

# Partnerský vztah z pohledu lidí se schizofrenií

Bc.Klára Toboláková

---

Diplomová práce  
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav pedagogických věd  
akademický rok: 2012/2013

## **ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Klára Toboláková**  
Osobní číslo: **H11448**  
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**  
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Partnerský vztah z pohledu lidí se schizofrenií**

Zásady pro vypracování:

**Zpracování rešerše a studium odborné literatury.**  
**Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti psychiatrie a psychologie.**  
**Příprava metodiky výzkumné části.**  
**Realizace kvalitativního výzkumu metodou polostrukturovaného rozhovoru.**  
**Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.**  
**Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.**

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

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

**MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. Psychiatrie. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.**

**SATIROVÁ, Virginia. Kniha o rodině: základní dílo psychologie vztahů. Praha: Práh, 2006. ISBN 80-7252-150-0.**

**VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.**

**VENGLÁŘOVÁ, Martina. Průvodce partnerským vztahem. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2054-8.**

Vedoucí diplomové práce:

**doc. PhDr. Mgr. Jaroslav Balvín, CSc.**

Ústav pedagogických věd

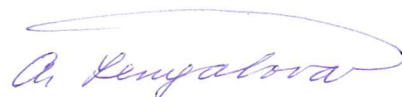
Datum zadání diplomové práce:

**30. listopadu 2012**

Termín odevzdání diplomové práce:

**26. dubna 2013**

Ve Zlíně dne 14. února 2013



doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.

*děkanka*





Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.

*ředitel ústavu*

## PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně ..... 22.4.2013 .....

..... Klára Tobolová .....

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce se zabývá lidmi se schizofrenií a jejich vnímáním partnerského vztahu. Cílem práce je popsat, jak lidé s tímto onemocněním partnerské vztahy prožívají. Jedná se o práci teoreticko - praktickou. Teoretická část popisuje onemocnění schizofrenií a věnuje se partnerskému vztahu. Praktická část obsahuje kvalitativní výzkum, který vychází ze zakotvené teorie.

Klíčová slova: duševní onemocnění, schizofrenie, partner, partnerský vztah, význam partnerského vztahu

## **ABSTRACT**

This thesis deals with people with schizophrenia and their perception of a relationship. The aim is to describe how people with this disease relationships experience. It is a theoretical-practical work. The theoretical section describes schizophrenia and deals with the relationship. The practical part includes qualitative research based on grounded theory.

Keywords: mental disease, schizophrenia, partner, partnership, importance of partnership

Děkuji doc. PhDr. Mgr. Jaroslavu Balvínovi, CSc. za ochotu a pomoc při zpracovávání mé diplomové práce. Děkuji všem respondentům, kteří mi poskytli rozhovor a děkuji také své rodině a přátelům za velkou psychickou pomoc a podporu.

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.



## OBSAH

OBSAH .....	9
ÚVOD .....	11
<b>I</b> <b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>12</b>
1 <b>TEORETICKÁ VÝCHODISKA</b> .....	13
2 <b>SCHIZOFRENIE</b> .....	18
2.1 <b>DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ V HISTORII A JEHO PŘÍČINY</b> .....	18
2.2 <b>PRŮBĚH ONEMOCNĚNÍ SCHIZOFRENIÍ</b> .....	21
2.3 <b>RESOCIALIZACE LIDÍ SE SCHIZOFRENIÍ A LÉČBA SCHIZOFRENIE</b> .....	27
3 <b>PARTNERSKÝ VZTAH</b> .....	32
3.1 <b>NAVAZOVÁNÍ PARTNERSKÝCH VZTAHŮ</b> .....	32
3.2 <b>PROŽÍVÁNÍ PARTNERSKÝCH VZTAHŮ</b> .....	34
3.3 <b>SOUČASNÉ TRENDY V PARTNERSKÝCH VZTAZÍCH</b> .....	44
<b>II</b> <b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>46</b>
4 <b>ÚVOD K VÝZKUMU</b> .....	47
4.1 <b>CÍL VÝZKUMU</b> .....	47
4.2 <b>STANOVENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK</b> .....	47
4.3 <b>METODY VÝZKUMU</b> .....	48
4.4 <b>ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZA DAT</b> .....	49
5 <b>VÝSLEDKY VÝZKUMU</b> .....	54
5.1 <b>PROVÁZANOST NEMOCI A VZTAHU</b> .....	54
5.2 <b>SUBJEKTIVNÍ POJETÍ DYNAMIKY VZTAHŮ</b> .....	56
5.3 <b>SUBJEKTIVNÍ VÝZNAM PARTNERSKÉHO VZTAHU</b> .....	58
5.4 <b>OČEKÁVÁNÍ OD VZTAHU</b> .....	59
5.5 <b>POCITY A PROŽÍVÁNÍ</b> .....	60
5.6 <b>VLIVY OKOLÍ</b> .....	63
6 <b>SHRnutí VÝSLEDKŮ VÝZKUMU</b> .....	65
<b>ZÁVĚR</b> .....	67
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	68
<b>SEZNAM TABULEK</b> .....	70
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	71

## Láska

Stanu se bílým andělem

Ten černý lehl popelem

Černá-bílá

Černá-bílá

Láska je moje tajná víra

Věřit či nevěřit lidem co znám?

Má víra je totiž všechno, co mám

Mé oči mluví tajnou řečí

Mé tělo v prosbě na zemi klečí

Nechte mě být

Nechte mě žít

Nic nechci

Jenom lásku mít

Autorkou básně je žena s duševním onemocněním. (Esprit, 2009, s.17)

## ÚVOD

Jako téma své diplomové práce jsem si vybrala osoby s duševním onemocněním z okruhu psychóz, konkrétně ty, kteří onemocněli schizofrenií a jejich prožívání partnerských vztahů. Téma jsem vybrala z důvodu, že jsem se ve svém zaměstnání osobně setkávala s lidmi se schizofrenií a oblast partnerských vztahů vnímám jako důležitou součást života každého člověka. Lidem se schizofrenií jsme pomáhali začlenit se do běžné společnosti, což zahrnuje mít vlastní bydlení, práci, koníčky a záliby, udržovat přátelské vztahy, umět využívat veřejně dostupné zdroje a v neposlední řadě mít partnera a rodinu.

Pro většinu lidí je důležité navázat a trvale si udržet partnerský vztah. Chceme se cítit milováni, chceme svému protějšku lásku vyjadřovat a trávit společně čas, prožívat radosti i starosti a trápení. Proto si hledáme partnera, zkoumáme, zda právě s ním chceme strávit svůj život, zda máme společné zájmy, stejný pohled na život, na svět, zkrátka jestli si rozumíme.

Lze předpokládat, že lidé s diagnostikovanou duševní nemocí, lidé se schizofrenií, kterými se budeme v této práci zabývat, chtějí to samé. Ale je tomu skutečně tak? Představuje pro člověka trpícího nelehkým duševním onemocněním partnerský vztah to samé, co pro mě? Očekává od něj pozitivní přínos do jeho života? Nebo pro něj partnerský vztah představuje spíše komplikaci, něco čeho se bojí, něco, s čím je lepší si raději nic nezačínat? Partnerství zahrnuje nutnost s druhým člověkem komunikovat, naslouchat mu, zajímat se o něj a také být vůči partnerovi otevřený, upřímný a důvěřovat mu.

Tato práce si klade za cíl odpovědět na otázku, jak lidé se schizofrenií prožívají partnerské vztahy. Chceme zjistit, zda tito lidé chtějí navazovat partnerské vztahy, co od vztahu očekávají, jak si jej představují, jak si představují partnera a zda jim partnerský vztah dokáže pomoci zmírnit obtíže jejich nemoci.

Cílem této práce je v teoretické části popsat onemocnění s názvem schizofrenie, nastínit historii duševních onemocnění, důvody vzniku duševních nemocí, průběh, projevy schizofrenie, její léčbu i sociální aspekty nemoci. Zabývat se budeme také pojmem partnerský vztah, budeme hledat motivy k jeho navazování, popíšeme fáze vztahu, možné problémy i současné trendy. Zajímat nás bude, jak si lidé svého partnera hledají a co od něj očekávají. V části praktické se zaměříme na porozumění prožívání partnerských vztahů lidí se schizofrenií. Při analýze kvalitativních dat budeme vycházet ze zakotvené teorie. Sběr dat proběhne formou polostrukturovaných rozhovorů.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## **1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA**

### **O LITERATUŘE**

Při psaní této diplomové práce se jako velmi přínosná ukázala kniha **PSYCHOPATOLOGIE PRO POMÁHAJÍCÍ PROFESE**. Autorkou je česká psychologka, která má zkušenost s prací klinického psychologa i mnohaleté zkušenosti s vyučováním na vysokých školách, Prof. PhDr. RNDr. **Marie Vágnerová**, CSc. Ve své knize se zabývá jednotlivými duševními poruchami a věnuje se také schizofrenii. Pro tuto diplomovou práci byl velmi užitečný především srozumitelný výklad o klinických projevech schizofrenie a otázka resocializace nemocných lidí.

Z knih, ze kterých jsem při psaní diplomové práce čerpala, bych ráda poukázala na následující dvě knihy, které mi poskytly hlubší náhled do zvolených témat.

Doc. MUDr. Eva Malá, CSc. a Doc. MUDr. Pavel Pavlovský, CSc. jsou společnými autory knihy **PSYCHOPATOLOGIE A PSYCHIATRIE**. Kniha se zabývá obecnou i speciální psychiatrií, pojednává o duševních poruchách a poruchách chování, popisuje jejich příčiny, projevy i léčbu. Užitečné byly při psaní této práce mimo jiné kapitoly o příčinách duševních poruch a o jejich léčbě.

### **PRŮVODCE PARTNERSKÝM VZTAHEM**

Kniha autorky PhDr. Martiny Venglářové se zamýšlí nad partnerskými vztahy, ukazuje postřehy a zkušenosti z praxe psychoterapeutů i manželských poradců. Autorka se věnuje vývoji partnerství, výběru partnera i problémům, které partnerské vztahy přinášejí. Při psaní diplomové práce bylo důležité to, jak autorka popisuje vzájemné očekávání partnerů, fáze vztahu a především kapitoly o závažných problémech ve vztazích.

### **O ZAHRANIČNÍ LITERATUŘE**

Jako významný se ukázal časopis **PSYCHIATRY**. Tento časopis vychází v New Yorku v nakladatelství Guilford Publications a obsahuje originální články vztahující se k tématu psychiatrie a duševního zdraví a je určen všem vážným zájemcům o tuto oblast. Článek,

který byl použit pro tuto diplomovou práci, se jmenuje **ŽIVOT SE SCHIZOFRENNÍMI PACIENTY: SROVNÁVACÍ STUDIE ZÁTĚŽE OVLIVŇUJÍCÍ RODIČE A MANŽELE**. Autory jsou Johannes Jungbauer a Matthias C. Angermeyer.

Další článek s názvem **SUBJEKTIVNÍ ZÁTĚŽ MANŽELŮ SCHIZOFRENNÍCH PACIENTŮ** pochází z časopisu *INDUSTRIAL PSYCHIATRY JOURNAL*. Časopis vychází v Mumbai a věnuje se lékařským vědám, psychiatrii a neurologii. Autorem článku je Surekha Kumari.

Je všeobecně známo, že psychiatrické onemocnění představuje pro rodinu nemocného velkou zátěž. Psycholožka a psychoterapeutka Anke Savenje uvádí: „Pokud se u jednoho z členů rodiny projeví psychiatrická porucha typu psychózy, nebo vážné deprese, pocítí ostatní příbuzní citelně její důsledky.“ (Pěč a Probstová, 2009, s. 199)

Dále uvádí: „Duševně nemocný člen rodiny tedy narušuje rovnováhu mezi zátěží a vnitřní silou ostatních členů; zátěž výrazně stoupá a síla klesá.“ (Pěč a Probstová, 2009, s. 200)

O narušení určitých rolí při psychickém onemocnění hovoří Ján Praško (2011, s. 360) Uvádí, že jedna z rolí, které nemoc narušuje, je role partnera. Skutečnost, že u nemocného není uspokojena základní potřeba, jakou je sdílení se s druhými lidmi, může způsobit, že psychicky nemocný člověk ztrácí smysl života. Dále se však partnerství s psychicky nemocným člověkem Praško nevěnuje.

Kalina ve své knize věnované psychózám píše: „Jakákoliv vážnější nemoc v rodině si obvykle žádá zvýšenou pozornost pro nemocného člena rodiny a zvýšené úsilí, aby přitom rodina neztratila pozornost vůči svému „normálnímu“ životu a vývoji.“ (Kalina, 1987, s.131)

O tom, že rodina člověka s psychiatrickým onemocněním to nemá lehké, nacházíme v literatuře i další zmínky, někdy je rodině nemocného věnována celá kapitola. Pokud onemocní člen rodiny, může jít o dítě, sourozence, jednoho z rodičů či partnera. Myslím si, že skutečnost, že nemocným se stal jeden z partnerů, by si zasloužila zvláštní pozornost.

Polivka se v knize *Povídání o manželství* věnuje mimo jiné také psychologickým aspektům problémů v manželství a o vztahu s člověkem, který trpí psychózou, píše, že takovýto vztah

není nemožný, ale je velmi náročný. Jako klíčovou vidí informovanost o nemoci. O schizofrenii se bohužel Polivka zmiňuje pouze okrajově. „Znám několik manželství, kde partner trpí depresemi a vztah je dobrý. Horší problém většinou představuje schizofrenie.“ ( Polivka, Dolista a Dřimal, 1999, s. 38)

O skutečnosti, že schizofrenie narušuje také schopnost navazovat intimní vztahy, hovoří Eva Češková. (2006, s. 194) Uvádí, že mnozí z nemocných schizofrenií se nikdy neožení nebo nevdatí a jejich sexuální zkušenosti jsou v mnohých případech velmi malé, nebo dokonce žádné.

Vágnerová (2008, s. 360) popisuje role nemocného schizofrenií v rodině. Jedná se buď o roli adolescenta, nebo v druhém případě o roli dospělého, manželského partnera a roli rodiče. Na roli manželského partnera a rodiče jsou kladeny větší nároky, zodpovědnost, a proto se více narušují rodinné vztahy, protože nemocný není schopen vykonávat to, co se od jeho role očekává.

Vrchol výskytu schizofrenie spadá mezi šestnáctý až osmnáctý rok a dále mezi dvacátý pátý až třicátý rok života (Malá a Pavlovský, 2002, s. 58). Z výše uvedeného je tedy patrné, že schizofrenie člověka nejčastěji postihuje právě v letech, kdy si partnera hledá.

Německý výzkumník Johannes Jungbauer a profesor univerzity v Lipsku a ředitel psychiatrické léčebny Matthias C. Angermeyer se ve své studii z roku 2002 zabývají zatížením, které prožívají manželé nemocných lidí. Tato studie je součástí německého výzkumu, který se zabývá zdravím a ekonomickým břemenem rodin s mentálně nemocnými příbuznými. Autoři tvrdí, že nemocný partner je svým partnerem po nástupu nemoci vnímán jako jiný, změněný a to přináší do vztahu mnoho komplikací a mnohdy i emoční odcizení manželů. Nemoc partnera ztěžuje také prožívání sexuálního života, na který mohou mít vliv podávané psychotické léky. Často je nutné změnit a přeorganizovat partnerovy úkoly a povinnosti týkající se chodu domácnosti, dětí apod. Vztahy s psychotickými pacienty autoři nazývají křehkými vztahy. Manželé nemocných se často potýkají s otázkou, zda ve vztahu setrvávat či nikoli, což je ovlivněno tím, nakolik musí zdravý partner přinášet oběti a nakolik je on sám ve vztahu spokojen. Pokud spolu partneři ve vztahu zůstávají a vztah je naplněn úzkostí zdravého partnera, obavami z možného fyzického ohrožení, je tento vztah vnímán jako skutečné peklo na zemi. Zkušenosti však ukazují, že většina takovýchto vztahů se rozpadá. Existují ale také vztahy, které jsou přes nelehké psychotické onemocnění spokojené. Jde o vztahy,

kde má nemoc příznivý průběh, zejména z hlediska frekvence a délky trvání psychotických epizod. (Jungbauer a Angermeyer, 2002, s. 110-123)

Výzkum, který byl proveden v roce 2008 v Indii, zkoumal, zda existuje rozdíl mezi vnímanou zátěží u mužů a žen s partnerem trpícím schizofrenií. Výsledky výzkumu ukázaly, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi vnímanou zátěží u mužů a žen. Tento výzkum byl proveden s padesáti respondenty, z toho polovina respondentů byly ženy, polovina muži, kteří jsou déle než dva roky ve vztahu s partnerem, který má schizofrenii. Z výzkumu se dozvídáme, že pokud je v rodině člověk nemocný schizofrenií, je to pro rodinu značná zátěž a celou rodinu toto ovlivňuje. Studie provedená v Lipsku, která zahrnovala 307 respondentů se schizofrenií z roku 2001 ukázala, že větší šanci na život v partnerství a manželství mají ženy se schizofrenií naproti mužům s touto nemocí. Mnoho výzkumů se provádí s ohledem na rodiče dětí se schizofrenií, autor této studie však ukazuje na skutečnost, že až 20-30% nemocných schizofrenií žije v partnerském vztahu nebo v manželství, a proto by si tato oblast zasloužila většího a podrobnějšího zkoumání. (Kumari, 2009, s. 97-100)

Osobně si myslím, že oblast partnerských vztahů u schizofrenních pacientů zasluhuje větší pozornost a hlubší zkoumání. To je také jeden z důvodů, proč svou diplomovou práci zaměřuji právě na nemocné schizofrenií a jejich partnerské vztahy.

Česká asociace pro psychické zdraví se rozhodla na rok 2010 vyhlásit kurz seznamování lidí, kteří psychické onemocnění prožívají a touží najít si partnera. Projekt nesl název Škola seznamování. Byl určen pro mladé lidi do třiceti pěti let a jeho účastníky byli lidé, kteří prožívají duševní onemocnění v klidové fázi, jsou již nejméně tři měsíce bez akutních příznaků nemoci, jsou sami, ale rádi by si partnera našli. Účastníci kurzu měli možnost zdokonalit se v komunikativních dovednostech, vyslechli si odborné přednášky na téma partnerských vztahů nebo např. lidské sexuality, sami měli možnost diskutovat a také prožít na vlastní kůži aktivity zaměřené na rozvoj sebedůvěry. Jistě příjemnou částí kurzu byla návštěva vizážistky, několika kulturních akcí, nebo třídenní společný zážitkový pobyt. Na programu byly aktuální otázky duševně nemocných lidí, jako je např. kdy a jakým způsobem svému partnerovi o onemocnění říct, jaké negativní účinky mohou vyvolat léky nebo jaké je riziko, že děti nemocných rodičů také onemocní. (Esprit, 2009 s. 3)

Koordinátora projektu Mgr. Andrea Scheansová zkoumala v rámci své disertační práce základní psychosociální potřeby u dvaceti pacientů psychiatrické léčebny Bohnice. Výsledky



výzkumu ukázaly, že z dvaceti dotázaných čtrnáct nemá partnera, pouze jedna dotázaná jej však nechce. Deset dotázaných uvedlo, že nemají dostatek příležitostí, kde si partnera hledat. Čtrnáct respondentů si přálo vychovávat děti. Podobné zkušenosti má ze své psychiatrické praxe Mudr. Jarolímek. Osamělost mladých lidí se schizofrenií považuje za aktuální problém.(Esprit, 2010 s. 3)

V diplomové práci se budeme zabývat následujícími pojmy.

#### SCHIZOFRENIE:

„Schizofrenie je duševní onemocnění charakterizované poruchami téměř všech psychických funkcí. Zásadní je porucha myšlení a vnímání, oploštělá nebo neadekvátní emotivita a narušené chování a jednání.“(Svoboda, Češková a Kučerová, 2006, s. 181)

#### PARTNERSKÝ VZTAH

Psychologický slovník definuje slova *partnerský* a *vztah* následovně:

**PARTNERSKÝ:** Sdružený společnými zájmy, sdílející společný život, třeba manželský.  
(HARTL, 2004, s. 177)

**VZTAH:** Působení mezi dvěma nebo více jevy, objekty či osobami, v psychologii provázený emocionální vazbou a určitou mírou odpovědnosti (HARTL, 2004, s. 296)

## 2 SCHIZOFRENIE

„Schizofrenie je závažná duševní choroba, která se projevuje chronickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity.“ (Vágnerová, 2008, s. 333)

Vágnerová (2008, s. 333) uvádí, že termín schizofrenie zavedl v roce 1911 Eugen Bleuler a vystihuje skutečnost, že u nemocných schizofrenií dochází k rozpolcení osobnosti a dezintegraci jednotlivých psychických funkcí. Dorner a Plog (2005 s. 90) zasazují zavedení pojmu schizofrenie Eugenem Bleulerem do roku 1907.

Eva Malá uvádí, že schizofrenie je jednou z nejzávažnějších duševních poruch. Člověk nemocný schizofrenií ztrácí kontakt s realitou, má narušený vztah k sobě samému i k vnějšímu světu. (Malá a Pavlovský, 2002, s. 58)

„Schizofrenie je představitelem psychotického onemocnění. V odborné terminologii je psychóza charakterizována bludy, halucinacemi a dezorganizovaným slovním projevem a chováním, v širším pojetí také poruchou vnímání reality.“ (Svoboda, Češková a Kučerová, 2006, s. 181)

Schizofrenní onemocnění postihuje asi jedno procento populace bez ohledu na rasu, pohlaví či sociokulturní vlivy. Často se o schizofrenii hovoří jako o onemocnění mladých lidí, protože její nejčastější výskyt spadá do období patnáct až třicet pět let. Schizofrenie postihuje stejně jak muže, tak ženy, její začátek je ovšem u žen o několik let pozdější než u mužů a také zřejmě vlivem estrogenů mívají ženy formu onemocnění mírnější a často lépe sociálně fungují než muži. (Svoboda, Češková a Kučerová, 2006, s. 182)

### 2.1 Duševní onemocnění v historii a jeho příčiny

Schizofrenie patří mezi duševní onemocnění a je součástí psychiatrie, která si prošla trnitým historickým vývojem, než se stala všeobecně uznávanou vědeckou disciplínou.

V dávných dobách si lidé vše, co neznali, vysvětlovali působením nadpřirozených sil a duševně nemocní byli považováni za posedlé zlými duchy. Jejich léčba patřila do rukou šamanů, kteří na nemocných prováděli své šamanské a náboženské rituály. Výjimkou byl Egypt, kde můžeme vidět náznaky pracovní terapie u duševně nemocných. Řecký lékař Hippokrates představu o posedlosti zlými duchy u duševně nemocných odmítá a příčiny vidí v nemoci

mozku. V roce 483 nastává velký úpadek a duševní poruchy přestávají být součástí medicíny a dostávají se do rukou náboženských hodnocení. Ve středověku potom přichází velmi kruté stíhání a zabíjení duševně nemocných. Naproti tomu Arabové staví první psychiatrický útulek již v sedmém století a jimi se inspiroují v době křížáckých válek také Španělsko a Itálie. První psychiatrická kniha se jmenuje Anatomie melancholie a její autor Buton se věnuje také popisu projevů psychických poruch. V novověku jsou patrné snahy nemocným pomoci, avšak děje se tak stále za krutých podmínek, nemocní jsou izolováni od společnosti, jsou páleni žhavým železem, zavírání do temnoty, za mříže. Až do osmnáctého století jsou vystavováni pro zábavu veřejnosti a dokonce ještě v devatenáctém století je možnost za poplatek si nemocné v ústavu prohlížet. Počátek psychiatrického ústavnictví nacházíme u Phillipa Pinnela, který zavádí léčbu prací, osvobozuje duševně nemocné z věznic a zřizuje pro ně specializované psychiatrické ústavy. Od počátku devatenáctého století dochází k borcení představ, že duševní nemoc je trestem za hříchy, posednutím či kletbou a ústavy se začínají podobat nemocnicím spíše než věznicím. Vedle přínosné pracovní terapie je však stále užíváno nelidských metod při léčbě pacientů jako je přikládání pijavic, ponořování do studené vody až do nebezpečí utonutí aj. Za zakladatele moderní psychiatrie je považován Pinelův žák Esquirol.

Z původního celku „duševní onemocnění“ jednotliví psychiatři vyčleňují a popisují jednotlivá onemocnění. Schizofrenie byla dříve označována jako *dementi praecox*, její současný název jí přiřadil Eugen Bleuer v roce 1911. Velkou ránou byla jak pro pacienty, tak pro psychiatry druhá světová válka. Tehdy bylo na odděleních dětské psychiatrie zavražděno 10 000 dětí a v Německu bylo zabito 180 000 psychiatrických pacientů.

Po druhé světové válce se psychiatrie postupně stává moderním lékařským oborem. Díky novým lékům se pro mnohé pacienty otevírají dveře psychiatrických zařízení, pozornost se věnuje také rodině pacienta a vzniká komunitní péče s pracovní i sociální rehabilitací. (Praško, 2011, s. 14-27)

První zmínka o psychiatrické péči u nás se týká kláštera sv. Františka v Praze roku 1234, kde pro duševně nemocné zřídili speciální místnosti. Marie Terezie roku 1755 ruší zákon o čarodějnictví a roku 1784 mají duševně nemocné ženy první samostatné psychiatrické oddělení. Prvním českým psychiatrem byl Jan Theobald a k dalším významným psychiatrům patří Benjamin Čumpelík, Karel Kuffner, dále Haškovec, Heverech, Jánský, Vencovský nebo Dobiáš. (Svoboda, Češková a Kučerová, 2006, s. 20)

## ETIOLOGIE

Příčina vzniku schizofrenie není dodnes jednoznačně určena, nicméně víme, že jde o soubor dědičných dispozic, vývojově podmíněných změn, specifických zkušeností a vyvolávajících podnětů. (Vágnerová, 2008, s. 334)

Vznik duševních poruch lze rozdělit do třech skupin.

### 1. Etiologický činitel je neznámý

Duševní onemocnění vzniká na základě organického postižení mozku, jedná se např. o cévní poruchy, mozkové nádory či poranění mozku.

### 2. Na vzniku duševní poruchy se podílí více činitelů

Zde hrají roli zděděné dispozice být náchylnější ke vzniku té které poruchy, mluvíme o tzv. predispozicích. Vliv na vznik duševní poruchy mají také vlivy prostředí, např. vlivy traumat, farmak vyvolávajících závislost a také negativní životní zkušenosti – úmrtí blízké osoby, osobní neúspěchy, nefunkční rodina, stres. Dlouhodobé stresující zážitky vedou ke zvýšené zranitelnosti a společně s nevhodnými dědičnými faktory vytvářejí podmínky pro vznik duševního onemocnění. Výše uvedené vlivy prostředí označujeme jako negativní (rizikové). Mezi pozitivní (ochranné) vlivy prostředí patří život člověka v harmonické milující rodině, kde získává jistotu, že je přijímán a milován a to mu pomáhá ve vyrovnávání se se stresy, které v životě přicházejí. Také nadprůměrné intelektové schopnosti, schopnost sociální komunikace nebo i náboženská víra jsou dalšími ochrannými faktory.

### 3. Etiologický činitel je neznámý

Zde patří duševní poruchy, u kterých doposud není zřejmé, co je způsobilo. Jde o tzv. psychózy, které vedou k dezintegraci osobnosti. Přestože nebyla nalezena přímá dědičnost, lze u schizofrenie předpokládat určitý podíl genetického přenosu. (Malá a Pavlovský, 2002 s. 15-17)

Za možnou příčinu vzniku schizofrenie se označuje genetická dispozice, rané dětské infekce, faktory životního prostředí, důležité jsou i psychogenní a sociogenní faktory, působící jako spouštěč latentní poruchy a ovlivňující její průběh. (Ondriášová, 2005 s. 86)

Nejstarším modelem, který se snažil vysvětlit vznik duševních poruch byla byl **animistický model**. Psychickou poruchu vyvolaly zlé síly, démoni, nebo posedlost zvířetem. Podobný je **astrologický model**, kdy je příčinou špatná konstelace hvězd. **Náboženský model** vidí

příčinu v posedlosti a v čarodějnictví. **Morální model** považuje duševní poruchu za nežádoucí chování. **Medicínský model** spatřuje příčinu duševní poruchy v samotném organismu. Do 19. století se mluví o vlivu dědičnosti, metabolismu, či postižení mozku. **Sociální model** hledá příčiny psychických poruch v narušených lidských vztazích, v prožitých traumatech. **Psychoanalytický model** tvrdí, že psychická porucha je výsledkem nepřiměřeného zrání. **Rodinně interakční model** vidí psychickou poruchu jako problém celé rodiny, její patologie. **Antipsychiatrický model** nechce nemocným pomáhat, nýbrž je izolovat od společnosti. Mnohačetné etiopatogenetické faktory zahrnuje **biopsychosociální model**. (Praško, 2011, s. 35-37)

## 2.2 Průběh onemocnění schizofrenií

Průběh onemocnění schizofrenií se může v pacientů velmi odlišovat. Někoho může nemoc zasáhnout pouze jedenkrát v životě a nemusí to na něm zanechat žádné vážné následky, jiným se epizody onemocnění vrací a jejich osobnost se postupem času narušuje stále víc. Nástup nemoci může být také u každého jiný. Obecně platí, že lepší prognózu do budoucna má nástup rychlý, prudký a akutní naproti plíživému, pomalému nástupu nemoci. Stejně tak pacienti, kteří onemocní v pozdějším věku, jsou na tom lépe, než mladí lidé, kteří onemocněli v době, kdy se jejich osobnost ještě stále vyvíjela. (Zvolský, 1997, s. 71)

U průběhu onemocnění schizofrenií se dá hovořit o pravidle tří třetin. Znamená to, že jedna třetina nemocných prožije jednu nebo několik málo atak a poté se již nemoc nevrací a lidé jsou schopni žít běžným způsobem, druhá třetina nemocných prožívá opakované relapsy, to znamená, že se nemoc vrací a poté přichází remise – období klidu. Třetí třetina nemocných je odkázána na pomoc rodiny, nebo zdravotnických zařízení, protože ani přes léčbu nejsou schopni samostatného života. (Svoboda, Češková a Kučerová, 2006 s. 186)

Malá (2002, s. 59) uvádí, že onemocnění schizofrenií zasáhne člověka natolik, že okamžitě po nástupu nemoci není schopen docházet do zaměstnání, zhoršují se jeho vztahy s okolím i schopnost starat se sám o sebe.

## PŘÍZNAKY SCHIZOFRENIE

Jak se cítí schizofrenik, který má pocit, že jej někdo pronásleduje, popisuje Jaroslav Nejd. Píše, že v době, kdy byl přesvědčen, že ho pronásledují bezpečnostní struktury napojené na bývalou Stb, pocítoval ohromný strach a úzkost o svůj život. Protože chtěl svou situaci řešit, obrátil se na prezidentskou kancelář prezidenta Havla, aby mu pomohli a chtěl dokonce emigrovat. Na pokoji psychiatrické léčebny, kterou také vyhledal, se zabarikádoval tak, aby tam na něj jeho pronásledovatelé nemohli. Podle těchto pocitů je snadné představit si, že schizofrenik, který podobný strach prožívá, se velmi silně brání, pokud se někdo – třeba i policie, dobývá do jeho obydlí. ( Esprit, 2012, s. 7)

Příznaky schizofrenie dělí autoři Malá a Pavlovský (2002, s. 59) do skupin *pozitivních a negativních* symptomů. Mezi ty *pozitivní* patří **bludné představy a myšlenky**, kdy nemocný slyší vlastní myšlenky, zdá se mu, že jej někdo kontroluje, pronásleduje. Mezi bludy patří také představa nemocného, že má nadlidské schopnosti.

Bludem je chorobně vzniklé mylné přesvědčení, je nevyvratitelné a působí na jednání. Vzniká v chorobném emočním stavu, kdy se nemocnému zdá, že se děje něco divného a co si později „vysvětlí“ působením nepřátel, nadpřirozených sil atd. Nemocnému se blud nedá vysvětlit, naprosto mu věří. Bludy se dělí na bludy velikášské, depresivní a paranoidní.

*Velikášské bludy* se vyznačují nadnesenou náladou. Nemocnému se může zdát, že disponuje mimořádnými schopnostmi, např. že rozumí řeči zvířat, nebo že objevil důležitý vynález. Bludem originálním se označuje představa nemocného, že má např. královský původ.

*Depresivní bludy* provází depresivní nálada. Nemocný trpí pocitem, že je k ničemu, nic nedokáže a podceňuje se. Pokud si nalhává, že dokonce může za něčí smrt nebo o sobě tvrdí, že má negativní vlastnosti, které nemá, hovoříme o bludech autoakuzčních. Při ruinačních bludech může nemocný např. tvrdit, že ztratil veškerý majetek. Bludy depresivní se označují také jako mikromanické a patří zde také hypochondrie neboli přesvědčení o nemoci, kterou dotyčný netrpí.

*Paranoidní bludy* se vyznačují podezíravostí a vztahovačností. Nemocný se může cítit být sledován, odposloucháván, patří zde také mylné přesvědčení o nevěře. Nemocnému se také může zdát, že jej někdo řídí a že má různá vnuknutí. (Musil, 2006, s. 104)

Dále jsou to **halucinace**. Časté jsou hlasové halucinace, kdy nemocný slyší hlasy, které jej k něčemu nabádají nebo např. více hlasů, které se mezi sebou hádají.

Halucinaci lze definovat jako klamně vjemy, které vznikají bez zevního podnětu a jsou natolik přesvědčivé, že nemocný jejich neskutečnost nerozpozná a dokonce může na jejich základě jednat. Rozlišujeme halucinace sluchové, zrakové, čichové, chuťové a tělové, přičemž nejčastějšími jsou halucinace sluchové. (Musil, 2006, s. 103)

Patrná je také **dezorganizace řeči**, kdy nemocný nedokáže udržet souvislý slovní projev.

Mezi další pozitivní příznaky schizofrenie patří **dezorganizované chování nebo katakonní projevy**, které se projevují příznačnou ztuhlostí.

Mezi *negativní* příznaky schizofrenie patří **otupělost, oploštění emocí, nedostatek vůle, iniciativy a spontánnosti, ztráta zájmů, nečinnost**. Nemocný často ztrácí zájem o okolí, omezují sociální styky a dostává se do sociální izolace. (Malá a Pavlovský, 2002, s. 59)

Češková ve své knize psychopatologie a psychiatrie hovoří o **kognitivní dysfunkci**, kterou považuje za jádrový příznak. Spočívá v narušení poznávacích schopností. Člověk nemocný schizofrenií má potíže s pamětí, není schopen uchovat si informaci a použít ji po zpracování. Problémy mu dělá plánování a řešení úkolů, potíže lze nalézt také u koncentrace. Dále se zmiňuje o depresi, která představuje příznak afektivní. Deprese bývá součástí akutní psychotické ataky. Společně s kognitivní dysfunkcí vede k tomu, že nemocný se velmi těžce začleňuje do společnosti a má problém obstát na trhu práce. (Svoboda, Češková a Kučerová, 2006, s. 184-185)

Poruchy **kognitivních dysfunkcí** je možné dále rozdělit na poruchy vnímání, poruchy myšlení, narušení orientace v realitě, autistické projevy a poruchy verbálního projevu. Vágnerová, která se poruchám věnuje, dále rozpracovává poruchy emotivity, jednání, a poruchy osobnosti. K porozumění lidem, kteří onemocněli schizofrenií, považují za přínosné popsat jednotlivé výše uvedené klinické projevy schizofrenie podrobněji.

#### *Porucha vnímání*

Zde hovoříme o halucinacích, které postihují nemocné poměrně často a lze je definovat jako klamně vjemy vznikající nezávisle na vnějším podnětu, ale nemocný je nevyvratně přesvědčen o jejich reálnosti, a proto mohou ovlivňovat jeho chování. Halucinace mohou nabývat podoby hlasů, přesvědčení, že se nemocného někdo dotýká nebo zrakové podoby.

### *Porucha myšlení*

Uvažování schizofrenika může být na jedné straně zpomalené, na druhé straně můžeme zaznamenat tzv. verbální trysk – nemocný nesrozumitelně a navzájem nesouvisle seskupuje slova. Typickým příznakem poruchy formálního myšlení je ztráta logické souvislosti i vztah ke kontextu. Schizofrenik často nedokáže rozlišit podstatné od nepodstatného. Pro okolí je uvažování člověka se schizofrenií značně nesmyslné. Jeho uvažování nám zobrazuje jeho vlastní vnitřní svět poznamenaný halucinacemi a bludy. Ty se mnohdy mohou stát příčinou nebezpečného chování schizofreniků. Hlasy mohou přikázat nebezpečné chování, které nemocný provede bez ohledu na zdraví své nebo ohrožení okolí. Bludy nebo halucinace ovšem nelze nemocnému vylouvat, protože by mohlo vést k agresivitě schizofrenika, který se za těchto okolností cítí ohrožen.

### *Narušení orientace v realitě*

Nemocný nedokáže adekvátně zpracovat běžné informace, hodnotit je a zapamatovat si je. Hodnotí věci jinak než je obvyklé, uvažuje o sobě i okolí odlišně od zdravého člověka. Zdá se mu, že všechno má svůj zvláštní význam a běžné dění se pro něj stává zvláštním signálem, důležitým znamením. Nemocní schizofrenií nic nepřičítají náhodě, uvažují magicky a hledají neexistující souvislosti. Potřebují, aby vše zapadlo do jejich celkové interpretace světa. Chtějí se cítit jistě a bezpečně, proto potřebují vše jednoznačně vysvětlit a zevšeobecnit.

### *Autistické projevy*

Autistickými projevy u schizofreniků rozumíme stažení se do sebe, do svého vlastního světa. Okolní svět je zdrojem příliš mnoha podnětů, nemocným se zdá, že světu nerozumí. Proto se izolují a raději stahují do sebe. Ondriášová ve své knize Psychiatria (2005, s. 87) rozlišuje autismus na neproduktivní a produktivní autismus. Při produktivním autismu dochází ke ztrátě kontaktu s realitou, typické je denní snění, které nemocný upřednostňuje před skutečnou realitou a ztrácí reálné zájmy. Při produktivním autismu je přítomné přehodnocení reality, nemocný se uzavírá do neskutečného světa představ, mívá halucinace. Příznačné jsou psychosenzorické poruchy a poruchy ideognozie (tzn. poznání, že moje myšlenky jsou mými myšlenkami).



### *Poruchy verbálního projevu*

Nemocní schizofrenií mohou vytvářet nová slova, opakovat stejná slova bez ohledu na situaci, v extrémním případě je projev nemocného zcela nesouvislý a bez spojitosti.

Vágnerová dále vedle kognitivní dysfunkce staví poruchu emotivity, poruchu jednání s poruchou osobnosti.

### **Porucha emotivity**

Zvýšená emotivita se objevuje především v akutní fázi onemocnění, s postupem času přichází spíše oploštělost emocí, jejich útlum a celková apatie. Schizofrenik může reagovat na situace jinak než je běžné, např. se rozesměje v situaci, kdy to ostatním připadá nevhodné, na některé podněty může reagovat přecitlivěle.

### **Porucha jednání**

Zde můžeme mluvit o tzv. nápadnostech v jednání, kdy na sebe nemocný upozorní např. neadekvátním smíchem, sebepoškozováním nebo nepřiměřeným projevem.

### **Porucha osobnosti**

Nemocný se soustřeďuje na sebe, myslí si, že je středem světa a věci kolem se dějí kvůli němu. Může se mu zdát, že někdo cizí mu ovládá myšlenky. Ztrácí svou vlastní identitu. (Vágnerová, 2008, s.337-342)

Němečtí autoři Dorner a Plog v souvislosti s poruchou vnímání mluví také o dojmu cizosti vlastního těla. Nemocní se domnívají, že některé části těla jsou větší či menší než je běžné, jsou blíže nebo dále a tělesné pohyby vnímají jinak než dříve. O pocitech odcizení vlastnímu tělu mluví 70% pacientů. (Dorner a Plog, 1999, s. 89)

Výše popsané příznaky onemocnění schizofrenií naznačují, že je pro takto nemocného člověka velmi obtížné srovnat si a nějak zorganizovat svůj vlastní život, zvládat nároky kladené na člověka, který se v běžném životě ocitá v roli občana, souseda, syna/dcery, spolužáka, zaměstnance a kromě mnoha dalších také v roli partnera. Osobně si myslím, že každý člověk touží po lásce a vztahu, ale člověku nemocnému schizofrenií se staví do cesty mnoho překážek. Pokud je člověk stabilizovaný, užívá léky, orientuje se v realitě, věřím, že se snaží začlenit do běžné společnosti a mnoho lidí by chtělo mít partnera, navázat vztah, po nějaké době vstoupit do manželství a snad i mít děti. Stále je tu ale nemoc-schizofrenie. Ta přináší výše uvedené problémy. Nevím, nakolik jsou lidé-schizofrenici schopni navázat a hlavně

udržet si trvalý spokojený vztah. Nevím, jak moc je jejich nemoc omezuje. Jestli je vůbec omezuje v tom, co se týká navazování a prožívání partnerských vztahů.

## **FORMY SCHIZOFRENIE**

Mezinárodní klasifikace nemocí zařazuje schizofrenii do sekce nemocí F20-F29.

### **F20 Paranoidní schizofrenie**

Tato forma schizofrenie je nejrozšířenější ve většině částí světa a charakterizují ji bludy pronásledování nebo kontroly. Jsou často doprovázeny halucinacemi. Obvyklými příznaky jsou bludy perzekuční, žárlivosti, hlasy dávající rozkazy, sluchové halucinace jako jsou pískání, bzučení, smích a čichové a chuťové halucinace.

#### **F20.1 Hebefrenní schizofrenie**

Příznačné je dezorganizované chování a oploštělé emoce. Tato forma schizofrenie vzniká většinou v adolescenci a doprovází ji bizarní chování, grimasování, nejapný smích a poznámky, pseudofilosofické úvahy a podivná gesta. Bludy a halucinace jsou prchavé a nevýznamné, zato jsou u této formy schizofrenie významné změny afektivity. Myšlení bývá narušeno, chování se jeví jako bezcílné a neúčelné.

#### **F20.2 Katakonní schizofrenie**

Podle poruchy motoriky rozlišujeme produktivní a stuporosní formu.

*Produktivní forma* se vyznačuje nadměrnou motorickou aktivitou

*Stuporosní forma* se vyznačuje zpomalením, nehybností a nereagováním nemocného

#### **F20.6 Simplexní schizofrenie**

Vznik u této formy bývá plíživý, nemocný je apatický, neaktivní, je závislý na okolí a nevykytují se u něj bludy ani halucinace. Je pokládána za vzácnou. Nemocný ztrácí jakékoli cíle a uzavírá se do sebe. (Zvolský, 1997, s. 73-76)

Pro partnerský vztah je důležité svému partnerovi věřit. Pro člověka se schizofrenií to může být velmi těžké, protože bývá podezřívavý, může mít nejrůznější bludy a halucinace. Paranoidní schizofrenie způsobuje, že člověk se cítí být pronásledován, kontrolován. Myslím si, že tyto pocity mohou ve vztahu působit mnoho potíží a nedorozumění.

### 2.3 Resocializace lidí se schizofrenií a léčba schizofrenie

Resocializací rozumíme návrat nemocných lidí zpátky do běžné společnosti. S resocializací je úzce spjata rodina schizofrenika, proto se jí budeme zabývat. Pro rodinu schizofrenika představuje toto onemocnění nesporně velkou zátěž a je těžké se s ní vyrovnat. V počátcích onemocnění většinou nikdo z rodiny nepomýšlí na duševní onemocnění, protože prvotní příznaky mohou být podobné chování, které se vyskytuje i za jiných, poměrně běžných okolností. Nemocný je podrážděný, stahuje se do sebe, protože přestává rozumět světu a bojí se ho, je ospalý a nemá dost elánu, vůle a iniciativy, všechno vztahuje na svoji osobu. Členům rodiny i přátelům se zdá jiný. Po přiřazení diagnózy schizofrenie čeká rodinu nemocného velmi těžký úkol vyrovnat se s nastalou situací. Někteří členové rodiny se snaží situaci zachránit obrannou reakcí, takže se snaží dělat jako by se nic nestalo nebo nemoc zjednodušují. Některé rodiny se za toto onemocnění stydí a snaží se, aby okolí nic nepoznalo. Tato obrana však nemůže vydržet dlouho a poté přichází uvědomění si situace a vyrovnání se s ní. Často se hledá viník, někdo, kdo za to může. Rodiče nemocného mohou hledat pochybení ve výchově, v kamarádech nebo zaměstnání nemocného. Důležité však je zahájit léčbu a přijmout, že hospitalizace na psychiatrickém oddělení může nemocnému pomoci a není to hanba celé rodiny. Pokud rodina spolupracuje, bývá léčba úspěšnější, někdy se ale stane, že rodina tuto tíhu neunes a nemocný se ocitá v ústavní léčbě. Rodina se může stát také rizikovým faktorem, co se týká relapsů schizofrenie. Taková rodina je charakterizována svou uzavřeností vůči okolí, vzájemné vztahy jsou konfliktní a chladné, v rodině existuje problém v komunikaci i ve zvládnání emocí, členové si nejsou vzájemnou podporou. Při onemocnění se mění role nemocného v rodině. Pokud nemoc vypukne v adolescentním věku, nemění se role nemocného nijak zásadně a rodiče obvykle zaujmají pečující postoj. Pokud ale onemocní rodič, je situace vážnější, neboť s rolí rodiče je spojeno mnoho povinností a nároků. V horších případech dospělý nemocný velmi negativně rodinu ovlivňuje, stává se zdrojem strachu a působí jako silný stresový faktor. (Vágnerová, 2008, s.355-360)

Rodina dokáže působit jako velmi významný faktor při léčbě schizofrenie. Pro efektivní zvládnání soužití s osobou trpící schizofrenií je důležité zaměřit se na několik oblastí. Ty bývají součástí mnoha programů, které v současné době podporují právě rodiny pacientů se schizofrenií. Důležité je, aby byli členové rodiny pravdivě informováni o diagnóze nemoci, o jejím průběhu, o prognóze i léčbě. Potřebné je vzájemné sdílení emocí a jasná komunikace. Členové rodiny si musí umět chránit své hranice, tzn. žít také svůj vlastní život a nenechat se

plně pohlit péčí o nemocného. Prospěšné pro rodinu je, umí-li efektivně řešit problémy. Tzn. problém popsat a identifikovat, konzultovat s vhodnými osobami, najít přijatelné uskutečnitelné řešení a zhodnotit výsledek řešení. Je dobré, pokud se rodina neuzavírá do sebe a setkává se a sdílí se také se širším příbuzenstvím, s přáteli a známými a pokud spolupráce s odborníky, zdravotníky i sociálními pracovníky probíhá úspěšně. (Pěč a Probstová, 2009 s. 204-206)

## LÉČBA

Léčba pacientů se schizofrenií se dělí na léčbu farmakologickou a nefarmakologickou. Léčba schizofrenie vyžaduje komplexní přístup, tedy základem je farmakologie, ale neméně důležitá je psychosociální intervence a pomoc a podpora v začlenění se do běžné společnosti. Léčba se dělí do několika fází. První z nich je akutní léčba, kdy odstraňujeme pozitivní příznaky nemoci jako jsou agresivita, hyperaktivita, ovlivnění bludy a halucinacemi. Psychiatr podává nemocnému informace o léčbě. Po zlepšení stavu se snažíme o stabilizaci, většinou stále trvají negativní příznaky, proto je dobré nespěchat na rehabilitaci, psychosociální intervence je nyní spíše podpůrná než direktivní a snažíme se předejít relapsu (znovu se rozbíhají psychotické příznaky). Pravděpodobnost relapsu se zvyšuje s vysazením medikace, v tomto případě je třikrát častější. Přesto i při pravidelném užívání léků se s relapsy setkáváme. (Svoboda, Češková a Kučerová, 2006 s. 195-200)

## Psychofarmakoterapie

Léčba duševního onemocnění psychofarmaky spočívá v působení na symptomy. Léky nazývané psychofarmaka přes neurotransmitery jako jsou adrenalin, dopamin, noradrenalin apod. ovlivňují příznaky duševních chorob. Mezi psychofarmaka se řadí neuroleptika, anxiolytika, psychostimulancia, antidepresiva, nootropika a kognitiva. (Malá a Pavlovský, 2002, s.100)

Psychofarmakologická léčba se používá ke zklidnění nemocného a k regulaci jeho psychických projevů. Nejčastěji se užívají neuroleptika, sloužící ke snížení napětí a úzkosti. Pro dobrý průběh nemoci je důležité, aby nemocný předepsané léky užíval a spolupracoval. Při akutní epizodě však nemocní obvykle nespolečně pracují a bývá nutná jejich hospitalizace na oddělení psychiatrické léčebny. Je důležité pracovat také s rodinami nemocných a vysvětlit jim průběh nemoci a léčbu. V současné době není třeba obávat se vedlejších účinků u antipsychotických léků. (Vágnerová, 2008 s. 365)

## Psychoterapie

Psychoterapie využívá léčené metody, které vedou k lepšímu kontrolování symptomatiky nemocného, tj. např. jednání pod vlivem bludů a rozvíjejí zachované zručnosti a zamezují sociální izolaci nemocného. (Ondriášová, 2005, s. 89)

„Psychoterapeutickými metodami je pacient veden k navázání lepšího kontaktu s okolím, k nalezení opěrných bodů v realitě, kterou až dosud vnímal jako nepřátelskou. K získání kritického náhledu na onemocnění a k reálnějšímu pohledu na svět a společnost, do které by se měl znovu začlenit (resocializace).“ (Musil, 2006, s. 106)

Praško (2011, s. 246-249) dělí psychoterapii na individuální psychoterapii a podpůrnou psychoterapii, skupinovou psychoterapii, relaxaci, rodinnou terapii, arteterapii, muzikoterapii a psychogymnastiku, psychodrama a dramaterapii.

## Socioterapie

Zde mluvíme o tzv. resocializaci, tzn. opětovném začlenění se do běžné společnosti. Lidem se schizofrenií pomáháme a podporujeme je v dosažení přijatelné sociální adaptace a integrace co se týká schopnosti samostatného bydlení i schopnosti zařadit se do pracovního procesu. Velmi důležitá je aktivizace lidí nemocných schizofrenií. Tito lidé mají tendenci uzavřít se do sebe a nevyvíjet žádnou aktivitu. Proto je vhodné zorganizovat pro ně denní režim a program, u kterého cítí smysluplnost. V současné době se nabízí možnost chráněného bydlení, což je jakási přechodná varianta mezi bydlením samostatným a žitím v instituci. Pro nemocné schizofrenií představuje obvykle pracovní zařazení nemalý problém, proto je vhodné před nástupem do zaměstnání docházet na pracovní terapii nebo pracovat v chráněné dílně. (Vágnerová, 2008, s. 366-367)

## STIGMATIZACE

U duševního onemocnění se se stigmatizací setkáváme bohužel poměrně často. Lidé se psychicky nemocných lidí obávají, protože často znají případy lidí nemocných schizofrenií pouze z televize, kde se zveřejňují jen příběhy neléčených schizofreniků ohrožujících sebe i okolí. Bohužel se setkávám s nevědomostí lidí o tom, co to je duševní onemocnění, co to znamená mít schizofrenii. Veřejnost si bohužel často myslí, že schizofrenici jsou zkrátka blázni zavření v psychiatrických léčebnách. Pro svou neznalost a obavy má běžná veřejnost vůči

nemocným schizofrenií předsudky a tyto nemocné stigmatizuje. Negativní je také vnímání samotné psychiatrické léčebny, která se stává pouhým blázincem.

Běžná veřejnost stigmatizuje duševně nemocné proto, že k nim má negativní očekávání a tudíž se zároveň mění chování k nim. Lidé vůči nim zaujímají výrazný odstup a jen velmi těžko se jednou přijatý obraz o duševně nemocných mění, přičemž nezáleží na tom, že získaný obraz není pravdivý. Proto se lidé s psychiatrickými problémy velmi bojí diagnózy psychiatrického onemocnění, které je „onálepkuje.“ Chování laiků k duševně nemocným se může řídit také jejich představou o původu nemoci. Představy laiků o příčinách duševních nemocí se dají zjednodušeně popsat jako:

1. charakterové příčiny – nemocný je zvrhlý a nemorální
2. organické příčiny – nemocný svou nemoc zdědil nebo trpí onemocněním mozku
3. situační – nemocný se zhroutil po prožitém traumatu

Podle předpokládané příčiny se mění chování laiků vůči nemocným. Lépe a snáze pochopí onemocnění po nelehkém životním osudu, po prožití trápení. Ti, které zařadí do skupiny organických příčin, by se měli snažit změnit, ti, kteří nemoc zdědili by se měli dle představ některých laiků léčit nebo izolovat.

Velký strach ze stigmatizace prožívá rodina nemocného, která se bojí, že po proniknutí pravdy na veřejnost o tom, že se některý její člen léčí na psychiatrii, bude negativně označena a hodnocena celá rodina. Někdy mohou své pacienty stigmatizovat také lékaři, psychiatři. Může se stát, že závažnost nemoci přecení nebo naopak zlehčují. Při přecenění její závažnosti se může zdát léčba velmi obtížná a téměř nemožná a lékař tak dopředu rezignuje, v opačném případě se snaží pacientovi vyvrátit jeho potíže. Obecně se dává nálepka „hůře léčitelných diagnóz“ u pacientů nesympatických, z nižších sociálních vrstev, a pacientů, kteří nespolupracují. Stigmatizace může velmi negativně ovlivnit léčbu pacienta. Mnoho pacientů se nejprve snaží „vyléčit“ sami. Bojí se toho, že jim lékaři přiřknou psychiatrickou diagnózu, a proto zkoušejí nejdříve sami relaxovat, dobře jíst apod., aby si pomohli sami. Udává se, že lidé se sociální fobií, obsedantně-kompulzivní poruchou a panickou poruchou přichází k lékaři teprve po sedmi až patnácti letech, kdy se snaží se svou nemocí vypořádat sami. V průběhu terapie může být nemocný stigmatizován neterapeutickými výroky jako jsou „jsi hysterka, hypochondr..“ Ve skupinové terapii dochází bohužel často ke stigmatizaci pacienta tzv. „černé ovce“. Udržování nálepky umožňuje ochranné chování vůči

nemocnému. Výroky o tom, že nemocný nesmí mít žádné starosti, musí neustále odpočívat a šetřit se, se nazývají tzv. sekundárními zisky, ze kterých někteří nemocní těží. (Praško, 2011, 365-369)

S výše zmíněnými sekundárními zisky jsem se osobně setkávala při svém povolání sociální pracovnice. Někteří z našich klientů se rádi vměstnali do nálepky nemocný a zdůvodňovali tím svůj jednotvárný pasivní život, kdy byli závislí na svých blízkých a nesnažili se nijak začlenit do společnosti. Nálepka schizofrenika jim svým způsobem vyhovovala, umožnila jim, aby se o ně starali a rozhodovali za ně druzí.

Stigmatizace duševně nemocných je velkým a vážným problémem současné doby. Mnoho nemocných od léčby přímo odrazuje. Je velmi nutné a potřebné informovat populaci o psychiatrických nemocech, protože pokud nemocným porozumí, budou je lépe chápat, přijímat a začleňovat. Velkým úkolem je hovořit o nemocných pravdivě v médiích a neukazovat nemocné jednostranně. (Praško, 2011, s. 371)

### 3 PARTNERSKÝ VZTAH

„Neexistuje nic, co by se osobnosti člověka dotklo více než vztah. Pouze v kontextu vztahu mohou být naplněny nejhlubší potřeby lidské bytosti. Lidé, ať jsou kdekoli, touží po vztazích. Každý z nás potřebujeme být někomu blízký.“ (Crabb, 1994, titulní strana)

#### 3.1 Navazování partnerských vztahů

Existuje přehled teorií, proč vztahy s druhými lidmi navazujeme, jedná se o teorii ekonomickou, kognitivní, evoluční teorii a teorii učení.

##### VZTAHY PODLE EKONOMICKÝCH TEORIÍ

Ekonomická teorie vidí vztah dvou lidí spíše jako obchodní vztah, do kterého něco vložíme a chceme přesně tolik získat zpět. Výběr partnera závisí na tom, jaký zisk nám přinese. Ziskem mohou být peníze, ale také to může být láska.

##### VZTAHY PODLE TEORIE UČENÍ

Tato teorie navazuje na teorii ekonomickou. Nejdůležitější je to, jaké lidské potřeby partner uspokojí. Těmito potřebami mohou být jídlo, láska nebo sex. Podle této teorie se vztah udrží, pokud jsou partneři spojeni s příjemnými zážitky jako šťastná domácnost nebo dobrá kariéra. Další podmínkou ke spokojenému vztahu je, že se partneři musí odměňovat příjemnými podněty jako jsou např. dárky nebo sex.

##### VZTAHY PODLE KOGNITIVNÍ TEORIE

F. Heider mluví o teorii rovnováhy, kdy lidé ve svých sympatiích či antipatiích usilují o „kognitivní stálost“ a jsou motivováni k rovnovážným vztahům. Popisuje triádu vztahů, kde figuruje bývalý přítel, přítel a přítelkyně a ukazuje, jak triáda vypadá rovnovážně a nerovnovážně. Triádou se rozumí vzorec vztahů mezi těmito třemi osobami.

##### VZTAHY PODLE EVOLUČNÍ TEORIE

Podle evoluční teorie se vztahy a vazby začaly utvářet kvůli výhodnějšímu a účinnějšímu lovu ve skupině. Také spojení muže a ženy bylo výhodnější pro přežití více potomků. Současně tato teorie hovoří o tendencím k nevěře, které považuje za přínosné. (Tavel, 2007, s.77-80)



Motivům, proč lidé vstupují do partnerského a manželského života, se věnuje také Josef Kirschner (2002, s. 17-18). Uvádí, že lidé nejčastěji považují za motiv uzavírání manželství lásku, ale ve skutečnosti jde o následující motivy:

1. Nechceme už být sami.
2. Jedná se o únik před rodiči a o touhu dělat vše ve své vlastní rodině jinak.
3. Po nevydařených vztazích věříme v objevení lepšího partnera.
4. Ženy hledají finanční zabezpečení.
5. Touha mít dítě, nebo touha po pravidelném sexu.

## **VOLBA PARTNERA**

Že je výběr partnera pro trvalý a spokojený partnerský vztah zásadně důležitý, o tom nelze pochybovat. Šmolka popisuje dvě možnosti výběru partnera. První z nich se řídí podle známého přísloví „vrána k vráně sedá“. Jde tedy o partnerství, kde mají oba partneři společné zájmy, jsou si podobní co se týče povah nebo způsobu života. Lidé, kteří si vybírají podobného partnera, spolu mohou trávit svůj volný čas bez toho, aniž by museli dělat kompromisy a brát ohled na toho druhého, jednoduše proto, že je baví stejné činnosti. Problém může nastat později, kdy je třeba vykonávat také činnosti, které nebaví ani jednoho z nich. Druhý způsob výběru partnera se řídí heslem „protiklady se přitahují“. (Šmolka, 2005 cit. podle Venglářová, 2008, s. 14-16)

O tendenci vybírat si partnera s jinými vlastnostmi než máme my sami hovoří také Matějková ve své knize Jak řešit konflikty a problémy v partnerských vztazích. Popisuje toleranci jako nutnou vlastnost při dlouhotrvajícím vztahu lidí s odlišnými vlastnostmi, hodnotami a zájmy. (Matějková, 2007, s.21)

Venglářová hovoří o ochotě respektovat se, která je důležitější než podobné záliby a také o představách o rodině. Každý z nás si totiž chtě nechtě nese v sobě ovlivnění svou původní rodinou, kdy se do nás otiskují vzory chování našich rodičů. Proto je při výběru partnera dobré všimnout si zvyklostí v jeho vlastní rodině. Mužovo chování k matce se může stát ukazatelem budoucího chování k jeho ženě a pohled na tchýni může muži naznačit chování jeho manželky po letech. (Venglářová, 2008, s. 16-17)

Virginia Satirová se ve své knize O rodině zamýšlí nad stejností a rozdílností v chování partnerů. Uvádí, že lidé jsou na začátku vztahu zaujati svou podobností, skutečností, že ten druhý přemýšlí stejně jako já a postupem času vztah vytrvá právě proto, že každý z partnerů má své odlišnosti. Lidé, kteří se seznamují, by se neseznámili, kdyby neměli alespoň něco společného, ale každý člověk je jedinečná osobnost a proto zákonitě musí být v něčem od partnera odlišný. Lidé se často rozdílnosti bojí, v očekávání konfliktů a hádek. Satirová však radí poznat odlišnosti partnera hned v začátcích vztahu, abychom jich mohli společně využít, spíše, než aby se vzájemné rozdílnosti staly zdrojem problémů. (Satirová, 2006, s. 148-150)

Existuje několik teorií o volbě partnera.

**Duplikační teorie rodičovského principu** hovoří o tendenci hledat si podobného partnera jako je můj rodič opačného pohlaví.

**Teorie sourozeneckého principu** zohledňuje pořadí narození. Podle ní budou konflikty vznikat např. ve vztahu, kdy oba partneři se narodili jako prvorození, a tudíž oba jsou ambiciózní, zvyklí rozhodovat a starat se o druhé.

Existuje však i teorie protikladná, a to Winchova **Teorie komplementarity** potřeb, kdy se přitahují protiklady.

**Podle teorie výměny** si hledáme partnera tak, že si vyhodnotíme plusy a mínusy společného vztahu.

De Angelis popisuje **Teorii návratu domů**, která říká, že si volíme partnery podle prostředí, které vládlo v našem domově. Stavíme rovnítko mezi pojmy domov a láska. Pokud byl domov radostný a harmonický, budeme vyhledávat lásku radostnou a harmonickou.

Stejný autor se věnuje **Teorii o dokončování neuzavřených emocionálních situací z dětství**. (Matějková, 2007, s. 31-32)

### 3.2 Prožívání partnerských vztahů

Podkapitola prožívání partnerských vztahů se zaměřuje na očekávání partnerů od sebe navzájem v partnerském vztahu, popisuje možné pilíře trvalého a spokojeného partnerského vztahu, vyjmenovává fáze, kterými partneři ve vztahu procházejí a věnuje se také vybraným

problémům, které mohou v partnerských vztazích nastat. Závěrem je popsána cesta ke zralé lásce tak, jak ji chápe Sonet.

## OČEKÁVÁNÍ VE VZTAHU

Spokojenost v partnerském vztahu vychází také z toho, nakolik vztah naplňuje naše očekávání. Existují očekávání vědomá, o kterých víme a také si je dříve či později během doby, kdy spolu chodíme, sdělujeme. Jde např. o to, jak rádi trávíme svůj volný čas, jestli máme rádi společnost, nebo jsme raději jen ve dvou, kolik chceme v budoucnu dětí nebo zda si přejeme bydlet v bytě či domě. Každý z nás má také očekávání vědomá, ale taková, která nesdělujeme, o kterých se hůře mluví, jsou např. citlivá. Problémem mohou být očekávání nevědomá. Jde např. o situaci, kdy žena v dětství nedostávala dost lásky a přijetí od svého otce a nevědomě potom od svého muže očekává spíše chování laskavého otce než vášnivého sexuálního partnera. Lékem snad pro všechny problémy je mluvit o nich. Mluvit o svých pocitech, o tom, co očekáváme.

Každý z nás do vztahu vstupuje s určitým očekáváním, které může odrážet předchozí zkušenosti. Žena, která dříve měla vztah s alkoholikem, se toho chce v novém vztahu vyvarovat, člověk, kterému vadily v předchozím vztahu časté hádky, jde do vztahu s očekáváním „nikdy se nebudeme hádat“. Pokud svá přání a očekávání vyslovíme nahlas, ušetříme si mnohá zklamání. Někdy se stává, že si jeden z partnerů myslí, že by ten druhý měl sám poznat, co jeho protějšek potřebuje, jak se cítí a co by si přál. A pokud to nepozná, je onen partner nešťastný. Řešení je jednoduché, říct partnerovi, co chci. Ani milující partneři a partnerky totiž neumějí číst myšlenky. Zralý partnerský vztah znamená také přijmout to, že úkolem partnera není naplňovat mé představy a vždy se chovat podle mého očekávání. (Mohaupt, 2009, s. 16-17)

Lidé se schizofrenií jistě také něco očekávají od partnerského vztahu. Očekávají, že jim partner bude oporou? Myslím si, že právě u schizofreniků je velmi důležité jasně si sdělit, co od vztahu očekávám. Konflikt může nastat v situaci, že partner se schizofrenií očekává např. to, že jeho partner se bude o nemoc zajímat a druhý z partnerů o jeho nemoci mlčí.

Očekáváním partnerů se věnuje Denis Sonet.

Co žena očekává od svého partnera? Žena touží mít muže silného, spolehlivého, rozhodného, mužného, takového, který jí zajistí bezpečí. Chce také, aby jí byl věrný a dokázal ji zajistit finančně. Ideální muž by měl dokázat projevít něžnost a být zároveň mužem silným i jemným. Ženám ve vztahu často chybí pozornost, mají pocit, že si jich muž nevšímá, jako by byly kusem nábytku. Ženy si přejí, aby jejich muž byl jejich ozdobou a pýchou, a proto jim záleží na jeho vzhledu. Tudíž od něj očekávají také dávku elegance. Pro plnou spokojenost žena od partnera očekává, že nebude jako ostatní, že bude v něčem jiný a výjimečný.

Co očekává muž od své partnerky? Muž očekává fyzickou krásu nebo lépe řečeno fyzický půvab. Muž si přeje ženu svůdnou, ale zároveň také ženu s morálními hodnotami. Někteří muži mají rádi, když s nimi jejich ženy jednají podobně, jako kdysi jejich matky. Muž očekává, ať už v jakékoli míře, schopnost hospodyňky a přeje si inteligentní společnici. (Sonet, 1995, s. 61-70)

Očekávání mužů a žen v partnerském vztahu vyplývá z odlišných rolí ve společnosti, v rodině, v našich očekáváních se zrcadlí prožití vlastního dětství, to co od partnera očekáváme závisí také na kultuře a prostředí ve kterém žijeme a zvycích a hodnotách, které uznáváme. (Venglářová, 2008, s. 19-31)

Následující tabulka popisuje, co od sebe muži a ženy v partnerských vztazích navzájem očekávají. (Kratochvíl, 2000 cit. podle Venglářová, 2008, s.21).

Očekávání žen	Očekávání mužů
1.Posedět a popovídat	1.Uvařeno, uklizeno
2.Duševní porozumění	2.Sex kdykoliv se zachce
3.Vycítit co žena potřebuje	3.Obdiv stále
4.Vyjadřovat lásku celým životem	4.Nezatěžovat starostmi

Venglářová (2008, s.24-26) popisuje souvislost mezi nenaplněnými potřebami z dětství a mezi očekáváním od partnera. Např. žena, které se v dětství nedostávalo dost pozornosti, bude očekávat od partnera, že jí onu pozornost dopřeje.

Souvislost mezi očekáváním od vztahu a zážitky z dětství uvádí také Ján Praško. Hovoří o převzetí očekávání, které měli rodiče k sobě na svého partnera a o skutečnosti, že každý si z dětství neseme naučené vzorce chování. Často i námi odsuzované projevy našich rodičů pak ve svém vlastním životě nevědomky opakujeme. To se netýká jen rodičů, ale také postav, které jsme zaujali ke svým sourozencům. To, jak jsme fungovali společně se sourozenci, si můžeme přenášet do svého partnerského vztahu. Např. pokud jsme se sourozenci neustále soutěžili a předháněli se, můžeme mít stejné tendence ve vztahu k partnerovi. (Praško, 2005, s. 59-64)

## **PILÍŘE PARTNERSKÉHO VZTAHU**

Matějková (2007, s. 21-28) ve své knize Jak řešit konflikty a problémy v partnerských vztazích uvádí několik pilířů dlouholetého partnerského vztahu.

### **Tolerance**

Pro začátky partnerských vztahů je typická zamilovanost a vzájemné okouzlení. Podle rčení „protiklady se přitahují“ nás často nás zaujme člověk s odlišnými vlastnostmi, než máme my sami. Člověk, který je spíše plachý a stydlivý, se snáze zamiluje do člověka, který je společenský, protože právě to jej na něm přitahuje. S přibývajícimi léty se však právě ona vlastnost, která se nám tolik líbila, stává protivnou a nežádoucí. Bohužel se často stává také to, že některé vlastnosti se s léty prohlubují. A tak se pak mnoho lidí diví, že neznají vlastního partnera. A právě tady přichází na řadu tolerance. Tolerance odlišných vlastností, zvyklostí nebo způsobu života. Mnohdy to bývá velmi těžké toho druhého tolerovat a schopnost tolerance je dle Matějkové dána velkou měrou výchovou.

O tom, že temperamentové rysy se s léty prohlubují a vyžadují pro spokojené soužití ve vztahu toleranci, hovoří také autoři Šmolka a Mach (2008, s. 35) To, co nás na začátku vztahu okouzlo, se nám později může zdát protivným. Ale nemůžeme spoléhat na to, že se partner změní, zklidní. Doslova se zde píše: „Temperament se mění snad pouze následkem těžkých úrazů hlavy a mozkových operací.“

Vztah, ve kterém jsou jeden nebo oba partneři nemocní schizofrenií, nepochybně vyžaduje opravdu velkou míru tolerance, protože nemoc sebou nese různá omezení, obavy a těžkosti.

### **Podobný životní styl a hodnoty**

Životní styl a hodnoty nejsou patrné při prvním poznávání partnera, ani je sami neumíme popsat, zkrátka je žijeme. Jsou důležité v každodenních maličkostech. Problémem se může stát třeba i napohled banální záležitost, jako čas, kdy vstáváme. Při společném soužití můžeme narazit na neshody ve vztahu právě proto, že jeden z partnerů je ranní ptáče a večer je již unavený a chce jít brzy spát, zatímco ten druhý by spal nejraději do oběda a večer touží po společném času s partnerem.

Zde se nabízí otázka, zda se nemocným lidem žije lépe ve vztahu se stejně nemocným partnerem nebo nikoli?

### **Přátelství**

Matějková přátelství definuje jako jistotu pomoci a podpory jeden druhému a jako snahu pochopení partnera v jeho odlišnostech. Přátelství je výsledek respektu a tolerance. Přátelství s partnerem je to, co nám zůstává, když vyprchá zamilovanost i sexuální okouzlení. Proto je tolik důležité.

### **Sexuální přitažlivost**

Sexuální přitažlivost partnera nejvíce vnímáme v navazování vztahu a v jeho počátcích. S časem se mění, někdy je menší, jindy zase větší. Matějková ji sice uvádí jako jeden z pilířů dlouhodobého vztahu, nicméně přiznává, že úbytek sexuální přitažlivosti nemá co dočinění se snížením kvality vztahu.

### **Společné plány**

Matějková uvádí, že bez společných plánů nemá vztah perspektivu. Podle toho, zda partneri spolu plánují budoucnost, se pozná zájem o vztah.

### **Emocionální otevřenost**

Protože každý máme odlišnou hranici vnímavosti emocí, je důležité být ve vztahu otevření a čitelní. Popsání skutečnosti, jak se cítíme, nám může mnohé ulehčit, protože se vyhneme tomu, že si partner naše chování vyloží jinak a dojde k nedorozumění. Mnoho lidí se může za své emoce stydět, ale vyjádřit své pocity je ve vztahu velmi důležité. (Matějková, 2007, s. 21-28)

Lidé trpící schizofrenií mívají s emotivitou problémy. Jejich emotivní reakce mohou být neadekvátní situaci nebo jsou citově oploštělí.

### **FÁZE PARTNERSKÉHO VZTAHU**

Každý vztah prochází několik fázemi. Venglářová (2008, s. 32-35) tvrdí, že zamilovanost trvá pouze několik měsíců. Jde o začátek vztahu, kdy se partnerům na sobě navzájem líbí všechno a chyby toho druhého snadno přehlédnou. Zamilovaní touží být se svým protějškem a to je pro ně nejdůležitější. Když odezní zamilovanost a přijde láska, partneři jsou spokojeni a mají ze vztahu radost, avšak gejzíry vášně se už ze vztahu vytratily. Partnerství můžeme chápat jako vzájemné propojení dvou lidí, kteří se dobře znají a respektují se. Někteří lidé se těžce smiřují s tím, že zamilovanost není trvalá a jednoho dne skončí, a protože touží po stáletrvající zamilovanosti, navazují stále nové a nové vztahy.

Proměny lásky popisuje také Praško (2005, s. 116-119) a fázi zamilovanosti nazývá počáteční iluzí jednoty. To znamená, že partneři jsou fascinováni tím, jak moc si rozumí, jak jsou si podobní, ale ve skutečnosti se zamilovali do ideálu, který v partnerovi vidíme. Takovýto obraz partnerů nám ukazují filmy, a proto i my toužíme po takovémto prožitku. Následné období je období rozčarování. Skutečnost je zkrátka jiná, partner není dokonalý. Tato fáze nutně přichází v každém vztahu a polovina vztahů se při tomto zjištění rozpadá. Kdy toto období střídá prvotní zamilovanost, není stejné, může to být u každého páru naprosto odlišná doba. Právě v tomto období se pár propracovává k lásce, která je pro trvalý vztah potřebnější, než pouhá zamilovanost. Proto, aby člověk proměnil zamilovanost v trvalý láskyplný a naplňující vztah, velmi napomáhá skutečnost, zda je on sám vyžralá osobnost. Pokud je závislý na druhých a partnera potřebuje právě proto, nebo pokud my sami potřebujeme někomu neustále pomáhat a praktikujeme to na svém protějšku, je tento přechod těžký a mnohdy neuskutečnitelný.

Matějková (2007, s. 11-15) zamilovanost dělí na období měsíců a každé období charakterizuje. Říká, že první fáze trvá u někoho měsíc, u někoho déle, maximálně však tři roky. Je to fáze euforie a odvahy a náš mozek vylučuje hormon zamilovanosti - fenylethylamin a zvyšuje se hladina serotoninu, který nazýváme hormonem štěstí. Tím vysvětluje pocit nadměry energie a šťastných pocitů. Období 0 – 3 měsíce vztahu Matějková popisuje jako období vášně. Partneři si vypráví o sobě, sdělují si své přání a poznávají se, ovšem nekriticky. Pokud vztah přetrvává 3 – 6 měsíců, stává se vztah vážným a oficiálním a partneři se

představují rodině a přátelům. Po šesti měsících vztahu se poprvé začínáme vyhraňovat oproti svému protějšku a zkoumáme, zda má náš vztah budoucnost a zda jsme schopni se doplňovat. Uvědomujeme si již nedostatky toho druhého a mohou se objevovat první konflikty.

Láska je již trvalý cit a jedná se již také o akt vůle. Matějková ji popisuje jako tišší oproti zamilovanosti a nezralý partner si proto ani nemusí všimnout, že po euforické fázi zamilovanosti nepřichází stereotyp, ale právě tišší láska, která se více těší ze souznění a z blízkosti.

Po dvaceti letech partnerství se láska může změnit na přátelskou lásku a vyznačuje se oddaností a porozuměním. Partneři již nepotřebují ubezpečovat o vzájemném citu. Tuto fázi můžeme nazvat fází důvěry.

Psychoterapeut, manželský a rodinný poradce Zbyšek Mohaupt o zamilovanosti píše: Ve chvílích zamilovanosti se nám stává, že vyslovíme stejná slova, máme stejná přání či postřehy, naše potřeby ani nemusíme vyslovit a ten druhý je pochopí. Tuto skutečnost bereme jako důkaz našeho vnitřního souznění a naplňuje nás to přesvědčením, že jsme našli toho pravého/tu pravou. Také Mohaupt popisuje fázi přechodu, která po zamilovanosti přichází. Co bylo dříve automatické už není tolik samozřejmé, co nás dříve oslnilo nás začíná zneklidňovat a vadit nám. Jako signál tohoto přechodu vidí způsob komunikace partnerů. (Mohaupt, 2009, s.16)

## **PROBLÉMY V PARTNERSKÝCH VZTAZÍCH**

Partnerské krize lze popsat podle počtu společně prožitých let v partnerském vztahu. Krize třetího roku nastává po odeznění fáze zamilovanosti a přichází tehdy, pokud jeden partner trvá na představě, že vztah musí být stále ve stavu zamilovanosti. Je to také doba, kdy se mění životní styl partnerů, ať už se jedná o příchod dětí, nástup do zaměstnání nebo to, že si bereme hypotéku. Tady se přímo nabízí konflikty, které mohou nastalé změny vyvolávat. Krize sedmého roku vzniká nejčastěji buď z nudy, nebo z ochladnutí sexuálního života. V prvním případě se partnerům zdá, že je už nemůže na tom druhém nic překvapit, zdá se jim, že je jejich život příliš stereotypní. Lidé mluví pouze o chodu domácnosti nebo o dětech, a přestože se otevřeně nehádají, nejsou spokojeni a prožívají vlastně krizi. Ta se často projeví ve chvílích, kdy spolu partneři tráví více času než obvykle, to znamená o svátcích nebo o dovolené. V druhém případě jde o ochladnutí sexuálního života, kdy máme pocit,



že nás partner ani v této oblasti už ničím nepřekvapí a hrozí zde to, že se objeví jiný člověk, který v nás opět vyvolá sexuální vášeň. Řešením jak z těchto krizí ven může být vzájemná komunikace ve vztahu, sdělení si potřeb a pocitů.

Další krize může nastat v období, kdy odcházejí z domova děti. Je to období 15-25 let vztahu. V tuto dobu spolu partneři zůstávají sami po dlouhé době, kdy si zvykli na přítomnost dětí. Najednou jakoby nevěděli, co sami spolu budou dělat. S věkem se také prohlubují negativní rysy osobnosti, což vztahu také mnoho nepomáhá. Někteří lidé se snaží jakoby napravit to, co v životě zanedbali, např. ti, kdo se plně věnovali kariéře a děti si neužili, touží věnovat se naplno dalšímu dítěti apod. (Matějková, 2007, s.16-20)

Problémy ve vztahu mohou představovat skutečnosti, jako jsou věkový rozdíl mezi partneři, rozdíly ve vzdělání nebo jiné náboženské vyznání. Tomuto tématu se věnují autoři Šmolka a Mach (2008, s. 39-41). V naší společnosti se častěji setkáváme s páry, které mají podobné vzdělání, průměrně je věkový rozdíl dva roky a většinou jsou partneři stejného světového názoru. Velké odlišnosti mohou způsobit problémy. Avšak nemusejí. Můžeme to pouze považovat za tzv. rizikové faktory.

### **Věkový rozdíl partnerů**

Pokud se jedná o věk, problematický bývá rozdíl, kde je partner o více než deset let starší nebo žena starší o výše než dva roky. V prvním případě může strašit partner své mladší partnerce trvale imponovat nebo by se ona měla přizpůsobit jeho stylu a způsobu života. V situaci, kdy se muž snaží držet krok se svou výrazně mladší manželkou, se tento muž mnohdy stává jakousi tragikomickou postavou. V partnerstvích, kde je výrazně starší žena, se setkáváme s neuspokojenými potřebami z dětství, např. kdy muž chce být opečováván a tehdy je narození dítěte zatěžkávací zkouškou.

### **Rozdíly ve vzdělání partnerů**

Obecně je problémovější situace, kdy má žena o hodně vyšší vzdělání než muž. Pokud žena dosáhla výrazně nižšího vzdělání než muž, může trpět pocitem méněcennosti, pokud ji muž nebere do společnosti svých přátel a kolegů, právě pro její nízké vzdělání.

**Světónázorové rozdíly** vyžadují velkou míru tolerance ve vztahu a úctu partnerů k sobě navzájem.(Šmolka a Mach, 2008, s. 39-41)

## **Nevěra**

Nevěra je jistě velmi nepříjemným problémem v partnerském vztahu. Vedou se debaty o tom, kdo je víc nevěrný, jestli muži nebo ženy, posuzovat nevěru můžeme podle angažovanosti jednoho z partnerů v jiném vztahu, podle okolností, podle toho, zda to bylo poprvé nebo se nevěra opakuje. Ne všichni se k nevěře staví stejným způsobem. Pro někoho je to těžká rána, ze které se nevzpamatuje a ve vztahu už nedokáže pokračovat. Pro jiného je to nepříjemné i bolestivé, ale dokáže situaci řešit a je ochoten dál ve vztahu setrvat a nevěru bere jako zkoušku, kterou je třeba přestát. Pro menší skupinu lidí je to snad i možnost rozptýlení se a nevěru nepovažují za žádný těžký hřích. Někdo je zastáncem toho říct o nevěře hned partnerovi, někdo počká, až se o tom dozví partner odjinud a někdo své tajné nevěry nepřizná celý život. Nevěru bychom mohli rozdělit na krátké erotické dobrodružství, na zálet a mimomanželský vztah. Reakce na odhalenou nevěru se liší právě podle toho, zda je to poprvé, podle okolností ve vztahu, podle toho zda se nevěrný partner či partnerka přiznal sám. Venglářová (2008, s. 76) při zjištění nevěry radí:

- Zachovat klid a neunáhlovat se
- Nepátrat po podrobnostech
- Nerozebírat znovu a znovu celou situaci
- Zachovat běžný chod rodiny,
- Nedsdělovat tuto novinu všem známým
- Přemýšlet o možnostech společné budoucnosti

Venglářová píše také o ztížené situaci u lidí s jakýmkoli onemocněním. Zjištěná nevěra je velkou zátěží a stresem a může dokonce ovlivnit vznik nebo zhoršení psychických nemocí. Stejně tak se objevují fyzické potíže. Z toho vyplývá, že pro člověka se schizofrenií může nevěra představovat nebezpečí ve smyslu zhoršení nemoci.

## **Potíže s alkoholem**

Nadměrná konzumace alkoholu a nejrůznější závislosti se staly příčinou mnohých rozchodů, mnoho vztahů a partnerů však sužují celý život. Závislost má několik fází.

1. fáze - Zde alkohol dodává sebedůvěru, zlepšuje náladu, pomáhá uvolnit se.

2.fáze- Člověk je často opilý, zatím ale poměrně zvládá běžný život s rodinou i práci. Přesto mohou přicházet první neshody s partnerem.

3.fáze- Zde přichází konflikty, někdy násilí, člověk je nespolehlivý

4.fáze- konečná fáze, klesá tolerance k alkoholu, přichází problémy ve vztazích, se zdravím, s financemi

Neúměrné pití alkoholu se liší u mužů a žen, ženy pijí více o samotě, závislost poznáme ve chvíli, kdy nepečují o svůj zevnějšek, nezvládají se postarat o chod domácnosti, o děti.

Pozorný partner jistě pozná, že se s jeho protějškem něco děje a něco není v pořádku. Je důležité jasně vymezit - buď já nebo alkohol. Problémy s alkoholem musíme řešit jako první, nelze je odsouvat. Vztah může být dobrou motivací, ale je potřeba přimět partnera k léčbě. Pokud partner zásadně odmítá se závažným problémem něco dělat, je na místě zvážit rozchod. Pokud partner žije s abstinujícím alkoholikem, pomáhá nemít v domácnosti žádný alkohol, říct okolí o abstinenci, aby odpadl tlak dát si spolu skleničku. (Venglářová, 2008, s. 69-86.)

Pro schizofrenika je pití alkoholu ve větší míře nebezpečné už jen proto, že není vhodné alkohol při léčbě užívat.

### **Domácí násilí**

V posledních letech se bohudíky zlepšuje situace ve prospěch oběti domácího násilí. Nebylo tomu tak vždy, ještě před několika lety se oběť setkávala s nepochopením a despektem. Velkou zásluhu má u nás organizace Bílý kruh bezpečí, která se zabývá podporou obětí zločinů.

Nebezpečné je mlčet a tiše trpět partnerovo násilí a doufat, že se situacelepší, že se násilí nebude opakovat. Agresor tak získá pocit, že si může dovolit vše. Násilí jednoduše řečeno do vztahu nepatří. (Šmolka a Mach, 2008, s.166-167)

### **CESTA KE ZRALÉ LÁSCE**

Sonet (1995, s. 81-85) Popisuje několik stupňů, kterými lidmi procházejí na cestě ke zralé lásce, jak se každý člověk učí milovat od svého neútlejšího dětství.

Prvním stupněm je *láska k sobě*. Malé dítě má nejdříve rádo samo sebe, poté teprve přichází láska k ostatním. I v dospělosti je důležité mít rád sám sebe. Můžeme vůbec milovat druhého člověka, pokud sami sebe rádi nemáme?

Druhým stupněm je *láska k druhému kvůli sobě*. Dítě má své blízké rádo, protože mu uspokojí jeho přání a potřeby. To ale pořád pro vztah nestačí. Partnera musíme mít rádi ne proto, že nám v něčem pomáhá, ale proto, jaký je on sám. Tím je třetí stupeň.

*Láska k druhému pro něho samotného*. Toto je zralá láska, ke které se snad každý vztah snaží dospět.

Dalším stupněm je *milovat s druhým ostatní lidi*. Na tomto místě autor popisuje touhu dvou lidí mít dítě a milovat jej.

Výše popsaný postup je ideální cestou, jak dospět ke zralé lásce v plnohodnotném vztahu s druhým člověkem. Myslím si ale, že mnoho lidí se zastaví již na prvním stupni. Ne snad jako dítě, ale v dospívání a dospělosti. Myslím si, že mnoho mladých lidí má problém s tím mít se rád. Vážít si sám sebe. Pokud pocít, že nemám rád sám sebe, přetrvává do dospělosti a do chvíle, kdy navazujeme partnerské vztahy, osobně si myslím, že nastává problém. Pokud jde o lidi se schizofrenií, z osobní zkušenosti pozoruji, že tito lidé mají velké problémy s tím mít se rád. Nemoc je staví do nelehké životní situace, tito lidé si mnohdy nevěří a sami říkají, že by s nimi snad ani nikdo nechtěl vztah navázat. Neumějí vyjmenovat své kvality, své přednosti, nemají rádi svou vlastní osobnost. Na to ukazují i smutné případy sebepoškozování, se kterým jsem se bohužel také setkávala.

### 3.3 Současné trendy v partnerských vztazích

Současné trendy v partnerských vztazích vycházejí ze současných trendů rodiny, v našich podmínkách české rodiny. V naší společnosti můžeme pozorovat následující tendence:

- Lidé odkládají uzavření sňatku
- Odkládá se rození dětí
- Rodiny jsou zakládány neformálně - tj. beze sňatku rodičů
- Zvyšuje se rozvodovost

- V rodinách se snižuje počet dětí (Kimplová, 2008, str. 44))

O tom, že mladí lidé odkládají sňatek a rodičovství hovoří také Ivo Možný. Pro druhou polovinu dvacátého století je v naší zemi charakteristická velmi vysoká úroveň sňatečnosti. V národní zprávě o rodině z roku 2005 sepíše, že v období druhé poloviny dvacátého století se ženy vdávaly nejčastěji okolo dvacátého roku a muži se ženili průměrně ve dvaceti-třech letech. Po roce 1989 však sňatečnost prudce klesá a velmi zřídka se objevují sňatky do dvacátého roku věku. (Možný, 2006, str. 255-256).

Český statistický úřad uvádí, že ke dni 31.12. 2011 jsou u nás lidé ve věku do 29 let převážně svobodní. Ve věku 30-34 let je svobodná čtvrtina žen a podíl svobodných mužů je ve stejné věkové kategorii téměř dvojnásobný. Nadpoloviční většina vdaných žen připadá na věk 29 let, u mužů je to 35-39 let.

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

## 4 ÚVOD K VÝZKUMU

Teoretická část se zabývala duševním onemocněním – schizofrenií a partnerským vztahem.

V úvodu druhé části práce vymežíme cíl výzkumu, jeho metody, výzkumný vzorek a popíšeme průběh výzkumu i jeho výsledky.

Jako druh výzkumu jsem zvolila kvalitativní přístup, který jde více do hloubky a jeví se mi jako ideální pro danou problematiku. Kvalitativní výzkum se snaží porozumět zkoumanému problému, získává podrobné informace a vhled při zkoumání, zkoumá fenomén v přirozeném prostředí, umožňuje navrhnout teorie, hledá příčinné souvislosti. (Hendl, 2005, s. 52)

Kvalitativní výzkum je proces zkoumání, který je založen na hlubokých datech a specifickém vztahu výzkumníka a respondentů. Cílem kvalitativního výzkumu je reprezentovat, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu. Charakteristické pro tento výzkum je, že na počátku nejsou stanoveny proměnné, nejsou předem stanoveny hypotézy a neopíráme se o žádnou předem vytvořenou teorii. Kontextuálně zkoumáme vytyčený problém a hledáme co největší množství informací. Kvalitativní výzkum je induktivní povahy. Výstupem je formulace nové teorie. (Švaříček a Šed'ová, 2007, s.17-24)

### 4.1 Cíl výzkumu

„Cíle výzkumu společně s výzkumnými otázkami představují pomyslný kompas, podle něž bychom se měli v průběhu celého výzkumného procesu orientovat, neustále sledujeme, zda se blížíme jejich naplnění, či nikoli.“ (Švaříček a Šed'ová, 2007, s.64)

Cílem tohoto výzkumu je popsat prožívání partnerských vztahů lidmi, kteří onemocněli schizofrenií.

### 4.2 Stanovení výzkumných otázek

Aby výzkum poskytl výsledky v souladu se stanovenými cíli, aby byl veden správně, je důležité definování výzkumné otázky. Ta bývá formulována jako tázací věta, na konci výzkumu musí být patrné, zda výzkum opravdu na položenou otázku odpověděl. Kvalitativní přístup umožňuje zvolenou výzkumnou otázku upravit a znovu zformulovat také v průběhu

prováděného výzkumu. Výzkumné otázky bývají zpravidla dostatečně široké, neptají se na četnost, jejich cílem je popsat prožívání daného problému lidmi, v kvalitativním přístupu nejde o objektivní náhled. (Švaříček a Šed'ová, 2007, s.69-70)

Pro svůj výzkum jsem stanovila dvě výzkumné otázky.

**VO1: Jaký význam přikládají lidé se schizofrenií partnerskému vztahu?**

**VO2: Jak lidé se schizofrenií prožívají partnerské vztahy?**

### 4.3 Metody výzkumu

Rozhodnutí o metodách prováděného kvalitativního výzkumu zahrnuje výběr vzorku, stanovení metody sběru dat a zajištění vstupu do terénu. Je důležité, aby si výzkumník předem vytyčil cestu po které se bude ubírat, aby posoudil zvládnutelnost a časové možnosti vymezených úkolů.(Švaříček a Šed'ová, 2007, s.72)

#### VÝBĚR VÝZKUMNÉHO VZORKU

Výzkumný soubor představují dospělí lidé s diagnostikovanou schizofrenií.

Způsob výběru byl prostý záměrný (účelový výběr). Soubor představuje skupinu deseti respondentů ve věkovém rozmezí 30-60 let, se kterými byly uskutečněny rozhovory. Jedná se o tři muže a sedm žen. Jeden dotázaný rozhovor odmítl, jeden dotázaný ve smluvený čas nepřišel.

#### METODA SBĚRU DAT

Sběr dat proběhl formou polostrukturovaných rozhovorů.

„Možnost kombinace prvků nestrukturovaného i strukturovaného interview činí z polostrukturovaného interview téměř ideální výzkumný nástroj pro oblasti aplikace většiny výzkumných plánů v rámci kvalitativního přístupu.“ (Miovský, 2006, s. 161)

Polostrukturovaný rozhovor se vyznačuje tím, že tazatel si připraví otázky, které bude pokládat, tzv. jádro interview, které má za povinnost probrat. V průběhu rozhovoru však může změnit pořadí otázek, lišit se může znění položené otázky, je možné pokládat doplňující



otázky a dále se ptát na to, co se tazateli jeví jako smysluplné pro jeho výzkum. (Miovský, 2006, s. 160)

V úvodu rozhovoru jsem požádala účastníky výzkumu o souhlas s nahráváním rozhovoru. Všech deset respondentů souhlasilo, rozhovory byly zaznamenány na diktafon. Devět z deseti rozhovorů probíhalo v zařízení Horizont Zlín, kam respondenti dochází.

„U polostrukturovaného interview obvykle vnějšmu prostředí přikládáme větší váhu.“ (Miovský, 2006, s.160) Toto prostředí je pro respondenty známé a bezpečné. Pouze jeden z respondentů si přál uskutečnit rozhovor v jiném prostředí z toho důvodu, že již Horizont nenavštěvuje, proto jsme se domluvili na setkání v čajovně. Zařízení Horizont jsem několikrát navštívila předem, abych oslovila mé budoucí respondenty, podle jejich možností jsme se domluvili na termínu rozhovoru. Lidé se schizofrenií mají zhoršenou schopnost koncentrace, proto některé z rozhovorů trvaly pouze několik minut, jiné trvaly déle, to záleželo na konkrétním člověku. Několik rozhovorů bylo ještě doplněno další nahrávkou, protože jsem považovala za přínosné rozšířit stávající nahrávku o data, která jsem získala po ukončení nahrávání v neformálním rozhovoru. Pro každý rozhovor jsem měla předem připravené otázky, kterými jsem se ale neřídila při rozhovorech striktně. Spíše jsem vnímala a řídila se aktuálním průběhem rozhovoru. V příloze P1 uvádím seznam vytvořených otázek, v příloze P2 ukázku přepisu rozhovoru.

## **ZAJIŠTĚNÍ VSTUPU DO TERÉNU**

Role výzkumníka zde byla role zasvěceného člověka, neboť jsem se s respondenty znala osobně a již dříve jsem s nimi navázala vztah. Znalost prostředí, ve kterém byl výzkum prováděn, považuji za výhodu.

## **4.4 Způsob zpracování a analýza dat**

Pro svůj výzkum jsem se rozhodla při analýze dat vycházet ze zakotvené teorie. Základním cílem zakotvené teorie je vytvořit novou teorii zakotvenou v datech. Je důležité, aby výzkumník nebyl předpojatý. Zakotvená teorie směřuje k vyšším rovinám abstrakce a soustřeďuje se na sociální procesy. Zakotvená teorie zahrnuje sběr dat, kódování získaných dat a konstruování nové teorie. Tato stádia se vzájemně prolínají. Kódování zde představuje rozložení dat do fragmentů a následné rozřazení k příslušným konceptům. Ty jsou následně

slučovány dle jednotlivých kritérií. Kategorie, které získáme, jsou pro nás základem pro vytvoření nové teorie.

Zakotvená teorie představuje určitou strategii výzkumu a způsob, jak analyzujeme získaná data. Tento přístup vyvinuli Strauss a Glaser v roce 1967. Zakotvená teorie hledá specifickou teorii, která se týká vymezené skupiny lidí nebo určitého prostředí. Jako tři základní prvky lze označit koncepty, kategorie a tvrzení. (Švaříček a Šed'ová, 2007, s.84-96)

Získané rozhovory jsem opakovaně pročítala, detailně přepsala, z etických důvodů jsem u všech respondentů pozměnila jména. Text rozhovorů jsem rozdělila na fragmenty a vytvořila u nich kódy.

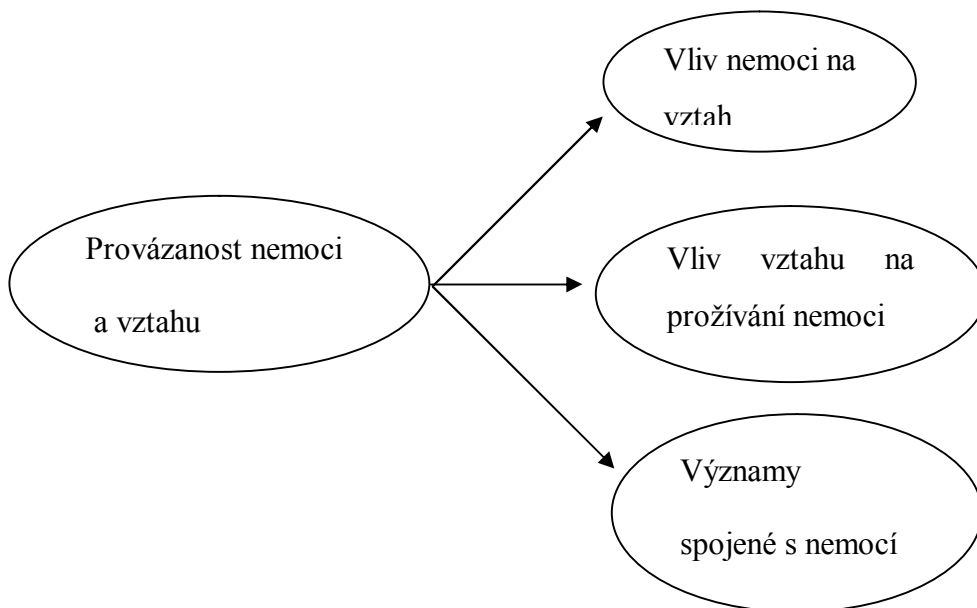
Tab.1 Ukázka kódování

Úryvek z rozhovoru	Kód
Jako zalíbit si toho chlapce a třeba jeho povahu, nebo i ty chyby co má, tak mu třeba odpouštět a mít ho ráda zato, jaké má pozitivní vlastnosti, si ho oblíbit, protože má nějaké klady, záporny bych mohla i třeba opomíjet.	vztah jako přijímání kladů i záporů partnera
To dodneška říkám, že to byly ty hříchy, za co trpím dneska, že ta nemoc tu je, že ta duše se, že to musím nějak odčinit.	nemoc vnímaná jako trest
On chce ode mě oporu a já bych taky tu oporu potřebovala a když se jí dožaduje, tak já ji nemůžu chtít po něm.	nenaplněná potřeba opory

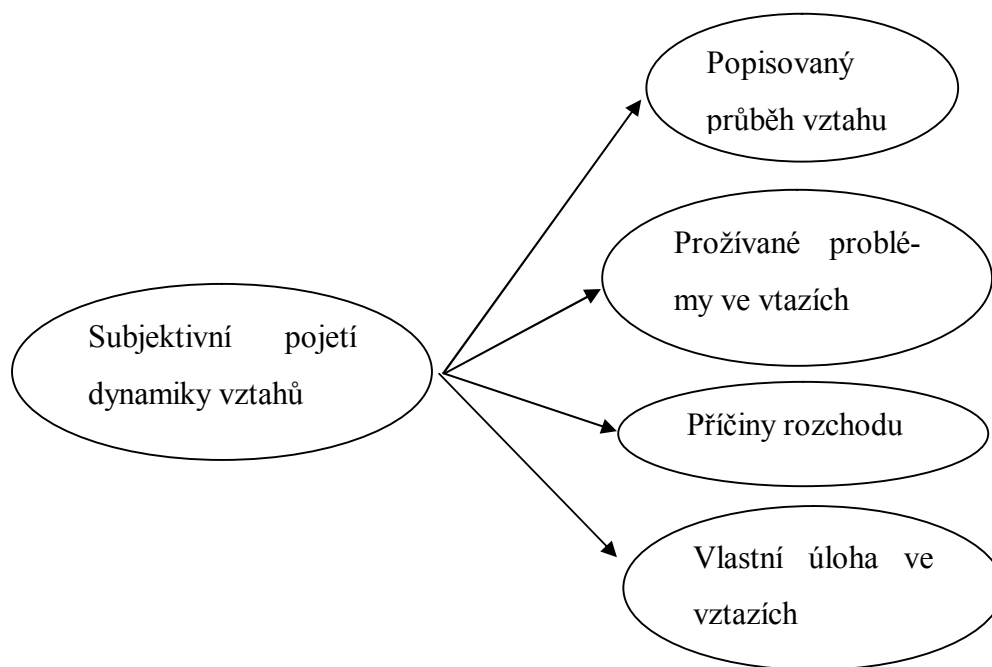
Tento postup jsem provedla nejdříve ručně a až následně pomocí počítače, díky čemuž došlo k hlubšímu vhledu do problematiky a k pečlivému seznámení se s výpověďmi

respondentů. Vzniklo více než tři sta kódů, které jsem seskupila do kategorií. Postupovala jsem tak, že jsem si jednotlivé kódy napsané na papíře rozstříhala a snažila se nalézt mezi nimi spojitosti a podle toho je seskupit do nových kategorií a následně kategoriím vytvořit obecnější, abstraktnější název. Tímto způsobem vzniklo šest kategorií. Tyto kategorie jsem dále rozdělila na subkategorie.

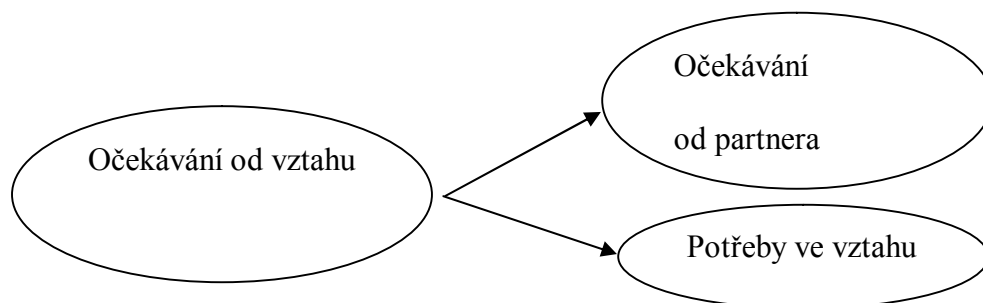
1.



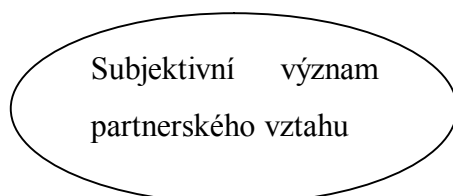
2



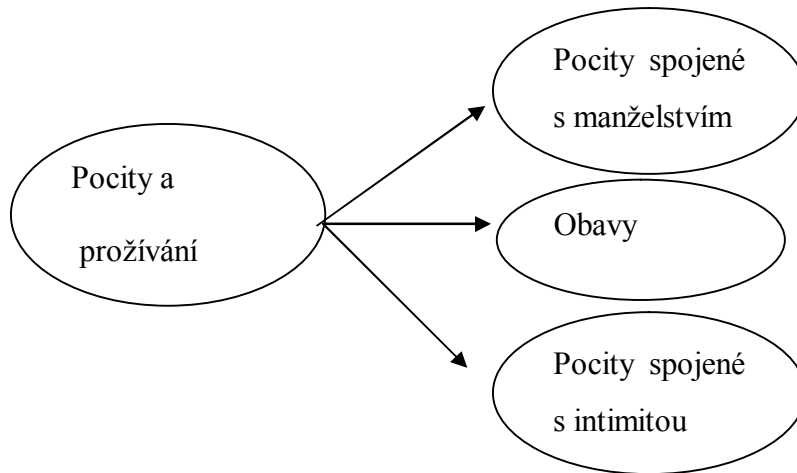
3.



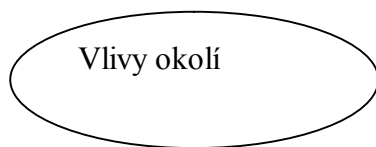
4.



5.



6.



Tab.2 Ukázka kategorizace

Kód	Subkategorie	Kategorie
potřeba tolerance ze strany partnera	potřeby ve vztahu	očekávání od vztahu
aktuální nedostatek odvahy navázat vztah	vlastní úloha ve vztazích	subjektivní pojetí dynamiky vztahů
obava ze samoty	obavy	pocity a prožívání

Při další analýze dat jsem postupovala tak, že jsem využila techniku vyložení karet a tím vznikly nové texty, které objasňují obsahy jednotlivých kategorií. Kategorie na sebe vzájemně navazují a prolínají se.

## 5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

### VZNIKLÉ KATEGORIE

#### 5.1 Provázanost nemoci a vztahu

##### Subkategorie **Vliv nemoci na vztah**

Všichni účastníci rozhovorů kromě jednoho mají pocit, že schizofrenie ovlivňuje partnerský vztah. Jde o odpovědi jak v rovině praktické, kdy lidé se schizofrenií pocítili, jak jejich nemoc vztah ovlivňuje, tak o odpovědi v rovině teoretické, kdy vyslovují svá přesvědčení o tom, že nemoc by jejich možný budoucí vztah ovlivnila. Paní Zdena na otázku, zda by byl vztah bez nemoci jiný, odpovídá: „*Určitě jiný. Člověk by se víc radoval ze všeho, ze vztahu, kolikrát je to takové, že on by někam šel a mě se nechce, jsem unavená nebo tak a ono se to projeví.*“

O vlivu nemoci na vztah hovoří také dále: „*Su taková, že spíš ublížím tomu partnerovi, nikdy bych to dřív nedělala, nemoc se projevila v tom, že reaguju jinak, než bych reagovala*“ Paní Markéta hovoří o negativním ovlivnění vztahu schizofrenií. „*Měla vliv na rozpad vztahu, protože on si myslel, že to dělám schválně, dělám naschvály, prostě a proto se se mnou rozvedl*“ Paní Ritu nemoc ovlivnila natolik, že ji udává jako příčinu nechtění partnerského vztahu. „*Sama hodlám zůstat, protože aj vzhledem ke svému postižení.*“

Paní Marie chápe vliv nemoci na vztah jako negativní v tom smyslu, že nemoc zabraňuje prožívat vztah plnohodnotně. „*Ovlivňuje to určitě ten vztah potom, nemůžu si dovolit to, co zdravý člověk. Nemůžu nikam jít, protože je mi špatně, je tam moc lidí.*“

P.Šárka se domnívá, že vliv nemoci na vztah by záležel na samotném průběhu její nemoci. „*Když bych se zlepšoval, tak by to bylo dobré, když bych se zhoršovala, nevím, jak on by se k tomu postavil*“

Pan Miloslav je respondent, který nikdy vážný partnerský vztah neměl a mluví o své představě ovlivnění vztahu svou nemocí. „*V létě je ta únava zvýšená kvůli lékům, takže únavu pociťuji v létě trochu víc a kdybych měl partnerku, tak bych se s ní asi těžko domlouval, že bych řekl tam mi uvař, tam mi nakup. To bych rozkazoval, to by nebylo takové laskavé, z lásky a pro lásku pro druhého něco udělat*“

U dvou respondentů ovlivnila jejich nemoc vztah natolik, že se rozpadl. Pan Petr se vyjadřuje k okolnostem rozpadu vztahu. „*To se se mnou holka rozešla, protože jsem byl furt nemocný s tou schizofrenií, nechtěl jsem se léčit, tak se se mnou rozešla.*“

Petr říká, že zažil rozchod kvůli jeho onemocnění, současně však na otázku, zda si myslí, že vztahy při onemocnění jsou v něčem jiné než vztahy dříve, kdy nemocný nebyl, odpovídá, že nevidí rozdíl. Z toho vyplývá, že on sám vliv nemoci na vztah nevnímá. Během rozhovoru vyjádřil Petr zajímavý postřeh, a to, že ženy trpící duševním onemocněním se často na svou nemoc vymlouvají. „*Ty většinou mají- já su nemocná, já nesmím to a to a toto bych chtěla a tak si vymýšlí.*“

### Subkategorie **Vliv vztahu na prožívání nemoci**

Co se týká vlivu partnerského vztahu na prožívání onemocnění, zmiňuje většina dotázaných pozitivní ovlivnění prožívání nemoci vlivem vztahu. Respondenti pozitivní vliv rozumějí jako pomoc poskytovanou od partnera.

„Ve třiceti jsem dostala psychózu a to dělal všechno. Já jsem měla fyzické bolesti, nemohla jsem dojít nikde. A on se staral o děti i o mě, hrozně mi pomáhal. A teďka jako taky“ (P.Markéta)

Paní Dana uvádí svou zkušenost z psychiatrické léčebny, kdy jí skutečnost, že se těší na svého partnera, pozitivně přispívala k lepší náladě, tudíž pomáhala v léčbě akutního stavu. „*Ten chlap mě držel nad vodou. Ženské mě řekly jde vidět, že se na něho těšíš.*“

Pozitivní přínos partnera v akutní fázi nemoci vnímá také paní Ludmila. „*Jako pomohl mi hodně, jednou mě odvezl do KM, protože jsem měla mánii a nevěděla jsem co vyvedu, třeba ve vlaku. Občas mi aj finančně pomože, takže tak*“

Paní Marie má pocit, že negativně ovlivnit nemoc by mohl případný intimní život s partnerem. „*A já jsem ráda, že jsem neudělala nějaký krok tomu, abych ten vztah měla intimní. Že by mě to ani psychicky nepomohlo nějak.*“ Na doplňující otázku paní Marie odpovídá, že by tato skutečnost mohla nemoc ještě zhoršit.

Za zmínku stojí skutečnost, že paní Marie vnímá své partnerské vztahy jako příčinu vypuknutí nemoci. „*Myslím si, že jsem to odnesla i zdravím, že jsem je měla moc ráda a nedokázala jsem s nadto povznést, brala jsem to strašně moc vážně ty vztahy*“

P.Zdena říká, že manžel se jí snaží pomoci zvládat její nemoc.

Ženy, které mají zkušenost manželství a partnerských vztahů udávají, že pocítily pozitivní vliv tohoto vztahu na prožívání nemoci a zakusily pomoc ze strany partnera.

### Subkategorie **Významy spojené s nemocí**

Následující subkategorie podává zprávu o tom, jak se jednotliví respondenti vyjadřují během rozhovorů ke své nemoci, mluví o ovlivnění sebe sama, o závažnosti i neměnnosti nemoci.

Respondenti se v rozhovorech zmiňují o vlivu nemoci na celou jejich osobnost.

Paní Marie uvádí: *„Mě to ovlivňuje celou tu schizofrenie. Já beru prášky a já jsem utlumená, já nejsu tak emotivní, možná, že bych byla veselejší, ale to už by bylo asi moc, protože já su depresivní a užívám léky na lepší náladu.“*

Paní Ludmila mluví o vlivu nemoci na všechno a na otázku jestli by to bylo jiné bez nemoci říká: *„Měla bych lepší život“*.

Paní Marie svou nemoc vnímá jako trest. *„To dodneška říkám, že to byly ty hříchy za co dneska trpím, že ta nemoc tu je, že to musím nějak odčinit.“*

Dále je patrné vnímání závažnosti nemoci: *„já myslím, že mám dost těžké postižení té schizofrenie co mám“* (P.Marie)

Ukazuje se, že respondenti jsou smířeni se svou nemocí a vnímají neměnnost nemoci.

*„Tak úplně zdravá už nebudu asi nikdy.“* (P.Šárka)

*„To si nedokážu představit, kdyby to nebylo. Mě to připadá, že je to tak dané a musí to tak být.“* (P.Marie)

Pan Petr se zmiňuje o náročnosti léčby. *„No, je to vypětí se léčit.“*

Paní Dana sama přiznává absenci náhledu na nemoc. *„Já nemám náhled té své choroby. Já mám pocit, že jsem doktorka a že mě pořád někdo sleduje.“*

## 5.2 SUBJEKTIVNÍ POJETÍ DYNAMIKY VZTAHŮ

### Subkategorie **Popisovaný průběh vztahů**



Tato subkategorie obsahuje výpovědi jednotlivých respondentů týkající se popisu prožitých vztahů. Za zajímavou považují skutečnost, že čtyři dotázaní mají zkušenost se vztahem, kde partner měl také duševní onemocnění, žádný tento vztah ale nevydržel. Žádný tento vztah netrval delší dobu, např. v řádu let.

Pan David mluví o svém vztahu s duševně nemocnou partnerkou a k okolnostem rozchodu říká:

*„No pohodově to šlo a pak se to zvirtlo a nic... najednou“*

Paní Marie vzpomíná na prožité vztahy v mládí. *„Tak mě psal docela hezké dopisy, on četl hodně, uměl psát i básničky, nevím prostě, jestli byl zamilovaný on, prostě když přijel tak jsem mu něco dovolila v posteli a on prostě po tomto vztahu, já jsem ho měla ráda tak jsem si ho oblíbila velice ale on jakoby couvl a napsal mi, že ke mně nebude jezdit, že to nechce tak urychlit“* Paní Marie dále v rozhovoru říká, že prožité partnerské vztahy se negativně podepsaly na jejím zdraví a právě jim přisuzuje podíl na vypuknutí schizofrenie. Také paní Šárka zažila vztah, ve kterém se necítila spokojeně a zažila bolest z neuspokojivého průběhu vztahu. *„...kolik rande mi odmítl, není schopen se mnou nikam jít.“*

### Subkategorie **Prožívané problémy ve vztazích**

Subkategorie prožívané problémy v partnerských vztazích navazuje na subkategorii popisovaný průběh vztahů a obsahuje rozmanitou škálu pociťovaných problémů. Ukazuje, jaké skutečnosti považovali lidé se schizofrenií jako nevyhovující v partnerských vztazích.

Paní Marie vnímala velké rozdíly v přístupu k intimnímu sblížení svém a partnerově. *„On to chtěl jenom prostě přes tu postel, jo, takže to vlastně, já jsem ho chtěla, ale ne tak hned, až třeba později“*

Jako problém ve vztahu označuje paní Šárka nepochopení požadavků partnera, které ovlivnilo další neuspokojivý průběh vztahu. *„On pořád říkal, že po mě chce, abych mu byla oporou a já jsem nechápala v čem. Dodneška nevím v čem“*

Další respondenti se vyjadřují k problémům, které vidí nebo viděli ve svých partnerských vztazích. *„...spíš mi vadilo, že byl takový pohodlný“* (P.Dana)

*„Že je umíněný, chtěla bych aby byl míň umíněný, když si něco umíní tak se zasekne a přes to nejede vlak“* (P.Ludmila)

### Subkategorie **Příčiny rozchodu**

Subkategorie příčiny rozpadu vztahů se úzce pojí se subkategoriemi popisovaný průběh vztahů a prožívané problémy ve vztazích. Odráží rozmanitost v prožívaných partnerských vztazích. Respondenti uváděli důvody ukončení vztahů jako je alkoholismus partnera, gemblerství nebo vzájemné neporozumění.

Uvádím odpověď respondentky na dotaz, proč vztahy skončily, jaký byl důvod nebo zda se důvody opakovaly? „*Dvakrát se opakoval, že byli alkoholici ti kluci. Ten první po škole byl alkoholik a ten předposlední co jsem s ním chodila byl taky alkoholik. Dokonce jsem u něj bydlela a skončilo to tím, že sem na něj čekala v 10 hodin v noci, už jsem měla strach, kde je, on přišel napitý z hospody, poblil se u postele, takže to bylo jasné.*“ (P.Dana)

### Subkategorie **Vlastní úloha ve vztazích**

Tato subkategorie zrcadlí přístup a vyvíjení aktivity v navazování vztahů. U většiny respondentů převažuje přístup pasivní.

„*Čekám, že si mě všimne ona, protože já se nebudu nějak vnucovat, ona mi řekne, že su úchyl a co jako*“ (P.Petr)

„*O tom, že bych měla vyvíjet nějakou aktivitu jsem ještě nepřemýšlela. Myšlenka je to dobrá, ale asi to nechám na tom chlapovi.*“ (P.Šárka)

Dana hovoří současně neschopnosti vyvinout aktivitu k bližšímu seznámení se.

„*Já má teď dva známé v knihovně. Vidíme se, usmějeme se na sebe, když něco potřebujeme tak si pomůžeme, ale já nemám dál odvahu v tom pokračovat*“

## 5.3 SUBJEKTIVNÍ VÝZNAM PARTNERSKÉHO VZTAHU

Kategorie subjektivní význam partnerského vztahu odpovídá na otázku, zda je partnerský vztah pro lidi se schizofrenií důležitý. Ukazuje se, že pro čtyři dotázané není důležité mít partnera a partnerský vztah, šest dotázaných toto považuje za důležité. Z těch respondentů, kteří vztahu nepřikládají důležitost, jsou dva, kteří nemají zkušenost vážného partnerského vztahu, jedna dotázaná, která již vztah nechce, vidí nepodařené vztahy jako jeden z důvodů

nástupu schizofrenie. Sama udává, že touhu po partnerovi nepocituje a nevyhledává jej, avšak úplně neuzavírá možnost mít partnera v budoucnu. Poslední respondentka, která navazovat vztah nechce, je rozvedená. Ti respondenti, kteří uváděli, že partnerský vztah je pro ně důležitý, se dělí na ty, kteří žijí v partnerském vztahu a ty, kteří si přejí partnera nalézt. Za zajímavé považují zjištění, že respondenti, kteří partnera nemají a přejí si ho, jsou věkově tři nejmladší ze všech respondentů.

*„Já to mám naprosto jednoduché, já bydlím od 95tého roku sama, takže jsem sama, partnera nechci.“ (P.Rita)*

Pro některé schizofreniky představuje důležité pouto rodina. *„Pro mě to není důležité, mám rodiče a mám v plánu žít s rodiči tak, jak to jenom půjde, tak dohovat rodiče.“ (P.Miloslav)*

Důležitost partnerskému vztahu přisuzují nejvíce ženy, které partnerský vztah mají. *„Je to důležité, pro mě, ano, protože sama, člověk se bojí některých věcí a ten partner vás podrží. Je to hrozně důležité.“ (P.Zdena)*

## 5.4 OČEKÁVÁNÍ OD VZTAHU

Tato kategorie zrcadlí přání respondentů, lidí nemocných schizofrenií. Přání a očekávání, co by jim vztah měl přinést a dát, očekávání, jaký by měl být partner. Tato kategorie se dělí právě na očekávání co se týká partnera a očekávání ve smyslu naplňování potřeb ve vztahu.

### Subkategorie Očekávání od partnera

Subkategorie Očekávání od partnera se prolíná a doplňuje se subkategorií Potřeby ve vztahu. Zahrnuje dle mého velmi zajímavou otázku na preferenci zdravého či nemocného partnera. Většina respondentů se vyjádřila, že by chtěli zdravého partnera, dva respondenti nemají preferenci zdravého partnera. Současně se ale vyskytuje pochybnost o možnosti zájmu ze strany zdravého člověka.

*„Tož zdravá by se mnou asi nebyla.“ (P.David)*

Stejně přesvědčení se objevuje u několika dalších respondentů. *„já myslím že mám dost těžké postižení té schizofrenie co mám, že si myslím že by mě nikdo ani nechtěl“ (P.Marie)*

*„Kdyby byl zdravý, asi by o mě nestál.“ (P.Šárka)*

Dále tato subkategorie zahrnuje představy, jak má vypadat partner, jaký by měl být.

*„Tak aby byl hodný, aby mě měl rád, aby byl tolerantní, aby nekouřil“ (P.Šárka)*

*„Musel by být hodně tolerantní vůči mě, mě bývá špatně a já to potřebuju vyležet, zapadnout pod peřinu, já to jinak neumím.“ (P.Dana)*

Paní Marie po negativní zkušenosti se lží partnera klade jednoznačně největší důraz na pravdomluvnost partnera, *„Pravdomluvný, aby říkal pravdu, byl upřímný, to co si myslí aby mi řekl.“*

*„Bylo pro mě důležité to, že mi pomáhal vychovávat děti, a že jsme spolu měli sex, to bylo taky důležité.“ (P.Markéta)*

#### Subkategorie **Potřeby ve vztahu**

Tato subkategorie se prolíná a doplňuje se subkategorií Očekávání od partnera a popisuje, jaké potřeby mají dotázaní respondenti, které očekávají, že budou ve vztahu naplněny. Jde o potřeby komunikace, svěřit se s problémem, potřeba pravdivosti, něžnosti, humoru.

*„Mít nějakého partnera, oporu, na někoho se spolehnout, on aby se mohl spolehnout na mě, že bychom spolu vyrazili i někam na výlet, na společnou dovolenou.“ (P.Šárka)*

*„Být spolu, povídat si spolu, dělat spolu něco, mít spolu sex, asi bych uvítala podle svého bráchy kdyby trochu uvařil, nebránil se vaření.“ (P.Dana)*

Paní Ludmila vyjadřuje své očekávání od vztahu s nádechem rezignace, *„Dožít do smrti..jako.“*

### 5.5 Pocity a prožívání

Respondenti vyjadřují své pocity a prožívání předešlých i současných partnerských vztahů. Čtyři dotázaní v rozhovorech uvádějí, že jsou spokojeni se svým současným stavem a situací. Za zajímavou skutečnost považují to, že všichni tito respondenti současně s pocíťovanou spokojeností na jiném místě v rozhovoru uvádějí, že partnera nechtějí a nehledají.

Zajímavé je vyjádření pocitů lítosti nad nezaloženou rodinou, které vyjadřuje respondentka, která v rozhovoru jasně říká, že partnera nechce. „*Takže tím možná do jisté míry taky trpím...tu rodinu, že jsem to nestihla.*“ (P.Rita)

Paní Marie opakovaně v rozhovoru vyjadřuje velkou citovou zainteresovanost. „*Myslím si, že to bylo i zásluhou těch kluků, že jsem byla z toho nešťastná, protože jsem si to hodně zabírala.*“

„*když to pořád odmítá rande, mě už to pak i bolelo... Já jsem si řekla já už jsem tak unavená z toho vztahu, já končím... Pak už jsem cítila obrovskou úlevu.*“ (P.Šárka)

Paní Dana má stejně jako několik dalších respondentů strach nový vztah navázat, ačkoli již ve svém životě prožila více partnerských vztahů. Vyjadřuje pocity podezřívavosti, zdá se jí, že partner by nemusel být upřímný a mohl ji klamat. „*Já bych asi chtěla s někým být, ale ten strach že s tebou někdo vymete.*“

Spokojenost s prožitými vztahy, s bývalými partnerkami vyjadřuje pouze jeden respondent, který předešlé vztahy celkově hodnotí kladně. „*Já jsem byl spokojený se všema ženskýma.*“ (P.Petr)

U jiné respondentky je patrný pocit nepochopení ze strany manžela, z několika míst v rozhovoru je zřejmé, že tato respondentka má pocity viny, že zatěžuje manžela i děti.

„*Já mám vztah, mám manžela a někdy je to dost těžké, já mám nějaké ty problémy a ne vždy to ten partner pochopí, jak se ten druhý cítí.*“ (P.Zdena)

### Subkategorie **Obavy**

Opakovaně respondenti vyslovují obavy ze samoty.

„*Tak jako...já ti to řeknu takhle. Já se bojím být sama. Já vím, že mám maminku, že mám zázemí, že když přijdu domů, že tam bude člověk se kterým si budu rozumět, se kterým si popovídám, se kterým proberu nějaké problémy nebo on se mě svěří, takže jako, ale bojím se toho, až ten barák bude prázdný.*“ (P.Šárka)

„*No bojím se, že zůstanu sám.*“ (P.Petr)

Jedna z respondentek cítí obavu z navázání vztahu. „*je fakt, že mám strach z toho dát se dohromady s jakýmkoli chlapem.*“ (P.Dana)

Dále se objevují rozmanité obavy, které jednotliví respondenti vyslovují. Jde např. o obavu z možného intimního života.

*„I do toho vztahu sexuálního, že bych se bála.“(P.Marie)*

Objevuje se strach z oklamání vlastní osoby: *„já si myslím, hlavně, že ten chlap by dokázal předstírat, že je nějaký dobrý, z toho mám hrůzu.“ (P.Dana)*

### Subkategorie **Intimní život**

Čtyři respondenti uvádějí, že nemají zkušenost s intimním životem s partnerem.

*„Tak byla jsem několikrát zamilovaná, ale nikdy to nedošlo až do postele.“(P.Šárka)*

Vícekrát se objevuje negativní vnímání sexuality a odmítání sexuality.

*„já bych nechtěla mít s tím partnerem ten styk sexuální, že by to vyvrcholilo až v to, mohlo to k tomu spět, já jsem ráda, že jsem neudělala nějaký krok tomu, abych ten vztah měla intimní.“(P.Marie)*

*„Když to teda řeknu, postel to jako není, postel to jako je, nechci se s nikým sblížovat, takže asi tak.“ (P.Rita)*

Srovnatelně velké množství respondentů ale uvádí sexuální oblast jako důležitou.

*„a že jsme spolu měli sex, to bylo taky důležité.“(P.Markéta)*

Paní Dana ve výčtu důležitých očekávání od vztahu uvádí také: *„...mít spolu sex.“*

### Subkategorie **významy spojené s manželstvím**

Z deseti respondentů byla v době rozhovorů jedna žena vdaná, jedna rozvedená a jedna vdova. Z těch, co jsou svobodní, nevyjádřil nikdo přímé přání vstoupit někdy do manželství. Někteří respondenti připouštějí, že je možné, že by se jednou oženili / vdaly, ale neudávají to jako své přání. Více je však těch, kteří mluví o neschopnosti představit si život v manželství. *„Někdo třeba má schizofrenii a má vztahy, je ženatý, já si to nedokážu představit, jak by to vypadalo.“(P.Marie)*

*„Já se nedovedu vžít do situace, že bych se ženil, že bych plánoval dítě a tak.“(P.Miloslav)*

## 5.6 Vlivy okolí

Při analýze rozhovorů se ukazuje, že dotázaní lidé trpící schizofrenií přikládají poměrně velký vliv tomu, co jim radí okolí, přesněji řečeno rodina a příbuzní a také příkladům, které vidí, že se staly u jiných lidí. Objevují se také odkazy na známou osobnost nebo autoritu. Do kategorie vlivy okolí zahrnují také to, jak se několik respondentů zmiňuje o vnímání těžké doby. Zahrnují zde také ovlivnění náboženskou vírou, které je patrné u jedné z respondentek. „*Prostě přes tu víru bych to brala všechno.*“ (P.Marie)

P.Šárka. pociťuje strach z reakce okolí: „*Myslím si, že se bojím ten vztah navázat, aby si nemysleli chodí s bláznivou ženskou, ona ho určitě nějak uhranula.*“ A zároveň se snaží nedopadnout jako někdo z vyprávění. „*protože já znám hodně smutný příběh, kdy si jeden doktor, lékař vzal bláznivou ženskou, on ji chtěl nějak uchránit od léčebny, snažil se jí nějak víc pomoci a dopadlo to úplně špatně. On dostal zápal plic, ona se o něho nebyla schopná postarat, vůbec, on tam umřel někde nesamotě, oni na samotě bydleli, on umřel tam v bídě, ona se o něj nepostarala, přitáhla si tam hromadu dobytka to tam tak řešila potom obec, protože ta zvířata neměla co žrát a byla agresivní a chodila do města, takže takto svého partnera utýrat, tak to teda ne.*“

Paní Marii bránili ve vztahu příbuzní a také přikládá vliv tomu, co říká okolí. „*Doma rodiče s bráchou když viděli ten dopis, jak to škaředě napsal, polepil tak mi zabraňovali v tom abych se s někým chytla, když jsem byla nemocná, to nedoporučovali lidi, nebo doktoři, prostě nechtěli, abych se ještě zamotala do něčeho.*“

Paní Dana svůj strach z navázání nového vztahu spojuje také s obavou, aby se jí nestalo něco podobného, jako slyšela. „*Potkala jsem paní, která mi vykládala, že přijala do baráku chlapa, napřed všechno fungovalo a pak zjistila, že má 40 000 dluhů a všechno to za něho zaplatila. Z tohoto mám hrůzu a to mě odrazuje od všeho dalšího.*“

Opakovaně se respondenti vyjadřují k dnešní době, která na ně působí a zdá se, že všichni vnímají současnou dobu jakou „těžkou“. „*Ta doba teďka, co se týká financí a celkově, jak bych to řekla, zabezpečení rodiny je těžké.*“ (P.Zdena)

Na několika místech nacházíme také vlivy autorit, například lékařky. „*Já jsem se bavila se svojí doktorkou a ona mi říkala narazit na někoho, to byste musela mít štěstí, na někoho*

*slušného, solidního. Já když vidím co se děje v rodinách, jaké jsou hrůzy a tak, tak to mě docela odradilo.“ (P.Rita)*



## 6 SHRUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Cílem mého výzkumu bylo odpovědět na výzkumné otázky:

**VO1:..Jaký význam přikládají lidé se schizofrenií partnerskému vztahu?**

**VO2: Jak lidé se schizofrenií prožívají partnerské vztahy?**

**VO1: Jaký význam přikládají lidé se schizofrenií partnerskému vztahu?**

Z provedeného výzkumu vyplývá, že nelze jednoznačně odpovědět, zda lidé se schizofrenií považují partnerský vztah za důležitý či nikoli. Šest dotázaných přikládá partnerským vztahům důležitost, čtyři dotázaní partnerský vztah za důležitý nepovažují.

Z celkového počtu deseti respondentů mají v době konání rozhovorů dvě respondentky partnerský vztah. Z toho jedna z nich je vdaná. Tato respondentka považuje svůj partnerský vztah za velmi důležitý a vnímá i poskytovanou oporu a pomoc od manžela. Současně ale vyslovuje několikrát v rozhovoru obavy, že manžel v podstatě kvůli jejímu onemocnění trpí. Vyjadřuje také svou obavu do budoucna a říká, že pokud by se jejich manželství rozpadlo, přikládala by vinu právě svému onemocnění, které manželství natolik ovlivňuje. Respondentka, která má přítele, považuje vztah také za důležitý, ale vyslovuje svou nespokojenost s přílišnou zaměstnaností partnera, přála by si s ním trávit více času a také změnit některé jeho vlastnosti. Obavy ohledně budoucnosti a udržení vztahu nemá. Vyrovnaně říká, že pokud vztah má vydržet, vydrží.

Zbývajících osm respondentů partnerský vztah nemá. Z těch, kteří vztah nemají, jsou čtyři lidé, kteří si přejí navázat partnerský vztah a čtyři lidé, kteří vztah nechtějí. Jeden z nich uvádí, že nikdy partnerský vztah neprožil a v budoucnu si nepřeje vztah navázat. Další lidé, kteří vztah nechtějí, mají špatné zkušenosti s prožívanými vztahy. S nepochopením, nesplněným očekáváním od vztahu, s velkým zklamáním a přílišnou citovou zainteresovaností. Dvě respondentky se bojí vztah navázat také kvůli obavám z intimního sblížení s partnerem. Současně tyto respondentky uvádějí, že nemají s intimním životem žádnou zkušenost.

Navázat partnerský vztah chtějí lidé, kteří spadají svým věkem mezi nejmladší oslovené respondenty a všichni mají zkušenost s partnerským vztahem. Tři lidé vyslovují přání nalézt partnera jednoznačně, jedna respondentka je nejistá, partnera by spíše chtěla, ale brání jí velký strach z možného oklamání partnerem.

**VO2: Jak lidé se schizofrenií prožívají partnerské vztahy?**

Téměř všichni dotázaní, s výjimkou jednoho, se domnívají, že schizofrenie ovlivňuje partnerský vztah. Dokládají to výpověďmi o prožívaných těžkostech, které nemoc přináší a které ovlivňují vztah. Současně se respondenti domnívají, že prožívání partnerského vztahu působí na prožívání nemoci, častěji se objevuje pozitivní působení na nemoc. Za zmínku stojí skutečnost, že jedna respondentka vnímá silně negativní vliv prožitých partnerských vztahů na své onemocnění. Domnívá se, že partnerské vztahy, které prožila, měly vliv na rozvoj nemoci. Proto se k možnému navázání partnerského vztahu v budoucnu vyjadřuje spíše s odmítavým postojem.

Lidé se schizofrenií mají rozmanité očekávání od partnerského vztahu, opakuje se ale potřeba tolerance právě kvůli obtížím, které nemoc přináší. Mezi další potřeby, od kterých respondenti očekávají, že budou ve vztahu naplněny, patří potřeby sdílení a blízkosti. Většina dotázaných by si přála nalézt zdravého partnera, překvapivé množství respondentů ale vyslovuje přesvědčení, že zdravý člověk by o vztah s nimi neměl zájem.

Jednoznačné přání uzavřít manželství nevyslovuje nikdo, někteří respondenti si přímo nedokáží představit, jak život v manželství vypadá. V rozhovorech se objevují opakovaně vyjadřované obavy ze samoty a opakuje se také negativně vnímaná sexualita. Z rozhovorů vyplývá, že čtyři lidé nemají žádnou sexuální zkušenost.

Čtyři respondenti v rozhovorech uvádějí, že se cítí spokojeni se svým současným stavem. Při analýze výsledků se ukázalo, že se jedná přesně o ty čtyři respondenty, kteří partnera nechtějí a nehledají.

## ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá lidmi s duševním onemocněním schizofrenií a jejich vnímáním a prožíváním partnerských vztahů. Teoretická část práce nejdříve ukazuje teoretická východiska zvolené problematiky. Dále popisuje schizofrenii jako duševní onemocnění, věnuje se jejím příčinám, příznakům a průběhu, zabývá se rodinou lidí se schizofrenií, léčbou i stigmatizací těchto lidí. V teoretické části se věnujeme pojmu partnerský vztah a snažíme se odhalit motivy k navazování partnerských vztahů, popisujeme, co od vztahů očekáváme, jaké fáze lze ve vztazích rozlišit, zabýváme se problémy v partnerských vztazích a také současnými trendy. Kapitoly s tematikou partnerských vztahů obsahují komentáře a úvahy o prožívání popisovaných jevů lidmi se schizofrenií. Praktická část obsahuje kvalitativní výzkum, ve kterém hledáme odpovědi na to, jak lidé se schizofrenií prožívají partnerské vztahy a jaký význam partnerskému vztahu přisuzují. Ukazuje se, že nelze jednoznačně říci, zda lidé se schizofrenií považují partnerský vztah za důležitý či nikoli. Jejich touha navázat vztah nebo přání zůstat sám vyplývá z životních zkušeností, z povahy a jedinečné osobnosti každého člověka. Ne všichni schizofrenici prožívají svou nemoc stejně, avšak v jednotlivých rozhovorech lze vysledovat jisté souvislosti. Většinu lidí se schizofrenií jejich onemocnění při navazování i prožívání partnerského silně ovlivňuje. Schizofrenie ovlivňuje celou osobnost člověka a promítá se také do prožívání partnerského vztahu.

Provedený výzkum naznačil, že stejně jako u zdravých lidí prožívání vztahu u lidí se schizofrenií může nabývat značné pestrosti. V tomto smyslu jdou zjištění vyplývající z provedeného výzkumu do protikladu k obecně vnímanému přesvědčení o tom, že schizofrenici vůbec nejsou schopni navazovat a udržovat partnerské vztahy.

Rozhovory jsou provedeny s lidmi, kteří mají schizofrenii. Další možností, jak rozšířit a obohatit tento výzkum, je provést rozhovory také s partnery schizofreniků.

Výsledky výzkumu mohou být užitečné jak pro odborníky, tak pro širokou veřejnost pro bližší seznámení se a pochopení lidí se schizofrenií.

Možnosti kvalitativního výzkumu nedovolují zobecnění, čehož jsem si vědoma. Zvolené téma partnerské vztahy lidí se schizofrenií by si zasloužilo dalšího, dlouhodobějšího zkoumání, a také kombinaci kvalitativního a kvantitativního výzkumu.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] ČEŠKOVÁ, Eva, Mojmír SVOBODA a Hana KUČEROVÁ, 2006. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-154-9.
- [2] DÖRNER, Klaus a Ursula PLOG, 1999. *Bláznit je lidské: učebnice psychiatrie a psychoterapie*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-628-5.
- [3] HARTL, Pavel, 2004. *Stručný psychologický slovník*. Praha:Portál. ISBN 80-7178-803-1.
- [4] HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.
- [5] KALINA, Kamil, 1987. *Jak žít s psychózou?* Praha: Avicenum.
- [6] MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ, 2002. *Psychiatrie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-700-0.
- [7] MATĚJKOVÁ, Erika, 2007. *Jak řešit konflikty a problémy v partnerských vztazích*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1832-3.
- [8] MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.
- [9] MOŽNÝ, Ivo, 2006. *Rodina a společnost*. Praha: Sociologické nakladatelství. . ISBN 80-86429-58-x.
- [10] MUSIL, Jiří V, 2006. *Klinická psychologie a psychiatrie: přehled pro studenty teologie a pedagogiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1153-9.
- [11] ONDRIÁŠOVÁ, Mária, 2005. *Psychiatria*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-199-9.
- [12] PĚČ, Ondřej, Václava PROBSTOVÁ, 2009. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3.
- [13] PRAŠKO, Ján, 2005. *Asertivita v partnerství*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1246-6.
- [14] PRAŠKO, Ján, 2011. *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2570-2.

- [15] SATIROVÁ, Virginia, 2006. *Knihy o rodině*. Vyd. 2. Praha: Práh. ISBN 80-7252-150-0.
- [16] ŠMOLKA, Petr a Jan MACH, 2008. *Manželská a rodinná trápení*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-448-9.
- [17] ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
- [18] TAVEL, Peter, 2007. *Vybrané kapitoly ze sociální psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80,244-1658-8.
- [19] VÁGNEROVÁ, Marie, 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414.
- [20] VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2008. *Průvodce partnerským vztahem*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2054-8.
- [21] ZVOLSKÝ, Petr, 1997. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-203-6.
- [22] ESPRIT *Časopis české asociace pro psychické zdraví*. 2009, roč.15, č.3-4. ISSN 1214-2123.
- [23] ESPRIT *Časopis české asociace pro psychické zdraví*. 2009, roč.13, č.2. ISSN 1214-2123.
- [24] MOHAUPT, Zbyšek, 2009. Partnerská abeceda: Co ode mě vlastně chceš?. *Psychologie*. roč. 2009, č. 3. ISSN 1212-9607.
- [25] KUMARI, Surekha, 2009. Subjective burden on spouses of schizophrenia patients. *Industrial Psychiatry Journal*, vol. 18, no. 2. ISSN 09726748.
- [26] JUNGBAUER, Johannes; ANGERMEYER, Matthias C., 2002. Living with a Schizophrenic Patient: A Comparative Study of Burden as It Affects Parents and Spouses. *Psychiatry*. vol. 65, no. 2. ISSN:0033-2747.

## SEZNAM TABULEK

Tab.1 Ukázka kódování

Tab.2 Ukázka kategorizace

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**PI:** Otázky k rozhovorům

**PII:** Ukázka přepisu rozhovorů

**PIII:** Ukázka otevřeného kódování

## **PŘÍLOHA P I: OTÁZKY K ROZHOVORŮM**

- 1, Dokázal/a byste mi popsat své zkušenosti s partnerskými vztahy?
- 2, Je pro vás důležité mít partnerský vztah?
- 3, Dokážete popsat, co od vztahu očekáváte?
- 4, Jaký by měl být váš ideální partner?
- 5, Myslíte si, že schizofrenie nějak ovlivňuje partnerský vztah?
- 6, Byl by váš vztah jiný bez onemocnění?
- 7, Myslíte si, že partner a partnerský vztah může zmírnit obtíže, které nemoc přináší?
- 8, Myslíte si, že partner může působit negativně na prožívání nemoci?
- 9, Dokázal/a byste říct, zda byste chtěl/a zdravého či nemocného partnera?



## **PŘÍLOHA P II. UKÁZKA PŘEPISU ROZHOVORU**

P.ZDENA

*Nejdřív vás poprosím o souhlas k tomu, abych rozhovor nahrála.*

Ano

*Děkuji. Budeme si povídat o partnerských vztazích. Je to pro vás důležité? Mít partnera?*

Je to důležité pro mě, ano, protože sama, člověk se bojí některých věcí a ten partner vás podrží. Je to hrozně důležité.

*Dokážete popsat své zkušenosti? Jestli jste prožila partnerský vztah? plánujete jej, nebo partnerský vztah máte?*

Já mám vztah, mám manžela a někdy je to dost těžké, já mám nějaké ty problémy a ne vždy to ten partner pochopí, jak se ten druhý cítí. Dneska je ta doba dost těžká a je to těžké i pro něho, i pro mě kolikrát. Protože člověk reaguje jinak, jak by reagoval, kdyby byl zdravý a kdyby neměl ty problémy. Já jsem zůstala bez práce a nějak to na mě dolehlo. A ta doba teďka, co se týká financí a celkově, jak bych to řekla, zabezpečení rodiny je těžké a na mě to doléhá. Já to nějak těžce nesu. To, že jsem zůstala bez práce a zbytečně i partnera někdy zraním a řeknu věci, které bych jinak neřekla.

*Onemocnění přináší tedy tyto těžkosti, promítá se to do vztahu?*

Promítá.

*Dokáže vám partner pomoci ty obtíže zvládat?*

Snaží se, ale někdy už to neunes, je to delší dobu, pak člověk zareaguje jinak, jak on si to představuje a už je problém, protože člověk je takový nerozhodný. On je člověk, který ví co chce a za čím jde a já jsem člověk, který váhá a tím ho odrazuje a zraňuje, kolikrát zbytečně. Nikdy jsem taková nebyla. Je to až za tu dobu, jak jsem byla zraňovaná v práci, jak jsem bez té práce zůstala, takže se to vlastně projevilo v tom.

*Dokážete popsat, co od vztahu čekáte? Co je pro vás nejdůležitější?*

Nejdůležitější je, že ten partner má o vás strach a chce vám pomoci a že se vám snaží pomoci. Je to důležité. Ale aby to vydržel ten druhý.

*Jaké jsou pro vás podstatné vlastnosti?*

On je citlivý a ten cit, pohlazení a takovéto věci člověk potřebuje hodně, aby to dokázal lehčí unést.

*Takže zmírňuje ty obtíže které nemoc přináší?*

Ano ano. *Váš partner je zdravý?* ano

*A vaše nemoc se projevila před seznámení, nebo až v průběhu vztahu?*

Ne, až v průběhu vztahu, že jsem nastoupila do práce *a to už jste byla s manželem?* Ano, my sme spolu 25 roků. *Takže když jste se seznámili nebyla ta nemoc,* nebyla.

Stalo se to, že mě zemřel tatínek, jak jsem skončila školu a možná tehdy se to projevilo, já jsem na tom tatínkovi hodně lpěla a možná to, že mi zemřeli oba rodiče a ono to na člověku zanechá to, že já jsem byla hodně citlivý člověk a zrazu reaguju ne tak citlivě, jak jsem reagovala. Jsem taková, že spíš ublížím tomu partnerovi, nikdy bych to dřív nedělala, nemoc se projevila v tom, že reaguju jinak, než bych reagovala. samu mě to potom trápí. Sama v sobě se trápím, proč jsem to udělala, vybuchnu a pak je mi líto aj jeho, v podstatě trpím já i on.

*On chápe ty projevy nemoci?*

No, někdy to nechápe, někdy si myslí, že to dělám ne že naschvál, ale nechápe, proč tak reaguju, nechápe. Protože jsem taková nikdy nebyla.

*Co od toho vztahu očekáváte dál? Jaké jsou vaše důvody dál setrvávat ve vztahu?*

Abych měla oporu nějakou, aby vás podržel ten člověk, ale bojím se abych jemu neubližovala, protože ten zdravý člověk to ne vždy tak pochopí, protože on má dost svých starostí, podniká a má svoje starosti a musí je řešit a těch problémů je hodně. A kolikrát, když vám chce pomoci, tak sobě ubližuje a ztrácí energii tím, že ji v podstatě dává mě. A dneska je ta doba taková, že vám nikdo nic nedá, musíte se postarat sama o sebe a dneska je to zdravotnictví a všecko, v podstatě musíte sama bojovat s tou nemocí a kolikrát si nevíte rady sama. Co a proč to dělám a pak v noci nespím a přemýšlím nad tím, proč jsem to udělala a proč jsem to řekla, nebo tak. A to je hrozné kolikrát, je vám líto těch lidí, protože ti zdraví lidé to hůře chápou, mám děti velké a zatěžuji i je tím, snažím se odreagovat, snažím se, já jsem zůstala hrozně vážná, já jsem byla člověk, který se rád radoval, smál a zrazu jsem zůstala vážná, ve všem vidím problém, bojím se utrácet peníze, bojím se jít do obchodu, zkrátka bojím se věcí, kterých jsem se dřív nebála I když je hodně lidí, nebo tak, proto jsem začala chodit do horizontu, abych nebyla sama doma, abych byla mezi lidmi a snažila se

odreagovat a začít něco dělat, protože někdy jsou dny, kdy se vám nechce do ničeho, kdy byste nejraději se vším skoncovala. To je hrozné. Hlavně, když jsou tyto změny počasí, takže o to je to horší. V létě to člověk daleko líp nese, když si říkám nejsem nemocná, musím se přes to dostat. Jsou dny, kdy to dokážete a jsou dny, kdy to nedokážete.

*V tom vztahu se nemoc určitě projevuje. Je to asi těžké si představit, jaké by to bylo, kdyby člověk nemocný nebyl, byl by váš vztah jiný bez onemocnění?*

Určitě jiný. Člověk by se víc radoval ze všeho, ze vztahu, kolikrát je to takové, že on by někam šel a mě se nechce, jsem unavená, nebo tak, a ono se to projeví, nebo neudělám něco. On mi řekne, proč jsi to neudělala. Jsou to věci, které, já řeknu, že mám problémy a on to si jen vymýšlíš kolikrát.

*Je to těžké někdy..je pro vás důležité mít společné koníčky?*

My jsme měli hodně společných koníčků, on sportuje hodně, já mám jenom jógu, on mi právě říká, že nemám ty koníčky, že to chce sport aby se člověk odreagoval a tak, takže chodím do jógy, snažím se procházky, chodit teďka do té angličtiny.

*Můžete si s manželem promluvit o té nemoci? O tom, že je vám teďka třeba špatně, chcete se svěřovat?Pomáhá vám to? Nebo naopak se o tom nechcete bavit?*

No, tak ze začátku jsem se pouštěla do toho, teďka už ani nechci, protože on mi říká že si to vymýšlím. Že to tak není, že je to zbytečně. Ve mně se něco zlomilo, sama to nechápu. Sama se s tím nemůžu vyrovnat a říkám si, to není možné abych se tak změnila.

*Je vám manžel oporou?*

On se snaží být, ale nevydrží to dlouho, protože já vydržím 2,3 měsíce v pohodě a pak člověk zase reaguje jinak a hlavně tyto změny počasí na mě působí špatně.

*Bojíte se rozchodu?*

Ano.

*Byla by na vině ta nemoc?*

Ano, byla.

*Moc děkuji za rozhovor.*



## PŘÍLOHA P III. UKÁZKA OTEVŘENÉHO KÓDOVÁNÍ

...Myslím že jo, z jeho strany, že nepřijede, ale potom chtěl přijet zas a možná že to chtěl přes tu postel, ale já už jsem to nechtěla, protože to byl podraz, dál už to nemohlo dojít. Já bych to chtěla všechno delší dobu, ne v takové krátkosti. To trvalo půl roku, přes dopisy, chození to jsme se viděli asi 4krát, ale přes ty dopisy, ale ti kluci oni to chtěli tak rychle všechno. A tak prostě někdo spolu chodí i 2,3 roky prostě, ale já bych nechtěla mít s nikým vztah intimní. Já jsem nábožensky založená, chodím do toho kostela, naši mi dost říkali a já si na tom zakládám a su ráda, že to tak je, že to tak dopadlo, ale myslím si, že jsem to odnesla i zdravím, že jsem je měla moc ráda a nedokázala jsem s nadto povznést, brala jsem to strašně moc vážně, ty vztahy. Ten kluk z VŠ mi taky potom řekl, že má holku, já jsem mu řekla o tom vojákově, že jsem se s ním seznámila, ale on mi to řekl až po nějaké zkoušce on mi to nechtěl říct dřív, že má nějakou holku na inzerát, že by mi to zabránilo v tom studiu, že bych to nemusela udělat, že by mi to komplikovalo, že bych se nad tím trápila. Mohl mi to říct, já jsem mu potom aj nadávala že mi to mohl říct, šak natom by nic nebylo, kdybychom spolu někam šli, kdyby měl nějakou holku, že bysme si to třeba řekli ale on už potom se mnou nechtěl moc chodit jako tak ven, tak jsem to nevěděla, ale já jsem se hlavně chtěla učit k těm státnicím, potom, takže ten vztah už...ale on se mě ozval, ten jediný kluk z VŠ to byl charakternější, ale že jsem po něm netoužila, ale možná by to dopadlo jinak, kdybych neonemocněla, ten vztah by se třeba rozvíjel víc. Člověk moc dával do té tělesné stránky, a to se potlačuje to ostatní. Já nevím, já su moc emotivní v tomto asi, já nevím.

*Mě by zajímalo, jestli jsi už byla nemocná, když jste si psali s tím vojákem?*

Ne, já jsem onemocněla až po těch vztazích, asi půlroku potom, co jsem byla s tím vojákem. Rok možná. V srpnu mi poslal knížečku o folku, písničky nějaké, vracím a pokud můžeš odpusť-mi napsal. Potom napsal dopis bráchovi, to už jsem byla nemocná, že mě odhodil, že ho to mrzí, ale to už jsem nemohla nic, protože jsem byla nemocná. Někaké vztahy si začínat i když jsem začínala, v léčebně se mi někdo líbil tak jsme někam chodili, vykládali. Toto mě asi ty vztahy podlomilo zdraví. I učení, že toho bylo hodně. Jakože jsem ty zkoušky někdy neudělala, nebo ty vztahy s klukama, já nevím. A mě se to stalo v době VŠ tak jsem to dodělávala ty státnice o dva roky později. Takže jako myslím si, že nato měli vliv i ti kluci, že jsem onemocněla. To dodneška říkám, že to byly ty hříchy za co trpím dneska, že ta nemoc tu je, že ta duše se, že to musím nějak

odčinit. Že bych nemohla vstoupit do nějakého vztahu, možná že jo, že ještě budu, mám 50  
roků. Ale asi chcu být i sama. Jsem spokojená