

Univerzita Hradec Králové
Filozofická fakulta
Ústav sociální práce

Sociální práce s klienty
s hraniční poruchou osobnosti
bakalářská práce

Autor: Kateřina Hlubučková
Studijní program: B6761
Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností
Studijní obor: Sociální politika a sociální práce
Forma studia: kombinovaná

Vedoucí práce: Plk. PhDr. Zdeněk Hrstka, PhD.

Hradec Králové

2018



Zadání bakalářské práce

Autor: Kateřina Hlubučková

Studium: U1597

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností

Název bakalářské práce: **Sociální práce s klienty s hraniční poruchou osobnosti**
Název bakalářské práce AJ: Social work with people with borderline personality disorder

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Tato bakalářská práce bude zaměřená na sociální práci s duševně nemocnými klienty, kteří trpí hraniční poruchou osobnosti. Teoretická část se zaměří na diagnostiku a popis toho onemocnění, seznámí s příčinami jeho vzniku, aby čtenář alespoň částečně porozuměl jeho symptomům. Hraniční porucha osobnosti je podskupinou emočně nestabilní poruchy osobnosti, proto se práce bude také věnovat prožívání takto postižených a obtížemi, které jim způsobuje v běžném životě. V praktické části pomocí kvantitativního výzkumu bude zmapováno sociální prostředí v kterém tito lidé žili, nyní žijí a budou zjišťovány jejich potřeby.

RÖHR, Heinz-Peter. Hraniční porucha osobnosti: vznik poruchy, průběh a možnosti jejího překonání. Vyd. 3. Přeložil Antonín KONEČNÝ. Praha: Portál, 2012. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0311-7. RÖHR, Heinz-Peter. Nedostatečný pocit vlastní hodnoty: sebedestruktivní vnitřní programy a jejich překonávání. Praha: Portál, 2013. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0354-4. BOLELOUCKÝ, Zdeněk. Hraniční stavy v psychiatrii. Praha: Grada, 1993. ISBN 80-7169-029-5. PRAŠKO, Ján. Poruchy osobnosti. 2. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-558-5. ALDYNA, Zdeněk. Hraniční porucha osobnosti: diagnostika, komorbidita a možnosti terapeutického ovlivnění při psychiatrické hospitalizaci. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. ISBN 80-85121-56-5. KERNBERG, Otto F. Normální a patologická láska: pohled současné psychoanalýzy. Vyd. 2. Přeložil Ivo MÜLLER. Praha: Portál, 2011. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-7367-892-0. ATKINSON, R. A kol. (2003). Psychologie. 2. aktualiz. vyd., Praha: Portál. Cyril Höschl, Jan Libiger, Jaromír Švestka / editoři. Psychiatrie, Praha : Tigris, 2004, 883 s. : il. ; 31 cm PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3. Kotková, Veronika/ editor, Sborník příspěvků Psychiatrického sympózia Hlavalom IV, pořádané Psychiatrickou nemocnicí Kosmonosy, vydala PN Kosmonosy, 2014, 1. vydání, 45 stran. Zahraniční zdroj KERNBERG, Otto F. Psychodynamic psychotherapy of borderline patients. New York: Basic Books, c1989. ISBN 0465066437.

Garantující pracoviště: Ústav sociální práce,
Filozofická fakulta

Vedoucí práce: PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph.D.

Oponent: PhDr. Daniela Květenská, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 27.4.2017

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedení vedoucího práce a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne

Kateřina Hlubučková

Abstrakt

HLUBUČKOVÁ, Kateřina, Sociální práce s klienty s hraniční poruchou osobnosti, Hradec Králové, 2017, 101 s. Bakalářská práce, Univerzita Hradec Králové, Filosofická fakulta. Vedoucí práce: PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph.D.

Tématem bakalářské práce je sociální práce s klienty, kteří mají diagnostikovanou hraniční poruchou osobnosti. Práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická část se věnuje popisu hraniční poruchy osobnosti, příčinám jejího vzniku a psychosociálním důsledkům, které toto onemocnění přináší. Dále se věnuje přístupu sociálních pracovníků ke klientům s touto poruchou osobnosti a jaká rizika přináší, pokud nejsou dodržena základní pravidla přístupu. V závěru teoretické části se věnuji popisu sociální služby Kaleidoskop - centrum terapie a vzdělávání, z. ú., která je jako jediná v České republice zaměřena na cílovou skupinu lidí s hraniční poruchou osobnosti. Empirická část je zaměřená na hlavní cíl získání vhledu do života i prožívání klientů s HPO a zjistit v jakém sociálním prostředí žili a v současné době žijí. K dosažení hlavního cíle byl výzkum rozložen na čtyři dílčí cíle. Výzkumné šetření bylo provedeno kvantitativní výzkumnou strategií, metodou dotazníkového šetření. Respondenty pro získání výzkumných dat byli pacienti Psychiatrické nemocnice Kosmonosy hospitalizovaní na Resocializačním a terapeutickém, oddělení K20.

Klíčová slova: hraniční porucha osobnosti, sociální prostředí, prožívání, sociální práce

Abstract

HLUBUČKOVÁ, Kateřina, Social work with clients with Borderline personality disorder, Hradec Králové, 2017, 101 s. Bachelor thesis, Hradec Králové University, Faculty of Arts. Leader of thesis: PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph.D.

The topic of bachelor thesis is social work with clients who were diagnosed with Borderline personality disorder. The thesis is divided into theoretical and empirical part. Theoretical part deals with description of Borderline Personality Disorder, causes of its origin and psychosocial consequences, which this disorder brings with. Further it focuses on the attitude of social workers to clients with this personality disorder and what risks it brings if basic attitude rules are not complied. At the end of the theoretical part, I am describing the social service Kaleidoskop - the center of therapy and education, which is the only one in the Czech Republic focused on target group of people with a Borderline Personality Disorder. The empiric part focuses on the main target, gaining insight into the life, experience of clients with BPD and find out in what social environment they lived and currently live in. To achieve the main goal, research was divided into four sub-targets. The research was done with a quantitative research strategy, using the questionnaire survey method. Respondents for gaining the research data were patients of Psychiatric hospital Kosmonosy which were hospitalized at the Resocialization and Therapeutics Department K20.

Key words: borderline personality disorder, social environment, experience, social work

Obsah

I Teoretická část	11
1 Teorie osobnosti	11
1.1 Psychoanalytická teorie	11
1.2 Analytická teorie	11
1.3 Transakční teorie	12
2 Porucha osobnosti	13
2.1 Projevy poruchy osobnosti	13
2.2 Odlišnost od společenských norem a adaptace ve společnosti	14
3 Hraniční porucha osobnosti	15
3.1 Charakteristika hraniční poruchy osobnosti	15
3.2 Příčiny vzniku hraniční poruchy osobnosti	16
3.2.1 Vrozené faktory	16
3.2.2 Rodinné prostředí	17
3.2.3 Zneužívání	18
4 Základní charakteristiky hraniční poruchy osobnosti	20
4.1 Rozštěp (odštěpení)	20
4.2 Identičnost	21
4.3 Emoce	22
4.4 Agresivita	22
4.5 Prázdnost	23
4.6 Suisicidialita	23
4.7 Sebepoškozování	24
4.8 Komorbidita	24
4.9 Závislost	25

5	Interpersonální vztahy lidí s hraniční poruchou osobnosti	27
5.1	Obecné pojetí vztahů	27
5.2	Partnerské vztahy	28
6	Vzdělávání a zaměstnání lidí s hraniční poruchou osobnosti	29
6.1	Vzdělávání	29
6.2	Zaměstnání	29
7	Stigma	31
7.1	Stigmatizace psychiatrických pacientů	31
7.2	Sebestigmatizace psychiatrických pacientů	32
8	Léčba hraniční poruchy osobnosti	33
8.1	Farmakoterapie	33
8.2	Psychoterapie	33
9	Sociální práce s klienty s hraniční poruchou osobnosti	35
9.1	Klient s hraniční poruchou osobnosti	35
9.2	Principy přístupu k lidem s HPO	36
9.3	Přístup sociálního pracovníka ke klientovi s HPO	38
9.4	Připojení na klienta s HPO a šetření u klienta s HPO	39
9.5	Kaleidoskop - centrum terapie a vzdělávání, z. ú.	40
9.5.1	Terapeutická komunita Kaleidoskop	40
9.5.2	Ambulance Kaleidoskop	42
9.5.3	DBT centrum	42
	Souhrn teoretické části	44

II Empirická část	
10 Výzkumné šetření	47
10.1 Výzkumná strategie	47
10.2 Výzkumný nástroj	47
10.3 Výzkumného vzorku	47
10.4 Charakteristika výzkumného místa	48
10.5 Průběh šetření	48
10.6 Hlavní výzkumný cíl	49
10.7 Způsob analýzy dat	49
10.8 Etická hlediska výzkumu	49
10.9 Výsledky výzkumu	50
10.9.1 Vyhodnocení dílčího cíle č. 1	50
10.9.2 Vyhodnocení dílčího cíle č. 2	56
10.9.3 Vyhodnocení dílčího cíle č. 3	58
10.9.4 Vyhodnocení dílčího cíle 4	66
Diskuse a závěr	70
Seznam tabulek	76
Seznam grafů	77
Seznam příloh	77
Zdroje	78

Seznam použitých zkratk

BA – bipolárně afektivní porucha

DBT – dialekticko behaviorální terapie

DC – dílčí cíl

Diag. – diagnóza

DO – duševní onemocnění

HPO – hraniční porucha osobnosti

ID1 – invalidní důchod 1. stupně

ID3 – invalidní důchod 3. stupně

KBT - kognitivně behaviorální terapie

PPP – poruchy příjmu potravy

U/SŠ – učiliště/střední škola

VŠ – vysoká škola

ZŠ – základní škola

% odp. - % odpovědí

% resp. - % respondentů

Úvod

Hraniční porucha osobnosti (dále HPO) je v současné době jednou z nejčastěji diagnostikovanou poruchou osobnosti, proto i sociální pracovníci se stále častěji setkávají při své práci s takto nemocnými lidmi. V rámci vzdělávání jsou jim o tomto onemocnění předávány jen strohé informace, které jsou převážně o extrémních projevech tohoto onemocnění a o náročnosti práce s těmito klienty. Pracovník tak nezíská vhled do tohoto onemocnění a světa klienta s HPO, a tak při setkání s takto duševně nemocným se mu z podvědomí vybaví „pozor hraničář, bude problém“ a očekává výbušného, agresivního člověka.

Tato práce si klade jako hlavní cíl poskytnout sociálním pracovníkům, kteří pracují s touto nehomogenní skupinou postižených hlubší vhled do jejich prožívání a jejich černobílého života. Lepší porozumění této poruše jim může pomoci k vyšší efektivitě práce s takto nemocnými, ale i zvýšit pracovníkovu odolnost vůči pocitům frustrace při práci s těmito klienty.

Klienty s HPO lze nazvat „zraněnými dětmi“, při dlouhodobém pozorování bylo zjištěno, že onemocnění vzniká v ranném dětství díky deficitu péče v rodině. Aby bylo možné snáze porozumět, co se v klientovi s HPO odehrává, je nutné se zaměřit na to, jak byl do rodiny přijat, způsob výchovy a v jakém rodinném prostředí vyrůstal. Právě tyto faktory se na rozvoji poruch osobnosti nejvíce podílí. HPO výrazně zasahuje do kvality života, zejména u mladých lidí, u kterých ovlivňuje jejich zařazení mezi vrstevníky, brání jim ve studiu a navazování zdravých partnerských vztahů. Pokud je onemocnění diagnostikováno ve středním věku, při rekapitulaci jejich dosavadního života zjistíme, že žili v bludném kruhu, nemají ujasněné kdo jsou, co vlastně chtějí, jaké pocity jsou jejich a které jim byly vnuceny. Pomoc vyhledávají v době krize, když ztratili smysl života (rozpad manželství, při ztrátě někoho blízkého, nebo výpověď v zaměstnání). K psychiatrům a psychologům se dostávají po neúspěšném suicidním pokusu, v období deprese, po krátké psychotické příhodě, při abúzu alkoholu a jiných návykových látek, ale i s poruchami příjmu potravy, proto je hraniční porucha osobnosti rozpoznána až později. Komorbiditě je věnována jedna kapitola.

Základní lidskou potřebou je žít ve společnosti lidí, s kterými navazujeme vztahy, to je však pro lidi s HPO obtížné, jejich oscilace mezi černým a bílým (štěpení), jim neumožní integrovat dobré a zlé a tak u dobrého člověka nevidí špatné stránky a

naopak. Jejich vztahy jsou nevyrovnané, plné zvrátů, bývají lehce zmanipulovatelní, nebo naopak mají sklon k manipulaci s partnerem, jsou odtažití a působí chladně. Tito lidé mají strach ze samoty a pocitu prázdna, to je nutí navazovat stále nové partnerské vztahy, ale přitahují k sobě partnery se stejným charakterem a tak průběh vztahu je stále stejný, nejdříve partnera idealizují a náhle bez zjevné příčiny dotyčného devalvují.

Lidé s HPO, jsou silně stigmatizováni stále existují sociální služby, které je odmítají. Stigma tohoto onemocnění není jen mezi laiky, ale i ve zdravotnictví, dokonce jsou lékaři kteří HPO neuznávají jako nemoc a považují ji za stav.

Při práci s klienty s touto diagnózou je důležité, aby pracovníci získali povědomí o terapeutických přístupech, využívaných v terapii u těchto klientů, jaká pozitiva a úskalí mají. Tyto znalosti pomohou pracovníkům k lepší komunikaci s těmito klienty a zjistí, čemu je lepší se vyhnout, jak reagovat na vzniklé situace jako je náhlý výbuch hněvu, na jejich sebedestrukce, manipulace aj.

Tuto práci jsem se rozhodla vypracovat, také proto že mám diagnostikovanou HPO a v průběhu jedenáctileté náročné terapie jsem získala velmi dobrý náhled na své onemocnění i s ním spojené obtíže. Zároveň jsem se při častých hospitalizacích setkávala s mnoha stejně postiženými lidmi. V současné době jsem peer konzultantem v denním zařízení pro duševně nemocné a s takto nemocnými pracuji. Odborné publikace pro lepší pochopení problematiky lidí s HPO používají kasuistik, v této práci mají podobu mých osobních zkušeností s tímto onemocněním, popisují mé konkrétní pocity a myšlenkové pochody, kterými čtenáři přiblížím naučené mechanismy i prožitky určitých životních situací.

Empirická část mé práce je rozdělena na čtyři dílčí výzkumné cíle. První mapuje život lidí s HPO v dětství a dospívání. Druhý se věnuje současnému sociálnímu zázemí klientů s HPO, třetí cíl mapuje vliv onemocnění na kvalitu života a čtvrtý se věnuje jejich vnímání určitých životních událostí.

Výzkum byl proveden v Psychiatrické nemocnici Kosmonosy na resocializačním a terapeutickém oddělení K20, kde se velká část pacientů potýká s HPO. Jako výzkumnou techniku jsem zvolila kvantitativní výzkum formou strukturovaného dotazníku, protože výzkum formou rozhovoru by mohl být ovlivněn mou osobní zkušeností s tímto onemocněním.

I Teoretická část

1 Teorie osobnosti

Z psychologického hlediska je osobnost tvořena naším prožíváním, které je propojeno v jeden celek svázaný s naším jástvem, naší identitou. Z hlediska psychologie by měla být osobnost považována za nedefinovatelný pojem i přesto je teorií osobností mnoho. Pro pochopení poruch osobnosti je nutné zmínit Freudovu psychoanalytickou teorii, Jungovu analytickou (komplexní) teorii a pro laika nejspíše pochopitelnou Berneho transakční teorii osobnosti.

1.1 Psychoanalytická teorie

Psychoanalytická teorie osobnosti Sigmunda Freuda pohlíží na obraz osobnosti z hlediska struktury a dynamiky včetně ontogenetické perspektivy. Dle Freuda je topografický model psychiky rozdělen na vědomí, podvědomí, nevědomí, jejichž hnací silou je pudová energie sexuální povahy libida. Později přichází s teorií tří vrstev osobnosti id – ego – superego. Id je pudové jednající v souladu se slastí a utváří ego. Ego je v kontaktu s realitou a skutečnými možnostmi života ve svém sociálním prostředí, na tomto základě utváří superego. Superego je naším svědomím, internalizuje vnější požadavky ega – ego-ideálů. Ego disponuje obrannými mechanismy, které zabraňují vážným konfliktům mezi těmito třemi složkami a nejrůznějšími tendencemi vzplanout. Obranné mechanismy u lidí s poruchou osobnosti jsou nezdravé, právě proto, že dochází ke konfliktům mezi těmito třemi složkami. Nejznámějšími nezdravými mechanismy jsou vytěsnění, různé projekce, přesunutí či sublimace.

Obranné mechanismy ega studuje Fredova dcera Anna. Další Freudovi následovníci modifikovali jeho psychoanalýzu a tak vznikla neopsychoanalytická koncepce, například Erikson rozdělil věk člověka na osm a později devět období v nichž je nutné vyřešit typický problém, pokud k vyřešení, nedojde znesnadňuje to řešení následujících psychosociálních krizí. (Höschl a kol., 2007, s. 193-202)

1.2 Analytická teorie

Nejvýraznější Freuduv následovník je C. G. Jung a jeho analytická (komplexní) psychologie. Jung rozeznává u člověka vědomou složku, která je ovlivňována složkou

nevědomou. Freudovo podvědomí nahradil rozdělením nevědomím osobním a kolektivním. Osobní nevědomí je ovlivňováno životními zážitky a z nich vzniklými komplexy. Kolektivní nevědomí obsahuje vše co je společné lidstvu, jeho obrazy nazývá archetypy, které dále rozděluje. Základní rozdělení je dle pohlaví anima a animus, kdy každému náleží archetyp opačného pohlaví (anima – mužům, animus – ženám). Dalším archetypem je stín vyobrazující zlo a pro společnost nepřijatelné chování a jednání. Plně integrovaným archetypem je jáství neboli self.

Často se setkáváme s Jungovým rozdělením lidí na extroverty a introverty, které pochází z jeho teorie libida, to nepovažuje za čistě pohlavní, ale za celkovou psychickou energii. Pokud je jedinec nasměrován do vnějšího světa jedná se o extroverta opakem je introvert, který je zaměřen na vnitřní svět. Extrovert je otevřený, povrchní, aktivní a vnímající realitu. Introvert je uzavřený, zaměřen na pocity. Jung také rozlišuje základní funkce pomocí jich člověk získává informace, proti sobě postavil myšlení – cítění a vnímání – intuice ty se různě kombinují např. introvert je nevědomým extrovertem, což se odráží v jeho snech. Pokud je člověk v kontaktu s nevědomou složkou je silně intuitivní. (Höschl a kol., 2007, s. 193-202)

1.3 Transakční teorie

Pro laika je více srozumitelná Berneho transakční teorie osobnosti, která vychází z psychoanalýzy. Berne inspirovaný Freudem a jeho ego stavy, přichází s tíádou ego-stavů ty pojmenovává dítě, dospělý a rodič, zároveň se jednotlivé ego-stavy mohou dále rozlišovat např. adaptované či vzpurné dítě. Tyto ego stavy mezi sebou komunikují, ideální je komunikace dospělý – dospělý, pokud dochází ke komunikaci mezi ego stavy např. dospělý – dítě tuto komunikaci považujeme za asymetrickou. Ke konfliktům dochází pokud se komunikace začne křížit, to nastává pokud při komunikaci dvou jedinců se rodič jednoho obrací na dítě druhého. Člověk se může v jednom okamžiku nacházet v několika ego-stavech a také mezi nimi může plynule přecházet.

Berne si všímá základní lidské potřeby struktury, strukturovaně komunikují či tráví volný čas například hrou. Za hru v komunikaci považuje používání „ano, ale“, kdy člověk svým „ano“ souhlasí s konstruktivním návrhem na řešení osobní situace, „ale“ hledá překážky v tom proč to nejde. „Ano, ale“ velice často slýchají od svých klientů psychoterapeuti, psychologové a sociální pracovníci. (Höschl a kol., 2007, s. 194-195)

2 Porucha osobnosti

Porucha osobnosti se vyznačuje trvalými maladaptivními vzorci chování, které vznikají v dětství či adolescenci. Za maladaptivní chování je považováno chování extrémně se lišící od způsobů, které jsou pro danou kulturu vžité a přijatelné. Tyto vzorce chování jsou trvale zakořeněny do vnitřní struktury a projevují se v jedincově chování. Člověk s poruchou osobnosti tyto vzorce chování vnímá jako přijatelné a bere je jako svou součást, kterou se nesnaží změnit.

2.1 Projevy poruchy osobnosti

Porucha osobnosti (dále PO) se projevuje variantou charakterových a temperamentových rysů významně odlišných od rysů, které jsou patrné ve společnosti. Maladaptivní vzorce chování jsou hluboce zakořeněné a přetrvávají. Projevují se stereotypními reakcemi v širokém rozsahu osobních a sociálních vztahů. Stereotypní reakce nejsou omezeny jen určitým „spouštěčem“, ale zasahují do širšího okruhu osobních a sociálních situací.

PO bývaly označovány jako stavy, pokud se na poruchu osobnosti podíváme holistickou teorií nemoci (bio-psycho-sociální), tedy jako poruchu rovnováhy mezi organismem a prostředím, jsou poruchy osobnosti nemoci, neboť dochází k výraznému narušení rovnováhy právě v těchto složkách (Höschl a kol., 2007, 540-1). Diagnostická kritéria se v průběhu 40. let výrazně měnila, což vede k diagnostickým potížím, které bývají označovány jako kontroverzní.

Porucha osobnosti je často mezi odborníky z oblasti psychiatrie nazývána „psychopatií“, od jedince je předem očekáváno, že léčba bude neúspěšná a dlouhodobá, je očekávána nespolupráce. Tyto mýty vyvrací empirická studie Perrym a Bondem, kteří pomocí metaanalýzy studovali 22 vzorků a prokázali, že aktivní terapie u pacientů s poruchou osobnosti jim přinesla 2 – 4x větší zlepšení než u lidí bez terapie. S přibývajícím počty lidí s poruchou osobnosti začíná být věnována větší pozornost moderní diagnostice, proto se pomalu mění i pohled terapeutů na léčbu, kterou již vidí optimističtěji (Práško, 2009, s. 13-4).

2.2 Odlišnost od společenských norem a adaptace ve společnosti

Projevy jejich odlišností od společnosti popř. společenských norem definuje MKN-10 (1992). Vždy se objevují v oblastech:

- 1) poznávání, tj. způsoby vnímání a interpretace věcí, lidí a událostí; formování přístupů k sobě a ostatním a představ o sobě a ostatních;
- 2) emotivita (rozsah, intenzita, a přiměřenost emočního vznětu a odpovědi);
- 3) ovládání svých impulzů a uspokojování potřeb;
- 4) způsob chování k ostatním a zvládnutí interpersonálních situací

Jedinec s poruchou osobnosti díky těmto nezdravým vzorcům chování, prožívá subjektivní tíseň, má problémy při adaptaci ve společnosti, aktivitě v ní a na naplňování svých cílů. Odlišnosti v chování jsou rozpoznatelné v dospívání, nebo již dříve, což má vliv na vzdělání, často nezapadají do kolektivu, mění studované obory, nebo své vzdělání nedokončí i přesto, že jejich intelekt je dostačující.

Pro lidi s poruchou osobnosti jsou typické maladaptivní (nezdravé) vzorce chování, které jim znesnadňují život ve společnosti. Nejvíce ovlivňují oblast jejich poznání, ovládání emocí, špatně ovládají své impulzy zejména v uspokojování jejich potřeb a oblast interpersonálních vztahů. Ač je prokázáno, že se dle holistické teorie nemoci jde o nemoc, jsou stále psychiatři a jiný zdravotnický personál, kteří HPO označují jako stav. Často se setkáme z označením psychopatie.

3 Hraniční porucha osobnosti

HPO je v současné době nejčastěji diagnostikovanou poruchou. Prevalence v populaci dle výzkumů z roku 2013, 2010 a 2005 se pohybuje od 1,6% po 5,9%. Do tohoto výzkumu byli zahrnuti lidé u nichž je HPO diagnostikována jako primární diagnóza. Tento výzkum dále zjistil, že se tato porucha vyskytuje zhruba u 21% ambulantních pacientů a zhruba u 51% hospitalizovaných. Tato porucha je častěji diagnostikována u žen než u mužů a to v poměru 3:1. (Práško, 2017, s. 22)

3.1 Charakteristika hraniční poruchy osobnosti

Práško (2017, s. 32) HPO charakterizuje jako celkovou nestabilitu, u takto postižených je narušené fungování v oblasti kognitivní, emocionální, behaviorální a interpersonální. Mezi projevy HPO patří emoční nestálost, labilita, zkreslený pohled na sebe sama (self – image), porucha vztahu k objektu (objekt relations) a narušení mezilidských vztahů (Höschl a kol., 2007, s. 551). Hlavním rysem je nestálost. Nálada se u těchto jedinců mění dá se říci z minuty na minutu, pocity absolutního štěstí bez výrazného podnětu se změni ve vztek, úzkost i epizodu těžké deprese. Sami sebe v jednu chvíli vnímají jako naprosto výjimečné, ale převládají pochybnosti o sobě a pocity méněcennosti, tímto se liší od emočně nestabilní poruchy impulsivního typu. Nestálost se projevuje také v interpersonálních vztazích absolutní oddanost k osobě se naráz mění v nenávisť (Atkinson, 2003, s. 556). Jedinec zažívá chronické pocity prázdna.

Pojem HPO vychází z oscilace poruchy mezi neurotickými rysy a epizodami psychózy. V tomto ohledu je nutná správná diagnostika protože k pacientům s HPO je nutný jiný přístup a jiná terapeutická intervence, ale také přístup sociálního pracovníka. Například přístup který je dobrý pro klienty s neurózou klientům s HPO nepomůže, ale může i uškodit. Naopak psychoanalytický přístup terapie klientů s HPO může být pro klienty s psychózou škodlivý.

Dle Freuda neurózy mají počátek v oidipální fázi vývoje dítěte, jde o fázi kdy se dítě začíná o rodiče opačného pohlaví zajímat eroticky, kdežto ranné poruchy vznikají tzv. preoidipální fázi (Röhre, 2012, s. 106)

Kernbergova diferenciální diagnostika jako hlavní rozdíly stanovuje: pacienti s neurózou v porovnání s lidmi s HPO a pacienti s psychózou mají integrovanou identitu, jejich obranné mechanismy jsou zralejší (intelektualizace, represe) a neztrácí pojem o realitě pacienti s HPO a lidé s psychózou mají v porovnání s pacienty s neurózou špatně integrovanou identičnost (difúze a fragmentace) a jejich obranné mechanismy jsou primitivní (štěpení, projektivní identifikace, popření apod.) pacienti s HPO na rozdíl od lidí s psychózou mají pevnou hranici mezi „Self“ a objektem, k realitě jsou relativně intaktní, mají schopnost diferencovat Self od „non-Self“, zevní podněty a percepce jsou schopni dobře odlišovat od intrapsychických, své afekty, chování a myšlenky realisticky oceňují v souladu s obvyklými sociálními normami a dokáží se aktivně distancovat od svých primitivních obranných mechanismů (Boleloucký, 1993, s. 74).

3.2 Příčiny vzniku hraniční poruchy osobnosti

Vzhledem k tomu, že je doposud jen minimum longitudinálních studií zkoumající projevy dětí u kterých se rozvine hraniční porucha osobnosti, nelze příčiny vzniku tohoto onemocnění jednoznačně určit. Nejpravděpodobněji se na vzniku podílí velká řada faktorů, v této souvislosti se mluví o multifaktoriální příčině (biologická příčina v kombinaci s faktory prostředí). Určitou predispozici jedinec získává geneticky, nejspíš polygenně. Nejsou vyloučeny vlivy v prostředí plodu a zátěže kterou v průběhu těhotenství zažívá matka (stres, onemocnění, úraz) působící na vývoj mozku dítěte, ale také poranění mozku při porodu, encefalitida či ADHD. Dalším významným faktorem je vliv rodinného prostředí v raném dětství, které je pro dítě důležité pro utváření postojů k sobě, lidem a světu (Práško, 2017, s. 110)

3.2.1 Vrozené faktory

Genetická příčina vzniku hraniční poruchy osobnosti je pravděpodobná. Genetická komponentura je podobná např. hypertenzi a to cca 50% s variací 42 – 68% (Pášková, 2015, s. 9). Geneticky je nejvíce podobná poruchám nálady, kontrole impulzivního chování, pravděpodobně také souvisí s geneticky přenášenými temperamentovými rysy. Oproti běžné populaci se tato porucha vyskytuje u příbuzných v první řadě 5x častěji. V rodině takto postiženého se také mnohem častěji vyskytují návykové poruchy, disociální

porucha osobnosti a depresivní nebo bipolární porucha (APA, 2013 in Práško, 2017, s. 111). Genetické dispozice k tomuto onemocnění byly potvrzeny výzkumem jednovaječných dvojčat. Dvojčata byla krátce po narození oddělena i přesto, že vyrůstala v rozdílném rodinném prostředí porucha se u nich rozvinula.

„Zvýšenou rodinnou zátěž lze prokázat i v mé rodině. Největší zátěž je patrná od matky, která má tři sestry. u jedné z nich byla diagnostikována schizofrenie a druhá si po narození bratrance prošla laktační psychózou a později u ní byla diagnostikována bipolární porucha. Má matka není diagnostikována, ale často jsem upozorňována mou psychiatrickou ať si uvědomím, že i ona trpí neléčenou duševní poruchou. Tato rodinná zátěž se projevuje i u mého bratra, sestřenice a bratrance, bohužel určité znaky jsou již patrné i u další generace“ (autor)

3.2.2 Rodinné prostředí

Hraniční poruchu osobnosti dobře vysvětluje Röhr za pomoci pohádky bratří Grimů Janježek ve své knize Hraniční porucha osobnosti: vznik poruchy, průběh a možnosti jejího překonání, demonstruje na ní příčiny vzniku poruchy a ukazuje možnosti jak z ní vystoupit. Hraniční porucha přináší nemocnému drama, které dle Röhra začíná dramatem rodičů. Dramata, která prožili naši rodiče se více či méně odráží v lidském životě a jsou předávána jako dědictví a mají silný vliv zejména na první roky života, které ovlivňují zda se z jedince vyvine zdravá osobnost, proto je hraniční porucha osobnosti (borderline syndrom) řazena mezi ranné poruchy (Röhr, 2012, s. 15).

Na vznik této poruchy má velký vliv péče primárního pečovatele. Röhr udává fázi vývoje od 3 do 6 měsíce dítě (Röhr, 2012, s. 15), dle Kernberga jde o etapu života od 4. měsíce do 1. roku (Kernberg in Bolelucký, 1993, s.57). Práško vznik a vývoj hraniční poruchy osobnosti dává také do souvislosti se subfází separačně-individuačního procesu, což je období 16 – 30 měsíců, jde o období kdy dítě začíná zkoumat svět okolo sebe, ale stále se vrací do bezpečné náruče matky, pokud mu je matkou odepřena, nebo je za vzdálení se od ní trestáno, pak dítě nezíská pocit vlastní autonomie (Práško, 2014, s. 148). Mahrelová tuto subfází nazývá znovupřiblížení (Mahrelová in Práško, 2017, s. 152).

Pro zdravý psychický vývoj dítěte jsou důležité dle Terapie zaměřené na schéma sestavené Jeffem Youngem tyto složky:

- vztahy v kterých je jistota včetně fyzického bezpečí, stability, zajišťující vřelou péči a přijetí
- projev vlastní identity, autonomie a kompetencí
- valorizace a svoboda emočních projevů
- hravost a spontanita
- reálné hranice a sebekontrola

U lidí s HPO tyto složky buď zcela chybí, nebo nebyly dostatečně naplněny. (Paškova, 2014, s. 10)

Jedinci s HPO vyrůstají ve velice konfliktním prostředí, jsou zanedbávaní fyzicky i duševně, jejich emoční projevy jsou devalvovány, bývají opuštěni, jejich výchova bývá restriktivní a velice tvrdá, nebo naopak jsou extrémně rozmazlováni. Studie zabývající se výzkumem příčin vzniku hraniční poruchy osobnosti zdokumentovala vysokou míru zneužívání sexuálního, fyzického a emočního (Práško, 2017, s. 115).

3.2.3 Zneužívání

Podoby sexuálního a fyzického zneužívání můžeme jasně vymezit, ale podobu emočního zneužívání nelze jasně definovat, přitom následky které přináší jsou stejně závažné jako u zneužívání sexuálního a fyzického. U emočního zneužívání také dochází k ukájení potřeb jednoho či obou rodičů, popř. primárních pečovatelů. Dětské potřeby jdou stranou. Jde o méně či více nevědomou formu manipulativního chování, která je dědičná (Röhr - drama rodičů) a způsobuje závažné deficity v osobnostním vývoji, psychosomatické nemoci a závislostní poruchy.

Drama rodičů může mít podobu nemoci u jednoho z nich i nefunkční partnerské vztahy, což narušuje rovnováhu v dítěti. Drama nemoci u rodiče ve zdravém dítěti vyvolává potřebu vyrovnat disharmonii v rodině, tudíž cítí nutnost nemocného chránit a pečovat o něj, tak získává pocit výjimečnosti a vlastní hodnoty. Tyto rodiny jsou naladěny depresivně a pesimisticky. V této atmosféře se může dítě za jakýkoli svůj projev radosti, či spokojenosti cítit vinno („jak se mohu radovat když rodiče trpí“). Přirozené potřeby dítěte jako hravost, hlasitost, spontanita, vzdor i testování hranic jsou potlačeny.

Problém se však vyostřuje v momentě získá-li dítě pocit odpovědnosti za nemoc nebo trápení rodiče. Bývá tomu tak u nechtěných dětí, kdy si dítě přijde přebytné,

nežádoucí a tudíž je vinno za omezení finanční, profesní či jiné. Na takové děti je vyvíjen tlak, aby se o rodiče postaralo a tak ono pečuje, aby co nejvíce zmírnilo utrpení rodiče, protože jen tehdy si zaslouží jeho náklonnost a pocit že je milováno. Pokud však nevyhoví a projeví svou přirozenost je trestáno fyzicky i psychicky, což je devastující pro jeho pocit vlastní hodnoty, narůstá v něm pocit viny, protože rodiči způsobili bolest má na sebe vztek, následně se vněm zakoření „nejsem dost dobrý“. V těchto situacích bývá dítě přirovnáváno k osobě, která rodiči ublížila „ty jsi jako“. Dítě potlačuje do pozadí své vlastní já, protože ono je jako....ten zlý a to je nežádoucí, tedy „ono nesmí být“, a zakoření se v něm „nejsem vítán“.

(Röhr, 2014, s. 105-10).

„Už od ranného dětství, jsem slýchala stesky mé matky, jak ji trápí můj bratr (dal se označit za „rebela“), její sestry, babička atd., jak jsou nevděční za to, co pro ně dělá, jak ji kdo pozdravil popř. nepozdravil, nebo jak se na ni podíval“. Až v individuální arteterapii, jsem si uvědomila, že ve mně vybudovala potřebu ji chránit, naše role jsou přehozeny a drama pokračuje“(autor)(viz. obrázek č. 1 Introjekce 2013 a obrázek č. 2 Introjekce 2013 detail, Kosmonosy K20, 2013)

4 Základní charakteristiky hraniční poruchy osobnosti

U klientů s hraniční poruchou osobnosti, nebyla naplněna jejich emoční potřeba bezpodmínečné lásky, proto jejich ego nemohlo dospět. To jim přináší chaos v emočním prožívání, nedokáží integrovat dobré a špatné, takže si nepřipouští, že v dobrém může být i něco špatného a v špatném něco dobrého, což je typické pro primitivní obranný mechanismus rozštěp. Mají narušenou identičnost, vlastně neví kdo jsou, dochází u nich k měštnání emocí a jejich racionalizaci. Mnohdy jsou považováni za agresivní, ale povětšinou jde o autoagresi, která je vede je sebepoškozování, kterým si ulevují od úzkosti a bolestivého „prázdná“.

Velice špatně snáší kritiku a odmítnutí, protože žijí s vnitřními programy „nejsem dost dobrý“, „jsem nedostatečný“ a „nejsem vítán“, proto je u nich častá suicidialita.

4.1 Rozštěp (odštěpení)

Psychodynamické školy vycházející z Kehrbergových prací pro odštěpení používají termín „rozštěp“. Rozštěp pojímají jako mechanismus obrany, který slouží k vzájemné separaci protikladných primitivních afektů zafixovaných ve vědomí, což způsobuje izolování obrazu sebe a objektu, které jsou spojené. Odštěpení je typické pro vývojovou fázi 3 – 6. měsíce života dítěte. V této fázi života dítě hledá pocit bezpečí, bezpodmínečnou lásku a láskyplnou péči, to vše hledá u matky. Proto vytváří se svou matkou symbiózu, kdy se vnímá jako srostlé s ní, nerozlišuje mezi jejími a svými pocity (Röhr, 2012, s. 107-8). Odštěpením dochází k popření vlastních pocitů.

Odštěpením (popřením) zabraňuje jeho ego konfliktům čímž se brání před existenciální úzkostí a strachu ze záhuby. Protože dětské ranné ego neumí integrovat dobré a špatné postoje, zná jen dva póly být nebo nebýt, matku vnímá jako zdroj své slasti, jako dokonalou, všemohoucí, tak její části jež jej ohrožují, způsobují nepříjemné pocity a nelibost odštěpí (popře), jde o tzv. primitivní idealizaci.

Matky pacientů s HPO nedokáží dostatečně uspokojit přirozené emoční požadavky dítěte (např. odmítají jej, jsou příliš zaneprázdňené), tím způsobují jeho trauma. Toto trauma brání rozvoji jeho osobnosti. Dítě zůstane fixováno v této vývojové fázi (ego emočně zakrní) a zůstává závislé na své matce, jako by stále čekalo na naplnění potřeb z této fáze vývoje. Na druhé straně jsou tu příliš pečující matky, které jako by své dítě nechtěli pustit do další fáze jeho vývoje a tak vytvořenou symbiózu dále vyžadují např.

dítě za jakékoli vzdálení se od ní trestají, neposkytnutím láskyplné náruče když se vrátí zpět k ní.

Obranné mechanismy mají významnou funkci a vyvíjí se dle vývojové fáze (Berne – transakční analýza). Odštěpení je u zdravého dítěte nahrazeno vyzrálejšími mechanismy např. vytěsnění (potlačení) (Boleloucký, 1993, s. 58-9). Vytěsnění zajišťuje klid, tak že se stará o „vykázání“ některých pocitů, chování i impulsů do podvědomí, čímž vědomí uchrání před zahlcením a chaosem, který vzniká při rozštěpu, jež umí vjemy jen na okamžik ztlumit. U lidí s HPO nebyl mechanismus rozštěpení nahrazen a tak vjemy umí jen utlumit a dělit je na dobré a špatné, protože jejich ego se je nenaučilo integrovat. Jejich úzkost se nadále hromadí a vede k pocitům studu, viny, extrémní zlosti a nenávisti. Tento vzniklý zmatek jim způsobuje menší či větší ztrátu realističnosti, vysokou míru zranitelnosti i neschopnost adaptace na dané podmínky. Svět klientů s HPO je stále rozštěpen na dobrý a zlý, proto je jejich život „černobílý“.

Röhr (2012) pro přiblížení rozštěpu použil postavu Janaježka, která je složena ze dvou naprosto odlišných částí. Od pasu nahoru pichlavá ježčí kůže zobrazující agresi, nepřístupnost, archaické, zvířecí, nedobytnou stěnu. Druhá část od pasu dolů má podobu malého lidského chlapce, který je zranitelný, něžný a bezmocný.

4.2 Identičnost

Identičnost lidí s HPO je rozptýlená. Typická je mnohočetnost zájmů a cílů v životě i v zaměstnání. Své zájmy mění účelně, aby zapadli, byly přijímány. Nemají vlastní originalitu, jsou pohotově připraveni přijímat gesta, fráze, ideologie i životní styl, rádi používají různá rčení, protože jen to je pro ně bezpečné a lze se za to schovat. Vyjádření vlastních názorů a pocitu přináší velkou odpovědnost a život ohrožující úzkost. Tyto jedince lze přirovnat k chameleónům. Jsou jako plastelína z které si každý může vymodelovat co chce.

Jejich identičnost lze přirovnat ke krizi identičnosti, která je typická pro období adolescence, ale zůstane-li až do dospělosti je podstatně závažnější a jde o hluboký psychopatologický stav. ((Boleloucký, 1993, s. 64-8).

4.3 *Emoce*

Emoce jsou vyjádřením subjektivního vztahu člověka k jeho přirozeným projevům na situace v jeho okolí. Jde o psychické projevy, které mají hodnotící význam, jsou kladné i záporné, navozují v nás příjemné či nepříjemné pocity a spokojenost nebo nespokojenost. Mezi charakterové rysy emocí patří subjektivnost, polarita, aktuálnost, dynamičnost, iradiace aj. (Höschl a kol., 2007, s. 314)

Subjektivnost emocí u hraniční poruchy osobnosti je silně narušena, často v sobě řeší otázku jak se vlastně mám cítit. Jak bylo výše popsáno mít radost, když rodič trpí je neadekvátní a způsobuje pocit viny. Polarita emocí u jedinců s HPO je ovlivněna jejich černobílým světem, kladná nebo záporná. Aktuálnost je také narušená, proto reagují extrémně neadekvátně pro danou situaci, to nad čím mnozí mávnou rukou je rozzuří a naopak co rozhodí jiné k tomu jsou chladní.

U pacientů s hraniční poruchou osobnosti pozorujeme měštnání afektu, kdy své nepříjemné zúzkostňující pocity potlačují tak dlouho až je úzkost nesnesitelná, pak ale následuje výbuch a to i při nepatrném podnětu. V momentě když si uvědomí neadekvátnost reakce, dostanou pocit viny. Jsou jak „papiňák“, který bouchne, protože jsme páru nevypouštěli postupně. Měštnání afektu si přináší z dětství kdy jakýkoli pocit nelibosti, naštvaní, smutku byl primárními pečovateli bagatelizován „ty nemáš důvod být naštvaný, podívej se na mé strašné utrpení“ a za pocity radosti cítili vinu.

Své emoce racionalizují a tak v nich přetrvává pocit viny, strachu, pochybností, což je zúzkostňuje.

„Bylo mi 22 let když mi zemřel děda byla jsem zmatena ve svých pocitech, přemýšlela jsem zda jsem dostatečně smutná nebo jestli to nepřeháním. Projevit příliš velkou emoci přece nemohu vždyť babička je tu ten chudák, kterému zemřel partner. Při posezení po pohřbu jsem nechápal jak se můžou příbuzní smát, vždyť zemřel děda tak musíme být smutní“ (autor).

4.4 *Agresivita*

V pohádce Janježek má agresivita podobu ježčí kůže, která je plná ostrých bodlin, dále je vyobrazena kohoutem na kterém Janježek sedí, kohout sice ztělesňuje hrdost, ale i agresivitu. Jedinci s HPO jen těžce ovládají své impulzy, což doprovází silné výbuchy hněvu, nesnáší když jsou kritizováni v takových situacích mu naskočí „nemají mě rádi,

stojím za nic“. Agresivita je převážně reaktivní (v reakci na afekt), nikoli instrumentální (plán ukořistit). Jde o nahromaděný hněv, který je nutné vybit. Je nutné uvést, že zejména u žen převládá autoagrese nad heteroagresivitou (agresivita vybitá na svém okolí). (Práško, 2017, s. 31). Autoagrese neznamená pouze řezání se žiletkou či pálení se cigaretou, ale řadí se sem i zneužívání alkoholu a jiných omamných látek, poruchy příjmu potravy, ale i promiskuita.

„V průběhu své léčby jsem získala mnoho informací o mém onemocnění, ale prala jsem se především s označením, že lidé s HPO jsou agresivní. Zeptala jsem se terapeuta „vždyť já vůči druhým agresivní nejsem, měla jsem sice dva excesy, ale to mě přes mou vůli chtěli odvést na příjmové oddělení v Kosmonosích, odkud mám hrozné vzpomínky a noční můry“ – „Katko, přemýšlejte kam směřují ostny vaší ježčí kůže“, když jsem si s jeho odpovědí chvíli pobyla odpověděla jsem „ke mně“ – „je to o tom jak se sebou zacházíte.“ Mluvil o autoagresi“ (autor).

4.5 Prázdnost

Prázdnost přichází v situacích osamocení, protože se jim nedostává sociálních kontaktů a neumí využít své vnitřní zdroje. Prázdnost nelze srovnat s pocitem samoty, který prožívají i zdraví lidé. Samota je touha po v ten moment nedosažitelném objektu či situaci a na rozdíl od prázdna je plná emocí. (Boleloucký a kol., 1993, s.66)

Co se děje s člověkem, který se cítí prázdný? Je to stav bez emocí, ale plný otázek: „Kdo jsem?“, „Proč jsem?“, „Má smysl žít?“, „Co je opravdu moje?“, je to jako černá díra. Prázdnost je být zavřený úplně nahý v prázdné místnosti, bez oken a dveří, v té místnosti je tma a ticho, nevíte zda je noc nebo den a všechny snahy dostat se odtamtud ven jsou marné. Při pocitu prázdna jste jak zabetovaný, studený jako skála, emočně mrtvý a připadáte si jak robot, protože vaše tělo nevnímáte.

4.6 Suicidialita

Mnoho pacientů s HPO se do ordinací psychiatrů dostává po sebevražedném pokusu. O suicidum se pokusí 40 – 85% pacientů s HPO, proto okolí tyto pokusy může považovat za nedůležité, ale každý takový pokus bychom měli vnímat jako volání o pomoc. Svůj život suicidiem ukončí 10% pacientů s hraniční poruchou osobnosti což je stejné procento jako u depresivních poruch, ale u pacientů s HPO je špatně predikovatelný a obtížně ovlivnitelný. Suicidialita je ovlivněna právě jejich

impulzivitou, zkratkovitým jednáním, stačí když myšlenka na ukončení života přijde tak v hlavě zůstanou jen samá pozitiva tohoto činu.

„Vždyť to vyřeší nejen mou bolest, ale uleví se i okolí, chvíli si pobřečí a už se nebudou muset dívat jak se ničím“ (autor).

Suisciadiem jsou nevíce ohroženi adolescenti a dospělí s rozvinutou afektivní poruchou, lidé v počátcích terapie, nebo při závislosti na drogách a jiných psychoaktivních látkách.

4.7 Sebepoškozování

Mívá podobu řezání, pálení se cigaretou, trhání si vlasů, mlácení hlavou do zdi, či pokusy si způsobit zlomeninu aj., to vše za cílem uvolnit tenzi, tu nesnesitelnou paralyzující bolest, kterou nelze zhmotnit. V tu chvíli nepřichází ani pláč, který by ji zmírnil, ani sbalení se do klubíčka a pohupování, jediné co ji uvolní je tělesná bolest, stačí se spálit cigaretou, či pořezat a úzkost alespoň na chvíli odchází, ale pak přijde pocit viny. Své rány si většinou lidé s touto diagnózou nenechávají lékařsky ošetřit, své rány a jizvy skrývají.

„Když mě psychiatricka donutila, abych si pořezané končetiny nechala ošetřit na chirurgii, lékař se zeptal „Sakra ženská proč jste nepřišla dřív, teď už to nesešiji“ odpověděla jsem „já se styděla, vždyť je to jedno“. Dnes své jizvy na rukou a nohou neskrývám a na otázky „Co se vám stalo, to vy sama?“, odpovím „To napsal život.““ (autor)

4.8 Komorbidita

Lidem s hraniční poruchou osobnosti při první návštěvě v ordinaci psychiatra, bývá stanovena diagnóza deprese či bipolární porucha, porucha přizpůsobení, posttraumatický stresový syndrom, generalizovaná úzkostná porucha, vzhledem ke krátkým psychotickým stavům krátká psychotická porucha, velmi často je to i závislost na alkoholu nebo psychoaktivních látkách, ale i poruchy příjmu potravy (zejména bulimie). Práško uvádí, že dle některých autorů asi 84,5% pacientů s hraniční poruchou trpí během dvanáctiměsíčního sledování nějakou další psychickou poruchou (Lenzenweger at al. in Práško, 2017, s. 56-7).

4.9 Závislost

Mnoho pacientů s hraniční poruchou osobnosti trpí chronickou závislostí na vztazích. Velká část z nich bývá závislá na několika látkách zejména alkoholu, lécích a psychoaktivních látkách. Důležité je také zmínit závislost na látkově nezávislých látkách na hrách, sexu, práci a poruchách příjmu potravy (zejména bulimie).

Co jim dávají a berou závislosti? Popíši na asi nejméně srozumitelné závislosti a to bulimie. Bulimie patří do skupiny poruch příjmu potravy (dále PPP), jedná se o záchvatovité přejídání a následné zvracení. Odborné materiály použité pro tuto práci věnující se HPO, uvádí PPP jako častou komorbiditu, ale v mnou nastudovaných materiálech o poruchách příjmu potravy zmínka o souvislosti s hraniční poruchou osobnosti je jen jedna. V knize *Spektrum poruch příjmu potravy : interdisciplinární přístup* (Papežová, 2010, s. 39, 40) je bulimie u pacientů s HPO, dávána do souvislosti s jejich neschopností ovládnou náhle impulsy.

PPP jsou dávány do souvislosti s chorobnou touhou po štíhlém těle. Léčba spočívá na naučení se pravidelně jíst a nepřemýšlet nad okolnostmi vzniku této poruchy (*takto probíhá léčba i na klinice Poruch příjmu potravy v Praze (osobní zkušenost 2007 a 2010) autor*). Krch (2008, s. 45, 48, 51-2) v knize *Bulimie jak bojovat s přejídáním*, uvádí že výzkumy příčin vzniku tohoto onemocnění (problémy v rodině, životní změna, sexuální zneužívání) jsou sporné a neprůkazné

Lidé s HPO žijí s tajným programem „nezažil jsem dostatek“ a příjem potravy způsobuje mírné uklidnění, uspokojení a naplnění, ale pokud člověk žije s tímto tajným programem jeho hlad stále sílí, protože je to hlad po bezpodmínečné lásce, kterou nepoznali (Röhr, 2013, s. 77). Zároveň jídlo a přejedení zrcadlí podobu pokřivené lásky, kterou jim poskytli rodiče, jak již bylo popsáno výše, šlo o lásku s podmínkou absolutní oddanosti, proto byli nuceni potlačovat své emoce, které při přesycení však museli ven. Proto když dojde k přesycení jídlem, vyzvrací vše ven a to jim přinese chvilkové uvolnění od nepříjemné úzkosti, následně však přijde pocit viny, znechucení sám ze sebe a úzkost opět začne narůstat a tak je to nutí tento rituál opakovat. Dostávají se do bludného kruhu závislosti, kdy jakékoli jídlo způsobuje bažení po tomto rituálu, podobně je to i u alkoholu, psychotropních látkách, automatech, práci atd.. Léčba této závislosti je velice obtížná, jíst musíte. (Röhr, 2013, str. 168-9) .

*„Také si procházím závislostí na alkoholu a bulimii. Přináší mi to naplnění prázdna ve mně a uvolnění, ale i pocit viny, vedoucí k pohrdání sebou a zjevný důvod pro nenávidění se. V prvních letech terapie byly tyto závislosti extrémní, nyní postupně odeznívají. I když v průběhu psaní této práce se intenzita bulimických záchvatů zvýšila.
(autor)“*

5 Interpersonální vztahy lidí s hraniční poruchou osobnosti

Základní potřebou každého jedince jsou dobré interpersonální vztahy, k tomu je nutná dobrá socializace jedince. Vzhledem k tomu, že lidé s HPO jsou emočně nedozrálí a dochází u nich k rozštěpu, tedy dělení na dobré a zlé, kdy pro ně neexistuje nic mezi, člověka si dokáže idealizovat, nebo absolutně devalvovat. Proto jejich vztahy jsou plné zvrátů partnera dokáží bezmezně milovat, ale stačí sotva znatelný impulz a partnera nemůžou vystát.

5.1 Obecné pojetí vztahů

Jedinci s HPO mají ve vztazích jedinou stabilitu a to, že jsou nestabilní, ovlivňují je výše popsané mechanismy odštěpení a primitivní idealizace. Jejich vztahy jsou intenzivní, nespokojené, často velmi divoké a nestabilní. Na lidi nemají realistický odhad, někdy si člověk idealizují a stávají se na něm závislí, nebo naopak dojde k primitivní identifikaci, při tomto procesu dojde k projekci kdy na člověka promítnou své vlastní pocity a pak se k němu chovají distancovaně a chladně (Röhr, 2012, s. 109). Například k partnerovi, rodičům i terapeutům jsou v jednu chvíli absolutně oddaní a v momentě jimi dokáží opovrhovat, postačí jim k tomu drobný podnět.

V jejich interpersonálních vztazích vládne chaos, který je zrcadlem vztahu k sobě samému, jako pocit hluboké bezcennosti ve formě zlosti a nenávisti k sobě, stále v nich přetrvávající strach ze záhuby (Röhr, 2012, s. 109). Vztahy jsou pro ně ale důležité, protože vyplňují jejich vnitřní pocit prázdnoty a tak stále navazují nové. I přesto, že velká část z nich jsou samotáři, samoty se bojí, samotu mívají spojenou s pocitem „jsem špatný“, který se jim vybaví z dětství, pokud tehdy projeví své emoce, byli odmítání a trestem byla samota (Práško, 2012, s. 250). Strach ze samoty je nutí vyrazet do společnosti, ale úzkost z odmítnutí je nutí vypít pár skleniček alkoholu, aby obavy zmírnily a dokázali se bavit.

Röhr uvádí že lidé jako Janježek často vyhledávají intenzivní vztah ke zvířatům a upřednostňují je před sebou. Zažívají velká zklamání ze sebe a z lidí a zvíře je pro něj jediný spolehlivý protějšek. (2012, s. 27) Zároveň od svých zvířecích partnerů dostávají bezpodmínečnou lásku, kterou od svých primárních pečovateli nedostali.

Často je uváděno, že se nedokáží vcítit do druhého, velmi často je tomu naopak. Mají porozumění pro všechny okolo jen pro sebe ne. Setkáte se s hypersenzibilitou, kdy

z výrazu tváře, z pozdravu poznají vaši momentální náladu a podle ní své chování přizpůsobí (Gunderson in Faldyna, 2000, s. 12). Jejich sebeobětování nezná mezí všichni okolo jsou důležitější než on sám. Často pracují v pomáhajících profesích, kde jsou velice empatičtí a to právě pro svou hypersenzibilitu.

5.2 Partnerské vztahy

Jedinci s HPO velice touží po vztahu kde získají bezpečí, zároveň mají panický strach z odmítnutí, ale jejich oscilace mezi dobrým – zlým, černým – bílým, jim klidný a bezpečný vztah neumožňuje. Röhr (2012, s. 49) píše, že partneři člověka se syndromem Janježka prochází peklem. Partneři těchto lidí bývají vystaveni extrémním výkyvům jejich nálad od prudkých žárlivých triád, občas spojenými i s násilím, přes následné intenzivní ujišťování jak ho milují a obratem dokáží vyhrožovat suicidiem.

I v partnerských vztazích klientů s HPO dochází k absolutnímu idealizování partnera, tato idealizace přináší radikální reakce na zklamání. U rozvodového řízení lidé s HPO mívají dramatické výstupy. (Kernberg, 2008, s. 89)

Klienti s HPO si stále dokola vybírají povahově podobné partnery, je to jak začarovaný kruh. Přitom je prokázáno, pokud lidé jako Janježek zakotví ve spokojeném partnerství a získají stabilní zázemí dochází k větší stabilizaci jejich onemocnění.

6 Vzdělávání a zaměstnání lidí s hraniční poruchou osobnosti

Hraniční porucha osobnosti přináší postiženým velké problémy při vzdělávání, protože tito lidé se špatně začleňují do kolektivu, bývají šikanováni, nebo svou rebelií na sebe co nejvíce upozorňují aby byli vidět. V zaměstnání se snaží být nejlepší, aby se vyhnuli kritice snaží se vše dělat co nejdokonaleji, to jim však také ztěžuje možnost začlenit se do pracovního kolektivu.

6.1 Vzdělávání

Pacienti s HPO často mívají v anamnéze uvedené problémy s koncentrací pozornosti, učením a chováním, což jim způsobuje těžkosti už na základní škole (Práško, 2017, s. 32). Často se vymykají z kolektivu, protože jsou jiní, což je příležitost pro ostatní k jejich šikanování. V adolescenci se jejich jinakost prohlubuje a to jim způsobuje problémy při dalším studiu, dochází zde k častému střídání škol a oborů, mnohdy studium nedokončí i přesto, že intelektově by ho zvládli.

„Na základní škole jsem si zažila šikanu, byla jsem stydlivá a červenala se, navíc jsem byla nejvyšší. Mému sebevědomí nepřidala ani dyslexie, číst před celou třídou byl horor, protože se mi spolužáci posmívali, když si konečně zvykli přestoupila jsem do jiné školy a vše začalo na novo. Šikanou jsem si prošla i v zájmových kroužcích i na střední škole. Byla jsem jiná, ale i přes tyto překážky jsem studium ukončila.“ (autor)

6.2 Zaměstnání

Lidé s HPO jak již bylo popsáno myslí více na ostatní než na sebe, snaží se vyhovět, pomáhat na úkor sebe sama. Proto velmi často pracují v pomáhajících profesích, kde není potřeba vysokoškolské vzdělání, v organizacích zaměřených na ochranu životního prostředí, angažují se na misích v rozvojových zemích. Slouží jako dobrovolníci v organizacích zaměřených na podporu potřebným (Práško, 2017, s. 32).

Pro klienty s HPO je práce velice významná a naplňuje je, aby se vyhnuli kritice a vysloužili si pochvalu snaží se být nejlepší. Zastávají i několik pracovních pozic, protože jsou schopni se naučit vše co je potřeba, pracují rychle a svědomitě. Práce jim zaplňuje prázdno v nich, mohou se za ní „schovat“, protože jsou zde v roli, která má svůj jasný scénář. Dovolená, státní svátky a dny volna jsou pro ně jak za trest, proto si

berou práci i domů (Röhr, 2012, s. 98-100). Jejich pracovní vzorce jsou, ale nestálé a pracovní výkonnost může mít velké výkyvy. Výkonnost je ovlivněna mírou frustrace, která nastane pokud nemají nové podněty a co se učit, ale zejména když nemají pozitivní zpětnou vazbu, či jsou kritizováni.

Pracovní pozice často střídají, důvodem bývá právě frustrace z pracovní pozice, konflikty s kolegy, ale bohužel i dlouhodobé hospitalizace v psychiatrických nemocnicích, která je nutná když jsou vyčerpaní.

„Vystřídala jsem několik pracovních pozic: prodavačka elektrospotřebičů, referentka v pojišťovně, asistentka obchodního ředitele v pekárnách, marketingový pracovník v kotlích na biomasu, specialista na pojistné události, finanční a ekonomický poradce u pojišťovacího makléře a nyní peer konzultant v Centru péče o duševní zdraví a externě spolupracuji s psychiatrickou nemocnicí v Kosmonosech, pro kterou zpracovávám propagační materiály k akcím. Když opomenu své první zaměstnání prodavačky, tak ostatní vyžadovaly velký pracovní výkon, přebírala jsem pracovní povinnosti za své vedoucí, kolegy a pečovala o klienty. Různorodost oborů naplňovala mou potřebu naučit se nové, ať vedoucí potřeboval cokoliv vždy jsem se naučila, má angažovanost neznala hranic. A jak je popsáno výše i u mě docházelo k frustraci z nedocení, nárůstu pocitu prázdna, deprese, vyčerpání z partnerských vztahů, zhoršená bulimie, relaps alkoholu a následovala dlouhodobá hospitalizace. Po většině hospitalizací jsem se nemohla vrátit na svou pozici, takže bylo nutné začít znovu.“ (autor)

7 Stigma

Stigma jsou hluboce zakořeněné předsudky a stereotypní vzorce chování. Předsudky vznikají zejména z neznalosti problematiky (Musil in Janebová, 2014, s. 31) duševního onemocnění a to vede k stereotypnímu chování k takto postiženým lidem. Klienti s duševním onemocněním (dále DO) jsou jednou z nevíce stigmatizovanou skupinou lidí. Lidé s HPO jsou stigmatizováni nejen laickou veřejností, ale i řadou zdravotníků, lékařů i sociálních pracovníků. Mnozí terapeuti tyto pacienty dokonce berou jako prokletí své profese.

7.1 Stigmatizace psychiatrických pacientů

Stigmatizace psychiatrických pacientů má kořeny v hluboké minulosti. Vychází ze stereotypních postojů a dlouho zakořeněných předsudků, protože lidé tomuto onemocnění nerozumí. Toto stigma působí na už tak narušený duševní stav, odehrává se na individuální a mikrosociální úrovni. Stigma je vytvářeno z neustálého hodnocení normality. Frinzen stigma označuje jako druhou nemoc, protože zvyšuje utrpení duševně nemocného (Oscilová a kol., 2014, s. 302)

Lidé s hraniční poruchou osobnosti jsou vnímáni laiky, zdravotnickým personálem, psychology, psychiatry, terapeuti a sociálními pracovníky velice negativně, proto je míra jejich stigmatizace výrazně vyšší, než u jiných duševních onemocněních. Okolí je nevnímá jako nemocné, ale je přesvědčeno o chybě charakteru a hodnotí je jako psychopaty, slabochy, perverzní, amorální, slabé duchem aj. Okolí věří, že příčinou je vada osobnosti a tak pacienti slyší „musíš se snažit se sebou něco dělat“ nebo „je třeba tě převychovat“.

S velkou mírou stigmatu se potýkají nejen od laiků, ale i od zdravotníků a sociálních pracovníků, kteří vůči nim mají negativní soudy a stereotypy, tato stigmatizace je spojena s protipřenosem. Je nutné si uvědomit, že klienti s hraniční poruchou osobnosti jsou hypersenzibilní a vnímají i nevyřčené a pokud si pracovník neuvědomí protipřenosový vztah, může takového klient poškodit. Stigmatizace těchto klientů má vliv na psychoterapeutickou péči k níž mají omezený přístup (Práško, 2017, s. 32-3). Odmítání jsou i sociálními službami pro duševně nemocné, protože nespádají do jejich cílové skupiny.

7.2 Sebestigmatizace psychiatrických pacientů

Negativním vlivem stigmatu je vznik sebestigmatizace, dochází k ní pokud se jedinec internalizuje se stigmatem, což vede až k sociální izolaci. Stigmatizovaný předem očekává zraňující chování ze strany druhých, proto se chrání vyhýbavým chováním (Oscilová a kol., 2014, s. 302). Pacienti s HPO se musí potýkat se symptomy své poruchy, ale i s negativním hodnocením od svého okolí a vzhledem k tomu, že se jedná o člověka s nedostatkem pocitu vlastní hodnoty tento pocit v nich narůstá.

Sebestigmatizace má několik fází, v první si klient uvědomí, že chování vůči němu je méně přívětivé a vnímá předsudky, které vůči němu okolí má. V další fázi jim začne věřit a v té poslední začne jednat v souladu s nimi. Vlivem této internalizace u něj dochází k dysformickým emocím, poklesu sebedůvěry a kvality života, dále v něm narůstá anticipační úzkost, protože předem čeká negativní postoj druhých. To způsobí sklony k sociální izolaci až sociální fóbii a výjimečně vede až ke změně identity. Je nutné si uvědomit, že pacienti s HPO jsou jako plastelína a pokud u něj dojde k internalizaci s předsudky nestálý, impulzivní, agresivní, manipulující, hledající pozornost a obtížně léčitelný až neléčitelný, tak se takovým stane. Jeho víra na zlepšení stavu poklesne, čímž se prohloubí depresivní symptomy, sebepoškozující chování a vznikne vyšší riziko suicidity.

Stigma a sebestigma člověka s HPO ovlivňuje jeho sociální začlenění, protože snižuje jeho příležitosti na vzdělání, při hledání zaměstnání a ubytování, interpersonální vztahy a navazování partnerských vztahů.

„Abych předcházela předsudkům z důvodu duševního onemocnění, své onemocnění jsem tajila. Když jsem musela k psychiatrovi či psychologovi vybírala jsem si přesčasové hodiny. Pokud jsem byla hospitalizovaná tak pravda vyšla najevo. Po návratu z hospitalizace jsem byla donucena podat výpověď, nebo převedena na jinou pozici. Navíc vždy mluvím o depresi ta je pro okolí srozumitelnější.

Mohu také potvrdit, že předsudky k pacientů s HPO jsou i mezi lékaři a dalším zdravotnickým personálem př. „No jo, jak typické v žádné léčebně nevydržíte.“, „Pro vás tu nemůžeme nic udělat.“. Když jsem oslovila jednu z organizací, která poskytuje služby duševně nemocným „Bohužel vás nemůžeme přijmou, nespadáte do naší cílové skupiny.“ (Autor)

8 Léčba hraniční poruchy osobnosti

Všeobecně poruchy osobnosti byly odkazovány na léčbu psychoterapií, protože účinek farmakoterapie nebyl prokázán. Posun nastal teprve v posledních 30ti letech, kdy se na poruchy osobnosti začalo pohlížet nejen z hlediska psychosociálního, ale i biologického. Proto léčba pacientů s hraniční poruchou osobnosti probíhá kombinací psychofarmak a psychoterapií.

8.1 Farmakoterapie

Při volbě farmakoterapie je nutné zvážit zda psychické problémy jsou způsobeny situací, nebo se jedná o stálé příznaky psychického onemocnění. Specifické léky na HPO nejsou, pacientům se podávají dle převažující symptomatologie – úzkost, deprese, halucinace, bludy, impulzivita, agresivita atd.. Nejčastěji je pacientům s HPO podávána kombinace antipsychotik, antidepresiv, stabilizátorů nálady a anxiolytika.

Antipsychotika pomáhají zmírnit impulzivitu, agresivitu, deprese, úzkosti, sebevražedné myšlenky, citlivost na odmítnutí, psychotické příznaky jako jsou paranoidní myšlenky a derealizace. Antidepresiva se využívají ke snížení úzkosti, impulzivity a vzhledem k komorbiditě depresivní poruchy k léčbě depresí. Stabilizátory nálady pomáhají ke snižování hněvu, afektivní lability a impulzivity. Anxiolytika jsou oblíbená pro svůj rychlý účinek, ale vzniká zde velké riziko závislosti, jde o hypnotika a benzodiazepiny. (Práško, 2017, s. 131-41)

8.2 Psychoterapie

Mezi psychiatry a psychoterapeuty ohledně terapie hraničních poruch osobností panuje beznadě. Terapeuti bojují u této skupiny lidí s pocitem, že jsou „prokletím jejich profese“.

Přitom se již prokázalo, že terapie zlepšuje jejich sociální fungování, přechodné psychotické a somatické příznaky, dále přispívá ke zvládnutí impulzů, při komorbiditě závislosti, poruch příjmu potravy a deprese. Stevenson a Metres ve výzkumu z roku 1992 prokázali, že po 12 měsících terapie 30% pacientů již nespĺňovala kritéria pro HPO. (Faldyna, 2000, s. 34-5)

Psychoterapie vzhledem k nehomogenitě skupiny lidí s HPO, vyžaduje individuální přístup. Vzhledem k nárůstu počtu těchto osob byly vytvořeny manualizované

terapeutické programy, které mají empirickou podporu pro svou účinnost. Terapeuti si musí uvědomit, že tito lidé mají problém při vnímání terapeuta jako, toho kdo jim chce pomoci, proto by s ním měl spolupracovat. Je nutné počítat s tím, že na zklamání reagují impulzivním hněvem, agresí a často sebeagresí. K pacientům s HPO je třeba přistupovat, empaticky, tolerantně, je třeba mít pevné hranice, sledovat své protipřenosové reakce. (Práško, 2017, s. 142)

Dialekticko-behaviorální terapie

- vychází z KBT a meditace, konkrétně mindfulness
- zahrnuje paralelní individuální a skupinovou terapii

Terapie zaměřená na schéma

- vychází z KBT
- teorie objektivních vztahů, attachmentu, gestapy, konstruktivismu a klasické analýzy

Mentalisation based therapy

- vychází z kognitivní a psychodynamické terapie
- zahrnuje individuální a skupinový přístup

Kognitivně behaviorální terapie poruch osobnosti

- vychází z KBT
- důraz je kladen na propracování hlubších kognitivních struktur a schémat

Terapie zaměřená na přenos

- klasická psychoanalýza objektivních vztahů adaptovaná na poruchy osobnosti
- hlavní nástroj je interpretace nevědomích motivů a pocitů

(Pašková, 2014, s. 11-2)

Práško (2017, s. 161) v terapeutických metodách pro HPO navíc uvádí:

Gestapy terapie

- zaměřuje se na aktuální prožívání, kvalitu kontaktu uvědomování si pocitů a jejich vyjadřování

9 Sociální práce s klienty s hraniční poruchou osobnosti

Tato kapitola je zaměřena na sociální práci s klienty s hraniční poruchou osobnosti v ambulantních sociálních službách a terapeutických komunitách.

9.1 Klient s hraniční poruchou osobnosti

V následujících bodech jsou stručně shrnuty nejčastěji vyskytující se jevy u klienta s HPO nutné je uvést, že se jedná o nehomogenní skupinu, proto si některé body navzájem odporují:

- mívá problém vnímat sociálního pracovníka jako někoho, kdo mu chce pomoci
- očekává, že sociální pracovník vyřeší jeho problémy za něj
- pokud je zklamán reaguje impulzivně, v extrémních případech agresivně, autoagresivně, suicidně
- pokud je agresivní, tak se jedná o agresi reaktivní nikoli instrumentální, převážně má podobu autoagresivity
- pracovníka obdivuje následně znehodnocuje, je to stále dokola (rozštěp)
- je třeba počítat s jeho nejprimitivnějšími obranami (rozštěp)
- má velké výkyvy nálady
- ve společnosti, zdravotnictví i v sociálních službách bývá silně stigmatizován, což ho vede k sebestigmatizaci
- nemá ujasněné kdo je, co chce
- nerozpoznává jaké jsou jeho pocity a jaké mu byly vnuceny
- mívá zkreslený pohled na sebe a lidi
- v interpersonálních vztazích se zrcadlí jeho vztah k sobě
- v jeho partnerských vztazích vládne chaos
- trpí nedostatkem sociálních kontaktů
- nedokáže integrovat dobré a zlé – černobílý svět (rozštěp)
- je snadno zmanipulovatelný zároveň umí dobře manipulovat
- snaží se překračovat jakékoliv hranice
- dožaduje se „svých práv“
- trpí nízkým sebevědomím
- zažívá chronické pocity prázdna

- mívá hluboce zakořeněné „nejsem vítán“, „nezažil jsem dostatek“, „jsem nedostatečný“
- mívá mnohočetnost zájmů a je velice kreativní
- své emoce racionalizuje
- často trpí i další psychickou nemocí (BA, deprese, fobie atd.)
- bývá přidružená závislost, poruchy příjmu potravy, sebepoškození
- je sebeobětující se, všichni okolo něj jsou důležitější než on sám
- bývá hypersenzitivní, proto má dobrou schopnost vyčíst vaši potlačovanou emocionální reakci
- často jeho dosažené vzdělání intelektu (střídání oborů, šikana, nezapadá do kolektivu)
- zaměstnání pro něj má velký význam, naplňuje ho, jsou svědomití a rychlí, schopni zastávat i několik pozic najednou
- jejich pracovní výkon kolísá
- pokud jsou frustrováni z nedostatečného ocenění a pozornosti a začnou se v práci nudit zaměstnání změni
- k pracovníkovi se dostává v krizi ztráta zaměstnání, rozchod s partnerem atd.

9.2 Principy přístupu k lidem s HPO

1. Stálý rámec péče

Lidé s HPO žijí ve strachu z odmítnutí, pro úspěšnou spolupráci s tímto klientem je třeba vytvořit „přijímací prostředí“, obsahující srozumitelná pravidla, spolehlivé a přesně definované služby.

2. Aktivní postoj

Pokud pracovník mlčí, v klient s HPO to vnímá jako odmítnutí („nejsem vítán“), proto je třeba reagovat na to o čem hovoří, postačí pouhé přitakání.

3. Práce s klientovou zlostí

Klient s HPO je velice citlivý na odmítnutí, i když vás obdivuje stačí nepostřehnutelný podnět a začne vás devalvovat. Z příjemného klienta je zlostný klient. Pocit odmítnutí získávají, z našeho pozdního příchodu, nedostatku pozornosti, ale i tónu hlasu. Na zlost pracovník nesmí reagovat sarkasticky, podrážděně, odmítavě atd., je třeba zachovat klid

a vyjádřit pochopení pro jeho pocity, ale netolerovat sprosté nadávky, nebo rozbíjení věcí.

4. Konfrontace klientova sebedestruktivního chování

Klient s HPO na pocity prázdna, úzkosti, zlosti velmi často reaguje sebedestruktivním chováním. Sebedestrukce má podobu řezných ran, popálení cigaretou, závislosti na alkoholu a drogách, bulimických záchvatů i promiskuity atd. I toto chování je třeba ohraničit např. vytvořením krizového plánu, kde se dojedná do jaké míry lze ještě využívat ambulantní péče a kdy již bude třeba zvážit hospitalizaci. Pokud přemýšlí o suicidu lze ošetřit „smlouvou o přežití“.

5. Vztah mezi „akcí a reakcí“

Klienti s HPO mají tendence nahrazovat své prožívání a pocity nějakou „akcí“, tak může mít podobu bezhlavého utrácení, navazování vztahů, nebezpečnou jízdou autem, jen aby se vyhnuli nepříjemným pocitům. Klienta je třeba upozornit např. že nakupováním si vynahrazuje štěstí, navazování vztahů utíká od pocitů prázdna.....

6. Dodržování pravidel – hranic péče

Klientů s HPO je nutné jasně definovat pravidla a podmínky spolupráce. Pravidla i podmínky musí být stanoveny tak, aby pro klienta byli splnitelné, potřebuje povzbuzení při jejich splnění, případný neúspěch a kritika, v nich vzbuzuje pocit „jsem nedostatečný“

Klienti s hraniční poruchou osobnosti vás dokáží kontaktovat i mimo pracovní dobu, přehltnout emaily, vyžadovat setkání aniž by měli sjednanou schůzku, protože jsou momentálně v krizi. U pravidel komunikace můžeme využít i direktivnější přístup.

7. Komunikace „zde a nyní“

Při práci s tímto klientem pracovníka nesmí zaskočit, že jeho pohled na něj se mění ze dne na den. Jeden den je příjemný, den na to mlčenliví, jindy zlostní. Pracovník jedná dle klientova rozpoložení.

8. Monitorování svých vnitřních pocitů a hranic (sebereflexe)

Práce s klientem s HPO je mnohdy frustrující, proto by pracovník měl reflektovat své pocity a hranice, aby nedocházelo k protipřenosovým reakcím (pracovník přenesl svou nelibost na klienta) a projektní identifikaci (pracovník cítí jakoby za klienta). Při práci s tímto klientem je nutná pravidelná supervize a intervize. Pracovník by měl zvážit zda s touto cílovou skupinou začít pracovat, protože ukončení spolupráce je pro tyto klienty jen potvrzením pocitu, že jsou špatní a může to vést k další sebedestrukci.

(Probstová, Peč, 2014, s. 149-52)

9.3 Přístup sociálního pracovníka ke klientovi s HPO

Rohr (2012, s.115) doporučuje:

- při vedení klienta HPO je nutné porozumět jeho strachům z opuštěnosti a pohlcující blízkosti
- nutné je ohraničení terapeutického vztahu toho co můžeme udělat a co nikoli
- zvažujeme do jaké míry je pro nás bezpečné se emočně angažovat ve vztahu s klientem
- je nutné aby pracovník konzultoval v rámci supervize a intervize své negativní reakce ke klientovi – distancování odmítání i opuštění klienta

Při sociální práci s klientem s HPO lze využít prvky podpůrné terapie. Podpůrná terapie doporučuje pracovníkům

- empaticky konfrontovat klientovy postoje
- přistupovat tolerantně
- dále přistupovat se směřicí, povzbuzování, podpory, trpělivé klasifikace, edukace a laskavě, ale permanentně vymezuje hranice
- s klientem je nutné diskutovat o nastavení pravidel spolupráce, než stanovit ultimáta z pracovníkovy strany
- klient musí rozumět tomu proč je třeba pravidla stanovit, snižuje to riziko autodestruktivních interpretací s rizikového chováním
- s kritikou je třeba pracovat opatrně, protože kritika u člověka s HPO vzbuzuje hluboce zakořeněný pocit „jsem nedostatečný“
- monitorujeme přenosové a protipřenosové tendence
- podporuje v užívání léků, které korigují jejich výkyvy nálad

- u sebestigmatizace zdůrazníme biologickou podstatu onemocnění a interpretujeme psychologické pojetí k onemocnění
 - posiluje jeho odpovědné chování
 - oddělujeme zdroje poruchy (afektivní nestabilita, nedostatek serotoninu, trauma z dětství) od následků (antisociální chování, promiskuita, sebeustrukce, sebeznehodnocování, oscilace mezi idealizací a znehodnocování druhých, impulzivita)
 - direktivní přístup uplatňujeme citlivě převážně při vymezování určitých hranic
- (Práško, 2017, s.143)

9.4 Připojení na klienta s HPO a šetření u klienta s HPO

Hlavním cílem této práce je přiblížit sociálním pracovníkům svět/život klientů s hraniční poruchou osobnosti, jejich prožívání, což je důležité pro kvalitní připojení k těmto klientům.

Základem je:

- respektování vnitřního světa klienta a uvědomovat si jeho jedinečnost
- nutné je vyhnout se moralizování, což u klientů s HPO je pro pracovníka těžký úkol
- vyhnout se diagnostickým nálepkám, jak již bylo popsáno tito klienti jsou mezi odborným personálem silně stigmatizováni, klientům s diagnózou HPO škatulka „hraničář“ velice škodí budí v něm hluboce zakořeněný vzorec „jsi jako“

Běžné sociální šetření doplníme o specifické oblasti:

1. Ustálenost jeho identity (představ o sobě), dotazujeme se jak popisuje sám sebe, své fungování, jak ho vidí jeho okolí
2. Testujeme zda je momentálně v realitě – tito klienti využívají ochranný mechanismy, které je chrání před realitou např. štěpení, projekce, projektivní identifikace
3. Jaký mají dopad jeho vztahové vzorce např. na práci, sociální fungování

Příklad otázek:

Jaké nedávné stresory mají momentálně vliv na vaše fungování?

Je váš současný stav důsledkem vztahového konfliktů?

Jaké jsou vaše současné vztahy s blízkými?

Jaké byli vaše minulé vztahy? Mají stále stejný průběh?

Jak rozumíte svému životnímu fungování. (Zjišťujeme zda si spojuje s traumatem z dětství a již má náhled na své onemocnění)

Je vaše osobnostní změna způsobena zdravotními problémy?

Užil jste nějaké látky, které mohli mít vliv na váš depresivní či úzkostný stav?

Projevili se u vás v minulosti manické, hypomanické či depresivní stavy?

(Probstová, 2014, s. 147-8)

9.5 Kaleidoskop - centrum terapie a vzdělávání, z. ú.

Kaleidoskop je sociální službou, která u nás funguje už od roku 2005, jejíž cílovou skupinou jsou lidé s poruchou osobnosti a to převážně lidé s HPO. Doposud jako jediná provozuje terapeutickou komunitu pro lidi s poruchou osobnosti v České republice. (Kaleidoskop, Výroční zpráva za rok 2016)

Poskytované služby:

1. Terapeutická komunita Kaleidoskop: terapeutická komunita, registrace v roce 2006, řídící se zákonem 108/2006 § 68 a vyhláškou 505/2006 § 33
2. Ambulance Kaleidoskop: služba odborného sociálního poradenství, registrace v roce 2006, řídící se zákonem 108/2006 § 37 a vyhláškou 505/2006 § 4
3. DBT Centrum: služba následné péče, registrace v roce 2015, řídící se zákonem 108/2006 § 64 a vyhláškou 505/2006 § 29

(Registr poskytovatelů sociálních služeb, 2017)

9.5.1 Terapeutická komunita Kaleidoskop

Terapeutická komunita Kaleidoskop byla otevřena v roce 2006, nejčastěji své služby poskytuje klientům od 18 let s HPO, ale přijímá i lidi s jinými poruchami. Služby jsou poskytovány v Solenicích u Příbrami, současná kapacita je 22 klientů.

Základní model terapeutické komunity čerpá z 60tileté zkušenosti ve Velké Británii, která je založena na bázi demokratické terapeutické komunity. Zároveň je čerpáno ze zkušeností získaných při stážích v USA. Metodika komunity Kaleidoskop musela být adaptována na specifika českých klientů a podmínky v České republice. Terapeutický rámec je založen na DBT.

Délka pobytu je až 18 měsíců a je rozdělena na dvě fáze. První fáze trvá jeden rok v této fázi si klienti rozvíjí svou osobnost. V druhé šesti měsíční fázi se připravují na život „venku“, zejména aby si byli schopni vytvořit vlastní sociální síť.

V komunitě je nastaven koncipovaný celodenní program a jsou stanovena kardinální pravidla (zákaz užívání alkoholu a psychotropních látek, navazování intimních vztahů, verbální i neverbální agrese aj.) při jejich porušení klient musí komunitu opustit.

Program má za cíl rozvoj tří sociálních dovedností:

1. Vztahové – formou skupinové terapie, kde jsou muži i ženy, klienti mimo jiné řeší co se děje v komunitě. Nejsou tolerovány žádné tajnosti i to co klient řeší v individuální terapii musí být následně řešeno ve skupině.

2. Pracovní dovednosti – běh komunity se dá přirovnat k životu v jedné domácnosti, klienti se starají o úklid, vaření, pečují o dům a zahradu. Zároveň se učí určité organizaci práce spočívající v rozpisu služeb, plánování volnočasových aktivit, vedení komunit, volbou samosprávy (tzn. vedoucího komunity a kdo za co je odpovědný), asistují při výdeji léků. Vedoucí komunity se účastní i pracovních porad s pracovníky.

3. Relaxace a volný čas – učí se různým způsobům relaxace, věnují se sportovním aktivitám a dalším způsobům jak trávit volný čas.

Základní principy terapeutické komunity

1. Dobrovolnost – každý člen je zde z vlastní vůle a může kdykoliv odejít.

2. Aktivní účast – nejde o lékařskou péči, ale klient prochází samo léčbou, která může proběhnout jen pokud zaujme aktivnímu postoj.

3. Vliv vrstevníků – sdílí své zkušenosti, druzí jim svou zpětnou vazbou nastavují zrcadlo a tak jsou postaveni před realitu.

4. Proces učení – každodenní interakce od členů komunity je vede k sebereflexi.

5. Odpovědnost – každodenní chod komunity je založen pouze na klientech, čímž se učí odpovědnosti i za ostatní členy komunity.

6. Rozhodovací procesy – zapojují se do rozhodování o průběhu života komunity, všichni mají stejný podíl moci.

7. Otevřená komunikace – všechna jejich témata musí být otevřena před celou komunitou

Hlavním úkolem je naučit klienty odpovědnosti za osobní a interpersonální problémy, protože nelze nečekat až je někdo vyřídí za ně.

(Trumplířová in sborník psychiatrického symposia Hlavalam VI, s 14-20)

Pobyt v komunitě si každý klient musí spolufinancovat, v je ceně ubytování a strava od 1.1.2018 činní 7800,-- Kč/měsíc.

9.5.2 Ambulance Kaleidoskop

Poskytuje odborné sociální poradenství lidem s poruchou osobnosti a jejich blízkým. Službu poskytujeme formou osobních schůzek, telefonicky, ale i elektronicky pomocí emailu.

Ambulance poskytuje klientům s poruchou osobnosti možnost zorientovat se v jejich situaci a učí je jak si z ní pomoci. Hlavním cílem je, aby klienti byli schopni ujasnit si své potřeby a formulovat své cíle, na základě nich jsou vedeni k jejich naplňování.

Zejména se jedná o oblasti:

- orientace v sociálních a zdravotních službách, pomoc při jejich kontaktování
- orientace na trhu práce
- vzdělávání v sociálně-právních záležitostech
- Práce s rodinou a blízkými spočívá v:
 - poskytování informací k tomuto onemocnění
 - psychoedukaci rodiny a blízkých osob lidí s poruchou osobnosti
 - předávání informací o klientovi jeho psychiatrovi, terapeutovi, sociálnímu pracovníkovi (lze pouze se souhlasem klienta)

Služba je poskytována bezplatně.

9.5.3 DBT centrum

Jedná se o službu následné péče poskytované klientům s poruchou osobnosti a jejich rodinných příslušníků.

Programy DBT centra:

- zajišťuje denní program pro nezaměstnané klienty s poruchou osobnosti
- zajišťuje večerní program pro pracující klienty s poruchou osobnosti
- rodinám a blízkým nabízí podpůrné aktivity

Klientů s poruchou osobnosti nabízíme

- individuální terapii
- skupinový nácvik sociálních a pracovních dovedností
- DBT výukové a tématické skupiny
- volnočasové aktivity
- telefonické intervence

Rodičům a blízkým nabízíme ve večerních hodinách

- seznámení se s problematikou poruch osobnosti
- nácvik komunikace s takto postiženým
- zvládání krizí postiženého
- seznámení s dodržování hranic člověka s poruchou osobnosti

Služby jsou poskytovány bezplatně, finanční spoluúčast je u sobotních výletů.

Souhrn teoretické části

HPO je v současné době jednou z nejčastěji diagnostikovanou PO. Pro tuto poruchu je charakteristická nestabilita, narušené fungování v oblasti kognitivní, emocionální, behaviorální a interpersonální, proto je tato porucha dle holistické teorie považována za nemoc. Bohužel jsou dodnes psychiatři, kteří PO považují za stav, dokonce dle starého pojetí HPO označují jako „psychopatie“.

Pro lepší pochopení HPO je třeba porozumět hlubinným teoriím osobnosti zejména psychoanalytické teorii Freuda a jeho ego stavům it-ego-superego. Jungově analytické teorii, která u člověka rozeznává vědomou a nevědomou složku, tu nadále dělí na nevědomí osobní a kolektivní složené z archetypů, dále lidi člení na introverty a extroverty. Nejčastěji je využívána triáda ego-stavů dítě-dospělý-rodíč, toto dělení vychází z Berneho transakční teorie osobnosti.

Příčiny vzniku HPO jsou multifaktoriální, na její vzniku se podílí biologické faktory v kombinaci s faktory prostředí. Velká část těchto pacientů má indispozice k DO z jejich rodiny, kde se často vyskytuje disociální PO, depresivní poruchy, BA a závislostní poruchy. Pro zdravý vývoj člověka je důležité přijímací rodinné prostředí to lidem s HPO chybělo a to zejména v preoidipálním období od 3 do 16 měsíce vývoje dítěte, následně velkou roli hraje výchova. Často lidé s HPO zažili zneužívání sexuální, fyzické, ale zejména emoční.

Pro lidi s PO jsou typické maladaptivní (nezdravé) vzorce chování, které jim znesnadňují život ve společnosti. Nejvíce ovlivňují oblast jejich poznání, ovládnání emocí i impulzů a to zejména při uspokojování jejich potřeb v oblasti interpersonálních vztahů. U lidí s HPO je charakteristický obranný mechanismus rozštěp, který je typickým obranným mechanismem v 3 až 16 měsíci dítěte. V tomto období u lidí s HPO nebyly naplněny emoční potřeby, proto u nich nebyl obranný mechanismus rozštěp nahrazen vyvrážděním. Rozštěp lidem s HPO nedovolí integrovat dobré a špatné, nedokáží tak v dobrém vidět i něco špatného a naopak. Jejich identičnost je rozptýlená, mají mnohočetné zájmy, které mění jen aby zapadli, lze je přirovnat k plastelině, z které si každý vymodeluje co chce. Subjektivnost emocí je narušená, často řeší otázku „jak se mám vlastně cítit“, dochází u nich k racionalizaci a mštnání negativních emocí. Pokud jsou negativními emocemi přesyceni, stačí malý podnět a přestanou se ovládat, s čímž souvisí jejich agresivita, která je reaktivní a převážně má podobu autogrese. S tímto

onemocněním jsou spjaty bolestné pocity prázdna, což je bezemoční stav plný otázek, tento pocit je častou příčinou sebepoškození a pokusu o suicidium. Nejčastěji se u lidí s HPO objevuje jako komorbidita deprese, BA, závislost a PPP.

Ve vztazích lidí s HPO vládne chaos, který vzniká vlivem jejich celkové nestability a rozštěpu. Člověka si dokáží idealizovat a bez postřehnutelného podnětu jej v minutě dokáží absolutně devalvovat. V partnerských vztazích mají jedinou stabilitu a to že jsou nestabilní, jejich partnerské vztahy mají vždy stejný průběh, protože si dokola volí partnera se stejným charakterem.

Již v dětství se špatně začleňovali do kolektivů, stávali se oběťmi šikany, nebo se snažili zapadnout do nějaké party a stali se z nich rebelové. Studijní obory často střídají, mnohdy studium nedokončí, ač mají dostatečný intelekt. V práci jsou svědomití, rychlí, jsou schopni zastávat i několik pracovních pozic najednou, co neumí rádi se naučí, proto opět mají problém se začlenit do pracovního kolektivu. Mívají mnoho přesčasů, dovolená je pro ně za trest. Problém nastává, když se v práci začnou nudit, cítit frustraci z nedostatečného docenění, to je nutí své pracovní pozice střídat.

Duševně nemocní jsou nejvíce stigmatizovanou skupinou lidí, to vyplývá z neznalosti problematiky DO. Lidé s HPO nečelí stigmatu jen v běžné společnosti, ale i ze strany zdravotníků, psychologů, terapeutů, sociálních pracovníků i sociálních služeb. Mnoho terapeutů je pokládá za prokletí své profese. Stigma však vede ke sebestigmatizaci, kdy se jedinec postupně integruje se stigmatem. Sebestigmatizace je nazývána druhou nemocí.

Při léčbě HPO je využívána farmakoterapie a psychoterapie. Specifické léky na HPO neexistují, využívána je kombinace antipsychotik, antidepressiv a stabilizátorů nálady. Benzodiazepiny a hypnotika, nejsou příliš vhodná pro jejich vysokou návykovost. Při léčbě je velice důležitá psychoterapie, která je dlouhodobá, v počátcích přináší velké riziko sebedestrukce a pokusů o suicidium. Nelze přesně určit který terapeutický přístup je neúčinnější, protože se jedná o nehomogenní skupinu pacientů.

Předtím než sociální pracovník začne spolupracovat s klientem s HPO, je třeba aby se důkladně seznámil s tímto onemocněním, které je velice často démonizováno. Největší důraz u těchto klientů je nutné klást na stanovení hranic pomoci, jinak se může stát, že pracovník bude přehlcen jejich potřebami.

Jedinou sociální službou v ČR, která je zaměřena výhradně na léčbu PO je Kaleidoskop - centrum terapie a vzdělávání, z. ú., většinu klientů tvoří lidé s HPO. Poskytují pobytovou službu Terapeutické komunity Kaleidoskop, tato komunita má za cíl nejen psychoterapii, ale i nácvik pracovních dovedností a trávení volného času. Ambulance Kaleidoskop a DBT Centrum nabízí služby následné péče a ambulantní služby odborného sociálního poradenství, tyto služby jsou poskytovány i rodinám a blízkým lidí s HPO. Terapeutický rámec jejich služeb je založen na dialekticko-behaviorální terapii (DBT).

II Empirická část

10 Výzkumné šetření

Jak jsem uvedla v úvodu jedná se o kvantitativní výzkum formou dotazníků s uzavřenými i polozavřenými otázkami. Tento druh výzkumu jsem zvolila vzhledem k riziku, že snížím validitu výzkumu protože sama mám diagnostikovanou HPO. Výzkumným místem jsem zvolila Psychiatrickou nemocnici Kosmonosy, oddělení K20 kde jsem byla cca 6x hospitalizovaná a proto vím, že velká část komunity je složena také z lidí s HPO.

10.1 Výzkumná strategie

Jako výzkumnou strategii jsem zvolila kvantitativní výzkum, jehož podstatou je zkoumání vztahů mezi proměnnými. Výhoda takového šetření je v tom, že výsledky nejsou jen popisem proměnných, které mohou být ovlivněny výzkumníkovými postoji a znalostem zkoumané problematiky, ale proměnné jsou interpretovány na základě numerických dat.

10.2 Výzkumný nástroj

Jako výzkumný nástroj jsem zvolila dotazník s uzavřenými a polozavřenými otázkami. Tento výzkumný nástroj zaručuje absolutní anonymitu respondentů. Dotazník jsem vytvořila na základě znalosti problematiky lidí s HPO, studia kasuistik v odborné literatuře, zkušeností získaných při pobytech v psychoterapeutických komunitách a praxe peer konzultanta v denním centru pro duševně nemocné, kde s takto postiženými pracuji.

Vzhledem k tomu, že výzkum má pomoci co nevíce nahlédnout do života a prožívání lidí s HPO – poznání sociální reality klientů s HPO, jsou využity nejen uzavřené otázky, ale i polozavřené, zároveň jsem respondentům umožnila zvolit i více variant odpovědí.

Dotazník byl logicky seřazen podle kapitol v teoretické části.

10.3 Výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek tvořili pacienti Resocializačního a terapeutického oddělení K20 v Psychiatrické nemocnici Kosmonosy. Respondenty tvořili muži a ženy od 19 let, zařazení byli pacienti s primární i duální diagnózou HPO. Výběr respondentů provedla

primárka oddělení K20 MUDr. Veronika Kotková na základě porady s pracovním týmem, který je složen z psychiatrů, psychologů, psychoterapeutů a arteterapeuta

10.4 Charakteristika výzkumného místa

Výzkumným místem byla vybrána Psychiatrická nemocnice v Kosmonosech, konkrétně Resocializační a psychoterapeutické oddělení K20, které je zaměřené mimo jiné psychické poruchy také na léčbu HPO. Počet lůžek je 30. Minimální věková hranice je 15 let, horní hranice není limitována.

Jedná se o polootevřené oddělení s komunitním režimem zajišťujícím kompletní psychiatricko-psychologickou léčbu a diagnostiku. Léčba je založena zejména na skupinové psychoterapii, kde velice záleží na angažovanosti pacienta. Dále nabízí ergoterapii, arteterapii, hypoterapii, nácvik denních dovedností aj..

Komunitní režim spočívá ve spoluúčasti pacientů na chodu komunity. Za tímto účelem je volena patientská spoluspráva, kdy zvolení pacienti získávají různé funkce v rámci níž musí plnit dané povinnosti. Nejdůležitější funkcí je „pán domu“, který se mimo jiné účastní malých komunit (porad) s týmem tvořeným z lékařů, psychologů, psychoterapeutů, zdravotních sester a sociálního pracovníka.

Komunita je otevřená tzn. pacienti průběžně přichází a odchází. Minimální délka pobytu je 7 týdnů, ale může trvat i více než rok, je závislá na zdravotním stavu pacienta. (Kotková, emailová komunikace, 2017)

10.5 Průběh šetření

V červenci 2017 jsem si osobně dojednala s paní primárkou oddělení K20 MUDr. Veronikou Kotkovou, možnost provedení výzkumu na tomto oddělení. Dne 11.12.2017 jsem poštou odeslala vytištěné dotazníky do Psychiatrické nemocnice Kosmonosy k rukou primárky oddělení K20. Paní primárka vytipovala pacienty kteří trpí HPO a dotazníky mezi ně distribuovala.

Vzhledem k otevřenosti komunity výzkum proběhl v období od 15.12.2017 do 30.1.2018. Následně jsem si vyplněné dotazníky v zalepených obálkách osobně převzala v PN Kosmonosy z rukou arteterapeuta Mg.A. Michala Segerta.

10.6 Hlavní výzkumný cíl

Hlavním výzkumným cílem je získání vhledu do života i prožívání klientů s HPO a zjistit v jakém sociálním prostředí žili a v současné době žijí, což nazýváme poznáním sociální reality klienta. Hlavní cíl jsem vyhodnotila pomocí čtyř dílčích cílů.

DC1 – Zjistit jaké bylo jejich dětství, rodinné zázemí a výchova:

- dotazník kapitola 2 „Rodina, dětství, výchova“

DC2 – Zjistit jaké je jejich současné sociální zázemí:

- dotazník kapitola 3. „Sociální zázemí“

DC3 – Zjistit průběh jejich onemocnění a jeho vliv na interpersonální vztahy, vzdělání a zaměstnání“

- dotazník kapitola 4. „Průběh vašeho onemocnění“

- dotazník kapitola 5. „Vztahy“

- dotazník kapitola 6. „Vzdělávání a práce“

DC4 – Zjistit jak prožívají vybrané životní situace

- dotazník kapitola 7 „Prožívání vybraných životních situací“

(Röhr, 2008, s. 98-102).

Kapitola 1 v dotazníku je zaměřena na základní demografické údaje.

10.7 Způsob analýzy dat

Data získaná z dotazníků jsem přenesla do jednoduchého excelového programu, v kterém jsem si respondenty rozčlenila dle pohlaví, věku, vzdělání, zařazení na trhu práce a rodinného stavu. Vzhledem k tomu, že respondenti mohli u jednotlivých otázek volit i několik odpovědí, byly odpovědi seřazeny sestupně dle jejich četnosti. Zároveň bylo nutné se rozhodnout jak budou vyhodnocovány odpovědi jiné, některé bylo možné zanechat k připraveným odpovědím a ostatní jsou citovány přímo u výsledku výzkumu.

10.8 Etická hlediska výzkumu

Ve svém výzkumu jsem dbala na to, aby nebyla narušena etická hlediska výzkumu. Jedná se o skupinu lidí, která trpí velice stigmatizujícím duševním onemocněním a dotazník zasahuje hluboce do jejich osobního života. Anonymita byla zajištěna i před pracovním týmem K20, protože dotazníky byly předány k vyplnění spolu s obálkou, do

kteřé vyplněný dotazník respondenti zalepili. Dotazníky vyplňovali samostatně ve svém volném čase. Mým čestným prohlášením byly informování k jakým účelům bude dotazník sloužit a ujistění o zachování anonymity.

10.9 Výsledky výzkumu

V tabulce č. 1 jsou zaneseny výsledky z dotazníku – kapitola 1 Demografické část.

Počet respondentů byl 10 poměr mužů a žen 3:7

Tabulka 1 Základní demografické rozčlenění respondentů

Demografické členění dle		Členění dle pohlaví a věku			Výsledek	%
		muži 19-30 let	ženy 19-30 let	ženy 31 a více let		
Rodinného stavu	svobodný	3	3	2	8	80%
	vdaný/á	0	0	1	1	10%
	rozvedená	0	0	1	1	10%
Celkem		3	3	4	10	100%
Vzdělání	základní	2	0	1	3	30%
	vyučen/a	1	2	0	3	30%
	středoškolské	0	0	2	2	20%
	vysokoškolské	0	2	0	2	20%
Celkem		3	4	3	10	100%
Zařazení dle trhu práce	student	1	1	0	2	20%
	ID3	1	1	2	4	40%
	ID3/pracuje	1	0	1	2	20%
	Pracuje	0	1	0	1	10%
	ID1/nezaměstnaná	0	0	1	1	10%
Celkem		3	3	4	10	100%

10.9.1 Vyhodnocení dílčího cíle č. 1

DC1 – Zjistit jaké bylo jejich dětství, rodinné zázemí a výchova. V této části výzkumu mě zajímalo, zda respondenti žili v úplné rodině, jak ji hodnotí, jak vnímají své rodiče, jestli mají sourozence a zda měli někoho blízkého, komu se mohli se vším svěřit. Také jsem zjišťovala, zda jejich výchova byla restriktivní či naopak rozmazlující. Výsledky jsou vyhodnoceny na základě otázek z kapitoly č. 2 „Rodina, dětství, výchova“ v dotazníku.

Z tabulky č. 2 vyplývá, že 40% respondentů žilo v úplné rodině, ale pouze 20% respondentů ji vnímá jako harmonickou.

Tabulka 2 Rodinné zázemí v dětství

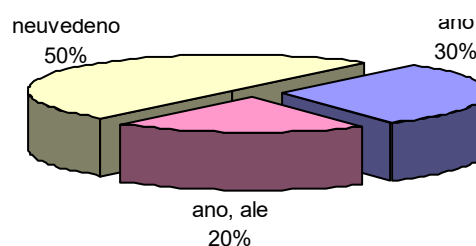
Odpověď	Žil/a jsem				Výsledek	%
	v úplné rodině	s matkou	s matkou u prarodičů	s otcem		
V harmonické rodině.	2	×	×	×	2	20%
Rodiče se stále hádali.	2	×	×	×	2	20%
Rodiče se rozvedli, když jsem byl/a malý/á.	×	3	2	1	6	60%
Výsledek	4	3	2	1	10	×
%	40%	30%	20%	10%	×	100%

V tabulce č. 3 jsou rozčleněni respondenti dle kombinace odpovědí na otázku „Jak vnímáte svou matku?“. V kolonce „ano“ jsou zařazeni ti, kteří uvedli pouze „pečovala o mě“ nebo zároveň zvolili odpověď „hodně se mi věnovala“, v kolonce „ano, ale“ jsou zařazeni respondenti, kteří odpověď „pečovala o mě“ zkombinovali s jinou variantou odpovědi. Z této tabulky a grafu č. 1 vyplývá, že 50% respondentů nevnímá matku jako pečující, ostatní ji vnímají méně či více negativně, četnost odpovědí je znázorněna v tabulce č. 4. Kolonky jiné využil pouze jeden respondent, který uvedl že jeho matka je: „citová vyděračka“, „částečně mi zničila život“, „neschopna řešit existenční a sociální problémy“, „coura“, „prostitutka po telefonu“.

Tabulka 3 Péče matky

Péče matky	Výsledek	%
Ano	3	30%
Ano, ale	2	20%
Neuvedeno	5	50%
Celkem	10	100%

Graf 1 Poměr péče matky ano, ano ale, neuvedeno



Tabulka 4 Vnímání matky

Odpověď	Matka o mě pečovala			Výsledek	% odp.	% resp.
	neuveďeno	ano, ale	ano			
pouze pečovala	x	x	1	1	3%	10%
hodně se mi věnovala	0	0	2	2	6%	20%
náladová	2	2	x	4	13%	40%
často jsme se hádali	3	1	x	4	13%	40%
jako nepřítomná	2	1	x	3	9%	30%
často si stěžovala jak ji blízcí ubližují	2	1	x	3	9%	30%
musel(a) jsem o ni pečovat	2	1	x	3	9%	30%
vyvolávala konflikty	2	1	x	3	9%	30%
odtažitá	1	1	x	2	6%	20%
nevyzpytatelná	1	1	x	2	6%	20%
často mě ponižovala	2	0	x	2	6%	20%
její péče bývala, až přehnaná	x	2	x	2	6%	20%
neznal(a) jsem ji	1	0	x	1	3%	10%
Výsledek	18	11	3	32	x	x
% odpovědí	56%	34%	9%	x	100%	x

V tabulce č. 5 jsou znázorněny četnosti odpovědí na otázku „Jak vnímáte svého otce?“. Výsledky jsem rozčlenila dle toho, zda respondenti žili v úplné rodině nebo jen s matkou či otcem. I přesto, že 5 respondentů žilo v úplné rodině nebo jen s otcem, čtyři z nich vnímají otce jako „nepřítomného“ a pouze jeden uvádí „pečoval o mě“. Jeden respondent v kolonce jiné u otce i otcíma uvádí několik patologických jevů.

Tabulka 5 Vnímání otce

Odpověď	Žil/a jsem			Výsledek	% odp.	% resp.
	v úplné rodině	s matkou	s otcem			
hodně se mi věnoval	2	0	1	3	13%	30%
pečoval o mě	1	0	0	1	4%	10%
jako by nebyl přítomný	3	0	1	4	17%	40%
psychicky nás týral	0	4	0	4	17%	40%
neznal(a) jsem ho	1	3	0	4	17%	40%
fyzicky nás napadal	0	3	0	3	13%	30%
často mě ponižoval	0	2	0	2	8%	20%
často matku ponižoval	0	1	0	1	4%	10%
nevyzpytatelný	0	1	0	1	4%	10%
despota	0	1	0	1	4%	10%
Cellkem	7	15	2	24	100%	x

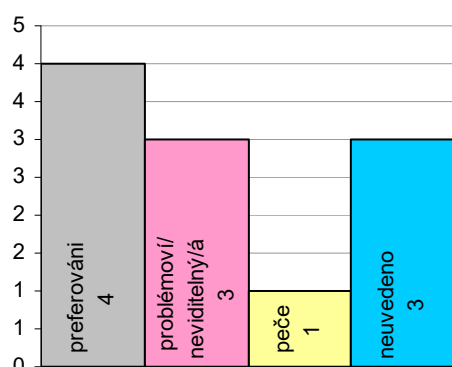
V tabulce č. 6 jsou respondenti rozčlenění dle toho, zda mají sourozence a pořadí v kterém se narodili, 30% uvedlo pouze své pořadí, zbytek respondentů zvolilo i ostatní

odpovědi. Nejčastěji byli jejich souzenci preferováni (40%) a 30% respondentů uvádí „byl/a/i problémoví, tak jsem byl/a neviditelný/á“. Četnost výskytu dané odpovědi je zobrazena v grafu č. 2.

Tabulka 6 Postavení mezi sourozenci

Odpověď	Sourozence mám				Výsledek	% odp.	% resp.
	mladší	starší	jsem prostřed	nemám			
byl(a, i) preferováni	1	1	2	×	4	36%	40%
byl(a)(i) problémoví, tak jsem byla neviditelný/á		3		×	3	27%	30%
musel(a) jsem o ně pečovat	1			×	1	9%	10%
neuveдено	2	1		0	3	27%	30%
Výsledek	4	5	2	0	11	×	×
%	36%	45%	18%	0%	×	100%	×

Graf 2 Postavení respondentů k sourozenci/ům dle počtu odpovědí

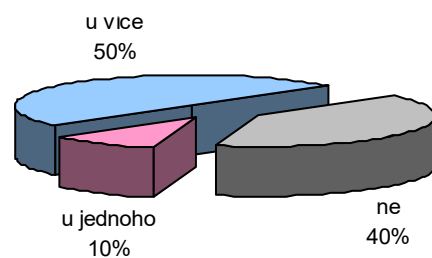


V tabulce č. 7 a grafu č. 3 jsou zaznamenány výsledky odpovědí na otázku „Vyskytuje se u vás v rodině nějaké duševní onemocnění?“ Indispozice k duševnímu onemocnění lidí s HPO má 60% respondentů, přičemž u 50% se DO vyskytuje i u více než jednoho člena rodiny.

Tabulka 7 Rodinné indispozice k DO

Odpověď	Počty		Výsledek	% odp.	% resp.
	jeden	více			
sourozenec	0	5	5	33%	50%
matka	0	3	3	20%	30%
otec	1	1	2	13%	20%
jiný	0	1	1	7%	10%
nevyskytuje	×	×	4	27%	40%
Celkem	1	10	15	100%	×

Graf 3 Počet výskytu DO v rodině

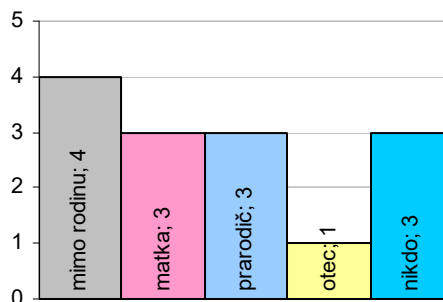


V tabulce č. 8 jsou uvedeny výsledky na otázku „Byl ve vašem dětství někdo blízký na kterého jste se mohl(a) se vším obrátit?“. Nejčastější odpovědí bylo „někdo mimo rodinu“, ale nikoho takového nemělo 30% respondentů.

Tabulka 8 Blízké osoby

Odpověď	Počty		Výsledek	%	% resp.
	jeden	více			
mimo rodinu	1	3	4	29%	40%
matka	0	3	3	21%	30%
prarodič	2	1	3	21%	30%
otec	0	1	1	7%	10%
nikdo	×	×	3	21%	30%
Celkem	3	8	14	100%	×

Graf 4 Počty blízkých osob



Na otázku „Jaký je váš současný vztah k rodině“ pouze 30% respondentů uvedlo „pokaždé je rád vidím“ a naopak 20% se s rodinou nestýká. Z četnosti výskytu ostatních odpovědí lze vyvodit, že jejich současný vztahy s původní rodině nejsou příliš dobré. Do kolonky jiné navíc jeden respondent uvedl „téměř mrtvé“, ale zároveň „brášku vždy rád vidím“.

Tabulka 9 Současný vztah k rodině

Odpověď	Výsledek	% odp.	% resp.
Je to jako na houpačce, chvíli dobré a pak přijde bouře.	4	29%	40%
Setkání vždy přetrpím.	3	21%	30%
Pokaždé je rád(a) vidím.	3	21%	30%
Nestýkáme se.	2	14%	20%
Formální.	2	14%	20%
Celkem	14	100%	×

K vyhodnocení toho, zda výchova respondentů byla restriktivní, či rozmazlující mi posloužily otázky „Trestali vás rodiče?“, „Za co vás nejčastěji rodiče trestali?“, „Když se na vás rodiče zlobili a přestali s vámi mluvit?“ a „Museli jste doma pomáhat?“ četnost odpovědí je uvedena v tabulkách 10 - 13. Z výsledků vyplývá, že 20% respondentů nedostávalo tresty (tabulka č. 10 a 11), přičemž jeden z nich v kolonce jiné uvádí „nikdy ani facka, radši bych násilí, aby měli o mě alespoň trochu zájem“ a naopak fyzický trest zažilo 30% respondentů i v dospělosti. 90% respondentů se setkala s tím, že s nimi rodiče přestali mluvit, nejčastěji nevěděli proč (tabulka č. 12). V tabulce č. 13 z nich vyplývá, že 90% mělo domácí povinnosti, z toho 60% muselo doma hodně

pomáhat a 20% málokdy. Z těchto výsledků vyvozují, výchova respondentů byla v 80% restriktivní.

Tabulka 10 Tresty od rodičů.

Odpověď	Výsledek	% odp.	% resp.
Často jsem si vyslechl(a) dlouhé kázání.	6	29%	60%
Máma, tak že se mnou přestala mluvit.	3	14%	30%
Zakázali mi oblíbenou činnost.	3	14%	30%
Otec (matka) mě uhodil i když jsem byl(a) už dospělý(á).	3	14%	30%
Otec tak, že mě seřezal.	2	10%	20%
Musel(a) jsem klečet s nataženýma rukama.	2	10%	20%
Dělal(a) jsem si co sem chtěl(a), maximálně mi domluvili.	2	10%	20%
Celkem	21	100%	×

Tabulka 11 Za co byly tresty ukládány

Odpověď	Výsledek	% odp.	% resp.
Když jsem něco provedl(a) např. rozbil(a) hračku, nesplnil(a) domácí povinnost aj.	6	29%	60%
Mnohdy jsem ani nevěděl(a), že jsem udělal(a) něco špatně, jen rodiče neměli náladu.	6	29%	60%
Když jsem přišel/ přišla pozdě domů, někdy stačilo jen o	4	19%	40%
Za školní výsledky.	3	14%	30%
Za nic mě netrestali.	2	10%	20%
Celkem	21	100%	×

Tabulka 12 Reakce respondentů, když s nimi rodiče nemluvili

Odpověď	Výsledek	% odp.	% resp.
Šel/šla jsem se co nejdříve omluvit, i když jsem nevěděl(a) za co.	6	27%	60%
Cítil(a) jsem se strašně sám(a).	5	23%	50%
Chtěl(a) jsem onemocnět, jen aby se mnou začali mluvit.	4	18%	40%
Abych uvolnil(a) svou úzkost mlátil(a) jsem hlavou do zdi, či jinak si ublížil(a).	3	14%	30%
Mlátíl(a) jsem rukou do zdi, abych si ji zlomil(a), pak by snad se mnou mluvili.	3	14%	30%
Nepřestali	1	5%	10%
Celkem	22	100%	×

Tabulka 13 Domácí povinnosti

Odpověď	Výsledek	% odp.	% resp.
Ano, docela hodně k těm základním jsem musel(a) navíc pomáhat s vařením, žehlil(a) celé rodině, dělat svačiny, uklízet celou domácnost, starat se o sourozence.	5	50%	50%
Ano, měl(a) jsem základní povinnosti (mytí nádobí, úklid pokoje).	1	10%	10%
Rodiče po mě nic nechtěli.	1	10%	10%
Málo kdy.	2	20%	20%
Měl(a) jsem jen málo volného času pomáhal(a) jsem na zahradě, v hospodářství.	1	10%	10%
Celkem	10	100%	∞

Souhrn DC 1

60 % respondentů žilo v neúplné rodině a 20% v disharmonické. 70% respondentů vnímalo v matčině chování některý z typických znaků, které mají vliv na vznik HPO nejčastěji „náladovost“ a časté hádky s ní, zároveň 30% jejich matek má diagnostikováno DO. I přestože 50% respondentů žilo i s otcem vnímalo jej 40% „jako nepřítomného“, dále 40% respondentů zažilo trauma z toho, že byli psychicky a fyzicky otcem týráni, také u otce 20% uvádí že trpí DO. Všichni respondenti mají sourozence, ve 40% byli sourozenci preferováni a 30% respondentů se cítilo jako neviditelní, protože sourozenec byl problémový, také u sourozenců se vyskytuje DO uvádí 50%. Výzkum také prokázal, že 80% respondentů mělo restriktivní výchovu.

10.9.2 Vyhodnocení dílčího cíle č. 2

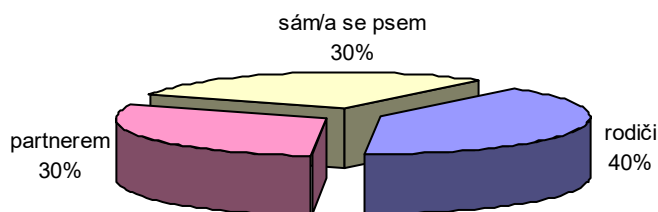
DC2 – Zjistit jaké je jejich současné sociální zázemí. Tento DC vyhodnocuji na základě otázek vztahujících se k bytovým poměrům, zdrojům příjmu a jejich dostatečnosti. Dotazník kapitola číslo 3.

V tabulce č. 14 a grafu č. 5 vidíme jaké jsou bytové podmínky respondentů a to s kým žijí. V tabulce nejsou uvedeny děti, ty prozatím má jen 20% respondentů z toho jedna žena uvedla, že je samoživitelka. 40% respondentů žije u rodičů, přičemž dva studenti a dva pobírají invalidní důchod třetího stupně.

Tabulka 14 Bytové podmínky

Odpověď	Bydlím s			Výsledek	%
	rodiči	partne rem	sám/a se psem		
u rodičů nemám finance na vlastní	3	0	0	3	30%
ve vlastním	0	2	1	3	30%
u rodičů je to výhodné	1	0	0	1	10%
v pronájmu	0	1	0	1	10%
v chráněném bydlení	0	0	1	1	10%
v sociálním bytě	0	0	1	1	10%
Výsledek	4	3	3	10	×
%	40%	30%	30%	×	100%

Graf 5 Poměr bydlení s rodiči, partnerem a sám/sama se svým pse



V tabulce č. 15 jsou rozděleny příjmy respondentů dle zdroje a zda jsou pro respondenta dostačující, 20% uvádí, že si nevystačí.

Tabulka 15 Zdroje příjmu a jeho dostatečnost

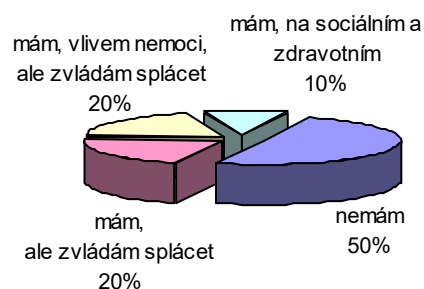
Odpověď	Zdroj příjmu							Výsledek	%
	rodiče	rodiče/ brigády	zaměst nání	ID1	ID3	ID3/ zaměst nání	dlouho dobá PN		
stačí	1	0	0	0	0	0	0	1	10%
stačí akorát	0	0	1	0	2	2	1	6	60%
nestačí, půjčuji si	0	0	0	0	0	1	0	1	10%
nestačí, pomáhá mi rodina	0	0	0	1	0	0	0	1	10%
neumím hospodařit	0	1	0	0	0	0	0	1	10%
Výsledek	1	1	1	1	2	3	1	10	×
%	10%	10%	10%	10%	20%	30%	10%	×	100%

V tabulce č. 16 a grafu č. 6 jsou respondenti rozčlenění dle toho zda mají dluhy, 50% respondentů dluhy nemá a 40% má, ale zvládají je splácet, 20% uvádí, že jim dluhy vznikly v souladu s onemocněním

Tabulka 16 Zadluženost respondentů

Dluhy	Výsledek	%
nemám	5	50%
mám,ale zvládám splácet	2	20%
mám, vlivem nemoci/zvládám splácet	2	20%
mám, na sociálním a zdravotním	1	10%
Jsem v exekuci	0	0%
mám vyhlášen osobní bankrot	0	0%
Celkem	10	100%

Graf 6 Členění dluhů dle vzniku a schopnosti je splácet



Souhrn DC2

Bydlení respondenti mají zabezpečeno ve všech případech. Sociální zabezpečení respondentů je v 70% dostačující, tito respondenti uvádí „s příjmem vystačím akorát“ a nikdo není závislý na sociálních dávkách. Toto tvrzení lze potvrdit dle míry zadluženosti, protože dluhy má 50% respondentů, pouze v jednom případě nebylo uvedeno zda je respondent zvládá splácet, nikdo z nich nemá exekuci ani vyhlášen osobní bankrot.

10.9.3 Vyhodnocení dílčího cíle č. 3

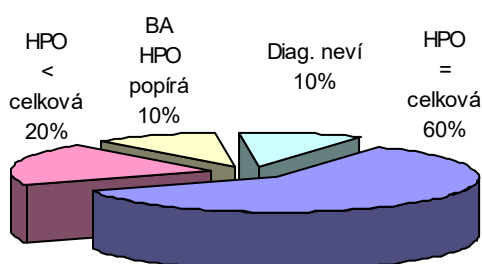
DC3 – Zjistit průběh jejich onemocnění a jeho vliv na interpersonální vztahy, vzdělávání a zaměstnání. Tento dílčí cíl jsem vyhodnotila na základě otázek z dotazníku v kapitolách 4, 5, 6. Otázky se týkaly léčby DO a jeho projevů, interpersonálních vztahů v dětství a současnosti, průběhu vzdělávání a pracovních návyků.

Výzkumný vzorek tvoří pacienti s různými délkami léčby jejich DO. V tabulce č. 17 a grafu č. 7 je porovnána délka léčby duševního onemocnění celkem a délka léčby HPO. Z této tabulky je patrné, že 20% respondentů potvrdilo, že HPO bývá diagnostikováno až později viz. graf č. 7.

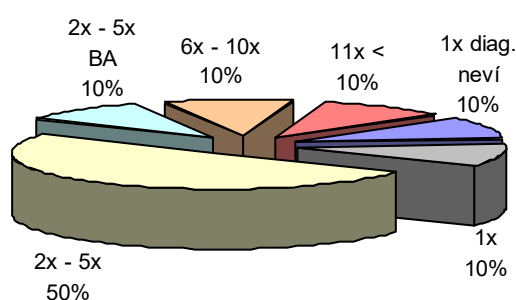
Tabulka 17 Srovnání délky celkové léčby DO s délkou léčby HPO

Léčba DO	Délka léčby					Výsledek	%
	> 1 rok	1 až 2 roky	3 - 5 let	6 - 10 let	11 let <		
HPO = celková	1	1	0	3	1	6	60%
HPO < celková	1	0	1	0	0	2	20%
BA HPO popírá	0	0	0	0	1	1	10%
Diag. neví	1	0	0	0	0	1	10%
Výsledek	3	1	1	3	2	10	×
%	30%	10%	10%	30%	20%	×	100%

Graf 7 Poměr délky celkové délky léčby DO a HPO



Graf 8 Procentuální počty hospitalizací



Tabulka č. 18 a graf č. 8 znázorňuje závislost délky léčby HPO na počtu hospitalizací, 60% respondentů uvádí rozmezí 2x až 5x, v jednom případě kdy léčba trvá více než jedenáct let a počet hospitalizací přesáhl jedenáct.

Tabulka 18 Počty hospitalizací v závislosti na délce léčby

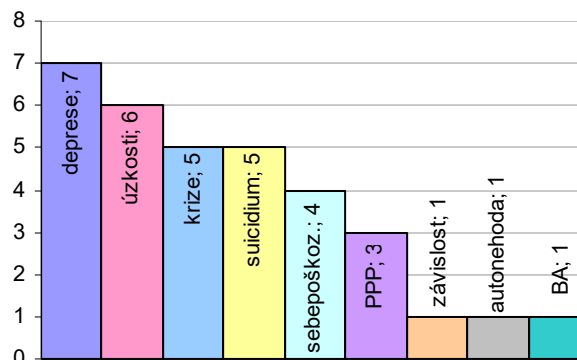
Počty hospitalizací	Délka léčby HPO					Diag. neví	BA	Výsledek	%
	> 1 rok	1 až 2 roky	3-5 let	6-10 let	11 let <				
Poprvé	1	0	0	0	0	1	0	2	20%
2x - 5x	1	1	0	3	0	0	1	6	60%
6x - 10x	0	0	1	0	0	0	0	1	10%
11x a více	0	0	0	0	1	0	0	1	10%
Výsledek	2	1	1	3	1	1	1	10	×
%	20%	10%	10%	30%	10%	10%	10%	×	100%

Jako nejčastější důvod pro vyhledání psychiatrické pomoci respondenti uvedli deprese a to v 70% viz. tabulka č. 19 a graf č. 9. Výsledky potvrdily častou suiciditu pacientů s HPO i to, že často vyhledávají pomoc v krizi, shodně uvedlo 50% respondentů.

Tabulka 19 Důvody vyhledání psychiatrické pomoci

Specifikace	Výsledek	% odp.	% resp.
deprese	7	21%	70%
úzkosti	6	18%	60%
krize	5	15%	50%
suicidium	5	15%	50%
sebepoškoz.	4	12%	40%
PPP	3	9%	30%
závislost	1	3%	10%
autonehoda	1	3%	10%
BA	1	3%	10%
Celkem	33	100%	×

Graf 9 Četnost odpovědí důvodů pro které byla vyhledána psychiatrická pomoc

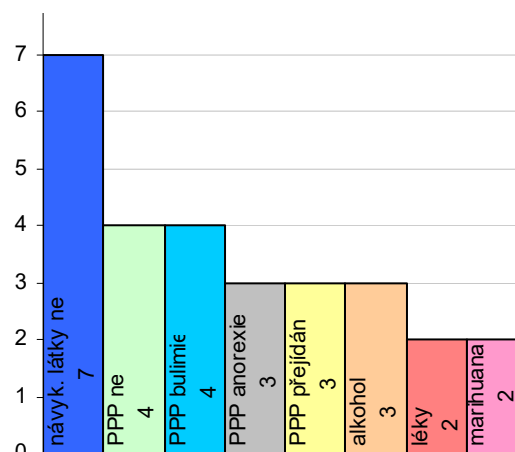


V tabulce č. 20 a grafu 10 jsou zaneseny výsledky vztahující se k závislostem, kam byly zařazeny i poruchy příjmu potravy, velice zajímavé je, že se častěji objevují PPP a to u 60% respondentů než ostatní závislosti ty uvedlo 30% z nich.

Tabulka 20 Specifikace závislostí dle četnosti

Specifikace závislosti		Výsledek	% odp.	% resp.
PPP	anorexie	3	11%	30%
	bulimie	4	14%	40%
	záchvatovité přejídání	3	11%	30%
	ne	4	14%	40%
Návyk. látky	léky	2	7%	20%
	alkohol	3	11%	30%
	marihuana	2	7%	20%
	jiné	0	0%	0%
Jiné	ne	7	25%	70%
Jiné	automaty	0	0%	0%
Celkem		28	100%	×

Graf 10 Četnost výskytu specifických závislostí výskytu u respondentů

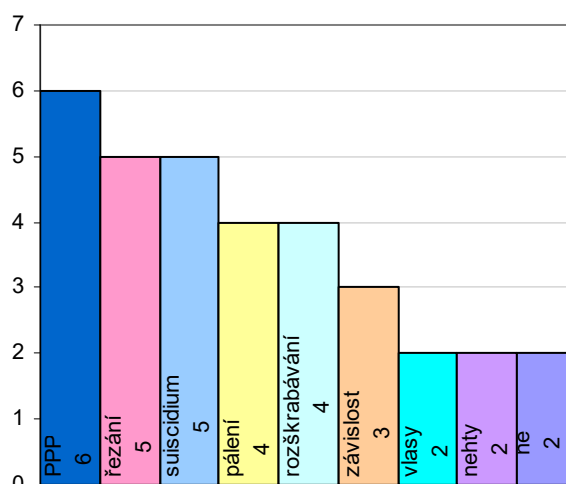


Tabulka č. 21 a graf 10 znázorňují četnost výskytu autoagresivního (sebedestruktivního) chování, ve sloupci specifikace jsou uvedeny i PPP a ostatní závislosti, protože jak již bylo uvedeno v teoretické části i toto chování je sebestruktivní. Výzkum časté autoagresivní chování potvrdil, pouze u 20% respondentů se nevyskytoval ani jeden ze znaků tohoto chování. Nijak překvapující nebyla četnost výskytu řezání se ostrými předměty tu uvádí 50% respondentů.

Tabulka 21 Specifikace autoagrese dle četnosti

Specifikace autoagrese	Výsledek	% odp.	% resp.
PPP	6	18%	60%
Řezání se ostrým předmětem	5	15%	50%
Suicidium	5	15%	50%
Pálení cigaretou	4	12%	40%
Rozškrabávání oděrek	4	12%	40%
Závislost ostatní	3	9%	30%
Trhání vlasů	2	6%	20%
Okusování nehtů do krve	2	6%	20%
Ne	2	6%	20%
Celkem	33	100%	×

Graf 11 Specifikace autoagrese dle četnosti

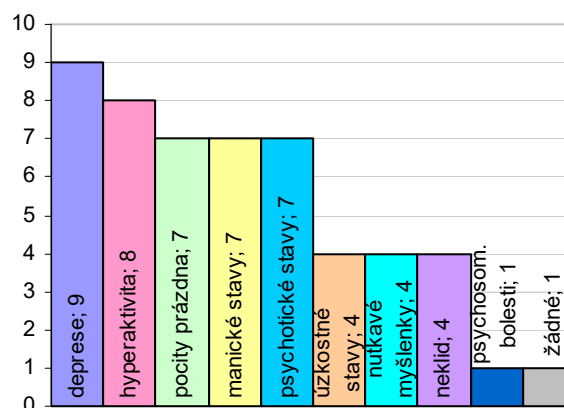


Pacienti s HPO prožívají nepříjemné psychické stavy s těmi se setkalo 90% respondentů, jejich četnost je znázorněna v tabulce č. 22 a grafu č. 12, přičemž 70% uvádí bolestné pocity prázdna, manické a psychotické stavy.

Tabulka 22 Specifikace psychických stavů

Specifikace psychických stavů	Výsledek	%	% resp.
Deprese	9	17%	90%
Hyperaktivita	8	15%	80%
Pocity prázdna	7	13%	70%
Manické stavy	7	13%	70%
Psychotické stavy	7	13%	70%
Úzkostné stavy	4	8%	40%
Nutkavé myšlenky	4	8%	40%
Neklid	4	8%	40%
Psychosom. bolesti	1	2%	10%
Žádné	1	2%	10%
Celkem	52	100%	×

Graf 12 Četnost výskytu specifických psychických stavů



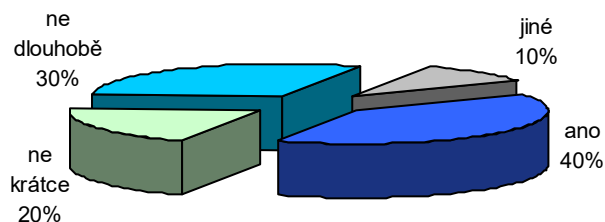
V teoretické části bylo popsáno, že onemocnění HPO má vliv na interpersonální vztahy a problémy s nimi se vyskytují již v dětství. Hodnocení partnerských vztahů je znázorněno v tabulce č. 23 a grafu č. 13, kde jsou respondenti rozčleněni podle toho zda v současné době vztah mají, zda krátce ne či dlouhodobě ne. Přičemž 40% respondentů

vztah má a zároveň jej hodnotí jako harmonický a 60% partnera nemá ti zároveň potvrzují častou závislost na partnerovi uvedlo 50% respondentů.

Tabulka 23 Současný partnerský vztah

Partner/ka	Výsledek	%
Ano	4	10%
Ne krátce	2	20%
Ne dlouhodobě	3	30%
Jiné	1	10%
Celkem	10	70%

Graf 13 Členění dle současného partnerského vztahu



Tabulka 24 Vyhodnocení partnerských vztahů

Odpověď	Partnerský vztah			Výsledek	% odp.	% resp.
	vdaná/ ženatý	přítel/ přítelkyně	nemám			
Harmonický	1	3	×	4	19%	40%
Hádáme se	0	1	×	1	5%	10%
Závislost na partnerovi	×	×	5	5	24%	50%
Dlouhodobě mi nevydrží	×	×	3	3	14%	30%
Partnerovi sloužím	×	×	3	3	14%	30%
Často týrán/a	×	×	3	3	14%	30%
Vybírám si stejné partnery	×	×	2	2	10%	20%
Celkem	1	4	16	21	100%	×

Problémy s navazováním interpersonálních vztahů jsou znázorněny v tabulce č. 25. 50% respondentů uvádí, že by přátelé chtěli mít, ale neumí si je najít, důvěru k pouze k jedné osobě uvádí 40%. Tyto problémy jsou znatelné již v dětství respondentů tabulka č. 26. 70% uvedlo, že se setkalo s šikanou či posměchem od dětí a 20% si připadalo, že byli dětmi vnímáni jako divní.

Tabulka 25 Současné interpersonální vztahy v závislosti na počtu přátel

Odpověď	Výsledek	% odp.	% resp.
Chtěl/a, neumím si je najít	5	28%	50%
Důvěřuji je jednomu/jedné	4	22%	40%
Mám jen známé, nikoho blízkého	3	17%	30%
Raději jsem sám/a	2	11%	20%
Nejlepším přítelem je pes, ...	2	11%	20%
Mám spoustu	1	6%	10%
Opravdové jen ze ZŠ	1	6%	10%
Celkem	18	100%	×

Tabulka 26 Interpersonální vztahy v dětství

Odpověď	Výsledek	% odp.	% resp.
Šikanovali mě/posmívali se mi	7	23%	70%
Nezapadl/a jsem stydlivý/á	5	16%	50%
Byl/a jsem samotář/ka	4	13%	40%
Děl/a jsem vše pro začlenění	4	13%	40%
Měl/a jsem hodně přátel	3	10%	30%
Měl/a jsem málo přátel	3	10%	30%
Často mě zklamali	3	10%	30%
Pro děti jsem byl/a divný/a	2	7%	20%
Celkem	31	100%	x

Tabulka 27 Vzdělávání lidí s HPO

Odpověď	ZŠ			U/SŠ			VŠ		
	výsledky	% odp.	% resp.	výsledky	% odp.	% resp.	výsledky	% odp.	% resp.
Rád/a na ni vzpomínám.	2	8%	20%	2	13%	20%	2	18%	20%
Zažil/a jsem posměch od dětí.	2	8%	20%	x	x	x	x	x	x
Měl/a jsem trauma z přechodu na novou ZŠ.	5	21%	50%	x	x	x	x	x	x
Nezapadal/a jsem pro stydlivost.	5	21%	50%	1	6%	10%	x	x	x
Dělal/a jsem vše pro pozornost.	4	17%	40%	1	6%	10%	x	x	x
Zažil/a zesměšňování učitele/ky.	3	13%	30%	1	6%	10%	x	x	x
Trpěl/a jsem poruchou učení.	3	13%	30%	1	6%	10%	x	x	x
Vyloučili mě za chození za školu/ prospěch.	x	x	x	1	6%	10%	x	x	x
Nedodělal/a jsem ji.	x	x	x	1	6%	10%	x	x	x
Poctivě jsem studoval/a.	x	x	x	5	31%	50%	x	x	x
Měl/a jsem hodně mimoškolních aktivit.	x	x	x	2	13%	20%	x	x	x
Střídal/a jsem obory.	x	x	x	1	6%	10%	2	18%	20%
Neměl/a jsem na ni.	x	x	x	x	x		2	18%	20%
Chtěl/a jsem se brzy osamostatnit.	x	x	x	x	x	x	2	18%	20%
Rodiče neměli peníze.	x	x	x	x	x	x	2	18%	20%
Nechtěl/a jsem ji studovat.	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Studuji při zaměstnání.	x	x	x	x	x		1	9%	10%
Celkem	24	100%	x	16	100%	x	11	100%	x

Z výše položené tabulky č. 27 vyčteme, že pouze 20% respondentů svou školní docházku považují za bezproblémovou a rádi na ni vzpomínají. 50% respondentů uvádí že byli stydliví, poruchou učení a zesměšnění učitelem uvedlo 30% respondentů.

V kolonce jiné bylo 20% respondentů uvedlo, že by rádi začali studovat při zaměstnání v jednom případě obor související s pomáhající profesí.

Výsledky z otázky týkající se pracovních návyků (tabulka č. 28) se potvrdilo vysoké pracovní nasazení a sklony k perfekcionismu lidí s HPO. 60% respondentů uvedlo odpověď „dělám vše dokonale, abych nebyl kritizován“, dále 50% uvádí, že musí být v práci nejlepší.

Tabulka 28 Četnost odpovědí vztahujících k pracovním návykům

Odpověď	Výsledek	% odp.	% resp.
Dělám vše dokonale, bojím se kritiky.	6	17%	60%
Nejsem-li chválen, jsem frustrován.	6	17%	60%
Musím být nejlepší.	5	14%	50%
Po pochvale, příště udělám ještě lépe.	5	14%	50%
Zastupuji několik pozic.	4	11%	40%
Zaměstnání často střídám.	4	11%	40%
Tráví všechnen možný čas.	3	9%	30%
Nesmím v práci nudit.	2	6%	20%
Celkem	35	100%	×

40% respondentů zaměstnání často střídá jejich důvody jsou uvedeny v tabulce č. 29. Nejčastěji uvádí zdravotní důvody (60%), 40% respondentů zakřížkovalo odpověď „když se už nemám co učit a začnu se nudit“, pouze 20% přiznává že z důvodů konfliktů s kolegy, či nadřízenými. Se stigmatizací spojenou s DO se setkalo 30% respondentů, kterým zaměstnavatel vysvětlil, že dlouhodobé hospitalizace na psychiatrii jsou nepřijatelné.

Tabulka 29 Důvod skončení pracovního poměru

Odpověď	Výsledek	% odp.	% resp.
Ze zdravotních důvodů.	6	26%	60%
Když mám lepší nabídku	5	22%	50%
Když se už nemám co učit a začnu se nudit.	4	17%	40%
Když nejsem dostatečně doceněn(a).	3	13%	30%
Když mi je vysvětleno, že dlouhodobá hospitalizace na psychiatrii je nepřijatelná.	3	13%	30%
Kvůli konfliktům s nadřízeným, nebo kolegy.	2	9%	20%
Celkem	23	100%	×

Souhrn DC3

Výsledky tohoto dílčího cíle potvrdili, že onemocnění HPO má velký vliv na kvalitu života pacienta. Do psychiatrické péče se nejčastěji respondenti dostali pro deprese 70%, úzkosti 60% a po suicidním pokusu 50%. Výzkum tedy zároveň potvrdil, že

riziko sebevraždy u těchto lidí je vysoké. Na kvalitu života mají vliv také časté hospitalizace 60% uvádí 2x a 5x. Onemocnění je provázeno prožíváním nepříjemných psychických stavů, ty se vyskytují u 90% respondentů, ti ve všech případech uvedli více než jeden. Specifickým psychickým stavem pro HPO jsou nepříjemné pocity prázdna ty zažívá 70% respondentů.

HPO má vliv také na interpersonální vztahy. Narušené rodinné vztahy jsou zřetelné v DC 1, kdy pouze 30% se těší na setkání s rodinou v které vyrůstali (tabulka č. 9), ale i z toho, že 60% respondentů je v současné době bez partnera, zbylých 40% uvedlo, že v současné době mají harmonický vztah. Výzkum také prokázal, že lidé s HPO často inklinují ke zvířatům, protože 30% respondentů žije samo se svým psem, zároveň 20% považuje svého psa za nejlepšího přítele. Navazování přátelských vztahů je také pro lidi s HPO, složité 50% respondentů by přátelé chtělo, ale neumí si je nalézt, tyto problémy jsou evidentní již v dětství, 50% uvádí že do dětského kolektivu nezapadlo a 70% že od dětí zažilo šikanu či posměch.

V otázkách týkajících se vzdělávání 30% respondentů uvádí poruchu učení a zesměšňování učitelem, největším problémem, jim však dělalo začlenění do kolektivu, protože byli stydliví, což může vést k častému střídání oborů to uvedlo 30%.

Můj výzkum potvrdil, že pracovní nasazení je u těchto lidí vysoké, mají potřebu dělat práci co nejlépe, aby nebyli kritizováni (50%), 60% uvádí frustraci pokud nejsou chváleni, zároveň 50% uvedlo že pokud jsou pochváleni mají potřebu příště úkol zvládnou ještě lépe 50%. V kolonce jiné jeden respondent uvedl „nenávidím když ostatní nedělají práci perfektně“. To, že je práce pro lidi s HPO důležitá potvrdilo 30% respondentů, kteří uvedli, že v ní tráví všechnen volný čas. Časté střídání zaměstnání uvedlo 40%, nejčastějším důvodem jsou zdravotní problémy 60%, nejméně často z důvodu konfliktů na pracovišti (20%). Se stigmatizací duševního onemocnění se setkala 30% respondentů, kterým bylo zaměstnavatelem vysvětleno, že dlouhodobá hospitalizace na psychiatrii je pro něj nepřijatelná.

10.9.4 Vyhodnocení dílčího cíle 4

DC4 – Zjistit jak prožívají lidé s HPO vybrané životní situace. V tomto dílčím cíli respondenti odpovídali na otázky týkající se běžných životních situací. (Röhr 2008, s. 98-102).

V tabulce č. 30 jsou zaneseny výsledky z otázky č. 7.1 „Co vás dokáže vyprovokovat tak, že se přestanete ovládat?“ 80% respondentů uvádí „když mě někdo nutí dělat věci, které se mi zdají zbytečné“, častou příčinou je únava, pak stačí jim stačí jen malý podnět 70%, přičemž to, že se jim to stává minimálně uvedlo 50% z nich.

Tabulka 30 Důvody pro které se respondenti přestávají ovládat

Odpověď	Výsledek	% odp.	% resp.
Když mě někdo nutí dělat, co se mi zdá zbytečné.	8	20%	80%
Když se toho ve mně nakupí hodně a jsem unavený(á) stačí jen malý podnět.	7	18%	70%
Stává se mi to minimálně.	5	13%	50%
Když mě někdo neoprávněně kritizuje.	4	10%	40%
Když někdo ublíží mému psovi, kočce atd.	4	10%	40%
Když mě někdo nařkne ze lži.	3	8%	30%
Když mě někdo nazve sobcem.	3	8%	30%
Když se někdo ublíží mým blízkým.	3	8%	30%
Když mě někdo odmítne.	2	5%	20%
Ovládat jsem se přestal(a), při nedobrovolné hospitalizaci.	1	3%	10%
Celkem	40	100%	∞

V tabulce č. 31 jsou seřazeny dle četnosti výskytu odpovědi na otázku č. 7.2 „Co se ve vás dělo když vám zemřel někdo blízký?“ v 90% byla přirozená reakce bolest a pláč. Jako typickou reakci pro lidi s HPO lze uvést, jejich přemýšlení nad délkou truchlení (40%), adekvátností jejich reakce (30%) a to že nerozuměli tomu, jak se mohou lidé na smuteční hostině smát (30%), četnost výskytu těchto odpovědí potvrzuje, že lidé s HPO mají přirozené emoce potlačeny a jejich mají tendenci k jejich racionalizaci.

Tabulka 31 Co se v respondentech děje při úmrtí blízkého

Odpověď	Výsledek	% odp.	% resp.
Cítil(a) jsem velkou bolest a začal(a) plakat.	9	38%	90%
Přemýšlel(a) jsem jak dlouho mohu truchlit.	4	17%	40%
Přemýšlel(a) jsem jestli moje reakce je adekvátní.	3	13%	30%
Bylo ve mně prázdno, byl(a) jsem jako kámen "to patří k životu".	3	13%	30%
Nechápal(a) jsem jak se lidé mohou při smuteční hostině smát, vždyť máme být smutní.	3	13%	30%
Nikdo blízký mi ještě nezemřel.	1	4%	10%
Záleží kdo zemře. (jiné)	1	4%	10%
Celkem	24	100%	∞

V tabulce č. 32 respondenti odpovídali na otázku č. 7.3 „Jak se cítíte při jízdě autobusem?“ nejčastější jsou odpovědi „necítím se tam dobře, je tam moc lidí, kteří mě posuzují“ odpovědělo 40% respondentů a „sedám si co nejbliže ke dveřím, abych mohl rychle pryč“.

Tabulka 32 Pocity respondentů při jízdě autobusem

Odpověď	Výsledek	% odp.	% resp.
Necítím se tam dobře, je tam moc lidí, kteří mě posuzují.	4	25%	40%
Sedám si co nejbliže ke dveřím, abych mohl rychle pryč.	3	19%	30%
Autobusem nejezdím, za každého počasí jezdím na kole, cítím se tak svobodněji.	1	6%	10%
Jezdím všude autem.	1	6%	10%
Uklidňujemě cesta linkovým autobusem. (jiné)	1	6%	10%
MHD úplně naopak, beru to jako čisté zlo. (jiné)	1	6%	10%
V autobuse spím. (jiné)	1	6%	10%
Cítím se dobře. (jiné)	2	13%	20%
Ně tak vyhrocené. (jiné)	2	13%	20%
Celkem	16	100%	×

V tabulce č. 33 jsou zaneseny výsledky z otázky č. 7.4 „Když jdete do supermarketu, co se ve vás děje?“ z podílu jednotlivých předpřipravených odpovědí a uvedených odpovědí v kolonce jiné lze potvrdit, že lidé s HPO nejsou zastánci konzumního života a kloní se k ochraně lidských práv.

Tabulka 33 Co se v respondentech děje při návštěvě supermarketu

Odpověď	Výsledek	% odp.	% resp.
Jsem znechucen, když vidím lidi jak se nechávají zmanipulovat akčními nabídkami.	5	26%	50%
Supermarkety nemám rád(a), nesnáším ten konzum.	3	16%	30%
Je tam strašně moc lidí, tlačí se na sebe, když do mě někdo strčí jsem nepříčetný.	3	16%	30%
Chodím jen tam kde do znám, abych nemusel nic hledat a mohl rychle pryč, když mě něco přestěhují jsem vzteklý.	2	11%	20%
Rád tam nakupuji.	2	11%	20%
Jdu tam jen když musím, raději nakupuji v malých obchodech.	1	5%	10%
Potřebujeme genocidu. (jiné)	1	5%	10%
Nenávist k EU, prohlášením o jídle nás berou jako podlidi. (jiné)	1	5%	10%
Uzkost, ale kupuji tam musím poměr: kvalita, cena, kvantita. (jiné)	1	5%	10%
Celkem	19	100%	×

V teoretické části bylo uvedeno, že lidé s HPO špatně prožívají dny volna, což jsem zjišťovala pomocí otázek č. 7.5 „Jak trávíte svůj volný čas?“ a 7.6. „Jak trávíte svou dovolenou?“ výsledky jsou zaneseny v tabulce č. 34 a 35. 70% respondentů potvrdilo, že období velké aktivity, se u nich střídá s útlumem a 40% raději ve volném čase pracuje, 30% musí být stále aktivní jinak je jim zle, což potvrzuje i 20% respondentů, kteří dovolenou tráví prací v kolonce jiný jeden z respondentů uvedl, že dovolená ho nebaví, trpí a cítí se prázdně. Na druhé straně bylo však 40% respondentů, kteří se na volný čas těší, věnují se koníčkům, nebo jen tak lenoší.

Tabulka 34 Trávení volného času

Odpověď	Výsledek	% odp.	% resp.
Mám období kdy jsem hodně aktivní, pak přijde utlum a nedělám nic.	7	37%	70%
Volný čas nemám, raději pracuji.	4	21%	40%
Na volný čas se těším, buď se věnuji koníčkům, nebo jen tak lenoším.	4	21%	40%
Musím stále něco dělat, když se zastavím je mi špatně.	3	16%	30%
PC, knihy, pes, pes a zase pes. (jiné)	1	5%	10%
Mám hodně různorodých koníčků, že nevím co dřív dělat.	0	0%	0%
Celkem	19	100%	×

Tabulka 35 Trávení dovolené

Odpověď	Výsledek	% odp.	% resp.
Trávit celý den se s mým partnerem/ mou partnerkou je pro mě náročné, stále jsem byl(a) v napětí, aby nedošlo ke konfliktu.	2	15%	20%
Dovolenou trávím prací, zajistím si nějakou brigádu, kurz atd.	2	15%	20%
Dovolenou nemám rád(a), narušuje mi můj každodenní režim, tak se vždy těším do práce.	1	8%	10%
Vždy mám hodně plánů, ale neudělám nic.	1	8%	10%
Dlouho nikde nebyla. (jiné)	1	8%	10%
Vybírám si kvůli zdravotním potížím. (jiné)	1	8%	10%
Dovolená je pro mě nesmysl. (jiné)	1	8%	10%
Na dovolenou nejedím. (jiné)	1	8%	10%
U moře a zcela v pohodě. (jiné)	1	8%	10%
Nebaví mě a trpím, cítím se prázdně. (jiné)	1	8%	10%
Celkem	12	92%	×

Poslední otázka č. 7.7 zní „Když musíte na úřad s žádostí?“ výsledky jsou uvedeny v tabulce č. 36. 60% respondentů přichází před otevírací dobou, aby nemuseli čekat, 50% označilo odpověď „Nesnáším když mi úředník stále dokola opakuje, pro mě zcela jasnou věc, jako bych byl(a) hloupý(á).“ „Přicházím k úředníkům vždy s úsměvem,

abych získal/a to co potřebuji. Na aroganci v 50% reagují aroganci. Odpověď jiné zvolili dva respondenti, přičemž jeden z nich uvádí, že pracuje na změně přístupu k úředníkům a jeden si stěžuje na aroganci, necitelnost a špatný sociální systém.

Tabulka 36 Jednání při podávání žádosti na úřadech

Odpověď	Výsledek	%
Přicházím před otvírací dobou, abych nemusel(a) dlouho čekat.	6	26%
Nesnáším když mi úředník stále dokola opakuje, pro mě zcela jasnou věc, jako bych byl(a) hloupý(á).	5	22%
K úředníkům přicházím vždy s úsměvem, jen tak získám to co potřebuji.	5	22%
Když je ke mně pracovník arogantní, jsem také arogantní.	5	22%
Pracuji na změně. (jiné)	1	4%
Nemám rád arogance, necitelnost k lidem, snaživému člověku jen hází klacky pod nohy, špatný sociální systém. (jiné)	1	4%
Celkem	23	100%

Souhrn DC4

Dílčí cíl č. 4 zjišťuje jak lidé s HPO prožívají určité životní situace. HPO provází celková emoční nestabilita 70% respondentů uvádí jako důvod pro sníženou schopnost ovládat se „Když se toho na mě nakupí hodně a jsem unavený/á, stačí jen malý podnět“. Své emoce racionalizuje 40% respondentů, protože při úmrtí blízkého přemýšleli, zda je jejich reakce adekvátní a 30% také nad délkou truchlení, či nad tím jak se mohou lidé smát na smuteční hostině. Při jízdě autobusem se 40% respondentů necítí dobře, protože se cítí lidmi posuzováni. V supermarketech je 60% znechuceno z manipulace s lidmi a 30% nemá rádo konzumní způsob života. 70% respondentů uvedlo, že se u nich střídá období aktivity s útlumem, 40% ve volném čase raději pracuje, ale i se věnuje koníčkům, nebo jen tak lenoší. 20% respondentů o dovolené trpí, protože musí celý den trávit s partnerem. 60% respondentů na úřady chodí před otvírací dobou a u úředníků nejvíce „nesnáší“ pokud jim stále dokola vysvětlují, to co je jim naprosto jasné uvedlo 50%.

Diskuse a závěr

Téma mé práce je „Sociální práce s klienty s hraniční poruchou osobnosti“ hlavním cílem je, aby sociální pracovníci získali vhled do života i prožívání těchto klientů - poznání jejich sociální reality. Toto téma jsem zvolila záměrně, protože mám diagnostikovanou HPO a při hledání sociálních služeb jsem se setkala s malými znalostmi sociálních pracovníků týkajících se tohoto onemocnění, ale i s odmítnutím, protože jsem nesplňovala cílovou skupinu organizace. Jsem přesvědčena, že hlavním důvodem proč sociální služby odmítají tyto zájemce o službu, je silná demonizace tohoto onemocnění, neboť informace o HPO které získávají při vzdělávání jsou kusé a zaměřené na extrémní projevy tohoto onemocnění, zejména jsou zdůrazňovány agresivní sklony a také nízká pravděpodobnost pozitivních výsledků při práci s těmito klienty.

Výzkumu, který jsem uskutečnila v rámci této práce v Psychiatrické nemocnici Kosmonosy na oddělení K20 se účastnilo deset respondentů. Respondenti vyplnili dotazník, který jsem sestavila na základě nastudované odborné literatury a v ní obsažených kasuistikách, zároveň jsem do něj zanesla poznatky z mé praxe peer konzultanta i z četných pobytů v psychoterapeutických komunitách. Jedna respondentka můj dotazník označila za tendenční. Tato respondentka je vystudovaná socioložka a uvádí jako primární diagnózu BA a HPO popírá, jak bylo uvedeno v teoretické části je BA jednou z nejčastějších komorbidit. Dotazník by mohl být označen jako tendenční, pokud by byl určen pro širší škálu duševních onemocnění, ale vzhledem k tomu že byl pro pacienty se specifickým onemocněním HPO s tímto sdělením nemohu souhlasit. Zároveň je nutné uvést, že i toto sdělení lze považovat jako typické pro člověka s HPO, neboť právě takový to postoj k věcem „já to vím nejlépe“ je častý, to mohu potvrdit i ze své praxe, kdy se u klientů s HPO často setkávám s takovými to postoji, většinou vedou k zajímavým a dlouhým diskusím.

Výzkumný vzorek sice nelze považovat za zcela reprezentativní, výzkumu se účastnilo 10 lidí, výsledky však potvrdily, že jejich život a prožívání je shodné s informacemi obsaženými v teoretické části. Výzkumu se účastnilo 7 žen a 3 muži, což potvrzuje že je HPO častěji diagnostikováno u žen. Dalo by se i potvrdit, že lidé s HPO nevstupují do manželství pouze jedna žena je vdaná a jedna rozvedená, ale zde je nutné zvážit zda to nesouvisí s dnešním trendem, kdy lidé do manželství vstupují až v pozdějším věku,

protože 6 respondentů je ve věku 19 – 30 let. Velkou nehomogenitu skupiny lidí z HPO, vidíme u nejvýše dosaženém vzdělání, když vyloučím dva studující, ZŠ má jeden respondent, 3 jsou vyučeni, 2 absolvovali SŠ přičemž jeden ještě studuje VŠ a 2 VŠ absolvovali.

Při shrnutí všech výsledků výzkumu zaměřených na dětství respondentů si lze všimnout, že největší vliv na jejich výchovu měli matky, 5 respondentů žilo jen s matkou a 2 respondenti i přesto, že žili v úplné rodině, otce vnímali jako nepřítomného. U otázky „Jak vnímáte svou matku“ 7 respondentů uvedlo, více než jeden typický znak pro matku dítě, u kterého dochází ke vzniku onemocnění HPO, nejčastěji uvádí náladovost, hádavost, nevyzpytatelnost, odtazitost (viz. tabulka č. 4). Třem respondentům si matka stěžovala, jak jí okolí ubližuje a výskyt DO u matky uvádí také 3, z toho vyplývá že respondenti žili spíše v nezdravém prostředí. Stížnosti a nemoc matky vedou lidi s HPO k potřebě pečovat o ni, to potvrdili všichni respondenti, kteří poslouchali její stesky, což má vliv na záměnu rolí matka – dítě. Dítě pečuje na úkor sebe, ale dává mu to pocit výjimečnosti a vědomí „já jsem“, stane se však příliš brzy dospělým, jenže emočně nevyzrálým, protože nebyli naplněny jeho emoční potřeby a byla potlačena jeho přirozená dětská spontánnost a hravost. To, že respondenti nevyrostali ve zdravém prostředí lze vyvodit i z toho, že u 1/2 respondentů se DO projevilo i u jejich sourozence a navíc 3 jejich sourozenci byli problémoví. Celkem 6 respondentů uvádí výskyt DO u rodinných příslušníků, přičemž 5 u více než u jednoho, což potvrzuje jejich genetickou indispozici k onemocnění HPO.

Z mého výzkumu vyplývá, že výchova lidí s HPO je především restriktivní, znaky jsou patrné u 8 respondentů, pouze u jednoho respondenta lze rozpoznat znaky rozmazlující výchovy. Tento respondent uvedl, že péče jeho matky byla až přehnaná, nebyl za nic trestán a ani nemusel doma pomáhat. Za důležité považuji zdůraznit výsledky na otázku „Když s vámi rodiče přestali mluvit“, z odpovědí vyplývá že 1/2 respondentů, už v dětství zažívala úzkost ze samoty, kterou se snažili uvolnit sebepoškozováním. Z toho, že pouze 3 respondenti se těší na setkání se svou rodinou a 7 respondentů se buď s rodinou nestýkají, nebo setkání přetrpí, či jejich vztahy jsou jen formální, vyvozují že jejich současný vztah k rodině je ovlivněn jejich zážitky z dětství.

V úvodu této práce jsem lidi s HPO nazvala „zraněnými dětmi“, pokud zhodnotím dětství respondentů mohu jednoznačně potvrdit. Zraňující pro ně nebylo jen chování

rodičů, dva respondenti byli jimi mimo jiné i ponižováni, ale také dětské kolektivy, protože 7 respondentů se v nich setkala se šikanou či posměchem, 3 byli zesměšňováni i učiteli. K tomu, jak hodnotí své dětství je nutné uvést, že objektivita výsledků může být zkreslena délkou léčby a s tím souvisejícího náhledu na jejich problémy, ale také že pacienti s HPO mají sklon k primitivní idealizaci, či absolutní devalvaci.

Narušené vztahy a šikana v dětství má vliv na jejich současné interpersonální vztahy. Osm respondentů uvedlo, že by chtěli mít přátele, ale neumí si je najít, nebo mají jen známé a nikoho blízkého. Partnera nyní nemá 6 respondentů a zajímavé je, jak ti co partnera mají, svůj v současnosti partnerský hodnotí, shodně jej vnímají jako harmonický i zde zdůrazňují sklony lidí s HPO k primitivní idealizaci. K této úvaze mě vedou poznatky získané při pobytech v psychoterapeutických komunitách, kam mnozí pacienti s HPO přicházeli s tímto přesvědčením, ale během skupinové terapie se ukázal pravý opak. Také se ptám, proč jsou nyní hospitalizováni když harmonický partnerský vztah, pomáhá těmto lidem ke stabilizaci jejich onemocnění.

HPO je doprovázena nepříjemnými psychickými stavy, což jednoznačně respondenti potvrdili, nejčastěji uvádí deprese (9 resp.), hyperaktivitu (8 resp.) a 7 resp. shodně uvádí manické a psychotické stavy, což jsou typické znaky také pro onemocnění BA, které bývá u HPO častou komorbiditou. Specifické pro onemocnění HPO jsou nepříjemné pocity prázdna, jde o stav bez emocí, plný otázek, kdy cítí jen nijak neuchopitelnou vnitřní bolest, tento pocit zažívá 7 respondentů. Krátkodobou úlevu od pocitu prázdna jim poskytuje sebepoškozování, protože fyzická bolest je pro ně snesitelnější a lépe uchopitelná. Velmi často pocit prázdna pacienta vede k suicidnímu pokusu, ten uvedlo 5 respondentů.

Onemocnění HPO je silně stigmatizováno, protože je u těchto lidí zdůrazňována agresivita. Sklony k agresivnímu chování vznikají při nahromadění negativních emocí, pokud jsou odmítnuti, či kritizováni, tak jim naskočí hluboce zakořeněný pocit „jsem nedostatečný“, „nejsem vítán“, proto se jedná o reaktivní agresi nikoli instrumentální. Agresivitu si však nejčastěji vybíjí sami na sobě, než na svém okolí. V této souvislosti je nutné, si také připomenout další hluboce zakořeněný pocit „ono nesmí být“, sklony k autoagresivnímu (sebedestruktivnímu) chování potvrzuje 9 respondentů.

Za sebedestruktivní chování považujeme i závislosti a to nejen na alkoholu, psychotropních látkách, lécích, ale také PPP. Můj výzkum ukázal, že PPP se u pacientů

s HPO se vyskytují častěji než látkové závislosti, PPP uvedlo 6 respondentů a látkovou závislost 3. Literatura zaměřená na HPO uvádí PPP jako častou komorbiditu u tohoto onemocnění, což potvrdil i můj výzkum, to mě vede k úvaze, zda by se tato souvislost neměla více uvádět i v odborné literatuře zaměřené na PPP, protože jak jsem zmínila v teoretické části bylo pro mě velmi těžké v této literatuře tuto souvislost najít.

V teoretické části bylo uvedeno, že lidé se syndromem Janaježka inklinují ke zvířatům, blízkost zvířete jim naplňuje potřebu bezpodmínečné lásky, kterou nezažili. Náklonnost ke zvířatům potvrzují 3 respondenti, kteří žijí jen se svým psem a dva svého psa považuje za nejlepšího přítele, zároveň to lze vyvodit i z toho, že čtyři respondenti se přestanou ovládat pokud někdo ublíží zvířeti.

Pro HPO je typická emoční nestabilita, která je způsobená mštnáním negativních emocí a jejich racionalizací, což vniká v dětství. V mém výzkumu 5 respondentů uvedlo, že když s nimi rodiče nemluvili, cítili se strašně sami a 3 navíc neměli v dětství nikoho komu se mohli svěřit, z toho lze vyvodit, že již v dětství byli nuceni své emoce potlačovat. Mštnání emocí v dospělosti potvrdilo 7 respondentů, protože pokud se toho na ně nakupí hodně a jsou unavení přestanou se ovládat. Racionalizaci emocí potvrzují čtyři respondenti tím, že při úmrtí blízkého přemýšleli nad délkou svého truchlení, tři z nich přemýšleli nad tím, zda je jejich reakce adekvátní a nechápali že se lidé na smuteční hostině smějí.

Lidé s HPO jsou velice citliví na jejich znevažování, což souvisí s tím, že v dětství zažili šikanu a posměch od svého okolí. Tato citlivost je potvrzena tím, že 4 respondenti když jsou kritizováni a tři pokud jsou označeni jako sobec či nařknutí ze lži se přestávají ovládat. Citlivost na znevažování lze vyčíst také z toho, že nemají rádi když jim úředník stále dokola opakuje, to co je jim jasné, jako by byli hloupí.

Z odpovědí na otázky v DC4 lze vyčíst, že lidé s HPO jsou citliví na manipulaci, 5 respondentů uvedlo, že jsou znechuceni z toho jak supermarkety manipulují s lidmi. Zároveň mají sklon k manipulaci, 5 respondentů uvedlo, že k úředníkům přichází vždy s úsměvem, jen tak mohou získat to co potřebují. Z výsledků na otázku týkající se návštěvy v supermarketu, lze také vyvodit jejich sklon k extrémním názorům, v kolonce jiné jeden muž uvádí: „potřebujeme genocidu“, „nenávidím EU a prohlášení jídle, jako bychom byli podlidi“ a v otázce týkající se úřadů další muž uvádí: „nemám rád aroganci, necitelnost k lidem, snaživému člověku jen hází klacky pod nohy, špatný

sociální systém“. Odpovědi na otázky v tomto DC se shodují s tím, co je popsáno v teoretické části i s tím co uvádí Röhr ve své knize o HPO (2008, s. 98-102).

Z výsledků mého šetření, jejich současného sociálního zázemí vyplývá, že sociální pracovníci budou u klientů řešit spíše jejich interpersonální krize než ekonomické. Což mohu potvrdit i z pozorování u klientů s HPO v naší organizaci, tito klienti sice mají finanční problémy, ale jsou dostatečně kompetentní, aby je dokázali sami řešit. Nejčastějším problémem je u těchto klientů bydlení, chráněné bydlení je v Hradci Králové určeno pro lidi s psychózou, nebo afektivní poruchou, tento způsob bydlení by nejspíš pro klienty s HPO nebyl příliš vhodný, protože jsou schopni žít sami. Sociální bydlení v Hradci Králové málo kdo získá, protože nesplňují podmínky tříletého trvalého bydliště v tomto městě. Tito klienti jsou nuceni žít na ubytovnách, nebo u rodičů což vzhledem k tomu, že na vznik HPO má velký vliv rodinné prostředí není vhodné. V mém výzkumu s rodiči žijí 2 studenti což je přirozené, ale také 2 invalidní důchodci, protože si nemohou dovolit vlastní bydlení.

Při práci s těmito klienty je třeba dbát zejména na pevné stanovení hranic, důležité je těmto klientům vytvořit přijímací prostředí, vyhnout se kritice a moralizování, což je mnohdy těžké. Direktivní přístup lze využít jen v případě stanovování hranic. Pracovník musí monitorovat, zda mezi ním a klientem nedochází k přenosu a protipřenosu. Je třeba počítat s tím, že jej klient s HPO v jednu chvíli bude vynášet do nebe a v okamžiku devalvovat.

Sociální služby jsou pro tyto lidi velice důležité, vím to i z osobní zkušenosti. Před pěti lety jsem se dostala do plného invalidního důchodu, proto jsem vyhledala služby Centra péče o duševní zdraví, jde o centrum denních aktivit pro lidi s DO. Centrum mi poskytlo místo, kde jsem mohla aktivně trávit čas a nebýt sama a zároveň mi pomohlo zvolit si novou profesi sociálního pracovníka. V současné době jsem zde zaměstnána jako peer konzultant a zaměřuji se zejména na sociálně terapeutické činnosti, vedu arteatelier, keramickou a kreativní dílnu a tak pomáhám tím, co mi pomohlo. S několika klienty s HPO pracuji, i u nich sleduji pozitivní vliv této sociální služby a také mohu jednoznačně potvrdit, že je velmi nutné při práci s těmito klienty neustále vyjasňovat hranice, protože jejich angažovanost v našem denním zařízení mnohdy nezná mezí.

Jsem si vědoma, že má práce přesahuje počtem stran bakalářskou práci, ale aby byla skutečným přínosem pro sociální práci s klientem s HPO, obsah již nelze zkrátit. Toto

téma je tak široké, že se jím chci zabývat i nadále, zaměřit se chci zejména na velkou stigmatizaci takto nemocných a to nejen v sociálních službách.

Seznam tabulek

Tabulka 1 Základní demografické rozčlenění respondentů	50
Tabulka 2 Rodinné zázemí v dětství	51
Tabulka 3 Péče matky	51
Tabulka 4 Vnímání matky	52
Tabulka 5 Vnímání otce	52
Tabulka 6 Postavení mezi sourozenci	53
Tabulka 7 Rodinné indispozice k DO	53
Tabulka 8 Blízké osoby	54
Tabulka 9 Současný vztah k rodině	54
Tabulka 10 Tresty od rodičů.	55
Tabulka 11 Za co byly tresty ukládány	55
Tabulka 12 Reakce respondentů, když s nimi rodiče nemluvili	55
Tabulka 13 Domácí povinnosti	56
Tabulka 14 Bytové podmínky	57
Tabulka 15 Zdroje příjmu a jeho dostatečnost	57
Tabulka 16 Dluhy	58
Tabulka 17 Srovnání délky celkové léčby DO s délkou léčby HPO	59
Tabulka 18 Počty hospitalizací v závislosti na délce léčby	59
Tabulka 19 Důvody vyhledání psychiatrické	60
Tabulka 20 Specifikace závislostí dle četnosti	60
Tabulka 21 Specifikace autoagrese dle četnosti	61
Tabulka 22 Specifikace psychických stavů	61
Tabulka 23 Současný partnerský vztah	62
Tabulka 24 Vyhodnocení partnerských vztahů	62
Tabulka 25 Současné interpersonální vztahy v závislosti na počtu přátel	62
Tabulka 26 Interpersonální vztahy v dětství	63
Tabulka 27 Vzdělávání lidí s HPO	63
Tabulka 28 Četnost odpovědí vztahujících k pracovním návykům	64
Tabulka 29 Důvod skončení pracovního poměru	64
Tabulka 30 Důvody pro které se respondenti přestávají ovládat	66
Tabulka 31 Co se v respondentech děje při úmrtí blízkého	66

Tabulka 32 Pocity respondentů při jízdě autobusem	67
Tabulka 33 Co se v respondentech děje při návštěvě supermarketu	67
Tabulka 34 Trávení volného času	68
Tabulka 35 Trávení dovolené	68
Tabulka 36 Jednání při podávání žádosti na úřadech	69

Seznam grafů

Graf 1 Poměr péče matky ano, ano ale, neuvedeno	51
Graf 2 Postavení respondentů k sourozenci/ům dle počtu odpovědí	53
Graf 3 Četnost výskytu DO v rodině	53
Graf 4 Počty blízkých osob	54
Graf 5 Poměr bydlení s rodiči, partnerem a sám/sama se svým pse	57
Graf 6 Členění dluhů dle vzniku a schopností je splácet	58
Graf 7 Poměr délky celkové délky léčby DO a HPO	59
Graf 8 Procentuální počty hospitalizací	59
Graf 9 Četnost odpovědí důvodů pro které vyhledali psychiatrickou pomoc	60
Graf 10 Četnost výskytu specifických závislostí	60
Graf 11 Specifikace autoagrese dle četnosti	61
Graf 12 Četnost výskytu specifických	61
Graf 13 Členění dle současného partnerského vztahu	62

Seznam příloh

Příloha č. 1 Dotazník	I
Příloha č. 2 Obrázek Introjekce 2013	XX
Příloha č. 3 Obrázek Introjekce 2013 detail	XXI

Zdroje

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

ATKINSON, Rita L. *Psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN ,80-7178-640-3.

BOLELOUCKÝ, Zdeněk. *Hraniční stavy v psychiatrii*. Praha: Grada, 1993. ISBN 80-7169-029-5.

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

HÖSCHL Cyril, LIBIGER Jan, ŠVESTKA Jaromír/ editoři. *Psychiatrie*, Praha : Tigis, 2004, 883 s. : il. ; 31 cm

JANEBOVÁ Radka, *Teorie a metody sociální práce – reflexivní přístup*, Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-374-1.

KERNBERG, Otto F. *Normální a patologická láska: pohled současné psychoanalýzy*. Vyd. 2. Přeložil Ivo MÜLLER. Praha: Portál, 2011. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-7367-892-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.

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

NAVRÁTIL, Pavel a Radka JANEBOVÁ. *Reflexivita v posuzování životní situace klientek a klientů sociální práce*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010.

ISBN 978-80-7435-038-2.

PAPEŽOVÁ, Hana, ed. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2425-6.

PRAŠKO, Ján. *Poruchy osobnosti 2.vyd.* Praha: Portál, 2009. ISBN978-80-7367-558-5.

PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.

PUNCH, Keith. *Základy kvantitativního šetření*. Praha: Portál, 2008.

ISBN 978-80-7367-381-9.

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

RÖHR, Heinz-Peter. *Nedostatečný pocit vlastní hodnoty: sebedestruktivní vnitřní programy a jejich překonávání*. Praha: Portál, 2013. Spektrum (Portál).

ISBN 978-80-262-0354-4.

RÖHR, Heinz-Peter. *Zneužití: léčba následků sexuálního či emočního násilí*. Praha: Portál, 2014. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0601-9.

VYMĚTAL, Jan. *Obecná psychoterapie 2., rozš. a přeprac. vyd.* Praha: Grada, 2004. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0723-3.

Zahraniční zdroj

KERNBERG, Otto F. *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. New York: Basic Books, c1989. ISBN 0465066437.

Periodika

Česká a slovenská psychiatrie: časopis *Psychiatrické společnosti*. Praha: Česká lékařská společnost J.E. Purkyně, 2014. ISSN 1212-0383.

Sborník

KOTKOVÁ, Veronika/ editor, *Sborník příspěvků Psychiatrického sympózia Hlavořin IV*, pořádané Psychiatrickou nemocnicí Kosmonosy, vydala PN Kosmonosy, 2014, 1. vydání, 45 stran.

Výroční zpráva

Kaleidoskop – centrum terapie a vzdělávání, z. ú., 2016, Jičínská 1797/39, 130 00 Praha 3, IČO: 26996839

Emailová komunikace

Aktuální údaje k oddělení K20, emailová komunikace s primářkou oddělení K20 v Psychiatrické nemocnici Kosmonosy MUDr. Veronikou Kotkovou z 4.1.2018 mezi emaily Veronika.Kotkova@pnkosmonosy.cz a katerina.hlubuckova@gmail.com

Registr poskytovatelů sociálních služeb

http://iregistr.mpsv.cz/socreg/detail_poskytovatele.do?706f=b015721b187baf47&SUBSESSION_ID=1514110411555_1, 23.12.2017

Příloha č. 1

Univerzita Hradec Králové
Filosofická fakulta

Sociální práce s klienty
s hraniční poruchou osobnosti
(bakalářská práce - dotazník)

Předkládající: Kateřina Hlubučková
Obor: Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností
Konzultant: PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph.D.

Dobrý den,

jmenuji se Kateřina Hlubučková třetím rokem studuji na Univerzitě Hradec Králové bakalářský obor Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností. Nyní píši svou bakalářskou práci na téma „Sociální práce s klienty s hraniční poruchou osobnosti“. Tato práce by měla sloužit jako příručka pro sociální pracovníky, kteří pracují s klienty s tímto postižením, aby jim lépe porozuměli.

Proto vás prosím o vyplnění tohoto dotazníku, který pomůže odpovědět na tři základní otázky:

- 1) Jaké bylo vaše dětství?
- 2) Jaké je vaše současné sociální zázemí?
- 3) Jak vnímáte určité životní události.

Čestně prohlašuji že dotazník je zcela anonymní a bude využit pouze pro potřeby této bakalářské práce.

Odpověď která nejvíce odpovídá vaší situaci, postoji či pocitu zaškrtněte. Pokud si nevyberete ani jednu z uvedených odpovědí využijte kolonky jiné a doplňte jak tomu je u vás. U některých otázek je možné zaškrtnout i několik odpovědí (u otázky je vždy uvedeno).

Předem děkuji za váš čas, který jste věnovali tomuto dotazníku.

Kateřina Hlubučková

1. Demografická část

1.1. Pohlaví

- muž
- žena

1.2. Věk

- méně než 19 let
- 19 až 30 let
- 31 let a více

1.3. Vzdělání

- základní
- vyučen
- středoškolské
- vysokoškolské
- ještě studuji

1.4. Práce

- studuji
- pracuji
- jsem nezaměstnaný(á)
- pobírám invalidní důchod

1.5. Rodinný stav

- svobodny(á)
- vdaná/ženatý
- rozvádím se
- rozvedený(á)

2. Rodina, dětství, výchova

2.1. *Vyrůstal(a) jste*

(možné zakřížkovat i více odpovědí)

- v harmonické rodině
- v úplné rodině, ale rodiče se stále hádali
- rodiče se rozvedli když byl(a) dítě
- s matkou
- s otcem
- u prarodičů
- u sourozence, tety, strejdy a jiných příbuzných
- dětském domově
- v adoptivní rodině (u pěstounů)
- jiné

2.2. *Jak vidíte svou matku (včetně adoptivní matky)*

(možné zakřížkovat i více odpovědí)

- odtažitá
- jako nepřítomná
- nevyzpytatelná
- náladová
- často si stěžovala jak ji blízcí ubližují
- musel(a) jsem o ni pečovat
- často jsme se hádali
- vyvolávala konflikty
- často mě ponižovala
- pečovala o mě
- její péče bývala, až přehnaná
- hodně se mi věnovala
- neznal(a) jsem ji
- jiné

2.3. Jak vidíte svého otce (včetně adoptivního otce)

(možné zakřížkovat i více odpovědí)

- hodně se mi věnoval
- jako by nebyl přítomný
- často matku ponižoval
- často mě ponižoval
- nevyzpytatelný
- fyzicky nás napadal
- psychicky nás týral
- despota
- neznal(a) jsem ho
- jiné

2.4. Sourozenec/sourozenci

(možné zakřížkovat i více odpovědí)

- jsem jedináček
- mám mladšího sourozence
- mám staršího sourozence
- byl(a) jsem prostřední
- musel(a) jsem o ně pečovat
- byl(a)(i) preferováni
- byl(a)(i) problémoví, tak jsem byla neviditelná
- jiné

2.5. Vyskytuje se u vás v rodině nějaké duševní onemocnění?

(možné zakřížkovat i více odpovědí)

- u matky
- u otce
- u sourozence
- u ostatních příbuzných
- nevyskytuje

2.6. Byl ve vašem dětství někdo blízký na kterého jste se mohl(a) se vším obrátit?

(možné zakřížkovat i více odpovědí)

- matka
- otec
- prarodič (babička, děda)
- jiný příbuzný (teta, strýc, sestřenice, bratranec)
- někdo mimo rodinu (kamarád, učitel, vychovatel, atd.)
- nikoho takového jsem neměl

2.7. Trestali vás rodiče?

(možné zakřížkovat i více odpovědí)

- máma, tak že se mnou přestala mluvit
- otec tak, že mě seřezal
- musel(a) jsem klečct s nataženýma rukama
- často jsem si vyslechl(a) dlouhé kázání
- zakázali mi oblíbenou činnost
- otec (matka) mě uhodili i když jsem byl(a) už dospělý(á)
- dělal(a) jsem si co sem chtěl(a), maximálně mi domluvili
- jiné

2.8. Za co vás nejčastěji rodiče trestali:

(možné zakřížkovat i více odpovědí)

- za školní výsledky
- když jsem něco provedl(a) např. rozbil(a) hračku, nesplnil(a) domácí povinnost aj.
- když jsem přišel/ přišla pozdě domů, někdy stačilo jen o minutu
- mnohdy jsem ani nevěděl(a), že jsem udělal(a) něco špatně, jen rodiče neměli náladu
- za nic mě netrestali
- jiné

2.9. Když se na vás rodiče zlobili a přestali s vámi mluvit?

(možné zakřížkovat i více odpovědí)

- cítil(a) jsem se strašně sám(a)
- šel/šla jsem se co nejdříve omluvit, i když jsem nevěděl(a) za co
- abych uvolnil(a) svou úzkost mlátil(a) jsem hlavou do zdi, či jinak si ublížil(a)
- chtěl(a) jsem onemocnět, jen aby se mnou začali mluvit
- mlátil(a) jsem rukou do zdi, abych si ji zlomil(a), pak by snad se mnou mluvili
- jiné

2.10. Musel(a) jste doma pomáhat?

- rodiče po mě nic nechtěli
- málo kdy
- ano, měl(a) jsem základní povinnosti (mytí nádobí, úklid pokoje)
- ano, docela hodně k těm základním jsem musel(a) navíc pomáhat s vařením, žehlil(a) celé rodině, dělat svačiny, uklízet celou domácnost, starat se o sourozence
- měl(a) jsem jen málo volného času pomáhal(a) jsem na zahradě, v hospodářství

2.11. Jaký je váš současný vztah k rodině?

(možné zakřížkovat i více odpovědí)

- nestýkáme se
- formální
- setkání vždy přetrpím
- je to jako na houpačce, chvíli dobré a pak přijde bouře
- pokaždé je rád(a) vidím

3. Sociální zázemí

3.1. V současné době žijete?

- s rodiči
- s prarodiči
- se sourozenci
- s jinými příbuznými (teta, strýc, sestřenice, bratranec..)
- s přítelem/přítelkyní
- s manželem/ manželkou
- s kamarádkou/ kamarádem
- sám
- sám se svým psem, kočkou, papouškem

3.2. Bydlíte

- ve vlastním domě/ bytě
- v bytě/ domě s rodiči je to pro mě výhodné
- musím bydlet s rodiči na vlastní bydlení nemám prostředky
- v pronájmu
- v chráněném bydlení
- v sociálním bytě
- na ubytovně
- různě (azylový dům, přátelé aj.)

3.3. Jaká je Vaše současná profese?

(možné zakřížkovat i více odpovědí)

- ještě studuji
- jsem na mateřské
- dělám brigády
- prodavač(ka)/pokladní
- podnikám
- pomáhající profese
- dobrovolník v soc. službách
- školství
- dělník

- finančníctví
- vedoucí pracovník
- vrcholný manažer
- nezaměstnaný
- jiné

3.4. Zdroj příjmu

(možné zakřížkovat i více odpovědí)

- příjem ze zaměstnání, brigády, podnikání
- invalidní důchod
- invalidní důchod a sociální dávky
- dávky hmotné nouze a jiné sociální dávky
- zatím jsem zajištěn rodinou
- zatím jsem zajištěn rodinou a také si přivydělávám

3.5. Současný příjem

(možné zakřížkovat i více odpovědí)

- vystačí mi
- vycházím tak akorát
- nevycházím a ke konci měsíce si musím u někoho půjčit
- nevycházím, ale vypomáhá mi rodina
- jsem závislý(á) na sociálních dávkách
- neumím hospodařit kupuji dokud mám, pak se uvidí
- jiné

3.6. Máte dluhy

- ne
- ano, ale zvládám je splácet
- ano, vznikly při manickém stavu, her na automatech, užíváním drog, bulimie atd.
- ano, zejména na sociálním a zdravotním
- jsem v exekuci
- vyřizuji si osobní bankrot
- mám vyhlášený osobní bankrot

4. Průběh vašeho onemocnění

4.1. V psychiatrické péči jsem

- necelý rok
- 1 až 2 roky
- 3 až 5 let
- více (uved'te).....

4.2. S hraniční poruchou osobnosti se léčím:

- necelý rok
- 1 až 2 roky
- 3 až 5 let
- více (uved'te).....

4.3. Kolikrát jste byl(a) hospitalizován

- teď poprvé
- 2x až 5x
- 6x až 10x
- 11x a více

4.4. Jak dlouho probíhá vaše současná hospitalizace

- méně než týden
- více než týden
- více než 3 týdny
- více než 6 týdnů
- necelé 3 měsíce
- více než 6 měsíců

4.5. Užíváte psychiatrické léky

- ano
- ano, ale bráním se tomu
- ne, je to zbytečné, léčba spočívá v terapii
- ne, odmítám je
- ne

4.6. Psychiatrickou (psychologickou) pomoc jsem vyhledal(a)/ do péče jsem se dostal(a)

(možné zakřížkovat i více odpovědí)

- v krizi (rozvod, ztráta zaměstnání, úmrtí blízkého)
- pro sebepoškozování
- po suicidním (sebevražedném) pokusu
- pro úzkosti
- pro deprese
- kvůli závislosti (alkohol, drogy, automaty)
- pro poruchy příjmu potravy
- jiné

4.7. Invalidní důchod

- I. stupeň
- II. stupeň
- III. stupeň
- dlouhodobá pracovní neschopnost
- jiné

4.8. Poruchy příjmu potravy

(možné zakřížkovat i více odpovědí)

- anorexie
- bulimie
- záchvatovité přejídání
- ne

4.9. Závislost

(možné zakřížkovat i více odpovědí)

- zneužívání návykových léků (neuroleptika, rivotril, lexaurin, diazepam, hypnotika...)
- alkohol
- marihuana
- ostatní drogy
- automaty
- ne

4.10. Zažíváte některé z těchto psychických stavů

(možné zakřížkovat i více odpovědí)

- deprese
- hyperaktivita
- manické stavy
- psychotické stavy (paranoa, depersonifikace, halucinace)
- úzkostné stavy
- nutkavé myšlenky
- pocity prázdna
- neklid
- nic takového se u mě nevyskytuje

4.11. Sebepoškozování

(možné zakřížkovat i více odpovědí)

- řezání ostrými nástroji
- pálení cigaretou
- trhání vlasů (oholení si vlasů do hola)
- rozškrábání si oděrek
- okusování nehtu do krve
- netrpím sebepoškozováním

4.12. Máte diagnostikované i jiné psychiatrické onemocnění

(možné zakřížkovat i více odpovědí)

- deprese
- manické stavy
- bipolárně afektivní porucha
- schizofrenie
- úzkostné stavy
- nic takového se u mě nevyskytuje
- jiné

5. Vztahy

5.1. *V dětství jsem*

- měl(a) jsem hodně kamarádů/kamarádek
- byl(a) jsem spíš samotář/samotářka
- pro ostatní jsem byl(a) divný(á)
- dělal(a) jsem vše pro to, abych získal(a) pozornost
- byl(a) jsem dětmi šikanovaný(á)
- jiné

5.2. *Sexualita*

- nebyl(a) jsem/ nejsem si svou orientací jistý/á
- jsem heterosexuál
- jsem homosexuál/lesba
- jsem bisexuál

5.3. *V současné době*

- jsem ženatý/vdaná
- mám přítele/přítelkyni
- udržuji sexuální vztah
- udržuji paralelně několik vztahů
- nedávno se mi vztah rozpadl
- dlouhodobě nemám vztah
- jiné

5.4. *Partnerský vztah*

(možné zakřížkovat i více odpovědí)

- mi dlouho nevydrží, proto partnery často střídám
- se současným partnerem se hádáme
- se současným partnerem máme harmonický vztah
- současný(á) partner(ka) mě fyzicky/psychicky týrá, ale představa, že budu sám/sama je horší
- často jsem v partnerských vztazích byl(a) fyzicky/psychicky týrán(a)
- ve vztahu jsem ten(ta) co slouží

- ve vztahu se nechám vést
- většinou jsem na partnerovi/partnerce byl(a) závislý(á)
- moji partneři/partnerky jsou jako přes kopírák
- nejsem si/ nebyl(a) jsem si jistá svou orientací
- jiné

5.5. Děti

- vychovávám spolu s partnerem/partnerkou
- jsem samoživitel/samoživitelka
- vychovávají je rodiče
- jsou v dětském domově
- zatím nemám, ale plánuji je
- chci mít nejdříve stabilní zázemí, až pak děti
- nechci mít

5.6. Přátelé

- mám spoustu přátel
- mám jen známé, ale nikoho blízkého
- mám hodně blízkého/blízkou kamaráda(ku), kterému/které mohu věřit
- stačí mi můj/moje partner(ka)/rodina
- chtěl(a) bych je, ale neumím si je najít
- nemám přátele, jsem rád(a) sám(sama)
- mým nejlepším přítelem je můj pes, kočka, papoušek atd.
- jiné

6. Vzdělání, práce

6.1. Základní škola

(možné zakřížkovat i více odpovědí)

- vše bylo bez problému, rád(a) na ni vzpomínám
- trpěl(a) jsem poruchou učení (dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie)
- byl(a) stydlivý(á), do kolektivu jsem moc nezapadl(a)
- měl(a) jsem málo kamarádů
- když jsem nějaké kamarády měl(a) brzy mě zklamali
- abych alespoň se trochu začlenil(a), byl(a) jsem u každé lumpárny
- spolužáci se mi posmívali za to, že se červenám, neumím číst, jsem neohrabaný(á)
- učitel/učitelka mě zesměšňoval(a) kvůli čtení, okousané tužce, neupravené sešity...
- trauma jsem prožil(a) při přechodu na novou školu
- jiné

6.2. Učiliště, střední škola

(možné zakřížkovat i více odpovědí)

- dělo se mi to samé jako na základní škole
- často jsem střídal(a) studijní obory
- chodil(a) jsem za školu, neučil(a) jsem se, tak mě vyloučili
- neudělal(a) jsem učňovskou zkoušku (maturitu), mám jen základní vzdělání
- poctivě jsem studoval(a) a udělal(a) jsem si výuční list (maturitu)
- kromě studia jsem se věnoval(a) i jiným školním aktivitám př. moderování rádia, hraní divadla
- chtěl(a) bych si vzdělání dodělat
- stále studuji
- jiné

6.3. Vysoká škola

(možné zakřížkovat i více odpovědí)

- neměl(a) jsem na ni
- chtěl(a) jsem co nejdříve vydělávat, abych se mohl(a) osamostatnit
- rodiče mi dali najevo, že bych je příliš finančně zatěžoval(a)

- nechtěla jsem jít studovat
- studium na vysoké škole jsem si užíval(a)
- několikrát jsem změnil(a) obor
- vysokou školu studuji při zaměstnání (popř. invalidním důchodu)
- nedostudoval(a) jsem ji
- chtěl(a) bych si ji dodělat
- studuji
- jiné

6.4. V práci

(možné zakřížkovat i více odpovědí)

- musím být nejlepší
- trávím všechn možný čas
- snažím se vše dělat dokonale, hodně se kontroloju, abych se vyhnul(a) kritice
- když mě nadřízený pochválí, příště to musím udělat ještě lépe
- potřebuji stále nové podněty, proto se učím to co ostatní neumí
- pracuji rychle, proto zastávám i několik pracovních pozic
- když nejsem dostatečně chválen(a) i když si to zasloužím cítím se frustrován(a)
- zaměstnání často střídám

jiné

6.5. Pracovní poměr ukončím:

(možné zakřížkovat i více odpovědí)

- když se už nemám co učit a začnu se nudit
- když nejsem dostatečně doceněn(a)
- kvůli konfliktům s nadřízeným, nebo kolegy
- když dostanu lepší nabídku
- ze zdravotních důvodů
- když mi je vysvětleno, že dlouhodobá hospitalizace na psychiatrii je nepřijatelná
- jiné

7. Prožívání vybraných životních situací

7.1. Co vás dokáže vyprovokovat tak, že se přestanete ovládat

(možné zakřížkovat i více odpovědí)

- když mě někdo nutí dělat, co se mi zdá zbytečné
- ovládat jsem se přestal(a), při nedobrovolné hospitalizaci
- když mě někdo odmítne
- když mě někdo nařkne ze lži
- když mě někdo neoprávněně kritizuje
- když mě někdo nazve sobcem
- když se někdo ublíží mým blízkým
- když někdo ublíží mému psovi, kočce atd.
- když se toho ve mně nakupí hodně a jsem unavený(á) stačí jen malý podnět
- stává se mi to minimálně
- jiné

7.2. Co se ve vás dělo když vám zemřel někdo blízký?

(možné zakřížkovat i více odpovědí)

- cítil(a) jsem velkou bolest a začal(a) plakat
- přemýšlel(a) jsem jestli moje reakce je adekvátní
- přemýšlel(a) jsem jak dlouho mohu truchlit
- bylo ve mně prázdno, byl(a) jsem jako kámen „to patří k životu“
- nechápal(a) jsem jak se lidé mohou při smuteční hostině smát, vždyť máme být smutní
- nikdo blízký mi ještě nezemřel
- jiné

7.3. *Jak se cítíte při jízdě autobusem?*

(možné zakřížkovat i více odpovědí)

- necítím se tam dobře, je tam moc lidí, kteří mě posuzují
- sedám si co nejbližší ke dveřím, abych mohl rychle pryč
- autobusem nejezdím, za každého počasí jezdím na kole, cítím se tak svobodněji
- jezdím všude autem
- jiné

7.4. *Když jdete do supermarketu, co se ve vás děje?*

- supermarkety nemám rád(a), nesnáším ten konzum
- jdu tam jen když musím, raději nakupuji v malých obchodech
- jsem znechucen(a), když vidím lidi jak se nechávají zmanipulovat akčními nabídkami
- chodím jen tam kde do znám, abych nemusel nic hledat a mohl rychle pryč, když mě něco přestěhují jsem vzteklý
- je tam strašně moc lidí, tlačí se na sebe, když do mě někdo strčí jsem nepříčetný
- rád(a) tam nakupuji
- jiné

7.5. *Jak trávíte svůj volný čas?*

- volný čas nemám, raději pracuji
- mám hodně různorodých koníčků, že nevím co dřív dělat
- musím stále něco dělat, když se zastavím je mi špatně
- mám období kdy jsem hodně aktivní, pak přijde utlum a nedělám nic
- na volný čas se těším, buď se věnuji koníčkům, nebo jen tak lenoším
- jiné

7.6. *Jak trávíte dovolenou?*

- dovolenou nemám rád(a), narušuje mi můj každodenní režim, tak se vždy těším do práce
- trávit celý den se s mým partnerem/ mou partnerkou je pro mě náročné, stále jsem byl(a) v napětí, aby nedošlo ke konfliktu
- vždy mám hodně plánů, ale neudělám nic
- dovolenou trávím prací, zajistím si nějakou brigádu, kurz atd.
- jiné

7.7. *Když musíte na úřad s žádostí.*

- přicházím před otvírací dobou, abych nemusel(a) dlouho čekat
- nesnáším když mi úředník stále dokola opakuje, pro mě zcela jasnou věc, jako bych byl(a) hloupý(á)
- k úředníkům přicházím vždy s úsměvem, jen tak získám to co potřebuji
- když je ke mně pracovník arogantní, jsem také arogantní
- jiné

Příloha č. 3

Obrázek č. 2 Introjekce 2013 detail

