

Specifika rodičovství u lidí se schizofrenií

Bc. Ladislava Cyroňová

Diplomová práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Ladislava Cyroňová**

Osobní číslo: **H120013**

Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Specifika rodičovství u lidí se schizofrenií**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek vztahujících se ke kompetencím sociálního pedagoga, onemocnění schizofrenií a rodině a jejím funkcím.

Příprava metodiky výzkumné části, vypracování otázek pro polostrukturovaný rozhovor.

Realizace kvalitativního výzkumu zaměřeného na zmapování dopadů onemocnění schizofrenií na možnost být rodičem a na zvládání a prožívání této životní role.

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:

ARTHUR, Corrine, HAMID-BALMA, Sarah, 2009. Stigma, strach, předsudky, odmítání. ESPRIT, roč. XIII, č. 7-8, s. 6-7. ISSN 1214-2123.

DÖRNER, K., PLOG, U, 1999. Bláznit je lidské. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-628-5.

HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J, 2002. Psychiatrie. Praha: TIGIS. ISBN 80-900-130-1-5.

ŠVARÍČEK, Roman, ŠEĎOVÁ, Klára a kol., 2007. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-3.

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

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Karla Hrbáčková, Ph.D.

Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce:

15. ledna 2014

Termín odevzdání diplomové práce:

18. dubna 2014

Ve Zlíně dne 15. ledna 2014


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 obhajoby¹⁾;
- 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. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ 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 § 60³⁾ 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 14. 4. 2014

..... 

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 nevydělává zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků 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 nahlázení 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 výtisky, 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 nezahrnuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užívá-li někdo 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 vzdělávacímu 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). Odjíždí-li autor školního díla nahelit svolení bez vědomí držitele, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybnějiho projevu jeho vůle u soudu. Ústanovení § 35 odst. 3 zůstává neotřeno.

(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 vydání jin dvanáctého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vyvození díla vynaložil, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se překládá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá prožíváním rodičovství u lidí se schizofrenií. Teoretická část mapuje problém onemocnění schizofrenií, zabývá se rodinou, jejími vzájemnými interakcemi a specifiky rodin, jejichž členové schizofrenií trpí. Praktická část pak prostřednictvím kvalitativního výzkumu zpracovává osobní zkušenosti lidí se schizofrenií s rodičovstvím, pozitivy i negativy, které jim přináší. Aplikační význam práce tkví ve zpracování možností podpory a pomoci lidem se schizofrenií ke zvládnutí životní role rodiče.

Klíčová slova: schizofrenie, stigma, rodina, rodičovství.

ABSTRACT

This diploma thesis is aimed at investigating the experience of parenthood in people with schizophrenia. The theoretic part maps the disease, focuses on the family and family interactions as well as on specific characteristics of families, whose members suffer from schizophrenia.

The practical part carries out qualitative research that investigates the personal experience of parenthood in people with schizophrenia and focuses on the positive and negative aspects of their situation. The practical use of the thesis lies in the possibility of elaborating options how people with schizophrenia could be supported and helped when coping with their role of being parents.

Keywords: schizophrenia, stigma, family, parenthood

Děkuji vedoucí mé diplomové práce Mgr. Karle Hrbáčkové, Ph.D. za ochotu a pomoc, kterou mi poskytovala během zpracovávání mé diplomové práce. Chci poděkovat i všem respondentkám, které souhlasily s účastí v mém výzkumu a poskytly mi rozhovory.

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 SCHIZOFRENIE	12
1.1 VÝSKYT ONEMOCNĚNÍ.....	12
1.2 PROJEVY SCHIZOFRENIE	13
1.3 FORMY A PRŮBĚH ONEMOCNĚNÍ.....	16
1.3.1 Typy schizofrenie	16
1.3.2 Průběh onemocnění	17
1.4 SOCIÁLNÍ FAKTORY RIZIKA ONEMOCNĚNÍ SCHIZOFRENIÍ.....	19
1.5 GENETICKÝ PŘENOS SCHIZOFRENIE	22
2 ČLOVĚK SE SCHIZOFRENIÍ A SPOLEČNOST	24
2.1 LAICKÉ DĚLENÍ DUŠEVNÍCH PORUCH	25
2.2 NÁLEPKOVÁNÍ.....	25
2.3 STEREOTYP A STIGMATIZACE.....	26
2.4 PRÁVNÍ A ETICKÉ OTÁZKY	28
3 RODINA A SCHIZOFRENIE	30
3.1 NORMALITA RODINY	30
3.2 RODIČOVSTVÍ.....	31
3.3 RODINA SE SCHIZOFRENNÍM ČLEMEM.....	33
3.4 PODPORA RODIN SE SCHIZOFRENNÍM ČLEMEM	37
II PRAKTICKÁ ČÁST	39
4 ÚVOD K VÝZKUMU	40
4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍLE	40
4.2 DRUH VÝZKUMU	40
4.3 METODY ZÍSKÁVÁNÍ DAT.....	41
4.4 METODY ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZY DAT	42
4.5 VÝZKUMNÝ VZOREK	43
5 REALIZACE VÝZKUMU	44
5.1 VÝSLEDKY VÝZKUMU	44
5.1.1 Vytvoření kódů a kategorií.....	44
5.1.2 Analýza kategorií	45
5.1.3 Axiální kódování.....	54
5.1.4 Selektivní kódování.....	57
5.2 ZÁVĚR VÝZKUMU	59
ZÁVĚR	63

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	65
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	68
SEZNAM OBRÁZKŮ	69
SEZNAM PŘÍLOH.....	70

ÚVOD

Tato práce se věnuje problematice rodičovství, zúžené na její vnímání a prožívání u lidí se schizofrenií. Schizofrenie je velmi závažným duševním onemocněním, které determinuje nemocného v mnoha oblastech. Kromě vysoké úmrtnosti, kterou vykazuje, výrazně komplikuje pacientům zapojení do téměř všech oblastí běžného života. Pro lidi s touto nemocí je obtížné obstarávat si své záležitosti, samostatně bydlet, mít přátele, práci a v neposlední řadě i partnerské vztahy a rodinu.

Překážkou přitom často není jen nemoc samotná a její klinické projevy, ale i vnímání a přístup rodiny, okolí, odborníků. Přesto řada lidí se schizofrenií má zájem partnerský vztah navázat, případně založit vlastní rodinu. Mnohým z nich se to i daří, s větším či menším úspěchem. A právě překážky, se kterými se přitom musejí potýkat, a podmínky, které je ovlivňují, jsou hlavním tématem této práce.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SCHIZOFRENIE

Schizofrenie je závažné onemocnění. Narušuje schopnost člověka srozumitelně jednat a chovat se přiměřeně okolnostem, způsobuje odcizení vůči ostatním lidem. Nemoc může natolik změnit osobnost člověka, že už nedokáže pokračovat v životě v souladu se svými plány a očekáváními z předchozího života.

Snižuje kvalitu lidského života, zvyšuje mortalitu. Nemocní umírají brzy z různých příčin, přímo nebo nepřímo spojených s onemocněním. Riziko sebevraždy se udává v prvních deseti letech onemocnění mezi 20 a 40 %, celoživotně pak asi 2 až 4 %. Mortalita se zvyšuje i z jiných příčin, například z důvodu kardiovaskulárních nemocí, nezdravého životního stylu, nedostatečného zájmu o zdravotní péči.

Schizofrenní onemocnění má vleklý průběh a výrazně zhoršuje kvalitu života. Omezuje společenské uplatnění a postihuje pracovní schopnost. Ve společnostech založených na individuální zodpovědnosti a výkonu jsou tato omezení zvláště citelná (Höschl et al., 2002, s. 342).

Baudiš a Libiger (2002, s. 117) uvádějí výsledky ekonomického výzkumu, který vyčíslil ztráty způsobené nemocí či poškozením v průběhu života. Měřena byla zdravotní újma během života v letech, procentuálně vyjádřená. V tomto výzkumu se duševní poruchy umístily na třetím místě za infekčními a parazitárními nemocemi a neúmyslnými poraněními.

1.1 Výskyt onemocnění

Schizofrenií onemocní přibližně 1% populace, bez ohledu na pohlaví či sociokulturní vlivy, rasovou příslušnost či geografickou lokalitu. U žen se projeví o něco později než u mužů, nejčastěji však v mladém věku v rozmezí 15 – 35 let (Vágnerová, 2008, s. 334).

Dörner s Plogovou (1999, s. 99) uvádějí roční nárůst onemocnění asi 0,25% ročně, průměrně 0,3 % dospělé populace se léčí s touto diagnózou. Přibližně u 1 až 2% lidí se jednou v životě psychické problémy a duševní rozpad vyostří natolik, že potřebují psychiatrickou léčbu.

Popisují též možné příčiny pozorovaného nepravidelného výskytu schizofrenního onemocnění. Např. častější výskyt schizofrenie v nejnižších sociálních vrstvách může být zapříči-

něň neochotou lékařů, kteří sami pocházejí z vyšších sociálních vrstev, diagnostikovat tímto stigmatizujícím onemocněním příslušníky vlastní vrstvy.

Dalším důvodem může být u lidí z nižších vrstev ztráta perspektivy, velké materiální zatížení a malá možnost účastnit se sociálního života.

Jiná hypotéza naopak předpokládá, že duševně nemocní se v důsledku choroby postupně propadají na sociální dno společnosti.

1.2 Projevy schizofrenie

Podle Nývltové (2008, s. 146) se schizofrenie může projevovat celou řadou příznaků, ty však nebývají vždy u konkrétního jedince všechny přítomny. Podle dominantních projevů se pak diagnostikují konkrétní druhy schizofrenie (např. paranoidní, hebefrenní, katatonní).

U schizofreniků dochází k narušení integrity psychiky, která není schopná pracovat jako celek, termín schizofrenie znamená „rozštěpení mysli, psychiky, osobnosti“. Některé psychické funkce, jako například vůle nebo emoční procesy, jsou oslabeny, jiné jsou roztržité (logické myšlení), naopak třeba paměť nebo intuice mohou být zesíleny.

Vágnerová (2008, s. 336) uvádí dělení projevů na pozitivní příznaky a negativní příznaky.

Pozitivní příznaky jsou projevem zvýšené aktivity různých oblastí mozku (patří sem bludy, halucinace, dezorganizace řeči, katatonní příznaky). Naopak **negativní příznaky** jsou projevem jejich útlumu (apatie, emoční oploštělost, sociální stažení, ochuzení řeči).

Kučerová (2010, s. 11) se podrobněji věnuje jednotlivým příznakům, které je možné u schizofrenních pacientů zaznamenat, bez ohledu na zařazení do subtypu onemocnění. Jsou to:

Halucinace (iluze). Halucinací rozumíme fakt, že nemocný smyslově vnímá podněty, které ve skutečnosti neexistují, iluze pak je vnímání něčeho, co sice skutečně existuje, ale ve zkreslené podobě. Nejznámější jsou halucinace sluchové (auditivní), které může nemocný vnímat buď ušima, nebo přímo mozkiem (pak se jedná o halucinace intrapsychické). Vyskytují se i halucinace zrakové (vizuální), čichové, chuťové, ale i tělové, spojené s vnímáním bolesti, pálení, štípání, někdy jde o nezvyklé a těžko popsatelné pocity. Sluchové halucinace bývají často spojeny s pocitem, že myšlenky nejsou vlastní, že je někdo cizí nemocnému do hlavy vkládá či posílá.

Paranoidita. Pacient má pocit, že se s ním, s okolím a lidmi kolem něj něco děje, že se věci mění a lidé se jinak chovají. Situaci začne vztahovat ke své osobě, začíná být paranoidní.

Bludy. V případě bludu je nemocný přesvědčen o nějaké skutečnosti, která není pravdivá a často ani možná. Jeho přesvědčení je nevývratné a pacient může pod jeho vlivem jednat. Bludy můžeme rozlišit na paranoidní (vztahovačné), které jsou velmi časté a mohou být perzekuční (bludy pronásledování), emulační (žárlivecké) bludy otravovanosti a jiné. Vyskytují se také bludy hypochondrické (obavy z vážného onemocnění – AIDS, rakovina). Časté jsou i bludy religiózní či technické (kamery, mikrofony, paprsky). Diagnostika může být velmi obtížná v případech, kdy jde o bludy s obsahem reálně možným (např. nemoc, nevěra partnera).

Inkoherentní řeč. Pacient říká slova, která jsou srozumitelná, ale jejich spojení nedává žádný smysl. Někdy se používá výrazu slovní salát. Může být také narušena gramatika.

Pseudofilozofování, jinak také plané mudrování. Patří sem přemítání nemocného nad smyslem toho či onoho, často nad filozofickými či náboženskými tématy, smyslem života vůbec. Vše je však bez výsledku i logiky, plané.

Vychudlé myšlení. Nemocný ztrácí schopnost využívat řeč rozmanitě, vyjádřit adekvátně své pocity, přání, popsat situaci. Vyjadřuje se holými větami, případně pouze jednoslovně odpovídá, používá stejná slova či slovní spojení.

Úzkosti a depresivní prožívání. Obojí se vyskytuje velmi často, ale nemusí být navenek pozorovatelné. Přesto tyto pocity mohou vést k sebevražednému jednání.

Emoční oploštělost. Nemocný cítí zmenšení intenzity prožitků, neschopnost něco cítit a prožívat, mít k někomu nebo k něčemu silný vztah. Takovýto pacient pak navenek působí jako laxní, chladný, bezcitný či lhostejný.

Apatie. Pacientovi je všechno jedno, nic ho nezajímá, neví, co by měl dělat.

Abulie. Vůle nemocného bývá oslabena, někdy je narušena tak, že není schopen dodržovat základní hygienu či vstát z postele. Lehčí forma (hypobulie) se projevuje neschopností rozhodnout se, plnit své sliby, pustit se do nějaké činnosti.

Poruchy spánku (insomnie, hyposomnie, nedostatečný spánek). Tato porucha je častá, ale s netypickým průběhem. Může jít o poruchy usínání, časté probouzení, několikadenní nespavost.

Automutilační a suicidální aktivity. Bývají časté, liší se jejich motivace, mohou se vyskytovat i pod vlivem halucinací a bludů.

Agresivita. Pozorujeme ji u pacientů v psychotickém stavu, kdy mohou pod vlivem bludů či halucinací někoho napadnout nebo mu i promyšleně ublížit.

Porucha identity osobnosti. Pacienti se cítí být někým jiným, může jít o historické či literární postavy, reálně žijící osoby, někdy pozorujeme přesvědčení, že jsou zároveň sami sebou a někým jiným.

Psychomotorický neklid. Vyskytuje se většinou současně s psychickým rozrušením, jde o nadměrnou tělesnou aktivitu, bez racionálního podkladu. Nemocný pobíhá, nevydrží sedět, bezúčelně přemísťuje předměty.

Tyto příznaky je pak možné řadit do skupin, jak to uvádí například Nývltová (2008, s. 146):

Narušené emoční prožívání – z hlediska pozorovatele je emoční prožívání chudé, méně intenzivní, působí apaticky. Někdy naopak může být emoční reakce zcela nepřiměřená situaci. Tzv. emoční chlad lze pozorovat již v premorbidním stadiu. Projevem může být také chudá neverbální komunikace. Obecně bývají nemocní spíše izolovaní, udržují si od lidí odstup, větší zájem projevují o neživé předměty než o svět lidí. V citech druhých lidí se obtížně orientují, neprojevují empatii.

Nápadnosti v chování – v začátku nemoci jedinec často přestává dbát na hygienu a vzhled. Přestává plnit své povinnosti (školní či pracovní), bývá „duchem nepřítomný“, izoluje se od ostatních lidí. Podobně ztrácí zájem o své dřívější koníčky, někdy se upíná k různým sektám či extremistickým hnutím. Pokud nemoc nastupuje pomalu, mohou být tyto příznaky často považovány za lenost, ztrátu motivace k učení, vliv špatné party nebo užívání drog.

Narušené vnímání – někdy se objevuje přecitlivělost smyslového vnímání (např. zvuky a barvy mohou být vnímány intenzivněji, než skutečně jsou). Později se začínají objevovat halucinace (smyslové vjemy bez jakékoli vnější stimulace).

Narušené logické myšlení – nemusí k němu vždy docházet v počátečních stádiích, u některých jedinců zůstávají kognitivní schopnosti zachovány po celou dobu. Někteří pacienti však přestávají být schopni logického myšlení, jejich stav připomíná demenci (odtud dřívější název onemocnění – předčasná demence). Nejde však o nevratný proces jako u demence, ale o dočasnou roztržitost psychiky a kognitivních procesů. Toto myšlení může být pro zdravého člověka nepochopitelné.

Nejčastějšími nápadnostmi v tomto ohledu bývá přesvědčení schizofreniků, že někdo zná jejich myšlenky, že je ovládá, případně že oni sami svými myšlenkami ovládají vzdálené děje. Vyskytují se také tzv. zárazy myšlení - zapomenutí myšlenky, ztráta logické návaznosti. Závažnou poruchou jsou bludy, kdy je nemocný nezvratně přesvědčen o něčem, co je nepravdivé, někdy nereálné. Tyto bludy jsou logickými argumenty či objektivními důkazy nevyvratitelné.

Narušená řeč – v řeči schizofrenika se zřetelně projevuje narušené myšlení a ztráta schopnosti logického myšlení.

Přesto, že se uvádí výskyt onemocnění schizofrenií jako konstantní napříč kulturami i historií, uvádí Vacek (1996, s. 192) viditelný vývoj a změny v projevech schizofrenie analogicky k historickému a kulturnímu kontextu. Dle jeho slov ubývá u schizofrenie „absurdit a bizarností“. Mezi pacienty už nepotkáme Napoleona nebo vynálezce perpetua mobile. Obzvláště v naší společnosti mezi nimi ubývá náboženských blouznivců, stejně jako reformátorů či erotomanů. Schizofrenní příznaky jsou střídmejší a banálnější. Zřejmě to lze přisuzovat všeobecnému zkulturnění života, odbourání patosu, přemrštěnosti a okázalosti v lidských vztazích. Spíše přibývá depresivních a hypochondrických pacientů se schizofrenií.

1.3 Formy a průběh onemocnění

1.3.1 Typy schizofrenie

Členění schizofrenie do různých typů podle aktuálně převažujících příznaků má význam pro komunikaci s nemocnými a pro možnost diferenciaci péče o ně. Tradiční dělení vychází z Kraepelinovy učebnice, kde rozlišoval formu paranoidní, hebefrenní a katatonní. Eugen Bleuler stál u zrodu pojmu simplexní schizofrenie, v diagnostice se setkáváme ještě

s nediferencovanou formou schizofrenie a s takzvanou reziduální schizofrenií (Höschl et al., 2002, s. 355).

Nývtová (2008, s. 150) uvádí **paranoidní schizofrenii** jako nejčastější typ, pro nějž jsou typické bludy a halucinace. Nejvíce se setkáváme s paranoidními bludy (chorobná vztahovavčnost), perzekučními bludy (pocit pronásledování) a megalomanickými (mesiášskými) bludy.

Hebefrenní schizofrenie je typická pro mladistvé, objevuje se ve věku 15 – 25 let. Dominantní je změna emočního prožívání a vůle. Člověk se přestává věnovat dřívějším aktivitám a zájmům, je zaujatý sám sebou, chová se bezcílně a bezúčelně, často nepředvídatelně. Nemusí být přítomny bludy ani halucinace.

Mnohem vzácnější je **katatonní schizofrenie**, u které dochází k výraznému utlumení reakcí na vnější podněty a setrvávání v neobvyklých tělesných polohách. Tento stav je označován jako katatonní stupor. Může být vystřídán nadměrnou neúčelnou tělesnou aktivitou, která není ovlivněna vnějšími podněty.

Simplexní forma schizofrenie se projevuje postupným stažením ze vztahů k vnějšímu světu. Zplošťuje se emotivita, ztrácí se schopnost vypořádat se s nároky běžného života. Příznaky bývají také popisovány jako ztráta sil, autismus a sociální stažení.

V případě, že se u jedince vyskytnou symptomy více forem schizofrenie než jedné a nelze rozhodnout, která převažuje, bývá onemocnění diagnostikováno jako **nediferencovaná forma schizofrenie**.

Chronický stav přetrvávající po odeznění akutních symptomů schizofrenní ataky se nazývá **reziduální schizofrenie**. Hlavními projevy bývá podivínství, lenošnost, toulavost, zanedbávání sebe i svého okolí. Emotivita bývá oploštělá, v řeči a v myšlení lze vysledovat podivnosti (Höschl et al., 2002, s. 357).

1.3.2 Průběh onemocnění

Průběh onemocnění může být různý, podle počtu akutních atak a vzniku přetrvávajícího psychického postižení rozlišuje Vágnerová (2008, s. 351) několik možností:

Epizodický průběh – dojde pouze k jediné chorobné atace s postupnou úpravou zdravotního stavu.

Opakovaný průběh – pravidelně či nepravidelně se střídají období chorobných atak a remisí.

Maligní průběh – onemocnění s náhlým začátkem a rychlým vznikem osobnostního defektu.

Chronický průběh – opakování chorobných atak spolu s nepříznivými změnami, výrazným úbytkem adaptačních schopností.

Vznik **postprocesuální změny osobnosti** – spojený s negativní proměnou osobnostních vlastností a projevů, v krajním případě již nejsou nemocní schopní samostatného života a potřebují trvalou péči.

Podle Smolíka (2002, s. 172) dochází do dvou let od vypuknutí onemocnění k relapsu u asi 40 % pacientů s farmakologickou léčbou a u 80 % pacientů bez léčby. 50 % schizofrenních pacientů se pokouší o sebevraždu, přibližně 10 % ji úspěšně dokoná. Oproti mínění laické veřejnosti není množství násilných činů vyšší než u běžné populace.

Na konkrétní průběh onemocnění u daného jedince má vliv celé množství různých faktorů. Některé skutečnosti mohou působit na průběh pozitivně a u již nemocných zvyšovat pravděpodobnost údravy a snižovat riziko relapsu. V průměru je výsledek onemocnění příznivější u lidí žijících v manželství, jedinců s dobrou sociální přizpůsobivostí před vypuknutím onemocnění a kratším trváním psychózy s průběhem v atakách (Höschl et al., 2002, s. 219).

Podstatný vliv může mít i pohlaví. Podle studie A. N. Andía et al. (cit. podle Hooley, 2010) mají ženy s diagnózou schizofrenie oproti mužům větší šanci vstoupit do manželství, lépe zvládají samostatný život a zaměstnání. Jejich sociální fungování je na vyšší úrovni i při nižších dávkách léků.

Smolík (2002, s. 172) navíc řadí mezi pozitivní faktory ještě pozdější věk začátku, poruchy nálady – zejména deprese, paranoidní či katatonní příznaky a celkovou převahu pozitivních příznaků před negativními, zmatenost, úzkost a hostilitu.

Příznaky předznamenávající horší průběh jsou časný věk začátku onemocnění, plíživý začátek, stažení do sebe a autismus, onemocnění hebefrenního a nediferencovaného typu, výskyt onemocnění v rodině, převaha negativních příznaků a absence poruch nálad a hostility.

Zajímavé je zjištění lepší prognózy u lidí žijících v neindustriálních rozvojových zemích oproti západním industriálním společnostem.

Pro pravděpodobnost průběhu onemocnění se stále používá tzv. pravidlo třetin. Jedna třetina pacientů se po první atace zcela zotaví a je schopna žít běžným způsobem života, druhá třetina je sice schopna žít v normální společnosti, ale celoživotně se potýká s určitými příznaky onemocnění, poslední třetina pacientů je postižena trvale, u těchto pacientů je nutná častá hospitalizace a asi 10 % vyžaduje trvalou institucionální péči.

Pravidlo třetin je ověřeno nejen pozorovaným průběhem onemocnění za podmínek dnešní lékařské péče, ale ke stejným výsledkům došli i odborníci, kteří sledovali spontánní průběh duševní choroby v psychiatrické historii (přibližně do 30. let našeho století), kdy ještě neexistovaly dnešní způsoby léčby a péče se soustředila pouze na ochranu, omezování a zklidňování nemocných. I za těchto podmínek se jedna třetina vyléčila, jedna třetina se zlepšila, případně recidivovala a poslední třetina zůstávala chronická (Baudiš, Libiger, 2002, s. 71).

1.4 Sociální faktory rizika onemocnění schizofrenií

Příčiny vzniku schizofrenního onemocnění jsou stále předmětem vědeckého zkoumání a názory na ně se liší. Předpokládá se, že jde o soubor dědičných dispozic, vývojově podmíněných změn a různých životních situací, které mohou individuálně fungovat jako spouštěč onemocnění.

Höschl et al.(2002, s. 382) zpracovali přehled nálezů v oblasti sociální a psychologické, které mohou ovlivňovat vznik onemocnění u konkrétního jedince:

Sociální skluz. Sociologické výzkumy v Americe i v Evropě již koncem třicátých let dvacátého století poukázaly na zvýšený výskyt schizofrenie v chudinských čtvrtích a mezi přistěhovalci. Tyto nálezy původně posloužily jako důkaz pro teorii rozvoje schizofrenie v důsledku špatných sociálních podmínek (sociální izolace, špatná strava, bída).

Později však byly vysvětleny teorií sociálního skluzu, která vysvětluje nižší sociální postavení schizofreniků nikoli jako příčinu, ale jako důsledek onemocnění. U mužů se schizofrenií bylo v průměru zjištěno nižší sociální postavení, než měli jejich otcové, a to již v období, které předchází první hospitalizaci.

Životní události. Na výzkum vlivu životních událostí na rozvoj schizofrenie bylo uskutečněno mnoho studií. Ve výsledku neprokázaly větší výskyt závažných životních událostí před relapsem nebo začátkem onemocnění. Jako spouštěč prvních epizod onemocnění je tedy tento vliv popisován jako nepravděpodobný.

Mohou však významně přispět k riziku schizofrenního relapsu u pacientů, kteří neberou pravidelně léky.

Emoční expresivita (EE, v anglické literatuře „expressed emotions“) se týká emocí vyjádřených v každodenním životě lidmi, kteří s pacientem žijí a pečují o něj. Pokud se objevuje u těchto lidí velké množství kritických komentářů, nepřátelství a nadměrného emočního zaujetí, zvyšuje se tím významně riziko relapsu schizofrenní psychózy. Pacienti, kteří nejsou vystaveni vysoce emočnímu prostředí, mají podstatně menší riziko relapsu a vykazují vyšší účinnost medikace.

Vysoce emoční prostředí se vyznačuje úzkostí a strachem pečovatелů, kteří připisují nedostatky nemocného jiným důvodům, než nemoci, obviňují ho, nenaslouchají tomu, co říká, a obtížně se vyrovnávají s jeho nemocí. Jsou také zvýšeně kritičtí a neumožňují nemocnému dostatečnou autonomii.

Pěč s Probstovou (2009, s. 204) upozorňují, že EE může být přirozenou reakcí na stresovou situaci. Nemusí se tedy jednat o charakteristiku jednotlivých členů rodiny, naopak může jít jen o znak toho, že se ostatní členové rodiny přizpůsobili emocionální zátěži a stresu, který jim soužití s duševně nemocným členem rodiny přináší.

Tyto skutečnosti zdůrazňují potřebnost psychoedukace a rodinné terapie v léčbě schizofrenie. Nemoc vyvolává poruchu vztahů k blízkým lidem a ta pak zpětně působí jako velká psychologická zátěž, která snižuje vyhlídky na uzdravení nemocného. Onemocnění pak dostává charakter bludného kruhu.

Poruchy komunikace v rodině. Poruchou komunikace v rodině jako příčinou rozvoje schizofrenního onemocnění se zabývaly spíše starší teorie. Nejsilněji byly zastoupeny v 50. a 60. letech 20. století v americké neopsychoanalýze.

Známý je koncept „schizofrenogenní matky“, který popsala ve 40. letech Frieda Fromm-Reichmannová. Hyperprotektivní matka v něm svou nepřiměřenou péčí omezuje normální vývoj dítěte a hluboko do dospělosti tak udržuje symbiotický vztah mezi sebou a dítětem.

Jako typické pro jedince se schizofrenií jsou dále popisovány i matky odmítavé, dominantní a necitlivé.

T. Lidz ve své teorii zase považuje za rizikové rodiny s narušenou celkovou rovnováhou. Absenci skutečných vztahů a povrchní fungování popisuje jako „manželský rozštěp“ a „zdánlivé manželství“. Rodiče v těchto případech manipulují dětmi ve snaze získat pro sebe výhody a udržet svou pozici.

Gregory Bateson popsal v roce 1956 teorii „dvojně vazby“ jako typický projev komunikace v rodinách schizofrenních pacientů. V tomto případě rodič sděluje protichůdné informace verbálními a paraverbálními způsoby. Taková komunikace vede ke ztrátě jistoty a k neschopnosti předvídat společenský dopad vlastního chování.

Všechny tyto znaky – patologní rodiče i rodinné vztahy, komunikace s dvojnou vazbou – byly v rodinách schizofrenních pacientů pozorovány. Nepodařilo se však prokázat jejich souvislost se schizofrenním procesem. Mohou sice zpomalit nebo pozastavit vývoj jedince, snížit jeho adaptabilitu, ale k rozvoji onemocnění samy o sobě nestačí.

Jedna ze studií závislosti mezi genetickou vlohou a psychosociálními faktory, kterou uskutečnil Tienari a spol. v 90. letech, ukazuje, že rodiny s patologickými komunikačními styly mohou zvýšit riziko rozvoje onemocnění u dětí s genetickou zátěží, u dětí bez této zátěže však vznik nemoci nezpůsobí.

Další sociální faktory. Sociální vlivy mohou být zprostředkované, nemusí mít nutně psychologickou povahu. Z některých studií vyplývá, že riziko onemocnění stoupá s hustotou populace v místě narození. Vysvětlením by mohlo být nerovnoměrné rozvrstvení rizikové populace ve městech a na venkově, kde žije méně různorodá a od města odlišná populace. Jiným možným vysvětlením je větší výskyt virové, obzvláště chřipkové infekce ve větších městech. Jedním z rizikových faktorů rozvoje schizofrenie je totiž chřipkové onemocnění matky ve druhém trimestru těhotenství. Mezi další sociální rizikové faktory se řadí i původ dítěte z nechtěného těhotenství a podvýživa matky v prvním trimestru gravidity (Höschl et al., 2002, s. 382).

Smolík (2002, s. 165) uvádí výzkumy, podle kterých se onemocnění častěji vyskytuje u katolíků a protestantů, než u příslušníků židovské víry. Vyšší incidenci lze pozorovat v zimě a časném jaře oproti ostatním obdobím roku.

Sociální faktory nemusí vždy působit jen negativně, některé lze využít i v léčbě a prevenci. Metoda, která využívá pozitivní sociální faktory pro léčbu a prevenci schizofrenie, se nazývá socioterapie. Hlavním cílem je zlepšení sociálních dovedností a sociálních vztahů nemocného. Socioterapie se také snaží zabránit hospitalismu – druhotné sociální újmě, která vzniká u pacientů dlouhodobě hospitalizovaných na psychiatrických odděleních, a projevuje se výrazným zhoršením sociální adaptace. Příčinou hospitalismu je nedostatek stimulujících podnětů a struktura vztahů mezi nemocnými a zdravotníky, ve které dochází k omezené komunikaci a velké direktivitě personálu (Praško, 2003, s. 16).

Höschl et al., (2002, s. 382) zmiňují také antipsychiatrické hnutí, které pohlíží na schizofrenii a její sociální podmíněnost zcela jinak. Tzv. „antipsychiatrické teorie“ patří ke spekulativním psychosociálním modelům onemocnění. Schizofrenie je chápána jako psychologické zhroucení, reakce jedince na nesnesitelnou situaci. Tyto teorie považují podávání léků za škodlivé. Nemoc chápou jako určitý typ vývojové krize, ve které je potřeba poskytnout nemocným psychologickou asistenci. Pokud jedinec krizi překoná, mohou zkušenosti získané v jejím průběhu prostřednictvím změněného prožívání vést k osobnímu růstu.

1.5 Genetický přenos schizofrenie

Vzhledem k tématu této práce jsou podstatné také názory na možnost a pravděpodobnost genetického přenosu onemocnění.

Zvolský (1996, s. 82) uvádí, že v současné době jsou genetické faktory považovány za součást celkových dispozic pro vznik schizofrenie u konkrétního jedince. V minulosti byly vytvořeny na toto téma extrémní teorie, na jedné straně přisuzující vznik schizofrenie jen čistě genetickým vlivům, na straně druhé považovaly za příčinu pouze negativní vlivy okolí, případně psychologické vlivy či konflikty.

Většina výzkumů, ze kterých současná věda vychází, se prováděla na jednovaječných i dvojvaječných dvojčatech a adoptivních dětech, převzatých v raném věku z rodiny se schizofrenní zátěží i bez ní.

Výsledky těchto výzkumů neodpovídají jednoduchému modelu mendelovského přenosu s dominantními a recesivními znaky. Empirická rizika onemocnění schizofrenií pro pří-

buzné prvního stupně jsou stanovena přibližně takto: riziko pro děti s jedním rodičem nemocným schizofrenií činí 12 %, riziko pro sourozence nemocného je asi 8 – 9 % a asi 4 % pro rodiče zpětně. U vzdálenějších příbuzných se toto riziko pohybuje kolem 2 %.

Smolík (2002, s. 166) udává podrobnější procentuální rizika, pro dítě dvou schizofrenních rodičů se zvyšuje pravděpodobnost na 40 %, u dvojvaječného dvojčete se udává 12 – 15 % a u jednovaječného pak 45 – 50 % (některé novější výzkumy hovoří až o 85 %).

Naproti tomu se ukazuje, že u devíti z deseti pacientů (někdy se udává 81 %) se nevyskytuje vůbec onemocnění u nejbližších příbuzných, a asi u 60 % nemocných není výskyt schizofrenie zaznamenán ani v širší rodině.

Lékaři by proto v dnešní době měli v oblasti genetického poradenství postupovat nedirektivně, doporučit zájemci pečlivé genealogické vyšetření a na jeho základě ho upozornit na pozitivní i negativní možnosti, týkající se tazatele nebo dalších členů jeho rodiny (Zvolský, 1996, s. 83).

2 ČLOVĚK SE SCHIZOFRENIÍ A SPOLEČNOST

„Duševně nemocní a postižení patřili v historii lidstva vždy k rizikovým skupinám, které nebyly ochraňovány, natož privilegovány. Dějiny nám zaznamenaly mnoho krutostí, které na nich byly páchány, jako upalování, obvinění z čarodějnictví, vystavování k pobavení ostatních, účinkování v cirkuse a na poutích“ (Baudiš, Libiger, 2002, s. 74).

I když nám 20. století přineslo stanovení a uplatňování humanistických principů v péči o duševně nemocné, není jejich postavení ve společnosti jednoduché.

U psychicky nemocných lidí bývají narušeny základní sociální potřeby. Především potřeba bezpečí, přijetí a potvrzení druhými jako plnohodnotná bytost. Onemocnění způsobuje, že se jedinec necítí bezpečně mezi lidmi, může naopak cítit v běžných sociálních situacích značné ohrožení. Díky stigmatizaci onemocnění se necítí být přijatý ostatními.

Problémem bývá snížení pracovní schopnosti, na které okolí často reaguje kritikou a sám nemocný sebeobviňováním. Společnost dává najevo těmto lidem podceňování až opovrhování, ocitají se ve větší či menší izolaci. Všechno to, čeho se nemocnému od společnosti dostává, je přesným opakem toho, co skutečně potřebuje – bezpečí, přijetí, povzbuzení a pochvalu (Praško, 2011, s. 360).

Duševní onemocnění patří mezi poruchy stigmatizované. Lidé se stigmatizovanou nemocí veřejně známou se setkávají s různým stupněm odmítání, což je v přímém rozporu s obvyklou povinností soucítit s nemocnými a trpícími a pomáhat jim.

U psychických onemocnění přestává být jasná hranice mezi nemocí a deviací jiného druhu. Obecně lidé předpokládají, že nemocný člověk nenes zodpovědnost za svůj stav a je přirozené poskytnout mu léčbu, pomoc a soucit. Naopak u deviantů, kteří se proviní např. krádeží nebo nemravností je zodpovědnost nepochybná a logicky tedy následuje odsouzení a trest. U některých duševních onemocnění není jasné vnímání tohoto rozdílu. Duševně nemocní jsou často neprávem řazeni do skupiny lidí, kteří si svou nemoc nějak zapříčinili – podobně jako třeba u nemocí pohlavních. Odezva společnosti na takovéto onemocnění je potom na pomezí podpory a sankcí (Höschl et al., 2002, s. 219).

2.1 Laické dělení duševních poruch

Diagnostika duševních nemocí a bližší popis jednotlivých onemocnění většinou nejsou laické veřejnosti příliš známé ani srozumitelné, proto kromě lékařského rozdělení a diagnostiky duševních poruch existuje i takzvaná laická taxonomie. Lidé si tak zjednodušují psychické problémy ostatních ve snaze je pochopit, zařadit a reagovat na ně. To má bezprostřední praktický dopad na osudy pacienta, určuje, jak ho lidé vnímají a jak k němu přistupují. V našich podmínkách byla popsána dichotomická taxonomie.

Do první skupiny patří poruchy, které jsou vnímány jako psychologická reakce na závažný stres. Používají se výrazy jako „zhroutil se“, „bylo toho na něj moc“, „moc mu ublížili“. Pro tuto skupinu existuje ve společnosti velké pochopení, předpokládá se také, že postižený se vyléčí. Pomoci mohou léky „na uklidnění“, psychoterapie, někdy také oddych, relaxace, klid. Pokud se takto postižený po určité době nevzchopí, je většinou okolím považován za slabocha, ale není odmítán.

Druhá kategorie zahrnuje nemoci, které jsou laicky vnímány jako dědičné, biologicky podmíněné a tudíž nevléčitelné. Jsou často spojovány s očekáváním nepředvídatelnosti, nepochopitelnosti a nebezpečí. Těmto pacientům se okolí většinou vyhýbá. Setkávají se s podceňováním, opovrhováním, nedůvěrou, ocitají se v menší či větší izolaci. Týká se to především situací, kdy se jedná o úzký osobní kontakt – v rodině, v partnerských vztazích, v zaměstnání. Důvodem takového jednání může být patologické chování nemocného, ale někdy stačí pouze diagnóza schizofrenie nebo fakt, že se léčil či byl hospitalizován na psychiatrii. V takovém případě se může setkat s negativními reakcemi, i když se chová úplně normálně (Praško, 2011, s. 353).

Výzkumy prováděné v oblasti laické taxonomie duševních poruch prokázaly, že jejich existence je spjata s konkrétní kulturou. Výrazné odchylky lze například najít mezi kulturou středoevropskou a severoamerickou (Höschl et al., 2002, s. 219).

2.2 Nálepkování

Tzv. značkovací teorie má svůj původ v 60. letech 20. století. Používá se také pojem labeling, který Baudiš a Libiger (2002, s. 35) uvádějí do souvislosti s uzavřeným kruhem nemoci a odlišného chování. Odchylka v chování, kterou společnost zaznamená, vede k reakcím, které vrcholí nálepkováním. Nálepkování je spojeno s diskriminací, která u nemocné-

ho posiluje odlišné chování a prožívání, ne již v důsledku onemocnění, ale pod vlivem utrpené sociální újmy.

Nemocný člověk se tak dostává do nové role, v níž je veškeré jeho chování a jednání, včetně dřívějšího, nově posuzováno a hodnoceno z pohledu nemoci. Je mu takto vnucena stigmatizovaná role, kterou nemůže opustit, i když už nepokračuje v problematickém chování. Toto nálepkování může probíhat nejen na laické úrovni doma či na pracovišti, ale také na úrovni odborné, v osobě lékaře, psychologa či zdravotnického personálu (Höschl et al., 2002, s. 221).

Praško (2011, s. 367) uvádí výsledky z výzkumů v USA a Kanadě, podle kterých somatičtí lékaři značují duševně nemocné mnohem více než laici, a v jejich chování k nim převažuje přezíravost, pohrdání a znevažování.

Obava z tohoto nálepkování může vést rodinu k odmítání návštěvy psychiatra a psychiatrické péče. Mnoho lidí má i v dnešní době strach ze stigmatizace celé rodiny v důsledku duševního onemocnění jejího člena. Rodina pak odrazuje nemocného člena od návštěvy psychiatra, protože „by to byla hanba“. Pro jeho odchýlné chování pak hledá přijatelnější zdůvodnění, považuje je za fobické, neurotické, depresivní, někdy i jako charakterovou vadu. Potíže se snaží řešit tím, že naléhají aby se vzchopil, převezmou za něj část jeho povinností a zodpovědnosti, vyřizují za něj jeho záležitosti a podobně. Příbuzní nemocného často ani nevěří, že by psychiatr mohl nějak pomoci situaci vyřešit, bojí se také obvinění, že problémy nějak sami zapříčinili. Riziko, že psychiatr stanoví diagnózu psychické poruchy, je pro ně zdrojem obrovské úzkosti.

2.3 Stereotyp a stigmatizace

„Stereotypy v sociální psychologii jsou rigidní pasivně přijímané způsoby posuzování určitých skupin lidí na základě tradic a předsudků“ (Hyhlík a Nakonečný, cit. podle Praško, 2011, s. 364).

Stereotyp duševně nemocného má kořeny v kultuře, je upevňován poznámkami v běžné mluvě, ustálenými obraty řeči. Podobá se etnickým a národnostním stereotypům. Nemocný jedinec pak nese takovýto předsudek bez vlastního přičinění, je součástí jeho života a nemůže se ho zbavit (Baudiš, Libiger, 2002, s. 34).

Stereotyp „blázna“ je známý z dětských her, z vtipů o bláznech, je udržován sdělovacími prostředky v příbězích o duševně nemocných v rolích vrahů, ve filmech či literatuře. Stavba tohoto stereotypu přetrvává generace a je málo ovlivněna osvětovými kampaněmi. Je veskrze negativní a vystihuje jen velmi malou část lidí s duševní poruchou (Höschl et al., 2002, s. 219).

Vytváření předsudků nejlépe brání osobní znalost. Jak uvádí Praško (2011, s. 353) není pravdou, že by byli psychiatričtí pacienti vždy neoblíbení jako členové rodin, spolupracovníci či sousedé. Skutečný kontakt nevyvolává jednoznačně odmítavé reakce. K předsudkům nejvíce vede izolace a právě izolace po léta byla a stále je jedním z hlavních přístupů v léčbě duševního onemocnění.

Slovo stigma pochází z řečtiny, kde bylo výrazem pro vypálený cejch, kterým byli označováni horníci v antických tesálských dolech. V kontextu nemoci je stigma označením předsudku vůči nějaké skupině lidí. Stigmatizováni bývají pacienti s pohlavními nemocemi, rakovinou, tuberkulózou a duševním onemocněním. Baudiš a Libiger (2002, s. 35) uvádějí, že stigma se zdá menší v případě, že nemocný nebyl zahrnut pod obecné označení „schizofrenik“, z toho důvodu je nutné do mluvy zavádět delší pojmenování, například „nemocný schizofrenií“.

Stigmatizace se podle Praška (2011, s. 354) projevuje sociální distancí – společenským odstupem od postiženého jedince, který se objevuje jak v rodině a nejbližším okolí, tak v celé společnosti. Nejde tedy pouze o diskriminaci psychicky nemocného v osobním kontaktu, ale také o diskriminaci v zabezpečení léčby a péče o duševně nemocné v celé společnosti.

Postoj k legitimitě péče společností o duševní zdraví formulovala Organizace spojených národů v rezoluci č. 119 z roku 1992. Tato rezoluce prohlašuje léčbu a péči o duševní nemoci za lidské právo. Tato rezoluce pak vytvořila podklad pro formulaci Principů k ochraně osob s duševními nemocemi a ke zlepšení péče o duševně nemocné, které jsou její přílohou. Také Světová psychiatrická asociace od roku 1996 rozvíjí globální program zaměřený proti stigmatu a diskriminaci spojenými s onemocněním schizofrenií (Baudiš, Libiger, 2002, s. 36).

2.4 Právní a etické otázky

Život člověka se schizofrenií ve společnosti neovlivňují jen postoje druhých lidí k němu a onemocnění samotnému, pro některé situace spojené s duševní nemocí a jejími projevy si společnost vytvořila legislativní opatření a postupy, jejichž uplatňování je pro řadu nemocných velmi citlivou otázkou, zásadně ovlivňující jejich autonomii a kvalitu života.

Nejčastěji diskutovanými legislativními oblastmi v souvislosti s duševním onemocněním je institut zbavení způsobilosti, trestní odpovědnost a nedobrovolná hospitalizace nemocných.

Malá s Pavlovským (2002, s. 120) uvádějí, že k většině hospitalizací u nás dochází se souhlasem nemocného. V případě, že pacient léčbu odmítá, ale je nebezpečný sobě nebo okolí, je možné ho hospitalizovat bez jeho souhlasu. Je však nutné informovat o této skutečnosti do 24 hodin soud, který má za povinnost ověřit oprávněnost zadržení a vydat o tom rozhodnutí.

Podobně o zbavení či omezení způsobilosti k právním úkonům rozhoduje soud. Jedná tak zpravidla na podnět rodiny. Na základě znaleckého posudku z oboru psychiatrie pak soud rozhodne, zda bude dotyčný ve způsobilosti pouze omezen (například v nakládání s penězi a majetkem) nebo bude způsobilosti k právním úkonům úplně zbaven. V obou případech je soudem přidělen opatrovník, který má za úkol spravovat věci nemocného, a o této činnosti pravidelně informovat soud. I v případě zbavení způsobilosti má každý občan právo podávat stížnosti.

Jak uvádějí Baudiš a Libiger (2002, s. 62) není v případě procesu zbavení způsobilosti vždy postupováno zcela eticky. Popisují případy, kdy rozhodnutí o zbavení způsobilosti nebylo dotyčné osobě sděleno, a ta se o své situaci dozvěděla až náhodně, například při jednání s úřady nebo od známých.

Někdy se mohou nemocní pod vlivem duševní choroby dopustit trestného činu. V tomto případě hodnotí psychiatři odborníci, zda v okamžiku spáchání trestného činu mohl pachatel rozpoznat společenskou nebezpečnost svého jednání a zda mohl své jednání ovládat. Na základě odborných posudků soud rozhoduje, zda pachatel jednal ve stavu přičetnosti, zmenšené přičetnosti nebo nepřičetnosti.

Zvláštní předpisy existují v případě duševního onemocnění také pro posouzení způsobilosti k řízení motorového vozidla, držení střelné zbraně, umělého přerušování těhotenství v souvis-

losti s duševní poruchou nebo pro posouzení výkonu rodičovských práv (Malá, Pavlovský, 2002, s. 120).

Kromě čistě právních otázek se dostávají lékaři do situací, kdy musí řešit etická dilemata. Baudiš s Libigerem (2002, s. 42) definují alespoň některé z nich:

- Právo nemocného se neléčit x povinnost lékaře léčit
- Omezení osobní svobody x povinnost zabránit škodám na zdraví či majetku
- Důvěrnost informací x ohlašovací povinnost
- Rajonizace a sektorizace zdravotnických služeb x právo svobodné volby lékaře
- Svoboda rozhodování o sobě x dispenzarizace osob se závažným psychickým onemocněním

Pravdou je, že u asi 98 % nemocných k podobným konfliktům nedochází, a po poskytnutí dostatku informací je možné postupovat v souladu s jejich rozhodnutím a přáním. Tam, kde to z důvodu momentálního stavu není možné, se však nabízí možnost příliš autoritativního až represivního postoje, či dokonce zneužití postavení psychiatra.

3 RODINA A SCHIZOFRENIE

„Rodina a společnost jsou malá a velká verze stejné podstaty. Obě se skládají z lidí, kteří spolu musí pracovat, a spojuje je stejný osud“ (Satirová, 1994, s. 323).

Murphy (1998, s. 86) uvádí základní pojmosloví rodiny. Ve většině kultur tvoří jádro rodiny muž a žena, kteří společně se svými budoucími dětmi utvoří rodinnou jednotku. Tato seskupení se nazývají nukleární (někdy manželské) rodiny. Ať už tato rodina žije v jakýchkoli podmínkách, samostatně nebo s dalšími členy širší rodiny, bývá považována za základní jednotku soudržnosti a vzájemné zodpovědnosti. Rodiny, ze kterých manžel a manželka vzešli, se nazývají orientační, rodina, kterou společně vytvořili, je nazývána jako prokreační. Tato rodina bude dále zase orientační rodinou jejich dětí.

Podle Pěče a Probstové (2009, s. 201) patří do rodiny všichni členové, kteří žijí v daný moment společně v jedné domácnosti, včetně prarodičů nebo jiných členů. Stejně tak jsou členy rodiny děti, které již ve společné domácnosti nežijí, ale svou vlastní rodinu dosud nezaložily. V případě rozvedených manželství to platí i pro rodiče, který žije jinde. Pokud existují silné vazby, jsou součástí rodiny i prarodiče, kteří žijí mimo domácnost, nebo přátelé, kteří jsou s rodinou silně spjati.

V rodinách můžeme sledovat hledisko míry soudržnosti, flexibility a existenci hranic. Flexibilita rodiny může oscilovat mezi stabilitou a chaosem, extrémní míry soudržnosti jsou provázanost a na druhé straně volnost. Hranice můžeme pozorovat například mezi rodiči a dětmi, ale také mezilidské mezi kterýmikoli ze členů rodiny.

V případě psychiatrického onemocnění se stávají členy rodiny i profesionálové – lékaři, sociální pracovníci a další.

3.1 Normalita rodiny

Z hlediska hodnocení zdravého fungování rodiny můžeme hovořit o tzv. normalitě rodiny. Walshová (cit. podle Sobotková, 2001, s. 39) popisuje čtyři různé přístupy k normalitě rodiny:

Normalita jako **zdraví a absence patologie** – tento přístup je tradičně medicínsko-psychiatrický. Rodina je považována za normální, pokud se neobjevují u žádného člena symptomy poruchy či psychopatologie. Avšak předpoklad, že psychická porucha jednoho

ze členů znamená rodinnou dysfunkci, je mylný. Stejně tak neplatí, že psychicky zdravý jedinec musí pocházet ze zdravé rodiny.

Normalita jako **ideál** – vychází z humanistických teorií, které normalitu rodiny ztotožňují s ideálním či optimálním fungováním. Úspěšnost rodin je měřena konkrétními hodnotami, jako je věrnost, vzájemné porozumění, tolerance, naplňování potřeb jiných a především zdárný vývoj dětí. Velký vliv mají v tomto pojetí sociální, kulturní a etické normy. Tomuto pojetí se vymykají některé nekonvenční rodiny, které obecnému ideálu neodpovídají, a přesto fungují velmi dobře.

Normalita jako **průměr** – rodina se považuje za normální, pokud je její fungování obvyklé, průměrné, typické. Tato teorie vychází ze statistického průměru a křivky normálního rozložení, kde se předpokládá, že střed je norma a oba okraje jsou odchylky. Pak by ovšem ideálně fungující rodina byla hodnocena stejně patologicky jako rodina dysfunkční. Také některé běžně se vyskytující jevy nemusí být nutně správné, příkladem je násilí, alkoholismus či rozvodovost v rodinách.

Normalita jako **transakční proces** – tento přístup vychází ze systémové teorie. Nehledá tak jako v jiných případech rysy „normálních rodin“, ale je brán v úvahu časový i sociální kontext rodiny, pozornost je věnována integraci, udržování a vývoji rodinného systému.

Výrost a Slaměník (1998, s. 310) vyzdvihují význam adaptability pro dobré fungování rodiny. Takováto rodina je pak schopna kreativně řešit nečekané situace, přiměřeně na ně reagovat, a pokud je to nutné, měnit svou strukturu, vztahy i pravidla. Stejně důležité je vyjadřování podpory a zájmu všem členům rodiny. Takováto rodina pak může být zároveň adaptabilní i stabilní a je schopna pomoci svým členům v obtížných životních situacích.

3.2 Rodičovství

Období aktivního rodičovství sice zabírá pouze asi tři z obvykle rozlišovaných vývojových fází rodiny, přesto od narození prvního dítěte zůstává rodičovství organizačním principem životního cyklu (Možný, 2002, s. 125).

Sobotková (2001, s. 120) hovoří o „imperativu pokračování rodu“, který je u většiny lidí velmi silný. I když rodinné vztahy vnímá každý jinak, je vědomí vývoje rodu a biologický původ zdrojem pocitu zakořeněnosti. Běžným společenským očekáváním je, že manžel-

skému páru se mají narodit děti. Mnoho lidí vnímá rodičovství jako jakousi morální povinnost.

Přechod k rodičovství je nejvýznamnějším přechodem v běhu našeho života, jehož jedinečnost shrnuje Rossiová (cit. podle Možný, 2002, s. 126) do čtyř aspektů:

1. K rodičovství dochází pod silným kulturním tlakem. Historicky je status ženy těsně svázan se statutem mateřství. Celoživotně bezdětná žena se potýká s vyslovenou či nevyslovenou otázkou okolí po důvodu její bezdětnosti. Legitimizace bezdětnosti jako životního rozhodnutí probíhá až v posledních dvou desetiletích.

2. K rodičovství dochází i mimovolně. Dítě může být počato i neplánovaně, často to tak bývá u prvního dítěte.

3. Přechod k mateřství je nerevokovatelný. Téměř všechno v životě člověka se dá smazat a zkusit znovu, šance na nový pokus vnímáme jako samozřejmost. V případě rodičovství tomu tak není. Dítě se nedá vyměnit ani vrátit.

4. Je to přechod zlomový. Narození dítěte nepředchází žádná přípravná fáze (jako například sňatku). Lze se během těhotenství připravovat na fyziologické změny, nikoli však na sociální. Někdy proto matky po narození prvního dítěte prožívají šok, který není způsoben jen hormonálně, ale také sociálně. Zejména v dnešní době čelí matky tlaku okolí a médií, aby byly matkami perfektními, na druhé straně pocházejí samy z rodiny s jedním či dvěma dětmi, nemohly být proto v dětství konfrontovány s péčí a soužitím s mladšími sourozenci a nemají v této oblasti dostatek zkušeností.

Sobotková (2001, s. 121) spojuje s rodičovstvím v představách lidí konkrétní hodnoty, jako například radost a potěšení z dětí, intenzivní dávání a přijímání citu, sebepřesahování, dosažení dospělé identity. Lidé, kterým není umožněno rodičovství prožít, si většinou tyto hodnoty uvědomují a intenzivně po nich touží.

Mateřství zahrnuje tyto základní aspekty:

- Biologické (početí, těhotenství, porod)
- Psychologické (změna sebepojetí, identita matky)
- Interpersonální (vztahy mezi úzkou i širší rodinou, s okolím)
- Sociokulturní (status matky ve společnosti, sociální a ekonomický kontext)

(Phoenix, Woollett, Lloyd, cit. podle Sobotková, 2001, s. 121).

Šulová (2004, s. 7) hovoří o změnách ve vnímání mateřství v dnešní společnosti, kdy se podařilo téměř vyloučit novorozeneckou úmrtnost, zmírnit porodní bolesti, přenechat starost o průběh těhotenství a porodu v rukou odborníků. Právě v této době se budoucí rodiče učí v kurzech, jak manipulovat s vlastními dětmi, jak je hladit, uchopovat. Veškerá civilizace jakoby vedla ke ztrátě přirozeného chování dospělých jedinců k mláděti, které bezproblémově zvládají všichni „nižší“ živočichové. Stejně tak přibývá případů patologického strachu budoucích matek z porodu, které vyžadují psychoterapeutickou intervenci. Podobnou přehnanou nedůvěru ve vlastní schopnosti a utíkání se pod ochranu odborníků pak můžeme vidět u rodičů během celé výchovy. U jiných však tyto tendence vyvolávají touhu po návratu k přírodě a úniku od civilizačních vymožeností. Jak uvádí Prekopová (2001, s. 67), současní rodiče se nejvíce sužují strachem, že udělají chybu.

Matějček (1996, s. 10) se věnuje rodičovským postojům a jejich vývoji. Jejich začátek vidí ve vlastní rodině a zkušenosti dítěte s vlastními rodiči. Proto u lidí, kteří si vztah s vlastními rodiči (nebo někým, kdo je plnohodnotně nahradil) neměli možnost prožít, vzniká riziko, že se jejich vlastní rodičovské postoje budou vyvíjet chudě a nedokonale.

Velmi málo autorů se v literatuře věnuje problematice rodičovství u lidí se schizofrenií. Jako etický problém zmiňují tuto situaci Baudiš a Libiger (2002, s. 114). Pokud otěhotní pacientka s chronickou psychózou, vyvíjí na ni často psychiatr nátlak, aby podstoupila interrupci. Jeho motivací je zájem společnosti i nemocné, nicméně takovéto jednání hraničí s neoprávněným psychickým tlakem na pacienta.

3.3 Rodina se schizofrenním členem

Počátek psychického onemocnění může být obtížně rozeznatelný i pro odborníka, tím spíše pro laiky, kteří se s ním setkávají u svých nejbližších. První příznaky bývají zcela nespecifické – úzkost, nespavost, únava, podrážděnost. Sám nemocný neví, co se s ním děje, proto se začíná uzavírat. V rodině tím vzniká napjatá a nepříjemná atmosféra, kdy příbuzní sice registrují změny v chování nemocného, ale nechápu jejich příčinu. Chování nemocného bývá podivné, nepředvídatelné, komunikace s ním obtížná, někdy dokonce nemožná. Členové rodiny pocítují bezradnost, obavy, ohrožení, jejich reakcí bývá snaha o izolování nemocného člena. Nepochopení situace a neznalost pak ztěžují vyhledání účinné pomoci, lidé

si často ani neumějí představit, co se s touto nemocí dá dělat, kde hledat pomoc a jak situaci řešit (Vágnerová 2008, s. 355).

Jak uvádí Kučerová (2010, s. 30), schizofrenie je nemoc podmíněná dědičně, takže touto nemocí mohou trpět také rodiče či jiní blízcí příbuzní. Atmosféra v takovéto rodině je pak značně specifická. Pokud se naopak zcela zdravým a geneticky nezatíženým rodičům narodí potomek postižený schizofrenií, jedná se většinou o velké trauma, které výrazně ovlivňuje všechny členy, jejich vztahy a celkové fungování rodiny.

Příbuzní nemocných jsou často pod stejným psychologickým stresem jako pacient sám. Nemoc přináší do života rodiny pocit neustálé nejistoty, změnu dosavadní rodinné struktury. Její členové jsou nuceni převzít povinnosti, na které už nemocný nestačí, dochází také ke změně hierarchického uspořádání, chronicky nemocný se často dostává do pozice závislého dítěte (Kurzová et al. 2003, s. 123).

Podle Pěče a Probstové (2009, s. 200) duševní onemocnění narušuje rovnováhu mezi zátěží a vnitřními silami jednotlivých členů rodiny, zátěž se stává větší, zatímco síly klesají. Péče o duševně nemocného člena rodiny má i zcela praktické důsledky. Kvůli intenzivní péči a neschopnosti výdělečné činnosti se snižují příjmy rodiny, náklady se však často zvyšují. Pro ostatní členy může být náročné skloubit zaměstnání či studium s péčí o nemocného.

Zjištění diagnózy schizofrenie je pro rodinu traumatem, se kterým je třeba se vyrovnat. Jednotlivé fáze tohoto procesu uvádí Vágnerová (2008, s. 356):

Popření skutečnosti je první reakcí na nepříjemnou zátěž. Rodina odmítá přijmout diagnózu, chová se, jako by se nic nedělo, o nemoci se nemluví. Příbuzní se pokoušejí před okolím i širší rodinou nemoc zatajit, nejsou většinou v této fázi schopni situaci řešit. Obávají se stigmatizace, snížení sociální prestiže. Tato fáze se projevuje izolací, omezením kontaktů, přecitlivělostí na reakce a chování lidí v okolí.

V další fázi dochází k **hledání příčiny nebo viny**. Postupně rodina přijímá skutečnost a snaží se o její zpracování. Rodiče schizofrenního pacienta se mohou trápit, že nemoc nějak zavinili, zrovna tak ale mohou obviňovat kamarády či spolupracovníky nemocného. Někdy je obviňován i sám pacient, nejen za nemoc samotnou, ale hlavně za potíže, které nemocí své rodině způsobuje. Příbuzní mívají nereálné požadavky na efektivitu léčby, mohou si proto stěžovat na zavinění ze strany zdravotníků. Nejběžnějšími projevy této fáze jsou zklamání, hněv a zlost.

Když se rodině podaří problém částečně zpracovat, může přistoupit k **hledání pomoci a léčbě**. Postoj příbuzných může být ovlivněn předsudky a nedostatkem kvalitních informací. Mohou odmítat hospitalizaci, kterou považují za vysoce stigmatizující, nemají dostatečnou trpělivost, pokud léčba nezabírá tak rychle, jak si představovali, a nepodporují proto svého člena v jejím dodržování. Místo toho hledají stále nová a nová řešení. Tento přístup časem přináší obrovskou beznaděj a únavu.

Ideálním vyústěním je **přijetí situace** a vytvoření realistického postoje, který je předpokladem spolupráce a podpory duševně nemocného. Dochází k novému uspořádání vztahů v rodině a nalezení přijatelného způsobu života. Zdaleka ne všechny rodiny do této poslední fáze dospějí. Pokud zátěž neunesou, mohou se rozpadnout, nebo izolovat nemocného v ústavní péči.

Různými postoji rodinných příslušníků k nemocnému členu se zabývá Kučerová (2010, s. 30). Někteří příbuzní se o nemocného zajímají, chápou jej a přijímají bez předsudků. Jiní jej naopak odmítají a nepřejí si jeho přítomnost v rodině. Někdy nechápou, že není schopen pracovat, protože to není na první pohled vidět, považují ho za líného a často mu to vyčítají. Jsou však i rodiny, kde si pacienta ani jeho projevy nevšímají. Jsou pak nepříjemně překvapeni, když se nemocný pokusí o sebevraždu nebo spáchá nějaký nepředložený čin. Častým důvodem konfliktů je pak požadavek na hospitalizaci nemocného. Někdy si hospitalizaci přejí příbuzní, ale sám pacient ji odmítá, jindy rodina ostře protestuje proti hospitalizaci, kterou si nemocný domluvil a přeje si ji. V těchto případech je nelehké rozhodování většinou v rukou ošetřujícího psychiatra.

Jako dva extrémy v přístupu k duševně nemocnému v rodině uvádí Vágnerová (2008, s. 358) na jedné straně izolaci, na straně druhé hyperprotektivitu.

K izolaci a vytváření odstupů od nemocného dochází v případě, že příbuzní nejsou schopni nemocného a jeho projevy akceptovat a on se nedokáže změnit. Kontakt s takovýmto člověkem je pak reálně omezován, zdraví členové rodiny popírají nepříjemnou realitu, z problému se stává tabu, o kterém se nemluví, případně jen v nepřítomnosti nemocného.

Při hyperprotektivním postoji je veškerá péče a pozornost soustředěna na nemocného, ostatní jsou se svými problémy upozaděni. Tento přístup výrazně zvyšuje riziko rozpadu rodiny. Někdy může dokonce dojít k indukci bludného uvažování, kdy se blízký nemocného nechá přesvědčit o částečné pravdivosti bludu, a podle toho pak jedná. Nejčastěji se

jedná o osoby silně citově vázané na nemocného, které si takto mohou uchovat iluzi zachování emoční vazby.

Postoj rodiny k nemoci a nemocnému výrazně ovlivňuje „sdílené smýšlení“ o fungování světa. Podle Pěče a Probtové (2009, s. 202) je součástí tohoto přesvědčení i víra o zdraví a nemocech. Toto smýšlení rodiny je zjevné z jejich názoru na způsob léčby. Pokud si například rodina myslí, že pozitivním výsledkem léčby je snížení a odstranění medikace, může to komplikovat léčbu psychóz, u které je trvalé užívání léků jedním ze základních předpokladů zvládnutí nemoci. Do souboru těchto rodinných přesvědčení patří i sklon k optimismu nebo pesimismu z průběhu onemocnění, potřeba komunikace o nemoci, míra, kterou každý sám ovlivňuje své zdraví či nemoc a mnoho dalších. Dalším výrazným činitelem je historie konkrétní rodiny. Může se zde projevit dřívější zkušenost některého člena s duševním onemocněním v rodině, zkušenosti s chronickým onemocněním vůbec. Některé rodiny mají specifické způsoby, jak zvládat krizi z onemocnění, a jak přitom regulovat svoji strukturu. Nezanedbatelná je historie konkrétní rodiny ve zkušenostech se systémem zdravotní péče. V některých rodinách se zkušenosti týkající se nemoci projevují pocitem způsobilosti, v jiných zase pocitem selhání a úzkosti.

Diagnostikovaná schizofrenie u jednoho ze členů rodiny vede ke změně jeho role a novému uspořádání. Jak upozorňuje Vágnerová (2008, s. 360), závisí reakce rodiny mimo jiné na roli, jakou nemocný zastával před začátkem onemocnění. Role adolescenta, který žije v původní rodině, se onemocněním příliš nemění. Jeho rodiče nadále setrvávají v pozici ochraňujících a pečujících, která časem už nemusí být zcela standardní.

Jiná je situace u nemocného, který byl manželským partnerem či rodičem. Tyto role jsou spojeny s mnoha povinnostmi, zodpovědností a značnými nároky. Nemocný často není schopen nést větší zodpovědnost a plnit všechny povinnosti, tím se zásadně narušují rodinné vztahy. Pokud je nemocný rodičem, mohou děti reagovat velice nepříznivě, protože jejich emoční a rozumová nezralost jim neumožňuje zaujmout k nemocnému potřebný odstup (kterého často nejsou schopni ani dospělí příbuzní). Přítomnost psychicky nemocného člověka může někdy na děti působit jako zdroj strachu, stresový faktor a výrazně změnit jejich život.

Podle Pěče a Probstové (2009, s. 200) si některé děti představují, že za podivné chování svých rodičů nesou vinu. Pro děti je velmi podstatné, aby se nestaly zodpovědnými za potí-

že, které jejich matka nebo otec prožívají, totéž platí i pro sourozence nemocného. V této situaci může dětem pomoci důvěrný známý rodiny nebo přítomnost prarodičů. I proto je velmi důležité, aby se prolomilo případné mlčení a utajování informací o chorobě, a aby rodina znovu obnovila kontakty v rámci rodiny i s přáteli a známými.

Nezastupitelný význam rodiny v léčbě duševního onemocnění potvrzuje i rozsáhlá studie Světové psychiatrické asociace, která ukázala, že nemocní v rozvojových zemích mají lepší průběh onemocnění než pacienti ve vyspělých zemích. Měli méně relapsů a lépe se adaptovali, přestože v těchto zemích jsou léčebné možnosti minimální. Jedním z vysvětlení je, že zatímco ve vyspělých zemích probíhala léčba odložením do institucí, v rozvojových zemích se příbuzní o své nemocné starají a začleňují je do života (Praško, 2011, s. 380).

3.4 Podpora rodin se schizofrenním členem

Význam rodiny v léčbě duševně nemocných vzrůstá od 60. let minulého století. Do té doby probíhala léčba téměř výlučně v ústavech, zlepšením farmakoterapie však začal převládat život pacientů v rodině. Rodina se v tomto směru stala předmětem mnoha vědeckých výzkumů, které často nacházely právě v rodině mnoho negativních faktorů pro vývoj onemocnění. Rodině byly přisuzovány chyby ve výchově, které zapříčiňují rozvoj onemocnění (například koncept schizofrenogenní matky), příbuzní byli vnímáni jako faktor brzdící účinnou léčbu, rodina schizofrenního pacienta byla popisována jako vadně komunikující a podobně. Všechny tyto aspekty se mohou v rodinách vyskytnout, většině rodin ale křivdí. Jako daleko účinnější se v poslední době ukazuje cesta podpory rodinných příslušníků v tom, aby byli schopni zajistit nemocnému co největší stabilitu zdraví (Praško, 2011, s. 379).

V dnešní době probíhá podpora rodin se schizofrenním členem v mnoha různých formách, které však sledují podobné cíle. Pěč s Probstovou (2009, s 206) je definují takto:

- Spolupráce odborníků, rodiny a pacienta s cílem dosáhnout pro nemocného co nejlepšího výsledku
- Redukce zármutku jednotlivých členů rodiny.

Vágnerová (2008, s. 360) tyto cíle ještě více specifikuje, zaměřuje je především na rodinné příslušníky:

- Poskytnout podporu a porozumění rodině
- Motivovat rodinu k pomoci nemocnému, naučit ji, jak podporovat prevenci recidivy
- Identifikovat nevhodné způsoby chování, zlepšit vzájemné interakce
- Ujistit rodinu, že i nemocný může dále nést určitou odpovědnost a dodržovat pravidla.

U nás se iniciativy příbuzných začínají objevovat asi od 80. let. Mnoho dlouhodobě hospitalizovaných nemocných bylo propouštěno do ambulantní péče, rodiny nesly stále větší zátěž péče. Přitom velká část psychiatrů pod vlivem různých teorií vnímala vliv rodiny značně negativně, velkým trendem byl tlak na osamostatnění pacienta od rodiny. Přitom však velká část nemocných zůstávala na rodině závislá a bez ní prakticky nebyla schopná fungovat. To si nejlépe uvědomili samotní rodinní příslušníci, kteří začali vytvářet svépomocné skupiny a organizace rodin pacientů (Praško, 2011, s. 379).

Jednou z nejvýraznějších rodičovských organizací u nás je Občanské sdružení pomoci duševně nemocným ČR, které se významně angažuje v tvorbě a připomínkování legislativy související s problematikou duševně nemocných, usiluje o zmenšení diskriminace a zlepšení podmínek podpory lidí s duševním onemocněním a především iniciuje vznik regionálních sdružení se stejným zaměřením po celé republice (Občanské sdružení pomoci duševně nemocným ČR, 2014).

Vzhledem k tomu, že většina nemocných schizofrenií žije ve své původní rodině s rodiči a v menším procentu si vytváří partnerské vztahy a zakládá rodinu vlastní, je většina těchto aktivit směřována k rodičům, případně sourozencům lidí s duševním onemocněním. Jak uvádí Pěč a Probstová (2009, s. 207), existují již i speciální krátkodobé preventivní skupinové programy pro děti psychiatrických rodičů i rodičovské kurzy pro rodiče, z nichž jeden trpí psychiatrickým onemocněním.

Například Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov nabízí program pro rodiče, z nichž alespoň jeden trpí psychickým onemocněním, a jejich děti. V rámci programu probíhají setkání ve skupině rodičů a také ve skupině dětí ve věku 3 – 14 let, součástí jsou také společné pobyty v přírodě. Cílem této aktivity je edukace o psychickém onemocnění, identifikace a náprava nevhodných forem komunikace, které mohou v rodině vznikat, a řešení případných výchovných potíží (Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov, 2014).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 ÚVOD K VÝZKUMU

4.1 Výzkumný problém a cíle

Praktická část mé diplomové práce je věnována zmapování specifík výkonu rodičovské role u lidí se schizofrenií. Ve svém zaměstnání se setkávám s problematikou duševního onemocnění již dvanáct let. Přístup k problematice rodičovství u lidí se schizofrenií se v posledních letech mění, přesto je u nich možnost mít vlastní děti vnímána velmi okrajově. Proto je mým záměrem prozkoumat dopad onemocnění na rodičovství u lidí s diagnózou schizofrenie, popsat jejich prožívání a zvládání této role, včetně negativ a pozitiv, která jim přináší.

Cílem tohoto výzkumu je zjistit **Jak lidé se schizofrenií zvládají a prožívají rodičovství.**

Dále nás bude zajímat

Jak se lidé se schizofrenií pro rodičovství rozhodují

Co lidem se schizofrenií rodičovství přináší

S jakými problémy se v souvislosti s rodičovstvím potýkají

Jakou formu podpory v tomto období potřebují.

Především odpověď na poslední výzkumnou otázku by měla být podkladem pro aplikační část této práce. Na jejím základě bude možné navrhnout systém podpory pro lidi se schizofrenií při zvládání rodičovské role.

4.2 Druh výzkumu

Pro toto téma jsem zvolila kvalitativní výzkum, protože nejlépe odpovídá potřebě hlouběji pochopit problematiku, získat autentické osobní výpovědi účastníků výzkumu. Právě kvalitativní výzkum umožňuje sblížením se zkoumanými osobami proniknout do jejich situace, porozumět jí a popsat ji (Gavora, 2000, s. 31).

Pro zkoumaný problém je výhodou, že kvalitativní výzkum nepracuje s předem stanovenými hypotézami a není závislý na dříve vytvořené teorii. Cílem tohoto výzkumu je do hloubky a v souvislostech prozkoumat konkrétní jev a získat tak o něm maximální množství informací. Zároveň je třeba mít na paměti, že výsledky takového výzkumu jsou plat-

né právě jen pro konkrétní vzorek a nelze je v žádném případě zobecňovat (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 24).

Ve svém výzkumu si navíc uvědomuji i riziko ovlivnitelnosti výzkumníka, umocněné faktem, že se této oblasti profesně věnuji, a respondentky osobně znám. S tímto rizikem počítám i při následné interpretaci výsledků.

4.3 Metody získávání dat

Pro svůj výzkum jsem zvolila metodu hloubkového rozhovoru, konkrétně rozhovor polostrukturovaný. Jde o nestandardizované dotazování jednoho účastníka badatelem pomocí otevřených otázek. Pro tento rozhovor jsem si připravila sadu otázek, které však nejsou pevně dány a je možné je doplňovat a rozšiřovat v závislosti na výpovědích respondentů. Na základě průběžného vyhodnocování odpovědí mohu některé otázky měnit nebo lépe formulovat (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 160).

Při formulaci otázek pro polostrukturovaný rozhovor jsem vycházela z dílčích výzkumných otázek. Ke každé z nich jsem připravila konkrétní sadu otázek. Otázky týkající se problémů a podpory v rodičovství jsem příliš nekonkretizovala, v tomto případě jsem chtěla ponechat co největší prostor respondentům a problematiku formulovat až na základě jejich výpovědí. Některé otázky bylo nutné v rozhovoru upravit v závislosti na tom, zda se respondent stal rodičem po nebo před vypuknutím onemocnění.

Rozhovory se odehrávaly po předchozí domluvě v bezpečném a klidném prostředí, jejich průběh jsem zaznamenávala na diktafon. Před začátkem jsem respondentky seznámila s účelem rozhovoru, ujistila je o jeho anonymitě a požádala o souhlas s pořízením záznamu. Po započetí nahrávání jsem je znovu požádala o souhlas do záznamu.

Pro vedení rozhovoru jsem používala připravenou sadu 19 otázek. Jedna z respondentek mne požádala o možnost v úvodu sama něco říci k tématu, až poté jsem jí kladla otázky. Ne vždy jsem využila úplnou sadu otázek, některé otázky jsem rozšiřovala či doplňovala, vždy v závislosti na aktuálním průběhu rozhovoru. Na závěr každého rozhovoru jsem dala respondentce možnost vyjádřit se libovolně k tématu.

Délka jednotlivých rozhovorů je s ohledem na cílovou skupinu lidí se schizofrenií kratší, většinou do půl hodiny. Důvodem jsou potíže s koncentrací a udržením pozornosti. Už v průběhu rozhovoru jsem na některých respondentkách pozorovala únavu a zhoršené sou-

středění, všechny však rozhovor dokončily. Vzhledem k těmto obtížím i citlivosti tématu v souvislosti s postoji společnosti k této problematice si velmi vážím důvěry a spolupráce všech respondentek.

V příloze P 1 uvádím kompletní sadu otázek, kterou jsem pro přípravu rozhovorů vytvořila, v příloze P 2 pak přepis jednoho z rozhovorů.

4.4 Metody zpracování a analýzy dat

Všechny rozhovory jsem zaznamenala na záznamové zařízení (diktafon) a následně provedla jejich kompletní přepis. Pro důsledné zachování anonymity respondentek jsem v rozhovorech vlastní jména, která použily, nahradila obecnými názvy (syn, dcera, manžel, kamarádka).

Pro zpracování a rozbor získaných dat jsem zvolila zakotvenou teorii. Pojem zakotvená teorie se vztahuje jak na metodologický postup při sběru dat, tak na výslednou teorii (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 84).

Pro tuto metodu jsem využila tří druhů kódování: otevřené, axiální a selektivní.

Otevřené kódování spočívá v tom, že přepsaný text rozdělíme na jednotky, přičemž jednotkou může být někdy jedno slovo, jindy i celý odstavec, rozhodující je význam sekvence (Lee a Fielding in Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 212).

Každé z takto získaných jednotek jsem pak přidělila kód, což je slovo nebo fráze, která jednotku nějakým způsobem vystihuje, a odlišuje ji od ostatních. Takto vytvořené kódy jsem následně řadila do kategorií podle toho, jak se vztahovaly k určitému jevu. Jednotlivé kategorie jsem doplnila citací částí rozhovorů s respondentkami.

Při **axiálním kódování** jsem údaje získané otevřeným kódováním znovu uspořádala vytvářením spojení či vazeb mezi kategoriemi (Miovský, 2006, s. 229). Určením jevu, příčinné podmínky, kontextu, intervenující podmínky, strategie jednání a následků jsem vytvořila paradigmatický model.

Při **selektivním kódování** jsem podle Miovského (2006, s. 230) vybrala centrální kategorii, kterou jsem uvedla do vztahu s ostatními kategoriemi.

4.5 Výzkumný vzorek

Výběr respondentů byl záměrný. Kritériem pro jejich výběr bylo diagnostikované duševní onemocnění, konkrétně schizofrenie, a biologické rodičovství jednoho a více dětí. Není přitom rozhodující, zda respondenti onemocněli před nebo až po narození dětí. Oslovila jsem celkem šest respondentek, dvě z nich se výzkumu později nemohly zúčastnit z důvodů zhoršeného zdravotního stavu a hospitalizace v psychiatrické nemocnici. Do výzkumu se zapojily čtyři ženy ve věkovém rozmezí 33 – 60 let. Pracuji v zařízení poskytujícím sociální rehabilitaci osobám s duševním onemocněním, tři respondentky využívají nebo v minulosti využily tuto službu, jedna je pracovnící chráněné dílny, která lidi se schizofrenií zaměstnává.

Pro přehlednost uvádím krátké charakteristiky respondentek:

Respondentka č. 1

Žena 60 let, rozvedená. Žije v domácnosti s bývalým manželem, který je zároveň jejím opatrovníkem. Pracuje v chráněné dílně. Má tři děti v dospělém věku, již nežijí ve společné domácnosti, ale jsou v kontaktu. Onemocněla až po narození všech tří dětí.

Respondentka č. 2

Žena 33 let, vdaná. Žije v domácnosti s čtyřletým synem a manželem. Po mateřské dovolené nastoupila do zaměstnání, pracuje na zkrácený úvazek. Onemocněla ještě před vznikem manželství a narozením syna.

Respondentka č. 3

Žena 35 let, vdaná. Žije v domácnosti s šestnáctiměsíčním synem a manželem, je na mateřské dovolené. Manžel trpí bipolární poruchou. Onemocněla před vznikem manželství i narozením syna.

Respondentka č. 4

Žena 42 let, rozvedená. Sama vychovává dvě děti, devítiletého syna a jedenáctiletou dceru s mentálním postižením. Důvodem rozvodu bylo domácí násilí, vyvolaný stres uvádí jako příčinu onemocnění, které vypuklo asi před dvěma lety. Pracuje na chráněném místě.

5 REALIZACE VÝZKUMU

Tento výzkum byl realizován od ledna do března 2013. S jednotlivými respondentkami jsem se předem dohodla na datum a hodinu uskutečnění rozhovoru. Dvě oslovené respondentky se na rozhovor nedostavily z důvodů výrazného zhoršení zdravotního stavu, případně hospitalizace, se čtyřmi se podařilo rozhovor zrealizovat.

V úvodu setkání jsem každou respondentku seznámila s účelem a tématem rozhovoru a požádala o souhlas s pořízením zvukového záznamu. Ujistila jsem je také o naprosté anonymitě získaných údajů a sdělila jim předpokládanou délku rozhovoru.

Po pořízení audiozáznamu všech rozhovorů jsem přistoupila ke zpracování a analýze dat pomocí předem stanovených metod. Prvním krokem byl doslovný přepis všech nahraných rozhovorů, který byl výchozím materiálem pro další zpracování.

5.1 Výsledky výzkumu

5.1.1 Vytvoření kódů a kategorií

Po podrobném prostudování přepisů rozhovorů bylo možné přistoupit k vytváření kódů. Jednotlivé kategorie jsou odvozeny ze seznamu všech získaných kódů. Pokud se kódy v jedné kategorii opakují, jsou uvedeny pouze jednou. Některé kódy jsou uvedeny ve více kategoriích, protože do nich svým významem spadají.

Seznam vytvořených kategorií:

- Faktory při rozhodování pro rodičovství
- Přínos rodičovství
- Dopad na vztahy
- Problémy v rodičovství
- Pomoc okolí
- Potřeby rodičů se schizofrenií

5.1.2 Analýza kategorií

Následující kapitola se věnuje rozboru jednotlivých kategorií, které jsou vzájemně provázány a tematicky na sebe navazují. Rozbor je doplněn doslovnými citacemi jednotlivých respondentek, které pomáhají k objasnění a dokreslení problematiky.

Faktory při rozhodování pro rodičovství (osobní přání, věk, postoj partnera, souhlas psychiatra, zjišťování informací, dědičnost nemoci, podpora rodiny, neznalost problematiky u odborníků, obavy z vměšování do výchovy)

Dvě z respondentek onemocněly až poté, co se jim narodily děti, proto jsou pro tuto kategorii relevantní výpovědi pouze dvou dalších.

Obě shodně uvádějí, že svůj úmysl otěhotnět konzultovaly s ošetřujícím psychiatrem a jeho stanovisko pro ně bylo zásadní. Mít dítě si však obě respondentky přály už před onemocněním a naplnění této potřeby vnímají jako velice důležité, v obou případech si dítě silně přál i manžel. Jedna z nich jako výrazný faktor zmiňuje i svůj věk, kdy se cítí být ve 33 letech „už dost stará“, a také vyšší věk manžela.

Zásadní otázkou pro ně bylo i riziko dědičnosti onemocnění. V případě respondentky se zdravým manželem vnímali oba tento fakt jako pozitivní, protože riziko genetického přenosu se tak výrazně snižuje. Druhá respondentka musela řešit situaci, kdy i manžel trpí duševním onemocněním a riziko onemocnění u dítěte tím stoupá: „Já mám vlastně schizofrenii a manžel je maniodepresivní a doktor to vůbec nechtěl povolit...a pak řekl, že ho teda můžeme mít, ale že na čtyřicet procent je tam ta možnost, že bude taky nemocný. On totiž manžel...se se mnou i několikrát kvůli tomu rozešel, že nemůžu mít děti, že bysme vlastně měli spolu hodně nemocné dítě.“

Obě respondentky přistupovaly k přípravě na těhotenství a rodičovství zodpovědně, zjišťovaly si informace, jedna z nich hledala pomoc i u dalších odborníků. Oslovená psychologka však nebyla schopná jí v této situaci nijak pomoci, pro neznalost problematiky ji odkázala zpět na ošetřujícího psychiatra.

Podobnou neznalost problematiky odborníků uvádí respondentka i během těhotenství a přípravy na porod: „...nějaký lékař mi tam řekl, že určitě při porodu by měl být psychiatr, kdyby se mi udělalo nějak psychicky zle...takže buď ti lékaři mě takhle strašili anebo mi

zas říkali, že to vůbec není pravda...což mě docela mrzelo, no, že jsou to lékaři a fakt jako neví a jakdyby si mě furt přehazovali.“

Rodiny respondentek je v jejich rozhodnutí podporovaly, nikdo z blízkého okolí jim nedal najevo nesouhlas či pochybnosti. Přesto jako jeden z faktorů při rozhodování uvedla respondentka obavu z vměšování nejbližší rodiny do výchovy dítěte: „Já jsem měla velký strach, že se mi do toho, do výchovy, bude plést moje mamka a tchýně, ohledně kvůli toho onemocnění.“

Celkově z rozhovorů vyplývá, že respondentky se rozhodly pro rodičovství po důkladném uvážení, věnovaly čas vyhledávání informací a konzultacím s odborníky. V jejich rozhodnutí je podpořil jak ošetřující psychiatr, tak partner a nejbližší rodina.

Přínos rodičovství (radost a štěstí, zodpovědnost, uspokojení, posílení, seberealizace, zvládnání myšlenky na sebevraždu, něco nového, smysl života, nejsem sama, motivace k uzdravení, budoucnost, přestala jsem se pozorovat, péče dospělých dětí, ustálení psychiky, snížení medikace)

V této kategorii již se odrážejí odpovědi všech respondentek. Na otázku, co jim rodičovství přináší, odpovídaly všechny velmi spontánně a toto téma je ve většině rozhovorů zásadní a nejobsáhlejší. Jejich výpovědi jsou velmi silné a emotivní. Na rozdíl od předběžného očekávání jsem nezaznamenala žádný výrazně negativně vnímaný dopad na jejich život.

Tuto kategorii nejlépe popisují přímé citace respondentek: „Co mi to přináší? To je úplně úžasné s ním. Já bych řekla, že je to teďka úplně můj smysl života.“

„...no, strašně uspokojení. Taková jako, já nevím, jestli to řeknu správně, seberealizace, jo.“ „

„Jako že nejsem sama, že jsem nezůstala sama, a že mám ty děti, že oni cítí tu lásku, a že i když zlobí někdy, tak jsou to děti, a vím, že mám pro koho žít. ...prostě člověk jednou ty děti má, tak je s nima šťastný. Že vlastně mě to zachránilo, že jsem měla aspoň ty děti.“

Jedna z respondentek má již děti dospělé. I když jí v minulosti její onemocnění významně zkomplikovalo možnost o ně plnohodnotně pečovat a odrazilo se i v jejich vzájemných vztazích, oceňuje nyní pomoc a pochopení, které jí dvě z jejích dětí poskytují. Jeden z jejích potomků se však s její nemocí zřejmě nesmířil a nadále si od ní udržuje odstup.

Ve svém výzkumu jsem se také zajímala o dopad rodičovství na průběh a projevy onemocnění. U respondentek, které byly nemocné již před otěhotněním, se ukazuje podobný průběh. Během těhotenství měly po dohodě s ošetřujícím psychiatrem sníženou medikaci, obě pak u těchto nižších dávek zůstávají i po porodu – jedna šestnáct měsíců, druhá již čtyři a půl roku. Uvádějí obě také dlouhodobou stabilizaci psychického stavu. Pozitivně zřejmě působí i nutnost přenést pozornost ze sebe sama na dítě.

Péče o vlastní dítě je u respondentek motivací ke snaze zvládat co nejlépe projevy onemocnění. Jedna z respondentek uvádí: „Kolikrát je mi třeba špatně, a tak jakože pomyslím na nějakou sebevraždu nebo tak, ale pak jako dycky si řeknu, že tady mám toho syna, tak v žádném případě. Já myslím, že mě to posiluje hodně.“

U respondentek, které onemocněly až poté, co měly děti, je rodičovství silnou motivací k uzdravení, i když uznávají, že v akutním stavu schizofrenního onemocnění přání či vůle uzdravit se nemusí mnoho znamenat.

Všechny respondentky v mém výzkumu vnímají mateřství pozitivně, jako něco, co je obohacuje, dává jejich životu smysl a přináší jim radost. Lidé se schizofrenií musí často na mnoho věcí v životě rezignovat. Nemoc jim může zabránit získat vzdělání, udržet si přátele a koníčky, mít zaměstnání. Rodičovství je jednou ze zcela přirozených a respektovaných životních rolí a právě její naplnění může těmto lidem kompenzovat jejich omezení v jiných oblastech. Přináší jim o to větší radost a pocit naplnění a definuje jasnou sociální roli, o které je často v životech schizofrenních lidí nouze. Na takovéto přijetí rodičovství odkazují i výpovědi respondentek.

Dopad na vztahy (dítě na prvním místě, lepší vztah s matkou, sblížení v širší rodině, zvědavost okolí)

Přesto, že se v rozhovorech téma vztahů a jejich proměn objevuje poměrně často, bylo třeba oddělit změny vztahů, které byly způsobeny onemocněním, od změn, které se vztahují k rodičovství, a které jsou předmětem zkoumání v mé práci. Pro samotné respondentky bylo toto odlišení složité, proto často mluvily zároveň o dopadu onemocnění i toho, že se staly rodiči. Do této kategorie jsem se pokusila zařadit pouze ty změny ve vztazích, které přímo souvisejí s rodičovstvím, ostatní ponechávám stranou, protože nejsou pro tento výzkum podstatné.

Tyto změny ve vztazích lze lépe vysledovat u respondentek, které již před mateřstvím byly nemocné, jejich vztahy tedy s tímto faktem počítaly.

Obě respondentky uvádějí, že rodičovství jejich partnerský vztah spíše posílilo, vnímají jej pozitivně. Jako výraznou změnu však vidí přesunutí pozornosti v rodině na dítě, pro ilustraci uvádím výpověď respondentky: „Určitě se ten vztah změnil, protože teďka je na prvním místě dítě a potom je partner...předtím jsme si žili vlastně sami pro sebe, neměli jsme ani moc nějaké velké starosti a teďka to je vlastně strašně velká zodpovědnost, mít to dítě.“

Narození dítěte ovlivňují v tomto případě pozitivně i vztahy v širší rodině, jedna z respondentek uvádí výrazné zlepšení vztahu s matkou, který byl dříve konfliktní. Mateřství jí umožnilo pochopit matčiny postoje a vcítit se do její role. Nyní popisuje jejich vztah jako velmi dobrý. Další respondentka vnímá vřelejší vztahy s rodinou manžela, citují: „No, hlavně třeba s manželovými sestrama, že s tou jednou jsme se furt před sebou tak styděly, a teď si úplně úžasně rozumíme, a je to takové, tak hodně to tam ožilo tím synem, je to takové...jo, že jsme se určitě sblížili i s tchánama. Že jsou super a teď je to ještě lepší.“

Tyto skutečnosti se mohou zdát zcela běžné a nijak zajímavé z hlediska běžné populace, kde má narození a výchova dítěte ve většině případů podobný dopad. U lidí se schizofrenií však většina životních situací neprobíhá standartně a bez potíží, proto se domnívám, že tyto skutečnosti jsou potvrzením dobrého zvládnutí rolí a fungování rodin a partnerských vztahů. To má pro ženy bojující s tímto závažným onemocněním obrovský význam a je také nadějí pro ostatní nemocné.

Zajímala jsem se také o to, zda respondentky zaznamenaly nějaké reakce ve svém okolí, ať už pozitivní či negativní. Udávají, že si nejsou ničeho takového vědomy, pouze v jednom případě respondentka zaznamenala dotazy na svou nemoc v souvislosti s mateřstvím u svých kamarádek a sousedek, vykládá si je ale spíše jako zvědavost či zájem, bez negativních konotací.

Problémy v rodičovství (problémy s otěhotněním, deprese v těhotenství, přenést pozornost ze sebe na dítě, hospitalizace po porodu, příliš velká zodpovědnost, únava, problémy s přípravou do školy, zhoršené kognitivní funkce, problémy s komunikací, strach dětí z nemoci, strach dětí o matku, obava z neschopnosti postarat se o dítě, odmítání rodiče dítětem, malá autorita, vměšování rodiny do výchovy, obava z onemocnění dítěte)

Jednou z dílčích otázek mého výzkumu bylo, s jakými problémy se lidé se schizofrenií v souvislosti s rodičovstvím potýkají. V rozhovorech jsem této oblasti věnovala velkou pozornost. Část respondentek spontánně uvedla, že žádné zvláštní problémy nemají, mají pocit, že vše zvládají celkem dobře. Po opakovaných otázkách jsme však většinou na dílčí problémy narazily.

Jedna z respondentek uvedla problémy s depresemi již v době těhotenství, potíže se pak zhoršily po porodu. Pod vlivem velké zodpovědnosti a potřeby přenesení veškeré pozornosti, kterou dříve věnovala svým vlastním problémům, na dítě, situaci nezvládla a byla nutná její hospitalizace. Především odloučení od novorozeného dítěte v délce jednoho a půl měsíce nesla tato respondentka velmi těžce.

Společným problémem všech oslovených respondentek při péči o děti je únava. Rychlá unavitelnost je obecně častým příznakem schizofrenního onemocnění. Bývá posílena ještě užívanými léky a pro nemocné je pak obtížné nejen vykonávat zaměstnání, ale i obstát v plnění každodenních povinností. Tento fakt respondentky zmiňují, především v souvislosti s nutností v noci často vstávat v prvních měsících života dítěte. Domnívají se, že především tuto noční péči by bez pomoci partnerů a rodiny těžko samy zvládly, jak popisuje jedna z respondentek: „Pomáhá mi manžel hodně. Že to i fakt oceňuju, hlavně to bylo nejtěžší pro mě ze začátku, protože on se vlastně budil každé dvě hodiny...a ze začátku to byla fakt krizovka, protože já jsem na to nebyla zvyklá, navíc беру ty prášky na noc, tak to pro mě bylo strašně těžké...Protože já jsem kolikrát pak už měla takové strašné nervy, že on řval v té postýlce a já jsem nemohla ani vstát. Už jsem úplně rezignovala.“

Únava ale komplikuje péči o děti i ve vyšším věku, jedna z respondentek se třemi dětmi uvádí velkou únavu jako největší problém, se kterým se musela kvůli nemoci v péči o děti potýkat: „No a ta výchova těch dětí byla hrozně složitá, protože pro mě to bylo hrozně únavné. Já jsem přišla z práce a děti prostě byly samy, než jsem přišla z práce, a potom jsem si lehla a šla jsem spát. Takže děti vlastně byly venku. Akorát večer jsem jim dávala ty úkoly, jsem s něma dělala, večeri jsem jim dávala, takže celkem to bylo jako pro mě hrozně únavné. Ani ten vztah se nemohl vyvinout tak, jak by správně měl, že jsem vlastně byla pořád unavená.“

Dalším z projevů onemocnění, které mohou mít vliv na schopnost pečovat o děti je zhoršení kognitivních funkcí. V odpovědích respondentek se objevily problémy se soustředěním,

paměti, pomalostí. Konkrétním příkladem je zkušenost jedné z matek, která ztratila schopnost čtení, což jí velmi komplikovalo možnost připravovat se s dětmi do školy: „A tak jako těžké bylo fakt jako to učení pro mě. Protože sama jsem neuměla ani číst, pletlo se mi a s d a teď jsem prostě, jsem jim předčítala, a nakonec to bylo špatně. To bylo složité.“

Z výše uvedených důvodů se matky cítí být handicapovány i při jednání na úřadech, vyřizování různých úředních záležitostí, které jsou s mateřstvím a dětmi spojené, jak dotvrzuje tato výpověď: „Jak mám strašně špatnou paměť a soustředění, takže jsem si pak musela vyřizovat to, rodičovskou a mateřskou, tak mě s tím hodně pomáhal manžel, protože já tomu fakt vůbec nerozumím, na té sociálce a tak.“

Podobné problémy způsobuje lidem se schizofrenií i celkové zhoršení schopnosti komunikovat, specifickým příkladem je problém jedné z respondentek, která se učí jednat a řešit konflikty v dětském kolektivu.

Matky, které mají podporu partnera a rodiny tyto problémy zvládají celkem dobře, mohou se spolehnout, že někdo v jejich okolí jim pomůže problém vyřešit nebo za ně konkrétní zodpovědnost převezme. V případě respondentky, která je rozvedená a žije s dětmi sama, však tyto obtíže vyvolávají obavy z toho, že pokud by nebyla schopna se o děti postarat ona, musely by jít do cizího prostředí, ať už do nějaké instituce nebo náhradní rodiny. Tuto obavu popisuje i u svých dětí: „Bojí se. Mají strach, kdyby náhodou se mně přitížilo nebo nějak, tak aby nezůstaly u někoho cizího, mají strach z dětského domova.“

Strach z nemoci a jejího návratu se objevuje u dětí matek, které prožily akutní problémy s nemocí nebo hospitalizaci v době, kdy již měly děti. Jedna z respondentek popisuje: „A ze začátku se bály všechny tři děti té nemoci. Se mnou nechtěly mluvit, ani se se mnou stýkat, protože jsem blázen.“ Odmítavý postoj přetrvával u jednoho z těchto dětí až do dospělosti.

Dalším zmiňovaným problémem je slabá rodičovská autorita, způsobená výše uvedenými potížemi. U jedné z respondentek tento problém zhoršuje širší rodina, která nepřijala její onemocnění a nerespektuje její autoritu jako rodiče. Respondentka se cítí v rodině nevídaná a méněcenná a má pocit, že příbuzní chtějí řídit její život a především uplatňovat u jejích dětí odlišné výchovné metody.

Respondentky si vesměs uvědomují rizika, která v souvislosti s onemocněním hrozí jejich dětem. Matky, které mají větší nebo dospělé děti uvedly, že s nimi o nemoci hovoří, dospě-

lé děti s jedinou výjimkou nemoc rodiče přijaly a snaží se matku podporovat. Děti ve školním věku mají obavy, aby se kvůli matčině nemoci neocitly v dětském domově, matka s nimi mluví i o tom, co její nemoc způsobuje, vysvětlila jim, jak přivolat pomoc. Respondentky s malými dětmi jsou zatím rozhodnuty, že s nimi o nemoci budou mluvit, až dorostou do věku, kdy budou schopné ji chápat. Obavu z toho, že by nemocí mohlo trpět i dítě, vyjádřila jedna z respondentek takto: „No určitě s ním budu o tom mluvit. Mám někdy strach, aby fakt jako třeba jak já jsem měla nějaké ty pokusy o sebevraždu nebo tak, tak si říkám, doufám, že on to nebude mět. Že bych to asi jako matka hrozně nesla.“ Jiná respondentka se díky své zkušenosti s nemocí a psychickými potížemi snaží své dítě co nejméně stresovat a vytvářet mu klidné a bezpečné prostředí pro jeho vývoj.

Řada zmíněných problémů vyplývá z onemocnění schizofrenií a má kořeny v jejích symptomech. Respondentky většinou subjektivně vnímají, že roli rodiče zvládají, i když oceňují pomoc nejbližších a uvědomují si, že bez ní by to zdaleka tak nebylo. Pouze jedna respondentka uvedla, že „dětí tím trpěly“ a cítí určitý dluh vůči svým dětem kvůli onemocnění. Na druhou stranu si uvědomuje, že děti dětství v této rodině zvládly, nyní vedou bezproblémový život a starají se dobře o své děti, a to ji s minulostí smiřuje.

Pomoc okolí (dělba péče, péče o dítě během hospitalizace, rady a informace, nákupy, vyřízení, zastoupení v kontaktu s bývalým manželem, OSPOD, dávky)

Naplnění rodičovské role klade značné nároky na každého, i zdravým lidem se může stát, že z různých důvodů selhávají, nebo potřebují pomoc svého okolí. Schizofrenie omezuje člověka právě v oblastech, které jsou v péči o děti a ve vytváření vztahů mezi rodiči a dětmi zásadní. Způsobuje potíže v empatii, komunikaci, zhoršuje orientaci v sociálních vztazích a situacích, je provázeno únavou, ztrátou motivace a aktivity. Je proto přirozené, že právě matky se schizofrenií potřebují pomoc svého okolí více než ty zdravé. Z výsledků mého výzkumu vyplývá, že žádná z respondentek se bez výrazné pomoci neobejde.

Hlavní oblastí je každodenní praktická péče o děti. Respondentky popisují péči o děti jako dělbu práce mezi manžely, v době zhoršení onemocnění pak přebírá starost o dítě plně manžel, případně další členové rodiny – prarodiče, sourozenci. Konkrétní situace popisuje jedna z matek: „Tak manžel pomáhal se o ně starat. On kolikrát si vzal aj dovolenou, aby děti nebyly samy. Protože já jsem se bála aj usnout. Takže on vždycky přišel, držel mě za

ruku a až jsem usnula, tak potom zase děcka... Takže to bylo náročné.“ U další z respondentek, kde se otec dětí nebyl vůbec schopen o ně postarat, převzala tuto úlohu kamarádka.

Významnou podporou je také možnost zeptat se nebo poradit s nejbližšími v případě, že si neví rady. Pro nemocné schizofrenií je řada běžných situací či problémů nesrozumitelná a obtížně se v nich orientují. Je pro ně obrovskou podporou, pokud jim jejich nejbližší dovedou poradit, především dělají-li to taktně a s respektem.

Jedna z respondentek uvedla, že není samostatně schopna nakupování a vyřizování na úřadech, proto za ni tyto věci dělá manžel. Další dvě respondentky sice různá úřední jednání absolvovaly, ale potřebovaly při tom pomoc rodinného příslušníka, protože se nebyly schopny samy dostatečně orientovat v požadavcích úředníků a komunikace s nimi pro ně byla velice obtížná.

Zajímavou formu pomoci poskytuje jedné z matek její kamarádka, která místo ní doprovází děti na setkání s jejich otcem – bývalým manželem respondentky. Ta tuto pomoc považuje za velmi významnou, protože právě spory s bývalým manželem, konflikty v rodině a domácí násilí byly zřejmě příčinou propuknutí její nemoci. To, že s ním nemusí být v osobním kontaktu, ji chrání před případnými psychologickými problémy. Má také dobrou zkušenost s pracovníci OSPODu, které k této dohodě přispěly, a při její hospitalizaci velmi pružně zajistily pobyt jejich dětí u kamarádky, aby nemusely být umístěny v některé z institucí.

Právě tato respondentka jako samoživitelka zmínila také významnou pomoc ve formě sociálních dávek, které jí umožnily překlenout velmi obtížné období po rozchodu s manželem, propuknutí nemoci a zvykání si na zcela novou situaci.

Všechny respondentky využívají při zvládnutí rodičovské role přirozené zdroje podpory ve svém okolí. U třech z nich se jedná o partnery a nejbližší příbuzné, jedna respondentka, která zůstala po rozvodu s dětmi sama, využívá rodinné příslušníky jen okrajově, největší pomoc jí poskytuje kamarádka, oceňuje také materiální i jinou podporu institucí. Všechny jsou si vědomy rozsahu a významu pomoci okolí a dovedou ho ocenit.

Potřeby rodičů se schizofrenií (přijetí, respekt, setkávání s lidmi se stejným osudem, pomoc na úřadech, využití přirozené podpory, odborná terapeutická pomoc, odstranit stigma, materiální podpora od institucí, informovanost odborníků)

Z uskutečněných rozhovorů vyplývá, že jednou z hlavních potřeb rodiče se schizofrenií je pocit jeho přijetí a respektu v roli rodiče. Tuto podporu očekávají především od nejbližšího okolí, pokud jim chybí, vnímají situaci velmi citlivě. Jedna z respondentek popisuje nepřijetí své osoby a onemocnění v původní rodině: „...už tam jakdyby nevpadám jako. Protože vidí, že jsem nemocná, že by se chtěly starat radši o děti...už jsem tam jakdyby dosouzená s tou nemocí.“ Citlivá je právě otázka vměšování do výchovy dětí. Respondentka, která uváděla obavy z vměšování matky a tchýně do výchovy kvůli jejímu onemocnění, nyní velmi oceňuje, že jí a jejího manžela obě respektují v roli rodičů, a výchovu přenechávají zcela na nich.

Jedním z cílů mého výzkumu bylo zmapovat možnosti podpory rodičů se schizofrenií a v rozhovorech jsem se snažila dát respondentům dostatečný prostor pro jejich názor a definování potřeb. V základních věcech však všechny respondentky preferují pomoc z přirozených zdrojů, většinou nejbližších příbuzných. Jedna z nich své pocity vyjádřila takto: „Tak jako pustit si zase mezi rodinu cizího člověka, tak si myslím, že to už není tak vhodné. ...aspoň podle mě. Protože tam se pak odehrávají různé situace, že ten člověk potom se cítí, nebo by se cítil jako nepotřebný.“

Mimo rodinu by však některé respondentky pomoc ocenily, opakovaně se objevovala potřeba podpory při různých jednáních a vyřizování na úřadech. Jedna z respondentek takto vyjadřuje své potíže: „Já jim fakt nerozumím a připadám si jak blbec před nima. A je mi aj trapné se na něco zeptat a všichni rychle mluví, takže v tom úplně plavu.“ V těchto případech už uvádějí respondentky pomoc zvenčí jako přijatelnou a vítanou. V této souvislosti také zmínily význam materiální podpory prostřednictvím dávek, jedna z respondentek momentálně řeší problém s vhodným a finančně dostupným bydlením.

V odpovědích se obecně objevuje respekt k odborníkům, především ambulantním psychiatrům. Ti však nemají mnoho času na rozhovory a terapeutickou podporu, kterou by řada nemocných potřebovala. Také v mém výzkumu se problematika vyhledávání léčby a psychoterapie objevila. Jedním z problémů v této situaci může být nedostatečná znalost problematiky schizofrenního onemocnění u psychologů a dalších lékařů, jak se s ní setkala

jedna z respondentek. Nejstarší respondentka, která bojuje s nemocí již několik desítek let, uvádí spíše problém s velkou stigmatizací onemocnění a vůbec využívání psychiatrické péče, která jí bránila dostatečně se v minulosti léčit. Uvádím její citaci: „Já jsem po tom Kroměříži nechodila ani na psychiatrii ani k psychologovi. A určitě by mi pomohl. ...nechodila jsem k psychologovi, pokládala jsem to za ponižující. Anebo k psychiatrovi, za takovou jako degeneraci té osobnosti.“ Dnešní situaci už považuje tato respondentka za mnohem příznivější, na psychiatrii dochází. U mladších matek se podobný názor nevyskytl.

S tímto tématem souvisí i potřeba větší informovanosti dalších odborníků, především lékařů. Často se objevuje velmi obtížná komunikace schizofrenních pacientů s různými somatickými lékaři, kteří nemají o onemocnění dostatečné znalosti a někdy mají sklon přisuzovat všechny potíže a projevy pacienta jeho psychickému onemocnění, případně nedokážou najít vhodný způsob komunikace s takovýmto člověkem. I v tomto výzkumu se objevily podobné zážitky u jedné z respondentek, které se nepodařilo najít vhodnou psychologickou pomoc a informace, které jí poskytovali lékaři během těhotenství a porodu, byly značně rozporuplné. Přitom právě člověk se schizofrenií potřebuje přijímat informace přehledně a jasně, aby jim porozuměl a dokázal se v nich zorientovat. Naopak dobrou zkušenost měla se svou gynekoložkou, která jí vyšla vstříc a řešila její problém s otěhotněním, který někdy vzniká v souvislosti s užíváním psychiatrickými léky.

V rozhovorech se objevila i potřeba setkávání se s lidmi s podobným osudem a životními zkušenostmi, jedna z respondentek by uvítala možnost popovídat si s lidmi, kteří procházejí podobnou situací, sdílet s nimi své problémy a zkušenosti.

5.1.3 Axiální kódování

Pro zpracování metodou axiálního kódování jsem použila definice pojmů, jak je uvádí Hendl (2005, s. 250). Jejich definováním a určením vzájemných vztahů jsem vytvořila paradigmatický model axiálního kódování (Obr. č. 1).

Všechny kategorie se soustřeďují kolem ústředního jevu – FENOMÉNU. V případě tohoto výzkumu se jedná o kategorii „Přínos rodičovství“, která se ukázala být stěžejní ve výpovědích všech respondentek. Pojmy z této kategorie jsou v tomto výzkumu nejčastější, v rozhovorech se vyskytují opakovaně a nesou silný emoční náboj.

KAUZÁLNÍ PODMÍNKY pak označují jevy nebo proměnné, které k fenoménu vedou nebo mají vliv na jeho vývoj. Jsou charakterizovány pojmy z kategorie „Rozhodování pro rodičovství“. Tato kategorie je ve výzkumu zastoupena pouze výpověďmi poloviny respondentek, které se rozhodovaly pro rodičovství již s vědomím své nemoci, a zahrnuje všechny skutečnosti, které jejich rozhodování ovlivňovaly.

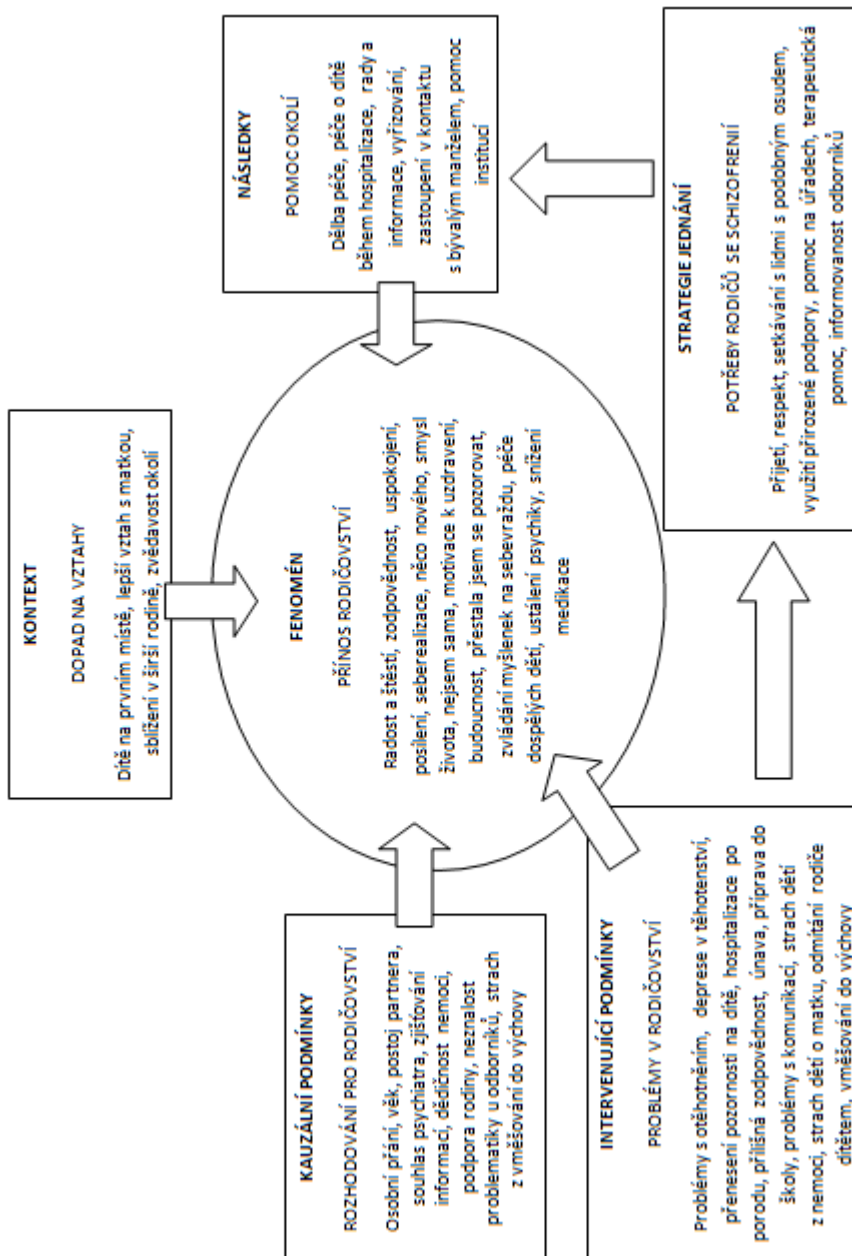
Do kategorie KONTEXT je zahrnut dopad zkoumaného jevu na nejbližší okolí respondentek, především na jejich vztahy, které významně ovlivňují, jakým způsobem a zda vůbec jsou schopni rodiče se schizofrenním onemocněním životní roli rodiče naplnovat.

INTERVENUJÍCÍ PODMÍNKY jsou skutečnosti, které ovlivňují další strategie jednání, ale také samotný fenomén. V případě tohoto výzkumu se jedná o „Problémy v rodičovství“, které jsou způsobeny existencí onemocnění. Tyto problémy nutí rodiče volit různé způsoby řešení, u lidí se schizofrenií jde často o pomoc, nejlépe z přirozených zdrojů (rodiny, přátel), ale i společnosti. Jejich subjektivní prožívání se pak odráží v kategorii fenomén.

Souhrn aktivit, které jsou reakcí na intervenující podmínky, je zahrnut v kategorii STRATEGIE JEDNÁNÍ. Tato kategorie se nazývá „Potřeby rodičů se schizofrenií“ a zahrnuje jak potřeby, které již mají respondentky naplněny, ale také možnosti další podpory, které by samy pro sebe i pro lidi s podobným osudem uvítaly.

NÁSLEDKY jsou potom výsledkem těchto strategií, mohou však být také podmínkami dalšího jednání a výrazně ovlivňují ústřední jev. Kategorie následky je naplněna pojmy, které charakterizují konkrétní formy „Pomoci okolí“, která se rodičům se schizofrenií dostává, a kterou vnímají jako zásadní a nezbytnou pro zvládnutí své role.

Obr. č. 1 Paradigmatický model axiálního kódování (Vlastní výzkum, 2014)



5.1.4 Selektivní kódování

Účelem selektivního kódování je určení centrální kategorie, k níž jsou všechny ostatní kategorie vztaženy. Tato kategorie by měla charakterizovat zkoumaný jev, kolem něž je možné vytvořit kostru příběhu (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 233).

Jako centrální byla v axiálním kódování určena kategorie „Přínos rodičovství“. Vyplývá to z významu, jaký jí během rozhovorů přikládaly samy respondentky. V jejich pojetí je pro ně hlavním atributem rodičovství naplnění a obohacení života, které jim přináší. Přínos můžeme vnímat z hlediska emočního prožívání a naplnění potřeb vzájemné blízkosti, zázemí a bezpečí, ale také možnosti seberealizace a potvrzení vlastní hodnoty naplněním běžné životní role.

Ženy se schizofrenií se rozhodují pro rodičovství podobně jako ženy zdravé, vede je přirozená touha po dítěti, možnost potvrzení a obohacení partnerského vztahu, vnímají mateřství jako přirozenou součást života ženy. Vzhledem k jejich onemocnění však vstupují do této situace další faktory. Je třeba připravit se na dopad těhotenství a mateřství na průběh onemocnění a také počítat s možností dědičného přenosu dispozic k nemoci na dítě. Respondentky v mém výzkumu postupovaly naprosto zodpovědně, vše konzultovaly s odborníky a respektovaly jejich názor, což jistě není fakt, který by bylo možné jakýmkoli způsobem zobecňovat. Již v tomto období zaznamenaly podporu širší rodiny, která otevírá dobré perspektivy pro zvládnutí rodičovské role. Jejich rozhodování tak přirozeně vyústilo v realitu rodičovství, v jiné situaci však byly ženy, které onemocněly v době, kdy již děti měly. I u těchto respondentek je však v každém období patrná touha v roli rodiče obstát. Těžké zkušenosti s onemocněním je rozhodně neodradily od přání pečovat o své děti a i přes problémy byly pevně odhodlané v péči pokračovat.

Každé rodičovství sebou přináší problémy, do rodičovství lidí se schizofrenií však vstupuje jejich onemocnění jako další zátěž. U respondentek je možné zachytit celou řadu problémů, které více či méně souvisejí s nemocí a jejími příznaky. Nejsilněji vnímanou komplikací je velká únava, která běžně nemoc doprovází, a u některých nemocných vede až k úplnému vyřazení z běžného života. Pokud se s takovou únavou potýká matka, trvale pečující o jedno či více dětí, je její situace velmi obtížná. Nemoc však přináší také určité oslabení kognitivních funkcí, které tyto ženy vnímají jako omezení při výchově svých dětí a zajištění rodiny jako takové.

Schizofrenie jako nemoc probíhající v atakách také může narušit rodinný život nečekaným zhoršením, někdy s nutností hospitalizace. Odloučení od dětí, které je s hospitalizací spojené, bývá velkým traumatem pro matku, ale také pro děti. V rodinách s většími dětmi tak může dojít k narušení vztahů, které vzniká nejen odloučením, ale také neschopností dětí situaci pochopit a získat na ni náhled. Matky se tak setkávají u svých dětí s obavou z jejich nemoci, která může vyústit až v odmítání kontaktu. Někdy také vnímají silné obavy dětí z návratu nemoci, kdy u nich dochází k narušení pocitu bezpečí domova, a společný život je poznamenán hrozbou dalšího zhoršení nemoci.

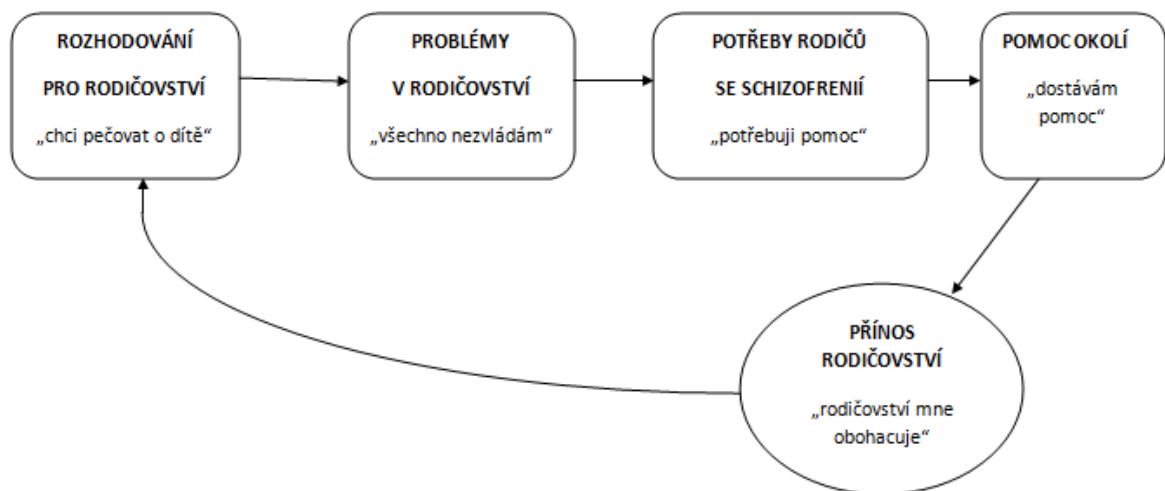
Pokud mají lidé trpící schizofrenií roli rodiče zvládnout, potřebují pomoc okolí ke kompenzaci svých omezení. Hlavní potřebou je být respektován a přijímán okolím ve své roli. Matky se cítí být jako rodiče respektovány, což jim nebrání přijímat praktickou pomoc a podporu od svých blízkých. Někdy však cítí ve vlastní rodině nepřijetí své osoby s duševní nemocí, které devalvuje i jejich rodičovské schopnosti. Mohou pak nalézt oporu ve svém okolí, například u přátel. Jejich očekávání směrem ke společnosti se zaměřuje na usnadnění komunikace a orientace ve složitých situacích, na umožnění setkávání s lidmi se stejnou zkušeností a zmiňují také nutnost materiální podpory státu. Uvědomují si význam psychiatrické léčby i psychoterapeutické pomoci a právě mateřství je pro ně dobrou motivací přistupovat k léčbě zodpovědně.

U žen v mém výzkumu se daří většinu těchto potřeb naplňovat a co je nejdůležitější, dostává se jim jí z přirozených zdrojů – to znamená prostřednictvím nejbližších rodinných příslušníků či přátel. Proto si mohou i s vědomím velké pomoci druhých uchovat potřebnou sebedůvěru a pocit, že své povinnosti zvládají.

Všechny výše uvedené oblasti přímo ovlivňují hlavní kategorii, označenou jako „Přínos rodičovství“ a ta je zároveň jejich přirozeným vyústěním. To, jak se ženy ve své roli rodiče cítí, pak zpětně působí na celý proces (Obr. č. 2).

V případě tohoto výzkumu, kde všechny respondentky vysoce pozitivně hodnotí dopad rodičovství na jejich život, to znamená, že jsou schopny lépe zvládat všechna úskalí a mají pro ně vytvořeny účinné mechanismy a strategie.

Obr. č. 2 Paradigmatický model selektivního kódování (Vlastní výzkum, 2014)



5.2 Závěr výzkumu

Jak se lidé se schizofrenií pro rodičovství rozhodují?

Pohnutky respondentek výzkumu, které je vedly k mateřství, se v zásadě nijak neliší od zdravé populace. Projevuje se u nich přirozená touha po dítěti jako způsobu životního naplnění. Dalšími faktory byl přiměřený věk a přání partnera mít společného biologického potomka.

Ženy s diagnózou schizofrenního onemocnění však musí zvážit celou řadu omezení. Především uvažují o tom, zda vzhledem ke svému zdravotnímu stavu zvládnou náročnou péči o dítě, dalším významným faktorem je možnost dědičného přenosu onemocnění. Ženy v mém výzkumu přistoupily k tomuto rozhodování velmi zodpovědně a řídily se doporučeními ošetřujícího psychiatra. Z jejich výpovědí vyplývá, že lékaři věnovali problematice náležitou pozornost a posuzovali případy zcela individuálně. Někdy se však nepodařilo najít radu či pomoc u jiných odborníků, protože nedisponovali potřebnými znalostmi problematiky.

Pokud jde o možnost genetického přenosu na dítě, jsou si této alternativy vědomy, ale také jsou ochotny toto riziko podstoupit. Pozitivním faktorem může být zdravý partner, který snižuje riziko možnosti přenosu. Respondentka, jejíž manžel také trpí duševním onemocně-

ním, vnímá poměrně vysoké riziko jako nejednoznačné, ze zkušenosti ví, že i zcela zdraví rodiče mohou mít takto nemocné děti. Ukazuje se tedy, že touha mít dítě je silnější, než hrozba dědičnosti onemocnění, nicméně i této alternativy jsou si tyto matky vědomy a do budoucna se jí obávají.

Co lidem se schizofrenií rodičovství přináší?

Všechny ženy v tomto výzkumu se vyjadřovaly k přínosu rodičovství pro svou osobu pozitivně. Jejich výpovědi byly silně emotivní, používaly slova jako „štěstí, radost, posílení, smysl života“. Pravděpodobně bychom podobné výpovědi očekávaly u většiny matek, situace matek s diagnózou schizofrenie je však jiná právě jejich onemocněním, které jim péči o děti komplikuje. Právě skutečnost, že nemoc přináší těmto ženám do života mnoho omezení, takže je pro ně obtížné obstát v mnoha situacích a životních rolích, posiluje jejich pocit zisku a zadostiučinění z naplněné role rodiče. Jejich volba nespočívá, tak jako u mnoha jiných současných žen, v rozhodování mezi kariérou, osobním pohodlím či zájmy a dítětem. Ony spíše volí mezi postavením člověka „postiženého“, závislého na okolí a omezeného v životních šancích a odvahou k partnerství a rodičovství, které je pro ně někdy velkým zápasem s nemocí i okolím. To vše zřejmě posiluje jejich radost a naplnění z možnosti být rodičem.

Zajímavá je také otázka dopadu mateřství a rodičovství na průběh onemocnění. Tyto ženy cítí závazek ke svým dětem jako velkou motivaci k léčbě a uzdravení, to však nemusí vždy stačit, průběh onemocnění se řídí mnoha dalšími okolnostmi. V případě žen, které se pro dítě rozhodly již jako nemocné, jsem však ve svém výzkumu zaznamenala, až na krátké období zhoršení, stabilizaci stavu a trvalé snížení medikace. Lidé s duševním onemocněním jsou často zvyklí se nadměrně pozorovat a každou změnu psychiky přisuzovat zhoršení onemocnění. Přenesení pozornosti na dítě zřejmě také může přispět ke zlepšení průběhu onemocnění, podobně pocit zodpovědnosti a povinnosti pomáhá překonat těžké momenty.

S jakými problémy se v souvislosti s rodičovstvím potýkají?

Částečně navzdory očekávání tento výzkum ukázal, že většina respondentek má pocit, že svou roli rodiče zvládá celkem dobře, žádné z drobných potíží nepovažují za zásadní. Zřejmě se zde vzájemně pozitivně ovlivňují dvě skutečnosti – dostatečná podpora okolí a subjektivně dobré prožívání rodičovství, což umožňuje překonávat menší překážky a zvládat situaci.

V mém výzkumu jsem se zaměřila na problémy, které může rodiči při péči o dítě způsobovat onemocnění. Nejčastěji byla zmiňována únava, která většině respondentek neumožňuje zvládnout všechny povinnosti bez pomoci jiných lidí, druhým nejčastějším problémem bylo zhoršení kognitivních funkcí a schopnosti komunikace.

Žádné jiné závažnější problémy se zvládáním rodičovské role se v tomto výzkumu neprojevily.

Jakou formu podpory v tomto období potřebují?

Odpověď na tuto otázku považuji za stěžejní pro aplikační rozměr mé práce, proto jsem jí v rozhovorech věnovala větší pozornost.

Výzkum ukázal, že většina potřeb pomoci u rodičů se schizofrenií je naplňována přímo v rodinách a nejbližším okolí. Samy matky jsou s touto skutečností velmi spokojeny a využívání přirozených zdrojů podpory je pro ně prvořadé.

Jako pomoc, které se jim dostalo zvenčí, uvádějí příjem sociálních dávek, podporu OSPODu v krizových situacích a částečně také lékařskou péči.

Přesto se v rozhovorech podařilo identifikovat některé potřeby, které by mohly být zvenčí lépe naplňovány. Jako výrazný nedostatek se jeví nedostatečná odborná znalost problematiky duševního onemocnění u některých odborníků, v rozhovorech konkrétně psycholog, porodník. Objevila se také potřeba vzájemného setkávání a sdílení zkušeností s lidmi s podobným osudem.

Konkrétním požadavkem, který by mohl být uskutečňován formou vnější podpory, je pomoc při vyřizování a komunikaci na úřadech. Tato potřeba souvisí se zhoršením kognitivních funkcí a „porozumění lidem a světu“ u lidí s duševním onemocněním a větším množstvím různých úředních povinností spojených s péčí o dítě a jeho výchovou.

Aplikační rozměr

Jedním z cílů této práce byla identifikace možných oblastí podpory lidí s duševním onemocněním ve zvládnání rodičovské role. Na základě tohoto výzkumu jsem stanovila tři oblasti, ve kterých by bylo možné rozvíjet tuto pomoc.

První je nabídka služeb zaměřených na pomoc při jednání na úřadech, vyřizování dávek a dalších úředních úkonů. Do této oblasti může spadat i řada dalších záležitostí, jako je pomoc při zajištění předškolní a školní docházky, volnočasových aktivit dětí a mnoho dalších. Služby, které v současnosti existují, poskytují doprovod na úřady a pomoc při vyřizování lidem s duševním onemocněním, většina matek však služby jako takové nevyužívá a nemá dostatečné informace o jejich existenci a možnosti třeba i jednorázového využití. Rezerva tedy nespočívá ve vytváření nových služeb, ale spíše v rozšíření jejich nabídky o tuto konkrétní problematiku, a především dostatečnou informovanost, kterou by mohli pomoci zabezpečit i ambulantní psychiatři, pediatři, psychiatrické nemocnice a další odborníci, se kterými se tyto lidé setkávají. Důležité je přesně definovat nabídku pomoci a cílovou skupinu, které se týká tak, aby tyto informace byly dostupné a srozumitelné všem.

Další možností je vytváření a podpora svépomocných skupin rodičů se schizofrenním onemocněním. V naší republice již takovéto aktivity probíhají, bohužel v našem regionu jsem žádnou zatím nezaznamenala. Matky, které se výzkumu zúčastnily, neznají ve svém okolí žádné další rodiče s podobnými problémy a nemají ani možnost nějak se s nimi kontaktovat. Aby se těchto setkávání mohlo zúčastnit co nejvíce rodičů, je třeba zajistit jejich co nejmenší stigmatizaci. Řada lidí se stále za svou nemoc stydí a v tomto případě by se mohli obávat také stigmatizace svých dětí a rodin. Proto by bylo vhodné zvolit pro podobné aktivity prostředí, které není jednoznačně spojováno například s psychiatrií.

Třetí oblasti je informovanost odborníků o problematice lidí s duševním onemocněním. Tento problém již spadá do oblasti zdravotnictví, proto je z hlediska sociální práce těžké jej přímo ovlivňovat. Souvisí však s celkovou destigmatizací a informovaností o problematice duševních nemocí. Ačkoli se řada akcí s tímto zaměřením v poslední době objevuje, nejsou většinou v centru zájmu veřejnosti ani médií. Pro všechny zainteresované je to tedy stálá výzva, která čeká na své naplnění.

ZÁVĚR

Jako téma své práce jsem si zvolila rodičovství u lidí se schizofrenií. Pracuji s těmito lidmi již delší dobu a vnímám, jaké potíže a problémy jim nemoc v životě přináší, nakolik ovlivňuje a zásadně mění životy nemocných. Od výzkumu v této oblasti jsem očekávala zmapování problémů a vážných překážek, které nemoc klade lidem do cesty k něčemu tak přirozenému a běžnému jako je rodičovství.

Navzdory očekávání a k mému překvapení se ústředním tématem mé práce stala radost, pocity štěstí a naplnění, které rodičovství těmito lidem do života přináší. Uvědomuji si, že výsledky výzkumu jsou zásadně ovlivněny výběrem respondentek. Několik oslovených respondentek se výzkumu nemohlo zúčastnit, protože se jejich stav momentálně zhoršil tak, že nebyly schopny rozhovory poskytnout, některé byly dokonce hospitalizovány v psychiatrické nemocnici. Proto rozhovory proběhly se ženami, které v této chvíli zvládají péči o dítě i svůj boj s nemocí.

Během zpracovávání tématu se ukázalo, že nejen téměř neexistuje literatura o této problematice, ale i povědomí o tom, že lidé se schizofrenií jsou rodiči, je velmi malé. Hovořila jsem o problematice s lidmi s duševním onemocněním, s jejich rodinnými příslušníky i s veřejností, a většina z nich se s tímto fenoménem téměř nesetkává.

Proto doufám, že má práce přispěje k lepšímu povědomí o tom, že i lidé s tak vážným onemocněním mohou být rodiči, že svou roli zvládnou. Také bych chtěla ukázat, jak důležitá je rodina, jak moc může pomoci těm, kteří jsou nějak omezeni onemocněním, naplnit jim základní lidské potřeby, a nakonec i kolik radosti to může všem zúčastněným přinést.

Schizofrenie jako onemocnění „obrací lidem život naruby“. I když už dnes nemusí všichni prožít celý život za zdmi nějakého ústavu, příliš se s nimi ve společnosti nepočítá. Nepředpokládá se, že budou studovat, pracovat, samostatně žít, mít partnerské vztahy, rodinu. Často zůstávají závislí na svém okolí a omezeni ve svých možnostech.

Ženy v mém výzkumu z tohoto kruhu vykročily, rozhodly se přes své omezení žít běžný život, jehož součástí rodičovství je. To, že se jim to daří a především to, jakým způsobem je to obohacuje, může být nadějí pro všechny ostatní lidi s podobným onemocněním i jejich blízké. Může to být také signálem pro celou společnost, že schizofrenie z člověka vždycky nedělá „blázna či podivína“, ale je to jedna z možných překážek, se kterou se může kdokoli z nás v životě potkat, a se kterou má cenu bojovat.

Všem účastnicím mého výzkumu děkuji za důvěru a spolupráci a přeji jim hodně sil a především radosti do života s dětmi.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BAUDIŠ, Pavel, LIBIGER, Jan. *Psychiatrie a etika*. Praha: Galén, 2002, 156 s. ISBN 80-7262-104-1.
- [2] Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov (2014). Získáno 18.3.2014 z <http://www.ondrejov.cz/programy/rodice-a-deti>.
- [3] DÖRNER, Klaus, PLOG, Ursula. *Bláznit je lidské*. Praha: Grada Publishing, 1999, 356 s. ISBN 80-7169-628-5.
- [4] GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000, 207 s. ISBN 80-85931-79-6.
- [5] HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-736-7040-2.
- [6] HOOLEY, J. M. *Social Factors in Schizophrenia*. Current Directions in Psychological Science (Sage Publications Inc.). 2010, 19 (4), 238-242. DOI: 10.1177/0963721410377597.
- [7] HÖSCHL, Cyril et al. *Psychiatrie*. Praha: TIGIS, 2002, 895 s. ISBN 80-900130-1-5.
- [8] KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada Publishing, 2010, 112 s. ISBN 978-80-247-2045-6.
- [9] KURZOVÁ, Hana et al. *Psychiatrie v ordinaci praktického lékaře*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0532-5.
- [10] MALÁ, Eva, PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie*. Praha: Portál, 2002, 144 s. ISBN 80-7178-700-0.
- [11] MATĚJČEK, Zdeněk. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. Praha: Portál, 1996, 144 s. ISBN 80-7178-085-5.
- [12] MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

- [13] MOŽNÝ, Ivo. *Sociologie rodiny*. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 2002, 250 s. ISBN 80-86429-05-9.
- [14] MURPHY, Robert F. *Úvod do kulturní a sociální antropologie*. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 1999, 267 s. ISBN 80-85850-53-2.
- [15] NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2008, 228 s. ISBN 978-80-86723-48-8.
- [16] Občanské sdružení pomoci duševně nemocným ČR 2014. Získáno 18.3.2014 z <http://www.spdn-cr.org/>.
- [17] PĚČ, Ondřej, PROBSTOVÁ, Václava. *Psychózy - psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: TTRITON, 2009, 256 s. ISBN 978-80-7387-253-3.
- [18] PRAŠKO, Ján et al. *Psychiatrie*. Praha: Informatorium, 2003, 192 s. ISBN 80-7333-002-4.
- [19] PRAŠKO, Ján et al. *Sociální psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2570-2.
- [20] PREKOP, Jirina. *Jak být dobrým rodičem*. Praha: Grada Publishing, 2001, 84 s. ISBN 80-247-9063-7.
- [21] RIEGER, Zdeněk, VYHNÁLKOVÁ, Hana. *Ostrov rodiny*. Hradec Králové: Konfrontace, 1996, 246 s. ISBN 80-901773-8-7.
- [22] SATIROVÁ, Virginia. *Kniha o rodině*. Praha: Práh, 1994, 350 s. ISBN 80-901325-0-2.
- [23] SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2002, 506 s. ISBN 80-85912-18-X.
- [24] SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny*. Praha: Portál, 2001, 176 s. ISBN 80-7178-559-8.
- [25] ŠULOVÁ, Lenka. *Raný psychický vývoj dítěte*. Praha: Karolinum, 2004, 247 s. ISBN 80-246-0877-4.
- [26] ŠVARŤÍČEK, Roman, ŠEĐOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007, 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

- [27] VACEK, Jaroslav. *O nemocech duše*. Praha: Mladá fronta, 1996, 416 s. ISBN 80-204-0535-6.
- [28] VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008, 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
- [29] VÝROST Jozef, SLAMĚNÍK, Ivan. *Aplikovaná sociální psychologie I*. Praha: Portál, 1998, 384 s. ISBN 80-7178-269-6.
- [30] ZVOLSKÝ, Petr et al. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1998, 206 s. ISBN 80-7184-666-X.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

OSPOD Orgán sociálně právní ochrany dětí

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. č. 1 Paradigmatický model axiálního kódování

Obr. č. 2 Paradigmatický model selektivního kódování

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P 1: Seznam otázek pro polostrukturovaný rozhovor

Příloha P 2: Ukázka přepisu jednoho z rozhovorů

PŘÍLOHA P I: SEZNAM OTÁZEK PRO POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR

1. Máte děti, kolik a v jakém věku?
2. Narodily se ještě před Vaším onemocněním nebo až po něm?
3. Bylo Vaše rodičovství plánované? Pokud ano, proč jste se pro rodičovství rozhodl/a?
4. Konzultoval/a jste s někým rozhodnutí stát se rodičem? S kým?
5. Jaký byl Váš partnerský vztah před narozením dítěte?
6. Jak Váš vztah narození dítěte ovlivnilo?
7. Změnily se nějak Vaše vztahy s rodinou či okolím po narození dítěte?
8. Žijete (žil/a) jste se svým dítětem ve společné domácnosti?
9. Jak se podílíte na jeho výchově a péči o něj?
10. Jak byste charakterizoval/a Váš vzájemný vztah s dítětem?
11. Mluvíte se svým dítětem o Vašem onemocnění? Pokud ano, jak ho vnímá?
12. Pociťujete nějaký vliv faktu, že jste rodičem, na průběh onemocnění? Jaký?
13. Jak reagovala Vaše rodina a blízcí na to, že budete mít dítě?
14. Pokusil se Vás někdo v tomto rozhodování ovlivňovat?
15. Přípravovala jste se nějak speciálně na těhotenství a porod z důvodů onemocnění?
16. S jakými potížemi se v souvislosti s rodičovstvím nejčastěji potýkáte?
17. Pomáhá (pomáhal) Vám někdo s péčí o dítě a jeho výchovou. Kdo a jakým způsobem?
18. Uvítal/a byste další pomoc? Jakou a od koho?
19. Znáte nějaké instituce, které mohou lidem v podobné situaci pomoci? Využil/a jste je?

PŘÍLOHA P 2: UKÁZKA PŘEPISU JEDNOHO Z ROZHovorŮ

Respondentka č. 3

Tak, děkuji, že jsi souhlasila s tímhle rozhovorem, a na začátku tě chci ujistit, že bude úplně anonymní, a že je pro účely méj díplomové práce a jestli souhlasíš s tím, že bude zaznamenáván?

Souhlasím.

Děkuju. Na začátku: jestli máš děti tedy a kolik, v jakém jsou věku?

Mám jedno dítě, je to kluk a má asi čtrnáct, ne počkat, šestnáct měsíců.

A narodil se až potom, co jsi onemocněla nebo to bylo ještě předtím?

Až potom.

Takže až potom. A bylo to rodičovství plánované?

Bylo.

A proč ses rozhodla mít dítě?

No, mě už přijde, že su dost stará, já jsem vlastně měla syna ve 33 letech, já jsem si ho hrozně už přála, aj manžel. A myslím, že dva roky to trvalo, než jsem otěhotněla. Vlastně pak díky gynekoložce, že jsem brala nějaké prášky... A co ses ještě ptala? Ted' jsem odbočila.

Jo, to proč ses rozhodla. A než jsi teda otěhotněla, konzultovalas to s někým, třeba s nějakým odborníkem, vzhledem k té nemoci, jestli je to...

No, já jsem to konzultovala s psychiatrem a to vypadalo strašně blbě, to vypadalo nejdřív, že vůbec ne, protože já mám vlastně schizofrenii a manžel je maniodepresivní a doktor to vůbec nechtěl povolit, že by to dítě bylo taky nemocné. A on se snad i vyjadřoval, jako že bych to asi nezvládla. No a my jsme to teda furt s tím psychiatrem řešili a nakonec se manžel – nevdá, že ho jmenuju?

Nevadí, jméno nebude použité...

...no, tak on se nakonec rozhodl, že půjde se mnou za tím psychiatrem, a on zas tvrdil teda jako že ne. A pak najednou vstal a šel se podívat do knihovny a vytáhl nějakou knížku a díval se asi na ty naše diagnózy a pak řekl, že ho teda můžeme mít, ale že na čtyřicet pro-

cent je tam ta možnost, že bude taky nemocný. No, a tak nám to vlastně dovolil. Což je úplně haluz a já jsem pak i na něho byla našťvaná. Že vlastně asi kdyby tam ten manžel se mnou nešel a on se nepodíval do té knihovny...

A kdyby jako celou dobu říkal, že ne, tak bys do toho nešla? Poslechla bys ho v tomhle?

Vidíš, já si myslím, že asi jo. Víš co, já bych ho neposlechla, ale manžel je takový v tomto hodně takový jakože racionální, takže on by asi... On totiž manžel dlouho, on se vlastně se mnou i několikrát kvůli tomu rozešel, že nemůžu mít děti, že bysme vlastně měli spolu hodně nemocné dítě. No a já jsem mu to pak nějak vymluvila, že vlastně i zdraví lidi můžou mít nějak těžce nemocné dítě. Nikdo dopředu neví.

To určitě.

A tak vlastně díky tomu psychiatrovi to pak všechno strašně dobře dopadlo. Úplně úžasné. Toť vše, na tuto otázku.

A s někým jiným třeba ses o tom ještě radila? Třeba kromě toho psychiatra?

Ano, já jsem byla v té Regině, to je tam, jak tam vlastně bydlí ty jeptišky. To je nějak... no, šak víš. A tam jsem se vlastně bavila s nějakou psycholožkou, a ta mi zase, když se dozvěděla, že mám jako takovou diagnózu, tak řekla, že to prostě záleží jenom na psychiatrovi. Že ona mi poradit nemůže.

Jo, takže tě odkázala na toho psychiatra. A během toho těhotenství, nebo v té přípravě tě psychiatr nějak teda podporoval, když s tím souhlasil, tak konzultovali jste to spolu nějak?

Vůbec ne. Ono je to možná z mojí strany, protože já su taková u něho dycky, já mu jenom málo něco řeknu. Mě to nebaví se s ním vybavovat.

Takže stačil jenom ten souhlas a pak už sis to řešila sama.

Ano.

No a jaký byl tvůj partnerský vztah předtím? Tys už něco naznačila... Předtím, než se malý narodil.

No suprový, akorát teda že, že ten manžel, on už taky... Mu už je teďka vlastně čtyřicet a on taky už chtěl mít furt dítě, že to tak cítil...

A ty sis to taky tak přála?

Ano.

Takže oba?

Ano.

A změnil se potom nějak ten vztah po tom, co se narodil malý? Máš pocit, že to bylo potom jinak? Že se něco v tom vztahu změnilo?

Tak určitě je manžel teďka hrozně šťastný... skrz syna. A jinak... Akorát pak jako že byl taky hospitalizovaný v Kroměříži, ale to asi s tím nesouvisí, si myslím, to bylo kvůli práci.

Jo. A změnily se třeba nějak vztahy s širší rodinou? Třeba s tvojí rodinou?

No, hlavně třeba s manželovými sestrama, že s tou jednou jsme se furt před sebou tak styděly, a teď si úplně úžasně rozumíme, a je to takové, tak hodně to tam ožilo tím synem, je to takové...jo, že jsme se určitě sblížili i s tchánama. Že jsou super a teď je to ještě lepší.

A věděli třeba, že se chystáte mít dítě, mluvili jste s nimi o tom?

Já myslím, že jo. My jsme o tom nějak myslím, že nemluvili moc, ale tak...

Reagovali na to nějak, na to vaše rozhodnutí?

No určitě, oni byli rádi.

A jak to máte třeba s péčí o malého? Máte to nějak rozdělené, kdo ti pomáhá?

No, pomáhá mi manžel hodně. Že to i fakt oceňuju, hlavně to bylo nejtěžší pro mě ze začátku, protože on vlastně se budil každé dvě hodiny, jsem ho musela krmit mlíkem, jsem musela chystat. A ze začátku to byla fakt krizovka, protože já jsem na to nebyla zvyklá, navíc беру ty prášky na noc, tak to pro mě bylo strašně těžké, takže to dycky bylo tak, že jsem ho měla přes noc a manžel vlastně díky tomu, že skončil v práci, že dal výpověď, že to nezvládal, tak mi s ním hrozně pomáhal. Což opravdu oceňuju. Protože já jsem kolikrát pak už měla takové strašné nervy, že on řval v té postýlce a já jsem nemohla ani vstát. Už jsem úplně rezignovala.

Jsou třeba věci, které hůř zvládáš, které ti nejdou? S kterými potřebuješ pomoci?

Já si myslím, že ani ne. Že já spíš toho umí využít, že ten manžel je doma a že se podělíme o práci, jinak bych to zvládala. No ale určitě bylo těžké, že on pak vlastně manžel skončil

v té Kroměříži a já jsem byla celý den s tím synem sama, sice mamka mě pomáhala, ale byly to taky někdy hrozné krizovky. Už jsem ho nemohla ani vidět.

A myslíš, že nějak to, že máš teďka malého, ovlivňuje to tvoje onemocnění? Myslím tím, jestli to mateřství a rodičovství má nějaký vliv na tu nemoc. Jestli to pozoruješ.

No, určitě su taková, jakože zodpovědnější. A, no, kolikrát je mi třeba špatně, a tak jakože pomyslím na nějakou sebevraždu nebo tak, ale pak jako dycky si řeknu, že tady mám toho syna, tak v žádném případě. Já myslím, že mě to posiluje hodně. Něco takového, no...

To je fajn. Myslíš, že opačně, to, že máš zkušenost s tou nemocí, má nějaký vliv na to, jaký jsi rodič? Nebo ta nemoc vůbec nějak se odráží v tom, jaký jsi rodič? Jak se o něho staráš a tak...

Já si myslím, že vůbec ne. Já spíš teďka narážím na situace, že chodíme mezi malé děti, a já třeba když mu někdo ubližuje nebo tak, tak ještě přesně nevím, jak mám jednat. Že se to teprve všecho učím. Ale to je asi přirozené.

Je malý, takže možná ještě máš krátce tu zkušenost...

No, nebo žádnou...

No a, tys říkala, že rodina měla radost, psychiatr s tím souhlasil, a setkala ses ještě s nějakýma jinýma reakcema na to, že máš teda dítě, nebo se chystáš mít dítě? Ovlivňoval tě někdo další?

No všichni byli hrozně rádi, akorát třeba pak jak jsem chodila do té porodnice před porodem, tak já už nevím přesně, kdo to řekl, ale nějaký lékař mi tam řekl, že určitě při porodu by měl být psychiatr, že kdyby se mi udělalo nějak psychicky zle nebo tak, tak že buď ti lékaři mě takhle strašili anebo mi zas říkali, že to není vůbec pravda a takové, no.

Takže takové jakoby rozporuplné informace bys dost měla....

Což mě docela mrzelo, no, že jsou to lékaři a fakt jako neví a jakdyby si to furt přehazovali...

A ty sis o tom třeba sama hledala nějaké informace, třeba v literatuře nebo někde?

Víš co, já jsem byla v tom těhotenství tak strašně klidná...

Takže cítila ses dobře?

Dobře.

A mělas nějakou.... Třeba psychiatr změnil ti léky?

Jo, on mě ubral léky a teď je to vlastně tak, že beru furt ty ubrané a vůbec už mi nemusel dávat zpátky ty, co jsem měla. Tak je to fajn.

Teď jsem se chtěla zeptat, jestli ses nějak speciálně připravovala na porod a v tom těhotenství, a tys vlastně říkala, žes měla rozporné informace, takže nevím, jestlis úplně neměla z čeho vycházet. Jestlis měla nějakou speciální přípravu, nebo jestlis to kvůli té nemoci nějak zvlášť řešila...

Ne.

Jenom vlastně tou změnou léků a to bylo všechno asi...

Ano. My jsme pak chodili do toho předporodního kurzu s manželem, ale to asi do toho nepatří, že?

To je klasická příprava, jasně. To je dobře, že jste chodili. Tak jo, to jsem ráda, žes mi to řekla. Co je pro tebe nejtěžší v tom rodičovství, mateřství?

Nejtěžší...asi to, když třeba v noci řve a já už su z něho strašně unavená, no, tak to jsou takové už fakt krizovky, že už nemůžu, a třeba někdy musí i zasáhnout manžel, že si ho vezme, nebo že mě fakt tak pomůže. Že vydechnu. Asi to je nejtěžší.

Takže asi takové vyčerpání?

Jo.

No a co ti to přináší?

Co mi to přináší? To je úplně úžasné s ním. Já bych řekla, že je to teďka úplně můj smysl života. Děti.

No, a takže kdyby ses měla znovu rozhodovat, tak jdeš do toho znovu?

No jasnačka.

A uvažuješ třeba o dalších dětech?

No chtěla bych, jenomže já nevím, jestli bysme to finančně utáhli a zatím uvidím, jak zvládnou syna, ale určitě bych chtěla ještě, no.

Takže žádné výraznější problémy třeba u tebe nebyly? V těhotenství, ani potom po porodu.

Ne.

V souvislosti s tou nemocí myslím.

Ne, akorát třeba, a to mě trošku zarazilo, že když jsem rodila, tak oni mi nevím proč, dali nějaký hrozný oblbovák, že mě úplně jakože sjeli a já jsem se blbec tenkrát na to vůbec nezeptala, proč mi to dali, protože já jsem byla v pohodě. Ani mě nepřijde, že bych tam jakože nějak křičela nebo vyváděla.

Těžko říct, to už se asi nedopátráme...

Asi se nedopátráme...

Uvítala bys ještě nějakou další pomoc od někoho? Od někoho ze svého okolí a nebo třeba jestli si myslíš, že by mohla být nějaká pomoc obecně těm lidem, kteří jakoby mají nějaké psychické potíže a rozhodnou se pro to rodičovství? Jestli si myslíš, že by bylo možné je nějak podpořit nebo jim s tím nějak pomoci?

Tak určitě, ale já právě tím, že jsem se cítila tak dobře, tak se do toho neumím vcítit...

Takže tys vlastně neměla nějaký problém, který by bylo potřeba nějak řešit?

Vůbec, no. No, i když možná, teď si vybavuju trochu, že jak mám strašně špatnou paměť a soustředění, takže jak jsem si pak musela vyřizovat to, rodičovskou a mateřskou, tak mě s tím hodně pomáhal manžel, protože já tomu fakt vůbec nerozumím, na té sociálce a tak, tak možná tam bych uvítala nějakou pomoc. Třeba když je někdo sám nebo oba dva tomu nerozumí, kdyby fakt jim při tom někdo nějak pomohl.

Takže s těma dávkama třeba a takové ty věci?

Přesně tak. Že já často... já jim fakt nerozumím a připadám si jak blbec před nima. A je mi aj trapné se na něco zeptat a všichni rychle mluví, takže v tom úplně plavu.

A bylo by ti třeba jako nepříjemné nebo měla bys s tím problém požádat někoho o pomoc?

Vůbec ne. Já bych byla vděčná...

Kdyby třeba tě tam někdo cizí doprovodil a pomohl ti to vyřešit?

Ne, vůbec. Já bych byla jediné ráda.

Jo, takže to by možná byla taková pomoc... No a myslíš, že až malý vyroste, že s ním budeš mluvit o tom psychickém onemocnění a o těch věcech kolem toho?

No určitě s ním budu o tom mluvit, no. A aj mám někdy strach, aby fakt jako třeba jak já jsem měla nějaké ty pokusy o sebevraždu nebo tak, tak si říkám, doufám, že on to nebude mět. Že bych to asi jako matka hrozně nesla.

A napadá tě něco, co bys třeba poradila lidem, kteří jsou v podobné situaci, nebo se ještě rozhodují, nebo zažili nějaké vlastně, měli tu nemoc, měli nějaké potíže a přemýšlí o rodičovství?

Jo, určitě. Určitě bych jim to doporučila.

Dobře. No my jsme v podstatě ty otázky probraly, takže jestli třeba ještě tebe k tomu něco napadá, vlastně k tomu tématu – schizofrenie jako nemoc a rodičovství, mateřství... Jestli třeba máš nějaký zážitek. Nebo cokoli, co si o tom myslíš.

Nevím, co bych na to řekla...

My jsme to tak jako probraly v podstatě všechno. A co si myslíš, že je nejdůležitější pro tebe, abys to zvládla, co ti nejvíc pomohlo?

Pomoc těch blízkých.

Ta rodina?

Ano.

V tom, že tě podpořili v tom rozhodnutí?

No, podpořili v tom rozhodnutí....

Nebo spíš že ti pomáhají?

Že mi pomáhají. Ano.

Tak ti moc děkuju za rozhovor.