

Masarykova univerzita

Filozofická fakulta

Psychologický ústav

Klára Pešková

**Život se sourozencem s hraniční poruchou
osobnosti**

Magisterská diplomová práce

Vedoucí práce: doc. PhDr. Marek Blatný, CSc.

Brno 2012

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.

.....

Podpis autora práce

Poděkování: *Chtěla bych poděkovat svému vedoucímu práce doc. PhDr. Markovi Blatnému, CSc. za pomoc a odborné rady. Také děkuji svým konzultantům, kteří mi pomáhali pochopit tuto problematiku. Velice děkuji všem respondentům za jejich ochotu podělit se o své cenné životní prožitky a za jejich otevřenost.*

"Všichni balansujeme po svém způsobu nad prázdnotou a jsme nakloněni považovat způsoby jiných za špatné, nezdravé, lehkomyšlné, životu nebezpečné. To, co udržuje nad prohlubní nás, rádi bychom vnutili jako jediné vhodné všem. Potíráme ty, jejichž kolektivní zábradlí je napuštěno jinou barvou než naše, a zvláště sa cítíme ohroženi těmi, kdo se nepřidrží zábradlí žádného.

Vím, úmysl je dobrý: najít člověku ručitele, postavit mu lešení a zbavit ho břemene ručení a odpovědnosti. Co však vidíme: zprostit ručení znamená zbavit reality.

A to je osudné, to tě činí "pathologickým zjevem", "sociálním případem", abnormalitou, zrůdou, ničemou.

Člověče, nejsi nic. V teorii jsi míň než nula, jsi zdaj, ve skutečnosti jsi pilíř, na němž vše visí."

(Šafařík, 1948, in Kafka, 1995, s. 183)

Obsah

I. Úvod	4
II. Teoretická část	7
1 Hraniční porucha osobnosti	8
1.1 Porucha osobnosti	8
1.1.1 Definice	8
1.1.2 Průběh poruchy	8
1.1.3 Epidemiologie	9
1.1.4 Etiologie	9
1.1.5 Klasifikace	9
1.2 Hraniční porucha osobnosti	12
1.2.1 Definice	12
1.2.3 Diagnostická kritéria	12
Typické znaky poruchy	15
1.2.3.1 Obranné mechanismy	15
1.2.3.2 Další typické znaky poruchy	18
1.2.4 Epidemiologie	23
1.2.5 Etiologie	24
1.2.6 Průběh poruchy	24
1.2.7 Komorbidita	25
1.2.8 Terapie	25
2 Rodina	28
2.1 Rodina obecně	28
2.1.1 Vymezení pojmu rodina	28
2.1.2 Charakteristiky rodiny	29
2.1.3 Funkce rodiny a jejich poruchy	29
2.1.4 Vliv rodiny	31
2.1.5 Vývoj a změny	32

2.1.6 Zátěž, krize	33
2.1.7 Protektivní faktory	33
2.2 Sourozenec	37
2.2.1 Vztah se sourozencem	37
2.2.1.1 Proměnné ovlivňující vztah	37
2.2.1.2 Vývoj vztahu	39
2.2.2 Vliv sourozence	40
3 Rodina s jedincem trpícím hraniční poruchou osobnosti	41
3.1 Problémy rodinných příslušníků jedince s psychickým onemocněním	41
3.2 Potřeby sourozence jedince s psychickým onemocněním	43
3.3 Situace v rodině s jedincem s hraniční poruchou osobnosti	44
3.3.1 Vliv jedince s hraniční poruchou osobnosti na rodinné příslušníky	44
3.3.2 Informace o hraniční poruše osobnosti	48
3.3.3 Charakteristika rodin s jedincem s hraniční poruchou osobnosti	49
3.3.4 Percepce v rodinách s jedincem s hraniční poruchou osobnosti	52
3.3.5 Terapie v rodinách s jedincem s hraniční poruchou osobnosti	54
III. Empirická část	56
1 Cíle výzkumu	57
2 Metoda výzkumu	58
2.1 Shánění a popis výzkumného souboru	58
2.2 Použité metody a sběr dat	60
2.3 Metoda zpracování dat	62
3 Výsledky	63
3.1 Výsledky analýz jednotlivých rozhovorů	64
3.1.1 Výsledky analýzy rozhovoru s 1. respondentem	64
3.1.2 Výsledky analýzy rozhovoru s 2. respondentem	75
3.1.3 Výsledky analýzy rozhovoru se 3. respondentem	90
3.2 Charakteristika situace rodiny jedince s hraniční poruchou osobnosti	100
3.3 Charakteristika situace jedince se sourozencem s hraniční poruchou osobnosti	104
3.4 Souhrn výsledků	107
4 Diskuze	109
5 Závěr	113

IV. POZNÁMKOVÝ APARÁT	114
V. LITERATURA	117
VI. PŘÍLOHY	123
1. příloha: Pozvánka do výzkumu	i
2. příloha: Otázky k polostrukturovanému rozhovoru	ii

I. Úvod

Ve své diplomové práci se chci zabývat problematikou sourozenců jedinců s hraniční poruchou osobnosti a to z více důvodů.

Za prvé mě tato problematika zajímá, kvůli mojí osobní zkušenosti.

Za druhé zahraniční výzkumy potvrzují, že rodinní příslušníci jedince s hraniční poruchou osobnosti jsou ovlivněni projevy této poruchy. Podle Hooleyho, Hoffmana (1999, in Hoffman, Buteau, Hooley, Fruzzetti a kol., 2003) hraniční porucha osobnosti přináší těžké zážitky nejen pacientům, ale i jejich rodinným příslušníkům. Podle Goodmana, Patila, Triebwassera, Hoffmana a kol. (2011) se u rodičů jedinců s hraniční poruchou osobnosti vyskytuje zátěž v těchto oblastech: ve fyzickém a emocionálním zdraví, v manželství, v práci, v životní úrovni, ve společenském životě, v dráze kariéry a ve finanční oblasti. Podle výzkumu Buteaua, Dawkinse a Hoffmana (2008) se v těchto rodinách objevuje finanční zátěž, beznaděj, zmenšující se sociální síť a problémy s odborníky a institucemi péče o duševní zdraví. Případová studie (Penny, Woodward, 2005, in Giffin, 2008) a nepublikované úvahy z fóra cílové skupiny (Lefley, 2005, in Giffin, 2008) také naznačují, že se rodinní příslušníci jedinců s hraniční poruchou osobnosti vyrovnávají s vícenásobnými diagnózami, se sebepoškozováním a s vyhrožováním sebevraždou či s pokusy o ní, což jim může působit značnou zátěž. Rodiny také podle těchto studií zažívají sebeobviňování, sociální stažení, napětí v rodinných vztazích a problémy s psychiatrickým systémem. Další výzkum, Giffin (2008), potvrzuje u rodičů jedinců s hraniční poruchou osobnosti přítomnost chronického a traumatizujícího stresu. Ve výzkumu Scheirse a Boka (2007) se u příbuzných (rodiče, sourozenci) a nepříbuzných (přátelé, partneři) pečovateli objevila zvýšená emoční zátěž v následujících oblastech: úzkost, agorafobie, deprese, somatizace, nedůvěra a přecitlivělost v mezilidských vztazích, deficit v myšlení a jednání, spánkové problémy a hostilita. Fruzzetti, Fruzzetti a Hoffman (1998, in Hoffman, Buteau, Hooley, Fruzzetti a kol., 2003) a Hoffman, Fruzzetti a Swenson (1999, in Hoffman, Buteau, Hooley, Fruzzetti a kol., 2003) u rodinných příslušníků jedinců s hraniční poruchou osobnosti objevují pocity zmatku, pocity nedostatku znalostí a pocity nedostatku kompetence. U těchto rodinných příslušníků se také častěji objevují poruchy nálady, bulimie a další psychické nemoci (Riso, Klein, Anderson, 2000).

Přestože je hraniční porucha osobnosti nejčastější poruchou osobnosti a v populaci se objevuje u 2-3 % lidí (Praško, 2003) a přestože podle zahraničních výzkumů projevy hraniční poruchy osobnosti signifikantně ovlivňují rodinné příslušníky, tak je tato problematika sourozenců jedinců s hraniční poruchou osobnosti velmi přehlížena. Výzkum zaměřující se přímo na sourozence jedince s touto poruchou nebyl zatím v České republice realizován a ani v zahraničních zdrojích jsem nenašla výzkum, který by se zaměřoval přímo na sourozence jedince s hraniční poruchou osobnosti. Zahraniční výzkumy, které popisují výše, zkoumaly jen rodiče nebo obecně rodinné příslušníky, kde byli ale sourozenci vždy v menšině.

Myslím si, že tato práce tak může poskytnout shrnutí informací a nové informace k tak málo probádané části psychologie. Doufám také, že by mohla být podnětem k zlepšení

terapeutické a poradenské péče o sourozence a rodiny jedinců s hraniční poruchou osobnosti.

Ve své teoretické části se pokusím shrnout aktuální informace o hraniční poruše osobnosti, obecně o rodině a o rodině s jedincem s hraniční poruchou osobnosti. Ve své empirické části popíši svůj kvalitativní výzkum exploračního rázu, v kterém metodou polostrukturovaného rozhovoru sbírám data od respondentů, kteří jsou sourozenci jedince s hraniční poruchou osobnosti. Pomocí obsahové analýzy se pokusím popsat situaci sourozenců lidí s hraniční poruchou osobnosti a to konkrétně: jak tato situace vypadá; jak se tato situace v průběhu času mění; jak vypadají individuální zkušenosti sourozenců jedinců s hraniční poruchou osobnosti; jaké jsou jejich potřeby; jak je tato situace ovlivňuje; jakým způsobem ji zvládali a zvládají a jak tato situace vypadá v kontextu rodiny.

II. Teoretická část

1 Hraniční porucha osobnosti

1.1 Porucha osobnosti

Hraniční porucha osobnosti patří do kategorie poruch osobnosti, proto považuji za důležité nejdříve definovat a popsat poruchu osobnosti.

1.1.1 Definice

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) a její revize je nejvíce užívaný klasifikační systém k diagnostice v našem klinickém prostředí. Tento klasifikační systém je postavený na popisu aktuálních příznaků - symptomů, jejichž přítomnost klinik posuzuje u konkrétního pacienta.

Člověk s poruchou osobnosti podle aktuální Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize (MKN-10) vnímá, myslí, cítí a utváří vztahy s druhými extrémně nebo významně jinak než průměrný člověk v dané kultuře (Mezinárodní klasifikace nemocí – 10.revize, 1992). Podle odlišnosti od dané společnosti se odvíjí i definice Duška a Večeřové-Procházkové (2010, s. 272), podle kterých je porucha osobnosti " . . . *charakteristickou a trvalou vnitřní strukturou a projevy chování, které jsou jako celek zřetelně odchylné od očekávaného přijatelného chování v dané společnosti*".

Podle MKN-10 se chování člověka s poruchou osobnosti řídí stabilními, hluboce zakořeněnými vzorci chování, které používá v širokém rozsahu osobních a sociálních situací. Tyto lidé většinou zažívají určitou míru subjektivní tísně, mají problémy v sociální adaptaci a v dosahování žádoucích cílů (Mezinárodní klasifikace nemocí – 10.revize, 1992)

1.1.2 Průběh poruchy

I když jde o stabilní odchylku od normy je důležité poznamenat, že projevy poruchy osobnosti se většinou poprvé objevují ve věku pozdního dětství nebo adolescence (Praško, 2003) a některé projevy, jako je agresivita, disociální projevy, se se stárnutím zmírňují, některé projevy, jako je paranoidita, deprese, dekompenzace, se zvyrazňují (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006). Dále tyto poruchy, vlivem vnějších i vnitřních faktorů, v závažnosti projevů oscilují, neboli dochází ke stavům kompenzace a dekompenzace (Praško, 2003). Kritická

období pro většinu lidí s poruchou osobnosti jsou podle Smolíka (1996) tyto: adolescence, období středního věku, období stárnutí a u žen klimakterium.

1.1.3 Epidemiologie

Podle Duška a Večeřové-Procházkové (2010) se prevalence poruchy osobnosti pohybuje mezi 2-13 % v populaci a mezi 5-30 % u pacientů v psychiatrických zařízeních. Smolík (1996) zužuje prevalence v populaci na rozmezí mezi 6-9 % a oba zdroje se shodují na tom, že výskyt poruchy osobnosti je podobný u mužů i u žen.

1.1.4 Etiologie

Současný názor na etiologii poruch osobnosti je jednoznačně postavený na multifaktoriálním modelu. „*Jde tedy o multifaktoriální biologické determinanty (genetické vlivy, perinatální poškození, záněty mozku apod.) a vlivy z okolního prostředí (rodinné sociální a kulturní vlivy, psychotraumatické životní události apod).*“ (Praško, 2003, s. 20,21).

Dušek a Večeřová-Procházková (2010, s. 276) dále rozvádějí možné příčiny rozvoje poruchy osobnosti:

- *"Roste množství důkazů pro podporu konceptu genetického přenosu dispozice pro některé typy chování (pravděpodobně jako u alkoholismu mužů, spojeného s časným začátkem).*
- *Neurochemický výzkum potvrdil souvislost serotoninového metabolismu v mozku a abnormální impulzivitu a agresivitu.*
- *Některé poruchy osobnosti mohou být pokládány za mírnější formy závažných duševních poruch. Nejsilnější propojení lze nalézt mezi poruchami osobnosti clusteru A a schizofrenií.*
- *Psychologické teorie kladou důraz na selhání vývoje v časných fázích utváření osobnosti, jako výsledku nepříznivých podmínek, což nakonec vede k problémům ve vytváření a udržování vztahů v pozdějším životě."*

1.1.5 Klasifikace

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize (1992), patří mezi kategoriální klasifikace, poruchy osobnosti zaujímají kapitolu F60 - F62, ve které Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize (1992) uvádí tyto poruchy:

F60 Specifické poruchy osobnosti;

F60.0 Paranoidní porucha osobnosti;

F60.1 Schizoidní porucha osobnosti;

- F60.2** Dissociální porucha osobnosti;
 - F60.3** Emočně nestabilní porucha osobnosti;
 - F60.30** Impulzivní typ;
 - F60.31** Hraniční typ;
 - F60.4** Histrionská porucha osobnosti;
 - F60.5** Anankastická porucha osobnosti;
 - F60.6** Anxiózní porucha osobnosti;
 - F60.7** Závislá porucha osobnosti;
 - F60.8** Jiné specifické poruchy osobnosti;
 - F60.9** Porucha osobnosti nespecifikovaná;
- F61** Smíšené a jiné poruchy osobnosti;
- F61.0** Smíšené poruchy osobnosti;
 - F61.1** Nepříznivé změny osobnosti;
- F62** Přetrvávající změny osobnosti, které nelze přisoudit hrubému poškození nebo nemoci mozku;
- F62.0** Přetrvávající změna osobnosti po katastrofické zkušenosti;
 - F62.1** Přetrvávající změna osobnosti po psychiatrickém onemocnění;
 - F62.1** Jiné přetrvávající změny osobnosti (narcistická porucha osobnosti, pasivně agresivní porucha osobnosti);
 - F62.9** Přetrvávající změna osobnosti nespecifikovaná.

Americký diagnostický a statistický manuál – verze IV (DSM IV), patří též mezi kategoriální klasifikace, se zabývá poruchami osobnosti v II. z pěti os. A přiřazuje do této osy i mentální retardaci a schizotypní poruchu osobnosti. Do II. osy podle DSM IV (in Smolík, 1996) patří tyto poruchy:

- Mentální retardace;
- Paranoidní porucha osobnosti;
- Schizoidní porucha osobnosti;
- Schizotypní porucha osobnosti;
- Asociální porucha osobnosti;

- Hraniční porucha osobnosti;
- Histriónská porucha osobnosti;
- Narcistická porucha osobnosti;
- Vyhýbavá porucha osobnosti;
- Závislá porucha osobnosti;
- Porucha osobnosti dále nespecifikovaná;
- Obsedantně- kompulsivní porucha osobnosti.

Alternativou ke kategoriální klasifikaci je klasifikace dimenzionální. Zatímco v kategoriální klasifikaci jednotlivé poruchy reprezentují kvalitativně odlišné klinické syndromy, tak klasifikace dimenzionální vychází z předpokladu, že poruchy osobnosti jsou tvořeny maladaptivními variantami osobnostních rysů, které se vzájemně prolínají a přecházejí neznatelně do normy (Smolík, 1996).

Mezi nejvýznamnější dimenzionální klasifikace poruch osobnosti se řadí Millonova a Cloningerova klasifikace. Millon popisuje všechny poruchy osobnosti ve třech osách: libost – bolest, aktivita – pasivita, svůj – cizí. Cloninger také nejdříve začínal svojí klasifikaci se třemi faktory: vyhledávání nového, vyhýbání se poškození, vyhledávání odměny. A postupně je rozšířil ve svém konceptu TCI – Temperament and Character Inventory o faktory: persistence/stabilita, sebeřízení, schopnost spolupráce a sebepřesah. Tento koncept lze použít k popsání variant mezi různými poruchami osobnosti (Dušek a Večeřová-Procházková, 2010).

Dušek a Večeřová-Procházková (2010) také zmiňují, že vedle hlavních všeobecných kritérií, se pro diagnostiku jako pomocné vyšetření nejčastěji používá psychologické vyšetření. To využívá objektivní standardizované a validizované vyšetřovací metody, dotazníky a škály.

1.2 Hraniční porucha osobnosti

1.2.1 Definice

Hraniční porucha osobnosti je závažná porucha charakteristická: narušením afektivity; zhoršeným ovládním impulzů; problémy s identitou a obtížemi v mezilidských vztazích (APA, 1994, in Gerull, Meares, Stevenson, Korner a kol., 2008). Toto těžké a chronické onemocnění přináší jedincům s touto poruchou ale i jejich blízkým mnoho překážek a zátěže (Hoffman, Buteau, Hooley, Fruzzetti a kol., 2003).

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize (1992) patří hraniční porucha osobnosti do kategorie emočně nestabilní poruchy osobnosti. Emočně nestabilní porucha osobnosti je: „Porucha osobnosti, u které je výrazná tendence jednat impulzivně bez uvážení následků, spolu s afektivní nestálostí“ (Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize, 1992, s.180). Objevuje se u ní minimální schopnost plánovat, výbuchy silné zlosti, násilí a explozivní chování. Emočně nestabilní porucha osobnosti má dvě varianty: impulzivní a hraniční typ.

Impulzivní typ je charakteristický emoční nestálostí, nedostatečnou kontrolou impulzů a výbuchy násilí. U hraničního typu se také objevuje emoční nestálost, ale navíc i další příznaky: narušené představy o sobě samém, svých cílech a vnitřních preferencích; pocity prázdna; intenzivní a nestálé interpersonální vztahy; opakované emoční krize a excesivní pokusy vyhnout se opuštění pomocí sebepoškozujícího a suicidálního jednání (Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize, 1992).

Hraniční porucha osobnosti je složité psychické onemocnění, které vyvolává u odborníků mnoho sporů, které se často týkají etiologie, účinnosti medikace, prospěšnosti hospitalizace a základních složek úspěšné terapie (Hoffman, Buteau, Fruzzetti, 2007).

1.2.3 Diagnostická kritéria

Podle MKN-10 (in Smolík, 1996) pro určení diagnózy hraničního typu emočně nestabilní poruchy osobnosti musí být splněny tyto podmínky:

A Obecná diagnostická kritéria pro specifickou poruchu osobnosti; „

G1. *Je průkazné, že charakteristická a trvalá vnitřní struktura a projevy chování jedince jsou jako celek zřetelně odchylné od očekávaného přijatelného průměru chování dané společnosti (nebo od „normy“). Tato odchylka se musí projevat ve více než jedné z následujících oblastí:*

(1) *poznávání, tj. způsoby vnímání a interpretace věcí, lidí a událostí; formování přístupu k sobě a ostatním a představ o sobě a ostatních;*

- (2) *emotivita (rozsah, intenzita a přiměřenost emočního vznětu a odpovědi);*
 - (3) *ovládání svých impulzů a uspokojování potřeb;*
 - (4) *způsob chování k ostatním a zvládnutí interpersonálních situací.*
- G2. *Odchylka se musí projevovat jako výrazně nepřizpůsobivé, maladaptivní nebo jiným způsobem dysfunkční chování v rámci širšího okruhu osobnostních a sociálních situací, tj. není omezena pouze na specifický „spouštěcí“ moment nebo na specifickou situaci.*
- G3. *Způsob chování podle kritéria G2 je příčinou osobnostních obtíží nebo má nepříznivý dopad na sociální prostředí, nebo má oba důsledky.*
- G4. *Musí být průkazné, že odchylka je stálá a dlouhotrvající a že začala ve věku pozdního dětství nebo adolescence.*
- G5. *Odchylku nelze vysvětlit jako projev nebo důsledek jiné duševní poruchy dospělého věku, i když současně s odchylkou se mohou vyskytovat nebo na ni nasedat epizodické nebo chronické stavy z oddílů F00-F59 nebo F70-F79.*
- G6. *Jako možná příčina odchylky musí být vyloučeno organické onemocnění, úraz nebo dysfunkce mozku.“*

(MKN-10, in Smolík, 1996, s. 356)

- B. Nejméně 3 příznaky z kritérií pro impulzivní typ emočně nestabilní poruchy osobnosti; „ . . .

- (1) *zřetelná tendence jednat neočekávaně a bez uvážení následků;*
- (2) *zřetelná tendence k nesnášenlivému chování a ke konfliktům s ostatními, zvláště když je impulzivní konání někým přerušeno nebo kritizováno;*
- (3) *sklon k výbuchům hněvu nebo zuřivosti s neschopností kontrolovat následné explozivní chování;*
- (4) *obtíže se setrváním u jakékoli činnosti, která nenabízí okamžitý zisk;*
- (5) *nestálá a nevypočítatelná nálada.“*

(MKN-10, in Smolík, 1996, s. 365)

- C. Nejméně dvě kritéria specifické pro hraniční typ. „ . . .

- (1) *narušená a nejistá představa o sobě samém, cílech a vnitřních preferencích, včetně sexuálních;*
- (2) *sklon k zaplétání se do intenzivních a nestálých vztahů, které často vedou k emočním krizím;*

- (3) *přehnaná snaha vyhnout se odmítnutí;*
- (4) *opakované nebezpečí nebo realizace sebepoškození;*
- (5) *chronické pocity prázdnoty.“*

(MKN-10, in Smolík, 1996, s. 366)

Americký diagnostický manuál (DSM-IV) poruchy osobnosti rozděluje to tří trsů (clusterů) podle toho, jaké mají společné klinické rysy. Hraniční porucha osobnosti je zahrnuta do Clusteru B, v němž jsou pacienti popsáni jako dramatičtí, emocionální nebo zmatení (Dušek a Večeřová-Procházková, 2010).

Podle DSM IV (in Smolík, 1996) pro určení diagnózy hraniční poruchy osobnosti musí být splněno nejméně pět z následujících příznaků: „ . . .

- 1) *horečné úsilí vyhnout se reálnému nebo domnělému odmítnutí. Poznámka: nepatří sem suicidální nebo sebepoškozující chování zahrnuté v bodě (5);*
- (2) *projevy nestálých a intenzivních meziosobních vztahů, charakteristických střídáním nadměrné idealizace a znehodnocování;*
- (3) *poruchy identity: trvalé a zřetelně narušené, převrácené nebo nestálé sebehodnocení nebo mínění o sobě;*
- (4) *impulzivita nejméně ve dvou potencionálně sebepoškozujících oblastech, například utrácení, sexualita, abúzus látek, bezohledné řízení vozidla, záchvaty vlčího hladu. Poznámka: nepatří sem suicidální nebo sebepoškozující chování zahrnuté v bodě (5);*
- (5) *opakované suicidální tendence, pokusy, hrozby nebo sebepoškozující jednání;*
- (6) *emoční nestabilita vlivem výrazně reaktivní nálady, například intenzivní epizodická dysforie, podrážděnost nebo úzkost obvykle trvající několik hodin a pouze zřídka déle než několik dnů;*
- (7) *chronické pocity prázdnoty;*
- (8) *zbytečně intenzivní rozhněvanost nebo ztráta kontroly nad hněvem, například časté projevy zlosti, neustálý hněv, opakované rvačky;*
- (9) *přechodné a se stresem související vztahovačné představy nebo těžké disociační příznaky.“*

(DSM IV, in Smolík, 1996, s. 366)

Kernberg (1967, 1975, in Praško 2003) popisuje diagnostická kritéria z psychoanalytického pohledu. Domnívá se také, že určité poruchy osobnosti (například narcistická, dissociální, paranoidní) mají za základ hraniční osobnostní organizaci. K jeho kritériím patří:

1. *„Nespecifické projevy slabosti ega*
 - A. *Nízká tolerance k úzkosti*
 - B. *Nízká schopnost ovládat impulzy*
 - C. *Nízký sublimační potenciál*
2. *Převaha primárně procesového myšlení*
3. *Specifické obranné procesy*
 - A. *Štěpení*
 - B. *Primitivní idealizace*
 - C. *Primitivní formy projekce, zejména projektivní identifikace*
 - D. *Popření*
 - E. *Omnipotence a devalvace*
4. *Patologické internalizované objektivní vztahy.“*

(Kernberg, 1967, 1975, in Praško 2003, s. 253)

Nízký sublimační potenciál popisuje Kernberg (1967, 1975, in Praško 2003) jako nízkou schopnost sublimovat afekty a podřizovat je cílevědomé činnosti. Převahou primárně procesového myšlení míní sklon k regresi do semipsychotického myšlení při méně strukturovaném prostředí a při zátěži. Patologickými internalizovanými objektivními vztahy míní devalvací, idealizaci a štěpení charakteristik druhých lidí. Toto a specifické obranné mechanismy dále popisují v následující kapitole.

Typické znaky poruchy

1.2.3.1 Obranné mechanismy

Podle Svobody, Češkové, Kučerové (2006) jsou obranné mechanismy neadaptivní způsoby reakce (formy uvažování, prožívání, argumentace a chování) na životní situaci. Na rozdíl od „bezprostředních neadaptivních reakcí“ jsou obranné mechanismy dlouhodobé.

Vašina (2002) ale zmiňuje, že obranné mechanismy, když se nestanou převažujícím způsobem reakcí na životní situace, mohou mít i adaptivní podobu. Popisuje obranné mechanismy jako nevědomé procesy chránící před silnými nárazy stresorů. Takže obranné mechanismy, i přestože obsahují prvky sebeklamu, udržují po určitou dobu integritu a stabilitu osobnosti. Maladaptivní podoba a s ní spojené negativní výsledky (například chybná percepce, snížené sebepoznání) souvisí se zakomponováním obranného mechanismu trvale do struktury osobnosti.

Youngson (2000) se domnívá, že některé obranné mechanismy užíváme i vědomě a že znalost obranných mechanismů může umožňovat na sobě lépe pracovat.

Pro hraniční poruchu osobnosti jsou typické určité obranné mechanismy. Boleloucký a kol. (1993) tyto obranné mechanismy nazývá jako primitivní či archaické obrany, v nichž je centrální obranou splitting.

A) Splitting (Štěpení)

Kernberg (1967, in Boleloucký a kol., 1993, s. 59) vnímá štěpení jako „... *mechanismus obrany hraniční roviny organizace osobnosti sloužící k separaci vzájemně protikladných, střídavě vědomých představ o sobě a objektu za účelem vyhnutí se nepříjemné ambivalenci a úzkosti*“. V současném pojetí psychodynamických škol jsou od sebe odděleny nejen reprezentace sebe a objektu ale i protichůdné afekty, což znázorňují Masterson a Rinsley (1975, in Boleloucký a kol., s. 61, 1993) ve své tabulce (Tabulka 1.):

Tabulka 1. Rozštěpená jednotka vztahů k objektům

„Částečné jednotky	Částečné zobrazení objektu	Afekt	Částečné zobrazení sebe
<i>obstavující (agresivní)</i>	<i>částečně mateřský objekt, napadající, kritizující, hostilní, zlostný, zbavující podpory a nesouhlasící s nároky či jiným úsilím o separaci a individualizaci subjektu</i>	<i>chronická zlostnost, frustrace, pocity omezovanosti a křížení plánů, překrývající v pozadí ležící separační depresi</i>	<i>částečná představa sebe jako nepřiměřeně špatného, bezmocného, provinilého, škaredého, prázdného apod.</i>
<i>odměňující (libidózní)</i>	<i>částečně mateřský objekt, nabízející subjektu souhlas, podporu a odměnu za regresivní a lnoucí chování</i>	<i>cítí se dobře, nasycen, uspokojen, s přáním po opětovném spojení</i>	<i>částečná představa sebe jako hodného, pasivního a povolného dítěte“</i>

To znamená, že jedinci s hraniční poruchou osobnosti vnímají a prožívají svět i sami sebe v extrémech, což se může podle Praška (2003) projevovat různými způsoby. Za první člověk s hraniční poruchou osobnosti střídá opačné chování a postoje. Za druhé střídá opačné představy a hodnocení sebe, což souvisí s difúzí identity, o které se zmíním později. A za třetí

rozděluje své blízké na „dobré“ a „špatné“, kde toto přiřazené hodnocení též střídá. Tento poslední způsob projevu souvisí s primitivní idealizací a devalvací, o které se též zmíním později. Všechny způsoby tohoto střídání můžou probíhat i z hodiny na hodinu.

Mechanismus štěpení se u „zdravého“ člověka vyskytuje v raném dětství a při vývoji ho vystřídají vyspělejší obrané mechanismy. Tím je především mechanismus vytěsnění (na rozdíl od vytěsnění se v procesu štěpení nic neztrácí), který u pacientů s hraniční poruchou osobnosti chybí nebo je nedostatečný, a to je důvod, proč tito jedinci musí prožívat vnitřní zmatek (Röhr, 2003).

B) Projektivní identifikace

Jedná se o řešení pacientových destruktivních, silných, ohrožujících pocitů pomocí projekce do lidí, se kterými mají těsnější vztahy. Pomocí těchto lidí jsou pak pocity prožívány a pacienti s těmito pocity mohou bojovat a řešit si tak vnitřní konflikt vně (Röhr, 2003).

Ogden (1979, 1988, in Boleloucký a kol., 1993, s. 64) zmiňuje, že jde o:

„ ... komplex fantazií a objektových vztahů se třemi částečnými aspekty, které dávají ve svém celku psychologickou jednotku.

1. *V iničiální fázi se projikující osoba (subjekt) zbavuje ve své fantazii nějakého aspektu sebe a přenáší jej na jiného člověka.*
2. *Cestou interpersonální interakce pak tlačí na recipienta projekce (objekt), aby prožil pocity kongruentní s projekcí.*
3. *Recipient psychologicky projekci zpracovává, vytváří její modifikovanou verzi, kterou má pak projikující k dispozici“.*

Projektivní identifikace tedy může podle Ogdena (1979, 1988, in Boleloucký a kol., 1993) sloužit nejenom jako typ obrany, v níž se pacient vyrovnává s nechtěnými a ohrožujícími segmenty své psychiky, ale i jako forma komunikace, v níž pacient tlačí svého blízkého k tomu, aby prožil jeho vlastní pocity. Podle Ogdena také dále může projektivní identifikace sloužit jako typ vztahu k blízkému člověku a nakonec jako cesta k psychologické změně, při níž blízká osoba zpracovává ohrožující pocity a jedinec se s tímto zpracováním může identifikovat.

C) Primitivní idealizace

Podle Röhra (2003) jsou jak splitting tak projektivní identifikace v blízkém vztahu s primitivní idealizací. Idealizace je nazývána primitivní, protože se jedná o ranou formu idealizace. V raném věku se díky idealizaci matky (popřípadě jiného blízkého člověka) dítě cítí víc v

bezpečí a dokáže se lépe bránit nepřehlednému a nebezpečnému světu, což pomáhá jeho autonomii a vztahu k realitě. Člověk s hraniční poruchou osobnosti v dospělosti dál hledá osobu, kterou by si mohl idealizovat a díky ní se cítit více v bezpečí. Negativní části této osoby jsou popřeny.

Idealizace se u člověka s hraniční poruchou osobnosti střídá s devalvací, při které jsou naopak viděny jen negativní části osoby a pozitivní jsou popřeny (Praško, 2003).

D) Psychotické obrany

V nepříznivých životních situacích i přesto, že u člověka s hraniční poruchou osobnosti je většinou zachováno testování reality, se můžou objevit krátké psychotické epizody, které mohou trvat i několik dní (Röhr, 2003).

Mezi tyto psychotické obrany se většinou zahrnuje: depersonalizace, derealizace, parano-
idní myšlení a disociace (Boleloucký a kol., 1993).

E) Popření

Obrana popření souvisí též se štěpením. Popření umožňuje hlavně popřít určité části rozštěpeného objektu (Praško, 2003). Röhr (2003) zmiňuje, že popření slouží k neuvědomování si svých pocitů, a to například u splittingu, kde vědomí střídajících se protikladů není doprovázeno příslušnými pocity (viny, studu, strachu).

Dále Röhr (2003) uvádí u lidí s hraniční poruchou osobnosti možnost ohrožení, kvůli tomu, že popírají strach, který má svou ochrannou funkci.

1.2.3.2 Další typické znaky poruchy

A) Sebepoškozování a suicidální jednání

Podle Gundersona (1975, in Boleloucký a kol., 1993) a Gundersona, Zanariniové (1987, in Boleloucký a kol., 1993) je opakující se sebedestruktivní chování typický znak lidí s hraniční poruchou osobnosti.

Sebedestruktivní chování má mnoho variant. Suicidium (sebevražda) je definováno v psychologickém slovníku jako „... *porucha pudu sebezáchovy; úmyslné ukončení vlastního života, obvykle jako reakce na tíživou situaci spojenou se ztrátou smyslu života; výskyt u duš. nemocí* ...“ (Hart, Hartlová, 2000, s. 525). Linehanová (1987, in Boleloucký a kol., 1993) a Faldyna (2000) operují vedle pojmu suicidium také s pojmem parasuicidium, které Linehanová (1987, in Boleloucký a kol., 1993, s. 97) definuje jako „... *úmyslné, akutní sebepoškozující chování* ...“. Faldyna (2000) u tohoto pojmu zdůrazňuje, že zde pacient nemá nebo má jen malou touhu zemřít. Do pojmu parasuicidium podle Linehanové (1987, in Boleloucký a kol., 1993) patří nejen suicidní pokus a suicidní gesto, ale také sebepoškozování jako například: tlučení hlavou do něčeho, řezání se, předávkování se léky. Praško (2003) vedle řezání

se, tlučení hlavou a končetinami, zmiňuje například i pálení se cigaretou a Faldyna (2000) do projevů sebedestructivní tendence řadí i záchvatovité přejídání.

Podle názoru Praška (2003) k těmto sebedestructivním činům vede lidi s hraniční poruchou osobnosti snaha vyhnout se opuštění, i když se podle něho toto chování může objevit i bez zjevných příčin. Podle Vašiny (2008) může být příčina sebedestructivního chování v osamělosti, která způsobuje tak silnou úzkost až paniku, že osoba s hraniční poruchou osobnosti tuto situaci nezvládá jiným způsobem. K suicidálním pokusům podle Vašiny (2008) vede vygradovaný pocit zoufalství a prázdnoty. Gardner (1975, in Boleloucký a kol., 1993) popisuje další možné příčiny sebedestructivního chování a domnívá se, že jde především o afekt zlosti (na sebe nebo na druhé), o snahu o upoutání pozornosti a o sexuální frustraci. Sebe-destructivní chování podle něho uvolňuje tenzi a tím podporuje opakování tohoto chování v budoucnu. Faldyna (2000) spojuje motivace k sebe-destructivnímu chování a myslí si, že pro pacienty s hraniční poruchou je důležitá příčina jak manipulace s okolím, tak i uvolnění tenze z trýznivého afektu. Dále uvádí, že bohužel je u hraničních pacientů suicidium často dokonáno a to až v 8-9 % případů.

Příčinou zanechání sebe-destructivního chování podle Nelsona a Grunebauma (1971, in Boleloucký a kol., 1993, s. 98) může být:

- „ ... možnost častějšího verbálního vyjádření nepříjemných pocitů subjektu,
- používání konstruktivnějších forem chování,
- farmakoterapie psychotických proků psychopatologie.“

B) Difuzní identita

Identita je definována v psychologickém slovníku jako „ ... prožívání a uvědomování si sebe sama, své jedinečnosti i odlišnosti od ostatních; soubor rysů, podle nichž je jedinec znám v urč. specifické skupině ... “ (Hart, Hartlová, 2000, s. 221).

Díky splittingu, jak jsem výše zmínila, člověk s hraniční poruchou střídá opačné chování, postoje a opačné představy a hodnocení sebe. Díky tomu lidem s hraniční poruchou osobnosti chybí vnitřní konzistence. Tito lidé mají slabé hranice ega a objevuje se u nich neschopnost identifikovat své vlastnosti, prožitky a přání. Difuzní identita se projevuje i v nevyhraněné sexualitě a to bisexuální promiskuitou, sadomasochismem a fetišismem (Praško, 2003). Röhr (2003) zmiňuje ještě další narušené sexuální chování, jako například závislost na sexu, nutkavou onanii a prostituci.

Akhtar (1984, in Boleloucký a kol., 1993) shrnuje projevy difuzní identity. Za prvé uvádí protikladné rysy charakteru, které se mimo jiné projevují i mnohočetností zájmů a cílů v životě a povolání, dochází zde k identifikaci s vícero druhy povolání. Za druhé se difuzní identita projevuje diskontinuitou osobnosti v čase, což znamená, že vzpomínky z minulosti,

přítomné prožitky a očekávaná budoucnost nejsou integrovány do plynulého kontinua. Lidé s difuzní identitou prožívají svůj život jakoby v úsecích. Za třetí se difuzní identita projevuje v nedostatku autentičnosti. Lidem s difuzní identitou chybí originalita. Čtvrtým projevem difuzní identity jsou pocity prázdna, o kterých se zmíním v podkapitole o afektivních poruchách. Pátý projev difuzní identity podle Akthara jsou problémy v sexuální identitě a šestým morální a etnický relativismus. Z etnického relativismu pramení nedostatečný pocit sounáležitosti a na základě morálního relativismu můžou u osoby s difuzní identitou chybět vlastní, originální vnitřní hodnoty.

Extrémní difuzní identitu lze nalézt v „As if“ (falešné) osobnosti. Lidé s touto osobností vypadají, jakoby žily život někoho jiného, jakoby jim chyběli autentické prožitky (Praško, 2003).

C) Impulzivita

Nedostatečná kontrola impulzivity je typický znak lidí s impulzivním typem emočně nestabilní poruchy osobnosti, ale také jeden z výrazných znaků lidí s hraniční poruchou osobnosti (Praško, 2003). Impulzivní chování se podle Bolelouckého a kol. (1993) projevuje hlavně v nestrukturovaných situacích a to zejména v samotě a ve stresových situacích. Do impulzivního chování Boleloucký a kol. zahrnuje epizody:

- abúzu alkoholu, návykových látek, léků
- sebepoškozování a suicidálního jednání
- agresivity vůči lidem a věcem kolem sebe
- tuláctví, promiskuity, deviantního sexuální chování, gamblingu, neuváženého nakupování.

D) Afektivní poruchy

a) Deprese

Akiskal a jiní autoři (in Faldyna, 2000) předpokládali těsnou souvislost hraniční poruchy osobnosti k afektivním poruchám, a to hlavně kvůli určitým znakům hraniční poruchy osobnosti jako jsou: časté suicidální pokusy, chronické pocity prázdnoty a další afektivní příznaky. Později se ale zjistilo, že lidé s hraniční poruchou osobnosti nevykazují více depresivních poruch než lidé s jinou poruchou osobnosti (Faldyna, 2000).

Faldyna (2000) uvádí, že deprese u lidí s hraniční poruchou osobnosti má jiný charakter. Za prvé častější je dřívější nástup první epizody (ještě před 18 rokem). Za druhé častěji se při depresi objevuje deperzonalizace, derealizace a krátká psychotická epizoda. Za třetí jsou depresivní lidé s hraniční poruchou osobnosti náchylnější k hostilním reakcím. Boleloucký a

kol. (1993) také shrnuje některé specifické projevy deprese u hraničních pacientů. Tyto projevy jsou: zlostnost, nuda, pocity prázdna, anhedonie a existenciální aspekty deprese, jimiž myslí existenciální aspekty pocitů nudy, neklidu a zoufalství nad nesmyslností života. Klein (1977, in Faldyna, 2000) a Bellodi, Soloff (1987, in Faldyna, 2000) nazvali tento charakter deprese „hysteroidní dysforie“. Podle nich tento specifický charakter deprese není spojený s truchlením, a tím pádem není považován za pravou depresi.

Manické epizody u lidí s hraniční poruchou osobnosti jsou popisovány fenomenologicky stejně jako u jiných psychicky nemocných lidí (Faldyna, 2000).

b) Pocity prázdna

Pocity prázdna popisuje Boleloucký a kol. (1993) jako absenci pocitu vnitřního naplnění, absenci zaplnění prostoru uvnitř. Lidé s hraniční poruchou osobnosti to popisují jakoby vevnitř měli prázdno, mrtvo, duto. Na rozdíl od lidí s neurotickou poruchou, ve kterých pocit samoty vyvolává touhu a smutek, lidi s hraniční poruchou osobnosti necítí v této situaci touhu, ale spíše je u nich tato situace spojena s pocitem nudy. Nudu definuje Boleloucký a kol. (1993, s. 102) jako „... *nepříjemný afektivní stav spojený s pocity napětí, se zkresleným prožíváním času (jakoby se zastavil) a s pocity prázdna*“.

c) Agrese

V depresivní symptomatologii lidí s hraniční poruchou osobnosti jsou hlavními symptomy pocity trvalejšího hněvu, zlostnosti a hostility (Grinker a kol., in Boleloucký a kol., 1993). U těchto lidí se jedná o bezmocný rozhorlený vztek, při němž mohou být depresivní a zlostně prožívat frustrace, ale může u nich chybět pocit viny.

Podle Praška (2003) jsou u lidí s hraniční poruchou osobnosti běžné výbuchy, které mohou vést k násilí. Zvláště citliví jsou podle Praška (2003) na kritiku svého chování. Nedostatečná kontrola impulzů také přispívá k agresivnímu chování

Röhr (2003) uvádí, že agrese má často u lidí s hraniční poruchou důležitou funkci. Často místo toho, aby ji použili k přiměřené obraně proti útoku, je použita k odbourávání tenze a k úlevě. Slouží jako řešení pocitů bezcennosti, méněcennosti, nespokojenosti a úzkosti. Vnitřní neklid lidí s hraniční poruchou osobnosti vede k agresivnímu chování. Röhr (2003, s. 33) uvádí popis této situace očima pacienta: „*Já bych měl být vlastně spokojený, protože mě nic nerušilo. Ale já jsem si nemohl odpustit vyvolávání hádek a sporů. Teprve tehdy, až všechno leželo v troskách, jsem byl zase klidný.*“ Motivace k agresivnímu chování je podle Röhra (2003) i to, že během tohoto chování cítí pacient převahu a všemocnost. Těž reakce méně agresivního okolí, které ustoupí a splní požadavek, může motivovat člověka s hraniční poruchou osobnosti jednat tímto způsobem. Závislost na alkoholu a s ní spojené odbourání emočních zábran může tuto agresivitu ještě zesílit.

Podle Röhra (2003) si většinou lidé s hraniční poruchou osobnosti nejsou svého agresivního chování vědomi. Svě agresivní chování racionalizují a bagatelizují.

d) Úzkost

Úzkost je podle Faldyny (2000) u lidí s hraniční poruchou osobnosti jeden z hlavních spouštěčů patologického způsobu chování, jako je agrasivita, sebepoškozování a jiné impulzivní chování.

Woolcott (in Boleloucký a kol., 1993) upozornil na „anihilační úzkost“, která se objevuje bez zevního podnětu a projevuje se ochromujícím primitivním strachem. Dále zmínil u hraničních pacientů bezbřehou, otevřenou hrůzu, která je spojená se *splittingem*.

E) Interpersonální vztahy

Podle Röhra (2003) je jedinou stabilitou lidí s hraniční poruchou nestabilita ve vztazích, tyto vztahy jsou stabilně – nestabilní. Lidé s hraniční poruchou osobnosti sice stabilní vztah chtějí, ale nejsou ho schopni a to hlavně kvůli štěpení, ve kterém jsou druzí vnímáni buď jako „dobří“ nebo jako „špatní“. Toto částečné vnímání se v průběhu času střídá, osoba je střídavě devalvována a idealizována, což narušuje kontinuitu vztahu.

Vztahy hraničního jedince oscilují mezi dvěma póly, na jednom je závislost a těsnost vztahu, na druhé je odměřenost a chlad (Praško, 2003). Závislost až symbiózu ve vztahu připisuje Vašina (2008) nenaplněné touze po symbiotickém splynutí s matkou. Zatímco odměřenost a chlad vysvětluje Röhr (2003) tím, že se člověk s hraniční poruchou osobnosti při prožívání blízkosti začne bát ztráty své osobní svobody, svého ega, své identity. Při oddálení vztahu se zase začne obávat toho, že vztah ztratí. Myšlenka na opuštění vyvolává pocity silné úzkosti, člověk s hraniční poruchou osobnosti se tak začne ve vztahu zase přibližovat, čímž se uzavírá začarovaný kruh.

Podle Praška (2003) jsou další charakteristikou těchto vztahů nespokojenost a divokost. Často se lidé s hraniční poruchou osobnosti naučí, že použitím extrémních emocionálních projevů získají pozornost a pomoc druhých. Podle Vašiny (2008) se člověk s hraniční poruchou osobnosti snaží druhé podrobit a ovládnout, na což využívá výbuchy agrese, a při neúspěchu zažívá silnou úzkost, pocity prázdnoty, osamělost a zklamání.

Vztahy lidí s hraniční poruchou osobnosti ovlivňuje také projektivní idealizace. Druzí jsou ve vztahu manipulováni k uspokojení potřeb hraničního člověka, který se takto snaží o vyhnutí se destruktivním, silným ohrožujícím pocitům. Lidé s hraniční poruchou osobnosti neprožívají druhé lidi jako autonomní a suverénní osoby. Hraniční lidé nemají ve vztazích skutečnou účast a pocit viny, vztah s druhými jednostranně zaměřují na vlastní potřeby. Když se jim nepodaří druhé ovládnout k uspokojení jejich potřeb, tak je vztah přerušen a druhý člověk ve vztahu je devalvován (Röhr, 2003).

I v širším sociálním prostředí se u člověka s hraniční poruchou osobnosti projevují častěji konflikty, časté jsou změny pracovních míst, škol a tak dále (Röhr, 2003). Podle Bolelouckého a kol. (1993) se v zaměstnání střídá příležitostná impulzivní aktivita s abulií, na kterou u hraničních pacientů upozornil Woolcott (1985, in Boleloucký a kol., 1993) a která se projevuje nedostatkem vůle, aktivity a vitality.

V partnerském vztahu se podle Vašiny (2008) zaměňuje závislost za lásku, objevuje se zde žárlivost a potřeba stálého dokazování lásky.

Lidé s hraniční poruchou osobnosti jsou fixováni na určitém vývojovém stupni, a proto zůstávají bezmocní jako děti a ve svém protějšku probouzejí mateřské resp. otcovské pocity. Toto nejvíc působí na lidi s takzvaným syndromem pomocníka, kteří si svých psychických problémů nejsou nebo jsou málo vědomy. Chtějí pomoci druhým, aby si potvrdili vlastní hodnotu. Na vzájemném využívání se tak rozvíjí typický závislý, symbiotický vztah. Zatímco člověk s hraniční poruchou osobnosti dostává stálý, pečující a ochraňující vztah, tak jeho partner zažívá pocit, že jej hraniční člověk potřebuje tělem i duší. Na takovém podkladě se rozvíjí nestabilní a zničitelský vztah, který nezřídka končí vraždou. Mnoho násilností v rodinách se děje na podkladě ranných poruch osobnosti (Röhr, 2003).

Lidé s hraniční poruchou osobnosti odmítají stát se samostatnými a autonomními osobami z důvodu pomsty, z důvodu zlosti na rodiče, že nebyli schopni vytvořit uspokojivý vztah. Hraniční lidé se tak snaží odpovědnost za svůj život předat druhým, a to tím, že se snaží u druhých vyvolat pocity viny (Röhr, 2003).

Do partnerského vztahu se dává mnoho očekávání, měl by být tím, kvůli čemu bude zapomenuto na všechno strádání a traumata. Avšak hledat uspokojení svých potřeb v partnerském vztahu je slepou uličkou. Vytváří se deformované, závislé vztahy, které končí podobně. I přesto z nich často odchází člověk s představou, že u příštího partnera, to bude všechno jinak. Řešením je to, že člověk přijme výzvu a ukáže zájem o osobní zrání a o růst. Pouze pokud budou příznaky vnímány jako odkaz na něco nezpracovaného a toto nezpracované člověk s hraniční poruchou přijme a pokusí se o autentické řešení problémů, tak má možnost uniknout ze strádání a traumat (Röhr, 2003).

1.2.4 Epidemiologie

Tato porucha je velmi častá, podle Praška (2003) se jedná o nejčastější poruchu osobnosti. V populaci se objevuje přibližně u 2-3% lidí a mezi psychiatricky hospitalizovanými přibližně u 25% pacientů (Praško, 2003).

Smolík (1996) a Praško (2003) se shodnou na tom, že se hraniční porucha osobnosti vyskytuje dvakrát častěji u žen než u mužů a pětkrát častěji u příbuzných prvního stupně jedince s hraniční poruchou osobnosti než v běžné populaci. Smolík (1996) upozorňuje na to, že zvýšené riziko tohoto onemocnění je obzvláště u dětí, které mají matku trpící hraniční poruchou osobnosti.

Dále se Smolík (1996) a Praško (2003) shodnou na tom, že u příbuzných jedince s hraniční poruchou osobnosti se také častěji než v populaci vyskytují poruchy nálady, dissociální poruchy a poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek. Tomuto tématu se více věnuji v podkapitole: 3.3.3 Charakteristika rodin s jedincem s hraniční poruchou osobnosti.

Podobné údaje prevalence uvádí i autoři Gunderson, Zanarini, Choi-Kain, Mitchell a kol. (2011), kteří odhadují, že 2-6% dospělé populace v USA má hraniční poruchu osobnosti. Další studie¹ (viz poznámkový aparát) ukazují, že odhad výskytu je u dospělých hospitalizovaných pacientů 19% a u dospělých ambulantních pacientů 11%.

1.2.5 Etiologie

Příčina poruchy není známá a často u odborníků vyvolává spory (Hoffman, Buteau, Hooley, Fruzzetti a kol., 2003).

Bývá zvažován podíl genetiky. Z výzkumů dvojčat² vychází odhady dědičnosti hraniční poruchy osobnosti na 37-69%. Zatím nebyly identifikovány žádné mechanismy nebo konkrétní geny týkající se hraniční poruchy osobnosti, avšak výzkum (Distel, Hottenga, Trull, Boomsma, 2008, in Gunderson, Zanarini, Choi-Kain, Mitchell a kol., 2011) objevil asociaci hraniční poruchy osobnosti s chromozomem 9.

Podle Smolíka (1996) bývá dále zvažován podíl organicity, jako například perinatální poranění mozku, encefalitida a poranění hlavy.

Zvažován je i podíl vlivu prostředí. Podle autorů Hermana a Kolka (in Faldyna 2000) je vliv prostředí hlavní etiologický faktor a hraniční porucha osobnosti je ve skutečnosti chronickou formou posttraumatické stresové poruchy. Odborníci zaměřeni na hlubinou psychologii připisují vznik hraniční poruchy osobnosti příčině frustrujících zážitků v dětství (Röhr, 2003). Podle výzkumu Zanariniové (in Faldyna 2000) ale patologická zkušenost v dětství není jedinou ani nutnou podmínkou rozvoje hraniční poruchy osobnosti. Ať už je podíl enviromentální složky jakýkoliv, tak výzkumy ukazují, že se v těchto rodinách častěji objevuje: sexuální zneužívání, fyzické týrání, zvýšená kontrola, nižší koheze, absence empatického rodičovství a tak dále (viz podkapitola 3.3.3 Charakteristika rodin s jedincem s hraniční poruchou osobnosti).

1.2.6 Průběh poruchy

Průběh je podle Praška (2003) značně kolísavý. Často tito lidé v životě selhávají v pracovních, partnerských a ostatních sociálních vztazích. Také je pro ně typické, že mívají menší kvalitu života. Časté jsou u těchto lidí přechodné psychotické poruchy; období abúzu psychoaktivních látek; deprese, somatoformní poruchy; sebevražedné pokusy a sebepoškozování. Podle Praška (2003) dochází ve vyšším věku ke zlepšení.

1.2.7 Komorbidita

K hraniční poruše osobnosti se často přidružují další psychická onemocnění. Zimmermann a Mattia (1990, in Faldyna, 2000) zmiňují tyto: těžkou depresi, bipolární afektivní poruchu, manickou poruchu, panickou poruchu s agorafobií, sociální a specifickou fobii, posttraumatickou stresovou poruchu, poruchy příjmu potravy a somatoformní poruchu.

Některé z těchto nemocí mohou být manifestací selhávání v osobnostních a vztahových funkcích, některé jsou hraniční poruchou osobnosti modifikovány a některé existují paralelně s hraniční poruchou osobnosti (Gunderson, Bolton, 1997, in Faldyna, 2000).

Komorbidita hraniční poruchy osobnosti s jiným onemocněním může při diagnostice vést k přehlédnutí hraniční poruchy osobnosti (Prakash, Roback, 1997, in Faldyna, 2000).

1.2.8 Terapie

Terapie lidí s hraniční poruchou osobnosti je velice náročná. Tito klienti se podle Röhra (2003) s terapeutem snaží navázat symbiotický vztah, dochází zde k idealizaci a následné devalvací. Opakuje se zde ranný patologický vztah a terapeut musí umět pracovat s často agresivním a zraňujícím chováním klienta. Kvůli projektivní identifikaci může nastat i problém, ve kterém terapeut přijme roli zachránce a sebeobětuje se pro svého klienta (James, Vereker, 1996).

Klienti s hraniční poruchou osobnosti externalizují vnitřní chaos, a tak se může stát, že se v komunitách s těmito jedinci objevuje větší neklid, chaos, zamatení a panika. Dochází zde i k několikanásobným rozladám, protože jedinci s hraniční poruchou osobnosti mají nízkou frustrační toleranci, nemají odstup a jsou vztahovační a velice zranitelní (Röhr, 2003).

Obecné principy terapie shrnuje Röhr (2003) takto:

- je třeba pomoci klientovi s přechodem od chaosu ke struktuře (jasná terapeutická struktura, pravidla, hranice ...);
- je třeba klienta informovat o poruše;
- terapie by měla být antiregresivní, zaměřená na "tady a teď";
- je třeba zpracovávat přenosové konflikty;
- je třeba se zaměřit na realistické řešení konfliktů;
- je třeba podporovat pozitivní vlastnosti, schopnost snášet nelibost a odvahu k nesouhlasu;
- je třeba eliminovat sebepoškozující chování a nerealistické fantazie;

- je třeba umožnit práci se smutkem.

Kafka (1995) se domnívá, že k terapii hraniční poruchy osobnosti je zapotřebí komplexní léčba, takže jak psychoterapie, tak rehabilitace a farmakoterapie.

Psychiatrická **rehabilitace a resocializace** psychicky nemocných spočívá podle Bolelouckého (1993) nejen v klasické pracovní terapii, ale i v práci v chráněných dílnách a v soužití v terapeutických komunitách, které se zaměřují na dlouhodobou resocializaci a pracovní rehabilitaci.

K **farmakoterapii** se podle Smolíka (1996) využívají: antidepresiva, lithium, nízké dávky neuroleptik a karbamazepin. Farmakoterapie je používána k ovlivnění projevů, které narušují pacientovu stabilitu, a k ovlivnění komorbidních onemocnění (Faldyna, 2000). Praško (2003) vyjmenovává medikaci k jednotlivým problémům:

- problémy s kontrolou impulzů – thymoprofylaktika (lithium carbonicum, karbamazepin, valproát a tak dále);
- poruchy nálady ve smyslu depresivní rozlady a epizod úzkosti – antidepresiva (zejména blokátory zpětného vychytávání serotoninu);
- mikropsychotické epizody a derealizace – atypická antipsychotika a nízké dávky vysoce potentních antipsychotik.

Z typů **psychoterapie** má u léčby hraniční poruchy osobnosti podle Duška a Večeřové-Procházkové (2010), své místo skupinová a rodinná psychoterapie, ale obvykle je preferována individuální kognitivní nebo psychodynamická psychoterapie.

Podle Faldyny (2000) je **psychoanalytická psychoterapie** nejrozšířenější přístup psychoterapie zabývající se hraniční poruchou osobnosti. Tento přístup je založen na teorii objektních vztahů. V terapeutickém vztahu se objevují dysfunkční vzorce a klient regraduje na úroveň období, v němž došlo k narušení vývoje. Cíl psychoanalytického terapeuta je dovršit tento vývoj, nebo alespoň ulevit klientovi od symptomatických problémů (McGinn, 1998, in Faldyna, 2000).

V **kognitivně behaviorální terapii** existují směry, které se specializují na hraniční poruchu osobnosti. Uvádím zde popis dialektické behaviorální terapie M. Linehanové, protože studie³ potvrzují, že se jedná o vysoce účinný typ psychoterapie u lidí s hraniční poruchou osobnosti. Tato terapie se v posledních letech rozšiřuje nejen v USA (místo jejího vzniku) ale i v Evropě (Faldyna, 2000). Tato léčba, pomocí sebepoznání, nácviku emoční regulace a kognitivní restrukturalizace v prostředí terapeutické skupiny, pomáhá pacientům s hraniční

poruchou osobnosti dosáhnout větší míry kontroly nad jejich životy a emocemi. Dialektickou behaviorální terapií se zabývají i autoři Fruzzetti a Shenk (2008), kteří ve své studii rozebírají implikace pro tuto terapii a též popisují intervence speciálně vyvinuté pro práci s páry a rodinami.

Praško (2003) uvádí, že **skupinová terapie** může poskytnout klientům s hraniční poruchou osobnosti korektivní zkušenost, může jim pomoci zmírnit přenosové reakce a zvýšit jejich sebevědomí. Také si zde můžou odprožít své potlačované emoce. Zpětná vazba skupiny jim také může pomoci pochopit nepřiměřenost jejich očekávání a pomoci jim modulovat zúřivost z frustrace. Pro skupinu jsou ale rizikem, protože snadno skupinu rozčlení na "dobré" a "špatné" a ty "špatné" mohou krutě napadat (Praško, 2003). Kontraindikaci skupinové terapie u lidí s hraniční (a mimo jiné i narcistickou) poruchou osobnosti uvádí Horwitz (in Boleloucký a kol., 1993) v těchto případech:

- pacient se do skupiny sociálně nehodí (například nedostatečným vzděláním);
- pacient trpí nadměrnou emocionalitou a úzkostí;
- pacient je nadměrně narcistický, očekává odiv, ale není schopný projevit zájem o druhé a účast s nimi.

Rodinná terapie je velice důležitá při léčbě rodin adolescentů s hraniční poruchou osobnosti (Brown, 1987, in James, Vereker, 1996; Solomon 1987, in James, Vereker, 1996). Gunderson a kol. (1980, in James, Vereker, 1996) zjistili, že u pacientů s hraniční poruchou osobností, kteří se neléčili rodinnou terapií, došlo k masivnímu zhoršení jejich klinického stavu. Podle Jonese (1987, in Boleloucký a kol., 1993) v případě, že se terapeut zabývá nejen pacientovým chováním, ale i kontextem tohoto chování v rodinném systému, může terapeut dojít k nové a bohatší představě, o tom, jak pacienta léčit. Výzkum Jamese, Verekera (1996) uvádí, že v terapiích těchto rodin se objevují vztahové problémy, hlavně oscilace attachmentu. To znamená, že vztahy v rodinách přecházejí z jednoho extrému – blízkosti, která se pojí se strachem ze ztráty identity a ztráty dominance, do druhého extrému – separace, která se pojí se strachem z opuštění a z desintegrace (Melges, Swartz, 1989, in James, Vereker, 1996). Dále byly terapie rodin s jedincem trpícím hraniční poruchou osobnosti bouřlivější, objevovalo se zde více konfliktů a podrážděnosti než v terapii rodin s jedincem trpícím jiným psychiatrickým onemocněním (James, Vereker, 1996).

2 Rodina

2.1 Rodina obecně

2.1.1 Vymezení pojmu rodina

Pojem rodina má mnoho definic a to nejen v psychologii. Podle psychologického slovníku od Hartla, Hartlové (2000, s. 512) je rodina „*spol. skupina spojená manželstvím nebo pokrevními vztahy a odpovědností a vzájemnou pomocí*“. Tato definice je sice stručná, ale nezahrnuje rodiny s náhradní rodinou péčí a jiné alternativní formy soužití (například rodinu, ve které je partnerský vztah bez sňatku). Podle Gjuričové a Kubičky (2009) pokrevní definice potenciálně diskriminuje minoritní formy rodiny. Obzvláště do terapie vnáší hodnotící prvek, autoři doporučují brát rodinu, tak jak jí vymezují jednotliví členové. Podle Kramerovy (1980, in Sobotková, 2001, s. 22) definice, obsáhlé ale zahrnující i minoritní formy rodiny, je rodina „*... skupina lidí se společnou historií, současnou realitou a budoucím očekáváním vzájemně propojených transakčních vztahů*.“ Členové rodiny podle Kramera sice mohou být spojeni hereditou, manželstvím a adopcí, ale pro definování rodiny je důležité, jestli si na určitou dobu společně uspořádají život. Podle Kramerových slov (1980, in Sobotková, 2001, s. 22) tak: „*Kdykoliv mezi blízkými lidmi existují intenzivní a kontinuální psychologické a emocionální vazby, může být používán pojem rodina*.“

Z užšího sociálně psychologického pohledu je rodina " *... specifickou, malou, primární, uzavřenou a neformální sociální skupinou*" (Mlčák, 1996, s. 5). Společenskou skupinu pak Englishovi (1974, in Baštecká, Goldmann, 2001, s. 171) vymezují jako:

- " *... několik jedinců, kteří mají něco společného;*
- *několik jedinců, kteří se nacházejí v tak omezeném prostoru, že se spolu mohou přímo dorozumívat hlasem nebo gesty;*
- *dvě nebo více osob, které na sebe vzájemně působí a ovlivňují se, a v důsledku vzájemného působení se jim dostává zvláštního uznání;*
- *osoby, které na sebe navzájem působí tak, že některé z jejich potřeb jsou v důsledku tohoto působení skutečně nebo zdánlivě uspokojovány.*"

Rodinu lze též chápat jako systém (Matějček, 1992). Prvky tohoto systému jsou lidé ve vzájemných interakcích a vztazích, jde o sítě vztahů. Tento systém má často své subsystemy vytvářené na základě příslušnosti ke generaci, k pohlaví, k určitému mocenskému postavení, také na základě povahových charakteristik a specifické zátěže. Porucha v jednom prvku, části, subsystemu se projeví ve funkci celku. Systém rodiny je obklopen mezosystémem, exosystémem a makrosystémem. Mezosystém je širší společenský systém, se kterým je rodina ve styku. Jsou to sociální kruhy jako: přátelé, širší rodina, sousedé atd. Můžou rodině sloužit jako opora v náročných životních situacích. Mezi exosystém se řadí instituce, se kterými je rodina v kontaktu. Makrosystém je už zcela neosobní, má celospolečenský vliv a charakterizuje danou společnost. Jedná se například o společenské normy a postoje.

2.1.2 Charakteristiky rodiny

Rodinu podle Vágnerové (2005) lze popsat jejími charakteristikami jako například mírou stability, kohezí, pružnosti, adaptabilitou, vřelostí, silou vazby, předvídatelností a integrovaností v širším společenství. V případě, že je některá vlastnost v extrému, tak rodina nepůsobí přijatelně na rozvoj vlastností u svého dítěte.

Jedna z hlavních charakteristik fungování rodiny je podle Sobotkové (2001) koheze. Koheze znamená soudržnost a představuje síly, které drží vztahy pohromadě. V rodinném systému je na jedné straně potřeba a tendence být spolu, která se nazývá kohezivní síla, a na druhé straně je zde tendence k individualitě a autonomii.

Adaptabilita je rozsah flexibility a schopnosti rodinného systému měnit svoji strukturu, role a pravidla v závislosti na vývojovém a situačním stresu. Rodinný systém musí být nejenom adaptabilní, ale na druhé straně také hierarchicky uspořádaný. Pro zvládnutí situačních stresů je rozhodující udržení rovnováhy mezi adaptabilitou a organizovaností (Sobotková, 2001).

2.1.3 Funkce rodiny a jejich poruchy

Podle Vymětal (2003) jsou základní funkce rodiny tyto:

- Reprodukční funkce – Rodina je historicky osvědčená instituce k plození další generace. V rámci této funkce jsou uspokojovány i sexuální funkce rodičů, které slouží i k udržování pozitivní citové vazby mezi rodiči (Vymětal, 2003).
- Ekonomicko – zabezpečovací funkce: Tato funkce zahrnuje základní materiální zajištění. Zatímco dříve byly rodiny samostatnými výrobními jednotkami, tak dnes jsou podle Langmeiera a Krejčířové (1998) převážně spotřebními jednotkami.

- Socializačně-výchovná funkce – Podle Vymětala (2003) do této funkce patří zejména poskytnutí výchovy a vzdělání s cílem toho, aby se dítě bezproblémově zařadilo do širší společnosti.
- Citově intimní funkce – Tato funkce by měla sloužit k poskytování jistoty, zázemí, důvěrných a intimních vztahů a pocitu sounáležitosti. Jejími základními atributy jsou bezpodmínečná akceptace a bezpečí (Vymětal, 2003). Podle Langmeiera a Krejčířové (1998) nedílnou součástí této funkce je funkce sociálně podpůrná, která je důležitá zejména, když člen rodiny onemocní nebo se u něj objeví psychosociální problémy.

Pokud rodina plní některé funkce nedokonale a nebo nedostatečně, tak je podle Langmeiera a Krejčířové (1998) označována jako rodina problémová nebo dysfunkční. Dunovský (1986, in Mlčák, 1996) právě podle úrovně naplnění základních funkcí rodiny v závislosti na potřebách dítěte, stanovil čtyři úrovně celkové kvality rodinného soužití. První úroveň je rodina eufunkční, která plněním svých funkcí zajišťuje optimální vývoj dítěte. Na druhé úrovni je rodina problémová, která má sice poruchy ve svých bazálních funkcích, ale tyto poruchy neohrožují existenci rodiny ani zdravý vývoj dítěte. A to na rozdíl od dysfunkční rodiny, třetí úroveň kvality rodinného soužití, kde jsou tyto poruchy natolik vážné, že poškozují rodinu a narušují vývoj dítěte. Poslední úroveň je rodina afunkční, poruchy zde jsou již tak závažné, že narušují existenci a smysl rodiny a dětem závažně znemožňují vývoj.

Nejčastější typy problémových, dysfunkčních a afunkčních rodin jsou podle Heluse (1992, in Mlčák, 1996) a Simona, Stierlina (1995, in Mlčák, 1996) tyto typy rodin: nezralá, přetížená, ambiciózní, perfekcionistická, autoritářská, protekcionistická, liberální, odkládající, rozvodová, nevlastní a disociovaná. Autoři také tyto rodiny popisují.

- Nezralá rodina – Bývá většinou spojena s nechtěnou graviditou a následným sňatkem velmi mladých partnerů. Charakteristický je ambivalentní postoj k rodičovství a také ekonomická a emoční závislost partnerů na svých rodičích.
- Přetížená rodina – Je typická disproporcí mezi situačními požadavky a schopností rodiny tyto požadavky zvládat.
- Ambiciózní rodina – Jeden nebo oba rodiče se nadměrně zabývají svou úspěšnou sebe-realizací.
- Perfekcionistická rodina – Vyznačuje se stálým tlakem na celou rodinu o co nejvyšší a nejdokonalejší výkon, který nebývá v souladu s realistickými možnostmi.
- Autoritářská rodina – Je charakteristická především svým represivním systémem s širokou škálou trestů, vyžadováním slepé poslušnosti a potlačováním spontaneity a

osobní autonomie.

- Protekcionistická rodina – Typické jsou pro ní ochránářské a rozmazlující postoje, které zbavují děti jejich odpovědnosti a samostatnosti.
- Liberální rodina – Projevuje se chaotickým uspořádáním soužití s nejasně vymezenými pravidly, přemírou volnosti a nedostatkem programu.
- Odkládající rodina – Vyskytuje se zde snaha rodičů přenášet výchovné povinnosti na někoho jiného vně rodiny.
- Rozvodová rodina – Je charakteristická aktuálně se rozpadajícím partnerským vztahem. Tento rozpad se často pojí se zvýšenou psychickou zátěží, s konflikty a vytvářením nezdravých koalic.
- Nevlastní rodina – Tato rodina vzniká rozvodem a následným novým partnerstvím. Můžou se zde vyskytovat problémy z psychologické ztráty jednoho z partnerů; problémy s rozporem staré a nové rodinné tradice a norem; problémy s rozštěpenou loajalitou mezi vlastním a nevlastním rodičem.
- Disociovaná rodina – Jsou pro ní charakteristické narušené vnitřní a vnější vztahy (kvůli konfliktům) a dlouhotrvající krize a napětí.

2.1.4 Vliv rodiny

„Nejvýznamnějším formativním vlivem, ať už v kladném či záporném smyslu, který do osobnosti dítěte vtiskuje nesmazatelnou celoživotní stopu, je bezesporu jeho rodinné prostředí.“ (Mlčák, 1996, s. 3)

Rodina podle Vymětala (2003) dává dětem osobnostní základ, protože je učí sociální vzory, způsoby reagování, hodnoty a normy. Děti si zde též osvojují vztah a chování k autoritám, práci s vlastní agresivitou a tak dále.

Podle Vágnerové (2005) je rodina nejdůležitější sociální skupinou, která zásadním způsobem ovlivňuje psychický vývoj dítěte. Všichni členové se při vzájemných interakcích vědomě i nevědomě ovlivňují. Členové rodiny a jejich vztahy poskytují dítěti základní zkušenosti, které ovlivňují způsob, jakým dítě bude vnímat a chápat různé sociální informace, a jak na ně bude reagovat. Rodina také svou mírou uspokojení potřeby jistoty, bezpečí a potřeby pozitivní akceptace modifikuje dítěti základní postoj ke světu a rozvoj pocitů sebejistoty a sebedůvěry. Rodina ovlivňuje dítě i svým hodnotovým systémem, podle kterého oceňuje, neoceňuje nebo potlačuje určité schopnosti a dovednosti dítěte. Od biologických rodičů je dítě ovlivněno i genetickými predispozicemi.

V rodině podle Oliveriuse a kol. (1989) dítě uskutečňuje své první sociální vazby, interpersonální vztahy a interakce. Učí se zde prožívat, přijímat a rozdávat projevy lásky a

sympatie, přijímat a uskutečňovat požadavky dospělých i sourozenců, přizpůsobovat se, ale i prosazovat své vlastní zájmy a potřeby. V rodině si tak dítě může osvojit sociální dovednosti žádoucí pro přiměřené začlenění do společnosti.

2.1.5 Vývoj a změny

Podle Plaňavy (2000) se vývoj rodiny pohybuje v životních cyklech. Životní cyklus zdůrazňuje pravidelnost a transgeneračně se objevující úkoly a změny, což neznamená, že by každá generace a individuálně každá rodina neměla svoje specifika. Naopak podle Gjuríčové a Kubičky (2009) životní cyklus rodin v průběhu několika posledních generací prošel mnoha změnami. Ve 20. století to byly zejména tyto změny: prodloužení délky života; méně narozených dětí v rodině; častější rozvody; proměny rolí žen a to hlavně zvýšení počtu zaměstnaných žen a tak dále.

Životní cyklus rodiny lze rozdělit do několika etap. Kritériem k tomuto rozdělení jsou významné změny struktury v soužití rodiny i manželství a z těchto změn vyvozené úkoly, které tu jsou pro daný časový úsek. Tyto změny spolu souvisejí, prolínají se a vzájemně se podmiňují. Plaňava (2000) na základě inspirace od Carterové a McGoldrickové (1980) rozděluje životní cyklus rodiny na nultou, přípravnou etapu a na dalších pět etap.

- Nultá etapa je stádium předmanželské neboli stádium párování, které má dvě podetapy: hledání a vážná známost. Tato etapa obvykle trvá 1-2 roky a končí zasnoubením a svatbou.
- První etapa, etapa mladého bezdětného páru, přibližně trvá také 1-2 roky a končí narozením prvního dítěte.
- Další etapa je etapa rodiny s malým dítětem (popřípadě s malými dětmi). S jedním dítětem trvá přibližně 3-6 let, s dvěma dětmi, mezi nimiž je rozdíl cca 2 roky, trvá přibližně 6-8 let. Toto stádium je rozděleno na dvě podetapy (symbiotická, batolecí fáze a post-symbiotická, předškolní fáze) a končí, když dítě začíná školní docházku, popřípadě když primární pečovatel končí svou mateřskou dovolenou s nejmladším dítětem.
- Třetí etapa je etapa rodiny se školáky, vyskytují se v ní děti do puberty a při jednom dítěti trvá přibližně 7-9 let. S dvěma dětmi, mezi nimiž je rozdíl cca 2 roky, trvá přibližně 9-11 let. Toto stádium končí, když prvorozené dítě dosáhne puberty.
- Čtvrtá etapa, neboli etapa odpoutávání a vylétávání z hnízda, trvá při jednom dítěti 7-9 let, při dvou dětech (mezi nimiž je rozdíl cca 2 roky) trvá přibližně 9-11 let. Má dvě podetapy, podetapu rodiny s dospívajícími dětmi a podetapu odcházení potomků z rodičovského domova. Čtvrtá etapa končí, když nejmladší dítě odchází z rodičovského domova, popřípadě při sňatku nejmladšího dítěte.

- Poslední etapa, etapa prázdného hnízda, může trvat 23 a více let. Plaňava jí rozděluje na dvě podetapy, kde první je podetapa zralý pár, která končí odchodem nebo odchody do důchodu. Druhá podetapa je fáze stárnoucího páru, která končí úmrtím jednoho z partnerů (Plaňava, 2000).

Podle Plaňavy (2000) může být přechod mezi etapami ohraničen jak postupnou změnou, tak určitou událostí.

Změny v rodině mohou být podle Matějčka (1992) rozděleny na kontinuální a diskontinuální. Kontinuální změny jsou pozvolné a jsou dány vývojem a to jak jednotlivců, tak celé rodiny. Diskontinuální změny jsou náhlé a způsobují je takové události, které nejsou obvyklé. Tyto události přinášejí specifické nároky, zátěže a stresy. Rodina v těchto chvílích mobilizuje obranyschopnost a rozvíjí i určité adaptační strategie a mechanismy.

2.1.6 Zátěž, krize

Zátěží či rizikem je podle Matějčka (1992, s. 38) „... všechno to, co působí, že organizmus je nucen zvýšit aktivitu či mobilizovat energetické rezervy k opětovnému dosažení normálního, vyrovnaného stavu“. Zátěž má rozsah od sotva znatelné po těžkou zátěž. Působit může velmi specificky na jedince a nebo může být obecná pro určitou populaci.

Krize je odvozena z řeckého „krisis“ od „krinein“ znamenající „rozhodnout“ a z latinského „krisis“ znamenající „rozhodný obrat“ (Baštecká, Goldmann, 2001). Je to reakce na situaci, která se nemůže snadno vyřešit v rámci obvyklých strategií, kterými je jedinec zvyklý zvládat zátěž. Krize tím pádem přesahuje běžný repertoár copingových strategií jedince .

Plaňava (2000) zdůrazňuje to, že krizová situace v rodině vzniká v případě, kdy dosavadní uspořádání v rodině, struktura, hodnoty, styl života přestávají vyhovovat. Na základě toho se mohou objevit poruchy funkce rodiny nebo individuální nespokojenost či strádání, což motivuje k zásadní změně. Krizi Plaňava chápe nejen jako něco negativního, ale i jako naději. Krize může být různou mírou závažná, u nejtěžších krizí dochází k totální dysfunkci a k rozvratu rodiny. Krize může trvat různě dlouho a její nástup může být náhlý či plíživý.

2.1.7 Protektivní faktory

Protektivní faktory, ochranné faktory neboli nárazníky, jsou tvořeny jednak jedincovými silami uvnitř jeho psychiky, a jednak jedincovými zdroji v jeho okolí (Baštecká, Goldmann, 2001). Diener (in Baštecká, Goldmann, 2001), který se zabýval životní spokojeností, určil tyto faktory, které se týkají spokojenosti.

- Vysoká sebeúcta a vysoké sebehodnocení přináší spokojenost.

- Dosažení určité platové úrovně a srovnávání s lidmi, kteří mají nižší plat, přináší spokojenost.
- Ženy do 45 let jsou o něco spokojenější než muži do 45 let a naopak muži po 45. roku jsou o něco spokojenější než ženy po 45. roku.
- Náboženství se běžně dává do souvislosti se spokojeností, avšak pozitivní vliv na spokojenost má podle výzkumu jen do 65 let jedince.
- Spokojenost s prací výrazně podporuje životní spokojenost a naopak nezaměstnanost má na životní spokojenost ničivý vliv.
- Lidé v manželství vypovídají o větší spokojenosti, ale skutečnost rodičovství nemá na životní spokojenost skoro žádný vliv. Společenské kontakty a milostný vztah pozitivně korelují s životní spokojeností.
- Události v životě, které mohou být i pozitivní, ale berou jedinci jistotu, snižují pocit životní spokojenosti.
- Pocity subjektivního zdraví, ale i objektivní zdraví přináší životní spokojenost, přičemž výraznější vliv tu má pocit subjektivního zdraví.

Nejvýraznější ochranný faktor, který se týká **jedincových zdrojů**, je podle Baštecké a Goldmanna (2001) **sociální opora**, neboli mezilidská a institucionální podpůrná síť. Tato vztahová síť se vyznačuje svojí hustotou, kvalitou a svými složkami (citová, praktická neboli materiální, informační a oceňující složka). Něž reálná sociální opora je jako protektivní faktor důležitější očekávaná opora. Jinak nedostatek sociální podpory (reálné či očekávané) souvisí s propuknutím tělesných i psychických chorob.

K sociální podpoře u dětí se vyjadřuje Matějček a Dytrych (2002). K dětským zdrojům sociální podpory patří hlavně rodinné prostředí. Když je toto prostředí méně příznivé (dysfunkční rodina či institucionální výchova), tak úlohu ochranného faktoru může mít škola a dětská skupina, v níž se dítě může zachytit a pokračovat dál lepší cestou. Bohužel učitelé si této důležité role většinou nejsou vědomi. Pro opuštěné děti může být ochranným faktorem i sourozenec. Sourozenské vztahy například v SOS dětských vesničkách bývají velice silné. Ale i přátelské vztahy a v dospívání zamilování a erotické vztahy mohou poskytovat žádanou sociální oporu.

Nejdůležitějším ochranným faktorem **jedincovy síly** je podle Baštecké a Goldmanna (2001) **životní styl**. Životní styl definují jako „... *jedinečný způsob, jakým si daná osoba v dané společnosti buduje podobu a náplň svého času a svých vztahů*“ (Baštecká, Goldmann, 2001, s. 286). Životní styl je ovlivněn hodnotami jedince a také tím, jakým způsobem těchto

hodnot dosahuje.

Baštecká a Goldman (2001) zmiňují další faktory, které přispívají ke zdraví, a tím do určité míry i ke lepšímu zvládnání situací.

- **„Locus of control“** neboli umístění vlivu - Vnitřní umístění vlivu, moci či řízení je přesvědčení jedince, že vlastní činy určují míru a podobu odměny či trestu, které obdrží. Na druhou stranu při vnějším umístění vlivu, moci či řízení je jedinec přesvědčen o tom, že odměnu či trest způsobují vnější vlivy, které nemůže ovlivnit (například osud) (Miller, Seligman, 1982, in Baštecká, Goldman, 2001). Mohapl (1992, in Baštecká, Goldman, 2001) upozorňuje na to, že jedinci s vnějším umístěním vlivu v situacích, které je ovlivňovali, méně vyhledávali informace a v situacích pohody méně vyjadřovali kladné emoce. Jedinci s vnitřním umístěním vlivu se tedy zdáli být více připravení na nepříznivé situace.
- **Vlastní zdatnost, „self-efficacy“** – Podle Bandury (1997, in Baštecká, Goldman, 2001 s. 289), autora tohoto pojetí, je self-efficacy „... přesvědčení lidí o vlastních schopnostech uspořádat svoje činy a postupovat způsobem, který je zapotřebí k řešení budoucích situací“.
- **Optimismus a humor** – Optimismus je „velmi obecný postoj nebo osobnostní rys, který ve většině skutečností a událostí spatřuje něco dobrého a očekává, že věci dobře dopadnou“ (English, English 1974, in Baštecká, Goldman, 2001, s. 290). Humor ochraňuje jedince v jeho každodenních konfliktech a těžkostech, ale na rozdíl od obranných mechanismů nepozměňuje a nepřehlíží skutečnost (Mishkinský, 1977, in Baštecká, Goldman, 2001).
- **Nezdolnost** – Podle Kobasy a kol. (1979, in Baštecká, Goldman, 2001) existují trsy osobnostních rysů, které napomáhají zvládnání zátěže. První rys je chápání překážek jako výzvy. Druhý rys je pociťovaná vláda nad vlastním životem a třetí je schopnost vložení se do věcí s vírou v jejich smysluplnost. Tomuto konceptu nezdolnosti je podobná i teorie salutogeneze.
- **Salutogeneze** se zabývá podmínkami pevného a nezdolného zdraví navzdory nepříznivým podmínkám (Vymětal, 2003). K psychologickým podmínkám podle Vymětala patří: smysluplnost světa, svého života a vlastní činnosti, dále důvěra v pevnost a stabilitu vnitřního a vnějšího světa, dále porozumění zákonitostem světa a pocit vlivu a osobní kompetence.

S ochrannými silami u dětí se pojí termín **resilience**. Resilience podle Matějčka a Dytrycha (2002) znamená určitou pružnost či plasticitu, je to schopnost vzpamatovat se z poškození,

vzdorovat ohrožení, přestát psychický úraz nebo chronické zatížení. Podle Wenera (1997, in Baštecká, Goldmann, 2001) mají tyto děti určitou temperamentovou výbavu a příjemný vzhled, kterým jsou schopny odměňovat dospělé. Projevují se například bystrostí, větší samostatností, schopností vyřešit problémy, komunikačními schopnostmi a množstvím zájmů a koníčků, které sdílejí s vrstevníky. Na základě svého výzkumu se Matějček a Dytrych (2002) domnívají, že resilience je ovlivňována dědkou povahou, postojí a tím, co je dítě schopné svému sociálnímu okolí nabídnout. Tyto aspekty resilience shrnují v pojmu vstřícnost. Ta se projevuje zaměřenou aktivitou směrem k okolí společnosti a autoři ji rozvádí pomocí konceptu Big-Five neboli Velké pětky. Big-five popisuje těchto pět vlastností souvisejících se šťastným životem.

- Inteligence – Jde především o „... *aktivní zvědavost či otevřenost vůči novým poznatkům a zkušenostem, schopnost vydávat se na dobrodružné výpravy za poznáním světa, schopnost to nové tvořivé (třeba i originálně) zpracovat apod.*“ (Matějček a Dytrych, 2002, s. 112).
- Svědomitost – Svědomitost lze podle Matějčka a Dytrycha (2002) popsat spolehlivostí, pracovitostí, pečlivostí, disciplinovaností, pilností, cílevědomostí, vytrvalostí a rozhodností. Když je na jedince spolehnoutí, dává to lidem okolo pocit jistoty.
- Extraverze – U extraverze je zřejmá otevřenost vůči lidem. Extroverti snáze navazují kontakt, jsou hovorní, dovedou se prosadit a jsou spíše oblíbení.
- Přívětivost – Lidé s přívětivostí bývají charakterizováni jako dobrosrdeční, poctiví, snášenliví, zdvořilí, tolerantní a tak dále. Tito lidé snáze vycházejí s druhými, dovedou s větší lehkostí najít přátele a v nich i sociální oporu.
- Citová stabilita – Jde o nervovou stabilitu či odolnost. Jedinci s citovou stabilitou mají dost sebedůvěry, vnitřní jistoty, jsou klidní a vyrovnaní, nedají se lehce vyvést z míry, mají dost odvahy, nejsou náladoví, úzkostní ani zlostní. Také se lehce zotavují po psychickém úrazu a jsou přirozenou oporou pro ostatní.

2.2 Sourozenec

2.2.1 Vztah se sourozcem

Vztah se sourozcem je často nejdéle trvajícím vztahem v životě (Vágnerová, 2007). Tento vztah je podle Nováka (2007) zvláštní, výlučný a zajímavý. Nevybíráme si svého sourozence, je nám přidělen, a většinou tak musíme trávit dost času s člověkem, kterého jsme si aktivně nevybrali.

Podle Vágnerové (2007) i Nováka (2007) se jedná o nezrušitelný vztah končící smrtí jednoho ze sourozců. S tímto názorem nesouhlasím a osobně si myslím, že tento vztah, jako všechny ostatní, může být ukončen například nezájmem ze strany jednoho nebo obou sourozců. Také si myslím, že tento vztah se mezi sourozenci, kteří se díky složitým rodinným situacím neznají, nemusí vůbec rozvinout.

Podle Nováka (2007) mohou být sourozenecké vztahy i prvkem rodinné svépomoci, kde si sourozenci nahrazují to, co jim chybí od rodičů.

Podle Vágnerové (2005) také tyto vztahy umožňují přenést sociální zkušenost a dovednosti, které se děti naučily od rodičů, na vztah s vrstevníky. Takže sourozenec je v rodině alternativní zdroj sociálních zkušeností. Starší sourozenec si v tomto vztahu může vyzkoušet nadřazenou roli, pro děti tak vzácnou. Mladší sourozenec může mít ve starším vzor, který je pro něj srozumitelnější než dospělý. Sourozenci také mohou být spojenci za dosažení společného cíle (například při hře), ale i soupeři o rodičovskou pozornost a výhody.

Sourozenecký vztah má určité dimenze (Vágnerová, 2007). Například ho charakterizuje míra poskytování pomoci, podpory a míra odpovědnosti k sourozcem. Na rozdíl od vztahu dítěte a rodiče, není v sourozeneckém vztahu pomoc a podpora očekávána tak samozřejmě. V sourozeneckém vztahu je pomoc a podpora také spíše očekávaná v symetrické, reciproční podobě. Další dimenzí vztahu může být četnost a charakter vzájemných vztahů. Další charakteristikou je například míra žárlivosti a rivalry. Míra rivalry je podle Nováka (2007) normální, když jde o mírnou rivalitu a výchovně zvladatelnou, odklonitelnou nechuť o něco se dělit. Mezi patologické projevy rivalry zahrnuje hlavně otevřené nepřátelství, fyzické napadání sourozence, dále regresi do nižšího již překonaného vývojového období a negativní projevy v rámci širšího spektra vztahů (například neposlušnost, negativismus, zhoršení školního prospěchu, krádeže, hysterické projevy).

2.2.1.1 Proměnné ovlivňující vztah

Tento vztah je ovlivněn mnoha proměnnými. Některé z nich zde popíši.

A. Věkový rozdíl mezi sourozenci – Čím je věkový rozdíl menší, tím je sourozenecký vztah intenzivnější (v přátelství i ve sporech) a naopak. Optimální věkový rozdíl je obvykle uváděn jako tři roky (Novák, 2007).

B. Pohlaví sourozence – Podle Nováka (2007) pohlaví ovlivňuje postavení, projevy i přijímání v sourozenecké konstelaci.

C. Sourozenecké konstelace – Pořadí narození souvisí s pravděpodobností výskytu jistých osobnostních rysů a způsobů chování.

Tradičně je **jedináček** je popisován jako rozmazlený, sebestředný a nespolečenský. Moderní přístup ale oceňuje často zvýšenou péči rodičů (finanční, časovou i zájmovou), na jejímž základě dochází k lepšímu rozvoji intelektu a zájmů. U dítěte se pak s větší pravděpodobností rozvinou vlastnosti jako: odpovědnost, svědomitost, vyšší sebevědomí, asertivita, dominance a zastávání konzervativního postoje řádu a pořádku. Problémy nastávají, jestliže je dítě nechtěné nebo tzv. vymodlené (jehož početí a donošení bylo spojeno s náročnou léčbou), což se u jedináčků vyskytuje častěji. Také necitelná výchova předjímající egoismus u dítěte, může způsobit problémy s tím, že se dítě v budoucnu nebude umět bránit (Novák, 2007). Vágnerová (2005) upozorňuje i na to, že rodiče jedináčka mnohdy bývají úzkostnější, mají větší sklon k manipulaci a hyperprotektivitě a často mají na dítě velké nároky.

Nejstarší dítě většinou získává v sourozeneckých vztazích dominantní pozici. Rodiče jej vnímají jako zralejší, dávají mu privilegia, ale taky na něj mají velké nároky. Rodičovské očekávání často rozvíjí rysy jako je ambicióznost, motivace k výkonu a k sebeprosazení (Vágnerová, 2005). Podle Nováka (2007) mají tyto děti zbytečný pocit odpovědnosti a vyšší sklon kontrolovat. Narození dalšího dítěte do rodiny může být pro jedináčka dosti traumatické.

Nejmladší dítě přichází do rodiny většinou tehdy, když jsou kariéerní a majetkové cíle rodičů už naplněny. V rodině se k nejmladšímu často zaujímá ochranný přístup (Novák, 2007). Podle Vágnerové (2005) jsou rodiče k tomuto dítěti více shovívaví, více mu odpustí a tolerují, ale na druhou stranu toto dítě v rodinném systému zaujímá podřízené postavení a často je mu upírána odpovědnost, která by vývojově odpovídala věku. Vlastnosti, které se častěji objevují u nejmladších dětí, jsou extroverze, sklon revoltovat proti zaběhlým normám a pravidlům (Novák, 2007).

Prostřední děti zažívají to, co je v konstelacích problematické, spojují se u něj jak problémy nejstaršího tak nejmladšího. Ale na druhou stranu většinou tyto děti umí využívat situace, přizpůsobit se, vyjednávat, navrhopvat a dodržovat kompromisy a někdy i manipulovat (Novák, 2007).

Důsledky pořadí narození a sourozenecké konstelace shrnuje současný adlerián, Nicoll (2007, in Novák, 2007, s. 24), takto:

- „Čím více je v rodině soutěživosti, tím výraznější jsou účinky pořadí narození.“

- *Typické je, že prvorozené a druhorozené dítě, zejména pokud jde o děti stejného pohlaví, jdou při hledání svého místa v životě odlišným směrem.*
- *Handicapované dítě zaujímá v rodině pozici mladšího dítěte. To může jeho sourozence buď odrazovat, nebo obohacovat.*
- *Dítě se obvykle neangažuje ve sférách, kde jeho sourozenec vyniká. Naopak často se snaží vyniknout tam, kde sourozenec neuspěl.*
- *Velmi úspěšné děti jsou pro sourozence výzvou, ale také mohou být zdrojem stresu.*
- *Pohlaví formou gender role ovlivňuje životní plány dítěte.*
- *Věkový rozdíl mezi dětmi činící pět a více let formuje nové sourozenecké konstelace.“*

D. Přístup rodičů – Podle Vágnerové (2005) vztah závisí i na tom, jak se rodiče dokáží do svých dětí vcítit a jak jim prezentují své postoje. Vzájemné necitlivé srovnávání sourozenců a neschopnost reagovat ve výchově na specifické individuální potřeby jednotlivých sourozenců může narušovat vztah sourozenců (Novák, 2007). Vztah se podle Nováka též horší, jestliže se od staršího požaduje převzít odpovědnost za mladšího v době, kdy na to starší nestačí. Sourozenecký vztah též negativně ovlivňuje vyšší míra hostility rodičů (Mowe a kol., 2001, in Vágnerová 2005). V dospělosti sourozenců často matka ovlivňuje soudržnost celé rodiny a tedy i sourozenců (Vágnerová, 2007).

E. Materiální zázemí – Důležitá je pro dítě například možnost soukromí. Podle Nováka (2007) jsou mnohé hádky ovlivněny nedostatkem prostoru v dětském pokoji.

2.2.1.2 Vývoj vztahu

Sourozenecký vztah prochází mnoha transformacemi, které se uskutečňují díky obecným vývojovým proměnám, ale i díky individuálním specifickým zkušenostem. První krizové období nastává již při narození sourozence do rodiny. Novorozenec může, zvláště u dětí, které jsou mladší než 3 roky, být brán jako vetřelec. Starší sourozenec hledá jistotu, že je milován, často reaguje regresí, tak aby upoutal rodičovskou pozornost. Ve školním věku se vztahy mezi sourozenci většinou stabilizují a to až do puberty, ve které je zase narušena rovnováha vztahů. Zatímco o mladší sourozence dospívající často ztrácí zájem, tak starší sourozenec bývá dospívajícím většinou napodobován, obdivován a dospívající se s ním identifikuje více než dříve. Někdy hlavně, když je starší sourozenec rodiči více ceněný, dochází k deidentifikaci se starším sourozencem, takže dospívající se chce co nejvíce lišit. Pokud dospívají oba sourozenci najednou, vytvářejí někdy koalici, která oběma slouží jako podpora v osamostatňování (Vágnerová, 2005).

Obvykle po odchodu ze společné domácnosti klesá u sourozenců četnost kontaktů až do středního věku. Ve věku střední a pozdní dospělosti většinou začnou být setkání zase častější, někdy dokonce dochází k znovunavázání vztahu. S věkem většinou pro člověka narůstá hodnota sourozeneckého vztahu. Ve stáří má tendenci narůstat citová vřelost a senioři většinou stahují svůj sociální život a více se zaměřují na své rodinné společenství (Vágnerová, 2007).

2.2.2 Vliv sourozence

Podle Vágnerové (2007) sourozenecký vztah značně ovlivňuje celou osobnost. Langmeier a Krejčířová (1998) zmiňují, že vztah se sourozencem je velmi významným činitelem emočního vývoje, protože dítě se sourozencem se musí více zaměřovat na vnitřní stav druhých. Rodiče totiž méně vyjadřují své emoce a obecně se více přizpůsobují než sourozenec.

Novák (2007) a Leman (1997) mluví o to, že sourozenecké vztahy značně ovlivňují volbu životního partnera. Leman (1997) si myslí, že tyto vztahy mají vliv i na výběr povolání a na budoucí rodičovství.

3 Rodina s jedincem trpícím hraniční poruchou osobnosti

3.1 Problémy rodinných příslušníků jedince s psychickým onemocněním

Jedním z hlavních problémů rodinného příslušníka psychicky nemocných je podle Dörnera a kolektivu (1999) pocit viny a problémy z něho vyplývající. Je potřeba, aby se rodinný příslušník psychicky nemocného z této viny osvobodil, tak aby se stal opět partnerem v činech a v jednáních a mohl převzít nebo odmítnout odpovědnost. Dále ve své knize zmiňuje i jiná problematická témata: pocity bezmoci, beznaděje, strachu, nejistoty, osamělosti a izolace.

Podle Koeninga (in Dörner a kol., 1999) mají rodiny s psychotickými pacienty často letité strastiplné zkušenosti s psychickým utrpením a psychiatrickou péčí. Autor zmiňuje problémy se společným bydlením s psychicky nemocným, ať už s narušováním rytmu a zvyků rodiny, nebo s výkyvy projevů duševní poruchy a s nimi spojenou nejistotou a strachem z budoucnosti. Dále se také autor dotýká problému viny, pochybnosti o sobě a stigmatizace. Psychická nemoc v rodině se stále považuje za velkou ostudu a málokdo má odvahu o této ostudě mluvit. Často u rodinných příslušníků dochází k úzkostlivému zatajování a k postupné sociální izolaci, která je ještě umocněna častým odmítáním a nepochopením ze strany sociálního okolí. K izolaci může docházet nejenom s vnějším prostředím rodiny, ale i ve vztazích uvnitř rodiny, což se projevuje mlčenlivostí a uzavíráním svých trápení v sobě. Dále Koening rozebírá problémy, které mají rodinní příslušníci psychicky nemocného s odborníky na psychické zdraví. Často podle něho, díky nešetrnému zacházení odborníků, dochází ještě k zesílení pocitu viny rodinných příslušníků. Na jednu stranu se s rodinnými příslušníky mnohdy počítá jako s příčinnou, tedy i jako s překážkou k uzdravení nemocného jedince a na druhou stranu se s nimi počítá jako s primárními pečovateli, v případě nesamostatnosti nemocného jedince. I kdyby rodinní příslušníci chtěli zastávat roli pečovateli a aktivně se zapojovat do léčby nemocného člena, tak mnohdy o jejich aktivní spolupráci nemají odborníci zájem. Koening zmiňuje, že podle předběžného výsledku vyhodnocení modelového programu, se pouze u 4% případů spolupracuje s rodinou v rehabilitaci paci-

enta. Rodinní příslušníci si stěžují na nezájem odborníků o jejich problémy a o navázání spolupracujícího vztahu. Snaha odborníků na psychické zdraví a snaha aktivních rodinných příslušníků se tím rozděluje na dvě špatně komunikující jednotky, které se odděleně snaží porozumět a řešit psychickou nemoc jedince. Koening též upozorňuje na často nedostačující, nejasné informace o psychické nemoci jedince, které rodiny od odborníků dostávají.

Také Starková a Stark (in Dörner a kol., 1999) zdůrazňují potřebu vysvětlení a poradenské pomoci, k tomu, aby se rodinní příslušníci psychicky nemocných mohli lépe přizpůsobit změnám a aby porozuměli svému psychicky nemocnému příbuznému a jeho nemoci.

3.2 Potřeby sourozence jedince s psychickým onemocněním

V této kapitole bych nejdříve popsala potřeby dětí obecně. Dítě pro zdravý psychický vývoj musí mít podle Matějčka a Dytrycha (1994) naplněné tyto potřeby. Za první má dítě potřebu určitého množství, proměnlivosti a kvality vnějších podnětů, tak aby bylo správnou mírou aktivizované. Za druhé má dítě potřebu smysluplného světa, což zahrnuje potřebu určité stálosti, řádu a smyslu v podnětech. Díky uspokojení této potřeby se z podnětů můžou stát zkušenosti, poznatky a pracovní strategie. Za třetí má dítě potřebu prvotních emocionálních a sociálních vztahů. Naplňování této potřeby přináší dítěti schopnost vnitřní integrace jeho osobnosti a pocit životní jistoty. Čtvrtá je potřeba společenského uplatnění a společenské hodnoty, její uspokojení přináší zdravé uvědomění vlastního já, vlastní identity. Pátá je potřeba otevřené budoucnosti nebo životní perspektivy. Uspokojení této potřeby souvisí s nadějí a podněcuje dítě k aktivnímu přístupu v životě.

Protože se v literatuře málo zmiňují o potřebách sourozence jedince s hraniční poruchou osobnosti, pokusím se najít v potřebách sourozenců, jedinců jinak psychicky či fyzicky nemocných, potřeby, které by se mohly týkat i sourozenců hraničních jedinců.

Říčan a Krejčířová (1997) vyjmenovávají potřeby sourozenců postiženého jedince. První potřeba je potřeba informace. Myslím si, že i pro sourozence hraničních jedinců, by mohlo být důležité, mít znalosti o hraniční poruše osobnosti. I u dalších zmíněných potřeb si myslím, že jsou zobecnitelné a jsou tak důležité i pro sourozence hraničních jedinců. Tyto potřeby jsou: potřeba otevřené komunikace o problémech a o zkušenostech ve vztahu k sourozenci; potřeba uznání svých silných stránek a svých potřeb ze strany rodičů; potřeba kvalitně stráveného času v individuální interakci s rodiči; potřeba kontaktu a opory a potřeba nalezení způsobu, jak se vyrovnávat se stresujícími událostmi. Stresující události u sourozence jedince s hraniční poruchou osobnosti jsou sice odlišné, ale potřeba vyrovnání se je přenesitelná.

3.3 Situace v rodině s jedincem s hraniční poruchou osobnosti

U této kapitoly jsem čerpala převážně ze zahraničních výzkumů, protože v našich podmínkách je literatury k tomuto tématu velice málo.

3.3.1 Vliv jedince s hraniční poruchou osobnosti na rodinné příslušníky

Hraniční porucha osobnosti přináší těžké zážitky nejen pacientům, ale i jeho rodinným příslušníkům (Hooley, Hoffman, 1999, in Hoffman, Buteau, Hooley, Fruzzetti a kol., 2003). Sedm z devíti symptomů hraniční poruchy osobnosti (HPO) uvedených v DSM IV ovlivňuje vztahy přímo: strach z opuštění, intenzivní hněv, nestabilní vztahy, impulzivita, sebevražedné chování, afektivní nestabilita, narušená identita. Dvě zbývající kritéria, pocity prázdnoty a se stresem související paranoia anebo disociace, ovlivňují rodinné vztahy nepřímo (Hoffman, Buteau, Hooley, Fruzzetti a kol., 2003). I podle Americké psychiatrické asociace (2000, in Scheirs, Bok, 2007) jsou hlavními charakteristikami hraniční poruchy osobnosti intenzivní a nestabilní mezilidské vztahy a také impulzivní chování. Proto lze předpokládat, že rodinní příslušníci hraničních jedinců jsou vystaveni velké zátěži.

A. Zátěž ve vícero oblastech v primární rodině

Zátěž rodičů jedinců s hraniční poruchou osobnosti zkoumali autoři: Goodman, Patil, Triebwasser, Hoffman a kol. (2011). Pomocí anonymního internetového průzkumu se ptali těchto rodičů na vliv projevů hraniční poruchy osobnosti u jejich dítěte, a také na šest oblastí jejich života. Tyto oblasti zahrnovaly: **fyzické a emocionální zdraví, manželství, práci, životní úroveň, společenský život a dráhu kariéry**. Dále se posuzovala i finanční zátěž spojená s hraniční poruchou osobnosti. Více než 50% rodičů potvrdilo 4 nebo více ze 6 položek zátěže. Zátěž měla největší dopad na emoční zdraví, to bylo ovlivněno u více než 88% rodičů. Dále se v tomto průzkumu autoři ptali i na aspekty života dítěte od prenatálního věku do mladé dospělosti, ve výsledku aspekty symptomů hraniční poruchy osobnosti souvisely s intenzitou zátěže u rodičů. Tyto aspekty zahrnovaly například: problémy v adolescenci s předvádivým chováním, ničení majetku, příznaky bludů a symptomy halucinací. Mnozí z rodičů také zaznamenali značnou finanční zátěž spojenou s tímto onemocněním. Průměrné finanční náklady během roku po diagnóze byly: \$14,606 z vlastní kapsy a \$45,573 bylo fakturováno pojišťovně.

Finanční zátěž se objevila i v 5-ti klíčových tématech ve výzkumu Buteaua, Dawkinse a Hoffmana (2008). Autoři zkoumali dopad hraniční poruchy osobnosti na rodinné příslušníky hraničních jedinců. V hodinových polostrukturovaných rozhovorech s rodinnými příslušníky

se objevovalo 5 klíčových oblastí: (1) problémy s přístupem k **informacím o hraniční poruše osobnosti**; (2) problémy s **odborníky a institucemi péče o duševní zdraví**; (3) dlouhodobá **beznaděj**; (4) **zmenšující se sociální síť** a (5) **finanční zátěž**.

Odborníci, kteří diagnostikovali nemocného příbuzného, prý často rodinným příslušníkům neposkytli potřebné informace. Rodinní příslušníci tak získávali informace na vlastní pěst, ale tyto informace byly často zastaralé a byli bez směřování, které by jim pomohlo najít vhodnou léčbu. Toto ještě víc podporovalo pocity beznaděje rodinných příslušníků.

Dále si rodinní příslušníci často stěžovali na stigmatizaci ze strany systému péče o duševní zdraví. Rodinní příslušníci v tomto výzkumu vyjadřovali frustraci, kterou pociťovali při setkávání se se systémem péče o duševní zdraví. Většina rodinných příslušníků také měla zkušenosti s tím, že byli vytlačeni z procesu léčby nebo byli stále posíláni jinam. Rodinní příslušníci také měli problém najít psychoterapeuta, který by byl v oblasti hraniční poruchy osobnosti dostatečně vzdělaný.

Dále příbuzní lidí s hraniční poruchou osobnosti často vyjadřovali pocit dlouhodobé beznaděje, pocit, že se situace nikdy nezlepší. Většina příbuzných vypovídala, že se už smířili s tím, že se o příbuzného s hraniční poruchou osobnosti budou starat v následujících letech sami. Naději jim prý dodává nalezení léčby, která by mohla fungovat, nebo nalezení podpůrných skupin.

Další klíčovou oblastí je téma zmenšující se sociální sítě. Většina rodinných příslušníků uvádí, že jejich přátelé a známí jsou frustrováni tím, že tito rodinní příslušníci stále hovoří o těch samých problémech. Většina rodinných příslušníků se tak cítí ve svém boji osaměle. K těmto obtížím mnohdy ještě přispívá obviňování rodičů z toho, že způsobili svým dětem toto onemocnění. Stigma se u rodinných příslušníků míchá s pocitem viny z toho, že nerozumějí, co se s jejich nemocným příbuzným děje.

Posledním klíčovým tématem je finanční zátěž. Někteří rodinní příslušníci uváděli problémy s pojišťovnami (v systému zdravotního pojištění v USA) a mnozí uváděli finanční problémy vycházející z chování příbuzného s hraniční poruchou osobnosti (například dluhy).

Případová studie (Penny, Woodward, 2005, in Giffin, 2008) a nepublikované úvahy z fóra cílové skupiny (Lefley, 2005, in Giffin, 2008) také naznačují několik témat v životních zkušenostech rodin v souvislosti s hraniční poruchou osobnosti. Tyto témata zahrnují: vyrovnávání se s **vícenásobnými diagnózami**; vyrovnání se s jedincovým opakovaným **sebepoškozováním** a s vyhrožováním **sebevraždou** či s pokusy o ní; **hledání vysvětlení** chování jedince. Rodiny také podle těchto studií zažívají **sebeobviňování**, **sociální stažení** a **napětí v rodinných vztazích**, **problémy s psychiatrickým systémem** a tak dále.

Další výzkum (Giffin, 2008), který se zabýval zkušeností rodinných příslušníků jedinců s hraniční poruchou osobnosti, též uvádí těžkosti v mnoha oblastech. Tato studie se zaměřila na

příbuzné hraničních jedinců s dlouhou historií sebepoškozování a/nebo pokusů o sebevraždu. Bylo zjištěno, že rodinní příslušníci trpí chronickým, traumatizujícím stresem a že role a vztahy v rodině, stejně jako vztahy mezi rodinou a psychiatrickým systémem, jsou napjaté.

Prvním tématem, které vyplynulo z nestrukturovaných rozhovorů této kvalitativní studie, byl **chronický a traumatizující stres**. Rodiče zažívají dlouhotrvající stres, který vzniká z opakovaných zážitků sebepoškozování jedince s hraniční poruchou osobnosti a ze strachu o něj. Objevuje se u nich emocionální napětí, vyčerpání pro nedostatek spánku a obavy o své fyzické zdraví. Rodiče se také cítí traumatizováni a jejich odpovědi naznačují, jak traumata, tak posttraumatický stres.

Druhým tématem je **dilema odpovědnosti a podpory**. Rodiče mnohdy dostávají od odborníků smíšené nebo protichůdné zprávy o tom, jak velkou podporu by měli poskytovat. Často jsou rozpolceni mezi tím, že by chtěli pečovat a podporovat své dítě, ale bojí se toho, že by tím mohli posilovat sebepoškozující chování. Další téma, které se u rodičů objevuje, je hledání smyslu celé situace. Rodiče hledají vysvětlení této situace ve své genetice, ve svém rodičovství, fyzickém zdraví, psychickém zdraví, rodinné historii a tak dále. Toto hledání bývá bolestné, některé rodiče to vede k bližšímu zkoumání sami sebe a k vyhledání pomoci od odborníků na psychické zdraví.

Čtvrtým tématem je vliv projevů hraniční poruchy osobnosti na **vztahy v rodině**. Pouto mezi matkou a dítětem s hraniční poruchou osobnosti bývá často vlivem aktivní péče intenzivnější. Tento vztah je také charakteristický smíšenými pocity lásky a hněvu. Péče o dítě s hraniční poruchou osobnosti mnohdy vytváří napětí v partnerském vztahu, zvláště když spolu pár nesouhlasí ve výši podpory, kterou by měli dávat. V případě, že matka soustředí svou energii na péči o dítě s hraniční poruchou osobnosti, tak se její vztahy s partnerem a s ostatními dětmi mohou více oddalovat. Členové rodiny často mají na situaci jedince s hraniční poruchou osobnosti odlišné názory, které zvyšují napětí a více rozevírají vztahy v rodině. **Sourozenci** bývají znepokojeni matčíným zdravím, projevují méně tolerance k sebepoškozujícím chováním svého hraničního sourozence a nejspíš jsou připravenější vyjádřit očekávání toho, že by za sebe hraniční sourozenec měl mít větší odpovědnost. Sourozenci se někdy, když jejich psychicky nemocný sourozenec bydlí doma, rozhodnou nenavštěvovat své rodiče. Zdá se, že se jejich pocity pohybují od zájmu a podpory po oddálenost, rozčílení a dokonce i nenávisť. I když mají sourozenci už svoje děti, tak mnohdy jsou rodinné vztahy dále napjaté, protože prarodiče nejsou schopni, kvůli péči o psychicky nemocného, s vnoučaty (dětmi „zdravého“ sourozence) trávit tolik času.

Další téma, které se u těchto rodičů objevuje, se týká **systému péče o duševní zdraví**. Odborníci na psychické zdraví poskytují často pečujícím rodičům malou podporu. Rodiny jsou ze strany odborníků vystaveny nedůslednosti a občas i protichůdným radám. U lékařů a různých týmů se zdá, jako by spolu skoro vůbec nekomunikovali. Setkání rodičů s odborníky je často frustrující a dokonce i zastrášující, zvláště když je přítomný velký počet lékařů. Setkání

uspořádaná pro dobro rodiny, pouze za účelem spolupráce, podpory a pomoci rodinám, jsou neobvyklé.

Zdravotní systém rodičům přijde složitý, matoucí a občas protichůdný. Rodiče si přejí mít snadný přístup k respltní péči pro svého potomka s hraniční poruchou osobnosti. Krátkodobé respltní služby by jim mohly umožnit odpočinout si od intenzivního pečování, mohly by jim dát čas k podpoře svých vztahů a sebe a snížit jejich strach při dovolené.

B. Emoční zátěž

Vztah mezi množstvím **distresu** u pečovatelů (o jedince s hraniční poruchou osobnosti) a závažností stavu pacientových příznaků byl opakovaně potvrzen v různých výzkumech⁴. Zvýšené hladiny **deprese** těchto ošetřovatelů byly nalezeny ve většině studií (například v těchto výzkumech⁵). Zátěž na pečovatele má dvě dimenze: tzv. objektivní a subjektivní dimenzi (Hoenig, Hamilton, 1966, in Scheirs, Bok, 2007). Objektivní zátěž se vztahuje k plnění určitých úkolů, které zasahují do každodenního života, a subjektivní zátěž souvisí s pocitem pečovatelů (Biegel a kol., 1991, in Scheirs, Bok, 2007). Ve výzkumu Schulze a kolektivu (1985, in Scheirs, Bok, 2007) rodinní příslušníci pacientů s hraniční poruchou osobnosti označili zátěž na rodinu v 15-ti % případů za extrémní. V průměru označili zátěž na rodinu jako mírně vyšší, než je zátěž spojená s vážnou fyzickou nemocí příbuzného.

Scheirs a Bok (2007) vytvořili výzkum, ve kterém se také zabývali zátěží pečovatelů o jedince s hraniční poruchou osobnosti. Respondenti byli nejen příbuzní (rodiče a sourozenci) ale i nepříbuzní (přátelé, partneři). U skupiny pečovatelů jako celku se zaznamenalo vyšší skóre u všech příznaků dimenzí SCL-90 (inventář, který byl vytvořený na zachycení širokého rozsahu psychických problémů) než u běžné populace. Tyto rozdíly jsou významné nebo dokonce velmi významné pro všechny dimenze: **úzkost, agorafobie, deprese, somatizace, nedůvěra a přecitlivělost v mezilidských vztazích, deficit v myšlení a jednání, spánkové problémy a hostilita**. Příbuzní pečovatelé skórovali nad běžnou populací ve všech subškálách, kdežto nepříbuzní ošetřovatelé skórovali nad běžnou populací ve všech subškálách kromě agorafobie a somatizace. U hostility nepříbuzní ošetřovatelé uváděli víc symptomů než příbuzní ošetřovatelé. Velmi podobné výsledky o distresu příbuzných a nepříbuzných ošetřovatelů ukazují na to, že zvýšené úrovně distresu nemůžou být plně vysvětlené jen dědičností a sdílenou rodinnou historií ošetřovatele a pacienta. Na druhou stranu se neví, jestli tyto výsledky u nepříbuzných ošetřovatelů nemůžou být způsobené tím, že si pacient nebo ošetřovatel vybírá partnera, který je mu vysoce podobný v úrovni distresu a well-beingu. Vedlejší zjištění autorů Scheirse a Boka (2007) ukazují toto: vyšší věk a ženské pohlaví ošetřovatele bylo asociované s vyššími skóry deprese u ošetřovatele; péče o mužského pacienta byla asociovaná s vyššími skóry hostility; vyšší věk byl asociovaný se zvýšenými problémy se spánkem.

C. Zátěž na partnerský vztah jedince s hraniční poruchou osobnosti

Z předcházející kapitoly je vidět, že emoční zátěž se znatelně týká i přátel a partnerů jedinců s hraniční poruchou osobnosti.

Výzkum autorů Whisman, Schonbruna (2009) se zabýval sociálními důsledky symptomů hraniční poruchy osobnosti na manželství a to konkrétně na **manželský distres**, **manželské násilí** a **rozvrat manželství**. Respondenti z tohoto výzkumu byli na populaci založení dospělí lidé s hraniční poruchou osobnosti v manželském svazku. Výsledky ukázaly, že závažnost symptomů hraniční poruchy osobnosti byla pozitivně asociována s manželským distresem, s pácháním drobného i závažného manželského násilí a s manželským rozvratem. Dále tyto asociace zůstaly významné i po zkontrolování komorbidity. Toto zjištění značí, že symptomy hraniční poruchy osobnosti jsou spojené s několika důležitými prvky zhoršení sociálního fungování.

3.3.2 Informace o hraniční poruše osobnosti

A. Oznámení diagnózy hraniční poruchy osobnosti

K reakci na oznámení diagnózy hraniční poruchy osobnosti se vyjadřují Dušek a Večeřová-Procházková (2010). Zmiňují, že zatímco reakce jedince s hraniční poruchou osobnosti na sdělenou diagnózu často bývá zklamání, katastrofizace až zoufalství a to hlavně kvůli tomu, že porucha osobnosti je popisována jako celoživotní a nezměnitelná charakteristika, tak rodina toto sdělení přijímá s osvobozujícím pocitem, protože konečně nachází vysvětlení toho, jak specificky zvláště se jejich příbuzný chová. Dále je ale rodinám nutné podle Duška a Večeřové-Procházkové (2010) též sdělit závažnost onemocnění, potřebu dlouhodobé terapie hraničního jedince a také jeho potřebu aktivní podpory ze strany rodiny.

B. Vědomosti rodinných příslušníků o hraniční poruše osobnosti

Podle Hoffmana, Buteauho, Hooleyho, Fruzzettiho a kol. (2003) je momentálně málo informací o tom, kolik toho rodinní příslušníci o hraniční poruše osobnosti vědí. Ale stejně jako Koening (in Dörner a kol., 1999) u rodinných příslušníků psychotických pacientů, i Fruzzetti, Fruzzetti, Hoffman (1998, in Hoffman, Buteau, Hooley, Fruzzetti a kol., 2003) a Hoffman, Fruzzetti, Swenson (1999, in Hoffman, Buteau, Hooley, Fruzzetti a kol., 2003) u rodinných příslušníků jedinců s hraniční poruchou osobnosti, objevují **pocity zmatku**, **nedostatku znalostí** a **nedostatku kompetence**.

Hoffman, Buteau, Hooley, Fruzzetti a kol. (2003) prováděli výzkum, kde se zaměřili na úroveň znalosti o hraniční poruše osobnosti právě u rodinných příslušníků hraničního jedince, a na to, jak je tato úroveň spojená s distresem, zátěží, depresí rodinného příslušníka a jeho hostilitou vůči hraničnímu jedinci. Velmi znepokojující jsou výsledky, ve kterých víc než

třetina rodinných příslušníků jedince s hraniční poruchou osobnosti, ví o této poruše velmi málo.

Autoři Hoffman, Buteau, Hooley, Fruzzetti a kolektiv (2003) předpokládali, že vzhledem k objevujícím se pocitům zmatku, nedostatku znalostí a nedostatku kompetence u rodinných příslušníků, bude větší úroveň vědomostí přinášet rodinným příslušníkům: menší úroveň distresu; menší úroveň zátěže; menší úroveň deprese a menší úroveň hostility vůči hraničnímu jedinci. Tento předpoklad se ale překvapivě nepotvrdil. Čím víc rodinní příslušníci věděli o hraniční poruše, tím víc bylo pravděpodobné, že budou mít vysoké depresivní skóre, že budou cítit větší zátěž a větší distres a že budou vyjadřovat víc hostilní postoje ke svému příbuznému pacientovi. Bohužel z tohoto výzkumu nelze zjistit směr efektu korelací. Tedy jestli víc vědomostí vede k horšímu emočnímu well-beingu, anebo jestli rodinní příslušníci, kteří jsou depresivní, rozrušení a cítí zátěž, jsou ti, kteří jsou nejvíce motivováni zjistit si o hraniční poruše osobnosti co nejvíce. Každopádně tyto zjištění zpochybňují hodnotu obyčejného získávání informací o hraniční poruše osobnosti. Bohužel u hraniční poruchy osobnosti není všeobecný konsenzus v několika klíčových aspektech této poruchy (hlavně v etiologii, v diagnóze a v prognóze). Hraniční porucha osobnosti je tak těžko pochopitelná ze strany rodinného příslušníka. Též autoři pochybují o přesnosti a kvalitě zdrojů informací, které se dostávají k rodinným příslušníkům. V kontextu neregulovaných zdrojů může docházet k desinformacím, ze kterých rodinní příslušníci mohou být ještě více zmateni. Autoři doporučují podávat rodinným příslušníkům pravdivé a vybalancované vědomosti.

Tyto vědomosti by mohli získat právě z programů rodinného vzdělávání. Tam jsou rodinným příslušníkům poskytnuty informace na taková témata jako: charakteristické symptomy poruchy, její etiologie, možnosti léčby, dostupnost léků a prognóza. Výzkumy⁶ modelu rodinné edukace dokumentují, že zapojení rodinných příslušníků pozitivně koreluje s dobrými pacientovými výsledky a se zvýšením well-beingu rodinných členů.

3.3.3 Charakteristika rodin s jedincem s hraniční poruchou osobnosti

Ve výzkumu Ogaty a kolektivu (1990, in Weaver, Clum, 1993) zabývajícím se rodinným klimatem, byla u těchto rodin zjištěna signifikantně **nižší koheze** před a po adolescenci a signifikantně **více konfliktů** po adolescenci jedince s hraniční poruchou osobnosti. Dále jsou velmi časté výpovědi hraničních pacientů o **sexuálním zneužívání**, to potvrzují například tyto výzkumy hospitalizovaných pacientů: Ogata a kolektiv (1990, in Weaver, Clum, 1993); Westenetal (1990, in Weaver, Clum, 1993) a tento výzkum ambulantních pacientů: Herman, Perry, & Van der Kolk (1989, in Weaver, Clum, 1993). Další výzkumy⁷ zjistily, že **fyzičné týrání** specificky odlišuje jedince s hraniční poruchou osobnosti od ostatních psychiatrických skupin. Dále je v těchto rodinách více **separace a ztráty** (Links a kol. 1990, in James, Vereker, 1996; Zanarini a kol. 1989, in James, Vereker, 1996); častější **selhání obou rodičů** jedince s hraniční poruchou osobnosti, mnohdy navazující na psychické onemocnění rodičů

(Gunderson a kol., 1980, in James, Vereker, 1996); a časté **výroky ponižování a obviňování** (Zanarini a kol. 1989, in Gerull, Meares, Stevenson, Korner a kol., 2008).

Ve své studii Weaver a Clum (1993) zjistili, že vysoká míra **rodinné kontroly** a **sexuálního zneužívání** signifikantně predikuje závažnost symptomatologie hraniční poruchy osobnosti. Vysokou mírou rodinné kontroly se rozumí ty rodiny, které mají mnoho pravidel a procedur na správu rodinného života.

Guttman a Laporte (2000) zkoumali empatii v rodinách žen s hraniční poruchou osobnosti, v rodinách žen s mentální anorexií a v kontrolní skupině rodin žen bez klinické diagnózy. Vyšlo jim, že rodiče žen s hraniční poruchou osobnosti jsou **méně empatičtí** než rodiče žen s mentální anorexií a rodiče žen v kontrolní skupině. V interview se všichni rodinní příslušníci (rodiče i dcera) v rodinách s hraniční poruchou osobnosti shodli na tom, že oba rodiče byli ke své dceři neempatičtí, shodli se na relativní **absenci empatického rodičovství**. Tento nedostatek empatie vykazovaný oběma rodiči je kongruentní s postulátem „selhání obou rodičů“, který je považovaný za rizikový faktor vývoje hraniční poruchy osobnosti (Links, 1990, in Guttman, Laporte, 2000; Paris & Frank, 1989, in Guttman, Laporte, 2000). Ale je též možné, že tito rodiče byli neempatičtí specificky vůči této dceři. Kvůli tomu, že mohli mít potíže s identifikováním se s úzkostí jejich dcery a s pocíťováním empatického zájmu o ní (Guttman, Laporte, 2000). Ženy s hraniční poruchou osobnosti skórovaly nejvýše na nevyzrálých a nejnižší na vyzrálých aspektech empatie, zatímco skóre žen s mentální anorexií a žen z kontrolní skupiny byly všechny v normálních limitech.

Ženy s hraniční poruchou osobnosti skórovaly nejvýše ze všech dcer a rodičů na empatickém zájmu a osobním distresu a nejnižší na schopnosti, která umožňuje vidění věcí z perspektivy druhého. Tyto skóre reflektují disproporci mezi afektivními a kognitivními složkami empatie. Vysoká míra emoční složky empatie může být vysvětlena prostředím nedostačující empatie rodičů v kombinaci s jejich často nepředvídatelným zneužíváním, kde dítě potřebuje rychle a přesně číst nálady druhých lidí v zájmu svého přežití. Avšak kognitivní složka empatie (vidět věci z úhlu pohledu druhého člověka), která může být potřebná k dlouhodoběji udržitelné empatii a ke vztahové kompetenci, tedy ke schopnosti udržet dlouhodobé vztahy, u hraničních pacientů chybí (Davis, Oathout, 1987, in Guttman, Laporte, 2000; Long, Andrews, 1990, in Guttman, Laporte, 2000).

Následující tři výzkumy: Gunderson, Zanarini, Choi-Kain, Mitchell a kol. (2011); Silverman, Pinkham, Horvath, Coccaro a kol. (1991) a Riso, Klein, Anderson (2000) se zabývaly agregací rysů a psychopatologie v rodinách s jedincem s hraniční poruchou osobnosti.

První výzkum Gundersona, Zanariniho, Choi-Kaina, Mitchella a kolektivu (2011) posuzuje **agregaci hraniční poruchy osobnosti a jejich 4 hlavních oblastí: afektivní,**

interpersonální, behaviorální a kognitivní. Jedná se o rozsáhlý výzkum zahrnující 368 probandů (132 s hraniční poruchou osobnosti, 134 prokazatelně bez hraniční poruchy osobnosti a 102 s těžkou depresivní poruchou) a 885 sourozenců a rodičů probandů. V souladu s očekáváním autorů kritéria hraniční poruchy osobnosti vykazují značnou agregaci v rodinách s jedincem s hraniční poruchou osobnosti. Prevalence hraniční poruchy osobnosti byla 14,1% u příbuzných probandů s hraniční poruchou osobnosti a 4,9 % u příbuzných probandů bez hraniční poruchy osobnosti. Hraniční porucha osobnosti se tedy v rodinách shlukovala silně a signifikantně. Všechny 4 sektory vykazovaly statisticky významné úrovně rodinné agregace, přičemž afektivní a interpersonální sektory vykazovaly vyšší korelace než behaviorální a kognitivní sektory. Dalším zjištěním této studie bylo, že vztah mezi těmito 4 sektory lze nejlépe vysvětlit společnou dráhou modelu, ve kterém genetické a enviromentální faktory ovlivňují jeden latentní faktor odpovědný za hraniční poruchu osobnosti. Tento latentní faktor pak ovlivňuje kovariaci mezi těmito sektory.

Druhý výzkum Silvermana, Pinkhama, Horvatha, Coccaroa a kolektivu (1991) posuzuje **agregaci afektivních a impulzivních rysů** poruchy osobnosti u rodinných příslušníků jedince s hraniční poruchou osobnosti. Afektivní i impulzivní rysy poruchy osobnosti byly významně častější u příbuzných probandů s hraniční poruchou osobnosti, než u příbuzných probandů s jinými poruchami osobnosti nebo u příbuzných probandů se schizofrenií. V rámci jednotlivých rodin pozorovali autoři jen málo případů koincidence obou rysů. Afektivní a impulzivní rysy se tedy v tomto výzkumu objevovaly spíše nezávisle, což poskytuje podporu spíše pro dimenzionální model hraniční poruchy osobnosti, který reflektuje přítomnost dvou částečně nezávislých faktorů: chronické impulzivity a afektivní nestability. Dále v této studii bylo zjištěno, že mezi rodinnými příslušníky nebyl frekventovanější výskyt těžké afektivní poruchy. Autoři připisují vztah hraniční poruchy osobnosti s rizikem deprese u příbuzných, který se v mnohých předchozích výzkumech⁸ zjistil, spíše příčině komorbidity (hraniční poruchy a deprese) u respondenta a limitovanosti výzkumů.

Pozdější výzkum Risoa, Kleina a Andersona (2000) ale toto tvrzení vyvrací. Tito autoři zdůrazňují, že ve výzkumu Silvermana, Pinkhama, Horvatha, Coccaroa a kol. (1991) nebylo použito přímé interview s příbuznými, takže výsledky mohou být zkreslené. Riso, Klein a Anderson (2000) pracovali s 11 ambulantními pacienty s hraniční poruchou osobnosti bez poruchy nálady; se 119 ambulantními pacienty s aktuální nebipolární poruchou nálady; se 45 probandy v kontrolní skupině, kteří nikdy nebyly nemocní jakoukoliv poruchou Osy I; s 563 příbuznými ambulantních pacientů s poruchou nálady, s 54 příbuznými ambulantních pacientů s hraniční poruchou osobnosti bez poruchy nálady a se 229 příbuznými v kontrolní skupině. Riso, Klein a Anderson (2000) ve svém výzkumu použili důležité metodologické prvky, jako například: strukturované interview pro odvození diagnóz u obou skupin (probandů a příbuzných); přímé rozhovory s příbuznými; zabývání se problémem komorbidity. Výzkumníci provádějící rozhovory byli vysoce trénováni v diagnostických a klinických hod-

noceních a při rozhovorech nevěděli o tom, který respondent patří do které skupiny, tak aby bylo eliminováno zkreslení přicházející s očekáváním. Výsledky tohoto výzkumu ukazují, že příbuzní probandů s hraniční poruchou osobnosti vykazují zvýšenou míru několika poruch. Výzkum odhalil **zvýšenou míru poruch nálady, bulimie, poruch osobnosti** ve všech třech klastrech a trend k vyšší míře poruch spojených se zneužíváním psychoaktivních látek. Míra neafektivních psychotických poruch, zneužití/závislosti na alkoholu a úzkostných poruch byla podobná ve všech třech skupinách. Celkově byla míra poruch nálady u příbuzných hraničních probandů docela podobná míře poruch nálady u příbuzných probandů s poruchami nálady. Data tedy ukazují v rodinách vztah mezi hraniční poruchou osobnosti a poruchami nálady a naznačují, že zde mohou být souběžné etiologické faktory.

3.3.4 Percepce v rodinách s jedincem s hraniční poruchou osobnosti

Problematiku, jak se navzájem vnímají v rodinách s jedincem s hraniční poruchou osobnosti, tu rozebírám z důvodu toho, že díky této percepci a jejím rozdílů mezi jednotlivými příslušníky rodiny můžeme lépe pochopit situaci a konflikty v těchto rodinách. U jednotlivých členů se můžou objevovat trendy ve zkreslování vnímání ostatních členů, o kterých je dobré vědět i při interpretaci výsledků těch výzkumů, které jsou založené na výpovědi jednotlivých členů rodiny.

Touto problematikou se zabývají tyto výzkumy: Young, Gunderson (1995); Guttman, Laporte (2002); Hoffman, Buteau, Fruzzetti (2007).

Studie Younga a Gundersona (1995) se zaměřuje na hospitalizované adolescenty s hraniční poruchou osobnosti a jejich příbuzné. Jako kontrolní skupinu použili autoři hospitalizované adolescenty s jiným psychickým onemocněním a jejich příbuzné. Ve výzkumu se hodnotily vnímané atributy adolescenta od jeho rodičů a od adolescenta samého. V souladu s očekáváním tento výzkum objevil **závažnější rozkol** mezi vnímáním rodiny a vnímáním adolescenta s hraniční poruchou osobnosti. Též se v těchto rodinách ukázala větší shoda mezi rodiči, ve vnímání adolescentových atributů.

Detailní výsledky ukazují, že adolescenti s hraniční poruchou osobnosti sami sebe viděli jako signifikantně **více odcizené** od rodiny, než jak sami sebe viděli adolescenti bez této poruchy. Tento výsledek se objevuje i v dřívějším výzkumu (Perry a kol., 1990, in Young, Gunderson, 1995), ve kterém dospělí pacienti s hraniční poruchou osobnosti hlásili více negativních rodinných situací než hlásili pacienti s jinými poruchami osobnosti. To naznačuje, že adolescenti s hraniční poruchou osobnosti nepopírají jednoduše své obtíže, ale vidí je jako více intrarodinné. Další zjištění ukazuje, že rodiče hraničních adolescentů nevnímají své adolescenty jako obzvláště odcizené. Podle autorů už tento rozpor potvrzuje odcizení. Adolescenti s hraniční poruchou osobnosti, kteří mají sklon k sebepoškozujícímu a suicidiálnímu

jednání, vnímají sami sebe jako více **sociálně izolované**, přičemž se ve vnímání sociální izolovanosti zase signifikantně rozcházejí s názorem rodičů. Adolescenti s hraniční poruchou osobnosti, kteří mají sklon k agresivnímu chování, sami se vidí jako více **Ego-slabé** (= impulzivní a mající potíže se zvládnutím silných emocí), přičemž se ve vnímání slabosti Ega zase signifikantně rozcházejí s názorem rodičů.

Největší rozdíly ve vnímání hraničního adolescenta byly mezi otcem a samotným adolescentem. Vnímání otců se zvláště liší od toho jak adolescenti vnímají sami sebe. Autoři studie hovoří o tom, že otcové nejspíš popírají nebo nechápou problémy svého hraničního adolescenta, a proto by bylo zapotřebí podpořit zájem těchto otců a podpořit jejich aktivní zapojení do vztahu s adolescenty. Tyto rozdíly mohly být podle autorů způsobené tím, že u hraničních pacientů můžeme očekávat, že budou devalvovat svoji rodinu z důvodů, že promítají svojí odpovědnost za jejich adaptivní selhání vně a že se snaží získat víc sympatií od pečovateli na oddělení. Na druhou stránku u rodičů můžeme očekávat obranné reakce na pocit viny, rodiče mohou chtít popřít to, kolik toho vědí o problémech adolescenta.

Výzkum Guttmana a Laporteho (2002) použil ke zkoumání percepce rodiče a dcery z 21 rodin s dcerou s hraniční poruchou osobnosti, z 23 rodin s dcerou s mentální anorexií a z 25 rodin s dcerou bez psychického onemocnění.

Percepce dcer s hraniční poruchou osobnosti se odlišovala od obou jejich rodičů, zatímco percepce dcer s mentální anorexií se lišila jen od jejich matek. Obě dvě tyto skupiny dcer vnímaly rodinu jako **méně zdravou**, než jak ji vnímali jejich rodiče.

V této studii, jako i v jiných studiích: Parker (1983, in Guttman, Laporte, 2002) a Steiger a kolektiv (1989, in Guttman, Laporte, 2002) vyšlo, že dcery ze všech tří skupin vnímaly matky jako více starostlivé než otce. I tak byla míra otcovské i mateřské **starostlivosti** dcerami s hraniční poruchou osobnosti vnímaná jako nízká. Na druhé straně dcery s hraniční poruchou osobnosti vnímaly vyšší mateřskou a otcovskou **ochranu**, což může poukazovat na nadměrnou protektivnost.

Autoři upozorňují na to, že percepce jednotlivých rodinných členů může být ovlivněna rolí. Rodiče mohou mít tendenci dávat větší důraz na podobnosti mezi nimi a jejich dětmi a popsat ideální, velmi jednotnou rodinu (Jessop, 1981, in Guttman, Laporte), zatímco adolescenti, na základě jejich touhy po autonomii a nezávislosti, mohou dávat větší důraz na odlišnosti mezi nimi a jejich rodiči (Noller & Callan, 1988, in Guttman, Laporte).

Novější studie Hoffmana, Buteauho a Fruzzettiho (2007) byla provedena s jedinci s hraniční poruchou osobnosti a s 25 jejich příbuznými (16 rodičů, 5 manželů/manželek, 4 partneri/partnerky). Jedinci s hraniční poruchou osobnosti odpovídali na to, jak hodnotí své vlastní rysy osobnosti a jak hodnotí rysy osobnosti u svého příbuzného. Stejně tak i rodinní příslušníci hodnotili své vlastní osobnostní rysy a osobnostní rysy jedince s hraniční poruchou

osobnosti.

Pacienti a rodinní členové se shodli na všech 5-ti pacientových osobnostních rysech. Tedy pacienti a rodinní příslušníci se shodli ve vnímání osobnosti pacienta. Při uplatnění norem byl u pacientů zjištěn velmi vysoký neuroticizmus, průměrná extraverte a otevřenost a nízká přívětivost a svědomitost. Tyto data dobře zapadají do paradigmat několika skupin výzkumníků⁹.

Rodinní příslušníci v průměru sami sebe hodnotili v rozmezí norem ve všech pěti dimenzích. Pacienti a rodinní příslušníci se ovšem **neshodli ve vnímání rysů osobnosti rodinných příslušníků**. Průměrná skóre sebepercepce rodinných příslušníků a pacientovy percepce rodinných příslušníků se výrazně **lišila u neuroticizmu, extraverte a otevřenosti**, ale nelišila se u přívětivosti a svědomitosti. Pacienti měli tendenci hodnotit rodinné příslušníky jako víc neurotické a to ve všech subškálách kromě impulzivity. Pacienti je tedy hodnotili jako víc úzkostlivé, hostilní, depresivní, sebezpytující a vulnerabilní. Pacienti také vnímali rodinné příslušníky jako méně extrovertní než rodinní příslušníci vnímali sami sebe. V subškálách extraverte pacienti vnímali rodinné příslušníky jako méně vřelé, méně asertivní, méně vzrušivé. V těchto subškálách neuroticizmu: družnost, aktivita a pozitivní emoce, nebyly nalezeny žádné rozdíly. Pacienti vnímali rodinné příslušníky jako méně otevřené než jak rodinní příslušníci vnímali sami sebe. V subškálách otevřenosti pacienti vnímali rodinné příslušníky jako méně otevřené pocitům a méně otevřené názorům.

Podle autorů studie můžou subškály, které ukazují neshodu, indikovat u pacientů zklamání z toho, že rodinní příslušníci nezareagovali/nereagují způsobem, který by si pacient přál. Pacienti tak mohou vnímat své rodinné příslušníky jako víc inhibované, méně podporující a méně starající se.

Tento rozpor, mezi vnímáním jedince s hraniční poruchou osobnosti a jeho blízkými, má bez ohledu na to, která perspektiva je víc pravdivá, pravděpodobně vliv na vztahové fungování. Rozpor naznačuje že zkušenost každého člověka v této rodině bude pravděpodobně pravidelně zpochybňována, nebude přijata nebo nebude brána v úvahu. Může tak dojít k zintenzivnění vztahových problémů a ke konfliktům.

3.3.5 Terapie v rodinách s jedincem s hraniční poruchou osobnosti

Studie Gerulla, Mearese, Stevensona, Kornera a kol. (2008) zkoumala efekt terapie rodičů s hraniční poruchou osobnosti na vztahy s jejich dětmi, s jejich partnery a jejich nukleární rodinou jako celkem. Probandi v této studii prošli 12-ti měsíčním léčením pomocí Konverzačního modelu terapie. Tato skupina byla srovnávána s kontrolní skupinou, kde probandi prošli 12-ti měsíčním léčením obvyklým způsobem léčby. Konverzační model byl označen Habsonem (1985, in Gerull, Meares, Stevenson, Korner a kol., 2008) jako forma léčby vyvinutá pro pacienty, kteří jsou nazýváni „hraniční“. Dále je tento model podrobněji popsán v této studii Gerulla, Mearese, Stevensona, Kornera a kol. (2008). Autoři se zde zaměřili na

rodiče s hraniční poruchou osobnosti, protože je zde velké riziko transgeneračního přenosu psychopatologie na jejich děti a protože rodičovské vnímání svých dětí a svých vztahů s nimi má pravděpodobně přímý vliv na psychologický well-being jejich dětí. Rodiče při přijímání do terapie vnímali své vztahy jako extrémně obtížné a jejich výchozí skóry (kvality vztahů s parterem, s dětmi a s rodinnou jako celkem) byly mnohem horší než normy u akutní deprese.

U rodičů s hraniční poruchou osobnosti, kteří se léčili Konverzačním modelem, tato studie zjistila signifikantní **zlepšení ve vnímané kvalitě vztahů s jejich dětmi**. Výsledky těchto subškál ukazují, že se snížily rodičovské pocity nadměrných obav, bezmocnosti, viny a dokonce se snížila i jejich hostilita, podrážděnost a emocionální stažení od dětí (Weissmann, 1999, in Gerull, Meares, Stevenson, Korner a kol., 2008). Signifikantní zlepšení se v této studii také ukázalo ve vnímání partnerského vztahu. Subškály ukazují na to, že probandi pociťovali **zlepšení v komunikaci s jejich partnery**, takže pociťovali zlepšení v závislosti, poddajnosti, v nedostatku náklonnosti a v sexuální nespokojenosti (Weissmann, 1999, in Gerull, Meares, Stevenson, Korner a kol., 2008). Výsledky v této studii, vztahující se k **vnímání rodiny jako k celku**, sice nedosáhly signifikance, ale ukazovaly **trend ke zlepšení**. Tento trend se týká snížení pocitů viny a odporu, snížení nedostatku podpory a snížení nadměrných a neopodstatněných starostí (Weissmann, 1999, in Gerull, Meares, Stevenson, Korner a kol., 2008).

Terapie rodinných příslušníků jedinců s hraniční poruchou osobnosti je podle výzkumu Hoffmana, Fruzzettiho, Buteauho a Neiditche (2005) dosti přehlížená problematika, a to i přesto, že rodinné programy pro příbuzné lidí s jinými psychiatrickými poruchami měly cennou roli ve vytváření prostředí pro léčbu (podle autorů¹⁰) a způsobovaly signifikantní nárůst well-beingu rodinných příslušníků (podle autorů¹¹). Výzkum Hoffmana, Fruzzettiho, Buteauho a Neiditche (2005) se zaměřoval na 12-ti týdenní program rodinného spojení. Tento program je založený na strategiích dialektické behaviorální terapie a byl navržený tak, aby vyhovoval potřebám příbuzných osob jedince s hraniční poruchou osobnosti. Tento program je jedním z možných přístupů, kde tyto rodiny můžou dostat potřebné informace, dovednosti a podporu. Prvky tohoto programu jsou v této studii Hoffmana, Fruzzettiho, Buteauho a Neiditche (2005) detailně popsány.

Podle očekávání autorů se u těchto rodinných příslušníků po absolvovaném programu **úroveň zátěže a smutku** signifikantně **snížila** a **úroveň zvládnutí** signifikantně **zvýšila**. Tyto změny se prokazatelně udržely ještě 6 měsíců po absolvovaném programu (úroveň zátěže v prvních třech měsících po ukončení programu ještě klesala). Výsledky však neukázaly předpokládané signifikantní snížení deprese.

III. Empirická část

1 Cíle výzkumu

Hlavní cíl je, co nepřesněji popsat situaci sourozenců lidí s hraniční poruchou osobnosti. Popsat, jak tato situace vypadá a jak se v průběhu času mění. Důležité jsou zde individuální zkušenosti těchto sourozenců, jejich potřeby a také to, jak je tato situace ovlivňuje a jakým způsobem ji zvládali a zvládají. Vedlejší cíl je pokud možno zasadit tuto situaci do kontextu rodiny.

Podobný výzkum nebyl zatím v České republice realizován a ani v zahraničních zdrojích jsem nenašla výzkum, který by se zaměřoval přímo na sourozence jedince s hraniční poruchou osobnosti. Zahraniční výzkumy, které popisují v kapitole: 3.3 Situace v rodině s jedincem s hraniční poruchou osobnosti, zkoumaly jen rodiče nebo obecně rodinné příslušníky, kde byly ale sourozenci v menšině. Můj výzkum je tedy exploračního rázu.

Tento výzkum by mohl sloužit jako podklad k dalším výzkumům na toto téma a doufám, že by mohl posloužit i k zlepšení psychoterapeutické a poradenské péče poskytované sourozencům a rodinám jedinců s hraniční poruchou osobnosti

2 Metoda výzkumu

2.1 Shánění a popis výzkumného souboru

Respondenti mého výzkumu jsou sourozenci jedinců s hraniční poruchou osobnosti. Respondenty jsem získávala tak, že jsem si nejdříve našla e-mailové adresy psychologů, psychiatrů a institucí, které by mohly pracovat s lidmi s hraniční poruchou osobnosti nebo s jejich sourozenci. Vytvořila jsem e-mailovou schránku (vyzkum.hranicni.porucha.osobnosti@email.cz) a postupně jsem z ní rozeslala 452 e-mailů s prosbou o spolupráci. Tyto e-maily jsem rozeslala po České a Slovenské republice. Rozesílání probíhalo v období od února do října roku 2012. Prosbu o pomoc při výzkumu jsem vyvěsila i na webové stránky.

Tento e-mail obsahoval: představení sama sebe; představení a popis mého výzkumu; popis vhodného respondenta do mého výzkumu; prosbu o pomoc při hledání vhodného respondenta (tedy, aby se příjemce e-mailu zeptal svých klientů s hraniční poruchou osobnosti nebo jejich rodinných příslušníků, zda by některý sourozenec jedince s hraniční poruchou osobnosti nechtěl spolupracovat); pozvánku do výzkumu (viz 1. příloha); prosbu o vyvěšení této pozvánky na nástěnku; prosbu o konzultaci k této tématice; slib poskytnutí výsledků výzkumu v případě spolupráce.

Z 452 poslaných e-mailů bylo nedoručeno 51 (11,3%) zpráv. Ze zbývajících 401 poslaných e-mailů mi přišla odpověď od 45 (11,2%) adresátů. 18 (40% z těch, co odpověděli) odmítlo spolupráci z důvodů, že nemá v péči tento typ klientů nebo se nezabývá touto problematikou; 1 (2,2% z těch, co odpověděli) odmítl spolupráci z důvodu toho, že sice má klienta s hraniční poruchou osobnosti, ale ten nemá sourozence; 2 (4,4% z těch, co odpověděli) odmítli spolupráci z důvodu toho, že jim jejich etické a psychologické zaměření nedovoluje spolupracovat; 2 (4,4% z těch, co odpověděli) odmítli spolupráci z důvodu toho, že dávají přednost léčbě svých klientů před výzkumem; 3 (6,7% z těch, co odpověděli) odmítli spolupráci z jiných důvodů: mateřská dovolená, odchod do důchodu, zaneprázdněnost; 1 (2,2% z těch, co odpověděli) odmítl spolupráci bez udání důvodu.

Dále 9 (20% z těch, co odpověděli) slíbilo informovat klienty; 6 (13,3% z těch, co odpověděli) slíbilo vyvěšení pozvánky do výzkumu, 5 (11,1% z těch, co odpověděli) mi poskytlo konzultaci, připomínky a rady k danému tématu a k mému výzkumu; 4 (8,9% z těch, co odpověděli) přislíbili přeoslání žádosti a 8 (17,8% z těch, co odpověděli) mi doporučili další

kontakty, které jsem dále obeslala.

Tímto způsobem jsem byla kontaktována čtyřmi vhodnými respondenty, z nichž jeden si zájem o spolupráci rozmyslel, takže můj konečný počet respondentů je tři. Na setkání jsme se domlouvali pomocí e-mailů a telefonických rozhovorů. Před setkáním jsem respondentům představila sama sebe, svůj výzkumu a jeho cíle. Dále jsem popsala formu a průběh polostrukturovaného rozhovoru. V případě, že se nadále chtěli účastnit výzkumu, jsem si s nimi dohodla termín a místo schůzky a poděkovala jsem za spolupráci. Setkání proběhlo se třemi respondenty.

První respondent je žena (ve výzkumu pod jménem Mirka), které je 54 let a má mladší sestru (ve výzkumu pod jménem Martina), které je 51. V primární rodině spolu tyto sestry žily 20 let.

Druhý respondent je žena (ve výzkumu pod jménem Hanka), které je 25 let, a má staršího bratra s hraniční poruchou osobnosti (ve výzkumu pod jménem Honza), kterému je 30 let. V primární rodině spolu tito sourozenci žili 20 let.

Třetí respondent je žena (ve výzkumu pod jménem Kristýna), které je 25 let a má staršího bratra s hraniční poruchou osobnosti (ve výzkumu pod jménem Karel), kterému je 28 let. V primární rodině spolu tito sourozenci žili 19 let.

2.2 Použité metody a sběr dat

Od respondentů jsem sbírala data pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor jsem si vybrala z toho důvodu, že z osobního kontaktu většinou vyplyne více stěžejních informací a tazatel v něm lépe pochopí kontext. Polostrukturovaný rozhovor jsem si vybrala, protože je dost flexibilní, umožňuje dotazovanému do rozhovoru vnášet nová témata, a přesto umožňuje, aby se probrala všechna pro tazatele relevantní témata. Podle Hendla (2005) určitý návod, kterým může být seznam otázek či témat, pomáhá udržet zaměření rozhovoru, ale dovoluje dotazovanému zároveň uplatnit vlastní perspektivy a zkušenosti. Těž zde má tazatel možnost přizpůsobovat formulace a pořadí otázek a také má možnost doptat se na informaci, které neporozuměl nebo na téma, které vznikne v průběhu rozhovoru.

Otázky k tomuto rozhovoru (viz 2. příloha) jsem vytvořila na základě poznatků z teoretické části a na základě konzultací. Tyto otázky jsou rozděleny do pěti hlavních témat: popis a vývoj rodiny; popis sourozence s hraniční poruchou osobnosti; vlivy; zdroje zvládnání; obecně o sourozencích s hraniční poruchou osobnosti. Pomocí otevřených a širěji formulovaných otázek se pokouším o podněcování respondentů k vyprávění o vlastních tématech.

Rozhovory probíhaly v nerušených prostorech dvou pracoven v době od září do října roku 2012. V obou pracovnách byly vhodné podmínky pro rozhovor. Bylo zde i občerstvení a možnost přestávek. Na začátku rozhovoru jsem znovu představila sama sebe, svůj výzkum, popsala cíl výzkumu a slíbila dodání výsledků výzkumu. Upozornila jsem respondenty, že budu ráda, když se v případě jakékoliv nejasnosti zeptají. Poté jsem představila samotný rozhovor, popsala jsem flexibilní formu jakou probíhá polostrukturovaný rozhovor, vyjmenovala okruhy témat a upozornila jsem respondenty na možnost kdykoliv udělat přestávku. Dále jsem se zeptala na možnost nahrávání rozhovorů na diktafón pro účel přepisování. Všichni tři respondenti souhlasili s nahráváním. Dále jsem upozornila respondenty: na možnost neodpovídat na otázky, na které se jim nechce; na možnost vyjmutí z přepisu úsek rozhovoru, v případě, že by řekli něco, co nechtějí zveřejnit; na možnost zaslání přepisu a na možnost, že v něm můžou provést korekce. Poté jsem s respondenty podepsala informovaný souhlas, ve kterém respondenti stvrzují: že dobrovolně souhlasí s účastí na výzkumu; že byli informováni o výzkumu, jeho cílech a metodách; že souhlasí s tím, že výsledky výzkumu budou anonymně publikovány; že se měli možnost zeptat na cokoli, co je pro ně podstatné, a že dostali srozumitelnou odpověď. Já jsem se v tomto informovaném souhlasu zavázala k tomu, že tyto informace použiji jen pro účely tohoto výzkumu a že jakékoliv informace, které by mohly porušit anonymitu budou buď vynechány nebo nahrazeny (jména respondentů, jména měst a tak dále). Jeden z respondentů si nepřál, aby jeho výpověď byla volně přístupná veřejnosti. Na základě jeho žádosti a po zvážení citlivosti výpovědi jsem se rozhodla skrýt výsledky analýz jednotlivých rozhovorů neboli kapitola 3.1. Informovaný souhlas

byl vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden jsem obdržela já a druhý respondent.

Délky jednotlivých rozhovorů byly přibližně 2 hodiny (nejkratší trval hodinu, nejdelší trval dvě a půl hodiny), a to i s přípravou na rozhovor a s navazováním kontaktu. V průběhu rozhovoru jsem se snažila podpořit respondenty k vyprávění o svých vlastních tématech. Nepřerušovala jsem je a vždy jsem jim dala tolik času, kolik na své téma potřebovali. Spontánní výpověď respondentů obsahovala témata z většiny mých otázek, a proto tu tyto otázky (viz 2. příloha) sloužily spíš k dokreslování této problematiky.

2.3 Metoda zpracování dat

Mluvený projev jsem převedla do doslovné transkripce bez toho, že bych text převáděla do spisovného jazyka. V prepisech jsem pozměnila data, která by mohla narušit anonymitu respondenta. Díky prepisům jsem mohla pracovat s textem, důležitá místa podtrhávat, dělat si poznámky a pracovat s tématy. Nahrávky jsem si opakovaně pouštěla, abych lépe pochopila kontext informací. Na základě prepisů rozhovorů jsem provedla obsahovou analýzu. Jednotkou analýzy je v mém výzkumu téma. Ve všech třech rozhovorech jsem hledala témata, třídila je a podle nich pak vytvořila významové kategorie. Tyto témata jsou jistě ovlivněné otázkami z polostrukturovaného rozhovoru (viz 2. příloha). Nicméně v průběhu rozhovorů respondenti většinou vypovídali o problematice spontánně a tyto otázky sloužily spíš k doplňování informací. Také se zde objevuje mnoho otevřených otázek, které podněcovaly respondenty k vyprávění o vlastních tématech. Na konci shrnuji výsledky z jednotlivých analýz do celkového popisu charakteristik situace sourozenců a rodin s jedincem s hraniční poruchou osobnosti.

3 Výsledky

V této kapitole se za prvé vyskytují **výsledky analýz jednotlivých rozhovorů** (podkapitola 3.1). Data jsou uspořádána na základě kategorií, témat a podtémat. Ve výsledcích analýz rozhovorů používám přímou citaci respondentů, aby zde byl, co nejpřesněji zachycen individuální pohled respondenta. Tato podkapitola plní jeden z hlavních cílů výzkumu a to zachytit individuální zkušenosti sourozenců jedinců s hraniční poruchou osobnosti. Pro lepší orientaci jsou ve výpovědi respondentů důležité informace podtrženy a v závorkách je doplněn kontext, který vyplýval z rozhovoru.

Za druhé je v této kapitole popsána **charakteristika situace rodin s jedincem s hraniční poruchou osobnosti** (podkapitola 3.2) a **charakteristika situace sourozenců jedince s hraniční poruchou osobnosti** (podkapitola 3.3). Tyto podkapitoly shrnují výsledky analýz jednotlivých rozhovorů a slouží k plnění dalších cílů výzkumu. Podkapitola 3.3 (Charakteristika situace sourozence jedince s hraniční poruchou osobnosti) plní zbývající hlavní cíle výzkumu: popisuje situaci sourozence jedince s hraniční poruchou osobnosti a její vývoj; popisuje, jak tyto sourozence tato situace ovlivňuje; popisuje jak tuto situaci zvládali a zvládají a jaké jsou jejich potřeby. Podkapitola 3.2 (Charakteristika situace rodin s jedincem s hraniční poruchou osobnosti) plní vedlejší cíl výzkumu neboli zasazuje tuto situaci do kontextu rodiny.

Za třetí se na konci této kapitoly vyskytuje **shrnutí výsledků** (podkapitola 3.4), které má sloužit k zřehlednění nejdůležitějších výsledků výzkumu.

3.2 Charakteristika situace rodiny jedince s hraniční poruchou osobnosti

A. Popis rodiny

Respondenti žili se sourozencem s hraniční poruchou osobnosti v primární rodině minimálně 19 a maximálně 20 let. Poté se všichni respondenti odstěhovali do jiného města. Všichni tři respondenti mají jen jednoho sourozence, a to sourozence s hraniční poruchou osobnosti, který (u všech respondentů) zůstal v primární rodině dodnes. Jeden respondent bydlel v primární rodině i s prarodiči.

Rodinná **atmosféra** je popisovaná jako: blbá, strašná, ponurá, stresující, nespontánní, napjatá, konfliktní, nesnesitelná, dusno občas pohoda atd. Všichni tři respondenti se shodli na tom, že je tato atmosféra dost závislá na stavu sourozence s poruchou. **Vliv sourozence s poruchou na chod rodiny** je popisován jako fatální. Sourozenec s poruchou narušuje úplně chod rodiny, je označován jako zdroj hádek, strůjce problémů. **Obecně vztahy v rodině** jsou popisovány jako dobré, složité, s nesrovnalostmi a ovlivněné stavem sourozence s poruchou.

Všichni tři respondenti **navštěvují** svojí primární rodinu. Jeden respondent při návštěvě pozoruje zlepšení atmosféry a rozveselení sourozence s poruchou. Tento respondent jezdí se sourozencem s poruchou i na dovolenou. Další respondent vypovídal, že nejezdí rád navštěvovat primární rodinu.

B. Sourozenec s hraniční poruchou osobnosti

Sourozenec s poruchou je **popisovaný** jako: naprosto nesobecký; obětavý, ale očekávající obětavost i od druhých; zakládající si na rodině; vyžadující pozornost a péči; hádavý; výbušný; urážlivý; drsný; nespolehlivý. U dvou respondentů se objevuje převážně pozitivní popis sourozence z dřívější doby společně s negativním popisem nyní. Takže sourozenec s poruchou byl dříve: hezký; štíhlý; komunikativní; šikovný; bystrý; s dobrou pověstí; více samostatný; charismatický; ale také nezodpovědný a snadno ovlivnitelný. Nyní je sourozenec s poruchou popisován jako: méně samostatný; strhaný; špinavý; troska; v úpadku; pro ostatní k smíchu. Jeden sourozenec s poruchou byl popsán v dětství jako: v napětí; vzteklý; nešikovný a křehký.

U všech tří respondentů se objevuje téma **nesamostatnosti sourozence** s hraniční poruchou osobnosti. Objevuje se zde téma **nesamostatnosti v bydlení**, kde všichni tři respondenti uvádí, že jejich sourozenec s poruchou stále bydlí s rodiči. Jeden z respondentů uvádí, že se jeho sourozenec s poruchou pokoušel osamostatnit, ale vždy se vrátil. Dále se zde objevuje **nesamostatnost v sebeobsluze** sourozence s poruchou, sourozenci s poru-

chou si nechávají od rodičů: vařit, nakupovat, všechno zajišťovat, vyřizovat. Dále respondenti uvádí úplnou **finanční nesamostatnost** sourozence s poruchou. Respondenti také popisují **vztah matky a sourozence** s poruchou jako: nadměrně svazující; dirigující; připoutávající; hyperprotektivní; úzký až symbiotický. Jeden z respondentů tento vztah označil jako celoživotní hru na závislé, nesamostatné dítě a na nadměrně ochrannou matku. Matky jsou tu popisovány jako ty, které vyžadují slabé jedince.

S finanční nesamostatností se pojí i přístup sourozence s poruchou k **zaměstnání**. Respondenti vypovídali, že jejich sourozenci s poruchou jsou dlouhodobě nezaměstnaní a jeden ze sourozenců s poruchou má invalidní důchod. Dva respondenti uvedli, že jejich sourozenec s poruchou v minulosti pracoval, a že to na samotného sourozence i na celou rodinu mělo pozitivní efekt. Po odchodu z práce se u jednoho sourozence s poruchou objevil celkový úpadek. Jeden z respondentů uvedl, že nevidí, že by jeho sourozenec s poruchou měl nějaké ambice.

Ani jeden ze sourozenců s poruchou není v manželském svazku. V **partnerských vztazích** sourozenců s poruchou jsou popisovány jevy jako: mnoho konfliktů; fyzické napadání; nadávky; obviňování; rozbíjení věcí; lhaní; podvádění. U partnera/ky zde dochází k psychické újmě, ale podle jednoho respondenta tu může dojít i k posílení psychiky partnera/ky. Jeden z respondentů také vypovídal, že jeho sourozenec s poruchou si vždy vybírá nevhodné partnery/ky (např. ženaté). Od partnera/ky je zde požadována neustálá péče.

Dva respondenti zde také popisují **riskantní chování** sourozence s hraniční poruchou osobnosti. Jeden z respondentů to popisuje tak, že jeho sourozenec s poruchou všechno dělá nadoraz. Objevuje se zde riskantní způsob jízdy, který ústí v mnohonásobné bouračky, dále se zde objevuje vyvolávání rvaček a zájem o zbraně.

U sourozenců s poruchou také dochází k **sebepoškozování** a to konkrétně k řezání, k úderům do končetin, k požití velkého množství léků. Také se zde ukazují **suicidální myšlenky** sourozence s poruchou.

U všech tří sourozenců s poruchou se zde objevují problémy s abúzem alkoholu. Jeden z nich trpí dlouhodobou **závislostí** na alkoholu a na lécích, další je závislý na pervitinu.

Podle jednoho respondenta se u jeho sourozence s poruchou objevuje **anhedonie, dysforie, úzkost, anticipační úzkost, nízká sebedůvěra**.

Dále respondenti u svých sourozenců s poruchou popsali jevy jako: **překotné utrácení peněz, finanční vydírání** od rodinných příslušníků, **lhaní, manipulace, neschopnost přiznat vinu a přivlastňování si věcí** respondenta.

U dvou sourozenců s poruchou byla popsána výrazná **agresivita**, která se projevuje: výbušností sourozence s poruchou, hádkami, nadávkami, vyčítáním, obviňováním, rvačkami, neústupností sourozence s poruchou, surovostí sourozence s poruchou, mlácením, snahou někoho zabít, škrcením, údery, rozbíjením věcí atd. Jeden z respondentů vypověděl, že se

agresivita jeho sourozence s poruchou pořád stupňuje.

Dva respondenti byly **v dětství od sourozenců** s hraniční poruchou osobnosti **fyzicky týrání** a jeden z respondentů popisuje i **psychické týrání**. Toto týrání zahrnovalo: násilí, kopání, mlácení, zapalování vlasů, křičení, vydírání. Respondent popsal, že se v těchto situacích hrozně bál, schovával se před sourozencem s poruchou a vyhýbal se domovu.

S agresivitou sourozence s poruchou ve výpovědi dvou respondentů souvisí i **krizové situace**. Tito respondenti zde uvádí situace, kde sourozenec s poruchou útočí (psychicky i fyzicky) na respondenta, jiné rodinné příslušníky nebo na zvíře. V těchto situacích dochází k rozbíjení věcí. Také se zde objevují situace, ve kterých sourozenci s poruchou vyhrožují sebevraždou, pokouší se o sebevraždu nebo se sebepoškozují. Dále jsou zde popsány situace, kdy mají sourozenci s poruchou úraz z riskantního způsobu svého chování nebo jsou na pokraji vyčerpání organismu ze závislosti na alkoholu.

Tyto situace vyvolávají u respondenta **silné emoce** jako například: strach o sebe, strach o sourozence s poruchou, strach o jiného rodinného příslušníka, bezmoc, vyděšení, hněv na sourozence s poruchou, úzkost, smutek, vyčerpání. U rodičů respondenti popisují strach, hněv, vztek a nepřátelství vůči sourozenci s poruchou.

Objevuje se zde téma schovávání těchto krizí před okolím. Jeden z respondentů se zmiňuje o tom, že v dětství tyto krize nemusel řešit, protože byly před ním schovány, dále vypovídá že tyto krize jsou schovávány i před okolím rodiny.

Tyto **krize** jsou pro respondenty i pro jejich rodiny **velmi závažné**. Jeden respondent uvádí, že žádné krize v jeho životě nebyly tak závažné. Další respondent uvádí jiné podobně závažné krize a poslední respondent uvádí některé jiné krize, které vnímá závažněji.

V průběhu času jsou podle respondentů tyto krizové situace **čím dál víc závažné**.

Jeden z respondentů popisuje **průběh** jedné krize fyzicky agresivního sourozence s poruchou, který se rozčílí. Napětí se tak dlouho stupňuje, až se stane něco negativního, a pak se sourozenec s poruchou uklidní. Další respondent uvádí průběh krize, odvíjející se od závislosti sourozence s poruchou, tak, že nejdříve jsou projevy nenápadné, postupně čím dál víc zničující, až dojde k hospitalizaci nebo k podání Antabusu.

Jednoho z respondentů rozčiluje, že ostatní rodinní příslušníci, těsně po záchvatu agresivity sourozence s poruchou, dělají, jako by se nic nestalo.

Respondenti reagovali pozitivně na **sdělení diagnózy** sourozcovi hraniční poruchy osobnosti. Reagovali s uspokojením, s vidinou možnosti změny. Bylo to pro ně ulehčující vědět, co má sourozenec za poruchu.

Na **informace o hraniční poruše osobnosti** reagovali respondenti rozdílně. Jeden respondent popisuje zmatek a bezmoc. Další uvádí, že mu tyto informace pomohli k lepšímu pochopení sourozence s poruchou a lépe ví, jak s ním komunikovat a jak se k němu chovat.

Všichni tři respondenti uvádí sourozcovu nechuť k **léčbě**. Objevuje se zde responden-

tova tendence pomoci sourozenci s poruchou. Respondenti hledali sourozencům s poruchou odbornou pomoc, která podle respondentů dopadla neúspěšně nebo na určitý čas mírnila projevy.

Hraniční porucha osobnosti a závislost byla rodinnými příslušníky a okolím popírána a bagatelizována.

C. Rodiče a prarodiče

Rodičovský vztah jedním respondentem vnímán jako rozporuplný, druhým respondentem jako: špatný, s nedostatkem komunikace, s hádkami a výčitkami.

U všech respondentů je jeden z rodičů popisovaný spíše pozitivně a druhý rodič spíše negativně. **Pozitivně vnímaný rodič** (otec, otec, matka) je popisován jako: úspěšný; vzdělaný; pracující na sobě; „hodnej chlap“; pracovitý; inteligentní; se zájmy atd. **Negativně vnímaný rodič** (matka, matka, otec) je popisován jako: rázný; dirigující; bez vzdělání; kritizující; k nevydržení; manipulující; vyhořelý; bez přátel a zájmů; útočný; neústupný; nestarající se; cholerický; rasistický atd. **Popis prarodičů** v primární rodině jednoho respondenta je jen negativní. Jsou popisováni slovy jako: manipulativní, neustále brečící, vydírající, urážející se, konfliktní, sobecký, zarputilý.

V jednom případě otec v dětství **fyziicky týral** sourozence s poruchou.

Vztah rodičů k sourozenci s poruchou je respondenty popisován negativně. Tyto vztahy jsou vnímány jako: špatné, bez komunikace. U rodičů se zde objevuje: neocenění sourozence s poruchou; neschopnost mu odpustit; vzdávání vztahu s ním; naštvání na něj; nepřátelství vůči němu. Na druhou stránku se zde objevuje nadměrně svazující, dirigující, připoutávající, hyperprotektivní, úzký až symbiotický vztah matky a sourozence s poruchou.

U respondenta s prarodiči v primární rodině je **vztah prarodičů a sourozence** s poruchou vnímán respondentem jako jediný vztah sourozence s poruchou, který drží.

U dvou respondentů se objevoval **nesouhlas s tímto připoutávajícím vztahem matky** (a v jednom případě i prarodičů) se sourozencem s poruchou a s nesamostatností sourozence s poruchou. Tito respondenti nesouhlasí s výchovou, ve které se objevuje hyperprotektivita a nejsou v ní hranice. Těmto respondentům se zdá, že to sourozenci s poruchou ubližuje.

Podle respondentů jejich rodiče ani prarodiče spíše **nezvládají** situace, které plynou z projevů hraniční poruchy osobnosti u sourozence. Reagují: rezignací, vyhořením, vztekem, neempatickostí atd. Ve dvou případech respondent uvedl, že to jeden z jeho rodičů celkem zvládá a to v prvním případě z důvodu, že se rodič nenechá rozhodit, a ve druhém případě z důvodu, že má rodič spoustu zájmů a společenské vyžití.

Dva z respondentů popisují **přenos patologie z generace na generaci**.

3.3 Charakteristika situace jedince se sourozencem s hraniční poruchou osobnosti

Respondenti **vnímali sami sebe** v rodině: jako zachránce; jako vyrovnávající prvek v rodině; jako bezproblémové dítě. Dále se vnímali jako: obětaví, odpovědní, úspěšní, pracující na sobě atd. Vnímali jako nutnost být starostlivější a stabilnější než sourozenec s poruchou.

Jen jeden respondent vnímal svůj **vztah s matkou** pozitivně. Další dva respondenti vnímali matku ve vztahu k nim jako direktivní, připoutávající a unavující. Jeden z respondentů uvedl, že si myslí, že by jeho vztah s matkou byl lepší, kdyby zde nebyl úzký až symbiotický vztah matky a sourozence s poruchou. Všichni tři respondenti uvedli, že pomáhají matce se zvládnutím situace v rodině. Podle dvou respondentů matka pomoc výslovně vyžaduje. Jeden respondent upozorňuje na situaci, ve které po něm matka a ostatní v rodině stále vyžadují emoční podporu, ale nechtějí problém řešit. U respondentů se objevuje ambivalence mezi touhou pomoci rodině a touhou se vymanit z rodinných vztahů.

Jeden respondent vnímal svůj **vztah k otci** negativně. Další respondent otce uvádí jako nejbližšího člověka v rodině a projevuje o otce velký strach. Bojí se, že by mu mohl sourozenec v afektu ublížit nebo ho dokonce zabít.

U respondenta s **prarodiči** v primární rodině je **vztah** s nimi vnímán negativně.

Respondenti hodnotili svůj **vztah k sourozenci** s poruchou spíše negativně. Tyto vztahy jsou popisovány jako: vztah na rovině konverzační; poznačený vztah; odumřelý vztah. Respondenti uvádí: nevyhledávání a odmítání kontaktu se sourozencem s poruchou; stranění se tohoto sourozence; vztek a nenávisť k tomuto sourozenci. Na druhou stranu se zde vyskytuje strach o sourozence s poruchou a lítost vůči sourozencem s poruchou. Sourozenci s poruchou dvou respondentů by si přáli, aby se respondenti nastěhovali zpátky domů. Dochází zde taky k upínání sourozence s poruchou na respondenta a k výčítkám. Respondenti také vnímají, že sourozenci s poruchou se chtějí za ně obětovat a že na oplátku sourozenci chtějí, aby se respondenti obětovali za ně. Vývoj vztahu je u každého respondenta dosti odlišný. Tento vývoj jeden respondent popisuje tak, že v dětství cítil nenávisť, která se zmírnila, protože začal mít o sourozence s poruchou strach a protože už se tolik nevidají. Další respondent mluví o postupném poznamenání vztahu kvůli projevům hraniční poruchy osobnosti. Poslední respondent zmiňuje období týrání od sourozence s poruchou, poté období spojenectví proti rodičům a pak období „odumřelého“ vztahu.

Všichni respondenti zde popisují, že se k sourozenci s poruchou musí nějakým **speciálním způsobem chovat nebo s ním speciálním způsobem komunikovat**. Musí se: komunikovat tak, aby to sourozenec s poruchou nebral jako odmítnutí; oceňovat sourozence s poruchou; dávat sourozenci s poruchou hranice a přitom být pozitivní; nebýt úplně upřímný,

aby to neublížilo sourozenci s poruchou; tvářit se neutrálně, i když s chováním sourozence s poruchou respondent nesouhlasí; nevyvolávat konflikty; v zárodku přetvářet hádku na lehčí téma.

Jeden respondent vypověděl, že s tímto naučeným speciálním chováním má teď v dospělosti problémy. Dále o sobě respondenti odhalují další své **psychické problémy** související s primární rodinou: problém s nízkým sebevědomím; komplex méněcennosti; bulimii; zvýšení obětavosti a následné vyhoření; problémy s partnerskými vztahy; hraniční rysy; zděděné neurotické problémy.

Dva respondenti vypověděli, že v dětství a dospívání situace se sourozencem s hraniční poruchou osobnosti moc **nezvládali**, jeden z nich to řešil záchvatovitým přejídáním a cvičením. Respondenti uvedli, že v tom věku neuvažovali o odborné pomoci, protože: mysleli si, že je to normální; nerozuměli tomu; neuvědomovali si, co se děje, a když krizová situace odezněla, tak se tím už nezabývali; neuvažovali o tom, že by existovala nějaká pomoc. Poslední respondent uvedl, že nemusel nic zvládat, protože před ním matka problémy se sourozencem s poruchou schovávala. Respondenti uvedli, že jim ve zvládnání příliš **nepomáhali** jejich rodinní příslušníci. Jeden respondent uvedl, že se jeho matka snažila mu pomáhat, ale že jí to moc nešlo. Další respondent uvedl, že spíše než by mu rodinní příslušníci pomáhali, tak potřebovali sami pomoc od něj. Respondentům **ve zvládnání pomáhalo**:

- pracovat na sobě v psychoterapii: uvědomit si svoje kvality, zvýšit si sebevědomí a tím se vyrovnat sám se sebou;
- pracovat v psychoterapii na tom, že: respondent v primární rodině má roli dítěte a nemusí přebírat na sebe odpovědnost a zachraňovat rodinu; respondent nemusí udržovat rodinné vztahy, když se mu nechce; respondent má právo se radovat;
- pracovat v psychoterapii na zvládnání svého vzteku;
- kamarádi, přítel, manžel;
- odchod z prostředí primární rodiny;
- informace o hraniční poruše (uvědomil si že to nedělá sourozenec naschvál).

Jeden respondent uvedl, že se **bojí** toho, že až rodiče nebudou, tak se o sourozence s poruchou bude **muset starat on**. Již teď je pro něj starost nepříjemná. Respondent nechce převzít roli hyperprotektivního pečovatele o sourozence s poruchou. Doufá, že se sourozenec s poruchou v jeho péči víc osamostatní. Také se respondent bojí, že s péčí o sourozence s poruchou převezme i roli toho, na koho se sourozenec zlobí.

Jeden respondent se **bojí** toho, že stupňující se agresivita sourozence s poruchou směřuje k **úrazu nebo zabití** dalších rodinných příslušníků.

U všech tří respondentů se objevovala **nenaplněná potřeba pozornosti**. Respondenti uvádí, že pozornost a péče se soustředila, i nyní soustřeďuje, kolem sourozence s poruchou a na respondenty samotné už nezbyvá tolik pozornosti a péče, kolik by potřebovali. U respondentů se objevovaly i další nenaplněné potřeby, jako:

- **potřeba lásky** – respondent dlouhodobě pociťuje od své primární rodiny nedostatek lásky a pozitivního přijetí, tuto potřebu mu naplňují přátelé;
- **potřeba ocenění a uznání** – respondenti se ani v přítomnosti necítí od rodiny dostatečně oceňováni a uznáváni;
- **potřeba bezpečí** – v dětství respondentovi chyběl pocit bezpečí kvůli fyzickým a psychickým útokům;
- **potřeba fyzického prostoru**, která se objevovala v dětství, kdy respondent sdílel pokoj se sourozencem s poruchou;
- **potřeba odejmutí vinny a odpovědnosti** – respondent potřebuje vědět, že za to nenese vinu, že se nemusí starat a může si žít vlastní život

Respondenti přemýšleli nad tím, **co by se hypoteticky muselo změnit**, aby pro ně situace v rodině se sourozencem s poruchou měla menší dopad.

Dva respondenti se zmiňují, že si nedokážou pro sebe představit lepší řešení než **dřívější odchod z rodiny**. Další respondent si myslí, že by situaci pomohlo, kdyby se **s patologií sourozence s poruchou pracovalo dříve** a kdyby matka se sourozencem s poruchou **neměla tak úzký a hyperprotektivní vztah**. Tento respondent si představuje, jak by to vypadalo, kdyby jeho sourozenec neměl hraniční poruchu osobnosti. Přeje si žít normální, bezstarostnější a šťastný život, ve kterém se může sourozenci svěřit a spolehnout se na něj.

3.4 Souhrn výsledků

Situaci v rodině s jedincem s hraniční poruchou osobnosti vnímali respondenti velice negativně. V těchto rodinách se vyskytuje množství konfliktů a krizí, které obsahují mnohdy surové fyzické a psychické útoky, a další velmi stresující situace, kdy sourozencům s hraniční poruchou osobnosti hrozí vážné ublížení až smrt (ať už kvůli sebepoškozování, kvůli sebevražedným myšlenkám či pokusům, kvůli riskantnímu chování nebo kvůli stavům způsobeným závislostmi). Tyto krize se v průběhu času většinou zhoršují. U ostatních rodinných příslušníků se často vyskytovala další psychopatologie. Pro respondenty je tato situace v rodině stresující až nesnesitelná. Vliv hraniční poruchy osobnosti na chod rodiny je popisován jako fatální.

V dětství respondentů se zde objevovalo fyzické a psychické týrání respondenta ze strany sourozence s hraniční poruchou osobnosti nebo ze strany dalšího rodinného příslušníka. V dětství respondenti tuto situaci **nevnímali nebo nezvládali**. Rodinní příslušníci jim v jejich situaci mnohdy nepomáhali. Respondenti v dětství a v dospívání neuvažovali o odborné pomoci, protože si neuvědomovali závažnost situace a možnost pomoci. Respondenti zde odhalují své psychické problémy související s vyrůstáním v této rodině (například: bulimii, hraniční rysy, komplex méněcennosti, vyhoření, neuroticismus a problémy s partnerskými vztahy). Dále uvádějí, že jsou vlivem této situace více vážní, odpovědní, obětaví a uzavření.

V dospělosti respondentům ve **zvládnání** pomáhal: odchod z prostředí rodiny; psychoterapie; získání informací o hraniční poruše osobnosti; kamarádi; přítel; manžel. V psychoterapii respondenti potřebovali: uvědomit si svoje kvality; zvýšit si sebevědomí a tím se vyrovnat se sebou; pracovat se svým vztekem; uvědomit si, že nemusí přebírat na sebe odpovědnost a zachraňovat rodinu; uvědomit si, že nemusí udržovat rodinné vztahy.

Respondenti se často pokoušeli **pomoci rodině** z této situace, snažili se na sebe přebírat odpovědnost, snažili se dávat rodinným příslušníkům emoční podporu a nacházet praktická řešení, snažili se nepřidělovat rodině starosti s jejich vlastními problémy.

Respondenti většinou **vztah** s jedním **rodičem** hodnotili pozitivně, druhého rodiče vnímali spíše negativně. Svůj **vztah k sourozenci** s poruchou hodnotili spíše negativně. Na jednu stranu k němu pociťují negativní emoce a na druhou stranu je jim ho líto. Všichni respondenti zde popisují, že se k sourozenci musí nějakým speciálním způsobem chovat nebo s ním speciálním způsobem komunikovat. Tento speciální způsob chování nebo komunikování vytváří velké nároky na respondenta (respondenti pociťují nutnost komunikovat tak, aby to sourozenec nebral jako odmítnutí; oceňovat sourozence; dávat sourozenci hranice a přitom být pozitivní; nebýt úplně upřímný, aby to neublížilo sourozenci; tvářit se neutrálně, i když s chováním sourozence respondent nesouhlasí; nevyvolávat konflikty; v zárodku přetvářet hádku na lehčí téma).

Respondenti uváděli **strach z budoucnosti**, a to z možnosti úrazu nebo zabití rodin-

ných příslušníků a také strach z budoucího převzetí péče o sourozence s hraniční poruchou osobnosti.

Respondenti uváděli určité jejich **potřeby**, které byly nebo jsou málo naplněné: potřeba pozornosti, lásky, ocenění a uznání, bezpečí, fyzického prostoru, odejmutí viny a odpovědnosti.

Respondenti si **přáli**, aby se dřív odstěhovali z primární rodiny a aby se s léčbou sourozencovi hraniční poruchy začalo už dříve

4 Diskuze

Zjištění této studie jsou ve shodě s tvrzením Hooleyho a Hoffmana (1999, in Hoffman, Buteau, Hooley, Fruzzetti a kol., 2003), kteří uvádí, že hraniční porucha osobnosti přináší těžké zážitky rodinným příslušníkům jedince s hraniční poruchou osobnosti.

Většina zahraničních studií k tomuto tématu se zabývá rodiči jedinců s hraniční poruchou osobnosti nebo rodinnými příslušníky obecně, pouze jedna studie zmiňuje výsledky konkrétně u sourozenců jedinců s hraniční poruchou osobnosti. Podle této kvalitativní studie Griffina (2008) sourozenci jedinců s hraniční poruchou osobnosti bývají znepokojeni matčíným zdravím. V našem výzkumu se sice také objevuje strach sourozenců jedince s hraniční poruchou osobnosti o zdraví matky, ale objevuje se tu i strach o sebe a o zdraví otce. Dále studie Griffina (2008) zmiňuje, že sourozenci jedinců s hraniční poruchou osobnosti jsou nejspíš připraveni vyjádřit očekávání toho, že by za sebe hraniční sourozenec měl mít větší odpovědnost. V naší studii se také objevuje nesouhlas s nesamostatností sourozence s hraniční poruchou osobnosti. Podle Griffina (2008) se také sourozenci jedinců s hraniční poruchou osobnosti někdy, když jejich psychicky nemocný sourozenec bydlí doma, rozhodnou nenavštěvovat své rodiče. I přesto, že v našem výzkumu všichni sourozenci s hraniční poruchou osobnosti bydleli doma, tak se tento jev v našem výzkumném vzorku neobjevil. Stejně jako ve výzkumu Griffina (2008), tak i v našem výzkumu se pocity „zdravého“ sourozence k sourozenci s hraniční poruchou osobnosti pohybovaly od zájmu a podpory až po oddálenost, rozčilení a dokonce i nenávisť.

Ve výzkumu Schulze a kolektivu (1985, in Scheirs, Bok, 2007) rodinní příslušníci pacientů s hraniční poruchou osobnosti označili zátěž na rodinu v 15-ti % případů za extrémní. V průměru označili zátěž na rodinu jako mírně vyšší, než je zátěž spojená s vážnou fyzickou nemocí příbuzného. I v našem výzkumu se objevovaly výpovědi značící extrémní zátěž a objevil se tu i názor, že je zátěž na rodinu s jedincem s hraniční poruchou osobnosti větší, než by byla zátěž spojená se somatickým onemocněním příbuzného.

Ve výzkumu Scheirse a Boka (2007) se u příbuzných (rodiče, sourozenci) a nepříbuzných (přátelé, partneři) pečovateli o jedince s hraniční poruchou osobnosti objevila zvýšená emoční zátěž, a to ve všech dimenzích SCL-90 (inventář, který byl vytvořený na zachycení širokého rozsahu psychických problémů). Jedná se o tyto dimenze: úzkost, agorafobie, deprese, somatizace, nedůvěra a přecitlivělost v mezilidských vztazích, deficit v myšlení a jednání,

spánkové problémy a hostilita. V našem výzkumu jsme z výpovědí též zaznamenali emoční zátěž. Co se týče jednotlivých dimenzí, tak v našem výzkumu byla u sourozenců jedinců s hraniční poruchou osobnosti zmínka o depresích, úzkostech a problémech ve vztazích.

Fruzzetti, Fruzzetti a Hoffman (1998, in Hoffman, Buteau, Hooley, Fruzzetti a kol., 2003) a Hoffman, Fruzzetti a Swenson (1999, in Hoffman, Buteau, Hooley, Fruzzetti a kol., 2003) u rodinných příslušníků jedinců s hraniční poruchou osobnosti objevují pocity zmatku, pocity nedostatku znalostí a pocity nedostatku kompetence. V naší studii se objevují pocity zmatku související s informacemi o hraniční poruše osobnosti. Pocity nedostatku kompetencí ani nedostatku znalostí se tu neobjevují.

Podle výzkumu Buteaua, Dawkinse a Hoffmana (2008) se v rodinách s jedincem s hraniční poruchou osobnosti objevuje finanční zátěž, beznaděj, zmenšující se sociální síť a problémy s odborníky a institucemi péče o duševní zdraví. V naší studii jsme zaznamenali bezmoc sourozenců jedinců s hraniční poruchou osobnosti. Zmenšující se sociální síť a finanční zátěž se podle výpovědí respondentů týkala spíše rodičů. Problémy s odborníky nebo institucemi, které pečují o psychické zdraví se ve výpovědích nezaznamenaly. Respondenti se zde zmiňovali pouze o malé účinnosti léčby sourozence s hraniční poruchou osobnosti.

Případová studie (Penny, Woodward, 2005, in Giffin, 2008) a nepublikované úvahy z fóra cílové skupiny (Lefley, 2005, in Giffin, 2008) naznačují, že se rodinní příslušníci jedinců s hraniční poruchou osobnosti vyrovnávají s vícenásobnými diagnózami, se sebepoškozováním a s hrozbami/pokusy o sebevraždu, což jim může působit značnou zátěž. Rodiny také podle těchto studií zažívají pocity viny a napětí v rodinných vztazích. V našem výzkumu se rodinní příslušníci, a tedy i respondent, museli vyrovnávat s vícenásobnými diagnózami (například se závislostí) jedince s hraniční poruchou osobnosti. Též jsme objevili u respondentů zátěž spojenou se sebepoškozováním a s hrozbami/pokusy o sebevraždu sourozenců s hraniční poruchou osobnosti. Respondenti zde také popisovali napětí v rodinných vztazích a objevila se u nich potřeba odejmutí viny.

Výsledky, které odhaluje Giffin (2008) o vztazích v rodině, odpovídají našim zjištěním. V jeho i v našem výzkumu se našel úzký vztah mezi matkou a dítětem s hraniční poruchou osobnosti a matka zde mnohdy soustředila svou energii na péči o dítě s hraniční poruchou osobnosti, a tím pádem se její vztah k ostatním dětem (k respondentům) více oddaloval. Naš a Griffinův výzkum se také shoduje na tom, že péče o dítě s hraniční poruchou osobnosti mnohdy vytváří napětí v partnerském vztahu, zvláště když spolu pár nesouhlasí v míře podpory, kterou by chtěli dávat svému dítěti s hraniční poruchou osobnosti.

Tvrzení Duška a Večeřové-Procházkové (2010), že rodina sdělení diagnózy hraniční poruchy osobnosti u příbuzného přijímá s osvobozujícím pocitem, odpovídá zjištěním o reakci sourozence jedince s hraniční poruchou osobnosti v naší studii.

Potřeby, které Říčan a Krejčířová (1997) vyjmenovávají u sourozenců postiženého jedince, nejsou v rozporu s našim zjištěním. Tyto potřeby jsou: potřeba informace; potřeba

otevřené komunikace o problémech a o zkušenostech ve vztahu k sourozenci; potřeba uznání svých silných stránek a svých potřeb ze strany rodičů; potřeba kvalitně stráveného času v individuální interakci s rodiči; potřeba kontaktu a opory a potřeba nalezení způsobu, jak se vyrovnávat se stresujícími událostmi. V našem výzkumu se také objevila potřeba uznání ze strany rodičů, potřeba pozornosti neboli kvalitně stráveného času v individuální interakci s rodiči, potřeba opory a potřeba vyrovnávání se se stresovou situací atd. V našem výzkumu se ale u sourozenců jedinců s hraniční poruchou osobnosti objevovaly i další potřeby, které Říčan a Krejčířová (1997) u sourozenců postiženého jedince nezmiňují. Těmi jsou: potřeba bezpečí, potřeba fyzického prostoru a potřeba odejmutí viny a odpovědnosti. Potřeba bezpečí a fyzického prostoru se nejspíš u sourozenců postižených jedinců neobjevila, protože v našem výzkumu souvisela s fyzickými a psychickými útoky sourozence s hraniční poruchou osobnosti na respondentů. Potřeba odejmutí viny a odpovědnosti se u sourozenců postižených jedinců navzdory mému očekávání neobjevuje, je možné, že v rodinách s hraničním jedincem děti (sourozenci jedince s hraniční poruchou osobnosti) víc přebírají roli rodičů a cítí se tak více odpovědí a více zasáhnutí vinou.

V našich výsledcích se také objevuje fyzické týrání jedinců s hraniční poruchou osobnosti, což je ve shodě s určitými studii⁷. Dále se zde objevují psychická onemocnění příbuzných jedinců s hraniční poruchou osobnosti, například bulimie, což je ve shodě s výzkumem Risoa, Kleina a Andersona (2000), nebo samotná hraniční porucha osobnosti, což je ve shodě s výzkumem Gundersona, Zanariniho, Choi-Kaina, Mitchella a kolektivu (2011).

K většině našim zjištěním jsme nenašli teoretické podklady, se kterými bychom mohli diskutovat.

Tento výzkum má svoje limity. Za prvé jsou výsledky tohoto výzkumu omezeny malým počtem respondentů. Bohužel, i přes značné úsilí (viz kapitola 2.1 Shánění a popis výzkumného souboru), se mi podařilo sehnat jen tři respondenty. Na druhou stranu je tato problematika v našich podmínkách neprozkoumaná, a tak si tento výzkum dává za cíl spíše prozkoumat, co se u těchto respondentů objevuje, než generalizovat výsledky výzkumu na celou populaci sourozenců jedinců s hraniční poruchou osobnosti.

Další limitací je určitě to, že je výzkum postavený na výpovědi jednoho člena rodiny. Výzkum by byl určitě přesnější, kdyby se opíral o pozorování jevů v rodině nebo kdyby se opíral o výpovědi většího počtu rodinných příslušníků z jedné rodiny. Výpovědi tak mohou být zkreslené vnímáním sourozence jedince s hraniční poruchou osobnosti. Na druhou stranu kvalitativní výzkum má za cíl vidět očima lidí, kteří jsou studováni (Bryman, 1988, in Giffin, 2008). Minichiello, Aroni, Timewell a Alexander (1990, in Giffin, 2008) píší, že jakékoliv závěry vyvozené z kvalitativního výzkumu se opírají právě o názory, postoje a definice respondentů. Tedy ať už jsou či nejsou výpovědi ve shodě s realitou v rodině, tak jsou tyto výsledky užitečné, protože tento výzkum se zaměřuje právě na individuální zkušenosti těchto

sourozenců. Individuální pohledy respondentů jsou navíc velice důležité hlavně při aplikaci závěrů do psychoterapeutické či poradenské péče.

Dále je vzorek respondentů dost nesourodý. První respondent je oproti zbývajícím výrazně starší, což na jednu stranu poskytuje výzkumu více vnímaných jevů, na druhou stranu věk respondentů je ve shrnutí výsledků eliminován, a tak může zkreslovat výsledky. Zkreslení výsledků mohlo nastat i při nezohlednění typu vzdělání a zaměstnání respondentů, které jsem se v zájmu zachování anonymity rozhodla nezveřejnit.

Dále mohlo nastat zkreslení díky komorbiditě hraniční poruchy osobnosti s jiným psychickým onemocněním, tuto limitaci si uvědomuji, ale ve výzkumu dávám důraz spíše na ekologickou validitu.

Myslím si, že tato práce tak může poskytnout shrnutí informací a nové informace k tak málo probádané části psychologie. Tyto informace můžou posloužit jako podklad pro další výzkumy k této problematice. Také si myslím, že by tato studie mohla být podnětem ke zlepšení psychoterapeutické a poradenské péče o sourozence a rodiny jedinců s hraniční poruchou osobnosti.

5 Závěr

V úvodu naší práce jsme nejdříve popsali důvody vzniku a možný přínos této práce. V teoretické části práce jsme shrnuli aktuální informace o hraniční poruše osobnosti, obecně o rodině a o rodině s jedincem s hraniční poruchou osobnosti. V empirické části práce jsme popsali náš kvalitativní výzkum, kde metodou polostrukturovaného rozhovoru sbíráme data od tří respondentů, kteří jsou sourozenci jedince s hraniční poruchou osobnosti. Pomocí obsahové analýzy jsme popsali situaci jednotlivých respondentů a jejich rodin a poté jsme výsledky z jednotlivých rozhovorů shrnuli do popisu charakteristik situace rodin a specificky sourozenců lidí s hraniční poruchou osobnosti.

Z výsledků vyplývá, že pro sourozence jedinců s hraniční poruchou osobnosti je tato situace v rodině stresující až nesnesitelná. V těchto rodinách se vyskytuje množství závažných konfliktů a krizí, které obsahují mnohdy surové fyzické a psychické útoky. Také se zde objevují krizové situace, ve kterých chování sourozence s hraniční poruchou osobnosti vážně ohrožuje jeho zdraví. Tyto krize se v průběhu času většinou zhoršují. Vlivem této situace v rodině se u sourozenců jedinců s hraniční poruchou osobnosti objevují různé psychické problémy jako komplex méněcennosti, bulimie, vyhoření, problémy s partnerskými vztahy, hraniční rysy a neuroticismus. Dále uvádějí, že jsou vlivem této situace více vážní, odpovědní, obětaví a uzavření. Zatímco v dětství sourozenci jedinců s hraniční poruchou osobnosti tuto situaci nevnímali nebo nezvládali, tak v dospělosti objevili určité protektivní faktory, které jim zvládnání usnadňují. Ve zvládnání jim pomáhal odchod z prostředí rodiny, také informace o hraniční poruše osobnosti, psychoterapie a sociální opora mimo primární rodinu. Sourozenci jedinců s hraniční poruchou osobnosti uváděli také určité své potřeby, které byly nebo jsou málo naplněné. Jednalo se o potřebu pozornosti, lásky, ocenění a uznání, bezpečí, fyzického prostoru, odejmutí viny a odpovědnosti.

IV. POZNÁMKOVÝ APARÁT

1. Grant, Chou, Goldstein, Huang a kol., 2008, in Gunderson, Zonarini, Choi-Kain, Mitchell a kol., 2011; Lenzenweger, Lane, Loranger, Kessler, 2007, in Gunderson, Zonarini, Choi-Kain, Mitchell a kol., 2011; Swartz, Blazer, George, Winfield, 1990, in Gunderson, Zonarini, Choi-Kain, Mitchell a kol., 2011
2. Distel, Trull, Derom, Thiery a kol., 2008, in Gunderson, Zonarini, Choi-Kain, Mitchell a kol., 2011; Kendler, Aggen, Czajkowski, Roysamb a kol., 2008, in Gunderson, Zonarini, Choi-Kain, Mitchell a kol., 2011; Torgersen, Lygren, Oien, Skre a kol., 2000, in Gunderson, Zonarini, Choi-Kain, Mitchell a kol., 2011; Bornovalova MA, Hicks BM, Iacono WG, McGue 2009, in Gunderson, Zonarini, Choi-Kain, Mitchell a kol., 2011
3. Najavits, Gunderson, 1995, in Faldyna, 2000; Linehan, Heard, Armstrong, 1993, in Faldyna, 2000
4. Schulz & Williamson, 1991, in Scheirs, Bok, 2007; Winefield & Harvey, 1993, in Scheirs, Bok, 2007; Song et al, 1997, in Scheirs, Bok, 2007
5. Schulz et al, 1990, in Scheirs, Bok, 2007; Schulz & Williamson, 1991, in Scheirs, Bok, 2007; Song et al, 1997, in Scheirs, Bok, 2007
6. Anderson, Hogarti and Reiss 1986, in Hoffman, Buteau, Hooley, Fruzzetti a kol., 2003; Falloon, Boyd, McGill at al., 1982, in Hoffman, Buteau, Hooley, Fruzzetti a kol., 2003; Leff, Kuipers, Berkowitz at al., 1982, in Hoffman, Buteau, Hooley, Fruzzetti a kol., 2003; McFarlane at al., 1995, in Hoffman, Buteau, Hooley, Fruzzetti a kol., 2003; Miklowitz and Goldstein, 1997, in Hoffman, Buteau, Hooley, Fruzzetti a kol., 2003
7. Brown & Anderson, 1991, in Weaver, Clum, 1993; Westen et al., 1990, in Weaver, Clum, 1993
8. Stone, 1997, in Silverman, Pinkham, Horvath, Coccaro a kol., 1991; Akiskal, 1981, in Silverman, Pinkham, Horvath, Coccaro a kol., 1991; Andrulonis, Glueck, Stroebel, Vogel a kol., 1981, in Silverman, Pinkham, Horvath, Coccaro a kol., 1991; Schulz, Schulz, Goldberg, Prakesh a kol. 1986, in Silverman, Pinkham, Horvath, Coccaro a kol., 1991; Schulz, Soloff, Kelly, Morgenstern a kol. 1989, in Silverman, Pinkham, Horvath, Coccaro a kol., 1991; Pope, Jonas, Hudson, Cohen; 1983, in Silverman, Pinkham, Horvath, Coccaro a kol., 1991
9. Widiger et al., 1993, in Hoffman, Buteau, Fruzzetti, 2007; Zweig-Frank & Paris, 1995, in Hoffman, Buteau, Fruzzetti, 2007; Wilberg et al., 1999, in Hoffman, Buteau, Fruzzetti, 2007
10. Dixon a kol., 2001, in Hoffman, Fruzzetti, Buteau, Neiditch, 2005

11. Dixon a kol., 2001, in Hoffman, Fruzzetti, Buteau, Neiditch, 2005 ; Falloon & Pederson, 1985, in Hoffman, Fruzzetti, Buteau, Neiditch, 2005

V. LITERATURA

Baštecká, B., Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.

Boleloucký, Z., Plevová, J., Smulevič, A. B. (1993). *Hraniční stavy v psychiatrii*. Praha: Grada Avicenum.

Buteau, E., Dawkins, K., & Hoffman, P. (2008)., in Their Own Words: Improving Services and Hopefulness for Families Dealing with BPD. *Social Work, in Mental Health*, 6(1), 203-214. doi:10.1300/J200v06n01_16.

Dörner, K. et al. (1999). *Osvobozující rozhovor: Psychicky nemocný v rodině*. Praha: Grada Publishing.

Dušek, K., Večeřová-Procházková, A. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing.

Faldyna, Z. (2000). *Hraniční porucha osobnosti: Diagnostika, komorbidita a možnosti terapeutického ovlivnění při psychiatrické hospitalizaci*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.

Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: Jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.

Fruzzetti, A. E., & Shenk, C. (2008). Fostering Validating Responses, in Families. *Social Work, in Mental Health*, 6(1-2), 215-227. doi:10.1300/J200v06n01_17.

Gerull, F., Meares, R., Stevenson, J., Korner, A., & Newman, L. (2008). The Beneficial Effect on Family Life, in Treating Borderline Personality. *Psychiatry*, 71(1), 59-70. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/220675281?accountid=16531>.

Giffin, J. (2008). Family Experience of Borderline Personality Disorder. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, The*, 29(3), 133-138. Retrieved from <http://search.informit.com.au/documentSummary;dn=281109358395494;res=IELFSC>.

Gjuričová, Š., & Kubička, J. (2009). *Rodinná terapie: Systemické a narativní přístupy* (2nd ed.). Praha: Grada Publishing.

Goodman, M., Patil, U., Triebwasser, J., Hoffman, P., Weinstein, Z. A., & New, A. (2011). Parental Burden Associated with Borderline Personality Disorder, in Female Offspring. *Journal of Personality Disorders*, 25(1), 59-74. doi:10.1521/pedi.2011.25.1.59.

Gunderson, J. G., Zanarini, M. C., Choi-Kain, L. W., Mitchell, K. S., Jang, K. L., & Hudson, J. I. (2011). Family Study of Borderline Personality Disorder and Its Sectors of Psychopathology. *Arch Gen Psychiatry*, 68(7), 753-762. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.65.

Guttman, H. A., & Laporte, L. (2000). Empathy, in families of women with borderline personality disorder, anorexia nervosa, and a control group. *Family Process*, 39(3), 345-58. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/218880010?accountid=16531>.

Guttman, H. A., & Laporte, L. (2002). Family Members' Retrospective Perceptions of Intrafamilial Relationships. *Contemporary Family Therapy*, 24(3), 505-521. doi:10.1023/A:1019871417951.

Hartl, P., Hartová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.

Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.

Hoffman, P. D., Buteau, E., & Fruzzetti, A. E. (2007). Borderline personality disorder: NEO-Personality Inventory ratings of patients and their family members. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(3), 204-215. doi:10.1177/0020764006074924.

Hoffman, P. D., Buteau, E., Hooley, J. M., Fruzzetti, A. E., & Bruce, M. L. (2003). Family members' knowledge about borderline personality disorder: correspondence with their levels of depression, burden, distress, and expressed emotion. *Family Process*, 42(4), 469-478. doi:10.1111/j.1545-5300.2003.00469.x.

Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. E., Buteau, E., & Neiditch, E. (2005). Family Connections: A Program for Relatives of Persons With Borderline Personality Disorder. *Family Process*, 44(2), 217-25. Retrieved from

<http://search.proquest.com/docview/218871599?accountid=16531>.

James, A. C., & Vereker, M. (1996). Family therapy for adolescents diagnosed as having borderline personality disorder. *Journal of Family Therapy*, 18(3), 269-283. doi:10.1111/j.1467-6427.1996.tb00050.x.

Langmeier, J., Krejčířová, D. (1998). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing.

Leman, K.. (1997). *Sourozenecké konstelace*. Praha: Portál.

Kafka, J. (1995). *Psychopatia: špecifické a zmiešané poruchy osobnosti*. Bratislava: Veda.

Matějčíček, Z. (1992). *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.

Matějčíček, Z., Dytrych, Z. (1994). *Děti, rodina a stres*. Praha: Galén.

Matějčíček, Z., Dytrych, Z. (2002). *Krizové situace v rodině očima dítěte*. Praha: Grada Publishing.

Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize: Duševní poruchy a poruchy chování: Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. (1992). Praha: Psychiatrické centrum.

Mlčák, Z. (1996). *Dysfunkční rodina: Teoretické a diagnostické aspekty*. Ostrava: Ateliér Milata.

Novák, T. (2007). *Sourozenecké vztahy*. Praha: Grada Publishing.

Oliverius, R., Gillernová, I., Junková, V., Šulová, L. (1989). *Psychologické problémy rodiny a rodinných vztahů*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.

Plaňava, I. (2000). *Manželství a rodiny*. Brno: Doplněk.

Praško, J. et al. (2003). *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál.

Riso, L. P., Klein, D. N., & Anderson, R. L. (2000). A family study of outpatients with borderline personality disorder and no history of mood disorder. *Journal of Personality Disorders*, 14(3), 208-17. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/195238806?accountid=16531>.

Röhr, H. P. (2003). *Hraniční porucha osobnosti: Vznik poruchy, průběh a možnost jejího překonání*. Praha: Portál.

Říčan, P., Krejčířová, D. et al. (1997). *Dětská klinická psychologie* (3rd ed.). Praha: Grada Avicenum.

Scheirs, J. G., & Bok, S. (2007). Psychological Distress, in Caretakers or Relatives of Patients With Borderline Personality Disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(3), 195-203. doi:10.1177/0020764006074554.

Silverman, J. M., Pinkham, L., Horvath, T. B., Coccaro, E. F., Klar, H., Schear, S., . . . Siever, L. J. (1991). Affective and impulsive personality disorder traits, in the relatives of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 148(10), 1378-85.

Smolík, P. (1996). *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástinnozologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf-Jessenius.

Sobotková, I. (2001). *Psychologie rodiny*. Praha: Portál.

Svoboda, M., Češková, E., Kučerová, H. (2006). *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál.

Vágnerová, M. (2005). *Vývojová psychologie I.: Dětství a dospívání*. Praha: Nakladatelství Karolinum.

Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II.: Dospělost a stáří*. Praha: Nakladatelství Karolinum.

Vašina, L. (2002). *Klinická psychologie a somatická psychoterapie*. Brno: Neptun.

Vašina, L. (2008). *Základy psychopatologie a klinické psychologie*. Brno: Insti-

tut mezioborových studií.

Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie* (3rd ed.). Praha: Portál.

Weaver, T. L., & Clum, G. A. (1993). Early Family Environments and Traumatic Experiences Associated With Borderline Personality Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(6), 1068-1075. doi:10.1037/0022-006X.61.6.1068.

Whisman, M. A., & Schonbrun, Y. C. (2009). Social consequences of borderline personality disorder symptoms, in a population-based survey: Marital distress, marital violence, and marital disruption. *Journal of Personality Disorders*, 23(4), 410-5. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/195241294?accountid=16531>.

Young, D. W., & Gunderson, J. G. (1995). Family images of borderline adolescents. *Psychiatry*, 58(2), 164-72. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/220697388?accountid=16531>.

Youngson, R. M. (2000). *O šílenství, podivínství a genialitě*. Praha: Portál.

VI. PŘÍLOHY

1. příloha: Pozvánka do výzkumu

Výzkum na podporu kvality života lidí se sourozencem trpícím hraniční poruchou osobnosti

- Trpí váš bratr či sestra hraniční poruchou osobnosti?
- Chtěli byste pomoci odborníkům k lepšímu pochopení této problematiky a ke zlepšení kvality péče?

Pokud ano, můžete se zúčastnit právě probíhajícího výzkumu:
"ŽIVOT SE SOUROZENCEM S HRANIČNÍ PORUCHOU OSOBNOSTI"

Jsem studentka psychologie, která se v rámci diplomové práce zabývá tímto výzkumem. Dělán to hlavně z toho důvodu, že mám osobní zkušenosti se sourozencem s hraniční poruchou osobnosti a chtěla bych zlepšit pochopení této problematiky. Výzkum provádím formou rozhovoru, ve kterém se nemusí odpovídat na všechny otázky. Všechny sdělené informace jsou anonymní. Výzkum je pořádaný pod záštitou Masarykovy univerzity.

V případě zájmu budu moc ráda, když mě kontaktujete na emailovou adresu:

vyzkum.hranicni.porucha.osobnosti@email.cz

2. příloha: Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

I. Popis a vývoj rodiny

1. Mohl/a byste mi popsat svojí rodinu, ve které jste vyrůstal/a?
 - Kolik je v ní členů?
2. Bydlíte s někým z nich?
 - Do jakého věku jste s nimi bydlel/a?
 - Kolik bylo let Vašemu sourozenci, když jste s ním přestal/a bydlet?
3. S kým udržujete vztahy?
4. Jaké tyto vztahy jsou?
5. Jaká je v této rodině atmosféra?
6. Jak se situace v rodině v průběhu času měnila?
7. Jak se měnily vzájemné vztahy a atmosféra v rodině?

II. Popis sourozence s hraniční poruchou osobnosti

1. Mohl/a byste mi popsat svého sourozence s hraniční poruchou osobnosti?
2. Jak byste popsal/a svůj vztah k němu/ní?
3. Jak se tento vztah vyvíjel?
4. Jaké jsou Vaše nejvýraznější zážitky s tímto sourozencem?
5. Jak jste se dozvěděl/a o tom, že má hraniční poruchu osobnosti?
 - Jak jste na tuto informaci zareagoval/a?
6. Jak jste získal/a informace o hraniční poruše osobnosti?
 - Pomohli Vám tyto informace ve zvládnání situací, které byly spojené s projevy sourozencovi hraniční poruchy osobnosti?
7. Jak se podle Vás hraniční porucha osobnosti projevuje u Vašeho sourozence?
8. Léčil se někdy Váš sourozenec s touto poruchou?
 - Jak jeho léčba vypadala?
 - Zlepšila podle Vás léčba projevy jeho poruchy?

III. Vlivy

1. Jaké vlivy podle Vás měly projevy hraniční poruchy Vašeho sourozence na Vaši rodinu?
2. Jaké vlivy měly specificky na Vás?
3. Prošel/šla jste si Vy a nebo Vaše rodina těžkostmi/krizemi, které by souvisely s projevy hraniční poruchy osobnosti Vašeho sourozence?
 - Jak tyto těžkosti/krize vypadaly v rodině?
 - Jak tyto těžkosti/krize vypadaly u Vás?
 - Jak závažné tyto těžkosti/krize byly, když je porovnáte s jinými těžkostmi/krizemi u sebe nebo v rodině?
4. Probíhají tyto těžkosti/krize i v přítomnosti?
 - Jak se změnily?
5. Měla pro Vás tato situace (související s projevy hraniční poruchy osobnosti Vašeho sourozence) i pozitivní důsledky?

IV. Zdroje zvládnání

1. Jak jste v minulosti zvládal/a tyto těžkosti/krize?
 - Co Vám pomáhalo a co Vám zvládnání ztěžovalo?
2. Jak je zvládáte nyní?
 - Co Vám pomáhá a co Vám zvládnání ztěžuje?
3. Jak je v minulosti zvládali ostatní členové Vaší rodiny?
 - Jak je zvládají nyní?
4. Co byste hypoteticky v minulosti potřeboval/a k lepšímu zvládnutí těchto těžkostí/krizí?
5. Pomáhal Vám někdo z rodiny zvládat tyto těžkosti/krize?
 - Měl/a jste ve svém životě někdy pocit, že byste potřeboval/a více pomoci od ostatních členů rodiny (ve zvládnání těchto těžkostí/krizí)?
6. Pomáhal Vám někdo mimo rodinu zvládat tyto těžkosti/krize?

- Měl/a jste ve svém životě někdy pocit, že byste potřeboval/a více pomoci zvenku (mimo rodinu) ve zvládnání těchto těžkostí/krizí?

7. Věděl/a jste o možnosti odborné pomoci ke zvládnutí těchto těžkostí/krizí?

- Využil/a jste tuto možnost?
- Pomohla Vám?

V. Obecně o sourozencích s hraniční poruchou osobnosti

1. Když si vezmete obecně sourozence lidí s hraniční poruchou osobnosti je pro ně něco specifické (typické)?

- Mají podle vás své specifické problémy (ať už v dětství či dospělosti)?
- Mají podle vás své specifické potřeby?

2. Co byste doporučil/a ostatním sourozencům (ať už dětem či dospělým) člověka s hraniční poruchou osobnosti?

3. A co byste jim přál/a?

VI. Závěrečná otázka

1. Chtěl/a byste říct ještě něco, co považujete za důležité?