



Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské výchovy

**RODIČE S HRANIČNÍ PORUCHOU OSOBNOSTI A
SOUVISEJÍCÍ PŘEKÁŽKY VE VÝCHOVĚ DĚTÍ**

Bakalářská práce

Autor: Zuzana Krejčí

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Petra Sobková

Olomouc 2016

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a zdroje, které jsem použila.

V Praze dne

.....

Poděkování

Děkuji Mgr. et Mgr. Petře Sobkové za odborné a metodické vedení mé bakalářské práce. Její vstřícný přístup, podnětné komentáře, připomínky a trpělivost mi při práci velmi pomáhaly. Poděkování patří i respondentům, za jejich ochotu poskytnout rozhovor a odvahu sdílet nesnadné a nepříjemné životní zkušenosti, se kterými se setkávali.

Obsah

Úvod.....	6
I. Teoretická část	8
1 Hraniční porucha osobnosti.....	8
1. 1 Charakteristika osobnosti	8
1. 2 Poruchy osobnosti	8
1. 3 Klasifikace specifických poruch osobnosti podle DSM-5	10
1. 4 Hraniční porucha osobnosti.....	11
1. 5 Klasifikace hraniční poruchy osobnosti podle MKN-10.....	12
1. 6 Klasifikace hraniční poruchy osobnosti podle DSM-5	13
1. 6 Výskyt, příčiny, projevy hraniční poruchy osobnosti	14
2 Výchova	16
2. 1 Rodičovské postoje.....	16
2. 2 Výchovné styly.....	17
2. 3 Výchova a temperament	19
2. 4 Výchova od prenatálního období do dvou let.....	21
3 Výchovné styly rodičů s hraniční poruchou osobnosti	24
3. 1 Rizikové faktory ve výchově.....	24
3. 2 Dopad emoční nestability na dítě	27
3. 3 Intervence	29
3. 4 Prevence	31
II. Výzkumná část práce	32
4. Cíl výzkumu.....	32
5. Metodologie výzkumu	33
5. 1 Metodologický rámec.....	33
5. 2 Metoda sběru dat	37

5. 3 Způsob získávání dat	39
6. Charakteristika respondentů.....	40
7. Analýza zjištěných dat	43
7. 1 První téma: Vztah.....	45
7. 2 Druhé téma: Rodičovství.....	47
7. 3 Třetí téma: Nemoc.....	50
8. Shrnutí výzkumných šetření.....	53
8. 1 Srovnání s odbornou literaturou	54
Závěr	58
Anotace	59
Abstrakt.....	60
Seznam zkratek	61
Seznam příloh.....	62
Zdroje	63
Elektronické zdroje	66
Příloha č. 1 - Terminologie	68
Příloha č. 2 – Přepis rozhovoru z 3. 3. 2016	70
Příloha č. 3 – Přepis rozhovoru z 10. 3. 2016	76
Příloha č. 4 – Přepis rozhovoru z 12. 3. 2016	82
Příloha č. 5 – Kazuistika přítele první dotazované ženy	89

Úvod

Není úplně jednoduché najít klíč k výchově dětí, protože ve chvíli, kdy je před nás postavený tak odpovědný úkol, sbíhá se k tomuto cíli mnoho faktorů, které mohou výchovu ovlivnit, každý chce vykonat svou práci, každý se odkazuje na schopnosti, zkušenosti, právo vychovávat. Jsme ovlivněni tím, jak nás vychovali rodiče, chováme se podle toho, jaké jsou naše charakterové vlastnosti, jsme také ovlivněni kulturou společnosti, ve které žijeme. Vychovávajícím rodičem nejsme ze své přirozenosti, schopnost vychovávat musíme v sobě najít, vypěstovat. Vychovávajícím rodičem se stáváme.

Výchova není jednostranný postoj, žádá si změnu v nás samých, nejen aktivitu směrem k dítěti, ale komunikaci – mluvení i naslouchání - s potenciálem se neustále vyvíjet. Učíme se poznávat sami sebe v nových situacích, v nových rolích. Možná si myslíme, že se trochu známe, když se však staneme rodiči, najednou se procházíme sami sebou jako nepoznanou krajinou, kterou musíme objevit a kultivovat k rodičovství. Není to snadná role a není také úplně jednoznačný a jasný výsledek, ke kterému máme dojít. Každý člověk je jedinečný. Každý si pod pojmem výchova představí něco jiného. Další pojmy propojené s výchovou, jako socializace nebo informální vzdělávání, jsou pro mnohé neurčité, neznámé a příliš všeobecné.

Když se narodí rodičům první dítě, snaží se buď úplně odlišit způsob své výchovy od té, kterou používali jejich rodiče, nebo ji naopak následují. Postupně se učí získávat ve svém rodičovství jistotu. Právě tyto počáteční výchovné postoje, styly a způsoby chování k dítěti mohou být pro některé rodiče velmi těžké a přitom jsou z hlediska vývoje jejich dítěte rozhodující. Výchova dětí úzce souvisí s poznáváním a nastavováním hranic. Jsou určující pro rozvoj důvěry v sebe i v okolní svět. Překážkou ve výchově, související právě s nastavováním hranic, se může stát hraniční porucha osobnosti jednoho z rodičů, podle statistik nejčastěji matky.

Cílem teoretické části této práce je charakterizovat poruchu osobnosti a hraniční poruchu osobnosti. Specifikovat výchovu, výchovné styly, rodičovské postoje, temperament dětí a vývoj dítěte do dvou let věku jako důležité období, z pohledu

vývoje hraniční poruchy osobnosti. Závěr teoretické části je věnován výchovným stylům rodičů s hraniční poruchou osobnosti, rizikovým faktorům ve výchově, dopadům emoční nestability na dítě, prevenci a intervenci.

Cílem praktické části této práce je prozkoumat problematiku rodičovství žen s HPO. Jejich postoje, vztah a emoční naladění v průběhu těhotenství a v období do dvou let věku jejich dítěte. Zmíněné období má z pohledu vývojové psychologie velký význam pro vytvoření pevné citové vazby rodiče s dítětem.

I. Teoretická část

1 Hraniční porucha osobnosti

Obsahem této kapitoly je charakteristika osobnosti, příčin vzniku poruch osobnosti, hraniční poruchy osobnosti a s nimi související klasifikace nemocí podle DSM-5 a MNK-10. Závěr je věnován výskytu, příčinám a projevům HPO.

1.1 Charakteristika osobnosti

Osobnost člověka můžeme charakterizovat z hlediska různých vědních disciplín. Z pohledu psychologie je člověk individuum tvořené souborem somatických a psychických vlastností, z pohledu sociologického chápeme člověka v sociálním kontextu, ve vztahu ke společnosti. Ve třicátých letech 20. století americký psycholog Gordon Allport shromáždil 50 definic charakteristiky osobnosti, vytvořených různými vědami. V současné době je definic osobnosti přes 80 (Mečíř, 2003, s. 60). Z pohledu psychiatrie je člověk dynamickým souborem, který disponuje relativně trvalými vlastnostmi, utvářejícími se v průběhu vývoje. Dispozice každého člověka jsou individuální, předurčují jeho schopnost adaptace na okolí. Osobnost tvoří biologický základ, to jsou osobnostní rysy člověka, které tvoří přibližně 50 % a zbývající rysy jsou získané individuálním vývojem. Je složena z **temperamentu, charakteru a intelligence**, kdy **temperament** odpovídá biologickému základu (emočnímu projevu), **charakter** sociálnímu a psychologickému (jedinečnost člověka, povaha) a **intelligence** je výsledkem temperamentu a charakteru. (Praško, Kosová in Höschl a kol, 2004, s. 540).

1.2 Poruchy osobnosti

Podle údajů ve starší literatuře se poruchy osobnosti v populaci objevovaly v šesti až devíti procentech, novější literatura udává výskyt 11 – 23 %. Zvýšení může být připisováno jak nárůstu těchto poruch, tak jejich včasnému zachycení, v důsledku přesnější klasifikace. Porucha osobnosti je stav zahrnující psychopatie. Není považována za nemoc, ale za *extrémně vystupňované povahové a charakterové rysy*,

kteře mají za příčinu – v případě hraniční poruchy osobnosti – výrazné narušení rovnováhy organismu a prostředí (Praško, Kosová in Höschl a kol, 2004, s. 540).

Poruchy osobnosti mohou být specifické a nespecifické. V jejich souvislosti se používá pojem ego-syntonní porucha, což znamená, že zvláštnost svých projevů jedinec s poruchou osobnosti vnímá jako by byly jeho neoddělitelnou součástí, je s nimi v souladu a nepokouší se je odstranit. Nesouhlasí s tím, že by svým chováním poškodil ostatní, naopak hledá viníka, obviňuje okolí. Tyto poruchy jsou trvalejšího rázu, spíše zhoršující se povahy (Smolík, 2006, s. 355).

Příčiny vzniku mohou být biologické, psychologické, rodinné (výchovné), temperamentové, kulturní, environmentální.

Biologickou příčinou se rozumí *genetická zátěž, prenatální, perinatální poškození, úrazy hlavy, infekční, či jiná onemocnění mozku v dětství*. U některých biologických změn není jasné, zda jsou příčinou nebo důsledkem (Praško, Kosová in Höschl a kol, 2004, s. 544 – 545).

Psychologickou příčinou mohou být *vývojové potíže, zneužívání či incest v dětství, rodinné problémy*, přičemž k poruše může dojít zafixováním obranného mechanismu, skrze který docházelo k úlevě od problémů. To může podpořit například vznik histriónské poruchy – prostřednictvím disociace a popření je nepříjemný pocit nahrazen příjemným, paranoidní poruchy – skrze projekci jsou vlastní nepříjemné pocity přikládány druhým, ankastické poruchy – dojde k opouzdření, dobrému zapamatování „pravdy“, ale bez emoce (Praško, Kosová in Höschl a kol, 2004, s. 544 – 545).

Rodinné (výchovné), temperamentové, kulturní, environmentální vlivy mohou, například u úzkostných dětí při nevhodné výchově rozvinout úzkostnou/vyhýbavou poruchu, nebo při výchově v kultuře podporující agresi mohou zapříčinit paranoidní a antisociální poruchu osobnosti (Praško, Kosová in Höschl a kol., 2004, s. 544 – 545).

1. 3 Klasifikace specifických poruch osobnosti podle DSM-5

DSM-5 je Americký diagnostický a statistický manuál duševních poruch, který shrnuje jejich klasifikaci. Je používán spíše pro potřeby výzkumu. V Evropě se používá manuál Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10, který slouží potřebám klinické praxe a výuky. Protože jsou kritéria klasifikace v obou manuálech přesně definovaná, zvyšuje se velkou měrou shoda klinické praxe a výuky s výzkumem (Smolík in Höschl a kol, 2004, s. 344 - 345).

Počínaje DSM-III až k současné DSM-5 se nemoci rozdělují do pěti os, přičemž na **I. ose** se nachází aktuální, hlavní diagnóza pacienta, na **II. ose** souběžná diagnóza poruchy osobnosti nebo duševní zaostalosti (celoživotní poruchy objevující se v dětství nebo dospívání, které jsou trvalé povahy), na **III. ose** jsou tělesné choroby, vztahující se k duševním poruchám (kauzální spojitost, ovlivňující intenzitu, trvání, projevy duševní poruchy), na **IV. a V. ose** se zaznamenávají aktuální životní situaci pacienta a jeho uplatnění (Hosák, 2015, s. 39).

Obecná i specifická kritéria DSM-5 pro poruchu osobnosti jsou shodná s MKN-10, kromě Disociální poruchy a Hraniční poruchy osobnosti. Hraniční porucha osobnosti se poprvé objevila v DSM-III. a zařazení do MKN proběhlo později a složitěji (Smolík, 2006, s. 353 – 354). Poruchy osobnosti jsou v DSM-5 z pohledu podobnosti děleny do tří klastrů.

***Klastr A** zahrnuje **paranoidní, schizoidní a schizotypní** poruchu osobnosti. (osoby s těmito poruchami se často jeví jako podivíni a excentrici).*

***Klastr B** obsahuje **antisociální, hraniční, histriónskou a narcistickou** poruchu osobnosti. (jedinci s těmito poruchami často působí dramaticky, emocionálně či nevyrovnaně).*

*Do **klastru C** spadají **vyhýbavé, závislé a obsedantně-kompulzivní** poruchy osobnosti. (jedinci s těmito poruchami se často jeví jako úzkostní nebo ustrašení).*

(DSM-5®, 2015, s. 678)

Diagnostická kritéria pro poruchu osobnosti podle DSM-5 jsou:

A. Trvalý vzorec vnitřního prožitku a chování, který se výrazně liší od hodnot očekávaných v kultuře příslušného jedince. Tento vzorec se projevuje ve dvou (či více) následujících oblastech:

- 1. Kognice (způsoby vnímání a interpretace sebe, jiných lidí a událostí)*
- 2. Afektivita (rozsah, intenzita, labilita a přiměřenost emocionální reakce)*
- 3. Kvalita mezilidských vztahů*
- 4. Kontrola impulzu*

B. Tento trvalý vzorec je nepružný a prostupuje celou širokou škálou osobních a sociálních situací

C. Tento trvalý vzorec vede ke klinicky významné nepohodě nebo funkčnímu narušení v sociální, pracovní či jiné důležité oblasti

D. Tento vzorec je stabilní a dlouhodobý, jeho počátek lze zpětně vystopovat přinejmenším do doby dospívání nebo rané dospělosti

E. Tento trvalý vzorec nelze lépe objasnit coby projev nebo důsledek jiné duševní poruchy

F. Tento trvalý vzorec nelze přičíst fyziologickým účinkům žádné látky (například abúzu drog) ani jinému somatickému onemocnění (například úrazu hlavy)

(DSM-5®, 2015, s. 678)

1.4 Hraniční porucha osobnosti

Protichůdnost nálad - podrážděnost, depresi, euforii, můžeme najít už v historických pramenech lékařské literatury u Homéra nebo Hippokrata, kteří rozlišili charakter osobností podle tělních tekutin. Aristoteles a Galén, rozdělili osobnost na typ – sangvinický, cholericý, melancholický, flegmatický. Carl Gustav Jung použil dělení - extrovert, introvert, Ernst Kretschmer přišel s dělením typu osobnosti na typ pyknický, leptosomní, atletický, dysplastický. Prvním, kdo se pokusil charakterizovat HPO byl v roce 1938 Adolf Stern, a to u pacientů nezařaditelných do standardních nebo psychotických kategorií, neodpovídajících na psychoterapeutickou intervenci. Poprvé byli tito pacienti zařazeni do skupiny “hraničních neuróz”, které charakterizoval jako *narcismus, psychické krvácení, nepřiměřená hypersenzitivita, psychická a somatická rigidita, negativní terapeutická reakce, pocity méněcennosti,*

masochismus, somatická úzkost, mechanismus projekce, potíže s testováním reality. Jako základní podmínku “slabosti ega” k charakteristice HPO přidává v roce 1953 Knight (Faldyna 2000, s. 8). Diagnostikování této poruchy vychází z příčin *velmi raného vývojového narušení*. To znamená, že selhává prostředí (rodičovských postav) a nejsou vytvořené „*dostatečně dobré podmínky*“ pro vývoj ega. Výsledkem je fixace v separačně individuační fázi vývoje, odpovídající 6. – 10. měsíci. V počáteční fázi ohraničování ega se nevytvoří identita a je narušena schopnost vztahu k ostatním lidem. *Základní charakteristikou hraničních poruch je tedy porucha identity a porucha vztahovosti* (Faldyna, 2000, s. 36).

Klasifikace HPO jsou obtížné a mnohdy kontroverzní, můžeme je rozdělit na: **dimenzionální** - nepřizpůsobivé, různě prolínající se varianty osobnostních rysů, nebo **kategoriální** - spíše fenomenologické, charakteristické syndromy, navzájem od sebe odlišné, hluboce zakořeněné a dlouho trvající rysy osobnosti (Smolík, 1996, s. 353, 354).

1. 5 Klasifikace hraniční poruchy osobnosti podle MKN-10

MKN-10 je klasifikací spíše fenomenologickou, kategoriální (Smolík, 1996, s. 353, 354). Hraniční typ osobnosti v této klasifikaci najdeme pod kódem F60.3.1. v kapitole Poruch osobnosti a chování u dospělých F60 – 69, pod Specifickými poruchami F60, jako jednu z Emočně nestabilních poruch (Smolík, 1996, s. 365). Diagnostická kritéria jsou:

- 1. sklon ke zkratkovému chování bez uvážení jeho následků*
 - 2. nepředvídatelná a vrtošivá nálada*
 - 3. sklon k neuváženým emočním výbuchům a neschopnost tyto výbuchy ovládat*
 - 3. tendence k hašteřivému chování a ke konfliktům s ostatními, zvláště, jsou-li zkratkovité činy odmítány, nebo potlačovány*
 - 4. porucha představy o sobě*
 - 5. porucha cílů a osobních preferencí*
 - 6. dlouhodobý pocit prázdnoty*
 - 7. intenzivní a nestabilní interpersonální vztahy*
 - 8. tendence k sebezničujícímu chování, včetně sebevražedných náznaků a pokusů*
- (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2014)

Příčemž musí být splněna tři kritéria z výše uvedených, plus obecná kritéria pro poruchu osobnosti, aby se jednalo o HPO (Smolík, 1996, s. 366).

1. 6 Klasifikace hraniční poruchy osobnosti podle DSM-5

V této klasifikaci je hraniční porucha kódována na II. ose jako samostatná porucha (Smolík, s. 471). Příčemž tato II. osa z pěti v manuálu DSM-5 je určena pro souběžnou diagnózu poruchy osobnosti, nebo duševní zaostalosti. Na rozdíl od nemocí na ose I. jsou nemoci na ose II. celoživotní, obvykle se projevují v dětství, či dospívání a mají trvalou povahu (Hosák, 2015, s. 39). Podle specifických diagnostických kritérií pro poruchu osobnosti v DSM 5, rozčleněných do tří trsů, je HPO zařazena do trsu druhého (B) – **afektivní, dramaturgický, emotivní** (Balon, Kosová a Praško in Höschl a kol, 2004, s. 547). Diagnostická kritéria jsou:

1. *Horlivá snaha vyhnout se skutečnému, nebo domnělému opuštění*
2. *Vzorec nestabilních a intenzivních mezilidských vztahů charakterizovaný kolísáním mezi extrémní idealizací a devalvaci*
3. *Porucha identity: výrazně a trvale nestabilní sebeobraz a vnímání sebe sama*
4. *Impulzivita nejméně ve dvou oblastech, které v sobě nesou riziko sebepoškození (např. utrácení peněz, sex, abúzus látek, bezohledné řízení motorových vozidel, záchvaty přejídání)*
5. *Opakující se suicidální jednání, gesta a pohružky nebo sebepoškozující chování*
6. *Afektivní nestabilita v důsledku výrazné reaktivity nálady (např. intenzivní epizodická dysforie, iritabilita či úzkost, která obvykle trvá několik hodin, vzácně pak déle než několik dnů)*
7. *Chronické pocity prázdnoty*
8. *Nepřiměřený, intenzivní vztek či potíže s ovládním vzteku (např. častá náladovost, trvalá zlost, opakované fyzické konflikty)*
9. *V reakci na stres přechodné paranoické projevy a těžké disociativní symptomy* (DSM-5®, 2015, s. 696)

1. 6 Výskyt, příčiny, projevy hraniční poruchy osobnosti

Hraniční porucha osobnosti je častěji diagnostikována u žen než u mužů. Praško a Kosová (2004) udávají poměr 2:1, v DSM-5 se uvádí výskyt u žen v poměru k mužům 3:1 (DSM-5®, 2015, s. 699). Pětkrát častěji se vyskytuje u příbuzných 1. stupně, v porovnání s ostatní populací. V rodinách a příbuzenských vztazích, kde se jedinec s HPO vyskytuje, se častěji objevují poruchy nálady, disociální poruchy a poruchy z užívání psychoaktivních látek, deprese. Děti žen s HPO mají větší předpoklad trpět touto poruchou také (Praško, Kosová in Höschl a kol, 2004, s. 545).

Z možných příčin vzniku poruchy se bere v úvahu organické poranění mozku, sexuální zneužívání v dětství, týrání, odmítání, hyperprotektivita dítěte (Smolík, 1996, s. 367). U poruch osobnosti jsou příčinami vzniku kombinace různých faktorů, u hraniční poruchy je to často (zdeděná) zranitelnost nebo náchylnost k poruchám nálady, trauma v dětství - pohlavní zneužívání, konflikty v rodině apod. (Praško, Kosová in Höschl a kol, 2004, s. 545).

Lidé s hraniční poruchou osobnosti si myslí, že jsou v pořádku, ale svět kolem nich by se měl změnit, proto se k lékaři dostanou málokdy, a pokud jej vyhledají, jejich léčení je obtížné a náročné. Na první pohled vypadají normálně, adaptují se na prostředí i sociální situace. Může se stát, že diagnostikou podle klasifikací DSM-5 a MKN-10, odborník vůbec poruchu nepozná. Že se jedná o patologii, zjistí až hlubším porozuměním a rozpoznáním *síly ego funkcí*, zážitkem vztahu, sledováním přenosových a protipřenosových jevů. Vztah s terapeutem bývá těžký, vzhledem k nezvládnání nebo triviálnímu zvládnání pudové energie (například pocity prázdnoty, vzteku, nudy) a nerespektování terapeutovy hranice (Faldyna, 2000, s. 21 – 25). Nejúčinnějšími způsoby léčení jsou pobyty v terapeutické skupině a formy transakční analýzy - opakování určitého námětu, forma rituálu (Röhr, 2012, s. 75). Pokud jsou terapeutické schůzky strukturovány, naplňují primární potřebu závislosti jedince s HPO, která vznikla porušením separačně-individuačního procesu a jedinec se z počátku cítí dobře. Později se však stává agresivní, manipuluje. Přechází do fáze autonomie. (Faldyna, 2000, s. 33).

Zdeněk Faldyna se v roce 2000 zmiňuje o *stovkách zahraničních publikací, studií a monografií, které se tématem “borderline personality disorder” zabývají*. Absenci českého zájmu o tuto poruchu získanou v raném dětství přikládá např. *nejednotnosti autorů, kteří se tomuto tématu věnovali* (Faldyna, 2000, s. 7). Mohlo by se zdát, že se u nás s HPO příliš neseťkáváme. Přesto tato porucha existuje a vyvíjí se. Heinz-Peter Röhr v roce 2012 píše, že *v poslední době přichází do ambulantní nebo stacionární psychoterapie stále víc pacientů, ovlivněných “ranými poruchami”* (Röhr, 2012, s. 7).

Podle Faldyny (2000) jsou v mnoha publikacích zmíněny jako příčiny vzniku a nárůstu těchto poruch globální, kulturní a sociální změny za poslední století (Faldyna, 2000, s.7). Tím mohou být například politické a ekonomické zvraty a krize, rozpady hodnot po válce s dlouhotrvajícími dopady na psychiku lidí, nestálost vztahů (sociálních, rodinných), proměna směřování lidí – větší důraz na materiálně a kariéru, menší důraz na mezilidské vztahy, ekologické problémy, kriminalita, terorismus, sociálně-ekonomické nerovnosti, konzumní způsob života, rozšíření násilí v médiích (Koukolík, Drtilová, 1996, s. 47).

2 Výchova

Výchova je proces záměrného působení na osobnost člověka s cílem dosáhnout pozitivních změn v jejím vývoji. Existují různá pojetí, která jsou výsledkem sociokulturních podmínek, odlišných koncepcí pojetí člověka, kladení důrazu na jednotlivé stránky výchovného procesu (Průcha, 2009, s. 345). Aby výchova naplnila myšlenky J. A. Komenského a byla přirozená, nemusí být vykonávána podle striktních předpisů, pokynů a rad, měla by však respektovat poznatky vývojové psychologie, tzn. respektovat zákonitosti vývoje a růstu dětí (Langmeier, 2006, s. 261).

2.1 Rodičovské postoje

Přechodem od rozvojových společností k společnostem hospodářsky vyspělým se mění pohled na to, z jakého důvodu chtějí rodiče mít děti. V méně vyspělých společnostech dítě hrálo roli levné pracovní síly, v hospodářsky vyspělých zemích mají rodiče děti spíše pro uspokojení svých psychických potřeb. Rodina v dnešní době více funguje na rovině **psychologicko-emocionální** (Matějček, 1986, s. 32).

Přesto, že můžeme být na narození dítěte velmi dobře materiálně připraveni, není toto materiální zabezpečení to nejdůležitější. Podstatné jsou pro dětský vývoj postoje, které zaujímají, k ještě nenarozenému dítěti, matka a otec (Langmeier, 1959, s. 31, 32). Ty se nevytvářejí až po narození dítěte, ale už tehdy, když matka cítí pohyby dítěte (Matějček, 1986, s. 41). Ve třetím týdnu těhotenství, malému zárodku člověka – embryu – začíná tlouct srdce, pátý až osmý týden se začíná tvořit nervový systém, devátý týden můžeme zaznamenat funkce mozku a jak píše Zdeněk Matějček (1999, s. 13), *mnohé ženy však si v této době ještě ani neuvědomují, že jsou těhotné.*

Postoje vznikají na základě interpersonálního poznávání. **Vyjadřují naše pocity** a jsou součástí komunikace s okolím. Můžeme je rozdělit na tři složky – poznávací (kognitivní), citovou (afektivní) a konativní (behaviorální). **Poznávací (kognitivní)** složka zrcadlí naši pozornost, paměť, myšlení. Odráží se v ní naše názory na osoby, objekty, sociální situace, **citová (afektivní)** vyjadřuje naše pocity, emoce a **konativní (behaviorální)** souvisí s naší činností. Postoje ovlivňují naše chování. Vyznačují se

příznivým nebo nepříznivým hodnocením, sympatiemi nebo nesympatiemi. (Nolen-Hoeksema, 2012, s. 766).

Postoje, prostřednictvím kterých rodiče ovlivňují výchovu dítěte, můžeme rozdělit na:

Postoje *kladné, láskyplné, akceptující*

Postoje *zavrhující, záporné, chladné*

Postoje *kontrolující, vyžadující plnění požadavků*

Postoje *poskytující volnost a autonomii*

Postoje *vyjadřující důslednost, resp. nedůslednost*

(Gillernová a kol, 2011, s. 123)

Zdeněk Matějček shrnuje potřeby dítěte, které podporují jeho dobrý psychický vývoj, do pěti základních duševních potřeb, a to: *dostatek podnětů, smysluplný svět, životní jistotu, vědomí vlastního hodnotného „já“, neboli pozitivní identitu a otevřenou, jasnou budoucnost* (Matějček, 2005, s. 30). Konkrétní chování je první podmínka pro dobrou výchovu, kterou naplníme dítěti potřebu životní jistoty, nebo vědomí vlastního hodnotného „já“. Jako další podmínku, klade Zdeněk Matějček podmínku „rozumět dítěti“ (Matějček, 1986, s. 7). Z pohledu těchto základních duševních potřeb vyplývá, že pro jejich naplnění jsou podstatné *silné a důsledné postoje, které předpovídají chování lépe než postoje slabé a rozkolísané* (Nolen-Hoeksema, 2012, s. 772).

2.2 Výchovné styly

Výchovný styl je souhrn záměrných i spontánních způsobů chování vychovatele k vychovávanému. Neexistuje jedna obecně uznávaná klasifikace výchovných stylů. K tradičním výchovným stylům řadíme styl: **autoritativní, liberální a demokratický**. Novější kategorizace, týkající se rodinné výchovy posuzované podle nezávislých dimenzí, je například Scheferův **cirkumplexní způsob: láska – hostilita, autonomie – kontrola**. Z těchto klasifikací vycházejí i **nevhodné způsoby výchovy, jako například rozmazlující, zavrhující, nadměrně ochraňující, perfekcionistická, nedůsledná, zanedbávající, týrající, nebo zneužívající** (Průcha, 2009, s. 347).

Starší, dosud používané dělení výchovných stylů na styl autoritativní, liberální a demokratický, vychází z pozorování kontrolních dětských skupin americkým psychologem německého původu Kurtem Lewinem z roku 1930.

Autoritativní styl – vyžaduje od dítěte podřízení, uposlechnutí všech příkazů bez diskuzí, bezpodmínečnou poslušnost. Důsledkem takovéto výchovy může být dítě, které je uzavřené, nešťastné, s nízkým sebevědomím (Train, 2001, s. 48).

Liberální styl - téměř bezmezná volnost ve výchově může mít za následek to, že si dítě nevytvoří citlivost pro hranice, které přirozeně potřebuje, a proto bude stále vznášet více a více požadavků. Rodiče budou tvořit hranici až jako reakci na neúnosné požadavky a to tak, že silou nebo hrubostí a výsledkem takového výchovného stylu může být agresivní dítě (Train, 2001, s. 48).

Demokratický styl - respektuje vývojový stupeň dítěte a s ohledem na něj nese dítě nejen odpovídající stupeň volnosti a svobody, ale také odpovědnosti. Je to způsob spolupracující, respektující, založený na rozhovoru. V tomto případě jsou dětem stanovena jasná pravidla a hranice a s přihlédnutím k věku dětí je možno s nimi diskutovat. Výsledkem takovéto výchovy jsou děti svědomitější, odpovědnější a nezávislejší (Train, 2001, s. 48).

Z těchto stylů se za nejvhodnější považuje styl demokratický, který spíše vysvětluje, než trestá, dává volnost i určuje hranice.

Výchovné styly vyplývající z pozorování Kurta Lewina mohou být nepřesné, protože nevycházejí přímo ze zkoumání chování rodičů a také z toho důvodu, že se výchovné styly mohou prolínat (někdy může být rodič autoritativní, jindy liberálnější), nebo může mít jeden z rodičů přístup jiný, než rodič druhý (Langmeier, 2006, s. 269).

Z novějších kategorizací, které vycházejí z více dimenzionálního posuzování (Schaeferův cirkumplexní model, tři dimenze Beckera a jiných), vyplývají nevhodné styly výchovy, kdy při **rozmazlující výchově** vyhovují rodiče naprosto všemu, co si dítě přeje. Při **zavrhující výchově**, s odůvodněním na nezbytnost kázně, dítě odmítají, nesouhlasí s ním. Při **nadměrně ochraňující (hyperprotektivní) výchově** zabraňují

dítěti postupně získávat dovednosti. Při *perfekcionistické výchově* kladou na dítě vysoké požadavky, neodpovídající jeho věku a individualitě. Při *nedůsledné výchově* kolísají rodiče mezi krajní přísností a krajní povolností a při výchově *zanedbávající, týrající, zneužívající, deprimující* ohrožují vývoj dítěte (Langmeier, 2006, s. 270).

Výchova dětí není ovlivněna jen individuálním výchovným stylem rodičů, velkou měrou ji ovlivňuje i kultura různých národů. Dokazuje to například příklon k **liberálnímu způsobu** výchovy u anglosaských rodin, **autoritativnímu způsobu** výchovy u rodičů v Asii, na jihu a východě Evropy. V Japonsku a Korei kladou matky více důraz na fyzický kontakt a citový vztah, americké matky učí své děti, aby projevovaly své představy a požadavky. Z východní kultury výchovy vyplývá očekávání, že dítě dál ponese rodinné hodnoty a rodinnou historii, že bude pokračovatelem rodu, zatímco západní kultura klade větší důraz na autonomii a nezávislost (Průcha, 2015, s. 169).

2.3 Výchova a temperament

O temperamentu osobnosti můžeme mluvit tehdy, pokud se zaměříme na emoční stránku člověka (Mečíř, 2003, s. 61). Zakladatelé vývojových teorií jako S. Freud, A. Gessel, F. Stirnimann si uvědomovali závislost vývoje člověka na jeho individualitě, jedinečnosti, dlouhodobě se zajímali o vývojové pravidelnosti, ve kterých hraje velkou vnitřní dynamika člověka, jeho temperament.

Individuální temperament dítěte je možné rozeznat poměrně brzy, podle reakcí – libosti/nelibosti na různé podněty, se kterými se malé dítě setkává. Dělíme jej na:

1. *celkovou úroveň aktivity* – jak se dítě pohybuje při koupání, jídle, lezení, atp.
2. *pravidelnosti biorytmu* – střídání spánku a bdění, hladu, vyměšování
3. *převahu pozitivních, nebo negativních přístupů k novým předmětům* – nová hračka, nové jídlo, nova osoba
4. *přizpůsobivost na nové nebo měnící se situace*
5. *podněťový práh* – jaká míra podnětu vyvolá reakci
6. *intenzitu reakcí* – jak silnou reakci podnět vyvolá
7. *převládající emoční ladění* – radost/přátelskost versus mrzutost, hněvivost

8. schopnost odvedení pozornosti vnějším podnětem

9. rozsah a trvalost pozornosti – schopnost vydržet u určité činnosti

(Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 247 – 248)

Tyto reakce – rozměry v individuálním chování – umožňují rozdělení dětí do tří typů temperamentu – *typ snadno vychovatelného dítěte, typ obtížně vychovatelného dítěte a typ dítěte “pomalého”* (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 247 – 248).

Snadno vychovatelné dítě je pozitivně emočně laděno, má pravidelný biorytmus, je přizpůsobivé. Usmívá se, je spokojené, radostné. Rychle si zvyká na nové situace, při “nepohodě” jen kňourá. Výborně se adaptuje na nové prostředí, nové dospělé, kolektiv dětí.

Obtížně vychovatelné dítě je spíše mrzuté, negativně citově laděné s nepravidelným biorytmem a intenzivními reakcemi na vnější podněty. Nepřizpůsobivost změnám prostředí a nových podnětů. Ukřičené, ufňukané, vztekající se, vyžadující jasná pravidla.

Pomalé dítě (jde o pomalou přizpůsobivost) je méně aktivní (spíše pasivní), mírně mrzuté, vyhýbající se novým podnětům, se slabými reakcemi. Vyžaduje velkou podporu a povzbuzení (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 247 – 248).

O tom, jaký má dítě temperament, vědí nejlépe rodiče, avšak nejnovější studie ukazují, že pokud se porovná hodnocení temperamentu malého dítěte jeho matkou s objektivním pozorováním, hodnocení matky nebývá úplně v souladu s chováním dítěte, odpovídá spíše schopnosti matky sladit se s dítětem. Sladění s dítětem patří mezi základní podmínky rodičovství (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 247 – 248).

Thoma, Chessová, Birch v letech 1970, 1977 a 1989 získali poznatky, ze kterých vyplynulo, že se některé děti přes relativně příznivou výchovu dostávají do hraniční patologie a jiné se, přes výchovu spíše nepříznivou, vyvíjejí dobře. Z toho vyplynulo, že individuální vývoj jedince spočívá ve vzájemném působení dispozic dítěte (jeho temperamentu) a specifickém působení prostředí (Langmeier, 2006, s. 244). Z vědeckého pohledu probíhá vývoj dítěte zdravě, pokud dojde ke sladění dětského temperamentu s rodinným prostředím (Nolen-Hoeksema, 2012, s. 116).

2. 4 Výchova od prenatálního období do dvou let

V dítěti je při narození plno radosti ze života, tvořivosti, energie, moudrosti, lásky. Jeho vývoj může zastavit, zpomalit, nebo změnit nevědomost, zanedbávání, odmítání, podceňování, ponižování, pohlavní zneužívání, týrání, nebo jiná traumata, čímž se v dítěti potlačí jeho spontánnost, tvořivost, přirozená radost a moudrost (Röhr, 2012, s. 76). Od početí do přibližně druhého roku prochází dítě obdobím, kdy nám může připadat, že ještě zdaleka nemůžeme ovlivnit jeho vývoj. Myslíme si, že si na toto období nebude pamatovat. Zranění, která se v tomto období dítěti stanou, však někteří autoři přirovnávají k traumatu. Levine poznamenává, že ke vzniku traumatu jsou nejvíce náchylné děti v prenatálním období, protože ještě nemají vyvinutý nervový, motorický a senzorický systém (Levine, Kline, 2012, s. 42). Zdeněk Matějček popisuje výsledky výzkumu Thomase Verny, který se zabývá prenatální psychologií, které dokazují, že pokud prožívá matka delší úzkost, nebo tíživou nejistotu, je to faktor, který vytvoří *hlubokou jizvu na osobnosti nenarozeného dítěte* (Matějček, 1999, s. 15). Všechno, co se děje dítěti od prenatálního období do jeho dvou let věku, vytváří základ pro všechny systémy v jeho těle. Mezi ně patří imunita, sebevyjadřování, regulování emocí, odolnost jeho nervového systému, komunikace, inteligence, seberegulace základních funkcí, jako je udržování tělesné teploty, produkce hormonů (Levine, Kline, 2012, s. 69). Devátý až dvanáctý měsíc od narození, může být ve vývoji dítěte rozhodující pro rozvinutí důvěry, nebo vytvoření nedůvěry v okolí a také v sebe samotné. Období vývoje od prvního roku do druhého roku věku zase může mít velký vliv na rozvoj jeho samostatnosti. Pokud tento vývoj neproběhne, dojde k jeho potlačení, v dítěti se vytvoří pocit studu a nejistoty (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 243).

Vývojové období dětí od narození do jednoho roku zkoumal několik let René Spitz. Toto období jej zajímalo především z důvodu zjištění těžkých deprivacních poruch u dětí, které vyrůstaly v ústavěch bez možnosti vytvoření normálního vztahu k jedné osobě (matce). Výsledek svého bádání popsal v několika studiích, vydaných v letech 1945, 1946 a 1950. Na základě výzkumu rozdělil prvních dvanáct měsíců ve vývoji dětí na tři období. Stádium **preobjektální (1. – 3. měsíc)**, stádium **předběžného objektu (3. – 6., případně 8. měsíc)** a stádium **objektu (od 6. až 8. měsíce do**

jednoho roku). V preobjektálním stádiu dítě nevykazuje známky rozlišení a trvalosti vztahu k objektům věcným ani sociálním. **Ve stádiu předběžného objektu** dítě vnímá rysy obličeje nebo úsměv jako signál. Dokáže lidský obličej odlišit od ostatních objektů. Takto navázaný vztah má však k jakékoliv osobě, která je k němu dostatečně blízko, mluví na něj nebo se usmívá. **Ve stádiu objektu** – mezi šestým až osmým měsícem – se dítě pudově naváže ke známé tváři. Tento vztah v něm naplňuje uspokojení potřeby lásky a bezpečí. Při odloučení, které může být i krátkodobé (osoba může být jen v jiné místnosti), zažívá dítě **separační úzkost**. Stádium objektu je možné rozpoznat nástupem úzkosti a strachu u dítěte. Objevuje se také strach z cizích osob. Tyto úzkosti a strach nejsou ukazatelem poruchy, ale přirozeného vývoje dítěte (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 63).

Etapu **separace – individuace** popisuje Mahlerová. Z jejího zkoumání dětí od narození do tří let věku, jde o třetí etapu vývoje – od čtvrtého měsíce do tří let, se subfázemi **diferenciace (4. – 10. měsíc), procvičování (10. – 16. měsíc), znovusblížení (16. – 25.) a individuace (25. – 36. měsíc)**. Dítě si uvědomuje svoji matku, prožívá úzkost a strach z odloučení, procvičováním se úzkost zmírňuje, až je dítě ve třech letech schopné si chvíli samo hrát, případně snese i krátkodobé odloučení. Dosahuje individuace, rodí se jeho psychologické „já“. Zvnitřní a začlení si obraz matky (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 64).

Longitudiální studie Ainsworthové z let 1978, 1989 přinesly hodnocení kvality vztahu dítěte k matce v období prvního roku života dítěte. Z reakcí, které u dětí vyvolalo krátké odloučení od matky, rozdělila děti do skupin:

- děti s jistým vztahem k matce
- děti s nejistým vyhýbavým vztahem k matce
- děti s nejistým rezistentním vztahem k matce
- děti s nejistým dezorganizovaným vztahem k matce

Matky dětí s jistým vztahem k ní, byly popisovány jako citlivé, senzitivně reagující, což se ukázalo být v pozdějším věku dítěte pozitivní ve smyslu sebejistoty dítěte a bezproblémového navazování vztahů. Matky dětí s nejistým, vyhýbavým, rezistentním, dezorganizovaným vztahem k ní, se projevovaly odmítáním tělesného kontaktu, malou citlivostí, nedostatkem výrazů emocí, neposkytujících dětem

potřebnou péči a ochranu, což pro tyto děti v pozdějším věku znamenalo větší riziko agresivity, zlosti, vzdoru a v posledním případě i zvýšeného rizika vzniku psychiatrického onemocnění (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 66).

Pokusy zabývající se připoutáním dětí v raném věku potvrzují velký význam emočního vývoje v dětství s významným přesahem. Kvalita raného emočního vývoje ovlivňuje kvalitu osobního prožívání a sociálních vztahů nejen dětství, ale po celý život. *Podmínkou rychlého a složitého vývoje je ovšem dostatečná podnětnost prostředí, jeho přehlednost, stabilní strukturovanost a přítomnost osoby, která zajišťuje kontinuitu něžné, láskyplné a citlivé péče, to vše dává záruku pocitu bezpečí, jehož vývoj v prvním roce je předpokladem zdravého duševního vývoje v dalších letech* (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 71).

Je dobré respektovat vývoj dítěte. Nacházet v rytmu dne míru zátěže. Velké množství podnětů a přehánění může způsobit jeho přehlcení. Není přesný návod na množství předkládaných podnětů, vše záleží na hranici dětské odolnosti. Tu mohou rodiče poznat pozorováním. Opozdit ve vývoji se může dítě s nedostatečně podnětným prostředím, naopak úzkostné, nebo dokonce traumatizované může být dítě, u kterého nebudeme individuálně respektovat varovné signály jeho nervového systému (Matějček, 1999, s. 31). Náповědou k pochopení fungování nervového systému a hospodařením s ním, nám může pomoci teorie a používání komfortních zón, které se využívá v zážitkové pedagogice (Činčera, 2007, s. 19). Pokud se nahromadí mnoho “obyčejných” událostí, které dítě nezpracuje, mohou způsobit katastrofu. Přestože Levin přichází s myšlenkou, že trauma je záležitostí lidské fyziologie a z této podstaty se dá léčit, důsledky dětských traumat nebývají vždy léčeny a jejich následky zůstávají často trvalé (Levine, Kline, 2012, s. 29 - 30).

3 Výchovné styly rodičů s hraniční poruchou osobnosti

Základem výchovy dětí jsou vzájemné interakce, přesněji vyladěnost v čase, kdy matka okamžitě reaguje na projevy dítěte. Z mnoha výzkumů vyplynulo, že pokud matka reaguje na pláč novorozence do 90 sekund, je v dalším vývoji dítě spokojenější, méně pláče a lehčeji se dá uklidnit. Další důležitou interakcí je reakce rodičů na nastupující únavu dítěte nebo jeho zájem o pozornost. V prvních měsících života jde především o stabilitu interakcí a konzistentní péči, její srozumitelnost a předvídatost, synchronizaci a emoční vyladění (Langmeier, 2006, s. 45).

3.1 Rizikové faktory ve výchově

Vnímání dětí a význam dětství se od starověku až do dneška proměňovaly. Od doby, kdy mělo dítě nulovou hodnotu, dále kdy s příchodem křesťanství začal být život dítěte rovnocenný s životem dospělého, přes 14. – 17. stol., kdy se začalo dětství považovat za přípravu na dospělost a potřeby dětského vývoje začaly být naplňovány, až k důrazu na to, že první tři roky života mohou být pro dítě, z pohledu jeho vývoje, zásadní do té míry, že jej ovlivní na celý život. K tomuto se dospělo až ve 40. letech 20. století (Matějček, 1995, s. 32, 33).

Jako důležité pro vývoj dítěte v raném věku zmiňuje Zdeněk Helus (2015) **uspokojení potřeby pevné citové vazby k pečující osobě, respektive takzvaného raného připoutání, nebo též symbiotického vztahu s pečující osobou/matkou. Není-li tato potřeba uspokojena, dochází u dítěte ke strádání, pro které se vžil termín citové sociální deprivace. Deprivace má vážné a dlouhodobé, mnohdy trvalé následky s různými příznaky, například poruchy způsobilosti vnímat lásku druhých lidí k sobě a projevovat ji vůči nim, neschopnost vcítit se do druhých a neschopnost očekávat vcítění druhých vůči sobě, neschopnost rozpoznávat city druhých osob a komunikovat své vlastní citové stavy.** (Helus, 2015, s. 174).

Prostřednictvím pohledů, zvuků, úsměvů, pláče, proniká dítě od svého narození do světa, ve kterém hledá blízkého člověka (obvykle matku). Tím, že matka vrací dítěti pohledy a úsměvy, formuje jeho sociální chování. Zrcadlením a vzájemným naladěním

mezi sebou vytvářejí bezpečný vztah. Reakce, kterými matka odpovídá na dětské projevy, v něm pomalu upevňují uvědomění, že ve vztahu hraje určitou roli. Dítě se učí odlišovat samo sebe od matky, rozvíjí smysl pro já, individualizuje se. Internalizuje (zvnitřňuje) si její obraz. Vnímá, že matka má svoje pocity. Nabývá schopnosti uvědomit si přítomnost jiné osoby a zároveň zažívá svoji oddělenost od ní. Učí se regulovat své emoce. Stálost objektu (matky) se pro dítě stává „prostředím“, které ho podporuje ve vývoji. Podle toho, jestli matčina přítomnost přináší radost a bezpečí, nebo jestli její nedostupnost vyvolává úzkost, si v sobě vytváří obraz „dobré“ nebo „špatné“ matky (Chlebowski, 2013).

Psychiatrická klasifikace, která se silně opírá o psychoanalytické zkoumání, pokládá za příčinu vzniku hraniční poruchy osobnosti narušený raný vývoj dítěte a to způsobem kontaktu **deficitním**, nebo **konfliktovým** (Křivková, 2015).

Deficitním (podle Mahlerové), ke kterému dochází mezi 15. – 24. měsícem vývoje, kdy je dítě závislé na matce a současně se snaží o samostatnost/vzdalování. Tento proces vyžaduje od matky poskytnutí bezpečí i svobody. Jsou to protikladné, rychle měnící se potřeby s velkými nároky na adekvátní reakci matky. Nezvládnutí tohoto separačně-individualizačního procesu se může projevovat patologií v dospívání a dospělém věku (Křivková, 2005).

Konfliktovým (podle Kernberga), který vychází nejen z porušeného kontaktu mezi dítětem a vychovatelem, ale bere v úvahu i konstituci dítěte, jeho sníženou toleranci úzkosti a agresivní nastavení. Za možnou příčinu vzniku poruchy pokládá narušení třetí ze čtyř etap vývoje vztahu a to období mezi 4. - 12. měsícem vývoje (Křivková, 2005).

Jedinečným aspektem matek s HPO, projevujícím se v jejich chování, je **kolísání nálad** mezi extrémními formami:

- nepřátelské kontroly/pasivní lhostejnosti
- nepřátelské kontroly/pasivní devalvace chování
- krutým trestem/tolerantní strategií

Je zároveň přítomný **strach z opuštění** (Fruzzeti, 2011). Matky s HPO mají velké potíže s **emocemi**, emoční dysregulací a s tím spojené mezilidské deficity, nedostatek podpůrných a ověřovaných vztahů. Dítě se tedy nachází v prostředí kde:

- matka má specifické problémy HPO (obava, strach z opuštění, kolísání nálad)
- problémy související s obecnou nouzí a dysfunkce, jako například depresivní nálady, vysokou úzkost, málo energie
- rodičovské deficity spojené s nedostatkem dovedností, včetně řízení emocí nebo regulace

(Stepp, 2012)

Stresové situace, které může přinést porod a poporodní období mohou v ženě s HPO vyvolat otázky kolem péče o dítě. Vnímá sebe jako oběť a proto si myslí, že potřebuje péči sama (Hobson & kol. in Chlebowski, 2005). Ženy s HPO často touží mít dítě, jako idealizovaný objekt, který vyplní jejich vnitřní prázdnotu a doplní jejich neúplnost. Z toho důvodu se také mohou bát osamostatnění dítěte, protože tak zase ztrácí „kus sebe“. Jakmile dítě, o kterém si myslely, že je bude vždy milovat a bude vždy přítomno, začne mít požadavky, naučí se říkat „ne“, bude se chtít osamostatňovat, pociťuje to matka jako odmítnutí, zažívá úzkost, strach z opuštění a odmítnutí (Masterson in Chlebowski, 1986). Tolerovat nepředvídatelné chování dítěte je pro matku s HPO obtížné (Mahler in Chlebowski, 1971). Pocity viny a agresivity, které se u matky vyvinuly při procesu její separace a individuace, projikuje na dítě, a tím se v něm vytváří vztek, pocit hanby, deprese. Dítě potřebuje zažít pocit, že jej matka bezpodmínečně miluje, přijímá přesto, že se k ní někdy chová agresivně. Nepodmíněná láska dovoluje dítěti vývoj dalších dovedností (Chlebowski, 2013). Výsledek podmíněné lásky vytváří v dítěti intrapsychický konflikt (depresi, pocit špatnosti) mezi tím zůstat závislé nebo se osamostatnit.

Některé typy temperamentu dítěte a neschopnost matky s HPO uvědomovat si svoje pocity, štěpení (splitting), mohou být překážkou vzájemného naladění (emocionálního spojení), vytvoření vzájemné vazby. Může mezi nimi dojít i k chronické neshodě. Sblížení mohou bránit přísné hranice matky i jejich absence. V důsledku toho nedojde u dítěte k odlišení od matky a prochází jen částečně, nebo vůbec, fází individualizace

(Chlebowski, 2013). Bez stálosti objektu (matky) nedojde u dítěte k sebeintegraci, nevyvinutí schopnosti sebezklidnění a může vzniknout riziková regrese, jako prostředek zvládnání stresu (Adler & Buie in Chlebowski, 1979).

HPO může ovlivňovat schopnost být rodičem a ohrozit děti rozvinutím této poruchy u nich samotných. Rodiče s nezvládnutou poruchou nemohou učit své dítě, jak zvládat a řídit emoce, řešit obtížné situace, nebo vztahy, pokud sami takové dovednosti nemají (Stepp, 2012). Rodičovství často přeruší hospitalizace matky. Odloučením dítěte od matky vznikne v dítěti nejistota, výsledkem které může být „křehkost“ dítěte. Může mít obrovskou touhu po spojení s matkou, kterou ve výsledku odmítne, protože často chyběla. Pokud dojde k odloučení v kritickém věku kolem dvou let, stává se dítě zranitelnější (Winnecott in Chlebowski, 1960).

Problémy s nemožností navázat dlouhodobý podporující vztah a prostředí, ve kterém matka žije (příbuzní mívají také často rysy HPO) způsobují, že kolem matky s HPO není často vyhovující sociální prostředí, které by ji podpořilo (Chlebowski, 2013).

3.2 Dopad emoční nestability na dítě

Výchova rodičem s hraniční poruchou osobnosti s sebou nese velkou emoční nestabilitu, která může mít zásadní dopad na dítě. Může u dítěte rozvinout různé psychologické problémy, nebo také rozvoj stejné poruchy. Těmto rodičům nemusí dostatečně „nástroje“ pro výchovu a sami sebe i dítě dostávají do zátěžových situací charakterizovaných **agresivitou a nepřátelstvím** (Nolen-Hoeksema, 2012, s. 660).

Emocionální zátěží může být **přenášení odpovědnosti za své chování na dítě** (případně na ostatní), **nebo používání dětí jako poradců v osobních záležitostech**. V obtížných situacích se rodiče spoléhají na děti (případně na ostatní) a o pomoc si - z důvodu nízké sebedůvěry - nežádají zralým způsobem, ale nepřímou a manipulací (Nolen-Hoeksema, 2012, s. 660). Kromě toho, že si děti odnášejí z takového nevyváženého vztahu nejistotu, pocity viny, pocity smutku po ukradeném dětství, mohou se u nich rozvinout deprese, úzkosti (sebevražedné sklony), poruchy chování, sebeovládání, emoční a osobnostní poruchy, alkoholismus, užívání drog (Hosier, 2013). Narušení separačně-individuační fáze se pokládá, z pohledu psychoanalytické teorie, za jednu z možných příčin změny v chápání pohlavní identity, která se

projevuje jako homosexualita (Faldyna, 2000, s.30). Tyto případy vyžadují nezbytně profesionální podporu. V Americe, která tuto poruchu zařadila do klasifikace nemocí dříve než Evropa, se odhaduje výskyt u šesti miliónů lidí. Z toho také můžeme usuzovat, že existuje mnoho dětí, které tito rodiče vychovávají.

Jak děti popisují pro ně nepředvídatelné rodinné prostředí, které jim v jednu chvíli přináší náklonnost a vzápětí vztek od matky? **Je nepředvídatelná, popírá, co se stalo, vidí vše v extrémeh (černé, bílé – všechno nebo nic), vybuchuje vztekem, dohání mě k šílenství, přenáší na mě negativní pohled na svět, nevěřím jí, nenávidím ji.** Z tohoto stresu si potom vytvářejí závislosti, které jim přináší krátkodobou úlevu. Stres může přecházet i do psychóz, jako reakce na odmítnutí, opuštění (Hosier, 2013).

Z dlouhodobého výzkumu Katedry psychologie Filosofické fakulty Univerzity Karlovy, ve kterém bylo zkoumáno více než 1400 adolescentů ve věku 15 – 17 let, a který se týkal formování osobnosti v rodině, vyplynulo, že pro nejpříznivější vývoj osobnosti – *svědomitosti, stability a dalších subsystemů je nejpodstatnější autentický lidský a kladný emoční vztah rodiče k dítěti.* Při výzkumu byly posuzovány rodičovské postoje, formy komunikace, styly výchovy. Vyhodnocovaly se přednosti vytvořeného analyticko-syntetického modelu výchovy v různých dimenzích a srovnávaly se se způsobem výchovy s rozporným řízením a rozporně-kladným emočním vztahem k dítěti. Výchova s rozporným řízením a výchova s rozporně-kladným emočním vztahem byla zjištěna ve třetině rodin, přitom tento způsob výchovy úzce souvisí s problémovými adolescenty. Z výzkumu vyplynulo, že zkoumané vztahy jsou výsledkem spolupůsobení výchovy v rodině a osobnosti dítěte, kdy výchova ovlivňuje dítě, které má zpětně vliv na rodiče a jejich postoje vůči němu (Čáp, Boschek, 1996). Právě takové rozporné řízení a výchova s rozporně-kladným emočním vztahem odpovídá výchově rodičem s HPO a souvisí s rozvojem HPO u dětí. Linehanová (2001) tvrdí, že *v životě lidí s HPO se vyskytovaly blízké osoby, které znevažovaly a kritizovaly jejich emoční prožitky, což mělo za následek vývoj poruchy - neschopnosti regulovat emoce.* Krajní situace, do které se osoby s neschopností regulace emocí dostávaly, vedly k impulzivním činům (Linehanová in Nolen-Hoeksema, 2012, s. 660). Je to právě nezvládnutí regulace emocí a adaptivního chování, které se projeví v situacích, kdy jsou od dítěte vyžadovány sociální

kompetence, to je v časně dospělosti a později v dospělosti (Praško, 2007). Dívky, jejichž matky mají HPO, mají potíže s vnímáním sebe sama a sociálními interakcemi, mají také problematický vztah se svou matkou, nedostatek sociálních dovedností, slabou emocionální regulaci a obtížně zvladatelné dospívání (Herr in Chlebowski, 2008).

Rodičovská výchova hraje velkou roli při přenosu HPO z rodiče (nejčastěji tedy matky) na potomka. Z tohoto pohledu je důležité klást důraz na prevenci a včasnou intervenci. K tomu, aby k nim mohlo dojít, je nezbytné vybrat správná měřítka, kódovací schémata, která by umožnila rizikové faktory (deficity chování) posoudit a následně dynamičtěji přistoupit k individuálnímu hodnocení a léčbě (Stepp, 2012).

3.3 Intervence

Výzvou identifikovat specifické rodičovské deficity matek s HPO je podle Steppa (2012) nejen velká různorodost této poruchy, ale i její vysoký výskyt. Výzkum by nám mohl přinést větší světlo do toho, jaký vliv a dopad má rodičovství s HPO na děti prostřednictvím přenosu. Nejasnosti při identifikaci problémů přináší takové studie, které často zkoumají rodičovské chování, ale navzájem posuzují různá vývojová období dětí (Stepp, 2012).

Včasná diagnostika a péče o ženy s HPO před mateřstvím by velmi ovlivnila kvalitu vztahu matka/dítě a také vývoj dítěti. Velká část žen s HPO nediskutuje problémy, které mohou nastat, nebo nastanou v interakci s dítětem. Nemají vhléd do těchto otázek. Psychodynamická podpora matek s dysfunkčně zvnitřněným objektem může kladně ovlivnit roli mateřského objektu, může pozitivně přispět k procesu slučování dítěte a matky a tím podpořit vývoj dítěte (Chlebowski, 2013). Jeny Macfie se ve svém článku o důležitosti intervence u matek s HPO zmiňuje o výzkumu komunikace mezi kojenci a matkami s HPO, kojenci a matkami s depresemi a kojenci a matkami, které jsou bez psychické diagnózy. Narušená komunikace byla zjištěna u 45 % matek bez psychiatrické diagnózy, u 47 % matek s depresemi a u 85 % procent matek s HPO (Macfie, 2012).

Intervence matku s HPO povzbudí a za pomoci dynamické dekonstruktivní terapie může matka pochopit připojení se svou vlastní matkou. Může se naučit utišit své pocity strachu nedestruktivními způsoby, získaným nadhledem ovlivnit zvládání uspokojování potřeb svého dítěte, uvědomit si, že pocit opuštěnosti není univerzální pocit (Chlebowski, 2013).

Existuje velmi málo empirické literatury pojednávající o HPO. Pojímání této poruchy se stále proměňuje a to i v klasifikačních manuálech, proto je nesnadné určit rizikové faktory této poruchy. Problém je také v tom, že u mnoha jiných poruch se vyskytují stejné symptomy, jako u HPO (Fruzzeti, 2011). Mezi odborníky panuje shoda, která upozorňuje na důležitost intervence u matek s HPO z pohledu vývoje jejich dětí a také proto, že tyto matky zažívají velkou míru úzkosti týkající se rodičovství a vztahu se svými dětmi. Pokud se zaměříme na zlepšování jejich rodičovských dovedností a znalostí vývoje dítěte, regulaci emočních dovedností, poskytnutí psychoedukace, dojde ke zmírnění úzkosti a přesto, že se stále tyto symptomy úzkosti mohou objevovat, rodičovské chování na nich nemusí být závislé (Stepp a kol., 2012).

Včasná intervence u matek s HPO může být dobrou šancí pro dítě. Pokud má samo genetické předpoklady pro vznik HPO, které zdědilo po matce a ta má na své problémy náhled, protože prošla psychoedukací, která obsahovala například - **modelování dysfunkčního chování (sebepohrdání, odmítání, nepřijetí, řízení strachu z opuštění, špatné chování ve vztazích), řešení problémů jako je chaos, konflikt, zoufalství, nepřátelství a zvládání obtíží způsobených všeobecnou nouzí**, může u dítěte rozpoznat symptomy a ví, jak se dítě cítí. Dokáže mu sama pomoci v regulaci jeho chování. Podle Steppa je potvrzená účinnost psychoedukace u HPO stejně jako u mnoha psychopatologií. Proto je třeba rodiče s HPO zaangažovat do kompletních, relativně krátkých intervencí, které se zdají být efektivní a účinné (Stepp, 2012).

V článku Možnosti psychoterapie a možnosti kognitivně-behaviorální terapie u lidí s HPO J. Praško (2007) popisuje dialekticko-behaviorální terapeutický přístup, vyvinutý M. Linehanovou, která ambulantní formou kombinuje skupinové behaviorální terapie a individuální dialektické terapie. **Skupinové behaviorální terapie** jsou zaměřené na nácvik sociálních dovedností (tento program má daný řád) a **individuální terapie**, která je založena na rozhovoru o protikladných postojích a

chování, se zaměřením na zvýšení schopnosti přijmout, tolerovat a zvládnout své emoce (tento program se může pružně přizpůsobit potřebám klienta). Základem je práce s **regulací afektů** (konfrontace s rozpory v chování a napětím, vnímání vnitřního prožívání v souvislosti s impulsy chování, schopnost zvládnání zátěžových situací). Spočívá např. ve *validační strategii, kontingenční a kognitivní strategii, dialektické strategii, strategií řešení problémů, strategii k rozšíření kompetencí a vztahové strategii*. S terapií také souvisí zpracování traumatických situací z minulosti a vytváření sebeúcty, sebepřijetí u klientů. V pěti kontrolovaných studiích se při takto pojatém terapeutickém přístupu, prokázalo snížení četnosti sebepoškození, zlepšení sociálního přizpůsobení a snížení užívání drog. Je zde také zmíněna důležitost podpory mezi terapeuty a nezbytnost supervizí (Praško, 2007).

3. 4 Prevence

Chlebowski (2013) se ve svém článku zmiňuje o tom, že by se mělo mezi lékaři zvýšit povědomí o HPO a následně také péče o tyto ženy. Doporučuje vytvoření dotazníku na odhalení rizikových skupin, případně odeslání žen k psychiatrickému vyšetření při podezření na HPO. Prevencí by mohla být také psychoedukace u dospívajících dívek (například prostřednictvím pediatrů), kde by se diskutovala zodpovědnost mít dítě a také to, že mít dítě bezpodmínečně neznamená, že se člověk cítí být milovaný (Chlebowski, 2013).

II. Výzkumná část práce

4. Cíl výzkumu

Teoretická část charakterizovala poruchu osobnosti a hraniční poruchu osobnosti. Byla v ní specifikována výchova, výchovné styly, rodičovské postoje, temperament a vývoj dítěte do dvou let věku, jako důležité období z pohledu vývoje hraniční poruchy. Dále byly popsány rizikové faktory ve výchově dětí rodiči s HPO, dopady emoční nestability na dítě, možnosti intervence a prevence.

Praktická část navazuje na teoretickou část. Jejím cílem je prozkoumat problematiku rodičovství žen s HPO. Jejich postoje, vztah a emoční naladění v průběhu těhotenství a v období do dvou let věku dítěte, kdy právě v tomto období dochází mezi dítětem a matkou k ranému připoutání, symbiotickému vztahu. Neuspokojení této potřeby dítě deprimuje a zanechává na něm vážné a trvalé následky (Helus, 2015, s. 174). Narušení dětského vývoje v období do dvou let je pokládáno za příčinu vzniku hraniční poruchy osobnosti (Křivková, 2005). Závěry práce by mohly přispět k lepšímu pochopení situací a problémů, ve kterých se ocitají matky s HPO, nahlédnout, jak vnímají svou rodičovskou roli a pomoci rozpoznat příležitosti k účinné intervenci.

Výzkumná otázka: Jak prožívají ženy s HPO rodičovství ve vztahu ke svým dětem do 2 let věku?

5. Metodologie výzkumu

Metodologická část představí metodu výzkumu a důvody, které k jejímu zvolení vedly.

5.1 Metodologický rámec

Z pohledu cíle výzkumu, který je zaměřen na zkoumání postojů, emocí, vztahů, byla zvolena **kvalitativní metoda výzkumu** jako přístup, který využívá principy jedinečnosti, neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky (Miovský, 2006, s. 18). Kvalitativní výzkum se používá v případech, kde by kvantitativní přístup nebyl dostatečný z pohledu složitosti zkoumaných sociálních a psychických jevů. Je vhodný pro zkoumání emocí a prožívání, motivace, etických hodnot, vnímání hodnot v psychologii umění a estetiky. Zkoumá člověka v souvislostech, snaží se o co nejlepší poznání, negeneralizuje (Miovský, 2006, s. 35). Těmi, kdo první prosadili používání kvalitativní metody zkoumání v pedagogice, byli Schleimacher a Dilthey (Hendl, s. 2).

Vzorem pro kvalitativní výzkum je **interpretativní paradigma**. Jeho podstatou je porozumět významu lidského jednání a zkušeností. U zrodu tohoto přístupu bychom našli Aristotela, který chápe vývoj v kontextu s historií. Vnímá nejen význam, ale i hodnotu věcí, tvoří základ pro zkoumání prostřednictvím dedukce i indukce.

Na rozdíl od kvantitativního průzkumu, kvalitativní průzkum neprobíhá lineárně. Vzorkování, sběr dat, analýza, interpretace probíhají v cyklech (Hendl, s. 6). Hendl cituje Lincolnovou a Gubu (1985), kteří navrhují plánování kvalitativního výzkumu takto:

1. určení cíle, zaměření kritérií a hranic výzkumu, které se však mohou během zkoumání měnit
2. rozhodnutí, jestli kvalitativní přístup bude vhodným způsobem zkoumání
3. zvolení místa a způsobu sběru dat
4. nastavení jednotlivých fází výzkumu
5. výběr jiných možností sběru dat
6. organizace sběru dat (způsob kladení otázek, jejich přepisování)

7. navržení způsobu zpracování, analýzy
 8. vytvoření harmonogramu, odhadnutí finanční náročnosti a plánování činností spojených se sběrem dat
 9. zajištění dobrého průběhu celého výzkumu
- (Hendl, s. 5, 6)

Použití kvalitativního typu výzkumu v této práci bude směřovat ke zjišťování pohledu žen s HPO na jejich těhotenství, na to, jakým způsobem u nich probíhal porod a jak zvládaly poporodní péči o dítě a jakým způsobem řešily etapy vývoje dítěte, období separace a individuace.

K interpretaci výzkumu byla zvolena metoda tematické analýzy, která je vhodná pro identifikaci, analýzu a interpretaci vzorků v rámci zkoumaných dat. Analýza může buď sledovat zkušenosti, zážitky, realitu zkoumaných osob - esencialistický pohled nebo může pozorovat, do jaké míry jsou tyto zkušenosti, zážitky a realita efektem, který vytváří širší společenská diskuze - konstrukcionistický pohled, případně se může nacházet mezi nimi a nahlédnout, jaký význam zkušenostem, zážitkům a realitě přikládají účastníci a jaký dopad má na ně širší společenský kontext - kritický realizmus (Braun & Clarke, 2006, s. 9).

V rámci tematické analýzy se hledají opakující se **témata** (vzory), významy, které jsou podstatou analýzy, a které se dále větví do podtémat. Zachycují důležité údaje ve vztahu k výzkumné otázce. Snaží se teoretizovat společensko-kulturní kontexty, strukturovat podmínky vycházející z dat, která jsou k dispozici. Když jsou určena témata, přechází se na zkoumání vztahů a to jak uvnitř témat, tak mezi tématy navzájem. V duchu kvalitativního výzkumu nemusí vždy velký počet údajů zaručovat vytvoření tematické skupiny (Braun & Clarke, 2006, s. 6). K odhalení témat je možné dojít způsobem **induktivního kódování** nebo využít **dedukci**, podloženou literaturou, případně zkušenostmi výzkumníka. Vše v souvislosti s položenou otázkou. Čím je méně konceptů, které jsou vytvořeny předem na základě literatury, tím může být pozorování pružnější, alternativnější. Koncepty vyplývající ze sledování a porovnávání slov jsou vypovídající více ve spojení s pozorováním neverbálních prostředků, rychlosti, hlasitosti, proměn hlasu, způsobu smíchu nebo pláče.

Spíš než jako metodu Boyatzis (2003) charakterizuje tematickou analýzu jako vhodný nástroj, sloužící k používání různých metod (Boyatzis in Braun & Clark, 2006, s. 4). Braun and Clark však tvrdí, že by se tematická analýza měla považovat za metodu v pravém slova smyslu. Aby mohla být dobře využitelná a neztratila při zkoumání flexibilitu (jednu ze svých největších výhod), je důležité dodržovat pokyny a pravidla (6 fází analýzy). Pokud se jimi budeme řídit, je možné tematickou analýzu používat jako suverénní metodu (Braun & Clarke, 2006, s. 16 – 23).

Fáze I.

Seznámení se se sesbíranými daty.

Je důležité se do dat ponořit, poznat jejich rozsah a hloubku. Ponoření znamená data opakovaně aktivně číst, hledat významy, vzorce. Než začneme kódovat, data bychom měli mít nejméně jednou přečtená, protože to je právě ten způsob, jak se vzorce formují. Píšeme poznámky, označujeme myšlenky, snažíme se o přesné porozumění, srovnáváme přepis s nahrávkou. Nepřeskakujeme tuto fázi, protože se stává základem pro celou další práci.

Tento způsob zpracování dat nám umožní pochopit, proč se v kvalitativním výzkumu pracuje s méně respondenty. Opakované čtení je časově náročné (Braun & Clarke, 2006, s. 16).

Fáze II.

Generování výchozích kódů

Začíná ve chvíli, kdy máme vygenerovány zajímavé myšlenky. Vytváříme z nich kódy a řadíme je do smysluplných skupin. Sada dat nemusí být bez rozporů. Kódy se odlišují od témat v tom smyslu, že témata budou mít širší význam:

- a. kódujeme co nejvíce potenciálních témat (vzorců)
- b. zachováváme i část okolních dat tak, aby se neztratil kontext
- c. výtah může být ve více režimech najednou – okódovaný, neokódovaný jednou nebo dvakrát

Píšeme poznámky do textu, děláme výpisky dat, které shromažďujeme, třídíme. Používáme zvýrazňovače, barevné propisky, lepicí rozlišovače (Braun & Clarke, 2006, s. 18).

Fáze III.

Hledání témat

Data jsou identifikována, okódována, spojena. Máme dlouhý seznam kódů. Vytváříme argumenty, nastává fáze interpretativní analýzy. Analyzujeme kódy, přemýšlíme nad jejich kombinacemi tak, aby vytvořily zastřešující téma. Můžeme pracovat vizuálně, pomocí myšlenkových map, tabulek. Napsat kódy na papírky a různě je seskupovat. Vytvářet témata, subtémata, případně některé kódy „zahodit“ do vytvořené skupiny „Různé“ (Braun & Clarke, 2006, s. 19).

Fáze IV.

Revize témat

Začíná ve chvíli, kdy máme vytvořenou sadu témat. Některá se ukážou netémata, protože nebudou mít dostatečnou podporu dat, nebo budou data v tématech příliš rozdílná. Může také dojít ke sloučení témat, která budou hodně podobná. Data v tématu by měla ladit a mezi tématy by měl být znatelný rozdíl. Pokud jsou data soudržná a jejich zastřešující téma kopíruje jejich obrys, ohlédneme se, jestli témata zrcadlí významy dat jako celku. Přečteme znovu celou sadu dat. Pokud něco nekoresponduje, vrátíme se zpátky k revizi, pokud je vše v pořádku zvážíme, jestli se neobjevilo ještě něco, na co jsme zapomněli. Pokud se neobjevuje nic významného, končíme s kódováním (Braun & Clarke, 2006, s. 20).

Fáze V.

Definování a pojmenování témat

Máme vytvořenou mapu témat a upřesňujeme aspekty, které je definují. Zpřesňování a definování je především o hledání jejich podstaty a vyjádření jejich charakteristiky. Vracíme se do datových výtahů, řadíme je a doplňujeme doprovodným textem. Nejde v textu o parafrázování výtahů, ale o to, co a proč je na nich zajímavé. Na každé téma je třeba provést detailní analýzu. Každé téma je příběhem, který zapadá do celkového kontextu, vztahuje se k výzkumným otázkám. Je na zvážení, jestli téma obsahuje subtéma (téma uvnitř tématu, které strukturuje a hierarchizuje složitá témata). Definujeme, co témata jsou a co nejsou. Měli bychom dokázat napsat pár vět o rozsahu a obsahu každého tématu. Z pracovních názvů témat přejdeme do přesných

pojmenování, použitelných pro závěrečnou analýzu. Musí být stručná a poutavá, vyjadřovat smysl (Braun & Clarke, 2006, s. 22).

Fáze VI.

Vytvoření zprávy

Vytvoříme finální analýzu a sepíšeme zprávu, vytvoříme příběh, který přesvědčí čtenáře o platnosti analýzy. Zpráva by měla být stručná, soudržná, logická, neopakující se, jednoduchá, zajímavá. Vybereme názorné příklady vystihující podstatu toho, co demonstrujeme. Musíme vytvořit argument ve vztahu k naší výzkumné otázce (Braun & Clarke, 2006, s. 23).

5. 2 Metoda sběru dat

Pro výzkum rodičovství s HPO byla zvolena forma rozhovoru, jako jedna z vhodných metod pro získání kvalitativních dat. Rozhovor je formou, kterou lze odhalit jedinečnost člověka a poskytuje hluboký vhled do jeho světa. Je možné skrze něj poznat lidské chápání a nahlédnout do lidského nitra a zjistit, co pro člověka znamenala prožitá zkušenost. Rozhovor je umění (Švaříček, 2007, s. 184). Nabízí přímé setkání s respondentem. To s sebou přináší možnost sledovat neverbální projevy, klást dodatečné otázky, reagovat na změny chování a tím zajistit větší výtěžnost zkoumání. Přináší ale i nároky, se kterými se musí výzkumník vypořádat, protože při jejich nezvládnutí se může právě výtěžnost dat, se kterou počítá, snížit. Jde tu především o vytvoření vztahu (raportu), který nesmí respondenta odrazovat od rozhovoru, správný výběr času, místa rozhovoru a jeho délky. Důležitými schopnostmi, potřebnými k rozhovoru, jsou neutrálnost, neosobní přístup (nadhled), neovlivňování účastníků studie a také schopnost porozumět, vysvětlit a správně vyhodnotit (Mioviský, 2006, s. 71).

Z možných typů rozhovorů – strukturovaného, nestrukturovaného a polostrukturovaného byl zvolen rozhovor polostrukturovaný (Mioviský, 2006, s. 155 - 162). Při něm respondent volnou formou odpovídá na předem připravené otázky, které jsou doplněny otázkami dalšími, témata jsou rozpracovávána do hloubky (Ferjenčík, 2000, s. 175).

Okruhy otázek:

1. Kdy jste zjistila, že máte HPO a jak se s HPO žije?
2. Jaký byl váš názor na těhotenství, v jaké fázi života vás zastihlo?
3. Mluvili jste s partnerem o HPO a jak jste chápali rizika?
4. Jak se partner stavěl k vašemu těhotenství?
5. Jak se změnil váš život, když jste zjistila, že jste těhotná?
6. Jak jste prožívala těhotenství a jak jste vnímala nenarozené dítě?
7. Měla jste v těhotenství obavy vzhledem k HPO?
8. Jak na těhotenství reagovala vaše rodina?
9. Jak se postavila k vašemu těhotenství rodina partnera?
10. Změnilo se v těhotenství vaše chování?
11. Jak probíhal porod?
12. Byl partner u porodu? Jak ho prožíval?
13. Jak jste se cítila po narození dítěte?
14. Jaký byl váš postoj k narozenému dítěti? Změnil se nějak oproti těhotenství?
15. Jaký byl váš zdravotní stav po porodu?
16. Jak se choval váš partner? Změnil se nějak váš vztah?
17. Jak reagovala rodina?
18. Jak jste zvládala péči o dítě?
19. Vnímala jste nástup separační úzkosti u dítěte? Jak jste ji zvládala? Jaké byly vaše pocity a jaké bylo řešení?
19. Čím jste se při výchově a péči o dítě řídila? Vyhledala jste nějakou odbornou pomoc? Radil vám nějak pediatr, rodina, přátelé? Hledala jste rady v knížkách, na internetu?
20. Jaký je temperament vašeho dítěte?
21. Jak chápete nastavování hranic u dítěte, případně jejich dodržování?
22. Používáte při výchově tresty a v jaké situaci?
23. Jak probíhalo období přechodu vašeho dítěte z plínek na nočník?
24. Jaký máte z odstupu času, pohled na změny, které se ve vašem životě odehrály – ve vztahu k rodičům, k partnerovi, k dítěti, k sobě?

5.3 Způsob získávání dat

Vzhledem k tomu, že údaje o ženách s HPO nelze získat od lékařů nebo psychologů, protože jsou zavázáni mlčenlivostí (lékařským tajemstvím), nabízela se možnost přihlášení do dvou skupin HPO na sociálních sítích (důvod žádosti o zařazení do těchto skupin byl administrátorům stránek předem oznámen). Tímto způsobem byli osloveni a požádáni o účast na výzkumu všichni členové obou uzavřených skupin HPO. Výhodou tohoto způsobu byla možnost oslovit velké množství osob, které byly cílovou skupinou pro výzkum. Snaha udělat rozhovor kvalitativní, nevyžadovala velké množství respondentů, přesto se po prvních pokusech o kontaktování ukázalo, že domluvit rozhovor a uskutečnit jej, nebude úplně snadné. První tři rozhovory, které byly přes sociální síť domluveny, neproběhly, protože maminky znejistěly, nebo z jakéhokoliv důvodu (který byl samozřejmě respektován) několikrát odložily setkání, až z nich úplně sešlo. Plánovaný měsíc na uskutečnění tří rozhovorů bylo napjaté rozmezí. Nevýhoda sociální sítě se ukázala také v tom, že ženy pocházely často ze vzdálených míst republiky, takže jejich nerozhodnost ve spojení se vzdáleností vyžadovaly velkou flexibilitu. Žen se nepřihlásilo mnoho. Těm, které se přihlásily, patří vděčnost za jejich ochotu a těm, kterým se podařilo zvládnout setkání, patří navíc dík za odvahu mluvit o nesnadných a nepříjemných životních situacích, se kterými se setkávaly.

Ženy byly na začátku rozhovoru obeznámeny s cílem a důvodem jeho uskutečnění. Byly také ujištěny o anonymitě všech osobních údajů a požádány o možnost provést nahrávku rozhovoru, která sloužila pouze pro účel jeho převodu do psané podoby. Všechny ženy daly k nahrávání souhlas.

6. Charakteristika respondentů

Za účelem výzkumu byly osloveny tři ženy s malými dětmi, kterým byla diagnostikována HPO.

V prvním případě se jednalo o ženu ve věku 34 let (AŽ), která pochází z jedenácti sourozenců a která od svých deseti let vyrůstala v dětském domově. Oba rodiče zemřeli, když bylo ženě 14 let. Do svých 18 let byla několikrát hospitalizována v psychiatrické léčebně z důvodu panické poruchy. Svůj pobyt v dětském domově posuzuje tak, že neměla nejlepší chování a také neměla nejlepší výsledky ve škole, proto nebyla tak moc oblíbená u vychovatelů. Svoji neoblíbenost zdůvodnila tak, že s těmi, kteří nemají dobré výsledky je hodně práce a proto nejsou ve velké oblibě. Je vyučena kadeřnicí. Ve svých 20 letech otěhotněla s vrátným, který byl po výkonu trestu a byl drogově závislý. Narodil se jí chlapec. Žili společně 4 roky. Muž ženu hodně omezoval, pokoušel se praktikovat různá náboženství, nutil ji chodit do kostela, omezoval její osobní svobodu. Žena si přes internet vypůjčila peníze (vzala si úvěr). Za to ji muž vyhodil na ulici, kde byla půl roku. Během této doby jí sociální úřad odebral dítě a nechal ho v péči otce. Na ulici byla oslovena o čtyři roky mladším, drogově závislým mužem, který se vrátil z výkonu trestu. Nastěhovala se k němu. Začala pít alkohol, kouřila marihuanu, sebepoškozovala se. Ve 30 letech odešla na detoxikační léčbu z důvodu závislosti na alkoholu a marihuaně. Během tohoto léčení jí byla diagnostikována HPO. Po ukončení léčby se vrátila zpět k příteli a otěhotněla. Přítel ji během těhotenství bil. Po alkoholovém a detoxikačním léčení přítele se společně přestěhovali do malého města, kde žena porodila dítě. V současné době oba pobírají sociální dávky a žijí společně s dítětem v garsoniéře. Žena nebere žádné léky, kouří (elektronické cigarety). Dítěti jsou dva roky.

Součástí rozhovoru s respondentkou se stal neplánovaně i její současný partner. Přesto, že se snažili vzájemně respektovat, rozhovor tím byl ovlivněn v tom smyslu, že žena mluvila méně a výtěžnost plánovaného rozhovoru s ženou nebyla tak vysoká. Charakteristiku muže uvádím z toho důvodu, že se jednalo také o osobu, které byla diagnostikována HPO.

Ve druhém případě se rozhovor uskutečnil se ženou ve věku 24 let (BŽ). Narodila se a žila v menším pohraničním městě. V době narození bylo její matce 19 let. Rodiče se rozvedli, když jí byly čtyři roky. Žena má dva o devět let mladší sourozence (dvojčata). Svoji matku popisuje jako ne příliš chytrou (absolvovala pouze základní školu) neléčenou, nediagnostikovanou schizofreničku (která možná trpí anorexií) s tím, že tato nemoc jde u nich po ženské linii napříč více generacemi. Ženě bylo matkou už od mala vyčítáno, že jí zničila život, že se neměla narodit, že je stejná jako její otec. Matka ji bila. Vychovávala ji převážně babička, která s nimi bydlela. Žena popisuje babičku jako hodnou a jako kritérium pro tvrzení, že je hodná a mámě nikdy neublížila, udává to, že mámu nikdy neuhodila. Žena kouřila marihuanu, pila alkohol, trpěla bulimií, anorexií, sebepoškozovala se. Ve 14 letech odešla bydlet k otci a jeho ženě. Otec ji sexuálně obtěžoval. Vydržela to dva roky a pokusila se o sebevraždu. Skončila na psychiatrii, odkud odešla do diagnostického ústavu, potom 11 měsíců strávila v dětské psychiatrické léčebně. Když byla na propustce u své tety, byla znásilněna jejím přítelem. Poté se pokusila podruhé o sebevraždu. Znovu byla v léčebně. Byla jí diagnostikovaná HPO. Žena příležitostně užívala extázi, léky, DMT, kouřila marihuanu, pila alkohol. Po vztahu a rozchodu s partnerem, který také trpěl HPO a ženu fyzicky napadal, se na párty seznámila se současným partnerem, který je o 12 let starší než ona. Po 11měsíčním vztahu otěhotněla. V současné době má 8měsíční miminko. Její přítel je příležitostný uživatel drog. Když mu bylo 14 let, oběsil se mu jeho otec. Žena má základní vzdělání a muž je vyučen. Při rozhovoru žena často sklouzávala k tomu, že když mluvila o sobě, tak používala třetí osobu jednotného čísla – *ono se to říkalo, ono se to vědělo*, nebo množné číslo *my hraničáři, my duševně nemocní, my víme, jak to chodí*.

Třetí rozhovor poskytla 26 letá žena (CŽ). Narodila se v menším městě jako třetí dítě v pořadí. První dva sourozenci jsou bratři narozeni v rozmezí čtyř let. Rodiče se rozvedli, ale žena nedokáže od své matky zjistit přesné souvislosti. Na otázku „kdy od nás táta odešel“ dostává od matky pouze odpověď: „neměli jsme se vždycky tak špatně“. Žena matku popisuje jako histriónskou, narcistickou osobu (není oficiálně diagnostikovaná), s velkými sklony k manipulaci. Své dětství může popsat pouze z toho, co si pamatuje. Kdy otec odešel, přesně neví, ale kolem jejího jedenáctého roku se na chvíli vrátil, sexuálně ji obtěžoval. Život s její matkou popisoval jako strašný, k

nevydržení. Žena navštěvovala gymnázium, kde patřila mezi premianty bez toho, že by se musela hodně snažit. Ve 13 letech nastal zlom. Matka měla dostatek financí (prodala dům), ale často se stěhovali a žena neví dodnes proč. Nakonec ona s matkou i oběma bratry skončili ve squatu. Žena gymnázium nedokončila. Ve squatu bydleli různé existence - feťáci, kriminálníci. Matka je dokázala manipulovat. Žena začala mít sexuální styk, střídala partnery. Matka o všem věděla, ale tvářila se, že se to neděje. Nijak s ženou nediskutovala, její postoj byl nesrozumitelný. V šestnácti letech žena otěhotněla. Na rok odešla se svým partnerem na statek svého otce (bydlel s novou mladou ženou a narodilo se jim dítě), který jim nabídnul, že mohou hradit pouze elektřinu, když se budou starat o zvířata. Po roce se odstěhovali. S otcem svého dítěte žila šest let. Zprvu trochu pil, byl jí nevěrný, později začal pracovat jako číšník, stal se z něj alkoholik. Žena se přestěhovala, našla nové bydlení, práci, pro dítě školu. Poté se zhroutila a dostala se do psychiatrické léčebny. Byla jí diagnostikovaná HPO. V současnosti žije dva roky s novým partnerem, je spokojená. Od určení této diagnózy uplynul rok a ona zjišťuje, co všechno tato diagnóza znamená. Ani jeden z jejích bratrů nemá rodinu, starší je sázkař, hráč, má za sebou vazbu, kde se ocitl kvůli přepadení ženy. Mladší je nešťastný, pokouší se žít „normálně“, moc mu to nejde. Žije sám se psem a je rozhodnutý, že bude poustevník. Matka má nového partnera, který je s ní nešťastný. Žena by si ráda dokončila vzdělání a pracovala v sociální oblasti.

7. Analýza zjištěných dat

Sesbíraná data byla zpracována metodou tematické analýzy. Při analýze se nejprve, na základě extraktů, vytvářely kódy, ty se spojily do subtémat, která ve výsledku zastřešila tři témata. Ta se vztahují k cíli, který byl určen v úvodní kapitole výzkumné části této práce.

Téma: Vztah - tabulka č. 1

- vztah k dítěti
- vztah k partnerovi
- vztah k matce

Téma: Rodičovství - tabulka č. 2

- očekávání od dítěte
- poporodní péče
- připoutání k dítěti
- hranice
- separace

Téma: Nemoc - tabulka č. 3

- projevy HPO
- význam terapie
- změna postoje

Téma: Vztah - tabulka č. 1

Subtéma	Kódy
vztah k dítěti	spojovací prvek
	záchrana
	touha po lásce
	dítě jako úspěch
vztah k partnerovi	vztahová ambivalence
	fyzické napadání
	fascinace lidmi na okraji
	sebepoškozování jako trest
vztah k matce	opovrhování
	srovnávání
	nepřístupnost
	rozdílnost

Téma: Rodičovství - tabulka č. 2

Subtéma	Kódy
očekávání od dítěte	nevyčnívat, zařadit se
	být společenský
poporodní péče	nervozita, okřiknutí
	víc hraniční chování
připoutání k dítěti	velká upnutost
	strach z upnutosti
hranice	nápodoba sebepoškozování
	základní hranice
separace	stres z odpoutání
	nedůvěra v jinou péči
	nepřetržitá péče matky

Téma: Nemoc - tabulka č. 3

Subtéma	Kódy
projevy HPO	potíže v dospívání
	podezření z jiné nemoci
	vytěsnění
význam terapie	sebereflexe
	racionální přijetí
	rozčarování
změna postoje	změna myšlení
	změna návyků
	odmítání léků
	fyzické napadání

7.1 První téma: Vztah

Z analýzy rozhovorů vyplynulo, že nejdůležitějším vztahem, ovlivňujícím život žen s HPO, se jeví patologický vztah s matkou. Negativně poznamenává jejich partnerské vztahy a je jím ovlivněno i rozhodnutí mít dítě.

Subtéma první: vztah k dítěti

Sociální situace žádné z žen s HPO v době před otěhotněním, nebyla jednoduchá. Dítě se pro ně stalo motivací k tomu, aby zůstaly s partnerem, odešly z nepříznivých podmínek, ve kterých vyrůstaly, případně aby něco dokázaly.

Kód: dítě jako spojovací prvek Žena přiznala: „...*kdybychom neměli malýho, tak bysme se po čase rozešli...*“ (AŽ) **Kód: dítě jako záchrana** Dítě se stalo i možnou únikovou cestou z bezvýchodné situace v rodině: „...*brala jsem ho (dítě) jako záchranu ve smyslu, že nezůstanu v tom, v čem vyrůstám.*“ (CŽ) **Kód: touha po lásce** Žena nejprve říkala, že se snažili o miminko, ale potom dodala: „...*já jsem se snažila,*

aby mě měl rád.“(AŽ) Kód: dítě jako úspěch Žena ve druhém rozhovoru působila často rozporuplně, i v případě dítěte říkala, že: „...jednou jsem dítě chtěla a pak zase ne...rodinu jsem chtěla a chtěla jsem být matkou...celý život jsem chtěla něco dokázat a podařilo se mi akorát to dítě, ale to taky není málo být matkou.“(BŽ)

Subtéma druhé: vztah k partnerovi

Své partnery ženy milovaly přesto, že jimi byly psychicky i fyzicky týrány. Muži měli problémy s alkoholem, drogami a jinými závislostmi. Ani v jednom případě ženy se svými partnery neuzavřely manželství.

Kód: vztahová ambivalence V případě hraniční poruchy se často objevuje ve vztahu psychické i fyzické týrání, které ženy připouští, přesto není důvodem ze vztahu odejít. „...spala jsem s hodně klukama. Vždycky, když mi někdo řekl, že se do mě zamiloval, pak jsem ho už nikdy neviděla. S mým bývalým, byla to fakt láska a já jsem to brala jako znamení...i když...on mě teda hodně podváděl, on je prostě takovej. Vím, že mě měl rád. On je takovej narcis. Nejsem si tím jistá, ale určitě zdravěj nejni. On je alkoholik. Fakt jako hodně mě podváděl a hodně mě psychicky týral.“(CŽ)

Kód: fyzické napadání Psychické týrání často přechází ve fyzické napadání. „...omezoval hodně moji osobní svobodu, nutil mě chodit do kostela....když byl závislej, tak byl agresivní, nezvladatelněj, často docházelo k fyzickému napadení a tak. Jenom když už se to přehnalo a já jsem byla 2x v nemocnici, tak se zalekl, že to nahlásím. Takhle si to teda myslím já.“(AŽ)

Kód: fascinace lidmi na okraji Ženy s HPO vycházejí z narušeného rodinného prostředí, často se buď příliš brzy, nebo nepřipravené ocitají „na ulici“ a vztahy, které ze spojení vznikají vykazují opakující se situaci, jakou zažívaly v rodině. „...mě vždycky fascinovaly ztracený existence, nebo fetišáci...měla jsem hraničáře, ten mě mlátil, ponižoval.“(BŽ)

Kód: sebepoškozování jako trest K sebepoškozování dochází většinou v důsledku stresu a dlouhodobého napětí, jako prostředku k odpočinku, uvolnění. V tomhle případě sloužilo jako prostředek k potrestání partnera hraničáře. „...když něco takového udělám, tak to udělám proto, že mu chci ukázat, aby viděl, jak je to strašný, když se na to musím koukat. Nejsem tedy na to sebepoškozování moc. Dělam to jenom tehdy, když jsem ve stresu, když mě mlátil.“(AŽ)

Subtéma třetí: vztah k matce

Slovy žen je jejich matka osoba s psychickou poruchou, nepřipouštějící si možnost jakéhokoliv pochybení, bez schopnosti navázat komunikaci a oplývající velkými manipulativními sklony.

Kód: opovrhování Žena ve druhém rozhovoru o matce mluvila s opovržením v hlase. „...*moje matka měla jen základní vzdělání. Vždycky jsem si myslela, že není moc chytrá, já jsem chtěla něco dokázat...*“ (BŽ) **Kód: srovnávání** Nechtěla si připustit, že by mohla být jako ona. „...*jednou jsem si říkala, že bych měla jít na potrat...měla jsem strach, že budu jako moje máma, to mě děsí vlastně prakticky doted'ka.*“ (BŽ) **Kód: nepřístupnost** Ve vztahu s matkou chybí komunikace, schopnost a ochota naslouchat (ze strany matky). „...*o mámě si myslím, že má narcistickou a histriónskou poruchu...nedá se s ní o ničem bavit..myslí si, že je v pořádku, ale není...překrucuje věci, záměrně lže, všechno popírá, štve mě, že potřebuju její pomoc...dokázala vždycky dobře manipulovat s lidmi..byla našťvaná, tak jsem jí nemohla říct, že je to pravda.*“ (CŽ) **Kód: rozdílnost** Důvěra je ve vztahu k dítěti velmi hodnotná, protože ve vztahu s matkou chyběla. „...*což se mi povedlo, že mi (syn) nelže...my si mezi sebou věříme....vidím v tom velký rozdíl mezi mnou a mámou...*“ (CŽ)

7. 2 Druhé téma: Rodičovství

Rodičovstvím přešly ženy od teoretického vztahu k ještě nepočatému dítěti, k praktické péči. Do chování dítěte začaly projekovat svá přání a očekávání. Stalo se vytouženým objektem, který doplňoval jejich „neúplnost“. Náročnost poporodní péče vyostřila jejich hraniční chování a daleko více začaly vystupovat rysy lásky a nenávisti (vzhledem k dítěti), emoční rozkolísanosti, které způsobily návrat suicidálního chování (sebepoškozování).

Subtéma první: očekávání od dítěte

Narozené dítě mělo podle žen mít právě ty vlastnosti, které jim samotným chyběly k tomu, aby byly úspěšné, společenské, oblíbené.

Kód: nevyčnívat, zařadit se S dítětem měly ženy spojena velká očekávání. Objevila se v každém rozhovoru. V prvním případě byla patrná nepříliš dobrá zkušenost

z dětského domova, kde žena nebyla příliš úspěšná a s tím se spojovaly nepříjemnosti. „...já si myslím, jestli není hyperaktivní....přemýšlím, až bude ve škole, aby neříkali, že ruší...“ (AŽ) **Kód: být společenský** Ve druhém případě šlo o kompenzaci ženiných nedostatků z mladšího věku. „...on je hodně společenskéj (věk 8 měsíců), jemu nevadí, když si ho chovají lidi...na lidi se směje...já jsem za to hodně ráda, kdyby byl společenskéj...protože já jsem byla strašnej takovej do kouta, mouchy sežerte si mě...myslím, že už teď na něm vidím, že mu nevadí lidi.“ (BŽ)

Subtéma druhé: poporodní péče

V období po porodu nebyly ženy podporovány v péči o dítě svými partnery, samy hůře zvládaly a řídily své emoce, byly vzteklejší a naštvanejší.

Kód: nervozita, okřiknutí Je-li pro zdravou ženu období po porodu těžké, o to těžší je pro ženu s HPO, kde prakticky není podpora rodiny žádná. „...nejsem na to sebepoškozování moc, dělám to jenom tehdy, když jsem ve stresu...když mě mlátil...když se nevyspím, když je na mě moc práce, tak jsem nervózní, když má malej vzdor, tak jsem taky dost nervózní...vidám se občas, že musím jít pryč, ven vzteklá, nebo že na něj (dítě) zařvu, ale ty vzteky bývaly spíš dřív, ve spojitosti s alkoholem, teď nepiju...když děti zlobí, tak se emoce udržet nedají, když jsem vztekloun.“ (AŽ) **Kód: víc hraniční chování** Emoce jsou daleko víc v extrémech. „...malej měl po narození koliky..hodně brečel...takže brečel on, brečela jsem já..nevěděla jsem, jak mu mám pomoci...trošku se můj stav změnil..začínám být typický hraničář..bývám občas vzteklá, naštvaná, nevyspaná, když malej pořád kňourá, tak se na něj utrhnu...říkám, nechám vás tu s tátou samotný a vypadnu někam do p....e.“ (BŽ)

Subtéma třetí: připoutání k dítěti

Připoutání k dítěti by mohlo být včleněno do subtématu očekávání, kdy ženy, v případě odpojení od dítěte, porušují svou „celistvost“ a dokonalost. Bylo však vyčleněno jako samostatné subtéma z toho důvodu, že se týká také jiného problému, a to schopnosti rozpoznávat, kdy je připoutání k dítěti v pořádku a kdy není.

Kód: velká upnutost Ve druhém rozhovoru žena přiznávala velkou připoutanost k dítěti a také později upřednostnění připoutanosti dítěte k matce před otcem. „...byla

*jsem na jiným oddělení (v porodnici) než on, možná se u mě rozvinulo to, že jsem ho pořád chovala a chtěla jsem u něj být..takže jsem si na sebe uvázala nějaký ten bič, že jsem ho strašně na sebe navykla, ale myslím, že je to pochopitelné...on je na nás hodně upnutej (dítě má 8 měsíců)..na mě teda maximálně..přítele nevítá jako mě..“(BŽ) **Kód: strach z upnutosti** Žena ze třetího rozhovoru tuto otázku řeší spíše z pohledu vnitřní nejistoty. „...psycholožka mi neřekla, že bych byla na něj moc upnutá, ale já z toho mám takovej pocit, mám z toho strach..mám strach z toho, že něco udělám špatně...že jsem spoustu věcí podělala...na něm mi záleží strašně moc...ale je to moje dítě a vím, že to odnáší taky...to jaká jsem...máme blízký vztah...máme se rádi...někdy si říkám, jestli on není moc upnutej na mě....ale zase psycholožka říká, že on je v pořádku...“(CŽ)*

Subtéma čtvrté: hranice

Nastavování hranic u malých dětí souvisí s uspokojováním jejich potřeb, s reakcemi dětí a rodičů, když tyto potřeby uspokojovány nejsou.

Kód: nápodoba sebepoškozování V prvním rozhovoru se nastavování hranic propojilo se sebepoškozováním, kdy dítě ve snaze dosáhnout něčeho (co chtělo), napodobovalo pravděpodobně chování otce. „...když malej (2 roky) něco chce, tak ho plácneme přes ruku, ale ono to stejně nepomáhá, otřese se vzteká a dělá, že ho to nebolí...když se vzteká, tak mlátí hlavou o postýlku, mě připadá, že se sebepoškozuje, aby se mohl rozbrečet..na něj pomáhá, když na něj křiknu, tak potom je v klidu.“(AM)

Kód: základní hranice Otázka nastavování hranic je důležitá pro malé i větší dítě. Tato žena se je snažila nastavovat, ale v závěru přiznává, že v něčem byla volnější. „...hranice jsem mu dávala, co smí a co nesmí, vychovávala jsem ho v tom, že musí poslouchat...ale taky byly situace, kdy mě přesvědčil, že to, co po něm zrovna chci, není úplně nejlepší. Dávala jsem mu základní hranice, které nesmí překročit. Že nesmí lhát, že nesmí někomu ubližovat...ale jinak si myslím, že jsem byla v něčem volná...“(CŽ)

Subtéma páté: separace

Ke strachu z opuštění se v tomto tématu přidává nedůvěra k okolí, které by se mohlo v případě nepřítomnosti matky, o dítě na chvíli postarat. Nerozvinutí schopnosti důvěry v období dospívání, narušuje u žen nejen vztahy s ostatními, ale také vztah k sobě samým.

Kód: stres z odpoutání Pro ženy s HPO je otázka odpoutání od dítěte citlivým tématem. V jejich odpovědích se k přirozené mateřské obavě přidává nejistota, která není vyslovena, ale vyplývá ze strachu z opuštění. „...v žádném případě malého nenecháváme hlídat, to bych z toho měla takovej stres.“ (AŽ) **Kód: nedůvěra v jinou péči** Ženy nemají vytvořené vztahy z původní rodiny, žádné podpůrné vztahy ve svém okolí. Nejistota z toho vyplývající se promítá i do nedůvěry v ostatní. „...je těžký najít někoho, komu bych já věřila, že by ho hlídat mohl.“ (BŽ) **Kód: nepřetržitá péče matky** K nepřetržité péči matky o dítě často nevede jenom její nedůvěra v ostatní, ale i sociální podmínky, ve kterých se žena ocitá. „...jasně že ho občas někdo hlídal, ale já jsem s ním byla pořád, nosila jsem ho na zádech, abych mohla pracovat na tom statku...“ (CŽ)

7.3 Třetí téma: Nemoc

Projevy HPO se objevují už v dospívání. Ženy byly opakovaně hospitalizovány v psychiatrických léčebnách. Pozitivním přínosem z těchto léčebných pobytů se staly terapie. Pomáhaly jim v náhledu na poruchu, v regulaci jejich chování, nabídly odstup od patologických vztahů v rodině. Přesto, že měly ženy sklony k závislostnímu chování, těhotenství pro ně bylo impulzem ke změně postojů. Omezily užívání alkoholu, návykových látek, přestaly se sebepoškozováním.

Subtéma první: projevy HPO

Ženy se v průběhu dospívání kvůli problémům s chováním a emoční nestabilitě dostávaly do péče psychologů a psychiatrů.

Kód: potíže v dospívání HPO nebývá zpravidla diagnostikována v dospívání, protože potíže s emocemi (výkyvy nálad), jsou charakteristické pro období puberty, přesto se už v této době mohou příznaky HPO v chování objevit a dospívající se ocitají

v psychiatrické péči. „...hodně často mě tahali po psychiatrech, trochu jsem zlobila, tak mě zavírali do blázince, často mě navštěvovala i psychologka. Já jsem moc nevěděla, proč pořád na psychiatrii chodím. Pokračovalo to v dospělosti, protože jsem měla paniku, kterou provázely velké záchvaty a vlastně jsem nevěděla proč tam jsem.“

(AŽ) **Kód: podezření z jiné nemoci** HPO je poruchou získanou v raném dětství. Příznaky v pubertě mohou být podobné i jiným psychickým poruchám. „...myslelo se, že mám úzkosti, deprese, potom posttraumatickou stresovou poruchu, taky maniodepresivní poruchu, protože se mi často střídaly nálady....považuji tuhle poruchu jako takový balíček všech těch nemocí dohromady.“ (BŽ) **Kód: vytěsnění** Ženy se snaží vytěsnit zážitky z dětství, které je traumatizovaly. K jejich vybavení a zpracování dochází buď pod vlivem alkoholu, nebo při léčení. „...Když jsem se začala léčit, začalo se mi vybavovat všechno, co jsem prožila. Do té doby nikdy, jen když jsem se opila.“ (CŽ)

Subtéma druhé: význam terapie

Racionální vysvětlení příčin nestabilního chování, zpětná vazba při terapiích vedly k náhledu a pochopení hraniční poruchy, které znamenalo úlevu.

Kód: sebereflexe Téma terapie se objevilo ve všech rozhovorech několikrát. Přesto, že ve druhém rozhovoru byla žena z péče psychologky spíše rozčarovaná a navíc na konci rozhovoru označila ze stigmatizování duševně nemocných lékaře, v každé etapě života žen byla psychoterapeutická pomoc velmi znát a byl také vidět přínos pro jejich život. „...řekli mi, že se chovám impulzivně, emočně nestabilně a já jsem si uvědomila, že to je moje porucha, že to nedělám z ničeho nic, a že to k tomu patří a že bych se měla ovládat...takže se ovládám. Měli jsme v léčebně skupinové terapie a to je dobrý...hlavně proto, že tam sedíš v kruhu, dávají ti zpětnou vazbu, říkají ti, v čem se člověk zlepšil, nebo zhoršil, tak potom si to člověk uvědomí....pokud je inteligentní a pokud si to uvědomit chce.“ (AŽ) **Kód: racionální přijetí** Racionální vysvětlení může působit zpočátku jako stresující faktor, později však přináší úlevu. „...na léčení podporovali to, abych se rozpomněla, abych to nezatlačovala. Když mi o poruše řekli, tak jsem byla v háji. Říkala jsem si, já jsem tak strašně špatná. Za všechno si můžu sama. Já jsem ta, která je divná, a všichni ostatní jsou normální. Potom jsem si říkala, že jsem ráda, že to vím. Já se strašně bojím, že se budou věci opakovat. Řekla jsem si,

*že je dobře, že je problém na mojí straně, protože s tím můžu třeba na základě terapie něco dělat. Kdyby to bylo na někom jiným, tak by to nešlo. Léčím se chvíli a zjišťuju, že to tady se mnou bylo celou dobu. Všechno mi do sebe najednou zapasovalo, dávalo mi to smysl. Racionální vysvětlení mi v tom pomohlo... Moc o hraniční poruše nevím. Přidala jsem se ke skupině na facebooku a spousta věcí se mě netýká, ale plno věcí jo. Myšlenky a pocity chápu, protože to znám, z toho čerpám. Jinak od doktorů jsem se toho moc nedozvěděla...“(CŽ) **Kód: rozčarování** Ne vždy přináší přístup psychologů uspokojení, někdy se objeví i rozčarování, přesto jsou pravidelné návštěvy a možnost terapií nezbytné a velmi přínosné. „...chodím k psychoterapeutce. Mívala jsem ji každý týden. Ale teď se to odvíjí od malého a taky je to dost daleko. Navíc. Psycholožka mě nechává někdy čekat třeba deset minut a v zimě to s malým nejde. Taky si při sezení vyřizuje hovory, což mi docela vadí. Ale mám línou hubu, nic neřeknu a pak mám problémy...“(BŽ)*

Subtéma třetí: změna postoje

Závislostní chování pomáhalo ženám kompenzovat stresové situace a neschopnost regulace emotivity. Přesto všechny dokázaly v průběhu těhotenství a v období po porodu přestat s návykovými látkami i sebepoškozováním.

Kód: změna myšlení V těhotenství ženy s HPO změnily postoj k sebepoškozování. „...změnilo se moje myšlení, říkala jsem si, že se nikdy nepokusím o sebevraždu...nedovedu si představit, že by mě moje vlastní dítě nenávidělo za to, že já zbabělec, místo toho, abych to řešila nějak jinak, tak se radši zabiju...“(BŽ) **Kód: změna návyků** Přesto, že jim jejich závislosti pomáhají vyrovnávat psychické stavy, ve kterých se ocitají, v těhotenství se jich, s myšlenkou na dítě, dokážou zříct. „...přestala jsem kouřit a pít, ale když jsem přestala kojit, tak jsem kouřit zase začala....“(CŽ) **Kód: odmítání léků** Omezí, nebo dokonce vysadí léky. „...když jsem otěhotněla, přestala jsem brát léky a neberu je doted’....“(AŽ) **Kód: fyzické napadání** Přesto, že byla žena těhotná, muž ji dále týral. „...těhotenství nebylo dobré, muž mě deptal...ubližoval mi, pil a kouřil marihuanu...“(AŽ)

8. Shrnutí výzkumných šetření

V této kapitole je shrnuto výzkumné šetření, z něhož vyplynula témata **Vztah** (k dítěti, k partnerovi, k matce), **Rodičovství** (očekávání, poporodní péče, připoutání, hranice, separace) a **Nemoc** (projevy HPO, terapie, změna postoje).

Sociální situace žádné z žen s HPO v době, kdy otěhotněly, nebyla jednoduchá. Motivací mít dítě byla v jednom případě snaha něco dokázat, ve druhém případě bylo dítě považováno za záchranu a důvod k úniku z nefungující rodiny, ve třetím případě žena miminko chtěla proto, aby ji muž miloval. To jsou základy, na kterých byl založen **vztah žen k dítěti**. Přesto, že byly partnerem fyzicky, nebo psychicky týrány – milovaly ho. Pokud žena uvedla, že její muž je duševně zdravý, z jejich dalších slov vzápětí vyplynulo, že partner byl v minulosti uživatelem tvrdých drog, v současné době pije alkohol a víkendové užívání drog se v jejich vztahu považuje za přijatelné. Tento **partnerský model vztahu** se opakuje ve všech třech případech. Ani v jednom případě neuzavřely s partnerem manželství. Všechny ženy měly problematický **vztah s matkou**. První vyrůstala v dětském domově, matky dalších dvou žen měly – podle jejich názoru – nediodagnostikovanou duševní poruchu (narcistickou, histriónskou, paranoidní, schizofrenii) a různými duševními poruchami trpělo i příbuzenstvo.

Z očekávání žen vyplývá, že do dětí vkládají velké naděje. Přejí si, aby děti uspěly. V prvním případě, aby bylo dítě společenské (matka se popisuje: „...*jako ta, co sedí v koutě a vypadá, jako mouchy sežerte si mě*“), ve druhém případě, aby dítě nebylo hyperaktivní a až půjde do školy, aby nevyrušovalo (matka měla z důvodu vyrušování ve škole problémy, byla označována za hyperaktivní a mládí prožila v léčebnách a dětském domově), v posledním případě je pro matku důležité, aby bylo dítě čestné a hodné (ze strachu, jestli její výchova dítě nepoškodila). U dvou žen se po porodu vyostřily povahové rysy, typické pro HPO – láska, nenávisť, vztek, přecházení do zuřivosti, ve všech případech ženy pokračují se sebepoškozováním, aby se uvolnily, uklidnily, odpočinuly si. Tyto stavy ovlivňují **péči o děti**. Ženy nemají s dětmi trpělivost, křičí na ně, neví si rady, když děti pláčou. Na dotaz, čím se ženy při výchově dětí řídí, jestli intuicí, z knih, nebo je jim poskytována odborná pomoc, ve všech případech řekly, že intuicí a občas si něco přečtou z internetu, nebo z knížky. Ani

v jednom případě jim odborná pomoc, zaměřená na rady ohledně výchovy dětí, poskytována není. Ve třetím rozhovoru žena hledá a porovnává, co je a co už není zdravé **připoutání**. Připouští větší závislost dítěte na ní, než je obvyklé. Co se týká **nastavování hranic**, ženy se snaží hranice nastavovat. V jednom případě si dítě ve věku dvou let při vzdoru pomáhá sebepoškozující technikou – bouchá hlavou do zdi. Je možné, že se naučilo tomuto chování nápodobou od svého otce, který má také HPO a bouchání hlavou do zdi používal jako techniku uklidnění místo sebepoškozování řezáním. **K dítěti jsou ženy upnuté**, ve dvou případech si nedovedou představit hlídání jinými lidmi z důvodu nedůvěry.

V posledním tématu, které vyplynulo z analýzy, se objevuje subtéma **projevy HPO**. Příznaky toho, že něco není v pořádku, se projevovaly v psychice už v dospívání. Ženy potvrdily opakované hospitalizace v psychiatrické léčebně, podezření na deprese, úzkosti, maniodepresivní psychózu, přítomnost záchvatů, panické poruchy. Obrannou reakcí na stres, bylo v jednom případě vytěsnění. Objevilo se také subtéma, prolínající se všemi rozhovory a tím byl **význam terapie**. Všechny ženy terapie prodělaly a ve všech případech měly pozitivní přínos v tom smyslu, že se ženy naučily nahlédnout na HPO, naučily se rozpoznávat její příznaky, částečně regulovat své chování. Žena z prvního rozhovoru vyhledala terapeutickou pomoc opakovaně a využila i pomoci manželské poradny, kdy se jí podařilo vyřešit aktuální problém. Žena z druhého rozhovoru sice není v současné době spokojená s psychoterapeutickou péčí, ale v minulosti, jak z jejích slov vyplynulo, pro ni terapie měla velký význam. Žena ze třetího rozhovoru přiznala, že jí terapie přinesly velkou úlevu a racionální vysvětlení problémů, které ji provází a v současné době dochází na terapie, se kterými je velmi spokojená. U všech žen nastala v těhotenství **změna postoje** k návykovým látkám, které se staly součástí jejich života, protože jim pomáhaly v uklidnění, uvolnění, odreagování, odpočinku. V těhotenství dokázaly nepít alkohol, nekouřit, nebrat drogy ani léky.

8.1 Srovnání s odbornou literaturou

Tato kapitola porovnává výsledky zpracovaných témat s teoretickou částí práce, která je podložena odbornou literaturou.

U prvního tématu, týkajícího se vztahu žen k dítěti, matce a partnerovi, se praktická i teoretická část shoduje v důvodech, proč ženy s HPO chtějí mít dítě. Oporu v odborné literatuře nacházíme i v případě nefunkčního vztahu s matkou a souvisejícím rodinným prostředím, které není pro ženy s HPO dostatečnou oporou a základnou k získání schopnosti vytvářet podpůrné vztahy. Obě části také potvrzují problémy s partnerskými vztahy, pro které je určující už zmíněný vztah s matkou (a rodinou).

Z rozhovorů vyplynulo, že mít dítě pro ženy znamenalo něco dokázat, zachránit se, uniknout z bezvýchodné situace v rodině, naplnit touhu po lásce. Pro muže bylo dítě motivací přestat brát drogy a vyplnit pocit prázdnoty. Tomu odpovídá tvrzení Mastersona (1986), že lidé s HPO často touží mít dítě jako idealizovaný objekt, který vyplní jejich vnitřní prázdnotu a doplní jejich neúplnost (Masterson in Chlebowski, 1986). S tím úzce souvisí očekávání žen od dítěte, aby nevyčnivalo, zařadilo se, bylo společenské. Jsou to problémy, se kterými se samy potýkají.

Jako zásadní a všeprostopující (těhotenství a období péče o dítě nevyjímaje) se u žen s HPO ukazuje jejich vztah s matkou, kterou popisují jako nepřístupnou, duševně nemocnou osobu s nediodagnostikovanou psychickou poruchou, v jednom případě se respondentka domnívá, že trpí schizofrenií, ve druhém případě narcistickou a histriónskou poruchou osobnosti. Nechtějí si připustit, že by mohly být jako ony, děsí je to. Jejich vztah s matkou byl bez komunikace, schopnosti a ochoty matky naslouchat. Nebyla mezi nimi vytvořena žádná důvěra. Matka třetí ženy všechno překrucovala, popírala, záměrně lhala, manipulovala, byla vzteklá. Linehanová (2001) udává, že emoční prožitky žen s HPO většinou kritizuje a znevažuje jejich nejbližší okolí, protože se u příbuzných často vyskytují rysy HPO (Linehanová in Nolen-Hoeksema, 2012, s. 660). Stejný popis vztahu najedeme v příspěvku Hosiera (2013). Popisuje matku žen s HPO jako nepředvídatelnou, popírající co se stalo, vidící vše v extrémech (černé, bílé – všechno nebo nic), která vybuchuje vztekem, dohání k šílenství, přenáší negativní pohled na svět, je nenáviděna, nedá se jí věřit. Z tohoto stresujícího vztahu vznikají závislosti, které přináší krátkodobou úlevu (Hosier, 2013). Závislostmi mohou být drogy, alkohol, cigarety, ke kterým měly všechny dotazované ženy (i muž) sklony, dále sebepoškozování, které se objevilo u všech respondentů.

Sebepoškozování jim přináší odpočinek, uklidnění, uvolnění ve chvílích stresu, a to i v době těhotenství a v průběhu péče o dítě.

Vztah s matkou přímo ovlivňuje schopnost žen s HPO vytvořit partnerský vztah. V článku Hraniční matka a její dítě Chlebowski (2013) uvádí, že kolem žen s HPO nebylo a není vyhovující sociální prostředí a vznikají u nich problémy s navázáním dlouhodobých podporujících vztahů (Chlebowski, 2013). To se potvrzuje i u dotazovaných žen. Všechny mají přetřhané vazby se svou rodinou, neexistující vztah s matkou. Prožívaly více krátkodobých partnerských vztahů. Partneři a otci dětí se stali muži, kteří je psychicky a fyzicky týrají a to v době těhotenství i po porodu. Partneři mají stejné problémy s návykovými látkami a emoční nestabilitou jako ženy.

Ve druhém tématu se objevuje nejen očekávání a naděje vkládané do dítěte, potvrzené Mastersonem (1986), ale podpořena odbornou literaturou je také zjištěná nedostatečnost ve schopnosti učit dítě zvládat emoce a obtížné situace.

Spojení emoční nestability a nedostatečné podpory sociálního prostředí potvrzuje i Stepp (2012) v článku Rodičovská výchova matek s HPO. Popisuje, že matky s HPO mají velké potíže s emocemi, emoční dysregulací a s tím spojené mezilidské deficity, nedostatek podpurných a ověřovacích vztahů (Stepp, 2012). Nolen-Hoeksema (2012) na myšlenku Steppa navazuje v tom smyslu, že těmto rodičům nemusí dostávat „nástroje“ pro výchovu a sami sebe i dítě dostávají do zátěžových situací charakterizovaných agresivitou a nepřátelstvím (Nolen-Hoeksema, 2012, s. 660). To potvrzují ženy v rozhovorech kdy v případě, že dítě pláče a ony nevědí proč, pláčou taky, nebo na něj křiknou, zařvou, dále popisují, že vnímají, že se stávají více hraničními, což se projevuje větší vzteklostí a naštvaností. Tuto informaci je možné podložit výrokiem Steppa, že rodiče s nezvládnutou poruchou nemohou učit své dítě, jak zvládat a řídit emoce, obtížné situace, nebo vztahy, pokud sami takové dovednosti nemají (Stepp, 2012).

Výrazným subtématem třetího tématu je terapie. U všech dotázaných hrála v jejich životě velkou roli. Zajímavá z tohoto pohledu je otázka psychoterapeutické podpory osob s HPO zaměřená na zvládání péče o dítě.

Dotazováním bylo zjištěno, že ani jedna z žen nemá ve zvládnání rodičovských dovedností žádnou podporu rodiny, ani oporu v partnerovi, neví o možnosti odborné pomoci. Ženy spoléhají na vlastní intuici, občas si něco přečtou na internetu nebo v knížce.

Iniciativa k takovéto intervenci nemůže vyjít od samotných matek, potvrzuje Chlebowski (2013) s tím, že velká část žen s HPO nediskutuje problémy, které mohou nastat, nebo nastanou v interakci s dítětem. Nemají vhléd do těchto otázek (Chlebowski, 2013). Stepp (2012) klade velký důraz na prevenci a intervenci už z toho pohledu, že výchova hraje velkou roli při přenosu HPO z rodiče (nejčastěji matky) na potomka. Jeny Macfie (2012) přidává k tomuto tvrzení čísla. Srovnává studii, ve které byla zkoumána komunikace mezi kojenci a matkami s HPO. Sledovány byly matky bez psychiatrické diagnózy, matky s depresemi a matky s HPO. Pokud se narušená komunikace u matek bez diagnózy a matek s depresemi pohybovala okolo 45-ti procent, u matek s HPO to bylo v 85-ti procentech (Macfie, 2012). Vysoké procento na to, aby stálo za to intervenovat. Pokud se podle Praška (2007) v pěti kontrolovaných studiích prokazuje u osob s HPO po terapiích snížení četnosti sebepoškozování, zlepšení sociálního přizpůsobení a snížení užívání drog (Praško, 2007), dá se předpokládat zlepšení, při intervencích zaměřených na zlepšování rodičovských dovedností, což potvrzuje Stepp (2012) - zlepšování rodičovských dovedností a znalostí vývoje dítěte, regulace emočních dovedností, poskytnutí psychoedukace zmírní u žen úzkost, která přesto, že se objeví, nemusí být na ní rodičovské chování závislé (Stepp, 2012) a Chlebowski (2013) - zvládnutím techniky utišení pocitu strachu nedestruktivními způsoby ovlivní zvládnání uspokojování potřeb dítěte (Chlebowski, 2013). Lepší výchova dětí osobami s HPO, při rozvíjení jejich rodičovských dovedností, je podložena literaturou a vyzývá k otázce, jestli je tato oblast podpory dostatečně rozvinutá, nebo jestli je jen málo podpořená informacemi dostupnými rodičům s HPO. Chlebowski (2013), píše o potřebnosti zvýšení povědomí u lékařů o HPO, doporučuje vytvoření dotazníku k jejímu odhalování i prevenci ve smyslu diskuze o zodpovědnosti mít dítě (Chlebowski, 2013).

Závěr

Tato bakalářská práce vznikla ze zájmu pochopit překážky, se kterými se setkávají rodiče s hraniční poruchou osobnosti při výchově svých dětí. Z pohledu vývojové psychologie a dosavadních poznatků o vzniku hraniční poruchy se pro tuto práci stalo cílem sledování postojů, pocitů a emočního naladění žen s HPO v období těhotenství a do dvou let věku dítěte, jako rizikového období z pohledu vzniku HPO.

Teoretická část obsahuje charakteristiku hraniční poruchy osobnosti, výchovy a výchovných stylů rodičů s HPO. Pro praktickou část byl zvolen kvalitativní způsob výzkumu formou rozhovorů. Zpracováním získaných dat metodou tematické analýzy došlo k formulování a strukturování otázek do třech témat – Vztah, Rodičovství, Nemoc.

Praktický výzkum potvrdil poznatky získané odbornou literaturou, týkající se důvodů, proč rodiče chtějí dítě a jaká mají očekávání. Ukázal složitost vztahů žen s vlastní matkou, rodinou, partnerem. Zaznamenal situace, ve kterých se ženy s HPO ocitají, ve velice citlivém období, kdy očekávají narození dítěte a vstupují do role rodičů. Odhalil nedostatek rodičovských dovedností při výchově dítěte. Pozitivní náhled na terapie a jejich význam v různých etapách života otevřel, ve spojitosti s rodičovstvím, otázku terapií, které by podporovaly rodičovské dovednosti. Ochota poskytnout rozhovor a sdělená zkušenost vypověděla o nezbytnosti takovéto terapie, která by zabránila předávání chybných vzorců při výchově. Rodiče si z podstaty HPO tuto chybějící kompetenci neuvědomují, proto ji také nevyžadují, poskytována jim není. Zjišťovat možnosti nabídek terapie tohoto druhu bylo mimo cíl práce. V jednom případě byla u ženy zjištěna HPO v době, kdy věk jejího dítěte dosahoval devíti let. V ostatních případech se o HPO vědělo už v těhotenství. Přesto tyto ženy spoléhají při výchově pouze na svou intuici.

Pokud tato práce přispěje k tomu, že bude podnětem k zamyšlení nebo dokonce podnětem k aktivitě podporující rozvoj rodičovských dovedností u rodičů s HPO, překonala svůj účel.

Anotace

Příjmení a jméno: *Krejčí Zuzana*

Instituce: *Katedra křesťanské výchovy CMTF UP v Olomouci*

Název bakalářské práce: *Rodiče s hraniční poruchou osobnosti a související překážky ve výchově dětí*

Vedoucí práce: *Mgr. et Mgr. Petra Sobková*

Počet stran: 89

Počet příloh: 5

Počet titulů bibliografie: 43

Klíčová slova: *rodiče*

osobnost

výchova

rizika ve výchově

hraniční porucha osobnosti

Tato bakalářská práce vznikla ze zájmu pochopit překážky, se kterými se setkávají rodiče s hraniční poruchou osobnosti při výchově svých dětí. Cílem bylo sledovat postoje, pocity a emoční naladění rodičů s HPO. Teoretická část obsahuje charakteristiku hraniční poruchy osobnosti, výchovy a výchovných stylů rodičů s HPO. Pro praktickou část byl zvolen kvalitativní způsob sběru a zpracování dat. Výzkum proběhl formou rozhovorů a potvrdila se v něm složitost vztahů mezi ženami s HPO a vlastní matkou, rodinou, partnerem, jejich zvýšená citlivost v období těhotenství a náročnost péče o dítě. Odhalil také nedostatek rodičovských dovedností při výchově dětí, absenci terapií, které by podpořily rodičovské dovednosti a zabránily předávání chybných vzorců výchovy.

Abstrakt

Name: *Krejčí Zuzana*

Institution: *Katedra křesťanské výchovy CMTF UP v Olomouci*

Project name: *Parents with borderline personality disorder and consequent obstacles within bringing up children*

Project supervisor: *Mgr.et Mgr. Petra Sobková*

Number of pages: 89

Number of attachments: 5

Number of bibliography titles: 43

Keywords: *parents*

personality

upbringing

risks in upbringing

borderline personality disorder

This work was written based on an interest to understand obstacles parents with BPD deal with in upbringing their children. The aim was to monitor approaches, feelings and emotions of parents with BPD. A theoretical part covers characteristics of BPD, upbringing and upbringing styles by BPD parents. A qualitative data collection and analysis was chosen for a practical part. The research formed by interviews confirmed complexity of relationship between mothers with BPD and their own mother, family and partner, elevated sensitivity of BPD mothers within pregnancy period and high demands they are exposed to within care for a child. The research also revealed shortage of parenting skills to up bring a child and absence of therapies to give support to parenting skills and to avoid repeating-inheriting wrong patterns.

Seznam zkratk

HPO Hraniční porucha osobnosti

DSM Diagnostický a statistický manuál duševních nemocí

MKN Mezinárodní klasifikace nemocí

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Terminologie

Příloha č. 2 – Přepis rozhovoru z 3. 3. 2016

Příloha č. 3 – Přepis rozhovoru z 10. 3. 2016

Příloha č. 4 – Přepis rozhovoru z 12. 3. 2016

Příloha č. 5 – Kazuistika přítele první dotazované ženy

Zdroje

BALON, Richard, **KOSOVÁ**, Jiřina a **PRAŠKO**, Ján, 2004. Poruchy osobnosti. In: *Psychiatrie*. 2. dopl. a opr. vyd. Praha: TIGIS. s. 883. ISBN 80-900130-7-4.

ČINČERA, Jan, 2007. *Práce s hrou: pro profesionály*. 1. vyd. Praha: Grada. 115 s. ISBN 978-80-247-1974-0.

FALDYNA, Zdeněk, 2000. *Hraniční porucha osobnosti: diagnostika, komorbidita a možnosti terapeutického ovlivnění při psychiatrické hospitalizaci*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum. 41 s. ISBN 80-85121-56-5.

FERJENČÍK, Ján, 2000. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-367-6.

GILLERNOVÁ, Ilona, **KEBZA**, Vladimír a **RYMEŠ**, Milan, 2011. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: člověk na přelomu tisíciletí*. 1. vyd. Praha: Grada, 256 s. ISBN 978-80-247-2798-1.

HARTL, Pavel a **HARTLOVÁ**, Helena, 2000. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-303-x.

HELUS, Zdeněk, 2015. *Sociální psychologie pro pedagogy*. 2. vyd., přepracované a doplněné. Praha: Grada. 399 stran. ISBN 978-80-247-4674-6.

HOSÁK, Ladislav, **HRDLIČKA**, Michal a **LIBIGER**, Jan, 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 647 stran. ISBN 978-80-246-2998-8.

HÖSCHL, Cyril (ed.), **LIBIGER**, Jan (ed.) a **ŠVESTKA**, Jaromír (ed.), 2004. *Psychiatrie*. 2. dopl. a opr. vyd. Praha: TIGIS. 883 s. ISBN 80-900130-7-4.

KOUKOLÍK, František a **DRTILOVÁ**, Jana, 2006. *Vzpouza deprivantů: nestvůry, nástroje, obrana*. Nové, přeprac. vyd. Praha: Galén. 327 s. Makropulos. ISBN 80-7262-410-5.

LANGMEIER, Josef a **KREJČÍŘOVÁ**, Dana, 2006. *Vývojová psychologie*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-1284-0.

LANGMEIER, Josef a **MATĚJČEK**, Zdeněk, 1959. *Člověk známý, neznámý*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta. 469 s.

LANGMEIER, Josef a **MATĚJČEK**, Zdeněk, 2011. *Psychická deprivace v dětství*. 4. vyd. Praha: Karolinum. 399 s. ISBN 978-80-246-1983-5.

LEVINE, Peter A. a **KLINE**, Maggie, 2012. *Trauma očima dítěte: probouzení obyčejného zázraku léčení: od raného dětství po dospívání*. 1. vyd. v českém jazyce. Praha: Maitrea. 609 s. ISBN 9788087249277.

MATĚJČEK, Zdeněk, 1986. *Počátky našeho duševního života*. Praha: Panorama. 365 s. Olomouc: Pyramida (Panorama).

MATĚJČEK, Zdeněk, 1999. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. 2. vyd. Praha: Portál. 143 s. Rádcí pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-7178-320-X.

MATĚJČEK, Zdeněk, 2005. *Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte: normy vývoje a vývojové milníky z pohledu psychologa: základní duševní potřeby dítěte: dítě a lidský svět*. 1. vyd.. Praha: Grada. 182 s. Pro rodiče. ISBN 80-247-0870-1.

MATĚJČEK, Zdeněk, **DUNOVSKÝ**, Jiří a **DYTRYCH**, Zdeněk, 1995. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. 1. vyd. Praha: Grada. 245 s. ISBN 80-7169-192-5.

MEČÍŘ, Jan, 2003. Osobnost a její poruchy. In: *Obecná psychiatrie*. Praha: Karolinum. 192 s. ISBN 80-7184-494-2.

MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.

NOLEN-HOEKSEMA, Susan, 2012. *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. 3. přeprac. vyd. Praha: Portál. 884 s. ISBN 978-80-262-0083-3.

PRAŠKO, Ján, **KOSOVÁ**, Jiřina, 2004. Neurotické poruchy. In: *Psychiatrie*. 2. dopl. a opr. vyd. Praha: TIGIS. s. 883. ISBN 80-900130-7-4.

PRŮCHA, Jan, 2015. *Česká vzdělanost: multidisciplinární pohled na fenomén národní kultury*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer. 205 s. ISBN 978-80-7478-675-4.

PRŮCHA, Jan, **WALTEROVÁ**, Eliška a **MAREŠ**, Jiří, 2009. *Pedagogický slovník*. 6., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál. 395 s. ISBN 978-80-7367-647-6.

RÖHR, Heinz-Peter, 2012. *Hraniční porucha osobnosti: vznik poruchy, průběh a možnosti jejího překonání*. 3. vyd. Praha: Portál. 117 s. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0311-7.

RABOCH, Jiří, **HRDLIČKA**, Michal, **MOHR**, Pavel, **PAVLOVSKÝ**, Pavel a **PTÁČEK**, Radek (eds.), 2015. *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. 1. vyd. Praha: Hogrefe – Testcentrum. 1032 s. ISBN 978-80-86471-52-5.

SIKOROVÁ, Lucie, 2011. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3593-1.

SMOLÍK, Petr, 1996. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací: nástin nozologie: diagnostika*. Praha: Maxdorf-Jessenius. 504 s. ISBN 80-85800-33-0.

SMOLÍK, Petr, 2004. Klasifikace duševních poruch. In: *Psychiatrie*. 2. dopl. a opr. vyd. Praha: TIGIS. s. 883. ISBN 80-900130-7-4.

STRAUSS, Anselm L a **CORBIN M.**, Juliet, 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. 1. vyd. Boskovice: Albert. SCAN. ISBN 80-85834-60-X.

TRAIN, Alan, 2001. *Nejčastější poruchy chování dětí: jak je rozpoznat a kdy se obrátit na odborníka*. 1. vyd. Praha: Portál, 198 s. ISBN 80-7178-503-2.

Elektronické zdroje

BRAUN, Virginia a **CLARKE**, Victoria, 2006. *Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology*. In: eprints.uwe.ac.uk. [online]. [cit. 10. 3. 2016]. ISSN 1478-0887. Dostupné z: http://eprints.uwe.ac.uk/11735/2/thematic_analysis_revised.

ČÁP, Jan a **BOSCHEK**, Petr, 1996. *Faktory osobnosti adolescentů ve vztahu způsobu výchovy v rodině*. In: *cspsych.psu.cas.cz*. [online]. [cit. 21. 1. 2016]. Dostupné z: <http://cspsych.psu.cas.cz/result.php?from=42>.

FRUZZETTI, Alan E, 2011. *Risk factors affecting children of mothers with borderline personality disorder: Comment on Stepp, Whalen, Pilkonis, Hipwell, and Levine*. In: *eds.b.ebscohost.com*. [online]. [cit. 28. 1. 2016]. DOI: 10.1037/a0026835. ISBN 10.1037/a0026835. Dostupné z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0026835>.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum v pedagogice*. In: *web.ftvs.cuni.cz*. [online]. [cit. 8. 3. 2016]. Dostupné z: <http://web.ftvs.cuni.cz/hendl/metodologie/kvalvyzkpedhendl.pdf>.

HOSIER, David, 2013. *Effects of mothers with borderline personality disorder on children*. In: *childhoodtraumarecovery.com*. [online]. 15. 8. 2013 [cit. 2016-01-21]. Dostupné z: <http://childhoodtraumarecovery.com/2013/09/15/effects-of-mothers-with-borderline-personality-disorder-on-children-3/>.

HOSIER, David, 2013. *How adult children can manage their relationship with parents who have borderline personality disorder (BPD). Part 1*. In: *childhoodtraumarecovery.com*. [online]. 2. 4. 2013 [cit. 20. 1. 2016]. Dostupné z: <http://childhoodtraumarecovery.com/2013/04/02/how-adult-children-can-manage-their-relationship-with-parents-who-have-borderline-personality-disorder-bpd-part-one/>.

CHLEBOWSKI, Susan M., 2013. *The Borderline Mother and her Child: A Couple at Risk*. In: *eds.a.ebscohost.com*. [online]. [cit. 3. 2. 2016]. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=39718a74-b814-46c5-aba3-fde668bce9c7%40sessionmgr4005&hid=4110>.

KŘIVKOVÁ, Elena, 2005. *Hraniční porucha osobnosti. Diagnóza, kterou se učíme rozpoznávat a léčit*. In: *zdraví.e15.cz*. [online]. 4. 2. 2006 [cit. 20. 1. 2016]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/hranicni-porucha-osobnosti-diagnoza-kerou-se-ucime-rozpoznavat--165295>.

MACFIE, Jenny, 2012. *Do mothers with borderline personality disorder oscillate in their behavior towards their children? Implications for interventions: Commentary on Stepp, Whalen, Pilkonis, Hipwell*. In: *eds.a.ebscohost.com*. [online]. [cit. 3. 2. 2016]. DOI: 10.1037/a0026041. ISBN 10.1037/a0026041. Dostupné z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0026041>.

PRAŠKO, Ján, 2007. *Hraniční porucha osobnosti 3: Možnosti psychoterapie a KBT u hraniční poruchy osobnosti*. In: *tigis.cz*. [online]. 17. 1. 2007. [cit. 15. 2. 2016]. Dostupné z: http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2001/suppl_04/16prasko.pdf.

STEPP, Stephanie D., **WHALEN**, Diana J., **PILKONIS**, Paul A., **HIPWELL**, Alison E., a **LEVIN**, Michele D., 2012. *Parenting behaviors of mothers with borderline personality disorder: A call to action. Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. In: *eds.b.ebscohost.com*. [online]. [cit. 27. 1. 2016]. DOI: 10.1037/a0026086. ISSN 1949-2723. Dostupné z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0026086>.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, 2014. V. kapitola *Poruchy duševní a poruchy chování (F00 - F99): Specifické poruchy osobnosti*. In: *uzis.cz*. [online]. 1. 4. 2014 [cit. 9. 2. 2016]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.

Příloha č. 1 - Terminologie

Individuace nebo stálost objektu – *object constancy* (25. – 36. měsíc, jako subfáze období separace – individuace trvajícího od 4. měsíce do tří let). *Obráz matky (její mentální reprezentace) je v tomto období internalizován, „dobré“ i „špatné“ (uspokojující i frustrující) vlastnosti matky jsou integrovány, dítě může začít fungovat samostatně, je dosaženo plné individuace - zrození psychologického „já“.* (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 64).

Internalizace, interiorizace, zvnitřnění – *Přijímání idejí, myšlenek, postojů, hodnot a spol. norem za své. Jejich začleňování, vstřebávání do psychiky a osobnosti.* (Hartl, 2000, s. 237). *Dítě v batolecím období nejen vzdoruje, ale často se i podržuje a mnohdy s velkým vnitřním zaujetím plní některé pokyny dospělých. Hodně pozornosti je dnes výzkumníky věnováno studiu této rané poslušnosti, která je považována za první krůček ve skutečné socializaci dítěte, tedy za první známku zvnitřňování (internalizace) morálních norem společnosti* (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 85).

Odštěpení, štěpení – *Nejranější obranný mechanismus dítěte, který má k dispozici, aby odstranilo nepříjemné pocity. Tento mechanismus je charakteristický jen pro rané stádium vývoje ega. U „zdravého“ člověka jej brzy vystřídají jiné, vyspělejší obranné mechanismy – například mechanismus vytěsnění. Vytěsnění pacientovi s hraniční poruchou osobnosti chybí (nebo jej má nedostatečné). Je odkázán na raný mechanismus odštěpení. Ve 3. – 6. měsíci si dítě vytváří aktivní vztah k matce, touží po láskyplné, bezpodmínečné péči, chce rozvinout svou citlivost, chce být s matkou v symbióze. Není ještě schopné rozlišovat mezi svými a matčinými pocity. Tato vývojová fáze má dalekosáhlý význam, protože se tady vytváří prázáklad všech budoucích vztahů. Dětské ego neumí (nebo umí jen nedokonale) integrovat dobré a špatné postoje matky. Když je matka rozzlobená nebo láskyplná, dítě odštěpí dílčí objekt matky způsobující nelibost a tím může znovu vzniknout narušený vztah k ní. Tak začne matku (a tím později i svět) vnímat v extrémech. Buď je vše dobré, nebo špatné (všechno nebo nic) a to způsobuje katastrofální problémy ve vztazích* (Faldyna, Röhr, 2012, s. 106 – 107).

Protipřenos – vztah terapeuta k pacientovi a přenášení neuvědomovaných očekávání terapeuta na pacienta (Hartl, Hartlová, 2000, s. 460).

Přenos – v psychoanalytice znamená mechanismus léčby, který spočívá ve vztahu mezi pacientem a terapeutem; pacient přenáší na terapeuta své minulé zkušenosti, vztahy a city, neuvědomovaná očekávání; vzniká přenosová neuróza, jejíž překonání je považováno za předpoklad úspěšné léčby (Hartl, Hartlová, 2000, s. 465).

Zrcadlení – kladné sebehodnocení je pro duševní zdraví velmi významné. Psychoterapeuticky zaměřeni badatelé poukázali na to, že kořen mnoha psychických obtíží je právě v nejistotě o hodnotě vlastního „já“. Člověk, který si sám sebe realisticky necení – tedy buď se podceňuje a v ničem si nevěří, nebo se nadměrně přeceňuje – má obyčejně problémy i ve styku s druhými lidmi. Škola může v tomto směru rozhodující měrou ovlivnit to, co rodiče dříve začali. Pokud jde o vliv rodičů na kladné nebo záporné sebehodnocení, můžeme uvažovat o dvojím mechanismu působení. Předně dávají rodiče dítěti najevo, jak si ho váží nebo jak je podceňují, a tím mu jako v zrcadle ukazují jeho vlastní hodnotu – **zrcadlová teorie**. Na druhé straně jsou rodiče také vzorem chování – podle nich dítě modeluje samo sebe; jejich vlastní reálné, příliš nízké či vysoké sebehodnocení může být základem, podle něhož si dítě vytváří své vlastní sebepojetí a sebehodnocení – **teorie modelu**. Některé empirické studie nasvědčují tomu, že zvláště „zrcadlení“ dítěte v soudech rodičů je pro vývoj dítěte důležité (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 139).

Příloha č. 2 – Přepis rozhovoru z 3. 3. 2016

Dobrý den, jmenuji se Zuzana Krejčí, studuji Sociální pedagogiku na Univerzitě Palackého v Olomouci a pro svoji závěrečnou práci jsem si vybrala téma Rodičovství s hraniční poruchou osobnosti. To je také důvod, proč jsem vás požádala o rozhovor. Víím, že vám byla diagnostikována hraniční porucha osobnosti a jste rodiči dvouletého dítěte. Vaše zkušenosti jsou pro mě velmi důležité a cenné. Chtěla bych vám moc poděkovat, že jste s tímto rozhovorem souhlasili a že jste také souhlasili s jeho nahráváním. Chci vás ujistit, že účast ve výzkumu je anonymní. Můžeme tedy začít?

AŽ: *Ano.*

AM: *Ano.*

Kdy a za jaké situace jste zjistili, že máte HPO?

AŽ: *Od deseti let jsem byla v dětském domově. Hodně často mě tahali po psychiatrech, trochu jsem zlobila, tak mě zavírali do blázince, často mě navštěvovala i psycholožka. Já jsem moc nevěděla, proč pořád na psychiatrii chodím. Pokračovalo to i v dospělosti, protože jsem měla paniku, kterou provázely velké záchvaty, a vlastně jsem nevěděla, proč tam jsem. Jen jsem si s nima povídala. Že mám HPO mi řekli, když jsem před čtyřmi lety byla v léčebně na detoxu. Tam mě sledovali intenzivně 4 měsíce a podle příznaků mi řekli, že tuhle poruchu mám.*

Na léčení jste šla kvůli čemu?

AŽ: *Kvůli návykovým látkám – marihuaně a alkoholu.*

Změnilo se pro vás něco, když vám o hraniční poruše osobnosti řekli?

AŽ: *Určitě, vysvětlili mi hlavně, co to znamená. Řekli mi, že se chovám impulzivně, emočně nestabilně a já jsem si uvědomila, že to je moje porucha, že to nedělám z ničeho nic a že to k tomu patří a že bych se měla ovládat. Takže se ovládám. Měli jsme v léčebně skupinové terapie a to je dobrý, hlavně proto, že tam sedíš v kruhu, dávají ti zpětnou vazbu, že děláš něco špatně. Tak když ti to říkají čtyři měsíce skoro každý den, říkají ti, v čem se člověk zlepšil, nebo zhoršil, tak potom si to člověk uvědomí. Pokud je inteligentní a pokud si to uvědomit chce.*

Kolik jste měla roků, když jste se to tedy dozvěděla?

AŽ: *To mi bylo 30 let.*

Otěhotněla jste tedy až po léčení, nebo jste byla těhotná už v léčebně?

AŽ: *Mám už jedno dítě s prvním mužem. V současné době je mu deset let. Když mu byly čtyři, udělala jsem pár úvěrových podvodů přes internet a muž mě z bytu vyhodil. Zůstala jsem půl roku na ulici. Tam jsem se o dítě starat nemohla, tak ho sociálka dala do opatrování manželovi. Druhé dítě se mi narodilo tři roky po léčení.*

Už jste měla zkušenost z prvního těhotenství, bylo druhé těhotenství něčím jiné?

Obávala jste se něčeho v souvislosti s HPO?

AŽ: *Podle toho, co mi řekli, tak za HPO může špatná výchova, takže jsem se nebála toho, že by dítě poruchu mělo taky.*

Jak probíhalo těhotenství, to už jste spolu žili, chtěli jste dítě?

AM: *Těhotenství nebylo dobré. Já jsem ženu deptal. Já jsem jí ubližoval. Nebral jsem léky, nic. Ještě jsem občas do toho kouřil trávu. Pil jsem.*

AŽ: *On byl taky potom na detoxu.*

A tam jste se seznámili?

AŽ: *Ne, my jsme se seznámili, když jsem byla na ulici potom, co jsem se rozešla se svým prvním mužem. Když jsme se seznámili, tak on byl drogově závislej, vrátil se z vězení. Viděl mě, že se potuluju, tak mi řekl, ať jdu s ním domů, že se mu líbím. Šla jsem a zůstala jsem u něj. Tehdy jsme se právě snažili o miminko. Nebo...já jsem se snažila, aby mě měl rád. A on chtěl mít dítě, protože cítil takovou prázdnotu. Ale nešlo nám to.*

AM: *Já jsem chtěl dítě hlavně kvůli tomu, že jsem si vždycky říkal, že s těma drogama dokážu přestat, když budu mít dítě. Tak proto jsem toužil po dítěti a děti mám rád.*

Když jste otěhotněla, nebylo to úplně jednoduché?

AM: *Ono to nebylo jednoduché ani předtím. My když jsme se rozešli, ještě před tím, než jsme čekali malýho, tak jsem se začal zžírat samotou a víc jsem fetoval, nejdřív kokain, ten stál moc peněz, potom pervitin, do toho jsem kouřil trávu. Říkal jsem si, že jestli to půjde dál, tak se mnou nevydrží už nikdo. Tak jsem prošel Apolináře a detox v Červeném kříži.*

AŽ: *Právě. Když byl závislej, tak byl agresivní, nezvladatelný. Často docházelo k fyzickému napadení a tak. Jenom když už se to přehnalo a já jsem byla 2x v nemocnici, tak se zalekl, že to nahlásím. Takhle si to teda myslím já. No a on potom*

utekl na léčení do nějaké léčebny. A po tom detoxu jsme se k sobě zase vrátili, jako vždycky. A pak jsem otěhotněla.

Ta léčebna vám pomohla?

AM: *Jo, neřešila se tam zatím hraniční porucha, ale drogy. Dostával jsem prášky na deprese. Tam mi ve skupinových terapiích omlátili o hubu, že chci rodinu, ale s tím množstvím drog co beru, že ty děti ani nezplodím. Po léčebně jsem 2x, 3x uklouznul, zakouřil jsem si trávu, ale bylo mi blbě, jak jsem byl vyčištěnej. Tak jsem toho nechal. Odešli jsme z Prahy a žena porodila.*

Jaký byl porod?

AŽ: *Nerodím ráda.*

AM: *Byl jsem u porodu. Byli tam na nás všichni hodní. Akorát malej měl omotanou pupeční šňůru kolem krku, viděl jsem, jak se doktoři na sebe dívali, tak jsem raději dělal, že si toho nevšímám. Taky jsem se narodil s omotanou pupeční šňůrou kolem krku. Dopadlo to všechno dobře.*

Jak to vypadalo po porodu, tím myslím váš zdravotní stav, zvládání péče o dítě?

AM: *Měl jsem šílený deprese, výbušné stavy, žena jak moc nespala, tak byla podrážděná, tak si to někdy vybila na mě. Já jsem to neukočíroval a tak jsem se sebepoškozoval. Neřezal jsem se, ale mlátil jsem hlavou do zdi. Žena řekla, že to takhle nejde, že musíme na tom pracovat, tak jsme šli do manželské poradny a já jsem nastoupil zároveň terapii a teď jsem tam dva roky. Jím prášky a jsem v pohodě. Paní doktorka, když jsem tam byl před měsícem, řekla, že tam můžu docházet jen jednou za čtvrt roku, že mě musí pochválit, že je to velkej pokrok a že jsem už vyrovnanej člověk.*

Změnil se po narození vztah mezi vámi?

AM: *Myslím, že my kdybychom neměli malýho, tak bysme se po čase rozešli.*

Takže narození dítěte byla pro vás obrovská motivace?

AM: *Neuvěřitelná. Ženě jsem byl a vlastně jsem vděčný, že mi dala dítě.*

Těhotenství a doba těsně po porodu byla pro vás pro oba hodně náročná. Chápu to ale správně, že se situace začala trochu lepší?

AM: *Dá se říct, že se situace zlepšila o sto procent. Trvalo to teda čtyři až pět měsíců, než začaly zabírat ty léky a neměl jsem vedlejší účinky. Když jsem je začal brát, byl jsem podrážděnej na hluk, na všechno, že bych vyskočil z okna. Nemohl jsem měsíc na denní světlo. Začal jsem brát ještě xanax jak lentilky. Ale to jsem pak přestal. Měl jsem při nich bolesti a nemohl jsem na světlo. Prášky ale potom zabraly. A já jsem měl taky motivaci – malýho.*

AŽ: *Musím jenom k tomu doplnit, že já žádné léky neberu a s lékama nesouhlasím. Já spíš sebevraždy, sebepoškození. Když něco takového udělám, tak to udělám proto, že mu chci ukázat, aby viděl, jak je to strašný, když se na to musím koukat. Nejsem tedy na to sebepoškození moc. Dělá to jenom tehdy, když jsem ve stresu, když mě mlátil.*

Co vaše rodiny, zajímají se o vás? Stýkáte se?

AŽ: *Jsem z 11 - ti sourozenců. Všichni bydlí v okolí. Trochu se navštěvujeme, ale zase tak moc se o sebe nezajímáme.*

AM: *Když jsem bral drogy, nejezdil jsem k našim. Báł jsem se, že mi táta na očích pozná, že beru drogy. To jsem přiznal, až když jsem byl ve vězení.*

Za co jste byl ve vězení?

AM: *Za únos. Unesl jsem kamaráda, kterej mě vykradl. Odvezl jsem ho do lesa, tam jsem ho zmlátil a nechal jsem ho tam nahatýho. Ale trošku jsem to nedomyslel, byl jsem vožralej. Venku bylo minus 27 stupňů. Kdyby ho nenašli včas, mohl umrznout. Bylo mi 21 a odseděl jsem si dva roky.*

Takže když jste čekali malého, tak jste měli kolik roků?

AM: *Měl jsem 26 a žena 32.*

Používáte nějaké tresty, nebo jak řešíte, když malý dělá něco, co nemá, když se vzteká?

AM: *Plácneme ho přes ruku, ale ono to stejně nepomáhá. Když něco chce, tak se otřese, vzteká se a dělá, že ho to nebolí. Když se vzteká, tak mlátí hlavou o postýlku, mně připadá, že se sebepoškozuje, aby se mohl rozbrečet. Na něj pomáhá, když se na něj křikne, tak potom je v klidu. Neřvu na něj moc, jen minule jsem na něj křiknul a to se tak leknul, že si sedl na zem, rozbrečel se a utíkal za ženou, že na něj křičím. Já jsem ale po těch práškách strašně klidnej, že mě nic nerozháže. Žena mi pak nadá, že ho strašně rozmazluju, že mu nic neřeknu a mě osobně štve, že já jsem byl dřív takovej*

ráznější a lidi ze mě měli respekt a teďka jsem tak klidnej, že všechno dokážu přejít. Kdyby mě dřív někdo naštvál, dal bych mu přes držku, teď ne, nejsem konfliktní. Víím, že kdybych vysadil léky proti závislostem a proti depresím, tak bych mohl být nebezpečnej.

AŽ: *Když se nevyspím, když je na mě moc práce, tak jsem nervózní. Když má malý vzdor, tak jsem taky dost nervózní. Vídám se občas, že musím jít pryč, ven, vzteklá, nebo že na něj zařvu, ale ty vzteky bývaly spíš dřív, ve spojitosti s alkoholem. Teď nepiju a když jsem měla první dítě, tak jsem taky nepila. Když děti hodně zlobí, tak se emoce udržet nedají, když jsem vztekloun.*

Nosí ještě malý plínky?

AŽ: *Už jen občas. Když měl šest měsíců, zkoušela jsem ho dávat na nočníček. Teď už si sám říká.*

AM: *Chce dělat to, co dělají dospělí. Takže když vidí, že chodíme na záchod, tak si říká, že nechce na nočník, ale na záchod. Koupili jsme mu malé prkýnko. Jen když se zabere do nějaké činnosti, tak mu to ujede. Ale jinak už je bez plínek.*

Necháváte malého někdy někomu hlídat?

AŽ: *To ne, v žádném případě. To bych z toho měla takovej stres, že by se někde přerazil.*

AM: *Když se malej narodil, tak jsem se zase začal stýkat s rodičema. Táta je pyšnej dědeček, je rád, že jsem se dal dokupy. Taky jsem mu říkal, že mám teď motivaci. Když za náma tady byl s mojí nevlastní matkou, říkal, že když malýmu budou tři – tak by si ho vzali na prázdniny. To jsme nechtěli, že spíš, až bude větší. My bysme pak byli doma v depresi, že se mu může něco stát.*

Já malého pozoruju a je hodné a klidné dítě, není žádný divoch?

AŽ: *Já si myslím, jestli není hyperaktivní, jestli nemá ADHD. Nevydrží dlouho u jedné činnosti, i když si s ním hraju, tak pořád přebíhá z jedné hry na druhou. Myslím, že o pár měsíců zpátky to bylo lepší. Přemýšlím, až bude ve škole, aby neříkali, že ruší.*

AM: *Když máme návštěvu, tak je hodně klidnej. Jen zaklapnou dveře, začne lítat.*

Je něco, na co jsme v průběhu rozhovoru zapomněli, nebo co byste sami chtěli říct, že je pro vás důležité?

AM: Jenom jsem neřekl, kdy přišli na to, že mám hraniční poruchu osobnosti. To bylo při posledním léčení, před rokem a půl.

AŽ: Pro mě to je různý. Mám takový chvilkový věci, kdy mě něco baví, nebo nebaví, nebo mám třeba strach ze smrti, pak ho zas nemám. Asi společnost je důležitá, nejsem ráda, když jsem zavřená doma, nebo když si povídáme pořád jen sami dva.

Jak to vlastně máte? Jste oba doma, berete dávky, stýkáte se s nějakými lidmi?

Třeba co mají taky malé děti?

AŽ: Ne, jsme samotáři. Jen k sourozencům na návštěvu.

AM: Spíš do toho dětského centra chodíme.

Moc vám děkuji za vaši vstřícnost a ochotu odpovědět na moje otázky.

Příloha č. 3 – Přepis rozhovoru z 10. 3. 2016

Dobrý den, jmenuji se Zuzana Krejčí, studuji Sociální pedagogiku na Univerzitě Palackého v Olomouci a pro svoji závěrečnou práci jsem si vybrala téma Rodičovství s hraniční poruchou osobnosti. To je také důvod, proč jsem vás požádala o rozhovor. Vím, že vám byla diagnostikována hraniční porucha osobnosti a jste maminka 8 - mi měsíčního dítěte. Vaše zkušenosti jsou pro mě velmi důležité a cenné. Chtěla bych vám moc poděkovat, že jste s tímto rozhovorem souhlasila a že jste také souhlasila s jeho nahráváním. Chci vás ujistit, že nahrávka bude sloužit pouze pro mé účely – k převedení rozhovoru do psané podoby. Účast ve výzkumu je anonymní. Rozhovor bude součástí mé bakalářské práce.

Na začátek bych se vás ráda zeptala, kdy vám byla diagnostikována HPO?

***BŽ:** O HPO jsem se dozvěděla ve svých 18 - ti letech v léčebně. Dlouhou dobu před jejím diagnostikováním se myslelo, že mám úzkosti, deprese, potom posttraumatickou stresovou poruchu, taky maniodepresivní poruchu, protože se mi často střídaly nálady. Nakonec mi řekli, že mám HPO. Považuji tuhle poruchu jako takový balíček všech těch nemocí dohromady.*

Jak moc ovlivňuje tato porucha váš běžný život?

***BŽ:** Poměrně hodně. Střídají se mi nálady, nemám se ráda, partnera miluju a zároveň ho nenávidím. Moje matka měla jen základní vzdělání. Vždycky jsem si myslela, že není moc chytrá, já jsem chtěla něco dokázat. Chtěla jsem studovat. První vyučení mi nevyšlo, protože jsem se pokusila o sebevraždu, potom mě dali na cukrářku, přestože věděli, že to nechci, taky jsem se pokusila studovat knihkupectví, to mi ale taky nevyšlo. Všude jsem vydržela přibližně rok, takže mám jen základní vzdělání. Bavilo by mě pracovat v sociální oblasti. Všichni hraničáři, co znám, studují buď psychoterapie nebo nějakou sociální školu. Myslím, že to tak prostě je. Taky si myslím, že kvůli HPO trpím i závislostmi.*

Na čem jste závislá?

***BŽ:** Úplně na ničem. Ale mám sklony k tomu vzít si léky, drogu, sebepoškodit se.*

Můžu se zeptat, jestli jste měla víc partnerů a jaký jste s nimi měla vztah?

BŽ: *Nejdřív jsem měla takové ty normální lásky, jako puberták. Taky jednoho kluka z psychiatrické léčebny, tam jsme se seznámili. Mě vždycky fascinovaly ztracený existence nebo feťáci. Před současným přítelem jsem měla hraničáře. Ten mě mlátil, ponižoval. Já jsem s ním přesto odešla a začala jsem se bavit, začala jsem žít. Bylo to těžký. Když spolu žijou dva hraničáři, tak se prostě stahují dolů. Je jedno, jestli je jeden stabilizovaněj. Jdou do háje oba dva. S tím hraničářem jsem žila tři měsíce. No a můj současný přítel nemá žádnou duševní nemoc. Poznali jsme se na párty. Začali jsme spolu bydlet po třičtvrtě roce a hned jsme zplodili syna.*

A těhotenství jste plánovali nebo bylo neplánované?

BŽ: *Jednou jsem dítě chtěla a pak zase ne. Spolu jsme neplánovali. Já jsem chodila do školy, pokoušela jsem se vystudovat knihkupectví, protože moje láska ke knihám byla velká. Jedna učitelka mi teda trochu čtení zprotivila. O Eposu o Gilgamešovi se mi i zdálo. A najednou přišlo dítě a já jsem nevěděla, co dělat. Jednou jsem si říkala, že bych měla jít na potrat. Ale když jsem si přečetla, že v tom týdnu, kdy jsem to zjistila – já jsem to zjistila někdy na začátku třetího měsíce, já jsem to delší dobu tušila, ale v tom třetím měsíci se mi to potvrdilo, jsem si udělala těhotenský test – a když jsem si přečetla, že tomu tvorečkovi se vyvíjí mozek a srdíčko a tyhle věci, že trošku cítí a že už je to vlastně člověk, tak jsem to nedokázala. Měla jsem strach, že budu jako moje máma, to mě děsí vlastně prakticky doteďka.*

Váš přítel věděl, že máte HPO?

BŽ: *On to ví.*

A jak přijal těhotenství?

BŽ: *Nejdřív byl překvapený. První, co řekl, bylo, tak si rozmysli, jak to chceš. Tak jsem na něj zůstala koukat. Já mám něco rozmýšlet? Vždyť je to společný dítě. A nakonec jsme si řekli, že si miminko necháme. Od začátku jsme věděli, že to bude Daniel. Kdyby to byl kluk. Což jsme v hloubi duše věděli. Neříkali jsme mu ona, ono, ale on. A začali jsme se těšit.*

Změnilo se něco v těhotenství?

BŽ: *Změnilo se moje myšlení. Říkala jsem si, že se v životě nepokusím o sebevraždu, protože by mě to dítě za to nenávidělo. Protože táta mého přítele spáchal sebevraždu, když bylo příteli 14 let a doteďka ho za to přítel nenávidí, protože jeho mámu nechal s třemi dospívajícími dětmi samotnou a taky ji nechal samotnou na barák. Neumím si představit, že by mě moje vlastní dítě nenávidělo za to, že já zbabělec, místo toho, abych to řešila nějak jinak, tak se radši zabiju. A nebylo mi vždycky extra dobře.*

Na miminko tedy těšila?

BŽ: *Jo, těšila. Já jsem ho od první chvíle milovala. Já jsem rodinu chtěla a chtěla jsem být matka, zároveň jsem se bála. Vždycky jsem chtěla něco dokázat a podařilo se mi akorát to dítě, ale to taky není málo být matkou. To i pro zdravýho člověka je to přece jenom náročný být rodič a ještě když je nějaká duševní nemoc.*

A co vaše máma. Zajímala se o vás, když jste byla těhotná, nebo třeba teď?

BŽ: *Ona o malým ví. Ale nezajímá se o něj. Malýmu bude 8 měsíců a ještě ani jednou nezavolala, jak se malej má. Nic mu neposlala. Neptá se, jaké dělá pokroky. On se narodil předčasně o tři týdny.*

Jak se k vašemu vztahu a dítěti staví rodina vašeho přítele?

BŽ: *Tak byli překvapení. Hlavně maminka pořád říká – vy jste mladý. Ale malého zbožňují. To vlastně všechno máme od nich. Sice po synovci. Ale malej dostal i dárečky k vánocům. Aspoň ta přítelova rodina má aspoň starost o něj. Sice si nevoláme. Přece jenom jeho máma je na důchodu, takže tam aspoň jezdíme.*

A přítelova máma žije sama?

BŽ: *Od té doby, co se táta přítele zabil, je sama.*

Vědělo se, jaký měl důvod se zabít?

BŽ: *Jednak pil a taky v té době začaly vycházet noviny, kde bylo uveřejňované, kdo spolupracoval s STB. Tak si myslíme, že to bylo proto, že spolupracoval. Ale to byla ta doba, není se čemu divit. Lidi chtěli, aby jejich děti studovaly, aby měli pokoj.*

Když se vrátím k těhotenství a porodu. Jaký byl porod a byl manžel u porodu?

BŽ: *Manžel u porodu nebyl. Na to, že jsem byla prvorodička, tak dobrý, všichni mě tam chválili, že jsem poslouchala instrukce. Vlastně dobrý. Bála jsem se strašně malýho chytit. Navíc jsem ho viděla asi dvě minuty po porodu a potom ho odvezli. Pak jsem ho viděla až na druhý den odpoledne. Byla jsem na jiným oddělení než on. Nechtěli mě za malým pustit. Možná se u mě trochu rozvinulo to, že jsem ho pořád chovala a chtěla jsem u něj být. Takže jsem si na sebe uvázala nějak ten bič. Že jsem ho strašně na sebe navykla. Ale myslím, že je to pochopitelné. Viděla jsem ho vždycky jenom na kojení. Taky mi nešlo kojit. Nemohla jsem se to moc naučit.*

Jak se proměnil váš stav po narození dítěte?

BŽ: *Malej měl po narození koliky. Hodně brečel. Takže brečel on, brečela jsem já. Nevěděla jsem, jak mu mám pomoci. Trošku se můj stav změnil. Začínám být typický hraničář. Bývám občas vzteklá, našťvaná, nevyspaná, když malej pořád kňourá, tak se na něj utrhnu. Říkám – nechám vás tu s tátou samotný a vypadnu někam do p.....e.*

Máte s partnerem po porodu hezký vztah?

BŽ: *S partnerem. No. Taky se trochu změnil. Jsou lidi, co se každou chvíli líbají. Fungujeme, ale chtěla bych, abychom byli spolu víc.*

Můžete se na sebe spolehnout?

BŽ: *Vím, že se na něj můžu spolehnout, že je dobrý táta. Jako chlap má svoje mouchy. Pohlídá malýho, vytáhne ho někam ven. Já už vím, jak je, nejsme taková ty lidi, co se vodí pořád za ruce, že bysme spolu spali nějak často, to se taky říct nedá, ale přece jenom máme syna. Je to složitější, hodně se to změnilo. Někdy mě se vším štve, to jsem typickej hraničář, prostě já bych chtěla, aby byl pořád se mnou, a začnu se schýzovat, že ho jen zajímají kamarádi, že nechce se mnou vůbec být, že se mu nelíbím. Bud' jsem typická ženská, nebo typickej hraničář.*

Těžko se to asi rozpoznává, je to v tom zvládnání emocí?

BŽ: *Žárlení asi k lidem patří a u toho hraničáře je to víc v pocitech, ty jsou silnější o sto procent. Když člověk miluje, tak nadoraz a byl by pro druhého schopen i umřít. Ale zároveň toho člověka dokáže strašně nenávidět. A takhle je to u mě. Kolikrát říkám, že*

ho nenávidím. Když jsem unavená a on si myslí, že tady nic nedělám. Ale tak to není, což jemu asi nedochází. Někdy ho až moc miluju a chtěla bych s ním být pořád, že bysme zase byli pár, co se spolu chodí bavit, což je těžký s malým. Hlavně najít někoho, komu bych já věřila, že by ho hlídat mohl.

Máte syna ve věku, kdy se u něj začíná projevovat separační úzkost, kdy nechce nikoho jiného, než jen vás. Pozorovala jste to už?

BŽ: *On je hodně společenskej. Jemu nevadí, když si ho chovají lidi. Třeba vůbec nebrečel, když si ho chovala moje psycholožka. Vlastně jak jsem byla teď v nemocnici, tak ho hlídala moje kamarádka, tak jen trochu kňoural, ale v pohodě. Na lidi se směje, je společenský dítě. Já jsem za to hodně ráda, protože já jsem byla strašnej takovej do kouta, mouchy sežerte si mě. Tak proto bych byla ráda, kdyby on byl společenskej. Myslím, že už teď to na něm vidím, že mu nevadí lidi. Je na mě hodně zvyklej. Nevím, jak to zvládne, když půjdu teď do té nemocnice. Přítel říkal, že se malej beze mě zblázní. Ale myslím si, že právě tohle období je pro dítě nejdůležitější a ta matka s ním bude víc, než otec. On je na nás hodně upnutej. Na mě teda maximálně. Přítel tak nevíta jako mě. Se mnou je 24 hodin denně. Je mi jasný, že až budu v nemocnici, tak to bude těžko zvládat. Přemýšlím, že bych tam nešla. Ale když mám koliku, tak nemůžu o dítě pečovat. Takže vím, že se musím dát do pořádku.*

S čím jdete do nemocnice?

BŽ: *Mám žlučnickové kameny a trpím kolikami a taky jsem měla zvýšené jaterní testy, mají podezření, jestli nemám žloutenku – ani jsem nevěděla, že existuje typu E. Právě on si přítel dřív píchal, tak jestli to není z toho.*

Berete teď nějaké léky?

BŽ: *Neberu. Nějaká léková poslušnost u mě není. Od té doby, co jsem zjistila, že jsem těhotná, jsem léky přestala brát. Brala jsem tři druhy léků. Mně nikdy léky nepomáhaly. Chodím k psychoterapeutce. Mívala jsem jí každý týden. Ale teď se to odvíjí od malého a taky je to dost daleko. Navíc. Psycholožka mě nechává někdy čekat třeba deset minut a v zimě to s malým nejde. Taky si při sezení vyřizuje hovory, což mi docela vadí. Ale mám línou hubu, nic neřeknu a pak mám problémy. I ve vztahu.*

Vždycky to držím v sobě a nic se nevyřeší. Chtěla bych jiného psychologa. Ale najít jiného, kterého nebudu platit, je těžké.

Napadá vás něco, na co jsem se nezeptala a co byste chtěla říct?

BŽ: *Asi, že mi vadí, štvavá kampaň proti duševně nemocným. Lidi by byli nejradši, aby nás izolovali jako v nějakých padesátých letech. Kdy jsme byli na okraji společnosti, a mně připadá, že to lidi znovu chtějí. Myslí si, že jsme nebezpeční a ten případ, co se stal. To je jeden z mnoha. Mám lidi, kamarády, schizofreniky, co žijou obyčejnej život. Mají děti. Vraždit může i zdravej člověk. Tak tohle mi docela vadí. Vždycky u toho nadávám. Tohle se dá u sezení u psychologa předvídat. Takže za to můžou spíš doktoři, než ty lidi. Ty lidi jsou oběti. Oni sami musí žít s tím, že někomu zničili život a přitom třeba neví, že to udělali. Takže mně vadí tohle. I duševně nemocnej člověk může mít děti. Když ho podrží okolí.*

Pomáhá vám ve výchově psychologické poradenství?

BŽ: *To právě vůbec ne. Když jsem znovu přišla s tím, že se zase sebepoškozuju. Já jsem se rok nesebepoškozovala. Ale pak to nějak přišlo. Bylo to pro mě náročný a potřebovala jsem úlevu. Ale už to není v té míře, jako jsem to dělala kdysi. Snažím se tak, aby to nebylo vidět, fakt málo. Neřežu se do masa. Jenom se trochu uvolním. Přítel to ale neví. Říkají mi, abych mu to řekla, že mám zase úzkosti, ale já o tom neumím mluvit. Říkají mi to kamarádky a to jsou hraničáři.*

A je něco, na co byste se chtěla zeptat sama?

BŽ: *Jo chtěla – kolik se přihlásilo maminek na rozhovor?*

Přihlásilo se jich víc, ale ne se všemi rozhovor vyšel. Takže tohle je druhý rozhovor, který dělám. Chtěla jsem vám za něj poděkovat a rozloučit se. Jsem ráda, že se naše setkání uskutečnilo.

Příloha č. 4 – Přepis rozhovoru z 12. 3. 2016

Dobrý den, jmenuji se Zuzana Krejčí, studuji Sociální pedagogiku na Univerzitě Palackého v Olomouci a pro svoji závěrečnou práci jsem si vybrala téma Rodičovství s hraniční poruchou osobnosti. To je také důvod, proč jsem vás požádala o rozhovor. Víím, že vám byla diagnostikována hraniční porucha osobnosti a jste maminka chlapce ve věku 9 let. Vaše zkušenosti jsou pro mě velmi důležité a cenné. Chtěla bych vám moc poděkovat, že jste s tímto rozhovorem souhlasila a že jste také souhlasila s jeho nahráváním. Chci vás ujistit, že nahrávka bude sloužit pouze pro mé účely – k převedení rozhovoru do psané podoby. Účast ve výzkumu je anonymní. Rozhovor bude součástí mé bakalářské práce.

Na začátek bych se vás ráda zeptala, kdy vám byla diagnostikována HPO?

CŽ: Že mám HPO jsem se dozvěděla před rokem. Rozešla jsem se s bývalým přítelem, potom s mužem, se kterým jsem chodila asi rok, ale nebyl hodný na syna. Neměla jsem peníze na bydlení, musela jsem se přestěhovat, najít si práci, bydlení, synovi školu. Syn byl poprvé beze mě u babičky. Pro mě to bylo dost stresující. Když se mi všechno tohle povedlo, tak jsem se zhroutila a nový přítel mi říkal, že se mám jít léčit. Ocitla jsem se v psychiatrické léčebně a tam mi řekli, že to není jen nějaká deprese, ale že mám HPO. Všechny problémy za ty roky se nabalily. Já jsem vždycky hodně řešila peníze. Mám s nimi problém. Za roky mám i dluhy, že jsem prostě něco nezaplatila, pokuta támhle, nezaplatila jsem si sociální, zdravotní. Spoustu věcí. Prostě jsem se na to vykašlala. Když jsem se začala léčit, začalo se mi vybavovat všechno, co jsem prožila. Do té doby nikdy, jen když jsem se opila. Na léčení podporovali to, abych se rozpomněla, abych to nezatlačovala. Když mi o poruše řekli, tak jsem byla v háji. Říkala jsem si, já jsem tak strašně špatná. Za všechno si můžu sama. Já jsem ta, která je divná a všichni ostatní jsou normální. Potom jsem si říkala, že jsem ráda, že to víím. Já se strašně bojím, že se budou věci opakovat. Že pokud je to tak, že si sama přitahuju špatný lidi, tak s tím můžu něco udělat a nepřitahovat je. Řekla jsem si, že je dobře, že je problém na mojí straně, protože s tím můžu třeba na základě terapie něco dělat. Kdyby to bylo na někom jiným, tak by to nešlo. Léčím se chvíli a zjišťuju, že to tady se mnou bylo celou dobu. Všechno mi do sebe najednou zapasovalo, dávalo mi to smysl. Racionální vysvětlení mi v tom pomohlo. To co se dělo, to jak se chovám – to je ono. Moc o hraniční poruše nevím. Přidala jsem se ke skupině na facebooku a spousta věcí se mě

netýká, ale plno věcí jo. Myšlenky a pocity chápu, protože to znám, z toho čerpám. Jinak od doktorů jsem se toho moc nedozvěděla.

Jak jste vyrůstala, máte nějaké sourozence?

CŽ: Vyrůstala jsem s mámou a dvouma bratrama. Jako sourozenci jsme od sebe o čtyři roky. Můj táta s náma nebyl. Ale má ještě další děti. O mámě si myslím, že má narcistickou a histriónskou poruchu. Nedá se s ní absolutně o ničem bavit, ale myslí si, že je v pořádku. Já vím, že není. To není domněnka, není to jen můj názor. Víím, jak se chová, jak jedná, jak překrucuje věci, záměrně lže. Asi to má taky vliv, co všechno zažila. Ale ona všechno absolutně popírá, že je všechno v pořádku, že nic strašného se nestalo. Hlavně, že ona dělala všechno ze všech sil. Jde taky o to, co je na ní vidět, je, že ona je na všechny milá, i na máho partnera, do té chvíle, než cokoliv je trochu negativního proti ní a to je schopná udělat strašný scény na celej dům, na celou ulici. Ona je anděl, ale jakmile je něco trochu proti ní, je jako sup. Snaží se, aby bylo vidět, že my jako rodina jsme v pořádku. Ona se mi dost snaží pomáhat s malým. Dost mi finančně pomáhá a já vůči ní mám dost jako divnej vztah a štvě mě, že potřebuju její pomoc. Prostě potřebuju, a když malýmu nakoupí věci, já jsem za to ráda, ale vadí mi, že je to od ní. Kompenzuje si, jak se starala o nás. A mi přijde, že si mě uplácí. Protože ve chvíli, kdy jsem se začala léčit, tak ona věděla moc dobře, co se může stát. Když se mě někdo ptá na to, jakej jsem měla život, tak z toho vyplynou nelichotivý věci vůči ní a ona to prostě vypouští, nikdy se mě neptá, proč se léčím. Já jsem měla na papíru napsaný nějaký svoje věci, myšlenky, kde bylo popsany něco z máj minulosti, z dětství a já jsem byla v léčebně, měla jsem doma ten papír, ona byla u nás, hlídala psa, tak ten papír byl přečtený a daný tak, že jí bylo jedno, že jsem zjistila, že to četla a neřekla mi na to vůbec nic. Akorát mě utvrdila o tom, že i tenkrát věděla o všem, co se dělo.

A všechno bylo na psychické rovině, nebo jste byla i týraná, zneužívaná?

CŽ: Nebyla jsem týraná, ale zanedbaný dítě. V raným dětství mám mamu neznám. Měli jsme hlad, atakdál. A potom v jedenácti se vrátil na chvíli táta, tam to mělo sexuální podtext. Pak zase odjel. Přestěhovali jsme se, bydleli jsme na squatě (máma i bratři). Všichni tam byli trestně stíhaní. Ona se snažila to udělat nejlíp. Dokázala vždycky dobře manipulovat s lidma. Dokázala si zařídit, aby se to dělo, jak ona chtěla. Oni ji poslouchali, nebrali drogy, ale byl tam jeden člověk, který mě sexuálně obtěžoval. Ona

už tehdy věděla, co se děje. Napsala jsem to na papír, ona to našla a vynadala mi, že proč takový věci píšu, že kdyby to někdo našel, tak by si mohl myslet, že je to pravda. Ale já jsem byla hloupá, já jsem jí to nevyvrátila. Byla naštvaná, tak jsem jí nemohla říct – je to pravda. Takže mi za to vynadala, ale teď když viděla podobný papír a byly tam věci i o mém tátovi, tak ona si to přečetla a neřekla mi nic. Když jsem se ptala na tátu, kdy se odstěhoval, protože ona tvrdí, že to bylo, když mi byly tři roky, ale já vím, že to bylo pozdějc. Protože mám nějaký vzpomínky. Nesedí to. Ona mi říká. To já přesně nevím, to si nepamatuju, ale bylo nám i dobře, neměli jsme se vždycky špatně (poznámka: žena v této větě napodobuje hlas mámy). Vytřeštila jsem na ni oči. Tak se jí ptám znovu, kdy se odstěhoval táta. Odpověděla. To ti bylo tak tři, čtyři, možná pět.

A bráchové jsou starší?

CŽ: Jsou starší, oni zůstali v tom, v čem vyrůstali. Bráchové nemají žádný důvod to měnit. Starší brácha byl v podmínce, přepadl ženskou, byl ve vazbě, sází na tip sportu. Ten mladší, ten je akorát nešťastnej. Snaží se žít normálně, ale žije sám se psem a je rozhodnutej, že bude poustevník. Ani jeden z nich nežije normálně.

Je vám 26 let a máte devítiletého syna, musela jste otěhotnět hodně brzy?

CŽ: Měla jsem ho v 16-ti. Brala jsem ho jako záchranu ve smyslu, že nezůstanu v tom, v čem vyrůstám. Teď zjišťuju u psycholožky, že je zase blbý, že jsem na něj možná moc upnutá. Mě to ale hnalo k tomu, abych žila normálně.

S partnerem, se kterým jste otěhotněla, jste zůstala?

CŽ: Nevzali jsme se, ale žili jsme spolu šest let. Když jsem otěhotněla, tak jsme byli chvíli u jeho rodičů a když bylo malýmu 5 měsíců, tak jsme jeli k mému tátovi, který se ozval. Ani nevím, jak se to dozvěděl, jestli komunikoval s mojí mámou. Měl se svojí novou mladou ženou statek a miminko a potřeboval někoho, kdo se jim bude na statku starat o zvířata. Nabídl nám, že když se tam budeme starat o ten statek, tak že si budeme platit jenom elektrinu. Tak jsme to vzali a než bylo malýmu rok, tak jsme tam bydleli. Pak jsme se odstěhovali a bydleli jsme sami.

A otěhotněla jste náhodou, nebo jste chtěla otěhotnět?

CŽ: *Náhodně. Ale je pravda, že jsem vůbec nebyla zodpovědná. Nebyla žádná snaha se tomu vyhnout.*

Váš partner byl starší?

CŽ: *Byl o čtyři roky starší. My jsme se hodně milovali. Já jsem byla strašně nešťastná, když jsem se to dozvěděla, ale on mi řekl, že to nějak zvládneme, že to dáme, že se máme rádi. Já jsem do té doby byla dost nezřízená, nebo jak to říct, bojkotovala jsem život. Spala jsem s hodně klukama, vždycky když mi někdo řekl, že se do mě zamiloval, pak jsem ho už nikdy neviděla. A s tím bývalým to byla fakt láska a já jsem to brala jako znamení, takže ten začátek byl v pohodě.*

Dělala jste nějakou školu?

CŽ: *Chodila jsem na gympl. Mně se ty výsledky, ono to zní divně, když to takhle říkám, já prostě teď se na sebe dívám zpětně, jako že jsem byla dítě. Byla jsem hloupá. Měla jsem dobré studijní výsledky, než jsme začali bydlet na squatě. To mi bylo 13. Chtěla jsem pít, snažila jsem se spát pokaždý někde jinde. Předtím teda byly taky problémy, ale pořád jsem se držela mezi premiantama. Já jsem dělala zkoušky na gympl a měla jsem nejlepší výsledky. To jsem šla ale do primy jinde, pak jsem šla zase na jinou školu a pak úplně do jiného města.*

Je vám to teď líto?

CŽ: *Je mi to hrozně moc líto. Právě jsem teď připravená, že si dodělám na zdravotně-sociální škole dálkově střední školu. Ráda bych dělala sociální činnost, pomáhat lidem. Ale musím se dát dohromady.*

Když se vrátím k těhotenství, co na to říkala vaše máma?

CŽ: *Já jsem to mámě dost dlouho neřekla. Až když jsem byla v pátém měsíci. To se to dozvěděla, ani už nevím jak. Vzala to dobře. Říkala, co se dá dělat. No. Mladá láska, říkala. Že na tom není vůbec nic špatného (poznámka: žena zase napodobuje hlas mámy).*

A rodiče vašeho partnera?

CŽ: Ty to nevzali moc v pohodě. Těm vadilo, že si domů přivedl holku dredatou, šestnáctiletou, že je těhotná. Ale prostě, že jim nic jinýho nezbývalo, než to přijmout. Ale když přeskočím ty roky, tak teďkom je to ta babička, která si malýho vyzvedávala, se kterou chodím každý pondělí běhat a mám s ní vztah jako matka s dcerou. Takže nakonec se vztah zlepšil.

Jak změnilo váš život těhotenství?

CŽ: Přestala jsem kouřit, pít, ale když jsem přestala kojit, tak jsem kouřit zase začala.

Byl partner u porodu?

CŽ: Byl. My jsme se na to dítě hodně těšili. I když.....on mě teda hodně podváděl. On je prostě takovej. Vím, že mě měl rád. On je takovej narcis. Nejsem si tím jistá, ale určitě zdravěj není. On je alkoholik. Fakt jako hodně mě podváděl a hodně mě psychicky týral.

Podváděl vás už v těhotenství?

CŽ: No poprvé když jsme spolu začali chodit s jednou holkou z naší party. Ale to jsem nebrala, to jsme začínali a pak když malýmu byly tři měsíce, na oslavě. Já jsem šla s malým domů a on tam zůstal s bandou lidí. Ale on mi to vždycky řekl. Což mě trochu jako štve. Ale věřím, že mě měl rád.

Pil alkohol denně?

CŽ: Když se o víkendu někam zašlo, tak to bylo v pohodě. Ale on potom začal pracovat v restauraci, tak chodil domů ožralej každej den. Co za den vydělal, to rovnou propil.

Péči o dítě jste zvládali dobře?

CŽ: Jo. Cítila jsem se dobře a zvládala to taky. Je pravda, že ze začátku jsem měla problém – ale to není vina toho rodičovství – chodila jsem ještě k tomu do práce. Chodila jsem na noční. Na 12 hodin. Jezdila jsem do práce stopem. Tam jsem byla celou noc v herně, dostala jsem 500,- Kč čistýho na ruku a jela jsem stopem zpátky. Doma jsem hlídala malýho, a když přišel přítel z práce, tak jsem se na dvě, tři hodinky prospala a zase šla do práce. Vůbec nevím, jak jsem to zvládala. Já jsem v té době ani

moc nejedla. Já jsem za celý den snědla třeba jogurt. Tak to trvalo rok. To bylo malému dva roky. Psychické problémy jsem měla vždycky jenom z důvodů, které se mi přihodily. To mi tehdy můj brácha šel hlídat malýho. Jednou jsem poprosila někoho, aby mi pohlídal malýho kvůli tomu, abych mohla jít na denní, abych mohla mít čtyřadvacítku. Já jsem brala rodičák, to bylo 7 500,- Kč. A platili jsme nájem 7 500,- Kč a já jsem měla ty peníze v šuplíku v ložnici. Bejvalej až přijde domů, že zaplatí nájem. Můj brácha tam byl, já jsem byla na té čtyřadvacítce. Bejvalej mi volal, že kde jsou peníze a tak jsem mu říkala, že jsou v šuplíku. Nebyly tam. A brácha, kterej neměl ani na cigára, tak najednou peníze měl. Sebral je. On se k tomu přiznal. To jsou věci, ze kterých jsem na tom byla zle. Nebo z toho, když k nám přijela kamarádka a šli jsme na zábavu. A já jsem šla na záchod a vrátila jsem se a muž byl na mě naštvanej. Tři dny psychické nátlak. Nakonec z něj vypadlo, že současně se mnou šel na záchod nějaký chlap a tak si myslel, že jsme tam spolu něco měli. Už tehdy jsem měla velký problém se sebepoškozováním. Sice už trochu dřív. Ale teď to byl výsledek té manipulace. Já jsem se nezlobila na něj, ale měla jsem pocit, že si to zasloužím. Otázka viny je pro mě moc důležitá, hrozně moc to řeším. Kdo za co může. Možná až moc.

Když říkáte, že jste možná až moc upnutá na syna, co si pod tím představujete?

CŽ: Psycholožka mi neřekla, že by to bylo moc, ale já z toho mám takovej pocit, mám z toho strach. Mám strach z toho, že něco právě udělám špatně. Že jsem spoustu věcí podělala. Na něm mi záleží strašně moc. Je to moje dítě. A vím, že on to odnáší taky. To, jaká jsem. Mám blízký vztah, máme se rádi. Někdy si říkám, jestli on není moc upnutej na mě. Ale zase psycholožka tvrdí, že on je v pořádku.

Když byl syn malý, nechávala jste ho někomu hlídat?

CŽ: Jasně že ho občas někdo pohlídal. Ale já jsem s ním pořád byla. Nosila jsem ho na zádech, abych mohla pracovat na tom statku.

Při výchově syna jste se řídila instinktem, nebo vám někdo radil? Například máma? Nebo jste četla nějaké knihy?

CŽ: Já jsem měla jednu knížku a potom jsem ho vychovávala podle toho, co jsem si myslela.

Co si myslíte, jaký je váš syn povahou, jaký má temperament?

CŽ: Je hrozně hodnej, živej a má velkej smysl pro humor.

Jak jste mu zvládala nastavovat hranice? Používala jste i nějaké tresty? Případně v jaké situaci?

CŽ: Hranice jsem mu dávala, co smí a co nesmí. Já jsem ho vychovávala v tom, že mě musí poslouchat. Ale taky byly situace, kdy mě přesvědčil, že to, co po něm zrovna chci, není úplně nejlepší. Dávala jsem mu základní hranice, které nesmí překročit. Že nesmí lhát, že nesmí někomu ubližovat. Což se mi povedlo, že mi nelže a mám z toho velkou radost a vidím v tom velký rozdíl mezi mnou a mámou. My si mezi sebou věříme. Já mu věřím a on mi taky věří. Přizná se. To jsou ty hranice, které jsem dávala. Ale jinak si myslím, že jsem byla v něčem volná.

Děkuji vám. Rozhovor s vámi byl pro mě důležitý a přínosný.

Příloha č. 5 – Kazuistika přítele první dotazované ženy

Muž pochází ze čtyř dětí (z toho jeden sourozenec má jiného otce), je mu 29 let.

Do 12-ti let žil v úplné rodině, potom se rodiče rozvedli. Nový přítel jejich matky děti bil. Kvůli tomu se dostal k soudu, po kterém přestal bít děti, ale začal bít jejich matku. Muž studoval policejní školu s maturitou, kterou tři měsíce před koncem opustil, protože začal dělat překupníka s auty a to mu vynášelo spoustu peněz. Ve 21 letech začal brát drogy (kokain, pervitin, marihuanu, alkohol), dělal podvody. Za podvody a také za únos byl odsouzen ke čtyřem letům, ve vězení strávil dva roky. Po propuštění pokračoval v užívání drog, sebepoškozoval se. Byl v protialkoholní léčebně, na detoxikační léčbě. Po narození dítěte prošel ještě jedním léčením, nepije alkohol, nebere drogy, užívá léky na depresi a také jako prevenci proti drogové závislosti.