UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA FILOZOFICKÁ

Katedra sociální práce

Hana Prokopová

Proměna role člověka nemocného schizofrenií v rodině po vzniku nemoci a v jejím průběhu

Bakalářská práce

Praha 2008

Autor práce: **Hana Prokopová**

Vedoucí práce: **PhDr. Olga Havránková**

Oponent práce: **PhDr. Václava Probstová**

Datum obhajoby: **2008**

Hodnocení:

Bibliografický záznam

PROKOPOVÁ, Hana. *Proměna role člověka nemocného schizofrenií v rodině po vzniku nemoci a v jejím průběhu.* Praha: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra sociální práce, 2008. 87 s. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Olga Havránková.

Anotace

Moje bakalářská práce se zabývá proměnou role člověka se schizofrenií v rodině. Popisuje průběh onemocnění od samého začátku, když nemoc přichází, její možné projevy. Zabývám se tím, jaké změny vnáší nemoc do fungování rodiny, jak se s nemocí vyrovnávají rodiče nemocného schizofrenií i sám pacient, jaké postoje si vůči nemoci mohou utvářet. Všímám si toho, jak může změna náhledu na nemoc pomoci při dalším vytváření stabilního a podpůrného rodinného prostředí a konkrétně popisuji praktické kroky, jak mohou rodiče nemocnému pomáhat. Pozornost jsem věnovala také službám pro rodinné příslušníky, které jim mohou poskytnout oporu a potřebné informace. V poslední části popisuji ve stručnosti služby pro nemocné, které jim mohou pomoci k osamostatnění se a nalezení vlastního smyslu života.

Praktickou část mé práce tvoří kvalitativní výzkum, který jsem realizovala polostandardizovanými rozhovory s nemocnými a jejich rodiči, doplněný o dvě kazuistiky.

Klíčová slova

Rodina, schizofrenie, nemoc, postoje, role, pomoc.

Keywords

Family, schizophrenia, illness, conduct, roles, support.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval/a samostatně a použil/a jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 21. 7. 2008 Hana Prokopová

Na tomto místě bych rád poděkovala PhDr. Olze Havránkové za odborné vedení práce. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům za ochotu a čas, který mi věnovali.

Obsah

ÚVOD **8**

TEORETICKÁ ČÁST **9**

1. O SCHIZOFRENII **9**

1.1 PORUCHY VNÍMÁNÍ 9
1.2 PORUCHY MYŠLENÍ 10
1.3 PORUCHY EMOCÍ 10

2. PŘÍČINY SCHIZOFRENIE **11**

2.1 BIOLOGICKÉ FAKTORY 11
2.2 PSYCHOSOCIÁLNÍ FAKTORY 11

3. KDYŽ NEMOC PŘICHÁZÍ **13**

3. 1 PŘÍZNAKY SCHIZOFRENIE 13
3. 2 JAK ZMĚNY PROŽÍVÁ SÁM NEMOCNÝ 14
3. 3 REAKCE RODINY NA ZMĚNY CHOVÁNÍ NEMOCNÉHO 14

4. PRŮBĚH ONEMOCNĚNÍ A ZMĚNY, KTERÉ S SEBOU PŘINÁŠÍ **16**

4. 1 PRŮBĚH ONEMOCNĚNÍ 16
4. 2 KRIZE PRAMENÍCÍ Z URČENÍ NEMOCI 16
4. 3 ZMĚNY, KTERÉ DUŠEVNÍ NEMOC VNÁŠÍ DO FUNGOVÁNÍ RODINY 17
4.3.1 Komunikace v rodině *18*
4.3.2 Dělba práce v rodině *18*
4.3.3 Kontakty s okolím *19*
4.3.4 Sociální a materiální zabezpečení *19*

5. POSTOJE RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ A NEMOCNÉHO K ONEMOCNĚNÍ **21**

5. 1 POSTOJ RODINY K NEMOCNÉMU 21
5 .2 POSTOJ NEMOCNÉHO K JEHO NEMOCI 23

6. JAK MŮŽE RODINA NEMOCNÉMU POMOCI **25**

6. 1 ZMĚNA NÁHLEDU NA NEMOC 25
6. 2 ZDROJE INFORMACÍ A PODPŮRNÉ SLUŽBY URČENÉ PRO RODINNÉ PŘÍSLUŠNÍKY 27
6. 3 JAK MŮŽE RODINA NEMOCNÉMU POMOCI, PODPOŘIT JEJ 28
6.3.1 Porozumění nemoci *28*
6.3.2 Eliminace stresu a jednoznačnost *29*
6.3.3 Potřeba autonomie *29*
6.3.4 Komunikace s nemocným *29*
6.3.5 Vedení nemocného k samostatnosti *30*
6.3.6 Prevence rizika relaps *30*

7. JAK SE MŮŽE NEMOCNÝ DOBŘE PŘIPRAVIT NA BUDOUCNOST **32**

7. 1 SLUŽBY, KTERÉ NEMOCNÝ MŮŽE VYUŽÍT 33
7.1.1 Případový manažer *33*
7.1.2 Terénní psychiatrická sestra *33*
7.1.3 Oblast bydlení *34*
7.1.4 Oblast práce *34*
7.1.5 Oblast volného času *35*

PRAKTICKÁ ČÁST **36**

1. ÚČEL PRŮZKUMU **36**

1.1 POPIS A ZDŮVODNĚNÍ POUŽITÝCH METOD 37
1.2 POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU 37
1.3 STRUKTURA ROZHOVORŮ 38

2. VYHODNOCENÍ PRŮZKUMU **39**

2.1 ROZBOR ROZHOVORŮ S NEMOCNÝMI....39
2.2 ROZBOR ROZHOVORŮ S RODIČI....42

3. KAZUISTIKY 45

3.1 KAZUISTIKA TOMÁŠ....45
3.2 KAZUISTIKA PAVEL....48

4. DISKUZE....50

RESUMÉ....52

SUMMARY 53

ZÁVĚR....54

POUŽITÁ LITERATURA 56

PŘÍLOHY 58

Úvod

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které hluboce zasahuje do života nemocného i jeho nejbližších. Schizofrenie narušuje vnímání, myšlení i prožívání člověka a ovlivňuje jeho chování. Působí na jeho život, narušuje jeho vztahy, pracovní uplatnění a samostatnost.

Můj zájem o tuto problematiku vyplývá i z mých zkušeností s lidmi s duševním onemocněním. Působila jsem jako asistentka na chráněném komunitním bydlení pro duševně nemocné, v současné době pracuji v občanském sdružení Eset-Help v Centru denních aktivit. Setkávám se s různými příběhy lidí, kteří onemocněli schizofrenií. Každý z nich šel svou cestou, studovali nějakou školu, pracovali v nějakém zaměstnání. Poté, co jim do života vstoupila schizofrenie, většinou došlo v jejich životě k převratu, byli nuceni přestat nebo alespoň zpomalit v tom, co do té doby dělali, a nastoupit léčení. Nemoc jim tak vzala plány, přesměrovala jejich životní cestu na jinou kolej. Nyní tito lidé vlastně začínají od začátku, najednou se jim zpomalilo životní tempo, ve svých životech nyní nalézají jiné priority, cíle, než dříve. Stává se pro ně potřebným udržet si psychickou stabilitu.

Hodně mě zajímalo, jaké to pro člověka je, když onemocní schizofrenií, jak takovou změnu prožívá. Zajímala jsem se o to, jak nemoc vzniká, začíná se projevovat. Přemýšlela jsem o tom, jaké je to pro rodiče, když se dozví o nemoci svého potomka a jak nemoc, respektive projevy nemoci v chování člověka se schizofrenií, ovlivňuje komunikaci v rodině, fungování domácnosti apod. Na tato a jiná témata jsem vedla rozhovor s lidmi nemocnými schizofrenií a s jejich rodiči a výsledky těchto rozhovorů popisuji ve druhé části své bakalářské práce.

TEORETICKÁ ČÁST

1. O schizofrenii

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění patřící do okruhu psychóz, které mění prožívání člověka ve vztahu k okolí a k sobě samému. Během onemocnění dochází v různé míře ke změně všech základních kvalit duševního života nemocného člověka. Výrazným způsobem dochází ke změně vnímání, myšlení, prožívání a chování člověka (Praško, 1998).

1.1 Poruchy vnímání

Onemocnění narušuje vnímání, postižený má tendence vidět souvislosti mezi věcmi, které spolu nesouvisejí, mívá potíže rozlišit podstatné od nepodstatného. Dochází také k pocitům odcizení vlastního těla nebo určité části těla, které se nazývá *depersonalizace.* Někdy člověk vnímá okolí jako změněné a zkreslené, prožívá pocit odcizení světa, *derealizaci* (Dörner, 1999).

K nejzávažnější poruše smyslového vnímání patří *halucinace*. Halucinace jsou klamné vjemy, vznikající nezávisle na vnějším podnětu, o jejichž realitě je subjekt dokonale přesvědčen. Mohou mít také vliv na jeho jednání.
Mezi nejčastější patří *sluchové halucinace*. *Hlasy* mohou mít různou formu, od „záslechů" různých zvuků, přes slyšení různých slov a vět, až po slyšení celých monologů či dialogů dvou či více hlasů. Hlasy někdy mohou mít podobu *imperativních halucinací*, to v případě, kdy dávají nemocnému příkazy a rozkazy. Jejich obsah bývá proti zásadám a přáním nemocného, ale jelikož mohou mít silný patický náboj, nemocný je může poslechnout a rozkaz také vykonat. Pod jejich vlivem tak hrozí nebezpečí sebepoškození, suicida nebo homicidia (Zvolský, 1998).

1.2 Poruchy myšlení

Myšlení nemocného se jeví jako nesouvislé, nelogické a mohou se objevovat myšlenkové přeskoky či rozpad myšlenek. Člověk podobně jako u vnímání ztrácí schopnost rozlišení podstatného od nepodstatného. Dochází k narušení myšlenkových obsahů a vytváří se bludné představy. *Blud* je nepravdivá představa, která ovšem nemocnému připadá pravdivá a nelze mu ji vymluvit. Pomocí bludných představ je možné udržet si identitu a kontakt s okolním světem. Je-li blud zpochybněn, vzniká ohromná úzkost. Proto nejsou bludná přesvědčení přístupná námitkám a rozumovým argumentům lidí z okolí (Dörner, 1999).

Obsahem bludů mohou být pocity pronásledování, bludy kontrolování, bludy o významném původu, apod. (Vágnerová, 1999).

1.3 Poruchy emocí

Citové prožívání nemocného člověka lze hodnotit jako oploštělé, celý emocionální svět se může jevit jako ochuzený. Ke změně emočního prožívání přispívá i narušení kontaktu s realitou. Nemocní mohou být na některé podněty velmi přecitlivělí a jejich reakce tak mohou být neočekávané a nepřiměřené. Jelikož nadměrné množství podnětů vyvolává v nemocném pocit ohrožení, mívá obranné tendence stáhnout se do sebe, do svého vlastního světa (Vágnerová, 1999).

Nemocný se může zcela stranit společnosti. V takovém případě mluvíme o sociálním stažení (Praško, 1999, s. 27).

2. Příčiny schizofrenie

Při vzniku schizofrenie nelze stanovit jedinou příčinu, která odstartovala onemocnění. Jde o souhru biologických, psychologických a sociálních faktorů, které v určité míře podílí na vzniku a průběhu nemoci (Kalina, 2001).

2.1 Biologické faktory

Z biologických faktorů může mít svůj podíl na nemoci dědičnost, bylo prokázáno, že pokud jeden z rodičů trpí schizofrenií, je asi 10% pravděpodobnost, že jeho dítě onemocní také. Pokud jsou nemocní oba rodiče, tak je riziko schizofrenie u jejich dítěte vyšší, asi 30-40%. Lze tedy říci, že se do jisté míry dědí dispozice onemocnět schizofrenií, nikoli ovšem nemoc sama.

Za další biologickou příčinu nemoci se předpokládá porucha rovnováhy mezi přenašeči nervových vzruchů, tzv. transmitery (Praško, 1998).

2.2 Psychosociální faktory

Člověk se již od narození dostává do interakce se sociálním prostředím, které jej také významně ovlivňuje a formuje jeho vyvíjející se osobnost. Proto je potřeba brát v úvahu také psychosociální faktory, které se mohly podílet na vzniku onemocnění.

Primární socializační činitel, rodina, má na člověka velký vliv.

Výzkumy zabývající se rodinou nemocných se soustředily především na dvojznačné vztahy matky a dítěte, která může být jednak vzájemně závislá s nadměrně ochraňující matkou a jednak vzájemně odcizená s nadměrně kritizující matkou. Nebylo ovšem prokázáno, že by se v rodinách nemocných schizofrenií vyskytovaly před vznikem nemoci nějaké zvláštní

způsoby komunikace a chování než v jiných rodinách. Lze ovšem říci, že rodina a příbuzní mohou svým chováním a komunikací příznivé ovlivnit průběh onemocnění.

Ke vzniku nemoci také přispívá nadměrná citlivost a zvýšená zranitelnost. Tolerance k frustraci bývá obecně nižší (Praško, 1998).

Obecně se předpokládá, že kombinace různých vlivů vytváří zranitelnost, na jejímž základě v určitém životním období různých změn a krizí vzniká nemoc (Kalina, 2001, s. 22).

3. Když nemoc přichází

3. 1 Příznaky schizofrenie

Schizofrenní onemocnění se objevuje v převážné většině u mladých lidí, nejčastěji mezi 15. – 25 rokem života. K onemocnění zřídka dochází náhle a nečekaně, většinou samotnému propuknutí nemoci předchází různě dlouhé období, kdy se člověk postupně mění (Praško, 1998).

Spouštěčem nemoci lze tedy spíše označit soubor závažných nebo delší dobu trvajících událostí určité životní etapy než jednorázovou událost. U schizofrenních onemocnění lze takto vnímat nezvládnuté požadavky dospělosti a sociálního zrání, odpoutání se od původní rodiny a další významné události jako zamilování, svatba, těhotenství, cestování, zkouška apod. (Kalina, 2001).

Na začátku onemocnění se objevují tzv. *prodromální příznaky*, které předchází vlastnímu onemocnění. Projevují se úzkostí, rozladou, podrážděností, tělesnou únavou, neschopností se soustředit, nespavostí apod. Nemocný přestává komunikovat s druhými, uzavírá se spíše do sebe. Postupně dochází ke změně v pojetí jeho vlastní osoby a světa, může se stávat nedůvěřivým a úzkostným. Událostem, které se kolem něj dějí, začne přikládat určitý význam, vztahuje si je k sobě. Z pocitu vztahování se později mohou vyvinout bludná přesvědčení, nejčastěji pocity pronásledování. Postupně sílí vliv psychotických prožitků na chování a jednání nemocného. Tyto prožitky se stávají čím dál více silnými, až jim nemocný zcela uvěří. Objevují se halucinace, nejčastěji sluchové a rozvíjí se bludná porucha myšlení (Praško, 1998).

3. 2 Jak změny prožívá sám nemocný

Nemocný si obvykle změnu, která se s ním stala, uvědomuje. Také vnímá odlišnost svého světa od světa druhých. Někdy může prožitky z nastalé situace potlačovat, často se však jimi velmi trápí. Brání se přijetí skutečnosti, že je nemocný. Později mu ovšem znalost diagnózy, určení situace přináší jistou úlevu, neboť tím získá vysvětlení a pomoc. Také skutečnost, že se v jeho situaci umí odborník orientovat, dokáže mu porozumět, nemocnému může přinášet úlevu, neboť možnost sdílení a porozumění je důležitá pro každého člověka (Kalina, 2001).

3. 3 Reakce rodiny na změny chování nemocného

Jak jsem již výše uvedla, nemoc se začíná projevovat prodromálními příznaky.

V tomto období dochází k postupné změně u nemocného. Rozlišení prodromálních příznaků může být zpočátku velmi obtížné. Prodromy se totiž často překrývají s rysy osobnosti, jako jsou uzavřenost, pasivita, introverze apod. Pro fyzické obtíže, jako bolesti hlavy, zad a svalů či zažívací obtíže, které často toto přípravné období provází, bývají nemocní často posíláni k praktickým lékařům. Tělesné onemocnění je vždy pro nemocného a jeho rodinu přijatelnějším vysvětlením než onemocnění duševní (Praško, 1998).

Rodina někdy zpočátku nepřikládá prodromálním projevům nemoci velký význam, snaží se chování nemocného pochopit. Nezvyklé chování tak může připisovat proměnám v dospívání, stresu, přetížení, fyzické problémy si lze vyložit jako špatně vyléčené tělesné onemocnění. O duševní nemoci se většinou nemluví. Rodina může závažnost problému popírat s tím, že se časem vše spraví a vyřeší, aniž by potřebovali pomoc.

S postupným prohlubováním změn v chování nemocného se klima v rodině zhoršuje, dochází ke konfliktům, které pramení z úzkosti, z nevyjasněnosti a nepřehlednosti probíhající situace. To, co rodinu zatěžuje a trápí, nemusí být ani tak symptomy, jakými jsou sluchové halucinace, bludy, apod., ale spíše nezvyklé způsoby chování, které nabírají na intenzitě. Nemocný se stává čím dál více apatickým, stahuje se do sebe, přestává komunikovat s okolím, zanedbává svůj zevnějšek, nedbá na hygienu, porušuje každodenní rodinné stereotypy, neobvykle či nedostatečně se stravuje. Někdy také může dojít u nemocného k otevřené agresi, až vzbuzuje strach u svých blízkých.

Není jasné, co přinese příští okamžik, situace se stává neúnosnou.

Roste potřeba pomoci zvenčí. Obvodní lékař může být tím prvním, koho rodina s nemocným navštíví, ten pak doporučí návštěvu psychiatra (Dörner, 1999).

4. Průběh onemocnění a změny, které s sebou přináší

4. 1 Průběh onemocnění

Schizofrenie probíhá často jako epizodické onemocnění. To znamená, že se zpravidla objevuje v epizodách (v psychotických krizích – *atakách*) či posléze v opakováních – *relapsech* (znovuvzplanutí choroby). Ataky většinou nevznikají náhodně, ale bývají vyprovokovány stresem. V akutní atace dochází k rozvoji příznaků psychózy a je potřebná léčba léky. Pokud jsou příznaky intenzivní nebo se nemocný chová tak, že ohrožuje sebe či okolí, je nezbytný pobyt v nemocnici. Po první psychotické epizodě se období prvních 2 – 5 let považuje za kritické. Je to období velké zranitelnosti. Je proto velmi důležité vědět, jaké jsou varovné příznaky navracející se nemoci - relapsu. U někoho to může být nespavost, podrážděnost nebo nesoustředěnost. Celkem se tedy rozlišují 3 fáze léčby:

- léčba akutních příznaků nemoci
- stabilizace a dosažení *remise*, tedy úplného vymizení symptomů nemoci
- udržení remise a prevence relapsu (Praško, 1998).

4. 2 Krize pramenící z určení nemoci

Psychiatr bývá prvním člověkem, který osvětlí danou situaci, vnese do dlouhých a vleklých potíží jasnost a pojmenuje chování nemocného.

Poprvé tak promluví o tom, čeho se rodina jistě obávala a zřejmě již tušila, a to o přítomnosti duševní nemoci u jejich člena rodiny. Skryté ztrácí svou roušku tajemství a stává se poznaným. Dlouhotrvající trýznivá a skličující otázka rodinných příslušníků po tom, co se děje, konečně získává svou odpověď.

Pojmenování diagnózy rodině i nemocnému přináší šok. Způsobuje krizi. Staví rodinu před nečekanou situaci, vyvolává stav ohrožení a stresu. Přináší změnu do navyklého způsobu života (Matoušek a kol., 2003).

Krize se týká všech členů rodiny, včetně nemocného. Byť každý člověk prožívá krizovou situaci trochu jiným způsobem, přece jen se dají popsat jednotlivé fáze, kterými si člověk projde.

Po prvotním šokové reakci z nastalé reality mají lidé tendenci popřít skutečnost. Nechtějí si přiznat, že to, s čím jsou konfrontováni, je skutečné, opravdu se jich to týká.

Postupně se však hlásí o slovo realita a s ní se do mysli rodinných příslušníků vkrádají otázky, pátrající po příčině nemoci. S tímto přemítáním se úzce pojí hledání viníka. Rodinní příslušníci prožívají výčitky, sebeobviňování, hněv, zlost.

Časem období sebetrýznění a introspekce uhasíná a lidé se začínají vyrovnávat s nastalou situací. V negativním případě rezignují a propadají skepsi, za příznivých okolností berou situaci do vlastních rukou a začínají hledat reálná řešení, jak s nemocí naložit (Kalina, 2001).

4. 3 Změny, které duševní nemoc vnáší do fungování rodiny

S příchodem nemoci se zákonitě mění postavení nemocného v rodině. Jakákoli vážnější či dlouhodobější nemoc přináší vždy zásah do života nemocného a jeho rodiny. Žádá si zvýšenou pozornost pro nemocného člena rodiny, pacient se stává více závislým na pomoci. Rodina má svá pravidla, vytváří si postoje k různým oblastem rodinného života. Tyto oblasti zahrnují způsob bydlení, dělbu práci v rodině, finanční záležitosti, hygienu, způsob trávení volného času,

komunikaci, apod. Krize, vyvolaná nemocí, vnáší do běžného fungování nejprve jistou nejistotu a chaotičnost, postupně se však pravidla obnovují (Kalina, 2001).

4.3.1 Komunikace v rodině

Každá rodina má svůj styl komunikace. Mezi běžné komunikační projevy patří podávání informací o tom, co kdo zažil, věcný rozhovor o praktických záležitostech, jež se týkají rodiny, přátelské povídání, které povzbudí, svěřování se s osobními problémy, ale také téměř úplné a klidné mlčení a občasné spory.

V některých rodinách ovšem mohou některé projevy zcela vymizet a naproti tomu na jiné je kladen až přehnaný důraz. Některé rodiny vyžadují, aby se hovořilo o všem, nelze mít svá tajemství. Někdy zase existují určitá témata, která jsou tabuizována, nesmí o nich vůbec mluvit. V některých rodinách se přehnaně vyjadřují kladné nebo záporné emoce (Kalina, 2001).

Duševní nemoc s sebou přináší změny, které se mohou v komunikaci projevit tak, že se nemocný uzavírá do sebe, omezuje komunikaci s okolím. Nemocný, který potřebuje stabilitu a bezpečí, se může cítit některými projevy komunikace ohrožen a dokonce mohou zhoršovat jeho zdravotní stav.

Mezi tyto rizikové faktory patří právě silné vyjadřování emocí, které v kombinaci s kritizováním nebo přehnanou a nadměrnou péčí může zvyšovat riziko relapsu (Praško, 1999).

4.3.2 Dělba práce v rodině

Vlivem duševního onemocnění dochází u nemocného k oslabení vůle a objevují se potíže s koncentrací, rozhodováním a plánováním. Mohou se přidávat také pocity

beznaděje a různé obavy z onemocnění. Nemocný ztrácí zájem o věci, které jej dříve zajímaly, není motivován, aby se věnoval svým záležitostem, necítí se na to dostatečně silný (Praško, 1999).

Rodina si někdy klade otázku, zda-li nemocný skutečně nemůže, či nechce vykonávat činnosti, kterým se věnoval dříve, zda-li je to jeho leností anebo nemocí.

4.3.3 Kontakty s okolím

Tím, že se nemocný uzavírá do sebe, omezuje kontakty s okolím. Jeho přátelé si tak mohou vytvářet různé domněnky o tom, proč se jich straní a postupně vztahy vyhasínají. Pro nemocného to může být velmi těžké, na jednu stranu může cítit potřebu jít mezi lidi, nebýt sám, ovšem na druhou stranu se bojí, neví, odkud by začal (Kalina, 2001).

4.3.4 Sociální a materiální zabezpečení

Psychické onemocnění je doprovázeno také sociálními a materiálními nesnázemi (Dörner, 1999).

Často se onemocnění táhne delší dobu, než jsou poskytovány nemocenské dávky. Někdy ovšem nemocný nemá nárok ani na dávky nemocenského pojištění, a to v případě, že nepracoval a neplatil si pojištění, nebo pracoval pouze v malém rozsahu či vykonával výdělečnou činnost a neplatil řádně pojištění. V tom případě má možnost zažádat o některou ze sociálních dávek. Pokud se stav nemocného příliš nemění a lékař usoudí, že nelze očekávat výrazné zlepšení, může si nemocný zažádat o invalidní důchod (Česká asociace pro psychické zdraví, 2005).

Příjmy nemocného se vlivem pracovní neschopnosti sníží a bude potřebovat finanční podporu a pomoc od rodiny.

Tuto situaci, toto období nejistoty, kdy se ještě neví, jak to bude s příjmy do budoucna, mohou nemocní prožívat různým způsobem. Pro někoho, kdo si vždy cenil nezávislosti a samostatnosti, může být obtížné vyrovnat se s dočasnou indispozicí a finanční závislosti na rodičích.
Pro jiného zase nemusí být finanční závislost na rodičích tak obtížná a může si užívat odpočinku a volna, které nyní má.

Ovšem někdy se mohou přidat ještě finanční nesnáze, které vyplývají z toho, že nemocní nemohou buď vůbec vyjít s penězi, nebo v kritických fázích vydávají velké sumy, hodně utrácí apod. (Dörner, 1999).

Záleží určitě na věku, kdy člověk onemocní. Pokud člověk ještě nepracoval a pouze studoval, může tuto situaci vnímat jinak než člověk, který již zaměstnán byl a snažil se již osamostatňovat a připravit na odchod z rodného domova.

Hodně záleží také na postoji rodičů k této situaci, jak se s tím oni vyrovnávají a v jaké míře se tím cítí být zatíženi. Rodiče může hodně zaměstnávat otázka, co se stane, až tady nebudou. Kde bude nemocný bydlet, kdo se o něj postará, kdo bude v době krize zařizovat jeho záležitosti atd. Obavy z budoucnosti někdy ovládají myšlení rodičů velmi silně (Dörner, 1999).

5. Postoje rodinných příslušníků a nemocného k onemocnění

5. 1 Postoj rodiny k nemocnému

Jakákoli vážnější nemoc způsobí narušení běžného denního rytmu rodiny a žádá si zvýšenou pozornost pro nemocného. Stane se, že se rodina soustředí výhradně na pacienta. To se může projevit dvojím způsobem.

- Rodina nemocného zahrne až nepřiměřenou péčí a ochranou, zabývá se neustále jeho problémy, příznaky nemoci. Starosti a problémy druhých často jdou stranou. Tato situace se častěji objevuje u rodin orientovaných „dovnitř", u rodin poněkud úzkostných a málo přizpůsobivých vůči okolnímu světu.
- Rodina ovšem může být pacientovou nemocí zklamána a bere ji jako slabost či neúspěch. Potíže nemocného příliš neuznává a snaží se ho rychle vtáhnout do dosavadního způsobu života. Pokud to nejde, mohou ho odepsat, spojit se bez něj a dál se věnovat svým věcem. Takto postupují nejčastěji rodiny orientované na úspěch, materiální hodnoty apod. (Kalina, 2001).

Přítomnost psychicky nemocného v rodině působí hluboce na provoz a fungování domácnosti. Rodinu ani tolik nezatěžují symptomy, které zajímají psychiatry, ale spíše způsoby chování, které se projevují:

- pasivitou až apatií nebo naopak přehnanou aktivitou
- zanedbáváním zevnějšku a bytu
- zanedbáváním hygieny, čistoty a pořádku
- porušováním každodenních rodinných stereotypů
- často obráceným režimem den/noc
- nezvyklou či nedostatečnou výživou

- zvláštní chování – od stažení se do sebe až po otevřenou agresi (Dörner, 1999).

Takové způsoby chování přivádí rodinu k otázce, zda-li nemocný nemůže či nechce? Pokud si rodina připustí, že „nemůže", vede to k takovým ohledům, pro něž nezůstane prostor na vlastní potřeby a přání. Převládne-li v rodině názor, že „nechce", může to dramaticky vyhrotit vztah k nemocnému a navíc to není vůči nemocnému spravedlivé (Dörner, 1999).

Psychická nemoc vyvolává také u rodinných příslušníků strach. Obavy, úzkost mohou doprovázet sice i jiné nemoci, nicméně „strach z psychózy" má tu zvláštnost, že rodina má strach nejen o pacienta, ale také z něho a o sebe. Především jde o strach z pacientova velkého trápení a strach ze sebevraždy nebo sebevražedného pokusu.
Někdy se stává, že rodina úzkost a depresi s nemocným příliš prožívá, příliš ji bere na sebe. Často pacienta lituje, utěšuje, potíže mu vymlouvá a pátrá po příčinách, snaží se ho rozptýlit. Nicméně tento přístup, jímž rodina spíše utěšuje sebe samu, pacientovi příliš neprospívá. Může se takto v důsledku vytvořit zaběhnutý zvyk „svěřování a utěšování", který se těžko opouští (Kalina, 2001).

Strach ze sebevraždy nemocného také bývá častý. K sebevraždám a sebevražedným pokusům u nemocných s funkčními psychózami skutečně někdy dochází a lékař by měl upozornit, kdy je na místě reálná starost o nemocného a jak v takovém případě postupovat. Rodina ovšem může prožívat až nepřiměřené obavy a úzkost z toho, že by si mohl nemocný nějak ublížit. V důsledku toho se může v rodině vytvořit zcela neúnosná atmosféra, kdy se snaží rodina nemocného často kontrolovat, přesvědčovat jej, že by jim to přece nemohl udělat apod. Pacient se tak může dostat do bezvýchodné situace bez

jakéhokoli soukromí, popř. do pozice „skrytého vládce rodiny" (Kalina, 2001).

Psychóza vzbuzuje v nemocném strach a úzkost. Rodina se o tomto strachu dozvídá z toho, jak se nemocný tváří, jak jedná, co říká apod. Tyto obavy a úzkosti se přenáší i na rodinu. Rodina tedy prožívá strach z projevů nemoci. Tyto projevy totiž mohou být pro ostatní neobvyklé a mohou je rozrušovat

V některých rodinách, kde existují jiné závažné problémy, které ovšem nikdo nechce řešit, může zase nemoc sloužit jako ochrana před těmito nepříjemnostmi. Tím, že se rodina soustředí na nemocného, si tak odůvodní, že už nezbývá čas zabývat se vlastními problémy (Kalina, 2001).

Některé rodiny vnímají nemoc jako ostudu. Tento postoj může mít podobu úzkostlivého zatajování nemoci nebo popření problému a jeho odmítání. Rodiny se mohou v důsledku toho také izolovat. Jednak vnitřně, tedy tím, že nejsou schopny mezi členy své rodiny hovořit o svém trápení anebo vně, kdy se mohou stranit příbuzných a známých, jelikož se bojí jejich reakcí. Brzy se tak mohou ocitnout v začarovaném kruhu, z něhož neví, jak se dostat ven (Dörner, 1999).

5 .2 Postoj nemocného k jeho nemoci

Nemocný může svou nemoc prožívat také různými způsoby. Někdy má tendence svou nemoc popírat, a tedy se i domnívat, že žádné léčení nepotřebuje. Může si vytvářet představy, že jej psychiatrie zničí, léky otráví apod.

Někdy může léčení odmítat, protože si myslí, že tím ztrácí svou samostatnost a stává se závislým. Někdy nemocný vnímá určité potíže, které mu vstoupily do života a které se týkají např. zaměstnání, bydlení, vztahů v rodině. Tyto potíže mohou ale také nemusí s nemocí souviset, mohou být její součástí

nebo důsledkem. Nemocný se ovšem může domnívat, že potřebuje jinou pomoc než psychiatrickou, která by mu pomohla vyřešit právě tyto potíže (Kalina, 2001).

Do jisté míry záleží také na postoji, který k nemocnému zaujme rodina. Pokud se jeho blízcí příliš starají a nedovolí mu „volně dýchat", uvádí tak nemocného do závislosti. Tehdy se může bránit, což ovšem rodina někdy vnímá jako nevděk, jindy nemocný rezignuje. Ale stává se, že své pozice využívá, ať už vědomě či nevědomě, ve svůj prospěch.

Když v rodině existují jiné složité problémy, které ovšem nikdo nechce řešit, tak právě duševní nemoc člena rodiny může sloužit jako ochrana, útočiště, které ostatní „chrání „ před nepříjemnostmi, které v rodině existují.

V takové pozici, kdy je výhodné, aby duševní nemoc přetrvávala, je těžké, aby se nemocný uzdravil.

Nemocný se pak může na svou nemoc až přehnaně soustřeďovat, ulpívat na ní, a přes všechny svízele, jež mu přináší, v ní nalézat určité výhody, buď pro sebe, nebo pro jiné (Kalina, 2001).

6. Jak může rodina nemocnému pomoci

6. 1 Změna náhledu na nemoc

Rodina je místem vzniku psychické poruchy, ale ne její příčina, a tudíž také ne důvod pro přisouzení viny (Dörner, 1999, s. 40).

Někteří členové rodiny mohou mít pocity viny, že nemoc způsobili, a v důsledku toho se chovat příliš ochranitelsky, příliš se pro nemocného obětovat. Nemocný se tak ocitá v závislé pozici, v níž se špatně léčí a osamostatňuje. Pocity viny navíc zabraňují normální komunikaci v rodině. Uvědomění si, že každý člověk ve svém životě prochází různými stresy, ovšem ne každý onemocní schizofrenií, může již alespoň částečně přispět ke změně náhledu na nemoc (Praško, 1998).

Se zbavením se pocitu „viníka" se mění také role všech zúčastněných, a v důsledku toho jejich vzájemná komunikace. Členové rodiny v nemocném přestávají vidět oběť, ale člověka s obzvláště těžkou životní situací, která se ovšem vyvíjí a dá se ovlivňovat (Dörner, 1999).

Díky tomuto pocitu osvobození se mohou vrátit více k sobě a uvědomit si své potřeby, zájmy. Tím, že se členové rodiny postarají o sebe, udělají mnoho i pro nemocného.

Rodiny, které se přehnaně orientují na výkon, mohou být netolerantní vůči snížené schopnosti nemocného vykonávat činnosti tak, jako dříve. Mohou ji pokládat za slabost či lenost. Není vždy lehké rozlišit, zda-li nemocný nemůže či nechce. Ovšem právě pro tyto rodiny může být nemoc jejich blízkého momentem ke zpomalení tempa, k zamyšlení, kdy mohou přehodnotit své priority, snížit laťku očekávání, snížit nároky na nemocného, uvědomit si, co je v životě důležité, a

dát nemocnému prostor, aby si našel své tempo, které bude přiměřené jeho možnostem (Praško, 1998).

V každém období nemoci i uzdravování jsou možnosti nemocného jiné (Kalina, 2001).

Je třeba nalézt rovnováhu mezi „nezatěžovat vůbec" a „zatěžovat příliš" (Praško, 1998).

Členové rodiny mohou v souvislosti s nemocí zažívat také různé obavy a strach. Tyto obavy mnohou často vycházet z toho, že je velmi těžké a někdy nemožné porozumět v průběhu akutní fáze nemocnému. Během akutní ataky se totiž mění vztah nemocného k sobě samému a k okolí. Někteří nemocní mohou být neklidní a vlivem svých bludných představ mohou být až agresivní. Pro nemocného i okolí to bývá velký stres, rodina může mít obavy z toho, že nemocného nedokáže zvládnout. Po zklidnění situace se komunikace začíná měnit a většinou dojde k vyjasnění a uklidnění situace (Praško, 1998).

Ke změně postojů k nemocnému přispívá dostatek informací od odborníků, kteří se zabývají léčením nemocných schizofrenií a také od samotného ošetřujícího lékaře nemocného. K tomu je důležitá důvěra rodinných příslušníků v psychiatry a další odborníky, kteří se pohybují v oblasti péče o duševní zdraví.

Je dobré, aby rodinní příslušníci věděli o nemoci tolik, kolik oni sami potřebují, aby se dozvěděli, jak se chovat k nemocnému a jaké jsou možnosti pomoci (Dörner, 1999).

Zároveň je potřeba, aby nezapomínali ani na péči o sebe sama, o svou psychickou pohodu. Také sdílení jejich starostí s někým druhým je důležité.

6. 2 Zdroje informací a podpůrné služby určené pro rodinné příslušníky

Rodinní příslušníci mohou využít sami pro sebe různých sociálních a zdravotnických služeb, kde mohou najít podporu a pomoc. Stejně tak mohou některé služby navštěvovat přímo s nemocným.

Komunikace s odborníky kolem nemocného člena rodiny může být pro členy rodiny velikou pomocí. Tato spolupráce může být jak pro rodiče, neboť se mohou dozvědět odpovědi na otázky, které je zajímají, od odborníka, který je v přímém kontaktu s nemocným a pracuje s ním. Stejně tak prospěšná tato spolupráce může být i pro nemocného, neboť díky ní může být péče lépe koordinovaná. Stejně tak pro pomáhajícího je tato spolupráce důležitá a v důsledku toho může i lépe pomáhat.
Pokud tedy nemocný není proti spolupráci rodičů s pomáhajícími, může vzniknout dobrý vztah a prostor pro spolupráci.
Psychoedukační kurzy slouží pro podávání informací rodině o nemoci jejich blízkého. Tato pomoc může probíhat buď individuálně formou pohovoru s odborníkem, nebo prostřednictvím kurzů, které pořádají zdravotnická zařízení, nebo neziskové organizace, které poskytují sociální služby. Na skupinových setkáních odborník hovoří o daném tématu, ale bývá tam vyhrazen prostor, aby si mohli lidé navzájem vyměnit své zkušenosti a zodpovědět dotazy.
Svépomocné skupiny jsou zakládány proto, aby si lidé mohli navzájem vyměňovat své zkušenosti s lidmi s podobnými zkušenostmi, řešit problémy, které je trápí, být si navzájem oporou.
Individuální terapie může pomoci zorientovat se v sobě, vyrovnat se s nemocí blízkého.
Rodinná terapie je další možností, kde hledat podporu a pomoc. V rámci této terapie se může setkávat celá rodina i

s nemocným členem, nebo bez něj. Terapie se zaměřuje na vztahy mezi jednotlivými členy rodiny, pomáhá vyjasnit si určité problémové chování, nebo naopak rozvinout chování, které působí na chod celé rodiny příznivě. Rodinná terapie je spíše dlouhodobou záležitostí a díky ní se může podařit změnit atmosféru v rodině, naučit se v rámci rodiny se všemi lépe vycházet
(Svépomocná skupina pro sourozence a potomky lidí s duševním onemocněním, 2006).

6. 3 Jak může rodina nemocnému pomoci, podpořit jej

Rodina často hledá způsob, jak se má k nemocnému chovat, jak reagovat v kritických situacích, přemýšlí nad tím, co mu pomáhá a co naopak škodí. Každý člověk je individuum, které má svou osobnost, tedy nelze určit jeden správný způsob chování, který by platil pro všechny nemocné. Navíc optimální chování se mění v různých stadiích nemoci.
Ovšem lze určit obecně důležité aspekty, které mohou přispět ke stabilizaci a zlepšení onemocnění (Praško, 1999).

6.3.1 Porozumění nemoci

Pro to, aby rodinní příslušníci mohli být nemocnému nápomocni, je zajisté potřeba, by porozuměli nemoci. Tedy aby porozuměli příznakům nemoci, porozuměli situaci nemocného v rodině a udělali si jasno ve svých postojích k nemoci.
Pro každého člověka je důležitá v životě podpora a stejně tak nemocný potřebuje podporu svých blízkých v tom, aby vytrval v léčbě, užíval pravidelně medikaci a nevzdával to.
Aby mohla rodina nemocného podporovat, je potřeba, aby stála „pevně na nohou“, jinak by se mohla vytvořit situace vzájemné závislosti, která by další vývoj zkomplikovala. Podpořit druhého zároveň znamená jednat na základě skutečných potřeb

druhého. Tedy klást si otázku a přemýšlet o tom, co skutečně nemocný potřebuje (Kalina, 2001).

6.3.2 Eliminace stresu a jednoznačnost

Nemocný někdy potřebuje stáhnout se do samoty, omezit svůj kontakt s ostatními.
Navíc při celkově zvýšené zátěži se tato potřeba ještě zvyšuje. Rodina v této souvislosti může udělat zejména to, že se bude snažit eliminovat stresové situace v rodině a bude se vyhýbat silným emocím, hádkám, kritice apod. Nemocný totiž potřebuje klid, jistotu, stálost. Potřebuje cítit přijetí a přátelskou atmosféru od druhých (Praško, 1999).

6.3.3 Potřeba autonomie

Pro nemocného je důležité, aby mohl někomu důvěřovat. Potřebuje dostávat jednoznačné a srozumitelné informace, postoje, cítit soulad mezi tím, co druzí říkají a dělají. Stejně tak je pro něj důležitá potřeba řádu a pravidel v životním rytmu rodiny. Rodina by neměla zapomínat ani na sebe a udržovat kontakty s přáteli, věnovat se svým zálibám. To, že se budou členové rodiny starat a pečovat o sebe, bude prospěšné i pro nemocného (Kalina, 2001).

Obecně nemocnému více pomůže respektování jeho autonomie a tolerance než nadměrná péče. Ta jej naopak může iritovat a vést ke zhoršení stavu (Praško, 1999).

6.3.4 Komunikace s nemocným

Pro dobrou komunikaci v rodině je důležité, aby na nemocného nebylo naléháno, komunikace nebyla vynucována. Nemocný by měl vědět, že se může na své nejbližší obrátit, když jej něco trápí a svěřit se jim. Někdy bude mít nemocný potřebu hovořit o svých bludných představách a halucinacích,

které schizofrenní onemocnění provázejí. Pokud se rodina pustí s nemocným do diskuze a přesvědčování o nepravdivosti jeho sdělení, může to v důsledku vést k hádkám a ztrátě důvěry nemocného k rodině. Stejně tak ovšem není dobré přitakávat a souhlasit s tím, co nemocný říká, jelikož to poté může jeho halucinace a bludy posilovat.

Lze zaujmout postoj, že rodina má sice jiný názor, ale věří tomu, že nemocný pociťuje to, co jim říká (Praško, 1999).

6.3.5 Vedení nemocného k samostatnosti

V každém období nemoci a uzdravování jsou možnosti člověka jiné. Na počátku nemoci bude zřejmě potřebovat větší pomoc a případně i dohled ze strany rodiny, v záležitostech, které se týkají léčení, vyřizování osobních a pracovních záležitostí, celkového udržování pravidelného režimu. Ovšem k procesu uzdravování patří také postupné osamostatňování se. A k tomu je potřeba dát nemocnému prostor (Kalina, 2001).
Je dobré, aby rodina zpočátku trpělivě zvala nemocného k činnostem a přitom zvažovala a pozorovala, kde je ta správná míra, aby toho na nemocného ještě nebylo moc. Zároveň jej rodina může velmi podpořit a posílit, když ocení jeho účast na aktivitách, jež mu přináší radost a úlevu (Praško, 1999).

6.3.6 Prevence rizika relapsu

Rizikem psychotického onemocnění je návrat akutních příznaků nemoci, tedy relaps. K relapsu dochází tehdy, když když na člověka působí silná vnější zátěž. Zranitelnost každého člověka je různá. Kritických je zejména 12 měsíců po poslední hospitalizaci.

Nemocný, který je hospitalizován, může přicházet s pocitem nesnesitelné zátěže, již zažíval v rodině. Odmítající, ambivalentní postoj směrem k nemocnému může navíc přispívat k rozsáhlejšímu pobytu v nemocnici. V rodinách, kde je míra vyjadřování emocí vysoká, je u nemocných vyšší riziko relapsu. V rodinách, kde je tolerance pro chování nemocného nízká a stres je velký, tam lze nalézt vyšší poměr opakovaných hospitalizací.
Podpůrný a akceptující postoj může podporovat zlepšení sociálního fungování. Stejně tak příznivý vliv na uzdravení má menší míra vyjadřování emocí a přátelské prostředí (Falloon, 1984).

Je dobré pokusit se nalézt stresové situace, které by mohly působit jako spouštěče, tedy okolnosti, situace, které nemocný nezvládal. Také je v tomto případě důležité nahlédnout na reakce rodiny na změnu chování u nemocného.
Rodina se může s nemocným domluvit na jiném způsobu, jak řešit kritické situace, aby se předešlo riziku působení spouštěčů (Kalina, 2001).

Jako stresor může působit řada situací a nikdy je nelze úplně ze života vymýtit a na všechny se nelze připravit. Ovšem je dobré vědět, na koho se člověk může obrátit v případě potřeby, s kým může sdílet své potíže. Vědomí, že na to není sám, může již částečně zmírnit stres, který situace s sebou přináší.

7. Jak se může nemocný dobře připravit na budoucnost

V předchozích kapitolách jsem se zmiňovala o tom, jak může rodina nemocnému pomoci, jak důležitou roli hraje postoj k nemoci a kdo může podpořit rodinu a dodat jí potřebnou oporu a chuť jít dál.
Rodina je v životě každého člověka velmi důležitým zdrojem, z něhož čerpá zkušenosti a poznatky pro život. Pokud člověk získá pozitivní zkušenosti, zjistí, že rodina je pro něj oporou a nenechá jej na holičkách, přinese mu to do dalšího života stabilitu a pocit zakotvenosti. Ne každý člověk ovšem takové štěstí má. Právě s příchodem kritických situací do života člověk pozná, jak mnoho potřebuje od svých blízkých, jak je pro něj soudržnost a pocit sounáležitosti důležitý. Vážně nemocný člověk, jehož nemoc provází celým životem, si tuto potřebu může uvědomovat ještě zřetelněji.
Svou podporou a pomocí může rodina udělat pro nemocného mnoho dobrého.
Ovšem život se nachází i za hranicemi prostoru vymezeného domovem, místem, kde nemocný žije a které sdílí se svou rodinou. Tam, kam se zatím třeba jen bál nahlédnout, se nachází nový prostor, nové možnosti.
Čekají na něj a dávají mu příležitost uskutečnit posun ve svém životě, překonat strach a obavy a postoupit o krůček vpřed. Cestou malých kroků, drobných změn, se může člověk dopracovat k velkým výsledkům, k samostatnosti, schopnosti se o sebe postarat a nalézt uspokojení ze života.

Přesunout pozornost z nemoci na jiné aspekty života může být významným začátkem. Když se člověk rozhlédne kolem sebe, najednou zjistí, co může vyzkoušet, co nového se dá naučit. Střet s realitou může být někdy bolestivý, zvlášť když si

nemocný uvědomí svá omezení, která mu nemoc způsobila, ovšem svítá před ním cesta, která mu může pomoci překonat překážky a dovést jej k postupnému zlepšení jeho situace.

7. 1 Služby, které nemocný může využít

7.1.1 Případový manažer

Na začátku cesty se může k nemocnému připojit pomocník, který si s ním promluví o jeho životě, situaci, v níž se nyní nachází a cílech, které by si přál naplnit.

Případový manažer zastává v životě nemocného roli průvodce, jehož úkolem je provést klienta jeho životní situací a pomoci mu zajistit kvalitní péči, kterou nemocný potřebuje. Řeší s nemocným všechny oblasti jeho života, tedy bydlení, práci, vztahy s lidmi, v rodině apod. Pokud klient souhlasí, může případový manažer pracovat i s klientovou rodinou. Intenzita kontaktu je ovlivněna tím, co klient v dané situaci potřebuje. Služby případového manažera poskytují některé neziskové organizace. V České republice tuto se této činnosti věnuje občanské sdružení Fokus (Stuchlík, 2008).

7.1.2 Terénní psychiatrická sestra

Nemocnému může být nápomocna i terénní psychiatrická sestra. Terénní psychiatrická sestra dochází přímo za pacientem domů, do jeho přirozeného prostředí. Sestavuje s ním rehabilitační plán. Učí nemocného a podporuje ho, jak zvládat řadu nároků běžného života, tedy péči o domácnost, vaření, zacházení s financemi apod. Podporuje ho při pravidelném užívání léků, učí ho, jak zvládat stresové situace, jak pečovat o svůj tělesný stav. V případě krize

může terénní psychiatrická sestra dojíždět za pacientem častěji a ve spolupráci s psychiatrem mu pomáhá zvládnout krizovou situaci v domácím prostředí, a to jak prostřednictvím léků, tak i podpůrnými rozhovory.
Může být jakýmsi mediátorem mezi rodinou a nemocným, pokud se objeví nějaké konflikty a může učit všechny zúčastněné, jak zvládat lépe stresové situace, jak spolu navzájem jednat, aby to bylo ku prospěchu. Službu terénní psychiatrické sestry nabízí v Praze klinika Eset.

7.1.3 Oblast bydlení

Samostatné bydlení může nemocnému poskytnout mnoho cenných zkušeností. Představuje způsob, jak se člověk může osamostatnit, naučit se praktickým dovednostem, hospodařit s penězi, organizovat si svůj čas apod.
Chráněné bydlení může být možností, jak řešit zátěž, kterou pro klienta představuje problematické rodinné prostředí. Chráněné bydlení lze považovat za mezistupeň k samostatnému bydlení, nebo jako dočasnou variantu bydlení mimo domov (Probstová 2005 in Matoušek a kol., 2005).

I když se nemocný poté vrátí domů, jeho fungování v domácnosti již není stejné jako na začátku, může dojít ke zlepšení jak po stránce chodu domácnosti, tak i ve vztazích k ostatním členům rodiny.

7.1.4 Oblast práce

Duševní nemoc s sebou přináší poruchy kognitivních funkcí, nemocní mohou mít potíže s pozorností i emocemi. Tyto potíže mohou vést k částečné či úplné ztrátě pracovat.
Práce je jednou z prevencí sociální izolace. Pracovní rehabilitace, která se provádí v různých komunitních

zařízeních, je zaměřena na návrat, udržení a rozšíření pracovních schopností.
Pracovní rehabilitace má více úrovní. Ve chráněných dílnách pracuje nemocný pod vedením pracovních terapeutů ve skupině klientů. Za svou práci zpravidla získá motivační odměnu. Klienti sestavují s pracovníkem rehabilitační plán a prostřednictvím docházky do dílny se snaží obnovit či získat pracovní návyky. Ty představují pravidelné docházení, schopnost vydržet pracovat po dohodnutou dobu, schopnost soustředit se apod. (Probstová 2005 in Matoušek a kol., 2005).

Přechodné zaměstnávání umožňuje nácvik sociálních a pracovních dovedností lidem s duševním onemocněním. Realizuje se v běžných firmách a organizacích. Po dobu přechodného zaměstnání jsou klienti intenzivně podporováni.

7.1.5 Oblast volného času

Volnočasové aktivity, které nabízí různá komunitní zařízení, znamenají pro nemocné cestu ven z izolace, setkávání se s lidmi, navazování nových kontaktů a přátelství. Mohou se pobavit u společenských her, zacvičit si, vyjádřit své emoce prostřednictvím kresby, hudby, tance, navštívit kulturní akce, vydat se na výlet. V rámci denních aktivit se nemocní mohou naučit novým dovednostem, ať už se jedná o jazykové znalosti či vaření jídla.
Nabízí se jim prostor pro sdílení svých zážitků, přání, snů. Duševně nemocní zakládají také různá klientská hnutí, kde si vytváří vlastní program, podporují se navzájem v aktivitě a pomáhají si. Mohou vydávat svépomocí vlastní časopisy, pořádat kulturní akce apod. Tato činnost jim pomáhá najít smysl ve svém životě a zapojit se do společnosti.

PRAKTICKÁ ČÁST

1. Účel průzkumu

Cílem mého průzkumu bylo zjistit, jaký má duševní nemoc respondenta vliv na jeho fungování v rodině, na vztahy s jeho nejbližšími, na vzájemnou komunikaci. Zajímalo mě, jak tuto proměnu role v rodině po nástupu a v průběhu nemoci vnímá sám nemocný a také jak na ni pohlíží jeho rodič.

V rozhovorech jsem se zaměřila na celý průběh nemoci, od jejího vzniku až po současnost. Chtěla jsem zmapovat zkušenosti rodičů, jejichž děti onemocněly schizofrenií, ale také samotných nemocných.

U rodičů jsem se zajímala o to, jaké změny v chování potomka rodiče pozorovali na počátku nemoci, jak se vyrovnávali se zprávou o nemoci, co se změnilo na fungování domácnosti, jak se v průběhu doby mění vztah rodiče k nemocnému, jaká je v rodině komunikace, míra podpory a pomoci apod. Také jsem se rodičů ptala, zda mají z nemoci nějaké obavy. V neposlední řadě mě zajímalo, jak spolupracují spolu s nemocným na změnách do budoucna, do jaké míry sdílí jeho cíle a přání, kterých by chtěl dosáhnout.

U nemocných schizofrenií jsem zjišťovala, jak se projevovaly příznaky jejich nemoci, čeho si všímali, jak se vyrovnávali se zprávou o nemoci, co se změnilo na fungování domácnosti, jak se v průběhu doby mění jejich vztah k rodičům, jaká je v rodině komunikace, jak a s kým spolupracují na změnách do budoucna.

1.1 Popis a zdůvodnění použitých metod

Pro svoji práci jsem si zvolila polostandardizované rozhovory.
Pro mnou zvolené téma se mi tato metoda zdála být nejvhodnější, jelikož jsem s lidmi hovořila o citlivých záležitostech. Připravila jsem si dotazník s otevřenými otázkami, které jsem postupně kladla respondentům. Některé otázky jsem ani nemusela klást, odpovědi vyplynuly přímo z rozhovoru. Mým původním záměrem bylo využívat zvukových nahrávek rozhovorů. Nakonec jsem však z tohoto úmyslu ustoupila, jelikož jsem si po jedné zkušenosti s odmítnutím nahrávání uvědomila, že lidem to nemusí být příjemné, když mluví o velmi osobních a mnohdy bolestivých záležitostech a rozhovor je nahráván.

1.2 Popis výzkumného souboru

Cílovou skupinou mé práce byli nemocní schizofrenií a jeden z jejich rodičů. Podmínkou účasti na rozhovoru bylo společné soužití v domácnosti. Věk respondentů, s nimiž jsem vedla rozhovor, se pohyboval v rozmezí od dvaceti do třiceti pěti let. Pro rozhovor jsem získala sedm dvojic respondentů, kterou tvořili nemocní a jeden z jejich rodičů.
Respondenti z řad nemocných byli ve složení pěti mužů a dvou žen, rodiče tvořilo šest žen a jeden muž. Šest nemocných využívá služeb občanského sdružení Eset-Help. Sedmý rozhovor jsem získala od ženy, která navštěvuje rodičovskou skupinu Ondřej, a jejího nemocného syna.

Původně jsme zamýšlela udělat rozhovor s deseti nemocnými schizofrenií a jejich rodiči. Nicméně nakonec se mi podařilo pro rozhovor získat pouze sedm dvojic respondentů.
Jsem si vědoma toho, že vzhledem k menšímu výzkumnému vzorku nebude hodnota odpovědí úplně vypovídající, nicméně přesto

zde ráda popíši výsledky mých rozhovorů. Problémem bylo hlavně získat klienty z jiných zařízení, které jsem oslovila.

1.3 Struktura rozhovorů

Rozhovory probíhaly individuálně. Rozhovor jsem prováděla zvlášť s rodičem a zvlášť s nemocným. Chtěla jsem tak předejít vzájemnému ovlivňování a zkreslení informací a získat pohled na situaci očima rodiče i nemocného. Mohla jsem tak porovnat, jakým způsobem kdo nemoc vnímá. Na začátku rozhovoru jsem sdělila účastníkům smysl rozhovoru, zdůraznila jsem, že informace, které mi sdělí, budou zpracovány anonymně (bez uvedení jména a dalších identifikačních údajů), tedy se nemusí bát jakéhokoli zneužití. Nejprve jsem pro rozhovory vybírala pouze klienty občanského sdružení Eset-Help a jejich rodiče. Jelikož ve sdružení pracuji, bylo pro mě snadnější získat pro rozhovor nějaké klienty a myslím, že i klienti k rozhovorům přistupovali s větší důvěrou, jelikož mě znali. Později jsem poprosila o rozhovory rodiče, kteří dochází na rodičovskou skupinu Ondřej. S jednou účastnicí skupiny a jejím synem, který se léčí se schizofrenií, jsem udělala rozhovor. Jelikož mě neznali, bylo potřeba více k rozhovoru vysvětlit a získat si tak pro rozhovor důvěru. A to hlavně ze strany nemocného. Celý rozhovor trval necelou hodinu, ale bylo to individuální, někdo se rozpovídal více, jiný byl stručný. Většina respondentů byla velmi sdílná, setkala jsem se však ve dvou případech i s klienty uzavřenějšími, kteří mi na otázky odpovídali jednou, dvěma větami.

2. Vyhodnocení průzkumu

V této části práce vyhodnotím informace, které mi dotazovaní sdělili. Pro tento účel jsem si vytvořila několik oblastí, které shrnují mé otázky, které jsem používala v dotazníku.

2.1 Rozbor rozhovorů s nemocnými

Příznaky provázející počátek nemoci, které nemocní vnímali a první návštěva odborného lékaře

Někteří nemocní pociťovali v počátcích nemoci strach a úzkost, které se postupně stupňovaly v bludné vnímání reality a halucinace. Také stažení se do sebe a odstup od okolí. Jedna žena popisuje, že si změny v chování začali všímat nejprve ostatní lidé, kteří ji na to začali upozorňovat. Stávalo se, že na ni lidé mluvili, ale ona nereagovala, nevnímala je. Postupně se u ní dostavovaly pocity marnosti života. Vše jí začalo být jedno. Ve třech případech nemocní kouřili dlouhodobě marihuanu a přemýšleli o tom, zda právě ta nemohla mít vliv na rozvoj jejich nemoci.

Dva nemocní byli poprvé přímo hospitalizovaní. Většina nemocných, s nimiž jsem dělala rozhovor, v první řadě navštívila obvodního lékaře, který je doporučil na psychiatrické vyšetření.

Průběh prvního roku po ústupu nemoci

Někteří z dotazovaných popisují, že po ústupu první akutní fáze nemoci pociťovali silnější únavu, a proto museli více odpočívat a nebyli schopni toho zvládnout tolik, jako dříve. První rok po odeznění akutních příznaků nemoci dva z dotazovaných nastoupili do denního stacionáře. Jedna žena

se vrátila do práce, nicméně pro zhoršení jejího stavu byla nucena v práci skončit.

Vliv nemoci na vztahy k ostatním členům rodiny a komunikace v rodině

Všichni dotazování se shodují na tom, že pro ně zpráva o jejich diagnóze byla hodně těžká a bylo pro ně nesnadné ji přijmout. Jeden muž uvádí, že měl problém získat informace o své nemoci. Pro některé lidi nemocné schizofrenií byla zpráva na druhou stranu do jisté míry i úlevou, neboť se po období nejistot a obav konečně dozvěděli, co se děje a co jim může pomoci.

Nemocní ve větší míře dostávali ze strany svých rodičů od počátku nemoci pomoc a podporu. Někteří z dotazovaných říkali, že to jejich rodiče s péčí o ně někdy až přeháněli, ale tato míra pomoci se v průběhu času proměňovala a dotvářela.

Možnost hovořit o svých potížích v rodině, svěřit se rodičům, se nemocným jevila jako dobrá. Jeden mladý muž dokonce dochází se svými rodiči a sestrou na rodinnou terapii. Přesto někdy docházelo mezi rodiči a nemocnými ke konfliktům. Tyto konflikty v některých případech vyplývaly z rozdílných představ u nemocných a jejich rodičů, někdy akutní fáze nemoci ovlivnila chování nemocného, a to se negativně promítlo do jeho vztahů k okolí (kdy nemocný vyhledával konflikty, hádal se apod.).

Jedna dotazovaná, která žije se svou matkou, popisovala, že se jí matka sice věnuje, nicméně s ní nemůže o své nemoci otevřeně hovořit, jelikož si to matka nechce připustit.

Jiná žena nemocná schizofrenií, s níž jsem dělala rozhovor, popisuje svou matku jako tu, která ji od počátku nemoci hájila a stála za ní, když ostatní příbuzní nechtěli uvěřit její nemoci a přisuzovali jí lenost. Ovšem otec této ženy je

dle jejích slov laxní, nezajímá se o ni a často spolu mají konflikty.

Cíle a přání nemocných do budoucna

Všichni dotazovaní, s nimiž jsem mluvila, se chtějí a snaží osamostatnit. U tří dotazovaných má toto osamostatňování se podobu hledání vhodného zaměstnání. Přitom si již částečně přivydělávají. Jeden muž chodí občas na brigády, ostatní dva využívají nabídky služeb přechodného zaměstnání v Eset-Helpu a docházejí na několik hodin týdně pracovat.

Další formu práce na osamostatňování se představuje u dalších dotazovaných hledání samostatného bydlení. Jedna žena si vyřizuje sociální byt, další mladý muž se bude stěhovat do chráněného bytu. Zbývající dotazovaná zatím ještě hledá vhodné možnosti, kam by se časem mohla přestěhovat a zatím se na tuto možnost připravuje.

Zdravotní stav posledního dotazovaného ještě není úplně stabilizovaný, zatím se tedy věnuje svým zájmům a dochází do Centra denních aktivit v Eset-Helpu.

Všichni dotazovaní mají nějaké zájmy, jimž se věnují. Někteří aktivně sportují, jiní rádi poslouchají hudbu a někteří se jí dokonce věnují aktivně. Také někteří z nich navštěvují Centrum denních aktivit v Eset-Helpu.

2.2 Rozbor rozhovorů s rodiči

Příznaky provázející počátek onemocnění, které vnímali rodiče, a první návštěva odborného lékaře

Rodiče u svých potomků vnímali na počátku nemoci změny v chování. Popisují, že si všímali větší uzavřenosti, a to jak vůči nim, tak i k okolí, ponocování, málo spánku, později u některých také vyvolávání konfliktních situací a agresivitu.

U těch, kteří studovali, se později objevila větší absence ve škole a nakonec došlo až k přerušení studia.

Jako prvního odborníka navštívili většinou svého praktického lékaře, který je doporučil na vyšetření k psychiatrovi. Ve dvou případech byla prvním krokem hospitalizace.

První rok po vzniku onemocnění

Někteří rodiče vnímali oslabení sociálních dovedností a návyků u svých potomků. Popisují, že nemocní pociťovali slabost, únavu.

Obavy z nemoci, které mohou rodiče zažívat

Asi ve dvou rozhovorech se objevily obavy ze sebevraždy nemocných. Později se rodiče naučili s touto situací (s těmito obavami) pracovat a hlavně našli možnost komunikace s nemocným na toto téma, čímž se jejich obavy zmírnily. Ke zmírnění stresu přispěly i informace, které postupem času o nemoci získali.

Častou obavou, kterou rodiče pociťovali, byla otázka nejisté budoucnosti. Rodiče si díky nepředvídatelnosti nemoci a kolísavému průběhu nejsou jisti, jak to s jejich potomkem

do budoucna bude, a obávají se toho, kdo se o něj/ni v případě zhoršení stavu postará, když už oni nebudou moci.

Na druhou stranu jsem vnímala, že si rodiče hodně všímají pokroků, kterých jejich děti dosáhnou a které vedou k větší samostatnosti a zlepšení psychického stavu. A právě tyto drobné pokroky jim dávají naději.

Vliv nemoci na vztahy k ostatním členům rodiny a komunikace v rodině

Přijetí zprávy o nemoci bylo pro rodiče těžké. Někteří rodiče prožívali výčitky svědomí, že snad mohli nějakým způsobem způsobit vznik onemocnění. Onemocnění ovlivnilo celou rodinu.

Vztahy v rodinách se k nemocnému v průběhu doby proměňovaly a utvářely. Rodiče si utvářely různé postoje k nemoci. Většinou rodiče v rozhovorech popisují, že v počátcích zahrnovali svého potomka větší péčí a chovali se k němu starostlivě. Jedna matka popisuje, že se potýkala s nedůvěrou vůči synově nemoci a kladla na něj vysoké nároky. Později ve svých požadavcích slevila.

Ve většině případů rodiče popisují, že jejich komunikace s nemocným je otevřená, jsou ochotni se mu věnovat a probrat s ním, co je potřeba.

Na utváření zdravých vztahů v rodině má jistě podíl získání kvalitních informací od odborníků, kteří s nemocným spolupracují nebo se zabývají problematikou duševních nemocí. Téměř všichni rodiče navštívili v průběhu nemoci dítěte nějakého odborníka. Jednalo se o návštěvu psychologa, ošetřujícího psychiatra, edukačních kurzů, jedna z rodin dokonce dochází pravidelně na rodinné terapie.

Spolupráce rodičů s nemocnými na změnách do budoucna

Rodiče v rozhovorech často zmiňují podporu, kterou svým potomkům poskytují. Ve většině rozhovorů rodiče byli ochotni

akceptovat přání a plány do budoucna svých potomků a měli snahu jim nějakým způsobem pomoci v jejich realizaci.

Setkala jsem se však také ve dvou případech s tím, že rodiče nevěřili tomu, že by jejich nemocný potomek byl schopen dostudovat školu. Provázely je obavy, jak bude zvládat náročné studium, přípravu, báli se návratu nemoci. V jednom případě syn své rodiče překvapil a maturitu si dodělal, v tom druhém je syn teprve na začátku a připravuje se na pokračování ve studiu.

3. Kazuistiky

3.1 Kazuistika Tomáš

Tomáš vyrůstal v rodině s matkou, otcem a sestrou. Tomáš začal studovat na střední odborné škole stavební. Ve třetím roce studia přestal chodit do školy. Snažil se to nejprve utajit, nicméně po měsíci kontaktoval matku Tomáše třídní učitel. Rodiče se snažili svého syna přesvědčit, aby se vrátil do školy. Třídní učitel byl ochotný mu celou absenci omluvit. Tomáš to zkusil, nicméně dlouho do školy docházet nevydržel a domluvil se s lékařkou, že mu napíše zdravotní neschopnost. Školu tedy dva měsíce před koncem školního roku přerušil a znovu se do třetího ročníku vrátil po prázdninách roku 2005. Vydržel za podpory blízkých studovat jeden rok, ovšem měsíc před koncem školního roku opět přerušil. V té době měl již mnoho absencí, ale jelikož byl již plnoletý, omlouval si je sám. Tomáš se rozhodl, že se do školy již nevrátí. Přes léto chodil na brigády a v září nastoupil na pracovní úřad. Jelikož nedocházel na pravidelné schůzky, byl vyřazen z evidence.
Matka toto období hodnotí tak, že bylo pro Tomáše pohodlnější schovat se před světem, který byl pro něj ohrožující. Tomáš sám zpětně vnímal, že se vzdaloval svým vrstevníkům, sociálně za nimi zaostával. Uzavíral se do sebe. Tomáš měl pocit, že si příznaků nastupující nemoci zpočátku všímalo více jeho okolí než on sám.

Tomáš začal být konfliktní vůči matce, někdy byl až agresivní a napětí ventiloval tak, že uhodil pěstí do nábytku. Měl pocit, že mu matka nerozumí, nerespektuje, co on potřebuje.

Na podnět Tomášovy sestry, která pracuje v sociálních službách, celá rodina začala docházet na rodinnou terapii. Psycholožka později Tomáše poslala na psychologické vyšetření. Tomášova obvodní lékařka doporučila Tomášovi, aby se objednal na kliniku Eset. Tomáš začal navštěvovat na klinice psychiatra, který byl prvním, kdo mu sdělil, že trpí schizofrenií. Psychiatr mu doporučil navštěvovat denní stacionář pro mladé lidi s duševní nemocí. Toto období Tomáš vnímal jako delší prázdniny. Po absolvování stacionáře začal navštěvovat ergoterapii.

Pro Tomáše bylo těžké srovnat se se zprávou o nemoci. Nechtěl uvěřit tomu, že nemoc potkala zrovna jeho. Kladl si otázku, jak se to mohlo stát. Určitý podíl přisuzoval marihuaně, kterou kouřil. Postupně se s nemocí smiřoval. Pro celou rodinu Tomáše bylo těžké se s nemocí vyrovnat.
Tomáš měl pocit, že se matka stala vůči němu až moc tolerantní, a to i v situacích, kdy bylo dle jeho názoru již lepší se ozvat. Také o něj hodně pečovala.

Tomáš se ze začátku více uzavíral do sebe, nebyl schopný něco dělat a postarat se sám o sebe. Rodiče se ovšem také potýkali s potížemi, jelikož nevěděli, jak to bude s finančním příjmem Tomáše. Ambulantní psychiatr Tomáše mu napsal doporučení na invalidní důchod. Přiznali mu jej na rok, poté bude muset opět k posudkové komisi.
Matka Tomáše má trochu obavy, jak to bude do budoucna. Tomáš v tomto směru spoléhá na rodiče, kteří jej zatím i finančně podporovali, má v nich oporu. Rodiče chtějí, aby se Tomáš více osamostatňoval a naučil se hospodařit s penězi.
K tomu může napomoci chráněné bydlení, kam se Tomáš bude stěhovat. Nastane tak pro něj změna. Matka to vnímá tak, že se Tomáš osamostatní a zkusí se postarat se sám o sebe. Je ochotná mu pomoci, ale snaží se, aby to bylo s mírou, předně

aby se Tomáš o své záležitosti postaral sám. Občas se jej zeptá, zda-li si vyřídil, co měl, připomene mu něco, ale snaží se držet zpátky a netlačit na něj. Tomáš bude u nich doma i nadále vždy vítán.

Matka se snaží brát situaci takovou, jaká je. Nevytvářet si katastrofické scénáře. Má pocit, že její vztah k Tomášovi je lepší, než dříve.
Tomáš má dojem, že se jeho vztah s matkou zlepšil, hodnotí jej jako korektní a vyzrálejší. S otcem Tomáš dříve prožíval různé konflikty, nyní spolu mají již pěkný vztah. Stejně tak se sestrou si velmi rozumí.

Příčinu dobré změny ve vztahu Tomáše k matce lze vidět v matčině zodpovědném a ukázněném chování. Matka přemýšlí nad tím, jak se má k Tomášovi chovat, jedná s rozmyslem, snaží se mu dávat vhodnou podporu ve vhodné míře. Tomáš si to uvědomuje a je schopen matčino chování ocenit.

Do budoucna by si Tomáš přál vrátit se na školu a dodělat si maturitu. V rámci občanského sdružení Baobab navštěvuje program „Student", kde mu pomáhají k přípravě na studium. Tomáš ještě neví, zda-li se bude moci do školy vrátit, zkontaktuje školu, a poté se uvidí.
Rodině se moc nelíbí, že by se chtěl Tomáš vrátit na školu, kterou několikrát přerušil. Mají obavy, že si již nebude pamatovat znalosti z nižších ročníků, bude pro něj těžké docházet na denní studium a vytrvat. Rodina by si spíše přála, aby si našel jinou školu a třeba i jiný obor, který by jej bavil a kde by mohl i dálkově studovat.
Zde se tedy představy Tomáše a jeho blízkých rozcházejí, nicméně jsou rodiče pro Tomáše oporou v dobrém i zlém.

3.2 Kazuistika Pavel

Pavel vyrůstal v rodině s matkou, otcem a sestrou. Rodiče se později rozvedli a sestra se odstěhovala do podnájmu. V současné době žije Pavel pouze se svou matkou. Důležitou osobou v Pavlově životě je jeho babička, kterou pravidelně navštěvuje.

Když bylo Pavlovi sedmnáct let, začal kouřit s kamarády marihuanu. Zhoršil se jeho spánek, nemohl dlouho do noci usnout, málo jedl. Pavel začal pociťovat strach o svůj život, postupně se přidaly bludy a halucinace. Přestal docházet do školy.

Matka pracuje jako zdravotní sestra, a tak si všímala, že s jejím synem není něco v pořádku. Odvezla jej do Bohnic, kde byl poprvé hospitalizován na tři měsíce. Zde se také poprvé dozvěděl o své nemoci.

Pro Pavla bylo zpočátku hodně těžké přijmout zprávu o nemoci, nejraději by na vše zapomněl. Rodiče Pavlova nemoc velmi zasáhla, otec si dokonce vyčítal, že to s manželkou zavinili.

Pavel se po příchodu domů z hospitalizace cítil hodně unavený, chtělo se mu spát, takže častěji odpočíval. Matka si všimla, že Pavlovy návyky oslabily. Po příchodu domů se o něj hodně starala, ovšem později získala pocit, že se Pavel málo snaží. Chtěla po něm více, než byl schopen v dané chvíli zvládnout. Postupem času jej více pochopila a uvědomila si, že asi spíše nemůže, než že by nechtěl. Nicméně se přesto snažila trvat na vykonání krátkodobých činností. Pavel je někdy vyplnil, někdy ovšem ne.

Matka se snaží Pavla hodně podporovat a hovoří s ním otevřeně. Přesto vnímá, že má Pavel blíže ke své babičce, s níž si vytvořil velmi vřelý a blízký vztah. Matce ovšem trošku vadí, že jej babička příliš omlouvá a lituje.

Pavel má k babičce silnou citovou vazbu a hodnotí vztah s ní jako lepší než vztah s matkou. Babička se o něj hodně stará a jak sám říká, „myslí na vše dopředu". Tedy na záležitosti, které je potřeba zařídit apod.
Pavel cítí od matky podporu a je schopen s ní mluvit otevřeně. Ovšem občas mají spolu spory a Pavel se domnívá, že je převážně vyvolává matka.

Matka dříve pociťovala obavy z toho, že by si Pavel mohl ublížit tím, že se předávkuje léky. Pavel dříve takové tendence občas měl, nicméně pud sebezáchovy je u něj dost silný, takže dostal strach o svůj život a hned se „přiznal" a žádal o pomoc. To matku do jisté míry uklidňuje.

Od první Pavlovy hospitalizace uběhlo deset let. Během té doby Pavel dokončil střední školu a úspěšně odmaturoval. Nastoupil také do zaměstnání na běžném trhu práce, ovšem musel odejít, jeho stav se zhoršil. Jeho zdravotní stav se měnil, několikrát byl hospitalizován.

Pavel poslední dva roky využívá služby přechodného zaměstnání, takže díky tomu si zvyká na pravidelný pracovní režim, dostává se více do kontaktu s lidmi a také si trochu přivydělá.
Pavel by do budoucna rád pracoval ve zdravotnictví, přemýšlel o tom, že by si udělal sanitářský kurz. Rodina jej v tom velmi podporuje a pomáhá mu při plnění jeho přání.

Jeho velkým zájmem je hudba, jíž se věnuje aktivně. Hraje na kytaru, zpívá a navštěvuje koncerty.

4. Diskuze

Rozhovory s rodiči a jejich nemocnými dětmi pro mě byly velmi zajímavé a poučné. Při své praxi jsem se setkávala vždy jen s nemocnými, ale nyní jsem díky svému průzkumu měla možnost pohovořit si také s rodiči a zjistit, jak nemoc svého potomka vnímají oni. Zároveň jsem si během rozhovorů všimla, jak odlišně vnímají onemocnění rodiče a nemocní, jak se také liší jejich představy o tom, čeho je nemocný schopen dosáhnout. A těžko lze říci, kdo z nich to vidí jasněji, to prokáže až zkušenost. Uvědomila jsem si, že je pro rodinu nemocného důležité vědomě korigovat své chování a nepodléhat příliš emocím a snaze nemocného zahrnout přílišnou péčí. Toto dokazuje příklad z kazuistiky č. 1, kdy si matka začala více uvědomovat přemíru podpory, kterou svému synovi dávala a snažila se tolik nepečovat. A to přineslo pozitivní změnu pro jejich vzájemný vztah, což v rozhovorech popsali oba.

Téma přílišné péče se vyskytlo i v dalším rozhovoru, kdy si matka začala uvědomovat, že pro svého syna dělá první poslední, ale už se začíná cítit vyčerpaná a unavená, neboť syn se s ní často hádá. Později ho to zamrzí a omluví se, pochválí ji za to, co pro něj dělá, ale později se situace zase opakuje. Matka hodně spolupracuje s lékařem. Její obava z toho, jak si syn poradí, až tu ona jednou nebude, ji vedla ke spolupráci na synově osamostatnění se.
Obavy z toho, co si nemocní jednou sami počnou, dělá starost většině rodičů.

Na druhou stranu v případě matky z kazuistiky č.2 přílišné nároky a snaha aktivizovat syna za každou cenu nebyly prospěšné a synovi nepomáhaly. Matka postupně slevila ze svých nároků na syna, přesto bylo pro ni těžké vzdát se kontroly, zda syn vykonal a zařídil, co měl. Určitá míra kontroly a disciplíny je podle mě potřebná, protože dává do života nemocného určitý řád a učí jej být zodpovědným za své záležitosti. Po odchodu z domova se budou muset o sebe

postarat sami a budou se muset v mnoha věcech ukáznit. Nicméně tato kontrola by měla být laskavá a respektující, měla by to být v první řadě podpora a stabilizující kotva, nikoli dozor a nátlak.

V rozhovorech s rodiči se často vyskytovala potřeba dozvědět se více informací, a to jak o nemoci, tedy jejích projevech a způsobu, jak se k nemocnému chovat apod., tak i o praktických záležitostech ohledně vyřizování důchodů apod. Rodiče hovořili o tom, že často hlavně zezačátku nevěděli, kam by si pro informace měli přijít, kdo by jim mohl poradit. Postupně se k nějakému řešení dobrali, ale začátky pro ně nebyly snadné.

Někteří jsou z vlastní iniciativy v kontaktu s ošetřujícím psychiatrem svého potomka, aby se dozvěděli více informací o tom, jak s nemocným jednat. Jedna matka se aktivně angažuje v rodičovské skupině.

Resumé

Bakalářská práce se zabývá proměnou role člověka nemocného schizofrenií v rodině po nástupu nemoci a v jejím průběhu. Popisuje průběh onemocnění, jeho možné projevy na jeho počátku a v dalších fázích nemoci. Hlavní část je věnována rodině člověka nemocného schizofrenií. Zabývá se tím, jak nemoc vnímá nemocný a jeho rodiče, jaké změny onemocnění vnáší do rodinného života. Pozornost je věnována tomu, jaké postoje vůči nemoci si mohou utvářet rodiče i nemocný, co přispívá ke změně náhledu na nemoc a k utváření podpůrného a stabilizujícího rodinného prostředí.

Dostatek informací ze strany odborníků a odpovědi na otázky, které rodiče potřebují znát, to je potřeba, kterou mi potvrdil i kvalitativní výzkum, který jsem prováděla polostandardizované rozhovory. V praktické části bakalářské práce uvádím dvě kazuistiky.

\

Summary

The bachelor paper deals with a family role‘s change of a person suffering from schizophrenia from the start of a disease and during its course. It describes a development of the disease, its possible symptoms in its beginning and in the next phases. The main part is dedicated to a family of a person suffering from schizophrenia. It deals with a perception of the disease by a patient and his parents and with changes that are brought to a family life by the disease. An attention is paid to what attitudes to the disease can be adopted by both a patient and parents and what contributes to a change in perspective on the disease and to creation of a supportive and stabilizing family environment.

A sufficient amount of information provided by specialists and answers to questions that parents need to know, this is a necessity confirmed by a qualitative research that was carried out by a method of semi-standardized interviews. There are two casuistries in the practical part of the bachelor paper.

Závěr

Ve své práci jsem se zaměřila na situaci lidí, kteří onemocněli schizofrenií, a jejich rodiny. Všímala jsem si, jak onemocnění ovlivňuje život nemocného, jak působí na ostatní členy rodiny, jaký má vliv na rodinné soužití. Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které hluboce zasahuje do života lidí. Vyžaduje si komplexní péči, zdravotnickou, psychoterapeutickou, sociální, ale také podporu a pomoc od nejbližších. Nestačí tedy pouze podávat léky, důležité je eliminovat stresy, které by nemocného mohly negativně ovlivňovat. Hodně záleží na prostředí, ve kterém se člověk pohybuje. Rodina a nejbližší lidé, s nimiž nemocný žije, hrají v procesu uzdravování velice důležitou úlohu. Ovšem právě tato role je pro rodinu často velmi náročná a zatěžující, neboť v počátcích nemoci ještě většinou nevědí, jak zvládat nároky, které s sebou nemoc přináší, jak vhodně poskytovat nemocnému podporu a potřebnou péči.

Proto je potřeba, aby získali co nejvíce informací, odpovědi na otázky, které potřebují znát. V rozhovorech jsem často od rodičů slýchala, že právě na začátku nemoci nevěděli, kde se dozví to, co potřebují, kam si mohou pro informace přijít. Prvním odborníkem, s nímž mohou rodiče v počátku přijít do kontaktu, bývá ošetřující psychiatr nemocného. Ten může rodině poskytnout informace ohledně nemoci, průběhu, léčbě. Psychiatr pak může rodině poskytnout kontakty na další zařízení, která pracují s duševně nemocnými a kde mohou rodině poskytnout informace v rámci vzdělávacích či svépomocných aktivit. Proto se domnívám, že je důležité, aby měl lékař přehled o různých službách a mohl alespoň rámcově rodiče informovat o tom, kam si mohou přijít pro pomoc.

Každý člověk má svou jedinečnou osobnost a žije svůj vlastní příběh. Proto i průběh nemoci je u každého jiný a je potřeba hledat vlastní cestu, která povede k uzdravení.

Použitá literatura

DÖRNER, K.; Ursula, P. *Bláznit je lidské*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-628-5.

DÖRNER, K. a kol. *Osvobozující rozhovor*. Psychicky nemocný v rodině. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-892-X.

FALLOON, IRH; BOYD, JL; McGILL, CW. *Family Care of Schizophrenia*. New York: Guilford, 1984. ISBN 0-89862-923-3.

KALINA, K. *Jak žít s psychózou?* 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-563-6.

MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 2. vydání. Praha: Slon, 1997. ISBN 80-85850-24-9.

PRAŠKO, J. a kol. *Psychotická porucha a jak se jí bránit*. 1. vyd. Praha: Janssen-Cilag, 1998.

Právní rádce. 1. vyd. Praha: Česká asociace pro psychické zdraví, 2005. ISBN 80-239-5610-8.

PROBSTOVÁ, V. *Sociální práce s duševně nemocnými*. In: MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

STUCHLÍK, J. V Mladé Boleslavi praktikují case management. *Sociální práce*. 1/2008, s. 36-38, ISSN: 1213-6204.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0.

ZVOLSKÝ, P. a kol. *Obecná psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-681-3.

Svépomocná skupina pro sourozence a potomky lidí s duševním onemocněním, 2006; dostupné na internetu: http://www.psychozaablizci.ic.cz/moznapomoc.html

Přílohy

Příloha č. 1: Dotazník pro rodiče

Dotazník pro rodiče

1. Kdo žije s vámi ve vaší domácnosti?

2. Měl někdo u vás v rodině již dříve nějaké psychické problémy?

3. Jak to vše začalo?

4. Kdy jste šli navštívit lékaře?

5. Jak na vás zapůsobila nemoc dcery/syna?

6. Změnilo se něco na chodu vaší domácnosti s příchodem nemoci?

7. Vzpomenete si na první rok poté, co nemoc ustoupila?

8. Změnil se nějak váš vztah k nemocnému?

9. Lidé v obdobné situaci mají z nemoci různé obavy. Jak to vnímáte vy?

10. Pomáháte nějakým způsobem vašemu synovi /dceři zvládat jeho/její nemoc?

11. Mluvíte mezi sebou v rodině o nemoci?

12. Využíváte nějaké podpůrné služby vy sami, popř. s vaší dcerou/synem?
    - Ano
    - Ne

Pokud ano, jaké?

13. Spolupracujete nějak s nemocným na změnách do budoucna?

Příloha č. 2: Dotazník pro nemocného

Dotazník pro nemocného

1. Kdo s vámi žije ve vaší domácnosti?

2. Měl někdo u vás v rodině již dříve nějaké psychické problémy?

3. Kdy se u vás začaly objevovat příznaky nemoci?

4. Jak se příznaky projevovaly, čeho jste si všímal/la?

5. Kdy jste šel/šla se svými problémy za lékařem?

6. Jaké to pro vás bylo dozvědět se o nemoci?

7. Změnilo se něco na chodu domácnosti s příchodem n nemoci?

8. Vzpomenete si na první rok poté, co nemoc ustoupila?

9. Měnil se nějak v průběhu nemoci vztah k ostatním členům rodiny?

10. Jak myslíte, že vnímají nemoc vaši rodiče?

11. Jak vám rodina pomáhá zvládat vaši nemoc?

12. Jak se u vás v rodině o nemoci hovoří?

13. Máte nějaké zájmy, kterým se věnujete?

14. Využíváte nějaké sociální či zdravotnické služby? Pokud ano, tak jaké?

15. Čeho byste si přál dosáhnout, jaké jsou vaše cíle do budoucna?

16. Co pro jejich naplnění děláte vy sám/sama?

17. Pomáhá vám nějakým způsobem rodina a blízcí?

18. Kdo jiný (např. sociální, zdravotní služby) vám v jejich naplnění pomáhá?

Resumé

Bakalářská práce se zabývá proměnou role člověka nemocného schizofrenií v rodině po nástupu nemoci a v jejím průběhu. Popisuje průběh onemocnění, jeho možné projevy na jeho počátku a v dalších fázích nemoci. Hlavní část je věnována rodině člověka nemocného schizofrenií. Zabývá se tím, jak nemoc vnímá nemocný a jeho rodiče, jaké změny onemocnění vnáší do rodinného života. Pozornost je věnována tomu, jaké postoje vůči nemoci si mohou utvářet rodiče i nemocný, co přispívá ke změně náhledu na nemoc a k utváření podpůrného a stabilizujícího rodinného prostředí.

Dostatek informací ze strany odborníků a odpovědi na otázky, které rodiče potřebují znát, to je potřeba, kterou mi potvrdil i kvalitativní výzkum, který jsem prováděla polostandardizované rozhovory. V praktické části bakalářské práce uvádím dvě kazuistiky.

\

Summary

The bachelor paper deals with a family role‘s change of a person suffering from schizophrenia from the start of a disease and during its course. It describes a development of the disease, its possible symptoms in its beginning and in the next phases. The main part is dedicated to a family of a person suffering from schizophrenia. It deals with a perception of the disease by a patient and his parents and with changes that are brought to a family life by the disease. An attention is paid to what attitudes to the disease can be adopted by both a patient and parents and what contributes to a change in perspective on the disease and to creation of a supportive and stabilizing family environment.

A sufficient amount of information provided by specialists and answers to questions that parents need to know, this is a necessity confirmed by a qualitative research that was carried out by a method of semi-standardized interviews. There are two casuistries in the practical part of the bachelor paper.