

UNIVERZITA KARLOVA

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

**Vliv projevů hraničního typu emočně nestabilní poruchy
osobnosti na rodinné příslušníky**

The Influence of the Manifestations of Borderline Type of
Emotionally Unstable Personality Disorder on Family Members

Diplomová práce

Vedoucí práce:
Mgr. Barbora Racková

Autor práce:
Bc. Magdalena Samcová

Praha 2021

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Mgr. Barboře Rackové za odborné vedení v průběhu psaní práce. Děkuji i mým respondentům za ochotu sdílet své osobní zkušenosti.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou prací „Vliv projevů hraničního typu emočně nestabilní poruchy osobnosti na rodinné příslušníky“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 17. 12. 2021

Bc. Magdalena Samcová

Anotace

Tato diplomová práce se zabývá tématem vlivu projevů hraničního typu emočně nestabilní poruchy osobnosti na rodinné příslušníky osob s tímto onemocněním. S využitím interpretativní fenomenologické analýzy se snaží přiblížit zkušenost blízkých, kteří žili ve společné domácnosti s člověkem s hraniční poruchou osobnosti. Teoretická část se zabývá definicí onemocnění a jeho projevů, věnuje se potřebám rodiny se členem s HPO a popisuje spolupráci v rámci lékařské a sociální práce. Empirická část byla realizována pomocí polostrukturovaných rozhovorů se třemi respondenty a následně vyhodnocována dle postupů zvolené metody – interpretativní fenomenologické analýzy.

Klíčová slova

Hraniční porucha osobnosti, rodinní příslušníci, duševní onemocnění, interpretativní fenomenologická analýza, sociální práce.

Annotation

This thesis deals with the influence of the manifestations of borderline type of emotionally unstable personality disorder on family members of people suffering from this disorder. Using interpretive phenomenological analysis, it seeks to approximate the experience of family members who have lived in a household with a person with borderline personality disorder. The theoretical section explores the definition of the illness and its manifestations, discusses the needs of a family with a member with BPD, and describes collaboration within medical and social work settings. The empirical part was conducted using semi-structured interviews with three respondents and then evaluated according to the procedures of the chosen method – i.e. Interpretative Phenomenological Analysis.

Keywords

Borderline personality disorder, family members, mental disease, interpretative phenomenological analysis, social work.

Obsah

Poděkování.....	2
Prohlášení.....	3
Anotace	4
Klíčová slova	4
Annotation.....	5
Keywords	5
Seznam zkratk	8
Úvod.....	9
1. Hraniční porucha osobnosti	11
1.1. Klasifikace	11
1.1.1. Specifika HPO	13
1.1.2. Znaký HPO	16
2. Rodinný příslušníci.....	19
2.1. Definice rodiny	19
2.2. Potřeby rodiny	21
2.3. Rodina s člověkem s duševním onemocněním	23
3. Spolupráce s lidmi s HPO.....	26
3.1. Psychiatrická péče.....	26
3.1.1. Léčba v nemocnici	26
3.2. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním.....	27
3.2.1. Specifika individuální práce s lidmi s HPO.....	30
3.3. Služby pro osoby s hraniční poruchou osobnosti	30
4. Empirická část.....	34
4.1. Cíl výzkumu.....	34
4.2. Výzkumná metoda	34

4.3.	Hlavní výzkumná otázka	35
4.4.	Výběr participantů	36
4.5.	Sběr dat	37
4.6.	Postup analýzy	38
4.7.	Etické zásady výzkumu	40
4.8.	Limity výzkumu.....	40
5.	Analýza a interpretace dat.....	42
5.1.	Vlastní reflexe.....	42
5.2.	Charakteristika výzkumného vzorku	42
5.3.	Výsledná témata analýzy	43
5.3.1.	Osobní rovina.....	44
5.3.2.	Kontakt s blízkým s HPO	50
5.3.3.	Psychická zátěž	53
6.	Diskuze k výsledkům.....	58
	Závěr	61
	Seznam použité literatury	63
	Seznam příloh	67
	Abstrakt.....	68
	Abstract	69

Seznam zkratek

DBT – dialekticko-behaviorální terapie

DSM – Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch

HPO – hraniční porucha osobnosti

HVO – hlavní výzkumná otázka

IPA – interpretativní fenomenologická analýza

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

NS – nervová soustava

PO – porucha osobnosti

Úvod

„Strašnej pocit bezmoci, naštvání, v tu chvíli jsem si jako říkala, ježíšmaria, to snad jako tu diagnózu nemá jediná v celý republice, tak snad už se s tím někdy někde někdo musel setkat, když jí maj pojmenovanou, a ať mi řekne, co mám dělat.“ (respondentka Hana)

Soužití s člověkem s duševním onemocněním přináší do života jeho blízkých jistou změnu. Hraniční typ emočně nestabilní poruchy osobnosti je onemocněním, se kterým se ve společnosti potýká přes 1,5 % lidí (někteří autoři uvádí až 5,9 %).¹ Péče o tyto osoby je u nás nedostatečná, a především sociální služby pro tzv. hraničáře jsou silně poddimenzovány.² Spolupráci s nimi nechtějí navazovat především pro specifika, která toto onemocnění přináší – práce s lidmi s HPO je náročná a nemusí mít viditelné výsledky. Předsudky, které tuto psychickou poruchu provází, ještě ztěžují možnost přijetí do péče.³

Hraniční porucha osobnosti však má vliv i na okolí, a zejména na nejbližší rodinu, ty, kteří s nemocným člověkem žijí ve společné domácnosti. Kvůli nedostatku služeb zaměřených konkrétně na tuto problematiku, je dopad na rodinné příslušníky ještě více zatěžující. Ve Spojených státech Amerických již na toto téma bylo realizováno několik výzkumů, nicméně u nás je takových mizivě procento. Problémem využití zahraničních studií v českém prostředí je však fakt, že v USA je užíván jiný diagnostický manuál, a tak – zjednodušeně řečeno – „hraničář“ dle jejich manuálu nemusí být jako „hraničář“ dle systému klasifikace, který je využíván u nás. Aby nedošlo k případnému zkreslení, výstupy amerických výzkumů v této práci nejsou zcela zahrnuty a jsou zmíněny jen velmi krátce.

V naší společnosti panuje stále velká míra stigmatizace ohledně duševních onemocnění, rodiny mohou trpět i studem, či pocitem viny, a tak si neřeknou o potřebnou pomoc a podporu.⁴ Přitom soužití s osobou s HPO s sebou přináší důsledky, které si rodinní

¹ GRAMBAL, Aleš, Ján PRAŠKO a Petra KASALOVÁ. *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Praha: Grada Publishing, 2017, s. 22. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5796-4.

² VANĚČKOVÁ, Magdalena. *Destigmatizace osob s duševním onemocněním*. Praha, 2018. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Husitská teologická fakulta, HTF – Katedra psychosociálních věd a etiky.

³ GRAMBAL, Aleš, Ján PRAŠKO a Petra KASALOVÁ. *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Praha: Grada Publishing, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5796-4.

⁴ PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, s. 200. ISBN 978-80-7387-253-3.

příslušníci mohou nést po celý zbytek života. Tato diplomová práce si klade za cíl jejich zkušenost přiblížit.

V rámci teoretické části je definována hraniční porucha osobnosti, zařazena do klasifikace a je specifikována. Prostor je věnován především znakům a projevům HPO. Druhá kapitola se zaměřuje na rodinu, její potřeby, zejména v důsledku onemocnění člena. Ve třetí kapitole je popisována spolupráce s člověkem s HPO, a to nejen v psychiatrických nemocnicích, ale i v oblasti sociálních služeb. Ve výzkumné části práce je uváděna zvolená metoda (interpretativní fenomenologická analýza) a postup, který byl během bádání využit. Vzhledem k jasnému zásahu onemocnění do života blízkých byl fokus směřován na to, jaký vliv na rodinné příslušníky mají projevy HPO. V analýze jsou následně zpracována data z rozhovorů od tří respondentů, kteří žili ve společné domácnosti s člověkem s touto psychickou poruchou. Bylo usilováno o přiblížení jejich zkušenosti všem, kteří se o důsledcích chtějí dozvědět více. Jako prospěšné by práce mohla být vnímáno nejen u sociálních pracovníků, kteří se ve své praxi setkávají s klienty a blízkými s tímto onemocněním, ale i pro zdravotnické pracovníky psychiatrických oddělení nemocnic. Přínosem může být i pro terapeuty, na jejichž poskytovanou péči se mohou blízcí obracet, aby se nějak vyrovnali s dopadem, které na ně soužití má.

Tématem hraniční poruchy osobnosti jsem se okrajově zabývala v rámci mé bakalářské práce a překvapilo mě, jak jsou nedostatečné kapacity služeb pro tuto cílovou skupinu. Během výběru zaměření diplomové práce jsem si na tuto skutečnost vzpomněla a přimělo mě to k zamyšlení, jak asi celá situace doléhá na rodinu, která postrádá komplexní podporu. Vzhledem k tomu, že jsem již měla o tomto onemocnění základní znalosti, zvolila jsem si právě toto téma.

1. Hraniční porucha osobnosti

V českém prostředí se mimo odborné publikace (a mnohdy ani v nich) nesetkáváme s plným pojmenováním „hraniční typ emočně nestabilní poruchy osobnosti“. V běžné mluvě se asi nejčastěji užívá označení „hraničář“ – zjevně pro zkrácení, ovšem toto pojmenování je trochu stigmatizačního rázu. Vhodnější se tedy jeví výraz „člověk s hraniční poruchou osobnosti“, proto bude využíván i v této práci. Stejně tak, jako je možné vidět v české odborné literatuře, bude zde uplatňován zkrácený pojem „hraniční porucha osobnosti“, HPO.

Pro pochopení, jak může být náročné mít člena rodiny s tímto onemocněním, je stěžejní mít znalosti o nemoci a jejích specifikách. Proto se hned první kapitola věnuje definici hraniční poruchy osobnosti. Nejprve je řazena dle klasifikace, poté shrnuje hlavní specifika poruch osobnosti obecně, jsou zde zmíněny znaky emočně nestabilní poruchy osobnosti a detailně popsány projevy hraničního typu tohoto onemocnění. V dalším oddíle je uvedena přehledná tabulka s konkrétními příznaky, které jsou pro HPO výstižné.

1.1. Klasifikace

Diagnostické manuály jsou v medicínských oborech nezbytností, aby se odborníci lépe orientovali v pacientových těžkostech a mohli pro něj zvolit vhodnou léčbu.⁵ Pro rozdělení onemocnění a kategorizaci dalších zdravotních a jiných obtíží se v České republice od roku 1994 používá systém Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů 10. revize, zkratkou MKN-10. Tento dokument vznikl na poli Světové zdravotnické organizace.⁶ V MKN-10 najdeme Poruchy duševní a poruchy chování pod písmenem F.⁷ Až vejde v platnost připravovaný nový manuál MKN-11, tato kapitola dosáhne pravděpodobně největší změny. Je to z toho důvodu, že je z velké části ovlivňována Diagnostickým a statistickým manuálem mentálních poruch (DSM) - příručkou Americké psychiatrické společnosti, kde jsou psychická onemocnění rozdělena podrobněji

⁵ RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2020, s. 169. ISBN 978-802-4627-120.

⁶ O MKN-10. *O mezinárodní klasifikaci nemocí: MKN-10 klasifikace* [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2021 [cit. 2021-4-22]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/o-mkn>

⁷ Emočně nestabilní porucha osobnosti. *Prohlížeč: MKN-10 klasifikace* [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2021 [cit. 2021-4-22]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F60.3>

a kategorizace poruch je v DSM-V zjednodušena.⁸ Kapitoly jsou za písmenem vždy děleny na oddíly, které sdružují onemocnění podle stejných symptomů, které se u osob trpících konkrétní poruchou vyskytují nejznatelněji.⁹ Pro psychická onemocnění se v klasifikačním systému užívá termín psychické poruchy, a to z toho důvodu, že přesný původ nemoci není znám¹⁰. V oddíle F60-F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých je skupina specifických poruch osobnosti (F60), která se dále dělí na paranoidní (F60.0), schizoidní (F60.1), disociální (F60.2), emočně nestabilní (F60.3), histrionskou (F60.4), anankastickou (F60.5), anxiózní (F60.6), závislou (F60.7), jiné specifické PO (F60.8) a poruchu osobnosti NS (F60.9). Hraniční porucha osobnosti je jedním ze dvou typů emočně nestabilní poruchy osobnosti skrývajících se pod kódem F60.3.¹¹ Výčet různých druhů PO je poměrně obsáhlý, ovšem emočně nestabilní PO jsou v populaci nejhojněji zastoupeny.¹²

V případě rozdílnosti MKN a diagnostického systému užívaného ve Spojených státech Amerických, je nutné reagovat na připravované změny, které se v MKN-11 budou dotýkat diagnostiky PO. Při stanovení diagnózy dle budoucího manuálu bude v rámci PO možné upřesňovat, a to stanovením její závažnosti – jako mírnou, střední či těžkou. Dále ji bude možné specifikovat dle jednoho až pěti kvalifikátorů oblastních osobnostních rysů, kterými jsou negativní afektivita, odtažitost, desinhibice (tj. odtlumení zábran, neadekvátní změna sociálního chování¹³), disocialita a anankastie (dle Psychologického slovníku je anankasmus neboli anankastia „*nutkání k určitému myšlení, pronášení slov nebo jednání, vůli neovlivnitelné*“¹⁴). Při naplnění kritérií pro HPO může pracovník využít také kvalifikátor hraničního vzorce osobnostního narušení, který je blíže rozbírán v oddíle s názvem Znaký HPO.¹⁵

⁸ RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2020, s. 34–41. ISBN 978-802-4627-120.

⁹ ČEŠKOVÁ, Eva a Hana KUČEROVÁ, SVOBODA, Mojmír, ed. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál, 2006, s. 82. ISBN 80-7367-154-9.

¹⁰ ČEŠKOVÁ, Eva a Hana KUČEROVÁ, SVOBODA, Mojmír, ed. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál, 2006, s. 82. ISBN 80-7367-154-9.

¹¹ Emočně nestabilní porucha osobnosti. *Prohlížeč: MKN-10 klasifikace* [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2021 [cit. 2021-4-22]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F60.3>

¹² ČEŠKOVÁ, Eva a Hana KUČEROVÁ, SVOBODA, Mojmír, ed. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál, 2006, s. 258. ISBN 80-7367-154-9.

¹³ HIRT, Miroslav, František VOREL a Petr HEJNA. *Velký výkladový slovník soudnělékařské terminologie*. Praha: Grada, 2018, s. 34. ISBN 9788024719795.

¹⁴ HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, s. 41. ISBN 80-7178-303-x.

¹⁵ RIEGEL, Karel D., Kamil KALINA a Ondřej PĚČ. *Poruchy osobnosti v 21. století: diagnostika v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2020, s. 63–70. ISBN 978-80-262-1596-7.

1.1.1. Specifika HPO

„Osobnost je psychologický konstrukt, který si psychologové a psychiatři vymysleli, aby byli schopni popsat něco tak složitého, jako je lidské Já. Tento konstrukt představuje soubor vzorců chování, jež se vytváří na základě pěti základních komponent: 1. temperamentu; 2. charakteru; 3. identity; 4. zvnitřněného (internalizovaného) systému morálních hodnot; 5. myšlenkových (kognitivních) procesů.“¹⁶ Zjednodušeně můžeme říct, že je to soubor duševního života člověka.¹⁷ Jde o vlastnosti člověka, které jej utvářejí. Porucha osobnosti znamená, že tyto rysy, které jsou vrozené (temperament) i získané (charakter), se podstatně odlišují od vlastností majoritní společnosti. Jedinci tudíž na různorodé situace reagují jiným způsobem, a to díky silně zakořeněným vzorcům chování.¹⁸ To způsobuje často problémy ve společenském prostředí (v rodině, v práci...), a tak strádá buď jedinec nebo jeho okolí.¹⁹ Při diagnostice lze využít také rozhovoru s další osobou – nezřídkem je veden s někým blízkým z rodiny, aby mohlo být skutečně rozpoznáno, zda se jedinec ve svém prostředí chová nezvykle. Užitečné to může být především, pokud je klient součástí určité komunity (kulturní či sociální), do které pracovník nemá takový vhled. Tato objektivní analýza napomáhá i odhalení všech projevů. Na rozdíl od člověka s HPO, blízcí potíže vnímají a jsou schopni je rozpoznat.²⁰ U PO se nejedná o jednotlivé epizody nemoci, jako například u afektivních poruch, ale o trvalý stav, který se začíná projevovat v pozdním dětství, či při dospívání.²¹ Pokud se vzorec chování u jedince změní až později – ve střední dospělosti, tj. od 25 – 30 let²², není uvažováno již o poruše osobnosti, ale spíše o jiném duševním onemocnění (např. depresivní fáze, organické poruchy či nadměrné užívání některých návykových látek).²³ Kolísání může nastávat díky vlivům vnějším (např. změna role v rodině, pracovní potíže...) i vnitřním (např. fyzické onemocnění...). V období

¹⁶ RIEGEL, Karel D., Kamil KALINA a Ondřej PĚČ. *Poruchy osobnosti v 21. století: diagnostika v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2020, s. 73–74. ISBN 978-80-262-1596-7.

¹⁷ ČEŠKOVÁ, Eva a Hana KUČEROVÁ, SVOBODA, Mojmír, ed. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál, 2006, s. 135. ISBN 80-7367-154-9.

¹⁸ PRAŠKO, Ján. *Poruchy osobnosti*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015, s. 15. ISBN 978-80-262-0900-3.

¹⁹ ČEŠKOVÁ, Eva a Hana KUČEROVÁ, SVOBODA, Mojmír, ed. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál, 2006, s. 255. ISBN 80-7367-154-9.

²⁰ RIEGEL, Karel D., Kamil KALINA a Ondřej PĚČ. *Poruchy osobnosti v 21. století: diagnostika v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2020, s. 46. ISBN 978-80-262-1596-7.

²¹ PRAŠKO, Ján. *Poruchy osobnosti*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015, s. 18–19. ISBN 978-80-262-0900-3.

²² LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006, s. 167. *Psyché* (Grada). ISBN 978-80-247-1284-0.

²³ RIEGEL, Karel D., Kamil KALINA a Ondřej PĚČ. *Poruchy osobnosti v 21. století: diagnostika v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2020, s. 45–46. ISBN 978-80-262-1596-7.

kompenzace se porucha osobnosti může projevovat mírněji. Dle Psychologického slovníku pojem kompenzace znamená „*aktivní způsob, jímž se člověk vyrovnává s životními nezdary, jímž řeší konflikty a reaguje na frustraci, a to změnou cíle nebo cesty k němu*“.²⁴ Například pokud nemocný sám vyhledá odbornou pomoc, je pravděpodobné, že se nachází v této fázi nemoci. Opakem je dekompenzace – zhoršení stavu, kdy mohou být častější suicidální pokusy. Ačkoliv u některých typů PO (do kterých spadá i HPO) může ve vyšším věku nastat stabilizace a přechodné vymizení příznaků nemoci, PO nejsou přechodného charakteru.²⁵ Lidé s poruchou osobnosti mohou současně trpět i dalším psychickým onemocněním – vzhledem k povaze poruchy se mnohdy jedná o úzkosti, deprese a nezřídka se stanou závislými na návykových látkách.²⁶

U emočně nestabilní poruchy osobnosti je přítomno zkratkovité jednání, kdy jedinec nemyslí na následky svých činů. Objevuje se nestálost nálady, kterou mohou doprovázet bouřlivé záchvaty emocí (mnohdy vedoucí k násilí, zejména proti sobě) a časté jsou konflikty s ostatními, kteří chování v afektu kritizují. Lidé s touto poruchou také nejsou schopni plánovat příliš dopředu.²⁷ Hraniční typ emočně nestabilní poruchy poté rozšiřuje příznaky o „*nejasně nebo narušené představy o sobě samém, cílech a vnitřních preferencích*“²⁸. Člověk s tímto onemocněním dlouhodobě zažívá pocity prázdnoty, které často vedou k sebepoškozováním i sebevražedným tendencím. Tímto způsobem může nemocný jedinec reagovat na konflikt, nebo tak jedná i protože očekává úlevu.²⁹ 40–85 % lidí s HPO se někdy pokusí o sebevraždu, 10 % nemocných suicidium také dokoná. To je 50x vyšší procento než v běžné populaci.³⁰ Někteří evropští autoři, diagnostikující dle MKN-10, například Oumaya a kol., uvádí dokonce i vyšší poměr počtu pokusů o suicidium u tohoto

²⁴ HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, s. 262–263. ISBN 80-7178-303-x.

²⁵ RIEGEL, Karel D., Kamil KALINA a Ondřej PĚČ. *Poruchy osobnosti v 21. století: diagnostika v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2020, s. 46. ISBN 978-80-262-1596-7.

²⁶ PRAŠKO, Ján. *Poruchy osobnosti*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015, s. 19. ISBN 978-80-262-0900-3.

²⁷ PRAŠKO, Ján. *Poruchy osobnosti*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015, s. 242. ISBN 978-80-262-0900-3., HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, s. 431. ISBN 80-7178-303-x., Emočně nestabilní porucha osobnosti. *Prohlížeč: MKN-10 klasifikace* [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2021 [cit. 2021-4-22]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F60.3>

²⁸ PRAŠKO, Ján. *Poruchy osobnosti*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015, s. 242. ISBN 978-80-262-0900-3.

²⁹ PRAŠKO, Ján. *Poruchy osobnosti*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015, s. 242. ISBN 978-80-262-0900-3., Emočně nestabilní porucha osobnosti. *Prohlížeč: MKN-10 klasifikace* [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2021 [cit. 2021-4-22]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F60.3>, HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, s. 432. ISBN 80-7178-303-x.

³⁰ GRAMBAL, Aleš, Ján PRAŠKO a Petra KASALOVÁ. *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Praha: Grada Publishing, 2017, s. 25. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5796-4.

onemocnění – 40-80 %.³¹ Jedinec nemá stálé vazby se svým okolím, prožívá pouze krátkodobé, ovšem velice intenzivní, vztahy. Problematika partnerství je zde zásadní – nejistá preference se týká i sexuality, panují obavy z odmítnutí.³² Dá se říct, že lidé s HPO vidí svět černobíle – respektive nahlízejí na ostatní jako dobré, nebo zlé a neexistuje nic mezi těmito dvěma póly.³³ Například při hospitalizaci pacient může vnímat denní službu jako podpůrnou a naopak s noční službou má velké problémy.³⁴ V dekompenzaci, když je nemocný ve větší zátěži, se může dostat i do paranoidních stavů a zažívat halucinace či bludy.³⁵ Častěji však tyto komplikace přichází, když je jedinec s HPO závislý na návykových látkách.³⁶ Stejně jako u jiných psychiatrických onemocnění, i u lidí trpících hraniční poruchou osobnosti se setkáváme s komorbiditou s dalšími onemocněními. Jedná se především o bipolární poruchu, depresi, dystymii („chronické zhoršení nálady trvající alespoň několik let, které ale není natolik těžké nebo jednotlivé periody nejsou dostatečně dlouhé, aby opravňovaly k diagnóze těžké, středně těžké, nebo lehké formy periodické depresivní poruch“)³⁷. Další duální diagnózou může být posttraumatická stresová porucha, poruchy příjmu potravy, patologické hráčství, abúzus, disociativní poruchy, ADHD a somatoformní poruchy.³⁸ Kvůli společným komorbiditám a podobným klinickým stavům se v minulosti i současnosti můžeme setkat s nesprávnou diagnostikou HPO a její záměnou za bipolární afektivní poruchu – následkem takovéto diferenciální diagnózy je nevhodná léčba (u HPO bývá nejprve volena psychoterapie, u bipolární afektivní poruchy se přistupuje především k léčbě biologické).³⁹

³¹ OUMAYA, M., S. FRIEDMAN, A. PHAM, T. ABOU ABDALLAH, J.-D. GUELFY a F. ROUILLON. Personnalité borderline, automutilations et suicide : revue de la littérature. *L'Encéphale* [online]. 2008, **34**(5), 452-458 [cit. 2021-11-27]. ISSN 00137006. Dostupné z: doi:10.1016/j.encep.2007.10.007

³² RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2020, s. 332. ISBN 978-802-4627-120.

³³ PRAŠKO, Ján. *Poruchy osobnosti*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015, s. 243. ISBN 978-80-262-0900-3.

³⁴ ČEŠKOVÁ, Eva a Radovan PŘIKRYL. *Praktická psychiatrie*. Praha: Maxdorf, c2013, s. 107. Jessenius. ISBN 978-80-7345_316-9.

³⁵ RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2020, s. 332. ISBN 978-802-4627-120.

³⁶ PRAŠKO, Ján. *Poruchy osobnosti*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015, s. 243. ISBN 978-80-262-0900-3.

³⁷ Dystymie. *Prohlížeč: MKN-10 klasifikace* [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2021 [cit. 2021-4-22]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F34.1>

³⁸ ČEŠKOVÁ, Eva a Radovan PŘIKRYL. *Praktická psychiatrie*. Praha: Maxdorf, c2013, s. 105–106. Jessenius. ISBN 978-80-7345_316-9.

³⁹ RIEGEL, Karel D., Kamil KALINA a Ondřej PĚČ. *Poruchy osobnosti v 21. století: diagnostika v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2020, s. 47. ISBN 978-80-262-1596-7.

Poměr počtu lidí s HPO v populaci se v průměru pohybuje od 1,6 % po 5,9 %⁴⁰ – přesné číslo je velmi náročné určit, psychiatři se mnohdy nedokážou na stanovení této diagnózy shodnout.⁴¹ Praško uvádí, že se toto onemocnění v poměru 2:1 častěji týká žen⁴², ovšem je možné, že je to díky tomu, že právě ženy mají větší tendence vyhledávat pomoc.

Příčina HPO je multifaktoriální – roli hraje genetická predispozice, možný je vliv zátěže matky v prenatálním období jedince, či natální poranění mozku apod. Vznik HPO souvisí taktéž s „*kumulativní a rozvíjející se sérií intenzivně patogenních vztahů*“⁴³. Mezi faktory patří genetika a biologická predispozice, psychosociální stránka i další okolnosti (změna životních rolí, i např. emočně přepjaté prostředí).⁴⁴

1.1.2. Znaky HPO

Pro upřesnění znaků HPO může být taktéž využit kvalifikátor hraničního vzorce osobnostního narušení (borderline pattern qualifier), který by měl být, jak již bylo zmiňováno výše, součástí MKN-11. Vychází z DSM-5 a pro stanovení diagnózy HPO je třeba naplnit alespoň pět z devíti bodů.⁴⁵ V knize praktické psychiatrie je uvedena užitečná mnemotechnická pomůcka pro memorizaci hlavních znaků hraniční poruchy osobnosti. Jedná se také o překlad z DSM-5 a je rozdělen do bodů stejných, jako je to u kvalifikátoru výše, ovšem pro lepší zapamatování využívá slovo IMPULSIVE.⁴⁶ Pro náhled na vzájemnou propojenost jsou uvedeny tyto přehledy v následující tabulce:

⁴⁰ GRAMBAL, Aleš, Ján PRAŠKO a Petra KASALOVÁ. *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Praha: Grada Publishing, 2017, s. 22. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5796-4.

⁴¹ PRAŠKO, Ján. *Poruchy osobnosti*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015, s. 246. ISBN 978-80-262-0900-3.

⁴² PRAŠKO, Ján. *Poruchy osobnosti*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015, s. 246. ISBN 978-80-262-0900-3.

⁴³ GRAMBAL, Aleš, Ján PRAŠKO a Petra KASALOVÁ. *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Praha: Grada Publishing, 2017, s. 110. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5796-4.

⁴⁴ GRAMBAL, Aleš, Ján PRAŠKO a Petra KASALOVÁ. *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Praha: Grada Publishing, 2017, s. 110–125. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5796-4.

⁴⁵ RIEGEL, Karel D., Kamil KALINA a Ondřej PĚČ. *Poruchy osobnosti v 21. století: diagnostika v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2020, s. 48–49, 68. ISBN 978-80-262-1596-7.

⁴⁶ ČEŠKOVÁ, Eva a Radovan PŘIKRYL. *Praktická psychiatrie*. Praha: Maxdorf, c2013, s. 105. Jessenius. ISBN 978-80-7345_316-9.

Mnemotehcnická pomůcka IMPULSIVE ⁴⁷	Znak HPO		Kvalifikátor hraničního vzorce osobnostního narušení ⁴⁸
	v angličtině	v překladu	
I	impulsive	impulzivita	impulzivita manifestovaná v potenciálně sebepoškozujícím chování (např. rizikové sexuální chování, riskantní řízení, excesivní pití alkoholu nebo užívání drog, záchvatovité přejídání apod.)
M	moodiness	náladovost	emoční nestabilita v důsledku zvýšené afektivní reaktivity; změny nálady mohou být způsobeny vnitřně (např. vlivem vlastních myšlenek jedince) nebo vnějšími okolnostmi; důsledkem je prožitek intenzivních stavů dysforie, které obvykle trvají několik hodin, ale mohou trvat i několik dní
P	paranoia or dissociation under stress	paranoia pod vlivem stresu	přechodné disociativní symptomy nebo kvazi-psychotické projevy (např. krátké halucinace, paranoia) v silně emočně nabitých situacích
U	unstable self-image	nestabilní obraz sám/sama sebe	narušení identity, které se projevuje nápadným a trvale nestabilním sebeobrazem a sebepojetím.
L	labile intense relationships	labilita, intenzivní vztahy	vzorec nestabilních a intenzivních mezilidských vztahů, charakteristických typickými alteracemi mezi extrémní idealizací a devalvací
S	suicidal gesture	suicidální gesta	opakující se epizody sebeohrožování (např. suicidální pokusy nebo jejich náznaky, sebepoškozování)
I	inappropriate anger	nepřiměřený vztek	neadekvátní prožitek intenzivní zlosti nebo obtížně kontrolovatelná zlost, projevující se častými výbuchy hněvu (např. křik nebo vřískot, házení nebo rozbíjení věcí, fyzické potyčky apod.)
V	vulnerability to abandonment	vulnerabilní k opuštění	horečná snaha vyhnout se skutečnému nebo domnělému opuštění
E	emptiness	prázdnota	chronické pocity prázdnoty

Tabulka 1 Projevy HPO dle pomůcky IMPULSIVE

⁴⁷ ČEŠKOVÁ, Eva a Radovan PŘIKRYL. *Praktická psychiatrie*. Praha: Maxdorf, c2013, s. 105. Jessenius. ISBN 978-80-7345_316-9.

⁴⁸ RIEGEL, Karel D., Kamil KALINA a Ondřej PĚČ. *Poruchy osobnosti v 21. století: diagnostika v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2020, s. 48–49, 68. ISBN 978-80-262-1596-7.

Kvalifikátor je ještě obohacen o další příznaky, které ovšem u člověka s HPO nemusí být přítomny vždy: „Vnímání sebe jako nepatřičného, špatného, vinného, nechutného, opovrženého. Vnímání sebe jako hluboce odlišného a izolovaného od ostatních lidí; bolestivý pocit odcizení a pervazivní opuštěnosti. Hypersenzitivní náchylnost k odmítnutí; problémy s utvářením a udržováním konzistentní a adekvátní míry důvěry v mezilidských vztazích; časté chybné výklady sociálních signálů.“⁴⁹

⁴⁹ RIEGEL, Karel D., Kamil KALINA a Ondřej PĚČ. *Poruchy osobnosti v 21. století: diagnostika v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2020, s. 68. ISBN 978-80-262-1596-7.

2. Rodinní příslušníci

Téma rodinných příslušníků je zařazeno vzhledem k zaměření výzkumu na osoby blízké lidem s HPO. Tato kapitola se tedy věnuje definici rodiny a jejím funkcím. Zabývám se také potřebami rodiny a jejím vývojovým cyklem, jelikož přítomnost člena s HPO v rodinném kruhu může tyto aspekty oslabit či proměnit. Třetí podkapitola pojednává o překážkách, na které mohou narazit rodiny s členy, kteří mají duševní onemocnění. Je zde zmíněna struktura a jednotlivé fáze, do kterých se společenství může dostat.

2.1. Definice rodiny

Jednotná definice rodiny není ustálená, napříč obory je různě charakterizována. Dle Psychologického slovníku se rodinou rozumí „*společenská skupina spojená manželstvím nebo pokrevními vztahy a odpovědností a vzájemnou pomocí*“.⁵⁰ Podle Matouška je rodina „*v užším, tradičnějším pojetí skupina lidí spojená pouty pokrevního příbuzenství nebo právních svazků, v širším pojetí... na základě vzájemné náklonnosti*“⁵¹. Z hlediska socializace dítěte a společenských funkcí je na rodinu pohlíženo jako na „*společenskou instituci tvořící důležitý stavební kámen lidské společnosti*“.⁵² V právním řádu České republiky pojem také není pevně dán. V zákoně o rodině, který upravuje především vztahy mezi rodiči a dětmi, nalezneme pouze ustanovení o vzniku a zániku manželství.⁵³ V kontextu dnešní debaty, kdy se ve sněmovně projednává zákon o manželství homosexuálních párů, zaznívají i zjednodušené definice od politiků, jako například od Marka Výborného (KDU-ČSL), který tento pojem chápe velmi tradičně – jen jako model táta, máma a děti.⁵⁴ V této práci bude užíván pojem podle definice Anke Savenje: rodinu tvoří všichni, kteří sdílí jednu domácnost a patří tam i ti, se kterými mají členové silné vazby (například prarodiče i velmi blízcí přátelé). Autorka navíc do rodinné struktury s člověkem s duševním onemocněním započítává odborníky, se kterými rodina začne úzce

⁵⁰ HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, s. 512. ISBN 80-7178-303-x.

⁵¹ MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2008. s. 177. ISBN 978-80-7367-368-0.

⁵² NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Academia, 2009, s. 425. ISBN 978-80-200-1679-9.

⁵³ ČESKO. § 1 odst. 1 ÚZ č. 210/1998 Sb., zákon o rodině (úplné znění, jak vyplývá z pozdějších změn a doplnění) [online]. © AION CS 2010-2021 [cit. 2021-04-24]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1998-210#p1-1>

⁵⁴ Sněmovna dala šanci uzákonění manželství pro stejnopohlavní páry. *ČTK: České noviny* [online]. Praha: ČTK, c2021, 29.04.2021 [cit. 2021-4-29]. Dostupné z: <https://www.ceskenoviny.cz/zpravy/ve-snemovne-pokracuje-uvodni-debata-o-uzakoneni-manzelstvi-homosexuvalu/2029595>

spolupracovat – jedná se o psychiatry, psychology, sociální pracovníky a další lékaře a pracovníky zapojené v procesu péče.⁵⁵

V rámci různých disciplín se však odborníci shodují, že fungující rodina plní určité skupiny úkolů. Dle Langmeiera a Krejčířové je možné tyto funkce rozdělit na reprodukční, hospodářskou, emocionální a socializační funkci.⁵⁶ Autoři hovoří také o funkci sociálně podpůrné, „*kteřá vystupuje do popředí zejména v době, kdy se u některého člena rodiny objeví psychosociální problémy nebo nějaké onemocnění*“.⁵⁷ Poslání rodiny nově vystihuje také Pattersonová: začlenění do rodiny (pro pocit sounáležitosti, tvorbu identity...), plnění ekonomických potřeb (zde lze vidět paralelu se hospodářskou funkcí výše), péče, výchova a socializace. V neposlední řadě má rodina také úkol chránit své zranitelné členy, mezi které můžeme řadit osoby s duševním onemocněním.⁵⁸ Na základě plnění těchto funkcí být rodina hodnocena jako funkční (někdy se též užívá pojem zdravá rodina), problémová (zde je třeba sledování), dysfunkční (vyžadující sanaci) a afunkční (kde se již z hlediska výchovy dětí přistupuje k náhradní rodinné péči).⁵⁹ Zdravé rodinné fungování je dle Shapira „*schopnost rodiny účinně zvládat náročné či stresové životní události a přizpůsobovat se změnám*“⁶⁰. Toto fungování je tedy velice důležité pro zvládání všech možných problémů, které rodinu mohou potkat.

Na vývoj a utváření osobnosti má primární rodina zcela jistě velký vliv. V rodinném prostředí jsou z klinické (a mnohdy i výzkumné) zkušenosti významné tyto faktory: charakteristiky rodičů, manipulativní komunikace a vztahy, chaotické či špatně vymezené vztahy mezi generacemi, nedostatek jasných pravidel a jejich rozporuplné uplatňování.⁶¹

Je třeba podotknout, že v tomto případě je brán v úvahu člen s duševním onemocněním v rodině v roli dítěte, či dospělého, který je ale stále jako dítě považován v rámci své rodiny. Tomuto obrazu nahrává i fakt, že lidé s psychiatrickou poruchou méně

⁵⁵ PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, s. 201. ISBN 978-80-7387-253-3.

⁵⁶ LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006, s. 183. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1284-0.

⁵⁷ LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006, s. 184. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1284-0.

⁵⁸ SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012, s. 71. ISBN 978-80-262-0217-2.

⁵⁹ DUNOVSKÝ, Jiří. *Dítě a poruchy rodiny*. Praha: Avicenum, 1986, s. 28. Hálkova sbírka pediatrických prací (Avicenum). ISBN 08-040-86.

⁶⁰ SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012, s. 77. ISBN 978-80-262-0217-2.

⁶¹ RIEGEL, Karel D., Kamil KALINA a Ondřej PĚČ. *Poruchy osobnosti v 21. století: diagnostika v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2020, s. 136–137. ISBN 978-80-262-1596-7.

často zakládají své vlastní rodiny. Mimo jiné se obávají i možného genetického zatížení případného dítěte nebo dětí.⁶² Sociální práce s lidmi s poruchami osobnosti se proto v praxi mnohdy zaměřuje na stabilizaci náročné situace, ve které se rodiny nacházejí.⁶³

2.2. Potřeby rodiny

Dle toho, v jaké fázi, se rodina nachází, se potýká i s určitými překážkami a problémy, které musí překonat.⁶⁴ Vývojový cyklus rodiny začíná obdobím partnerství a přes stadia od narození prvního dítěte, rodinu s předškolními a školními dětmi, s adolescenty, postupný odchod potomků až po tzv. prázdné hnízdo, končí se stárnoucími osobami a zaniká obvykle smrtí jednoho z partnerů.⁶⁵ Přejechy mezi jednotlivými obdobími kladou na skupinu určité nároky a v tomto kontextu o nich lze hovořit jako o vývojových krizích.⁶⁶ V důsledku toho se dá také předpokládat, že mladý pár má rozdílné potřeby než rodiny s dospívajícími dětmi atd. Vzhledem k tomu, že u člověka s HPO se často začíná nemoc projevovat v období dospívání, bude na rodinu kladen větší tlak v této fázi, kdy se jedinec má stát méně závislým a více zodpovědným a samostatným. (Ne)závislost je mnohdy dlouhodobým tématem při práci s rodinou.⁶⁷ Potřeby rodiny s člověkem s jakýmkoliv závažným onemocněním jsou aspoň z části odlišné od potřeb běžných rodin. Společensví, kterého součástí je osoba s psychickými problémy, má potřeby ještě více specifické. S duševním onemocněním se mnohdy pojí stud a stigmatizace. Je to téma, které je ve společnosti dosud tabuizované, a proto se nelehko okolí sděluje, že se to člověka týká osobně, jeho vlastní rodiny. Rodiče se mohou bát pocitu viny, že si příbuzní budou myslet, že za nemoc svého dítěte mohou oni a že selhali ve výchově. Partner nechce, aby na jeho milovanou osobu mohlo být pohlíženo skrz prsty. Kamarádům se děti nemusí chtít svěřit,

⁶² OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5199-3.

⁶³ MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008, s. 84. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.

⁶⁴ PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, s. 202. ISBN 978-80-7387-253-3.

⁶⁵ LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie. 2.*, aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006, s. 197. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1284-0.

⁶⁶ MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce. 3.*, aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013, s. 188. ISBN 978-80-262-0213-4.

⁶⁷ MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010, s. 145. ISBN 978-80-7367-818-0.

protože mají strach, že se budou jejich blízkému (a nepřímo i tedy jim) ostatní smát. A tak se postupně více izolují od společnosti.⁶⁸

Z hlediska nemoci má rodina pravděpodobně specifické potřeby. Především mívá zájem o obecné informace o nemoci, o jejích příčinách a důsledcích. Důležité je také vědět, jak bude probíhat léčba člena rodiny, jaké na ně v tomto ohledu budou kladeny nároky (například kontrola užívání medikace) a koho mají kontaktovat v případě dotazů. Vzhledem k časté suicidalitě lidí s HPO je třeba, aby jejich blízcí znali, jak se zachovat v situaci, kdy se jedinec nachází v krizi a takovýmto jednáním vyhrožuje (či jej už započal). Je třeba rodinu podporovat a soustředit se na její funkčnost a silné stránky. Onemocnění v rodině s sebou přináší taktéž silnou emocionální zátěž.⁶⁹ Obzvláště může být mnohdy náročné vyrovnat se s konfrontací s manipulativním jednáním člena rodiny s HPO. Blízcí někdy mohou mít pocity podobné truchlení nad změnou chování dotyčné osoby a mohou dlouhodobě zažívat strach, že nemocný jedinec ublíží sám sobě či někomu jinému. Vhodné je jasně komunikovat a to nejen o svých pocitech.⁷⁰ Stává se, že skupina, která se potýká s problémem, začne po čase užívat specifický humor, který jí pomáhá náročné situace zvládat. Ostatní mimo hlavní dění tomu nemusí porozumět a mohou se nad vtipy pohoršovat. Ve společenství je také nutno udržet základní role v mezích vývojových možností svých členů – je nežádoucí, aby například malé dítě začalo přejímat roli jednoho z rodičů. Dodržování hranic je v soužití podstatným aspektem k jeho funkčnosti. Když dlouhodobě onemocní jakýkoliv člen rodiny je pochopitelné, že se na chvíli vše točí kolem něj, ale po čase je třeba, aby se všichni vrátili i ke svým vlastním životům. V souvislosti s poruchou často vznikají nejrůznější problémy, kterým příbuzní čelí, významnou potřebou se logicky jeví schopnost řešit vzniklé nesnáze. Stigmatizace jistě hraje roli v postupném oddalování se okolnímu světu, přitom být ve společnosti může být mnohdy osvobozující a přínosné pro obě strany. Především u dětí je vhodné, aby měly kolem sebe i další osoby, kterým se mohou s důvěrou svěřit s případnými

⁶⁸ PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, s. 200. ISBN 978-80-7387-253-3.

⁶⁹ PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, s. 204–205. ISBN 978-80-7387-253-3.

⁷⁰ PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, s. 205. ISBN 978-80-7387-253-3.

trápeními. Pro nutnost léčby a opěťovaných hospitalizací vzniká také potřeba dobrých vztahů se zdravotníky a schopnost efektivní komunikace se všemi odborníky.⁷¹

2.3. Rodina s člověkem s duševním onemocněním

„Rodina je hlavním zdrojem podpory nemocných, často jediným a nejdůležitějším.“⁷² Dle Matouška 30–60 % lidí se závažným duševním onemocněním žije se svými rodiči či příbuznými.⁷³ Důsledky psychického problému u člena rodiny jsou závislé na kombinaci faktorů. V první řadě se odvíjí od toho, kdo je nemocný, jakou ve skupině plní roli.⁷⁴ Například jedná-li se o rodiče, který zajišťuje hlavní příjem, jeho onemocnění pravděpodobně zasáhne i do rodinného rozpočtu. Pokud není zdravé dítě, je rozdíl, když je jedináček, nebo má jednoho, či více sourozenců (a v potaz vstupují další okolnosti, jako věk sourozenců atd.). Dalším faktorem je samotná porucha, její příznaky a všechny implikace z ní pramenící.⁷⁵ Když žijete s člověkem, který má sebevražedné tendence, je to jiné, než když sdílíte domácnost s blízkým, který trpí bludy. Odlišné je také, zda se jedná spíše o krátkodobější, jednu epizodu onemocnění, kde po zaléčení nepředpokládáme relapsy, či od počátku víme, že případná léčba bude běh na dlouhou trať. Samozřejmě také záleží na rodině jako celku, jejích mechanismech v krizových a jiných náročných situacích. Důležité jsou i znaky, které rodinu charakterizují.⁷⁶ Každé společenství má určitou strukturu a tam, kde je člověk s duševním onemocněním, se parametry často překlápí a vynutí si reorganizaci. Třemi hlavními parametry jsou míra flexibility, kde se balancuje mezi stabilitou a chaosem, stupeň soudržnosti (vztahy mohou být provázané či volnější) a hranice, a to nejen osobní, ale i meze rolí v rodině (rodiče versus děti apod.).⁷⁷ Například pokud je jednotka pevná, lze očekávat, že s ní onemocnění jejího člena neotřese tolik, jako v případě,

⁷¹ PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, s. 204–206. ISBN 978-80-7387-253-3.

⁷² PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, s. 199. ISBN 978-80-7387-253-3.

⁷³ MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010, s. 144. ISBN 978-80-7367-818-0.

⁷⁴ PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, s. 199. ISBN 978-80-7387-253-3.

⁷⁵ PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, s. 199. ISBN 978-80-7387-253-3.

⁷⁶ PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, s. 199. ISBN 978-80-7387-253-3.

⁷⁷ PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, s. 201. ISBN 978-80-7387-253-3.

kdy mezi osobami nejsou silné vazby. Po přejití největší bouře akutní fáze do chronicity by se rodinná struktura měla na nově vzniklou situaci dokázat adaptovat a vyjít tak vstříc individuálnímu rozvoji všech, nikoliv být zaměřena jen na duševní onemocnění jednoho z členů.⁷⁸

Pro rodinu je zjištění, že její člen není zcela zdravý, náhlou nesnází, mnohdy se dostává do krize. V psychosociální oblasti je krize dle Vymětala „*důsledek střetu s překážkou, kterou nejsme schopni vlastními silami, vlastními vyrovnávacími strategiemi, eventuálně za pomoci nám blízkých lidí, zvládnout v přijatelném čase a navykým způsobem.*“⁷⁹ Rodina po zjištění nemoci může procházet všemi fázemi krize. V procesu se nejprve ocitá v ohrožení – v krátkém čase (minuty, hodiny, maximálně dny) je zavalena pocitem úzkosti a snaží se využít své copingové mechanismy – ať už se jedná o pomoc vlastní, či kontaktuje své blízké. Obvyklé možnosti nefungují, a tak se dostává do většího zmatení, že nad situací nemá kontrolu a cítí se zranitelná. Ve třetí fázi bývá krize předefinována a přichází snaha znovu uplatnit známé vyrovnávací mechanismy či přijít s novými možnostmi řešení. V této chvíli nejčastěji rodina vyhledá odbornou pomoc. Pokud nastane čtvrtá etapa krize, rodina se může již cítit zcela ztraceně kvůli stálému nenalezení východiska z obtíží. Přichází úzkost, panika, demotivace. Za této situace je velmi vhodné vyhledat podporu například v krizovém centru.⁸⁰ Paralelu v reakci je také možné vidět ve fázích umírání, které definovala Elizabeth Kübler-Rossová. V první etapě se objevuje popření a izolace, následuje zlost, smlouvání, čtvrtou fází je deprese, posledním stadiem je smíření či rezignace.⁸¹ Pro blízké opravdu může informace o závažném, nevratném zdravotním stavu člena rodiny znamenat velký šok a na vzniklou situaci mohou nahlížet pohledem jako na člověka, který umírá.

V českém prostředí se o tématu rodin s členem s hraničním typem emočně nestabilní poruchy osobnosti píše jen velmi vzácně. Mnohem dále jsou na tom ve Spojených státech Amerických. HPO se věnuje například Perry D. Hoffman, PhD. z Národní vzdělávací aliance pro hraniční poruchu osobnosti (National Education Alliance for BPD) při

⁷⁸ PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, s. 201. ISBN 978-80-7387-253-3.

⁷⁹ VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012, s. 29. ISBN 978-80-262-0212-7.

⁸⁰ VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012, s. 39–40. ISBN 978-80-262-0212-7.

⁸¹ VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012, s. 307–308. ISBN 978-80-262-0212-7.

Cornellově univerzitě. Společně s dalšími autory uvádí, že HPO je zátěží nejen pro osobu jí trpící, nicméně i pro celou jeho rodinu.⁸² Ve výzkumech, které on a jeho spolupracovníci uskutečnili, ještě tyto závěry rozvádí a věnují se jim podrobněji. Ovšem, jak bylo již uvedeno výše, v USA využívají jiný diagnostický manuál, DSM-V, a proto by bylo nepřesné zde uvádět data, která se týkají výzkumů s lidmi (či blízkými lidí), kterým byla stanovena diagnóza dle jiných parametrů, než je určována u nás v České republice.

⁸² HOFFMAN, PERRY D., ELLIE BUTEAU, JILL M. HOOLEY, ALAN E. FRUZZETO a MARTHA L. BRUCE. Family Members' Knowledge about Borderline Personality Disorder: Correspondence with their Levels of Depression, Burden, Distress, and Expressed Emotion. *Family Process*. 2003, **42**(4), 469-478. ISSN 0014-7370. Dostupné z: doi:10.1111/j.1545-5300.2003.00469.x

3. Spolupráce s lidmi s HPO

Třetí kapitola otevírá téma práce s lidmi s hraniční poruchou osobnosti. Okrajově se zabývá odlišnostmi v rámci lékařské péče při hospitalizaci v nemocnici. Druhá podkapitola je věnována sociální práci, jsou zde zmíněny obecné skutečnosti při součinnosti s klienty s duševním onemocněním – místa setkání, formy spolupráce, etické základy a právní zakotvení. Nechybí i výčet možných nesnází při práci s lidmi s HPO. Poslední část této kapitoly je věnována službám, které jsou určeny pro tuto skupinu osob. V závěru jsou vyzdvíženy vhodné psychoterapeutické směry a problematika nedostupnosti sociálních služeb.

3.1. Psychiatrická péče

Obtížným a přesto nezbytným úkolem spolupráce je seznámit klienta s jeho diagnózou. PO nejsou onemocněním, které by se snadno přijímalo. Jak bylo popisováno výše, lidé s HPO mají narušený sebeobraz a jedním ze znaků této poruchy je silný strach z opuštění. Při sdělování diagnózy je tedy třeba citlivě pracovat s možným odporem a nechat klienta, aby situaci vstřelal vlastním tempem ve chvíli, kdy je na to připraven. Vhodné je využívat otázky a vést jedince k tomu, aby k závěru došel sám.⁸³

HPO je onemocnění dlouhodobého charakteru a zotavení je cíl, který je dle výzkumu dosažitelný, ovšem vyžaduje, aby za sebe klient převzal odpovědnost. Nutností je najít vhodnou léčbu stávající z psychoterapie, psychosociální rehabilitace, případně farmakoterapie, přistupovat k nastavenému režimu aktivně a dodržovat jeho zásady. Nezbytné je, aby člověk s HPO dokázal ve stavu krize požádat o pomoc. Za těchto podmínek je možné dosáhnout stability a adaptace v životě jedince s tímto onemocněním.⁸⁴

3.1.1. Léčba v nemocnici

Nezanedbatelnou část (15-18 %) pacientů hospitalizovaných na psychiatrických odděleních tvoří lidé s HPO – jde o nemocné s akutními sebevražednými tendencemi či jinak nebezpečné. Krátkodobá hospitalizace je zpravidla v krizi přínosná, otázkou je vhodnost pobytu v nemocničním zařízení na delší dobu či opakovaně, i když pacient a jeho okolí není

⁸³ RIEGEL, Karel D., Kamil KALINA a Ondřej PĚČ. *Poruchy osobnosti v 21. století: diagnostika v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2020, s. 197–198, 215. ISBN 978-80-262-1596-7.

⁸⁴ NESNÍDAL, Vlastimil, Jan PRAŠKO, Marie OCISKOVÁ, et al. *Zotavení u hraniční poruchy osobnosti*. *Psychiatrie Pro Praxi* [online]. 2020, 21(3), s. 149–153 [cit. 2021-04-08]. ISSN 12130508.

v bezprostředním ohrožení. To může podporovat závislost a snižovat pacientovu zodpovědnost za sebekontrolu. S hospitalizovaným je vhodné probrat příčiny vedoucí k akutnosti odborné pomoci a vybízet k vymyšlení jiných řešení stresové situace. Klíčová je strukturovaná péče, týmová stálost se stabilním přístupem a aktivity zaměřené na sebezpoznání.⁸⁵ Jedinci s HPO také nezdědka využívají psychiatrické pohotovosti.⁸⁶ Kvalitní ambulantní péče se jeví jako jeden z nejdůležitějších aspektů v podpoře lidí s HPO.⁸⁷

3.2. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním

Jak ve své publikaci Sociální práce v praxi uvádí Matoušek: „*předpokladem k práci s duševně nemocnými je základní znalost nejen symptomatiky, ale i dynamiky duševních onemocnění, terapeutických intervencí (včetně vlivů medikace), znalost standardů zdravotní a sociální péče a řádu zdravotního či sociálního zařízení, ve kterém pracovník pracuje.*“⁸⁸

Práce s lidmi s duševním onemocněním je v lecčem specifická. Tato cílová skupina se od ostatních v rámci sociální práce odlišuje především velkou mírou stigmatizace okolím. I kvůli nálepkování není tak obvyklé, že by pro osobu, která trpí duševní poruchou, vyhledali službu jeho blízcí.⁸⁹ Sociální pracovník se s klienty stýká především v komunitních zařízeních, které mohou a nemusí být zaměřeny jen pro pomoc a podporu lidí s duševním onemocněním (příkladem cílených služeb jsou stále přibývajících centra duševního zdraví, ale i v kontaktních centrech pro lidi zneužívající návykové látky se s klienty s duševním onemocněním často setkáme). Ovšem odbornost této profese bývá využita i v rámci psychiatrických nemocnic, případně psychiatrických oddělení nemocnic.⁹⁰ Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním je prací především v terénu – pracovníci vytváří jakýsi most mezi klientem a okolním světem.⁹¹

⁸⁵ ČEŠKOVÁ, Eva a Radovan PŘIKRYL. *Praktická psychiatrie*. Praha: Maxdorf, c2013, s. 107. Jessenius. ISBN 978-80-7345_316-9.

⁸⁶ ČEŠKOVÁ, Eva a Radovan PŘIKRYL. *Praktická psychiatrie*. Praha: Maxdorf, c2013, s. 103. Jessenius. ISBN 978-80-7345_316-9.

⁸⁷ ČEŠKOVÁ, Eva a Radovan PŘIKRYL. *Praktická psychiatrie*. Praha: Maxdorf, c2013, s. 107. Jessenius. ISBN 978-80-7345_316-9.

⁸⁸ MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010, s. 136. ISBN 978-80-7367-818-0.

⁸⁹ MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008, s. 45. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.

⁹⁰ MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010, s. 135. ISBN 978-80-7367-818-0.

⁹¹ MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010, s. 137–138. ISBN 978-80-7367-818-0.

S ohledem na práci s lidmi s psychickými obtížemi se může pracovník specializovat v oblasti psychiatrické a sociální rehabilitace – například pro oblast práce je v rámci organizace Fokus Praha přímo vyčleněn Tým podpory zaměstnávání. Pracovat lze i formou case managementu.⁹² Případové vedení staví především na dlouhodobém vztahu s klientem – pracovník je v roli manažera sociální práce s člověkem s duševním onemocněním. Na základě jeho znalostí o situaci a potřebách konkrétního klienta si s ním vyjasňuje jeho cíle, rozhoduje, kdy podporovat, kdy pomáhat, či že je třeba přebrat odpovědnost (u lidí s HPO to může nastat třeba ve chvíli, kdy jsou nebezpeční sobě či svému okolí).⁹³ Forma case managementu je využívána v rámci Center duševního zdraví, a to jak v oblasti sociální, tak i zdravotní, což přináší ještě další benefit ke komplexnosti péče o klienta. Dalším důležitým prvkem sociální práce nejen s lidmi s duševním onemocněním je psychoterapie, kterou může pracovník nabízet, pokud má absolvovaný psychoterapeutický výcvik a složené zkoušky.⁹⁴ U poruch osobnosti k psychoterapii přistupujeme jako k prvním kroku při volbě léčby.⁹⁵ Moderní formou práce s různými cílovými skupinami v rámci psychiatrické péče, ale i v dalších oblastech, je týmová spolupráce, kdy se na léčbě podílí celý multidisciplinární tým složený z odborníků mnoha profesí s různým zaměřením – u lidí s HPO by se dle uvážení jednalo především o sociální pracovníky, psychiatry, psychology, psychoterapeuty, psychiatrické sestry.⁹⁶ Rovněž s mezioborovou spoluprací je možno se setkat v Centech duševního zdraví. Vzhledem k tématu rodiny je důležitou součástí sociální práce sociální šetření, v jehož rámci pracovník mapuje sociální síť klienta. Zajímá se tedy o jeho zázemí – bydlení, práci, rodinu, široké okolí a jeho interakce s ním, celkové fungování klienta z hlediska emoční, kognitivní i sociální stránky. Sociální šetření obsahuje také stručný přehled milníků, které ovlivnily život klienta.⁹⁷ Intervence v rodině by poté měly reflektovat její potřeby. Multidisciplinarita týmu může být velmi nápomocná k dobré spolupráci s celou

⁹² MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010, s. 138. ISBN 978-80-7367-818-0.

⁹³ MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010, s. 141–142. ISBN 978-80-7367-818-0.

⁹⁴ MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010, s. 138. ISBN 978-80-7367-818-0.

⁹⁵ GRAMBAL, Aleš, Ján PRAŠKO a Petra KASALOVÁ. *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Praha: Grada Publishing, 2017, s. 142. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5796-4.

⁹⁶ MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010, s. 143. ISBN 978-80-7367-818-0.

⁹⁷ MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010, s. 137. ISBN 978-80-7367-818-0.

rodinou klienta.⁹⁸ Vyhovující může být i mít možnost volby, s kým z týmu bude daný člen v kontaktu – to může být výhodné jak pro odborníky i rodinu. Systém sociálních služeb je v Česku poměrně rozvětvený a sociální pracovník by měl být ten, který člověku s duševním onemocněním nabídne veškeré služby, které by mohly jemu a jeho rodině být přínosem a nadále ho v celém procesu péče a podpory provázet.⁹⁹

Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním je úzce spjata s etikou. Pracovník by se vždy měl řídit dle etických kodexů, jen tak může dosáhnout profesionální práce a zároveň tím chrání klienta a jeho práva.¹⁰⁰ Lze se domnívat, že lidé s jakýmkoliv psychiatrickým onemocněním jsou ještě citlivější skupinou osob v rámci sociální práce, opět kvůli silné stigmatizaci, a proto je důležité dbát na přísné dodržování mlčenlivosti. Je třeba mít s klientem vztah založený na důvěře, jen tak je pracovník schopen zvolit pro něj tu nejvhodnější formu péče a podpory. Rovněž právní problematiky se sociální práce dotýká, především v oblasti zákonů. V zákoně o sociálních službách můžeme najít popis celého systému sociálních služeb nabízených v Česku. Osoby s duševním onemocněním jsou neztřídkou lidé v produktivním věku, kteří v případě nemoci potřebují příspěvek od státu ve formě nemocenských dávek, aby byli schopni zajistit své živobytí, proto je pro sociální práci validní zákon o nemocenském pojištění. K dlouhodobě nepříznivému zdravotnímu stavu se poté vážou důchodové dávky a zákon o důchodovém pojištění. Klienti se mohou dostávat do špatných finančních situací – pracovník by tedy měl znát rovněž zákon o pomoci v hmotné nouzi a zákon o životním a existenčním minimu, aby mohl poradit při čerpání dávek (např. doplatku na bydlení).¹⁰¹ Ve spolupráci s osobami se závažnou psychiatrickou diagnózou se také setkáváme s omezením způsobilosti k právním úkonům, tímto tématem se zabývá nový občanský zákoník. Toto je jen výčet nejčastěji užívaných právních norem, kterých se sociální práce s lidmi s duševním onemocněním dotýká. Samozřejmě dle pozice, na které se pracovník nachází, se nutnost znalosti konkrétních zákonů bude lišit (například sociální pracovník v psychiatrické nemocnici bude pravděpodobně potřebovat znát platná

⁹⁸ MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010, s. 144. ISBN 978-80-7367-818-0.

⁹⁹ MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008, s. 44. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.

¹⁰⁰ MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008, s. 48–52. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.

¹⁰¹ MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008, s. 52–57. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.

nařízení i v oblasti nedobrovolné hospitalizace). Stejně jako u jiných sociálních služeb i při jejich poskytování lidem s duševním onemocněním je třeba vyřídit i nutnou administrativu, která se s konkrétními úkony pojí.

3.2.1. Specifika individuální práce s lidmi s HPO

Před započítáním práce s klientem s HPO, by měli si pracovníci především uvědomit, že to bude péče dlouhodobá a intenzivní a rozmyslet si, zda na to mají v současné chvíli kapacitu, a to nejen časovou, ale i emoční – vzhledem k tomu, že v terapeutické spolupráci dochází nezdědka k silnému přenosu a protipřenosu, je třeba mít dostupnou kvalitní supervizi, aby pracovník vztah ustál a unesl i případné propady, které se mohou během let práce vyskytovat opětovaně.¹⁰²

Nástrahám v terapeutickém vztahu a zásadách z nich plynoucích se věnuje krátká kapitola v knize Hraniční porucha osobnosti a její léčba. Autoři zde uvádí nutnost ohraničení terapeutických možností, pravidelné konzultace s kolegy ohledně pocitů, které v terapeutovi sezení s klientem vyvolává (například frustraci z nepostupující práce), i kvůli reflexi skrytých emocí terapeuta např. romantických či sexuálních (třeba v důsledku toho, že se jej klient snaží svádět). Podpora spolupracovníků může také klíčovému pracovníkovi dát náhled na nadměrnou citovou angažovanost v reakci na klientovo popisované životní bolesti. Ve vztahu je také vhodné sledovat a zrcadlit suicidální tendence a vést k odpovědnosti za své činy. Co se sebepoškozujícího chování týče, je důležité, jej nikdy nebrat na lehkou váhu a dostatečně zmapovat, co k takovému jednání klienta vedlo. Pracovník musí také bezpečně vědět, jak rozpoznat riziko, že reálně hrozí sebevražedný čin – kdy klient přechází od nápadů a myšlenek k plánům a rozhodnutí.¹⁰³

3.3. Služby pro osoby s hraniční poruchou osobnosti

Vzhledem k tématu je zde věnováno i několik řádků službám pro osoby s hraničním typem emočně nestabilní poruchy osobnosti. Ve své bakalářské práci jsem se mimo jiné zabývala porovnáním počtu sociálních služeb pro osoby s hraniční poruchou osobnosti a pro

¹⁰² GRAMBAL, Aleš, Ján PRAŠKO a Petra KASALOVÁ. Hraniční porucha osobnosti a její léčba. Praha: Grada Publishing, 2017, s. 126. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5796-4.

¹⁰³ GRAMBAL, Aleš, Ján PRAŠKO a Petra KASALOVÁ. Hraniční porucha osobnosti a její léčba. Praha: Grada Publishing, 2017, s. 126–128. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5796-4.

lidi se schizofrenií a rozdíl je opravdu velmi znatelný v neprospěch jedinců s HPO.¹⁰⁴ „*Když máš hraniční poruchu, přístup ke všemu je horší, pokud to sděluješ... Psychiatři neberou. Psychoterapeuti neberou... nejvíc sociální služby neberou.*“ říká Renata Tumlířová, zakladatelka a ředitelka terapeutické komunity Kaleidoskop. Má za to, že důvodem je především stigmatizace a mýty, které se i v odborné společnosti ohledně HPO drží.¹⁰⁵ Kaleidoskop nabízí služby první a jediné terapeutické komunity pro osoby s PO v Česku. Funguje od roku 2006 a kapacitu má 22 klientů ve třech skupinách. Využívá metodu dialekticko-behaviorální terapie (DBT) – nácvik dovedností v problematických oblastech.¹⁰⁶

Konkrétní sociální služby je možné vyhledat pomocí registru poskytovatelů sociálních služeb, avšak nelze specifikovat cílovou skupinu blíže (na lidi s PO), vyhledávač nabízí filtr pouze pro osoby s duševním onemocněním. Zdálo by se to jako dostatečné, ale realita je často taková, jakou ji paní Tumlířová popsala. Jakmile ve službě zjistí, že se jedná o klienta s HPO, nezdívka není možné započít spolupráci vůbec. V některých organizacích alespoň nabídnou jednu až dvě schůzky, aby klienta a rodinu podpořili v největší krizi a poradili, kam se obrátit dál. V době psaní mé bakalářské práce mi kromě Kaleidoskopu nebyla známa (ani třeba v rámci mých stáží a práce ve Fokusu a Centru duševního zdraví) jiná organizace, která by se věnovala přímo lidem s PO. Nutno podotknout, že od roku 2018 se v Česku několik zařízení začalo specializovat na metodu DBT, která se zaměřuje na práci s lidmi s HPO. Terapeutická komunita je samozřejmě díky enormnímu přetlaku téměř nedostupná. Proto se mnohdy klient nebo jeho blízcí dostávají do spirály, ze které není úniku – ačkoliv je člověk s HPO motivován začít pracovat se svým onemocněním, nemá možnosti. Přijatelným východiskem je tedy léčba – psychoterapie – méně intenzivní. V podobě denních stacionářů ji pro osoby s HPO nabízí Klinika ESET¹⁰⁷, denní či večerní programy probíhají v DBT centru pod organizací Kaleidoskop¹⁰⁸, nově je možné využít denní stacionář

¹⁰⁴ VANĚČKOVÁ, Magdalena. *Destigmatizace osob s duševním onemocněním*. Praha, 2018. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Husitská teologická fakulta, HTF – Katedra psychosociálních věd a etiky.

¹⁰⁵ ROZHOVOR: PRÁCE S LIDMI S HRANIČNÍ PORUCHOU OSOBNOSTI Z POHLEDU PSYCHOTERAPEUTKY. *Nejsem psychopat*, z. s.: *Hraniční porucha osobnosti* [online]. Praha: Nejsem psychopat, 1/28/2020 [cit. 2021-6-24]. Dostupné z: <https://nejsempsychopat.weebly.com/blog-hpo/rozhovor-prace-s-lidmi-s-hranicni-poruchou-osobnosti-z-pohledu-psychoterapeutky>

¹⁰⁶ *Kaleidoskop* [online]. Praha: Kaleidoskop – centrum terapie a vzdělávání, c2017 [cit. 2021-6-24]. Dostupné z: <https://www.kaleidoskop-os.cz>

¹⁰⁷ *Hraniční porucha osobnosti. ESET klinika* [online]. Praha: ESET, Psychoterapeutická a psychosomatická klinika, c2012 - 2020 [cit. 2021-6-24]. Dostupné z: <https://www.klinikaeset.cz/potize-lecba/hranicni-poruchy/>

¹⁰⁸ *Kaleidoskop* [online]. Praha: Kaleidoskop – centrum terapie a vzdělávání, c2017 [cit. 2021-6-24]. Dostupné z: <https://www.kaleidoskop-os.cz>

pro klienty s PO (zejména s HPO) probíhající v Psychiatrické nemocnici Bohnice.¹⁰⁹ Další možnost je pod Fakultní nemocnici Brno na psychiatrické klinice v areálu v Bohunicích – zařízení nabízí komplexní DBT program (skupinové i individuální terapie) pro HPO vedený certifikovanými terapeuty.¹¹⁰ Středisko psychoterapeutických služeb Břehová poskytuje ambulantní systematickou individuální psychoterapii pro děti i dospělé a skupinovou psychoterapii pro pacienty s některými PO.¹¹¹

Kromě DBT je funkční při léčbě osob s hraniční poruchou osobnosti psychoterapie zaměřená na přenos (TFP – Transference-Focused Psychotherapy). První výcvik v Česku v tomto psychoterapeutickém směru byl dokončen v roce 2020, tudíž zde máme několik nových terapeutů, kteří snad rozšíří kapacity péče.¹¹² Výzkumem podložený je také přístup schematerapie (ST), který se u nás začíná rozvíjet od roku 2018¹¹³, a terapie založená na mentalizaci (MBT – Mentalization-based therapy)¹¹⁴, ke které se ovšem nepodařilo dohledat jediné pracoviště, kde by byla v Česku poskytována. Grambal, Praško a Kasalová tento výčet ještě rozšiřují. Uvádějí, že pro osoby s HPO jsou vhodné všechny tyto psychoterapeutické směry a přístupy: podpurná psychoterapie, egopsychologie a terapie zaměřená na přenos (TFP), mentalizační terapie (MBT), gestalt terapie, kognitivně-behaviorální terapie (KBT), dialektická behaviorální terapie (DBT) a terapie zaměřená na schémata (ST).¹¹⁵

Dalšími organizacemi, které se věnují lidem s duševním onemocněním v rámci sociálních služeb, jsou například Fokus, Bona, Green doors, Eset help, Baobab.¹¹⁶ Sociálně-zdravotní služby také poskytují Centra duševního zdraví. Ovšem tyto organizace se nespecializují na práci s lidmi s PO a můžeme se zde setkat s odmítnutím kvůli diagnóze.

¹⁰⁹ Denní stacionář: Denní stacionář pro klienty s poruchou osobnosti. *Psychiatrická nemocnice Bohnice* [online]. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, c2021 [cit. 2021-6-24]. Dostupné z: <https://bohnice.cz/wp-content/uploads/letaky/DSPO.pdf>

¹¹⁰ Dialektická behaviorální terapie. *Fakultní nemocnice Brno* [online]. Brno: Fakultní nemocnice Brno [cit. 2021-6-24]. Dostupné z: <https://www.fnbrno.cz/areal-bohunic/psychiatricka-klinika/dialekticka-behavioralni-terapie/t6781>

¹¹¹ Služby. *Psychoterapie Břeh* [online]. Praha: Středisko psychoterapeutických služeb Břehová [cit. 2021-6-24]. Dostupné z: <https://psychoterapiebreh.cz/sluzby/>

¹¹² Pracovní skupina TFP. *Česká společnost pro psychoanalytickou psychoterapii* [online]. Praha: ČSPAP [cit. 2021-6-24]. Dostupné z: <https://cspap.cz/studovna/pracovni-skupina-tfp/>

¹¹³ *Institut schematerapie Praha* [online]. Praha: První Institut Schematerapie České republiky a Slovenska, c2021 [cit. 2021-6-25]. Dostupné z: <https://www.schematerapie.cz>

¹¹⁴ NESNÍDAL, Vlastimil, Jan PRAŠKO, Marie OCISKOVÁ, et al. Zotavení u hraniční poruchy osobnosti. *Psychiatrie Pro Praxi* [online]. 2020, 21(3), s. 149–153 [cit. 2021-06-24]. ISSN 12130508.

¹¹⁵ GRAMBAL, Aleš, Ján PRAŠKO a Petra KASALOVÁ. *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Praha: Grada Publishing, 2017, s. 142–230. *Psyché* (Grada). ISBN 978-80-247-5796-4.

¹¹⁶ Registr poskytovatelů služeb. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2021-6-24]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/registr-poskytovatelu-sluzeb>

Kaleidoskop kromě terapeutické komunity nabízí také odborné poradenství, a to nejen lidem s PO, ale také jejich blízkým. V rámci DBT centra fungují i večerní programy pro rodiče a blízké lidi s PO – podpůrné aktivity jsou zaměřeny na „*seznámení se s problematikou PO, nácvik komunikace, zvládání krizí blízkého a seznámení se s dodržováním hranic u lidí s PO*“¹¹⁷. Pod partnerskou organizací Centrum Kaleidoskop je koordinována i skupina pro blízké člověka trpícího PO. Rodině, jejíž člen má HPO, tedy mohou být tyto služby nápomocny. Za velmi vhodné lze považovat i rozšíření služeb v organizaci Kaleidoskop i pro bývalé členy terapeutické komunity. Pokud je klient úspěšný a stabilní, může využít opakovací program, podporovací program – krátkodobou DBT komunitu, případně se zapojit do peer programu, přijet na výroční komunitu či ex-klientský víkend.¹¹⁸

Jak již bylo zmiňováno v kapitole věnující se definici HPO, toto onemocnění se v naší společnosti vyskytuje čteněji než dříve a Röhr se domnívá, že osob s touto diagnózou bude přibývat.¹¹⁹ V současné době jsou však možnosti pomoci v podobě sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu relativně omezené. Lze jen odhadovat, že to je z důvodů značné náročnosti práce s touto cílovou skupinou. Pro rodinné příslušníky je ovšem dostupnost opory v sociálních službách zcela zásadní – dosažitelná péče a podpora má význam nejen pro jedince s HPO, ale může zlepšit život celé jeho rodině v mnoha kvalitativních úrovních.

¹¹⁷ *Kaleidoskop* [online]. Praha: Kaleidoskop – centrum terapie a vzdělávání, c2017 [cit. 2021-6-24]. Dostupné z: <https://www.kaleidoskop-os.cz>

¹¹⁸ *Kaleidoskop* [online]. Praha: Kaleidoskop – centrum terapie a vzdělávání, c2017 [cit. 2021-6-24]. Dostupné z: <https://www.kaleidoskop-os.cz>

¹¹⁹ RÖHR, Heinz-Peter. *Hraniční porucha osobnosti: vznik poruchy, průběh a možnosti jejího překonání*. Vyd. 3. Přeložil Antonín KONEČNÝ. Praha: Portál, 2012, s. 7. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0311-7.

4. Empirická část

Tato část diplomové práce se zabývá hlavní výzkumnou otázkou „Jaký vliv na život rodinných příslušníků mají projevy hraniční poruchy osobnosti člena jejich rodiny?“ Dále je definována výzkumná metoda, cíl výzkumu a výběr vzorku. Jsou stanoveny také pomocné výzkumné otázky a provedena následná operacionalizace. Data, která budou využívána, jsou získána kvalitativní výzkumnou metodou – polostrukturovaným rozhovorem s respondenty, kteří mají zkušenost se soužitím v jedné domácnosti s člověkem s HPO. Pomocí zvolené výzkumné metody IPA budou získaná data analyzována. V závěru empirické části je popis zjištěných výsledků výzkumu a diskuze.

4.1. Cíl výzkumu

Cílem této diplomové práce je zodpovědět hlavní výzkumnou otázku: „Jaký vliv na život rodinných příslušníků mají projevy hraniční poruchy osobnosti člena jejich rodiny?“ Závěry tohoto výzkumu by mohly sloužit v terapeutické a poradenské práci s rodinou, která se potýká s těžkostmi, které plynou z psychického onemocnění jejich blízkého. Na základě výstupů se jednotliví pracovníci (ze sociální i zdravotní oblasti) mohou přiblížit pochopení světa těch, kteří se každodenně musí potýkat se zásahem do jejich života skrze projevy HPO. Lze doufat, že díky tomuto by odborníci mohli poskytované služby zlepšit ve prospěch celé rodiny.

4.2. Výzkumná metoda

Pro výzkum byla zvolena metoda interpretativní fenomenologické analýzy – IPA (interpretative phenomenological analysis). Tento přístup se zaměřuje na určitou zkušenost, kterou jedinec má, zejména na to, jak ji prožívá, vnímá a jaký tomu přisuzuje význam. Díky zjištění má výzkumník možnost na danou životní situaci či proces nahlédnout ve větší komplexnosti a zkoumanému fenoménu lépe porozumět. Vzhledem k četnosti stigmatizace, se kterou se osoby s HPO a jejich příslušníci setkávají, je tato metoda považována za nejvhodnější – u specifických skupin se IPA osvědčila. Rovněž fakt, že hlavní výzkumná otázka nemusí stát na základě literárních zdrojů, je určující – o tématu rodinných příslušníků osob s HPO je (minimálně v českém prostředí) náročné dohledat jakýkoliv text, který by se k výzkumu mohl vztahovat.

Roli v tomto přístupu hraje i osobní zkušenost výzkumníka s analyzovaným fenoménem, proto je dále v textu prostor pro vlastní reflexi. Výsledek výzkumu je vždy

subjektivní – jedná se o výzkumníkovu interpretaci, jak respondent interpretuje svou situaci (v případě daného výzkumu se autor pokouší porozumět tomu, jak rodinný příslušník vnímá svůj život s člověkem s HPO a jaké mají, podle jeho zkušenosti, důsledky jednotlivé příznaky této nemoci na jeho život). Dle této metody je zkoumán nejprve první vzorek – resp. prováděna analýza prvního rozhovoru – a teprve poté, co je výzkumník schopen danému fenoménu porozumět na určité úrovni a vnímání respondentem uchopit, pokračuje v rozboru další konkrétní zkušenosti. IPA tedy stojí na třech pilířích: fenomenologii, hermeneutice a idiografickém přístupu.¹²⁰¹²¹¹²²

4.3. Hlavní výzkumná otázka

U metody IPA hlavní výzkumná otázka nemusí vycházet z odborných publikací, má být otevřeně formulována a zaměřena čistě na zkušenost. Nesoustředíme se na důsledky a příčiny daného fenoménu, ovšem na žitou zkušenost daného respondenta. HVO je tedy formulována takto: „Jaký vliv na život rodinných příslušníků mají projevy hraniční poruchy osobnosti člena jejich rodiny?“

V průběhu přípravy diplomové práce jsem se setkala s mnemotechnickou pomůckou IMPULSIVE pro zapamatování stěžejních příznaků HPO. Z tohoto nástroje byly vytvořeny pomocné otázky pro využití v rozhovorech, aby se v případě jeho nepostupování bylo možno držet nějakých záchytných bodů.

¹²⁰ ŘIHÁČEK, Tomáš, Ivo ČERMÁK a Roman HYTYCH. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6382-2.

¹²¹ HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, s. 267–268. ISBN 80-7367-040-2.

¹²² SMITH, Jonathan A., Paul FLOWERS a Michael LARKIN. *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. Los Angeles: SAGE, 2009. ISBN 978-1-4129-0833-7.

Mnemotechnická pomůcka IMPULSIVE ¹²³	Znak HPO		Pomocné otázky
	v angličtině	v překladu	
I	impulsive	impulzivita	Jaký vliv na Váš život má impulzivita Vašeho blízkého?
M	moodiness	náladovost	Jaký vliv na Váš život má náladovost Vašeho blízkého?
P	paranoia or dissociation under stress	paranoia pod vlivem stresu	Jaký vliv na Váš život má paranoia či halucinace Vašeho blízkého?
U	unstable self-image	nestabilní obraz sám/sama sebe	Jaký vliv na Váš život má vlastní nestabilita Vašeho blízkého?
L	labile intense relationships	labilita, intenzivní vztahy	Jaký vliv na Váš život má labilita intenzivních vztahů Vašeho blízkého?
S	suicidal gesture	suicidální gesta	Jaký vliv na Váš život má sebeohrožování Vašeho blízkého?
I	inappropriate anger	nepřiměřený vztek	Jaký vliv na Váš život má nepřiměřený vztek Vašeho blízkého?
V	vulnerability to abandonment	vulnerabilní k opuštění	Jak do vašeho společného soužití zasáhl strach z opuštění Vašeho blízkého?
E	emptiness	prázdnota	Jak do vašeho společného soužití zasáhly pocity prázdnoty Vašeho blízkého?

Tabulka 2 Pomocné otázky dle projevů HPO

4.4. Výběr participantů

Vzhledem k tomu, že výzkum je soustředěn nejprve na prožitek prvního dotazovaného, a teprve po značném uchopení pozorovaného jevu či procesu je fokus přesunut k dalším datům, je možné zaměřit se na nižší počet participantů. Pro diplomovou práci je dle Smithe, Flowerse a Larkina doporučeno využít 3-6 případů. Při výběru

¹²³ ČEŠKOVÁ, Eva a Radovan PŘIKRYL. *Praktická psychiatrie*. Praha: Maxdorf, c2013, s. 105. Jessenius. ISBN 978-80-7345_316-9.

respondentů dle přístupu IPA je důležitá jistá stejnorodost a nehledí se na demografickou stránku – aby daný fenomén mohl být analyzován, je třeba, aby vybraný vzorek respondentů měl se zkoumanou situací vlastní zkušenost. Pro výzkum byli tedy účastníci vyhledáváni záměrně dle kritérií odpovídajících podstatě tohoto přístupu. Zásadní byla žitá zkušenost se soužitím s člověkem s HPO ve stejné domácnosti. Samozřejmě bylo také potřeba aby jedinec chtěl o své zkušenosti mluvit a byl ochoten poskytnout rozhovor pro účely diplomové práce. Důležité bylo i to, v jakém rozpoložení s ohledem na téma se případný účastník nachází – jedinec prožívající aktuálně náročnou fázi soužití by pravděpodobně byl zahlcen konkrétní situací, která se odehrává, a nebyl by schopen svou zkušenost předat s nutnou reflexí. Rozhovor by se lehce mohl stát opravdu nepříjemným, a to by nejenže bylo analyticky zkreslující, ovšem i z etického hlediska velmi nevhodné. Poté by respondent jen těžko vnímal spolupráci jako přínosnou i pro jeho osobu, což je jeden z aspektů, na které IPA pohlíží.¹²⁴

V okruhu známých byli osloveni dva participanti, další účastník byl kontaktován skrze organizaci, kde byl klientem, a s jeho souhlasem byl kontakt poskytnut, čtvrtý respondent byl osloven skrze sociální síť. Jeden participant z okruhu známých si na poslední chvíli svou účast rozmyslel a s vědomím, že se jedná o citlivou záležitost, mluvit o životě s blízkým s HPO, dále již v tomto tématu nebyl nijak kontaktován. Vzhledem k povaze výzkumu se nepodařilo oslovit další respondenty.

4.5. Sběr dat

V přístupu IPA se nejčastěji používá polostrukturovaný rozhovor. I v této práci bylo rozhodnuto empirickou část vést tímto způsobem. Dodává to jistou volnost v průběhu práce s respondentem a možnost nechat participanta otevřeně mluvit o svém prožitku, a přesto se výzkumník může držet určitých mantinelů a plynutí rozhovoru stáčet směrem zpět k tématu. Bylo zvažováno, zda s respondenty předem sdílet jakýsi přehled bodů, kterými by se měl rozhovor zabývat. V tomto případě by se jednalo o pomocné otázky vycházející z mnemotechnické pomůcky, které budou využity jako motivy, kdyby se průběh hovoru začal oddalovat od analyzované zkušenosti. Nakonec bylo rozhodnuto, že participantům předem žádný plán nebude k dispozici, aby se ještě před začátkem rozhovoru necítili

¹²⁴ ŘIHÁČEK, Tomáš, Ivo ČERMÁK a Roman HYTYCH. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 2013, s. 24. ISBN 978-80-210-6382-2.

svazování a nebyl určen směr – lze mít za to, že díky větší spontaneitě, je možnost narazit na více zajímavých podnětů.

Respondentům bylo po prvotním oslovení (skrže osobní zprávu) a vyslovení obecného souhlasu s účastí zaslány informace ohledně budoucí spolupráce. Obsahovaly stručné představení výzkumu, text zahrnoval cíl bádání, včetně HVO a rovněž i informovaný souhlas. Přes komunikační kanály s nimi byl taktéž domluven čas a místo setkání, případně online rozhraní, přes které rozhovor probíhal.

Samotné rozhovory trvaly 40-60 minut. Jeden rozhovor probíhal osobně, dva byly realizovány online skrže aplikaci Zoom anebo WhatsApp (výběr byl ponechán na účastnících výzkumu). Důvodem byla vzdálenost či situace ohledně onemocnění covid-19. Výpovědi byly zaznamenávány na diktafon v mobilním telefonu. Po uskutečnění rozhovoru byly vždy doslovně přepsány.

Na začátku rozhovoru proběhlo představení, stručné shrnutí cíle výzkumu a průběh rozhovoru. Součástí bylo ujištění, že instrukce byly podány srozumitelně a účastníci vyjadřují informovaný souhlas. Pro uvolnění nervozity a zaměření se na to, co bude následovat, byl nejprve věnován čas momentálnímu prožívání účastníka. Po krátkém briefingu bylo oznámeno spuštění nahrávání a otevřenou otázkou započat rozhovor. Na závěr byla připravena otázka, zda je ještě něco, co by respondent chtěl říct, než rozhovor skončí. Vznikl tedy prostor pro doplnění, kdyby měl účastník pocit, že ještě něco má zaznít. Po skončení nahrávané části byl zařazen krátký debriefing.

4.6. Postup analýzy

V přístupu IPA je dána výzkumníkovi určitá volnost. Co se týče jednotlivých kroků postupu vždy záleží, ke kterému myšlenkovému proudu se přikloní. Při výzkumu bylo přistupováno k obecným krokům při využití IPA, které definovali Smith, Flowers a Larkin¹²⁵¹²⁶:

1. Vlastní reflexe – Jak bylo popisováno výše, aby byla interpretace výzkumníka relevantní, je třeba, aby čtenář znal zkušenost badatele s daným tématem. Jak se jej problematika dotýká je důležité i pro jeho osobu – aby mohl projít jakýmsi

¹²⁵ ŘIHÁČEK, Tomáš, Ivo ČERMÁK a Roman HYTYCH. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 2013, s. 16–22. ISBN 978-80-210-6382-2.

¹²⁶ SMITH, Jonathan A., Paul FLOWERS a Michael LARKIN. *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. Los Angeles: SAGE, 2009. ISBN 978-1-4129-0833-7.

uvědoměním vlastního vztahu k tématu, motivace a prekoncepce, aby výzkum byl co nejvíce transparentní. Reflexe může probíhat formou dialogu sám se sebou (či využít metodu prázdné židle) nebo rozhovorem s jinou osobou. Zmapovat prekonceptci byla snaha pomocí dialogu sám se sebou.

2. Opakované čtení nebo poslech nahrávky – Je zařazován z důvodu většího vcítění se do respondenta a jeho prožívání zkoumaného fenoménu. Je třeba soustředit se na to, co se snaží sdělit.
3. Kódování – Následuje jedna z nejdůležitějších částí výzkumu – psaní prvních poznámek a komentářů a hledání detailů v textu. Ty, které jsou zajímavé či významné, jsou zapsány je na okraj. Lze se zaměřit na význam, formu popisu, vypichovat podobnosti či rozdíly, přidávat vlastní parafráze – komentáře mohou být děleny na deskriptivní, lingvistické či konceptuální. Při analýze v rámci výzkumu byly již během 1. čtení podtrhávány významné části textu, během kódování byla využita i dekonstrukce – text byl čten pozpátku dle jednotlivých odstavců.
4. Krystalizace témat – V tomto kroku byly projity vlastní komentáře a jednotlivé poznámky zcelovány do témat a výstižně pojmenovávány, pro tento postup byly využity i citace respondenta.
5. Hledání souvislostí mezi tématy – Nyní je na místě mapovat vzájemné propojení a vztahy mezi jednotlivými tématy, která byly v minulém kroku pojmenovány. Vzniklé celky je třeba shrnout pod nadřazené názvy s využitím citací. Některá témata není nutné do finálního seznamu zahrnout – jde o ty, které se ke zkoumanému fenoménu nevztahují, či se nevyskytují v takové hojnosti a nenesou důležitý faktor k pochopení jevu, aby byly zastoupeny. V tomto procesu bylo usouzeno, že nejefektivnější bude využít myšlenkovou mapu. Pomocí aplikace MindNode byla možnost jednoduše témata shlukovat, přerazovat a rozvíjet vztahy mezi nimi díky spojovacím čarám.
6. Analýza dalšího případu – Po provedení analýzy u prvního respondenta bylo pokračováno stejnými kroky i s dalšími texty rozhovorů.
7. Hledání vzorců napříč zkušenostmi – Následuje náročný bod procesu, v němž jsou jednotlivé fragmenty z uskutečněných analýz spojovány a jsou hledány prvky, které spolu souvisí. Vzniká tak graf či tabulka, kde jsou vytvořena propojení jasně zřetelná.

4.7. Etické zásady výzkumu

Při tvorbě etických zásad bylo čerpáno především z knihy *Kvalitativní přístup a metody psychologického výzkumu* od Miovského¹²⁷, ovšem se zasazením do kontextu této diplomové práce, aby zde nebyl jen výčet obecných pravidel. Téma duševního onemocnění člena vlastní rodiny, své primární jednotky, je velmi citlivé. S tímto ohledem je nutno k výzkumu přistupovat a neustále mít na zřeteli dodržování etických zásad a dbát, aby výzkum na respondenty neměl žádný negativní dopad. Jako důležitá je vnímána i ochrana osoby výzkumníka (a to především z hlediska vlastního prožívání – informace, které jsou získány, mohou být náročné na zpracování).

Před rozhovorem jsou tedy seznámeni všichni účastníci s tím, jak bude výzkum probíhat, co má být jeho obsahem a bude vyžadován informovaný souhlas. Respondenti jsou ujištěni, že jejich účast je zcela dobrovolná a mají možnost kdykoliv spolupráci ukončit (i během rozhovoru). Respondenti budou ve všech dokumentech a záznamech vedeni anonymně (pod pseudonymem) tak, aby byla zajištěna ochrana jejich osobních údajů a citlivých dat, která se během rozhovoru může výzkumník dozvědět (například o zdravotním stavu jejich člena rodiny). Taktéž musí být účastníci informováni o tom, že rozhovor bude nahráván na diktafon na telefonu.

Při rozhovoru je nutno spoléhat na vlastní empatii a citlivě vnímat, kdy je vhodné se doptat dál a kdy je třeba změnit téma např. další pomocnou otázkou. Vyvarovat by se výzkumník měl jakémukoliv hodnocení.

Záznam rozhovoru nebude s respondenty sdílen – mohlo by je negativně zasáhnout slyšet své výpovědi takto ucelené.

4.8. Limity výzkumu

Vzhledem k využití metody IPA je asi nejzásadnějším limitem misinterpretace. Ačkoliv byla snaha vyvarovat se jakémukoliv nedorozumění (např. vlastní reflexí), výzkumník si nemůže být nikdy být jist, že slova chápe přesně tak, jak je vyřkl daný respondent. Je možné, že badatel na základě své zkušenosti zformuje do výsledné analýzy jinak, než by to udělal někdo jiný. IPA ovšem nenabízí správné řešení, obecnou pravdu, pouze se snaží předat určitou zkušenost tak, aby jí mohlo být porozuměno.

¹²⁷ MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006, s. 276–291. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.

Další z limitů, který je k tématu relevantní, je fakt, že není známo, jak moc jsou respondenti otevření. Kvůli velké citlivosti tématu se může stát, že něco nesdělí úplně tak, jak to cítí, případně že svou zkušenost nedokážou formulovat. Pomoci může nastavení vhodných etických zásad (anonymita atd.) a vybudování pohodlného a bezpečného prostředí při rozhovoru. Zásadní roli zde hraje důvěra.

5. Analýza a interpretace dat

5.1. Vlastní reflexe

S tématem HPO jsem se setkala poprvé asi při bakalářském studiu. Jedna z mých prvních praxí byla v organizaci Fokus, která se zaměřuje na osoby s duševním onemocněním a je největší organizací z této oblasti u nás. V rámci své závěrečné práce jsem se věnovala dostupnosti sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu (kvůli zjištění, jak moc vysoká prevalence tohoto onemocnění v naší populaci je a jak málo – například v komparaci se schizofrenií – je rozšířená síť péče pro lidi s HPO). Na téma HPO v teoretické rovině jsem samozřejmě se soustředila i v této diplomové práci. Souhrnně si tedy myslím, že o HPO mám mnoho znalostí.

V neposlední řadě jsem se s touto diagnózou setkala také u svého kamaráda, ovšem v době, kdy jsme si byli blízcí, u něj toto onemocnění teprve propukalo, poté náš kontakt ochladl, ale ze své osobní zkušenosti si nic zásadního neodnáším. Několik málo informací jsem poté ještě slyšela od našich společných přátel, a tak nyní v některých reprodukováných situacích nalézám prvky tohoto onemocnění. Ovšem příběhy někoho jiného vykazují jistou dávku nepřesnosti a zkreslení, takže nemohu posoudit, zda úplně odráží realitu. Přímý vliv na můj život nemá nikdo, o kom bych věděla, že má diagnostikovanou HPO.

Když se nad tím zamyslím, můj převažující pocit k rodinám, které tímto prochází, je lítost. Před zahájením rozhovorů jsem předpokládala, že velkou roli ve vlivu na rodinné příslušníky bude hrát nedostatek informací a jedním z témat bude manipulace či nespolehlivost. Domnívala jsem se, že mezi pocity bude převládat strach a zmar. Z velké části moje domněnka souvisí s tím, že v České republice není dostupná odpovídající péče pro lidi, kteří mají HPO. Na potřeby jejich rodinných příslušníků se, pokud je mi známo, nezaměřuje žádná organizace, je zde jen několik skupin pro blízké. A proto na všechny těžkosti zůstávají skoro sami. Roli hraje i úroveň stigmatizace u psychických onemocnění, která je u nás stále na vysoké úrovni. Já sama považuji psychickou poruchu jako každou jinou nemoc a nemám problém o duševním zdraví mluvit, naopak. Vnímám, že tato tendence, zejména díky anonymitě sociálních sítí, roste.

5.2. Charakteristika výzkumného vzorku

Z podstaty výzkumu bylo velmi náročné sehnat respondenty. Nejednou se stalo, že poté, co potenciální participant zjistil, že výstupy mohou obsahovat přímé citace

a především, že práce bude po obhajobě veřejně přístupná, spolupráci si rozmyslel. Přestože v přístupu IPA je obvyklé účastníky představit, pro zachování anonymity, která je v tomto tématu zásadní, je zmíněno jen několik málo informací pro základní orientaci.

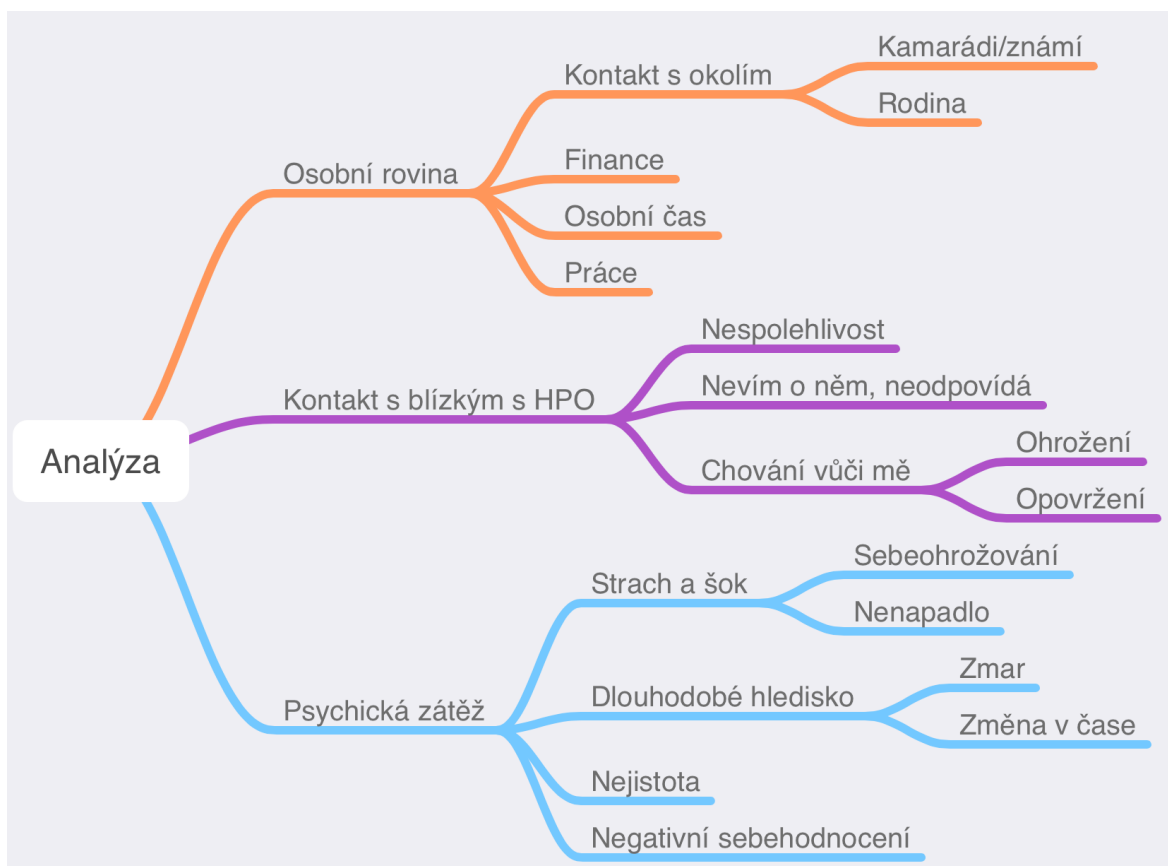
Prvním respondentem je mladý muž, vystupující pod jménem Ondřej, který žil se sourozencem s HPO, jejich kontakt je nyní minimální. Pod pseudonymem Petra je žena ve středním věku, která má dceru trpící tímto onemocněním, s níž již nebydlí, ale běžně se stýkají. Posledním účastníkem, se kterým byl veden rozhovor, je také žena – zde jako Hana. Její dcera, která měla diagnostikovanou HPO, dokonala sebevraždu.

Respondenti jsou tedy každý v odlišné situaci co se týče vztahu se svým blízkým. Z hlediska přiblížení zkušenosti je možno na skutečnost nahlížet jako na dobrou, protože díky tomuto může být paleta zažívaných jevů více pestrá, zároveň je však také nesourodá. Výpovědi jsou zaměřeny především na dobu, kdy byli jejich rodinní příslušníci s HPO zhruba podobného věku.

5.3. Výsledná témata analýzy

Z analýzy rozhovorů vyplynulo několik zásadních bodů. Tato subtémata byla spojena pod nadřazující shrnující pojmy. Hlavní témata tedy dávají jednotlivé zkušenosti do větších souhrnů, pro které jsou vytvořeny tři tematické okruhy. Názvy subtémat jsou tvořeny převážně citacemi, aby bylo podpořeno výstižné pojmenování.

Díky jemné strukturalizaci rozhovorů nebyl dán přesný sled pomocných otázek. Respondenti často mluvili spontánně a nebylo třeba tolik využívat pomocné otázky. Pořadí tematických celků je vytvořeno uměle, posloupnost jednotlivých témat a subtémat je dle kvantity zastoupení ve výpovědích – tedy nejčteněji zmiňované body jsou výše než motivy vyjadřované méně často, případně dle jejich provázanosti.



Graf 1 Výsledná témata analýzy

V podkapitolách níže jsou výsledky z analýzy. Jednotlivé oblasti jsou spolu úzce propojeny a vliv na jeden okruh se prolíná s dopadem na jiný (například u respondentky Hany se pocity strachu se prolínají s volným časem, kdy kvůli obavám chodila z práce hned domů). U témat je vždy úvod obsahující shrnutí daného tematického okruhu a následuje samotná interpretace s využitím výroků respondentů. Přímé citace jsou pro lepší přehled označené na konci iniciálou jejich pseudonymu – Ondřej (O), Petra (P), Hana (H). U témat jsou uvedeny hlavní projevy HPO (z mnemotechnické pomůcky IMPULSIVE), které danou oblast nejvíce ovlivňují dle výzkumníkovy subjektivní interpretace.

5.3.1. Osobní rovina

Prvním tematickým okruhem je vliv nemoci na osobní život participantů. V různé míře HPO blízkého zasahovala či zasahuje především do vztahů s kamarády nebo známými a mnohdy i do rodinných vazeb. Všichni respondenti uváděli zároveň negativní dopad na jejich povinnosti nebo práci. Významným bodem pro dva účastníky je i finanční zátěž, kterou soužití s člověkem s HPO přináší, respektive v důsledku jejich provázaných vztahů. V poslední řadě je zde zmíněn i zásah do osobního času.

❖ Kontakt s okolím

Nejobsáhlejším tématem v rámci rozhovorů byl asi dopad na vztahy s okolím. Dá se odhadovat, že je to tedy pro účastníky nejvíce palčivým důsledkem, ovšem na druhou stranu je to i oblast, ve které nemusí panovat stud či obava o tom mluvit. Respondenti se nejčastěji zmiňovali o nepochopení kamarádů, ze kterého v některých případech plyne i značná sociální izolace. Z projevů HPO, které do tématu kontaktu s okolím zasahují, by měla být zahrnuta především suicidální gesta, nestabilní obraz sám/a sebe, labilita, intenzivní vztahy a náladovost.

• Kamarádi/známí

Každý z účastníků cítil dopad na jeho přátelství jinak. Hana s kamarádkami kontakt omezila, ale popisovala, že neměla pocit osamocení: „*Izolovaná jsem se necejtila, já jsem chodila do práce...kdyby nebylo lidí kolem, tak by to asi bylo jiné.*“ (H) Vztahy s kamarádkami nemoc její dcery ovlivnila ve velké míře – přestala se s nimi stýkat o večerech a víkendech. Zažívala ze strany některých přátel nepochopení, že nemůže, resp. nechce na delší dobu dceru opustit: „*A právě ty kamarádky to nechápaly, ty většinou říkaly, ona tě vydírá, ona Tě manipuluje, ona Tě chce mít jenom pro sebe. (...) Pravda je, že vlastně paradoxně chlapi to jako chápali a dávali líp než ženský. Jestli ty ženský, jako ty kamarádky, já jako vlastně ani nevím, jestli to bylo jako žárlivost.*“ (H) Některé se přestaly ozývat, s jinými přerušila Hana kontakt sama: „*Některý ty kamarádky se jako opravdu buď neozývaly, radši, anebo se ozvaly a když jsem jako že řekla, že jako nemůžu dlouho večer, nebo že nemůžu přes víkend, no tak se spíš jako rozpovídaly, že bych jako měla nastavit nějaký jako pravidla. No a já jsem tole jako nechtěla poslouchat, tak jsem je spíš jako odstříhla já. Nešlo to, některý lidi to jako nepochopili nebo nechtěli pochopit.*“ (H)

Byla v situaci, kdy měla strach o své dítě, a proto si nechtěla dovolit odejít z domu na delší dobu, chtěla být dceři stále nablízku, aby se pokusila předejít jejímu trápení se a i sebepoškozování. „*Já mám kamarádky že jo. Každá už měla ty dospělé děti stejně jako já a nikdo nemohl pochopit, že já mám doma dospělé dítě a nemůžu třeba někam na víkend. Nebo můžu, takhle, já samozřejmě mohla, ale já jsem se každému snažila vysvětlit, že...já si to neužiju, já když vim, že ona bude sama doma, tak já budu pořád myslet, co se tam děje, co si zrovna udělala, neudělala, jak se zrovna cejtí.*“ (H) V rozhovoru také zaznělo, že někdy s kamarádkami vyšla, ale musela se dříve vrátit: „*Mě se i stalo, že jsem i někam šla jako večer jenom a: Jó, mami, běž, to víš že jo, běž to... a za dvě hodiny mi volala, kdy přijdu, že jí je strašně špatně. A to potom už, to potom už nemá cenu to nějak prodlužovat, protože*

stejně myslíte na to, co se tam děje.“ (H) Zdá se, že právě projevy suicidálních gest dcery s HPO měly na Hany kontakt s přáteli největší dopad.

Naproti tomu z výpovědi Petry byl slyšet smutek a lítost, že vztahy mimo pár nejbližších přítelkyň velice ochladly. Dává to do spojitosti s tím, že o dceři nechce mluvit. *„No to jako, no tak to už se člověk moc už jako nevidá, protože prostě vyhnout se tomu, aby o tom někde mluvil.“ (P) Petra také vnímá, že se o situaci kamarádi přestali zajímat: „...že by někdo měl zájem a ptal se, to už jakoby tak už není, to už vlastně není mezi tolika lidma.“ (P) Touží po tom, aby se také mohla s něčím pochlubit, ale vlastně má pocit, že není s čím: „Není to nic, jako jak se kamarádky můžou potkat a chluběj se, co kdo dělá a jako o dětech, tak to je prostě já musím mlčet, to prostě nejde.“ (P) Okruh jejích sociálních kontaktů se velice zúžil: „...ty náhodný, když se člověk potká s nějakým... tak tam si už vlastně nepovídám, nepovídám o dětech, není, co bych povídala, když se... takže tak.“ (P)*

Ondřej mluvil tom, že jeho bratr některé věci z jeho pohledu překrucoval a měl obavy, že se tyto nepravdy mohou dostat k jejich společným známým. *„Tudíž i mezi těma našima třeba společnějma kamarádama, kteří někteří nějakým způsobem, že jsme nějakým způsobem znali ty lidi oba, tak tam to bylo, eh, komplikovaný taky, že jsem se bál, vlastně jako třeba co jim o mě řekne a nemusí to bejt založený na pravdě a přičemž oni tomu jako můžou věřit, protože do ty situace nevidí a neznají to a tak.“ (O) Záleželo mu na tom, aby měl příležitost věci uvést na pravou míru: „A je to jako dost, eh, nekomfortní, že jako já nevím, co on komu může říct. A za prvý, komu to řekne a co mu řekne a jestli já budu se moct nějak jako ospravedlnit nebo podat svůj náhled nebo tak.“ (O) Sdílel také své rozhořčení nad tím, že si právě jeho bratr blokoval na sociálních sítích: „člověk, kterýho zná třeba 14 dní jo, tak ten tam o něm vidí tyhle ty všechny informace a já ne.“ (O) A vzhledem k celkovému omezenému kontaktu pak cítil, že nemá co odpovědět na otázku přátel, jak se bratr má: *„Tohle mi přišlo fakt jako zvláštní. A právě když se někdo potom ptal, tak jsem říkal: no já nevím, to jako možná řekni spíš ty mě.“ (O) Z vyprávění může být vytušena jistá frustrace.**

Petra mluvila také o studu, který občas prožívá se svou dcerou na veřejnosti. Pozornost, kterou dcera získává díky svému zevnějšku, je jí nepříjemná a jejich kontakt to jistě může limitovat. *„No a ona navíc na sebe, ona připoutává pozornost tím, že se jako oblíká, maluje, maluje se výrazně, jako masku si dělá na obličej, dělá si různé malůvky na obličej, eh, takže. A je teda hodně výrazná, velká, připoutá pozornost. No a je to takový ve chvíli, někdy mám, že se člověk stydí, když jsme spolu no a ona nějak takhle vypadá, tak mám, no tak eh, to člověk to takhle někde promítá.“ (P) Bylo evidentní, že respondentku*

mrzí, že její dcera o sebe nepečuje: „...*se nepostará o sebe, že prostě má mastný vlasy, celá je taková neupravená, celkově to prostě není v pořádku.*“ (P) Z přepisu je znatelné, že pro participantku sdělení vyžadovalo odvahu – hledala vhodná slova a v řeči se více odmlčovala. Lze tedy usoudit, že téma je pro respondentku citlivé.

- **Rodina**

Onemocnění člena HPO může rodinnými vazbami zatřást. V případě Ondřeje se rodina spíše semkla, ale má obavu, že kdyby se v budoucnu „něco muselo řešit“, jsou vztahy ohrožené neshodou: „*Myslím si, že by tam mohly vzniknout velký třecí plochy právě i tady mezi zbytkem té rodiny, jako teda co s tím udělat, jak se k tomu postavit.*“ (O) Hana se strachovala o dobré poměry ve své rodině: „*Nejenom, že jsem se o (dceru) bála, ale že jsem ještě vlastně měla ten strach, že se jako rozhádám nebo rozjedu s rodinou, protože já samozřejmě jsem ta máma lvice, která bude to dítě bránit.*“ (H) Z jejího popisu bylo zřejmé, že i ona má se svými blízkými na postupy při onemocnění jiný názor, a přestože ji na vztahu se svou matkou velmi záleží, dceru před prarodičem hájila. Zdá se, že k sobě (matka a babička) mají blízko a pouto jako by z jedné strany bylo nemocí dcery velmi oslabené: „*Stejně jako se chovaly některý ty kamarádky, tak se chovala i moje máma. Měla na ni vztek. Ona si tě bere pro sebe a já Tě teď nemám.*“ (H) Můžeme se domnívat, že pro Hanu bylo těžké nevyslyšet matky zájem, ale zůstat s dcerou nablízku. V rodině zastávala důležitou roli i sestra, která se po čase ze soužití odstěhovala: „*Já si tedy myslím, ona osobně se jako potřebovala taky zachránit, ona z toho potřebovala ven... i pro ni to bylo strašný, i ona to strašně těžce snášela.*“ (H) Pro Hanu mohlo být velice náročné vidět i dopad projevů nemoci na starší dceru.

Vliv na život rodiny Petry lze hodnotit jako nejmasivnější z daného vzorku. Celkově jej ani tolik nekomentovala, ale i z krátkého zmínění bylo evidentní, že to prožívá velice tíživě. „*Je to těžký, těžký soužití, rozkladný... naprosto nespolehlivá, jako nelze se spolehnout na to, co se domluví, řekne... těžký, těžký domlouvání...*“ (P)

- ❖ **Finance**

V oblasti financí je zřetelné působení impulzivitu. Blízcí všech respondentů měli zvýšené peněžní náklady. Dle výpovědí je zřetelné, že míra vlivu na blízké souběžně roste s tím, jak jsou peněžní poměry v rodině nastaveny. Nejvíce toto téma reflektoval Ondřej, který sice mluvil velmi otevřeně, nicméně i tak bylo znát, že je to citlivé téma. Z jeho výpovědi vyplývá, že bratr neuměl s penězi vůbec hospodařit a vzhledem k faktu, že rodina byla finančně spjata, museli dluhy řešit, aby na ně důsledky také nedolehly: „...*my jsme byli*

určitým způsobem finančně provázání. (...) Takže tam právě docházelo k situacím, kdy my jsme se mu právě snažili tady pomoci právě finančně, protože jinak by to semlelo i celý zbytek rodiny.“ (O) Měl pocit, že je situace zacyklená – bratr si bral půjčku na splacení půjčky: „...jeho řešení bylo vždycky vzít si nějakou půjčku a ve chvíli, kdy ji nebyl schopnej splácet, tak si vzal další půjčku.“ (O), poté stav gradoval: „...on zjistil, že není schopnej to splatit, pokusil se o sebevraždu, on byl hospitalizovanej, my jsme to zaplatili.“ (O) Je tedy patrné nějaké zneužívání vědomí, že rodina se vždy postará: „...ve chvíli, kdy by byl nějakej průser a on by měl nějakou exekuci nebo něco podobnýho a nebyl by schopnej to splácet, tak bych to musel splatit já.“ (O) Dospělo to až do bodu, kdy byli nuceni prodat nemovitost: „...tak jsme potom prodali jednu nemovitost, z který vlastně tohle to se odpočítalo.“ (O).

Se stejným výsledkem probíhaly finanční poměry u Petry: „Že je schopná utratit víc jak milion za rok, že prodala byt zděděnej. Až takhle.“ (P) Na rozdíl od Ondřeje ji ovšem rodinná provázanost nenutí, aby za svou dceru všechny dluhy splácela. „Je hodně zadlužená, je na mě, ehm, kterej dluh zaplatim teda... eh... že stále mám možnost si vybrat, co budu platit a co ne. (...) Ted'ka má vlastně dluh na energii, tak nevím, co dřív, jestli telefon a data, protože zase si říkám, že potřebuje fungovat ve škole, tak tak, se tak rozmejšlim, co zafinancuju.“ (P) Lze usoudit, že pro respondentku je téma peněžní schopnosti dcery senzitivní – mluví pomalu, občas je slyšitelné zadržávání. Ke konci výpovědi shrnuje, že přestože je to náročné, není to pro ni v soužití to nejtěžší. „Jo, ale není to takovej tlak jako velkej, no není to ale hlavní problém, není to úplně jako to, co by člověka pánilo...“ (P)

Ondřej ještě dodává, že pro něj to znamenalo využití vlastních prostředků: „...i investovat peníze, který bys radši investovala úplně jinak nebo i jít do nějakých svých rezerv a tak podobně, a to nebyly malý částky.“ (O) Z hlasu byla evidentní určitá naštvanost či negativní pocit, že musí řešit ještě navíc finance, když na tom bratr není psychicky nejlíp a cítí tlak angažovat se nějak i v návštěvách jeho v nemocnici. Zvláště ještě, když o případných dluzích neměl ani ponětí, a tak pro něj bylo náročné z ničeho nic se věnovat nejen bratrovi, ale i opatřit dostatečný obnos na pokrytí dlužné částky: „...aha, a tak to musím rychle zaplatit. A kde na to vezmu, jo a jeho řešení bylo pokus o sebevraždu a ty jako musíš řešit tohle to, a ještě i tady těch několik tisíc, co musíš zaplatit a nevíš přesně, kde to jako vzít a do toho tam ještě opečovávat bráchu.“ (O)

Naproti tomu Hana s dcerou obdobně nesnáze nepociťovala. Ačkoliv dcera utrácela peníze za (dle jejích slov) neřesti, tuto stránku věci měly vyjasněnou: „Do mých financí to nezasahovalo, tyhlte ty všechny neřesti si financovala sama.“ (H)

❖ Osobní čas

Všichni respondenti potvrzovali, že nemoc jejich blízkého je omezovala v jejich volném čase. Z rozhovoru s Hanou byla znatelná velká oběť, HPO její dcery měla dokonce vliv i na její partnerský život: „*Ale upřímně řečeno, já jsem tomu vopravdu jako podřídila celej ten jakoby svůj, svůj život, svůj svět. Já jsem vlastně jakoby do tý doby, eh, jak jsem teda byla bez partnera, já ani žádnýho jako nehledala a ani jsem si jako nemyslela, že by nákej to jako dal. Protože to, co všechno jsme jako prožívali, tak to bylo tak jako strašný...*“ (H)

Respondentka dále popisuje, že během dne kromě práce šla nanejvýš na kafe, ale přesto byla stále připravena, že jí každou chvíli může zazvonit telefon. „*Vypadalo to tak, že já jsem vlastně běhala z práce domu, maximálně někam s kamarádkou na kafe, byla jsem pořád na telefonu a...a...ten osobní život byl hodně, hodně omezenej.*“ (H) Trávit večery mimo domov, či snad někde přespat, bylo pro Hanu nepředstavitelné. „*Vždycky jsem třeba do těch šesti, sedmi chtěla bejt doma. (...) Přes noc vůbec bych jí tam jakoby nenechala.*“ (H) Zdůvodňovala to především svým strachem o dceřino zdraví, aby si mezitím, co není nablízku, neublížila.

Petra nemluvila o svém osobním čase vůbec, projevy HPO její dcery masivně zasahovaly i do její práce, jak je poznamenáno níže. Zároveň popisuje, že její kontakt s okolím byl minimální – můžeme se tedy domnívat, že svůj čas také zcela přizpůsobila potřebám svého dítěte, ale je možné, že nechtěla o svých aktivitách mluvit.

Z výpovědi Ondřeje bylo v tématu osobního času cítit rozhořčení a frustrace. Dobu, kterou věnoval například návštěvám svého bratra, chtěl využít pro splnění svých povinností. „*Jako že to opravdu bralo ten čas, kterej já jsem potřeboval investovat jiným způsobem (...) Já jsem si tohle to v tu chvíli bral vyloženě osobně... potřeboval jsem (něco dělat) a svůj čas tady ted' jsem obětoval tady tomu.*“ (O) Z jeho popisu je možno usuzovat, že měl dojem, že bratr mu to snad dělá naschvál. Citelná je i proměna v průběhu času. „*A už to nebylo jako na začátku, kdy jsem si říkal, že jako pojedou za nim, ať se tam má trochu dobře, ale už jsem si říkal, že já tady potřebuju dělat daleko důležitější pro mě věci a nemůžu. A opravdu jako to bylo, že mě to štválo a bral jsem si to osobně a bral jsem to, jakože mi tady jako krade někdo můj čas, kterej bych potřeboval využít úplně jiným způsobem. (...) Skloubit to šlo, ale šlo to těžko a zároveň i jsem musel jako omezovat věci, který byly pro mě důležitý a který byly potřeba udělat, a kvůli tomu mně to třeba trvalo daleko dýl, než co by bylo nutný.*“ (O)

❖ Práce

Účastníci vnímají i značný vliv na jejich práci. Ačkoliv mnozí z nich mohou pociťovat zvýšený tlak, protože mají vyšší náklady (například za impulzivní nakupování blízkého), přesto se třeba Petra nemohla výkonu svého zaměstnání věnovat naplno: „...*to jsem pořád běhala z práce někam, kde se něco dělo...Eh, takže jsem taky jednou horko těžko jako si udržela práci, když jsem jako furt musela řešit tyhle věci... bylo to dost těžký jako...*“ (P) Patrný je zde dopad suicidálních gest blízkého. Zajímavé je propojení Petry a Hany – kdy obě ženy zažívají strach o svou dceru a kvůli tomu omezují své aktivity. Zatímco Petra vnímala vměšování do jejích pracovních příležitostí, Hana popisuje nutnost dřívějšího návratu či přímo zrušení mimopracovních záležitostí, ale hranice času pro práci zůstaly: „...*protože já jsem vlastně kromě práce, jsem jí byla k dispozici čtyřicet hodin denně.*“ (H) Otázkou ovšem je, zda tuto skutečnost nevynechala ve své odpovědi, nicméně přesto (nebo i právě proto) se dá předpokládat, že to nebylo tak moc ztěžující, jako popisovala Petra.

Ondřej nevnímá meze práce jako porušené, ovšem kvůli zkušenosti z jeho rodiny: „...*příbuzným se snažil znepríjemnit i pracovní život.*“ (O) má občas obavy, aby se blízký s HPO nesnažil poškodit i jeho pracovní kariéru. „*Čas od času tady nějaký takový ohrožení cejtím, že když si vygooglíš jméno, tak zjistíš, kde pracuju a máš tam jako kontakt na šéfy...*“ (O) Zde tedy není patrný vliv stejných projevů HPO, jako na práci ostatních respondentů, zařadit by se zde dalo spíše působení jisté manipulace a nedodržování hranic.

5.3.2. Kontakt s blízkým s HPO

Dalším tematickým okruhem je kontakt s blízkým s HPO. Tedy vše, co soužití s ním přímo obnáší. V tomto celku jsou zkušenosti respondentů spíše rozdílné, každý se potýkal s jinou obtíží, která na něj doléhala. Projevy HPO, které oblast nejvíce ovlivňují, jsou pravděpodobně impulzivita, labilita a nepřiměřený vztek.

❖ Nespolehlivost

Závažným důsledkem HPO svého blízkého vidí Petra nespolehlivost. „...*naprosto nespolehlivá, jako nelze se spolehnout na to, co se domluví, řekne... těžký, těžký domlouvání...*“ (P) Z poznámky na konci rozhovoru lze usoudit, že si nejistotu v dceřiném chování vykládá osobně: „*Co je jako nejtěžší, je ta manipulace...protože se nemůže člověk spolehnout na to, co se domluví, co se řekne.*“ (P) Nespolehlivost vnímá především při plánovaném setkání: „*No rozkladný..., když něco domlouváme, tak, tak prostě z 90%, prostě,*

eh, se to jako nepodaří, někde si jako domluvíme sraz a já tam čekám, půl hodiny, hodinu, no a akorát vlastně zbytečně, nebo déle, je to běžný, že přijde o hodinu pozdějc, tak jako tam čekám.“ (P) Pro Petru je těžké pochopit, proč toto opakovaně zažívá, když se většinou nejedná o situace, kdy by šlo o běžnou schůzku, ale dcera potřebuje od matky pomoc při vyřizování nějakých záležitostí: „No, nemůžu vždycky uvěřit, je to tak, že se to tak opakuje a je vlastně, eh, pokaždý prostě jsem překvapená teda. Protože je to většinou, když se něco vyřizuje, tak to bylo většinou, že ona něco potřebovala, ona potřebovala něco někde koupit, ona potřebovala něco, a proto jsem tam šla, jo, takže to bylo takový.“ (P)

Naproti tomu Ondřej sdílí nekomfortní zkušenosti při chodu společné domácnosti: „...i to i to fungování, eh, tý domácnosti, jakože, eh, spolehnout se na to, jak to bude fungovat, že, eh, něco udělá...“ (O) Dále zmiňuje nespolehlivost svého sourozence při plnění jeho vlastních povinností, například odchodu do školy: „...a já jsem si říkal jenom jakože mě to spíš obtěžuje to jeho fungování, jestli je takovej problém se jako ráno zvednout a jít něco udělat, ale nebylo to vyloženě, že bych tam něco jako hodně v sobě řešil, no to bylo spíš, že si řekneš no to je jako blbec a eh moc to jako neřešíš a až potom, když se to vlastně vyostřilo, vygradovalo, tak bylo vidět, že je potřeba to řešit nějak víc a něco s tím udělat.“ (O) Soužití je pro něj náročné i s ohledem na skutečnost, že domácí práce měli v rodině rozdělené a nedá se spolehnout na to, zda úkoly, které má bratr na starosti, budou provedeny. Opět zde vyvstávají na povrch pocity frustrace a nepochopení. Hana o problému s nespolehlivostí své dcery mluvila jen v rámci toho, že za ni musela rušit a přesouvat některé domluvené schůzky, ale nesdělovala, že by měla podobné obtíže jako Petra.

❖ **Nevím o něm, neodpovídá**

Určitý dopad na psychickou stránku rodinných příslušníků má i nevědomost o tom, co dělá, kde je. Ondřej a Petra jsou v tomto tématu opět na podobné úrovni, z jejich výpovědí je evidentní, že za touhou vědět o svém blízkém se patrně skrývá strach a zklamání: „*Nebo odešel z domu, nikomu nic neřekl, my jsme nevěděli, kde je. (...) Ale pak zase přerušil ty kontakty a neozýval se nám a tak podobně.“ (O) Petra se svěřovala o rozčarování a smutku, když jí dcera neodpovídá na textové zprávy: „Já když jí napíšu smsku, nějaký dotaz... No ona vlastně na to neodpovídá... Zeptám se jí na něco prostě jak bylo a ona mi neodpoví.“ (P)*

Ondřej hovořil o tématu v souvislosti s blokací na sociálních sítích: „...zprávu jsem mu nemohl napsat. (...) Já jsem těm lidem i ze začátku třeba říkal: hele já si myslím, že o něm víš víc lidí než já. Protože mě jako si třeba i zablokoval na Facebooku, já třeba jsem

nevěděl vůbec, co on tam sdílí, a přitom jiný lidi tam jako měl jo.“ (O) Zmínil i současný stav: „Vlastně o něm vůbec nic nevím...já nevím, co dělá, kde bydlí, jak se živí a tak.“ (O) Překlenutí od doby, kdy se sourozencem sdíleli domácnost, je znatelné i v jeho citaci: „Nejdřív jsem jako vůbec nevěděl, co se jako stalo, jestli ho můžu nějak kontaktovat nebo co mám dělat a tak. A teďka ale, to už je s odstupem několika let, to mám naopak, že jsem spíš rád, když o něm ty věci nevím.“ (O) Vzhledem k tomu, že v rozhovoru Ondřej sdílel i obavy o možné ohrožující chování vůči své osobě, můžeme tomu úlevu z nevědomosti o životě sourozence přičítat. „...a jako nechci, aby nějaký kontakt byl, protože se tak cejtím jako bezpečnější a ty věci jako radši nevím...“ (O)

Třetí respondentka se těmito situacím snažila vyhnout svou neustálou přítomností (či přítomností někoho jiného z rodiny či blízkých), a tak je v rozhovoru refleктоvala jen jako obavy, co by bylo (nebo mohlo nastat), kdyby byla dcera sama.

❖ Chování vůči mně

Provázanosti zkušenosti Ondřeje a Petry je znatelná i co se týče vnímaného chování vůči jejich osobě. Petra se domnívá, že lidé s HPO nejsou schopni mít rádi, že její dcera není schopná ji mít ráda. Lze si jen těžko představit, jaké to pro matku, tu, která je mnohdy dítěti nejbližší osobou, musí být. „No je to tak, já mám pocit, aspoň mám ten pocit, že v podstatě nejsou schopni mít rádi. Já myslím, že to tam taky je jedna z těch věcí, no.“ (P) Ondřej sdílel dojem, že jej sourozenec svým způsobem zraňoval: „Že tam je vlastně i jiný vnímání těch situací, který my jsme společně zažili, a on tomu přikládá úplně jinou váhu. A zároveň ten jeho náhled na tu věc je úplně jako převrácený, že to interpretuje úplně jiným způsobem než třeba všichni ostatní, tam, tam je to potom náročný i v tomhle tom, když právě se nějak ozve a teď tam začne vytahovat nějaký věci, který zároveň ale z mého pohledu jsou ale překroucený a on to používá jako takovou zbraň proti mně. (...) A umí vždycky jako zasáhnout, jo, že to je taková jeho superschopnost, že on vycítí tvoji největší slabost a v tu chvíli, kdy tě může nejvíc zranit, ji na tebe vytáhne a tam ji použije.“ (O) Můžeme soudit, že roli zde hrají konkrétní projevy HPO – náladovost, nepřiměřený vztek, případně labilní intenzivní vztahy či nestabilní obraz sám/sama sebe. Zdá se, že to respondent vnímá jako součást manipulace.

• Ohrožení

Chování Ondřejova bratra někdy vygradovalo až do fyzického násilí: „někdy i ty jeho reakce byly nepřiměřené, a i já jsem několikrát byl vlastně jako obětí nějakýho fyzickýho

napadení, když to jako takhle řeknu. Když on úplně jako bezmyšlenkovitě tam do mě bušil a já jediný, čeho jsem byl schopnej, bylo snažit se nějak krýt a nastavit mu záda jako nejmíň zranitelný místo a prostě počkat, až ho to přejde...“ (O) Nepřiměřený vztek jako jeden z hlavních projevů HPO blízky ventiloval nejen proti sobě, ale i vůči Ondřejovi: „Takže jako i ty výbuchy tý agrese tam byly, byla někdy směřovaná i vůči mně, někdy, to bylo i jako proti sobě samotnému...“ Respondent uvádí, že se podvědomě necítí zcela bezpečně, že se mu o jeho sourozenci zdají i děsivé noční sny: „A on mi tam řekl: Přišel jsem tě zabít.“ (O)

„...byť nezažívám žádný pocit nějakýho strachu nějak intenzivně, tak občas jako to podvědomě nějak vyplave i ve chvíli, kdy si připadám, jako že jsem opravdu, že žiju spokojenej život, že jsem jako šťastnej a tak, tak pak se mi o něm najednou zdá, něco jako děsivýho nebo tak, a i ve chvíli, kdy s tím jako nijak nepočítám, že to není, že bych ho nějak jako hrozně řešil, tak mi tam skočí do toho snu a já si s tím nedokážu nějak poradit. (...) Občas to právě přijde v jako úplně nečekanou chvíli, že i právě, když se nic neděje, tak asi podvědomě to pořád nějak řeším a ten pocit toho ohrožení tam cítím.“ (O)

Ačkoliv zbývající účastníci výzkumu tuto zkušenost nepopisují, je u Ondřeje natolik zřetelná a vystupující, že by bylo chybné ji z výsledků vynechat. Je evidentní, že pocit ohrožení má velký dopad na celkové psychické pohodlí. „Já tam opravdu vidím i to ohrožení jako fyzicky, že by se to mohlo jako stát. Není to, jako že bych každej den se tady strachoval, ale čas od času prostě jo no.“ (O)

- **Opovržení**

Rodinné vztahy jsou velmi křehké a když je někdo nalomí, stávají se méně stabilními. Petra i Ondřej popisují, že vazby s jejich blízkými jsou nějakým způsobem pošramocené: „...ale dovoluje si to hlavně ke mně žejo... nějaký opovržení tak cítím vůči mně.“ (P), „A já tady nebudu ze sebe dělat blbce, abych mu pořád něco omlouval, když on se vůči mně a vůči i jako jiným lidem chová vyloženě jako hnusně.“ (O)

5.3.3. Psychická zátěž

Nejvíce zásadní se zdá vliv projevů HPO na psychickou pohodu rodinných příslušníků. Ačkoliv třeba tak často emoce nebyly vyjadřovány doslova, mnohdy byly za výpověďmi zcela zřejmé. Respondenti sdílí svůj strach o blízkého, především kvůli suicidálním tendencím, svěřují se se svými pocity, když zjistili, že je jejich dcera/bratr nemocný (a jaké onemocnění má). Analýzy se dotkne také dlouhodobého hlediska, kde je znatelná změna přístupu v čase a jistý zmar, který reflektovali všichni účastníci výzkumu.

Dalším tématem je nejistota – zde je zařazena i potřeba informací, která hojně zaznívala v rozhovoru s Hanou. Posledním bodem je negativní sebehodnocení.

❖ **Strach a šok**

Zcela nejčastější emocí, která v rámci rozhovorů vyplouvala na povrch, byl strach. Ať již ventilovaný, či schovaný „mezi řádky“, byl to jednoznačně pocit, který doprovází a sužuje všechny respondenty. Lze si domyslet, jaké má dlouhodobý strach důsledky na celkové zdraví člověka. Odrážet se může jak v duševní rovnováze, tak i v případných fyzických obtížích, nicméně toto žádný z účastníků do své výpovědi nezahrnul. Významnou roli hraje projev HPO suicidální gesta.

• **Sebeohrožování**

Strach v důsledku sebeohrožování se vyskytl u všech tří participantů. *„Jako strach...dennodenně mi několikrát za den přišla říct, že jí je tak zle, že už tady nechce být. (...) Ten strach tam byl neustále, ale právě že máte ten strach pořád, bojíte se usnout, bojíte se vzbudit, slyšíte v noci něco šustnout nebo bouchnout, okamžitě jste nahoře že jo.“ (H)* Hana i Petra shodně popisovaly obavy z možného uskutečnění sebevraždy: *„Úzkost, strach vlastně, že to je takový jako, že kdykoliv se jí to může povést ještě navíc...“ (P)*, *„...ve mně narůstal ten strach, ta hrůza, že se to jako může kdykoliv stát.“ (H)*

„Že jsem nutně musela někam dojít, nebo prostě když se to stalo, tak jsem běžela zrovna, kde se jako nacházela, no a tak.“ (P) V této Petry citaci sice není explicitně vyjádřen strach, nicméně z útržku: *„tak jsem běžela“* lze usuzovat, že v těchto situacích jej zažívala.

Ondřej při popisu první sebevražedné tendence svého sourozence zmiňuje, že byl šokován: *„Že poprvé jsem byl fakt jako v šoku, že tohle je fakt jako problém, to se musí řešit, on je fakt jako chudák.“ (O)*

• **Nenapadlo**

Pojmenování tohoto subtématu shrnuje fakt, že lidé se bojí možného onemocnění a ten strach působí mnohdy až tak, že je ani nenapadne, že by se něco mohlo stát. Ve skrytu duše doufají, že psychická porucha se přeci netýká jich ani jejich příbuzných. V životě člověka je to velký zlom, když se dozví o onemocnění svého blízkého. Respondenti tuto chvíli popisují jako: *„Já jsem si myslela, že to není možný, že jako...že to je jenom nějaká jako opravdu věc, která asi patří k tomu dospívání, že není možný, aby jí něco... jako vůbec jsem si nepřipouštěla, že by to mohla být psychická porucha, vůbec...tenkrát mě to ani nenapadlo.“ (H)* Z citací je zřetelné rozčarování, že by je vůbec nenapadlo pomyslet, že jejich rodinný příslušník může trpět duševním onemocněním: *„Jsem jako, úplně jsem zůstala*

v šoku a říkám: *Jak jako Ti není dobře? (...) Mě by ani nenapadlo, že naši rodinu může něco jakoby takovýho potkat, jo, že by zrovna jí měla potkat takováhle strašná jakoby věc. A furt jsem si říkala, že to je prostě jenom tím, že je jako unavená...*“ (H) „Člověk si rekapituluje, to se mihne. Že tomu nerozumí, že prostě (...) nechápu, prostě to nechápu, proč to takhle je.“ (P)

Ondřej popisuje taktéž lítost: „...mě ho v tu chvíli bylo jako opravdu hrozně líto, jo a že jsem si říkal, co pro něj můžu udělat, co jako mám udělat a tak.“ (O) V rozhovoru také zmínil, jak na něj působila první návštěva při hospitalizaci: „A bylo to pro mě jako náročný ho tam v tom prostředí vidět, že najednou to bylo úplně jako, jako jinej člověk.“ (O) Hana i Ondřej dále uvádějí, co s nimi udělalo zjištění, že se jedná o HPO: „Když jsem se dočetla, co to vlastně jako je takhle jako diagnóza, tak jsem se fakt jako zděsila. Tak jako když jsem si poprvé přečetla nebo podruhé, nebo když jsem to prostě už potřetí nebo po kolikátý jako někde četla, že to je jako tohle a co všechno to jako může způsobovat, tak jsem se fakt zděsila. Jako to snad ne, to je asi omyl.“ (H) „Eh, mně v tu chvíli vůbec jako nenapadlo, že by to mohl bejt takhle závažnej problém.“ (O)

❖ Dlouhodobé hledisko

V časovém horizontu každý mění náhled na onemocnění a to, co přináší. Projevy HPO jsou vnímány okolím jako náročné a blízcí doufají v alespoň malý pokrok, který ovšem ne vždy nastává a určitě ne tak rychle, jak by si přáli. Změna proto nastává i v jejich myšlení a prožívání celé situace kolem svého bližního.

- **Zmar**

Ondřej a Petra mluvili o tom, že neviděli pomyslné světlo na konci tunelu, že jim projevy HPO přišly jako ubíjející a nezlepšující se: „To asi tak bude pořád, že se jen tak něco nezmění.“ (P) „Neviděl jsem naděje na zlepšení.“ (O) Petra sice zažívá drobnou změnu díky terapiím, na které dcera dochází, ale doufá ve větší posun: „Tak to je o tom, že párkrát vždycky myslim si, že jsme se posunuli, trošku se uvolnim no a zeptám se jí na něco prostě jako bylo a ona neodpoví. No a mě to zase přizemní, tak to znám.“ (P)

- **Změna v čase**

„Ono vlastně těžký na tom je, že ono se to všechno děje dost jako postupně a plíživě a ty si těch věcí ani tak jako nevšímáš, protože ta změna probíhá tak jako pomalu, že ti ani třeba nedojde, že je něco špatně, jo.“ (O) Těmito slovy Ondřej vypráví o období, kdy se začaly projevovat první příznaky onemocnění HPO. Jeho postoj poté vyjadřuje takto: „Ale jako v průběhu toho ještě vůbec, než jsme věděli tu diagnózu, ještě před tím, než se pokusil

poprvé o sebevraždu, dokud to byly jenom tady nějaký tyhle ty útoky vůči mně a tak podobně, tak mě to ani nenapadlo, že to by to mohlo bejt až tak. Že jsem si říkal, ať se sebere a kouká se sebou něco udělat. Ale nějak jako jsem to neřešil, nějak víc.“ (O) Z textu je zřetelné, že si uvědomuje, změnu svého přístupu k sourozenci a pochopení důvodů jeho chování. Dokládá to i text níže: „Že potom, jako když to bylo po několikátý, tak to se mnou vůbec nic neudělalo.“ (O) Přestože je to velmi citlivé téma a vyžaduje notnou dávku otevřenosti, pro Ondřeje to zřejmě je stěžejní. Možná bychom i v tomto mohli nalézt nepatrný pocit studu a smutku, že už nevidí naději, či spíše frustraci, že se stav nelepší. „Už jsem viděl, že to vlastně nemá žádný smysl, že když tam byl poprvé, tak tam byla nějaká naděje ve zlepšení. Když to bylo takhle už po několikátý, tak jsem si vlastně už říkal, že já tady tomu obětuju nějaký svůj čas, kterej bych potřeboval využít jiným způsobem a jako kvůli čemu, vždyť to žádný výsledek jako nemá, ze možná i pocity nějakého zmaru, ze kdybych věděl, že to potom může bejt lepší, což jsem si myslel právě třeba poprvé, tak by to bylo něco jiného, ale když takhle ta zkušenost se opakovala už poněkolikáté a já jsem tam byl s pocitem, jakože stejně to potom dopadne úplně stejně jako předtím...“ (O) Dodává: „...a když to bylo jako poněkolikátý, tak jsem si říkal, že to byla vlastně jen otázka času, kdy to jako znova zkusí. (...) Pak už mě to jako začlo bytostně vadit...“ (O)

Z výpovědi Hany bychom spíše mohli předpokládat jisté zoufalství, jak se jednotlivé projevy onemocnění nabalovaly: *„Těžkost i otupění, vždycky mě to šoklo, ježiš, ta moje holčička si jako dělá i tohle.“ (H)*

❖ **Nejistota**

„Strašnej pocit bezmoci, naštvání, v tu chvíli jsem si jako říkala, ježišmaria, to snad jako tu diagnózu nemá jediná v celý republice, tak snad už se s tím někdy někde někdo musel setkat, když jí maj pojmenovanou, a ať mi řekne, co mám dělat.“ (H)

Pokud blízký není zdravý, chtěli by respondenti mít k dispozici informace o té konkrétní nemoci, co to obnáší a co pro něj mohou udělat. Nedostatek informací o onemocnění způsoboval u Hany rozčilení, frustraci a rozhodla si vše dohledávat. Ačkoliv ostatní účastníci výzkumu ve svých výpovědích o tomto problému nemluvili, u Hany to vyvstalo jako zásadní téma, vlastně se celým rozhovorem vinulo jako červená nit, kdy téměř pokaždé se schýlilo k výpovědím jako tato: *„Nikdo vám nic neřekl, nikdo, v podstatě ani jí, ani jí, jako ona, kdybychom si doma o tom nic nehledaly, tak o tom v podstatě nic nevíme, nikdo. Já v tu dobu bych zrovna vo tom s někým potřebovala mluvit, jak se mám chovat, co mám dělat.“ (H)* Kdyby o onemocnění HPO bylo i více dostupných informací, Haně by to

ulehčilo: „A upřímně řečeno, já jsem ani nevěděla, že existuje nějaká porucha osobnosti hraničního typu a podobně (...) Takže já jsem hledala, jak to je, co to je, proč to je, proč to může být. Takže já jsem si to hned jako nastudovala.“ (H) Zarážející je dodatek, že ani lékaři a další odborníci ji jako osobu blízkou ani její dceru neinformovali o tom, co nemoc obnáší: „A když vyřkli teda tu hraniční, tak já sama nevěděla vůbec co to je, (dcera) to jako nevěděla, já jsem to nevěděla. Nikdo vám nic nevysvětlí, takže já samozřejmě načetla spoustu jako časopisů, článků, googlila jsem...Ted' spousta toho v angličtině...“ (H) Na závěr přidávala ještě přání: „Aby se s těma blízkejma nějak spolupracovalo. Může to mít fatální následky...ať už s těma pacientama, tak i s těma blízkejma se musí komunikovat, někdo jim to musí vysvětlit, potřebují informace.“ (H)

Nejistotu popisovala také Petra, ale v rámci nejasné komunikace s dcerou, kdy měla pocit, že dostává informace nekorelující s realitou: „Může říkat, jak je všechno v pohodě, ale vidím to na ní. (...) I když říká, že je něco v pořádku, tak já jsem poznala, že se prostě něco děje, že je to otázka chvíle zase. Že se něco stane, jo. My jsme se třeba viděli, ona mi to říká, jako že je všechno a druhý den mám zprávu, že vzala léky a že je v nemocnici.“ (P)

❖ Negativní sebehodnocení

Obě respondentky se svěřily taktéž s vlastními pocity viny nebo negativním zhodnocením své reakce. Bylo znát, že je velmi těžké o tom mluvit. Z výpovědi Petry bylo patrné, že ji tato věc hodně trápí: „A hlavně taky další moment, pocit, to je, že vlastně, že jsem jako matka selhala, naprosto, jako vůbec že se nic nepodařilo. Takovej pocit mám no.“ (P) A že se snaží pochopit příčinu onemocnění své dcery: „Někdy je to vědomý, co jsem mohla dělat špatně, no já jsem nebyla moc trpělivá...“ (P)

Naproti tomu Hana odsuzuje své myšlenky: „Já jsem třeba v některých slabších chvílích fakt přemejšlela, jak to bude asi vypadat, když ji doma najdu. A vlastně tyhle ty myšlenky se mi jako honily hlavou dost často (...) Já jsem třeba si jí představovala na pohřbu, v rakvi... je to hrozně morbidní, máma by to asi jako vůbec neměla říct, i jsem si za to...nejradši bych nafackovala.“ (H) Ondřej v rozhovoru přímo nesdílel podobné myšlenky. Je možné, že je to tím, že nebyl v roli rodiče.

6. Diskuze k výsledkům

Pomocí aplikované metody interpretativní fenomenologické analýzy bylo usilováno o zodpovězení základní výzkumné otázky: Jaký vliv na život rodinných příslušníků mají projevy HPO člena jejich rodiny? Rozhovory proběhly se třemi účastníky, jedním mužem a dvěma ženami, kteří žili ve společné domácnosti s člověkem s HPO. V rámci analýzy byly stanoveny tři tematické okruhy: osobní rovina, kontakt s blízkým s HPO a psychická zátěž.

Každý z respondentů má samozřejmě jinou zkušenost se soužitím a v průběhu rozhovorů se objevovala témata, která byla pro někoho zásadnější a výrazněji prožívaná než třeba u ostatních účastníků výzkumu. Nejpodobnější byly výpovědi Ondřeje a Petry, taktéž Petry a Hany. Ženy zaujaly k onemocnění svých dcer jiný přístup, i to lze přičítat faktu, že mají se soužitím navzájem odlišné zkušenosti.

Celkově můžeme říct, že rodinní příslušníci vnímají vliv projevů HPO blízkého na svůj život negativně. Souhlasí to s výsledky, ke kterým došli výzkumníci na poli USA – Hoffman a kol. uvádí, že HPO je zátěží nejen pro osobu jí trpící, nicméně i pro celou jeho rodinu.¹²⁸ Zajímavé je, že všichni respondenti mluvili o vlivu záporném a v rozhovorech nezazněl žádný pozitivní dopad.

Všichni respondenti vypovídali téměř identicky o obavách v soudržnosti rodiny – pro Hanu to bylo palčivé téma v průběhu soužití, Petra prožívá soužití rodiny jako „rozkladné“, pro Ondřeje to je otázka budoucnosti. Odraz v teorii lze najít například u Sobotkové, která píše: „Čím vyšší je soudržnost, tím je rodinné fungování odolnější vůči zátěži“¹²⁹, ale nelze opomínat i nutnou autonomii. S ohledem na funkce rodiny definované dle Langameiera a Krejčíkové jsou výpovědi respondentů v souladu – hlavní potřeba byla vnímána ve funkci emocionální, resp. sociálně podpůrné, ve dvou případech narostl tlak na funkci hospodářskou (společenství účastníků muselo ve zvýšené míře řešit finanční dluhy jednotlivce).¹³⁰ Dva respondenti také uváděli zásah do práce, jeden z účastníků se svěřil s tím, že mu nezbýval čas na vlastní povinnosti, participanti hovořili i o značném dopadu na jejich osobní život (například Hana zmiňovala i meze v případném partnerském vztahu). Lze

¹²⁸ HOFFMAN, PERRY D., ELLIE BUTEAU, JILL M. HOOLEY, ALAN E. FRUZZETO a MARTHA L. BRUCE. Family Members' Knowledge about Borderline Personality Disorder: Correspondence with their Levels of Depression, Burden, Distress, and Expressed Emotion. *Family Process*. 2003, 42(4), 469-478. ISSN 0014-7370. Dostupné z: doi:10.1111/j.1545-5300.2003.00469.x

¹²⁹ SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012, s. 105. ISBN 978-80-262-0217-2.

¹³⁰ LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006, s. 183–184. Psyche (Grada). ISBN 978-80-247-1284-0.

tedy vyvodit, že projevy HPO mají významný negativní vliv na životy ostatních v domácnosti, konkrétně především suicidální gesta, která blízké drží v neustálém strachu. Jako závažnou můžeme zhodnotit Ondřejovu zkušenost s fyzickým násilím souvisejícím s nepřiměřeným vztekem svého sourozence, přičemž zdroje uvádí, že „*následky domácího násilí jsou dalekosáhlé*“¹³¹.

Z rozhovorů můžeme usuzovat potvrzení, že nejtěžší je pro rodiny zvládnání období dospívání jedince s HPO – všichni respondenti hovořili o negativním vlivu především v době, kdy byl jejich blízký v době puberty a mladé dospělosti. Jako odlišně závažnou hodnotili účastníci i (ne)závislost blízkého s HPO, která bývá při práci s rodinou hlavním tématem¹³² – Ondřej i Petra reflektovali vliv závislosti na financích, u Hany se hojně vyskytovala závislost na osobní přítomnosti. Zajímavé bylo, že žádný z účastníků nehovořil přímo o stigmatizaci, ovšem přinejmenším Petra sdílela pocit sociální izolace („*to už se člověk moc už jako nevidá*“), přitom dopady předsudků byly spíše předpokladatelné.¹³³ Do souvislosti zde můžeme dát také zmiňovaný pocit studu za vzezření dcery na veřejnosti, který participantka sdílela.

Skoro hmatatelnou se ve výpovědích stala emocionální zátěž, kterou dle Pěče a Probstové vždy onemocnění v rodině přináší¹³⁴, věnován jí je celý tematický okruh. Nezřídka byly při zjištění psychické poruchy v rodině uváděny obdobné pocity odpovídající krizi. Z výpovědí byl evidentní strach, úzkost a ztráta kontroly. Podobnost je možno najít také při porovnání s fázemi umírání¹³⁵, ačkoliv toto může znít až trochu morbidně, lze k tomu přistupovat spíše jako k fázím ztráty blízké osoby. Všichni respondenti hovořili o pocitech nepochopení, proč se to stalo. Je možné se domnívat, že u Ondřeje postupem času došlo k určitému otupění a rezignaci. Zhusta jsme se také setkali se strachem, ať už vyřčeným nebo skrytým za slovy, o jeho důsledcích píše například Zacharová a kol.:

¹³¹ MATOUŠKOVÁ, Ingrid. *Aplikovaná forenzní psychologie*. Praha: Grada, 2013, s. 22–29. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4580-0.

¹³² MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010, s. 145. ISBN 978-80-7367-818-0.

¹³³ PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, s. 200. ISBN 978-80-7387-253-3.

¹³⁴ PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, s. 204–205. ISBN 978-80-7387-253-3.

¹³⁵ VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012, s. 307–308. ISBN 978-80-262-0212-7.

„dochází k zatížení organismu druhotnými vegetativními reakcemi, jako je zvýšení krevního tlaku, pocení, poruchy zažívání atd.“¹³⁶

Jedna z respondentek se také ve zvýšené míře zmiňovala o nedostatku informací. Přestože teorie dávno ví, že je informovanost podstatným faktorem, že zejména při dlouhodobé léčbě a častých hospitalizacích narůstá potřeba komunikace s lékaři a dalšími odborníky¹³⁷, Hana popisovala možnosti konzultací a přístup k informacím jako naprosto tristní.

Výsledky analýzy mají své limity. Především kvůli tomu, že oblast není u nás zcela probádaná, a tak není možné opřít se o teoretické podklady, se kterými by bylo možno vést diskuzi. Rovněž je založena na relativně nízkém počtu participantů, které je velmi obtížné sehnat a domluvit s nimi spolupráci, tedy vybraný vzorek respondentů hraje určitou roli v rozmanitosti a nesourodosti výpovědí.

¹³⁶ ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007, s. 49. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2068-5.

¹³⁷ PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, s. 204–206. ISBN 978-80-7387-253-3.

Závěr

Cílem této práce bylo zodpovědět hlavní výzkumnou otázku, tedy: Jaký vliv na život rodinných příslušníků mají projevy HPO člena jejich rodiny? Odpověď byla získávána pomocí polostrukturovaného rozhovoru od tří respondentů (dvou žen a jednoho muže), kteří žili ve společné domácnosti s člověkem s HPO. Následná analýza proběhla pomocí metody interpretativní fenomenologické analýzy.

V teoretické části diplomové práce je vydefinována hraniční porucha osobnosti. Značná část je věnována problematice zařazení do klasifikačního systému – u nás je využíván systém MKN-10. Další oddíl HPO specifikuje, zaměřuje se na znaky a projevy tohoto onemocnění. Taktéž je zde vyzdvihována mnemotechnická pomůcka IMPULSIVE jako shrnutí hlavních příznaků poruchy. V kapitole „Rodinní příslušníci“ je uvedena definice rodiny a její potřeby, zvláště se poté věnuje diferenciaci při onemocnění jejího člena. Následuje přehled základních kamenů při spolupráci s lidmi s HPO v rámci lékařské, ale i sociální práce. Jeden oddíl je zaměřen na sociální služby pro osoby s touto poruchou – ve své bakalářské práci jsem došla k závěru, že zde je masivní nedostatek, který přetrvává, ačkoliv situace se drobně zlepšila. Empirická část vymezuje zvolenou výzkumnou metodu IPA a popisuje postup, jak bádání probíhalo. Analýza poté vychází z rozhovorů, které byly uskutečněny se třemi respondenty. Stěžejní bylo, že tito participanti (dvě ženy a jeden muž) žili ve společné domácnosti s člověkem s HPO, a tak mohou předat svou zkušenost, co se týče vlivu projevů onemocnění na jejich život. V českém prostředí je studií zabývajících se tímto tématem mizivé množství.

Výsledky výzkumu byly rozděleny do tří tematických okruhů. Prvním z nich je osobní rovina jako oblast, která byla v rámci výpovědí zmiňována nejohroženěji. Projevy HPO zasahují do kamarádských vztahů, rodiny, financí, práce a v neposlední řadě do osobního času respondentů. Účastníci výzkumu sdělují obavy o rodinou soudržnost, problematiku ohledně peněžních prostředků spojenou s impulzivním chováním svého blízkého a podřízení svého života potřebám člověka s HPO. V některých případech je možno hovořit o sociální izolaci plynoucí ze studu. Následující téma se věnuje negativnímu dopadu kontaktu s jedincem s danou poruchou. Nesnáze respondenti vidí v nespolehlivosti, nezájmu při komunikaci a chování vůči jejich osobě. Výstražný je zde motiv fyzického násilí, který jeden z respondentů zažíval v důsledku nepřiměřeného vzteku svého bratra. Třetím tematickým okruhem je psychická zátěž. Ačkoliv strach a podobné silné emoce jsou přítomny téměř ve veškerém obsahu rozhovorů, mají na respondenty negativní vliv ve

zvýšené míře, a proto je jim věnována podstatná část výsledků. Nastává především v souvislosti se sebeohrožováním, případně také v rámci zjištění diagnózy, kde jej reflektují slovy „nenapadlo“, „není možný“ atp. Následující subtémata přibližují změnu přístupu k nemoci a jedinci s HPO v čase a zmar, že se nic nezmění, neposune k lepšímu. Z úst jedné participantky zaznívala potřeba mít přístup k informacím, znát teorii, mít možnost být v kontaktu s lékaři a dalšími odborníky. Nejen proto, aby se mohla nastavit funkční spolupráce, ale především z důvodu volby nejvhodnějšího přístupu. Čtvrtým bodem je krátké zastavení nad negativním sebehodnocením obou žen účastných ve výzkumu.

Daný cíl výzkumu a potažmo tedy celé diplomové práce lze považovat za splněný, protože čtenářům předává a přibližuje žitou zkušenost rodinných příslušníků, na jejichž život mají vliv projevy HPO člena jejich rodiny. Toto téma je zatím u nás málo probádané, a tak může být přínosné pro sociální pracovníky i zdravotnický personál, kteří se setkávají s lidmi s HPO a jejich blízkými. Díky provedenému výzkumu by každý, kdo má zájem dozvědět se více o negativních aspektech soužití s člověkem s HPO, mohl přizpůsobit svůj přístup. I jako laik může zmírnit dopad na rodinu například tím, že se vymezí proti stigmatizaci. Ovlivnit jej může znalost, co projevy HPO mohou způsobovat. Naději je možno vidět v pokračování reformy psychiatrické péče a zavedení nového systému klasifikace, který se poruchami osobnosti zabývá detailněji a lépe je popisuje, že alespoň o trochu zkvalitní život rodin s lidmi s duševním onemocněním. Co lze změnit ihned je postoj k lidem s HPO, zkusit se zbavit předsudků (a edukovat profesionály), rodině být nablízku a podporovat ji. Významným bodem by také byla, kromě navýšení kapacit služeb, větší dostupnost informací, alespoň do těch, kteří se v sociální či zdravotní praxi setkávají s osobami s HPO a jejich rodinami.

Seznam použité literatury

ČESKO. § 1 odst. 1 ÚZ č. 210/1998 Sb., zákon o rodině (úplné znění, jak vyplývá z pozdějších změn a doplnění) [online]. © AION CS 2010-2021 [cit. 2021-04-24]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1998-210#p1-1>

ČEŠKOVÁ, Eva a Hana KUČEROVÁ, SVOBODA, Mojmir, ed. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.

ČEŠKOVÁ, Eva a Radovan PŘIKRYL. *Praktická psychiatrie*. Praha: Maxdorf, c2013. Jessenius. ISBN 978-80-7345_316-9.

Denní stacionář: Denní stacionář pro klienty s poruchou osobnosti. *Psychiatrická nemocnice Bohnice* [online]. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, c2021 [cit. 2021-6-24]. Dostupné z: <https://bohnice.cz/wp-content/uploads/letaky/DSPO.pdf>

Dialektická behaviorální terapie. *Fakultní nemocnice Brno* [online]. Brno: Fakultní nemocnice Brno [cit. 2021-6-24]. Dostupné z: <https://www.fnbrno.cz/areal-bohunic/psychiatricka-klinika/dialekticka-behavioralni-terapie/t6781>

DUNOVSKÝ, Jiří. *Dítě a poruchy rodiny*. Praha: Avicenum, 1986. Hálkova sbírka pediatrických prací (Avicenum). ISBN 08-040-86.

Dystymie. *Prohlížeč: MKN-10 klasifikace* [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2021 [cit. 2021-4-22]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F34.1>

Emočně nestabilní porucha osobnosti. *Prohlížeč: MKN-10 klasifikace* [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2021 [cit. 2021-4-22]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F60.3>

GRAMBAL, Aleš, Ján PRAŠKO a Petra KASALOVÁ. *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Praha: Grada Publishing, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5796-4.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-x.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HIRT, Miroslav, František VOREL a Petr HEJNA. *Velký výkladový slovník soudnělékařské terminologie*. Praha: Grada, 2018. ISBN 9788024719795.

HOFFMAN, PERRY D., ELLIE BUTEAU, JILL M. HOOLEY, ALAN E. FRUZZETO a MARTHA L. BRUCE. Family Members' Knowledge about Borderline Personality Disorder: Correspondence with their Levels of Depression, Burden, Distress, and Expressed Emotion. *Family Process*. 2003, **42**(4), 469-478. ISSN 0014-7370. Dostupné z: doi:10.1111/j.1545-5300.2003.00469.x

Hraniční porucha osobnosti. *ESET klinika* [online]. Praha: ESET, Psychoterapeutická a psychosomatická klinika, c2012 - 2020 [cit. 2021-6-24]. Dostupné z: <https://www.klinikaeset.cz/potize-lecba/hranicni-poruchy/>

Institut schematerapie Praha [online]. Praha: První Institut Schematerapie České republiky a Slovenska, c2021 [cit. 2021-6-25]. Dostupné z: <https://www.schematerapie.cz>

Kaleidoskop [online]. Praha: Kaleidoskop – centrum terapie a vzdělávání, c2017 [cit. 2021-6-24]. Dostupné z: <https://www.kaleidoskop-os.cz>

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1284-0.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.

MATOUŠKOVÁ, Ingrid. *Aplikovaná forenzní psychologie*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4580-0.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.

NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Academia, 2009. ISBN 978-80-200-1679-9.

NESNÍDAL, Vlastimil, Jan PRAŠKO, Marie OCISKOVÁ, et al. *Zotavení u hraniční poruchy osobnosti*. *Psychiatrie Pro Praxi* [online]. 2020, 21(3) [cit. 2021-04-08]. ISSN 12130508.

MKN-10. *O mezinárodní klasifikaci nemocí: MKN-10 klasifikace* [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2021 [cit. 2021-4-22]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/o-mkn>

OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5199-3.

OUMAYA, M., S. FRIEDMAN, A. PHAM, T. ABOU ABDALLAH, J.-D. GUELFY a F. ROUILLON. *Personnalité borderline, automutilations et suicide: revue de la littérature*. *L'Encéphale* [online]. 2008, 34(5) [cit. 2021-11-27]. ISSN 00137006. Dostupné z: [doi:10.1016/j.encep.2007.10.007](https://doi.org/10.1016/j.encep.2007.10.007)

PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.

Pracovní skupina TFP. *Česká společnost pro psychoanalytickou psychoterapii* [online]. Praha: ČSPAP [cit. 2021-6-24]. Dostupné z: <https://cspap.cz/studovna/pracovni-skupina-tfp/>

PRAŠKO, Ján. *Poruchy osobnosti*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0900-3.

RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2020. ISBN 978-802-4627-120.

Registr poskytovatelů služeb. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2021-6-24]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/registr-poskytovatele-sluzeb>

RIEGEL, Karel D., Kamil KALINA a Ondřej PĚČ. *Poruchy osobnosti v 21. století: diagnostika v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2020. ISBN 978-80-262-1596-7.

RÖHR, Heinz-Peter. *Hraniční porucha osobnosti: vznik poruchy, průběh a možnosti jejího překonání*. Vyd. 3. Přeložil Antonín KONEČNÝ. Praha: Portál, 2012. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0311-7.

ROZHOVOR: PRÁCE S LIDMI S HRANIČNÍ PORUCHOU OSOBNOSTI Z POHLEDU PSYCHOTERAPEUTKY. *Nejsem psychopat, z. s.: Hraniční porucha osobnosti* [online]. Praha: Nejsem psychopat, 1/28/2020 [cit. 2021-6-24]. Dostupné z: <https://nejsempsychopat.weebly.com/blog-hpo/rozhovor-prace-s-lidmi-s-hranicni-poruchou-osobnosti-z-pohledu-psychoterapeutky>

ŘIHÁČEK, Tomáš, Ivo ČERMÁK a Roman HYTYCH. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6382-2.

Služby. *Psychoterapie Břeh* [online]. Praha: Středisko psychologických služeb Břehová [cit. 2021-6-24]. Dostupné z: <https://psychoterapiebreh.cz/sluzby/>

SMITH, Jonathan A., Paul FLOWERS a Michael LARKIN. *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. Los Angeles: SAGE, 2009. ISBN 978-1-4129-0833-7.

Sněmovna dala šanci uzákonění manželství pro stejnopohlavní páry. *ČTK: České noviny* [online]. Praha: ČTK, c2021, 29.04.2021 [cit. 2021-4-29]. Dostupné z: <https://www.ceskenoviny.cz/zpravy/ve-snemovne-pokracuje-uvodni-debata-o-uzakoneni-manzelstvi-homosexualu/2029595>

SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0217-2.

VANĚČKOVÁ, Magdalena. *Destigmatizace osob s duševním onemocněním*. Praha, 2018. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Husitská teologická fakulta, HTF – Katedra psychosociálních věd a etiky.

VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0212-7.

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2068-5.

Seznam příloh

Tabulka 1 Projevy HPO dle pomůcky IMPULSIVE.....	17
Tabulka 2 Pomocné otázky dle projevů HPO.....	36
Graf 1 Výsledná témata analýzy	44

Abstrakt

Tato diplomová práce se zabývá projevy hraničního typu emočně nestabilní poruchy osobnosti a jejím vlivem na rodinné příslušníky osob s tímto onemocněním. Cílem bylo přiblížit zkušenost ze soužití s člověkem s HPO. Kvalitativní výzkum formou polostrukturovaných rozhovorů probíhal se třemi respondenty, jedním mužem a dvěma ženami. Výsledná data byla vyhodnocována pomocí interpretativní fenomenologické analýzy (IPA). Z výpovědí je zřejmý negativní v oblasti osobní roviny, kontaktu s jedincem s HPO a evidentní je taktéž psychická zátěž. Práce by mohla být přínosem pro sociální a zdravotní pracovníky, kteří v rámci své praxe přichází do kontaktu s lidmi s HPO a jejich blízkými. V závěru práce jsou zmíněny kroky, kterými může přispět ke zlepšení situace každý z nás.

Abstract

This diploma thesis deals with manifestations of a borderline type of emotionally unstable personality disorder and its influence on family members of people with this type of disease. The aim of this thesis was to present the experience of living with a person with BPD. Qualitative research, using the semi-structured type of interview, was conducted with three respondents, one man and two women. The data was evaluated using interpretative phenomenological analysis. The results show the negative effects of contact with the individual with the BPD and the psychological burden is also evident. The thesis could be beneficial for social and health workers who come into contact with people with the BPD and their loved ones within their practice. At the end of the thesis step are mentioned through which each of us can contribute to the improvement of the situation.