

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

VZTAHOVOST A INTIMITA ŽEN  
S HRANIČNÍ PORUCHOU OSOBNOSTI  
RELATIONSHIPS AND INTIMACY OF WOMEN WITH  
BORDERLINE PERSONALITY DISORDER



Magisterská diplomová práce

Autor: **Bc. Lucie Mannheimová**

Vedoucí práce: **prof. PhDr. Panajotis Cakirpaloglu, DrSc.**

Olomouc

2021

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Vztahovost a intimita žen s hraniční poruchou osobnosti“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 20. 3. 2021

Podpis .....

*Otázky, na které se smí říct jen ano nebo ne,  
jsou pohyby zvířat: buď zaútočíš nebo utečeš.  
Já hraji podle jiných pravidel:  
nastavuji tu stranu tváře, která se zdá lepší.  
Mé požadavky se rozbíhají jako osy  $x$  a  $y$   
od nulového bodu k absolutnímu sluchu.  
Ptáte-li se, na které zvíře myslím,  
představuji si velryby, mohutné jako sliby  
a že se sytím, aniž bych dorůstala.  
Štěkám, abych nekousala,  
Jsem konzum, bezedná jámka, autocenzura.*

Alžběta Luňáčková, 25°

**Poděkování:**

Ráda bych poděkovala prof. PhDr. Panajotisovi Cakirpaloglu, DrSc. za jeho cenné rady a trpělivé, profesionální vedení.

Také děkuji svému partnerovi a rodině za jejich nekončící podporu a povzbuzování během celého studia. Velké díky patří také Zuzce a Anežce, jejichž rad a opory si nesmírně vážím.

Největší díky však patří Katce, Haně, Marii a Aleně: ženám, bez kterých by tato práce vůbec nevznikla.

# OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	<b>OBSAH</b> .....	<b>5</b>
	<b>ÚVOD</b> .....	<b>7</b>
	<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>8</b>
<b>1</b>	<b>Specifika hraniční poruchy osobnosti</b> .....	<b>9</b>
1.1	Poruchy osobnosti a hranice normality.....	9
1.2	Hraniční organizace osobnosti.....	10
1.3	Diagnostika hraniční poruchy osobnosti.....	11
1.4	Hraniční etiologie.....	12
1.5	Emoční dysregulace.....	13
1.6	Chronické pocity prázdnoty.....	15
1.7	Sebedestruktivita.....	17
1.8	Terapie hraniční poruchy osobnosti.....	19
1.8.1	Psychoanalyticky orientované přístupy.....	19
1.8.2	Specifické přístupy kognitivně behaviorální terapie.....	20
1.9	Stigmatizace.....	20
<b>2</b>	<b>Vztahovost</b> .....	<b>22</b>
2.1	Raná vztahovost.....	22
2.1.1	Attachment.....	22
2.1.2	Zmatení rolí.....	24
2.1.3	Traumatizující vztahy a jejich vliv.....	25
2.2	Manifestace obranných mechanismů ve vztazích.....	26
2.3	Intolerance samoty.....	28
2.4	Regulace blízkosti.....	30
2.5	Výběr partnera.....	31
2.6	Stabilita romantických vztahů.....	31
2.7	Vztahová spokojenost.....	32
<b>3</b>	<b>Intimita</b> .....	<b>34</b>
3.1	Vliv raných sexuálních traumat.....	34
3.2	Otázky genderové identity a sexuální orientace.....	35
3.3	Sexuální impulzivita.....	36
3.4	Sexuální poddajnost.....	37
3.5	Viktimizace a zkušenosti se sexuální agresí v dospělosti.....	38
3.6	Postoje k sexualitě.....	39

<b>VÝZKUMNÁ ČÁST .....</b>	<b>41</b>
<b>4 Výzkumný problém .....</b>	<b>42</b>
<b>5 Typ výzkumu a použité metody.....</b>	<b>43</b>
5.1 Metodologický rámec .....	43
5.2 Sběr dat a výzkumný vzorek .....	44
5.3 Etické hledisko a ochrana soukromí .....	45
5.4 Reflexe výzkumníkovy zkušenosti s tématem výzkumu .....	46
<b>6 Případové studie.....</b>	<b>47</b>
6.1 Katka .....	47
6.2 Hana .....	52
6.3 Marie .....	56
6.4 Alena .....	61
<b>7 Výsledky.....</b>	<b>67</b>
<b>8 Diskuze.....</b>	<b>69</b>
<b>9 Závěr .....</b>	<b>74</b>
<b>10 Souhrn.....</b>	<b>76</b>
<b>LITERATURA .....</b>	<b>79</b>
<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>94</b>

# ÚVOD

Splynutí a osamění. Prázdnota a chaos. Zlost a vina. Protikladné a křehké bytí žen s hraniční poruchou osobnosti v jádru této psychopatologie ovlivňuje téměř každý aspekt jejich života, především však vztahovost. Díky klinickým praxím jsem měla možnost se právě s touto skupinou setkat a v rozhovorech nahlédnout do jejich světa. Vedle vztahovosti byla jedním z ústředních témat těchto hovorů stigmatizace, jež je denním chlebem pacientů s hraniční poruchou osobnosti, kteří vyhledali léčbu. Cejch této diagnózy jim navíc mnohdy znesnadňuje vztah, který by měl sloužit jako korektivní zkušenost: vztah psychoterapeutický. V práci, která je před Vámi, bych ráda představila ženy s hraniční poruchou osobnosti, jejich křehkost, ale i sílu s jakou navzdory své diagnóze udržují romantické vztahy, a především pak jedinečnost každé z nich.

Předkládaná diplomová práce si tak klade za cíl *popsat žité zkušenosti žen s hraniční poruchou osobnosti v romantických vztazích*, nahlédnout vztahovost a intimitu jejich očima. Zvolený kvalitativní rámec výzkumu se zaměřuje na vztahovost čtyř mladých žen, které sdílejí diagnózu hraniční poruchy osobnosti a dlouhodobý heterosexuální vztah. Součástí analýzy jsou také mé vlastní interpretace, tedy snaha pochopit zkušenost těchto žen. Spojení subjektivních zkušeností respondentek a mých interpretací je shrnuto ve čtyřech případových studiích, jimiž se snažím zodpovědět na to, jak vnímají ženy s touto poruchou vlastní vztahovost a jak rozumí svým intimním zkušenostem.

První část práce představuje shrnutí dosavadních teoretických poznatků o vztahovosti a intimitě žen s hraniční poruchou osobnosti. V samém začátku teoretické části bude věnován prostor také obecným specifikům hraniční poruchy osobnosti za účelem lepšího pochopení prožívání žen s touto diagnózou.

# TEORETICKÁ ČÁST



# 1 SPECIFIKA HRANIČNÍ PORUCHY OSOBNOSTI

Hraniční porucha osobnosti je komplexní a závažná duševní porucha, jejíž pochopení může být náročné jak pro laiky, tak pro odborníky v oblasti duševního zdraví (Skodol, 2005). Ženy, které obdrží tuto diagnózu se mnohdy nacházejí doslova *na hranici*. Jejich chování může být společností vyhodnocováno jako nevysvětlitelné bláznovství, často popisované jako v rozporu s femininním stereotypem, což je nutí balancovat na hraně sociální přijatelnosti. Mnoho z nich je navíc vnitřně přesvědčeno, že překračují hranici mezi normalitou a šílenstvím, díky čemuž se mohou uchýlovat k sebedestruktivitě (Becker, 1997).

S cílem vykreslit *koherentní obraz prožívání žen s hraniční poruchou osobnosti* se v této kapitole zaměřím na obecný popis poruchy osobnosti, některé prvotní koncepty hraniční organizace a osobnosti, teorie jejího vzniku i terapeutické možnosti. Symptomům, které jsou klíčové a významně tak ovlivňují vztahovost, věnuji více prostoru.

## 1.1 Poruchy osobnosti a hranice normality

Osobnost je ve většině teorií definována jako propojení charakteru, temperamentu, schopností a konstitučních vlastností člověka (Cakirpaloglu, 2012), tedy souhrn vrozených dispozic a získaných vlastností. Poruchy osobnosti pak dle Praška a kolegů (2003) představují odchýlení rysů charakteru a temperamentu od rysů patrných u většiny lidí. Také DSM-5 popisuje poruchu osobnosti jako přetrvávající vzorec vnitřních zkušeností a chování, který se výrazně *odchyluje od společenských očekávání*, je pervazivní a neměnný, nastupuje v období adolescence či mladé dospělosti, je v průběhu života poměrně stálý a narušuje život jedince (American Psychiatric Association, 2013).

Nejnovější verze Mezinárodní klasifikace nemocí, MKN-11 (World Health Organization, 2019), definuje poruchu osobnosti jako *potíže ve fungování jednotlivých aspektů self* (např. identita, pocit vlastní hodnoty, přesnost nahlížení na sebe sama, sebeřízení) a/nebo s interpersonálními dysfunkcemi (např. schopností vybudovat a udržet blízké a vzájemně uspokojivé vztahy, schopnost rozumět perspektivě druhých lidí a zvládat konflikty ve vztazích), které přetrvávají po dlouhou dobu (2 a více let). Narušení se projevuje ve vzorcích vnímání, emočních zkušeností, vyjadřování emocí a maladaptivního chování

(např. neflexibilního a špatně regulovaného) a je patrné v celé řadě osobních i sociálních situací (není limitováno pouze na specifické vztahy a sociální role). Tyto vzorce chování nejsou odpovídající vývoji jedince a nemohou být vysvětleny primárně sociálními nebo kulturními faktory, včetně socio-politického konfliktu. Narušení je spojováno se zásadním strádáním nebo signifikantním narušením v oblasti osobní, rodinné, sociální, vzdělávací, pracovní nebo jiných významných oblastech fungování jedince.

Všechny výše uvedené definice prezentují poruchy osobnosti jako odchylky od normality. Stanovení hranice normality je však nelehké; i proto nenacházíme zcela jednoznačné odpovědi na otázku, jak vypadá normální osobnost. Jednu definici normality ve své nové publikaci poskytují Riegel, Kalina a Pěč (2020, s. 77):

*„Jedinec s normální osobnostní organizací má především integrovaný a koherentní obraz sebe sama a významných druhých, zachycený v konceptu identity. Soudržné sebepojetí je základem pro rozvoj sebehodnoty, schopnosti prožívat radost, mít potěšení ze vztahů s druhými a z pracovního nasazení a je i zdrojem pocitu návaznosti sebe sama v čase.“*

Přestože konkrétně hraniční symptomy, jimž se budu věnovat v následujících kapitolách, mohou být závažné, je potřeba vnímat existenci hraniční poruchy osobnosti jako kontinuum normality. Navzdory častým vzletům a pádům mohou lidé s hraniční poruchou osobnosti zažívat velkou dávku spontaneity a kreativity, a to i díky jejich tendenci přistupovat k životním událostem emočně (Millon et al., 2004).

## **1.2 Hraniční organizace osobnosti**

Kernberg (1967) popisuje intrapsychické funkce těchto pacientů jako *hraniční organizaci osobnosti*, tedy mezní úroveň organizace osobnosti, jež je narušená více než u neurotických poruch, avšak méně než u poruch psychotických. Označení „hraniční“ proto vyvstává z představy, že tato organizace osobnosti se nachází na pomezí neurotických a psychotických poruch. Organizace osobnosti je v Kernbergově pojetí chápána jako dynamická organizace charakteru, která je určována identitou, skládající se z reprezentací sebe sama a významných druhých (Riegel et al., 2020).

Hraniční organizace osobnosti je charakterizována nestabilním pojetím self (difúze identity), užíváním nezralých obranných mechanismů a krátkodobými selháními v rozlišení reálného od imaginace (defektivní testování reality) (Kernberg, 1967). Jedním z nejnápadnějších rysů lidí s hraniční organizací osobnosti je právě uchylování se

k primitivním obranným mechanismům. A jelikož spoléhají na do takové míry archaické a globální funkce jako popření, projektivní identifikace a štěpení, může být těžší je odlišit od pacientů s psychózami (McWilliams, 2011).

Termín *hraniční* se díky Kernbergově teorii v 70. letech rozšířil a napomohl psychodynamicky orientovaným odborníkům k hlubšímu porozumění těchto pacientů. V praxi byl však hraniční pacient primárně vnímán jako zlostný a manipulativní a byl pro mnoho lékařů a psychologů těžce pochopitelný a problematický, povětšinou vyžadující delší psychoanalyticky orientovanou hospitalizaci či terapii (Gunderson & Links, 2008).

McWilliamsová (2011) se však původní definici hraniční organizace osobnosti snaží zachovat, neboť má strach, že s všeobecně přijímanou konceptualizací DSM-5 se ztrácí možnost nahlížení na schizoidní či obsesivní osoby na hraniční úrovni. Definice diagnostických manuálů jsou dle jejího názoru velmi úzce zaměřeny na více dramatické, na sebe zaměřené a histriónské verze hraniční organizace osobnosti, přičemž etiologie či léčba jiných poruch osobnosti na hraniční úrovni organizace jsou jimi zastíněny.

### **1.3 Diagnostika hraniční poruchy osobnosti**

Dle diagnostických kritérií DSM-5 (APA, 2013) je hraniční porucha osobnosti charakterizována jako pervazivní vzorec nestability v interpersonálních vztazích, sebeobrazu a afektech, stejně jako výrazná impulzivita, počínající v rané dospělosti a přítomná v různorodých kontextech, jež je vymezen alespoň pěti z následujících:

1. Zběsilá snaha vyhnout se reálnému nebo domnělému opuštění.
2. Vzorec nestabilních a intenzivních interpersonálních vztahů charakterizovaných oscilací mezi extrémní idealizací a devalvací.
3. Porucha identity: výrazně a persistentně nestabilní sebeobraz a vnímání sebe sama.
4. Impulzivita alespoň ve dvou potenciálně sebepoškozujících oblastech (např. utrácení, sexualita, abúzus látek, bezohledné řízení, záchvatovitě přejídání).
5. Opakované suicidální tendence, pokusy, hrozby, nebo sebepoškozování.
6. Afektivní nestabilita vlivem výrazně reaktivní nálady (např. intenzivní epizodická dysforie, iritabilita nebo úzkost, obvykle trvající několik hodin a jen zřídka více než několik dní).
7. Chronické pocity prázdnoty.
8. Nepřiměřený, intenzivní vztek či obtíže s ovládnutím vzteku (např. časté výbuchy vzteku, neustálý vztek, opakující se fyzické spory).

#### 9. Přejídné paranoidní ideace v reakci na stres či těžké disociativní symptomy.

Evropské lékařství stojí v současné chvíli na pomezí přechodu od doposud užívané desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) k její novější revizi MKN-11. Právě u diagnostiky poruch osobnosti se zde setkáváme s poměrně radikálními změnami. V původně kategorickém přístupu MKN-10 nacházíme emočně nestabilní poruchu osobnosti hraničního typu, MKN-11 však u poruch osobnosti zavádí přístup dimenzionální.

Jako první je v rámci tohoto přístupu posuzováno narušení v osobnostní funkční schopnosti vůči sobě a druhým, dle stupně závažnosti: 1. Osobnostní obtíže; 2. mírná PO; 3. střední PO; 4. těžká PO. Následuje specifikace diagnózy pomocí jednoho či více kvalifikátorů osobnostních rysů: 1. Negativní afektivita; 2. Odtazitost; 3. Disocialita; 4. Desinhibice; 5. Anankastie. Diagnóza PO je pak založena na hodnocení celkové funkční schopnosti, ne na naplnění určitého počtu kritérií jako v MKN-10 (Riegel et al., 2020).

*Hraniční vzorec osobnostního narušení* (borderline pattern qualifier) je specifický kvalifikátor vycházející z DSM-5 a vyžadující alespoň 5 z 9 výše zmíněných kritérií pro hraniční poruchu osobnosti (Bach & First, 2018).

Tak významné změny v diagnostickém přístupu poukazují na komplexnost a těžkou uchopitelnost hraniční poruchy osobnosti a poruch osobnosti obecně. Také výstižná analogie přirovnává hraniční poruchu osobnosti v psychiatrii k tomu, jak je v praktickém lékařství vnímán virus: jako nepřesný termín pro vážný, a přesto destruktivní nemoc, kterou je frustrující léčit, náročné definovat a pro lékaře nemožné adekvátně pacientům vysvětlit (Kreisman & Straus, 2010).

## 1.4 Hraniční etiologie

Mezi profesionály zkoumající hraniční poruchu osobnosti se šířily především dvě hlavní stanoviska týkající se její etiologie. První z nich vyzdvihovalo rané zkušenosti se zaměřením na narušenou separaci-individuaci či nefunkční vztah matka-dítě a bylo populární mezi psychoanalytickými mysliteli. Druhý pohled, jenž našel zastání především u psychiatrických výzkumníků, klade důraz na konstituční faktory, tedy afektivní dysregulaci, neurovývojové abnormality a temperament (Kernberg & Michels, 2009).

Současné etiologické modely vyzdvihují spíše interakci psychologických, genetických a neurobiologických faktorů v patogenezi hraniční poruchy osobnosti (Leichsenring, Leibing, Kruse, New, & Leweke, 2011). Dle *integrativního vývojového modelu* má hraniční porucha osobnosti podklad v řadě vrozených neurovývojových zatížení

amplifikovaných environmentálními vlivy, které společně se systémem citové vazby vytváří prostředí pro rozvoj poruchy. Neurovývojová zatížení jsou manifestována temperamentem, charakterovými rysy a schopností zpracovávat informace (Judd & McGlashan, 2003).

Genetické predispozice se projevují především při studiích dvojčat, které našly shodu u 35 % jednovaječných dvojčat a 7 % dvojvaječných (Torgersen et al., 2000). Dědičné jsou pak především neurotické rysy, které zahrnují emocionální citlivost a impulsivitu, dále úzkostnost, afektivní labilita, kognitivní dysregulace, narušení identity a nejistá vazba (Jang, Livesley, Vernon, & Jackson, 1996).

Carlsonová, Egeland a Sroufe (2009) provedli extensivní longitudinální studii s cílem popsat rané prediktory hraničních symptomů. Z jejich výzkumu byly hlavními předpoklady nejistá vazba, špatné zacházení ze strany rodiče mezi 12. a 18. měsícem věku dítěte, mateřská hostilita, chybějící hranice ve 42. měsíci, narušení rodinných vztahů vlivem nepřítomnosti otce mezi 12. a 64. měsícem a míra rodinného stresu do 42. měsíce života dítěte. Konkrétním vlivům rané vztahovosti, teorii vazby i raným traumatizujícím zkušenostem se budu blíže zabývat v následující kapitole. Nyní se zaměřím na některé vzorce chování a prožívání přímo ovlivňující vztahovost u hraniční poruchy osobnosti.

## 1.5 Emoční dysregulace

V jádru potíží člověka s hraniční poruchou osobnosti stojí emoční dysregulace, jež je následkem kombinace emoční vulnerability a neschopnosti modulovat emoční reakce. *Emoční vulnerability* je charakteristická výraznou citlivostí na emoční podněty (nízký práh citlivosti) a nezvykle silnými emočními reakcemi (vysoká amplituda), které se mimořádně pomalu vracejí k výchozímu stavu (dlouhé trvání). Většina obtíží u hraniční poruchy osobnosti tak vyvstává právě z emoční dysregulace, ať už implicitně, nebo explicitně (Linehan, 1995).

Pacienti s hraniční poruchou osobnosti nemají plně vyvinuté schopnosti emoce diferencovat nebo prožívat více emocí jako součást jedné komplexní emoční reakce. Chybí jim tak především povědomí, že člověk může prožívat více protikladných emocí současně. S tím souvisí také *pomalé zotavování z intenzivních emočních stavů*, podobně jak je tomu u malých dětí. Problematické je také propojení emocionálních stavů s interpersonálními podněty. Emoční stavy pak mnohdy popisují spíše jednoduchým jazykem, jako „*cítím se*

špatně“. Čelí tak dospělým situacím prakticky s dětským emočním repertoárem (Judd & McGlashan, 2003).

Mozková struktura hrající významnou roli v regulaci bdělosti a formování negativních emocionálních prožitků je amygdala, která je obvykle výrazněji reaktivní u poruch nálad a emocí. Aktivace amygdaly je u pacientů s hraniční poruchou osobnosti zvýšená a podílí se tak na hypervigilitě, emoční dysregulaci i narušení interpersonálních vztahů (Donegan et al., 2003). Kognitivní narušení pozorujeme především v neschopnosti správně vyhodnotit přiměřenost daného chování, přestože člověk s hraniční poruchou osobnosti dokáže racionálně zvážit, co dané chování vyvolalo (Praško et al., 2003).

Kreisman a Straus (2010) příznačně popisují emoční dysregulaci u pacientů s hraniční poruchou osobnosti jako *emoční hemofilii*. Podobně jako hemofilik, jehož organismus má jen omezenou schopnost zastavit krvácení, nedokáže člověk s hraniční poruchou dostatečně mírnit své emoční výbuchy. Pokud je jeho křehká schránka narušena, může snadno „vykrvácet“. Proto jsou trvalejší období duševní pohody jen velmi vzácné. Chronické pocity prázdnoty jsou vyčerpávající a snaha naleznout úniku nabírá různých, povětšinou sebedestruktivních forem – ukájení se alkoholem a drogami, záchvatovité přejídání, anorektické půsty, bulimické epizody, nárazovité gamblerství, nákupní horečky, sexuální promiskuita či přímé sebepoškozování. I pokus o sebevraždu může být jen snahou cítit alespoň něco, cítit se naživu.

*Vzteky a hostilita* jsou nejvíce zřetelné a intenzivní emoce, které je pro pacienty s hraniční poruchou osobnosti náročné regulovat; jiné výzkumy však poukazují na *stud* jako centrální emoci u hraniční poruchy, která je nejvíce asociována se vztekem, impulzivitou, nesuicidálním sebepoškozováním a chronickou suicidalitou. Stud však může být skrytý a zastíněný manifestním vztekem a hostilitou, které však z jádrového studu pramení (Rüsch et al., 2007).

Afektivní nestabilita se liší od dlouhotrvající deprese, která může trvat měsíce, a představuje spíše *rapidní změny nálady jako odpověď na životní události*. Proto mohou být pacienti s hraniční poruchou osobnosti po ránu depresivní, mírně euforičtí odpoledne a večer prožívat zlost. Tyto změny nálady nejsou spontánní, ale objevují se jako odpověď na environmentální spouštěče. Někdy je pak tato nestabilita popisována jako ultra-rapidní cyklování, které je příznačné také pro některé typy bipolární afektivní poruchy (Paris, 2005).

Podobnosti mezi hraniční poruchou osobnosti a bipolární afektivní poruchou znesnadňují diagnostické možnosti, kdy nesprávně stanovená diagnóza může vést ke špatně zvolené metodě léčby – u hraniční poruchy osobnosti stojí v popředí psychoterapie, zatímco u bipolární afektivní poruchy je metodou první volby biologická léčba (Riegel et al., 2020). Nejčastější chybou diagnostiky je záměna chronické emocionální nestability a afektivních výbuchů u hraniční poruchy osobnosti s opravdovým hypomanickým a manickým chováním. U manických epizod je rozpoznání snadnější, neboť zahrnuje ztrátu testování reality, přítomnost halucinací či bludů a nemístné sociální chování, které většinou vyžaduje intervence ze strany okolí. Hypomanické epizody jsou tak častěji v centru záměny (Kernberg & Yeomans, 2013). Centrální psychopatologií u bipolární afektivní poruchy však překvapivě nejsou časté změny nálad, jak by se mohlo na první pohled jevit, ale spíše psychomotorická aktivace (snížená potřeba spánku, zvýšená energie, hovornost, neklid). U většiny pacientů s hraniční poruchou osobnosti takovou psychomotorickou aktivaci nepozorujeme (Cassano et al., 2009). Dobrým vodítkem pro rozeznání obou z poruch je také přítomnost sebepoškozujícího chování, které je jedním z diagnostických vodítek u hraniční poruchy osobnosti, zatímco u bipolární afektivní poruchy se vyskytuje jen vzácně (Barroilhet, Vöhringer, & Ghaemi, 2013).

Diferenciální diagnostiku však znesnadňuje poměrně častá komorbidita obou poruch. Přibližně 19 % pacientů s hraniční poruchou osobnosti vykazuje znaky bipolární afektivní poruchy a projevuje se u nich jak výrazná a chronická afektivní nestabilita, tak jednoznačné hypomanické epizody (Gunderson et al., 2004). Obvyklá je také komorbidita s depresivní poruchou, jejíž úspěšnou léčbu mohou symptomy hraniční poruchy osobnosti komplikovat (Sedláčková, Praško, Cinculová, & Sigmundová, 2015).

## **1.6 Chronické pocity prázdnoty**

Prázdnota popisuje komplikovaný duševní stav, který je specifický svou dynamikou a odlišný u každého člověka s hraniční poruchou osobnosti. Prázdnota se může manifestovat jako rozhořčení nad vnitřními pocity pustoty, strach z prázdnoty nebo předpoklad, že lidé kolem jsou prázdní (Levy, 1984). Ranní psychoanalytičtí myslitelé uvažovali o neúspěšně dokončeném orálním stadiu a přílišně lačném vztahování se k objektu jako o budoucích dispozicích pro depresi (Abraham, 1927). Tuto konceptualizaci dále rozšířili teoretici školy objektních vztahů, dle které nedostatky v rané péči o dítě vedou k selhání v *introjiování pečujícího druhého*, tedy vnitřnímu pocitu, že je o člověka postaráno. Z toho plyne

neschopnost konejšit sebe sama či si vytvořit konejšivé reprezentace druhých (Klein, 1946). Tento vnitřní nedostatek zanechává dítě zranitelné, a je tak v centru subjektivního prožitku vnitřní prázdnoty (Gunderson & Links, 2008). Kernberg (1975) popisuje prázdnotu ne jako specifický duševní proces, ale spíše jako *vnímanou ztrátu obvyklého rámcového cítění*, které je garantováno kohezivními vnitřními objektními vztahy. Její specifický charakter a význam závisí na konkrétních konfliktech a ústí v narušení koheze self a také ovlivňuje povahu a stupeň vnitřní dezintegrace.

Chronické pocity prázdnoty jsou přítomny u zhruba 71–73 % pacientů s hraniční poruchou osobnosti ve srovnání s přibližně 26–34 % psychiatrických pacientů bez hraniční poruchy osobnosti (Johansen, Karterud, Pedersen, Gude, & Falkum, 2004). Prázdnota, kterou pacienti s hraniční poruchou prožívají je však nesnadno uchopitelná a popsitelná, navíc existuje jen malé množství relevantních výzkumů na toto téma.

Pacienti prožívající vnitřní prázdnotu mnohdy popisují bolestné stavy vnitřního ochuzení, ztrátu toho dobrého a milujícího uvnitř, ale také nepříjemných a bolestných pocitů. Zažívají absenci vnitřního prožívání, zdá se jim, jako by byli mrtví, jsou ochuzeni o fantazie i přání a jsou méně reaktivní na vnější stimuly nebo reagují jen mechanicky, naučeně (Levy, 1984). Deutschová (1942) popsala skupinu lidí pociťující vnitřní prázdnotu v emočním životě, kterým jako by se vyhnul veškerý vnitřní prožitek. Jsou podobni hercům, jejichž herecké vzdělání a trénink jsou dokonalé, ale chybí jim ta podstatná jiskra, která vdechne jejich hereckému výkonu život. Kernberg (1967) dále rozvíjí tuto myšlenku a za následek této zkušenosti považuje určité *chameleonství* v interpersonálních vztazích, kdy předstírání a adaptabilita maskují prázdnotu uvnitř.

Vnitřní prázdnota nabývá dle některých autorů až *viscerálních kvalit*, jako je tlak v břiše či na hrudi (Gunderson & Links, 2008), zatímco jiní ji popisují jako beze smyslu, záměru či pravé substance (Zanarini, 2005). Chronické pocity prázdnoty, jak se zdá, zahrnují existenciální i somatickou stránku. Zároveň jsou úzce spojeny s pocity beznaděje, osamělosti a izolace, z nichž všechny reflektují negativní afektivní valenci a nízké citové vzrušení (Klonsky, 2008). S prázdnotou se pojí také pocit odpojení od interpersonální, intrapersonální i existenciální sféry (Price, Mahler, & Hopwood, 2019).

Dle Levyho (1984) slouží vnitřní prázdnota jako *obranná funkce*, a po jejím bližším zkoumání je možné vidět i její vliv na nepřímou instinktivní gratifikaci. Ta je patrná především v postojích pacientů vůči subjektivně prožívané prázdnotě, ale také v tom, co



jejich prázdnota vyvolává v lidech kolem nich. U pacientů s hraniční poruchou osobnosti je tato funkce přítomna v psychoanalytickém procesu, kdy se analytik snaží dovést je k vyprázdnění pocitů nepřátelství, závisti a lakoty, na což odpovídají tvrdohlavou vzdorovitostí pocítit jakékoliv pocity či přání mimo prázdnotu.

## 1.7 Sebedestruktivita

Vnitřní prázdnota je spojována se sebezpoškozujícím chováním a suicidalitou, kdy pacienti vykazují větší pocity prázdnoty těsně před započítím sebezpoškozujícího chování (Klonsky, 2008). Příčiny sebezpoškozujícího chování, většinou formou řezných ran na různých částech těla, jsou však různorodé a komplexní. Někdy mohou započít jako impulzivní jednání, které se časem transformuje v rituál zmírňující úzkost (Kreisman & Straus, 2004).

Mnohdy se však sebedestruktivita projevuje spíše implicitně, jakožto forma sebe-trestání. Člověk s hraniční poruchou se tak může častěji stávat obětí údajných nehod a rvaček, což je patrné především u mužů, kteří mohou rvačky přímo provokovat. V těchto chvílích pak nečelí přímé zodpovědnosti za své chování, jejich jednání se nezdá být způsobeno vlastní sebedestruktivitou, ale okolnostmi nebo druhými (Kreisman & Straus, 2010). Sebedestruktivní jednání s sebou také přináší větší uvědomění toho, jakým způsobem může být využito k ovládnutí nejbližších. Síla tohoto jednání pramení z vysoké míry pozornosti, které se člověku dostává, což je pravděpodobným vysvětlením jeho nakažlivosti a popularity mezi adolescenty (Gunderson & Links, 2008).

Impulzivita, emoční dysregulace a osobnostní abnormality ovlivňují sebezpoškozující jednání jakožto základní dimenze hraniční poruchy osobnosti. Pacienti, kteří se častěji poškozují, zároveň udávají menší míru svědomitosti, jsou méně otevření zkušenostem, vykazují nižší extraverci, energičnost i motivaci k výkonu a odměně (Berlin & Rolls, 2004). Významnou roli hraje také percepce bolesti, která je u pacientů s hraniční poruchou osobnosti nižší i ve chvílích relativního klidu. Výrazně stresující podněty pak práh bolesti snižují ještě výrazněji a mnoho z nich prožívá analgezii (Bohus et al., 2000). Stresem indukovaná analgezie spolu s disociativními stavy je součástí systému obranných mechanismů, kterým se tito pacienti vypořádávají s traumatickými událostmi, a je přítomna u pacientů s posttraumatickou stresovou poruchou a obětí sexuálního zneužívání v dětství (Nijenhuis, Vanderlinden, & Spinhoven, 1998; Bohus et al., 2000).

Suicidální myšlenky jsou přítomny u velké většiny pacientů s hraniční poruchou osobnosti a pro mnohé z nich se dle Kernberga (1984) svou všudypřítomností stávají téměř životním stylem. Sebevražedné jednání se vyskytuje až u 84 % pacientů s hraniční poruchou osobnosti, s průměrně 3,4 sebevražednými pokusy u každého z nich a 10 % dokonaných sebevražd u těchto pacientů (Soloff, Lynch, & Kelly, 2002). Dokonané sebevraždy jsou častější především u pacientů se zvláště závažným průběhem poruchy, kteří byli častěji hospitalizováni a v jejichž anamnéze nalézáme zprávy o velmi náročném a bolestném dětství a dospívání (Black, Blum, Pfohl, & Hale, 2004). Sebevražedné myšlenky se často pojí s každodenními úvahami o smyslu vlastního života a střídají se však se strachem ze ztráty sebekontroly. Akutní sebevražedné pokusy mohou být ovlivněny jak předchozími suicidálními myšlenkami, tak aktuálními životními stresory (Sedláčková et al., 2015).

Za sebevražedným jednáním však vždy nestojí přímá touha zemřít, častěji se jedná o *způsob komunikace bolesti a prosbu o pomoc* (Kreisman & Straus, 2004). Jindy to mohou být představy o pocitech úlevy, které by se spácháním sebevraždy dostavily, nebo o potrestání druhých (Sedláčková et al., 2015). Sebevražedným jednáním jsou více ohroženi především ti, kteří v anamnéze mají předchozí pokusy, komorbiditu s depresivní poruchou nebo závislostmi. Komorbidita s depresí zvyšuje počet i vážnost sebevražedných pokusů (Black et al., 2004).

## 1.8 Terapie hraniční poruchy osobnosti

Při hledání psychoterapeuta se člověk s hraniční poruchou osobnosti poohlíží po někom, kdo jej „osvítí“. Hledá terapeuta, který dokáže verbalizovat jeho zoufalý hon za pečujícím protějškem, přispívajícím k získání stabilního sebeobrazu. Sebeobrazu, kterého se mu nedostalo během předchozího vývoje. Zároveň však hledá někoho, kdo bude hlasem sarkasmu a polemiky s objektem, který s sebou nese nová zklamání. Terapeuta, který mu pomůže nahlédnout na idealizovaný objekt realisticky (Pazzagli & Monti, 2000).

### 1.8.1 Psychoanalyticky orientované přístupy

Dle McWilliamsové (2011) je cílem terapie pro osoby s hraniční psychopatií především rozvoj integrovaného, spolehlivého, komplexního a pozitivně oceňovaného vnímání self. S tím souvisí také vývoj kapacity plně milovat druhé bez ohledu na jejich chyby a kontradikce a schopnosti tolerovat a regulovat široké spektrum emocí. Postupný posun od náladové reaktivity ke stabilnímu spoléhání se na vlastní vnímání, cítění a hodnoty je realistický i přesto, že se může zdát především na počátku terapie sotva představitelný. Jedním z psychoanalyticky orientovaných psychoterapeutických přístupů je *terapie založená na mentalizaci* (MBT)<sup>1</sup>, jež je zaměřena ve skupinové i individuální terapii na pacientovu schopnost mentalizace, tedy schopnost uvědomění si vlastních i cizích mentálních stavů, porozumění sobě i druhým, vlastnímu i cizímu prožívání. Bateman a Fonagy (2004) tvrdí, že všechny formy psychoterapie, které jsou v léčbě těchto pacientů efektivní, sdílejí společný účinný faktor. Tím je prohloubení schopnosti mentalizace, jejíž narušení se projevuje především v oblasti interpersonálních vztahů.

Dalším psychoanalyticky orientovaným přístupem je *psychoterapie zaměřená na přenos* (TFP)<sup>2</sup>, která vychází z poznatku, že impulzivní sebedestruktivní chování, chaotické vztahy, narušený sebeobraz a fragmentovaná identita v rámci hraniční poruchy pocházejí z primitivního obranného mechanismu štěpení (Gunderson & Hoffmann, 2005). Hlavní strategií v rámci tohoto přístupu je pak zprostředkování reaktivace pacientových odštěpených internalizovaných objektů, které jsou následně pozorovány a interpretovány v rámci přenosu. Vlivem štěpení dosud nahlížel sebe a druhé přehnaně, zkresleně

---

<sup>1</sup> Zkratka odvozena z anglického „Mentalization Based Treatment“.

<sup>2</sup> Zkratka odvozena z anglického „Transference Focused Psychotherapy“.

a černobíle. Cílem TFP je posun od vnímání sebe i druhých tímto způsobem (Kernberg, Yeomans, Clarkin, & Levy, 2008).

### 1.8.2 Specifické přístupy kognitivně behaviorální terapie

Vedle psychoanalyticky orientovaných přístupů je velmi užívaná také kombinace dialektické individuální terapie a skupinové behaviorální terapie, známá jako *dialektická behaviorální terapie* (DBT). Vyhází z předpokladu, že pacienti s hraniční poruchou osobnosti nebyli schopni se v dětství naučit efektivně zvládat své emoce vlivem rané emoční diskvalifikace, a proto nyní přehnaně reagují na podněty, ze kterých cítí ohrožení vlastní hodnoty, bezpečí a identity (Grambal, Praško, & Kasalová, 2017). Strategie změny v DBT zahrnují behaviorální analýzu maladaptivních vzorců chování a strategií řešení problémů, trénink dovedností, pohotovostní plány, kognitivní modifikace a strategie zaměřené na expozice (Dimeff & Linehan, 2001).

Dalším z kognitivních přístupů je *terapie zaměřená na schémata*, tj. integrativní přístup zahrnující prvky KBT, teorie attachmentu, gestalt terapie, teorie objektivních vztahů, konstruktivismu i psychoanalytických škol. Zaměřuje se na raná maladaptivní schémata u pacientů s hraniční poruchou osobnosti a napomáhá jim nahlédnout na jejich osobnostní potíže jako na egodystonní a nalézt motivaci k jejich řešení (Grambal et al., 2017).

## 1.9 Stigmatizace

Stigmatizace vyvstává v první řadě ze společnosti a jejího hodnocení normality a abnormality. Laická veřejnost většinou hledá příčiny hraniční poruchy osobnosti v několika oblastech, na jejichž základě si vytváří závěry o daném jedinci. Okolí může buď věřit, že v jádru poruchy stojí vada charakteru pacienta, nebo hledat příčinu na fyziologické úrovni, či v situačních vlivech. Pacienti, jejichž chování nesplňuje očekávání veřejnosti se mohou často setkat s pejorativními pojmenováními jako „hysterky“, „blázni“ nebo „podivíni“. Někdy mohou být vnímáni jako nebezpeční, jindy zase okolí věří, že si pacient za své problémy může sám a „měl by se sebou něco dělat“ (Grambal et al., 2017).

Negativní názory na pacienty s hraniční poruchou osobnosti však nemá jen společnost jako taková, ale především odborníci na duševního zdraví. Až 80 % odborníků, kteří měli s těmito pacienty kontakt alespoň jednou měsíčně, vnímá jako náročné s nimi pracovat v porovnání s pacienty s jinými diagnózami. Někteří z nich navíc přistupují

k pacientům s poruchami osobnosti jako k méně nemocným a více schopným ovládat své negativní projevy chování než k pacientům s jinými duševními poruchami (Cleary, Siegfried, & Walter, 2002). Negativní postoje odborníků mohou ovlivnit stanovení správné diagnózy, kvalitu péče i její výsledek. Z výzkumů však vyplývá, že čím více zkušeností s péčí o pacienty s hraniční poruchou osobnosti odborník má, tím pozitivnější jsou jeho postoje k nim. Není však jisté, zda se na menší míře stigmatizace podílí více zkušeností, nebo zda odborník, který má již na začátku spíše pozitivní postoj, bude vyhledávat více zkušeností s těmito pacienty (Black et al., 2011).

Stigmata, se kterými se pacienti setkávají, mohou postupně asimilovat do svého sebepojetí, čímž dochází k tzv. *sebe-stigmatizaci*. Ta se projevuje na několika rovinách. Na rovině osobnostních rysů ustupují ty, které dříve tvořily jádro jedince, a dominantní část sebepojetí najednou tvoří stereotypní rysy připisované stigmatizovaným osobám. Také svým chováním odpovídá stigmatizovaný člověk tomu, co je od něj stereotypně očekáváno. Mezi další negativní důsledky internalizace stigmatu patří ztráta sebedůvěry, ztráta přesvědčení o kontrole svého života a větší pochybnosti o smyslu participace na společenském dění. Existují však pacienti, kteří internalizaci stigmatu úspěšně vzdorují (Ocisková, Sedláčková, Praško, Látalová, & Kamarádová, 2014).

## 2 VZTAHOVOST

Život člověka s hraniční poruchou osobnosti je poznamenán chaotickými vztahy, konkrétně pak vztahy romantickými. Partner může být v jeden moment hrdinou dne, v další chvíli je největším padouchem, čímž se oba zúčastnění stávají součástí emoční horské dráhy (Kreisman & Straus, 2004). Obecně jsou romantické vztahy osob s hraniční poruchou osobnosti v porovnání se vztahy lidí bez této diagnózy charakterizovány: (1) kratším trváním; (2) větší četností; (3) menší emoční spokojeností u obou partnerů; (4) větší mírou hostility u obou partnerů; (5) větší pravděpodobností nejisté vazby a pasivně agresivní komunikace ze strany partnera s hraniční poruchou osobnosti a (6) větší pravděpodobností, že i partner bude mít diagnostikovanou poruchu osobnosti a bude vykazovat úzkostnou vazbu (Navarro-Gómez, Frías, & Palma, 2017).

V této kapitole se zaměřím na specifika romantických vztahů u osob s hraniční poruchou osobnosti a na faktory, které je ovlivňují. Všechny hlavní symptomy hraniční poruchy osobnosti úzce souvisí s psychosociálním fungováním jedince, včetně těch, které jsem již zmiňovala v předchozí kapitole. Zde se zaměřím na ty symptomy, které zahrnují vztahový aspekt a ovlivňují romantické vztahy explicitně. Jelikož raná vztahovost hraje významnou roli v etiologii hraniční poruchy osobnosti a ovlivňuje romantické vztahy v dospělosti, budu i jí věnovat dostatek prostoru.

### 2.1 Raná vztahovost

Již v předchozí kapitole jsme nastínili, že rané zkušenosti patří mezi hlavní faktory ovlivňující patogenezi hraniční poruchy osobnosti (Carlson et al., 2009; Leichsenring et al., 2011). Nyní se blíže zaměříme na aspekty rané vztahovosti, které dále ovlivňují samotnou poruchu, ale jsou také úzce provázány s romantickými vztahy v dospělosti.

#### 2.1.1 Attachment

Narušený systém attachmentu je jednou z ústředních složek ovlivňujících vznik hraniční poruchy osobnosti (Judd & McGlashan, 2003). Dle Bowlbyho (1988) mají všichni novorozenci základní vazebný instinkt vůči pečovateli. Blízkost (dostupnost a citlivost) pečujícího dospělého je zásadní pro vývoj vnitřních prožitků (skrze introjekci

a internalizaci), pocitu bezpečí a lásky. Děti, jejichž raná citová vazba není bezpečná, ale naopak nejistá, se stávají dospělými, kteří se hůře adaptují v interpersonálních vztazích, neboť se jejich schopnost adaptability vyvíjí v reakci na inkonsistentní, nepřítomné či frustrující pečovatele.

Ainsworthová (1978) s kolegy pomocí slavného experimentu „The Strange Situation“, zkoumajícího reakce batolat na odloučení od pečovatele, operacionalizovala subtypy nejisté vazby. Dítě s úzkostně ambivalentní vazbou potřebuje neustálou blízkost pečovatele, kterou si získává pláčem, křikem a držením se pečovatele, pokud mu není dopřána. Tato vazba může alternovat s vazbou dezorganizovanou/dezorientovanou, která v sobě mísí prvky odtažitosti a úzkosti, kdy dítě jako by váhalo a bálo se k pečující osobě přilnout (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999). Právě tyto vzorce chování jsou přítomné u mnoha pacientů s hraniční poruchou osobnosti, a vyvíjejí se v reakci na pečovatele, kteří jsou depresivní, ubližující či narušení. Mnoho profesionálů se přiklání k názoru, že alternující vazebné vzorce stojí v jádru hraniční psychopatologie (Gunderson & Links, 2008).

V rámci optimálního vývoje se u dítěte vytváří bezpečná vazba a kumulativní zkušenosti s pečujícími osobami formují funkční model, který v nových interpersonálních situacích vytváří účelné reakce a zároveň hraje roli v regulaci negativních emocí a redukci úzkosti. Pomáhá tak dítěti i dospělému flexibilně odpovídat na nároky prostředí. V kontrastu s tímto optimálním modelem bezpečné vazby není člověk s hraniční poruchou osobnosti schopen integrovat více modelů pečujících osob do jednoho funkčního. Musí se tak spoléhat hned na několik modelů, kvůli čemuž je mnohem zranitelnější vůči přehlcení afekty a snadněji podléhá behaviorální dezorganizaci (Judd & McGlashan, 2003).

*Rodičovské interpretace vnitřních stavů dítěte* hrají také významnou roli v rozvoji hraniční poruchy osobnosti. Rodič, který chybně identifikuje vyděšené dítě a označí jeho strach za vztek nebo který špatně pochopí přirozenou dětskou touhu po pozornosti jako přílišné dožadování se pozornosti, odpovídá na reakce dítěte způsobem, který může narušit schopnost dítěte vybudovat si stabilní a realistický koncept self, tedy schopnost mentalizace záměrů, tužeb a pocitů u sebe sama i druhých. Hraniční porucha osobnosti se tak vyvíjí u dětí, které si osvojí jen omezenou schopnost porozumět vlastním i cizím pocitům a myšlenkám (Fonagy, 1991). Slabá schopnost mentalizace a návrat k primitivnějším módům prožívání vede k výrazné zranitelnosti ve vazebných kontextech. Člověk s robustní mentalizační kapacitou dokáže snadněji odhalit záchvěvy vazebných vzorců a nezaměřovat je za opravdovou destrukci ega. Pokud má však tuto kapacitu narušenou, může prožívat

pocity podobné až destrukci self. Tato emoce je psychoanalytickými mysliteli popisována jako *egodestruktivní vina* (Fonagy, Target, Gergely, Allen, & Bateman, 2003).

Častěji, než je tomu u zdravé populace, zažívají pacienti s hraniční poruchou osobnosti narušení vazebného vztahu ne s jedním, ale oběma rodiči najednou a také v jejich anamnéze nalézáme více případů zanedbávání a týrání oběma rodiči. Dezorganizace ve vztahu k matce je rizikovým faktorem pro rozvoj hraničních symptomů, ta je však umocněna, pokud je narušen také vazebný vztah s otcem. Toto narušení přispívá k rozvoji rigidních a pervazivních vzorců vztahování se k druhým, jak je tomu u hraniční poruchy osobnosti (Miljkovitch et al., 2018).

### 2.1.2 Zmatení rolí

Zmatení či záměna rolí ve vztahu rodič-dítě představuje výrazný rizikový faktor pro následný vývoj dítěte. Samotný pojem *zmatení rolí* odkazuje na dyadický proces, během kterého rodič selhává ve výkonu odpovídajících rodičovských funkcí a dítě přebírá funkce běžně vykonávané rodičem. Na tento konstrukt je v literatuře odkazováno jako na zmatení rolí, záměnu rolí či *parentifikaci* (Vulliez-Coady, Obsuth, Torreiro-Casal, Ellertsdottir, & Lyons-Ruth, 2013). Zmatení rolí se může manifestovat v instrumentální sféře, kdy dítě přebírá praktickou zodpovědnost za chod domácnosti (např. starost o sourozence, zajišťování stravy, finanční zabezpečení), která je typicky rodičovskou zodpovědností. Další oblastí záměny jsou role emoční, kdy dítě pečuje o rodiče, naplňuje jeho emoční potřeby, dodává podporu a vedení tam, kde by samo mělo podporu a vedení dostávat (Earley & Cushway, 2002).

Zmatení rolí souvisí s attachmentem, vývojem self (problémy s vlastní identitou) a regulací self, které jsou součástí konceptualizace hraniční poruchy osobnosti (Macfie, Brumariu, & Lyons-Ruth, 2015). Dospělí s hraniční poruchou osobnosti vykazují dle výzkumů větší míru zmatení rolí než osoby s jinými poruchami osobnosti (Zanarini, 2005). V nedávném výzkumu interakce mladých dospělých a jejich rodičů bylo zmatení rolí nejzřetelnějším specifickým aspektem vztahujícím se k hraniční poruše osobnosti, k suicidalitě a sebepoškozování obecně (Lyons-Ruth, Brumariu, Bureau, Hennighausen, & Holmes, 2015).

*Narušená identita*, jakožto jedno z diagnostických vodítek u hraniční poruchy osobnosti, může být v dospělosti také výrazně ovlivněna zmatenými rolemi v dětství. Fullinwinder-Bushová a Jacobvitzová (1993) zkoumaly zmatení rolí v rodinách a rozvoj



identity u daných dcer. Zmatení rolí souviselo s menší exploračí vlastní identity v romantických vztazích a neschopností uvědomování si vlastních potřeb kvůli navyklému naladění na potřeby druhých.

### 2.1.3 Traumatizující vztahy a jejich vliv

Vedle zmatení rolí hrají mezi ranými zkušenostmi významnou roli také traumata, která ve své teorii zohlednil již Knight (1953), dle něž je hraniční porucha osobnosti výsledkem traumatu *narušující funkce ega*, mezi něž patří integrace, realistické plánování, hodnocení, formování pojmů a obrana před impulsy id a jejich fantazijními výtvoři. Fairbairn (1952) vnímá jako centrální zdroj veškeré patologie reakci na trauma, kdy není dítě blízcce poznáno a milováno. Hluboké narušení osobnosti může být umocněno ztrátou *dost dobré matky*<sup>3</sup>, kvůli čemuž se pacient cítí navždy ochuzen.

Mezi ranými traumatickými zkušenostmi pacientů nalézáme ve větší míře emoční i fyzické týrání a zanedbávání, jejichž přítomnost může být určitým prediktorem závažnosti poruchy (Peng et al., 2020). Zdá se však, že mezi typy týrání hraje zásadní roli právě týrání emoční. Přestože k fyzickému týrání a sexuálnímu zneužívání neodmyslitelně patří také aspekt emoční, samotné emoční týrání nemusí zahrnovat stránku fyzickou ani sexuální. Dle nedávného výzkumu je to právě emoční týrání, které má rozhodující vliv na hraniční patologii (Kuo, Houry, Metcalfe, Fitzpatrick, & Goodwill, 2015). Přesto jsou s hraniční poruchou osobnosti nejčastěji spojována raná sexuální traumata. Jejich vlivu se budu blíže věnovat v kapitole zabývající se intimitou.

Traumatizující zkušenosti mohou nabývat různých podob od zanedbávajících a zneužívajících rodičů, přes předčasné zahájení pohlavního života, až po traumatické opuštění. Reakce okolí na podobné traumatické zážitky většinou nejsou adekvátní, a tudíž nemohou obnovit ztracený pocit bezpečí a důvěry. Často se naopak pacienti setkávají s bagatelizací, odsouzením, kritikou a nepochopením (Grambal et al., 2017).

Raná traumata souvisí dále s narušením biologických a psychických funkcí a působí na vývoj mozkových funkcí, citovou vazbu, sociální kognici i celkovou psychickou pohodu (Cotter, Kaess, & Yung, 2014). Vliv raného traumatu na hraniční rysy je ovlivněn kombinací

---

<sup>3</sup> Koncept *dost dobré matky* vychází z díla Donalda Winnicotta (2000) a předpokládá poskytnutí stabilního zázemí, ve kterém si dítě může dovolit rostoucí deziluzi z rodičů i okolního světa a zároveň neztrácí radost ze života. Dost dobrá matka tak vytváří emočně podpůrné prostředí.

nejisté vazby a maladaptivní emoční regulace, což poukazuje na úzkou provázanost jednotlivých diagnostických vodítek pro hraniční poruchu osobnosti (Peng et al., 2020).

## 2.2 Manifestace obranných mechanismů ve vztazích

Již v předchozí kapitole jsem nastínila, že uchýlování se k primitivním obranným mechanismům je pro hraniční poruchu osobnosti typické (McWilliams, 2011). Nyní se blíže zaměřím především na některé z nejčastějších obranných mechanismů a to, jakým způsobem ovlivňují vztahovost osob s hraniční poruchou osobnosti. Kromě níže popisovaných patří mezi typické obrany suprese (zralá obrana), odčinění (neurotická obrana), pasivní agresivita a hypochondrie (nezralé obrany) (Zanarini, Frankenburg, & Fitzmaurice, 2013).

### Štěpení

Štěpení (splitting) je obranný mechanismus, který vztahy výrazně ovlivňuje a je obvykle nejvíce spojován s hraniční poruchou osobnosti. Dle Kleinové (1946) je štěpení důsledkem neschopnosti dítěte koherentním způsobem seskupovat protikladné vlastnosti druhých lidí do jednotného obrazu. A tak je prototypická rodičovská figura rozštěpena ve dva protikladné a nepochopené objekty, např. na jedné straně pečující a naplňující potřeby dítěte, na straně druhé trestající a frustrující.

Kernberg (1967) popisuje štěpení jako extrémní a opakující se oscilace mezi protichůdnými koncepty self a jako rozdělení externích objektů na *jen dobré* a *jen špatné*. Tato oscilace může cílit na jednotlivce, skupiny i instituce a mnohdy je posun způsoben zdánlivě banálním důvodem (Grambal et al., 2017). Dle McWilliamsové (2011) představuje štěpení velmi efektivní cestu k redukci úzkosti a zachování sebevědomí, zároveň však skýtá nebezpečí, neboť vždy obnáší distorzi reality. V kontextu vztahů pak mnohdy slouží jako katalyzátor extrémního až destruktivního chování a nepokoje.

### Projektivní identifikace

Další z obranných mechanismů ovlivňujících vztahy, projektivní identifikaci, popsala již Kleinová (1946) jako nevědomou fantazii, během níž jsou aspekty self nebo vnitřního objektu odděleny a připisovány vnějšímu objektu. Kernberg (1987) dodává, že se jedná o veskrze primitivní obranný mechanismus, kdy osoba projikuje nesnesitelné intrapsychické zkušenosti na vnější objekt, zachovává si však empatii s tím, co projikuje a chce se mít nad objektem kontrolu, protože se neustále snaží před nesnesitelnými zkušenostmi chránit. Nakonec dá objektu skrze interakci s ním okusit, co na něj bylo projikováno. Liší se dle něj

od *projekce*, více zralé formy obrany, kdy člověk nesnesitelnou zkušenost nejprve potlačí, poté projikuje na objekt, a nakonec se od objektu distancuje, čímž posílí obranné úsilí.

Projektivní identifikace tak funguje spíše jako sebenaplňující proroctví (Grambal et al., 2017). Ve vztazích pak představuje obrovskou výzvu, především díky její síle přesvědčit toho, na koho jsou nesnesitelné obsahy projikovány, že se jedná opravdu o jeho vlastní přesvědčení, a donutit ho tak hrát v tomto dramatu roli. Projikující je navíc neúnavně motivován touhou zbavit se toxických myšlenek a pocitů a přimět druhého, aby je vzal na sebe (Mendelsohn, 2011).

### **Primitivní idealizace**

V Kernbergově (1975) koncepci je významným obranným mechanismem také primitivní idealizace, tedy tendence vnímat externí objekty jako naprosto dobré, schopné člověka ochránit před „špatnými“ objekty. Nemohou být kontaminovány, narušeny ani zničeny vlastní agresí nebo tím, co je projikováno na ostatní objekty. Štěpení pak představuje nadřazený mechanismus, jehož je primitivní idealizace součástí.

McWilliamsová (2011) připomíná, že idealizaci se někdy oddáváme všichni a všichni si neseme pozůstatky potřeby přičítat speciální hodnotu a schopnosti lidem, na kterých emocionálně závisíme. Normální idealizace je základním komponentou zralé lásky. Postupná deidealizace důležitých osob je pak přirozeným vývojovým procesem a významnou součástí procesu separace-individuace.

Primitivní idealizaci tak můžeme vnímat jako předchůdce zralejších forem idealizace. Primitivní idealizace neobsahuje vědomé ani nevědomé formy agrese vůči objektu. Nedívá se na idealizovaný objekt racionálně a je potřebná jako ochrana před vnějším světem a nebezpečími, které jsou jeho součástí (Zepf, 2012).

### **Acting out**

Ve snaze vyhnout se prožití bolestných afektů může člověk s hraniční poruchou osobnosti vyjádřit nevědomé impulzy prostřednictvím chování. Tento obranný mechanismus se nazývá acting out a představuje nevhodnou reakci na současnou situaci, jako kdyby byla situací původní, často pramenící v dětství (Grambal et al., 2017).

V psychoanalytickém procesu může pak tímto mechanismem být vyjadřováno něco převážně sebedestruktivního, ale také něco podporujícího růst, nebo spojení obojího. Nejde zde tolik o to, zda se jedná o primárně dobré či špatné obsahy, ale o nevědomou

a disociovanou povahu emocí, které ženou člověka k tomu, aby je vyjadřoval určitým chováním. Acting out je dále charakterizován kompulzivní a automatickou povahou tohoto chování (McWilliams, 2011). V psychoterapii pacientů s hraniční poruchou osobnosti je tento mechanismus často spjatý s vysoce konfliktními fantaziemi a pocity, které se rozvíjejí okolo procesu separace-individuace v dětství (Handley & Swenson, 1989).

### **Psychotické obrany**

Prožitek *disociace* je poměrně normální reakcí na závažná traumata, typická pro osoby, které se setkaly s nesnesitelnou bolestí, válkou či jinou katastrofou. McWilliamsová (2011) nazývá tyto zkušenosti příznačně jako „*out of body experiences*“<sup>4</sup>, které člověka odříznou od bolesti, teroru, hrůzy i strachu z bezprostřední smrti. Rozvoj patologické disociace je u pacientů s hraniční poruchou osobnosti nejčastěji spojován s traumaty v dětství, nejvíce pak se sexuálním zneužíváním (Allen, Fultz, Huntoon, & Brethour, 2002). Tyto dočasné stavy pak napomáhají předejít úzkosti skrze náhlé a drastické změny vědomí, identity nebo chování (Grambal et al., 2017).

Vedle disociací jsou pak časté také *distorze reality*, tedy záměny reality za přijatelnější verzi, které jsou slučitelné s potřebami osob s hraniční poruchou osobnosti (Grambal et al., 2017). Často jsou spojovány s mikropsychotickými epizodami a nerealistické fantazie a přesvědčení znovu pomáhají chránit před nesnesitelnými prožitky a úzkostí (Praško et al., 2003). V blízkých vztazích pak mohou v rámci distorzí především dezinterpretovat nebo amplifikovat pocity druhých lidí a romantických partnerů (Zanarini, 2005).

## **2.3 Intolerance samoty**

Zběsilá snaha vyhnout se reálnému či domnělému opuštění je jedním z diagnostických vodítek u hraniční poruchy osobnosti (APA, 2013). Tato neschopnost snášet samotu pak úzce souvisí s vnitřními pocity prázdnoty a teorií attachmentu, jimiž jsem se zabývala výše. Jako základním stavební kámen spojující hraniční nedostatky identifikovali Adler a Buie (1979) selhání v objektní stálosti. Dle jejich teorie jsou rané vztahy pre-hraničního dítěte s pečujícími osobami natolik nekonsistentní a nejisté, že se dítěti nepodařilo vytvořit „konejšivý introjekt“, tedy internalizované vědomí toho, že je o něj postaráno. V důsledku chybějícího vnitřního ujištění vyžaduje dítě ujištění vnější. Jelikož si člověk s hraniční

---

<sup>4</sup> Do češtiny možno přeložit jako „zážitky mimo vlastní tělo“ či „mimotělní zkušenosti“.

poruchou osobnosti nedokáže vytvořit vnitřní mentální reprezentaci konejšivého druhého, utěšuje ho jen reálná podpora a přítomnost blízké osoby, která je důkazem toho, že je o něj postaráno.

U dětí, které mají potíže s uvědoměním, že pečující osoby jsou oddělené, ne jejich součástí, identifikoval Winnicott (1953) přechodné objekty, tedy předměty, které napomáhají zmírnit úzkost a jejichž absence naopak úzkost zvyšuje. Využití přechodných objektů není u běžné populace neobvyklé, avšak obzvláště často jej pozorujeme v anamnéze pacientů s hraniční poruchou osobnosti. Také u dospělých pacientů není zcela neobvyklé přikládat těmto objektům větší význam a důležitost. Mnohdy jsou však přechodné objekty nahrazovány blízkými lidmi a vztahy, které pak slouží jako konejšivé objekty. Terapeutický vztah s klientem s hraniční poruchou osobnosti se může také ubírat tímto směrem, než se mu podaří vytvořit si konejšivé reprezentace druhých (Gunderson, 1996).

Intolerance samoty a s ní spojený pocit ztráty self tvoří základ pro snahy vyhnout se opuštění a pohání chování udržující dysfunkční a nezdravé vztahy, nebo naopak předčasně ukončující vztahy podpůrné a pozitivní. Snaha udržet si blízkost partnera a komunikovat tuto úzkost mohou vyústit ve zlostnou devalvací druhého, sebepoškozování, výhrůžky a impulzivní chování (Palihawadana, Broadbear, & Rao, 2018).

Pokud člověk s hraniční poruchou osobnosti cítí, že vedle sebe nemá pečujícího druhého či podpůrné prostředí, může tato subjektivně prožívaná osamělost vyústit až ve ztrátu kontaktu s realitou (disociativní symptomy či halucinace) nebo v paranoidní ideace, kdy se osoba, po jejíž společnosti touží, stane v jeho očích zlou, což činí samotu snesitelnější. Snaha vyhnout se osamělosti se projevuje také v zoufalém hledání jiného objektu (sexuální promiskuita), což je mnohdy podpořeno disinhibičním vlivem alkoholu a drog (Gunderson & Links, 2008).

Odmítnutí je nelehké pro většinu lidí a z fyziologického hlediska aktivuje sociální exkluze stejné mozkové struktury jako prožitek fyzické bolesti (Eisenberger & Lieberman, 2004). U osob s hraniční poruchou osobnosti je však tato citlivost vyšší, souvisí s nízkou tolerancí samoty a ovlivňuje emoční reaktivitu ve vztazích. Lazarus s kolegy (2018) poukazují na to, že s hraniční symptomatikou se pojí častější vnímání odmítavého chování, méně časté uvědomění přijetí a vyšší míra negativní afektivity (např. hostility, strachu, viny a smutku). Lidé s hraniční poruchou osobnosti se také častěji cítí v sociálních situacích nepřijímání, nehledě na reálnou míru přijetí či nepřijetí (Renneberg et al., 2012). Zvýšená

míra této citlivosti vůči odmítnutí podněcuje především zvýšenou hostilitu a méně stabilní vnímání důvěryhodnosti partnera. V jednom z výzkumů byla navíc negativní afektivita prokázána pouze v kontextu romantických vztahů v kontrastu s ostatními vztahy (Lazarus et al., 2018).

## 2.4 Regulace blízkosti

Lidé s hraniční poruchou osobnosti jsou ve své podstatě družní a touží po blízkosti druhých osob, po intimitě. Často jsou však jejich snahy o navození blízkosti narušeny strachem, že nebudou chtěni, budou opuštěni nebo někdo jejich důvěry zneužije. Regulovat blízkost proto může být téměř nadlidským úkolem (Zanarini, 2005).

Regulace blízkosti představuje proces kontroly emoční vzdálenosti mezi lidmi a je vysvětlením mnohého interpersonálního chování mezi páry i rodinami. Schopnost regulace blízkosti zahrnuje nejen fyzickou vzdálenost, ale především emoční blízkost, emoční přilnutí a odstup. Potíže v oblasti regulace blízkosti jako alternování mezi nadměrnou poddajností a zlostným rebelstvím či oscilování mezi idealizací a devalvací, jsou pro hraniční poruchu osobnosti typické (Perry & Klerman, 1980; Gunderson & Links, 2008).

Melges a Swartz (1989) popisují tento fenomén jako *vazebné oscilace*, které pramení z konfliktu mezi strachem z opuštění a potřebou dominance. Když se přiblíží druhým, bojí se, že budou ovládnáni. Když se vzdálí, mají strach z opuštění. Ať se tedy pohybují v jakýkoliv směr, narážejí na negativní emoce. To dává za vznik vracejícím se oscilacím mezi přilnutím a odtažitostí vůči partnerům. Podobné oscilace jsou pak nadále posilovány ambivalentními reakcemi blízkých osob a vměšováním se třetích stran. Konflikt týkající se blízkosti vůči druhým je tak neustále přítomen, mísí v sobě naději a touhu po intimitě se vztahovou nedůvěrou a úzkostí (Lazarus et al., 2018).

Pokud má žena s hraniční poruchou osobnosti narušenou schopnost regulovat blízkost a její vztahové chování je nejasné, může být její partner lehce zmatený, frustrovaný a ambivalentní ve vztahu k ní. Tato jeho zpětná vazba však potvrzuje její úzkost z opuštění, což ji nutí se na něj více upínat, což většinou ambivalenci podporuje. Běžné je, že na přiblížení druhého partner reaguje opětovanou blízkostí a po vzdálení se následuje distance druhého. U osob s hraniční poruchou osobnosti však tyto klasické komplementární reakce partnera mohou vyvolat reakce opačné, což může být pro partnera značně frustrující (Melges & Swartz, 1989).

## 2.5 Výběr partnera

Lidé s hraniční poruchou osobnosti si pravděpodobně nevybírají partnera nahodile, ale lze teoretizovat, že se jedná o opakování podobných vzorců ve vztazích. Bohužel však doposud existuje jen malé množství výzkumů, které by objasňovaly rozhodovací proces při jejich výběru romantických partnerů.

V jednom z výzkumů kvality a stability vztahů u žen s hraniční poruchou osobnosti byla téměř polovině partnerů těchto žen také diagnostikována porucha osobnosti, přestože prevalence poruch osobnosti v populaci se v západních zemích pohybuje okolo 12 % (Volkert, Gablonski, & Rabung, 2018). Autoři však již nezkoumali, čím je tento fakt ovlivněn – zda se jedná o genetické faktory, sociální homogamii, psychodynamické procesy či kombinaci těchto vlivů. Polovině z diagnostikovaných partnerů však byla diagnostikována konkrétně antisociální porucha osobnosti, což by mohlo pomoci k objasnění vysoké míry opakované viktimizace a domácího násilí na ženách s hraniční poruchou osobnosti (Bouchard, Sabourin, Lussier, & Villeneuve, 2009).

Ženy s hraniční poruchou osobnosti mají také menší averzi vůči nespravedlnosti v procesech sociálního rozhodování, jak dokazuje jeden ze současných výzkumů. Nejsou proto schopné rozeznat tak rychle jako většina, že je může někdo zneužít, a vstupují tak do potenciálně toxických vztahů. Chování patientek s hraniční poruchou osobnosti při výběru partnera tak popisují jako *submisivní přijetí* toho, že s nimi může být špatně zacházeno. Toto chování autoři zasazují do kontextu raných vztahů, konkrétně trestajícího rodičovství, které má za následek sebe-nenávist, sebe-devalvací a trestání sebe sama (Jeung, Vollmann, Herpertz, & Schwieren, 2020).

## 2.6 Stabilita romantických vztahů

Přestože většina lidí s hraniční poruchou osobnosti tíhne spíše ke krátkým romantickým vzplanutím, nelze toto tvrzení generalizovat, neboť někteří jsou schopni udržet si stabilní vztahy (Navarro-Gómez et al., 2017). K problémům s udržením dlouhodobých vztahů přispívá nedůvěra a podezíravost, která je u osob s hraniční poruchou osobnosti zvýšená. Další překážkou může být přítomnost komorbidní dystymie, jejímž následkem může být tendence k častější izolaci od okolního světa (Paris, 2015).

Na druhou stranu může zvýšit délku vztahů *nejistá citová vazba*, manifestovaná výraznější emoční závislostí a vidinou útěchy a ujištění, které se zdají být dosažitelné právě

skrze dlouhodobé romantické vztahy. Někteří autoři definují tyto na oko stabilní romantické vztahy jako stav ambivalence nazývaný *falešná stabilita* (Paris & Zweig-Frank, 2001).

Počátky vztahů mohou být velmi romantické a vášnivé, a to i díky zvýšené tendenci k idealizaci partnera. Lidé s hraniční poruchou osobnosti jsou navíc citliví vůči potřebám druhých (mnoho z nich proto pracuje v pomáhajících profesích). Tato citlivost spojená s potřebou blízkosti může mít za následek poměrně rychlou akceleraci romantických a sexuálních vztahů, popisovanou jako *instantní intimita*. Ta však přechází poměrně rychle vlivem tendence k devalvaci a štěpení, a vztah tak může být u konce tak rychle, jak začal (Kreisman & Straus, 2004).

## 2.7 Vztahová spokojenost

Longitudiální výzkumy potvrzují u osob s hraniční poruchou osobnosti nižší vztahovou spokojenost v porovnání s jejich partnery (Bouchard et al., 2009). K menší emoční satisfakci přispívají některé konkrétní symptomy hraniční poruchy osobnosti, konkrétně např. impulzivita, emoční dysregulace a nedůvěra ve vztazích. Významnou prediktivní roli hrají také patologické projevy chování – ambivalentní vztahová vazba, pasivně-agresivní komunikace či domáhání se náklonnosti (Miano, Grosselli, Roepke, & Dziobek, 2017).

Jeden z výzkumů (Links & Stockwell, 2001) však poukazuje na prognostický význam stabilních a spokojených manželství. Dlouhotrvající manželské svazky mohou mít pozitivní vliv na zmírnění symptomů hraniční poruchy osobnosti, i na zlepšení celkové funkčnosti (např. v zaměstnání). Je však na uváženu, do jaké míry zde působí jako prediktor právě spokojené manželství, a jak velkou roli hraje samotný věk. I zde se však výzkumy značně liší a vliv věku není zcela jednoznačný. V jednom ze starších výzkumů uvádí McGlashan (1989), že symptomy hraniční poruchy osobnosti se zmírňují s věkem a nejlepší funkčnosti dosahují třicátníci a čtyřicátníci. Dle Shea a kol. (2009) naopak není zlepšení funkčnosti specifické pro druhou polovinu života. Můžeme však předpokládat multifaktoriální vliv na zlepšení symptomů, kdy spokojené manželství hraje určitou roli.

Beeney a kol. (2019) ve svém nedávném výzkumu podrobili zkoumání Gottmanův (1993) koncept *emocionálního bankovního účtu*. Ten popisuje tendenci partnerů reagovat pozitivně na emocionální potřeby toho druhého, spíše než se od něj v krizi vzdálit. Gottman také udává, že ve zdravých vztazích by měl být poměr pozitivního ku negativnímu chování během konfliktů 5:1, kdy oba partneři musí zvládat vyvažovat pozitivní a negativní



afektivitu. Z výzkumu Beeneyho a kol. (2019) pak vzešlo, že hraniční porucha osobnosti souvisí s potížemi ve vyvažování pozitivní a negativní afektivity. Uchylování se k více negativním vzorcům chování u lidí s hraniční poruchou osobnosti a jejich partnerů pak souvisí s nižší vztahovou spokojeností.

Mezi prvky pozitivní afektivity napomáhající k vyšší míře vztahové spokojenosti patří pocity blízkosti k partnerovi. Vytváření a udržování blízkosti vede k lepší regulaci emocí a je dobrým prediktorem zvládnání stresu (Dewitte, De Houwer, Buysse, & Koster, 2008). Vztahová blízkost je pak pozitivně asociována se vztahovou spokojeností. Situační snížení pocitu blízkosti pak může vést ke snižování spokojenosti ve vztazích (Miamo et al., 2017).

## 3 INTIMITA

Již prvotní koncepty hraniční poruchy osobnosti zahrnovaly teorie o narušení intimního života a problémech v oblasti sexuality (Kroll, 1986). Je tedy překvapivé, že u tak zkoumaného tématu existuje poměrně málo výzkumů zabývajících se touto problematikou. Mnoho dalších potíží, které pacienti s hraniční poruchou osobnosti udávají, však se sexualitou úzce souvisí – například sexuální zneužívání v dětství, erotický přenos či genderová dysforie (Frías, Palma, Farriols, & González, 2016). Výzkumy, které k dispozici máme, jsou navíc mnohdy limitovány omezeným vzorkem či vnímáním sexuality. Následující část práce má za cíl přiblížit některá specifika intimního života osob s hraniční poruchou osobnosti, která úzce souvisí s aspekty hraniční poruchy osobnosti, jimiž jsem se zabývala v předchozích částech práce.

Oblast intimity úzce souvisí mimo jiné s narušenou schopností regulovat emoce. Člověk, který je více emočně reaktivní, může mít potíže s korigováním emotivity v sexuální oblasti. Pocity prázdnoty a potřeba stimulace mohou vyústit v sexuální znuďenost. Nestabilní pocit identity může mít vliv na zvýšenou potřebu validace ze strany sexuálního partnera. Traumatická sexuální minulost může ovlivnit vyhýbavost v současném vztahu nebo vést ke zvýšené zranitelnosti, sexuální závislosti či pocitům viny (Wiederman & Sansone, 2009).

### 3.1 Vliv raných sexuálních traumat

Mnoho faktorů ovlivňuje rozdíly v sexualitě u osob s hraniční poruchou osobnosti. Specifickou roli však hrají traumata v dětství, a to především sexuální zneužívání. Nepříznivé rané zkušenosti pak připravují půdu pro potíže v oblasti fyzické intimity v dospělosti (Wiederman & Sansone, 2009).

Sexuální zneužívání se neobjevuje ve vakuu, ale zapadá do kontextu jiných forem týrání, zneužívání a dysfunkčních vzorců rodičovského chování. Pacienti s hraniční poruchou osobnosti, v jejichž anamnéze se objevuje sexuální zneužívání, častěji udávají také fyzické zanedbávání, emoční chlad a inkonzistentní jednání pečujících osob (Zanarini et al., 1997). Obvykle pocházejí z narušených rodin, které selhávají v ochraně svých dětí a naplňování jejich potřeb (Helgeland & Torgersen, 2004). Navíc se v jejich rodinách častěji

objevují jiné duševní poruchy a psychopatologie jako například úzkostné poruchy, deprese, antisociální poruchy a užívání návykových látek (Goldman, D'Angelo, & DeMaso, 1993).

Pacienti s hraniční poruchou osobnosti udávají jako nejvíce traumatizující aspekty sexuálního zneužívání incest, penetraci a opakující se zneužívání. Tyto závažné traumatizující zkušenosti jsou pak silnými prediktory hraniční poruchy osobnosti (Merza, Papp, & Kuritárné Szabó, 2015). Ve výzkumu Zanarini a kolegů (2002) většina pacientů s historií sexuálního zneužívání udávala, že se jednalo o závažné formy zneužívání. Více než 50 % z nich bylo zneužíváno v dětství i v adolescenci, alespoň jednou týdně a minimálně po dobu jednoho roku. Agresorem byl většinou rodič nebo jiná blízká osoba nebo se jednalo i o dva a více agresorů. Míra závažnosti sexuálního zneužívání v dětství také dle autorů úzce souvisí se závažností narušení psychosociálního fungování v dospělosti.

Negativní vliv sexuálního zneužívání v dětství se v dospělosti manifestuje v několika oblastech. U některých obětí může být sexuální aktivita spouštěčem posttraumatické úzkosti a ve snaze se ji zmírnit, je pak typické vyhýbání se sexuálním aktivitám (Trippany, Helm, & Simpson, 2006). Raná traumata mají vliv jak na hraniční poruchu osobnosti, tak na rozvoj posttraumatické stresové poruchy, a proto je u pacientů s traumatickou historií častá jejich komorbidita (McLean & Gallop, 2003). V jiných případech mohou oběti naopak rekonstruovat v současném vztahu dynamiku, která je pro ně známá ze vztahu s agresorem (Trippany et al., 2006), což vysvětluje souvislost mezi hraniční poruchou osobnosti a opakovanou sexuální viktimizací v dospělosti, již se budu blíže zabývat v další z kapitol.

## **3.2 Otázky genderové identity a sexuální orientace**

Narušená identita je jedním z diagnostických kritérií hraniční poruchy osobnosti a zahrnuje výrazně a persistentně nestabilní sebeobraz a vnímání sebe sama (APA, 2013). Dle Jørgensena (2006) tvoří narušení identity společně s nestabilními vztahy jádro hraniční psychopatologie. Porucha identity je navíc součástí dynamického rámce mnoha hraničních symptomů a maladaptivního chování u hraničních pacientů.

Genderová identita, tedy identifikace sebe sama s maskulinitou nebo feminitou, je důležitým aspektem identity. Z velmi omezeného množství výzkumů vyplývá, že u osob s hraniční poruchou osobnosti se ve větší míře vyskytuje genderová dysforie či konflikt ohledně genderové identity (Wilkinson-Ryan & Westen, 2000), avšak jiné výzkumy tuto skutečnost spíše vyvracejí. Proto se nezdá, že by nejistota ohledně genderové identity

představovala významný faktor v narušení identity jako takové (Singh, McMMain, & Zucker, 2011).

Otázka sexuální orientace však skýtá velmi odlišné závěry, než je tomu u genderové identity. V jednom z výzkumů mladých žen s hraniční poruchou osobnosti vykazovaly respondentky výrazné rozdíly oproti kontrolní skupině v rámci nerozhodnosti ohledně vlastní sexuální orientace. Ve větší míře je přitahovala obě pohlaví (18 % oproti 4,4 % u kontrolní skupiny), více z nich udávalo homosexuální orientaci (4 % oproti 1 % u kontrolní skupiny) a častěji byly nejisté ohledně vlastní sexuální orientace (10 % oproti 0 % u kontrolní skupiny) (Thompson et al., 2017). Podobné výsledky udávají také Singhová a kol. (2011), kteří navrhují tři vysvětlení pro tento fenomén. Prvním z nich je přítomnost specifických stresorů u osob s minoritní sexuální orientací, které by se mohly podílet na vzniku hraniční poruchy osobnosti. Jako další vysvětlení se nabízí souvislost mezi hraniční poruchou osobnosti a větší fluiditou v sexuální orientaci, než je tomu u běžné populace, což může vést k osvojení homosexuální orientace. Třetím možným vysvětlením je, že oba fenomény souvisí se třetím, dosud neznámým faktorem.

### 3.3 Sexuální impulzivita

Sexuální impulzivita je často popisována jako nejvíce běžná forma sexuální psychopatologie u hraniční poruchy osobnosti a sestává ze dvou behaviorálních kritérií: *promiskuity* (počtu nezávazných sexuálních partnerů) a *sexuální iniciace* (věku prvního sexuálního styku) (Frías et al., 2016).

Mladé ženy s hraniční poruchou osobnosti dle jedné ze studií zahajují sexuální aktivity dříve než jejich vrstevnice, s menší pravděpodobností použitím antikoncepce a s více partnery v kontextu nezávazných vztahů (Thompson et al., 2017). Jiný výzkum však nenašel žádný rozdíl mezi ženami s hraniční poruchou osobnosti a kontrolní skupinou (Sansone, Hahn, Dittoe, & Wiederman, 2011). Výsledky výzkumů jsou tak v otázce vztahu mezi hraniční poruchou osobnosti a sexuální iniciací poměrně nekonzistentní.

Sexuální promiskuita je pak jednou z častěji zkoumaných forem rizikového sexuálního chování. Pacienti s hraniční poruchou osobnosti vykazují až dvojnásobek sexuálních partnerů v porovnání s kontrolní skupinou (Bouchard, Godbout, & Sabourin, 2009). Podobné výsledky potvrdil i další výzkum, v němž se navíc objevovalo méně časté použití kondomu či jiných antikoncepčních metod. S menší mírou ochrany se pojí také větší

riziko pohlavně přenosných chorob a neplánovaných těhotenství (Sansone, Lam, & Wiederman, 2011).

Sexuální impulzivita pak zahrnuje také výběr téměř neznámých až náhodných sexuálních partnerů, což souvisí především s nestabilním sebepojetím, narušenou identitou, strachem z opuštění i pocity prázdnoty. Nekritický výběr sexuálních partnerů je pak více typický pro heterosexuální ženy a homosexuální muže s hraniční poruchou osobnosti, protože pro tyto skupiny je snazší nalézt partnera na nezávazný sex (Wiederman & Sansone, 2009).

Dle některých autorů stojí v jádru sexuální impulzivity tzv. *sensation seeking*<sup>5</sup>. Tato tendence se manifestuje ve čtyřech oblastech, jimiž jsou (1) vyhledávání dobrodružství, (2) vyhledávání zážitků, (3) disinhibovanost a (4) náchylnost k nudě (Blatný et al., 2010). *Sensation seeking* v oblasti sexuality pak zvyšuje míru desinhibice a činí člověka s hraniční poruchou osobnosti náchylnějším vůči lehkomyšlným rozhodnutím v oblasti sexuality. Mezi nimi nacházíme například rozhodnutí nepoužít kondom nebo mít sex s někým cizím (Frías et al., 2016).

Některé výzkumy však sexuální impulzivitě vyvracejí. Zanarini a kol. (2003) zjistili až u 41 % pacientů vyhýbavost vůči sexuálním vztahům vlivem strachu z aktivace negativní symptomatiky (např. disociací, suicidálních myšlenek, sebepoškozování). Autoři jako možné důvody pro podobnou vyhýbavost uvádějí jak strach z opuštění, tak předchozí zkušenosti spojené se sexuálním zneužíváním a viktimizací, které se objevují v anamnéze mnoha pacientů s hraniční poruchou osobnosti. Sexuální impulzivita tak není zcela jednoznačnou psychopatologií u hraniční poruchy osobnosti a z výzkumů vyplývá, že historie sexuálního zneužívání může predikovat spíše opak.

### 3.4 Sexuální poddajnost

Vzhledem ke zvýšené citlivosti vůči ztrátě partnera, strachu z opuštění a intoleranci samoty jsou lidé s hraniční poruchou osobnosti více náchylní k sexuální poddajnosti, kterou využívají jako *strategii k udržení si partnera*. Sexuální poddajností je myšlena ochota zapojovat se do nechtěných sexuálních aktivit (Willis & Nelson-Gray, 2017). Snaha zaplnit prázdnotu a vyhnout se reálnému či domnělému opuštění často spouští záplavu

---

<sup>5</sup> Koncept Zuckermana, který lze dle Blatného a kol. (2010) překládat do češtiny jako *hledání vzruchu*. Častěji se však užívá jeho anglická verze.

sebedestruktivního chování, které se může manifestovat i jako sexuální promiskuita či sexuální poddajnost (Kreisman & Straus, 2010).

Situační faktory, především pokud je vztah opravdu ohrožen rozpadem či odchodem partnera, hrají významnou roli u sexuální poddajnosti žen s hraniční poruchou osobnosti, a mohou tak pomoci k lepšímu porozumění i prevenci tohoto chování (Willis & Nelson-Gray, 2017). V jednom z výzkumů dívky s hraniční poruchou osobnosti dokonce udávaly, že jsou schopny v sexuální oblasti dělat i věci, o kterých jsou vnitřně přesvědčené, že jsou špatné, jen aby si udržely partnera (Purdie & Downey, 2000). Schachnerová a Shaver (2004) dále udávají, že studenti vysokých škol, kteří se více bojí opuštění, jsou více sexuálně poddajní, aby sami sebe přesvědčili o partnerově náklonosti a zajistili, aby je partner miloval více. Tyto výsledky potvrzují, že lidé, kteří prožívají větší míru strachu z opuštění (což je pro hraniční poruchu osobnosti typické), vykazují problémy s nastavováním a prosazováním jasných hranic u sexuálních aktivit.

Vedle strachu z opuštění sledujeme také absenci bezpečné vazby, která neovlivňuje jen obecné interpersonální fungování, ale také intimní život osob s hraniční poruchou osobnosti. Tento vliv hraniční poruchy osobnosti na intimní vztahy je však málokdy zohledňován v klinické praxi i výzkumu (Bouchard et al., 2009).

Sexuální poddajnost je navíc spojována s množstvím negativních důsledků, které mohou podněcovat další vztahové dysfunkce. Přílišná poddajnost je spojována se zvýšenými hladinami kortizolu indikujícími zvýšený stres a nesčítným množstvím negativních fyziologických reakcí, které zvýšený stres doprovázejí (Hartmann & Crockett, 2016). Další výzkumy prokázaly vliv sexuální poddajnosti na sníženou spokojenost ve vztazích (Impett et al., 2010).

### **3.5 Viktimizace a zkušenosti se sexuální agresí v dospělosti**

V návaznosti na zvýšenou sexuální poddajnost je zkoumána také častější sexuální viktimizace. Pacienti s hraniční poruchou osobnosti častěji udávají znásilnění neznámým člověkem i zážitek nuceného sexu (Sansone, Chu & Wiederman, 2011). Ve zvýšené míře také zažívají fyzickou a sexuální agresi ze strany partnera v dospělosti, znásilnění partnerem, a ženy s hraniční poruchou také udávají častější sexuální obtěžování (Zanarini et al., 1999).

Viktimizace je však velice citlivé téma a je potřeba připomenout, že odpovědnost za sexuální viktimizaci vždy nese pachatel, který se daného činu dopustil. Dle Fewové a Rosenové (2005) je však důležitá identifikace těch charakteristik obětí, které mohou zvyšovat jejich riziko viktimizace a opakované viktimizace. Ženy, které jsou náchylnější ke strachu z odmítnutí čelí zároveň vyššímu riziku sexuální viktimizace (Young & Furman, 2008). Také výběr partnera zde hraje roli, jelikož u partnerů žen s hraniční poruchou osobnosti je ve větší míře diagnostikována antisociální porucha osobnosti (Bouchard et al., 2009).

V podkapitole zabývající se ranými sexuálními traumaty jsem již zmiňovala jejich vliv na sexuální re-viktimizaci v dospělosti, především skrze rekonstruování známé vztahové dynamiky z dětství (Trippany et al., 2006). Zprostředkující roli mezi sexuálním zneužíváním v dětství a re-viktimizací v dospělosti hrají také *disociativní fenomény* (Hequembourg, Livingston, & Parks, 2013). Ty se mohou manifestovat u žen, které byly v dětství pohlavně zneužívány, především pak formou slyšení hlasu agresora, jeho kroků, cítění jeho zápachu či vnímání penetrace, i když jsou zrovna samy (Middleton, 2013).

Kromě toho, že jsou lidé s hraniční poruchou častěji oběťmi sexuální agrese, se jí také více dopouštějí. Především u žen s hraniční poruchou osobnosti je až dvacetinásobně vyšší pravděpodobnost násilí na partnerovi (Stuart et al., 2006). Jelikož mnohdy zažívají vztahy, které nenaplnují jejich emoční potřeby a není pro ně jednoduché regulovat své emoce a vyznat se v nich, může být sexuální agrese způsobem, jakým tyto frustrace ventilovat. Frustrace je o to výraznější u těch, kteří prožívají intenzivní strach z opuštění a samoty. Roli hraje také mechanismus štěpení, kvůli kterému mnohdy vnímají partnera jako naprosto dobrého či naprosto špatného, mohou snadno partnera devalvovat a zvýšit tak riziko agrese (Hines, 2008).

### **3.6 Postoje k sexualitě**

V jednom z výzkumů se ženy s hraniční poruchou osobnosti nelišily od kontrolní skupiny ve frekvenci sexuálních aktivit, ale rozdíl byl znatelný v jejich subjektivních sexuálních zkušenostech. Ženy s hraniční poruchou vykazovaly více negativních postojů, cítily se více nuceny svými partnery a vyjadřovaly *ambivalenci* vůči sexualitě (Bouchard et al., 2009). Také Hurlbert a kol. (1992) při srovnávání žen s hraniční poruchou osobnosti zjistili, že se u nich vyskytuje větší míra jak sexuálních asertivity a sebevědomí ohledně vlastní sexuality, tak větší deprese a nespokojenost ve spojení se sexuálními zkušenostmi.

Vedle ambivalence navíc někteří pacienti s hraniční poruchou osobnosti udávají, že se nedokážou vyznat v tom, co cítí. Mnoho má doslova potíže s rozlišováním, zda mají hlad nebo žízeň, potřebu vyprazdňování nebo chuť na sex. Lokalizace zdroje těchto pocitů může být náročná, naopak mohou zažívat spíše obecný a vágní pocit nepohody. Sexuální apetit tak může být těžce uchopitelný (Giovacchini, 1987).

Psychoterapeutický proces nabízí důležitou konfrontaci s vlastními postoji. Častým fenoménem psychoterapie u osob s hraniční poruchou osobnosti jsou *sexuální city vůči terapeutovi*, jejichž zkoumání je založeno především na psychodynamickém modelu. Tyto intenzivní sexuální city však mohou psychoterapeutický proces ztížit, či dokonce narušit (Frías, Palma, Farriols, & Martínez, 2015). Většina sexuálních reakcí vůči terapeutovi je v psychodynamickém pojetí vnímána jako forma *erotického přenosu*, který vyvstává z pozornosti ze strany terapeuta, jíž se pacientovi nedostávalo v dětství od pečujících osob (Chessick, 1993). Pokud je sexuální přenos v terapii dobře vyřešen, může nakonec posílit interpersonální dynamiku mezi pacientem a terapeutem a zvýšit pacientovo povědomí ohledně svých maladaptivních reakcí, idealizací druhých a svých postojích vůči sexualitě jako takové (Gabbard et al., 1994).



# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Výzkumy, jimiž jsem se zabývala v teoretické části práce, poukazují na ovlivnění vztahovosti a intimity hraničními symptomy u žen s touto diagnózou. Nižší míra vztahové spokojenosti je spojována především s impulzivitou, emoční dysregulací a nedůvěrou ve vztazích (Miano et al., 2017). Snaha vyhnout se samotě pak může podporovat udržování dysfunkčních vztahů (Palihawadana et al., 2018). Přílišná blízkost může naopak vyvolat strach z ovládnutí druhým, proto jsou typickým projevem oscilace mezi přilnutím a odtažitostí (Lazarus et al., 2018). Zvýšená citlivost vůči ztrátě partnera se projevuje v oblasti sexuality, kde je jako strategie k udržení si partnera užívána především sexuální poddajnost (Willis & Nelson-Gray, 2017). Vztahovost i intimita jsou ovlivněny také nestabilním pocitem identity, který se projevuje zvýšenou potřebou validace ze strany partnera (Wiederman & Sansone, 2009).

Většina výzkumů však předpokládá, že ženy s hraniční poruchou osobnosti tíhnou spíše ke krátkým romantickým vzplanutím, přestože mnoho z nich je schopno udržet si dlouhodobé vztahy (Navarro-Goméz et al., 2017). Jen málo z nich se proto zaměřuje na *subjektivní zkušenosti žen s hraniční poruchou osobnosti v dlouhodobých vztazích*. Stejně tak se výzkumy intimity zabývají vyšším počtem sexuálních partnerů (Bouchard et al., 2009), sexuální impulzivitou (Frías et al., 2016) či sexuálním zneužíváním v dětství coby prediktorem hraniční psychopatologie (Merza et al., 2015). Velmi omezené informace však podávají o *postojích k vlastním intimním zkušenostem*.

Cílem výzkumné části této práce je tedy **popsat žité zkušenosti žen s hraniční poruchou osobnosti** a to, jak samy vnímají svou vztahovost a intimitu. Záměrně byly vybrány právě ženy v dlouhodobých vztazích, kterým doposud ve výzkumech nebylo věnováno tolik pozornosti. Vzhledem do subjektivního prožívání žen se snažím odpovědět na následující **výzkumné otázky**:

1. Jak vnímají ženy s hraniční poruchou osobnosti vlastní vztahovost?
2. Jak rozumí ženy s hraniční poruchou osobnosti svým intimním zkušenostem?

## 5 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

Předkládaná práce se zaměřuje na popsání subjektivních zkušeností respondentek a to, jakým způsobem své zkušenosti chápou. Za tímto účelem byl zvolen kvalitativní design. Výzkum pak stojí na čtyřech případových studiích, které demonstrují žité zkušenosti žen s hraniční poruchou osobnosti v oblastech vztahovosti a intimity.

### 5.1 Metodologický rámec

Jako nejvhodnější nástroj k popsání žité zkušenosti respondentek byla zvolena interpretativní fenomenologická analýza (IPA). Ta není pouze metodou analýzy dat, ale metodologickým rámcem v kvalitativním psychologickém výzkumu. IPA studie se zaměřují na to, jak účastníci výzkumu chápou své zkušenosti. Detailní analýza zkušeností jedince se pak v rámci IPA mísí s interpretacemi výzkumníka. Jedná se o takzvanou dvojitou hermeneutiku. Vedle hermeneutiky staví IPA také na fenomenologii a její přístup je veskrze idiografický (Pietkiewicz & Smith, 2012).

Smith a Osborn (2003, s. 51, cit. Řiháček, Čermák, & Hytych, 2013, s. 31) její cíl popisují jako obousměrný proces, v němž se „*účastník snaží pochopit svoji zkušenost, zatímco výzkumník se snaží pochopit, jak účastník chápe svoji zkušenost*“. Cíl interpretativní fenomenologické analýzy by měl mít výzkumník na mysli v průběhu celé analýzy i při psaní výsledků analýzy. V rámci IPA pak výzkumník postupuje v následujících krocích (Řiháček et al., 2013):

0. Výzkumník **reflektuje svou zkušenost s tématem** a popisuje, jaký má k tématu výzkumu vztah. Reflexi může provést formou dialogu sama se sebou či požádat kolegu, aby s ním na dané téma udělal rozhovor.
1. **Čtení a opakované čtení**, kdy je výzkumník vtáhnut do případu a zaujat nasbíraným materiálem.
2. **Počáteční poznámky a komentáře**, které mohou být nejen deskriptivní, ale také lingvistické a konceptuální.
3. **Rozvíjení vznikajících témat**, tedy redukce počátečních poznámek a zaměření pozornosti na rodící se témata.

4. **Hledání souvislostí napříč tématy** pomocí mapování jejich vzájemných vztahů a podobností, vynořují se témata nadřazená podle toho, jak se v textu objevovala.
5. **Analýza dalšího případu**, tedy opakování předchozího postupu u dalšího rozhovoru.
6. **Hledání vzorců napříč případy**, kdy výzkumník hledá souvislosti mezi zkušenostmi jednotlivých respondentů. Výstupem této fáze může být grafické či tabulkové zobrazení témat a vztahů mezi nimi.

## 5.2 Sběr dat a výzkumný vzorek

Jelikož se v IPA studii pracuje vždy s menším vzorkem s cílem detailní analýzy zkušenosti, vybrala jsem pro svou práci 4 respondentky. Pro tento počet jsem se rozhodla na základě publikace Řiháčka a kol. (2013), kteří pro výzkumy v rámci diplomových prací využívající IPA doporučují 3–6 účastníků.

Důležitým kritériem při výběru bylo, aby všechny dobře reprezentovaly daný fenomén. Jedna z respondentek byla proto vybrána záměrným výběrem, skrze společnou známou. Výběr dalších třech respondentek probíhal v online svépomocných skupinách určených pro lidi s hraniční poruchou osobnosti. Zde se sdružují lidé s touto diagnózou a sdílejí své zkušenosti. Ve skupinách byl případným účastnicím sdílen leták s informacemi o výzkumu. U třech respondentek se tedy jednalo o samovýběr. Samotný sběr dat probíhal formou polostrukturovaných rozhovorů, které byly vzhledem k epidemiologické situaci vedeny skrze online platformu Zoom.

Všechny respondentky musely splňovat následující kritéria: 1) diagnóza hraniční poruchy osobnosti; 2) věkové rozhraní 25–35 let; 3) heterosexuální partnerský vztah trvající alespoň 6 měsíců. Následující kritéria byla zvolena pro dosažení co největší homogenity vzorku, která je v perspektivě IPA klíčová.

**Tabulka č. 1: Složení výzkumného vzorku**

<i>Jméno</i>	<i>Věk</i>	<i>Délka vztahu (měsíce)</i>	<i>Sdílená domácnost</i>	<i>Děti</i>
Katka	26	21	ano	ne
Hana	30	6	ne	ne
Marie	30	48	ano	ne
Alena	25	42	ano	ne

## 5.3 Etické hledisko a ochrana soukromí

Rozhovory s respondentkami se dotýkaly citlivých témat souvisejících se vztahovostí a intimitou, proto bylo v první řadě nutné vytvořit bezpečný prostor a vyvážený vztah mezi mnou jako výzkumníkem a respondentkami. Ještě před započítím výzkumu byla každá z respondentek, která se k výzkumu přihlásila, seznámena s výzkumem, jeho záměry a předpokládaným průběhem. Následně byly zvoleny konkrétní datum a čas rozhovoru. Přestože bylo osloveno více respondentek, některé z nich se na základě těchto informací rozhodly výzkumu nezúčastnit a již na další komunikaci neodpovídaly, nebo se v daný čas nepřipojily k rozhovoru, který byl naplánovaný.

Jelikož musely rozhovory vzhledem k epidemiologické situaci proběhnout online, byl informovaný souhlas podáván ústně. Respondentkám byla připomenuta dobrovolná participace i naprostá anonymita výzkumu. Kdykoliv během hovoru měly možnost hovor ukončit a z výzkumu vystoupit; tuto možnost však žádná z účastnic nevyužila. Všechny souhlasily s účastí i s pořízením audiozáznamu.

Anonymizace dat bylo dosaženo prostřednictvím pseudonymů a vynechání informací, které by mohly být až příliš konkrétní a respondentky snáze identifikovat, včetně jejich profesí a profesí jejich partnerů či konkrétních jmen osob a institucí. Kromě výzkumníka neměl nikdo jiný přístup k audiozáznamům a přepisům rozhovorů, které jsou bezpečně uloženy pod pseudonymy a zaheslovány.

Samotný postoj výzkumníka je v rámci přístupu IPA velmi subjektivní, dialogický a systematický. Kritické a konceptuální komentáře k respondentově subjektivní zkušenosti jsou vítanou součástí rozhovoru (Řiháček et al., 2013). Proto není výzkumníkova neutralita v IPA studii dosažitelným ani žádoucím cílem a jeho zkušenosti i interpretace se do samotného rozhovoru i analýzy promítají. Z etického hlediska však bylo podstatné, aby jakékoliv interpretace byly podávány citlivě a empaticky vůči subjektivní zkušenosti respondentek a aby bylo v průběhu rozhovoru reagováno na jejich aktuální psychický stav.

## 5.4 Reflexe výzkumníkovy zkušenosti s tématem výzkumu

Jelikož postoj výzkumníka hraje v IPA studii významnou roli, je důležitou nultou fází procesu analýzy reflexe výzkumníkovy zkušenosti s tématem, jeho motivace a prekoncepce souvisejících s tématem. Reflexe pak představuje nástroj, kterým si výzkumník uvědomuje svou interpretativní roli ve výzkumném procesu a zajišťuje tak validitu analýzy. Výzkumníková zkušenost, pohled na svět, osobní přesvědčení, postoje a interpretace jsou v přístupu IPA předpokladem porozumění žité zkušenosti respondentů. Proto je důležité, aby byly podrobovány reflexi společně se zkušenostmi s konkrétním tématem výzkumu (Řiháček et al., 2013).

Ženy s hraniční poruchou osobnosti jsou skupinou psychiatrických pacientů, ke kterým zaujímají odborníci v oblasti duševního zdraví spíše ambivalentní postoje, a jejich názory jsou mnohdy odsuzující a stereotypní (Ocisková et al., 2014). Jelikož jsem se právě skrze klinické praxe měla možnost setkat s poměrně velkým množstvím pacientek s touto diagnózou, narazila jsem také na mnohdy negativními postoje personálu. Na druhou stranu jsem měla možnost s některými ženami vést rozhovory, naslouchat jejich subjektivní zkušenosti a poznávat, že jejich vnímání sebe sama je mnohdy odlišné od stereotypních názorů, se kterými se setkávají. Mou hlavní motivací k výzkumu je tedy vytvoření materiálu, který by popisoval vztahovost a intimitu těchto žen z jejich perspektivy, jejich slovy. Jelikož se vztah k tématu a motivace výzkumníka mohou v průběhu výzkumu proměňovat, reflektovala jsem je před samotným započatím výzkumu i v jeho průběhu.

## 6 PŘÍPADOVÉ STUDIE

S každou respondentkou jsem v rámci výzkumu vedla polostrukturovaný rozhovor, který byl nahráván. V perspektivě IPA se jednalo o rozhovory fenomenologického charakteru, během kterých jsem se doptávala a podporovala respondentky v porozumění jejich zkušenosti. Hlavními podpůrnými prostředky vedoucími ke zvědomení zkušenosti respondentek byly parafráze a sumarizace.

Nasbíraný materiál jsem přepsala a opakovaně pročítala. Nalezená témata jsem propojovala a nalézala mezi nimi vztahy. Témata jsou zaznamenána u každé z respondentek zvlášť v tabulkách č. 2, 3, 4, 5, podle toho, jak se v textu vyskytovala. Z některých témat se přirozeně stala témata nadřazená. Výsledky, které popisuji v každé z podkapitol, jsou strukturovány právě na základě nadřazených témat. Názvy témat vycházejí buď z přímých pojmenování respondentek a jsou v uvozovkách (např. „pseudo-vztahy“), nebo z mých interpretací. Před samotným představením nosných témat u každé z respondentek uvádím psychiatrické a vztahové anamnestické údaje.

### 6.1 Katka

Šestadvacetiletá Katka vyhledala sama přibližně před rokem pomoc centra, které pomáhá lidem s poruchou osobnosti, neboť pro ni bylo složité vyznat se v sobě sama a ve svých pocitech, o kterých se doposud snažila získat co nejvíce informací online. Když jí následně byla potvrzena diagnóza hraniční porucha osobnosti, výrazně se jí ulevilo díky katarznímu působení náhledu a informací. Více než rok také dochází na terapii, jejíž vliv hodnotí kladně, především pak v oblasti kontroly emocí. Sama vnímá, že hraniční porucha osobnosti má v jejím případě „*mírnější podobu*“, především pak ve srovnání s ženami, jejichž příběhy sleduje v různých online svépomocných skupinách. Hodnotí sebe sama jako „*nadprůměrně životaschopnou*“, přestože byly chvíle, kdy byly negativní emoce téměř paralyzující. Její ambice a činnost jsou zřetelné také ve studijní oblasti. Katka totiž studuje hned dva magisterské programy najednou, jeden z nich dokonce v zahraničí, a plánuje také doktorské studium.

Katka je v současném vztahu přibližně rok a tři čtvrtě a s partnerem také již téměř rok bydlí. Její partner pracuje ve stejném oboru, který ona studuje, mají tedy mnoho

společných témat k hovoru. Dohromady se dali po partnerově rozvodu, přestože se znali již předtím. Partner má z prvního manželství také děti.

**Tabulka č. 2: Pozorovaná témata vzešlá z IPA u Katky**

<i>Témata, seřazena chronologicky:</i>	<i>Nadřazená témata, související:</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- negativní emotivita 1, 3, 4, 9</li> <li>- potřeba být produktivní 1, 6</li> <li>- starší partner 2, 2</li> <li>- „pseudo-vztahy“ 2, 2</li> <li>- intenzita vztahu 2, 3, 6, 7, 8</li> <li>- nevěra partnerů 3, 8</li> <li>- návykové látky 3, 9, 9</li> <li>- stabilita partnera 3, 8</li> <li>- pozitivní vliv menší blízkosti 3, 6</li> <li>- výbušnost ve vztahu 3, 8</li> <li>- myšlenky o rozchodu 3, 7</li> <li>- kontrola emocí 3, 4</li> <li>- pozitivní vliv terapie 4, 7</li> <li>- potřeba zavděčit se druhým 5, 5, 8, 9</li> <li>- podmíněná láska otce 5</li> <li>- perfekcionistická matka 5</li> <li>- „vynucování projevů lásky“ 6, 8</li> <li>- pochyby o partnerově lásce 6, 7, 7, 8</li> <li>- touha pochopit, jak vypadá „zdravý vztah“ 6, 6, 7, 10</li> <li>- partner nevyjadřuje emoce 7, 8</li> <li>- regulace sexuálních potřeb 8, 9</li> <li>- sexuální trauma 9</li> <li>- důležitost pocitu bezpečí 9</li> <li>- otevřenost v sexu 10</li> <li>- sexuální poddajnost 10</li> <li>- vztah sama se sebou 10</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- INTENZITA EMOCÍ</li> <li>- ZASLOUŽENÁ LÁSKA</li> <li>- VŠUDYPŘÍTOMNÉ POCHYBNOSTI</li> <li>- PARTNEROVA EMOTIVITA</li> <li>- REGULOVANÁ BLÍZKOST</li> <li>- TRANSFORMOVANÁ SEXUALITA</li> </ul>

*Poznámka: Čísla u jednotlivých témat zaznamenávají jejich výskyt v přepsaném rozhovoru (čísla stran).*

### **Intenzita emocí**

Napříč celým rozhovorem se vynořovala témata spojená s intenzivními emocemi, které ovlivňují Katčino vztahování se k okolí a její fungování v partnerských vztazích. **Negativní emotivita** je patrná z Katčina důrazu, se kterým opakuje, že „často brečím“ a zároveň udává, že měla přibližně půl roku „vážné deprese“ potom, co odhalila nevěru bývalého partnera. Pro všechny předchozí vztahy, které Katka popisuje, je pak typická výrazná **vztahová intenzita**. V jednom ze vztahů byla patrná časem, který spolu partneři trávili, včetně sedmihodinových telefonátů, když byli od sebe.



V současném vztahu pak Katka popisuje následující situaci: „*Partner dlouho neřekl o našem vztahu své rodině, která mě mimo jiné teda znala. Tak jsem začala dělat časté scény, které se stupňovaly. Především když jsem se k němu v únoru stěhovala, byly ty scény hodně časté a často jsem se s ním rozcházela.*“ Zde je patrný Katčín sklon k **výbušnosti a vztahovačnosti**, který může souviset především s výraznou nejistotou a pochybnostmi, o nichž se podrobněji rozepíšu dále. Všechna tato témata však s intenzivní emotivitou úzce souvisí.

Otázka **kontroly emocí** byla zároveň stěžejní pro Katčino hledání odborné pomoci. Sama dodává, že si začala všimnout, že se „*chová až dětsky*“ a není schopná emoce kontrolovat. Potřebu větší kontroly vnímá Katka také v oblasti „**vynucování projevů lásky**“, což jí působilo v současném vztahu potíže, především, když po partnerovi vyžadovala příliš kontaktu. Pokud jí pak partner nějakou dobu nenapsal, byla přesvědčená o jeho nezájmu. Větší kontroly v této oblasti se jí však podařilo dosáhnout i skrze větší fyzickou vzdálenost při studiu v zahraničí.

### **Zasloužená láska**

Potřeba mít dostatek kontroly nad situací souvisí také s tím, že láska pro Katku nepřichází bezpodmínečně. Sama vnímá obrovské břímě své **potřeby zavděčit se druhým**, kterou pozoruje ve všech vztazích, nejvýrazněji však ve vztahu partnerském.

Zdá se však, že koncept zasloužené lásky má u Katky kořeny již ve vztahu s otcem, o jehož lásku Katka musela bojovat a dodnes si jí jistá není. „*Jestli mě táta měl rád, tak to nevím. Nějak moc to samozřejmě neprojevoval,*“ dodává. Vedle **podmíněné lásky otce** pak hrála roli také matka, která byla dle Katky vždy „*manipulativní*“. I po rozvodu rodičů, když bylo Katce 13 let, máma vždy trvala na svém. Téma **perfekcionistické matky** tak dokresluje prostředí zrodu konceptu zasloužené lásky, který Katku provází i nadále.

Katka v současném vztahu pociťuje to, co jí provázelo i ve všech vztazích bývalých, totiž že o lásku partnera musí bojovat. Toto přesvědčení může být pro Katku problematické především v oblasti intimity, ve které vykazuje spíše **sexuální poddajnost**. Sama říká, že se mnohokrát „*nechala psychicky donutit k aktivitám, které primárně nechtěla*“. Nikdy se však nejednalo o aktivity, kterých by zpětně zásadně litovala. Svou snahu zavděčit se druhým a zasloužit si lásku však hodnotí negativně.

## Všudypřítomné pochybnosti

Boj o lásku partnera je v Katčině případě postaven na intenzivních pochybnostech. Ty se objevují v Katčině narativu ve všech vztazích, o kterých hovoří, včetně několika „**pseudo-vztahů**“, jak je sama nazývá. Tyto vztahy byly typické opakujícími se vzorci a svou platoničností. Zde se výrazně projevuje také téma **nevěry partnerů**, která pochybnosti dále živí. Nevěru Katka zažila v minulosti, v současném vztahu toto téma řešit nemusela.

Nyní Katka pochybuje především o partnerově lásce. Přemýšlí, zda ji partner miluje dostatečně a má pocit, že ona je tím, kdo miluje partnera více. Pochybnosti nutí Katku se ptát: *„Jsem ve vztahu, ve kterém bych neměla být?“* **Myšlenky o rozchodu** pak tyto pocity provázejí poměrně často a jsou také velkým tématem v terapii. Katka v tomto ohledu ušla velký kus cesty a je schopná na základě těchto myšlenek nejednat, není však zatím schopná se jich úplně zbavit. Na základě Katčiny výpovědi si troufám tvrdit, že tyto vtíravé myšlenky živí především obranný mechanismus **štěpení**: *„Když partner dělá něco dobře, tak to dokážu vidět, ale jakmile udělá něco špatně, vše, co předtím udělal dobře se stává irelevantním. Ta absolutnost toho momentu, když je něco špatně, mě hned žene k myšlenkám o rozchodu.“*

Časté pochybnosti také nabírají podoby **touhy pochopit, jak vypadá zdravý vztah**. Katka dodává, že neví, co přesně od vztahu čekat: *„tak nějak doufám, že mi někdo řekne, co je zdravý vztah, co můžu od sebe a od svého partnera čekat.“* Snaží se pochopit, co je ve vztahu správné, a když se jí to nedaří, pochybnosti se prohlubují.

## Partnerova emotivita

Jedním z opakujících se vzorců ve vztazích Katky je výběr **staršího partnera**. Také její současný partner je o 14 let starší a má již děti z předchozího vztahu. Stáří partnera a fakt, že je již otcem, hodnotí Katka kladně a tvrdí, že je partner *„dospělejší“*. Katka na něm oceňuje také **stabilitu**, díky níž byla schopná se *„vymanit ze spárů party života“*. Vztah s ním jí pomohl přestat tolik pít, experimentovat s drogami a chodit na party, což Katka přisuzuje především jeho jinému životnímu stylu. Dalším pozitivem, které Katka udává, je **pocit bezpečí**, který se současným partnerem prožívá v sexuální oblasti.

Přestože vztah Katce přináší určité pocity stability, pochybnosti přetrvávají. V jejich jádru stojí pravděpodobně **partnerova neschopnost vyjadřovat emoce** způsobem, který by byl pro Katku přijatelný. Ráda by, aby partner byl více expresivní, aby jí dodal pocit, že *„jsou tým“*. Pokud má partner dobrou náladu, pochyby nejsou tak časté. Pokud však náladu dobrou nemá a své city zrovna aktivně neprojevuje, začíná Katka zpochybňovat jeho lásku.

Dichotomie prožitků je zde patrná také ze slov, kterými Katka popisuje, jak toto téma řeší v rámci terapie: „*Já si uvědomuji, že on není povinen mi dávat pocit lásky. Na druhou stranu je to nějaká uspokojitelná potřeba ve vztahu. Je ale náročné ji uspokojit, ale zase na druhou stranu má to, že není tak expresivní, své výhody. Třeba, že je stabilnější.*“

### **Regulovaná blízkost**

Přestože Katka nepochybně touží po blízkosti i dostatku projevů lásky, vnímá občasnou vzdálenost ve vztahu jako přínos. **Pozitivní vliv menší blízkosti** zažila v současném vztahu především v souvislosti se studiem v zahraničí, kvůli kterému byli s partnerem vždy na nějaký čas odloučení. Sama říká: „*Já jsem taková hodně netrpělivá, chtěla bych všechno hned. Tím, že jsem odjela, jsem přirozeně zpomalila sama sebe.*“ Bylo pak také snazší se zpomalit v časovém očekávání s partnerem, který přistupuje ke vztahům pomaleji.

Regulaci blízkosti můžeme vidět také v oblasti **sexuálních potřeb**. Katka popisuje, že v minulosti své sexuální potřeby „*neuměla úplně zvládat*“. Nyní však vnímá sexualitu ve vztahu jako zdroj pocitu bezpečí a důležitý aspekt vztahu pro oba partnery. Přestože přiznává, že dříve na sex myslela téměř bez přestání, teď pro ni představuje jistotu: „*Ted' je to klidné. Sex už pro mě nepředstavuje žádný stres.*“

### **Transformovaná sexualita**

Katčino zvládání sexuálních potřeb souvisí s transformací sexuality v průběhu jejího života. Na počátku se zmiňuje o **sexuálním traumatu**, které negativně ovlivnilo její sexuální zkušenosti. Mnoho z nich bylo spojeno s konzumací alkoholu, mnohdy šlo také o jednorázové sexuální zkušenosti. Ne vždy však Katka těmto impulzům podlehl: „*Ale já jsem se vždy snažila to nedělat, protože jsem věděla, že když se s někým vyspím jednou a opilá, tak to celou situaci jen zhorší.*“

Dále Katka hovoří o větší **otevřenosti v sexu**, kdy se nebála zkoušet nové věci. V některých případech však podlehla nátlaku bývalých partnerů a experimentovala způsobem, který jí nebyl úplně příjemný (např. sex ve třech, anální sex). Dnes však Katka k sexu přistupuje jako k „*důležitě součásti vztahu*“. Vnímá jako pozitivní, že její partner nevyžaduje něco, co by ona považovala za ponižující. S partnerem jsou v této oblasti na stejné vlně a jejich sexuální život je dle Katčina popisu uspokojivý pro oba.

## 6.2 Hana

Haně byla diagnostikována hraniční porucha osobnosti teprve před rokem, v jejích třiceti letech. Sama říká, že to pro ni bylo překvapení: „*Já jsem si myslela, že ty změny nálad a intenzivní emoce zažívá každý. Tak jsem se ani nějak nelitovala.*“ Její stav se však před rokem značně zhoršil, a to do té míry, že se u ní projevila **agorafobie** a **sociální fobie**. „*Měla jsem takový dlouhodobý propad,*“ popisuje Hana svůj stav. Během roku byla dvakrát hospitalizovaná a je už téměř rok v pracovní neschopnosti. Poslední dobou však Hana pociťuje, že se její stav stabilizoval: „*Myslím, že teď mám našlápnuto, že bych se mohla brzo vrátit do nějakého normálního života.*“ Naděje Hany je patrná z celého rozhovoru s ní, její projev je energický a optimistický.

Hana je ve vztahu se současným partnerem něco přes půl roku. Partner Hany je o 23 let starší a ženatý. Jelikož pracuje v oblasti duševního zdraví, nachází u něj Hana hodně pochopení a podpory: „*On se setkává s lidmi jako jsem já poměrně často, takže má pochopení, ať už se mnou ty emoce cloumají jakkoliv.*“ Hana dodává, že je na tom teď mnohem lépe, právě díky velké podpoře od partnera, rodičů a pravidelnějším terapiím.

**Tabulka č. 3: Pozorovaná témata vzešlá z IPA u Hany**

<i>Témata, seřazena chronologicky:</i>	<i>Nadřazená témata, související:</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- vnitřní síla 1, 2</li> <li>- “musismus” 1, 2, 2</li> <li>- racionalita 1, 3</li> <li>- deprese 1, 2, 5</li> <li>- „bezvětrí“ 1, 4, 5,</li> <li>- podporující partner 1, 2, 4, 5, 8, 11</li> <li>- nezklamat očekávání okolí 2, 10</li> <li>- problém říkat ne 2, 10</li> <li>- starší partneři 3, 5, 6, 8</li> <li>- “vztahy na půl úvazku” 3</li> <li>- pozitivní vliv vzdálenosti 3, 3</li> <li>- žárlivost 3</li> <li>- “ode zdi ke zdi” 4</li> <li>- rozchody a návraty 4</li> <li>- intenzivní emoce 4, 5, 5</li> <li>- dobrovolná bezdětnost 5</li> <li>- nepřítomný otec 5, 6</li> <li>- intolerance bezmoci 6</li> <li>- korektivní otcovská zkušenost 6</li> <li>- máma nejlepší kamarádkou 6</li> <li>- ostražitost 7</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- NÁROKY NA SEBE SAMA</li> <li>- EMOTIVITA</li> <li>- RANÁ VZTAHOVOST</li> <li>- POTŘEBA AUTONOMIE</li> <li>- DŮVĚRA</li> <li>- IDEÁLNÍ PARTNER</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- význam doteku 7</li> <li>- partnerova emotivita 7, 8</li> <li>- projevování vášně 9</li> <li>- ztráta chuti na sex 9</li> <li>- sexuální vyrovnanost 9, 10</li> <li>- sexuální trauma v dětství 10</li> <li>- komunikace je klíčová 11</li> </ul>	
--	--

### Nároky na sebe sama

Téma, které prostupuje celým rozhovorem, je **vnitřní síla**. Hana se nechce oddávat sebelítosti a když ji zahltila negativní emotivita, přesvědčovala se: „*Vždyť to není nic zvláštního, to zažívá každý. Proč bych já měla být ta chudinka?*“ Také Hanina psychiatricka je o její síle přesvědčená a věří, že právě na ní může Hana stavět při návratu do „*normálního života*“ po roce pracovní neschopnosti. Negativním způsobem vyjádření této síly je však „**musismus**“, jak jej Hana příznačně nazývá. Slovo „*musíš*“ ji tak provázelo velkou částí života, avšak vnitřní tlak dle ní zhoršil její psychický stav.

Jak se však toto nucení sebe sama projevuje ve vztazích? Zde vidíme, jak s tématem „**musismu**“ souvisí snaha **nezklamati očekávání okolí**. Tíha očekávání druhých a slibů vůči nim je pro Hanu mnohdy nesnesitelná, vyčerpávající. Poslední dobou se však snaží vědomě pracovat na svém **problému říkat ne**, který toto téma prostupuje. Největší tlak očekávání pak Hana cítila v oblasti sexuality, kdy byla přesvědčená, že pokud partner styk očekává, musí vyhovět. Jako velký úspěch udává, když se jí nedávno konečně podařilo partnerovi říct, že zrovna nemá náladu. Jeho pozitivní reakce ji utvrdila ve správnosti tohoto kroku.

### Emotivita

Romantickými vztahy pak prostupuje téma **intenzivní emoce**. Hana sebe samu popisuje jako „*temperamentní*“. Sama nahlíží své sklony ke **štěpení**, na základě tvrzení jejího bývalého partnera: „*On popisoval, že se mnou je to buď černý, nebo bílý. No a opravdu to tak je. Když je to bílý, tak je všechno skvělé. Když je to černý, dokážu být hysterická, rvát, brečet, křičet a dělat scény.*“ Hanino pojmenování „**ode zdi ke zdi**“ je pak tématem, které právě na mechanismus štěpení poukazuje. Dalším tématem, které jsem v této oblasti analyzovala, byly **rozchody a návraty**, které byly časté u bývalých partnerů. Vždy přicházely z Haniny iniciativy, většinou však v silně negativním emočním rozpoložení. Když silné negativní emoce odpadly, potřeba rozchodu se nezdála tak palčivá.

V oblasti negativní emotivity za poslední dobu vnímá Hana pokroky. Přestože zmiňuje paralyzující **deprese**, sociální fobii a agorafobii, věří, že se nyní vše obrací k lepšímu. Hana toto období celkově hodnotí jako vztahové „**bezvětrí**“. Intenzita emocí i negativní emotivita polevují, a to především díky podpoře současného partnera: „*On má dost velké pochopení, ať už se mnou ty emoce cloumají jakkoliv.*“

Změnu k větší vyrovnanosti cítí Hana také v oblasti sexuality. Ta byla výrazně ovlivněna **sexuálním traumatem** v dětství, kdy ji osahával rodinný příslušník. Vedle snahy naplnit očekávání partnerů zažila Hana také období **ztráty chuti na sex**, které bylo ovlivněno silnými negativními emocemi. Emoce zároveň ovlivňují Haniny **projevy vášně**, což komentuje následovně: „*Když jsem víc v klidu, jsem taková klidnější, něžnější, víc si to vychutnávám. Když nejsem tak v klidu, tak to rychlejší, vášnivější, více šup šup.*“ A přestože si Hana zažila emotivnější sexuální období, nyní zažívá také v této oblasti větší **vyrovnanost**. Zároveň se cítí více otevřená, nedělá jí takový problém o sexu mluvit, a to ani v rámci rozhovoru se mnou.

### **Raná vztahovost**

Momentem hodným pozornosti je ve vyprávění Hany popis jejího dětství, a především vztahování se k biologickému otci: „*Biologický otec opustil mamku, když mi byly tři měsíce, a potom o mě vůbec nejevila zájem.*“ **Nepřítomný otec** je tedy tématem, které mělo na rozvoj Haniny vztahovosti významný vliv. Silnou negativní emoci, jež v ní chybějící otcovský vzor vyvolal, je **bezmoc**: „*on mě vlastně opustil a já jsem s tím nemohla nic dělat, nijak ho s tím konfrontovat.*“ Tu Hana špatně snáší dodnes. Po bližším zkoumání textu pak vidíme jasné propojení s tématy **vnitřní síla** a „**musismus**“, které fungují jako obrany proti jakékoliv bezmoci, se kterou se Hana v životě potýká.

Hana vnímá souvislost mezi nepřítomností otce v jejím životě a výběrem výrazně **starších partnerů**. Všichni partneři, které v rozhovoru zmiňuje, byli o 20 a více let starší. Společně na toto téma narážíme, když o svém současném partnerovi mluví jako o „*pánovi*“. Zdá se, že chybějící otcovská vazba v Haně vyvolává větší potřebu podpory a ochrany ze strany partnera. Sama dodává, že důležitou hodnotou ve vztahu je pro ni „*jistota*“.

**Korektivní otcovskou zkušenost** však Hana nemusí hledat pouze ve vztazích se staršími muži. Se svým nevlastním otcem, kterého si její máma vzala, když bylo Haně 9 let, má velmi dobrý vztah. Svou mámu pak Hana vnímá jako **nejlepší kamarádku** a shrnuje jejich vztah následovně: „*Když jsem byla malá, neměly jsme to jednoduchý. Proto máme*

*možná až nezdravě dobrý vztah. Jsme na sobě dost emočně závislé, potřebujeme být hodně v kontaktu.*“ Zde mi vyvstává otázka, do jaké míry musela Hana v dětství naplňovat emocionální potřeby své matky. Sama dodává, že *„musela rychleji vyrůst“*.

### **Potřeba autonomie**

Přestože Hana hovoří o potřebě jistoty, je z jejích slov patrná také výrazná potřeba autonomie. Ta je snadno zachytitelná i v jejím popisu vlastních romantických vztahů jako **„vztahů na půl úvazku“**. Hana totiž téměř vždy skončí s partnerem, který již je zadaný nebo ženatý. Sama se k tomu staví následovně: *„Já si vyloženě nehledám zadané muže. Ale ono to vždy nějak klapne a já zjistím, že už teda někoho mám.“* Na těchto vztazích však oceňuje pocit svobody, neumí si totiž představit, že by u ní byl partner neustále. *„Ono mi to vlastně vyhovuje, i když to mám takový obrácený“*, tvrdí.

Hana v těchto vztazích samozřejmě zažila i **žárliivost**. Především pak, když v jednom vztahu zjistila, že není jediná „bokovka“. Dnes už je však se situací srovnaná, současná vztahová dynamika jí vyhovuje. **Pozitivní vliv vzdálenosti** je znatelný i v následujícím shrnutí: *„Potřebuji svoji samotu, svůj klid, svůj prostor. A mám pocit, že ten vztah by mi to nějakým způsobem ubíral.“* Stejně tak je Hana rozhodnutá pro **dobrovolnou bezdětnost**, aby její autonomie zůstala zachována.

Velký důraz na zachování pocitu autonomie může úzce souviset s tématy rané vztahovosti, o kterých jsem se zmiňovala výše. Je možné, že se do této oblasti úzce promítá nepřítomnost otce a pocitu bezmoci.

### **Důvěra**

Největší výzvou ve vztazích Hany je schopnost důvěřovat. Přestože vztah se současným partnerem hodnotí velmi pozitivně, dodává: *„Ani po té době, co jsem s přítelem, nejsem vnitřně pevně rozhodnutá, jestli mu důvěřuji.“* Nedostatek důvěry se dle Hany v jejím vztahu projevuje především **ostražitostí**. Pokud někomu nedůvěřuje, nedokáže o všech věcech mluvit narovinu a někdy využívá humor jako „*kamufláž*“. V jiné části hovoru však Hana uvádí, že **komunikace je ve vztahu klíčová** a může pomoci s budováním důvěry i blízkosti.

### **Ideální partner**

Významnými momenty rozhovoru jsou Hanina hodnocení současného partnera: *„hodný, chápatý, podporující“*. Po celé trvání rozhovoru Hana o svém partnerovi hovoří v superlativech a je zjevné, že jí je velkou oporou. Několikrát jej také srovnává s bývalými

partnery: „*On je citlivý vůči mým potřebám. To jsem ve vztazích předtím úplně nenacházela. Je to něco, co mi chybělo.*“ **Podporující partner** je téma, které zabarvuje také další témata – především úzce souvisí s tématem „**bezvětrí**“, tedy klidem, který Hana ve vztahu pocítuje.

Kladně Hana hodnotí také **partnerovu emotivitu**. Lásku prý projevuje snad i víc než dostatečně. Hana dodává, že je výrazně „*haptická*“, což s partnerem sdílí. **Dotek** má tak v jejich repertoáru projevů lásky významné místo.

Tím, že je vztah Hany a jejího současného partnera stále poměrně krátký, je nutné se při bližším zkoumání textu ptát, jak klíčovou roli v jejím vnímání partnera hraje **idealizace**. Můžeme se tedy ptát, jak bude Hana vnímat svého současného partnera například po roce vztahu.

### 6.3 Marie

Třicetiletá Marie se k diagnóze hraniční poruchy osobnosti dostávala oklikou. Časté depresivní nálady a občasné myšlenky na sebevraždu ji přibližně před pěti lety přivedly k antidepresivům na předpis obvodního lékaře, zároveň otce jejího bývalého partnera. Její stav se však nezlepšoval, proto vyhledala psychoterapii. Na popud psychoterapeuta absolvovala psychiatrické vyšetření, kde jí byla diagnostikována hraniční porucha osobnosti a následně prošla i šestitýdenní hospitalizací. Od zjištění této diagnózy ji provází především snaha o její pochopení. Když začala číst o hraniční poruše osobnosti na internetu, zprvu si dle svých slov připadala jako „*zrůda*“. Postupně se však začala zaměřovat na sebe sama a vlastní růst. Chce přispět k lepšímu chápání této diagnózy, a proto si založila blog, na kterém píše mimo jiné články právě o hraniční poruše osobnosti.

Marie je se současným partnerem již čtyři roky, poslední rok spolu žijí v zahraničí, kam odešli za prací partnera. Marii se zatím práci nalézt nedaří částečně kvůli jazykové bariéře, ale také vlivem pandemické situace. Partner Marie je stejně starý a poznali se na firemním večírku v jejich předchozím zaměstnání.



**Tabulka č. 4: Pozorovaná témata vzešlá z IPA u Marie**

<i>Témata, seřazena chronologicky:</i>	<i>Nadřazená témata, související:</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- blog 1, 2, 7, 8</li> <li>- svatba 1, 10</li> <li>- negativní emoce 2, 2, 4, 5, 8</li> <li>- sebevražedné myšlenky 2, 6, 7, 14</li> <li>- násilnický ex 2, 3, 4, 6, 9</li> <li>- dobrý dojem na okolí 2, 3, 7, 9</li> <li>- bolestivý rozchod 3, 5, 6</li> <li>- „narcistický otec“ 3, 3,</li> <li>- násilí v dětství 3, 4, 6</li> <li>- „nejistá matka“ 3, 13</li> <li>- prozření 4</li> <li>- manipulativní ex 4, 11</li> <li>- fyzická agrese 4, 6, 9</li> <li>- sex po rozchodu 6,</li> <li>- „balanc dobrého a špatného“ 6, 7</li> <li>- vyznat se ve svých emocích 7, 9</li> <li>- špatné vzpomínky na ex 7</li> <li>- „cizí myšlenky“ 8</li> <li>- vznětlivost 8</li> <li>- „sebe-podpora“ 9, 14, 14</li> <li>- partnerův humor 9</li> <li>- tlak na partnera 9</li> <li>- vztahová kompatibilita 10</li> <li>- ambivalence ohledně dětí 10, 11</li> <li>- dominance a submisivita 11</li> <li>- sex jako důkaz lásky 11</li> <li>- znásilnění 12</li> <li>- chybějící emoce 12</li> <li>- upřímnost se sebou 13, 14</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- RODIČE</li> <li>- BÝVALÝ PARTNER</li> <li>- EMOTIVITA</li> <li>- VZTAHOVÉ VÝZVY</li> <li>- BUDOUCNOST</li> </ul>

### **Rodiče**

Témata rané vztahovosti prostupují dalšími tématy a zabarvují je, proto zasluhují primární pozornost. Již od začátku rozhovoru hovoří Marie o silném nutkání dělat **dobrý dojem na okolí** a později se spolu dostáváme k tomu, že jde o vzorec chování pramenící z dětství: *„Pokud jsme měli nějaké osobní problémy, nikdo mimo domácnost o nich nesměl vědět. Navenek jsme působili jako skvělá, spořádaná rodina.“* Situaci uvnitř rodiny však Marie popisuje jako naprostý opak. Především silně citově zabarvené je téma **„narcistický otec“**, jak ho Marie nazývá. **Násilí** ze strany otce pak nebylo v dětství Marie ani jejího bratra nic neobvyklého. *„Otec nás bil za jakoukoliv blbost,“* dodává.

Marie dále udává, že přestože si celý život myslela, že chyba byla jen na straně otce, dnes situaci vnímá jinak. Zde se vynořuje téma „**nejistá matka**“, jejíž roli dnes Marie interpretuje jako schvalující. Některé vzorce chování otce pak matka přejímala. Dle Marie je však její matka přesvědčená, „*že měli perfektní dětství*“.

V neposlední řadě zde hraje velkou roli téma „**cizí myšlenky**“. Marie popisuje, že mnoho jejích negativních postojů k sobě samé jsou vlastně zvnitřněné názory rodičů. Sama tyto myšlenky shrnuje následovně: „*Přišlo mi, že hodně hnusných věcí, které sama sobě říkám, jsou vlastně vždy slova mých rodičů nebo někoho, kdo na mě byl zlý. Takže ta myšlenka není moje a nechci ji mít.*“

### **Bývalý partner**

Přestože se v průběhu rozhovoru ptám Marie na vztah současný, její pozornost se neustále navrácí k bývalému partnerovi, s nímž chodila dva a půl roku. Téma **násilnický ex** se tak projevuje v průběhu celého rozhovoru. Marie pak nachází velké souvislosti mezi ním a svým otcem. Sama tuto myšlenku komentuje následovně: „*Mně vlastně v jednu chvíli došlo, že chodím se svým otcem.*“

Podobnost s otcem nachází především v „*agresi*“ a „*násilí*“ svého bývalého partnera, který se však zpočátku zdál dle slov Marie „*jako nejlepší přítel, co kdy měla*“. Poukazuje však především na jeho **manipulativnost**: partner pro ni chtěl být „*nepostradatelný*“, to však Marie včas nerozpoznala. Až zpětně došla k **prozření** a sama používá poměrně silné slovní spojení – partner, jak ho znala ona, „*nikdy neexistoval*“. V tomto vztahu si Marie zažila jak **agresi fyzickou**, tak sexuální. Když chtěla odmítnout sexuální styk, partner ji ignoroval a **znásilnil**. Marie popisuje, jak traumatizující pro ni tato zkušenost byla.

Velmi náročný byl v tomto vztahu především **bolestivý rozchod**, který se táhl několik měsíců. Navíc měl dozvuky v podobě **sexu po rozchodu**, což negativně ovlivnilo psychický stav Marie. Zde se ukazuje také snaha Marie pochopit a **racionalizovat** vlastní situaci, protože právě po rozchodu přesvědčovala sebe sama: „*Když mě někdo nechce, tak nemá význam ho chtít zpátky. A nikdy to nebude dobré.*“

K násilností tohoto partnera se Marie v rozhovoru často vrací, přestože se jedná o čtyři roky staré zkušenosti. Když mluvíme o jiných partnerských zkušenostech, nevyhýbá se srovnávání. Sama uznává, že ji dodnes provázejí **špatné vzpomínky**. Ty poznamenaly i začátek vztahu se současným partnerem: „*Bylo pro mě těžké si zvyknout, že mě nikdo*

*nemlátí a není na mě bezdůvodně hnusný.“ Sama přemýšlí, že by jí pomohlo vzpomínky řešit, například si je zapsat do deníku: „Dokud si to nezapišu, tak se z toho neuzdravím.“*

### **Emotivita**

Otázka uzdravení se ze silných **negativních emocí** představuje v rozhovoru významné téma. Marie zmiňuje „*depresivní nálady*“ i **myšlenky na sebevraždu**: „*V podstatě jsem se bála sama sebe. Zároveň jsem se chtěla zabít a zároveň ne.*“ Ty byly nejintenzivnější právě během předchozího vztahu, který jsem zmiňovala výše.

S předchozím vztahem souvisí také téma „**balanc dobrého a špatného**“. V současném vztahu bylo pro Marii těžké si zvyknout na relativní klid, oproti vztahu předchozímu. Marie nabízí zajímavé řešení, jak této rovnováhy dosáhnout: „*Někdy si musím pustit nějaké kriminální thrillery podle skutečné události, kdy někdo někoho pronásledoval a pak zabil. Někdy to musím vidět a prožívat s tím člověkem ve filmu, abych zůstala v pohodě s tím, že věci nejsou v reálném životě zas až tak špatné.*“

Velkou výzvou je snaha **vyznat se ve svých emocích**. Zde se vrací také k raným zkušenostem: „*V dětství se mě nikdo neptal, jak se cítím, jak se mám.*“ V souvislosti se sexuálním traumatem zmiňovaným výše Marie udává dokonce **emoce chybějící**: „*Já občas doslova nic necítím.*“ Je zde viditelná určitá **disociace** Mariiných emocí. Z celého rozhovoru je však patrné téma „**sebe-podpora**“, Marie mluví o tom, že se se svými emocemi „*musí sama vypořádat*“. Nehledá tolik opory u partnera, spoléhat se na druhého by podle ní byla jen další „*berlička*“. Souvisejícím tématem je pak **upřímnost k sobě sama**, což je dle Marie důležitým prvkem řešení vlastních negativních emocí i vztahových problémů: „*Když si člověk přizná, co udělal špatně v předchozích vztazích, může stejné chyby odvrátit v budoucnu.*“

Vzhledem k „*vypořádávání se*“ s vlastními emocemi si můžeme povšimnout v Mariině odpovědích častou **normalizaci** jako například: „*to je součást života*“, „*to by řekl i normální člověk*“. Především, když mluví o projevech hraniční poruchy osobnosti, častěji také používá **3. osobu**: „*ten člověk*“, „*člověk, který má psychické problémy*“.

### **Vztahové výzvy**

V současném vztahu udává Marie jako výzvu sklon ke **vznětlivosti**: „*někdy se prostě naštvu a jsem sprostá.*“ Snaží se však vznětlivost ovládat. Častou partnerovou reakcí je **humor**, a to i ve chvílích, kdy Marii zaplavují negativní emoce. Snahy o svěřování a podporu popisuje následovně: „*Oba máme smysl pro trochu divný humor. Takže to svěřování často nedopadne.*“

*Prostě to zamluvíme něčím vtipným.*“ Zde vidíme průnik tématu se „**sebe-podporou**“: Marie dodává že přestože v partnerovi celkově oporu nachází, je důležité, aby byla především oporou sobě sama.

Z jednoho z předchozích vztahů Marie zmiňuje také **tlak na partnera** ve spojení s **žárlivostí**, když spolu netrávili tolik času, kolik by ráda. Sama ale udává, že zpětně se za své chování „*stydí*“, že se „*chovala divně*“. V rámci srovnávání předchozích vztahů se vynořuje také téma **dominance a submisivita**. Marie udává, že kromě jediného partnera, kterého jsem zmiňovala u tématu **násilnický partner**, byli všichni partneři spíše submisivní či indiferentní. Dle Marie to není vždy výhodou: „*Všeobecně jim bylo více věcí jedno. Což je blbě, hlavně pokud je oběma ve vztahu něco jedno. Tak co pak bude?*“

V oblasti sexuality se projevuje téma **sex jako důkaz lásky**. „*Od prvního vztahu mi přišlo, že pokud se mnou má partner pravidelně sex, znamená to, že mě miluje. Když sex nemáme, tak mě nemiluje,*“ popisuje téma Marie. Výzva se objevila na počátku současného vztahu, kdy se párkrát stalo, že partner sex nechtěl; Marie pak hned myslela na nejhorší: „*Říkala jsem si, že ten vztah je u konce, že to nikam nevede. Ale nebylo to tak.*“ Zde tak došlo v přístupu Marie ke změně náhledu na vlastní sexualitu.

## **Budoucnost**

V otázkách budoucnosti je nosným tématem **vztahová kompatibilita**. Marie považuje za důležité, aby s partnerem měli stejné směřování: „*Je důležité být s někým, kdo má aspoň podobný pohled na budoucnost.*“ Změny ve směřování jednoho z partnerů v Marii vyvolávají pocity nejistoty. Tématem, které se zde také projevuje je **svatba**. Když však téma otevíráme blíže, dodává Marie, že ji zmiňovala spíše z praktického hlediska, aby mohla s partnerem zůstat v zahraničí: „*Byla to jedna z reálných možností, jak tady zůstat. Ale asi to vidíme až někdy v budoucnu.*“

Téma hodné pozornosti je také **ambivalence ohledně dětí**. Marie pociťuje nejistotu především v oblasti dědičnosti, když vzpomíná na své zkušenosti z dětství: „*Co když budu taková, jako moji rodiče? Nebo co když jedno z mých dětí podědí něco z mého otce a bude tak hrozná zrůda? To bych si vyčítala.*“ Vedle toho má Marie strach také ze zdravotních komplikací, např. těhotenské cukrovky nebo zánětů. Na druhou stranu si Marie říká, že ve třiceti letech je na děti už čas. Ptá se sama sebe: „*Mám to nechat plynout? Nebo se víc snažit? Musím si vybrat teď? Vůbec nevím, jak se mám rozhodnout.*“ Je však zjevné, že u ní již nějaký proces rozhodování probíhá, neboť sama i zmiňuje myšlenky na adopci.

## 6.4 Alena

Aleně je pětadvacet let a hraniční porucha osobnosti jí byla diagnostikována teprve letos, během jejího dvouměsíčního pobytu v psychiatrické nemocnici. Hospitalizace tam byla zprvu nedobrovolná, nasedající na dlouhodobé depresivní epizody a sebevražedné myšlenky, které byly intenzivnější těsně před hospitalizací. Během pobytu se však Alenin náhled na hospitalizaci změnil, vzala pobyt tam jako „příležitost“. Zpětně pak o tomto období hovoří velmi pozitivně, jako o „významném životním předělu“. Alena zároveň docházela dva roky před pobytem na terapie, ve kterých poté pokračovala i následující rok. V době našeho rozhovoru ji čekaly již poslední sezení s psychoterapeutem, jehož pravidlem byla časová ohraničenost terapeutické práce po dobu tří let. Alena pohlíží především na poslední rok jako na období „změn a osobního zrání“.

Vztah se současným partnerem trvá dle Aleny tři a půl roku. Partner je o rok mladší. Na začátku jejich vztahu bydlela Alena u mámy, nyní bydlí s partnerem, kam se přestěhovala, když se vrátila z dvouměsíční hospitalizace. S partnerem Alena sdílí slovenské kořeny – její máma pochází ze Slovenska, stejně jako oba rodiče partnera.

**Tabulka č. 5: Pozorovaná témata vzešlá z IPA u Aleny**

<i>Témata, seřazena chronologicky:</i>	<i>Nadřazená témata, související:</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- hospitalizace jako „životní předěl“ 1, 2, 10</li> <li>- sebevědomí 1</li> <li>- rozdělení rolí 1, 10</li> <li>- „ochranná křídla partnera“ 1, 6, 7, 9</li> <li>- partnerovy psych. problémy 1, 2, 7</li> <li>- sebevědomí partnera 1, 6, 6</li> <li>- hluboké vztahy s kamarádkami 1, 9</li> <li>- negativní emotivita 1, 2, 4, 4, 10</li> <li>- antidepresiva 1, 9</li> <li>- vztah s rodiči 2</li> <li>- vynahrazování prarodiči 2</li> <li>- „hraniční máma“ 2</li> <li>- slovenské kořeny 2, 6</li> <li>- „teritoriální máma“ 2</li> <li>- „podezřívavá máma“ 4</li> <li>- „nedoceněná dcera“ 4</li> <li>- sebevražedné myšlenky 4</li> <li>- utnutí vztahu s mámou 5</li> <li>- smíření s mámou 5</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- VZTAHOVÉ TENDENCE</li> <li>- INDIVIDUÁLNÍ ZMĚNY</li> <li>- ZMĚNY VE VZTAHU</li> <li>- MÁMA</li> <li>- „RODINNÉ KLETBY“</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- „útočiště u mámy“ 5, 8</li> <li>- podobnosti s partnerem 6</li> <li>- partnerovo dětství 6, 7</li> <li>- opakování vzorců 6, 7</li> <li>- prolomení rodinných kleteb 6, 6</li> <li>- nebýt obět' 6, 10</li> <li>- negativní reakce partnera na individuální změny 7</li> <li>- „mezičlánek“ v komunikaci 7</li> <li>- potlačená žárlivost 7</li> <li>- závislé vztahy 8, 8</li> <li>- „zdravý vztah“ 8</li> <li>- „fatálnost“ 8, 10</li> <li>- útěky 8</li> <li>- vztahovačnost 8, 9, 9, 10</li> <li>- sexuální submisivita 9</li> <li>- vliv antidepresiv na sexualitu 9, 10</li> <li>- sexuální odmítnutí 10</li> <li>- diagnóza není „prokletí“ 10, 11</li> </ul>	
---	--

### Vztahové tendence

Když Alena přemýšlí nad sebou samou ve vztazích a nad tím, jak je může ovlivňovat její diagnóza, hovoří především v minulém čase. Dívá se na počátek současného vztahu i na dlouhodobý vztah předchozí. Projevuje se zde téma **závislé vztahy**: „*Vždy jsem vnímala, že bych měla být vděčná, že se mnou partner vůbec je, že to se mnou vydrží, když je to se mnou tak těžké.*“ Také vzpomíná na svou snahu pochopit, jak vypadá **zdravý vztah**, což souvisí s tématem „**fatálnost**“, kterou Alena popisuje následovně: „*Myslela jsem si, že když se jednou pohádáme, tak je konec.*“ Na „fatálnost“ navazuje nejprve téma **útěky**, které Alena popisuje jako tendenci utéct z konfliktu a zároveň touhu být partnerem zastavena. Dalším souvisejícím tématem je **vztahovačnost**: „*Je pro mě těžké si nebrat věci osobně, hlavně když partner není v dobré náladě.*“ V takových chvílích pociťovala často pocit „*křivdy*“. Alena ve vzpomínkách na své chování ve vztazích popisuje také obranný mechanismus **štěpení**, jejími slovy „*černobílé vidění*“, u kterého vnímá, že se promítá do všech oblastí jejího života. Troufám si tvrdit, že v popisu Aleniny vztahovosti se silně projevuje vliv náhledu. Svě tendence popisuje termíny získanými díky snaze nalézt více informací o své diagnóze samostudiem a skrze tříletou práci v rámci terapie.

V rozhovoru se dotýkáme také oblasti sexuality, která je taktéž protkána tématem „**fatálnost**“, které navazuje především na téma **sexuální odmítnutí**. Slovy Aleny vypadal průnik těchto témat následovně: „*V předchozích vztazích mi bylo řečeno, že mám větší*

*sexuální potřeby než partner, a že se mu mám více přizpůsobit. Toto odmítnutí pro mě bylo místy až devastující, zase jsem to brala fatálně.*“ Přesto to byla ona, kdo se většinou přizpůsoboval a sama na tomto místě otevírá téma **sexuální submisivita**. Dnes však její sexualita vypadá jinak, především co se týče míry sexuální touhy, která je nyní negativně ovlivněna **antidepresivy**. Jejich vliv Alena vnímá takto: *„Přijde mi, že se vzdávám sexuality jako takové. Nejen sexu, ale i vztahu k sobě samotné. Mé tělo mi přijde vzdálené, nejsem na něj dost napojená.*“ Alena se snaží tento problém řešit i se svým psychiatrem, přestože jí léky v jiných oblastech vyhovují. Vnímá, že nedostatek libida má negativní vliv i na vztah s partnerem, který není schopen čelit Aleninemu odmítnutí a *„chybějící reakci“* jejího těla. Proto se partner raději odmítnutí vůbec nevystavuje a neinicuje sexuální styk. Alena dodává, že pokud se problém s antidepresivy brzo nevyřeší jejich *„sexuální život úplně zanikne.“*

### **Individuální změny**

Změny v Alenině životě však nebyly poslední dobou jen negativní. V souvislosti se vztahy se dostává také k proměnám vlastního psychického života, které se vztahy úzce souvisí. Výraznou roli zde hraje téma **hospitalizace jako „životní předěl“**. Přestože zpočátku Alena nesnášela dvouměsíční pobyt v psychiatrické nemocnici vůbec dobře, později se jí podařilo začít vnímat pobyt tam jako *„příležitost“*. Hospitalizace, společně s předchozí dvouletou prací na sobě v rámci terapie Aleně pomohla hned v několika oblastech. V první řadě se zde objevuje téma **sebevědomí**, které se dle Aleny v rámci hospitalizace zvyšovalo. Dále dodává, že díky práci na sobě také celkově *„dozrála“*.

Další z kladně ovlivněných oblastí je **negativní emotivita**. Alena udává, že prožívala časté propady do depresí, mluví také o úzkostech, které ji svého času *„povoľovaly“*. Časté pro ni byly také výkyvy nálad: *„Předtím jsem byla najednou úplně shora úplně dole.“* Postupně negativní emotivita přerůstala až v **sebevražedné myšlenky**. Alena sama dodává, že u ní v této oblasti došlo k významné pozitivní změně. Všechna témata spojená s individuální změnou pak spojuje téma **diagnóza není „prokletí“**. Naopak Alena dodává, že přestože boj s negativní emotivitou může být vyčerpávající, činí ji i ostatní lidi s hraniční poruchou *„výjimečnými“* právě jejich prožívání a citovost, především když jsou intenzivně pozitivní.

### **Změny ve vztahu**

Všechny tyto individuální změny se neobešly bez svých vztahových korelátů, které nebyly ve všech ohledech pouze pozitivní. Blíže jsme se tedy podívaly na Alenin současný vztah,

který trvá již 3,5 roku. Její vztah byl ve svých začátcích velmi odlišný od toho, čím je dnes. Projevuje se zde téma „**ochranná křídla partnera**“ a Alena hovoří o tom, jak ona byla vlivem depresí a úzkostí ten „*zranitelnější*“ v páru: „*Byla jsem v takové podřízené pozici zraněného člověka, který se propadá do horších stavů.*“

Ve své zranitelnosti si však dle Aleny jsou s partnerem **podobní**. Zde hraje roli také téma **slovenské kořeny**, které mají oba (máma Aleny je Slovenka, u jejího partnera to jsou pak oba rodiče). Dle Aleny museli oba „*potlačovat svou emocionalitu*“. Alena hovoří o **psychických problémech partnera**, které více vycházejí na povrch poslední dobou. Zde otevírá také téma **partnerovo nízké sebevědomí**, které je dle ní v jádru jeho potíží. Alena má za to, že partner z pozice „*ochránce*“ ve vztahu těžil: „*To, že si vybral zrovna mě, určitě nebyla náhoda. On z té mé křehkosti určitě čerpal pocit síly. To, že on je ten dominantnější v našem vztahu, mu dělalo dobře.*“

Alenina „*křehkost*“ však letos prošla výraznou proměnou, kterou jsem popisovala výše. Významným tématem je zde **rozdělení rolí**, které se proměňuje. Partner se nyní stává tím „*zranitelnějším*“ ve vztahu, což narušilo to, jaké role hráli od začátku vztahu. Alena dodává, že především ve společnosti funguje pro partnera jako „**mezičlánek**“ v **komunikaci**, protože vlivem jeho nízkého sebevědomí má on často potíže v komunikaci s lidmi. Na změny v Alenině prožívání partner **reaguje negativně**, což se projevuje v tématu **potlačená žárlivost**. Především když Alena chce trávit čas s přáteli nebo se ve společnosti věnuje jiným lidem, partner žárlí. Alena věří, že se role obrátily a budou se s nimi muset ve vztahu sžít: „*Je to zvláštní. Skončilo moje tříleté období léčení a začíná jeho. Ale je otázka, jestli se na konci té cesty sejdem, protože to vůbec není záruka.*“

## **Máma**

K dokreslení lepšího obrazu Aleniny vztahovosti i změnám, ke kterým došlo, přispívají témata spojená s jejím vztahem s matkou. Téma, které prostupuje všechny další, je „**hraniční máma**“, jelikož Alena je přesvědčená, že i její matka splňuje většinu kritérií pro diagnózu hraniční poruchy osobnosti. Alena ji popisuje jako „*emočně přehnanou*“, jindy se dle ní chovala „*jako malé dítě*“ a projevovaly se u ní „*výkyvy nálad*“. Ty měly ze slov Aleny vliv také na rozvod rodičů v jejích pěti letech. Z Alenina popisu vztahu s matkou je pak zřejmé, že právě tento vztah významně ovlivnil její vztahovost.

Dalším tématem hodným pozornosti je „**teritoriální máma**“. Alena popisuje, jak její máma zpočátku „*nesnášela*“ jejího současného partnera. Byly chvíle, kdy její reakce



dosahovaly extrémů: „Byly tam momenty, kdy mi bylo fakt zle. Ležela jsem na zemi, brečela jsem a ona na mě přitom řvala.“ Na začátku vztahu s partnerem, kdy už byla Alena dospělá a bydlela ještě s mámou, se stávalo také to, že měla zakázáno přivést si partnera domů. Jiné momenty Alena popisuje následovně: „No a byly tam chvíle, kdy se šla máma někam projít a zamkla mě doma, abych nemohla odejít. To mi bylo dvaadvacet let.“ Zde se vynořuje také téma „**podezřívavá máma**“, kdy máma čichala k Aleně, když měla podezření, že v hospodě hodně pila, nebo kontrolovala její zprávy online. Pro Alenu je to těžce pochopitelné, protože vnímá, že byla vždy „*hodná, dobrá studentka a nebyly s ní žádné problémy*“. Silné je tedy také téma **nedoceněná dcera**.

Vztah s mámou však také u Aleny prošel významnou proměnou. Jako první pozorujeme téma **ustrnutí vztahu s mámou**, když byla Alena hospitalizována na psychiatrii právě na popud mámy. Tehdy dokonce máma napsala ošetřujícímu lékaři Aleny dopis o tom, jak její potíže souvisí se vztahem se současným partnerem. Alena na to reagovala následovně: „*Já jsem si tehdy říkala, že už nechci s matkou mít nic společného.*“ Smrt dědy ji však na konci jejího pobytu dovedla ke **smíření s mámou**, věděla však, že už s ní nechce bydlet, proto se sestěhovala s partnerem. Velký obrat vidíme, když nastaly potíže ve vztahu s partnerem vlivem **žárlivosti** a **rozdělení rolí**. Tehdy Alena dokonce našla „**útočiště u mámy**“, když k ní na dva týdny odešla.

### **Rodinné kletby**

Na první pohled je z Alenina vyprávění zřejmé, že hluboce přemýšlela nad tím, jak ji i partnera ovlivnily právě rodinné vztahy, a to nejen vztah s matkou, ale celková dynamika vztahů v několika generacích. Ve svém popisu se dostává daleko, až k *dynamice vztahů* babiček a dědečků, dokonce i jejich rodičů. Proto téma **rodinné kletby** vyvstává napříč celým naším rozhovorem.

Téma **opakování vzorců** se dotýká jak její rodinné situace, tak situace partnera. Zde vidí spojitosti s **dětstvím partnera** a vztahem jeho rodičů. Podobně i u nich byl otec ten „*dominantnější*“ a matka ta slabší vlivem nemoci, kterou prodělala. Když se však zotavila a vrátila se do práce, nesnášel otec partnera dobře její kariérní růst, začal pít, a dokonce ji dle Aleny také „*mlátil*“. Pro Alenu jsou tyto informace stěžejní pro její současnou situaci: „*Já vidím tu paralelu v tom, že když jsem na tom teď lépe, je partnerova reakce také negativní. Myslím, že se bojí, že ho opustím, protože ho najednou nepotřebuju.*“

Také u své rodiny Alena vnímá přítomnost **rodinné kletby, kterou je třeba prolomit**. Hovoří o ní takto: „*Z mého dětství vyplývá spousta negativních věcí, mé naučené chování, což souvisí také s povahou mamky. Ale myslím, že je tady důležité nějaké prolomení té rodinné kletby.*“ Alena dodává, že jí se daří s „*rodinnými kletbami bojovat*“ právě díky tříleté terapii. Ze slov, která volí i v náhledu na rodinnou dynamiku, je patrné, že se jí právě díky terapii podařilo dojít určité míry **zvědomění**.

## 7 VÝSLEDKY

V předchozí kapitole byly předloženy čtyři kazuistiky, demonstrující žité zkušenosti žen s hraniční poruchou osobnosti ve vztazích. Hledání vzájemných rozdílů a podobností napříč případy poskytlo odpovědi na obě výzkumné otázky.

### **Výzkumná otázka č. 1: Jak vnímají ženy s hraniční poruchou osobnosti vlastní vztahovost?**

Společným jmenovatelem napříč všemi případy jsou **emoce**, především pak ty negativní, intenzivní či chybějící. Ty úzce souvisí se vztahovou **důvěrou**, ostražitostí a **pochybnostmi**, které se objevovaly v různých kontextech u všech respondentek. Každá z nich rovněž zmiňuje **vliv raných vztahů** na vztahy současné, avšak jejich interpretace tohoto vlivu jsou velmi různorodé. Roli hrají jak vztahy s matkou, tak s otcem, kdy je alespoň u jednoho z nich patrná narušená citová vazba.

V dospělosti je pak jejich porozumění romantickým vztahům ztíženo, dvě z nich přímo zmiňují snahu pochopit, jak vypadá „**zdravý vztah**“ a co je ve vztahu „normální“. Na lepší chápání sebe sama i vlastní vztahovosti měla u všech pozitivní vliv buď psychoterapie, nebo hospitalizace, ale také časové hledisko, „dozrávání“ i zkušenosti z dlouhodobých vztahů. Zdá se však, že vliv na chápání vlastní vztahovosti mají také sklony k **racionalizaci** a **normalizaci**, které jsou v některých rozhovorech více patrné.

Výrazné téma, identifikované u Katky jako **zasloužená láska**, se také manifestuje napříč případy. Nabírá různých podob u každé z respondentek: jednou se ukazuje jako potřeba zavděčit se, jindy jako poddajnost, problém říkat ne či snaha nezklamat očekávání okolí. Další významné podobnosti jsou patrné v otázkách **blízkosti a vzdálenosti**, jejich vyvažování a potřebě, která se u respondentek v průběhu času proměňuje.

Jedinečný aspekt individuální zkušenosti je patrný především v tom, co každá z respondentek identifikuje jako **důležité vlastnosti partnera** a vztahu obecně. Pro Katku je významná především **stabilita**, kterou nachází ve starším partnerovi. Hana oceňuje partnera, který je **podporující** a **pečující**. Marie klade velký důraz na **vztahovou kompatibilitu** a Alena chce, aby její partner pracoval v prvé řadě na sobě, svém **sebevědomí** a psychickém zdraví.

## **Výzkumná otázka č. 2: Jak rozumí ženy s hraniční poruchou osobnosti svým intimním zkušenostem?**

Oblast intimity v mnohých tematických oblastech kopíruje vztahovost jako takovou, jelikož je důležitou součástí romantických vztahů. Proto, podobně jako u první výzkumné otázky, je i zde nejsilnějším společným jmenovatelem **zasloužená láska**, která nabírá především podoby sexuální poddajnosti a neschopnosti říkat ne. S tím úzce souvisí **sex jako důkaz lásky**, jak ho vnímaly dvě z respondentek, pro které bylo **odmítnutí partnerem** naopak těžce snesitelné.

Tři z respondentek také hovoří o **traumatických sexuálních zkušenostech**, buď v dětství nebo v dospělosti. Důležitým jmenovatelem je proto **pocit bezpečí**. U všech z nich je však patrná určitá **transformace sexuality**, spojená s lepším chápáním vlastního těla, vztahovosti i s celkovým zráním. Jen u jedné je tato transformace spíše negativní, způsobená užíváním **antidepresiv**.

## 8 DISKUZE

Ve výzkumné části jsem se skrze čtyři případové studie snažila přiblížit žité zkušenosti žen s hraniční poruchou osobnosti v rámci romantických vztahů a intimity. Využití interpretativní fenomenologické analýzy dalo možnost do hloubky nahlédnout významy, které svým zkušenostem respondentky připisují. Přestože je individuální zkušenost každé z nich v narativní perspektivě jedinečná, podařilo se mi také zachytit podobnosti a rozdíly mezi případy, jež byly prezentovány v předchozí kapitole.

Jako důležitý aspekt vztahů, který ovlivňuje patogenezi hraniční poruchy osobnosti i romantické vztahy v dospělosti, uvádím v teoretické části práce ranou vztahovost (Leichsenring et al., 2011). Několik konkrétních charakteristik, kopírujících teoretická východiska, se objevovalo také ve zkušenostech respondentek. Každá z nich uváděla narušený vztah s otcem, s matkou, nebo s oběma. O dezorganizacích ve vazebném vztahu s rodiči hovoří Miljkovitchová a kol. (2018), dle kterých jsou takto narušené rané vztahy rizikovým faktorem pro rozvoj hraniční poruchy osobnosti. Často jsou to raná traumata, především pak fyzické týrání a sexuální zneužívání, která mohou být určitým prediktorem závažnosti poruchy (Peng et al., 2020); ta se nejsilněji projevují v narativu Marie. Nedávný výzkum uvádí také zmatení rolí ve vztahu rodič-dítě jako specifický aspekt hraniční poruchy osobnosti (Lyons-Ruth et al., 2015). Otázka zmatení rolí mi vyvstávala v rámci analýzy příběhu Hany a jejího vztahu s matkou.

Velkým tématem v rámci všech rozhovorů byly emoce a to, jakým způsobem jejich intenzita ovlivňuje vztahy. V teoretické části uvádím, že je pro hraniční poruchu osobnosti příznačné pomalé zotavování se z intenzivních emočních stavů (Judd & McGlashan, 2003) a většina obtíží u této poruchy vyvstává z emoční dysregulace (Linehan, 1995). Velmi intenzivní jsou pak především vztek a hostilita, přestože dle výzkumu Rüsche a kol. (2007) je jádrovou emoci u hraniční poruchy osobnosti stud. Přítomnost intenzivních negativních emocí se mi podařilo v analýze ověřit, avšak konkrétně stud byl ve vyprávěních respondentek přítomen spíše implicitně. Pouze Marie hovoří otevřeně o studu v souvislosti se svým chováním v jednom z minulých vztahů.

Lazarus a kol. (2018) ve svém výzkumu uvádějí, že všudypřítomným konfliktem je u osob s hraniční poruchou osobnosti konflikt mezi touhou po intimitě a vztahovou

nedůvěrou a úzkostí, který je příznačně popisován jako vazebné oscilace. Z výsledků analýzy vyplývá, že tento konflikt je do jisté míry přítomen u všech respondentek, přičemž nejzřetelněji jej můžeme sledovat u Katky a Hany. Konkrétně u Hany je protichůdnost těchto potřeb zvýrazněná také výběrem zadaných partnerů, kteří by však v nejlepším případě měli být pečující a laskaví. Z analýzy si však již netroufám tvrdit, co všechno může tvořit podklad pro tyto vazebné oscilace. Dle Zanarini (2005) stojí v jejich jádru u žen s hraniční poruchou osobnosti strach, že nebudou chtěny, budou opuštěny nebo někdo zneužije jejich důvěru.

Dalším důležitým poznatkem bylo, že se respondentky často snažily si lásku partnerů zasloužit. Zasloužená láska se manifestovala jako potřeba zavděčit se, snaha nezklamat očekávání partnera či neschopnost říkat ne. Silně se zasloužená láska projevovala také v intimních životech respondentek, a to především jako sexuální poddajnost a potíže říkat ne. V jednom z výzkumů autoři uvádějí, že sexuální poddajnost, tedy ochota zapojovat se do nechtěných sexuálních aktivit, je využívána především jako strategie k udržení partnera a je poháněna strachem z opuštění (Willis & Nelson-Gray, 2017). Z výpovědí respondentek je však zřejmé, že sexuální poddajnost poháněla spíše potřeba si lásku partnera zasloužit. Větší roli než strach z opuštění, hrála touha získat o důkaz o partnerově lásce právě skrze intimní život.

Oblast intimity však nejvíce poukazuje na fakt, že zkušenost každé z žen s hraniční poruchou osobnosti je jedinečná a nelze ji jednoduše generalizovat. Již v teoretické části jsem zmiňovala nesrovnalosti ve výzkumech, kterých u tak zkoumaného tématu existuje poměrně málo. Největší rozdíly jsem však pozorovala v oblastech sexuální impulzivity a promiskuity, a to jak mezi respondentkami, tak v rámci dosavadních výzkumů. Ženy s hraniční poruchou osobnosti mají dle některých výzkumů až dvojnásobek sexuálních partnerů (Bouchard et al., 2009), vybírají si častěji neznámé až náhodné sexuální partnery (Wiederman & Sansone, 2009) a jsou celkově náchylnější vůči lehkomyšlným rozhodnutím v oblasti sexuality (Frías et al., 2016). Z výpovědí respondentek jsem však získávala velmi odlišné odpovědi. Katka sice hovoří o otevřenosti v sexu a občasných náhodných známostech. Přesto se ani z její odpovědi, ani z narativů ostatních respondentek nedá hovořit o promiskuitě či významné impulzivitě. Jejich zkušenosti poukazují spíše na potřebu intimity v rámci dlouhodobých vztahů, což ovšem může být ovlivněno výběrem respondentek, neboť jedním z kritérií byla právě dlouhodobost vztahu. Je tedy patrné, že by odborníci na duševní zdraví neměli brát sexuální impulzivitě jako jedno z primárních kritérií při stanovování diagnózy. Tento názor zastávají také Zanarini a kol. (2003), v jejichž

výzkumu se až 41 % pacientů s hraniční poruchou osobnosti naopak sexuálním vztahům vyhýbalo. Důvodem mohl být nejen strach z opuštění, ale také předchozí traumatické sexuální zkušenosti.

Specifickými fenomény, které zmiňuji v teoretické části práce, jsou obranné mechanismy a jejich manifestace v rámci partnerských vztahů. Tři z respondentek přímo popisovaly štěpení, které jejich vztahy negativně ovlivňuje. Všechny také získávaly náhled na vlastní užívání tohoto obranného mechanismu skrze dlouhodobou psychoterapii. O negativním vlivu štěpení ve vztazích hovoří také McWilliamsová (2011), dle které představuje efektivní cestu k redukci úzkosti a zachování sebevědomí. Zároveň však vždy obnáší distorzi reality a ve vztahovém kontextu pak slouží jako katalyzátor extrémního až destruktivního chování a nepokoje.

V oblasti délky a stability vztahů respondentek není srovnání s dosavadními výzkumy nasnadě, především vlivem zvolené výzkumné metody. Pro lepší obsažení vztahové stability by byl vhodnější longitudinální výzkum. Přesto však zkušenosti všech čtyř respondentek poukazují na jejich vyhledávání dlouhodobých vztahů oproti krátkodobým romantickým vzplanutím, o kterých hovoří většina studií (Navarro-Goméz et al., 2017). Také se domnívám, že podobně jako v jenom z výzkumů (Links & Stockwell, 2001), mají i u respondentek dlouhodobé stabilní vztahy pozitivní vliv na zmírnění symptomů hraniční poruchy osobnosti. Každá z respondentek má sice odlišnou míru potřeby partnerovy opory a pochopení, avšak u všech je tato potřeba přítomná. Zdá se také, že u všech respondentek hrál při výběru partnera aspekt stability roli. U Katky a Hany to byl konkrétně vyšší věk partnerů, který se pojí s představou větší životní a potažmo i vztahové stability.

Z longitudinálních výzkumů přesto vyplývá, že ženy s hraniční poruchou osobnosti obvykle zažívají nižší vztahovou spokojenost (Bouchard et al., 2009), k čemuž přispívají především negativní symptomy (Miano et al., 2017) a potíže s vyvažováním pozitivní a negativní afektivity (Beeney et al., 2019). Mnou zvolená interpretativní fenomenologická analýza nabízí spíše širší pohled na vztahovost těchto žen. Přestože jsem přímo nesrovnávala jejich vztahovou spokojenost, nabízí se jako shrnutí subjektivní preference respondentek, které mohou přispívat k vyšší vztahové spokojenosti. V první řadě je to stabilita, zmíněná výše, se kterou úzce souvisí pocit bezpečí. Významnou roli ze zkušeností respondentek hraje partnerova emotivita, jeho schopnost projevat emoce a pracovat na svých negativních emocích. Ze strany partnera je to pak také vztahová kompatibilita, emocionální podpora a důvěra, které hrají roli. Velkým tématem byla rovněž snaha pochopit, jak vypadá „zdravý

vztah“. Zdá se, že u všech respondentek je významným činitelem práce sama na sobě a pochopení sebe sama, svých emocí i své diagnózy. Ta samozřejmě nabírá různých podob u každé z nich, ale povětšinou zahrnuje psychoterapii nebo psychiatrickou hospitalizaci jako katalyzátor změny.

### **Úskalí a limity výzkumu**

Při kritickém zamýšlení se nad limity výzkumu jich vystalo hned několik. První úskalí se pojí s výběrem výzkumného vzorku a samotnou realizací rozhovorů. Vzhledem k nepříznivé epidemiologické situaci musel být výběr respondentek prováděn v online svépomocných skupinách. Stejně tak i samotné rozhovory probíhaly online. A přestože se video-rozhovory blíží realitě, rozhodně mohl mít jejich formát vliv na atmosféru rozhovoru, otevřenost respondentek i vztah mezi mnou jako výzkumníci a respondentkami.

S výběrem vzorku se rovněž pojí otázka jeho složení. V perspektivě interpretativní fenomenologické analýzy je klíčovým požadavkem homogenita vzorku a to, aby všichni účastníci výzkumu dobře reprezentovali daný fenomén. Mé požadavky pro dosažení homogenity zněly následovně: 1) diagnóza hraniční poruchy osobnosti; 2) věkové rozhraní 25–35 let; 3) heterosexuální partnerský vztah trvající alespoň 6 měsíců. Přestože všechny respondentky splňovaly tato kritéria, je na zvážení, zda vztah Hany dobře reprezentuje fenomén. Jedná se sice o vztah dlouhodobý, ale s ženatým mužem. Pro dosažení vyšší homogenity vzorku jsem tedy mohla mezi kritéria zahrnout také sdílenou domácnost. Na druhou stranu je dle mého názoru Hanina zkušenost do takové míry přínosná, že by byla škoda ji do výzkumu nezahrnout.

Posledním z problematických aspektů práce se týká samotné povahy rozhovorů. Jak jsem již zmínila výše, některé aspekty vztahovosti (např. délka, stabilita, vztahová spokojenost) jsou lépe popsitelné v rámci longitudinálních výzkumů. Povaha a rozsah této práce mi samozřejmě takový výzkum nedovoloval. Avšak i fakt, že se jednalo o jednorázová interview zpětně vnímám jako mírně problematický. U tak širokých oblastí, jakými jsou vztahovost a intimita, by rozhodně stálo za zvážení využití více rozhovorů.

### **Přínosy výzkumu a podněty pro praxi**

Cílem výzkumu bylo popsat žité zkušenosti žen s hraniční poruchou osobnosti v oblasti vztahovosti a intimity. Tento cíl jsem si stanovila především na základě předchozí praxe s danou populací, během které jsem se setkala také s negativním postoji odborníků na duševní zdraví vůči této skupině pacientek. Právě naslouchání subjektivním zkušenostem



žen s hraniční poruchou osobnosti může dle mého názoru napomoci k nižší míře stigmatizace. A jelikož bývá oblast romantických vztahů nejvíce ovlivněná hraničními symptomy, může být hlubší vhled do ní přínosný jak pro samotné ženy s hraniční poruchou osobnosti, jejich partnery, tak právě odborníky na duševní zdraví.

Nejdůležitějším poznatkem stále zůstává, že zkušenost každé z respondentek je jedinečná a nepřenositelná. Přestože jsou v jejich narativech podobnosti, které mohou pomoci k lepšímu pochopení diagnózy hraniční poruchy osobnosti, nelze jejich zkušenosti jednoduše generalizovat. Pro praxi jsou pak přínosné výsledky v oblasti intimity, které stojí v protikladu k současným výzkumům: především to, že sexuální promiskuita a impulzivita nejsou jednoznačným aspektem sexuálního života žen s hraniční poruchou osobnosti. Výzkum také poskytuje vhled do dlouhodobých vztahů žen s hraniční poruchou osobnosti, které nejsou dostatečně reflektované v rámci zahraničních výzkumů.

## 9 ZÁVĚR

Předkládaná diplomová práce se zaměřuje na subjektivní zkušenosti žen s hraniční poruchou osobnosti ve vztazích. Teoretická část poskytuje obecný popis hraniční poruchy osobnosti a specifika vztahovosti a intimity žen s touto diagnózou. Výzkumná část sestává ze čtyř kazuistik, demonstrujících žité zkušenosti žen s hraniční poruchou osobnosti v oblastech vztahovosti a intimity. Kazuistiky jsou zaměřeny na ženy v dlouhodobých heterosexuálních vztazích ve věku 25–35 let, které sdílejí diagnózu hraniční porucha osobnosti. Skrze kazuistiky byly nalezeny odpovědi na následující výzkumné otázky:

1. **Jak vnímají ženy s hraniční poruchou osobnosti vlastní vztahovost?**
2. **Jak rozumí ženy s hraniční poruchou osobnosti svým intimním zkušenostem?**

Pomocí interpretativní fenomenologické analýzy bylo identifikováno několik významných témat, která poskytují odpovědi na obě otázky současně, díky provázanosti vztahovosti a intimity. Mezi nejvýraznějšími tématy nalézáme následující:

- **Vliv raných vztahů:** Zde jsou mezi respondentkami patrné především dezorganizace ve vztahu s jedním, nebo oběma rodiči. Dalším rekurentním tématem je rané trauma, které nabírá různých podob (opuštění otcem, fyzické týrání, sexuální trauma). Poslední oblastí, vynořující se v jednom z narativů, je zmatení rolí ve vztahu rodič-dítě.
- **Emoce:** Vztahy respondentek ovlivňují především negativní či chybějící emoce. Implicitně se v analýze vynořoval také stud.
- **Konflikt mezi blízkostí a vzdáleností:** Protichůdné potřeby se manifestují především v oblasti pozitivního vlivu vztahové vzdálenosti a zároveň potřebě pečujícího partnera.
- **Zasloužená láska:** Napříč případy se toto téma projevuje jako potřeba zavděčit se, poddajnost, problém říkat ne či snaha nezklamat očekávání partnera.
- **Sexuální poddajnost:** Téma úzce souvisí s tématem zasloužené lásky a zahrnuje především problém říkat ne.
- **Sex jako důkaz lásky:** Pro dvě z respondentek je toto téma v oblasti sexuality stěžejní. Odmítnutí partnerem proto může být těžce snášeno.
- **Stabilita, bezpečí, důvěra a vztahová kompatibilita:** Tato tetráda témat představuje subjektivní preference respondentek, které mohou vést k vyšší vztahové spokojenosti.

- **Obranné mechanismy:** Ty se objevovaly ve zkušenostech respondentek s tím, že většina z nich je i přímo pojmenovávala. Nejvýraznější roli hrálo štěpení, které mělo na vztahovost negativní vliv.
- **„Zdravý vztah“:** Především pak snaha pochopit, jak takový zdravý vztah vypadá, byla mezi respondentkami zvýrazněna. S tím souvisí výrazné téma budování lepšího vztahu k sobě samé a pochopení sebe sama, své diagnózy a chování, jakožto podklad kvalitních dlouhodobých vztahů.

Výzkum tak poskytl vhled do žité zkušenosti žen s hraniční poruchou osobnosti a vyzdvihl jedinečný aspekt individuální zkušenosti každé z nich.

# 10 SOUHRN

Cílem této diplomové práce je popsat žité zkušenosti žen s hraniční poruchou osobnosti a to, jak samy vnímají vlastní vztahovost a intimitu. Teoretická část práce poskytuje teoretické ukotvení jednotlivých témat. Nejprve se zaměřuje na specifika hraniční poruchy osobnosti: obecný popis poruch osobnosti, některé prvotní koncepty hraniční organizace a osobnosti, teorie jejího vzniku i terapeutické možnosti. Klíčovými symptomům, které výrazně ovlivňují vztahovost, věnuji v první kapitole teoretické části více prostoru.

Hraniční porucha osobnosti je zde charakterizována jako pervazivní vzorec nestability v interpersonálních vztazích, sebeobrazu a afektech, stejně jako výrazná impulzivita, počínající v rané dospělosti a přítomná v různorodých kontextech (APA, 2013). V její etiologii nalézáme interakci psychologických, genetických a neurobiologických faktorů (Leichsenring et al., 2011). Častými ranými prediktory jsou pak nejistá citová vazba, špatné zacházení ze strany rodiče, mateřská hostilita, nepřítomnost otce, rodinný stres a jiné traumatizující rané zkušenosti (Carlson et al., 2009). Mezi klíčovými symptomy ovlivňujícími vztahovost nalézáme emoční dysregulaci, která zahrnuje pomalé zotavování z intenzivních emočních stavů (Judd & McGlashan, 2003). Dalším významným symptomem jsou chronické pocity prázdnoty (Gunderson & Links, 2008), na něž navazuje sebedestruktivní chování a suicidalita, jakožto snaha alespoň něco cítit (Kreisman & Straus, 2010).

Další kapitola teoretické části práce se zaměřuje konkrétně na vztahovost žen s hraniční poruchou osobnosti. Jejich vztahy jsou charakterizovány: (1) kratším trváním; (2) větší četností; (3) menší emoční spokojeností u obou partnerů; (4) větší mírou hostility u obou partnerů; (5) větší pravděpodobností nejisté vazby a pasivně agresivní komunikace ze strany partnera s hraniční poruchou osobnosti a (6) větší pravděpodobností, že i partner bude mít diagnostikovanou poruchu osobnosti a bude vykazovat úzkostnou vazbu (Navarro-Gómez et al., 2017). Častým raným prediktorem je narušení vazebného vztahu s oběma rodiči či zanedbávání a týrání, což přispívá k rozvoji rigidních a pervazivních vzorců vztahování se k druhým (Miljkovitch et al., 2018). V dospělosti je pak pro ně typické uchylování se k primitivním obranným mechanismům, a to především štěpení, tedy rozdělování externích objektů na jen dobré a jen špatné (Kernberg 1967; McWilliams, 2011).

Vztahy žen s hraniční poruchou osobnosti jsou pak především ovlivněny snahou vyhnout se reálnému či domnělému opuštění, v jehož jádru stojí intolerance samoty a pocit ztráty self (Palihawadana et al., 2018). Výrazný je u nich také konflikt mezi touhou po intimitě a vztahovou nedůvěrou a úzkostí neboli vazebné oscilace (Lazarus et al., 2018).

Poslední kapitola teoretické části se zabývá specifiky intimního života u hraniční poruchy osobnosti. Těm se věnuje poměrně málo výzkumů, přestože mnoho potíží, které pacienti udávají, se sexualitou úzce souvisí (Frías et al., 2016). Ženy s hraniční poruchou osobnosti mají dle některých výzkumů až dvojnásobek sexuálních partnerů (Bouchard et al., 2009), vybírají si častěji neznámé až náhodné sexuální partnery (Wiederman & Sansone, 2009) a jsou celkově náchylnější vůči lehkomyšlným rozhodnutím v oblasti sexuality (Frías et al., 2016). Dle Zanarini a kol. (2003) se však velká část těchto žen sexuálním vztahům spíše vyhýbá vlivem strachu z opuštění či předchozí traumatické zkušenosti, které jsou v anamnézách žen s hraniční poruchou osobnosti častější. I proto vykazují více negativních postojů a větší ambivalenci vůči sexualitě (Bouchard et al., 2009).

Výzkumná část práce pak staví především na tom, že se výše zmíněné výzkumy dostatečně nevěnují subjektivním zkušenostem žen s hraniční poruchou osobnosti v dlouhodobých vztazích. Cílem výzkumné části je proto popsat žité zkušenosti těchto žen ve vztazích. Konkrétně se pak snažím zodpovědět na dvě výzkumné otázky: Jak vnímají ženy s hraniční poruchou osobnosti vlastní vztahovost? Jak rozumí ženy s hraniční poruchou osobnosti svým intimním zkušenostem?

K jejich zodpovězení byla jako rámec výzkumu zvolena interpretativní fenomenologická analýza (IPA), zaměřující se na to, jak účastníci výzkumu chápou své zkušenosti. Detailní analýza jejich zkušeností se pak mísí s interpretacemi výzkumníka (Pietkiewicz & Smith, 2012). Její nedílnou součástí je také reflexe výzkumníkovy zkušenosti s tématem výzkumu, jelikož je postoj výzkumníka v perspektivě IPA dialogický a systematický a motivace i prekoncepce hrají v samotné analýze důležitou roli (Řiháček et al., 2013). Proto se podrobněji rozepisuji o vlastní motivaci v jedné z podkapitol, a jelikož se motivace může v průběhu výzkumu proměňovat, reflektovala jsem ji před začátkem výzkumu i v jeho průběhu.

Jako výzkumný vzorek byly vybrány 4 ženy, které splňovaly následující kritéria: 1) diagnóza hraniční poruchy osobnosti; 2) věkové rozhraní 25–35 let; 3) heterosexuální partnerský vztah trvající alespoň 6 měsíců. Tato kritéria byla zvolena pro dosažení co

nejvyšší homogenity vzorku, která je v IPA studii klíčová. Vzhledem k epidemiologické situaci probíhal výběr respondentek i sběr dat online.

Konkrétně byl s každou respondentkou veden polosrukturovaný rozhovor, který byl nahráván. Každý rozhovor jsem podrobila analýze a našla jednotlivá témata a vztahy mezi nimi, na jejichž základě se z některých témat stala témata nadřazená. Výsledky analýzy jednotlivých témat jsou uvedeny ve čtyřech kazuistikách strukturovaných dle nadřazených témat, zvláště pro každou z respondentek. Hledání vzájemných podobností a rozdílů napříč případy pak poskytlo odpovědi na obě výzkumné otázky.

Mezi tématy hrají významnou roli negativní a chybějící emoce, jako společný jmenovatel ve vztazích napříč případy. Rané vztahy jak s matkou, tak s otcem, mají dle respondentek vliv na vztahy současné. Klíčovým tématem v dospělosti je zasloužená láska, která nabírá u respondentek různých podob: potřeba zavděčit se, poddajnost, problém říkat ne či snaha nezklamat očekávání okolí. Konflikt mezi blízkostí a vzdáleností se také objevoval v narativech respondentek a procházel proměnami v průběhu času. V otázce, co je pro respondentky ve vztazích důležité, jsou klíčová témata: stabilita, bezpečí, důvěra a vztahová kompatibilita. V jejich zkušenostech se objevují také obranné mechanismy, především štěpení, které jejich vztahy negativně ovlivňuje. Podstatné je pro ně pochopení, jak vypadá „zdravý vztah“, k čemuž napomáhá psychoterapie, hospitalizace i budování lepšího vztahu k sobě samé.

Oblast intimity tematicky kopíruje oblast vztahovosti díky jejich provázanosti. Významnými tématy, která zde byla analyzována, jsou: zasloužená láska, sexuální poddajnost, sex jako důkaz lásky, pocit bezpečí a traumatické sexuální zkušenosti. Pro praxi je přínosné také zjištění, že sexuální promiskuita a impulzivita nejsou jednoznačným aspektem sexuálního života žen s hraniční poruchou osobnosti.

V rámci diskuze jsem tato zjištění propojila s teoretickým základem práce a zhodnotila limity a přínosy práce. Práce může být přínosem pro samotné ženy s hraniční poruchou osobnosti, jejich partnery i odborníky na duševní zdraví, kteří k těmto ženám zaujímají mnohdy negativní postoje (Cleaty et al., 2002). Nabízí pohled do dlouhodobých vztahů, které mohou mít na symptomy hraniční poruchy osobnosti pozitivní vliv. V neposlední řadě vyzdvihuje subjektivní a jedinečnou zkušenost každé z nich.

# LITERATURA

- Abraham, K. (1927). *Selected Papers*. London: Hogarth Press.
- Adler, G., & Buie, D. H. (1979). Aloneness and borderline psychopathology: the possible relevance of child development issues. *The International journal of psycho-analysis*, 60(1), 83–96.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum.
- Allen, J. G., Fultz, J., Huntoon, J., & Brethour, J. R., Jr. (2002). Pathological dissociative taxon membership, absorption and reported childhood trauma in women with trauma-related disorders. *Journal of Trauma & Dissociation*, 3(1), 89–110. [https://doi.org/10.1300/J229v03n01\\_07](https://doi.org/10.1300/J229v03n01_07)
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: Author.
- Bach, B., & First, M. B. (2018). Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC Psychiatry*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1908-3>
- Barroilhet, S., Vöhringer, P. A., & Ghaemi, S. N. (2013). Borderline versus bipolar: differences matter. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128(5), 385–386. <https://doi.org/10.1111/acps.12107>
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-Based Treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 36–51. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.36.32772>
- Becker, D. (1997). *Through The Looking Glass: Women and Borderline Personality Disorder*. Oxford: Westview Press.
- Beeney, J. E., Hallquist, M. N., Scott, L. N., Ringwald, W. R., Stepp, S. D., Lazarus, S. A., Mattia, A. A., & Pilkonis, P. A. (2019). The Emotional Bank Account and the Four Horsemen of the Apocalypse in Romantic Relationships of People With Borderline Personality Disorder: A Dyadic Observational Study. *Clinical Psychological Science*, 7(5), 1063–1077. <https://doi.org/10.1177/2167702619830647>
- Berlin, H. A., & Rolls, E. T. (2004). Time perception, impulsivity, emotionality, and personality in self-harming borderline personality disorder patients. *Journal of personality disorders*, 18(4), 358–378. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.4.358.40349>

- Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B., & Hale, N. (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of personality disorders, 18*(3), 226–239. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.3.226.35445>
- Black, D. W., Pfohl, B., Blum, N., McCormick, B., Allen, J., North, C. S., Phillips, K. A., Robins, C., Siever, L., Silk, K. R., Williams, J. B., & Zimmerman, M. (2011). Attitudes toward borderline personality disorder: a survey of 706 mental health clinicians. *CNS spectrums, 16*(3), 67–74. <https://doi.org/10.1017/S109285291200020X>
- Blatný, M., Hřebíčková, M., Millová, K., Plháková, A., Říčan, P., Slezáčková, A., & Stuchlíková, I. (2010). *Psychologie osobnosti: Hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada.
- Bohus, M., Limberger, M., Ebner, U., Glocker, F. X., Schwarz, B., Wernz, M., & Lieb, K. (2000). Pain perception during self-reported distress and calmness in patients with borderline personality disorder and self-mutilating behavior. *Psychiatry research, 95*(3), 251–260. [https://doi.org/10.1016/s0165-1781\(00\)00179-7](https://doi.org/10.1016/s0165-1781(00)00179-7)
- Bouchard, S., Godbout, N., & Sabourin, S. (2009). Sexual Attitudes and Activities in Women with Borderline Personality Disorder Involved in Romantic Relationships. *Journal of Sex & Marital Therapy, 35*(2), 106–121. <https://doi.org/10.1080/00926230802712301>
- Bouchard, S., Sabourin, S., Lussier, Y., & Villeneuve, E. (2009). Relationship Quality and Stability in Couples When One Partner Suffers From Borderline Personality Disorder. *Journal of Marital and Family Therapy, 35*(4), 446–455. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00151.x>
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.
- Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada.
- Carlson, E. A., Egeland, B., & Sroufe, L. A. (2009). A prospective investigation of the development of borderline personality symptoms. *Development and Psychopathology, 21*(4), 1311–1334. <https://doi.org/10.1017/s0954579409990174>



- Cassano, G. B., Mula, M., Rucci, P., Miniati, M., Frank, E., Kupfer, D. J., ... Fagiolini, A. (2009). The structure of lifetime manic–hypomanic spectrum. *Journal of Affective Disorders*, 112(1-3), 59–70. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.04.019>
- Chessick R. D. (1993). The outpatient psychotherapy of the borderline patient. *American journal of psychotherapy*, 47(2), 206–227. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1993.47.2.206>
- Cleary, M., Siegfried, N., & Walter, G. (2002). Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *International journal of mental health nursing*, 11(3), 186–191. <https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2002.00246.x>
- Cotter, J., Kaess, M., & Yung, A. R. (2014). Childhood trauma and functional disability in psychosis, bipolar disorder and borderline personality disorder: a review of the literature. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 32(1), 21–30. <https://doi.org/10.1017/ipm.2014.74>
- Deutsch, H. (1942). Some Forms of Emotional Disturbance and their Relationship to Schizophrenia. *The Psychoanalytic Quarterly*, 11(3), 301–321. <https://doi.org/10.1080/21674086.1942.11925501>
- Dewitte, M., De Houwer, J., Buysse, A., & Koster, E. H. W. (2008). Proximity seeking in adult attachment: Examining the role of automatic approach-avoidance tendencies. *British Journal of Social Psychology*, 47(4), 557–573. <https://doi.org/10.1348/014466607X265148>
- Dimeff, L., & Linehan, M.M. (2001). Dialectical behavior therapy in a nutshell. *The California Psychologist*, 34, 10–13.
- Donegan, N. H., Sanislow, C. A., Blumberg, H. P., Fulbright, R. K., Lacadie, C., Skudlarski, P., ... Wexler, B. E. (2003). Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation. *Biological Psychiatry*, 54(11), 1284–1293. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(03\)00636-x](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(03)00636-x)
- Earley, L., & Cushway, D. (2002). The Parentified Child. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(2), 163–178. <https://doi.org/10.1177/1359104502007002005>

- Eisenberger, N. I., & Lieberman, M. D. (2004). Why rejection hurts: a common neural alarm system for physical and social pain. *Trends in Cognitive Sciences*, 8(7), 294–300. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2004.05.010>
- Fairbairn, W. R. D. (1952). *An object-relations theory of the personality*. New York: Basic Books.
- Few, A., & Rosen, K. (2005). Victims of Chronic Dating Violence: How Women's Vulnerabilities Link to Their Decisions to Stay. *Family Relations*, 54(2), 265-279. Získáno z <http://www.jstor.org/stable/40005254>
- Fonagy P. (1991). Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *The International journal of psycho-analysis*, 72(4), 639–656.
- Fonagy, P., Target, M., Gergely, G., Allen, J. G., & Bateman, A. W. (2003). The Developmental Roots of Borderline Personality Disorder in Early Attachment Relationships: A Theory and Some Evidence. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(3), 412–459. <https://doi.org/10.1080/07351692309349042>
- Frías, Á., Palma, C., Farriols, N., & González, L. (2016). Sexuality-related issues in borderline personality disorder: A comprehensive review. *Personality and mental health*, 10(3), 216–231. <https://doi.org/10.1002/pmh.1330>
- Frías, Á., Palma, C., Farriols, N., & Martínez, B. (2015). Sexual feelings toward the therapist among patients with borderline personality disorder: a case of erotomanic delusional disorder. *Archives of sexual behavior*, 44(1), 3–4. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0433-9>
- Fullinwider-Bush, N., & Jacobvitz, D.B. (1993). The transition to young adulthood: Generational boundary dissolution and female identity development. *Family Process*, 32(1), 87–103. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1993.00087.x>
- Gabbard, G. O., Horwitz, L., Allen, J. G., Frieswyk, S., Newsom, G., Colson, D. B., & Coyne, L. (1994). Transference interpretation in the psychotherapy of borderline patients: a high-risk, high-gain phenomenon. *Harvard review of psychiatry*, 2(2), 59–69. <https://doi.org/10.3109/10673229409017119>
- Giovacchini, P. L. (1987). The „Unreasonable“ Patient and the Psychotic Transference. In Grotstein, J. S., Solomon, M. F., & Lang, J. A. (Eds.), *The Borderline Patient, Vol 2:*

- Emerging Concepts in Diagnosis, Psychodynamics and Treatment* (pp. 59–68). Analytic Press.
- Gottman, J. M. (1993). A theory of marital dissolution and stability. *Journal of Family Psychology, 7*, 57–75. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.7.1.57>
- Goldman, S. J., D'Angelo, E. J., & DeMaso, D. R. (1993). Psychopathology in the families of children and adolescents with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 150*(12), 1832–1835. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.12.1832>
- Grambal, A., Praško, J. & Kasalová, P. (2017). *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Praha: Grada.
- Gunderson J. G. (1996). The borderline patient's intolerance of aloneness: insecure attachments and therapist availability. *The American journal of psychiatry, 153*(6), 752–758. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.6.752>
- Gunderson, J. G., Morey, L. C., Stout, R. L., Skodol, A. E., Shea, M. T., McGlashan, T. H., et al. (2004). Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: Longitudinal interactions. *Journal of Clinical Psychiatry, 65*(8), 1049–1056. <https://doi.org/10.4088/jcp.v65n0804>
- Gunderson, J. G., & Hoffmann, P. D. (2005). *Understanding and Treating Borderline Personality Disorder: A Guide for Professionals and Families*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Gunderson, J. G., & Links, P. S. (2008). *Borderline personality disorder: A clinical guide* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Handley, R. B., & Swenson, C. R. (1989). Acting out of separation conflicts in borderline pathology. An empirical case study. *Bulletin of the Menninger Clinic, 53*(1), 18–30.
- Hartmann, A. J., & Crockett, E. E. (2016). When sex isn't the answer: Examining sexual compliance, restraint, and physiological stress. *Sexual and Relationship Therapy, 31*(3), 312–324. <https://doi.org/10.1080/14681994.2016.1154142>
- Helgeland, M. I., & Torgersen, S. (2004). Developmental antecedents of borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry, 45*(2), 138–147. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2003.09.001>

- Hequembourg, A. L., Livingston, J. A., & Parks, K. A. (2013). Sexual victimization and associated risks among lesbian and bisexual women. *Violence against women, 19*(5), 634–657. <https://doi.org/10.1177/1077801213490557>
- Hines, D. A. (2008). Borderline Personality Traits and Intimate Partner Aggression: An International Multisite, Cross-Gender Analysis. *Psychology of Women Quarterly, 32*(3), 290–302. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2008.00437.x>
- Hurlbert, D. F., Apt, C., & White, L. C. (1992). An empirical examination into the sexuality of women with borderline personality disorder. *Journal of sex & marital therapy, 18*(3), 231–242. <https://doi.org/10.1080/00926239208403409>
- Impett, E. A., Gordon, A. M., Kogan, A., Oveis, C., Gable, S. L., & Keltner, D. (2010). Moving toward more perfect unions: daily and long-term consequences of approach and avoidance goals in romantic relationships. *Journal of personality and social psychology, 99*(6), 948–963. <https://doi.org/10.1037/a0020271>
- Jang, K. L., Livesley, W. J., Vernon, P. A., & Jackson, D. N. (1996). Heritability of personality disorder traits: a twin study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 94*(6), 438–444. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1996.tb09887.x>
- Jeung, H., Vollmann, M., Herpertz, S. C., & Schwieren, C. (2020). Consider others better than yourself: Social decision-making and partner preference in borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 67*. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.11.004>
- Johansen, M., Karterud, S., Pedersen, G., Gude, T., & Falkum, E. (2004). An investigation of the prototype validity of the borderline DSM-IV construct. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 109*(4), 289–298. <https://doi.org/10.1046/j.1600-0447.2003.00268.x>
- Jørgensen C. R. (2006). Disturbed sense of identity in borderline personality disorder. *Journal of personality disorders, 20*(6), 618–644. <https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.6.618>
- Judd, P.H., & McGlashan, T.H. (2003). *A Developmental Model of Borderline Personality Disorder: Understanding Variations in Course and Outcome*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.

- Kernberg, O. F. (1967). Borderline Personality Organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15(3), 641–685. <https://doi.org/10.1177/000306516701500309>
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Aronson.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (1987). Projection and Projective Identification: Developmental and Clinical Aspects. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 35(4), 795–819. <https://doi.org/10.1177/000306518703500401>
- Kernberg, O. F., & Michels, R. (2009). Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(5), 505–508. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09020263>
- Kernberg, O. F., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2008). Transference focused psychotherapy: Overview and update. *The International Journal of Psychoanalysis*, 89(3), 601–620. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2008.00046.x>
- Kernberg, O. F., & Yeomans, F. E. (2013). Borderline personality disorder, bipolar disorder, depression, attention deficit/hyperactivity disorder, and narcissistic personality disorder: Practical differential diagnosis. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 77(1), 1–22. <https://doi.org/10.1521/bumc.2013.77.1.1>
- Kroll, J. (1986). Sexuality of the borderline patient. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 20(2), 98–111.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *The International Journal of Psychoanalysis*, 27, 99–110. Ziskáno z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3330415/pdf/160.pdf>
- Klonsky, E. D. (2008). What is Emptiness? Clarifying the 7th Criterion for Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22(4), 418–426. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.4.418>
- Kreisman, J. J., & Straus, H. (2004). *Sometimes I Act Crazy: Living with Borderline Personality Disorder*. New Jersey: Wiley & Sons.

- Kreisman, J. J., & Straus, H. (2010). *I hate you—don't leave me: Understanding the borderline personality*. New York: Penguin Group.
- Kuo, J. R., Khoury, J. E., Metcalfe, R., Fitzpatrick, S., & Goodwill, A. (2015). An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: The role of difficulties with emotion regulation. *Child Abuse & Neglect*, *39*, 147–155. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.08.008>
- Lazarus, S. A., Scott, L. N., Beeney, J. E., Wright, A., Stepp, S. D., & Pilkonis, P. A. (2018). Borderline personality disorder symptoms and affective responding to perceptions of rejection and acceptance from romantic versus nonromantic partners. *Personality disorders*, *9*(3), 197–206. <https://doi.org/10.1037/per0000289>
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *Lancet (London, England)*, *377*(9759), 74–84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61422-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61422-5)
- Levy, S. T. (1984). Psychoanalytic Perspectives On Emptiness. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *32*(2), 387–404. <https://doi.org/10.1177/000306518403200207>
- Linehan, M. M. (1995). *Understanding Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Links, P. S., & Stockwell, M. (2001). Is couple therapy indicated for borderline personality disorder?. *American journal of psychotherapy*, *55*(4), 491–506. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2001.55.4.491>
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (1999). Attachment disorganization: unresolved loss, relational violence and lapses in behavioral and attentional strategies. In Cassidy, J., & Shaver, P. R. (Eds.). *Handbook of Attachment Theory and Research* (520–574). New York: Guilford.
- Lyons-Ruth, K., Brumariu, L. E., Bureau, J. F., Hennighausen, K., & Holmes, B. (2015). Role Confusion and Disorientation in Young Adult-Parent Interaction Among Individuals With Borderline Symptomatology. *Journal of personality disorders*, *29*(5), 641–662. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2014\\_28\\_165](https://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_165)

- Macfie, J., Brumariu, L. E., & Lyons-Ruth, K. (2015). Parent–child role-confusion: A critical review of an emerging concept. *Developmental Review, 36*, 34–57. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2015.01.002>
- McGlashan T. H. (1986). The Chestnut Lodge follow-up study. III. Long-term outcome of borderline personalities. *Archives of general psychiatry, 43*(1), 20–30. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1986.01800010022003>
- McLean, L. M., & Gallop, R. (2003). Implications of Childhood Sexual Abuse for Adult Borderline Personality Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder. *American Journal of Psychiatry, 160*(2), 369–371. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.2.369>
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure in the Clinical Process* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Mendelsohn, R. (2011). Projective Identification and Countertransference in Borderline Couples. *The Psychoanalytic Review, 98*(3), 375–399. <https://doi.org/10.1521/prev.2011.98.3.375>
- Melges, F. T., & Swartz, M. S. (1989). Oscillations of attachment in borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry, 146*(9), 1115–1120. <https://doi.org/10.1176/ajp.146.9.1115>
- Merza, K., Papp, G., & Kuritárné Szabó, I. (2015). The role of childhood traumatization in the development of borderline personality disorder in Hungary. *The European Journal of Psychiatry, 29*(2), 105–118. <https://doi.org/10.4321/s0213-61632015000200002>
- Miano, A., Grosselli, L., Roepke, S., & Dziobek, I. (2017). Emotional dysregulation in borderline personality disorder and its influence on communication behavior and feelings in romantic relationships. *Behaviour research and therapy, 95*, 148–157. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.06.002>
- Middleton W. (2013). Ongoing incestuous abuse during adulthood. *Journal of trauma & dissociation: the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD), 14*(3), 251–272. <https://doi.org/10.1080/15299732.2012.736932>

- Miljkovitch, R., Deborde, A. S., Bernier, A., Corcos, M., Speranza, M., & Pham-Scottez, A. (2018). Borderline Personality Disorder in Adolescence as a Generalization of Disorganized Attachment. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01962>
- Navarro-Gómez, S., Frías, Á., & Palma, C. (2017). Romantic Relationships of People with Borderline Personality: A Narrative Review. *Psychopathology*, 50(3), 175–187. <https://doi.org/10.1159/000474950>
- Nijenhuis, E. R. S., Vanderlinden, J., & Spinhoven, P. (1998). Animal defensive reactions as a model for trauma-induced dissociative reactions. *Journal of Traumatic Stress*, 11(2), 243–260. <https://doi.org/10.1023/a:1024447003022>
- Ocisková, M., Sedláčková, Z., Praško, J., Látalová, K., & Kamarádová, D. (2014). Pokud mě cejchujete, běžte s tou terapií někam! Hraniční porucha osobnosti a stigma. *Psychiatrie pro praxi* 15(2), 62–67. Získáno z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2014/02/04.pdf>
- Palihawadana, V., Broadbear, J. H., & Rao, S. (2018). Reviewing the clinical significance of “fear of abandonment” in borderline personality disorder. *Australasian Psychiatry*, 27(1), 60–63. <https://doi.org/10.1177/1039856218810154>
- Paris, J. (2005). Suicidality in Borderline Personality Disorder. In Zanarini, M. C. (Ed.). *Borderline Personality Disorder* (181–194). New York: Taylor & Francis Group.
- Paris, J. (2015). Clinical implications of biological factors in personality disorders. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 56(2), 263–266. <https://doi.org/10.1037/a0037997>
- Paris, J., & Zweig-Frank, H. (2001). A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive psychiatry*, 42(6), 482–487. <https://doi.org/10.1053/comp.2001.26271>
- Pazzagli, A., & Monti, M. R. (2000). Dysphoria and aloneness in borderline personality disorder. *Psychopathology*, 33(4), 220–226. <https://doi.org/10.1159/000029147>
- Peng, W., Liu, Z., Liu, Q., Chu, J., Zheng, K., Wang, J., ... Yi, J. (2020). Insecure attachment and maladaptive emotion regulation mediating the relationship between childhood trauma and borderline personality features. *Depression and Anxiety*, 1–12. <https://doi.org/10.1002/da.23082>



- Perry, J. C., & Klerman, G. L. (1980). Clinical features of the borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, *137*(2), 165–173. <https://doi.org/10.1176/ajp.137.2.165>
- Pietkiewicz, I. & Smith, J. A. (2012). Praktyczny przewodnik interpretacyjnej analizy fenomenologickej w badaniach jakościowych w psychologii. *Czasopismo Psychologiczne*, *18*(2), 361–369.
- Praško, J., et al. (2003). *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál.
- Price, S. L., Mahler, H., & Hopwood, C. J. (2019). Subjective Emptiness: A Clinically Significant Trans-diagnostic Psychopathology Construct. <https://doi.org/10.31235/osf.io/f2x6r>
- Purdie, V., & Downey, G. (2000). Rejection sensitivity and adolescent girls' vulnerability to relationship-centered difficulties. *Child Maltreatment*, *5*(4), 338–349. <https://doi.org/10.1177/1077559500005004005>
- Renneberg, B., Herm, K., Hahn, A., Staebler, K., Lammers, C.-H., & Roepke, S. (2012). Perception of social participation in borderline personality disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *19*, 473–480. <https://doi.org/10.1002/cpp.772>
- Riegel, K. D., Kalina, K. & Pěč, O. (2020). *Poruchy osobnosti v 21. století: diagnostika v teorii a praxi*. Praha: Portál.
- Rüsch, N., Lieb, K., Göttler, I., Hermann, C., Schramm, E., Richter, H., ... Bohus, M. (2007). Shame and Implicit Self-Concept in Women With Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, *164*(3), 500–508. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.3.500>
- Řiháček, T., Čermák, I., Hytych, R., et al. (2013) *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.
- Sedláčková, Z., Ocisková, M., Praško, J., Látalová, K., Kamarádová, D., & Grambal, A. (2015). Suicidalita u poruch osobnosti. *Psychiatrie pro praxi*, *16*(3), 91–95. Získáno z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2015/03/04.pdf>
- Sedláčková, Z., Praško, J., Cinculová, A., & Sigmundová, Z. (2015). Komorbidita hraniční poruchy osobnosti a depresivní poruchy. *Psychiatrie pro praxi*, *16*(2), 13–22. Získáno z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2015/89/03.pdf>

- Sansone, R. A., Chu, J. W., & Wiederman, M. W. (2011). Sexual behaviour and borderline personality disorder among female psychiatric inpatients. *International journal of psychiatry in clinical practice*, *15*(1), 69–73. <https://doi.org/10.3109/13651501.2010.507871>
- Sansone, R. A., Hahn, H. S., Dittoe, N., & Wiederman, M. W. (2011). The relationship between childhood trauma and borderline personality symptomatology in a consecutive sample of cardiac stress test patients. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, *15*(4), 275–279. <https://doi.org/10.3109/13651501.2011.593263>
- Sansone, R. A., Lam, C., & Wiederman, M. W. (2011). The relationship between borderline personality disorder and number of sexual partners. *Journal of personality disorders*, *25*(6), 782–788. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.6.782>
- Schachner, D. A., & Shaver, P. R. (2004). Attachment dimensions and sexual motives. *Personal Relationships*, *11*(2), 179–195. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2004.00077.x>
- Singh, D., McMain, S., & Zucker, K. J. (2011). Gender identity and sexual orientation in women with borderline personality disorder. *The journal of sexual medicine*, *8*(2), 447–454. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.02086.x>
- Skodol, A. E. (2005). The Borderline Diagnosis: Concepts, Criteria and Controversies. In Gunderson, J. G., & Hoffman, P. D. (Eds.). *Understanding and treating borderline personality disorder: A guide for professionals and families* (3–19). Washington D.C.: American Psychiatric Publ.
- Soloff, P. H., Lynch, K. G., & Kelly, T. M. (2002). Childhood abuse as a risk factor for suicidal behavior in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *16*, 201–214. <https://doi.org/10.1521/pedi.16.3.201.22542>
- Stuart, G. L., Moore, T. M., Gordon, K. C., Hellmuth, J. C., Ramsey, S. E., & Kahler, C. W. (2006). Reasons for intimate partner violence perpetration among arrested women. *Violence against women*, *12*(7), 609–621. <https://doi.org/10.1177/1077801206290173>

- Thompson, K. N., Betts, J., Jovev, M., Nyathi, Y., McDougall, E., & Chanen, A. M. (2017). Sexuality and sexual health among female youth with borderline personality disorder pathology. *Early Intervention in Psychiatry*, 1–7. <https://doi.org/10.1111/eip.12510>
- Torgersen, S., Lygren, S., Øien, P. A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., ... Kringlen, E. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41(6), 416–425. <https://doi.org/10.1053/comp.2000.16560>
- Trippany, R. L., Helm, H. M., & Simpson, L. (2006). Trauma reenactment: Rethinking borderline personality disorder when diagnosing sexual abuse survivors. *Journal of Mental Health Counseling*, 28(2), 95–110. <https://doi.org/10.17744/mehc.28.2.ef384lm8ykfujum5>
- Volkert, J., Gablonski, T.-C., & Rabung, S. (2018). Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 1–7. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.202>
- Vulliez-Coady, L., Obsuth, I., Torreiro-Casal, M., Ellertsdottir, L., & Lyons-Ruth, K. (2013). Maternal Role Confusion: Relations to Maternal Attachment and Mother-Child Interaction from Infancy to Adolescence. *Infant Mental Health Journal*, 34(2), 117–131. <https://doi.org/10.1002/imhj.21379>
- Wiederman, M. W., & Sansone, R. A. (2009). Borderline Personality Disorder and Sexuality. *The Family Journal*, 17(3), 277–282. <https://doi.org/10.1177/1066480709338292>
- Wilkinson-Ryan, T., & Westen, D. (2000). Identity disturbance in borderline personality disorder: an empirical investigation. *The American journal of psychiatry*, 157(4), 528–541. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.4.528>
- Willis, M., & Nelson-Gray, R. O. (2017). Borderline personality disorder traits and sexual compliance: A fear of abandonment manipulation. *Personality and Individual Differences*, 117, 216–220. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.06.012>
- Winnicott, D. W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena; a study of the first not-me possession. *The International Journal of Psychoanalysis*, 34, 89–97.
- Winnicott, D. W. (2000). *The Child, The Family and The Outside World*. London: Penguin UK.

- World Health Organization. (2019). International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics (11th Revision). Získáno z <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Young, B. J., & Furman, W. (2008). Interpersonal factors in the risk for sexual victimization and its recurrence during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, *37*(3), 297–309. <https://doi.org/10.1007/s10964-007-9240-0>
- Zanarini, M. C. (2005). *Borderline Personality Disorder*. New York: Taylor & Francis Group.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Marino, M. F., Haynes, M. C., & Gunderson, J. G. (1999). Violence in the lives of adult borderline patients. *The Journal of nervous and mental disease*, *187*(2), 65–71. <https://doi.org/10.1097/00005053-199902000-00001>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., & Fitzmaurice, G. (2013). Defense mechanisms reported by patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects over 16 years of prospective follow-up: description and prediction of recovery. *The American journal of psychiatry*, *170*(1), 111–120. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12020173>
- Zanarini, M. C., Parachini, E. A., Frankenburg, F. R., Holman, J. B., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2003). Sexual Relationship Difficulties among Borderline Patients and Axis II Comparison Subjects. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *191*(7), 479–482. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000081628.93982.1d>
- Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Reich, R. B., Vera, S. C., Marino, M. F., Levin, A., Yong, L., & Frankenburg, F. R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry*, *154*(8), 1101–1106. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.8.1101>
- Zanarini, M. C., Yong, L., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., Marino, M. F., & Vujanovic, A. A. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *The Journal of nervous and mental disease*, *190*(6), 381–387. <https://doi.org/10.1097/00005053-200206000-00006>

Zepf, S. (2012). Do we need the concept of “splitting” to understand borderline structures?  
*The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 35(1), 45–57.  
<https://doi.org/10.1080/01062301.2012.10592379>

# PŘÍLOHY

## **Seznam příloh:**

1. Abstrakt v českém jazyce
2. Abstrakt v anglickém jazyce
3. Informovaný souhlas
4. Leták, který byl sdílen ve svépomocných skupinách v rámci samovýběru

**Příloha č. 1:** Abstrakt v českém jazyce

## **ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Název práce:** Vztahovost a intimita žen s hraniční poruchou osobnosti

**Autor práce:** Bc. Lucie Mannheimová

**Vedoucí práce:** prof. PhDr. Panajotis Cakirpaloglu, DrSc.

**Počet stran a znaků:** 94 stran, 184 907 znaků

**Počet příloh:** 4

**Počet titulů použité literatury:** 135

### **Abstrakt:**

Cílem této diplomové práce je popsat žité zkušenosti žen s hraniční poruchou osobnosti v oblasti vztahovosti a intimity. Práce staví na soudobých výzkumech vztahů a intimity žen s touto diagnózou. Zaměřuje se konkrétně na ženy v dlouhodobých vztazích, kterým doposud ve výzkumech nebyl věnován dostatek pozornosti. Výzkumná část zodpovídá dvě výzkumné otázky: Jak vnímají ženy s hraniční poruchou osobnosti vlastní vztahovost? Jak rozumí ženy s hraniční poruchou osobnosti svým intimním zkušenostem? Pro dosažení detailní analýzy zkušenosti sestává práce ze čtyř případových studií. Samotný sběr dat probíhal formou polostrukturovaných rozhovorů s každou ze čtyř respondentek. Žité zkušenosti respondentek byly popsány pomocí interpretativní fenomenologické analýzy, během které se zkušenosti každé z nich mísí s interpretacemi autorky práce. Výzkumná část pak shrnuje nejdůležitější témata: vliv raných vztahů, emoce, konflikt mezi blízkostí a vzdáleností, zasloužená láska, sexuální poddajnost, sex jako důkaz lásky, stabilita, bezpečí, důvěra, vztahová kompatibilita, obranné mechanismy a „zdravý vztah“. Výzkum především vyzdvihuje jedinečný aspekt individuální zkušenosti každé z účastnic.

**Klíčová slova:** hraniční porucha osobnosti, vztahovost, dlouhodobé vztahy, intimita

## **ABSTRACT OF THESIS**

**Title:** Relationships and intimacy of women with borderline personality disorder

**Author:** Bc. Lucie Mannheimová

**Supervisor:** prof. PhDr. Panajotis Cakirpaloglu, DrSc.

**Number of pages and characters:** 94 pages, 184 907 characters

**Number of appendices:** 4

**Number of references:** 135

### **Abstract:**

The aim of this thesis is to describe the lived experiences of women with borderline personality disorder in the context of relationships and intimacy. The thesis is based on current research of relationships and intimacy of women with this diagnosis. It focuses specifically on women in long-term relationships, to whom previous studies have not paid enough attention. The research part answers two questions: How do women with borderline personality disorder perceive their relationships? How do they understand their sexual experiences? The thesis consists of four case studies, in order to achieve detailed analysis of each participant's experience. Semi-structured interviews were used to collect the data. Experiences were described using interpretative phenomenological analysis, during which are the participants' experiences combined with the interpretations of the author. The research part then summarizes the most important topics: early relationships impact, emotions, conflict between proximity and distance, deserved love, sexual compliance, sex as proof of love, stability, security, trust, relationship compatibility, defence mechanisms and a "healthy relationship". Above all, the research highlights a unique aspect of each participant's individual experience.

**Key words:** borderline personality disorder, relationships, long-term relationships, intimacy



### **Příloha č. 3: Informovaný souhlas**

#### **Informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci diplomové práce**

Název práce: Vztahovost a intimita žen s hraniční poruchou osobnosti

Autor práce: Bc. Lucie Mannheimová

Vedoucí práce: prof. PhDr. Panajotis Cakirpaloglu, DrSc.

Termín realizace: 2020–2021

Místo realizace: Praha (Česká republika), online rozhovory

Prohlašuji, že jsem byla seznámena s podmínkami účasti na výzkumu „Vztahovost a intimita žen s hraniční poruchou osobnosti“ a že se jej účastním dobrovolně.

Beru na vědomí, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu jsou anonymní a nebudou použity jinak než k interpretaci výsledku v rámci diplomové práce či výzkumného článku.

Svou účast na výzkumu mohu kdykoliv ukončit, a to bez udání důvodů.

Souhlasím s průběhem sběru dat a s pořízením audiozáznamu rozhovoru, ke kterému bude mít přístup pouze výzkumnice.

Beru na vědomí, že za účelem anonymizace bude v diplomové práci uveden místo mého jména pseudonym. Rovněž v textu nebudou uvedeny konkrétní informace, které by mohly vést k mé identifikaci.

*Pozn. Jelikož byly rozhovory vedeny online, poskytly respondentky ústní informovaný souhlas na základě výše uvedených informací.*

Jste žena ve věku 25 - 35 let?

Byla Vám diagnostikována hraniční porucha osobnosti?

Jste ve vztahu trvajícím alespoň 6 měsíců?

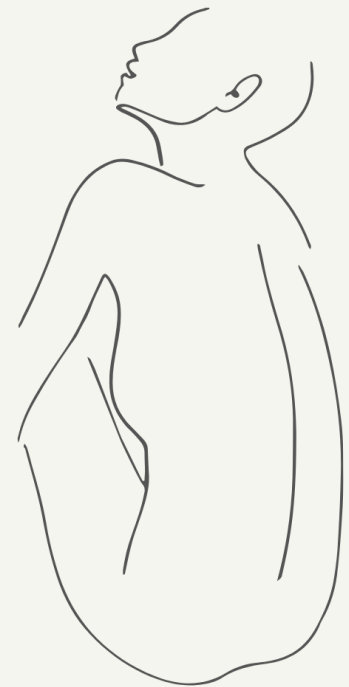
Ráda bych Vás požádala o spolupráci na výzkumu "**hraniční porucha osobnosti a vztahovost**".

Jmenuji se Lucie Mannheimová a studuji posledním rokem psychologii na Univerzitě Palackého v Olomouci.

V rámci své diplomové práce bych ráda popsala zkušenosti žen s diagnózou hraniční poruchy osobnosti ve vztazích. Přeji si, aby má práce napomohla k lepšímu pochopení prožívání žen, které jsou mnohdy stigmatizovány a nepochopeny.

Konkrétně se bude jednat o 1-2 rozhovory (osobně či online). Vaše účast ve výzkumu je dobrovolná a naprosto anonymní.

Budu Vám moc vděčná za zvážení Vaší účasti.



Pro bližší informace pište zde:

**lucie.mannheimova@gmail.com**