

**Posudek oponenta diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Tatiana Zítková

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Psychosociální rehabilitace klientů s hraničnou poruchou osobnosti

Vedoucí/oponent práce: Mgr. et Mgr. Michal Slaninka, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh):

Počet stránek příloh:

Počet titulů v seznamu literatury:

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	X			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	X	X		
--	---	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		X		
--	--	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	X			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	X			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

X				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	X	x		
--	---	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	X			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použiteľnosť výsledkov v praxi

	x	x		
--	---	---	--	--

Vhodnosť prezentácie záverov práce (publikácie, referáty, apod.)

	x	x		
--	---	---	--	--

Otázky a námety k diskusi pri obhajobe:

1. Čo pozitívne vníma autorka u HPO?

Celkové hodnotenie práce (klady, nedostatky):

Oceňujem spracovanie teoretickej časti práce. Kolegyňa Zítková mu venovala 60 strán. Táto časť detailne vystihuje popis hraničnej poruchy osobnosti, pričom autorka používa najnovšie výskumy, charakteristiku podľa DSM V i nové výskumy zo zahraničnej literatúry. Podľa môjho názoru je téma hraničnej poruchy osobnosti spracovaná až príliš detailne. Odporučil by som autorke tiež zredukovať počet kapitol (Limity práce by som napríklad dal do Diskusie). V práci sa občas objavuje nejednotný spôsob citácií (niekedy len autor a rok, niekedy i číslo strany). Autorka v teoretickej časti neopomenula spomenúť význam a miesto terapeutických komunit v sociálnej práci a význam sociálneho poradenstva. Za veľmi inšpiratívnu považujem časť o case manažmente, ktorá poukazuje na úlohu sociálnych pracovníkov v terapeutických komunitách, ktoré navštevujú ľudia s HPO. Oceňujem tiež, že autorka vkladá do práce svoje skúsenosti a navrhuje možné riešenia (napr. práca case manažéra s nemotivovanými ľuďmi prepustenými predčasne z rehabilitácie). Prínos vidím i v tom, že pomerne detailne popisuje dialekticko behaviorálnu terapiu. Z textu vnímam, že autorka je zameraná psychoterapeuticky, rešpektujúco. Empirickú časť autorka tiež spracovala detailne, štatisticky potvrdila hypotézy, ktoré si stanovila, tabuľky a grafy k súboru kontrolnej skupiny a súboru HPO sú tiež prehľadné. Oceňujem tiež kvalitne vypracovanú diskusiu. Práca je napísaná kvalitne, dôsledne, prepájajú sa v nej znalosti zo sociálnej práce s prácou psychoterapeuta, odporúčam ju k obhajobe s výsledkom výborne až veľmi dobre podľa obhajoby.

Doporučení k obhajobe: doporučuji/~~ne doporučuji~~*

Navrhovaná klasifikace: 1-2

Datum, podpis: 21.8.2018

*
nehodící se, škrtněte

J. Kaniška