

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

SPECIFIKA VÝCHOVY RODIČŮ S HRANIČNÍ PORUCHOU OSOBNOSTI

SPECIFICS OF PARENTING WITH BORDERLINE
PERSONALITY DISORDER



Bakalářská práce

Autor: **Kristýna Teplanová**

Vedoucí práce: **Mgr. Zuzana Vaculčíková Sedláčková, Ph.D.**

Olomouc

2020

Chtěla bych poděkovat všem respondentkám, které byly velmi ochotné a věnovaly mi svůj čas při výzkumu. Rovněž bych chtěla poděkovat své rodině, bratrovi a blízkým, kteří mě při psaní práce podporovali. V neposlední řadě bych také chtěla poděkovat svému příteli za pomoc, trpělivost a podporu během studia.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Specifika výchovy rodičů s hraniční poruchou osobnosti“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 9.4. 2020

Podpis

OBSAH

ÚVOD	5
TEORETICKÁ ČÁST	6
1. Výchova	7
1.1 Výchovné styly	9
1.2 Rodičovské postoje	11
2. Hraniční porucha osobnosti	13
2.1 Osobnost	13
2.2 Porucha osobnosti	14
2.2.1 Klasifikace specifických poruch osobnosti dle MKN-10	16
2.2.2 Klasifikace specifických poruch osobnosti dle DSM-5.....	16
2.3 Emočně nestabilní porucha osobnosti.....	17
2.3.1 Hraniční typ	18
2.3.2 Výskyt a příčiny hraniční poruchy osobnosti	20
2.3.3 Komorbidita	21
2.3.4 Diagnostika a terapie hraniční poruch osobnosti	22
3. Výchova rodiče s hraniční poruchou osobnosti	24
3.1 Rizika výchovy	24
3.2 Intervence.....	26
VÝZKUMNÁ ČÁST	27
4. Výzkumný problém, cíle výzkumu a výzkumná otázka	28
5. Metodologický rámec	29
5.1 Typ výzkumu	29
5.2 Metody zisku respondentů a tvorby dat	31
5.2.1 Blíže k dotazníkové metodě.....	33
5.3 Metody zpracování a analýzy dat	35

6. Výzkumný soubor	37
6.1 Etické problémy	38
7. Výsledky	39
7.1 Z dotazníku	39
7.1.1 Způsob výchovy.....	39
7.1.2 Emoční vztah	39
7.1.3 Výchovné řízení	40
7.2 Z rozhovorů.....	41
7.2.1 K jednotlivým tématům	42
8. Diskuze	45
8.1 Výsledky v kontextu	45
8.2 Limity výzkumu.....	48
9. Závěr	49
10. Souhrn	50
Seznam tabulek	53
Literatura	54
Elektronické zdroje	57
Přílohy	59

ÚVOD

Záměrem bakalářské práce Specifika výchovy rodičů s hraniční poruchou osobnosti je, jak už napovídá samotný název, odhalit možné odlišnosti ve výchově rodičů s diagnostikovanou emočně nestabilní poruchou osobnosti – hraniční typ, porozumět subjektivnímu přístupu ve výchově dětí a následně propojit nabyté poznatky s odborným přístupem. Pokusíme se tak rozšířit znalosti a přispět k potenciálním možnostem zefektivnění intervence v této oblasti.

Práce je rozdělena do dvou celků. Teoretická část práce představí nejdůležitější poznatky z výchovy, výchovných stylů a postojů. Následně přiblíží téma poruch osobnosti a skrze diagnostická kritéria vymezí i hraniční typ emočně nestabilní poruchy osobnosti a jeho specifika. Příčina poruchy je prozatím neznámá, předpokládá se komplexní působení nejrůznějších faktorů, jako je například výchova. Existuje statisticky významný vztah mezi poruchami osobnosti a výchovou v rodinném prostředí. Vliv výchovy se projevuje ve vztazích okolo a velmi úzce souvisí i s nastavováním hranic, které jsou podstatné v rozvoji důvěry a náhledu na sebe sama. Závěr teoretické práce je věnován možným rizikům, která se mohou objevovat v rodinách, ve kterých se nachází jedinec s hraniční poruchou osobnosti. Teoretický celek tvoří podklad pro druhou, výzkumnou část práce. Výzkumná část umísťuje informace do kontextu.

Hraniční porucha osobnosti je často zkoumaný fenomén a počty jedinců s touto diagnózou rostou. Porucha bývá mnohdy označována za velmi náročnou diagnózu, která v již tak náročné oblasti, jako jsou poruchy osobnosti, značně vyčnívá. Je velmi těžko diagnostikovatelná a shoda odborníků na diagnóze je velmi malá. Někteří psychologové jedince s hraniční poruchou osobnosti rovnou odmítají, jiní popisují zkušenost s nespolupracujícími pacienty. Odmítavý postoj je pravděpodobně pouze snaha chránit sebe sama před maladaptivním chováním a vyhnout se tak impulzivnímu chování, riziku suicidálních pokusů nebo velmi častému nedodržování terapeutových hranic.

TEORETICKÁ ČÁST

1. VÝCHOVA

Společně s genetickými faktory se na poruchách ve velké míře podílí i faktory prostředí, které zahrnují styl a postoje rodičovské výchovy. „*Větší počet psychologů nezávisle na sobě a s použitím různých výzkumných nástrojů zjistili statisticky významné vztahy mezi stylem rodinné výchovy a nejrůznějšími projevy osobnosti.*“ (Čáp, Čechová, & Rozsypalová, 1998, 11).

Výchova je proces, který vytváří jakési „trvalé“ stránky lidské osobnosti (Nekvapilová, 2004). Osobnost jedince je tvořena „já“, které jedná dle konkrétní situace, v konkrétním prostředí a vymezuje se mezi druhými (Baštecká, Mach a kol., 2015). Samotný proces výchovy je složen z fází, které Pelikán (1995, in Čábalová, 2011) rozdělil celkem do čtyř – *fáze situační* (dítě získává zkušenosti z prožité situace), *fáze fixační* (modelově podobná situace vyvolá podobnou reakci), *fáze generalizační* (vznik obecných myšlenkových modelů), *fáze osobnostně integrační* (tvoří se jednotná a autentická osobnost).

Výchova jako taková má mnoho definic od nejrůznějších autorů. Učebnice pedagogiky označuje výchovu za „*cílevědomý a záměrný proces, který umožňuje změnu a rozvoj jedince v souladu s jeho potřebami, individuálními dispozicemi a sociálními vztahy.*“ (Čábalová, 2011, 27). Výchova tak úzce souvisí s okolím a jeho vlivy na jedince. Nejedná se o jednostranný proces, právě naopak jde o vzájemnou interakci všech zúčastněných, kdy rodič je dítěti jakýmsi vzorem a dítě má přirozenou potřebu jej napodobovat. „*V procesu učení hrají roli interpersonální vztahy, dítě lépe akceptuje rady a více napodobuje ty osoby, ke kterým má kladný vztah.*“ (Thorová, 2015, 131). Mimo nápodobu se v posledních letech objevuje také pojem *zrcadlové neurony*. Umožňují zrcadlit gesta, výběr slov i komunikační styl a pravděpodobně se podílí i na schopnosti empatie (Thorová, 2015).

Dítě není pasivním pozorovatelem, i ono své rodiče ovlivňuje svými reakcemi a chováním. Thorová (2015) uvádí, že dítě dokáže svým chováním, které je například agresivní nebo delikventní, přimět své rodiče ke stylu výchovy, který jim není vlastní.

Průcha, Walterová a Mareš (1995, 25) označují výchovu za „*proces působení na osobnost člověka s cílem dosáhnout pozitivních změn v jejím vývoji*.“ Takové pozitivní změny, o kterých autoři hovoří, by měly být pro daného jedince realizovatelné a přiměřené. O ucelený popis a vysvětlení lidského vývoje usiluje vývojová psychologie, která však nedává žádné rady či pokyny, jak by rodiče při výchově měli postupovat. Je ovšem pravdou, že výchova dítěte by se měla opírat o poznatky z vývojové psychologie, a to především z důvodu existence specifických a proměnlivých období ve vývoji dítěte (Langmeier, & Krejčířová, 2006). Pro každé vývojové období je specifická nějaká schopnost a rodič by ji neměl chtít po svém dítěti předčasně.

Rodičovských stylů a postojů popisuje odborná literatura celou řadu. Satirová (1994, 190) formulovala základní otázky rodičů, na které se snaží najít odpověď – „*Jakého člověka bych chtěl mít ze svého dítěte?*“ a „*Jak mám postupovat?*“. Thorová (2015) zároveň upozorňuje na fakt, že jednotliví rodiče mohou mít různorodé výchovné prvky. Hodnoty rodičů se mohou lišit. „*Hodnoty představují přesvědčení o dobrém nebo prospěšném, ale také o špatném nebo nežádoucím, které regulují individuální nebo skupinovou aktivitu.*“ (Cakirpaloglu, 2004, 343-344). V některých případech nemusí hodnoty rodičů odpovídat pravidlům společnosti, odpovědi na otázky Satirové se tedy mohou velmi výrazně lišit.

Výchova se také vyvíjí společně s dobou. Mezi výchovou současnosti a minulosti nalezneme nemalé rozdíly vzhledem k měnícím se požadavkům společnosti, ale i jiným podmínkám pro život, které se rychle mění. Roste časová zaneprázdněnost a vytíženost rodičů (Kraus, 2008), na druhou stranu se rodiče často obejdou bez výprasku, zákazů, příkazů a do popředí se dostává podpora a individualita dítěte (Mertin, 2013). „*Dochází k uvolnění tradiční disciplíny a autoritativního vedení, namísto toho sílí tendence poskytovat dítěti všemožné dobrodiní, obklopovat je podnětným prostředím, provázet je vstřícnou včítivostí respektující jeho potřeby s tím, že ono samo za takových podmínek vyvine své rozvojové úsilí, uskuteční své potenciality.*“ (Sengly, 1999, 23, in Helus, 2015, 26). V roce 2013 proběhlo srovnání starší a mladší generace vzhledem k rozdílům ve výchově. Z výzkumného šetření bylo zjištěno například to, že starší generace trávila více volného času s dětmi, než je tomu u současné generace rodičů (Trumhová, 2013).

V následujících dvou podkapitolách se pokusím stručně shrnout nejdůležitější poznatky z oblasti výchovných stylů a postojů.

1.1 Výchovné styly

Výchovný styl je označován za soubor záměrných i spontánních způsobů chování rodiče, který ovlivňuje vývoj dítěte. Takový způsob chování lze klasifikovat dle nějakého schéma, které označujeme jako výchovný styl. Dle Thorové (2015) se jedná o soubor strategií, které rodiče využívají. Patří mezi ně strategie k udržení disciplíny, emoční vřelost ve vztahu k dítěti, nabídka sociální interakce, užívaný komunikační styl, míra kontroly, protektivita a vedení k samostatnosti.

Různí autoři pojmenovávají a charakterizují styly odlišně, dosud neexistuje jedna obecně uznávaná klasifikace stylů. Hojně využívané bývá dělení Kurta Lewina, který vydělil styl *demokratický*, *autoritativní* a *liberální*.

Styl autoritativní (autokratický) klade důraz především na bezpodmínečnou poslušnost a podřízení autoritě dospělého člověka, rodiče. *Styl liberální* dává dítěti volnost, bez omezování jeho aktivity. *Demokratický styl* bývá obecně pokládán za nejpriznivější pro zdravý vývoj dítěte. Prioritou demokratického stylu je respektování dítěte jako samostatné bytosti, opírá se o vysvětlování spíše než o tresty. Dítěti je ponechána přiměřená volnost, zároveň jsou však rodiči stanoveny jasné meze a hranice (Langmeier, & Krejčířová, 2006). Výchovné styly Lewina však nevycházejí ze zkoumání chování rodičů, a tak může docházet k prolínání více stylů.

„Správná výchova akceptuje osobnost vychovávaného, saturuje jeho potřeby, vede ho k harmonii a všestrannosti. Je přiměřeně autoritativní (řídící), cílevědomá, jednotná a vedoucí k sebevýchově.“ (Kohoutek, 1996, 6).

Výchova není přímo ovlivňována pouze výchovným stylem rodičů dítěte. Způsob výchovy je ovlivňován větším počtem faktorů, a to jak na straně rodiče, tak na straně dítěte. Patří mezi ně například zkušenost rodičů, temperament, události a změny v podmínkách ve vývoji rodiny a nejbližšího okolí, vzájemné interakce mezi otcem, matkou a dalšími členy nebo širší sociokulturní podmínky a změny v nich. Thorová (2015) poukazuje na skutečnost, že rodičovský styl výchovy ovlivňuje i vzdělání rodičů. Lacinová a Škrdlíková (2008) doplňují k faktorům vliv masových médií a poukazují na skutečnost, že rodiče dnešní doby hledají informace na sociálních sítích a internetových stránkách.

Výzkumy také mluví o významném vztahu mezi rysy osobnosti a stylem výchovy. „Všech pět faktorů osobnosti rodičů podle koncepce „velké pětky“ vykazuje signifikantní vztahy k jejich emocionálnímu vztahu k dětem a některé faktory osobnosti jsou v takovém vztahu i k dimenzi řízení.“ (Čáp, Čechová, & Boschek, 2000, 9). Samotný výchovný styl tedy ovlivňuje velké množství oblastí. Zasahuje do emocí, které rodič vzhledem k dítěti projevuje nebo do způsob komunikace a druh řízení.

Právě oblastmi, jako jsou emoce a řízení, se zabýval v českém prostředí psycholog Jan Čáp. Vzhledem k nedostatkům v Lewinově dělení výchovných stylů, které nebylo příliš konkrétní a některé výchovné styly bylo problematické zařadit, vznikl **model devíti polí**.

Model devíti polí je založen na kombinaci dvou faktorů: na povaze *emočního vztahu rodič – dítě* (který může být kladný, extrémně kladný, střední nebo záporný) a na *míře výchovného řízení* (rozporné, silné, střední, slabé). Výchovné řízení bývá charakterizováno mírou požadavků a nároků, ale i kontroly (Čáp a kol., 2000). Kohoutek (2008) poukazuje na nutnost kladného emočního vztahu, jako předpoklad pro příznivý vývoj dítěte. Stejně tak byl i C.G. Rogers přesvědčen, že lidé budou fungovat lépe, tedy bude docházet k příznivému vývoji osobnosti, v případě, že budou vychováni s bezpodmínečným kladným přijetím a budou-li tak mít pocit pozitivního ocenění. V rodinách s kladným emočním vztahem převažuje stabilita, vyrovnanost a příznivé sebehodnocení. V případě záporného emočního vztahu se objevuje úzkost, nejistota a nízké či kolísavé sebehodnocení. Děti z rodin s extrémně kladným emočním vztahem zůstávají na laskavé autoritě rodičů příliš závislé. Je pravděpodobné, že se vzájemně emoční vztah a forma řízení ovlivňují (Čáp a kol., 2000, 12).

Na základě modelu vznikl také **Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině** (Čáp, & Boschek, 1994) a později i pro mladší děti **Dotazník stylů výchovy pro děti od 8 do 12 let** (Čáp a kol., 2000). Pro každého rodiče zjistí čtyři komponenty výchovy – *komponent kladný*, *komponent záporný*, *komponent požadavků* a *volnosti*. Právě dotazník pro mladší děti jsme využili pro zkoumanou problematiku. Popisu Dotazníku stylů výchovy pro děti od 8 do 12 let se budeme více věnovat v praktické části práce.

Z novějších kategorizací pak vyplývají také nevhodné styly výchovy. Ty lze popsat pomocí tří dimenzí B. Beckera (in Langmeier, & Krejčířová, 2006), které pojmenoval jako *vřelost – hostilita*, *permisivita – restriktivita*, *klidné odpoutání – úzkostné emoční odpoutání*. Škodlivé styly jsou především *rozmazlující výchova*, *zavrhující výchova*, *nadměrně ochraňující výchova*, *perfekcionistická* či *nedůsledná výchova*. *Perfekcionistická* rodina staví dítě do situací nátlaku podávat vysoké výkony, vykazovat perfektní výsledky, a to vše bez ohledu na předpoklady dítěte. *Autoritářská* rodina představuje ustavičné přikazování, zakazování bez ohledu na potřeby dítěte. *Rozmazlující* rodina se snaží neustále dítěti ve všem vyhovět a neučí dítě nést odpovědnost za své činy (Helus, 2015). Nepříznivé formy výchovy bývají typické pro nezralé, vysoce labilní, agresivní nebo naopak pasivní rodiče, kteří nemusí být spokojeni s rodičovskou rolí (Čáp a kol., 2000).

V roce 2019 se Hrazdilová ve své bakalářské práci snažila zjistit, jaký emoční vztah a výchovné řízení převažuje v současné době u českých rodičů. Z analýzy vyšel jasně převažující autokratický, tradiční, patriarchální výchovný styl a dle interpretace Čápa (1996) je příčinou aplikace autokratické výchovy neporozumění rodiče, který si mnohdy zakládá spíše na svých koníčcích, kariéře a dalších více naplňujících aktivitách.

1.2 Rodičovské postoje

Z dnešního pohledu je rodina stavěna na základě psychologicko-emocionálním. I přesto, že rodiče mohou být na dítě materiálně připraveni, mnohem důležitější pro správný vývoj dítěte jsou vhodné postoje rodičů, které zaujímají k ještě nenarozenému dítěti.

Postoj bývá charakterizován jako „*relativně stabilní charakteristika, jako psychologická tendence, která se projevuje v hodnocení konkrétní entity s jistým stupněm upřednostňování nebo odmítání*“ (Eagly, & Chaiken 1998, 269 in Výrost, & Slaměník, 2008, 127). Postoje vznikají interpersonálním poznáváním, představují sympatie a nesympatie, jsou součástí komunikace. Rozlišujeme *poznávací (kognitivní) složku*, která zrcadlí pozornost, paměť, myšlení. Taková složka je postavena na rozumových úvahách, promítá názory na osoby i objekty. *Konativní (behaviorální) složka* souvisí s naší činností, chováním vůči objektu. Poslední je *složka emocionální*, která je velmi důležitá vzhledem k citovému vztahu k objektu (Nolen-Hoeksema, 2012, 766).

Postoje vyjadřují emoce, ale jsou také úzce spjaty s kognitivními funkcemi a dle postojů lze předvídat chování. „*Silné a důsledné postoje předpovídají chování lépe, než postoje slabé a rozkolísané.*“ (Nolen-Hoeksema, 2012, 772). Nestabilita v emocionální oblasti je typická pro osoby s hraniční poruchou osobnosti, často jednají bez promyšlení činů a dochází k extrémním změnám nálad. Kritické jsou pro jedince i stresové situace, ve kterých panují obavy ze selhání a často tak přenáší zodpovědnost na druhé. Ve výchově pak mohou takové rozkolísané postoje působit problémy.

2. HRANIČNÍ PORUCHA OSOBNOSTI

Obsahem druhé větší teoretické kapitoly jsou charakteristické znaky poruchy osobnosti, konkrétní projevy a příčiny hraniční poruchy osobnosti. Specifické projevy hraniční poruchy osobnosti jsou podstatné pro konkrétní vymezení rizik ve výchově takového rodiče.

2.1 Osobnost

Pro vysvětlení celé problematiky je potřeba nejdříve vysvětlit osobnost jako takovou. Osobnost je individuální soubor duševních, ale i tělesných vlastností člověka. Cakirpaloglu (2012, 16) uvádí, že „*osobnost představuje souhrn, souvislost či propojení charakteru, temperamentu, schopností a také konstitučních vlastností člověka.*“

Temperament představuje vrozenou dispozici jedince, která se projevuje specifickým emočním prožíváním a reaktivitou vůči konkrétním situacím a podnětům. Charakter je naopak soubor získaných osobnostních vlastností, které hrají roli v etickém a morálním projevu člověka (Cakirpaloglu, 2012).

Studie osobnosti je předmětem mnoha vědních disciplín. Jedná se o takové poznání biologické, kognitivní, sociální a vývojové, které je syntetizováno do podoby, díky které je pro člověka snazší pochopit a měnit okolní materiální svět (Kihlstrom, & Cantor, 1984, in Výrost, & Slaměník, 2008). První ucelený přehled teorií osobnosti vytvořil ve 30. letech 20. století americký psycholog Gordon Allport.

Z roku 1937 pochází první čistě Allportova definice osobnosti, která tvrdí, že „*osobnost je dynamická organizace těchto psychofyzických systémů v jedinci, které determinují jeho jedinečné přizpůsobování v jeho okolí.*“ (Allport, 1937, in Cakirpaloglu, 2012, 16-17). V současné době existuje více než 80 různých definic (Mečíř, 2003).

Psychiatrický pohled poukazuje na dynamičnost člověka. Osobnost je poměrně stálá a tvoří strukturu nejrůznějších procesů a psychických složek, jenž se vzájemně ovlivňují. Praško (2015) uvádí, že strukturu osobnosti tvoří vlastnosti, které jsou jak získané, tak vrozené a jsou pro každého jedince charakteristické.

Nelze od sebe odlišovat vlivy prostředí a vlivy genetické, jelikož jsou vzájemně propojovány od okamžiku narození a utváří jedinečnou osobnost jedince, která předurčuje adaptabilitu na okolí. Jsou-li vlastnosti extrémně vystupňované a odlišují se výrazně od normy, která je ve společnosti obecně uznávaná, můžeme mluvit o poruše.

2.2 Porucha osobnosti

Večeřová (2015) poukazuje na skutečnost, že v současné době neexistuje dostatečné množství standardů pro definování normální osobnosti. Jak jsme již naznačili v předchozí kapitole, obecně hovoříme o kombinaci charakterových a temperamentových rysů, které se odlišují od normy, která je ve společnosti uznávaná. Norma je obecné měřítko a sociokulturní regulativ, zpravidla souvisí s názory znalců, kteří normy stanovují.

Příčiny vzniku mohou být biologické, psychologické, výchovné i temperamentové (Říčan, & Krečířová, 2006). Jak již bylo popsáno v první kapitole o výchově, rodinné prostředí v raném dětství hraje významnou roli při formování postojů dítěte. Praško (2015) uvádí, že například u úzkostných dětí lze nevhodnou výchovou vypěstovat úzkostnou poruchu. Některé poruchy osobnosti přímo souvisí s postižením konkrétní části mozku. Může se jednat o poškození z období prenatálního i perinatálního, dále se může jednat o úrazy hlavy či o infekční onemocnění. Z psychologického hlediska se často jedná o zneužívání dětí nebo vývojové obtíže. Ke vzniku poruchy tedy přispívají determinanty multifaktoriální biologické i vlivy z okolního světa.

Poruchy osobnosti se rozvíjí až v době dospívání, ale jisté projevy lze sledovat již dříve (nestandardní způsob reagování, sklon k agresi), je však nevhodné diagnostikovat poruchu před 16. rokem. Zpravidla pak přetrvávají do dospělosti, ale v pozdějším věku se často setkáváme s ústupem. Nejedná se přímo o onemocnění, ale o osobní abnormalitu, která není v kultuře očekávaná (Raboch, & Pavlovský, 2012).

V dějinách lze nalézt mnoho pokusů o třídění duševních poruch. Zajímavým modelem byla v 19. století klasifikace iniciovaná H. Neumannem. Ten vycházel z předpokladu, že duševní choroby není možné rozlišovat, a tak doporučil koncepci jediné psychózy (Raboch, & Pavlovský, 2012). V posledních století dochází ke změnám nejen v chápání duševních poruch, ale i v samotné klasifikaci.

Jednotlivé poruchy chování mají diagnostická kritéria nastavena dle psychických dimenzí a vlastností, která překračují jistou závažnost. V Evropě je nejčastěji využívána klasifikace MKN-10, naopak v prostředí americkém, na Novém Zélandu či Austrálii se setkáváme s klasifikací zvanou DSM-5. Jedinci s poruchou osobnosti bývají nositeli jen některých či neúplně vyjádřených znaků, znaky popsané v příručkách jsou v tzv. klinicky čisté podobě a reálně málo časté. Jednotlivé znaky mohou také poukazovat na epizody jiných duševních poruch.

Typické jsou rozmanité klinické stavy a následné hluboce zakořeněné a přetrvávající vzorce chování, které způsobují specifický životní styl odlišující se od normální populace. Hluboce zakořeněné maladaptivní chování snižuje kvalitu života dotyčného nebo jeho okolí. Maladaptivní schéma (Young, 1994, in Marková a kol., 2006). zahrnuje poruchu navazování a udržení vztahů, narušení autonomie i hranic, zaměření na druhé a nadměrnou odtažitost a inhibici chování. Poruchy osobnosti se pojí s pojmem sociální selhávání, což lze definovat jako „*společenský neúspěch ohrožující svého nositele, případně i další lidi*“ (Matoušek 2010). Konkrétně se může jednat o delikventní chování, drogové závislosti nebo alkoholismus.

Praško (2015, 77) ve své publikaci uvádí předpoklady pro pochopení poruchy osobnosti, které stanovil teoretik Theodore Millon:

- 1) Poruchy osobnosti nejsou nemocemi.
- 2) Poruchy osobnosti jsou vnitřně odlišné funkční a strukturální systémy, ne vnitřní homogenní jednotky.
- 3) Poruchy osobnosti jsou dynamické systémy, nikoli statické, neživé nálepky.
- 4) Osobnost se sestává z mnohočetných jednotek na mnohočetné úrovni zpracování dat.
- 5) Osobnost existuje na kontinuu. Neexistuje ostrá hranice mezi normalitou a patologií.
- 6) Osobnost patologie není přímočará, ale postupná interaktivní a mnohočetně založená do celého systému.
- 7) Kritéria patologie osobnosti by logicky měla být koordinována již v samém modelu poruch osobnosti.
- 8) Poruchy osobnosti mohou být vyšetřeny, ale ne definitivně diagnostikovány.
- 9) Poruchy osobnosti vyžadují strategicky plánované a kombinované způsoby taktické intervence.

2.2.1 Klasifikace specifických poruch osobnosti dle MKN-10

Diagnostická kategorie poruchy osobnosti se používá od roku 1987, poprvé se pojem objevil v rámci 10. verze Mezinárodní klasifikace nemocí vzhledem k rostoucímu zájmu o poruchy osobnosti mající vážné sociální důsledky (Cakirpaloglu, 2012).

Mezinárodní klasifikace nemocí je publikace Světové zdravotnické organizace (WHO). Původně vznikla v roce 1893 jako Klasifikace příčin úmrtí a jejím cílem bylo umožnit mezinárodní srovnání záznamů o úmrtích, v současné době kodifikuje systém označování a klasifikace lidských onemocnění, poruch, zdravotních problémů a dalších příznaků, situací či okolností. Manuál se využívá především v Evropě a slouží potřebám klinické praxe. Původně bylo záměrem manuál evidovat každých deset let, vzhledem k velkému rozsahu informací to však není možné. V případě specifických poruch osobnost uvádí manuál prevalenci kolem 6-9 %. Je rozložena ve stejném poměru mezi muži i ženy.

Dle manuálu MKN-10 se jedná o *„těžká narušení v charakterové konstituci a tendencích chování takového jedince; nerezultující přímo z nemoci, poškození nebo jiného porušení mozku nebo z jiné psychiatrické poruchy; obvykle postihují řadu oblastí osobnosti; téměř všechny jsou sdruženy se závažnou osobní tísní a sociálními poruchami; a obvykle se manifestují od dětství nebo dospívání a pokračují v dospělosti“* (MKN-10®, 2018).

2.2.2 Klasifikace specifických poruch osobnosti dle DSM-5

Diagnostický a statistický manuál pochází z amerického prostředí a zahrnuje klasifikaci duševních poruch. Manuál je využívám především ve výzkumu a vzhledem k manuálu MKN-10 je podrobnější.

Manuál DSM-5 rozděluje nemoci do pěti os. Na I. ose se je aktuální, hlavní diagnóza pacienta. Osa II. zobrazuje souběžnou diagnózu poruchy osobnosti či duševní zaostalosti. Součástí III. osy jsou tělesné choroby, které se nějakým způsobem dotýkají duševní poruchy. Na IV. a V. ose jsou zapsány aktuální životní situace (Hosák, 2015, 39). Porucha osobnosti má v manuálu DSM-5 shodná obecná i specifická kritéria, jako MKN-10, odlišnosti pak nacházíme u disociální a hraniční poruchy osobnosti. Hraniční porucha osobnosti se poprvé objevila v DSM-III., zařazení do MKN proběhlo později a složitěji (Smolík, 2002).

Poruchy osobnosti jsou v DSM-5 rozděleny do tří klastrů. *Klaster A* – paranoidní, schizoidní a schizotypní porucha osobnosti. *Klaster B* – antisociální, hraniční, histriónskou a narcistickou poruchu osobnosti. *Klaster C* – vyhubavé, závislé a obsedantně-kompulzivní poruchy osobnosti (DSM-5®, 2015, 678).

Manuály obsahují klinické symptomy, které se kvalitativně liší od běžné populace (Smolík, 2002).

2.3 Emočně nestabilní porucha osobnosti

Emočně nestabilní poruchu řadíme ke specifickým poruchám osobnosti (F60), které jsou typické postižením v oblasti charakteru a chování, spadají pod větší kapitolu Poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60-F69).

Projevy emocí jsou vázány na autonomní nervový systém, který je tvořen sympatickou a parasympatickou částí. „*Intenzivní aktivace sympatického systému připravuje tělo k plnému využití metabolismu a jiných rezerv organismu pro stavy náhlé potřeby.*“ (Raboch, & Pavlovský, 2012, 119). Koordinace emoční reakce spadá pod limbický systém, propojený systém korových a podkorových oblastí.

Jedinci s poruchou emočně nestabilní mají tendenci jednat neuváženě, bez domýšlení následků svého jednání, impulzivně a jejich schopnost plánování je omezena. Typicky netolerují kritiku, postrádají schopnost plánovat a realizovat cíle.

Časté jsou také zlostné výbuchy, kdy „*impulzivita a emoční nestabilita se navzájem doplňují, čímž často střídají návaly intenzivního hněvu, tzv. behaviorální exploze a násilí.*“ (Cakirpaloglu, 2012, 247). Ojedinělé nejsou ani sebevražedné myšlenky či pokusy.

Klasifikace MKN-10 dále rozlišuje dva podtypy emočně nestabilní poruchy – **impulsivní typ**, specifický emoční nestabilitou a **hraniční typ**, pro který je typická porucha představy o sobě. Klasifikace DSM-5 takové rozlišení nemá, uvádí pouze kategorii hraniční porucha osobnosti, kterou dále nedělí.

2.3.1 Hraniční typ

První pokusy o charakteristiku hraniční poruchy osobnosti pochází z počátku 20. století a diagnostika vycházela z narušeného vývoje. Klasifikace hraniční poruchy osobnosti je velmi obtížná a často se objevuje dohromady s dalšími poruchami, o komorbiditě pojednává samostatná kapitola.

Hraniční typ osobnosti se nachází v MKN-10 (2018) pod kódem F60.3.1., v kapitole Poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60–69). Jedná se o podtyp emočně nestabilní poruchy. V minulosti byli pacienti s hraniční poruchou osobnosti řazeni mezi atypické formy psychózy. Na první pohled se jeví normálně, dobře se adaptují na prostředí a jsou velmi bystří, emoční regulace nesouvisí s intelektem.

Hraniční porucha osobnosti je typická narušenou představou o sobě samém a jedinci často chybí hranice kolem svého já. Narušení představy je znatelné i v představách o vztazích, jsou velmi nestálí a nesnesou být sami. K partnerovi se chovají láskyplně a vřele, mají-li pocit, že jsou milováni. V případě, že mají pocit, že jim partner nevěnuje dostatečnou pozornost, začnou jej vnímat jako zlého. Stejně tak se narušení týká sexuálních preferencí. Nemají jasnou představu o svém pohlaví a rolích, často tak vykazují chování nepřiléhající k danému pohlaví.

Typická je emoční podrážděnost, nestabilita, náladovost. Pro jedince s hraniční poruchou osobnosti je typické, že se velmi rychle pro něco nadchne, ale stejně tak rychle zájem opadá. Hraniční jedinec nedokáže odložit impuls a dožaduje se okamžitého uspokojení. Proměnlivé emoce doprovází i návaly deprese, úzkosti a podrážděnosti. Časté jsou pocity opuštěnosti nebo strach z odmítnutí. Bohus (2005) poukazuje na fakt, že neoptimální intrapsychická reprezentace důležitých vztahových osob a zároveň úzkost z opuštění vede k záměně nepřítomnosti partnera za skutečné opuštění. Ve vztahových rovinách kolísají mezi dvěma extrémy – idealizace a devalvace, kdy si protějšku přestanou vážit.

Krizové situace pak často vedou k sebepoškozování či dokonce k suicidálním pokusům. „*Lidé s hraničním typem mají větší tendenci se trápit sami, obracet násilí proti sobě.*“ (Grambal, Praško, & Kasalová, 2017, 12). Sebepoškozování může sloužit ke snížení úzkosti, ale může se jednat i o formu sebepotrestání. Podoby sebepoškozování jsou různé, od řezání ostrým předmětem do těla po bušení hlavou nebo končetinou do pevné překážky. Ojedinělé nejsou ani opakované realizace sebepoškozování, označované zkratkou NSSI (nonsuicidal self-injury) v podobě leptání povrchu těla kyselinou, pálení cigaretou a vytrhávání ochlupení. Bohus (2005) zmiňuje, že 80 % případů NSSI je prováděno v analgetickém stavu. Ve vypjatých krizových situacích se projevuje neschopnost sebekontroly a může se promítnout jako již zmíněný zlostný výbuch. Není úplně výjimečné, že při takovém stavu jedinec ztratí schopnost vnímat realitu a kontakt může být narušen, dokonce může jevit až znaky paranoie.

Jedinci s hraniční poruchou osobnosti využívají v takových případech obranné mechanismy, které obecně snižují úzkost. Typicky jimi jsou štěpení, acting out a projektivní identifikace. *Projektivní identifikaci* zavedla Melanie Kleinová, jedná se o mechanismus, kdy jedinec obtížný aspekt umístí ve fantazii do druhého a následným chováním utváří podmínky pro vznik takového pocitu. *Acting out (agování)* je převedení potlačené komunikace do jiného chování či činnosti. *Štěpení (splitting)* umožňuje především oddělit od sebe pozitivní a negativní zkušenosti a hraniční jedinec rozlišuje pouze zcela dobré nebo zcela špatné. (Vybíral, 2005).

Hraniční porucha osobnosti je typická absencí ambivalence, neschopností vnímat na člověku zároveň dobré i špatné vlastnosti. Vidí svět v extrémním obraze a vnímají pouze jeden aspekt. Projektivní identifikace souvisí s pocitem bezcennosti, kdy je jednodušší promítnout své pocity do jiných lidí.

Vývojově lze říci, že nejrozšířenější je nestabilita v rané dospělosti, která se projevuje zhoršením afektivního i impulzivního ovládnutí. Stejně tak se v rané dospělosti stupňuje riziko sebepoškozování či suicidálního chování, s narůstajícím věkem postupně slábne. Kolem 30-40 roku vykazují jedinci s hraniční poruchou osobnosti stabilnější fungování ve vztazích i v profesním životě. I přesto, že nestabilita přetrvává v celém průběhu života, ke zlepšení stavu může pomoci psychoterapeutická péče (Praško, 2001).

2.3.2 Výskyt a příčiny hraniční poruchy osobnosti

Hraniční porucha osobnosti je velmi frekventovaná. Manuál DSM-5 uvádí prevalenci hraniční poruchy osobnosti 6 %. Praško a Kosová (2004) uvádějí, že porucha je častější u ženského pohlaví v poměru 2:1. DSM-5 uvádí ještě o něco málo vyšší četnost u žen v poměru 3:1 (DSM-5, 2015).

Je třeba odlišovat hraniční poruchu osobnosti od schizofrenie či poruchy s bludy, aby mohla být zahájena vhodná terapie, která bývá kombinována s farmakoterapií (antidepresiva, antipsychotika, thymostabilizátory).

Poruchy osobnosti tvoří kombinace různých faktorů, u hraniční poruchy osobnosti je častá náchylnost k poruchám nálady. Vrozené zvláštnosti u hraniční poruchy osobnosti se mohou projevit úzkostí a citovou labilitou, problémy s identifikací nebo nejistou vazbou (Gunderson, & Hoffman, 2005).

Příčina je zatím neznámá, ale je akceptována pravděpodobnost podílu organicity (poškození mozku perinatálně, traumatem). Kernberg (1975) považuje za hlavní příčinu hraniční poruchy osobnosti narušení separačního procesu, který se uskutečňuje během 6-8 měsíce ve vývoji dítěte. Mohou se vyskytovat traumata prodělaná v dětském věku, jako pohlavní zneužívání, týrání nebo i hyperprotektivita v rodině. Linehan (1993) poukazuje na výzkum, ze kterého plyne, že zhruba 75 % hospitalizovaných pacientek bylo sexuálně zneužito. Heinz-Peter Röhr (2012) uvádí, že v poslední době přichází do ambulantní péče stále více pacientů, ovlivněných "ranými poruchami".

Výskyt poruch nálad, disociální poruchy nebo deprese je v rodinách s diagnózou hraniční porucha osobnosti častější. Děti žen s hraniční poruchou osobnosti mají větší předpoklad trpět stejnou poruchou (Praško, & Kosová, 2004, in Höschl a kol., 2002). Dále jsou v posledních letech často zmiňovány globální, kulturní a sociální změny, mezi které řadíme například ekonomické zvraty nebo konzumní způsob života (Faldyna, 2000). Specifické geny spojené s hraniční poruchou osobnosti nebyly v současné době identifikovány. Genetická zranitelnost je považována za potenciálně spojenou s určitými temperamentovými fenotypy, jako je negativní emocionalita, impulzivita a introverze (DynaMed, 2019).

Údaje však mohou být značně zkreslené. I přesto, že se jedná o poruchu, která se vyskytuje s velkou četností, shoda na diagnóze naopak bývá jedna z nejmenších (Grambal a kol., 2017).

2.3.3 Komorbidita

Komorbidita je dle lékařského slovníku současný výskyt dvou a více nemocí/chorob (Vokurka, & Hugo, 2015). Psychiatrická komorbidita je tedy výskyt dvou a více psychiatrických poruch. Je časté, že pacienti vyhledávají akutní pomoc z jiného důvodu než pro diagnózu porucha osobnosti. „*Diagnóza hraniční porucha osobnosti je spojena s nejrizikovějšími faktory pro sebevraždu, jako je častá komorbidita s depresí, posttraumatickou stresovou poruchou a se závislostí na návykových látkách.*“ (Grambal a kol., 2017, 26).

U hraniční poruchy osobnosti jsou časté depresivní poruchy, které však mají trochu jiný charakter – první depresivní epizoda před 18. rokem, častá depersonalizace, vstup psychotických epizod, hostilní projevy. Levenson (2012) dokonce uvádí hraniční poruchu osobnosti jako indikaci k přítomnosti deprese. Abúzus návykových látek souvisí s obtížným zvládnutím impulzivity, často tedy najdeme hraniční poruchu osobnosti na protialkoholním léčení. Dále jsou to obsedantně kompulzivní porucha či porucha příjmu potravy, která souvisí s narušením vnímáním sebe sama.

Zneužívání návykových látek a porucha příjmu potravy slouží zároveň jako úleva od neúnosných afektivních stavů (Grambal a kol., 2017). Krch (1999) uvádí souvislost mezi hraniční poruchou osobnosti a mentální bulimií, kde nachází větší impulzivitu chování a oslabenou sebekontrolu. Častým důvodem hospitalizace bývají suicidální pokusy, jejichž příčinou je pokus o neutralizaci agrese. „*Komorbidní poruchy často zvyšují riziko sebepoškození nebo suicidálních tendencí.*“ (Grambal a kol., 2017, 30). Dospívající a mladí dospělí často trpí poruchou chování, poruchou opozičního vzdoru a poruchou pozornosti s hyperaktivitou (DynaMed, 2019). Komorbidita může být i somatická, ale je velmi individuální a často má spojitost s psychiatrickou komorbiditou (např. somatické následky poruchy příjmu potravy).

2.3.4 Diagnostika a terapie hraniční poruch osobnosti

Je známo, že hraniční porucha osobnosti se řadí mezi obtížnější, pacienti s hraniční poruchou osobnosti se často domnívají, že problém je okolo nich. V mnoha případech nemusí ani odborník dle diagnostických kritérií odhalit správnou diagnózu a pozná ji až později dlouhodobějším sledováním chování.

Grambal a kol. (2017) uvádí, že pro stanovení diagnózy je potřeba, aby byly symptomy zjevné od dospívání a nedošlo tak k záměně za aktuální poruchy nálad či úzkostnou poruchu. Pacienti i v dlouhodobém vztahu mají například problém s chápáním partnerových emocí.

Faldyna (2000) uvádí diagnostické nástroje, mezi které patří psychiatrické vyšetření se zaměřením na klinický obraz s důrazem na osobní a sociální anamnézu. Dále je to objektivní anamnéza, informace z okolí pacienta. V neposlední řadě pak psychiatrické vyšetření, kdy testová baterie musí obsahovat dotazníkové metody (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2) i projektivní metody (Rorschachův test). Účinná léčba vyžaduje především tvorbu spolupracujícího terapeutického vztahu, který poté napomáhá k modifikaci maladaptivních vzorců chování. Vztah terapeuta s klientem bývá ze začátku těžký, zejména z důvodu přítomnosti bariéry tvořené nedůvěrou hraniční osobnosti. Jedinci mají mnohdy od terapeutů přehnaná očekávání, časté je také nerespektování terapeutovy hranice, k udržení hranic by měla sloužit empatická konfrontace (Praško, 2001). Velmi účinné se jeví pobyty v terapeutické skupině či opakování určitého námětu, forma rituálu (Röhr, 2012, 75). Praško (2007) popisuje ve své publikaci přístup M. Linehanové, která vyvinula dialekticko-behaviorální terapeutický přístup. Jedná se o kombinaci **skupinové behaviorální terapie**, zaměřené na nácvik především sociálních dovedností, a **individuální dialektické terapie**. Ta je založena na rozhovoru o protikladném chování a zvyšuje schopnost zvládat své emoce.

Psychofarmaka jsou taktéž využívána v léčbě hraniční poruchy osobnosti, nicméně jsou zaměřena především na zvládání impulzivity, afektivity nebo anxiety, tu lze zvládnout pomocí anxiolytik, hrozí však riziko zneužívání. Případné psychotické příznaky lze regulovat antipsychotiky. V případě depresivního chování využíváme antidepresiva skupiny SSRI, která jsou bezpečná i v případě předávkování. V současné době neexistují specifická farmaka pro hraniční poruchu osobnosti (Praško, 2007).

Diagnostická kritéria pro hraniční poruchu osobnosti dle MKN-10

- A. Musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti (F60).
- B. Musí být splněny nejméně tři příznaky z kritéria B pro F60.30 spolu s nejméně dvěma následujícími:
 - 1) narušená a nejistá představa o sobě samém, cílech a vnitřních preferencích včetně sexuálních;
 - 2) sklon k zaplétán se do intenzivních a nestálých vztahů, které často vedou k emočním krizím;
 - 3) přehnaná snaha vyhnout se odmítnutí;
 - 4) opakované nebezpečí nebo realizace sebepoškození;
 - 5) chronické pocity prázdnoty.

(MKN-10®, 2018)

Diagnostická kritéria pro hraniční poruchu osobnosti dle DSM-IV

Porucha je vymezena nejméně pěti z následujících příznaků:

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

(DSM-5®, 2015, 696)

3. VÝCHOVA RODIČE S HRANIČNÍ PORUCHOU OSOBNOSTI

Rodičovský přístup může být důležitým faktorem při přenosu hraniční poruchy osobnosti z rodiče na potomky, což tedy činí z rodičovství ideální cíl na včasné zásahy a preventivní programy (Stepp a kol., 2012, 104). Narušený raný vývoj dítěte bývá psychiatrickou klasifikací opírající se o psychoanalytické zkoumání považován za příčinu vzniku hraniční poruchy osobnosti. Děti, které žijí v nepodnětném či nevhodném prostředí jsou častěji vystaveny riziku. Taková rizika zahrnují možnost rozvoje nežádoucích způsobů chování či nežádoucích osobnostní charakteristiky. Osobnost rodičů a rodinné prostředí velmi výrazně ovlivňuje vývoj dítěte a harmonická rodina je předpokladem duševního zdraví dítěte.

3.1 Rizika výchovy

Základem celé výchovy jsou vzájemné interakce mezi rodiči a dětmi. Vzájemným naladěním mezi sebou tvoří vztah, který dítě vnímá jako bezpečný. Výrazným rysem rodičů s hraniční poruchou osobnosti je kolísání nálad, mají velké problémy s emoční regulací a stresové situace kolem péče o dítě mohou vyvolat nejrůznější reakce. Hraniční porucha osobnosti tak může ovlivňovat rodičovskou roli.

Pohled jedince s hraniční poruchou osobnosti poskytla ve své diplomové práci Prachařová (2006), která se zabývala tím, jak sami vnímají výchovu, kterou zažívali v dětství ve své rodině. Hledala společné znaky, které by byly společné pro výchovu všech deset respondentů, které měla k dispozici. Našla například přítomnost konfliktního vztahu mezi rodiči, agresora, který dítě fyzicky či psychicky týral a dítě z něj mělo strach. Čtyři pacientky z osmi dokonce potvrdily sexuální zneužívání.

Existuje již i celá řada prací, které se zajímají o rodiče s hraniční poruchou osobnosti. V roce 2007 proběhl výzkum, který se zabýval mírou rodičovské soběstačnosti a rodičovského stresu. Bylo vybráno 17 matek s diagnózou hraniční porucha osobnosti. Výzkumníci zjistili, že matky vykazují vyšší hodnoty rodičovské úzkosti i větší potíže se zvládáním rodičovské role, než je tomu u matek bez diagnózy (Newman, Stevenson, Bergman, & Boyce, 2007, in Bartsch, Roberts, Davies, & Proeve, 2016).

Na tento výzkum pak navázali další výzkumníci Bartsch a kol. (2016), kteří si kladli za cíl prozkoumat zkušenosti rodičů s diagnostikovanou hraniční poruchou osobnosti a jejich vnímání dostupnosti vhodné podpory. Výzkumný soubor tvořilo 12 rodičů (11 matek, 1 otec). Ve výzkumu byl využit demografický dotazník, McLean screeningový test na přítomnost hraniční poruchy osobnosti, screeningový test pro děti SQDZ pro popis rodinného prostředí, a nakonec metoda tematické analýzy při rozhovorech, ze kterých vyplynulo několik témat.

Z výzkumu vychází, například potíže s hranicemi (rodiče spoléhají na své potomky). O tomto problému mluví i Nolen-Hoeksema (2012), kdy rodiče nejsou schopni žádat o pomoc zralým způsobem a používají manipulaci, na děti přenáší odpovědnost za své chování a využívají je jako osobní poradce. Z takového vztahu mohou vznikat u dětí deprese, úzkosti, emoční poruchy (Hosier, 2013). Rodiče dále uváděli potíže s udržováním stabilního a bezpečného prostředí pro své děti (dětí jsou často svědky konfliktů v domácnosti). Některé matky uváděly narušení rodičovské empatie a neschopnost zapojit se do dětských her. Interakce mezi rodiči a dětmi je však podstatným faktorem ve výchově. Matky s hraniční poruchou osobnosti jsou typické kolísavými náladami v extrémních formách. V prvních měsících života malého dítěte jde však především o stabilitu interakcí a konzistentní péči, její srozumitelnost a předvídatost, synchronizaci a emoční vyladění (Langmeier, 2006, 45). Ve výzkumu se také objevuje problém s přenosem maladaptivního chování rodiče na dítě. Rodič s nezvládnutou hraniční poruchou osobnosti nemusí správně naučit své dítě, jak zvládat a řídit emoce, řešit obtížné situace, nebo vztahy (Stepp, 2012). Mnozí rodiče také uváděli potřebu zaměřené intervence, které by zlepšily rodičovskou soběstačnost (Bartsch, Roberts, Davies, & Proeve, 2016).

V roce 2016 se objevilo obdobné téma v bakalářské práci Krejčí, která měla v úmyslu prozkoumat problematiku rodičovství žen s hraniční poruchou osobnosti. Zaměřila se především na těhotenství a období do dvou let od porodu. Objevila například existenci složitějšího vztahu mezi ženami s hraniční poruchou osobnosti a jejich matkami, partnery. Dále se dozvěděla, že matky s hraniční poruchou osobnosti byly během období těhotenství citlivější a mnohem více projevovaly hraniční rysy, stejně tak odhalila nedostatek rodičovských dovedností.

3.2 Intervence

Specifické pro rodiče s hraniční poruchou osobnosti je kolísání nálad mezi extrémy, mají velké problémy s emoční regulací, s tím je spojeno množství sociálních deficitů a chybějící podpůrné vztahy. Mnohdy tak nemají rodiče dostatek rodičovských dovedností. Velmi důležité je u dětí vzájemné naladění s rodičem. Takovému sblížení mohou bránit buď moc přísné hranice nebo naopak jejich absence. „*Mnohé potíže ve výchově způsobují právě nedostatečně vymezené hranice. Mnozí rodiče se namísto vymezování hranic uchylují k trestům a zákazům.*“ (Rogge, 2000, in Peňázová, 2016, 34).

Stepp (2012) uvádí, že by se odborníci měli zaměřit na zlepšování rodičovských dovedností a poskytování psychoedukace, díky které dojde ke zmírnění úzkostí. V zahraničí jsou podporovány rodičovské programy pro rodiče, kteří mají diagnózu poruchu osobnosti. Jedním z takových programů je program Helping Families Programme (HFP). V roce 2018 proběhlo výzkumné šetření, které si kladlo za cíl prozkoumat jakou zkušenost mají rodiče s vyhledáváním pomoci a zda je pro takové rodiče program HFP vhodný. Byly provedeny semistrukturované rozhovory, které byly následně analyzovány interpretativní fenomenologickou analýzou (IPA). Z analýzy byla identifikována dvě negativní témata, která zahrnovala pesimismus rodičů vzhledem k programům a pocit, že kliničtí psychologové chybně přiřazovali rodinné problémy k diagnózám. Rodiče s poruchou osobnosti však po absolvování programu HFP označovali svůj rodinný život za zvládnutelnější a výchovu za méně náročnou (Wilson, Weaver, Michelson a kol., 2018).

Následující myšlenka je taková, že včasná intervence u rodičů s hraniční poruchou osobnosti, může pomoci v regulaci chování dětí, které mají po svých rodičích genetické předpoklady pro vznik hraniční poruchy osobnosti. Samotní rodiče s hraniční poruchou osobnosti nejsou schopni nahlížet na možné problémy ve výchově, a tak sami nemají snahu hledat podporu. V pěti kontrolovaných studiích bylo potvrzeno, že díky terapii se u jedinců s hraniční poruchou osobnosti zmírnila četnost sebepoškozování a zlepšilo se sociální přizpůsobení (Praško, 2007). Lze tedy reálně předpokládat, že by se takových změn dalo dosáhnout i v případě výchovy. Rodiče by byli schopni rozpoznat symptomy i pocity dítěte a následně by byli schopni samostatně regulovat chování, sníží se tak míra rodičovského stresu a vytvoří se stabilnější rodinné prostředí.

VÝZKUMNÁ ČÁST

4. VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÁ OTÁZKA

Téma jsme si zvolili se záměrem blíže prohlédnout do oblasti klinické psychologie. S problematikou hraniční poruchy osobnosti jsme se prozatím setkali pouze teoreticky. Výchova je považována za jednoho z činitelů, kteří přispívají ke vzniku poruchy, proto jsme se rozhodli spojit tyto dvě oblasti a důkladněji prozkoumat výchovné styly rodičů s hraniční poruchou osobnosti. Jak už jsme poukázali v teoretické části, některé současné výzkumy se již zabývají výchovou rodičů s hraniční poruchou osobnosti, zkoumají míru stresu nebo zkušenosti s rodičovstvím. Valná většina takových výzkumů je kvalitativní povahy vzhledem k jedinečnosti zkoumané cílové skupiny.

Praktická část práce navazuje na teoretickou část, kde byla stručně charakterizována výchova, výchovné styly a postoje. Dále pak bylo představeno téma poruch osobnosti a specifikace emočně nestabilní poruchy – hraniční typ. V neposlední řadě byly také popsány rizika ve výchově rodičů s hraničním typem emočně nestabilní poruchy.

Cílem výzkumu je prozkoumat problematiku výchovy rodičů s hraniční poruchou osobnosti, porozumět subjektivnímu přístupu ve výchově a propojit poznatky s odborným přístupem v teoretické části. Výzkum by tak mohl přispět k včasné intervenci u rodičů s hraniční poruchou osobnosti a pomoci v regulaci chování u dětí, které mají po svých rodičích genetické předpoklady pro vznik hraniční poruchy osobnosti. Vzhledem k možným subjektivním zkušenostem respondentů jsme zvolili výzkumné otázky, které počítají s individualitou respondentů:

- 1) *Jaký výchovný styl používají rodiče s hraniční poruchou osobnosti vůči svým dětem?*
- 2) *Objevují se ve výchově rodičů s hraniční poruchou osobnosti nějaká specifika?*

Následující kapitoly praktické části hledají odpovědi na stanovené výzkumné otázky. Prezентují subjektivní zkušenosti jednotlivých respondentů a jsou identifikována stěžejní témata. Diskuze propojuje poznatky teoretické i praktické části, interpretuje a podrobuje kritice.

5. METODOLOGICKÝ RÁMEC

Daná kapitola popisuje metodu a představuje důvody, které ke zvolení metod vedly. Dále popisuje metody oslovení respondentů, metody tvorby dat, zpracování dat a jejich analýzu.

5.1 Typ výzkumu

Vzhledem k jedinečnosti cílové skupiny, zaměření na subjektivní zkušenosti participantů a hledání specifik ve výchově rodičů s hraniční poruchou osobnosti volíme **smíšený typ výzkumu** s důrazem na kvalitativní část. Smíšený typ výzkumu je *"obecný přístup, v němž se mísí kvantitativní a kvalitativní metody, techniky nebo paradigmata v rámci jedné studie."* (Hendl, 2016, 56).

Kvantitativní část se pohybuje pouze na úrovni deskriptivity a z důvodu nízkého počtu respondentů nelze získaná data zobecnit na zkoumanou populaci rodičů s hraniční poruchou osobnosti. Tato část bude reprezentována **Dotazníkem stylů výchovy pro děti od 8 do 12 let**, díky kterému také zmapujeme pole pro tvorbu otázek do interview. *„Dotazník v jeho základní podobě nahrazuje strukturovaný rozhovor a je předložený v písemné podobě. Velkou výhodou dotazníku je pokrytí relativně velkého vzorku. V dnešní době jsou ideální dotazníky, které může respondent vyplnit on-line na internetu. Nevýhodou dotazníkových šetření je anonymita respondenta.“* (Vojtíšek, 2012, 27). Větší důraz ve výzkumu je kladen na kvalitativní data, která dovolí se problematice věnovat konkrétněji.

Kvalitativní výzkum dovoluje hlouběji proniknout do zkoumané problematiky a je specifický svou neopakovatelností a jedinečností. Je třeba respektovat dynamiku celého procesu, který se odehrává v čase, nemívá lineární průběh a neustále se proměňuje vlivem různých faktorů. Kvalitativní přístup se využívá v případech, kdy kvantitativní přístup není dostatečný vzhledem ke složitosti zkoumaných sociologických a psychologických jevů (Miovský, 2006).

„Kvalitativní přístup v psychologických vědách je přístupem, který pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod.“ (Miovský, 2006, 17).

K interpretaci dat byla zvolena **metoda tematické analýzy**, která sleduje zkušenost a zážitky jedinců. Braun a Clarke (2006, 79) považují tematickou analýzu za „*metodu identifikace, analýzy a dokazování ke vzorcům (tématům) v datech*.“. Tematickou analýzu je možné použít v teoretickém přístupu, kdy máme předem stanovenou výzkumnou otázku a sledujeme zážitky jedinců, ale vhodná je i pro takové výzkumy, kde se výzkumná otázka objeví až později (Braun, & Clarke, 2006). V tomto případě se bude jednat o teoretický přístup, kdy jsou otázky zvoleny dopředu. V rámci tematické analýzy je potřeba nacházet témata, jež se opakují a zachycují podstatné údaje vzhledem k výzkumným otázkám. Snažíme se teoretizovat společensko-kulturní kontext (Miovský, 2006). Velmi důležitou se jeví i role výzkumníka, který představuje aktivní prvek. Výzkumník musí vědět, kam směřuje, přemýšlí o datech a hledá v nich spojení, která interpretuje.

V rámci zprůhlednění procesu analýzy dat navrhuje Braun a Clarke (2006) v šesti bodech postup:

- 1) **Seznámení s daty** – Dochází k ponoření se do získaných dat, hledání významů a vzorců. Opakované pročítání podkladů umožňuje také pochopit práci s menším počtem respondentů v kvalitativním výzkumu. Jedná se o poměrně časově náročnou fázi, doporučuje se psát poznámky a značit myšlenky.
- 2) **Generování počátečních kódů** – Ze zajímavých myšlenek a poznámek generalizujeme kódy, výzkumník hledá opakující se vzorce. Barevně značíme a třídíme.
- 3) **Hledání témat** – Analyzujeme a přemýšlíme nad kódy a kombinacemi, postupně začnou vyplouvat na povrch zastřešující témata. Dochází tedy ke slučování kódů do obecnějších témat, kódy se nesmí překrývat. Pracujeme pomocí myšlenkových map a tabulek, které umožňují lepší orientaci.
- 4) **Přezkoumání témat** – Z vytvořené sady témat některé vyřazujeme, slučujeme. Data by měla ladit a mezi tématy by měly existovat rozdíly. Dochází k ujasňování hranic mezi jednotlivými tématy.
- 5) **Definování a pojmenování témat** – Dochází především k identifikování „jádra“ tématu, mohou se objevit subtémata. Definujeme, co téma je a co naopak není.
- 6) **Napsání závěrečné zprávy** – Zpráva by měla být stručná, přehledná a soudržná, měla by vystihnout podstatu a tvořit argumenty k našim výzkumným otázkám.

5.2 Metody zisku respondentů a tvorby dat

Respondenti byli vybráni metodou **samovýběru**. Jedná se o nepravděpodobnostní výběr a metoda je založena na principu dobrovolnosti. Je zde možnost zkreslení, kdy aktivní zájem o výzkum projeví jen určité osobnostní charakteristiky (Miovský, 2006). Samovýběr probíhal přes sociální sítě ve skupinách přímo určených pro jedince s hraniční poruchou osobnosti. Bylo osloveno celkem pět skupin, ze kterých se následně ozvalo dohromady 20 respondentů. Do výzkumu byli zařazováni dle předpokladu, že splňují kritéria výběru (blíže popsané v kapitole Výzkumný soubor). Celkový počet takto získaných participantů nakonec činil osm rodičů, matek, které se následně i reálně zúčastnily výzkumu. Jako kompenzace času bylo nabídnuto vyhodnocení dotazníků a sdělení výsledku.

Pro tvorbu dat byl zvolen *smíšený typ* výzkumu, který byl blíže specifikován v kapitole Typ výzkumu. K mapování pole pro tvorbu otázek jsme použili **Dotazník stylů výchovy pro děti od 8 do 12 let**. Dotazník je původně určen pro děti od 8 do 12 let, autoři však uvádí možnost vyplnění samotnými rodiči. „*Dotazník se může stát východiskem rozhovoru se zaměřením jak na diagnostiku, tak na poradenskou intervenci, a to ve vztahu k dětem i k jejich rodičům, učitelům, popřípadě prarodičům aj., v zájmu lepšího poznání, sebepoznání, lepší komunikace a výchovy.*“ (Čáp, & Boschek, 2000, 24).

Dále jsme použili **semistrukturované interview**, které je specifické tím, že se vytvoří schéma pro tazatele závazné a specifikují se okruhy otázek. Využili jsme tak možnosti volné, přirozené a nenucené komunikace. Je možné zaměřovat pořadí okruhů, a tak maximalizovat vytíženost. Máme zpravidla definované jádro interview (tj. minimum témat a otázek) a dále na něj lze nabalovat další otázky. Při analýze pak záleží na výzkumníkovi, zda přidružené otázky zahrne do analýzy či nikoli (Miovský, 2006). Semistrukturované interview je vhodné i pro skupiny, se kterými není lehké komunikovat. Interview jsme vytvořili samostatně a zaměřili jsme se především na otázky, které plynuly z dotazníkového průzkumu a byly vhodné vzhledem ke stanoveným výzkumným otázkám.

Interview proběhlo nejprve **se dvěma dobrovolníky**, kterými byla jedna žena a jeden muž mimo oblast psychologie, aby se prokázala vhodnost otázek pro získání potřebných informací, ale i jejich srozumitelnost. Na začátku každého interview byl respondentovi představen samotný výzkum, jeho cíle i význam a také samotný výzkumník, který výzkum prováděl. Respondenti měli možnost se doptat na otázky, které je vzhledem k výzkumu napadaly.

Všem respondentům byl předložen informovaný souhlas a byli dotázáni, zda je možné pořídit audiozáznam. S pořízením audiozáznamu všichni respondenti souhlasili. Struktura samotného interview se řídila doporučeními Miovského (2006). Byla směřována od obecnějších otázek až po takové, které byly konkrétnější a citlivější. Respondenti na úvod sdělili své demografické údaje, jako je věk, vzdělání, rodinný stav, počet dětí a kraj, ze kterého pocházejí. Délka samotného interview byla zhruba 60 minut, některé rozhovory byly i delší. Vzhledem k rozmístění respondentů byla zvolena forma interview po telefonu, případně pomocí služby Skype.

„Polostrukturované interview můžeme provádět ve standardizovaném prostředí, za jaké lze považovat například psychologickou ordinaci, kancelář atd., stejně tak jako je možné tuto metodu použít ve velmi různorodém prostředí (rozhovory prováděné v klidnějších koutech restaurací, barů atd.)“ (Miovský, 2006, 160).

Respondenti si mohli sami vybrat konkrétní den vzhledem ke svým časovým možnostem. Většinou využívali soukromí svého pokoje, kde nebyli rušeni dalšími členy domácnosti. V jednom případě byla na malou chvíli přítomna dcera respondentky, která ji v některých věcech doplňovala. Velkou výhodou tedy shledáváme v prostředí, které bylo pro respondenty známé a mohli být zcela uvolnění. Rozhovory probíhaly nejpozději 14 dní po odevzdání dotazníku.

5.2.1 Blíže k dotazníkové metodě

K výzkumu výchovného stylu jsme použili **Dotazník stylů výchovy pro děti od 8 do 12 let**. V dotazníku bylo k dispozici 58 otázek (29 vzhledem k matce a 29 vzhledem k otci). Jedná se o nástroj, který pracuje s modelem devíti polí. Do takového modelu patří *emoční vztah* k dítěti (kladný, střední, záporný), který můžeme určit zvlášť pro matku, otce i pro rodinu jako celek. Dalším aspektem je *výchovné řízení* (silné, střední, slabé, rozporné), které můžeme rovněž posoudit zvlášť pro matku, otce a celou rodinu. Spojením možností emočního vztahu a výchovného řízení vzniká 8 možných kombinací. Autoři pocítovali potřebu zařadit do modelu extrémně kladný emoční vztah se slabým řízením a pole se záporně-kladným emočním vztahem. Zároveň bylo sloučeno pole první s možnostmi záporně emočního vztahu a středního řízení, vzhledem k nízké četnosti. Jednotlivá pole si krátce definujeme.

Pole první, druhé a třetí je specifické pro záporný emoční vztah vůči dítěti. V prvním a třetím poli jsou kladeny přísné příkazy a zákazy, je vyžadováno okamžité plnění příkazů, jinak následuje přísný trest. Často se poukazuje na nedokonalosti dítěte, rodič ironizuje, často dochází ke srovnávání v případě sourozenců a celkově je výchova chudá na pochvalu, která se dětem nedostává. Rodiče využívají fráze jako „co jsem pro tebe všechno obětoval“. Děti se v tomto stylu výchovy po čase začnou bouřit.

Pole druhé (záporný emoční vztah se slabým řízením) značí lhostejnost, nezájem, absenci kladných emocí a nedůvěru ke schopnostem dítěte. Tresty a nepřiměřené příkazy a zákazy se zde příliš nepoužívají. Rodiče nemají velký zájem o výchovu svého dítěte, tráví spolu minimum času a dobrý výkon není ani očekáván.

Pole třetí (záporný emoční vztah k dítěti s rozporným řízením) je typické kladením požadavků, ale nekontrolováním jejich dodržování. Děti vychází z takové výchovy labilní, nestabilní. Chybí porozumění a naslouchání rodiče. Může se jednat o případ, kdy jeden z rodičů preferuje velmi přísnou výchovu a druhý rodič je mírný, dítě před druhým rodičem omlouvá.

V poli čtvrtém (kladný nebo extrémně kladný emoční vztah se silným řízením) nalezneme rodiče laskavé ale důsledné. Mají u dětí autoritu, ale i osobu s pochopením.

V poli pátém (kladný nebo extrémně kladný emoční vztah se středním řízením) rodič může někdy projevit nesouhlas k jednání dítěte, ale vše se odehraje v přátelském duchu a vzájemném respektu.

V poli šest (kladný emoční vztah se slabým řízením) se rodiče staví do role kamaráda svého dítěte, ale chybí rodičovská autorita. Jedná se o laskavou výchovu, která se snaží o domluvu. Rodič však často podléhá požadavkům dítěte a hledá vinu u druhých. Rodič nestanovuje potřebné hranice, vytváří pro dítě „skleníkové podmínky“. Pro děti to znamená, že se nenaučí překonávat překážky, nerezignovat při neúspěchu a klást na sebe přiměřené požadavky.

Pole sedm (kladný nebo extrémně kladný emoční vztah s rozporným řízením), u kterého nemůžeme jednoznačně určit styl výchovy, protože záleží na konkrétním rodiči a jeho výchovném působení, zda se přikloní k obrazu laskavé autority ze čtvrtého pole nebo nechá svému dítěti volnost podle vzoru v poli šest.

Pole osm (extrémně kladný emoční vztah se slabým řízením) tvoří děti svědomité, samostatné a dodržující normy. Neexistuje rozdíl mezi kladným emočním vztahem a extrémně kladným emočním vztahem u řízení silného, středního nebo rozporného, ale situace se mění při slabém řízení, kdy můžeme pozorovat příznivější vývoj osobnosti. Pro případ, kdy dítě uvádí jednoho z rodičů jako záporného a druhého jako extrémně kladného vzniklo **pole deváté**, které však není příliš časté (Čáp, & Boschek, 1994). Tabulka níže představuje ucelený přehled všech zmíněných polí.

Emoční vztah	Řízení silné	střední	slabé	rozporné
záporný	1 výchova autokratická, tradiční, patriarchální		2 liberální výchova s nezájmem o dítě	3 pesimální forma výchovy, rozporné řízení se
záporně kladný	9 výchova emočně rozporná, jeden z rodičů zavrhuje, druhý extrémně kladný nebo dítě je s ním v koalici			
kladný	4 výchova přísná a přitom laskavá	5 optimální forma výchovy se vzájemným porozuměním a přiměřeným řízením	6 laskavá výchova bez požadavků a hranic	7 rozporné řízení relativně vyvážené kladným emočním vztahem
extrémně kladný			8 kamarádský vztah, dobrovolné dodržování norem	

Tabulka 1 – model devíti polí (Čáp, & Boschek, 1994)

Styly dle modelu devíti polí lze porovnat s mnohem známějším modelem Lewina, o kterém jsme se zmiňovali v teoretické části práce. Jen ve zkratce připomeneme, že se jedná o tři styly výchovy. **Autokratický**, který je typický silným řízením, tresty, zákazy, dodržováním pravidel, odmítání názorů dítěte. **Liberální**, který představuje minimální řízení, absenci vedení, volnost, pravidla nejsou stanovena. A poslední **demokratický**, kde je viditelná podpora iniciativy dítěte, příklady namísto trestů, pochopení individuality. V níže uvedené tabulce je názorné srovnání.

Styl/pole	1	2	3	4	5	6	7	8	9
autokratický	X		X						
liberální		X				X			X
demokratický					X			X	
nelze zařadit				X			X		

Tabulka 2 – porovnání modelu devíti polí a Lewinových výchovných stylů

5.3 Metody zpracování a analýzy dat

Po administraci dotazníků jsme veškerá data vyhodnotili dle návodu v manuálu. Zjištěné výsledky jsme následně zaznamenávali do tabulky a dělali si poznámky. Pomocí deskriptivní statistiky byl určen nejčastěji zastoupený emoční vztah a výchovné řízení. Vzhledem k povaze výzkumného souboru, který tvořilo osm žen, jsme se zaměřili na emoční vztah matky. Stejně tak tomu bylo i u výchovného řízení. Byly tedy sledovány pouze hodnoty pro jednoho z rodičů. Následně byly k získaným výsledkům přiřazeny jednotlivá pole a výchovný styl dle Lewina.

Data získaná pomocí semistrukturovaného interview byla fixována pomocí audiozáznamu. Byl také použit jednoduchý pozorovací arch, do kterého jsme dělali poznámky. Rozhovory jsme se snažili přepisovat v co nejkratším čase od jejich pořízení, abychom využili detaily, které jsme měli ještě v živé paměti. Audiozáznamy byly analyzovány odděleně. Byl proveden doslovný přepis pořízeného audiozáznamu, proběhla tzv. **transkripce**.

První audiozáznam byl přepsán před tvorbou dat s dalšími respondenty, aby nám poskytl zpětnou vazbu. Poté jsme pomocí redukce prvního řádu text upravili do plynulejší a čitelné podoby. Materiál byl po opakovaném pročitání upraven do podoby vhodné pro analýzu. Dvě vybraná interview jsou k nahlédnutí v příloze této práce.

Sesbíraná data z interview byla analyzována pomocí tematické analýzy a dle doporučeného schéma Braun a Clarke. Nejprve jsme data pročetli a hledali kódy. Po nalezení kódů jsme je začali spojovat do subtémat, která jsme postupně spojovali nebo vyřazovali. Nakonec jsme objevili **celkem 2 hlavní zastřešující témata**, která se vztahují ke stanoveným cílům. Z těchto témat byla sepsána závěrečná zpráva.

6. VÝZKUMNÝ SOUBOR

Vzhledem ke zvolenému tématu byla jedním z nezbytných kritérií výzkumného souboru psychiatrem diagnostikovaná emočně nestabilní porucha osobnosti – hraniční typ. S diagnózou je úzce spjata podmínka dosažení plnoletosti, a i přes to, že se porucha vyvíjí již od dospívání, není vhodné ji diagnostikovat před dosažením plnoletosti (WHO, 2006). Další nezbytnou podmínkou bylo, že jedinec vychovává dítě ve věku od 8-12 let. Tato podmínka se týkala především použitého dotazníku. V dotazníku byly obsaženy otázky na aktivity v rodině, typické pro děti ve věku od osmi do dvanácti let.

Hospitalizovaní pacienti nebyli oslovoováni vzhledem k předpokladu akutních problémů. Oslovování tak probíhalo prostřednictvím sociální sítě, skrze facebookové skupiny. Jednalo se tedy o nepravděpodobnostní výběr, konkrétně metodu *samovýběru*, založenou na principu dobrovolnosti. Byl vytvořen plakát se stručnými informacemi k výzkumu a nabídnuta možnost zpětné vazby vyhodnocením dotazníku. Dohromady se nám ozvalo 20 respondentů, mnozí však nesplňovali kritéria pro zařazení do výzkumu. Největším úskalím se ukázal věk dítěte, kdy větší počet respondentů uvádělo, že mají dítě mladší.

Již na začátku byli respondenti seznámeni s výzkumem a požádáni nejprve o vyplnění krátkého dotazníku, následně i o interview. Kritériem pro interview byla ochota hovořit o svém rodinném prostředí a výchově vůči dítěti, což se mohlo jevit jako intimní téma, souhlasili však všichni z konečného souboru osmi respondentů.

Výzkumný soubor v konečném výsledku tvořilo 8 žen ve věku od 28 do 45 let. Věkový průměr činil 36,7 let. Modus věku respondentů měl hodnotu 4 a medián měl hodnotu 39. Snažili jsme se také získat informace o rodinném stavu a počtu dětí, výši dosaženého vzdělání a kraji, ve kterém se respondenti nachází. Respondenti se svými údaji velmi lišili. Výzkumu se zúčastnilo více respondentů z Prahy, byli však zastoupeni i respondenti českého občanství, kteří aktuálně žijí v Německu a Švýcarsku. Všechny údaje o respondentech jsou zaznamenány v přehledné tabulce.

Jméno	Věk	Rodinný stav	Vzdělání	Bydliště
Jitka	41	Svobodná 1 dítě	Střední škola s maturitou	Praha
Lída	42	Rozvedená 2 děti	Učiliště	Německo
Kristýna	29	Svobodná 1 dítě	Studuje VŠ	Olomoucký kraj
Míša	45	Svobodná 1 dítě	VŠ	Praha
Jarka	31	Zasnoubená 2 děti	Střední škola s maturitou	Jihočeský kraj
Anna	28	Vdaná 2 děti	Střední škola s maturitou	Jihočeský
Petra	37	Svobodná 4 děti	ZŠ	Praha
Dominika	41	Vdaná 2 děti	VŠ	Švýcarsko

Tabulka 3 – údaje o respondentech

6.1 Etické problémy

Rodinné prostředí může být pro respondenty citlivější a velmi osobní téma. Pro interview bylo tedy nutné zajistit podmínky, které jim zaručí bezpečný prostor, ve kterém se budou cítit pohodlně. Respondenti byli na začátku seznámeni s výzkumem, jeho cíli a záměry práce. Každému respondentovi byl také předložen informovaný souhlas (viz Příloha). Do výzkumu tak respondenti vstupovali dobrovolně s možností kdykoliv odstoupit. Byla zaručena anonymita, která je v práci ošetřena změnou křestních jmen. V rámci ochrany výzkumníka nebylo při kontaktu s respondenty nikdy sdělováno místo bydliště a výzkumník si byl vědom, že i on může kdykoliv ukončit interview v případě, že by byla ohrožena jeho bezpečnost.

Respondenti mimo informovaný souhlas dávali také svolení s audiozáznamem samotného interview. Tyto audiozáznamy jsou uchovávány v zaheslované složce ve výzkumníkově notebooku a má k nim přístup pouze výzkumník a nikdo jiný. Záznamy budou uloženy po dobu jednoho roku a následně smazány. V poslední fázi rozhovoru došlo k reflexi pocitů a naposledy byli respondenti dotázáni, zda souhlasí s uveřejněním získaného materiálu.

7. VÝSLEDKY

Následující kapitola prezentuje výsledky nejprve zjištěné **Dotazníkem stylů výchovy pro děti od 8 do 12 let** a následně i ty získané pomocí interview. Zjištěné údaje jsme analyzovali dle manuálu. Interview jsme analyzovali dle kroků tematické analýzy.

7.1 Z dotazníku

Pro participanty byl dotazník srozumitelný a většinou nežádali o dovysvětlení. Dotazník byl původně vytvořen pro děti ve věku od 8-12 let. První vytvořený Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině byl určen starším dětem ve věku 12-19 let, popřípadě jej šlo využít i pro dospělou populaci ke zjištění stylu výchovy, který zažívali v dětství. U Dotazníku stylů výchovy pro děti od 8 do 12 let autoři uvádějí také možnost využít jej u dospělých jedinců, ale ve vztahu k jejich stylu výchovy, který využívají vůči svým dětem. Vyplněný dotazník nám pomohl s tvorbou otázek do interview. Připomínáme, že vzhledem k povaze výzkumného souboru byly hodnoty pozorovány pouze u matek a díky nízkému počtu respondentů nelze zobecňovat.

7.1.1 Způsob výchovy

Díky dotazníku jsme zjistili zastoupení výchovného stylu u matek s hraniční poruchou osobnosti. Výsledky nelze zobecňovat na celou zkoumanou populaci vzhledem k nízkému počtu respondentů. V našem souboru respondentů se nejčastěji objevovalo **pole první**. Naopak pole páté a sedmé nebylo přidělena žádnému z respondentů, přitom pole páté je označováno jako optimální forma výchovy.

7.1.2 Emoční vztah

Matky s hraniční poruchou osobnosti ve valné většině projevují **záporný emoční vztah**. V jednom případě se projevil extrémně kladný emoční vztah a jeden respondent vykazoval známky kladného emočního vztahu.

7.1.3 Výchovné řízení

Výchovné řízení u matek s hraniční poruchou osobnosti je velmi různorodé, jsou zastoupeny všechny možné varianty. Celkem tři dotazovaní projevují **slabé výchovné řízení**, u dalších tří se projevuje **silné řízení** a zbylí dva vykazují střední a rozporné řízení.

Dle Kurta Lewina rozlišujeme tři výchovné styly, které lze jednoduše určit i z *Modelu devíti polí* Čápa. V našem výzkumném souboru se nejčastěji vyskytoval styl **autokratický**. Ve dvou případech se objevil styl liberální a jeden respondent vykazoval demokratický styl výchovy. Tabulka uvedená níže představuje přehled získaných informací.

Jméno	Emoční vztah	Řízení	Umístění v Modelu devíti polí	Styl výchovy dle Lewina
Jitka	Záporný	Střední	1	Autokratický
Lída	Záporný	Rozporné	3	Autokratický
Kristýna	Záporný	Silné	1	Autokratický
Míša	Záporný	Slabé	2	Liberální
Jarka	Kladný	Slabé	6	Liberální
Anna	Záporný	Silné	1	Autokratický
Petra	Extrémně kladný	Slabé	8	Demokratický
Dominika	Záporný	Silné	1	Autokratický

Tabulka 4 – výsledky dotazníku stylu výchovy

7.2 Z rozhovorů

Rozhovor proběhl s respondenty po předchozí domluvě a po vyplnění dotazníku. S respondenty jsme se domluvili na tom, že rozhovor proběhne po telefonu nebo za pomoci služby Skype, a to především z důvodu rozmístění respondentů. Dva z dotazovaných se nacházeli dokonce v odlišném státu. S jednou z respondentek, která pochází z Olomouckého kraje, bylo naplánované osobní setkání na březn. Vzhledem k vyhlášení karantény na celém území ČR bylo interview nakonec provedeno taktéž telefonicky.

Snažili jsme se o to, aby rozhovor navazoval na dotazník. Vytvořili jsme s jeho pomocí základní přehled otázek (viz Příloha), které jsme v průběhu interview doplňovali o další, které vyplynuly ze situace. Respondenti často sami hovořili o své výchově vůči dětem, a tak některé otázky byly zodpovězeny ještě dříve, než byly položeny.

Výsledky z interview byly analyzovány metodou tematické analýzy. Nejprve jsme vytvářeli kódy, které jsme spojovali do subtemat. Vznikla nakonec dvě hlavní témata, která se vztahují k výzkumným cílům. Jsou uvedena níže v přehledné tabulce. Data většinou korespondovala s údaji, které byly zjištěny pomocí Dotazníku stylů výchovy pro děti od 8 do 12 let. Zaměřili jsme se především na specifika ve výchově, hledali jsme společná témata všem respondentům z výzkumného souboru.

Postoj k rodičovství	
Připoutání	Velké připoutání
	Obavy z připoutání
Změna postoje	Změna myšlení
	Změna chování

Tabulka 5 – téma: postoj k rodičovství

Způsob výchovy	
Požadavky	Očekávané chování
	Kladné, společenské
Hranice	Nastavení základních hranic
	Dodržování, důslednost
Řešení konfliktu	Křik
	Vysvětlování
	Zákazy
Péče	Zájem
	Obavy, strach

Tabulka 6 – téma: způsob výchovy

7.2.1 K jednotlivým tématům

První nalezené téma jsme pojmenovali **ZPŮSOB VÝCHOVY**. Téma vzniklo sloučením několika subtemat, která jsou pojmenována jako požadavky, hranice, řešení konfliktu a péče.

Subtéma **POŽADAVKY** objevilo souvislost s kladením požadavků v podobě nějakého chování, které samotné respondentky v dětství postrádaly. Nalezený kód **očekávané chování** prokazovala většina respondentek. Jedna respondentka například uváděla, proč vyžaduje po synovi, aby nelhal. *„Že nesmí lhát, a to se mi povedlo, věříme si. Z toho mám velkou radost a je tam velký rozdíl mezi mnou a mámou.“* Další respondentka zase zdůrazňovala synovu **společenskost**. *„na lidi se směje a chce i k cizím. A tak to mám radost, že je společenskej, protože já jsem měla hodně nízký sebevědomí, takový šedá myš v koutě.“* I další respondentky zmiňovaly požadované **kladné** vlastnosti. *„aby nemluvil sprostě, neodmlouval.“*

Další subtéma se týká **HRANIC**, která jsou pro dítě důležitá vzhledem k rozvoji důvěry, ale i náhledu na sebe. **Nastavování základních hranic** se u respondentů liší, ale všechny respondentky se snaží nějakým způsobem hranice nastavovat. *„Hranice, který jsme nastavila, tak dodržuje. Jakože aby nemluvil sprostě, neodmlouval a udělal to, co se řekne.“* S tím ale také souvisí **dodržování** nastavených hranic. Jedna respondentka přiznává volnější přístup *„vychovávala jsem k tomu, že musí poslouchat, ale taky byly situace, kdy si myslím, že jsem byla v něčem volná...“*.

Druhá vyloženě udělá úkon za své dítě. „někdy mu řeknu, ať si uklidí ten bordel v pokoji..no ale nakonec vstanu a uklidím ho za něj“. „Jiná naopak lpí na nastavených hranicích. „když řeknu, že umeje to nádobí, tak bude umytý“

ŘEŠENÍ KONFLIKTŮ se jeví jako problematické. Rodiče s hraniční poruchou osobnosti mohou mít problémy se zvládáním emocí, nemusí tak své děti naučit správně zvládat emoce. Emoce jedince s hraniční poruchou osobnosti jsou mnohem extrémnější, než je tomu u běžné populace. Některé respondenty přiznaly, že jsou hodně výbušné, nemají s dětmi trpělivost a řeší konflikty nejdříve **křikem**. „on umí bejt dost protivnej a vzteká se, ale dyž na něj křiknu, tak potom je v klidu.“. Některé se naopak naučily řešit situaci odlišným způsobem. „naučila jsem dceru vybit se do polštáře...když už to nezvládám, jdu do ložnice a praštím do polštáře...dcera se to naučila taky“ nebo „Věděla jsem ale, že už jsem moc rozrušená, že už je to moc, a tak jsem raději odešla. Odešla jsem pryč, abych se uklidnila. Já vím, že když na ni začnu křičet, že to špatně snáší.“. Často se pak již uklidněné vrací a použijí **vysvětlování**. „Pak se vrátím a snažím se jí to vysvětlit“ nebo „ona když mě naštvě, musím se jít uklidnit a pak už reaguju racionálně a mluvím s ní“. Méně často se objevují **zákazy**. „Dávám i nějaké zákazy, jako je Pc, televize nebo mobil. Ale to hodně málo.“ nebo „jakože na něj zákazy moc neplatěj...ale teda hry na počítači, to pak šlape“.

PÉČE je dalším subtématem. Ve výzkumech prezentovaných v teoretické části uváděly matky potíže se zapojení se do dětských her. V našem případě respondenty takové potíže neuváděly. **Zájem** o dítě projevovaly v různých oblastech. „Já když už vím, že jí ty vědomosti, které po mě chce, nedokážu poskytnout, tak se aspoň snažím jí je zajistit jinak.“. Některé respondenty byly samy zprostředkovatelkami dovedností. „zdědila jsem po otci zpět, takže syna učím třeba zpívat..hodně jsme si kreslili, teď jsem ho dala do zušky“. V mnoha případech trávily respondenty společný čas s dětmi nad úkoly. „Spolu si doma hrajeme, malá hrozně ráda kreslí, takže si spolu kreslíme. A učení, no. To sice není ten volnej čas, no.“.

Strach a obavy o dítě se objevovaly poměrně často. „Bojím, bojím. Jsem strašnej strašpytel, ale držím si to v sobě. Jako neřeknu mu to.“ Nebo „jakože bojím se o ni, není ten svět úplně bezpečnej..ale možná už to někdy přeháním.“ Některé dokonce uváděly nedostatek schopností u svého dítěte postarat se o sebe. „Bojím se i doma, že se zraní. Ona totiž nemá takovej ten pud sebezáchovy, nevidí důsledky svého jednání.“

Druhé velké téma jsme pojmenovali jako **POSTOJ K RODIČOVSTVÍ**. Subtéma **PŘIPOUTÁNÍ** bylo velmi dominantní. Hraniční porucha osobnosti se vyznačuje neschopností být sám. V našem výzkumu však objevujeme i schopnost rozpoznat, kdy je míra připoutání už příliš silná. **Velké připoutání** k dítěti vykazovalo mnoho respondentek. „*Když jsem byla hospitalizovaná, tak tprěl. Asi jsem ho strašně na sebe navykla.*“. Ve dvou případech matky uvedly, že si nedokáží představit, že by nebyly se svými dětmi. „*Nemůžu se teď zhroutit a být odříznutá od malé.*“ Některé respondentky naopak vykazovaly **obavy z připoutání** a pociťovaly vnitřní nejistotu. „*Psycholožka mi sice neřekla, že by to už bylo moc, ale já z toho mám divnej pocit, mám z toho strach. Třeba mám strach z toho, že něco udělám špatně a že jsem spoustu věcí už podělala, když jsem byla mladá. Nechci, aby ten malej kvůli mně skončil tady na lavičce v Bohnicích.*“

U všech respondentek se objevily po narození dítěte **ZMĚNY V POSTOJÍCH**. Je známé, že jedinci s hraniční poruchou osobnosti neumí kontrolovat své emoce a často řeší vypjaté situace sebedestruktivním chováním. Návykové látky zase pomáhají jedinci s hraniční poruchou osobnosti se uvolnit. Narození dítěte však v respondentkách změnilo jejich dosavadní **myšlení**. „*Ale mít dítě, to mi vlastně dalo směr konečně v tom životě. Pomohlo mi to srovnat priority. Jakože nechci žít, že teď žiju pro malou, to asi úplně ne. Ale nemůžu si dovolit ten komfort zhroutit se.*“ nebo „*Změnil se můj přístup k řešení problémů určitě.*“ Změnilo se také **chování** respondentek. „*V životě se už nepokusím spáchat sebevraždu, protože to bych té malé nemohla udělat.*“ a nebo „*přestala jsem pít a chodit na party..kouření jsem omezila, když jsem ho čekala.*“ nebo „*no třeba skrz to řezání, ta představa, že by si o mě moje děcko myslelo, že jsem zbabělec, to nejde.*“

8. DISKUZE

Kapitola se zabývá především interpretací prezentovaných dat, vrací se k původním otázkám a výsledky výzkumu srovnává s obdobnými studiemi. Druhá část kapitoly je věnovaná limitům práce a možnostem selhání.

8.1 Výsledky v kontextu

V teoretické části práce jsme se snažili nastínit problematiku rodičovství s hraniční poruchou osobnosti. Zaměřili jsme se však jen na základní pojmy a uvědomujeme si omezené množství poznatků, které bylo prezentováno. Cílem práce nebylo postihnout celou šíři témat výchova nebo porucha osobnosti, pouze proniknout do dílčích oblastí. Problematika rodičů s hraniční poruchou osobnosti nás zaujala, protože výchova je jedním z činitelů přispívajících ke vzniku poruchy.

Výzkumem rodičů s hraniční poruchou osobnosti, u kterých jsme využili smíšený typ, jsme získali množství informací, které jsme prezentovali v předchozí kapitole. Nyní dojde k bližší interpretaci získaných dat. Jako jeden z mnoha faktů plynoucích z výzkumu, který můžeme hned na začátek uvést, je obecný údaj o prevalenci poruchy. Praško a Kosová (2004) uvedli, že častěji se porucha vyskytuje u ženského pohlaví, a to v poměru 2:1. Složení našeho souboru, který obsahoval osm žen, tak koresponduje s uvedenými údaji.

Vzhledem ke stanoveným výzkumným otázkám jsme došli k několika zjištěním. Kladli jsme si otázku, *jaký výchovný styl využívají rodiče s hraniční poruchou osobnosti*. Na tuto otázku nám pomohl odpovědět Dotazník stylů výchovy pro děti od 8 do 12 let. Z dat v dotazníku jsme dokázali u každé respondentky určit emoční vztah k dítěti, výchovné řízení a výchovný styl. V rodinách s *kladným emočním vztahem* převažuje stabilita, vyrovnanost a příznivé sebehodnocení. V případě *záporného emočního vztahu* se objevuje úzkost, nejistota a nízké či kolísavé sebehodnocení. Děti z rodin s *extrémně kladným emočním vztahem* zůstávají na laskavé autoritě rodičů příliš závislé. Je pravděpodobné, že se vzájemně emoční vztah a forma řízení ovlivňují (Čáp a kol., 2000, 12).

V našem výzkumném souboru byl více zastoupen *záporný emoční vztah k dítěti a slabé řízení*. Čáp (2000) rozdělil možné kombinace do devíti polí, které je možné srovnávat s mnohem známějším modelem výchovných stylů Kurta Lewina. V našem výzkumném souboru převládal **autokratický styl výchovy**. Styl autokratický (autoritativní) klade důraz především na bezpodmínečnou poslušnost a podřízení autoritě dospělého člověka, rodiče. Děti tak mají malý prostor pro samostatné rozhodování a jednání. Tento styl vychovává submisivní, závislé a málo iniciativní osobnosti (Langmeier a kol., 2006). Díky nízkému počtu respondentů však nelze zobecňovat získané výsledky.

Druhá metoda, která nám poskytla cenné informace, bylo interview. To nám pomohlo odpovědět na další otázku, kterou jsme si kladli – *Objevují se ve výchově rodičů s hraniční poruchou osobnosti nějaká specifika?*

Interview nám většinou potvrdilo poznatky získané odbornou literaturou. Velmi příznačné pro rodiče s hraniční poruchou osobnosti jsou problémy s emoční regulací a velkým kolísáním nálad. S tímto faktem mohou být spojeny chybějící podpůrné vztahy, sociální deficity a nedostatek rodičovských dovedností (Stepp, 2012). Nolen-Hoeksema (2012) navazuje myšlenkou, že takoví rodiče dostávají sebe i své děti do zátěžových situací zvláště díky nedostačujícím „nástrojům“ výchovy. To nám dokázaly i naše respondentky a v případech, kdy je dítě neposlouchá nebo něco provede, uchylují se nejdříve ke **křiku**. Rodiče mohou takové své nezvládnuté emoční projevy převádět na své dítě a nedokáží je tak naučit zvládat obtížnější situace (Stepp, 2012).

Jedním z objevených subtémat byly **hranice**. Ve výchově je velmi důležité naladění mezi rodičem a dítětem. Takovému naladění mohou bránit hranice, které jsou nastaveny příliš přísně nebo naopak úplně chybějí (Chlebowski, 2013). Obdobné problémy jsme našli i v našem výzkumném souboru. Všechny respondentky se snažily nějakým způsobem nastavit hranice, některé však v jejich dodržování nebyly příliš důsledné. Některé ženy byly ve výchově volnější. Novější kategorizace uvádí *nedůsledný styl výchovy*, který je typický kolísáním mezi krajní přísností a krajní povolností. Takový výchovný styl je pro vývoj dítěte nevhodný (Langmeier a kol., 2006).

Jedinci s hraniční poruchou osobnosti nedokáží být sami, často se cítí zoufale prázdní, a tak se příliš upínají třeba k novému známému v naději, že vyplní vnitřní prázdnotu (Nolen-Hoeksema, 2012). Takové **velké připoutání** jsme pozorovali i u našich respondentek, některé matky přiznaly, že si nedovedou představit situaci, kdy by nemohly být se svými dětmi. S tím souvisí také příliš velké **obavy** o dítě. Takové obavy mohou značit nevhodný výchovný styl, který označujeme *hyperprotektivní*. Rodiče mohou bránit dítěti získat dovednosti nezbytné pro účelné zvládání rizikových situací (Langmeier a kol., 2006).

Byly vypořádovány také snahy o **změnu postojů** po narození dítěte. Výzkumníci Bartsch a kol. (2016) uváděli ve svém výzkumu, že ženy s hraniční poruchou mají problémy s udržováním stabilního a bezpečného prostředí, protože děti jsou často svědky konfliktů v domácnosti, ale i pokusů o sebevraždu. V našem výzkumném souboru všechny matky uvedly, že dítě mělo pozitivní vliv na jejich **myšlení a chování**. Některé uvedly, že se nepokusí o sebevraždu právě kvůli svému dítěti.

Výchova hraje velkou roli při přenosu hraniční poruchy, proto je potřeba klást důraz na včasnou intervenci (Stepp, 2012). Iniciativa hledat podporu a intervenci nevzejde od samotných rodičů. Samotní nemusejí mít náhled na možné problémy, které mohou v interakci s dítětem nastat (Chlebowski, 2013). Výzkum z roku 2007 potvrdil vyšší hodnoty rodičovské úzkosti u matek s hraniční poruchou osobnosti, než je tomu u matek bez diagnózy (Newman a kol., 2007, in Bartsch a kol., 2016). Praško (2007) uvádí, že v pěti kontrolovaných studiích se po terapii u jedinců s hraniční poruchou osobnosti snížila četnost sebepoškozování a došlo ke zlepšení v oblasti sociálního přizpůsobení. Je tedy reálně možné předpokládat takové zlepšení i v oblasti výchovy a rodičovských dovedností. V zahraničí existují programy, které se zaměřují na zlepšení rodičovských dovedností a zmírnění úzkosti (Wilson a kol., 2018). Předpokládá se, že zlepšení rodičovských dovedností a lepší schopnost regulace emocí zmírní u rodičů s hraniční poruchou osobnosti úzkosti, které celkově mohou ke zlepšení ve výchově dětí (Stepp, 2012).

8.2 Limity výzkumu

Na počátku práce bylo nahlíženo na několik možných limitů, které by mohly nastat. Již při hledání respondentů jsme se setkali s problémovým vyhledáváním skrze psychiatrická zařízení, kde jsou předpokládány akutní problémy.

Z toho důvodu jsme se uchýlili k metodě samovýběru na sociálních sítích. Metoda v sobě ukrývá nevýhodu, kterou představuje riziko odlišných charakterových vlastností respondentů, než by tomu mohlo být u zbytku zkoumané populace. Možná, že tito rodiče, kteří se sami přihlásili, mají zkušenost s terapií, mají náhled na problémy týkající se poruchy, a tak se i ve výchově dětí snaží více hlídat. Při vyhledávání respondentů se také problémovým stalo věkové omezení dětí, které jsme dali v rámci dotazníku. Přihlásilo se větší množství respondentů, ale většina z nich měla ještě velmi malé děti. Tuto skutečnost bychom mohli přisuzovat volbě hledání respondentů na sociálních sítích, na kterých předpokládáme, že se spíše shlukují mladší lidé.

Dále to byla náročnost interview, kdy by respondenti nemuseli být ochotni dělit se o intimní informace ze svého soukromí, rodinného života. Ze zpětné vazby na konci interview však vyplynulo, že respondenti jsou zvyklí hovořit o svém životě a sdělovat své subjektivní zkušenosti, většina je také dokázala smysluplně formulovat. Počáteční obavy se tedy nepotvrdily. Ochota mluvit o svém rodičovství poukazuje na nezbytnost cílené terapie. Zjišťovat možnosti nabídek terapie tohoto druhu nebylo cílem práce.

Jednorázová forma interview neumožňuje sledovat specifika rodičů s hraniční poruchou osobnosti v čase, což považujeme za nevýhodu vzhledem k tomu, že sami rodiče uváděli změny v chování a přístupu.

9. ZÁVĚR

Bakalářská práce Specifika rodičů s hraniční poruchou osobnosti vznikla především se záměrem proniknout hlouběji do oblasti klinické psychologie a seznámit se s problematikou rodičů s hraniční poruchou osobnosti.

Praktický výzkum umožnil zmapovat zastoupení výchovných stylů u matek s hraniční poruchou osobnosti, ale i jistá specifika v jejich výchově. Ochota poskytnout rozhovor a zkušenost rodičů vypovídá o nezbytnosti potřeby terapie, která by případně mohla zabránit přenosu chybných vzorců z rodiče na dítě. Zjišťovat možnosti nabídek terapie tohoto druhu však nebylo cílem práce.

Fakta získaná ve výzkum:

- Z dotazníku jsme zjistili, že u respondentek převládalo **slabé výchovné řízení**, nejvýrazněji zastoupen byl **záporný emoční vztah**. **Způsob výchovy** dle Dotazníku stylů výchovy pro děti od 8 do 12 let se nacházel většinou na **poli prvním**.
- Z dotazníku jsme také určili, že dle Lewinovy koncepce ženy častěji vůči svým dětem užívají **autokratický styl výchovy**.
- Při analýze interview jsme objevili několik subtémat, ze kterých nakonec vznikly dvě stěžejní témata, ta se týkají **způsobu výchovy a postoje k rodičovství**.
- Mezi zjištěná specifika výchovy rodičů s hraniční poruchou nedůsledné dodržování nastavených hranic, nezvládnuté emoční projevy při řešení obtížnějších situací, velké připoutání a obavy o dítě.

10. SOUHRN

Předložená bakalářská práce zabývající se specifiky výchovy rodičů s hraniční poruchou osobnosti si kladla za cíl zodpovědět výzkumné otázky: *Jaký výchovný styl používají rodiče s hraniční poruchou osobnosti vůči svým dětem? Objevují se ve výchově rodičů s hraniční poruchou osobnosti nějaká specifika?* Práce vznikla především ze zájmu prozkoumat specifika ve výchově, ale i pochopit problematiku samotné hraniční poruchy osobnosti a proniknout tak více do oblasti klinické psychologie.

Teoretická část práce především definovala výchovu, jako proces tvořící „trvalé“ stránky lidské osobnosti (Nekvapilová, 2004). Byly představeny základní výchovné styly, z nichž nejznámější je model Kurta Lewina. Ten rozděluje styly na *autoritativní, liberální a demokratický* (Langmeier a kol., 2006). V českém prostředí vznikl *Model devíti polí*, který je zaměřen na oblast emočního vztahu a výchovné řízení. Je pravděpodobné, že se oblasti navzájem ovlivňují (Čáp a kol., 2000). Model Čápa dal podnět k tvorbě *Dotazníku pro zjišťování způsobu výchovy v rodině* a *Dotazníku stylů výchovy pro děti od 8 do 12 let*. Byla také zmíněna proměnlivost výchovy v čase a poukázáno na různorodost výchovných stylů minulosti a současnosti. V neposlední řadě také definovala rodičovské postoje a poukázáno na fakt, že „*silné a důsledné postoje předpovídají chování lépe, než postoje slabé a rozkolísané*“ (Nolen-Hoeksema, 2012, 772).

Druhá kapitola se týkala konkrétní poruchy. Definovala výchozí pojem osobnost, jako „*souhrn, souvislost či propojení charakteru, temperamentu, schopností a také konstitučních vlastností člověka*“ (Cakirpaloglu, 2012, 16). Popsala základní poznatky z oblasti poruch osobnosti a zmínila možné biologické, psychologické, výchovné i temperamentové příčiny (Říčan a kol., 2006). Poukázáno bylo také na prevalenci, která se pohybuje kolem 6-9 % (MKN-10®, 2018). Byl představen základní rámec emočně nestabilní poruchy osobnosti a pomocí manuálu MKN-10 byl rozlišen *impulzivní* a *hraniční typ*. Práce se dále zabývala pouze *hraničním typem* emočně nestabilní poruchy osobnosti. V manuálu DSM-5 jde o pojmenování hraniční porucha osobnosti. Jedná se o poruchu, která je typická narušenou představou o sobě samém, ale dotýká se i okolních vztahů, které jsou velmi nestálé.

Častá je emoční podrážděnost, náladovost, ale také zlostné výbuchy a sebepoškozování, mnohdy dochází i k suicidálním pokusům. „*Lidé s hraničním typem mají větší tendenci se trápit sami, obracet násilí proti sobě.*“ (Grambal a kol., 2012, 12). Jedna podkapitola se zabývala také prevalencí, zmínila problematiku častých komorbidních poruch, mezi které patří depresivní poruchy nebo porucha příjmu potravy. Snažila se zdůraznit dynamiku poruchy pomocí více pohledů. Objevily se také základní poznatky z diagnostiky a terapie.

Poslední podkapitola teoretické části se zaměřila na propojení výchovy a hraniční poruchy osobnosti. Práce prezentuje možné rizikové faktory ve výchově pomocí několika výzkumů, které byly provedeny v posledních letech. Jednalo se o výzkumy Newmana a kol., kteří se zabývali rodičovským stresem a výzkumem odhalili vyšší hodnoty rodičovské úzkosti u matek s hraniční poruchou osobnosti, než tomu bylo u matek bez diagnózy (Newman a kol., 2007, in Bartsch a kol., 2016). Na tento výzkum navázal Bartsch (2016), který společně s dalšími výzkumníky sledovali zkušenosti rodičů s hraniční poruchou osobnosti. Objevili několik možných rizik. Některé matky například uváděly narušení rodičovské empatie a neschopnost zapojit se do dětských her. Interakce mezi rodiči a dětmi je však podstatným faktorem ve výchově (Langmeier, 2006).

Praktické zaměření práce spočívá v analýze zkušeností rodičů s hraniční poruchou osobnosti ve výchově dětí. Jedná se o výzkum smíšeného typu s důrazem na kvalitativní data, využívá dotazníkové šetření a tematickou analýzu dat získaných z interview. Kvantitativní část vzhledem k nízkému počtu účastníků výzkumu zůstala na úrovni deskriptivy. Kvalitativní část umožnila proniknout hlouběji do problematiky výchovy rodičů s hraniční poruchou osobnosti. Výzkumný soubor tvořilo osm žen, které pečovaly minimálně o jedno dítě ve věku od 8-12 let. Věk žen se pohyboval od 28 do 45 let, průměrný věk respondentek dosahoval hodnoty 36,7 let. Následného rozhovoru po vyplnění dotazníků se zúčastnilo všech osm žen.

V první části jsme použili Dotazník stylů výchovy pro děti od 8 do 12 let, který nám odpověděl na otázku, *jaký výchovný styl využívají rodiče s hraniční poruchou osobnosti?* Zjistili jsme, že u respondentek převládá slabé výchovné řízení, nejvýrazněji zastoupen byl záporný emoční vztah. Způsob výchovy se nacházel většinou na poli prvním a dle Lewinovy koncepce ženy častěji vůči svým dětem užívají autokratický styl výchovy.

V rodinách s *kladným emočním vzťahem* prevažuje stabilita, vyrovnanosť a priaznivé sebehodnotenie. V prípade *záporného emočného vzťahu* sa objavuje úzkosť, nejistota a nízke či kolísavé sebehodnotenie. Deti z rodín s *extrémne kladným emočným vzťahom* zostávajú na laskavé autorite rodičov príliš závislé. Je pravdepodobné, že sa vzájomne emočný vzťah a forma riadenia ovplyvňujú (Čáp a kol., 2000, 12).

Druhá časť výskumu bola kvalitatívna a metóda, ktorá nám poskytla cenné informácie, bolo interview. Pomohlo nám odpovedať na ďalšiu otázku, ktorou sme si kladli, *zda sa objavujú vo výchove rodičov s hraničnou poruchou osobnosti nejaká špecifika?*

Rozhovory prebiehali po predchozí domluve telefonicky alebo za pomoci služby Skype, a to predovšetkým z dôvodu rozmiestnenia respondentov. Snažili sme sa, aby rozhovor navazoval na dotazník, pomocou nehož sme vytvorili základný prehľad otázok. Výsledky z interview boli analyzované metódou tematickej analýzy. Najprv sme vytvárali kódy, ktoré sme spájali do subtemat, z ktorých nakoniec vznikli dve stěžejné témy, tá sa týka spôsobu výchovy a postoje k rodičovstvu. Vyplynulo napríklad, že respondentky sa snažili nejakým spôsobom nastaviť hranice, niektoré však v ich dodržiavaní nebyli príliš dôsledné. Novější kategorizácia uvádza *nedôsledný styl výchovy*, ktorý je typický kolísaním medzi krajnou prísnosťou a krajnou povolnosťou. Takový výchovný styl je pre vývoj dieťaťa nevhodný (Langmeier a kol., 2006). Řešení krizových situací nebylo príliš zvládnuté, problémy riešili krikom. Takové nezvládnuté emočné prejavy môžu prevádzať na svoje dieťa (Stepp, 2012). Respondentky tiež priznali veľké obavy o dieťa. Takové obavy môžu značiť nevhodný výchovný styl, ktorý označujeme *hyperprotektívny*. Rodičia môžu brániť dieťaťu získať dovednosti nezbytné pre účinné zvládanie rizikových situácií (Langmeier a kol., 2006).

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – model devíti polí (čáp, & boschek, 1994).....	34
tabulka 2 – porovnání modelu devíti polí a lewinových výchovných stylů	35
tabulka 3 – údaje o respondentech	38
tabulka 4 – výsledky dotazníku stylu výchovy	40
tabulka 5 – téma: postoj k rodičovství	41
tabulka 6 – téma: způsob výchovy	42

LITERATURA

1. Baštecká, B., & Mach, J. (2015). *Klinická psychologie*. Praha: Portál.
2. Bohus, M. (2005). *Borderline porucha osobnosti*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
3. Cakirpaloglu, P. (2004). *Psychologie hodnot*. Olomouc: Votobia.
4. Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada.
5. Čábalová, D. (2011). *Pedagogika*. Praha: Grada Publishing, a. s.
6. Čáp, J. (1996). *Rozvíjení osobnosti a způsob výchovy*. Praha: ISV.
7. Čáp, J., Čechová, V., & Rozsypalová, M. (1998). *Psychologie: obecná psychologie pro střední pedagogické školy*. Praha: H & H.
8. DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch. (2015). Praha: Hogrefe – Testcentrum.
9. Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch* (2., přepracované vydání). Praha: Grada Publishing.
10. Faldyna, Z. (2000). *Hraniční porucha osobnosti: diagnostika, komorbidita a možnosti terapeutického ovlivnění při psychiatrické hospitalizaci*. Praha: Psychiatrické centrum.
11. Grambal, A., Praško, J., & Kasalová, P. (2017). *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Praha: Grada Publishing.
12. Helus, Z. (2015). *Sociální psychologie pro pedagogy* (2., přepracované a doplněné vydání). Praha: Grada.
13. Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace* (Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání). Praha: Portál.
14. Hosák, L., Hrdlička, M., & Libiger, J. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum.
15. Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (2002). *Psychiatrie*. Praha: Tigris.
16. Hrazdilová, Š. (2015). *Výchovné styly v rodině* (Bakalářská práce). Získáno 15. listopadu 2019 z https://is.muni.cz/th/cq2qr/Vychovne_styly_v_rodine.pdf?lang=cs
17. Kernberg, O. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson.
18. Kohoutek, R. (1996). *Základy pedagogické psychologie*. Brno: CERM.

19. Kolařík, M., Bendová, K., Dolejš M., Dostál, D., Charvát, M., Pechová, O., Vtípil, Z. (2013). *Manuál pro psaní diplomových prací na katedře psychologie FF UP v Olomouci*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
20. Kraus, B. (2008). *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál.
21. Krejčí, Z. (2016). *Rodiče s hraniční poruchou osobnosti a související překážky ve výchově dětí* (Bakalářská práce). Získáno 20. října 2019 z https://theses.cz/id/i6ael9/Krej_Rodie_s_hranin_poruchou_osobnosti_a_souvisejce_pekky_.pdf
22. Krch, F. D. (1999). *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha: Grada Publishing.
23. Lacinová, L., & Škrdlíková, P. (2008). *Dost dobří rodiče, aneb, Drobné chyby ve výchově dovoleny*. Praha: Portál.
24. Langmeier, J. & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*, 2. aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, a.s.
25. Linehan M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. The Guilford Press, New York: 558s.
26. Marková, E., Venglářová, M., & Babiaková, M. (c2006). *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, a.s.
27. Matoušek, O., Kolářková, J. & Kodymová, P. (2010). *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál.
28. Mečír, J. (2003). *Obecná psychiatrie*. Praha: Karolinum.
29. Mertin, V. (2013). *Výchova bez trestů*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika.
30. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a.s.
31. Nolen-Hoeksema, S. (2012). *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda* (Vyd. 3., přeprac). Praha: Portál.
32. Peňázová, H. (2016). *Stanovování hranic ve výchově dětí v rodině* (Diplomová práce). Získáno 20. března 2020 z http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/37183/pe%20%C3%A1zov%C3%A1_2016_dp.pdf?sequence=1
33. Prachařová, P. (2006). *Vnímání výchovy v dětství pacienty s hraniční poruchou osobnosti* (Diplomová práce). Získáno 20. března 2020 z: <https://is.muni.cz/th/hlf14/Diplomova.prace.pdf>
34. Praško, J. (2015). *Poruchy osobnosti* (Vydání třetí). Praha: Portál.

35. Praško, J., Kosová, J. (2004). *Psychiatrie*. Praha: TIGIS.
36. Prašková, H., & Praško, J. (2000). *Úzkostné a fobické poruchy: malá psychiatrie pro praktické lékaře*. Praha: Galén.
37. Raboch, J., & Pavlovský, P. (2012). *Psychiatrie*. Praha: Karolinum.
38. Röhr, H. -P. (2012). *Hraniční porucha osobnosti: vznik poruchy, průběh a možnosti jejího překonání* (Vyd. 3). Praha: Portál.
39. Říčan, P., & Krejčířová, D. (2006). *Dětská klinická psychologie* (4., přeprac. a dopl. vyd). Praha: Grada.
40. Satirová, V. (1994). *Kniha o rodině: [základní dílo psychologie vztahů]*. Praha: Práh.
41. Smolík, P. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací: nástin nozologie : diagnostika* (2. revidované vyd). Praha: Maxdorf.
42. Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál.
43. Trumhová, T. (2013). *Výchovné hodnoty v současné české rodině* (Bakalářská práce). Získáno 20. října 2019 z http://dspace.upce.cz/bitstream/10195/49373/3/TrumhovaT_VychovneHodnoty_A_S_2013.pdf
44. Vojtíšek, P. (2012). *Metody a techniky výzkumu a jejich aplikace v absolventských pracích vyšších odborných škol*. Praha: Vyšší odborná škola sociálně právní.
45. Vokurka, M., & Hugo, J. ([2015]). *Velký lékařský slovník* (10. aktualizované vydání). Praha: Maxdorf.
46. Vybíral, Z. (2005). *Psychologie komunikace*. Praha: Portál.
47. Výrost, J., & Slaměník, I. (2008). *Sociální psychologie* (2., přeprac. a rozš. vyd). Praha: Grada.
48. World Health Organization (2006). *MKN-10. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka* (3rd ed.). Praha: Psychiatrické centrum Praha.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

1. Bartsch, D. R., Roberts, R. M., Davies, M., & Proeve, M. (2016). Understanding the Experience of Parents with a Diagnosis of Borderline Personality Disorder. *Australian Psychologist*, 51(6), 472-480. DOI: 10.1111/ap.12174. ISSN 00050067.
2. Braun, V., Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. In: eprints.uwe.ac.uk. [online]. ISSN 1478-0887. http://eprints.uwe.ac.uk/11735/2/thematic_analysis_revised.
3. DynaMed [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995 - . Record No. T116319, *Borderline Personality Disorder*; [updated 2018 Nov 30, cit. **12.1.2020**]. Získáno z <https://www.dynamed.com/topics/dmp>
4. Gunderson, J. G., & Hoffman, P. D. (Eds.). (2005). Understanding and treating borderline personality disorder: A guide for professionals and families. *American Psychiatric Publishing, Inc.* <https://psycnet.apa.org/record/2005-01270-000>
5. Hosier, D. (2013). How adult children can manage their relationship with parents who have borderline personality disorder (BPD). Part 1. In: childhoodtraumarecovery.com. [online]. <http://childhoodtraumarecovery.com/2013/04/02/how-adult-children-can-manage-their-relationship-with-parents-who-have-borderline-personality-disorder-bpd-partone/>.
6. Chlebowski, S. M. (2013). The Borderline Mother and her Child: A Couple at Risk. In: eds.a.ebscohost.com. [online]. Získáno 3. 2. 2020 z <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=39718a74-b814-46c5-aba3-fde668bce9c7%40sessionmgr4005&hid=4110>.
7. Levenson, J. C., Wallace, M. L., Fournier, C. J., Rucci, P., Frank, E. (2012). The Role of Personality Pathology in Depression Treatment Outcome With Psychotherapy and Pharmacotherapy, In: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3498485/> [online]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3498485/>
8. Nekvapilová, I. (2004). Výchova jako cesta formování profesní identity. In: *Pedagogická orientace 4* [online]. Získáno 17.2. 2020 z <https://pdfs.semanticscholar.org/82d0/ed5960067348b8e4c4423cbd74295843f00e.pdf>

9. Petfield L, Startup H, Droscher H, *et al.* (2015). Parenting in mothers with borderline personality disorder and impact on child outcomes. *Evidence-Based Mental Health*, 18, 67-75. <http://dx.doi.org/10.1136/eb-2015-102163>
10. Praško, J. (2007). Hraniční porucha osobnosti 3: Možnosti psychoterapie a KBT u hraniční poruchy osobnosti. In: [tigis.cz](http://www.tigis.cz). [online]. Získáno 17. 2. 2020 z http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2001/suppl_04/16prasko.pdf.
11. Stepp, S., D., Whalen, D., J., Pilkonis, P., A., Hipwell, A., E., a Levin, M., D. (2012). Parenting behaviors of mothers with borderline personality disorder: A call to action. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. In: eds.b.ebscohost.com. [online]. <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0026086>.
12. Wilson, R., Weaver, T., Michelson, D. *et al.* (2018). Experiences of parenting and clinical intervention for mothers affected by personality disorder: a pilot qualitative study combining parent and clinician perspectives. *BMC Psychiatry* 18, 152. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1733-8>

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Abstrakt bakalářské práce

Příloha č. 2: Abstract of thesis

Příloha č. 3: Informovaný souhlas

Příloha č. 4: Plakát

Příloha č. 5: Otázky do interview

Příloha č. 6: Přepis rozhovoru č.1

Příloha č. 7: Přepis rozhovoru č.2

Příloha č. 1: Abstrakt bakalářské práce

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název práce: **Specifika rodičů s hraniční poruchou osobnosti**

Autor práce: **Kristýna Teplanová**

Vedoucí práce: **Mgr. Zuzana Vaculčíková Sedláčková, Ph.D.**

Počet stran a znaků: 58, 99 679

Počet příloh: 8

Počet titulů použitých zdrojů: 58

Abstrakt diplomové práce:

Tato bakalářská práce seznamuje s teoretickými poznatky z oblastí výchovy a poruch osobnosti. Cílem výzkumu bylo prozkoumat problematiku výchovy rodičů s hraniční poruchou osobnosti a porozumět subjektivnímu přístupu ve výchově. Vzhledem k možným subjektivním zkušenostem respondentů jsme zvolili smíšený typ výzkumu, kterého se zúčastnilo osm respondentek. Výzkum byl realizován nejprve pomocí Dotazníku stylů výchovy pro děti od 8 do 12 let, ve kterém jsme zjistili emoční vztah a výchovné řízení respondentek. Poté proběhly polostrukturované rozhovory. Mezi zjištěnými specifiky výchovy rodičů s hraniční poruchou se objevuje nedůsledné dodržování nastavených hranic, nezvládnuté emoční projevy při řešení obtížnějších situací, velké připoutání a obavy o dítě.

Klíčová slova:

výchova, výchovný styl, porucha osobnosti, hraniční porucha osobnosti

Příloha č. 2: Abstract of thesis

ABSTRACT OF THESIS

Title: Specifics of parenting with borderline personality disorder

Author: Kristýna Teplanová

Supervisor: Mgr. Zuzana Vaculčíková Sedláčková, Ph.D.

Number of pages and characters: 58, 99 679

Number of appendices: 8

Number of references: 58

Abstract:

This bachelor thesis introduces theoretical knowledge from the areas of education and personality disorders. The aim of the research was to investigate the issue of education of parents with borderline personality disorder and to understand the subjective approach in education. Given the possible subjective experience of the respondents, we chose a mixed type of research in which eight respondents participated. The research was first carried out with the help of the questionnaire of styles of education for children from 8 to 12 years, in which we found out the emotional relationship and educational management of the respondents. Then, semi-structured interviews took place. Among the identified specifics of the education of parents with a borderline disorder there are inconsistent adherence to the set limits, unmanaged emotional manifestations when dealing with more difficult situations, great attachment and concern for the child.

Key words:

upbringing, upbringing style, personality disorder, borderline personality disorder

Příloha č. 3: Informovaný souhlas

Informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci diplomové práce

Název práce: **Specifika výchovy rodičů s hraniční poruchou osobnosti**

Autor práce: **Kristýna Teplanová**

Vedoucí práce: **Mgr. Zuzana Vaculčíková Sedláčková, Ph.D.**

Termín realizace: 2020

Místo realizace: Olomouc

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami účasti na výzkumu „*Specifika výchovy rodičů s hraniční poruchou osobnosti*“, a že se jej účastním dobrovolně.

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

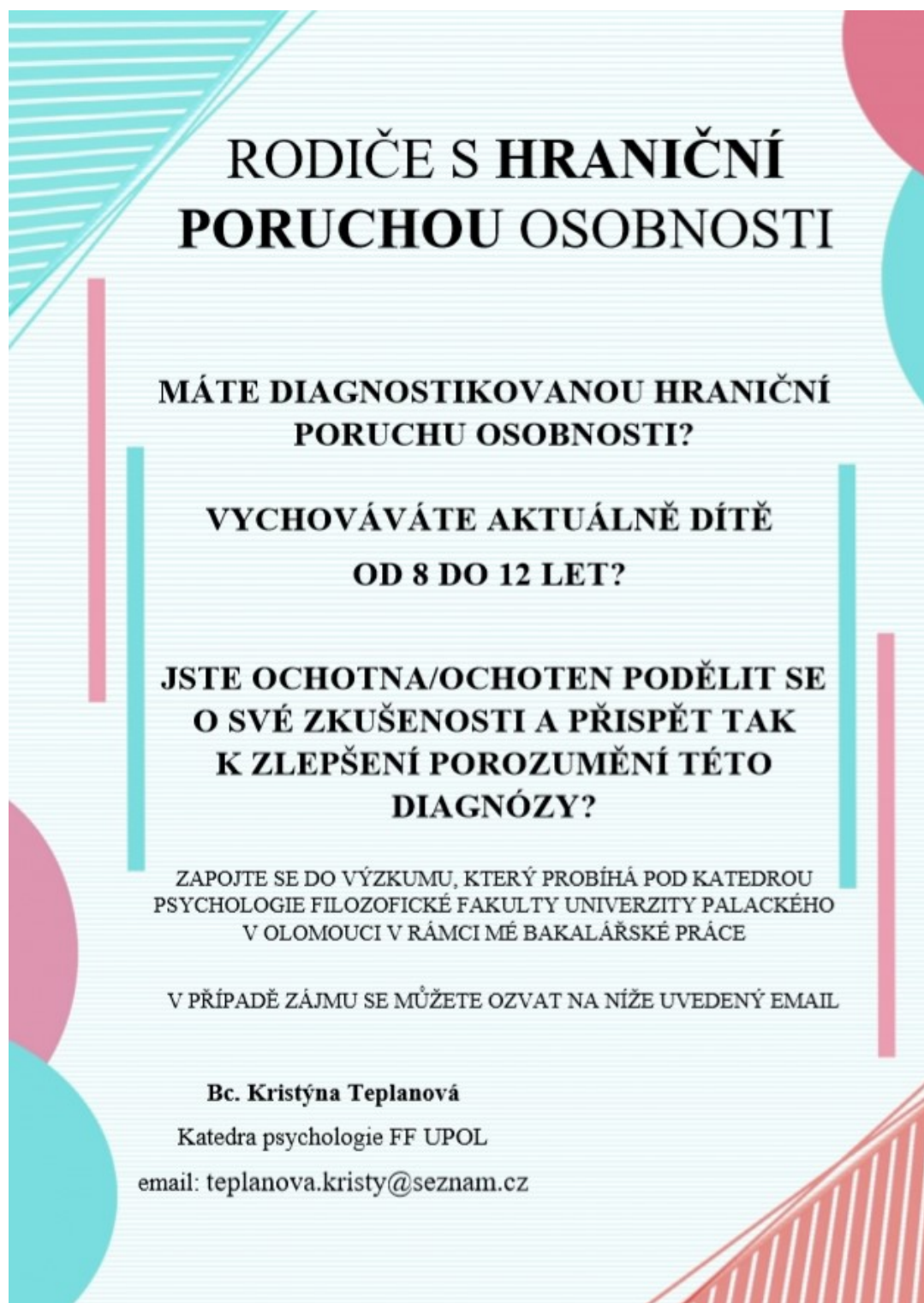
Rovněž беру на vědomí, že mohu z výzkumu kdykoli, podle svého vlastního uvážení, vystoupit.

Informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou kopiích, z nichž jedna zůstává výzkumníkovi.

Souhlasím/Nesouhlasím, aby byla z interview pořízena audio nahrávka, která bude uchována na za heslovaném počítači a bude k ní mít přístup pouze výzkumník.

Dne

Příloha č. 4: Plakát



Příloha č. 5: Otázky do interview

Trávíte s dětmi volný čas?

Kdo určuje denní režim dítěte?

Musí dítě pomáhat s domácími pracemi?

Trváte pevně na svých požadavcích?

Dokážete svému dítěti říct ne?

Používáte zákazy, tresty? Jaké?

Domníváte se, že jste přísný rodič?

Kontrolujete své dítě? Kontrolujete svému dítěti soc. sítě?

Víte, jaké má vaše dítě kamarády?

Máte o své dítě strach? Bojíte se, že se vaše dítě zraní?

Ví vaše dítě, čím vás dokáže naštvat? Jak reagujete, když vás dítě vyvede z míry?

Bylo dítě plánované?

Cítíte se jinak od doby, co máte dítě? Změnil se váš život s příchodem dítěte?

Pochybujete někdy o volbě mít dítě? Považujete život s dítětem za komplikovanější?

Příloha č. 6: Přepis rozhovoru č.1

Dobrý den, jmenuji se Kristýna a jsem studentkou Psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci. Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala téma Specifika výchovy rodičů s hraniční poruchou osobnosti. Což je tedy také důvod našeho interview. Vaše zkušenosti jsou pro mě a mou práci velmi důležité a cenné. Chtěla bych vám také moc poděkovat, že jste s tímto rozhovorem souhlasila. Určitě se můžete kdykoliv během rozhovoru na cokoli zeptat, doplnit nějaké informace nebo, bude-li vám něco nepříjemné, tak neodpovídat. Nahrávka, kterou pořídím, bude sloužit pouze pro účely převedení rozhovoru do psané podoby. Účast ve výzkumu je anonymní.

Vím, že jste maminka osmileté holčičky, trávíte s dcerou volný čas?

Podle času, bývám od sedmi do pěti v práci. Ale třeba úkoly dělá s partnerem, já nemám trpělivost. Já jsem spíš ta, co malou po škole vezme ven a zahraje s ní něco. Já bych to nevydržela, zvýšila bych hlas a vím, že to jde i jinak. Se mnou se nikdo neučil, já to pochytila ve škole a učila se sama, takže moc nevím, jak bych to měla dělat. Já jsem ta aktivnější a partner je klidný a má na ni trpělivost.

Stává se, že máte pochybnosti, jak s dcerou mluvit?

Já si myslím, že to úplně ne. Jen někdy nevím, jakým způsobem to vysvětlit, aby si z toho něco vzala. Ve školce vzala jedné holčičce hračku, a tak jsem nevěděla, jak jí to vysvětlit, že tohle se nedělá. Tak jsem nakonec doma sbalila všechny hračky a dala je na balkon do pytlů.

A jak na to dcera reagovala?

No byla smutná, tak jsem se jí tak snažila vysvětlit i pocity té holčičky.

Kdo určuje denní režim?

My hodně dodržujeme večerní rituály. Ale i obecně je důležitý řád a rytmus. To tak má partner, ten potřebuje svůj řád. A vyznívali jsme, že to tak vyhovuje i malé. Když něco nejde zrovna dodržet, tak pak vidím na malé druhý den, že je jiná. Jde to poznat na chování, moc se potom ani nebaví, jinak ona je hrozně komunikativní. Má pak taky problémy ve škole. Od té doby, co je medikovaná, se to zlepšilo. Má ADHD a těžce jsem brala, když dostala prášky. Zlepšila se jí ale paměť i ta pozornost. Denní režim určuje před týden spíše partner, který je teď doma. Má chronický zánět, tak nepracuje. Já pracuju

docela dlouho. O víkendu tomu doma spíš ale velím já. Teď, když je ta situace taková, tak máme uvolněnější režim doma, ale normálně chodí malá do postele v osm, čteme pak třeba pohádky, ale do té deváté už spí.

Musí dcera pomáhat doma s běžnými pracemi?

Jo, tak ono ji to i docela baví, vařit se mnou třeba. Ale zase se hodně bojím, aby se jí něco nestalo, tak ji k tomu moc nepouštím.

Máte o své dítě strach? Bojíte se, že se vaše zraní?

Jo, hodně se o malou bojím. Hodně ji kontroluju. Bojím se i doma, že se zraní. Ona totiž nemá takovej ten pud sebezáchovy, nevidí důsledky svého jednání. Třeba o Vánocích jsem napekla a dala to do skleněné misky. Přijdu do kuchyně a malá stojí na lince, jen tak tak balancuje a drží tu skleněnou misku. Vůbec jí nešlo, že mohla spadnou a zranit se. Já i u té varné konvice vidím potenciální problém. Všude, kam přijdeme, vidím nějaké nástrahy pro malou. Přítel říká, že už to občas přeháním, že ji až moc hlídám.

Kontrolujete ji hodně? Pouštíte malou například ven s kamarády? Víte, jaké má kamarády?

My máme bytovku a okno tady do zahrady, tak i když jde sama ven, tak ji vidím a občas zkontroluju. Ona stejně za 10 minut volá „mamíí“. Jinak chodí ven s kamarádkami, máme tady v patře kamarádku. Takže je znám, ty děcka. Ta má dceru dvanácti letou a s dalšími sourozenci chodí ven. Je jich větší chumel a já vím, kam chodí, kam můžou chodit. Jednou mi teda malá přišla domů sama, tak jsme za ní hned běžela, ale ona už malou hledala, že se jí ztratila.

Dokážete říct ne?

Určitě umím říct ne, ale dělám to jinak. To mě naučil právě přítel, ten je klidnější povahy. Myslím si, že má autismus lehký. To jsem tam jednou mluvila s kamarádkou, co má aspergera a tak mi to přišlo podobný, ty jeho projevy a pomohlo mi to v komunikaci. Víte, my hraničáři potřebujeme tu pozornost, něhu a tak. A to on zase úplně neumí, ale zase vím, že mě má rád, protože jinak by tady už nebyl. Tak jsem se mu naučila dát trochu prostor a najednou se všechno zlepšilo. Naučil mě to, že malá třeba přijde a řekne, jestli si může zapnout televizi. A já na ni „to víš, že si můžeš jít malovat“. A ona jde. Možná je to tím ADHD, že zapomene, na co se ptala, tak toho trochu využíváme.

Trváte pevně na svých požadavcích?

Jo, na požadavcích si trvám. Ono vidíte, jak když povolíte jedno, tak pak to jede a ona začne zkoušet. Povolíte jednou a ona pak nechápe. Já se snažím být nekonfliktní, ale na svém si trvám.

Používáte zákazy? Jaké?

Dávám i nějaké zákazy, jako je Pc, televize nebo mobil. Ale to hodně málo.

Domníváte se, že jste přísný rodič? Jak reagujete, když vás dítě vyvede z míry?

Partner o mě říká, že jsem docela přísná. Já vím, že jsem prudká povaha. Hodně křičím, zvýším hlas. Ale snažím to řešit i jinak. Třeba teď má nějaké pyromanské období, to má asi po mě, to jsem taky kolem toho sedmého roku měla. No tak zapálila dva obrázky. Přišla jsem do toho pokoje a chtěla jsem ji zbít. Věděla jsem ale, že už jsem moc rozrušená, že už je to moc, a tak jsem raději odešla. Odešla jsem pryč, abych se uklidnila. Já vím, že když na ni začnu křičet, že to špatně snáší. Když vám pak dítě s ADHD jen sedí a nechce nic dělat, tak to je špatně. Tak to pak řeším tak, že se jdu uklidnit bokem, srovnám si to v hlavě a snažím se přemýšlet nad tím, proč to udělala. Pak se vrátím a snažím se jí to vysvětlit. Jednou ale v první třídě dostala na zadek, to už jsem nevydržela. Okradla totiž paní učitelku. A to nebylo že by dostala na zadek hned, ale nejdřív jsme jí to vysvětlovali. Jenže to nepomohlo, a tak po cestě domů to ve mně vřelo a doma dostala na zadek. Ale vyvádí mě často z míry spíš v kladném smyslu. Já třeba s partnerem koukáme na dokumenty. A ona to všechno vypožuruje, je hodně živá. Pak třeba jdeme a ona se mě na něco z toho dokumentu zeptá. Nebo se zajímám o vesmír a ona přijde s nějakým termínem. Je hodně zvědavá a chytrá. Já když už vím, že jí ty vědomosti, které po mě chce, nedokážu poskytnout, tak se aspoň snažím jí je zajistit jinak. Mám hodně přátel.

Byla dcera plánovaná?

Nebyla, ale rozhodnutí bych nezměnila.

Považujete život s malou za komplikovanější?

To asi nejde takhle říct. Jakože jo, je to náročnější, protože se už nestaráte jen o sebe, ale jak říkám, dceru bych nevyměnila.

Cítíte se jinak od doby, co máte dítě? Změnil se váš život s příchodem dítěte?

Jo, dítě mi určitě změnilo život. Otěhotněla jsem na škole, studovala jsem. Diagnózu mám od roku 2006, ale tehdy ještě nebylo moc informací o tom. Malá se vlastně narodila 2012. Měla jsme hodně nízké sebevědomí. Možná i díky partnerovi, tátovi malé. S tím jsme měli hodně krušný rozchod, týral mě. Ale mít dítě, to mi vlastně dalo směr konečně v tom životě. Pomohlo mi to srovnat priority. Jakože nechci žít, že teď žiju pro malou, to asi úplně ne. Ale nemůžu si dovolit ten komfort zhroutit se. Dřív jsem mohla zůstat v posteli, teď vím, že musím vstát, abych uvařila. Nemůžu se teď zhroutit a být odříznutá od malé. Po rozchodu s otcem malé jsem na tom byla špatně, měla jsem těžké deprese, a navíc jsem onemocněla. Nemohla jsem se o malou starat a hodně těžko jsem to nesla. Kvůli ní se teď snažím na sobě pozorovat nějaké příznaky a řešit je ještě dřív, než to bouchne. Pomohlo mi to nezabřednout.

Příloha č. 7: Přepis rozhovoru č.2

Dobrý den, jmenuji se Kristýna a jsem studentkou Psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci. Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala téma Specifika výchovy rodičů s hraniční poruchou osobnosti. Což je tedy také důvod našeho interview. Vaše zkušenosti jsou pro mě a mou práci velmi důležité a cenné. Chtěla bych vám také moc poděkovat, že jste s tímto rozhovorem souhlasila. Určitě se můžete kdykoliv během rozhovoru na cokoli zeptat, doplnit nějaké informace nebo, bude-li vám něco nepříjemné, tak neodpovídat. Nahrávka, kterou pořídím, bude sloužit pouze pro účely převedení rozhovoru do psané podoby. Účast ve výzkumu je anonymní.

Vím, že jste maminkou skoro třináctiletého syna a máte v péči i nevlastní dcerku svého přítele. Trávíte s dětmi svůj volný čas?

Spolu si doma hrajeme, malá hrozně ráda kreslí, takže si spolu kreslíme. A učení, no. To sice není ten volnej čas, no. Ale shodou náhod jsme syna přihlásila na domácí vzdělávání, tak to stejně vyšlo tak, že jsme doma. Já mám štěstí na děti. S tím klukem trávím víc čas a on se rád učí se mnou. Můžeme si u toho dělat srandu a bereme to jako zábavu. Bereme to jako společnej strávenej čas. U nás tohle funguje, to jsem ráda. Na to, že je mu třináct, tak můžu být ráda, že se s mámou ještě chce učit. Úplně skvěle na něj funguje, že ono když ho to nebaví, tak ho pošlu pryč, ať si jde dělat co chce. A on pak přijde a je to o sto procent jiný. Když je to z jeho vůle, tak to prostě jde. Von mi teda jako neřekne, že ho to nebaví, ale začne se xichtit. Malé zase vyhovuje ve škole, že jsou tam ty děti.

Takže pro vás není těžké navázat s dětmi kontakt?

Není. Jedno dobu to bylo těžší s komunikací, kdy měl syn problémy s dětma. Ale já jsem s ním šla do psychologické poradny. A ona mi nabídla, protože on je komunikativní, tak mi nabídla skupinu, kam chodily děti, co měli problémy s chováním, nebo i šikanovaný děti. A chodil tam rok a za ten rok mu to fakt sedlo a pomohlo.

Kdo určuje denní režim? Může syn chodit domů, kdy se mu zlíbí?

No nemůže, občas porušuje hranice. Přijde o pět, deset minut později. Podle situace mi si vykomunikujeme v kolik má přijít domů. Když má u sebe telefon, tak zavoláme, že má zpoždění a přijde později.

Jak potom reagujete? Vyhrožujete, nebo trestáte? Jaký typ trestu používáte?

Nebo jako dávám zákazy, ale tak jako v afektu. Třeba jsem mu jednou řekla, že bude tejden bez počítače, ale pak mi došlo, že bychom to stejně nedodrželi. Že u nás to není proveditelný, aby nebyl tenjden na počítači. Jako asi by to šlo, ale povolila bych. Je to nesmyslný, protože vím, že bych povolila. Von je z toho potom zpruzelej a já jsem z toho taky zpruzelá. Já ho spíš na něco nalákám. Třeba že mu řeknu, že když si to uklidíš, tak zahrajeme Dostihy. A jestli to nebude do čtyř, tak nebude hrát. Někdy už musím zakročit, vyloženě vypnout počítač, a to pak jako jede, to jede krásně. Minule si začal i mejt vokno. A to jako funguje na něj, ale není to tak často.

Domníváte se, že trváte pevně na svých požadavcích?

No já zase jako trvám. Když já něco chci, i když teda jako já si dávám pozor na to, co po něm chci, co vyžaduju. Tak ale zase na tom, co opravdu chci, tak na tom trvám. Často se stane, že po něm chci, co vlastně není ani moc důležitý. Jako stává se, že změni můj názor.

Musí syn například pomáhat s domácími pracemi?

S uklízením musí pomáhat. Vyloženě jako vynášení tříděného odpadu je jeho práce. S vařením taky on přijde rád. Když mu řeknu, jestli by mi s něčím nepomohl, tak to on pomůže. Mezi ty věci, co já chci, tak to je třeba uklidit si v pokojíčku. Tak na tom trvám, ale to mu teda moc nejde, tak to i nadávám

Myslíte si, že jste přísný rodič?

Hranice, který jsme nastavila, tak dodržuje. Jakože aby nemluvil sprostě, neodmlouval a udělal to, co se řekne. Tak si myslím, že si můžu dovolit být taková liberální. I když jako přítel s tím často nesouhlasí, že říká, že jsem málo přísná. Už mi to přijde jako zbytečný pruzení, že je to o ukazování moci už. To co po něm chci, tak dělá.

Ví syn, čím vás dokáže naštvat?

Ví moc dobře, čím mě dokáže naštvat. Ale zase ví, čím mě dokáže uklidnit. Když jsem byla hospitalizovaná, tak jsme nebyla schopná mluvit a on vyrobil takový smajlíky, abych mu ukázala, jak se se mnou má bavit.

**Kontrolujete svého syna hodně? Syn bude mít 13, tak už jistě brouzdá po internetu.
Kontrolujete mu soc. síť?**

Jeho facebook, ten nepoužívá, instgram nemá, takže jenom jako youtube. Tak to bych mohla kontrolovat, ale tak úplně to nedělám. Jako vím, na co se kouká. S ním je to takový, že on i to jako řekne. I když jako nedělám si iluze, že mi říká všechno. Ale třeba ty jeho youtubery, tak ty jako znám. Některý jsou dobrý. Co si jako píše na whatsappu s děčkama, tak mi to chodí i ukázat. On totiž jako miluje srandu, tak mi přijde ukázat, jak je vtipnej. Já jsem mu teda jednou přečetla smsky a slíbila jsem mu, že už to neudělám a už jsem to neudělala. Já vím, že on by se nenechal svíst k něčemu špatnému. Já vím, že u bráchy na vesnici má holku, co kouří a vsadili se, že on ji napraví a ona jeho zkazí, ale brácha říkal, že jako nemá šanci ta holka ho zkazit.

Víte, jaké má syn kamarády?

On se kamarádí spíš s holkama, takže ty kamarádky znám. Neznám teda úplně jejich rodiče, protože se mi moc nedaří ta komunikace. Už od školky jsme vlastně byla divná, jak jsem byla mladá. Víme o sobě. Ty jeho kamarádky jsou jako hodný.

Máte o syna strach?

Bojím, bojím. Jsem strašnej strašpytel, ale držím si to v sobě. Jako neřeknu mu to. Třeba když má zpoždění, tak sedím doma a čekám. Prostě zase úplně se nenervuju, už jsem na ten pocit docela zvyklá. Jako říkám si, že je šikovnej, není blbej. Na silnici se rozhlíží. Jako on je takovej, že by i zavolał policajty, kdyby ho někdo obtěžoval. Jednou zavolał policajty na chlapa, co se opaloval nahej na balkoně. Oni mu teda řekli, že kdy je na svém tak může. Ale vidím, že se nebojí zavolat. Jako bojím se, ale věřím mu. My se takhle i bavíme o těch řekněme nástrahách venku a tak, tak si myslím, že by poznal, kdyby mu někdo chtěl něco udělat.

Byl syn plánované dítě?

Plánovaný nebyl, měla jsem ho v 16, ale když jsem to zjistila, tak jsem ho chtěla.

Změnil se váš život s příchodem dítěte? Cítíte se jinak od doby, co máte dítě?

Diagnostikovní jsem byla až po dítěti, protože jsem ho měla brzo, tak je to těžké zhodnotit. Ty příznaky jsem měla jako hodně dlouho, ale přisuzovala jsem to těm věcem, co byly vokolo. Pro mě to jako byla změna, protože já jsem s tím jeho tátou byla od mých 14 a vlastně narodil se mi v 16. Ale jakože ty hraniční znaky, ty byly dokonce ještě silnější, než tomu bylo dřív. To se zmírnilo, až jsem se začala léčit. Vidím obrovskou změnu. Nevím, nakolik je změna v přístupu k tomu dítěti. Ale zase tím, že je změna ve mně, tak ten vliv na ten vztah tam je taky.

Považujete život s dítětem za komplikovanější?

Jako je komplikovanější. To je taková otázka, na kterou neumím odpovědět. Určitě je komplikovanější, protože mám za něj zodpovědnost, musím ho vychovávat, musím ho zaopatřit, takže jako je to náročnější. Ale zase nezvolila bych si tu druhou variantu být bez něj.