

# Duševní nemoci a jejich psychosociální dopady do rodinného prostředí

Bc. Radek Machálek

---

Diplomová práce  
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2014/2015

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Radek Machálek**  
Osobní číslo: **H13997**  
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**  
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Duševní nemoci a jejich psychosociální dopady na rodinné prostředí**

Zásady pro vypracování:

Zpracování a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek vztahujících se k duševním nemocem a jejich psychosociálním dopadům na rodinné prostředí.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaného rozhovoru.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

GOFFMAN, Erving. Všichni hrajeme divadlo: Sebe prezentace v každodenním životě.

Praha: Nakladatelství Studia Ypsilon, 1999. ISBN 80-90248-24-1.

HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál, 2008. ISBN 80-7367-040-2.

HORÁČEK, Jiří. Psychotické stavy v klinické praxi. Praha: Academia Medica Pragensis - Anepra, 2003. ISBN 80-86694-01-1.

KELLER, Jan. Úvod do sociologie. Praha: SLON, 2005. ISBN 80-86429-39-3.

KRAUS, Blahoslav. Základy sociální pedagogiky. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-736-7383-3.

LANGMAIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. Vývojová psychologie. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-2471-284-9.

Vedoucí diplomové práce:

**doc. PhDr. Lenka Haburajová Ilavská, PhD.**

Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce:

**7. ledna 2015**

Termín odevzdání diplomové práce:

**17. dubna 2015**

Ve Zlíně dne 7. ledna 2015



doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.  
děkanka



Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.  
ředitel ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně .....  
22.3.2015



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

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

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k 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 výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

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

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

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

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

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

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

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

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

## **ABSTRAKT**

Cílem práce je zjistit, jakým způsobem duševní onemocnění vnímá rodina duševně nemocného. Dalším cílem práce je zjistit, jaké psychosociální dopady má onemocnění na kvalitu života jeho rodiny. Dále se soustředíme na vyhodnocení subjektivního pohledu aspektů v oblasti vnímání vlastního zdraví, rodinných vztahů, zaměstnání, trávení volného času a pocitu bezpečí. Teoretická část charakterizuje rodinu, onemocnění, jeho příčiny, příznaky, vznik, formy, diagnostiku a léčbu. V práci se také věnujeme kvalitě života, její definici a pojetí. Praktickou část práce tvoří kvalitativní výzkumné šetření, jehož základem je technika narativního rozhovoru.

Klíčová slova: rodina, duševní onemocnění, kvalita života, schizofrenie,

## **ABSTRACT**

The aim is to determine how mental illness is perceived mentally ill family-ho. Another aim is to investigate the psychosocial implications of the disease on quality of life for his family. Next, we focus not evaluate subjective view aspects of perception of their own health, family relationships, employment, leisure and sense of security. The theoretical part characterizes the family, illness, its causes, symptoms, origin, forms, diagnosis and treatment. The paper also addresses the quality of life, its definition and concept. The practical part consists of qualitative research, based on a semistructured interview technice.

Kyewords: family, mental, illness quality of life, schizophrenia

Touto cestou bych chtěl poděkovat mé vedoucí diplomové práce doc. PhDr. Lence Haburajové Ilavské, PhD. za cenné rady a připomínky při zpracování mé diplomové práce. Také bych rád poděkoval touto cestou rodičům za trpělivost, ochotu a věnování svého času, a za poskytnutí cenných informací, které jsou pro tuto práci nezbytné.

Motto:

*„Hloupost je nejzvláštější ze všech nemocí, netrpí ji nemocný, ale ti okolo něj“*

*Jacques Prevért*

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

# OBSAH

ÚVOD.....	10
<b>I</b> <b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>12</b>
<b>1</b> <b>DUŠEVNÍ ZDRAVÍ</b> .....	<b>13</b>
1.1    ČLOVĚK S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	14
1.2    SOCIÁLNÍ ZMĚNY Z POHLEDU ČLOVĚKA, POSTIŽENÉHO DUŠEVNÍ NEMOCI.....	15
1.3    ROLE DUŠEVNĚ NEMOCNÉHO ČLOVĚKA .....	16
1.3.1    Duševní nemoc jako stigma .....	18
1.3.2    Duševně nemocný a prostředí .....	21
<b>2</b> <b>SYNDROMOLOGICKÉ ČLENĚNÍ DUŠEVNÍCH NEMOCÍ</b> .....	<b>22</b>
2.1    DEFINICE SCHIZOFRENIE .....	23
2.2    DRUHY SCHIZOFRENIE DLE MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ MKN-10 .....	24
2.2.1    F20.0 Paranoidní schizofrenie.....	25
2.2.2    F20.1 Hebefrenní schizofrenie .....	25
2.2.3    F20.2 Katatonní schizofrenie .....	26
2.2.4    F20.6 Simplexní schizofrenie.....	27
2.3    PŘÍZNAKY A PRŮBĚH SCHIZOFRENIE .....	27
2.3.1    Příčiny onemocnění.....	28
2.4    PROGNOZA SCHIZOFRENIE .....	29
2.5    LÉČBA SCHIZOFRENIE .....	30
2.5.1    Rehabilitace a psychoterapie .....	31
2.5.2    Rodinná psychoterapie a intervence.....	32
<b>3</b> <b>RODINA</b> .....	<b>34</b>
3.1    FUNKCE RODINY .....	34
3.2    KONSTRUKCE RODINY .....	36
3.3    RODINNÁ INTERAKCE .....	38
3.4    RODINNÝ ŽIVOTNÍ CYKLUS .....	39
3.5    RODINA A JEJÍ VÝZNAM Z POHLEDU DUŠEVNĚ NEMOCNÉHO .....	43
3.5.1    Zdravotní péče a rodina.....	46
3.5.2    Sociální role rodiny .....	47
3.6    KOMUNIKACE UVNITŘ RODINY .....	47
3.7    VSTUP DUŠEVNÍHO ONEMOCNĚNÍ DO ŽIVOTNÍHO CYKLU RODINY .....	49
<b>II</b> <b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>51</b>
<b>4</b> <b>METODOLOGIE</b> .....	<b>52</b>



4.1	VÝBĚR VZORKU.....	54
4.2	ANALÝZA DAT.....	54
4.3	ZJIŠTĚNÍ DIAGNÓZY DUŠEVNÍ NEMOCI.....	55
4.3.1	Bod zlomu.....	55
4.3.2	Co se stalo, co se to s ním/s ní děje?.....	56
4.3.3	Psychiatrická léčebna.....	57
4.3.4	Jaká bude diagnóza – čekání na verdikt.....	58
4.3.5	Kdo za to může – obvinění.....	59
4.4	IDENTIFIKOVÁNA DIAGNÓZA – CO DÁL?.....	60
4.4.1	Zjišťování, kde se stala chyba.....	61
4.4.2	Dopad nemoci a zklamání.....	62
4.4.3	Jaké se nabízí řešení.....	63
4.4.4	Hledání pozitiv a negativ – jejich identifikace.....	64
4.5	DOPADY DUŠEVNÍ NEMOCI NA RODINU.....	65
4.5.1	Rodino, dělej co umíš.....	65
4.5.2	Kolísání úspěchu a neúspěchu.....	67
4.5.3	Péče do konce života?.....	68
4.5.4	Psychická závislost.....	69
4.5.5	Sociální závislost.....	70
4.5.6	Komu předám starost o nemocného, když zde nebudu?.....	71
4.5.7	Bude mít v budoucnu svoji vlastní rodinu?.....	71
4.5.8	Problémy s komunikací.....	72
4.5.9	Vztahové problémy uvnitř rodiny.....	75
4.5.10	Dilema – svěřit se svému okolí o nemoci nebo mlčet?.....	76
4.6	SMÍŘENÍ.....	78
4.6.1	Nejtěžší období jsme zvládli.....	79
4.6.2	Opora v těžké situaci.....	79
4.6.3	Odborná pomoc.....	81
<b>5</b>	<b>DISKUZE.....</b>	<b>83</b>
	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>86</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>88</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ.....</b>	<b>92</b>

## ÚVOD

Tématem diplomové práce je duševní onemocnění a jejich psychosociální dopad do rodinného prostředí. Vyjít se členem rodiny, který trpí duševní nemocí, je velmi náročné. Mnoho rodin se pod tlakem tohoto těžkého údělu rozpadávají, nebo se o člena rodiny nedokážou postarat a opustí jej. Vágnerová (2004) uvádí, že rodina potřebuje náležitou podporu, stejně jako daný člen rodiny, který duševním onemocněním trpí. Tím, jakým způsobem se vyvíjí jednotlivý členové rodiny, tak se spolu s ní vyvíjí i jeho rodina. Na základě výběru daného tématu jsme si položili výzkumnou otázku, která zní: **Jaké psychosociální dopady působí na prostředí rodiny, přítomností duševně nemocného člena rodiny.** V teoretické části se snažíme nastínit problematiku duševních nemocí v obecné rovině a následně vymezit na konkrétní duševní nemoc jakou je schizofrenie. Tuto nemoc sleduji účelově, především z toho důvodu, že tato nemoc se nachází nejen v mém blízkém prostředí přátel ale taktéž rodinném prostředí. V daném tématu jsme se soustředili především na význam sociálně psychologického dopadu do rodiny a taktéž na proces socializace duševní nemoci samotným členem rodiny a možností jeho rehabilitace. V další teoretické části se věnujeme institutu rodiny, jejich funkcí, v její funkční podobě. Dále jakým způsobem se duševní nemoc vymezuje ve vztahu k rodinnému prostředí a nastínit jaké jsou důsledky v rodinném soužití v důsledku onemocnění člena rodiny. Diagnostikovaná duševní nemoc představuje neočekávaný a náhlý zásah do života rodiny, který bezpochyby mění fungování ve vzájemných vztazích, kde je ovlivněn vývoj a cyklus rodiny, mění se hodnoty a normy, způsob komunikace a podobně. Výzkumná část je postavena na kvalitativní metodologii výzkumného šetření, výběru výzkumného vzorku a poté následné analýzy dat a shrnutí výsledků zjištěné daným šetřením. Před dvěma lety prožil člen naší rodiny výrazný atak schizofrenie, a po dobu několika týdnů jsem navštěvoval jedno z psychiatrických zařízení v Brně, kde jsem se setkával se spousty dalších klientů dotyčného zařízení, kde jsme později poznali i tři další pacienty, příbuzné z okolí mých přátel a spolupracovníků v zaměstnání. Setkávali jsme se zde nejen s nimi ale i jejich rodinami, těchto duševně nemocných pacientů. Nejen náš zájem o danou problematiku ale i tento fakt byl jeden z důvodů k sepsání této diplomové práce. Byla zde možnost srovnání, výměny informací a zkušeností s danou duševní nemocí, poradou, setkáními a následným souhlasem k rozhorům na dané téma. Tato práce má nejen poukázat na těžkosti, které dopadají na celou rodinu ale především ukázat jaké zkušenosti a rady si

dokážou členové rodiny vyměnit mezi sebou, jak pracovat s duševně nemocným a taktéž poukázat na směr, kam se obrátit a jakým způsobem lze čelit této skutečnosti a jak zkvalitnit život rodiny.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

Dřív, nežli se budeme podrobněji věnovat duševním nemocem, bychom ve stručnosti popsali pojem zdraví. Dlabal (2003) uvádí, že název zdraví se dříve v různých jazycích interpretoval jako celek. Tento pojem jde pojmut, jako celek organismu a sociálního prostředí. Nejvíce zaužívanou definici pro zdraví uvádí světová zdravotnická organizace, která definuje zdraví jako „*stav naprosté sociální, duševní a tělesné pohody*“ Koukola (1999, s. 38) píše že, světová zdravotnická organizace zdraví vymezuje „*jako relativně optimalistický stav sociální, duševní a sociální pohody, při zachování všech životních funkcí, schopnosti přizpůsobit se měnícím podmínkám, přizpůsobení rolí a prostředí*“ .

### Duševní zdraví dle Míčka (1984)

1. **Užší pojetí zdraví-** je především spojeno s nepřítomností příznaků duševního onemocnění, nerovnováhy a poruch adaptace.

2. **Širší pojetí** charakterizuje zdravého jedince především na základě jeho způsobilosti adaptace, která je založená schopnosti sebepoznání a autoregulace. Dlabal (2013, s. 8-9) uvádí že, Míček (1984) řadí názory lékaře, doc. Mudr. Jana Prokūpka, profesora psychiatrie v Brně, který chápal stav duševního zdraví v době, kdy všechny procesy duševních pochodů pracovali v optimálním stavu, dokáže tento stav okamžitě reagovat na dané podněty a úkoly, zdokonalovat tento stav a cítit uspokojení ze své činnosti.

Jahodová (1958) charakterizuje kritéria duševního zdraví jako určitý postoj k sobě samému, což znamená, že si realisticky člověk uvědomuje ze své minulosti a přítomnosti, co je co dělá a co bude schopen do budoucna dělat. Mezi další kritérium uvádí postoj k jeho vývoji, sebeuskutečnění a jeho vlastní integraci. Třetí kritérium zahrnuje především jeho autonomii, právo na sebeurčení, kdy člověk se dokáže kontrolovat, ovládat své jednání, dokázat se správně rozhodovat, především ve svém chování - člověk dokáže vidět svět v reálné podobě a objektivně, je schopen empatického chování vůči jiným lidem. Posledním kritériem je schopnost zvládnout své prostředí – interpersonální vztahy jsou vyvážené, a dokáže řešit situace, které vzniknou na podnět prostředí a především má schopnost přizpůsobení se dané situaci.

## 1.1 Člověk s duševním onemocněním

Duševní nemoci se odkazují na širokou škálu duševních nemocí, které ovlivňují náladu, myšlení a chování. Mezi příklady duševní nemocí patří například deprese, úzkostné poruchy, schizofrenie, poruchy příjmu potravy a návykového chování. V současnosti, žije v ČR odhadem, v celkovém počtu, s diagnózou psychózy cca 100 tisíc lidí. Termín psychóza znamená dle významu medicínského odborného jazyka kategorii duševních onemocnění, do kterých zařazujeme například bipolární poruchu, poruchy s bludy nebo schizofrenii. Psychózy patří do skupiny závažných duševních nemocí, které vyvolávají obecný strach u běžné populace. V současné době, jsou mnohem větší možnosti léčby u lidí, postižených těmito nemocemi, jak v minulosti. Je třeba ale říci, že dnešní moderní lékařská věda není všemocná a možnosti sociální a psychologické péče nejsou také neomezené a s dramatickým nárůstem, který psychiatrická onemocnění mají, je situace velmi složitá. Duševní nemoci jsou velmi těžce identifikovatelné vzhledem k tomu, určit, kdy se jednoznačným způsobem určí co je a co už není v mezích normality a běžného způsobu chování a myšlení. Praško (2003), Horáček (2003) uvádí, že příznaky nemoci duševně nemocných lidí se značně liší, a jejich dlouhodobé dopady nejsou až tak časté, jinými slovy po dramatickém počátku a zhoršení velmi rychle odeznívají. Pokud se podíváme, na projev akutního duševního onemocnění z vnějšího pohledu dochází, kupříkladu k nesouvislé a nelogické mluvě, mají pocit ohrožení, nevysvětlitelného strachu apod. Nemocný činí v akutní fázi nemoci rozhodnutí, které se projevuje například k ochraně své osoby, uzavírá plyn, elektřinu, vypojí televizi, internet, aby ochránil své soukromí. Okolní prostředí toto chování jedince, nazve bláznovstvím, tento postižený člověk si povídá sám se sebou, nebo naopak nekomunikuje naprosto, se uzavírá do svého světa, je značně nesoustředěný, velmi podrážděný k svému okolí. Jeho stav provází časté výkyvy nálad, které se dramaticky mění ze stavu agresivního jednání vůči svému okolí až do stavu zcela opačného, který je provázen stavem euforie, bezstarostného a spokojeného stavu mysli. Velmi rychle upadá do stavu skleslé nálady, s pocity deprese, beznaděje a zlosti na celý svět. Vágnerová (1999) považuje nemoc nejen za biologickou odchylku ale i za určitý druh sociální deviace (Vágnerová, 1999, s. 57). Vymezená hranice mezi nemocí a zdravím není úplně jasná, závisí to především na zjištění, co je za nemoc považováno. Jak dále uvádí Vágnerová (1999) toto vše je zahrnuto v profesionálním zhodnocení zdravotního stavu nemocného, které z tohoto hlediska bereme jako objektivní (Vágnerová,

1999, s. 58). Chromý (1984) k tomu uvádí, že se jedná o tendenci rozšiřovat obsah nemoci na základě medicinizace různých potíží. Okolí tuto skutečnost akceptuje, jelikož se nabízí mnoho způsobů řešení daných problémů, s kterými by si jinak nebyla schopna poradit. Jakýkoliv projev nemocného, který je projevem duševní nemoci, ho nějakým způsobem označuje jako nemocného a tím předurčuje jeho projev a předurčuje chování okolí vůči němu. Vágnerová (1999) uvádí, že názorové postoje, které ve společnosti převládají, se nepochybně promítnou i v názorech nemocného, v jeho subjektivním hodnocení vlastní nemoci. Postoj k vlastní chorobě může v různé míře ovlivňovat změny identity takového člověka. Vágnerová (2008), ve své publikaci nepíše přímo o duševních nemocech, ale popisuje nemoc v obecném kontextu, popisuje postoj společnosti k pacientům tak především jejich postavení a roli ve společnosti a rodině. Pacient s tímto onemocněním se ne vždy musí projevovat pouze na základě těchto tří kategorií či hledisek, ale nepochybně jsou pro něj velmi důležité. Domníváme se, že to jakým způsobem společnost dokáže vnímat člověka s duševním onemocněním je především odrazem toho, jak se vnímá samotný pacient a jak se postupně utváří jeho postavení ve společenském systému. Je nepochybné, že postoj společnosti k nemoci, se přenáší na své nejbližší a rodinu. Nejbližším záchytným bodem je rodina, zde má pacient největší oporu a bezpečné zázemí a především očekávané porozumění. Každá závažnější choroba není jen problém nemocného, ale celé rodiny. Její závažnost a posléze daná medicínská prognóza, zákonitě dopadne plnou zátěží. Rodina je pro nemocného důležitá z mnoha faktorů, nejen že dochází k emoční podpoře, ale i finanční a materiální. Ovšem pokud se rodina a blízcí rozhodnou, pro převzetí role pečující o nemocného, znamená to pro ně obrovskou změnu v jejich rodinném životním cyklu a životním klimatu.

## **1.2 Sociální změny z pohledu člověka, postiženého duševní nemoci**

U závažné nemoci člověka dochází k změnám v sociální pozici. Duševně nemocnému, se mění rolová situace, například v zaměstnání, které mu přinášelo do té doby pocit uspokojení. Vágnerová (2008) se zmiňuje ve své práci o nemoci a jejím dosahu na změnu postojů společnosti k nemocnému, změny role a postavení nemocného v rodině. Jedná se dle našeho názoru o tři nejdůležitější kategorie, které nemocného ovlivňují nejvíce. Vnější

okolí vnímá duševní onemocnění člověka, tak jak se vidí a vnímá svou nemoc postižený sám a jakým způsobem se postupně utvoří jeho rolové postavení a poté společenský postoj k nemocnému se prolíná a zasahuje i do rodiny samotné. Rodinné prostředí je bezpochyby jedním ze záchytných bodů pro nemocného, který je pro něj velmi důležitý. V momentu, kdy je rodina schopna převzít pečující roli a převzít odpovědnost, dochází k diametrálně změně uvnitř rodinného soužití.

### 1.3 Role duševně nemocného člověka

Pojem role je znám jak v psychologii, tak v sociologii. Různé sociologické školy se k rolím staví různě, pro Parsonsův strukturní funkcionalismus jsou prostředkem ke zvnitřnění norem a konformitě, jiné stránky role zdůrazňuje konfliktualismus, zatímco postmodernismus role vůbec odmítá s tím, že dnes už pevně dané, neměnné a sdílené role neexistují. My se zde přikloníme k autorům, kteří role považují za vhodný prostředek popisu určitých aspektů sociální skutečnosti. A. Mucchielli (1990) považuje koncept role za nejdůležitější koncept sociální psychologie, nezbytný pro jakékoliv zkoumání vzájemného lidského působení, které bere v potaz buď osobnosti účastníků, nebo systém sociálních vlivů a omezení působící na jejich vztah. Rozlišuje psychologickou stránku role, odkazující k osobnosti jednajícího, a stránku sociologickou, odkazující k sociálním vlivům. Keller (2005) píše o teorii sociálních rolí to, že člověk, je-li považován za normálního, potom jedná tak, jak to odpovídá jeho pozici ve skupině či společnosti. Lidé od různé úrovně sociálního statusu očekávají rozdílné naplnění příslušné sociální role. Čím vyšší se tento status v očích subjektu jeví, tím užší jsou i hranice pravidel a norem chování, které od objektu očekává. Goffman (1999) dle našeho názoru velmi přesně a efektivně vystihuje pojetí hraní rolí, kde se zmiňuje, že společenský styk vykazuje nejistotu, protože nikdy nejsou dostupné příslušné a relevantní informace o statusu a záměrech partnera ve vzájemném vztahu. Jak dále uvádí právě z tohoto důvodu je, nezbytné, aby se účastníci setkání shodli na sdílené představě, tedy přesně definovat danou vzniklou situaci a to například tělesným zjevem, uspořádáním daného prostředí, oblečením či způsobem vystupování a tím dal najevo své přesvědčení o svém záměru nebo statusu. Ne vždy se podaří prosadit danou definici situace, protože člověk má sklon sebe i danou činnost



idealizovat, přičemž se nemusí jednat pouze o jednotlivce ale i o celou spolupracující skupinu jedinců. Jedna i druhá strana přitom „hraje představení“ v němž každý individuálně zaujímá svou roli. Vágnerová (2008) uvádí, že pokud se daný jedinec nezachová v souladu se svojí sociální rolí, je okolím negativně hodnocen a právě v této souvislosti dochází k spojení hraní rolí a duševní nemoci samotné. Nemoc se stává součástí života a člověk tak získává „*kvalitativně horší roli nemocného*“ (Vágnerová, 2008, s. 89). Součástí role nemocného nejsou jen projevy samotné nemoci ale i oprávnění k určitému způsobu chování specifické pro danou duševní nemoc a které by bylo za jiných okolností neakceptovatelné. Vágnerová (2008) uvádí, že pro společnost sama přítomnost nemoci je považováno za určitý druh sociální deviace a s dalším nárůstem a prohloubením závažnosti nemoci je tento postoj ještě intenzivnější. Dle Vágnerové (2008), si společnost staví obdobu ochranného štítu pro situace, s kterými by si nebyla schopna jinak poradit. Nová role, do které se duševně nemocný člověk dostane, se ukazuje jako člověk, který si není schopen pomoci sám, tedy je bezmocný, na jedné straně získává jisté privilegované výhody, ovšem na druhé straně je zbaven nebo omezen v určitých povinnostech, omezen na právech (pokud tak rozhodne v některých případech soud). Od duševně nemocného se ale čeká, že bude mít snahu, chtít se léčit. Pokud ovšem odmítá z jakýchkoliv důvodů léčbu, tolerování vůči jeho stavu se stává bezpředmětným a je mu odepíráno. Goffman (1990) to charakterizuje tak, že pokud se pacient se zjištěnou nemocí o nápravu ve smyslu například toho že se léčí, vymáhá jakoukoliv výhodnou situaci, ale je spíše považován za někoho, kdo se pokouší situaci řešit. Rolové postavení a jakási tolerance vyplývající z této situace mu zůstává. Ovšem je zde i druhá stránka a to nemožnost za současných situací, postiženého vykonávat většinu obvyklých rolí například studentskou, pracovní apod. S tím dále souvisí ohrožení pozice v rodinném prostředí, například z důvodu závislosti na rodičích či členů rodiny. Prognóza nemoci způsobuje, že nemocný není schopen samostatnosti v jednání, což oslabuje jeho pozici v rodině i k ostatnímu blízkému okolí z hlediska rovnocenného postavení. Role pacienta v sobě nese i psychosociální obtíže. Nemoc vždy působí na psychiku nemocného. Ovlivní prožívání jak v případě běžného a relativně krátkodobého onemocnění, tak především při onemocnění dlouhodobém, popřípadě chronickém. Jakékoliv chronické onemocnění nejen duševního charakteru je velkou zátěží, neboť přináší trvalé znevýhodnění. Ačkoliv může dojít ke zlepšení zdravotního stavu, zcela vyléčit chronicky nemocného nelze. Chronicky nemocný „musí“ onemocnění přijmout, vytvořit si k němu postoj a naučit se s ním žít. Musí se vyrovnat se změnami, které se

vztahují k jeho roli a postavení a které se promítají do aktuálního prožívání. V případě chronického onemocnění dítěte je zátěž z nemoci přenesena především na rodiče, kteří se musejí se situací vyrovnat a zajistit dítěti co nejoptimálnější podmínky pro zvládnutí nemoci jak po tělesné, tak po psychické stránce. Nemocní prožívají onemocnění především ve vztahu k nepříjemnostem, které jsou s ním spojené. Nejsou schopni pochopit jeho závažnost či důsledky do budoucna. Zátěž, kterou pro ně nemoc představuje, projevují zvýšenou dráždivostí a emoční labilitou. Duševně nemocní mají úzkostné stavy, trpí nejistotou, obavami z dalších vyšetření, trápí je aktuální potíže a omezení. Labilita a úzkostnost pak často přetrvávají i během stabilizace nemoci a v období rekonvalescence, kdy rodiče zažívají obavy z relapsu. Tyto obavy nedovolují trvalý pokles úzkosti. Léčba přináší četná omezení často přináší omezení v dalších rovinách života (vztahy s vrstevníky, hospitalizace, omezené sociální zkušenosti, sebeobraz, sebepojetí, identita). Na nahlížení role nemocného uvádí například Scheff (1999), který vidí roli nemocného jako typové obsazení aktérů (type-casting), které vysvětluje jako získáním aktéra role danou nemocí ale obtížnou možností získat či vykonávat roli jinou. Nemocní se mohou cítit nespokojení s danou rolí, ale zároveň mají možnost některé aspekty nemoci přijmout a zakomponovat do svého chování. Duševně nemocný a nejen v tomto typu nemoci, očekává od společnosti tolerantní chování, z toho vyplývajícími výhodami, které by vedli k postupnému cíli. Tyto aspekty role může konat jak vědomě tak nevědomě podle určitého stavu v jakém se duševní nemoc zrovna nachází. Goffman (1990) vyjádřil svůj názor na toto chování nemocného ve smyslu, že nemocný má sklony k získání výhod a pochopení pro jeho minulé neúspěšné kroky, které učinil v době před nemocí. Goffman (1961) vyjadřuje názor na přijetí role nemocného jako odůvodněné, z toho důvodu, že jeho přijetím v psychiatrické léčebně jen umocňuje pocit pacienta o jeho vyloučení a zároveň odloučením od jeho nejbližší rodiny. Nato navazuje pocit nemocného, v jaké roli se nachází a kterému okolní svět připisuje i určitý druh chování. Jedná se o stigmatizaci onemocnění z pohledu okolního prostředí. Tomuto tématu se budeme věnovat v následující kapitole.

### 1.3.1 Duševní nemoc jako stigma

Duševní onemocnění nelze považovat jen za biologickou odchylku, postižený člověk získává i specifickou sociální roli. Podstatným znakem této role je přiznání určitých

privilegií, ale na druhé straně ztráta některých práv, která mají jen zdraví. Duševně nemocný má své práva, na jistou ohleduplnost, toleranci a trpělivost z důvodu jeho postižení touto chorobou. Ovšem okolím je považován za divného, méněcenného a nesrovnatelného se zdravými. Okolí od nemocného neočekává zvládnutí téhož jako u zdravých lidí, a kdyby byly tendence nemocného se něčemu takovému alespoň přiblížit, dochází v některých případech k odmítavé reakci. Duševně nemocný je pak nucen, se postavit do pasivní receptivní role postiženého, který má sice právo na péči a zabezpečení ale už nemá právo se srovnávat se zdravými. Jak uvádí jeden muž s amputovanou končetinou: *"I když něčeho docílíte, pořád nejste rovnoprávný, což si zdraví lidé ani neuvědomují."* (Pavlatová, 1996, s. 76). Trvalé duševní postižení může být za určitých okolností hodnoceno jako sociální stigma. Stigmatizující jsou především takové defekty, jejichž důsledkem jsou nežádoucí nápadnosti, které se projeví v sociálním kontaktu (zevnějšek, verbální a neverbální komunikace, úroveň uvažování atd.). Ty vyvolávají určitou nechuť (nebo přímo odpor) a bývají často spojeny s představou, že si je jedinec nebo jeho předkové nějak zavinili. V případě stigmatizujících postižení nejde ani tak o faktické omezení psychických či somatických funkcí, ale mnohem více o způsob, jakým jsou tito jedinci vnímáni, hodnoceni a na základě toho akceptováni (resp. spíše neakceptováni). Stigma není skutečnou vlastností člověka, ale je mu sociálně přisouzeno. Vyplývá z obecně platného pojetí normality ve smyslu standardnosti projevů a vnějšího vzhledu. Stigmatizace mění roli takového jedince, její sociální status a v důsledku toho mnohdy i jeho identitu. Tato změna se projeví např. způsobem komunikace s takovým člověkem, který je typický protektorským přístupem, neochotou vyslechnout jeho názor apod. Postižený jedinec je společností do role stigmatizovaného manipulován. Má velmi málo privilegií (běžných u jiných nemocí), je mu přisuzováno více negativních vlastností, je více odmítán, a proto má větší tendenci k izolaci od zdravé populace. Vlivem společného způsobu života si bývá jednání postižených skutečně více podobné, než kdyby žili v různých podmínkách. Tím se laická veřejnost dále utvrzuje v představě stereotypu projevu nějak postižených lidí. Izolace postižených může zvýšit pravděpodobnost takové změny jejich chování, která bude na překážku jejich přijatelné integraci do zdravé populace. Přítomnost postižených mezi zdravými je oběma stranami akceptována různým způsobem, v závislosti na vlastních zkušenostech i obecně platných tradicích. Zdraví a nemocní se ovšem ve svých názorech a postojích dost často liší a nemívají zcela totožná očekávání. Vzájemné nepochopení určitým projevům chování má tendenci k izolaci na obou

stranách, které ještě dále posiluje (Vágnerová, 1999, s. 53). Proces, v jehož průběhu dojde ke stigmatizaci, začíná ještě dlouho před stanovením diagnózy psychiatrem, již v té době hodnotí lidé z okolí potenciálního pacienta psychiatrické péče. Laici si všímají především vnějších projevů postiženého – jeho výrazů, pohybů, postojů, řeči a zaznamenávají neobvyklé projevy v jeho chování. Pokud zjistí, že tento člověk se „chová divně“ nebo „blázní“, začíná se tím proces, který může vést až k trvalé stigmatizaci. Přesto, že je vcelku obtížné podat ve stručnosti celkovou výstižnou definici stigmatu, následující Goffmanův pokus může být pochopen jako východisko, na němž lze založit další sociologické výzkumy, v němž tvrdí, že pokud před námi stojí cizí osoba, může poskytnout důkaz, že je jí vlastní atribut, který je odlišuje od ostatních v kategorii sociální skupiny, které by mohl být nemocný, členem, je jeho atribut u nich nežádoucí a v mezním případě dokonce nebezpečný a nepřijatelný a tím se nemocný vymezuje vůči této sociální skupině. Tímto se tento atribut stane stigmatem, především pro jeho diskreditující dopad. (Goffman, 2003, s. 10). Zdraví lidé si uvědomují, že postižení jsou společností přijímáni s rozpaky (Kehárová, 1992). V tom se s názory postižených shodovali. Stejná shoda existovala i v představě, že je postižený člověk nejnáze akceptován vlastní rodinou. Zde je opět zřejmá tendence izolovat nebo přijmout izolaci v nejbližším a pravděpodobně nejbezpečnějším prostředí. Společnost jako taková z tohoto hlediska za bezpečnou považována není. Obě strany cítí, že zde postižený nemá jistotu pozitivního přijetí a že je riskantní se o něco takového pokoušet. V reakcích zdravých lidí je ve vztahu k postiženému často zjevná samozřejmost asymetrie: postižený je akceptován jako pasivní objekt, pro něhož je třeba něco dělat, ale není považován za rovnocenného partnera. Lidé trpící zrakovým a pohybovým handicapem si mysleli, že by pro ně zdraví lidé nanejvýš zřídili ústav "*... nejlépe hodně daleko od lidí*" (Kehárová, 1992) (Vágnerová, 1999, s. 53). I v jiných projevech těchto lidí byl zřejmý pocit, že zdraví nemají o spolužití zájem. Postižení, zejména lidé s vrozenou poruchou, očekávali ze strany zdravých spíše vyhýbavý postoj. (I když zdraví, alespoň ve verbální rovině, vzájemný kontakt nevyklučovali.) Lidé s později vzniklým postižením neměli o postoji majoritní populace tak negativní ani tak rigidní představy. Oni sami byli dost dlouho zdraví a většinou se stále považují za součást normální společnosti. Uvažují v mnoha směrech jako zdraví, i když už takoví nejsou. Většinou se jim podařilo uchovat nějaké kontakty s lidmi, kteří žádným postižením netrpí, mají pocit jejich dostupnosti a symetrie ve vzájemných vztazích. I zde je zřejmá rozdílnost vrozeného a získaného handicapu. Pacienti si stěžují, že izolovanost od vnějšího okolí, které zavinuje jejich nemoc

a tento problém pocít'ují více než příznaky nemoci samotné, ztrácí vůči své osobě vážnost své sebehodnoty jako, před vypuknutím nemoci. I Česká republika, zareagovala na problém stigmatu a v roce 2004, učinila rozhodnutí vstoupit do osvětového projektu, který se stigmatizací duševního onemocnění zabývá. Jde o projekt s názvem „Změna“, který úzce spolupracuje s nadací Academia Medica Pragensis, která spolupracuje s mezinárodním programem World Psychiatric Association Open the Doors, který v roce 1996 započal osvětovou kampaň na toto téma. Cílenou skupinu v tomto případě jsou státní správa, zdravotnický personál a veřejnost, rodiče a přirozeně pacienti (<http://www.medical-academy.cz/destigma.html>).

### 1.3.2 Duševně nemocný a prostředí

Psychický stav každého jedince v různé míře ovlivňuje i prostředí, v němž v dětství vyrůstal a v němž nyní žije. Říčan (1997) doporučuje věnovat pozornost i konkrétní situaci, která vedla k vyšetření. To znamená zaměřit se na aktuální vlivy prostředí (rodiny, zaměstnání, společnosti atd.), které mohly přispět k rozvoji současných potíží. Vágnerová (1999) se domnívá, že zdravotní postižení představuje v primární oblasti, omezení, které je předpokladem k rozvoji „normálních“ funkcí. V oblasti sekundární mění vlastnosti nemocného člověka různé faktory vnějšího prostředí. Horáček (2003) i Praško (2003) mají obdobný názor, že vnitřní a vnější faktory jsou ve vzájemné interakci a nepochybně ovlivní nejen postupný vývoj u nemocného, ale především se mění chování v okolí nemocného. Vágnerová (1999) popisuje roli ve smyslu postižení jenž, představují určité znaky nemoci organismu, jehož nositel získává tuto roli se všemi pozitivy a negativy, které tato role dává. Jak uvádí Goffman (1990, s. 55), *“ takovýto člověk, nemusí sice čelit předsudkům vůči sobě, musí však čelit tomu, že je bezděčně kladně přijímán lidmi naplněnými předsudky vůči osobám, k nimž, jak může vyjít najevo, patří “*.

## 2 SYNDROMOLOGICKÉ ČLENĚNÍ DUŠEVNÍCH NEMOCÍ

Dlabal (2013) uvádí ve své práci, že v současnosti, vychází lékařská klasifikace nemocí zejména z popisu symptomů jednotlivých duševních nemocí. Vzhledem k různorodým etiopatogienické a multifaktoriální etiologii, především, u duševních chorob, je obtížné přesně vymezit příčiny a jejich mechanismy spojené s tímto druhem onemocnění. Vymezení každé poruchy je vymezena od určitého počtu diagnostických kritérií, nebo jejich absencí. Klasifikace duševních poruch je obsažena v dokumentu desáté revize mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10. Zvolský (1996) uvádí, že v tomto dokumentu je duševní nemoc ve všeobecnosti definována jako významný behaviorální nebo psychický syndrom, který provází nepříjemné pocity anebo, je funkčním narušením alespoň jedné z životních oblastí či spojeno rizikem bolesti vedoucí ke ztrátě svobody nebo úmrtí. Do obecnější kategorie duševního onemocnění se zařazují MKN-10 psychické a behaviorální poruchy zejména pro jejich společné příznaky a hlavní znaky. Označení každé diagnostické kategorie se skládá z alfanumerického kódu, kdy písmeno označuje kapitolu oboru, v tomto případě písmeno F – psychiatrie. Dále následují čísla označující hlavní sekci, diagnostickou kategorii, její druh, případně průběhovou formu. Např. označení F20.10 znamená: F – duševní porucha, 2 – kapitola schizofrenie, 0 – schizofrenie, 1 – hebefrenní forma schizofrenie, 0 – průběh chronický. (Raboch, Zvolský, 2002, s. 140-141).

### **Psychiatrii je v MKN-10 věnována V. kapitola, která je označena písmenem**

F. Obsahuje asi 1000 kategorií rozdělených do 10 sekcí.

Do skupiny F00 – F09 patří duševní a symptomatické poruchy,

- F10 – F19 - zahrnuje poruchy chování vyvolané psychoaktivními látkami
- F20 – F29 – do této skupiny patří schizofrenní poruchy, poruchy s bludy a schizofrenie
- F30 – F39 – tato skupina zahrnuje afektivní poruchy- poruchy nálad
- F40 – F49 – všechny poruchy, které jsou vyvolány stresem, nebo somatoformní poruchy a v poslední řadě neurotické poruchy.
- F50 – F59 – tato skupina souvisí s behaviorální syndromem spojeným s fyziologickým a somatickými faktory

- F60 – F69 – skupina popisuje poruchy osobnosti, změny a tím vyvolávané poruchy chování u dospělé populace
- F70 – F79 – skupina jež se vztahuje k duševnímu opožďování, mentální retardaci
- F80 – F89- kategorie, která popisuje poruchy v psychice vývoje
- F90 – F98- skupina, která trpí poruchou chování a emoční lability v dětském věku a adolescentním období
- F99 - tato kategorie popisuje nespecifikované duševní poruchy

„ *Diagnostické kategorie slouží k vzájemnému dorozumívání odborníků i volbě správné léčby. Je důležité, aby tyto systémy byly relativně stálé, jednoznačně definované a vycházely z faktů, které jsou všeobecně uznávány*“ (Raboch, Zvolský, 2002, s. 141)

## 2.1 Definice schizofrenie

Schizofrenie patří mezi závažné, celoživotní duševní onemocnění, postihující především populaci ve věku mezi 15 - 35. rokem. Nemoc charakterizuje zejména specifické narušení nemocného s realitou. Pro postiženého touto nemocí je nepřijatelné sdílení jeho reality s ostatním okolím, jehož důsledkem je nesrozumitelné chování pro vnější okolní svět a jeho postupná izolovanost od tohoto světa. Schizofrenie je duševní onemocnění, jehož název z řečtiny (schizis = rozštěp, frén = mysl) vystihuje jakési rozštěpení či roztržštění psychiky nemocného, jehož vnímání, myšlení, city, vůle a vnější projevy jsou tak chorobně změněny, že jsou pro okolí velmi těžko pochopitelné, čímž se dále zhoršuje již primárně narušený kontakt nemocného s okolím a jeho odtržení od společnosti a reality. (MUSIL a kol., 2006, s. 105). Dle Hosákové (2007) je „*Schizofrenie duševní onemocnění charakterizované poruchami téměř všech psychických funkcí, především myšlení, vnímání, emotivity a jednání. Schizofrenie je onemocněním psychotickým (psychóza je charakterizována bludy, halucinacemi, dezorganizovaným slovním projevem a chováním, poruchou reality)*“. Jedná se o závažné onemocnění. Postihuje lidi v mladém věku na prahu života, mnohdy zásadním způsobem ovlivňuje jejich schopnosti studovat a pracovat. Vágnerová (2004) uvádí, že je „*schizofrenie výrazným stigmatizujícím onemocněním. Lidé s duševní poruchou se díky svým nezvyklým projevům chování odchylojí od dané společenské normy a převažující reakcí ostatních lidí*

*a pak dochází k odmítání takto odlišného jedince nebo snaha o jeho vyloučení ze společnosti. Pak dochází k posílení předsudků, díky nedostatečné znalosti společnosti o příčinách této choroby a o jejím prožívání samotnými lidmi trpícími schizofrenií.“* Dle autorů Vymětal (1997), Vágnerová (2004) jsou zde nepřehlédnutelné a výrazné psychosociální důsledky takzvané kognitivní dysfunkce, která provází schizofrenii. Vyznačuje se výrazným postižením paměti a pracovní paměti, což znamená schopnost uchovávat informace k použití pro zpracování.

## 2.2 Druhy schizofrenii dle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10

**Schizofrenní symptomy** nejsou specifické. Jsou vnějším projevem nebo kompenzací narušené duševní funkce. Mohou se vyskytovat jako příznaky u jiných duševních onemocnění a ojediněle i ve zdravé populaci. Byly nalezeny mezi lidmi, kteří nikdy psychiatra nenavštívili, nemocní se necítí a nejsou za nemocné považováni. Co je pro schizofrenii typické je uskupení příznaků a vliv, který mají na chování nemocného. Příkladem poruchy duševní funkce, která vede ke vzniku symptomů, je např. snížená schopnost rozlišit podstatné od nepodstatného (signál od šumu). Ta vede ke ztrátě souvislosti v myšlení, rozvolnění asociací a neschopnosti vyznat se ve světě. Tyto příznaky podporují potřebu vytvářet subjektivní, emočně nabitě a jednoduché rekonstrukce reality, které jsou odvozeny od starých a osvědčených vzorců myšlení a chování. Takovým vzorcem může být např. vztahovačnost – zjednodušený a ostražitý výklad skutečnosti, který kompenzuje snížení schopnosti rozpoznat hrozbu. Podobně vzniká nadměrná nebo naopak omezená pohybová aktivita. Z nich pramení bludná věrohodnost a motivační síla jednoduchých interpretací a nápadů, kterými se člověk snaží vnést do skutečnosti řád. Ne všechny symptomy schizofrenie tedy mají stejnou funkci a hodnotu. Některé jsou bezprostředním a jiné zprostředkovaným projevem narušení funkce. Jsou symptomy, které se projeví snížením funkce, jinými pak její kompenzace nebo nedokonalé nahrazení, tedy kompenzace na jednodušší nebo nižší úrovni. Schizofrenie je duševní onemocnění, které má několik variant v psychopatologickém tak i patofyziologické míře. Proto, se již od počátku používání tohoto diagnostického pojmu hovořilo o“skupině schizofrenií“. Pojem je běžně užíván v jednotném čísle, ale je pravděpodobné, že sdružuje řadu stavů, které sdílejí některé společné psychopatologické charakteristiky, ale mohou se lišit



patofyziologickými ději, průběhem i různými okolnostmi vzniku a rozvoje onemocnění. (Raboch, Zvolský, 2002, s. 227-228).

### **2.2.1 F20.0 Paranoidní schizofrenie**

Paranoidní schizofrenie je typická zejména halucinacemi a bludy, které mají neuspořádanou míru a naléhavost, která závisí na stadiu nemoci, v kterém se nachází. Blud znamená přesvědčení, které je mylné a nepravdivé. Vzniká z předpokladů chorobné mysli na psychotickém základu, kterému pacient uvěří a má vliv na jeho chování a jednání. Bludy vypadají v představách nemocného v různé formě, ale nejčastěji je obsažen v zvláštní bytosti či osobě, ke které má pacient nějaký vztah. V tomto bludném světě nemocného pacienta, pociťuje, že není sám, ale že je středobodem v často negativně naladěném protikladu k realitě světa, kde jsou jeho pocity velmi sklíčené a nejisté. Tuto nemoc charakterizuje především halucinace a halucinatorní hlasy, které nemocnému udávají rozkazy, dostávají významné a tajné sdělení, kdy tyto hlasy nemusí mluvit přímo k jeho osobě. Pacient je slyší z valné většiny z vnějšku a velmi výjimečně vycházejí přímo z jeho nitra. Halucinace mají více forem, jako jsou tělesné, zrakové nebo čichové. Pacient neakceptuje skutečnost, že jeho halucinace je pouze v jeho chorobné fantazii, jelikož jeho interpretace světa je ta správná. Tyto faktory jako jsou halucinace a bludy jsou příčinou neobvyklého chování a jednání pacienta. Z důvodu těchto projevů nemoci, pak může nemocný být nejen pro okolí ale především sám pro sebe nebezpečný. Kupříkladu po vyslyšení hlasu spáchá sebevraždu, zapálí dům, nebo si opatří výbušninu pro svou ochranu. Pokud není člověk trpící touto chorobou léčen, může dojít k podobnému jednání (Raboch, Zvolský, 2002, s. 233).

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

Hebefrenní schizofrenie patří především rané dospělosti a adolescenci, která propuká kole 15 - 25 roku. Tato forma duševního onemocnění má zpravidla špatnou prognózu. Problémem je především to, že k němu dochází v období rozvoje osobnosti, kdy se teprve utváří a tabuizuje identita jedince. Jestliže v tomto vývojovém období nemoc udeří, hrozí, že nová identita se nemůže vytvořit a ta původní dětská ještě nemá natolik silné základy a v tomto smyslu je nedostatečná. Nemoc má charakter prodloužené puberty s chováním, které vystupuje ve formě výrazného klackovitového, hrubého až vulgárního projevu, které neodpovídá současnému věku. Mezi další znaky této choroby je porucha myšlení a

emocionálních reakcí. Duševně nemocní vystupují ve svém chování velmi nápadně a nepřiměřeně vše kolem sebe hodnotí. Emocionální reakce jsou po propuknutí nemoci kolísavého charakteru, které doprovází střídání depresí a strachu. Jejich emoční reakce jsou také provázeny výrazným mimickým a pantomimickým projevem, které mají za určité situace formu komunikace. Později je ale tato schopnost nemoci potlačena a okolí ztrácí možnost se orientovat podle nich orientovat. Pacienti mají nepřiměřené reakce, grimasují nebo požívají nesmyslné gestikulace v situacích, která se tomuto chování vymyká a jejich projev plný vtipů a pseudofilozofických úvah je značně nelogická pro své okolí. Mají nepřiměřené tendence k naprosté necitlivosti ke svému blízkému i vnějšmu okolí. Jejich projev suverénní, nepochybující, ví všechno nejlépe. Pacienti mají velmi nápadný verbální projev, slovní vazby jsou často nesmyslné. Dále se u nich projevuje zrakové a sluchové halucinace což má za důsledek pokřiveného prožitku, jednání se jeví podivně a pro okolí naprosto nelogické. Pacienti mají tendence náhle a bez jakéhokoliv důvodu utíkat. Jsou nápadní i svým zevnějškem, jejich oblečení je nápadné a podivné a pozdější forma nemoci zapříčiňuje celkový úpadek osobnosti (Raboch, Zvolský. 2002, s. 234).

### 2.2.3 F20.2 Katatonní schizofrenie

U pacientů, s touto formou onemocnění schizofrenie je nápadná v oblastech motoriky. Dělí se na dvě možné varianty:

- Produktivní forma, se vyznačuje především nepřiměřenou a nadměrnou aktivitou v pohybové oblasti. Může se jednat o celkové zvýšení aktivit, anebo se může jednat o echopraxii, echolálii – kdy pacient neustále opakuje stejná slova nebo věty, popřípadě opakuje některé pohyby.
- 2. Stuporózní forma, se vyznačuje útlumem nebo pomalou aktivitou motorické části, což znamená, že nemocný se nepohybuje, dokáže být dlouho v jedné poloze, nekomunikuje, je agresivní ve snaze se jakkoli aktivizovat. Projevuje se negativisticky, reaguje protichůdně, když se po něm chce nebo vybízí. Příkladem může být situace, kdyby po něm někdo chtěl, aby ho někdo z okolí posadil na židli, nebo mu zvedl jednu z rukou, pak tento pacient v této poloze prostě zůstane, tento jev nazýváme „*flexibilitas cerea*“ což v překladu znamená - vosková ohebnost. Nemocný se chová jako loutka na provázcích. Pacienti trpí halucinacemi, které mají za následek zákazu komunikovat nebo jednat. Jejich chování je značně nevyzpytatelné a nepředvídatelné, je to z toho důvodu, že plní rozkazy, které slyší

ve své mysli. Vacek (1996) uvádí, že případů katatonní schizofrenie je v současnosti málo. V minulosti, to ale taková vzácnost nebyla, což pravděpodobně souvisí s moderní léčbou (Raboch, Zvolský, 2002, s. 235).

#### 2.2.4 F20.6 Simplexní schizofrenie

Pro toto onemocnění je charakteristické časnost a plíživost ve svém vzniku. Pacienti jsou pasivní až apatičtí, bez jakéhokoliv zájmu o cokoliv, mají autistické chování a snadno se odlučují od okolního světa. Nejsou schopni zvládat běžné situace a požadavky, vystupují jako zcela nevykonní. Myšlení pacientů, postižených touto nemocí se časem zhoršuje natolik, že se nemocný dostane na demenční úroveň. Pacient nerespektuje pro společnost běžné normy sociálního chování, mají tendence k zahálení a potulování. Odmítá společenské normy a inklinuje k zahálce a potulování (Raboch, Zvolský, 2002, s. 232)

### 2.3 Příznaky a průběh schizofrenie

Vágnerová (1999, s. 95) uvádí, že hlavním příznakem schizofrenie je pocit jakési cizosti, a schizofrenní onemocnění vyžaduje v určité fázi nemoci hospitalizaci na oddělení psychiatrické péče. SMOLÍK (2002) uvádí, že pacient má pocit, že většina jeho myšlenek, počínů a pocitů je známa jiným osobám v jeho okolí nebo je s ním přímo sdílí, poté se mohou rozvinout bludy, vysvětlující jeho pocit jako následek přirozených a nadpřirozených sil, ovlivňující jeho myšlenky nebo činy. Má sníženou schopnost komunikace s okolím, trpí nespavostí, poruchou příjmu potravy. Schizofrenik neumí souvisle uvažovat, jeho úsudek vyplývá z jeho vnitřní logiky myslí v jeho individuálním světem vytvářející halucinace a bludy, což je průvodním faktorem schizofrenie (Vágnerová 2002, s. 178). Tato nemoc se projevuje především několika psychopatologickými fenomény, které popisuje Zvolský (2002), který uvádí že, je pro diagnózu důležité průvodní faktory, do kterých patří ozvučování, odebírání nebo vkládání myšlenek. Mezi důležité faktory patří kontrolovanost duševně nemocného, jako je bludné vnímání a jeho interpretace, která vychází z jeho chování. Dalším faktorem, který je důležitým vodítkem pro stanovení diagnózy je dlouhotrvající stav přítomných halucinací, které zcela neodpovídají jeho stavu sladěnosti. Mezi méně charakteristické příznaky schizofrenie patří nečinnost, nezájem o dění kolem sebe, sociální ústup od společenského dění, patří sem zejména známka katonie duševně

nemocného nepřiměřené emoce, negace, úbytku na váze apod. Mezi důležité příznaky patří porucha myšlení – inkoherece. Je obtížné určit přesnou dobu nástupu onemocnění a přitom je to velmi důležité. Je prokázáno, že čím dříve je onemocnění schizofrenií rozpoznáno a čím dříve se započne s léčbou, tím lepší je prognóza a tím méně času stráví pacient v nemocnici v následujících letech. Tím menší je také riziko chování, které schizofrenní onemocnění komplikuje nebo provokuje jeho těžší formu. Takové chování zahrnuje abúzus drog a rizika nespořádaného života včetně setkání s násilím. Mezi typické prožitky u schizofreniků patří vztahovačnost na které má vliv z větší části pro něj přesvědčivé bludy. Vyplývají z jeho přesvědčení, že vše co se kolem něho odehrává je s ním nějak osobně významově provázáno, něco nebo někdo k němu promlouvá i když ne vždy tomu sám rozumí a je to pro něj nesrozumitelné. Pokud dojde k přesvědčení, že je pacient zkoušen inscenací běžné situací, které mají ale ve skutečnosti opačný význam a je veden někým neznámým, je to projev duševního vypětí, které pak vyústí k nepředvídatelným činům. Napětí mnohdy předchází paranoidnímu “bludnému ladění“ a je spojeno s těžko sdělitelnými prožitky neskutečnosti a výjimečnosti. Tyto prožitky mají povahu psychotické depersonalizace a proměnlivost jejich intenzity a průběhu je značná. (Raboch, Zvolský, 2002, s. 230-231)

### 2.3.1 Příčiny onemocnění

V současné etiologii je schizofrenie chápána jako multifaktoriální (Bleuer, 1998, Elgie a kol., 2006, Halweg a Dose, 2000). Zkoumané byly genetické, morfologické, biochemické a neuroendokrinní faktory, no ani jeden se neukázal jako hlavní příčina onemocnění. Přestože schizofrenie představuje skupinu onemocnění, je předpokládána i různorodost činitelů. Tradiční problém etiologie dědičnost versus sociální a psychické faktory se ukazují jako překonaný. Dörner a Plogová (1999) uvádějí, že mezi výzkumníky převládá názor, že tyto dva faktory spolupůsobí a že tu existuje biopsychosociální souvislosti. Příčiny vzniku schizofrenie se snažili vysvětlit i psychosociální a psychodynamické modely. Jako příklad takového modelu Dörner a Plogová (1999) uvádějí biografickou hypotézu, která uvádí, že dospívající a jejich rodiny selžou při procesu separace. Vazba s láskou, nenávist a touha po odloučení jsou stejně intenzivní a napětí z toho způsobuje změny v rodinném systému, přičemž v něm mohou vzniknout trhliny. Výzkum rodiny nám může podle těchto autorů pomoci porozumět osobnosti konkrétního člověka. Výsledky

výzkumu rodiny lidí trpící schizofrenií poukazují na častý výskyt ambivalentní vazby matka – dítě a současně nepřátelské a přehnané ochranné tendence. To přispívá k vývinu slabosti ega, které je potom zranitelnější. Dlouhodobé studie ukazují, že průběh onemocnění byl i po desetiletích o to příznivější, čím vyrovnanější a širší byl rodinný systém před vypuknutím první krize (Dörner a Plogová, 1999, s. 68).

## 2.4 Prognóza schizofrenie

S ohledem na dlouhodobost a průběh nemoci, je mezi nemocnými velká variabilita. Příznaky schizofrenie, úzce souvisí s její další prognózou. Například Motlová (2004) uvádí, že schizofrenie je nemoc, která se po několika letech trvání může zlepšovat. Schizofrenie nemusí být onemocnění konečné a definitivní. Asi jedna třetina pacientů se po vypuknutí nemoci uzdraví a nové útoky nemoci se poté již neobjevují. Postupně se dokážou vrátit k normálnímu životu, nemoc postupně ustupuje až k úplnému vyzdravení. Další třetina má sinusoidový průběh, jelikož tato skupina prodělává ve svém životě opakované ataky ze strany nemocí, které se střídají s fází uzdravování. Češková (2005) k tomu ve své publikaci uvádí, že u nemocných přetrvávají jisté negativní příznaky nemoci, ale relativně adaptovaní, ale u druhé třetiny má tendence nemoci spíše zhoršující průběh. U schizofrenie je průběh nemoci, náhlý a má bouřlivý začátek, ale prognóza je lepší než li forma plíživé a pomalé schizofrenie. Jestliže byl pacient před svým onemocněním bez nenápadných příznaků, jeho chování nevykazovalo velké výkyvy v normalitě, má velkou šanci na zlepšení svého zdravotního stavu až úplné vyléčení. Pfeifer (1995) uvádí, 20% schizofreniků, má pouze jednu epizodu schizofrenie ale u 60% pacientů dochází po celkovém zhoršení stavu k úbytku schopností v adaptaci a nemoc se v plné síle vrací na začátek. Tento stav nazvala Vágnerová (1999) jako syndrom zlomené pružiny, kdy pacienti nejsou schopni jednání a pracovní činnosti, tak jako dříve z mnoha příčin, jako je horší adaptabilita nebo neschopnost snášet zátěžové situace apod. Jejich stav a pocity pociťují ve zvýšené únavě, nedokážou se radovat, a cítí se tělesně i duševně nemocní. Pacienti si uvědomují, že jejich stav se vymyká a že se něco děje. V 20% případů, dojde u schizofreniků k naprostému rozkladu jeho osobnosti, posléze jeho stav přejde do demence a již nejsou schopni se o sebe postarat a je nutná trvalá péče psychiatrické léčebně. Tato nemoc, vyžaduje odbornou lékařskou pomoc a očekávat výrazné zlepšení po hospitalizaci

nelze. V medikační léčbě se projevy pacienta zmírňují, uklidňují a regulují, ale ne vždy léky zamezí úplnému vymizení projevů schizofrenie schizofrenie. Obecně se dá říci, že tato nemoc je v dnešní době léčitelná, pokud pacient spolupracuje a dodržuje dané lékařské doporučení a chce spolupracovat. Pokud se ale u těchto pacientů projeví nemoc v akutním stádiu, pak je hospitalizace v ústavním zařízení nevyhnutná (Vágnerová, 1999, s. 96).

## 2.5 Léčba schizofrenie

Způsob jakým probíhá léčba schizofrenie, se zakládá, z větší části na medikaci léků, jejichž účinky tlumí příznaky této choroby. V současné době neexistuje žádná známá léčebná metoda, která by dokázala schizofrenii vyléčit do úplného vyzdravení pacienta. Zlepšení pacientova stavu závisí na intenzitě nemoci, její diagnóze, a prognóze. Mezi další důležité aspekty, které přispívají k zlepšení a podpoře stavu pacienta je správná informovanost pacienta a jeho blízké rodině v způsobu správného užívání léků. U schizofrenie je nezbytná *farmakologická léčba*. Čím dříve se s léčbou schizofrenie začne, tím menší je pravděpodobnost relapsů onemocnění, nižší spotřeba léků a riziko přetrvávajících sociálních následků. Počáteční stadia schizofrenní psychózy jsou často léčena ambulantně. Budoucnost pravděpodobně přinese nové postupy v oblasti farmakoterapie, která ovlivňuje zanedbanost části rozměru psychózy, které jsou negativní symptomatologie nebo kognitivní zchátralost (Raboch, Zvolský, 2001, s. 86). Léčba je založena na farmakoterapii antipsychoticky působícími léky. V současné době hovoříme o antipsychotikách, dříve se používal pojem neuroleptika. Tzv. antipsychotika II. generace, která psychiatři používají v posledních dvaceti letech (bývají označována také jako atypická antipsychotika), nezpůsobují vedlejší účinky spojené s dříve ordinovanými neuroleptiky (extrapyramidovou svalovou ztuhlost). K léčbě patří samozřejmě jasně stanovená diagnóza a léčebný plán, který vychází z individuálního stavu nemocného, s jeho věkem, anamnézou, ochotou ke spolupráci. Důležité je rodinné zázemí a vzájemná důvěra mezi pacientem a lékařem. Nezbytná je edukace pacienta. Je dobré, aby znal povahu svých obtíží a věděl o působení ordinovaných léků. Jenom tak může získat pocit kontroly nad tím, co se s ním děje. To je důležité i v případech, kdy je pacienta třeba z důvodu ohrožujícího neklidu vůči okolí nebo sobě třeba i fyzicky omezit. I tady je nutné předem,

potom i průběžně vysvětlovat proč jsou které kroky podnikány. Pacienta i jeho blízké je třeba připravit i na potíže, které mohou vzniknout

### 2.5.1 Rehabilitace a psychoterapie

Současná psychoterapie je samostatným interdisciplinárním oborem zasahujícím do různých oblastí psychologie i medicíny. Podle J. Vymětala (2001) je rovněž oborem transdisciplinárním, který se uplatňuje napříč činnostmi zaměřenými na pomoc člověku v tíživé situaci. Představuje zastřešující termín pro celou řadu intervenčních metod sloužících ke zlepšení života a zdraví člověka. Specifický rozdíl, odlišující tuto činnost od jiných léčebných činností, lze hledat podle Kratochvíla (1998, s. 13) v několika základních směrech:

- čím působí,
- na co působ,
- čeho má dosáhnout,
- co se při ní děje,
- kdo působí.

*„Psychoterapie je vědomou, záměrnou aplikací klinických metod a mezilidských přístupů odvozených od zavedených psychologických zásad a pomáhá lidem pozměnit jejich chování, poznávání, emoce a další vlastnosti tak, jak to účastníci považují za vhodné“* (Prochaska, Norcross, 1999, s. 19). Obecným cílem psychoterapie je bez ohledu na teoretické koncepce jednotlivých směrů obnova zdraví klienta (pacienta). Prochaska a Norcross (1999) shodně s Vymětalem (1997) považují za cíl, oboustranně žádoucí změny v chování, myšlení a prožívání, včetně změn osobnostních charakteristik. Podle příslušnosti k hlavním teoretickým modelům lidské psychiky lze psychoterapii za cenu určitého zjednodušení dělit na tři základní směry.

- Dynamická psychoterapie věnuje pozornost vlivu minulých zážitků a nevědomých procesů na současné problémy a potíže.
- Kognitivně - behaviorální psychoterapie převážně učí překonávat současné problémy a potíže nácvikem žádoucího chování a myšlení.
- Humanistická psychoterapie se zabývá sebeaktualizací, rozvojem vnitřního prožívání a vlastních možností, naplňováním životního smyslu.

*„Psychoterapie je především léčbou (sekundární prevencí), ale i profylaxí (primární*

*prevencí) a rehabilitací (terciální prevencí) poruch zdraví, která se uskutečňuje výhradně psychologickými prostředky, tedy prostředky komunikační a vztahové povahy“* (Vymětal, 2004, s. 20). Předmětem psychoterapie je lidské zdraví a jeho poruchy v prevenci, léčbě a rehabilitaci těchto poruch. Rehabilitování pacienta by mělo přispět k navrácení jeho narušených schopností, které schizofrenie narušila nebo natolik snížila, že mu znemožnila zpětné zapojení do „normálního“ života. Nácvik sociálních dovedností a vztahů se specificky zaměřuje na postupný návrat do rodinného a společenského života. Tuto specifickou oblast zajišťují specializované instituce k tomu vytvořené jako jsou například denní stacionáře, centra psychosociální péče, svépomocné skupiny k tomu specificky na danou nemoc vytvořené apod. Výše uvedené specializované instituce mají za úkol dopomoci duševně nemocnému k částečnému převzetí odpovědnosti za svůj současný stav a motivaci k aktivní snaze se léčit.

### **2.5.2 Rodinná psychoterapie a intervence**

Povinnost lékaře informovat pacienta, případně osoby jemu blízké o charakteru onemocnění, léčbě a prognóze je zakotvena v platných právních normách. Lékařova povinnost či pacientovo právo na informace však nejsou jediným důvodem, proč by měli lékaři své pacienty edukovat. Tím hlavním důvodem je ověřený fakt, že u chronických multifaktoriálních onemocnění, k nimž patří i schizofrenie, je prokázáno, že informovaní pacienti lépe spolupracují při léčbě. Praško (2003) uvádí, že lepší spolupráce znamená lepší prognózu. Platí to pro diabetes, hypertenzi, bipolární poruchu i periodickou depresivní poruchu, stejně jako pro schizofrenii. U schizofrenie má význam nejen edukace pacienta, ale zapojení celé rodiny či blízkého pacientova okolí. Vágnerová (1999) uvádí, že příbuzní často z bezradnosti a neinformovanosti zvyšují napětí v rodinném systému, které může u pacienta zhoršit úzkost a vyprovokovat relaps. Programy, které se zaměřují na poskytnutí detailních informací pacientům a jejich blízkým, je naučí s nemocí zacházet a zadaptovat se na ni, snižují frekvenci relapsů a hospitalizací během dvou i víceletého sledování, vedou ke snížení symptomů. Význam rodiny pro terapii schizofrenie je podstatný. Lehčí ataky se dokonce léčí bez hospitalizace, buď ambulantně, nebo v denním sanatoriu. Pacient pak bydlí se svými příbuznými. Pro nemocného je velmi potřebné, aby v rodině bylo vytvořeno "příznivé klima" bez prudkých emocí, výčitek, mentorování nebo hádek. To bývá někdy obtížné, protože je v lidské přirozenosti, hledat viníka odpovědného za psychotickou krizi mezi sebou. Většina příbuzných není připravena na problémy, které psychóza přináší. Proto



nevědí, jak nejlépe reagovat na onemocnění. Následkem toho mnozí pacienti ztrácejí kontakt se svojí rodinou. Příbuzní potřebují podporu profesionálů, často informace, rady nebo psychoterapii. Pacient, který v důsledku nemoci přišel o mnohé sociální dovednosti, se je v rodinném podpůrném prostředí snáze naučí. Rodinní příslušníci jsou mnohdy první, kdo správně a včas rozpoznají počínající relaps onemocnění. V prevenci relapsu onemocnění zaujímá důležité místo psycho-edukace. Jedná se o poskytnutí jasných a srozumitelných informací nemocným a jejich rodinným příslušníkům. Informace se týkají etiologie, příznaků, průběhu, terapie a zásad předcházení dalším atakám schizofrenie. Vedle získání potřebných informací dochází i k emoční úlevě a podpoře účastníků psycho-edukačních skupin. Cílem postupu je lepší porozumění nemoci a zlepšení spolupráce nemocného a jeho rodiny při léčbě. Psycho-edukace bývá odborníky podceňována a v běžném provozu na oddělení na ni mnohdy nezbyvá čas. Nespolečná ze strany pacientů a jejich rodin je jedním z nejdůležitějších faktorů při neúspěchu léčby schizofrenie ( Gaebel W. K., 1997, s. 28). Edukace spolupráci zlepšuje a umožňuje aktivní účast nemocných v terapeutickém procesu. Nespolečná je pojem komplexní a zahrnuje též postupy lékaře, absence udržovací a profylaktické medikace antipsychotiky, dávkování léků, rozpoznání nežádoucích účinků psychofarmak apod.

### 3 RODINA

Sobotková (2001, s. 22) definuje rodinu jako skupinu lidí se společnou historií, současnou realitou a budoucím očekáváním vzájemně propojených transakčních vztahů. Členové jsou často (ale ne nutně) vázáni hereditou, legálními manželskými svazky, adopcí nebo společným uspořádáním života určeném na úseku jejich životní cesty. Kdykoli mezi blízkými lidmi existují intenzivní a kontinuální psychologické a emocionální vazby, může být pojem rodina, i když jde např. o nesezdaný pár, o náhradní rodinu. Možný (2006) se zabývá vývojem pohledu na rodinu v čase a pohledem různých sociologických směrů. Rodina se vyvíjela, a neustále vyvíjí. Od tradičního pojetí monogamické rodiny jako nezrušitelné instituce s výhradním právem na reprodukci, postupně s měnící se společností ustupující od tradičních hodnot, jako je právě např. posvátnost manželství, přibývá neuzavřených soužití. Možný (2006) uvádí, že smysl rodiny se také mění tím, že některé její funkce zastávají i jiné instituce, jako kupříkladu škola nebo stát. Cestou k postmoderní rodině se mění zejména mužská a ženská role a jejich postavení v rodině, kdy výhradním právem na kariéru nemá pouze muž, ale i žena a ve stejném kontextu stejně tak dochází i k rozdělení péče o děti, které byla dříve výsadou žen. V současné době vystupuje rodina v malém počtu členů jejich Minuchin (1974) uvádí, že rodina se vždy přizpůsobuje a mění s proměnou společnosti. Podle autora, tedy hlavní psychosociální úkol rodiny je zejména podporovat své členy čímž se stává v důsledku této proměny důležitější, než kdy jindy. Možný (1990) uvádí, že lze rodinu chápat jako propojení několika dimenzí. Charakterizuje ji jako racionální, pragmatickou, funkčně vertikálně hierarchizovanou a kulturně omezující instituci a následně jako instituci, kde lze najít autenticitu, spontánnost a emocionální složku (prvky soukromé, psychologické).

#### 3.1 Funkce rodiny

Schizofrenie či jakákoli duševní nemoc mění diametrálním způsobem jednak role členů rodiny, ale především vztahy uvnitř tohoto rodinného soužití. V rodině se především mění pohled na hodnoty a normy, které do té doby uznávali, mění se parametry na základě zjištěné nemoci. Minuchin (1974) ve své publikaci uvádí, že rodina prochází změnami

v přímé souvislosti se změnami společnosti, která se vzdá či přebere funkce, které slouží k ochraně a socializaci členů společnosti jako, odezva na tyto kulturní změny. Možný (2006) se zmiňuje o postupném vývoji společnosti, který měl nesporně vliv i na vývoj funkce rodiny. Zde se zastavíme u stručného popisu funkcí rodiny jako připomenutí této významné sociální instituce.

- **Biologicko-reprodukční funkce** – jedná se o funkci, která je pro společnost důležitá k jejímu rozvoji a která potřebuje ustálenou reprodukční základnu. Postavení této instituce zůstává zachováno, přestože početní stav novorozenců v současné době má klesající tendenci, jejímž důvodem jsou změny ve společnosti, které upřednostňují především pracovní kariéru, nedostatečné finanční zázemí a podobně, což vede posléze k odsunování k založení vlastní rodiny. Ovšem uvedená funkce nemusí být pochopena jako hlavní, protože zachování reprodukce nemusí probíhat v rámci rodiny (Kraus, 2008, s. 81).
- **Sociálně ekonomická funkce** – rodina zde vystupuje jako nástroj ekonomického rozvoje společnosti, a to především výkonem povolání, kde se zapojuje do výrobní sféry a následně se stává i jejím spotřebitelem. Mezi hlavní překážky k naplnění této funkce může být například zvýšení životních potřeb nebo nezaměstnanost. Současně se musí zohlednit role státu a to v jeho částečném převzetí zodpovědnosti v případě, že rodina není schopna z různých důvodů tuto odpovědnost plnit (Kraus 2008, s. 81).
- **Ochranná funkce** -zaopatřovací či pečovatelská – představuje dle Krause (2008) zajištění životních potřeb rodiny, především biologických, hygienických a zdravotních. Tuto oblast může částečně převzít zodpovědnost stát například formou různých institucí v sociální a zdravotnické oblasti jako jsou nemocnice a podobně.
- **Socializačně-výchovná funkce** – má funkci učení dítěte, jak uvádí Kraus (2008) v podobě osvojování základních návyků. Hlavním znakem funkce je příprava potomka na vstup do praktického života. Kraus (2008) dále uvádí, že podobně tuto funkci plní i vrstevnické skupiny dítěte a škola.
- **Emocionální funkce** - Krause (2008) považuje tuto funkci za nezastupitelnou, jedná se o funkci, která poskytuje členům rodiny zázemí pocit bezpečí, lásky a

především jistoty. V současnosti ovšem tuto funkci rodina plní jen velmi obtížně, důvod je časová zaneprázdněnost, kterým je současná doba tak charakteristická. S tím úzce souvisí nárůst dětí, které jsou nejen deprivované ale mnohdy i týrané (Kraus 2008, s. 81, 82).

Dunovský (1986) uvádí, že porucha rodinné emocionality zasahuje do fungování nejen rodiny ale rovněž do života společnosti. Porucha v oblasti emocionální stránky ve vztahu rodina a dítě, ohrožuje stabilitu a klid uvnitř rodinného soužití. Ohrožení přichází v podobách rozvodů, nezájmu rodičů dítě, osíření až po týrání dítěte. Socializace dítěte, jeho výchova je poznamenána citovým strádáním, nemožnosti mít zajištěno jistotu a bezpečí vyplývající ze zdravého emočního projevu rodičů. Jedním z faktorů, který má dopad na emoční stabilitu je jak, uvádí Dunovský (1986) nezodpovědné jednání v oblasti sexuality a z něho možné narození nechtěného dítěte nebo dítěte, které se narodí do prostředí, které není na jeho výchovu připravené (Dunovský, 1986, s. 15). Rodina je v čase duševního onemocnění nejvhodnější alternativou nejen ze sociální izolovanosti, ale je zásadní ve smyslu bezpečné jistoty, která nenechá nemocného na pochybách. Psychosociální vlivy, které souvisí s nemocným a jsou pro něj důležité, nepochybně ovlivní jeho životní komfort ale i nemoc samotnou a přispívá k jeho rychlejšímu uzdravení.

### 3.2 Konstrukce rodiny

Minuchin (1974) popisuje strukturu rodiny sociokulturní systém, který je stále ve vývoji. Rodinný systém a jeho funkce se realizuje a diferencuje přes subsystemy. Matoušek (1997) je označuje, jako určité spojenectví. Subsytem může být formován například pohlavím, zájmy. Minuchin (1974) a Sobotková (2001) se shodují na rozlišení rodinných subsystemů. Mezi hlavním figuruje partnerský subsystem, který považují za nejvýznamnější a který se dále prolíná do vývojové fáze cyklu života rodiny. Dobře fungující partnerský vztah se projevuje kupříkladu řešení konfliktních situací, důležitých rozhodování, vzájemné důvěry, a následně úspěšně formuje i vývoj potomků do budoucnosti. Mezi další subsystemy patří rodiče a dítě, jedná se o zvětšení partnerského subsystemu. I tento subsystem může být vystaven tlaku, který pramení z nefungujícího

systemu. Mezi poslední subsystemy, které zmíníme, patří sourozenecký subsystem, který funguje na platformě učení, soutěžení na vzájemné sourozenecké komunikaci a podpoře. Naučené zkušenosti se pak postupně prolínají do sociálních oblastí nejen rodiny ale i společenského života. Vzájemné interakce poté získávají důležitou roli v získání celkové stability. Vzniklá spojenectví například rodičů má pak dopad na všechny jejich závažná rozhodnutí jako kupříkladu ve výchově, v závažných situacích jako je choroba jednoho z členů, finančních a majetkových rozhodnutí, apod. Matoušek (1997) a Minuchin (1974) dospěli k stejnému názoru, že každému jednotlivému členu patří vymezené místo v těchto subsystemech a patří mezi nezanedbatelné faktory zejména pro chod systému jednak pro změny, na které má každý z členů systému vliv. Každý jednotlivec má také v podsystémech určenou svou roli, kterou se odlišuje svou osobností, daným stupněm určité moci uvnitř systému. Sobotková (2001) uvádí, že například žena získává několik rolí po sobě, je matkou manželkou, dcerou i vnučkou současně a jednotlivé role mají různé požadavky ve výkonu a uspokojení, v některých rolích se může cítit submisivně v jiné naprostou jistotou apod. Minuchin (1974), podmiňuje hranici systému tím, že jsou pravidlem, které určuje kdo, jak a s kým se na čem se podílí. Jedná se o způsob, který zachová rozdílnost subsystemů, jelikož každý z nich pracuje jinak a má rozdílné požadavky na každého jednotlivce. Pokud není rozdílnost subsystemů dostatečně rozdílná, je zde riziko, že dojde později k problémovým situacím. Autoři Matoušek (1997), Sobotková (2001) a Minuchin (1974) podobně popisují dvoupólové rozlišení dysfunkce hranic subsystemu, které je pak naprosto uvolněno nebo až příliš provázáno vazbami mezi nimi. Oba dva póly naruší fungující chod rodiny. Kupříkladu získaný pocit autonomie, který umožní uvolněné vazby, může zkrlesleně ukazovat na získanou podobu nezávislosti. Další extrém, vznikající z úzkostně svázaných vazeb, který může mít za následek naprostou ztrátu své autonomie a určité nezávislosti, která je upírána zvýšenou potřebou sounáležitosti. Stejně tak chybí pocit přináležitosti, vzájemné závislosti a například i schopnost požádat o pomoc v případě potřeby. Na druhou stranu příliš svázané vazby nedávají možnost téměř žádné autonomie, projevuje se zde hlavně proklamování zvýšené potřeby přináležitosti.

### 3.3 Rodinná interakce

Minuchin (1974) chápe strukturu rodiny, jako soustavu funkčních požadavků řídicí způsoby integrace jednotlivých členů rodiny. Rodina je sociální skupina, která se formuje na základě transakčních vzorců, které uvádí jak, kdy a jakým způsobem jednat, načež tyto vzorce umožní oporu v tomto systému. Transakční vzorce mají za úkol regulovat chování jednotlivých členů rodiny. Minuchin (1974) uvádí ve své publikaci, že tyto vzorce ovlivňují dva systémy. Tyto vzorce regulují chování členů rodiny a jsou, podle Minuchina (1974, s. 52), udržovány dvěma následujícími systémy:

- **Obecný systém** zahrnuje pravidla univerzálního typu pro řízení rodinné skupiny. Kupříkladu má poukázat na jasně uvedenou hierarchii moci, která definuje autoritativní rozdíly mezi rodiči a dětmi a rozdílů ve stupni hierarchie. Ovšem je důležité, aby celá rodina vystupovala společně a jejich fungování bylo založeno na týmové spolupráci mezi rodiči a dětmi, dokázali se vzájemně doplňovat a napomáhat.
- **Idiosynkratický systém** je postaven na společném očekávání členů rodiny, přičemž není úplně jasné, z jakého důvodu. V průběhu času dochází u jednotlivých členů rodiny k zjevnému a skrytému vyjednávání, ale vytvořený a naučený vzorec jednání uvnitř rodiny zůstává zachován, protože je funkční a efektivní pro všechny své členy uvnitř rodiny.

V rámci vzorců je mnoho alternativ, které je možno použít, ovšem za podmínek jisté hranice, za kterou již nelze jít, jakékoliv překročení dané toleranční hranice má za následek iniciaci mechanismů, které situaci dovedou k její nápravě. Struktura rodiny je postavena takovým způsobem, aby byla schopna reagovat na změnu podmínek popřípadě, se přizpůsobila takovým způsobem, aby nedošlo ke ztrátě celkové kontinuity rodinného systému. Jak uvádí Matoušek (1997) k pochopení interakce v rodinném prostředí je potřeba využití systémovou koncepcí, protože systém je chápán, jako soubor jednotlivých částí ve vzájemné interakci. Tato organizace zajistí její fungování. Sobotková (2001) uvádí, že systém se proti vnějšímu okolí ohraničuje tak, aby byla zachována jeho svébytnost. Rodina je tedy soubor vztahů, přičemž hraje významnou roli ve vzájemné interakci a komunikaci v rodinném prostředí. Matoušek (1997), se zmiňuje o třech aspektech interakce rodiny. Prvním aspektem je komunikační stereotyp rodiny, druhým aspektem je rytmičnost a

polední aspekt jsou rodinné mýty. Komunikační stereotyp rodiny reprezentují určitá pravidla určující vztah v rodině, především v tom, jak se kdo má ke komu chovat, jedná se o ustálený vzorec chování. Vybíral (2000) ve své publikaci uvádí názor, že stereotypizace ovlivňuje naše myšlení v otázkách produkce a utváření zjednodušeného úsudku vlivem emocí. Stereotypní chování urychluje čas v rozhodování, protože se jedná o naučený proces třídění, zjednodušení informací. Matoušek (1997) vyslovuje názor, že u funkčních rodin je mnohem snadnější stereotypní komunikace nežli u dysfunkční rodiny, která ji použije spíše k neřešení nebo zdánlivému řešení vzniklých problémů. Stereotyp v komunikaci úzce souvisí s rodinnými mýty, které slouží k jakési legitimnímu vzorci chování, obranným štítem proti vlivům které ohrožují její sociální skupinu. Příkladem může být jeden z mýtů, který ospravedlňuje chování dítěte jako slabé a nezralé, který má omluvit vymáhání další péče ze strany rodičů. Matoušek (1997) uvádí, že synchronizovaný rytmus v interakci uvnitř rodiny je podstatným předpokladem k úspěšné spolupráci a zisku stability vztahu. Do vzájemné rodinné interakce patří rodinné rituály, vycházející ze společných zájmů a činností jako jsou kupříkladu narozeniny člena rodiny, vánoc, velikonoc, nebo společného jídla u rodinného stolu. V tomto mechanismu interakce, má každý jednotlivý člen rodiny určenou roli a s danou činností je rodina srozuměna. Matoušek (1997) uvádí, že zavedené rodinné rituály slouží k stmelení rodiny, uvědomění si své situace vlastních role uvnitř rodiny.

### 3.4 Rodinný životní cyklus

V předchozí kapitole, jsme se zaměřili na systém rodinné interakce. Z mnoha existujících konceptů rodinného cyklu vyplývá, názorový soulad ve vývoji rodinných stádií života. Z pohledu zvládnutí různých problémů před které je rodina postavena, je důležité, aby byla rodina schopna přizpůsobit se změnám, které jsou ovlivněny nejen názory rodiny ale i názory poplatné v širším pojetí společnosti. Životní cyklus rodiny je definován obdobími, kterými rodina prochází z důvodu změn v její struktuře, především příchodem nebo odchodem dětí. I když, není jednoduché přesné určení vzorce pochopení tohoto konceptu, jde o systém, který prochází změnami v čase a kultuře. S přibývajícím časem projde koncepcí životního cyklu rodiny mnoho různých změn v rolích muže a ženy. Kupříkladu

role ženy a pravomoc, která z této role vyplývá, se postupně mění a rozšiřuje přímou úměrou z mateřské role a hospodyně na roli, která se mění na základě vnějších podnětů a potřeb společnosti k budování kariéry apod. Možný (2005) uvádí, že tato změna rolí nebo jejich skloubení je pro ženu velké dilema. V tomto smyslu se ve své publikaci vyjadřují i autoři Carter, McGoldrick (2005), že role ženy a muže se postupně mění, kdy mužská role v rodině se orientuje směrem dovnitř a ženská role směřuje ven z pohledu větší péče o domácnost a děti a role se vyrovnávají. Carter, McGoldrick (2005) uvádí, že skupina jedinců, kteří tvoří rodinu dnem svého narození, a kteří žijí v různém časovém období, se odlišují v délce života, akceptaci generových rolí, ve svých potřebách a postojích k rodinným problémům, vzdělání a přístupu k společnosti. Vztah mezi rodičem, dítětem a ostatními členy rodiny se postupně mění, jak procházejí životním cyklem. Mění se hranice mezi členy rodiny a i jejich role se průběžně v subsystému mění. Každá část této hranice má své specifické úkoly jako je zodpovědnost a různá privilegia, kde v každé z etap si jednotliví členové osvojí své dovednosti potažmo znalosti, které již získali. Rodina jako sociální skupina funguje specifickým způsobem oproti jiným skupinám. Například, nemají možnost odstranit nebo propustit jednoho z jejich členů, jen proto, že je nevyhovující například vizi této skupiny, bez toho aby to nemělo psychosociální dopad na ostatní členy rodiny. Autoři Carter, McGoldrick (2005) uvádí, že to samé se dá říci o nahrazení jakékoliv role uvnitř rodiny a její struktury. Organizace může lehce nahradit svého zaměstnance a ve stejné kvalitě aniž by to výrobní proces zaznamenal, ovšem nahradit někoho z rodičů jde jen velmi těžko jinou osobou, která by stejně kvalitně a na stejné úrovni nahradila jednoho z nich. Fáze životního cyklu rodiny se prolínají i do každé fáze životního cyklu jednotlivých členů rodiny. Definovat životní cyklus rodiny lze jako rámec, v němž se konstruuje identita všech členů rodiny, v kterém, se sleduje jejich postupný vývoj. Carter, McGoldrick (2005) uvádí, že rozvoj jednotlivých členů rodiny je ve smyslu emocionálních vztahů velmi významným faktorem nezávisle na faktu, jestli se jedná o pokrevní linii nebo adopci apod. Carter, McGoldrick (2005, s. 2), popisují hlavní úkoly vývojových stádií společně s úkoly, které vyplývají z charakteru životního cyklu rodiny.

- odchod ze své rodiny, kdy mladý člen rodiny postupně přebírá finanční a emocionální zodpovědnost na svou osobu,
- přijetí manželského závazku a vytvoření nové rodiny,



- narození a výchova prvního dítěte, která si vyžaduje přizpůsobení rodinného života k partnerskému sjednocení názoru na jeho výchovu a péči, vedení domácnosti,
- rodinné soužití s adolescentními potomky, u nichž flexibilně narůstá hranice s požadavky na větší nezávislost, slábnoucí prarodiče postupná péče, která vyžaduje tato generace uvnitř rodiny,
- odchod člena rodiny z rodinného systému značí nové vztahy mezi oběma rolemi dítěte a rodiče, z důvodu přechodu adolescenta v dospělého jedince a přebírání rodiče nové role prarodiče. Utváří se nové vztahy mezi prarodičem a vnuky, přijetí nových vztahů prarodičů a partnerů potomků. U mladé populace pak dochází k uvědomění a postupnému smíření s úmrtím rodičů,
- rodiny v pozdním věku - změny související s pozdní fází dospělosti, jako úbytek sil, ztráta blízkých (sourozenců, vrstevníků nebo partnerů).

Carter, McGoldrick (2005), ukazují spojitost jednotlivce – rodiny – společnosti mezi sebou. Schéma, které popisují, ve své publikaci zobrazuje, vertikální časovou osu a horizontální časovou osu, které poukazují na možné vznikající stresory, které narušují životní cyklus rodiny. Z pohledu jednotlivce představuje vertikální osa vrozenou genetickou dispozici, temperament, který je určujícím faktorem pro jeho jednání a chování, z pohledu rodiny pak, historii rodiny, určité vzorce chování a očekávání a především generační postoje, které si předávají generace mezi sebou. Poté, horizontální osa určuje u člena rodiny, postupný vývoj života v oblasti interpersonálního, emocionálního, kognitivního a fyzického vývoje v časovém období jedincova života s tím jak se dokáže postupně vypořádat se změnami, které přechází do dalších fází rodinného cyklu. Jedná se o změny, které jsou předvídatelné, jako je přechod z adolescenta do dospělého života a pak nepředvídatelné změny a události jako je například, úmrtí, nehoda, nemoc apod. Autoři McAuley, (1985) a Carter, McGoldrick, (2005) se shodují v názoru, že sociokulturní úroveň, která se pohybuje na vertikální ose, v sobě nese především historii rodiny v podobě norem, vzorců moci, stereotypů, společnou hierarchii vize, která spolupůsobí na generaci v současnosti. Vliv státu v oblasti sociální politiky, život v komunitních skupinách v současném čase běhu událostí se nachází na horizontální ose. Jak jsme uvedli v předchozím textu, jednotlivý

členové rodinného životního cyklu, jsou průnikem mezi individuálním a rodinným životním cyklem, který se ovšem neobejde bez konfliktních situací, vyplývajících z různorodých zájmů. Jak uvádí Carter, McGoldrick, (2005) „*sociokulturní vlivy jako jsou rasové, genderové a jiné, jen dokresluje tento fakt událostí*“. Vzniklo mnoho teoretických modelů, které se vztahují k vývojovým fázím jednotlivců. Můžeme uvést kupříkladu Freuda, který je autorem psychoanalytické teorie nebo Piagetova teorie. V této části práce shrneme, některé z hlavních aspektů ve vývojových fázích jednotlivce, které jak se domníváme, mají k schizofrenní nemoci nějaký vztah. Jak jsme popsali v kapitole o schizofrenii, tato nemoc postihuje nejčastěji adolescenty a v rané dospělosti v rozmezí 15 – 25 let. Do tohoto období, vývojové fáze tedy patří, duševně nemocní této věkové kategorie. Jak jsme již uvedli výše, individuální vývoj jedince se protíná s vývojovým celkem celé rodiny. Duševní nemoc jakou je schizofrenie zasáhne do rodiny a jejího způsobu života dramatickým způsobem. Změny, které nastávají po propuknutí nemoci, pocítí rodina ve všech aspektech rodinného soužití. Vývoj, ať už individua či rodiny celkově, je narušen. Změna způsobená nástupem nemoci bude obsahem další kapitoly. V dalším bodě této práce, považujeme za důležité, přiblížit ve stručnosti jednotlivé fáze vývoje a jejich vývojová specifika.

**Autoři Langmeier (in Krejčířová, 2006), Vágnerová (2005, 2007), popisují jednotlivé části vývoje tímto způsobem:**

- První fází je adolescence mezi 14 - 21 rokem je charakteristická především v tělesné, sexuální, emocionální a duševní oblasti. Identita je hlavním atributem tohoto období v jeho životě. Utvářejí se a formují jeho představy o partnerských vztazích a genderových rolích, společenských stereotypech apod. Hledá rovnovážný vztah v péči o sebe sama a o jiné a schopností dokázat být nezávislý. Do této vývojové fáze patří i vylepšování dovedností v oblasti fyzické, intelektuální a sociální. Jedním z hlavních cílů, je pro něho, umět definovat svou budoucí cestu a uplatnění v roli dospělého člověka.
- Druhou fází je raná dospělost od 21 – 35 let, pro kterou je charakteristické vyhledávání zaměstnání, partnerského vztahu a zakládání rodiny s výchovou dětí. V této fázi se očekává od tohoto vývojového stádia, jednak stabilita, a pak samostatnost jak finanční tak fyzické, které neparticipuje na pomoci od rodičů a bude schopen samostatné výchovy a převzetí odpovědnosti za své potomstvo.

- Poslední fáze, která nás zajímá je pozdní průběh fáze dospělosti, kde se předpokládá, že rodiče jsou již odpoutáni od výchovy a finanční závislosti od svých potomků. Toto období je pak charakteristické pro pozdější ukončení své kariéry v zaměstnání a postupný odchod do důchodu.

Dostávají se do nové role prarodiče. Tato role má jistou částečnou zodpovědnost, z toho prostého faktu, že dnešní doba si výrazně vyžaduje delší pobyt rodičů v zaměstnání a v tomto případě nabývá role prarodiče ještě větší váhy. V tomto čase důchodového věku, prarodiče plní své odkládané projekty, které v produktivním věku nebylo možno třeba z časových i jiných relevantních důvodů splnit, ovšem dochází k zjištění, že ne vše je již v jejich silách. Výše uvedené fáze vývoje člověka jsou jen jakýmsi ideálním průměrem v životních cestách rodin, které jsou z mnoha důvodů velmi rozdílné. Rodinný život prochází mnohými těžkostmi a překážkami, za kterou považujeme bezpochyby i duševní nemoc ve formě schizofrenie. V další kapitole se budeme věnovat především tomu, jaké dopady a důsledky pro rodinu toto onemocnění má.

### 3.5 Rodina a její význam z pohledu duševně nemocného

Nemoc dítěte je pro rodiče výraznou zátěží. Rozdíl mezi skutečností, kterou představuje nemoc, a očekávaným vývojem zdravého dítěte vede k prožitku silné frustrace a stresu. □ Tato zátěž zahrnuje především emoční trauma pro rodiče, prožívající bezmoc a beznaděj, neboť jejich dítě je vystaveno utrpení. Další část zátěže představuje náročnější až vyčerpávající péče o dítě. Je potřeba přijmout organizační změny, omezit čas věnovaný zaměstnání. Na stresu se podílí i případné nepřiměřené, neempatické jednání lidí v okolí, někdy i zdravotníků. Rodiče musejí tuto zátěž zpracovat. Jak popisuje Vágnerová (2004), způsob, jak ji zvládnou, má nemalý vliv na to, jak bude situace stresující pro dítě. Zpracování zátěže plynoucí z vážné nemoci dítěte probíhá v několika fázích.

- **fáze šoku a popření** – první reakce na to, že dítě není zdravé. „*To nemůže být pravda!*“ 2. fáze bezmocnosti – rodiče nevědí, co by měli dělat, situace je pro ně nová a nedovedou ji řešit. Cítí bolest, mohou nastoupit pocity viny vůči dítěti, přetrvává citlivost na reakce okolí.

- **fáze postupné adaptace a vyrovnávání se s problémem** – toto období již dává větší prostor pro získávání potřebných informací. Rodiče hledají příčinu onemocnění, zjišťují, jak by měli o dítě nejlépe pečovat, jaká je prognóza. □
- **fáze smlouvání** – je přechodným obdobím; rodiče již akceptují, že je dítě vážně nemocné, a snaží se o zlepšení jeho zdravotního stavu. Potřebují naději, která není zcela nerealistická. Jde o formu kompromisu, který signalizuje přijetí dosud odmítané skutečnosti. Zátěž již není primárně traumatická, ale má spíše podobu dlouhodobého stresu spojeného s únavou a vyčerpáním z náročné péče o dítě, střídání remisí a relapsů chorob. To může posilovat pocity bezvýchodnosti a zbytečnosti úsilí, do něhož rodiče vkládali naději.
- **fáze realistického postoje** – přijetí skutečnosti, že dítě je nemocné, plány jsou reálnější a splnitelnější. Důležité jsou další okolnosti jako fyziologický vývoj dítěte, vliv léčby na jeho přirozený tělesný a duševní vývoj, nástup puberty.

Jak dále Vágnerová (2004) popisuje, vyrovnávání se s těžkými životními situacemi, používají rodiče takzvané copingové strategie, tedy způsoby a formy chování, jimiž se přizpůsobují nárokům života.

#### **Strategie dle (Vágnerová, 2004):**

- **aktivní** – projevuje se tendencí bojovat s nepřijatelnou situací. Jedná se převážně o hledání alternativních způsobů léčby či zvýšenou aktivitu, která snižuje psychické napětí. Přítomny jsou neuvědomované obranné reakce vůči předpokládanému, respektive náhradnímu viníkovi (třeba lékaři, který nejednal podle představ rodiče).
- **pasivní** – chování má charakter nějaké formy útěku ze situace, kterou nelze uspokojivě zvládnout, nebo se s ní rodiče ještě nedokážou vyrovnat. Rodič může nemoc dítěte dlouhodobě popírat, bagatelizovat, anebo i rodinu opustit. Rodiče občas také rezignují na jakékoliv snažení. Zátěž, kterou nemoc přináší, často mění postoj rodiče k dítěti. Rodič chce dítěti vynahradit, co mu nemoc vzala, a zároveň kompenzovat své pocity viny. Nejčastější reakcí je přehnaně ochranný či nadměrně tolerantní postoj.

Hyperprotektivní přístup má ovšem svá rizika, neboť omezuje dítě v rozvoji, dělá je úzkostnějším, a ono později reaguje negativistickým postojem, riskantním chováním či vydíráním. Vznik nemoci u blízkého v rodině ovlivňuje celý chod rodiny. Jak uvádí autorka Marschová (1992) ve své publikaci, už v počátku vypuknutí nemoci dochází ke změnám v rodinné atmosféře, které vznikají z předpokladu, že rodina nebude již nikdy stejná jako před nemocí. Zjištění skutečnosti, že nemoc je potvrzena a diagnostikována dopadá na rodinu jako velké psychické trauma. Wynadová (2007) uvádí, že jakmile je rodina, zakomponována do pečovatelské role, reaguje rodina řadou emocí, jako je sebeobviňování, pocit viny, strach apod. Duševní nemoc má dopad na změnu dosavadních rolí uvnitř rodiny, mění se především rolové očekávání uvnitř rodiny, dochází k přehodnocování norem a hodnotového žebříčku. V rodině na základě těchto všech výše uvedených faktorů dochází k velkým změnám především ve vztahové a komunikační rovině, který diametrálně ovlivní další rodinné soužití. Tyto výše uvedené faktory rodinu buďto posílí nebo dochází k jejímu postupnému rozpadnutí. Vágnerová (2004) v tomto smyslu uvádí, dva příklady uspořádání v rodinných vztazích, jeden ukazuje odstup a postupnou izolaci od rodiny z důvodu neakceptace projevů nemoci člena rodiny a jeho neschopnost změny těchto projevů nemoci. Druhý postoj je diametrálně odlišný v tom, že k nemocnému se dává veškerá pozornost a péče, přičemž potřeby dalších členů rodiny jsou tímto potlačovány. Tento postoj jak popisuje Vágnerová (2004) může vést až k dysfunkčnosti rodině a změně rodinného klimatu.

**Vágnerová (2004) tyto změny uvnitř rodinného klimatu popisuje následovně:**

- Rodina je často uzavřená a izolována od vnějšího okolí,
- Manželské vztahy rodičů jsou často chladné, nepřátelské a konfliktní,
- Jeden z rodičů, převážně matky, mají sklon k přehnané péči o svého potomka,
- Rolová pozice členů uvnitř rodiny není standartní,
- Rodinná komunikace je často komplikovaná, narušená ve struktuře obsahu, přičemž dochází k nedorozuměním z důvodu nepochopení nejasných sdělení,
- Rodina nedokáže identifikovat problémy, snaží se o skrytí a popření těchto problémů vyplývajících z nemoci,

- Členové rodiny nezvládají negativní emoce (Vágnerová, 2004, s. 359).

Například Scheff (1999) nebo Vágnerová (2004) se shodují v tom, že pro nemocného je rodina jediná sociální skupina, která dokáže dát nemocnému zázemí a psychickou oporu. Domníváme se, že pro duševně nemocného je nejbližší rodina nejlepším řešením, která mu pomůže zprostředkovat navazovat sociální kontakt se svým okolím, aby se předešlo izolaci nemocného od vnějšího světa. Je důležité zmínit fakt, že v minulých dobách byla péče svěřena spíše do specializovaných kompetentních ústavů, ale v dnešní době jak uvádějí někteří z autorů Wynadenová (2007), Vágnerová (2004), Praško (2003) a další se péče o duševně nemocného přenáší spíše do rodiny a rodinného prostředí.

### 3.5.1 Zdravotní péče a rodina

Rodina je významná sociální skupina, která tvoří základ lidského společenství. Přítomnost nebo absence rodiny formuje člověka od narození. Přestože jsou lékaři přesvědčeni, že by se rodina měla podílet na péči o svého rodinného příslušníka, občas se této péči podvědomě nebo fakticky brání. Obávají se rodiny jako „vetřelce“, který jim může zasahovat do kompetencí týkající se péče o nemocného. Rodina v počátku nemoci nezřídká naráží na nepochopení ze strany odborníků, jak uvádějí autoři Praško (2003) a Vágnerová (2004), rodiny se často setkávají nejen, s nepochopeními, ale nempatickým chování ze strany zdravotního personálu, což rodina v situaci, kdy o duševní nemoci neví zcela nic či jen v omezené formě informací, velmi traumatizuje a stresuje. Očekávají především pomoc a radu, pochopení ze strany lékaře, nikoli odmítnutí, z čehož vyplývá ještě větší psychické pnutí uvnitř rodiny. Setkávají se s rodinami, které se aktivně podílejí na péči o příbuzného, a s rodinami, které se nechtějí nebo nemohou podílet na jeho uzdravení. V psychiatrii je považována spolupráce s rodinou za zvlášť důležitou, neboť může velmi pomoci při diagnostice duševní poruchy či při vlastním ošetřování a léčení. Kontakt s rodinou navazuje lékař hned na počátku léčebného procesu. Je to doba, kdy se rodina nachází ve značné nejistotě a hledá informace a pomoc. Při navazování kontaktu a při pozdějších intervencích je nutná spolupráce lékaře, sestry, psychologa, sociální pracovníce, aby získávání informací o rodině bylo kompletní a spolupráce s ní dostačující a přínosná. Vzájemná informovanost v týmu má své nezastupitelné místo.

### 3.5.2 Sociální role rodiny

Mezi další zátěže vyplývající z duševního onemocnění člena rodiny je změna identity rodiny a jejich rolí. J. M. Lewise (in Marsh, 1992) vyslovuje názor, že rodina by měla naplnit dva úkoly, které se od ní očekávají, jedním z úkolů je stabilizace uvnitř rodiny, povzbuzení k růstu a plození nezávislého potomstva. Ale v tomto případě, kdy je potomek postižen duševní nemocí, nemá rodina šanci tyto úkoly naplnit. Schizofrenie minimalizuje autonomii potomka a kladené požadavky na péči, vyplývající z tohoto onemocnění, snižují možnost k uspokojení vlastních potřeb rodičů. Rolové rozdělení v rodině prochází změnami. Marshová (1992) uvádí, že sociologická podstata role je jednou z významných složek, důležitých pro samou podstatu role, která formuje sociální strukturu rodiny a má následně vliv na sociální interakci. Tato interakce je založena na oboustranném očekávání, které si vyžaduje určité chování. Dané role jednotlivých členů rodiny definují určité chování, které se od nich očekává a které je ovlivňováno názorem jiných lidí. Důsledkem, onemocnění člena rodiny je tak ztráta role, kterou dosud měl, jako dobrý manžel, manželka apod. Pro rodinu se objevují jiné, dá se říci nepopulární role, u postiženého jako pacienta a rodiče jako pečovatele na plný úvazek. V souvislosti se změnou role uvnitř rodiny dochází i ke změně očekávání od těchto rolí, které jim přisuzují i změny v chování, které je přípustné a podle obvyklých společenských norem. Nastalé změny v rolích, mají dopad do vztahů jak v rodině, tak na vnější okolí, které může mít za následek omezený kontakt s okolím nebo jeho úplnou ztrátu. Saundersové (1999) uvádí, že nemocní z důvodu své nemoci nejsou schopni naplnit svou roli a očekávání, jako od, svých vrstevníků jejich věku. Důsledkem toho, je pak odkázání nemocných na svou rodinu.

### 3.6 Komunikace uvnitř rodiny

Situace, která se odehrává v rodině, jak ve smyslu změny funkce, identity nebo role, mění komunikaci v jeho obsahu i formě. Jsme názoru, že komunikace je základním kamenem fungujícího stavu uvnitř rodiny. V důsledku onemocnění člena rodiny, vzniká možné hrožení této důležité funkce. Už z postaty tohoto onemocnění, kdy schizofrenie především v jejím počátečním stavu je velmi komunikačně obtížná a plná nedorozumění,

vytváří mezi rodinou a nemocným komunikační bariéru. Vybíral (2000) popisuje komunikaci nemocného za patologickou, vykazující známky s abnormálními projevy v důsledku duševní nemoci. Jsou narušeny komunikační pravidla a rituály. Rodina se pak snaží najít nové způsoby komunikace mezi nemocným a jimi. Jde o dlouhodobý proces, který zejména v počátcích propuknutí nemoci narušuje otevřené jednání v komunikaci. Rodina si začíná uvědomovat důležitost komunikaci s nemocným a snaží se nacházet cesty k překonáním vytvořené komunikační bariéry, což není jednoduchým úkolem. Schizofrenii provází změna v myšlení a vnímání, především ji provázejí sluchové halucinace a důsledky těchto faktorů pak nemocného uvádějí do stavu mimo reálný svět. Pohled na realitu je pokřiven a zkreslen především na základě halucinací, nedokáže udržet pozornost a dostavuje se pocit deprese a úzkostných stavů. Pro rodinu i okolí je velmi složité se do těchto pocitů vžít a z tohoto důvodu se duševně nemocný člověk stává terčem posměchu a nedůvěry. Tento stav posléze vyústí v izolaci nemocného vůči svému okolí. Autoři Praško (2005) a Matoušek (1997) se shodují v doporučení, že při komunikaci s duševně nemocným člověkem je důležitá jasná a zřetelná a pro nemocného přesně definovaná komunikace, co po nemocném chceme. Popírání toho co nemocný slyší nebo popřípadě si myslí je v ten daný moment jakkoli popírat neefektivní. V komunikaci mezi všemi členy rodiny a schizofrenikem zaznamenáváme několik aspektů, které tuto funkci narušuje. Vybíral (2000) a Matoušek (1997) se podobně vyjadřují o dvojné vazbě, která popisuje, že aspekt komunikace obsahu a vztahu je ve zřejmém rozporu. Pacient nedokáže dostatečně rozlišit dvojznačnost zpráv, které zdravý člověk chápe, to má za následek konfliktní situace. Matoušek (1997 s. 78) ve své publikaci popisuje koncept komunikační deviace, která je typická v komunikaci u rodin schizofreniků, který dále popisuje jako styl komunikace, který rozostřuje ohniska pozornosti, komunikace se zdá nekonzistentní, rozbitá a nejasná. Emoční intenzita, která je často průvodním jevem u rodin se schizofrenikem jak uvádí Matoušek (1997) vyvolává tak silnou emoční odezvu, že negativní emoce vyvolají přenos v obdobnou zápornou emoci u nemocného. Kladná emoce a její přenos nemá, takovou zpětnou odezvu.



### 3.7 Vstup duševního onemocnění do životního cyklu rodiny

Schizofrenie vstupem do rodiny vstoupí do celé struktury rodinného soužití a dotkne se každého člena rodiny. Všechny minulé plány rodiny se zcela mění a podřizují péči, kterou duševně nemocný vyžaduje a čelí nejistotě, která je v budoucnu očekává. Autoři Carter, McGoldrick (2005) a Wynadenové (2007) se shodují v názoru, že jakmile se objeví chronické onemocnění, stane se hlavním orientačním bodem v časové linii ve smyslu jakým způsobem a jak rychle tuto skutečnost v rodině zvládnout. Pro každého jednotlivce uvnitř rodiny bude výzvou zvládnout emocionální a praktickou část úkolů, který před něj fakt onemocnění a z něj vyplývajících budoucích potíží postaví a zvládne. Akutní stav schizofrenie vyžaduje mobilizovat ve velmi krátkém časovém období své dovednosti, které vyžaduje zvládnutí tohoto krizového stavu. Schopnosti rodiny, která tuto emocionálně silnou situaci dokáže zvládnout, je zásluhou všech členů rodiny, kteří se dokážou přizpůsobit a efektivně vyřešit problém za pomoci zdrojů z vnějška, které to umožňují. Schizofrenie je chronické onemocnění a jeho vývoj je velmi nepředvídatelný což vyžaduje, aby se rodina pokusila přizpůsobit a přijat tento fakt jako součást jejich každodenního života. Carter, McGoldrick (2005), uvádí, že rodina, která je schopna zvládnout dlouhodobou nejistotu a schopnost udržet si vědomou naději, mají největší šanci snížit riziko selhání na minimum. Mezi další možné aspekty, vyplývající z přítomnosti schizofrenie jsou projevy symptomů, účinná odborná léčba, doba hospitalizace nemocného a v neposlední řadě domácí rodinné prostředí. Vágnerová (2004) rozlišuje tři fáze, které vzniknou po propuknutí nemoci, fáze krize, terminální fáze a chronická fáze. První fází je krize, která zahrnuje dobu, kdy po vypuknutí nemoci, rodina ještě neví co se děje, dosud neoslovila odborníka a reaguje pouze na nezvyklé změny v chování apod. Moose (in Carter, McGoldrick, 2005) uvádí, že jde o postupné zjišťování a postupné učení ve zvládnutí a reagování na symptomy nemoci. Rodina se snaží adaptovat na druh léčby, na způsob jak o nemocného pečovat v úzké spolupráci s lékaři na způsobu léčby. V této situaci je rodina postavena před otázkou existenčního rázu, cítí zármutek nad tím, jakým způsobem se změnil potomek po onemocnění. I když je budoucnost vyplněna obavami a nejistotou, rodina potřebuje být v překonávání překážek flexibilní a soudržná. Hlavním

úkolem chronické fáze je podle Vágnerové (2004) schopnost soužití s nemocí, která má dlouhodobý charakter. Nemoc má za následek ztrátu rodinné identity, narušení rodinného cyklu, beznaděje a sebeobviňování. Pro rodinu je velmi složité hledat správnou cestu směrem k řešení problémů. Carter, McGoldrick (2005) uvádí, že u některých rodin jsou vztahy mezi jejími členy rušeny přítomností duševní choroby, přesto jsou vyrovnaní, soudržní a flexibilní.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 METODOLOGIE

K splnění zvoleného cíle diplomové práce je potřeba zvolit vhodnou metodu výzkumu. Z důvodu volby tématu a především na jeho zaměření, jsme zvolili normativní přístup zkoumání dané problematiky a jako metodu vědeckého zkoumání potom analýzu působení psychologicko-sociálních faktorů, které dopadají na rodiny v průběhu duševního onemocnění rodinného příslušníka. V praktické části se pokusíme prostřednictvím zvolené metodologie, kterou popíšeme níže. Cílem výzkumu je odpovědět na hlavní výzkumnou otázku, která zní „*Jaké psychosociální dopady, má duševní nemoc člena rodiny do rodinného prostředí*“. Předmětem výzkumu je zjištění změn v dosavadním rodinném prostředí a jeho soužití, případných zjištěných změn v cyklu rodiny, který je ovlivněn duševní nemocí člena rodiny. Naší, cílovou skupinou jsou především rodiče nebo příbuzní nemocného u kterého byla duševní nemoc diagnostikována. Stanovenou výzkumnou otázkou se pokusíme odpovědět formou kvalitativní analýzy, vycházející ze subjektivních odpovědí příbuzných a rodičů duševně nemocných příslušníků rodiny. Důvodem k sepsání této diplomové práce je především ukázat na těžkosti rodiny vyplývající ze změn v rodinném prostředí, které odráží samotné soužití s duševně nemocnou osobou. Domníváme se, že pro výzkumné šetření je nejvhodnější zvolený způsob metoda narativních rozhovorů, jímž lze získat od malého vzorku respondentů co největší kvantum zjišťovaných dat, protože tato forma umožňuje volnost výpovědí. Dle Hendla (2005) se subjektivita významové struktury ukáže při volném vyprávění spíše, než při cíleném dotazování zkoumaného subjektu. Metoda umožňuje získat subjektivní odpovědi respondentů s tím, že nedochází k nechtěné manipulaci cíleným dotazem a k následné ztrátě důležité nebo podstatné odpovědi. Protože respondent má volnost ve své výpovědi, domníváme se, že je mnohem větší možnost k zjištění podstatných informací, kde daný subjekt není omezován na pouze cílenou otázku ale má možnost ji rozšířit. Ve výzkumu bylo třeba zvolit základní strukturu rozhovoru, kterou jsme se pokusili vytvořit na základě indicií, které mají vypovídající hodnotu o soužití v rodinách s člověkem trpící duševní nemocí. Na začátku každého rozhovoru, byla položena základní otázka, kde bylo sledováno, kam rozhovor s dotazovaným míří a jestli je směr rozhovoru a jeho struktura sledována. Pokud rozhovor nesplňoval danou strukturu, byly pokládány doplňující nebo upřesňující otázky a dotazovaný nasměrován do dané oblasti struktury rozhovoru. Dále

bylo velmi pečlivě sledováno, jestli se neobjeví nový jev důležitý pro dané zkoumání. Rozhovor a s ním položené otázky jsme se snažili pokládat tak aby nedošlo ke zkreslení výpovědi. Zde je na místě říci, že mnohdy docházelo k jevu, který bychom nazvali, ne odpovědí, ale spíše „zprávě“ oslovených respondentů. Rozhovor nebyl vždy jednoduchý, mnohdy spojen s emočními projevy, (pláč), nejvíce se projevující při zjištění dané diagnózy či nepochopení okolí a podobně. Rozhovory se nepřerušovali, domníváme se, že to odráželo situaci, kterou respondenti prožívají a prožívají. Dále bylo překvapující, že docházelo ke svěřením v celé široké oblasti svého života některých respondentů, kdy pravděpodobně možnost se „vypovídat“ a zaručení bezpečného a anonymního rozhovoru byl důvodem tyto formace sdělit. Domníváme se, že tato důvěra nám poskytla lepší možnosti pro další rozhovor, i když bylo někdy velmi složité korigovat daný rozhovor a těžké se soustředit na danou oblast struktury otázky, proto některé odpovědi nebyly vždy relevantní a proto je bylo třeba z rozhovoru vyřadit. Neměli jsme tendenci do výpovědi příliš zasahovat, protože následná analýza rozhovorů a množství získaných údajů se jevila jako dostačující. Všechny rozhovory byly na základě domluvy vedeny v soukromí respondentů. Předpokladem byl fakt, že se zde cítili bezpečněji a otevřeněji a taky důvod, že se s většinou známe v osobním životě, což považujeme za výhodu pro otevřenější přístup k rozhovoru. Byla získána data v objemu cca 240 minut. Každý začátek rozhovoru začínal ujištěním, že veškerá data jsou anonymní a využité pouze pro tuto diplomovou práci. Dále bylo vždy sděleno, že data určující daného respondenta budou záměrně změněny. Získaná data byly zpracovávány metodou otevřeného kódování, což znamená, že jednotlivým větným úsekům výpovědi jsme přiřazovali, významy a poté dle významových souvislostí řadili do kategorií, které se následně pojmenovali. Postup byl několikrát opakován z důvodu přesnějšího významového rozlišení do vznikajících konečných celků. Důvodem zpřesňování kategorií, bylo, zpracování příběhové linie. Tato chronologie příběhu má poukázat na dílčí změny v rodinném prostředí, co vše ji postihuje a tento příběh vypovídajícím ukázat, co vše se odehrává v psychosociální oblasti dané rodiny. Časová linie duševního onemocnění se pohybuje od zjištění dané diagnózy až po současnost.

## 4.1 Výběr vzorku

Výběr zkoumaného vzorku jsme provedli následujícím postupem. K získání informací jsme získali prostřednictvím výpovědí rodinných příslušníků. K získání respondentů byla použita metoda „sněhové koule“ která měla za účel na základě doporučení oslovené rodiny získat rodinu další, jak jsme uváděli v úvodu této práce z okolí přátel a spolupracovníků, kteří měli léčbu svých duševně nemocných rodinných příslušníků ve stejném zdravotnickém zařízení, jako jeden z našich příbuzných což se povedlo ve dvou případech. Po několika setkáních s rodinami těchto duševně nemocných pacientů a po podrobném vysvětlení, k čemu budou jejich získané výpovědi použity, došlo k jejich souhlasu, domnívám se, že tak učinili i proto, že nemocný v rodině je problém, který se nás dotýká, stejným způsobem a že se dokážeme vcítit do dané situace a měli jsme možnost získat důvěru respondentů, která byla jedním z důležitých faktorů pro naši práci. V konečném důsledku se výzkumný vzorek skládá třech mužů a jedné ženy.

## 4.2 Analýza dat

V praktické části našeho výzkumu, se pokusíme na základě výše popisované metodologie o zpracování získaných výpovědí do souvislého příběhu a pokusíme se odpovědět na danou výzkumnou otázku. V průběhu analýzy dat, byl zkoumán průsečík časové linie událostí společný pro všechny respondenty a následné změny vyplývající z této časové linie. Praktická část tedy bude rozdělena do několika kapitol dle časového sledu linie a podkapitol, které sledují jednotlivé druhy události. Další kapitoly sledují především, jakým způsobem dojde k ovlivnění a vývoji událostí a jejich dopady do rodinného života duševní nemoci dítěte nebo člena rodiny, a jakým způsobem se mění priority jejich jednotlivých členů a celkové výsledné soužití a cyklus v rodinném prostředí.

### 4.3 Zjištění diagnózy duševní nemoci

Bezprostřední reakcí na zjištění vážné duševní choroby jednoho z členů rodiny bývá krátký prožitek hrůzy, neboť si rodina představí další důsledky, které v ní vyvolají pocity úzkosti a bezmoci. V této fázi bývá fakt duševní nemoci v plném rozsahu nepřijatelný; a proto je taková negativní informace popřena nebo alespoň bagatelizována. Člověk, se brání předstíráním, že něco takového nemůže být pravda. Popření skutečnosti je bezprostředním řešením nepřijatelné zátěže. Rodinní příslušníci spolu hrají hru, že "se nic neděje, všechno je jako dřív". V této době se o problémech duševně nemocného nemluví, což je vlastně logické, neboť subjektivně nemoc vlastně neexistuje. Dominuje zde potřeba zakrývat a odmítat skutečnost, která je příliš nepříjemná, než aby se s ní mohl člověk tak rychle smířit. Vyjadřuje to i neschopnost najít jakékoli jiné, subjektivně přijatelné řešení. Příbuzní se často pokoušejí zatajit v nejbližším okolí fakt, že někdo z jejich rodiny trpí duševní chorobou. Tato tendence vyplývá mimo jiné z obecně platného postojového stereotypu, podle něhož je duševní onemocnění sociálním stigmatem. Rodina se za nemoc svého příbuzného stydí a cítí se být jejím prostřednictvím také nějak postižena, např. snížením své vlastní sociální prestiže.

#### 4.3.1 Bod zlomu

Schizofrenie se často ohlašuje různými nespécifickými příznaky, které se mohou vyskytovat i za jiných okolností. Jsou to např. úzkost, podrážděnost, vztahovačnost, pocity neskutečnosti, nepříjemné tělesné potíže, únava, nesoustředěnost, nespavost atd. Pacient se změněné situace bojí, ztrácí jistotu o sobě i o okolním světě, a proto se uzavírá. Odmítá kontakt se světem, jemuž přestal rozumět a který jej zároveň děsí. Je samozřejmé, že za této situace dochází ke změně i v rodinných vztazích a v celkové atmosféře rodiny. Ta bývá za těchto okolností někdy až neúnosně napjatá a nepříjemná. Duševně nemocný se chová podivně, nelze se s ním domluvit, jeho projevy jsou nepřiměřené situaci i očekávání: ani takové, jako bývaly dříve, ani takové, jaké by měly být. Duševně nemocný se pod vlivem choroby změnil a rodina pak zcela logicky srovnává. Chování nemocného vzbuzuje u ostatních členů rodiny pocity ohrožení, provinění nebo zmatku, a podle toho se k němu také chovají. Pro rodinu je velmi těžké akceptovat změny chování a jednání duševně

nemocného. Projevy jsou nové a nezřídka nepochopitelné „ *neustále opakovala nelogické věty, ..nemělo to hlavu a patu*“ (p. Červený) nebo (p. Černý) „ *absolutně jsem mu nerozuměl a nechápal souvislost s jeho větami mluvil si sám ze sebou...jakobych tam nebyl*“. Zde se ukazuje, že komunikace, probíhá s nereálnými hlasy a dochází i k diametrálně změně názorů jak uvádí kupříkladu (p. Žlutá) která uvedla, že nemožná byla již jakákoli komunikace, protože vše co bylo řečeno nabylo v okamžiku opačný význam nebo smyslu „ *vše už přecházelo do sebestřednosti a vztahovačnosti..už mi nevěří i když se snažím o upřímný rozhovor*“ uvádí (p. Žlutá). Rodiče mají ve svém rodinném životě zažité určitý systém a řád, který se logicky požaduje i po svých dětech a pokud uvnitř řádu dochází k náhlé a nepřehlédnutelné změně vyvolává to bezpochyby pozornost. Jak například uvádí (p. Žlutá) „*..když jsme kupříkladu cestovali v autobuse nesnesl aby si sedl s někým..chtěl sedět sám..a pokud to nešlo, byla vidět na něm nervozita a raději stál ač jsem ho prosila o to aby si sedl vedle mě*“ dále rodiče cítí, že dochází ke ztrátám schopností jako je například jak uvádí paní (p. Žlutá). „*..šel do obchodu koupit si zubní kartáček a následně přišel z nákupu s naprosto jinou věcí a nebo prostě nevnímal čas a vrátil se hodně pozdě*“ nebo „ *vždy byl pečlivý a aktivní a ničeho nic jen koukal stropu a nereagoval když jsem ji oslovil*“ (p. Modrý). Počáteční projevy, které ukazují výpovědi rodičů, dokládají výraznou změnu v „normálním“ a běžném chování v dané rodině a k zjištění určité ztrátě běžných schopností a vyjadřování, které pak uvedené rodiče bezpochyby vedou k otázkám, které směřují k příčinám takové změny v chování.

#### 4.3.2 Co se stalo, co se to s ním/s ní děje?

Rodina hraje zásadní roli při podpoře člověka s duševní nemocí. Způsob překonání a zpracování prvotního šoku rodičů ze zážitku, že se jejich dítěti něco děje, hraje významnou roli při vytváření atmosféry v rodině. Na začátku setkání rodiny s duševní nemocí se rodiče zaměřují především na příznaky duševní nemoci. Toto téma bývá spojeno s pocity viny. Stává se, že si rodiče také vyčítají, že navštívili odborníka příliš pozdě. Zabývají se také tím, jestli udělali dobře, pokud nechali dospívajícího člena rodiny hospitalizovat. Hledá se možné vysvětlení, kdy každý z oslovených jde jinou cestou k objasnění toho, co se děje. Pokouší se nezvyklé chování ověřit v prostředí, v kterém se nemocný pohybuje například ve škole, zaměstnání, u vrstevníků a podobně. Jak například uvádí paní Žlutá „ *byla jsem se na něho zeptat ve škole, jestli tam nedochází k šikaně protože nechtěl do školy chodit,*



*byl nervózní a vzteklý a taky jsem se bála, jestli nebere drogy“* Ovšem jak vyšlo po konzultaci najevo, škola o podobných problémech nic nevěděla a podobného typu neřešila *“prostě vše bylo v pořádku, jak mě ubezpečila třídní ..hned bych Vás informovala“*(p. Žlutá). Rodiče jsou v této situaci bezradní, pátrají po příčinách, a snaží se oslovit další odborníky, u kterých je předpoklad, že dostanou „nějakou“ odpověď na jejich otázky *„ navštívil jsem obvodního lékaře a ten nás poslal k psychologovi a psychiatrovi „* (p. Černý). Domníváme se, že určité znaky změny chování jejich rodinného člena rodiče začínají chápat, že se potencionálně může jednat o duševní nemoc, ale nechtějí si to jednoduše přiznat *„odmítají“* si to připustit, ovšem situace, která se stává již neúnosnou je přinutí vyhledat odbornou pomoc *„ snažil jsem se přesvědčit manželku, ať zajde k psychiatrovi, třeba ti to pomůže,„* (p. Černý). Jak rozhovor dále pokračoval, vyplývalo z něho, že všichni hledali vysvětlení a rady konkrétního charakteru, jak to jeden z respondentů p. Červený uvádí *„aspoň trošku hmatatelné, logické a odborné vysvětlení..“*. Ovšem místo odpovědí vyplouvají na povrch další a další otázky. Řešení je jediné v této situaci, navštívit odborníka z oboru psychiatrie, ale nikdo neví v tento moment říci, jaká to bude cesta, jak dlouhá a jaká bude diagnóza.

### 4.3.3 Psychiatrická léčebna

V současné době, v kterém se rodina pohybuje s tímto problémem, je tedy nutné navštívit psychiatra, který by měl dát odpovědi na tíživé otázky rodiny. V současné době je velmi obtížné pro příbuzné si tyto informace, které jsou často podávány odborným jazykem lékaře vůbec schopny zapamatovat. Mnoho rodin se dlouhé měsíce utápí v beznadějně situaci, snaží se sehnat co nejvíce informací z různých lékařsky zaměřených knih, periodik či jiných informačních zdrojů. Lékař se snaží o vyšetření a zjištění správné diagnózy ale pro příbuzné je to v tomto období velmi stresující a napjaté. Proč? Nežádají se setkávají například s odpovědí *„ je tu na vyšetření, potřebujeme ho řádně pozorovat, uvidíme...nějaká diagnóza se ukáže“* p. Červený: *„jenom se opatrně říká, že prostě se teda uvidí“*. Je pochopitelné, že rodina očekává pochopení ze strany lékaře jeho podporu a odborné vysvětlení s dostatkem informací. Logicky se obávají a snaží se zjistit co nejvíce informací ale nepochopení nebo necitlivý přístup ze strany lékaře je vystavuje nepříjemné zkušenosti z nepřístupného postoje nevyjít vstříc což má za následek

další stres a napětí a zcela logicky nastávají i pochybnosti, že rozhodnutí dostavit se na psychiatrii byl *správný* “ nikdo mi nechtěl nic říci doktor nechtěl slyšet nic o situaci u nás...co mám dělat a jak se chovat když se chová divně..co je to za nemoc..prostě nic...byla jsem z toho otrávena “ (p. Žlutá). Přestože každý z příbuzných či rodičů chce a je pro svého blízkého opora a je neustále k dispozici “ *snažil jsem tam dojíždět denně...prostě co to šlo a práce mi dovolila* “ (p. Červený) očekávají podobný, aktivní přístup a zájem ze strany lékařů, ale ten takový na první pohled není, jak říká p. Červený „*mám z toho doktora špatný pocit..myslím že neví ani co dělá chodím tam každý den bere nějaké prášky a nic víc se s ním neděje nepřipadá mi, že ji léčí, ale jen nadopují,*“ U některých z návštěv v nemocnici dával lékař najevo že jejich přítomnost zde je až *obtěžující* „ *když jsem se ho chtěl na něco zeptat odpovídal mi jen tak aby se neřeklo a nic konkrétního..mrzelo mě to...* “(p. Modrý). Návštěva Psychiatrie a hospitalizace je nepochybně nejdůležitější věc pro pacienta, rodiče zde očekávají nejen odpovědi na jejich otázky ohledně informací, které souvisí s danou duševní nemocí ale především empatický přístup ze strany zdravotnického personálu. Ovšem negativita ze stran lékařů, která snad hraničí až ze syndromem vyhoření, někdy nezájmu k podrobnému vysvětlení. Tato komunikaci pak vede, jak respondenti uvádějí k dalšímu stresu a pochybností, jestli vlastně udělali dobře s tím, že přivedli svého blízkého zrovna“sem“. Domníváme se, že je velmi důležité, aby fungovala důvěra mezi lékařem-pacientem-rodinou, protože se sleduje jediný cíl a to pomoci nemocnému a úzká spolupráce mezi všemi subjekty tomu bezpochyby napomáhá.

#### 4.3.4 Jaká bude diagnóza – čekání na verdikt

Jak jsme uvedli v předchozí kapitole je pro rodiče následné období plné pochybností, očekávání a vyčkávání jaká bude diagnóza a nač se mají připravit a především další prognóza, jestli se bude jednat o dočasnou nebo dlouhodobou nemoc. Prostě a jednoduše řečeno, čekají na verdikt lékaře s obavou“ co se stane dál p. Černý k tomu *říká* “ *co bude dál...jak si s tím poradíme..bude to nemoc pro něj do konce života a tak mi lítají myšlenky v hlavě, nejistota a nezkušenost s podobným problémem* “Negativní smýšlení příbuzných ovlivňuje emoční stránku v tomto počátečním období nemoci „ *v prvních letech nemoci to bylo opravdu hrozné, vůbec jsem nevěděla, jak si s tím poradíme* “ (p. Žlutá). Převládajícím pocitem je ale především naděje v kterou rodiče věří s tím, že se možná bude jednat pouze o tzv. přechodný stav jak uvádí p. Červený „ *ze začátku jsem si myslel a*

*později i další příbuzní, že to rychle přejde..odezní, že se jedná jen o krátkodobou záležitost“* Psychické změny, se někdy přičítají momentálnímu vývojovému stavu (puberta), a hledají jakékoli zdůvodnění s popíráním skutečného stavu věci.,, *celou změnu chování jsme přičítali pubertáctví, mladej člověk někdy blbne..ale nakonec bylo všechno prostě jinak* „, (p. Černý). Dalším problémem je ne zcela relevantní odpověď lékaře na pacientovu další prognózu „, *lékař nám sdělil několik možností léčby ale nebylo jisté jestli se v tu dobu jednalo o chronickou nebo krátkodobou záležitost, já čekal jasnější odpověď od odborníka..tak nevím“* (p. Červený). Očekávání „verdiktu“ vede rodiče k myšlenkám, co se bude odehrávat v budoucnu a jaké dopady z toho budou plynout na všechny uvnitř rodiny. Jak vyplývá z výpovědí respondentů dochází k prvotnímu odmítání, že se jedná skutečně o duševní nemoc a že se jedná jen o krátkodobou záležitost spojenou například vyčerpáním nebo věkovým obdobím, které, se vyznačuje změnou chování vycházející z podobného chování daných vrstevníků jak uvedl p. Červený „, *sdělení diagnózy mě vyděsilo, nedokázal jsem si představit co vlastně máme očekávat, a když jsem si uvědomil jak se chovají ostatní vrstevníci v jeho okolí, uvědomil jsem si že se je jiná“*. Následné sdělení diagnózy schizofrenie je v podstatě prvním šokem pro příbuzné „, *to mě absolutně dostalo na kolena schizofrenie? „..nechtěl jsem tomu v první moment uvěřit“* (p. Modrý). Koresponduje to i s další výpovědí p. Žluté a p. Červeného, kteří uvedli, že něco takového by je vůbec nenapadlo. Rodiče odmítají daný fakt, že jejich dítě je postihnuto tak závažnou nemocí jako je schizofrenie, prvotní informace produkuje další tlak a vznikající stres na rodinu, které vede obava z budoucnosti, co to přinese za všechny problémy a důsledky spojené s tímto druhem onemocnění pro další život jak rodiny tak především pak pro nemocného.

#### 4.3.5 Kdo za to může – obvinění

Odborníci si často kladou otázku, proč rodiče přicházejí s prosbou o pomoc teprve po roce nebo roce a půl, kdy se objevily první příznaky. Se znalostí prevence relapsu a vztahu časné terapie a pozdější lepší prognózy se tato otázka může změnit až v obviňování rodičů, že nepřišli včas. Jak jsme uvedli v předchozích kapitolách rodiče se nedokážou plně ztotožnit s verdiktem stanovené diagnózy, která plyne nejen z odmítnutí nemoci samé ale především proto, že ne vždy byl přístup v Psychiatrické léčebně řekněme plně profesionální

a přineslo do rodinného prostředí ještě větší stres. Rodiče právě z důvodu nedostatečného vysvětlení co přesně se děje, co se má dít v průběhu nemoci, jestli dochází k té správné léčbě, jestlipak se věnují jejich blízkému plně a dle očekávání. Celá tato situace odráží nedostatečnou důvěru nejen ve svém rozhodnutí „něco“ udělat, obviňují jeden druhého v tom, že udělal špatné rozhodnutí a podobně, ale především zde absentuje důvěra mezi lékařem a rodiči. Nelze se pak divit, že lékař je tzv. „první na ráně“ v počtu výčitek, příkladem p. Modrý to komentoval slovy cituji *„lékař neustále laboroval s medikací teda léky jednou vysadit potom zase ne a bez toho aby vysvětlil proč, vše se kolikrát zhoršovalo ,...totálně mě to ubíjelo..nevěděl jsem si rady..“* P. Černý *„ neustále jsme řešili hospitalizace tam a zpátky bez výrazné změny po příchodě domů..na začátku to bylo opravdu těžké“* Podobný názor vyjádřil i p. Červený *„ co jsem vyzoroval, když jsem docházel na návštěvy berou se léky to ano, ale další vyšetření lékařem jedenkrát za den mi připadlo málo, čekal jsem, že se pacientovi budou věnovat více, nějak porovnávat změny, připadala mi ta hospitalizace kolikrát naprosto zbytečná, každodenní ambulantní léčba by byla asi stejná“*. Jak zde z výsledku vyprávění respondentů vyplývá, že obviňují především postupy lékaře, které si vysvětlují jako nedostatečnou péči a postupně se stává tato komunikace nepříjemná, nedostatečná až odmítavá což vzbuzuje dojem naprostého propadu důvěry lékař versus rodina.

#### 4.4 Identifikována diagnóza – co dál?

V období, kdy se daná nemoc identifikovala a pojmenovala, se nemoc stala jakousi startovací čarou další rodinné etapy, která svoji prognózou předurčuje změny, které bezpochyby v rodinném soužití nastanou. Rodina si začíná postupně při doplnění dalších informací uvědomovat, nejen počáteční potíže, které nastanou, ale přemýšlí nad skutečnými důsledky, které toto duševní onemocnění jako je schizofrenie přináší. V této časové linii se rodina učí hledat způsoby jakým způsobem s ní pracovat a překonávat překážky které nastanou.

#### 4.4.1 Zjišťování, kde se stala chyba

Po odeznění emocí na vrub lékařů, které, bylo na začátku, se rodiny spíše snaží o pochopení celé situace a snaží se k problému přistupovat konstruktivně a s jistou dávkou pochopení. Jak vyplynulo z dalšího šetření, nelze svalovat vinu jen a jen na lékaře protože, problém jak později pochopili je mnohem složitější kupříkladu to tak nastiňuje p. Černý *„chápu že lékař nemá neomezené možnosti v případě, kdy hospitalizovaných pacientů je velké množství a zdravotnický personál je ořezaný až na kost..prostě nejsou lidi „*, p. Červený *“ později jsme pochopili, že tato nemoc je vážně na konečné stanovené diagnózy a způsobu jakou nejvhodnější léčbu zvolit složité, každý jsme jiní, každý reagujeme jinak“* Rodiče postupně s časovým odstupem zjišťují, kde a proč se stala chyba, jakým způsobem se mohli určitá rozhodnutí a věci změnit, proč nemoc vznikla a jaký mohl být její impulz (příčina) pro její vypuknutí. Jednou z prvních otázek, které rodiče napadne je, kdo v rodině je potenciálním nositelem schizofrenie *„ v našem příbuzenstvu nikdo ničím podobným nikdy netrpěl“*(p. Žlutá) nebo: *„ nevím o ničem, jsme velká rodina, ale aspoň co jsem se doptával i později nevím o nikom“* (p. Modrý). Rodina je v situaci, kdy řeší dilemata ve smyslu *„ kdo za to může, proč se něco takového stalo, kdo nebo co to zavinilo“* Identifikuje se viník uvnitř rodiny, dochází později k výčitkám, odhalování, konstrukce obviňování, příkladem je citace p. Žluté *„ možná, že za vše mohl náš rozvod, který byl hodně bouřlivý a plný hádek,“* Dochází, taky k sebeobviňování ze strany rodičů, kteří mají pocit, že výchova jejich potomka byla zanedbaná, nedokázali přesně identifikovat potřeby jaké jejich potomek v určitém době měl a podobně a domnívají se, že to mohl být jeden z důležitých faktorů, který pak poznamenal psychiku dítěte. *“ umřel nám děda a byl na něj hodně fixovaný, jenže mě připadlo že to ze sebe myslím to že děda odešel nikdy nedostal, ale copak člověk ví jak to každý zvládne, teď už to stejně nejde vrátit“*(p. Černý). V odpovědích, se ukazují časté výčitky ve smyslu toho, rodiče upřednostnili své záležitosti před potřebou potomka tím, že se třeba přestěhovali do jiného města a postrádal své kamarády a přátele nebo ignorování jeho zdravotních potíží, které prostě přisuzovali něčemu jinému. P. Modrý uvedl, že nemoc u jeho potomka se projevila pravděpodobně v období lyžařského výcviku. Odsud přijel ve stavu, který se zdál, vzdorovitý cítil se unavený a podrážděný a nechtěl o ničem mluvit, odmítal jakékoliv vysvětlení. Dále p. Modrý uvedl, že v tu dobu nikoho nenapadlo, že se jedná o průvodní jev následného duševního onemocnění, tady dle jeho slov se asi stala chyba a tuto situaci vyhodnotili jako

pubertální rebelii. Další potencionální příčinou, kterou rodiče usoudili je možný velký tlak na dítě ve smyslu, dle jejich slov přehnaných nároků ve škole, sportu či celkové úspěšnosti jejich potomka v každém ohledu „ *neustále jsem tlačil na známky, zdála se mi líná, někdy oprávněně ale někdy asi ne, chtěl jsem, ať se naučí věci dotáhnout do konce*“ (p. Červený), (p. Modrý) „ *kolikrát nešlo nechávat mu volné ruce, musel se korigovat jinak, by neudělal nic*“. Hledání příčiny vzniku duševního onemocnění rodiče vidí s časovým odstupem tak, že to byla možná chyba z jejich strany a souvisí s propuknutím nemoci samotné. Je zjevné, že rodinné soužití je pak poškozováno různým dohadováním a vzájemným odsuzováním.

#### 4.4.2 Dopad nemoci a zklamání

V další fázi po zjištění dané nemoci se rodina začíná soustřeďovat a především uvědomovat jakým způsobem se jich budou dotýkat změny, když se vrátí člen rodiny z hospitalizace. Před onemocněním měla rodina určitý cyklus a vývoj, kam směřovalo její život, který byl opřen o určité cíle například studia, partnerského vztahu, profesního růstu a kariéry a podobně, někteří členové rodiny respondentů kteří onemocněli, se nacházeli v určité formě vývoje, kde se utváří a formuje jeho identita osobnosti, jak po stránce fyzické, tak po stránce psychické a dovednostní, tento člověk měl nějaké cíle, které se tímto diametrálně mění. Respondenti si velmi dobře uvědomují že dopad duševní nemoci změnil jejich dítě a že je jejich chování odlišné od předchozí doby před nemocí, dochází logicky k srovnávání před a po onemocnění a to ve všech oblastech jako je jeho vzhled, chování charakter a temperament „ *byl jako dítě vysportovaný, hezký kluk, sebevědomý*“ (p. Modrý) ukazuje se i jiný druh zájmů, P. Červený, „ *Jana se věnovala různým druhům náboženských sekt, z její strany byla někdy snaha nás o své víře přesvědčit, nebrali jsme to nijak vážně, spíš jsme se tomu zasmáli, nikdo z nás totiž nikdy nebyl věřící*“ Další kapitolou je uzavírání se před světem, kde se dotyčný potomek uzavírá do svého světa a nevnímá své okolí, nikoho nepotřebuje a straní se jakéhokoli styku s vnějším okolím. Dále se projevuje změny například k studiu, která se projevila zejména zhoršením studijních výsledků „ *měla vynikající známky, obor který, studovala jí bavil, ale pak se vše zhoršilo a přestávala to zvládat, bylo to horší a horší*“ (p. Červený). Pak rodiče tuto pro ně beznadějnou situaci vzdají, protože není v jejich silách s tím něco udělat „ *chvilku se zdálo, že to ve škole jde, ale pak to tam na ni padalo, tak jsme to po další hospitalizaci a dohodě s lékařem vzdali*“ (p. Červený). Rodiče mají tendenci srovnávat šance uplatnění bez dokončeného vzdělání a

danou nemocí svého potomka s jeho vrstevníky, které v této situaci vidí ve velmi špatném světle, protože se jakákoli šance na dobré pracovní místo diametrálně zužuje „ *každý rodič by chtěl pro své děti aby bylo úspěšné a zdravé ale nakonec je všechno jinak*“ (p. Modrý). Tento názor vyjádřil i p. Červený, který hovoří o tom, že šance jeho potomka na normální a zdravý život, s tím aby si sama dokázala najít práci, partnera, založit rodinu či dostudovat absolutně liché. Tendence nevidět své dítě za svéprávné a neschopné v důsledku této nemoci, uvedla většina z oslovených respondentů. Nenaplněné cíle a představy rodičů o životě jejich potomka vyjadřuje jejich pocit beznaděje, zklamání, tedy je zjevné, že situace do budoucna v nich podporuje jakousi skepsi ze zlepšení.

#### 4.4.3 Jaké se nabízí řešení

Velmi významný vliv na průběh onemocnění má rodinné prostředí. Rodina postiženému rodinnému členu atakem duševní nemocí, musí učinit kroky aby cítil důvěru a porozumění pro jeho nemoc. Z tohoto důvodu je nesmírně důležitý fakt, aby byla rodina, dostatečně informována ze strany lékaře, jakým způsobem se zachovat po návratu nemocného z psychiatrické hospitalizace, znát medikaci, a umět se orientovat na základě informací lékařů aby nedocházelo u nemocného k zhoršení zdravotního stavu. Rodina, v této situaci sice zpochybnila pomoc Psychiatrie a snaží situaci řešit samy a to tím, že se pokoušejí zjistit co nejvíce informací o dané duševní nemoci. Rodina se snaží především v první fázi po hospitalizaci reagovat na chování nemocného, které je způsobeno nemocí a které ostatním členům rodiny vadí, aby to nevedlo k hádkám, které by v konečném důsledku neprospělo nikomu z okolí rodiny. Tyto všechny projevy ovlivní budoucí klima rodinného prostředí. Tedy primárním úkolem rodiny je zjištění prognózy nemoci, její léčba a sekundárním okolím snaha o postupné znovuzáclenění do běžného života „ *v období kdy jsem se dozvěděla o nemoci moc informací nebylo, jak šel čas našla jsem spoustu věcí, které se mi pak hodili, třeba z literatury a podobně*“ (p. Žlutá), „ *mě nakonec pomohl jeden obvod'ák, který mě dohodil známého psychiatra, a ten je fakt dobrej a dozvěděl jsem se vše co jsem potřeboval vědět*“ (p. Černý). Respondenti se při svém hledání různých alternativ, možné pomoci se shodli, že existují zařízení, poskytující sociální služby u lidí, kteří jsou podobně postižení. Přesto je cítit v rozhovoru s rodiči pochybnost v tom, jestli pak udělali vše, co bylo zadaných okolností možné „ *snad jsem udělal všechno, ale to víte, člověk není ve všem zběhlej tak snad ano*“ (p. Černý). Je zde vidět velké úsilí rodičů o to, zjišťovat

veškeré dostupné informace a to z jakéhokoliv alespoň trochu relevantního zdroje, který jim umožní udělat si ucelený obraz o tom jakým způsobem pracovat s nemocným, způsobu léčby, komunikace, možné podpoře z řad sociálních služeb a podobně.

#### 4.4.4 Hledání pozitiv a negativ – jejich identifikace

V předešlé kapitole, jsme zjistili, jakými cestami rodiče, získávají informace k duševní nemoc a jejich snaha o získání odpovědí. Můžeme je rozdělit na dvě možné cesty, které ovlivňují toto hledání, jedna je pozitivní a ta druhá negativní. Pod pozitivní faktory můžeme zahrnout například zaměstnání, které umožní flexibilitu a možnosti vyjít vstříc ošetřujícímu rodiči být tzv. on-line „*jsem soukromý podnikatel, ale mám možnost si věci zařídit tak, abych byl na blízku když je potřeba třeba zůstat doma, nebo odvést syna k lékaři, zajisti léky, naštěstí mám schopného parťáka, který to chápe a vycházíme si vstříc, jinak si to nedovedu představit, manželka takové možnosti nemá*“, (p. Černý) i p. Žlutá uvádí jednu z možností jak věc řešit „*moje sestra je už v důchodě a bydlíme od sebe kousek, tak vždy nahlídne, když je třeba, jsem pak klidnější, jsem vděčná, že se na ni mohu vždy obrátit s prosbou*“. Pokud se jedná o negativní faktory, největší měrou převažuje způsoby a možnosti a dostupnosti různých služeb, například z důvodu dojezdu do místa, kde tato služba je P. Červený bydlí s rodinou na vesnici, kde v okolí tohoto regionu podobná sociálně zaměřená služba kupříkladu Centra denních služeb a podobné zařízení není. Pro rodinu je poté velmi obtížné být v tom „sama“, jelikož zde chybí podpora ze strany odborníka, který je, jak se domníváme nezbytný, protože jeho odborné znalosti a zkušenosti mohou rodině a především pacientovi výrazně ulehčit život. P. Černý vypověděl, že zvládání péče o potomka někdy zastiňoval zájem o další členy rodiny, především mladšího syna, když k tomu připočte pracovní vytížení a vyřizování je někdy velmi obtížné vše zvládat. P. Žlutá uvedla, že byly situace, kdy už nebyl schopna věci řešit sama, a kontaktovala lékaře, který se o syna ambulantně staral, i když jak sama uvedla „*nebylo mi to příjemné, cítila jsem se vždy po telefonu jak člověk co obtěžuje a že to nemá hrotit*“, to je ovšem nepříjemné pro člověka který ctí lékaře jako autoritu a snaží se u obav o svého blízkého. Někdy nabývají rodiče dojem, jakoby zasahovali do práce lékaře, ale oni to tak nevidí. Z výše uvedeného vyplývá, že rodiče jsou pod skutečným stresem a tlakem někdy velmi nepříjemných situací, kdy si nedokážou poradit a pocit že se mohou na někoho obrátit zde u některých absentuje, což pak někdy vyústí v pochybnosti jestli bylo



pro jejich blízké uděláno maximum pro zdárné zvládnutí léčby „ *někdy je to velmi vyčerpávající a stresující, když člověk neví jak se má zachovat a třeba jestli si neublíží sobě nebo někomu z nás chápete?..prostě to má na tu rodinu beze sporu silně traumatické problémy, nese to psychickou zátěž, značně silnou*“ (p. Černý). Zdárné zvládnutí různých situací, které tato duševní nemoc jistě nese. Je pochopitelné, že pro všechny v okolí, je vše velmi vyčerpávající a frustrující, především když se nemají kam v ten moment kdy nastal nějaký bod s kterým si neví rady. P. Žlutá k tomu říká „ *vážně jsem, si toho všeho zažili hrozně moc a už bych to asi nezvládala, kdyby ještě někdo z rodiny takhle onemocněl, to nikdo nepochopí, pokud to nezažije*“.

## 4.5 Dopady duševní nemoci na rodinu

Nyní si rodiče nacházejí v bodě, kdy se začínají smiřovat s tím, že nemoc je bude provázet pravděpodobně do konce života. Jak uvedl p. Modrý „ *vždy po nějaké době se nemoc vracela i když bral léky, taková sinusoida, nebo jak bych vyjádřil ..léky zabrali třeba pár měsíců a pak se stav třeba zhoršoval, potom bylo zase docela dobře i tři roky pak zase změna* „ U rodičů se postupně projevují únava a psychická vyčerpanost, vyplývající z přechodných úspěchů a pak zklamání, když se nemoc vrací v plné síle, pro rodinu je to bezpochyby velmi frustrující, pokud léčba nepokračuje tak rychle jak by si samy přáli a přijmout fakt, že nemoc blízkého se stává součástí jejich běžného života „ *někdy si připadám že jsem už sám nemocný, jelikož jsou někdy dny kdy nás to pohltí, když se stav zhorší a vše musí bokem, myslím běžné starosti jako je nákup nebo něco někde vyřídit a musí z nás někdo zůstat doma* „ (p. Černý). V těchto situacích se v rozhovorech projevuje převládající pocit lítosti, kterou provází vyrovnání se s nemocí „ *nemohla jsem to hrozně dlouhou dobu překousnout, proč zrovna já musím mít takové neštěstí, je mi ji líto protože mu nemám jak pomoci*“ (p. Žlutá), „... *jasně že mě to frustruje mít duševně nemocného doma, ale prostě to tak je*“ (p. Červený).

### 4.5.1 Rodino, dělej co umíš

V čase, kdy se duševně nemocný člověk vrátí z hospitalizace z psychiatrické léčebny, je jeho stav obvykle stabilizovaný, projevy schizofrenie ve formě halucinací či bludů jsou

medikací utlumené, nemocný nevykazuje výraznější depresivní nálady, jde s ním komunikovat. Na první pohled se zdá, že člen rodiny postižený touto nemocí je vyzdravený, schopný sebeobsluhy apod. Ovšem tento pocit je klamavý, protože léčba si bude vyžadovat dlouhodobou péči a léčbu, které tato nemoc vyžaduje a nemocný v tomto období vykazuje značnou psychickou labilitu. Dále si rodina uvědomuje, že po hospitalizaci je potřebná i druhá stránka věci a to aby se postupně začal nemocný zapojovat zpět do běžného života nejen v rodině ale popřípadě zaměstnání a škole. Například p. Černý popisuje v této souvislosti, že je rodině jasné že návrat z psychiatrické léčby potomka z jejich pohledu se jedná o velkou změnu, protože styk se svými vrstevníky či kolegy ze zaměstnání, fotbalu prostě dlouho neviděl, a neví jak se zpětně do kolektivu začlenit. Nemocný je sice farmakologicky stabilizovaný, ale jinou stránkou věci, je nepřipravenost v oblasti sociálních potřeb. Vyplývá to především z důvodu doby hospitalizace, a období, kdy nemocný nebyl schopen se sociálně se svým okolím stýkat. P. Černý k tomu dodává cituji „ *máme pak pocit, že jsme v tom sami, oni ho propustí a rodina dělej co umíš..*“ Ovšem domníváme se, že je tu malý háček, a to v tom, že lékař není povinen někoho obvolávat a dávat informace, pokud se na ně někdo z rodičů neinformuje, je tu tedy možný komunikační problém, vycházíme například z citace p. Žluté, která uvádí „ *lékař prostě jenom léčí tabletami a dál nic*“ jak někteří z respondentů uvedli považují jeden z největších problémů odhadnout jak se zachovat v určitých situacích jak popisuje pan Černý „ *nevím co se v ten moment mu jako odehrává v hlavě a jak mám zareagovat, aby něco nepokazil*“ , V tomto případě, je opravdu těžké odhadovat jestli pak dané chování nemocného je v ten moment příčinou nemoci či jen průvod emocí na nějakou událost. Z výše uvedeného je zřejmé, že pro rodinu je velmi důležité, aby se naučili rozpoznávat, jaké události a věci staví, činí nemocnému zátěž a situaci dokázali správně vyhodnotit. Někteří z respondentů se postupně v průběhu nemoci dokázali orientovat v daném chování už například jen z výrazu nervozit nemocného či rozrušení a postupně se těmito situacím snažili vyhnout, aby nemocného něčím nepředloženým nerozrušili. Celá tato snaha blízkých vypovídá především o tom, že se snaží o pomoc a o úlevu pro nemocného i když ne vždy ví jakým způsobem použít ty správné „nástroje“.

#### 4.5.2 Kolísání úspěchu a neúspěchu

Z pohledu fungujícího rodinného prostředí je velmi důležité, aby si každý z členů rodiny, zachoval svůj způsob života, své koníčky a záliby, je velmi žádoucí, aby rodina neupírala veškeré své myšlenky a péči věnovala pouze duševně nemocnému, což úzce souvisí s momentním zdravotním stavem a rodiče cítí, že nejdůležitější je v současnosti starost o nemocného. Všem po určité době "stabilizace" nemoci si uvědomují, že je potřebný další krok k nějaké samostatnosti nemocného a postupnému sžití a přebírání odpovědnosti jako je nástup do zaměstnání, pořízení vlastního bydlení a podobně. Ovšem je zde velká míra rizika v tom, že ne vždy se musí vše podařit, což někdy vyústí v nezdary, které mohou nemocného nejen frustrovat a poté i odrazovat od dalších pokusů bojovat dále „ *chtěl se přestěhovat do domku po babičce, tak jsem se ptal jestli to vážně chce a že jo, ale jsme mu oponovali, musíš se postarat o vše sám, praní, vaření, stál na svém, že si tam aspoň může přivést přátele což tady prý nešlo, manželka souhlasila taky tak se přestěhoval, jenže po dvou měsících to přestal zvládat, ale nic jsme mu nevyčítali..* (p. Černý). Další oblastí je zaměstnání a možné pracovní pozice, které se ukazují jako velmi omezené: Důvodů je mnoho a mezi nejvýznamnější je především fakt, že se potřebuje potvrzení od lékaře, které mu pak z logických důvodů zužuje výběr možných pracovních míst, „ *napsali jí do zprávy bez větší psychické zátěže, hmm jednalo se o recepční..že by jí to bavilo ale zaměstnavatel konstatoval že je to náročné, tak to vzdala*“ (p. Žlutá). Dalším z důležitých faktorů je nedodělané možné vzdělání, které by na danou pracovní pozici splňovalo. Rodina se snaží hledat různé alternativy možné práce, třeba jednoduchého charakteru jak uvádí například p. Modrý „ *ptal jsem se všude možně, aspoň částečný úvazek šít boty, jenže chvíli to vydrželo a pak byl průser a nezládnutí , skončilo zase práškař a nemocníci*“. Jak respondenti uvádějí, nestabilita psychiky nemocných zasahuje do schopnosti najít si zaměstnání nebo být schopen se osamostatnit působí velké obtíže. I když snaha rodičů či blízkých je jak uvedli ve výpovědích velká snaha, pak nezbyvá mnoho alternativ řešení a je nasnadě uvažovat například o předčasném invalidním důchodu. Tyto všechny myšlenky a názory vyvolávají nezdary v prvopočátcích snahy o začleňování a je pochopitelné že má tendence k tomu to vzdávat a podlehnout okolnostem. Ovšem tento stav se mění s postupem léčby a nemá vždy trvalý charakter. V další časové linii se naskýtají další možnosti, které umožní další možnosti situaci na určité úrovni řešit.

### 4.5.3 Péče do konce života?

Jak jsme nastínili v předešlé kapitole, rodiče postupně zjišťují, že vyhledávání vhodného zaměstnání, vzdělávání, samostatného bydlení a celkové zapojení v sociální oblasti samoobsluhy po hospitalizaci není vůbec jednoduché a věci související s péčí věnovanou nemocnému se budou muset vypořádat jako faktem. Role pečovatele je odvislá dvěma faktory, a to je věk nemocného, který není schopen se o sebe postarat sám a druhým faktorem je rozsah a závažnost nemoci, která určí, je-li péče delšího charakteru „ *má takové stavy, že i po hospitalizaci je potřeba dohlédnout, na jeho chování, jestli bere pravidelně prášky tak jak má, dohlížet na něj musím každou chvíli*“ (p. Modrý). Nezanedbatelnou úlohu pak hraje i faktor „ mateřství“, který se projevuje v přímé souvislosti s rodičovstvím a přirozeně inklinuje k jednání, kdy se rodiče prostě chce starat za všech okolností „ *je to mé dítě, a chci pro něj to nejlepší, cítím, že je to má povinnost a snažím se vše dceři co nejvíce usnadnit, pomoci na kvalitní život v rámci možností, které jsem schopna dát..pláč..*“ (p. Červený. P. Žlutá to cítí obdobně „ *protože je to blízký člověk a nikdy bych nepřemýšlela, že bych mu dala vše co je můch silách, já myslí, že je to logické*“. Tyto faktory vedou rodiče k přesvědčení, rodič se postarat o své dítě přirozeně má, i když očekává, že s postupem času se situace zlepší a nemoc ustoupí a postupně se nemocný dokáže osamostatnit. Přesto si klade rodič otázky typu, zvládne to bez mé pomoci? Jak uvádí p. Žlutá „ *je zvyklý, že jsem pořád někde v prostoru, ona se tak ubezpečuje, jsi tam? Kolikrát mám pocit že zlenivěl a že mu t snad i vyhovuje a připadalo mi že to někdy až zneužíval, jenže v ten moment to člověk tak nebere a byla jsem rád že tu semnou je*“ . P. Červený vypovídá ve svém rozhovoru, že došlo až k fixování na matku a její společnost si vyžadoval, ale neviděl v tom rozpor jelikož byl s matkou vždy více než z oběma rodiči. Obava přišla až po delším čase, kdy úprava pracovní doby už nebyla ze strany zaměstnavatele dál tolerována, a nastaly obtíže, když matka už v dosahu tak často nebyla. Z daného rozboru otázek tedy vyplývá, že rodiče přijímají péči dobrovolně a berou za svou povinnost, ovšem později si začínají uvědomovat, že přehnaná péče se může projevit až do určité závislosti což by mohlo do budoucna vyústit v neočekávaný problém.

#### 4.5.4 Psychická závislost

V této fázi si rodiče začínají uvědomovat, že taková fixace z pohledu dítěte by pro ně mohla být problémem z obavy, že v pozdějším věku nemusí být schopni zvládat péči, kterou nemocné dítě vyžaduje „ *kolikrát mě napadne, co bude za pár let, jestli budu schopna se o něj dál postarat jako teď, jistá nejistota je ale jak to bude dál opravdu nevím ..záleží jestli se stav bude zlepšovat nebo zhoršovat je to jak na houpačce...*“ (p. Žlutá). Psychická zafixovanost se podle p. Červeného projevuje, citujeme „ *když třeba někam jdu chce vědět kam a kdy se vrátím, často volá manželce, když se někde třeba zdrží a není v čas, který si domluvili doma, někdy řešíme naprosto triviální věci, které mi volá do zaměstnání a podobně*“ nebo „ *svěřuje se mi s každou věcí, kterou mi musí ihned sdělit, pokud nemám čas a zrovna něco dělám prostě tak dlouho naléhá pak znervózní pokud to není hned a pak teda sednu a vyslechnu to, má k nám důvěru což je fajn ale každou maličkost ihned řešit je někdy no složitě*“ (p. Černý). Psychická závislost nemocného je posílena i tím, že prostor nemocného k rozhodování není dostatečný „ *většinou mé názory na konkrétní věc bere..kouká a pak to docela bere, když mu něco vysvětluju..*“ (p. Modrý). Domníváme se, že psychická závislost se někdy jeví oboustranně, nejen dítě ale i rodič má jistou závislost, projevující se neschopností dokázat uvolnit pouta sdílené se svým dítětem. Motivem je obava a strach z možného nezdaru, nestability vyplývající z dané nemoci, nedůvěra v to, že se dítě později dokáže samo o sebe postarat. Ukazuje se zde, že úspěchy v léčbě vzápětí vystřídá obavy z neúspěchu „ *no obava tu bude asi vždy,..je to asi na celý život..ale posun je už zvládá spousty věcí než dřív..*“ (p. Černý). Ukazuje se i nadále snaha o další pokusy o osamostatnění, například p. Černý mluví o tom, že měl několik diskuzí na téma bydlení se synem a že by se rád pokusil si zkusit žít sám, ale jak dále uvádí, měl obavu jestlipak přišel ten správný čas a jaké pravidla nastavit, aby měl situaci tzv. “pod kontrolou“ “ *..manželka však názor na osamostatnění příliš nesdílela, protože nebyl přesvědčena dostatečně o správnosti tohoto kroku .. manželka si prostě myslí, že je ještě čas, ale kdy je ten správný čas, když to sám chce jsem se jí ptal*“ (p. Černý). Zde je zajímavé sledovat určitý kontraproduktivní názor rodičů v tom, co vlastně chtějí, a neradi se vzdávají role pečovatele. Dále nelze opominout materiální stránku, která se stává taky jistou závislostí pro duševně nemocného. Respondenti uvádějí, že jsou schopni zabezpečit nejen bydlení samotné ale i stránku financí. Je velmi důležité, aby nemocný měl dostatečné zázemí i po tom, kdy rodiče už nebudou schopni tuto péči zajistit. Proto se musí do

budoucná hledat alternativy finančního zajištění a vhodně zvolená forma pečovatelských služeb. Zabezpečení svého potomka beru rodiče s plnou zodpovědností „ *já jsem mu založila účet kde šli peníze z prodeje domku po rodičích, kdyby se něco stalo ať je o ni postaráno, nedovedu si představit, že bych ho nechala bez peněz, kdo by se o něj postaral to nejde takhle.*“ (p. Žlutá). Z výpovědí tedy vyplývá, že nejen nemocný blízký ale i rodiče se postupně podvědomě fixují a péči o svého blízkého chtějí rozhodovat de facto sami, když cítí, že to není zrovna správné. Poté přichází uvědomění si situace, že by se spíše měli stát podpurným pilířem k postupnému osamostatnění, zpretrhání pout, které by připravilo nemocného na samostatný život.

#### 4.5.5 Sociální závislost

Cíl, který mají všichni zainteresovaní v rodině, je tedy jasný, rodiče si dostatečně uvědomují, že péče o potomka nebude donekonečna z různých objektivních důvodů a že by nebyla ani komplexním řešením do budoucna „ *jistě že jsme to probírali několikrát v tom smyslu, že tu věčně nebudem a jaké se najde řešení* „ (p. Modrý). Například p. Červený při představě, že by se něco s ním mělo stát, si nedokáže představit, vystupuje jako hlavní živitel rodiny a nese převážnou část zabezpečení finančních prostředků rodiny. Ne všichni respondenti jsou „bohatí“ aby zvládali celou zátěž finanční zátěž po celou dobu nemoci, s tím koresponduje i průměrný věk respondentů, který taky napovídá, že nebudou dlouho pracovně aktivní což je pro mnohé ještě více naléhavější a jsou si vědomi, že musí hledat další řešení zajištění případné další péče pro nemocné dítě. Jasnou shodu vidíme u všech respondentů – zajištění je to nejdůležitější. Pan Černý říká, že prioritní jsou otázky bydlení, kde by nemocný dokázal žít plnohodnotně a měl své zázemí a jistotu a možnost si najít případného partnera pokud mu to zdraví dovolí. P. Žlutá má podobnou filosofii, cítí že dcera se nemůže delší dobu izolovat od svých vrstevníků a dle jejich slov jak uvádí „ *musí se znovu naučit žít a komunikovat, ne se zavřít za čtyři stěny, to by jeho stav jen zhoršovalo, pomalu ale jistě, i doktor říkal na jeho stav že komunikace s vrstevníky je moc důležitá*“ Všichni respondenti se v průsečíku výpovědí shodují, že případné pokusy ať už se zdaří nebo ne, jsou důležité nejen proto, že se něco pozitivního pro nemocného udělá, ale že dojde dřív či později k postupné změně jejímž výsledkem by nebyla celá starost na

jejich bedrech. To vše vede jejich úvahy k tomu, aby vyhledali reálné možnosti, které se v tomto směru nabízejí.

#### 4.5.6 Komu předám starost o nemocného, když zde nebudu?

V současném údobí je teď pro rodiče důležité, aby nemocné dítě dokázalo, že je schopno zvládnout samostatnou domácnost, ale i to, že celá procedura od změny bydlení po chod domácnosti nebude lehkou záležitostí. Nabízí se několik variant řešení jakým způsobem toho dosáhnout, pokud by došlo k tomu, že nebudou schopni z nějakého důvodu péči dále poskytovat. Jednou z nich je „předání“ do péče někoho z okolí rodiny, což je přirozená a logická varianta ale vzápětí zjišťují, že při náročnosti péče, která tato nemoc vyžaduje, by tuto věc zavrhl *„starší dcera přišla s tím, že by se sestru vzala k sobě...argumentoval jsem ji, že má svého dost a že má co dělat aby zvládala své dvě děti, které jsou už v pubertě, to jsme po ní nemohli chtít i když vím jak má sestru ráda „(p. Červený). Uvedená výpověď jasně dokazuje, že přenechat tak velkou zodpovědnost na někoho z rodiny nechtějí a vylučují tuto možnost. P. Žlutá k tomu uvádí *„ sestra je mi nápomocna když potřebuji, ale že bych kluka dávala k příbuzným zcela vylučuji, i když se mi několikrát nabízela, že si s klukem rozumí, jenže to je jen na chvíli, když mám práci a tak ale na delší dobu to ne“*. P. Černý se vyjádřil v tom smyslu, že by to bylo *„z bláta do louže“*, nic by to nevyřešilo. Syn potřebuje především odbornou péči, i když rodina je v péči nepřehlédnutelná *„ každý z rodiny má své starosti a svůj život, myslím, že by to zasáhlo tak jako nás do celého soužití a jen by to bylo spíš k neprospěchu syna, probírali jsme to několikrát a padlo spoustu řešení, co by bylo kdyby..jenže já vím své, přestali by normálně fungovat tak jako mi“*. Rodiče po určité době už získali zkušenosti s touto nemocí a předání zodpovědnosti na druhé z rodinného prostředí řešili pouze v mezní situaci, kdy by se žádné jiné řešení nenašlo. Dokázat se postarat a věnovat pozornost nemocnému by zasáhlo do rodiny více, než si sami dokážou připustit, ale je pochopitelné, že když rodina má dobré zázemí, že se podobné nabídky o péči příbuzného s plnou upřímností pomoci objevují.*

#### 4.5.7 Bude mít v budoucnu svoji vlastní rodinu?

V této kapitole se věnujeme významnému tématu, které nelze opominout, a to otázka pokračování rodinné linie. Tuto skutečnost sledují rodiče s obavami a nejistotou. Přece jen

se jedná o duševní nemoc nikoli somatickou, která má jasnější prognózu, ale tady se s nějakou jasnou časovou dobou, kdy dojde, ke kompletnímu vyzdravení úplně odhadnout nedá. Ovšem jsou zde očekávání rodičů, že děti převezmou odpovědnost do vlastních rukou, tejně taktak to dělali jejich rodiče. Každý z respondentů věří, že po určité době dojde k vyléčení nebo alespoň k částečnému vyléčení ale pochybnosti v nich jsou „ *kluk se několikrát vyjádřil že děti nechce, sám si uvědomuje, některé souvislosti nebo pak se mi svěřil, s myšlenkami že to není dobré aby měl děti jestli to není dědičné ..to by už nezvládl nikdo mít dva schizofreniky asi je to blbost ...ale jsme o partnerovi i povídali ale zatím se na nikoho necítí.*“ (p. Žlutá), obdobný názor vyjádřil i p. Černý . Je zde taky tendence rodičů srovnávat své potomky se svými vrstevníky „ *jeho spolužáci už mají rodiny a své děti, kariéru bydlení ..je mi ho pak líto protože tohle vše mohl mít i on to je smutný*“ (p. Modrý) Přání rodičů na normální a kvalitní život nemocného dítěte, má tendence k srovnání mezi vrstevníky v jejich okolí a směřují se postupně s myšlenkou, že představa o kvalitním rodinném soužití v partnerství nemocného nemusí být naplněna. Všichni rodiče chtějí vnuky a vnučky ale jsou si vědomi, že by to mohlo představovat pro nemocného velkou psychologickou zátěž, která by pak měla za následek zhoršení zdravotního stavu.

#### 4.5.8 Problémy s komunikací

Jeden z důležitých faktorů v životě rodiny je komunikace mezi svými členy. Duševně nemocný člověk má velmi často problémy s pochopením či zpracováním informací z něčího i vnitřního okolí. Jeho nemoc vyžaduje spíše jistou pravidelnost a řád, aby věděl, co může očekávat a být schopen na danou situaci zareagovat. Nemocný nepotřebuje mít rozvrhnuté jak co a kdy udělat, ale mu jde spíš o stereotypní a neměnicí chod s jistou pravidelností jako je například jídlo či odchod a příchod ze zaměstnání, v domácnosti, která nevykazuje žádné dramatické změny jako je například stěhování apod. Režimová pravidelnost a zdravá životospráva, pak zcela jistě velmi dobře pomáhá k udržení dobrého psychického stavu nemocného. Rodiče po konzultacích na psychiatrii dostali některé informace a pravidla v pro danou péči s pacientem. Duševně nemocný mívá problém se zpracováním a pochopením toho, co se od něj vyžaduje. Je dobré se přesvědčit, že nemocný skutečně porozumí všemu, co mu bylo sděleno. Dále se chce po rodině, aby jednotliví členové měli podobné požadavky a věci příliš neměnili. Jde o to, aby nemocný



správně chápal, co se od něj chce a nepropadal zmatku a nejistotě a věděl komu má v rodině věřit, porozuměl tomu, co mu bylo řečeno. Rodiče uvádějí, že nejčastěji došlo ke komunikačním problémům a nemoc pak zasahovala formou depresivních až paranoidních stavů v období vysazení léků nebo určité době po návratu z psychiatrické léčebny „ *prostě jejich představy se neztotožňovali s tím co chtějí a pokud nedošlo k splnění očekávání, berou to jako útok na sebe a pak je nervózní, vyčítavý a sebestředný a hlavně podezřívavý, já vím že to tu nemoc provází a že asi vidí úplně něco jiného v ten moment než my, ale jsou to přece přeludy co vidí a nenechá si to prostě vysvětlit za nic na světě, musím se velmi ovládat abych nevybuchl je to vždy po nějaké změně...byl jsem se ptát lékaře co s tím...jak se máme zachovat, kdy je to už nebezpečné...někdy se bojím, že ve své zlosti někomu ublíží“ (p. Černý). Jak je zde výše uvedeno nemocný postižený schizofrenií si nijakým způsobem nenechá vymluvit, co vidí, co se kolem něj děje a jak celou situaci vidí vlastníma očima a myslí, rodiče vnímají a vysledovávají, kdy docházelo k změnám v chování, přesto jen velmi ztěžka zabrání případným hádkám a nepochopení. P. Červený to vyjádřil větou „ *je to prostě hovor sám ze sebou, nikoho v ten moment nebere v potaz“* Schizofrenik se uzavírá v tomto stavu do svého světa a vlastně si z pohledu druhých vede pouze monolog, což ovšem v jeho světě nemusí zrovna tak vypadat a on to chápe jako nepochopení, co vlastně chce a co vidí což může vyústit až v agresivní chování vůči svému okolí. Podobnou zkušenost uvádí i p. Žlutá, která uvedla, že komunikace vlastně v podobném stavu myslí syna vlastně žádnou komunikací není „ *mele si prostě svou a když mu vysvětluji třeba , že to nebo ono prostě nejde, je pak jak nervák..“* P. Modrý řekl, že pokud došlo k nějakému „nedorozumění“ v komunikaci, taky se snažil o trpělivé vysvětlování „ *syn byl přesvědčený že všude na internetu o něm píší, vyhledal si své jméno, a tvrdil mi že ho pronásledují, že se bojí, že něco udělal špatného a že se mi to bojí říci, tak jsme šli na počítač a zjišťuji, že je to pouze někdo se stejným jménem třeba má blog a podobně, když jsem se mu snažil situaci vysvětlit, prostě mi nevěřil“*. Problémy se taky nevyhnou o představě, jak má fungovat domácnost, „ *snažím se ho zapojovat do každodenní práce doma ..nádobí,vysávání a takové běžné věci třeba shrabávání listí na zahradě ale kolikrát se mu jakoby nechce a když mu vysvětluji, že my měl víc pomáhat, protože pořád něco chci, vzteká se, že to prostě nezvládne a cítí se že, ho pořád nechápu a tak“* (p. Žlutá). Jak sama naznačuje, ne vždy spojuje nemoc s nechutí do zapojení se syna v běžných rutinních věcí ale spíš se snaží přestat ho neomlout a tolerovat jeho nechut' k splnění povinností i za tu cenu, že dojde k hádce. Respondenti se postupně učí jakým*

způsobem s duševně nemocnou osobou komunikovat tak, aby dosáhli toho, co potřebují a vyhnuli se konfliktním situacím, které by vše jen zhoršovalo a snaží se obrnit trpělivostí. Komunikace musí být pro všechny strany naprosto srozumitelná a budící důvěru „ *postupně s manželkou zjišťujeme, co ji prostě vadí a co ji znervózní a naopak a když už se to jako zdá přes míru tak ona přestává komunikovat prostě mlčí a to už víme, že se něco děje a nemá smysl do ní nějak víc klavírovat,* „ (p. Červený). Rodiče zjišťují, že základním kamenem je trpělivý projev a chápání duševně nemocného a snaží se nehledat vždy logické vysvětlení pro jeho chování a umět reagovat správným způsobem aby ke střetu nedocházelo. Velmi dobře se to ukazuje v případě p. Černého, který říká „ *nemá smysl mu tvrdit, že je to bílé když to vidí černé prostě jeho realita v ten moment je jiná a vyvracení čehokoliv ten moment bere jako bychom mu lhali nebo tak, tak že trpělivost a zase trpělivost ale je to pak lepší*“. Další, obtížnou situací vycházející z různých situací, je komunikace mezi rodinnými příslušníky přirozeně se zde projevuje různorodost názorů na to, jaký způsob soužití s duševně nemocným by byl nejlepší. P. Modrý k tomu říká „ *švagr a manželka někdy nechtějí pochopit že syn je prostě jiný, proč nesportuje když byl v hokeji super, proč nestuduje když mu to tolik šlo, a že se třeba znova nastartuje a že ho moc chráním, že by to nebo ono, to mě vytáčí věřte, nežije tady s ním a manželka ..tu někdy nechápu, sama vidí, že Michal už to nedává když je nemocný*“ . Poté se taky stává, že komunikace je natolik vyhrocená, že někdy dojde k zatvrzelému mlčení a komunikace v podstatě neprobíhá „ *vždy když jsem za exmanželem zašla a chtěla probrat něco ohledně syna, nechtěl kolikrát nic raději slyšet jakoby se ho to netýkalo, a raději odešel ..prý se nechce hádat a nemá smysl s ním nic řešit, že je pořád pryč*“ (p. Žlutá). Podobně se někdy komunikace v rodině vyhrotí jak uvedl p. Červený „ *tchýně se neustále při každé návštěvě dotazuje co se změnilo, to by bylo v poho, jenže ona do toho hned háže své rozumy že když není léčba rychlejší mělo by se udělat víc ..jak chápete to už pak vybuchnu..nevím jestli si myslí že děláme málo, pak se pohádáme..manželka to samozřejmě nese taky pak těžce..omlouvá všechny a pak je napětí v celé rodině*“ . Jak uvádí jeden z rodičů, nejhorší konflikt zažívá se svým druhým potomkem „zdravým“, protože těžce chápe to, že se musí věnovat tolik péče jen nemocnému a on má pocit že je na „druhé koleji“ „ *..bylo to tak nějak postupem času začalo mu vadit že se pořád kolem bratra chodí jak kolem malovaného obrázku a když on něco potřebuje není čas a tak já ho chápu má pravdu nemáme kolikrát čas ho ani vyslechnout ale manželka vypění že nechce nic chápat a vybuchne jak ona tak on*“ (p. Černý). Je evidentní že komunikace uvnitř rodiny je někdy

velmi vyhrocená především komunikace mezi rodičem a nemocným dítětem poznamenává především depresivní stavy, možná únava a nepochopení, nedůvěra která z toho že si v komunikaci nerozumí, což se postupně odstraňuje a to především zkušenostmi z minulých situací. Co se týče komunikace mezi rodinnými příslušníky, komunikace se vyhrocuj především tím, že pohled na nemoc má každý subjektivní a tedy různorodost názorů na to jak situaci se soužitím s duševně nemocným člověkem se liší. V neposlední řadě se pak ukazuje, jak je výše napsáno, že péče někdy zabere natolik času, že rodiče někdy ač neúmyslně opomíjejí, že nemají pouze jedno dítě, z čeho vznikají výčitky a nepochopení což komunikaci v konečném důsledku mezi dalšími potomky a rodiči vyostřují.

#### 4.5.9 Vztahové problémy uvnitř rodiny

Jak jsme popsali v minulé kapitole, je evidentní, že duševní nemoc zasahuje do rodiny a jejího soužití, a to především nepochopení v komunikační oblasti celé rodiny. Vzniklé problémy a názorové rozpory mohou vést až k tomu, že se přeruší kontakt s některými příbuznými či sourozenci. P. Červený uvádí ve svém rozhovoru „ *načež rodina vždy aktivně sportovala, věnovala se hokeji, horám a přírodě, rádi jsme chodili do divadla, ale toto už není možné v takovém rozsahu*“ Jeho dcera přestala být aktivním, a většinu času ležela v posteli, neměla o nic zájem. Manželka pana Červeného se ovšem těžko srovnává s touto situací „ *kolikrát už na ní vyletí ať jí z něčím pomůže a pak to vyčítá mě, že na ni víc nedohlédnu ..vše ji odpouštím vždy, se proto pohádáme*“. Jak později vyplynulo z rozhovoru, situace se pak natolik vyostřila, že na krátkou dobu odešel z rodiny a situace se blížila rozvodu, ale pak se vše uklidnilo, jak uvedl p. Červený „ *manželka pochopila a uznala, že kritizovat a hrotit vše kolem dcery nikomu nepomohlo*“, situace se v rodině později stabilizovala. I pan Modrý jak uvedl, měl podobné vyhrocení komunikace s nejbližší rodinou „ *hádky se švagrem jednu dobu byli až takové, že jsem ho prostě vyhodil z domu a přestal jsem se ním stýkat, jeho agresivní názory na to, jak děláme vše špatně jsem, už neunesl*“ dále také uvedl, že se pak širší okolí rodiny stavilo proti, což rodina nesla pak těžce, cítili se podle slov p. Modrého ublížení a cítilo to jako křivdu. Z toho lze vyvozovat, že jeden z rodičů už nedokázal čelit kritice a nepochopení blízkých, místo pomoci spíše ubližovalo. Jak dále p. Modrý uvedl „ *syn pak spíše utíkal od nás , vycítil že se s manželkou dohadujeme kvůli švagrovi, a přenesl si to na sebe, že jako za to může, chtěl*

*za každou cenu odejít...že je jako na obtíž..“* Jak vyplývá z výpovědí respondentů, z větší části dochází k dramatickým situacím související s kritikou v souvislosti s péčí duševně nemocného potomka až do takové míry, kdy se rodinné pouta v některých případech ukončili. Domníváme se, že příčiny k rozepřím vychází ze subjektivních pocitů širšího okolí rodiny, které nežije přímo s duševně nemocným a že jim k pochopení chybí osobní zkušenosti z denního soužití. Je třeba zmínit, že toto vše nemocný velmi citlivě vnímá a že pak dochází k sebeobviňování za to že, za vše může a že má pocit, že je na obtíž.

#### 4.5.10 Dilema – svěřit se svému okolí o nemoci nebo mlčet?

Z odpovědí rodičů vyplývá, že onemocnění duševní chorobou, se cítí z velké části méněcenní, což dávají za vinu své nemoci, z čehož pak dochází u nemocného k depresivním stavům. U duševně nemocných lidí přirozeně nemoc vzbuzuje obavy a strach, protože, jak se domnívají oni i jejich okolí tato nemoc je jiná než například somatické onemocnění. Toto onemocnění přináší ocejchování čili stigmatu. Chování nemocného a jeho reakce jsou nepředvídatelné, vyskytuje se zde problém rodičů, jakým způsobem s ním komunikovat, projevy nemocného vyvolávají v rodičích bezradnost, která se spojuje a ambivalentním, potažmo emočně negativně naladěným hodnocením. Postoj k nemocným, zatíženými schizofrenií pak dochází ze strany okolí k odmítavé reakci ve formě odporu a obav(strachu). Pro pacienta a blízkou rodinu znamená zjištění duševního onemocnění fakt, že nemoc bude v léčení dlouhodobého charakteru anebo, se nebude dát vyléčit zcela a vzniklé obavy, které z těchto faktů vyplývají že, skončí v psychiatrické léčbě do konce života. Něco takového, ovšem rodina nechce dopustit a pak zoufale hledá pomoc odkudkoli, aby nemocnému pomohla v jeho péči a léčebném procesu. Společnost vnímá stereotypy související s duševní nemocí „ *v dnešní době se pořád někde píše o psychických obtížích, jenže u takové celebrity to třeba berou jinak, řeknou, to byl magor vždycky, jako když se dozvěděla rodina, čím trpí syn, první se ptali a nebude nebezpečný? Co dělá, rozbíjí věci? A takové pitomé otázky, švagrová třeba řekne, že její známá má doma schizofrenika a rozbíjel věci a podobně, někde jsem dokonce četl, že všichni takhle postižení by měli být v blázinci že protože jsou okolí nebezpeční a jiné bláboly, ja nevím jak sprostě říct ale schizofrenie pro spousty lidí kteří se to dozvěděli znamenalo nebezpečný člověk pro své okolí“* (p. Černý) nebo „ *všeobecný názor co jsem slýchal, duševně*

*nemocný patří na psychiatrickou léčebnu“* (p. Modrý). Paní Žlutá mluví především o stigmatu, který představuje utkvělou představu společnosti o tom, co vše obnáší schizofrenie a jak sama říká, *“nedokážu to nijak ovlivnit a názor v okolí nějak změnit“*. Pak je tu ovšem pro rodiče dilema, jakým způsobem sdělit informaci o tom že mají ve své péči duševně nemocnou osobu a zdali vůbec tuto skutečnost po výše uvedených názorech tento fakt sdělit svému okolí *„přemýšlela jsem nad tím co vlastně komu mám říci, sestra to chápala to jo ale exmanžel ne a to ani nebudu komentovat, sousedka se vyptávala proč je kluk pořád doma že jako nechodí do školy a nechtěla jsem ji lhát, a pak na mě mi připadalo že kouká jak přes prsty, ten pohled říkal..mají doma blázna..byla jsem znechucená..nic o tom neví, „já si říkám, co já jim budu říkat, co oni si pod tím vůbec představí...to jsem teda hryzala dlouho, dlouho sama v sobě..jsem měla pocit, že to nikdo nemůže pochopit“* (p. Žlutá). Jak je vidět z prvních výpovědí, mají rodiče spíše negativní zkušenosti a jeví se jako nejlepší varianta prostého mlčení, zatajování a nebo celé okolí ignorovat s tím, že si okolí zvykne *„nikomu jsem třeba v práci nic neříkal jen jsem se svěřil kamarádovi s kterým se znám roky a ten to chápal a když už se někdo zeptá co dceři je, že nechodí třeba ven nebo ji vidí často doma tak že prostě má nějaké problémy zdravotní ja nic dál nevysvětluji, lidi toho pak napovídají a pomluví,“* (p. Červený). Rodiče podvědomě i ze zkušeností ví, že svěření se svému okolí kromě své vlastní rodiny, která má sama problémy někdy pochopit okolnosti, které provází tato nemoc, by k ničemu dobrému ani pozitivnímu nevedla. Rodina nechce vyčnívat z tohoto důvodu ve svém okolí, a spíše se snaží své „tajemství“ utajit. *„nechci aby mě někdo litoval, a ukazoval na mě jak to máme těžké a tak j to naše rodinná věc“* (p. Modrý) a podobně se vyjádřil i p. Černý *„nesjem zvěděvej na něčí názory a už ne vůbec je pitvat s cizími lidmi, co by mi to pomohlo ..“* P. Modrý to vnímá tak, že svěření třeba v práci by změnu v chování k synovi jeho přátel pravděpodobně nezaznamenal, ale asi by ho těžko chápal, když neřeší obdobnou věc. Paní Žlutá uvádí, že diskuze na téma dcera a nemoc pro ni nebyli zrovna příjemné a usoudila, že celou záležitost je potřeba říci jen tam, kde je to nezbytně nutné například ve škole apod. Respondenti se postupem času stávají „odborníky“ na danou problematiku a vnímají to tak, že kdo to neprožívá nemůže je prostě pochopit, myslím že časem člověk už vidí jak to chodí *„někdy člověk vyslechne názor na to co schíza umí udělat a jak se pak třeba projevuje u jiných a ale kdo nezažije nepochopí už jsem to říkal, někteří lidé ví přesně co by dělali a přitom nic takového neřešili takový příklad je proč je zase dcera v nemocnici..zdála se mi normální a nebo však ji nic nebylo“*(p. Červený). Usuzujeme

z výpovědí respondentů, že si uvědomují stereotypy, které společnost v okolí dává, názorově najevo a rodiče mají snahu přesvědčit okolí, že je dnes dostatek informací k tomu, aby změnilý názor na náhled na tuto nemoc. Dále z rozhovorů vyplývá, že nejlepší cestou je pro rodiče, když o nemoci pomlčí a tím se vyhnou předpoklům a lítosti z hlediska tohoto onemocnění. Pokud už dojde k informování někoho, který nepatří do úzkého rodinného prostředí, pak je to především z důvodů například potřeb institucí, které se úzce dotýkají duševně nemocného. Mlčení je tedy pro rodiče nejschůdnějším řešením ve snaze vyhnout se předpoklům vůči duševní nemoci.

## 4.6 Smíření

Duševní nemoc je dlouhodobá záležitost, která se stává součástí rodinného soužití. Rodiče prožívají různorodé změny, které tato nemoc přináší, jak jsme již popsali v jiných kapitolách a postupně se začínají smířovat s tím, že nemoc je bude pravděpodobně provázet do konce života a hledání příčiny nemoci nemá v tento moment smysl a je třeba se soustředit na podstatnější. Hledat sílu a vůli se s tím dokázat vyrovnat „ *trvalo to nějaké dobré tři roky, nemohla jsem z toho spávat a pořád jsem jen myslela na to jak to všechno dopadne, začátky ty byli nejhorší,..manžel odešel a nemocný syn a já..to prostě ..já už toho měla jednu dobu plné zuby a myslela jsem že se taky zblázním..ještě tu je ségra..ta mě pomohla a pomáhá hodně a překonat, že jako bud líp a že se kluk uzdraví, nejvíc mě mrzí exmanžel ...zazadil ho..prostě se na něj vykašlal ..chodila jsem tam a on utekl od problému škoda mluvit“ (p. Žlutá). Respondenti po určitém časovém období zjišťují, že neustálé obavy je vyčerpávají a to především na začátku od propuknutí nemoci ale to je dočasná fáze, pak přijde období, kdy se začínají smířovat a tlumí obavy, protože je to jen více a více vyčerpávalo. P. Černý k tomu uvádí „ *začátek byl těžký ale to je asi ve všem, ale nakonec se stejně musíme postarat a nikdo za nás nic neudělá a pořád přemýšlet co bude zítra..to už nešlo, prostě to bereme jak to jde“* nebo „ *dávat si falešné naděje, že zítra to jak mávnutím kouzelného proutku bude lepší, člověk se musí smířit, je to naše dítě“* . Rodiče postupnými zkušenostmi došli k závěru, že sami neovlivní nemoc ani to jaká bude další prognóza, důležité je zjištění, že žít se s tím dá i když si nepřipouštějí falešné naděje tak přirozeně doufají, že se něco postupem času změní.*

#### 4.6.1 Nejtěžší období jsme zvládli

Časový odstup rodině ukazuje, že realita nemoci v její nejhorší počáteční fázi je už za nimi i když jisté obavy tam bezesporu v myšlenkách jsou, přesto se už přestávají ohlížet do minulosti a upírají své naděje a myšlenky do budoucnosti. To vše podporuje fakt, že dochází k postupným pokrokům, které duševně nemocný zvládá nejen v tom, že se podařilo odstranit postupně komunikační bariéru a naučil soběstačnosti nemocného dítěte, „*léky se jednu dobu hodně měnili aspoň jsem měla ten dojem ale asi to mělo důvod, já jsem nejdříve neměla moc důvěru v tom co vlastně doktor dělá ale asi zkoušel nejlepší léčbu,*“ (p. Žlutá). P. Červený se vyjádřil větou „*žena se strachovala, kdyby se vše vrátilo na začátek, to by asi nezvládla a já asi taky ne*“ Respondenti bezpochyby mezi nejvyšší prioritou staví zdraví. P. Černý k tomu uvádí „*pokud je syn v pořádku aspoň co nemoc dovolí je vše tak fakt pohoda člověk je vděčný, když se t aspoň nezhorší*“ . P. Modrý se vyjadřuje podobně „*když je delší čas pohoda a syn nemá úlety pak jsme všichni spokojeni ..úsměv..naučil se postupně zvládat činnosti jako že nakoupí, jde sám mezi sví vrstevníky, začíná komunikovat i s holkama* , . Rodiče začínají pozorovat změny, které postupná léčba a kvalitní péče nejen od lékařů ale i jejich zásluhou ukazuje první úspěšné a dlouhodobé změny k lepšímu, je zde vidět postupné uvolnění, přesto zůstávají ostražití.

#### 4.6.2 Opora v těžké situaci

Na rodiče jak uvedli v předchozích výpovědích má nepochybně pečování o duševně nemocného má vyčerpávající charakter a bezpochyby zasahují do jejich psychosociální stránky jejich života „*nejhorší je vydržet ten nápor na psychiku, hodně jsem se musela obrnit trpělivostí a prostě udržet nervy na uzdě, můj soukromý život přestal existovat musela jsem se tak nějak předělat*“ (p. Žlutá). P. Modrý to vidí *takhle* „*kdybychom se s manželkou nepodporovali tak nevím co bych dělal, pracovní vyčerpání nás obou a ta nemoc která tak strašně dopadla na nás všechny jsem rád, že jsme to společně ustáli ale někdy to je strašně těžké a složité*“ Rodiče dávají svému potomku velkou porci opory, ale samy taky potřebují povzbuzení a ujištění, že svou péči a rozhodnutí dělají dobře. Každého z respondentů potěšilo, že pokroky které, jsou vidět u duševně nemocného je motivuje a

těší, a tím se psychická odolnost a svornost uvnitř rodiny posiluje a má blahodárné účinky na všechny. Hledání opory je přirozené a potřebné pro každého člověka, dodává mu sílu, kterou v těžkých časech potřebuje a je nezbytnou součástí pro další úspěšné kroky do budoucna *“ jsem věřící člověk, a moc mi pomohlo vědět, že nejsme na to sami, nechci to moc jako popisovat ale kdo je věřící tak ví o čem tu mluvím“* (p. Modrý) nebo *„ mě pomohla sestra, to je věřte anděl, mám ji moc ráda a budu ji vždy věčná, nebýt ní nezvládli bychom to“* (p. Žlutá). P Černý našel oporu u svých rodičů, kteří ač jsou už staršího věku, jsou pořád vitální a jejich návštěvy a pochopení z jejich strany ho těší *„ táta byl vždy nekonfliktní typ a dokázal v celém svém životě věci brát z přehledem a taktem jemu vlastním, viděl jak nás to ze začátku ničilo, nechtěl se do toho moc plést protože jme sami nevěděli co dělat a nervozita mu dělá zle máma je stejná, a já je taky nechtěl stresovat ale později jak jezdíme tam k nim vždy jsme odjížděli tak nějak uvolnění „*. Lví podíl ovšem na celé náladě rodiny je bezpečně úspěch, který se po sérii neúspěchů dostaví jak uvedla p. Žlutá *„ když začal syn konečně nějak fungovat a třeba mě překvapil tím, že než jsem přišla z práce a bylo doma uklizeno a dokonce sám navářil usmíval se..to se nedá popsat ten pocit úlevy a štěstí, že je spokojený a snaží se to je jako víc než peníze, volala jsem sestře hned a pochválila nás oba, vidíš že bude líp..hrozně se mi tehdy ulevilo a vypadala jak zdravý“* Mezi důležité mezníky považují rodiče snahu nemocného k zpětnému začlenění do společnosti. Cítí, že je nezbytné aby se duševně nemocný nedostali do situace sociálně vyčleněných *„ bylo hezký, že za synem po nějaké době po návratu z léčebny chodili kluci jen tak si poklábosit co nového se stalo třeba ve škole a synovi to evidentně dělal dobře i když se po návštěvě cítil unavený, nepozorovali jsme že by mu to dělalo zle spíš pak komunikace běžela tím směrem co kluci jako říkali a tak, postupně se uvolnil a začal chodit i ven, ze začátku byl nedůvěřivý sám v sebe..několikrát se vracel a ujišťoval se že třeba má klíče od bytu a že se může kdykoli vrátit ale po pár vycházkách už věděl že je vše v pořádku“* (p. Modrý). P Červený uvádí *“ jakmile byla dcera stabilní a některé věci se mu dařili plnit jako manuální činnost, začala komunikovat přes internet na sociálních sítích, zvyšovalo jí to sebevědomí, cítila se doma bezpečně asi..volal si i s klukama pře skype což nás teda hodně překvapilo ale nějak jsme to nekomentovali, nikdy pokud vím to nedělala ale přišlo mi že je spokojená tak jsem proti tomu nic neměl a dobře jsme udělali, později se její kamarád ukázala i u nás ..jsem mu říkal hezký kluk a ona já vím táto..jinak by tu přece nebyl a mrkl.a.jsem se musel usmát i se ženou..joo to nakopne člověka k dobré mysli, on se ukázalo že ho ji sám učil k samostatnému uvažování jak nám později lékař řekl“* Postupné



krůčky se ukazují jako nejlepší volba v léčbě i socializaci duševně nemocného, samostatnost se pak ukazuje jako úleva pro rodiče, protože mají více času na svůj osobní život, kulturu, už se přestávají obávat nebytí neustále na blízku a získávají důvěru k nemocnému, který vykazuje znaky stability, který je dokázal přesvědčit od neustálé ostražitosti „ *hodně pomohla změna léků a přístupu lékaře, ten byl změněn ne kvůli nám ale odešel do Prahy někam asi s rodinou a tak nás převzal jiný odborník a myslím že to bylo ku prospěchu, Kluk se pak zlepšil a to diametrálně po nasazení jiné léčby i pan doktor měl lepší přístup a návštěvy byli častější*“ (p. Žlutá). Jak z výpovědí respondentů vyplývá pokroky a úspěšná léčba umožnila, větší čas pro sebe samé což vnímali s povděkem, neustálá pohotovost je neuvěřitelně vyčerpávající a zde je důležité podotknout, že regenerace je v této situaci plná stresujících situací nezbytná. Všichni respondenti se shodují v tom, že mají pocit uspokojení a pocit úlevy. Dalším společným znakem u všech rodičů je vděčnost za oporu, kterou dostávají od přátel či rodiny a který, je držel v době, kdy péče o duševně nemocného byla velmi těžká. V rámci soužití s duševně nemocným člověkem se rodina často dostává do stresujících situací, což má pak dopad, jak již bylo řečeno, na psychickou i fyzickou kondici členů rodiny. Regenerace organismu je v tomto případě nutná. Každý z rodičů zvolil jinou cestu. Co je však společné, je příjemný zážitek a pocit ulehčení, který daná aktivita přináší. Bez této berličky by, jak vyplývá z výpovědí rodičů, bylo soužití s duševně nemocným člověkem obtížnější a nebylo by ani možné poskytnout duševně nemocnému podporu v takové míře, kterou potřebuje.

#### 4.6.3 Odborná pomoc

V předchozích kapitolách zjišťujeme, že rodiče nejsou v péči o duševně nemocného sami, ale dostává se rodině celá řada pomoci z vnějšího světa například lékařské, terapeutické a sociální podpory. Vše má zajistit postupnou léčbu a začlenění se do společnosti. Respondenti jsou si vědomi, že bez těchto odborných institucí by léčba byla nejen zdlouhavá ale i nejistá, souhrn služeb, které v této oblasti existují, měli a mají, nepochybně dopad na pokroky duševně nemocného což se pak odráží i v rodinném soužití. Tyto instituce mimo jiné dovolují kvalitní trávení času duševně nemocného člověka, kdy rodině se odlehčí v péči a má tak větší možnosti. Duševně nemocný člověk potřebuje mít jistotu, že se uvnitř kolektivu cítí bezpečně a jeho zpětná socializace se postupně zvyšuje.

P. Modrý uvádí, že k nastartování a přesvědčení syna, který se vrátil z hospitalizace trvalo dlouhou „ *už se to nedalo takhle se na něho dívat, po doporučení z psychiatrie jsme navštívili jedno ze zařízení, jen jsem mu říkal, podívej jen se díváme a navštívili jsme Centrum denních služeb v Brně*“ dále p. Modrý mluví o tom, že docházka do instituce se postupně zvyšovala ale vždy po předchozím souhlasu syna, který tam dojížděl pak sám. Jak dále uvádí, syn si začal zvykat na jiný systém a řád, začali se měnit jeho stereotypy jeho chování „ *Začalo ho to tam bavit, zjistil, že tam má nějaké vrstevníky a zvykl si*“ (p. Modrý). Jejich den, má nyní řád a nepoddává se pak tolik nečinnosti jako dříve. P. Žlutá mluví o tom, že její dcera byla na ni velmi závislá a ve spoustě věcí se na ni spoléhá „ *máme důvěru jeden k druhému, už je to teď lepší jako ze začátku, snaží se být víc samostatný a neřešíme každou maličkost a tak se i rozhoduje v hodně věcech sám...spíš se ptá na můj názor třeba ve smyslu nějaké rady a tak našel si kamarády a to mu pomáhá*“. Syn, začíná znovu komunikovat se svým okolím, a nápor pozornosti ze strany matky se nahrazuje částečnou mírou právě přáteli ze školy. P. Červený zmiňuje především možnost využití skupinových terapií, které nabízí jedna ze služeb ve zdravotním zařízení „ *dojížděli jsme tam každý týden dvakrát, jeden ze známých má v rodině taky podobně postiženého příbuzného tuším maniodepresivní psychóza a ten mi tohle zařízení doporučil a po dohodě a přezkoumání podrobností ohledně nemoci jsme dostali doporučení na tyto skupinové terapie, a výsledek byl suprový, setkala se tam s podobnými těžkostmi a mluvili jsme vždy po cestě zpět o všem možném..uvolnila se , začala být aktivní a plná energie „, nebo „, po domluvě se syn odstěhoval do jiného bydlení, chtěl to zkusit..už po druhé, že se cítí že by to jako mohl zvládnout, léčba probíhá tak nějak teď stabilizovaně tak jsme syna podpořili...s tím, že tam budem nějakou dobu docházet a nastavit pravidla, kdyby se něco jako kazilo nebo to nezvládal, sami jsme zvědavý jak to dopadne má přítelkyni, která má možnost mu najít práci co by prý zvládal, v autodílně“ (p. Černý). Jak vnímáme výpovědi respondentů různorodost pomoci je individuální, domníváme se, že to vychází nejen z možností rodiny a jejich přístupu ale i ze závažnosti momentálního stavu duševně nemocného člověka. Někteří potřebují větší část odborné stránky a u jiných je to kombinace obojího nebo, se nemocný nebojí o samostatnost a dochází pouze k ambulantní léčbě a částečné kontroly ze strany rodičů.*

## 5 DISKUZE

Cílem diplomové práce je snaha o poukázání na to, jak vznik duševní nemoci u rodinného příslušníka dokáže zasáhnout do rodinného soužití. Předchozí život rodin před vypuknutím nemoci byl běžný, ničím narušovaný dá se říci optimální, založen na základě společensky uznávaných hodnotách. Rodina měla jisté představy o další budoucnosti, která vyplývají z jejich života, ale po zjištění nemoci se zcela mění, protože taková událost vede k šokujícímu a neočekávanému obratu v jejich dosavadním životě. Prvotní šok rodiny střídají obavy, tou první je vystávání mnoha otázek co se stalo a jaká je příčina. Po zjištění lékaři, a identifikaci nemoci samotné narážejí na nepřístupné chování lékařů a toto období rodiče prožívají stresujícím způsobem, protože očekávají ze strany lékařů odpovědi, ty sice přicházejí ale postupně a s jakousi neochotou. Rodič vnímá lékaře jako autoritu a vzhlíží k němu jako záchrannému lanu a naděje k němu se logicky musí ubírat „on je odborník“ : Rodiče pod tlakem skutečností hledají vinu v zdravotnickém personálu a vyslovují pochybnosti na úkor chybné diagnózy a snaží se o popření faktu zjištěné a potvrzené duševní nemoci. Beznaděj je převažujícím pocitem a ignorují všechny příznaky, které nepopíratelně ukazují závažné změny v chování a jednání svého dítěte a odmítají si připustit, že je diametrálně odlišné od minulosti. Proměnou, kterou duševně nemocné dítě prochází, má za následek nemožnost dokončení studia, pracovního uplatnění, partnerského vztahu a mnoho jiných činností, které jsou běžné u jejich vrstevníků. Rodiče mají tendenci k srovnávání jejich dítěte a současného stavu s možnostmi a šancemi ostatních vrstevníků dítěte a uvědomují si, k jakému omezení je jejich dítě vystaveno. Mění se rodinné i životní priority. Rodiče si uvědomují, že nemoc dítěte bude znamenat převzetí odpovědnosti, náročnou jak po stránce fyzické, tak po stránce psychické a přijmou roli dlouhodobého pečovatele. V období, kdy je nemoc prvopočáteční fází, mají rodiče tendenci hledat chyby a to i u sebe, které nemoc zapříčinili. Později si začínají ale uvědomovat, že je to spíše vyčerpává a nic k danému faktu, že nemoc je zde, tím nezmění. Tady se ukazují prvopočátky změn a postupných dopadů nemoci do rodinného prostředí. U rodičů dochází k uvědomění a přijetí faktu, že nemoc dítěte zde je. Další fáze změn v životě rodiny je návrat nemocného z psychiatrické léčebny, který dítě nějakým způsobem vytrhlo nedobrovolně z jeho prostředí a v tento okamžik nastupuje pochopení a péče od rodiny. Ta se v počátcích, projevuje především snahou pomoci pochopením a zjišťováním

informací k uvedené nemoci, zde ale naráží na první problémy, protože nemají dostatečné zkušenosti, jak postupovat nemají. Toto časové období po návratu je zřejmě nejtěžší, střídají se pocity bezradnosti, smutku, lítosti, vzteku to vše ve snaze pomoci nemocnému, řešit současný stav. Je zde vidět velké úsilí ve snaze hledání různých alternativ pomoci, možnosti, které postupně zjišťují z různých zdrojů. Zde očekávají rodiče podporu širšího okruhu rodiny, která se ne vždy dostavuje. Naráží na problémy, které vyplývají z nedostupnosti sociálních služeb a podobně. Rodiče v péči o duševně nemocného řeší především jeho nesamostatnost, která se přetavuje do psychické závislosti. Domníváme se, že to je jedna z příčin, kdy dochází k stagnaci v rodinném soužití. Jedním z důvodů je nestabilita a kolísavé stavy zdravotního stavu duševně nemocného dítěte, která vylučuje osamostatnění. Celá zodpovědnost tak padá plnou vahou na rodiče samotné. Ti si uvědomují, že péče bude dlouhodobá a berou to jako svou rodičovskou povinnost. Rodiče řeší za nemocného veškeré úkony, které není v době nemoci schopen plnit, komunikace s úřady, v zaměstnání a škole. Ovšem tím, že rodič přebírá na sebe veškerou odpovědnost, vzniká kontraproduktivní situace a to především tím, že místo toho aby se dítě snažilo osamostatňovat se ještě více podvědomě připoutává a rodiče to pak ještě více vyčerpává, což je de facto samotné ohrožuje. Uvědomují si, že tu nebudou věčně a že jejich podpora a péče zde nemusí být pořád, což u nich vyvolává otázku, co dál, kdyby došlo například ke ztrátě zaměstnání a úbytku finančních prostředků, nemoci či dokonce úmrtí. Rodiče si časem uvědomují, že změna jak pro nemocného i pro ně je nezbytná, především potřebují vidět, že se dítě zlepšuje a nemoc se, stabilizuje, a když k tomu stavu dojde činit další kroky k jejich osamostatňování, sebeobsluze a ví, že toto je správná cesta. Začínají uvažovat o různých variantách a možnostech jak k tomu dospět. Jednou z variant byla možnost samostatného bydlení a postupného převzetí odpovědnosti sám za sebe, podporované bydlení, stacionáře, chráněná bydlení a podobně dle závažnosti duševního onemocnění. Rodiče chtějí, zajistit svého potomka co nejzodpovědněji aby pokud by se něco stalo, nepadla odpovědnost za nemocného na někoho z blízkých, protože jsou si plně vědomi, co péče obnáší. Základním kamenem pro dobré vztahy a rodinné soužití je komunikace. I zde se dopad duševní nemoci projevil a to především tím, že tato nemoc je velmi specifická, provázející halucinace různé bludy a myšlení nemocného je tedy velmi tímto zkresleno, z čehož vzniká celá řada nedorozumění, komunikačně obtížných situací. Dalším projevem nemoci je velmi proměnlivá náladovost nemocného. Toto chování je jiné oproti normální a běžné situaci a některé reakce se stávali pro rodiče nečekané a frustrující,

výbuchy emocí jako je agresivita, nedůvěra a obviňování. V tomto období progresu nemoci schizofrenie, nemocní trpí depresemi, je komunikace takřka nemožná a tudíž pro rodiče velmi skličující a plná stresu. Rodiče se učí poznávat projevy nemoci, zkušenosti pak dokážou zúžitkovat a adekvátně reagovat a vyhnout se případné eskalaci mezi nimi a nemocným. Komunikace přirozeně probíhá v užším i širším okolí rodiny a i zde to nemají rodiče jednoduché. Proč? Na tuto otázku někteří rodiče odpověděli, že k tomu není jednoduchá odpověď. Rodiče logicky očekávají podporu a pochopení ze strany příbuzných ale jak ukázalo šetření, docházelo často k rozporuplným názorům jak na nemoc tak na způsoby řešení ohledně způsobu léčby a péče. Někdy neshody vygradovali až do přerušeni nebo rozpadu rodinných vztahů. V jednom případě, došlo přerušeni komunikace mezi rodiči z čistého nezájmu k vlastnímu dítěti z důvodu rozvodu. Ovšem pokud došlo k podpoře ze strany rodiny, měla pozitivní dopad na celou rodinu. Mezi dalším problémem souvisejícím s komunikací v sociální oblasti společenského života, řeší rodiče dilema svěřit se o duševní nemoc nebo ji tajit. Rodiče se přikláněli spíše k variantě zamlčet nemoc, pokud nebylo nezbytně nutné tuto informaci sdělit. Pokud už musel rodič na přímou otázku odpovědět, snažil se informace „osekat“ je v nutné míře. Motivací pro jejich rozhodnutí spíše tajit nemoc byla především neinformovanost, nepochopení a stigmatizace se všeobecnými stereotypy ze strany okolí, a především ochrana potomka samotného. Postupem času se rodiče uvědomují, že s nemocí se naučili žít a úspěchy, které se dostavili, pak nevidí duševní onemocnění svého dítěte, tak černě jako z počátku. Velmi důležitým faktorem v souvislosti se smířením a vyrovnáním v průběhu onemocnění, byla pro rodiče podpora a opora, která je posilovala. Jedni rodiče se opírali o náboženství a víru, jiní hledali oporu a pochopení v podpoře kamarádů, přátel, své práci, sportovní činnosti a vlastní rodinou. Dalším oporným bodem byla skutečnost, ustoupení nemoci a úspěšné počínání nemocného v bydlení, komunikaci, běžném životě, že úsilí vynaložené svou péčí má výsledky a že nemoc se dostává do útlumu a začínají nový „normální“ život. Posledním pilíř opory vidí rodiče v pomoci z vnějšího prostředí, ve formě neziskových institucí a organizací, které umožňují různorodé programy, skupinové terapie, podporující dosažení cílů jako je již několikrát zmiňovaná sebeobsluha, pracovní činnosti, zdokonalování v komunikaci, navazování případných partnerských, pracovních a sociálních vztahů ve společnosti apod. Tyto všechny vyjmenované oblasti, napomáhají nejen v celkové léčbě duševně nemocného dítěte ale pozitivně dopadají i na rodiče, kterým se tímto uvolní pouta spojená s touto nevyzpytatelnou a na psychiku rodičů náročnou péčí.

## ZÁVĚR

Pojmy jako schizofrenie nebo duševní nemoc si můžeme vybavit, spoustu významů. Například zkoumání schizofrenie či jakékoli duševní nemoci z pohledu medicíny, možnosti sledování jejich symptomů, způsobu léčby, různorodosti terapií apod. V této práci jsme se snažili zaměřit především na oblast rodinného soužití v kontextu dopadů na psychologickou a sociální stránku. Pro zjištění daných oblastí, jsme se vydali cestou směrem k rodinám, které tato nemoc a s tím spojená vlastní péče postihla. Jak jsme se pokusili v teoretické části popsat, schizofrenie nejvíce postihuje mladé lidi v období jejich vývinu a utváření jejich osobností. Tyto osoby jsou v tomto období na rodičích závislé, jak z hlediska materiálního tak především psychického. Pokud dojde v tomto vývojovém období k duševnímu onemocnění jako je schizofrenie, dochází k velké změně ve všech oblastech jejich dovedností a chování. S nemocí se mění následně i rodinné soužití, zásadní změny v cílech a očekávání, které rodiče i nemocný do doby před onemocněním měli. Nemoc má dopad především v tom smyslu, že rodič je nucen převzat odpovědnost za nemocného v plné míře tím dochází k diametrálně rozdílnému životnímu cyklu rodiny než byl před onemocněním. V situaci, kdy se rodina nachází pod tlakem okolností, které vyplývají z dané duševní nemoci a jejich náročnost v péči rodiny o nemocného nás přivedla na následující výzkumnou otázku „*Jaké psychosociální dopady má duševní nemoc člena rodiny do rodinného prostředí*“. Pro náš výzkum jsme vybrali 4 osoby rodičů, jejichž dítě bylo postiženo schizofrenií. Po příslušné kvalitativní analýze, která byla provedena na základě subjektivních výpovědí, výše uvedených respondentů výzkumu, kde jsme se pokusili o vytvoření příběhu rodin, který vypovídá o vlivech a psychosociálních dopadech duševní nemoci do oblastí, rodinného života. V našem výzkumu jsme se snažili držet časové linie od propuknutí nemoci po současné období. Neleze jednoznačně říci, že pokud by nemoc rodiny nezasáhla, její soužití a život by byl bezproblémový. Je ovšem nepochybné, že zjištění faktu podpořené lékařským potvrzením diagnózy v první moment rodiny šokovalo. V tento moment je to pro rodinu naprosto nová situace, o které nemají žádnou představu, co do budoucna přinese. Rodiče mohou vycházet v této situaci pouze z několika faktů, které jsou, jedním z faktů, a to, že se jejich potomek na základě jejich pozorování změnil v negativním slova smyslu, proměnil v nemocného člověka. Dalším faktem, který z toho pro rodiče vyplývá je to, že břemeno odpovědnosti je v první řadě na

nich samotných a že péče o nemocného, která tato nemoc vyžaduje, bude dlouhodobého charakteru nebo celoživotně. Duševní onemocnění má přechodné fáze stability, které ale nemají dlouhodobý charakter, je to dáno i tím, jakou má choroba charakter onemocnění – lehčí či těžší formu, což rodina po řadě neúspěchů velmi těžce nese, ale přesto má tendence se nevzdávat a hledá jiné možné alternativy, které dopomáhají k možnému rodinnému soužití. Rodina se postupně učí rozeznávat různé specifikace nemoci, protože nemoc vykazuje nejistotu v chování duševně nemocného člověka a reakce na podněty, které u duševní nemoci jsou, někdy těžce vystihnuteľné a předvídatelné. Komunikace mezi rodiči a duševně nemocným má kolísavý charakter, proto není vždy na takové úrovni, jak by si rodina a nemocný přáli, nezřídka dochází ke konfliktním situacím, které jsou provázeny neshodami a nepochopením a někdy dochází dokonce k přerušení a přetržení vztahů uvnitř rodiny. Pro rodinu je také velmi těžké, odolávat společenským stereotypům, vyplývající z charakteru nemoci, a které do rodiny přináší ještě více stresu. Všechny průvodní jevy duševní nemoci, které se odrážejí v chování duševně nemocného člověka, jeho nestabilita a kolísavý psychický stav, staví před rodinu spousty otázek směrem do vlastního zajištění péče nemocného a další budoucnosti rodinného života. Rodina za svou cestou v hledání odpovědi narazí na mnoho různorodých překážek, které po určité snaze nachází v různých formách pomoci. Tato snaha se střídá s úspěchy s neúspěchy, ale rodina si začíná uvědomovat realitu, která mění pohled na nemoc v jejich očích jinak, než na počátku propuknutí onemocnění. Na rodinu dopadá již od začátku nemocí spousty negativních faktorů, je vystavena velké psychické a fyzické zátěži, tíživá nejistota z budoucnosti po materiální a finanční stránce, délky péče a její náročnosti, která se prolíná nejen do jejich osobního života ale vnějšího například zaměstnání a podobně. To vše zdravá funkční rodina, dokáže překonat i za pomoci vnějšího světa za podpory sociálních služeb a institucí, které se danou problematiku specializují. Schizofrenie nebo jakákoli jiná duševní nemoc je pro rodinu zdroj neustálých obav a nejistot, ale jakmile se rodina dokáže smířit, dochází k přijetí nemoci jako součást jejich běžného života.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BLEULER, Eugen. 1998. *Učebnica psychiatrie*. 15. vyd. Trenčín : Vydavateľstvo F, 1998. ISBN 80-967277-6-1.
- [2] CARTER, Betty, a Monica, McGOLDRICK. *The expanded family life cycle: individual, family and social perspectives*. New York: Pearson Allyn & Bacon, 2005. 541 s. ISBN 0205409814.
- [3] ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie a její léčba*. Maxdorf, 2005. 104 s. ISBN 978-80-7345-114-1
- [4] DLABAL, Martin. *Duševní a behaviorální poruchy*. Univerzita J.E.Purkyně 2013. 70 str. ISBN 978-80-7414-605-3
- [5] ] DÖRNER, Klaus a Ursula, PLOG. 1999. *Bláznit je lidské : Učebnice psychiatri a psychoterapie* Praha : Grada Publishing, 1999. Kapitola 5, *Člověk, který si skládá sebe a druhé (schizofrenie)*, s. 87-103. ISBN 80-7169-628-5.
- [6] DUNOVSKÝ, Jiří. *Dítě a poruchy rodiny*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1986. s. 140. ISBN 08-040-86.
- [7] ELGIE, Robert. et al. 2006. *Objevte cestu, jak jít dál. Podpora a rady pro každého, koho postihla schizofrenie*. Trenčín : Vyd. F. ISBN 80-88952-31-X.
- [8] PFEIFFER, Jan a Marie, SUKOVÁ a Jan, STUHLÍK, a kol. *Politika péče o duševní zdraví: cesta ke komplexním formám péče o duševní zdraví. Zahraniční a české poznatky*. Praha: Sdružení Fokus, 1995. Sv. 1. 388 s.
- [9] GAEBEL, Wolfgang., European Pact for Mental Health: EU-Konferenz in Brüssel. *Der Nervenarzt*, 2008, Band 79, Heft 7, Juli 2008, s. 858-859.
- [10] GOFFMAN, Erving. *Assylums: Essay on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Anchor Books, 1961. 321 s.
- [11] GOFFMAN, Erving. *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Harmondsworth: Pinguin Books, 1990. 173 s. ISBN 0140124756.
- [12] GOFFMAN, Erving. *Všichni hraje divadlo: sebezprezentace v každodenním životě*. Praha: Nakladatelství Studia Ypsilon, 1999. 247 s. ISBN 8090248241



- [13] GOFFMAN, Erving. *Stigma. Poznámky o způsobech zvládnání narušené identity*. 1. vyd. Praha : SLON, 2003. 167 s. ISBN 80-86429-21-0
- [14] HAHLOWEG, Kurt a Matias, DOSE. 2000. *Schizofrénia : Terapeutická príručka*. Trenčín : Vydavateľstvo F, 2000. 123 s. ISBN 80-88952-03-4.
- [15] HENDL, Jan. *Kvalitatívny výzkum: základní metody a aplikace*. Praha:Portál, 2008. 407s. ISBN 8073670402.
- [16] HORÁČEK, Jiří. *Psychotické stavy v klinické praxi*. Praha : Academia Medica Pragensis - Amepra, 2003. 263 s. ISBN: 80-86694-01-1
- [17] CHROMÝ, Karel. *Sociologie v psychiatrii*. In HöSchl, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J. (eds.) *Psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Tigris, 859 s.; s. 221–222. ISBN 8090013074.
- [18] KELLER, Jan. *Úvod do sociologie*. Praha: SLON, 2005. 204 s. ISBN 8086429393.
- [19] KEHÁROVÁ, Alena. *Handicap a společnost*. Diplomová práce. Praha: Pedagogická fakulta UK, 1992, 139 s. ISBN neuvedeno
- [20] KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. Praha:Portál, 1997. 392 s. ISBN 80-7178-179-7
- [21] KOUKOLA, Bohumil. *Psychologie zdraví*. Habilitační práce. Šumperk: Slezská universita Opava, 1999
- [22] KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál, 2008. 215 s. ISBN 9788073673833
- [23] LANGMEIER, Josef a Dana, KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2006. 368 s. ISBN 8024712849
- [24] MARSCH, Diane, T. *Families and mental illness: new direction in professional practice*. New York: Praeger, 1992. 269 s. ISBN 0275940187
- [25] MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha:SLON, 1997.144s. ISBN 8085850249

- [26] McAULEY, William, J. *Residential Satisfaction, Community Integration, and Risk across the Family Life Cycle. Journal of Marriage and the Family*, 1985, roč. 47, s. 125-130. ISSN 0022-2445
- [27] MINUCHIN, Salvador. *Families & family therapy*. London: Routledge, 1974. 268 s. ISBN 0415065712
- [28] MOŽNÝ, Ivo. *Česká společnost: nejdůležitější fakta o kvalitě našeho života*. Praha: Portál, 2002. 207 s. ISBN: 80-7178-624-1
- [29] MOŽNÝ, Ivo. *Rodina a společnost*. Praha: SLON, 2006. 312 s. ISBN 808642958-X
- [30] MOŽNÝ, Ivo. *Sociologie rodiny*. Praha: SLON, 1999. 250 s. ISBN 8085850753
- [31] MÍČEK, Libor. *Duševní zdraví*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1984
- [32] MOTLOVÁ, Lucie, a František, KOUKOLÍK. *Schizofrenie (neurobiologie, klinický obraz, terapie)*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 437 s
- [33] MUSIL, Libor a kol. *Působení politiky sociálních služeb na kulturu poskytování sociálních služeb ve vybrané organizaci OSS. Průběžná zpráva*: Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2006. ISBN 80-87007-22
- [34] PAVLATOVÁ, Eva. *Život napodruhé*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Fragment, 1996. 111 s. ISBN 80-7200-075-6
- [35] PRAŠKO, Ján. *Psychoterapeutické přístupy v léčbě psychóz*. In: HORÁČEK, Jiří a kol. *Psychotické stavy v klinické praxi*. Praha: Academia Medica Pragensis, 2003. 225-242. ISBN 80-86694-01-1
- [36] PROCHASKA, James a John, NORCROSS, J., C. *Psychoterapeutické systémy-průřez teoriemi*. 1.vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 1999. 479 s. ISBN 80-7169-766-4.
- [37] RABOCH, Jiří a Petr, ZVOLSKÝ, a kol.: *Psychiatrie*, Galén, 2002, 622 stran. ISBN 80-7262-140-8
- [38] ŘÍČAN, Pavel a Dana, KREJČÍŘOVÁ, a kol. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-512-2

- [39] SAUNDERS, Jana, C. Family functioning in families providing care for a family member with schizophrenia. *Issues in mental health nursing*, 1999, roč. 20, s. 95-113 ISSN 0161-2840
- [40] SCHEFF, Thomas, J. *Being mentally ill. A sociological theory*. New York: Aldine de Gruyter, 1999. 220 s. ISBN 0-202-30587-2
- [41] SMOLÍK, Petr. 2002 *Duševní a behaviorální poruchy : průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. 2. revid. vyd. Praha, 506 s., [8, 2002. Maxdorf. ISBN 80-85912-18-X
- [42] SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny*. Praha: Portál, 2001. 176 s. ISBN 8071785598
- [43] VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie*. Praha: Karolinum – nakladatelství Univerzity Karlovy, 1999. 353 s. ISBN 80-7184-803-4
- [44] VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha:Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3
- [45] VÁGNEROVÁ, Marie. (2005): *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. 2. Přepřacované vydání. Karolinum, Praha.
- [46] VÁGNEROVÁ, Marie. (2007): *Vývojová psychologie II*. Karolinum, Praha, ISBN 978-80-246-1318-5
- [47] VÁGNEROVÁ, Marie a Jana KLÉGROVÁ. (2008): *Poradenská psychologická diagnostika dětí a dospívajících*. Karolinum, Praha, ISBN 978-80-246-1538-7
- [48] VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie lidské komunikace*. Praha: Portál, 2000. 264 s. ISBN 8071782912
- [49] VYMĚTAL, Jan, aj. *Obecná psychoterapie*. Praha:Psychoanalytické nakladatelství, 1997. 295 s. ISBN 80-86123-02-2
- [50] ZVOLSKÝ, Petr. *Obecná psychiatrie*. Praha : Karolinum, 1996
- [51] WYNADEN, Dianne. *The experience of Dariny for person with a mental illness: a grounded theory study*. *Interantional journal of mental health nursing*, 2007, roč. 16, s. 381-389. ISSN 1445-8330
- [52] <http://www.medical-academy.cz/destigma.html>

## SEZNAM OBRÁZKŮ

## Obr. č. 1

**Národní ústav duševního zdraví** v Praze Klecanech, je znám i v zahraničí. Vznikl transformací z Psychiatrického centra Praha 1. 1. 2015, sídlí na adrese Topolová 748, 250 67 Klecany. Vybudování nového moderního výzkumně a klinicky orientovaného centra umožnil projekt financovaný z operačního programu Výzkum a vývoj pro inovace. NUDZ se má stát referenčním pracovištěm pro oblast duševního zdraví v České republice.

**patients**

## Medication in pregnancy

A NEW DATA COLLECTION PROGRAMME IN THE CZECH REPUBLIC PROMISES TO MAKE A TOUGH DECISION EASIER FOR DOCTOR AND PATIENT

**NIMH**  
NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH

**A** pregnant woman and her doctor's dilemma – to treat or withhold medication during pregnancy and lactation – remains one of medicine's twilight zones. Physicians have few resources with which to guide pregnant or lactating patients with mental illness through this decision, but new data springing from the Czech Republic may help to demystify an issue that is both complex and emotionally charged.

In conversation with EBC News, Pavel Mohr, Head of the Clinical Division of the Prague Psychiatric Centre, the Czech National Institute of Mental Health and Chairman of the Czech National Brain Council, discussed the need for better information for both physicians and the general public to inform and facilitate decision-making

By analysis of these patients' physical and mental development, it will be possible to quantify the risks that are posed to both baby and mother from either ceasing or continuing treatment – risks that are influenced by factors such as the type of mental illness, its severity, patient history, and drug profile.

Describing the dilemma that is faced by a pregnant woman that has undergone long-term treatment for a mental disorder, Professor Mohr continued, "The risk concerns what would happen if we stopped treatment. There is a risk associated with untreated mental illness during pregnancy. There is also the risk of the developmental onset throughout the pregnancy of new illnesses – bipolar disorder, depression or anxiety disorder – or relapse or recurrence. We know that, especially if it is a serious mental illness such as schizophrenia or bipolar disorder, it is more harmful to simply stop medication or treatment."

"The maintenance of drug treatment can be critical to the health and stability of the mother, yet she may naturally fear the effects her medication may be having on the baby. "What people are afraid of are the teratogenic effects and the withdrawal symptoms in neonates after delivery, as well as intoxication. We know the risk of the teratogenic effects of many drugs is

insufficiently, "We know that the children of our patients with mental disorders might hit some developmental milestones later throughout their lives, and there is discussion whether or not the medication can contribute to that," said Professor Mohr. These questions are familiar within the arena of childhood medication of, for example, Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). "The underlying cause of such developmental delay – be it drugs, the illness itself, or both – can only be answered through years of dedicated longitudinal study.

In the meantime, what is the procedure currently taken for physicians' and patients' decision-making at the Prague Psychiatric Centre? "What we try to do is to discuss the options with the patient and make a qualified decision," said Professor Mohr. "We talk to the partner (if there is a partner or spouse),

low. There might be some increased risk with certain medication, but this is mostly a relative increase and the absolute numbers remain low."

Exposure to drugs in utero can have long-term neurobehavioral consequences as well. Some drugs are even associated with cognitive

and the obstetrician as well, to make an informed decision."

Each case must be considered individually, explained Professor Mohr, as each individual presents different pertinent risk factors, previous history, treatment response, and illness course. Furthermore, while one patient may be in a period of long-term stable remission, such that treatment can be adjusted prior even to conception, another may have an unplanned pregnancy. In any case, fostering cooperation between the mother, her support network, the psychiatrist and obstetrician (if there is a partner or spouse), is essential to minimising complications during pregnancy and lactation.

The Prague Psychiatric Centre also provides other educational services including a reference centre, where doctors and physicians approach the centre with cases where there is uncertainty about how to proceed with treatment during pregnancy. "We monitor the literature, and we also try to educate young doctors and psychiatrists in general. We regularly present at congresses and meetings, and we conduct workshops, which are focused on the practical issues associated with drug treatment pharmacotherapy during pregnancy and lactation," he explained.

While Europe-wide guidelines on what can be a very difficult clinical scenario are desperately needed, addressing the paucity of data on particular mental disorders and their various drug treatment options, and indeed non-drug alternatives, may be critical to its fruition.

*"What we try to do is to discuss the options with the patient and make a qualified decision."*

14 EBCnews AUTUMN 2014

**patients**



**Professor Pavel Mohr, Head of the Clinical Division of the Prague Psychiatric Centre**

The new facility of the Czech National Institute of Mental Health (formerly Prague Psychiatric Centre), which will open in January 2015.

AUTUMN 2014 EBCnews 15

Zdroj: <http://www.nudz.cz/o-nas/historie-soucasnost/>







