

Universita Karlova v Praze
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Katedra pedagogické a školní psychologie

Jak vztahy pomáhají zvládat život s duševním onemocněním
(schizofrenií)

Iveta Černá
Vedoucí diplomové práce: PhDr. Petr Goldmann
Praha 2012

Prohlašuji, že jsem práci Jak vztahy pomáhají zvládat život s duševním onemocněním (schizofrenií) vypracovala sama, za použití uvedené literatury.
V Praze 30.11.2012

Iveta Černá

Abstrakt

Tato práce se zabývá rodinnými vztahy lidí, kteří prožili psychotickou epizodu. Hlavní otázka zní: Jak vztahy s blízkými pomáhají zvládat život s duševním onemocněním, nikoli psychotickou epizodu jako takovou, ale hlavně období po odeznění příznaků? Odpověď jsem hledala v rozhovorech s lidmi s duševním onemocněním, zaměřené především na jejich vztahovou stránku před propuknutím nemoci a bezprostředně po jejím nástupu.

Jak se ukázalo, nejedná se o vztahy partnerské, ale především o vztahy v primární rodině, které pomáhají člověku se schizofrenií zvládnout novou životní situaci.

Nejprve proběhla analýza života respondentů z hlediska významných vývojových stadií. Následovala analýza mezilidských vztahů jednotlivých respondentů. Na základě prostudované literatury byly následně vytvořeny kategorie možných reakcí rodinných příslušníků na respondentovo onemocnění. Tyto kategorie byly poté vyhledávány v jednotlivých rozhovorech.

Abstract

This work focuses on family relationships of people, who went through a psychotic episode. The main question is: How the relationships with relatives help to cope with life with mental disease, not only psychotic episode itself, but especially the period after fading the symptoms away? It is looking for an answer in the interviews with people with mental disease, focusing on their relationships before and after breaking out of the illness.

It came out the relationships in the primar family are helpful in this new life situation of the respondents, not the partner relationships, as was expected.

The first analysis focused on the main developmental phases in lives of the respondents. It was followed by the analysis of interpersonal relationships. Finally, based on the studied literature, there were established the categories of possible reactions of family members to the respondents´disease. These categories were looked for in the interviews.

Chtěla bych poděkovat za laskavé vedení vedoucímu své práce, PhDr. Petru Goldmannovi. Za cenné podněty vděčím též konzultacím s PhDr. Janou Procházkovou a doc. PhDr. Jiřím Šípkem, CSc. Velmi podnětné pro mne byly materiály, které mi poskytla doc. MUDr. Lucie Bankovská-Motlová, Ph.D., tímto bych jí ráda poděkovala. Dále bych chtěla poděkovat za psychickou podporu celé své rodině, příteli a přátelům.

Obsah

1) Úvod	7
2) Úvod k teoretické části.....	8
3) Teoretická část.....	10
3.1 Rodina a její funkce – ideální stav	10
3.2 Rodina a schizofrenie	11
3.3 Vymezení termínů	12
3.4 Historický exkurz	14
3.4.1 Historie klasifikací a současnost.....	18
3.5 Vývoj tématu.....	23
3.5.1 Vývoj tématu „schizofrenie a rodina“ od 60. let 20. století v zahraničních výzkumech	23
3.5.2 Vývoj tématu v české literatuře od 60.let 20.století.....	25
3.6 Role rodiny, role pacienta.....	31
3.6.1 Rodina jako zdroj potíží.....	31
3.6.2 Rodina jako zdroj údravy.....	32
3.6.3 Jaká je role pacienta.....	33
3.7 Shrnutí.....	34
4) Praktická část	35
4.1 Historie výzkumu	35
4.2 Charakteristika výzkumného postupu	36
4.3 Charakteristika zkoumaného vzorku.....	37
4.4. Výzkumné otázky a cíle	37
4.5 Představení jednotlivých respondentů	38
4.5.1. Rozhovor jedna – Petr	38
4.5.2. Rozhovor dva – Josef	39
4.5.3 Rozhovor tři – Zdeněk.....	40
4.5.4. Rozhovor čtyři – Karolína	41
4.5.5 Rozhovor pět - Ivo.....	42
4.5.6 Rozhovor šest – Kristýna.....	44
4.6 Shrnutí průběhu sběru dat	47
4.7 Strategie zvládání života s duševním onemocněním	49
4.8 Analýza získaných dat	49
4.8.1 Rozdělení podle jednotlivých vývojových období	49
4.8.2 Co do života člověka přináší psychotická zkušenost	52
4.8.3 Hodnocení chování rodin respondentů	53
4.8.4 Zamyšlení nad jednotlivými kategoriemi	58
7) Diskuse.....	62
8) Závěr	64
9) Použitá literatura:.....	65
10) Přílohy:	68

1) Úvod

K napsání této práce mne vedlo hned několik cest. Nejprve bych vysvětlila můj zájem o duševní nemoc, zejména schizofrenii, o které hlavně je následující text. S lidmi trpícími touto nemocí jsem se setkala již na střední škole, kdy jsem navštívila komunitu lidí trpících duševními nemocemi ve Stříteži (organizovala ji Česká asociace pro duševní zdraví, kde jsem působila jako dobrovolník). Tato komunita pomáhá zařadit se zpět do „normálního světa“ s jeho nároky, jako je ráno vstát, odpracovat určitý počet hodin, za který dostane člověk zapláceno, nějakým způsobem pak naplňovat svůj volný čas, při tom všem komunikovat s dalšími lidmi. Tehdy jsem poprvé začala poznávat, že duševní nemoc nespočívá jen v pobytu v „blázinci“, že člověka provází jeho celým životem i za stěny ústavů. Uvažovala jsem dokonce, co je horší – jestli ataka, nebo následný návrat zpět s únavou a dalšími vedlejšími účinky léků, s nálepkou „schizofrenik“, s invalidním důchodem atd.

Můj zájem pokračoval i na vysokou školu, kdy jsem se zapojila do projektu České Diakonie Dobroduš, kde „zdraví“ dobrovolníci dělají společnost jednou týdně člověku s duševním onemocněním. Poznala jsem Karla, který nejevil o setkávání se mnou valný zájem, považoval mne za někoho, kdo mu bude doma uklízet. Cílem našich setkávání mělo být znovu zapojení do sociální sítě (což je cíl Dobroduše). Karel mi ale hned ze začátku sdělil, že mu jeho život tak, jak je, vyhovuje, že do práce rozhodně chodit nechce a že se mnou ani nebude chodit ven. Za pomoci supervize jsem se tedy smířila s tím, že jednou týdně chodím za Karlem do chráněného bydlení, kde spolu hrajeme pexeso. Po letních prázdninách, kdy jsme se neviděli, mne ale čekal šok – Karel začal chodit denně na poloviční úvazek do chráněné práce. Navíc přišel s nápadem, že by se se mnou rád učil španělsky. Od té doby se náš vztah vyvíjel neuvěřitelně pozitivně, poprvé jsem měla pocit, že mě Karel opravdu vnímá a že má zájem také o mě jako osobu. Proč se Karel změnil? Co bylo příčinou jeho náhlého „obrácení do světa“?

Možnou odpověď jsem našla až za nějaký čas, kdy jsem navštívila konferenci týkající se na osobu zaměřeného přístupu v Brně. Tím se dostávám k dalšímu zdroji tématu mé práce. Nic jsem tehdy nevěděla o Carlu R. Rogersovi, ani o jeho myšlenkách. Tam jsem vyslechla příspěvek paní doktorky Beaty Nour Mohammadi o její práci tímto přístupem s jedním jejím klientem s diagnózou schizofrenie. Nestačila jsem se divit, jak se její práce s ním podobala dvěma letům stráveným s Karlem. Přitom jsem došla k závěru, že vlastně „nic tak převratného neudělala“, jen s ním trávila hodinu týdně, naslouchala mu a „bezpodmínečně ho přijímala“.

Tehdy mne poprvé napadlo, jestli snad náš vztah nestojí za Karlovou proměnou. Klíčila ve mně otázka – jak vlastně vztahy pomáhají zvládat život s duševním onemocněním, pokud vůbec nějak? Nadchla jsem se tedy pro na člověka zaměřený přístup, a proto jsem se rozhodla duševní nemoc zkoumat z této perspektivy.

Že nějaký význam vztah, nejen terapeutický, musí mít, jsem se přesvědčila na vlastní kůži, když jsem sama psychicky onemocněla. Moje rodina a přátelé pro mě byli nesmírnou oporou. Samozřejmě nemohu opomenout pomoc mého psychoterapeuta.

Tak se tedy zrodil v mé hlavě nápad prozkoumat, zda vztahy skutečně pomáhají. Z pohledu samotných pacientů, nebo klientů.

Můj zájem o toto téma je velice osobní a uvědomuji si, že může být někdy na překážku objektivitě. Myslím si však, že nepřiznat se k osobnímu zájmu, který na této práci mám, by nebyl fér k Vám, čtenářům. Navíc vycházím nejen z vlastního zážitku, ale i z literatury, kterou odborníci o tomto tématu napsali, čímž snad zvýším důvěryhodnost mé hypotézy ohledně vztahu mezi zvládáním života s duševním onemocněním a vztahy s blízkými lidmi.

2) Úvod k teoretické části

Zde bych ráda vysvětlila, proč jsem si vybrala právě toto téma. Co mne vedlo k domněnce, že vztahy jsou právě to, co nějakým způsobem ovlivňuje psychický stav pacienta se schizofrenií?

Hlavním zdrojem pro mne byla moje postupová práce, kterou jsem psala na téma „Zvládání života s duševním onemocněním“. V literatuře jsem našla popsané Strategie zvládání (Chrzová, 2005). Jedna ze strategií, které jsem posléze objevila i v životopisech lidí s duševním onemocněním a které jsem zpracovávala v praktické části, nesla název „Vyhledávání sociální opory“. Tato strategie mne zaujala nejvíce, nejspíš proto, že se mi jevila jako konstruktivní (v porovnání například se strategií Útěk do nemoci) a navíc jsem sama poznala, jak moc je okolí pro pacienta zásadní, když jsem psychicky onemocněla. Ptala jsem se: nemluví někteří autoři o tom, jak vztahy pomáhají zvládat život s duševní nemocí? Začala jsem hledat v literatuře, kde jsem narazila na knihu C.R. Rogerse O osobnej moci (Rogers, 1999). V této publikaci se hovoří o významu nápomocného vztahu pro růst člověka obecně. Důležitým zjištěním pro mne bylo, že osobní růst mohou podporovat i vztahy, které nejsou terapeutické „... nápomocný vztah můžeme definovat jako vztah, ve kterém jeden z účastníků má v úmyslu navodit lepší zhodnocení, lepší vyjádření, funkčnější využití skrytých

vnitřních zdrojů jednoho anebo všech zúčastněných. (Rogers, 1999, str. 43)“ „ ... většina vztahů, ve kterých se my všichni nacházíme, spadá do kategorie interakcí, které mají za cíl rozvoj, zřetelnější a přímější fungování. (Rogers, str. 43)“

Tato kniha pro mne byla velmi inspirativní, proto jsem vyhledávala další zdroje mezi „rogeriány“. Zde jsem narazila i na problematiku života člověka s duševním onemocněním, konkrétně se schizofrenií. Jak vztahy pomáhají právě lidem s diagnózou schizofrenie? Tímto tématem se zabývá článek autorky Lisbeth Sommerbeck, *An evaluation of reserch, concepts and experiences pertaining to the universality of CCT and its application in psychiatric settings* (Ed. by Joseph, Worsley, 2005). Velmi mne zde zaujala myšlenka, že to, co klientům pomáhá, není nabídka pomoci jako taková, klienti spíše oceňují terapeutův zájem o ně (Sommerbeck, 2005). Podobně o tom hovoří i Rogers (Rogers, 1999), když cituje Quinnův výzkum, který ukázal, že „porozumět pocitům klienta“ znamená „chtít mu porozumět“ (Rogers, 1999). Ukázat zájem a chtít porozumět, to nejsou výlučné kvality terapeuta, obdobně se může zachovat jakákoli osoba blízká pacientovi. Lze však namítnout, že toto není nijak specifické pro člověka se schizofrenií, obdobnou potřebu mají všichni lidé. Je tedy něco, co potřebují právě tito pacienti? Sommerbeck píše, že tito lidé potřebují více než jiní, aby se k nim druzí vztahovali konzistentně, aby věděli (pacienti), co mohou od okolí očekávat.

Proč jsem se ale rozhodla dělat rozhovory s pacienty a ne s jejich rodinami? Protože, jak píše Margaret S. Warner (Ed. by Joseph, Worsley, 2005), *„klienti mají sklon cítit pocit úlevy, když cítí, že jsou chápáni v něčem, co je pro ně důležité, ve vztazích, které jsou vnímány jako autentické a oceňující. S tímto pocitem úlevy často nastává spontánní změna a reorganizace zážitku.“* (327). Důležité je, jak vztah vnímá druhý (v tomto případě nemocný). První osoba se může snažit ze všech sil, ale podstatné je, jak ho vnímá „příjemce“. Tedy – pokud ho nevnímá jako autentický a oceňující, nemůže z něj nemocný těžit. Proto jsem se zaměřila na stranu pacienta, ptala jsem se, jak pacient vnímá vztahy, ve kterých žije.

Zde jsem se tedy pokusila ukázat, jaká cesta mne vedla k napsání této práce. Moje hypotéza, že vztahy pomáhají zvládnout život s diagnózou schizofrenie, by však nestačilo podpořit jen těmito zdroji. Terapeutických škol existuje daleko více než jen „rogeriánská“ a prostudovat je všechny, aby moje práce byla relevantní, by vystačilo na samostatnou publikaci. To není mým cílem. Chtěla jsem zde jen objasnit, jakou cestou jsem se dopracovala k tématu této práce.

Když jsem prostudovala výše uvedenou literaturu, začala jsem hledat i jiné zdroje, které by se na danou problematiku dívaly z jiného úhlu pohledu, možná více komplexního. Neexistuje literatura, která by kladla větší důraz na specifika onemocnění schizofrenií a

význam vztahů pro tyto pacienty? Jak se ukázalo, soudobá literatura se tímto tématem skutečně zabývá a ráda bych ji představila v další kapitole.

Z literatury, ale také na základě rozhovorů s respondenty, se ukázalo, že nejdůležitější jsou vztahy rodinné, proto se budu dále zabývat situací v rodině, kde jeden člen onemocněl schizofrenií. Proč jsou nejvíce zásadní vztahy rodinné, vysvětlím na následujících stránkách.

3) Teoretická část

V této části své práce představuji současný pohled odborníků na vliv rodiny na jejího nemocného člena.

V úvodu kapitoly bych ráda vysvětlila, proč právě rodina je tím klíčovým zdrojem, který napomáhá úzdavě u lidí, kteří prožili psychózu. Představuji zde základní funkce rodiny a jak se tyto funkce mění, když potomek duševně onemocní.

Následuje podkapitola, kde ve stručnosti vysvětlím, co je to vlastně schizofrenie, respektive psychóza. Tato kapitola slouží jako výchozí bod celé teoretické části, používám zde termíny, které se budou objevovat i v následujícím textu.

Pro porozumění současnému pohledu odborníků na vztah „onemocnění – rodina“ musíme nejprve pochopit, jak se tento pohled zformuloval. Proto v této části představuji i drobný historický přehled nejvýznamnějších psychologických teorií o vlivu na průběh schizofrenie jak v zahraniční, tak v česky psané literatuře (okrajově též slovensky).

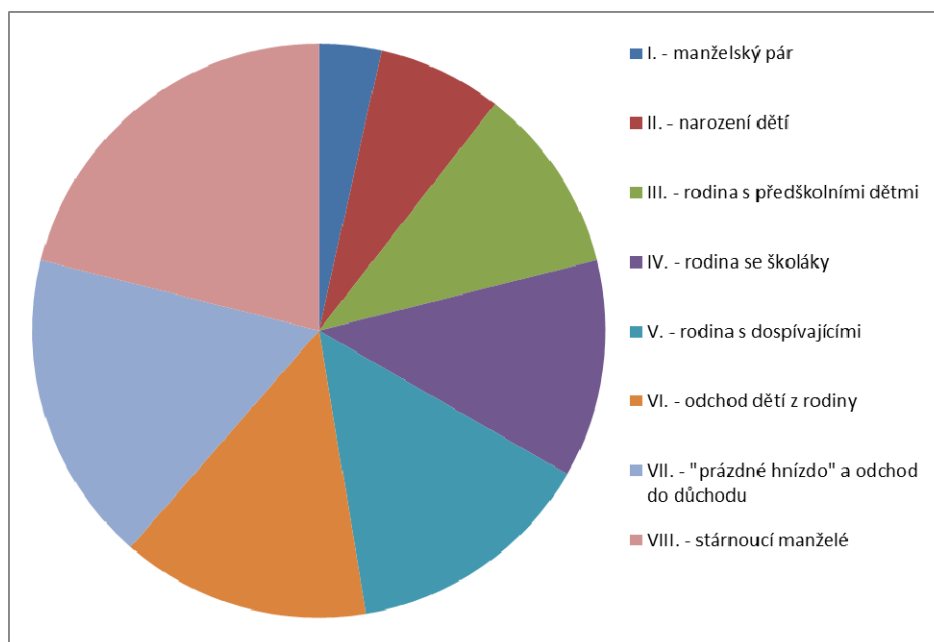
V současnosti můžeme nalézt dva směry uvažování o této problematice – rodina jako „zdroj nemoci“ a rodina jako „zdroj úzdavy“. Tyto pohledy nestojí proti sobě, jak by se mohlo zdát, spíše se doplňují.

3.1 Rodina a její funkce – ideální stav

Zde budeme hovořit o rodině malé, kterou tvoří matka, otec a děti (v dnešní západní společnosti jedno až dvě). Funkce rodiny z pohledu dětí jsou: funkce socializační, ekonomická a emocionální (Kraus, 2008). Jinými slovy: rodina uvádí děti do společnosti tím, že jim poskytuje první sociální zkušenosti, předává jim společensky uznávané normy chování, hodnoty apod. Zajišťuje tedy do budoucna dítěti akceptaci ostatními tím, že jej určitým způsobem vychovává. Dále se rodina stará o ekonomickou stránku života dítěte – finančně ho zajišťuje, dokud samo nezačne prací získávat prostředky na své živobytí. Dále rodina dítě emočně uspokojuje, je pro něj zdrojem jistoty a bezpečí (Vágnerová, 2004). Je důležitým prostředím intimitu a sociální podpory (Jandourek, 2007).

Tyto funkce samozřejmě v jednotlivých etapách života dítěte nabývají na různé významnosti.

Jak vypadá životní cyklus rodiny, vidíme na obrázku 1 (Langmeier, Krejčířová, 1998):



obrázek 1

Stádium, kdy jsou mladí lidé manželský pár, vystřídá období narození dětí, po něm následuje stádium rodinného života s předškolními dětmi, se školáky, s dospívajícími až po stádium, kdy děti opouštějí primární domov, rodiče odcházejí do důchodu a stárnou.

3.2 Rodina a schizofrenie

Do výše nastíněné situace náhle vstupuje onemocnění potomka. Jedná se o závažné a dlouhodobé onemocnění, které přichází obvykle mezi 20. až 30. rokem života. Obvykle nemocnému (byť v některých případech je dočasně) znemožňuje studovat nebo pracovat. V tomto období by dítě mělo opustit primární domov (viz obrázek 1) a rodiče by se měli s tímto faktem vyrovnávat. Jejich potomek s duševní nemocí ale není takového kroku obvykle schopen. Pro rodinu znamená onemocnění břímě (Motlová, 2007). „Rodinné břímě je zpravidla definováno jako souhrn obtíží, překážek a problémů, které zažívají rodinní příslušníci jako důsledek nemoci svého blízkého. Zpravidla se popisuje jeho objektivní a subjektivní dimenze: 1) objektivní zátěž zahrnuje přímou péči (asistenci s péčí o sebe či dohled nad pacientem), nutnost vypořádat se s emočními potřebami pacienta, vliv pečování na některé aspekty života, jako jsou rodinné interakce, dopady na další děti v rodině, každodenní zaběhané rodinné zvyklosti nebo trávení volného času, vliv na práci, duševní i tělesné zdraví,

sociální síť a finanční dopady. Subjektivní zátěž je definovaná jako osobní reakce pečujícího jedince v pokusu vyrovnat se s objektivní zátěží, která zahrnuje pocit psychického tlaku, stigma, starosti a strach, pocity studu a viny (Sales, 2003)“ (Motlová, 2007). Na rodiče pacientů s duševním onemocněním jsou tedy kladeny úplně jiné úkoly, než je tomu v rodinách, kde se duševní nemoc nevyskytuje.

Podívejme se nyní na problematiku mladého člověka, který onemocní psychózou, z jiného pohledu – z pohledu Erika Eriksona a jeho Věků člověka. Pacient onemocní ve stádiu, kdy se tvoří jeho identita, nebo dochází ke zmatení rolí. Dochází k integraci vlastního pohledu na sebe sama s pohledem okolí. Onemocnění schizofrenií dokončení tvorby identity značně komplikuje, zpomaluje jeho dokončení. Název jedné knihy Syřišťové zní: Puklý čas. Opravdu se jedná o přetržení kontinuity v životě člověka. Tvrdím, že v této situaci se mobilizuje pud sebezáchovy a pacient „se utíká“ zpět do rodičovské náruče, kde se znovu buduje jeho základní důvěra ve svět. Je opět zapotřebí tvořit si pohled na sebe sama a ověřovat si, jak se na nemocného dívá okolí – zda tyto obrazy odpovídají jeden druhému. V takové situaci je jen přirozené, že se potomek vrací k rodičům, do rodného hnízda, odkud se později může znovu vypravit do světa.

3.3 Vymezení termínů

V této podkapitole vysvětlím termíny, které se budou objevovat v celé mé práci. První zásadní termín je samo pojmenování poruchy, o kterou se v této práci jedná – tedy **schizofrenie**. Schizofrenie je termín zavedený na počátku minulého století E. Bleulerem (1911) a znamená doslova rozštěp mysli. Tento termín nahradil dříve užívaný název „dementia praecox“, neboli předčasná demence. Ani jeden z těchto termínů však zcela nevystihuje podstatu tohoto onemocnění. Podle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) je schizofrenie porucha *obecně charakterizovaná výraznými a charakteristickými deformacemi myšlení, vnímání a afektů, které jsou nepřiměřené, nebo otupené* (Slovník psychiatrických termínů, 2005). Nejedná tedy ani o rozštěp mysli, ani o demenci. Jde tedy o duševní onemocnění, které zasahuje myšlení, vnímání a afekty.

Další související termín je **psychóza**. Psychózu můžeme chápat jako nadřazený termín schizofrenii, psychóz je celá řada – maniodepresivní psychóza, dnes nazývaná bipolární porucha, akutní a přechodná psychotická porucha apod.

Prodromálním obdobím nazýváme čas před propuknutím nemoci, kdy se objevují časné varovné příznaky. Jde o období nespecifických příznaků, jako:

- zvýšená zranitelnost a slabost ega,
- nápadně introvertní zaměření,
- omezená schopnost osamostatnění,
- obtíže v mezilidských vztazích,
- nižší výkonnost,
- somatické stezky neurčitého charakteru.

Tyto příznaky se mohou objevovat různě dlouhou dobu, okolí je může vnímat jako neurotické obtíže, nebo jako pouhé osobnostní nápadnosti (Vágnerová, 2004b).

Počátek nemoci může být náhlý, nebo plíživý. Průběh nemoci může být následující:

- epizodický průběh
- opakovaný průběh
- maligní průběh
- chronický průběh
- reziduální průběh.

U všech těchto možných průběhů se střídá epizoda, neboli ataka, s relativně kompenzovaným zdravotním stavem. U epizodického průběhu se však psychotická epizoda neboli psychotická ataka projeví pouze jednou, je následována kompenzovaným stavem. Opakovaný průběh znamená, že se epizody psychózy vracejí, k čemuž dochází až u 60% pacientů. Maligní průběh doprovází osobnostní defekt. Chronický průběh je doprovázen úbytkem adaptačních schopností, kdy může dojít k reziduální poruše, která je charakterizována výskytem negativních symptomů (negativní symptomy jsou takové, které znamenají oslabení normálních funkcí)(Vágnerová, 2004b).

Akutní epizoda se u každého pacienta projevuje jinak, jsou však přítomny následující obecné poruchy: poruchy kognitivních funkcí (poruchy vnímání, poruchy myšlení, narušená orientace v realitě, autistické projevy), poruchy emotivity, poruchy jednání, poruchy osobnosti (Vágnerová, 2004b). Tyto poruchy můžeme označit souhrnným názvem pozitivní symptomy. Tyto symptomy jsou přítomny alespoň po jeden měsíc. Po zaléčení farmakoterapií obvykle rychle vymizí. Přetrvávají však negativní symptomy jako oslabení či ztráta vůle apod.

Po zaléčení následuje období **remise nemoci**, neboli ústup. Po období remise se mohou, ale nemusí, znovu objevit včasné varovné příznaky a **relaps**, tedy recidiva nemoci. K té dojde zhruba u 2/3 pacientů se schizofrenií.

Dnes známé typy schizofrenie jsou:

- paranoidní schizofrenie

doprovázená izolovaným bludem a paranoidními halucinacemi,

- hebefrení schizofrenie

charakteristická pro adolescenty. Doprovází ji poruchy myšlení, emotivity a sociálního chování.

- katatoní schizofrenie

charakteristická nápadnostmi v motorické aktivitě. Existují dvě formy: produktivní forma a stupor.

- simplexní schizofrenie

charakteristická sociální deteriorací (Vágnerová, 2004b).

Prognóza onemocnění závisí na celé řadě faktorů:

- závažnost a průběh onemocnění

Pokud má onemocnění náhlý a bouřlivý průběh, je obvykle prognóza lepší, než u nemoci, která nastupuje pomalu a plíživě. Horší prognóza je také u onemocnění, které doprovází velké množství negativních symptomů.

- pohlaví

Předpokládá se, že ženy mají lepší prognózu, než mají muži. Je to proto, že u mužů nemoc nastupuje v mladším věku, než u žen. Obecně platí, že čím dříve onemocnění vypukne, tím horší má prognózu, a proto jsou muži více poznamenáni.

- premorbidní osobnost

Prognóza je lepší u osobnosti, která byla před propuknutím nemoci bez náúpadností, lépe adaptovaná.

- sociální zázemí

Touto otázkou se bude zabývat celá moje práce.

(Vágnerová, 2004b)

3.4 Historický exkurz

V této části se budeme zabývat historií vývoje chápání schizofrenie a příčin jejího vzniku. Jedná se o exkurz, který čtenáři doplní kontext, ze kterého vyšel soudobý pohled na rodinu lidí se schizofrenií.

Středověký smysl internace byl v ochraně zdravého obyvatelstva před nakaženými leprou. Vznikala tzv. leproseria, velké budovy za branami měst, kam byli malomocní

umístování. Jak informuje Foucault, tito lidé byli vnímáni jako ztělesnění božího trestu i spásy: „*A jako majestátní svědci zla spějí ke spáse právě ve svém vypuzení a skrze ně: cestou zvláštní reverzibility, opačné reverzibilitě zásluh a modliteb, je zachraňuje ruka, jež se nevztáhne.*“ (Foucault, 1993, str. 12) Společnost vždy potřebovala soudit a odsuzovat, potřebovala pro své fungování jasný obraz toho, co je zlé a co dobré, co je správné a co špatné. Nakažení leprou takovými symbolem byli. Na konci středověku ale lepra mizí. Je zapotřebí nalézt nový symbol zla. „*Roli malomocného převz mou chudí, tuláci, provinilci a „pomatené hlavy“...*“ (Foucault, 1993, str. 12).

Než ale došlo k nové internaci těchto lidí, předcházelo jim renesanční vyobcovávání za hranice měst. Z tohoto období pocházejí zmínky o „lodi bláznů“. Foucault (Foucault, 1993) existenci těchto lodí připuští, zatímco Černoušek (Černoušek, 1994) o nich pochybuje. Jednalo se možná o pouhý výplod renesanční fantazie tehdejších umělců (např. Hieronymus Bosch). Loď bláznů, ať už existovala nebo ne, znázorňuje vyobcovávání šílenců za hranice měst. Vyobcování ovšem nebylo jediným způsobem řešení. V některých případech se s pomatenými na rozum nakládalo s jistým porozuměním a solidaritou – zvláště ze strany rodiny nebo sousedů (Černoušek, 1994). Další variantou bylo uzavření ve špitálech, kam za mírný poplatek spořádaní měšťané mohli o víkendech místo na procházku jít pozorovat zpoza zamřížovaných oken bláznů (Foucault, 1993, Černoušek, 1994). Zajímavou výjimku tvořila vesnice Gheel v Holandsku, kde vznikaly jakési psychoterapeutické komunity (Černoušek, 1994). Pravou psychoterapii však zahájil až Freud ve 20. století.

V 17. století se pomalu začíná od vyobcování ustupovat, na místech středověkých leproserií vznikají velké internační budovy pro tuláky, chudinu, zločince a bláznů (Foucault, 1993). „*Za opěrný bod může sloužit jedno datum: rok 1656, kdy vyšel dekret o založení pařížského Hospital Général – Všeobecného špitálu*“ (Foucault, 1993, str. 37). Jak je zřejmé už z pouhého výčtu internovaných, Všeobecný špitál neměl za cíl své chovance léčit. Smyslem bylo oddělit „špatné“ od „dobrého“. Náplní pobytu ve špitálech byla práce. Smysl internace se lišil podle ekonomické situace ve státě – v období krize má za cíl omezit žebrotu, v období ekonomického růstu se jedná o lacinou pracovní sílu (Foucault, 1993). V období osvícenství bylo šílenství morálně odsuzováno jako zahálčivý způsob života, být šílený bylo zločinem proti společnosti. V 18. století je šílenství spojováno s animalitou, což je pro osvícenství důkazem, že šílený nemocný není, není tedy třeba ho léčit.

Na počátku 19. století se začíná zvedat vlna nevole proti věznění bláznů spolu se zločinci. Jak ale zmiňuje Foucault (Foucault, 1993), tyto protesty zaznívaly již ve století osmnáctém, jenže jejich smysl byl přesně opačný: „*Na začátku 19. století vzbouří pohoršení,*

že se s blázný nezachází o nic lépe než s odsouzení podle občanského práva nebo s podvraceči státu; kdežto po celé 18. století se zdůrazňovalo, že si vězňové zaslouží lepší osud, než aby byli směřováni s blázný“ (Foucault, 1993, str. 155). Začíná se tedy uvažovat o novém rozdělení. Vznikají první asyly pro duševně choré. S touto etapou dějin jsou spjata dvě jména: William Tuke v Anglii a Phillipe Pinel ve Francii. Tito dva jsou považováni za osvoboditele bláznů. Jak ale uvádí shodně Černoušek i Foucault, nejednalo se o osvobození bláznů jako takové. Pouta jim skutečně sejmuta byla, ale internace tím nekončila. Tuke své asyly pojímal jako nábožensky orientovaná místa, kde síla boží přítomnosti měla způsobit uzdravení bláznů. Naproti tomu Pinel se snažil svým chovancům náboženství podávat v co nejmenší míře, protože věřil, že náboženství může šílenství podnítit. Jedno mají ale Tuke a Pinel společné – způsob, jakým jednají s blázný. Nesnaží se je svazovat do řetězů, ale probouzejí v nich pocity viny a strachu. Ten, kdo trestá, již není vně, ale uvnitř. Vnucuje se představa freudovského superega, které působí korekčně na bláznivé chování. Pinel i Tuke se snaží upravit bláznivé chování, nikoli odstranit jeho příčinu.

Zajímavý je Pinelův pokus připodobnit prostředí útulku rodině. Nemocného totiž chápal jako dítě. Pinel a ostatní ošetřovatelé pak měli nahradit figuru otce, kterého v patriarchálním uspořádání rodiny musí dítě – tedy pacient – poslouchat, bát se ho, přijímat jeho příkazy. 18. století vidělo zdroj šílenství v prostředí, nikoli v rodině (Foucault, 1993). Až ve století devatenáctém přichází teorie o zdroji duševní nemoci v rodinném prostředí, jak o tom vypovídá pojetí Feuchterslebena, když léčil hysterii: *„Snažil se navodit podstatné změny nejen v duši nemocného, ale také v jeho mezilidských vztazích a v jeho sociálním prostředí. Moc dobře věděl, že neurotik se během pobytu v nemocnici zlepšit, zklidnit, ale jakmile se vrátí do starých vyježděných kolejí, všechno začne nanovo“* (Černoušek, 1994, str. 158). Stejně tak Charcot trval na „morálním prostředí“, což vyžadovalo oddělení nemocné ženy od rodinného prostředí (Černoušek, 1994).

Terapie se ale nezaměřovala na snahu porozumět pacientovi, ale spíše na ordinování ozdravných procedur, které měly navrátit zdravý rozum – vodoléčba, léčba regulací pohybem apod. Po 2. světové válce byla objevena první účinná a bezpečná farmakoterapie.

Až ve 20. století přicházeli první pokusy porozumět vzniku duševní nemoci. Mezi první průkopníky na poli duševní nemoci byl Sigmund Freud. Freud chápal psychózu jako typ neurózy, jako nevyřešený konflikt mezi libidinózními pohnutkami a jáskou kontrolou. Pro vznik psychózy nejsou rozhodující aktuální traumata, ale sexuální konflikty datované do různých stadií dětského vývoje. Tento názor dominoval první polovině 20. století, s různými obměnami se s ním můžeme setkat u všech významných psychoanalytiků. Hledaly se tedy

příčiny intrapsychické. Příčiny, které se týkají našeho tématu, tedy interpersonální, zkoumal až H.S.Sullivan, zakladatel interpersonální psychologie. Stejně jako Freud ale vidí příčiny vzniku patologických projevů ve frustračních situacích v raném dětství, ve frustraci potřeby uspokojení a v nedostatečném pocitu bezpečí v interpersonálních vztazích. „*Pocity neuspokojení, nejistoty, zkušenost neúspěchu, neoprávněných trestů v raném dětství podbarvují jeho reakce za nepříznivých životních podmínek i v dospělosti a jsou základním zdrojem úzkosti tak často se vyskytující při duševních chorobách*“ (Syřiš'ová, 1968, str. 38).

Teorie, které byly dominantní v druhé polovině minulého století, navazovaly na tuto tradici. Příčinu vzniku schizofrenie nalézaly v rodinném prostředí pacientů, v komunikaci s pacientem, opět především v raném dětství. Nejvýznamnější teorie té doby byly teorie schizofrenogenní matky Friedy Fromm-Reichmannové a Batesonova koncepce dvojné vazby. Schizofrenogenní matka je charakterizována jako dominantní, odmítavá, ignorující, hostilně kontrolující, citově distancovaná, chladná (Syřiš'ová, 1968). Batesonova teorie upozorňuje na skutečnost, že rodič budoucího nemocného vysílá svému malému dítěti rozporuplné (často až neslučitelné) signály (Watzlawick, 1999). Na těchto teoriích stavěla tehdejší rodinná psychoterapie (Motlová, 2008), která ale byla překvapivě neúčinná.

Obraťme nyní na chvíli pozornost od dětství pacientů k době, kdy nemoc propukla, tedy k první atace. Období, kdy u člena rodiny propuká schizofrenie, je pro celou rodinu velice zátěžové. Jedná se o krizi, která má své zákonitosti. Všichni (včetně nemocného) prochází pěti základními stadii – 1) období zásahu, kdy si uvědomujeme hloubku události (toto období by se dalo nazvat také období šoku), 2) období potlačení, 3) období obviňování a sebeobviňování, 4) období rezignace, 5) období smysluplné činnosti (Kalina, 2001, str. 102-3). Tato období mohou být různě dlouhá, ale člověk v krizi je prožije všechna, ač někdy nemusí dojít k pátému stadiu a stadia se mohou opakovat.

Otázka, proč právě naše dítě/ partner/ sourozenec onemocnělo, je zcela přirozená a přináší ji třetí období vyrovnávání se s krizí; období obviňování a sebeobviňování. Je to období bouřlivého hněvu a výčitek (Kalina, 2001). Jak zmiňuje Motlová (2008), rodinná psychoterapie založená na výše zmíněných teoriích nepomáhala proto, že sytila v rodičích pocity viny, vznikající právě v této fázi. Pokud bychom chtěli hovořit z pohledu zvládnání krize, taková terapie podpořila setrvávání ve třetím stadiu a nedovolovala pokročit ke čtvrtému (rezignaci) a už vůbec ne k pátému, totiž smysluplné činnosti. Protože léčení začíná u situace, která je nyní, a umožní nejvýš se s minulostí vyrovnat, ale ne ji vzít zpět (Kalina, 2001).

Výše uvedené teorie navíc nijak neosvětlují, proč právě teď ten který člověk onemocněl psychózou – proč právě nyní? Proč ne o rok později, o měsíc dříve? Na současnou situaci pacienta se zaměřuje až literatura pozdější, kterou uvádím v následující kapitole. I kdyby rodina byla příčinou vzniku nemoci, což nevíme jistě, to ještě neznamená, že ji nemůže pomoci vyléčit.

3.4.1 Historie klasifikací a současnost

Celou historii psychiatrie již od antických dob provázela touha duševní nemoci klasifikovat (Černoušek, 1994). První takové pokusy nacházíme již u Hippokrata, nebo Platóna.

Hippokrates dělí duševní nemoci následovně:

- Phrenitis (akutní duševní porucha s horečkou)
- Mania
- Melancholie
- Epilepsie
- Hysterie
- Skýtská nemoc (pravděpodobně transvestitismus)

(Černoušek, 1994). Jedná se o dělení stručné a jasné. Schizofrenii můžeme tušit pod názvem Phrenitis.

Dle Platóna jsou duševní nemoci dvojího původu – vnuknutí od Bohů, které vede k umělecké inspiraci, a šílenství, které vzniká jako důsledek tělesného onemocnění (Černoušek, 1994). Platón opět dělí duševní nemoci do kategorií, z nichž čtyři jsou „darem“ od Bohů (prorocké šílenství, náboženské šílenství, poetické šílenství a erotické šílenství) a poslední kategorie – přirozené šílenství – je důsledek již zmiňované tělesné choroby (Černoušek, 1994). Již v Antice tedy vznikla myšlenka, že duševní nemoc může mít svůj smysl, ač nadpozemský, že duševní nemoc může pacientovi přinášet užitek (umělecký, náboženský apod.). Platón se také více dotýká samotné schizofrenie, naproti tomu Hippokrates klasifikuje i jiné duševní nemoci, než pouze a výlučně schizofrenii, jak je pojmána dnes.

Ve středověku dominovala klasifikace duševních chorob sepsaná sv. Tomášem Akvinským:

- Duševní nemoci nadpřirozeného původu - d'ábelské vidiny a démonologické posedlosti
- Přirozený původ:

- Stultitis (slabomyslnost)
- Epilepsie
- Phrenesis
- Lethargie
- Mánie
- Melancholie
- Amentia (pravé šílenství)

Renesančním průkopníkem na poli klasifikace duševních nemocí byl Paracelsus. Ve své práci „O nemocech rozrušujících rozum“ utřídil duševní poruchy jako první podle vnitřních souvislostí, které tušil za projevy příznaků (Černoušek, 1994):

- Epilepsie
- Mánie (akutní a násilné stavy)
- Chorea lasciva (hysterie)
- Chorea (tanec svatého Víta)
- Dušnost intelektu (všechny druhy náhlých záchvatů kromě hysterie)
- Wahnsinn (šílenství v pravém slova smyslu)
 - Lunatismus (periodické poruchy závislé na pohybu luny)
 - Šílenství dědičné
 - Vesania (choroby duše způsobené otravami)
 - Melancholie (choroby citů)
 - Preternaturální choroby (démonické posedlosti a nutkavé rituály)

Toto dělení ovlivnilo Felixe Plattera, autora známých termínů idiocie, imbecilita apod. Platter dělí nemoci duše do tří kategorií: duševní zblbnutí (kategorii, kde se vyskytují dnes laicky používané hanlivé názvy idiocie, imbecilita), poruchy vědomí a „mentis alienatio“, tedy pocity odcizení, dnešními slovy: psychózy (Černoušek, 1994). Psychózy Platter dělí na:

- Hloupé chování
- Stavy po intoxikacích
- Násilné a prudké vášně
- Melancholie (hypochondrická, lykantropická, misantropická)
- Mánie
- Phrenitis
- Psychické vyčerpání
- Nespavost způsobená vyčerpáním

Tato klasifikace se jako první zaměřuje na symptomy duševní nemoci.

Ve století osmnáctém existují dle Černouška tři typy klasifikací: systematické, racionální a humanistické. Představitelem systematického třídění duševních nemocí byl Thomas Sydenham. Ten odmítl všechna dělení předchozí a zabýval se tím, co jednotlivé nemoci duše spojuje a v čem se liší. Jednalo se mu o nalezení a přesné pojmenování konstantních symptomů, žádná kompletní klasifikace se však po něm nedochovala (Černoušek, 1994). Dalším významným představitelem systematické klasifikace byl například Francois Boissier, který popsal na 14 druhů melancholie (Černoušek, 1994).

Klasifikace racionalistické se od systematických značně lišily. Zatímco systematické popisovaly v první řadě symptomy, racionalistické klasifikace vycházely ze závěrů a úsudků psychiatrů o nemocných. Do této kategorie klasifikací spadá francouzská Encyklopedie, kde najdeme šílenství jako druh deliria, vedle mánie a melancholie. Zajímavým racionalistickým pokusem je třídění dle Immanuela Kanta, který dělí nemoci duše následovně:

- podivínství
- hypochondrie
- raptus (náhlá změna nálady)
- melancholie (blud životní mizerie)
- mánie (přerušená dispozice duše)
- amentia (neschopnost uspořádat myšlenky tak, aby byly v koherentním celku)
- dementia (blud)
- insania (nesystematické bludy)
- vesania (blud nepochopitelného, dnes inventorní bludy)

(Černoušek, 1994).

Mezi humanistické klasifikace patří klasifikace Phillipe Pinela. Je velmi stručná, protože Pinel zdůrazňoval individuální popis každého případu a zásadně odmítal nálepkování a nutkání k přesné zařaditelnosti šílence do stávajících přihrádek klasifikačního systému:

- mánie
- melancholie
- dementia
- idiotismus

(Černoušek, 1994).

V tomto jednoduchém třídění a hlavně v Pinelovu přístupu k individuálnímu popisu každého pacienta zvláště je předznamenán požadavek dnešní doby po individualizaci a odstranění „škatulek“, které vedou ke stigmatizaci nemocného.

Podobný trend pokračoval také v 19.století, kdy někteří odborníci zacházeli až do krajnosti, když tvrdili, že existuje pouze jediná duševní nemoc, a to šílenství, nebo nerozum (Černoušek, 1994). Vedle těchto pokusů ale vznikaly stále nové klasifikace, které lze označit termínem: pragmatické. Z tohoto období pochází dnes již běžně užívané termíny spojené se schizofrenií jako: halucinace, iluze, remise apod. Autorem termínů je žák Pinela, J.D.Esquirol (Černoušek, 1994).

V druhé polovině 19.století se objevuje první názor, že duševní nemoc může být dědičná, autorem této myšlenky je B.A.Morel. Morel je také autorem představy duševního onemocnění jako degenerace (Černoušek, 1994). Tato myšlenka byla přijata většinou jeho současníků, dlouhou dobu byla následována a přehlušila veškerá ostatní pojetí.

Na dlouhou dobu ale nejvlivnější pojetí duševních nemocí přináší Emil Kraepelin, který se zasloužil o deskriptivní vymezení dvou základních pojmů: dementia praecox a manio-depresivní psychóza. Jeho definitivní klasifikace vypadá takto:

- Duševní poruchy při poruchách mozkových struktur
- Duševní poruchy doprovázející mozková onemocnění
- Intoxikace
 - Akutní
 - Chronické
- Infekce (delirium, amentia)
- Všechny syfilitické stavy kromě paralýzy
- Dementia paralytica
- Sentilní a praesentilní stavy
- Thyrogenické stavy
- Endogenní stavy směřující k deterioraci
 - Dementia praecox
 - Hebefrenie
 - Depresivní forma
 - Katatonie
 - Paranoidní forma
 - Schizofázická forma
 - Parafrenie
- Epilepsie
- Maniodepresivní psychóza

- Psychogenní stavy
- Hysterie
- Konstituční mentální poruchy
- Psychopatické osobnosti
- Oligofrenie

(Černoušek, 1994).

Tímto souhrnným dělením Kraepelin dovršil snahy všech svých předchůdců.

Dnešní dělení duševních poruch podle MKN-10 vypadá následovně:

- F00–F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických
- F10–F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
- **F20–F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy**
- F30–F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)
- F40–F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
- F50–F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
- F60–F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých
- F70–F79 Mentální retardace
- F80–F89 Poruchy psychického vývoje
- F90–F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání
- F99 Neurčená duševní porucha

(www.uzis.cz).

F 20-F29, tedy schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy, jsou:

20. 0 Paranoidní schizofrenie

20. 1 Hebefrenní schizofrenie

20.2 katatonní schizofrenie

20.3 nediferencovaná schizofrenie

20.4 postschizofrenní deprese

20.5 reziduální schizofrenie

20.6 schizofrenie simplex

20.8 jiná schizofrenie

20.9 schizofrenie NS

F21 schizotypální porucha

F22 poruchy s trvalými bludy

F23 akutní a přechodné psychotické poruchy

F24 indukovaná porucha s bludy

F25 schizoafektivní poruchy

F28 jiné neorganické psychotické poruchy

3.5 Vývoj tématu

3.5.1 Vývoj tématu „schizofrenie a rodina“ od 60. let 20. století v zahraničních výzkumech

První výzkumy explicitně zkoumající téma „schizofrenie a rodina“ najdeme v anglicky psané literatuře v 60. letech 20. století. Výzkumy té doby se zabývaly zejména rolí rodičů, jejichž potomek onemocněl schizofrenií. Měly snahu zjistit, co je pro takovou rodinu charakteristické. Cheek například konstatuje, že pokud je otec v rodině pacienta se schizofrenií submisivní, nebo jeho terminologií periferní, funguje jako dobrá podpora nemocného potomka (Cheek, 1965). Pokud je ale naopak dominantní, prognóza onemocnění je horší (Cheek, 1965). Další výzkumníci se zajímali o to, jaké jsou interakce v rodině pacienta (Mishler, 1966), jaké jsou rodinné modely u pacientů se schizofrenií (Castillo, 1967) a podobně. Autoři se tedy věnují především povaze vztahu rodiče k nemocnému potomkovi, ovšem ne až po vypuknutí nemoci, ale vztahu jako takovému. Výzkumníci zkoumali, co je charakteristického pro rodiny, kde děti onemocní schizofrenií. Podobné hledání pokračovalo i v 70. letech. Rodiče jsou v porovnání s rodiči jinak duševně nemocných pacientů více dominantní (Sathyavathi, 1974), nerespektují práva druhých (Apperson a Stinnett, 1975). Výzkumů z té doby zabývajících se tímto tématem je ale velmi málo, stejně jako z 80. let.

V 80. letech se pozornost obrací i k pocitům rodičů pečujících v domácnosti o nemocného potomka (Willis, 1982). Je to jeden z prvních pokusů nezabývat se pouze otázkou viny a hledáním chyb ve výchovném stylu rodičů, ale zajímat se o obtíže rodičů při péči o nemocného. Jak se ukazuje, spolupráce s odborníky v té době je nedostačivá, protože rodiče často popisují pocity jako osamělost v pečovatelské roli (Willis, 1982). Autorka tohoto článku je sama matkou chronicky duševně nemocného syna.

Z 80. let pochází ale i termín „Expressed Emotions“, Vyjadřování Emocí (např. Valone, Norton, Goldstein, Doane, 1983). Bylo zjištěno, že pokud mají rodiče (zejména matky) vysoké skóre ve Vyjadřování Emocí, je vyšší pravděpodobnost relapsu nemoci u jejich potomka (souhrnně Motlová, 2008). Expressed Emotions je jeden z dalších pokusů zjistit, co je specifické pro komunikaci v rodině potomka se schizofrenií.

V 90. letech pokračují výzkumy zabývajících se komunikací v rodině, kde potomek onemocněl schizofrenií. Výzkum Wichstroma a Holtea (Wichstrom, Holte, 1992) se zabýval

deviantní komunikací rodičů. Zjistili, že deviantní komunikace u rodičů dětí se schizofrenií je častější, než v rodinách se zdravým potomkem, nebo s potomkem s jinou duševní poruchou a že tento druh komunikace je významným prediktorem potomkovy diagnózy. Stejní výzkumníci o 3 roky později zdůrazňují, že je důležité zohlednit vztah mezi rodiči při jejich zapojení do psychoedukace a rodinné terapie (Wichstrom, Holte, 1995).

Celá 90. léta charakterizují výzkumy, které se snaží objasnit fungování rodiny, kde potomek onemocněl schizofrenií. A tyto pokusy přinášejí závěry, které nejsou příznivé pro rodiče. Ať již jde o výzkumy sourozenců, kde často zaznívá tvrzení, že rodiče jsou více vřelí vůči zdravému dítěti (Schreiber, Breier, Pickar, 1995; Onstad, Skre, Torgersen, Kringlen, 1993), nebo výzkumy zabývající se interakcemi rodičů (výše Wichstrom, Holte, 1993). Všechny tyto výzkumy naznačují, že v rodinách pacientů se schizofrenií můžeme sledovat nějaký druh deviantní komunikace, která zapřičiňuje rozvoj schizofrenie. Dnes se můžeme ztotožnit pouze se zjištěním Skagerlinda a kolektivu (Skagerlind et al., 1996), že negativní zkušenosti s výchovou zvyšují vulnerabilitu. Žádný výše zmiňovaný výzkum totiž nepřinesl zjištění, která by dokazovala, že existuje nějaký specifický způsob komunikace v rodině pacienta se schizofrenií, který by zapřičinil vývoj této duševní poruchy.

Z 90. let ale pochází též etnografická studie (Ryan, 1993) zaměřená na situaci matek pečujících o dospělého potomka se schizofrenií. Jedná se o ojedinělý pokus změnit úhel pohledu na rodiče pacientů. V této studii není rodič vnímán jako pouhý viník, který zapřičinil svou výchovou rozvoj nemoci, ale jako blízká osoba, která pečuje o nemocného a tato péče mu způsobuje nemalé těžkosti v osobním životě.

Další důležité zjištění z 90. let přináší výzkum sourozenců a jejich pohledu na onemocnění jejich sestry/bratra schizofrenií (Main, Gellace, Camilleri, 1993). Sourozenci pacientů si ztěžovali na nedostatek informací od odborníků. Stejný nedostatek zmiňuje i Motlová ve své publikaci z roku 2011 (Motlová, 2011).

Znovu se objevuje i problematika vyjadřování emocí (Expressed Emotions), což jen podporuje tendence nacházet příčinu onemocnění ve výchově.

V 21. století se výzkumy prohlubují a více variují. Již se jen nesnaží hledat příčinu nemoci v rodině, ale upozorňují i na pozitivní vliv rodiny na nemocného potomka – například Kopelowicz et al. (Kopelowicz et al., 2006) si všímají toho, že nemocní Mexi-Američané, kteří velmi často žijí se svou rodinou, jsou schopni z tohoto soužití profitovat. To si odporuje se staršími tvrzeními, že soužití s rodinou lidem se schizofrenií neprospívá (např. Brekke et al., 1995). Toto zjištění také potvrzují Oliveira et al. (Oliveira et al., 2010), když zjistili, že délka neléčené psychotické epizody (DUP) je kratší v oblastech střední a nižší třídy, protože

pacienti častěji žijí se svou rodinou, která rychleji pacienta dopraví k lékaři. Také pokud je dobrý vztah se sourozencem, je kvalita života pacienta se schizofrenií vyšší (Greenberg et al., 2008).

Výzkumy se zabývají i pocity rodičů – zjišťuje se, že rodiče cítí vinu a prožívají ztrátu a velký stres, cítí jako nejvíce nápomocné svépomocné skupiny a nejméně napomáhají profesionálové (Ferriter et al., 2003).

Nicméně i po roce 2000 nacházíme výzkumy, které opakují to, co již bylo řečeno dříve, že totiž rodiče pacientů se schizofrenií komunikují nebo se chovají tak, že zapříčiňují potomkovo onemocnění (vizte např. Favaretto et al., 2001, Abel et al., 2005). Opět se setkáváme s termíny Expressed Emotions a Communication Deviance, tyto dva termíny společně lépe předpovídají pozdější rozvoj onemocnění, než každý tento nástroj zvlášť (Kymalainen, Weisman de Mamani, 2008). Spojení charakteristik rodičů a samotných nemocných také pomáhá předpovídat rozvoj nemoci lépe, než oddělené pohledy (Levene et al., 2009).

Zmiňuje se také význam psychoedukace (McFarlane et al., 2003) a tréninku komunikace a nácvik řešení problémů (O'Brien et al., 2009), které mohou pomoci předcházet relapsu nemoci.

Téma výzkumů se tedy rozšiřuje od původního pohledu úzce zaměřeného na matky schizofreniků k celé rodině (také otec a sourozenci), sleduje celkové klima v rodině a posléze i souvislosti mezi charakteristikami rodiny na straně jedné a charakteristikami nemocných na straně druhé. Úhel pohledu se mění jak do šířky, tak do hloubky.

3.5.2 Vývoj tématu v české literatuře od 60.let 20.století

V české literatuře se problematikou schizofrenie a rodina zabývají jako jedni z prvních Stanislav Grof a Zdeněk Dytrych ve svém souborném referátu „K otázce vlivu rodinného prostředí na vznik a vývoj schizofrenie“ (Grof, Dytrych, 1963). V této práci shrnují vývoj tématu v zahraniční literatuře od 30.let až po jejich současnost. Sledují postup právě tak, jak byl v této práci popsán výše – od pohledu zaměřeného čistě na matku, která je v případě potomka se schizofrenií „overprotektivní“ nebo „rejektující“, k otci, kterého popisují buď jako poraženého, autokratického, nebo chaotického. Pohled se dále posunuje na manželské soužití a naposledy k postavě sourozence pacienta se schizofrenií. V této práci však nejde o pouhé shrnutí dosavadních výzkumů, Grof a Dytrych v závěru svého referátu upozorňují na některé nedostatky uváděných výzkumů. Jsou to: 1) heterogenita zkoumaných klinických

obrazů, 2) otázka kontrolních skupin, 3) nedostatečná hloubka přístupu, 4) nevhodnost transverzálních vyšetření, 5) nejednotné podání a nesrovnatelnost materiálu, 6) nedostatečná objektivita získaných dat, 7) nedostatečná objektivita při hodnocení dat, 8) zanedbávání paralelního výzkumu somatických faktorů (S. Grof, Z. Dytrych, 1963).

Zajímavý pojem osvětluje ve svém článku Kalina (K. Kalina, 1977), který hovoří o nexální rodině. Její charakteristiky jsou: 1) uzavřenost vůči světu a druhým, 2) ztráta autonomie jednotlivých členů rodiny, 3) nedostatek individuální a rodinné perspektivy (Kalina, 1977). V nexální rodině nemusí nutně potomek onemocnět schizofrenií. Schizofrenie je pouze jeden z možných důsledků soužití v nexální rodině. Kalina popisuje vývoj nemoci v nexální rodině následujícím způsobem: **I. fáze:** budoucí pacient se jeví rodině jako „hodný“, „zdravý“, „normální“. Tuto pseudonormalitu vysvětluje třemi možnými příčinami: 1) přání a potíže dítěte jsou nedostatečně komunikována na jedné straně a nedostatečně akceptována na straně druhé, 2) mystifikace o spokojenosti jedince je v nexální rodině nutnou praxí, aby byla zajištěna její další existence, 3) aby mohl jedinec v nexální rodině prospívat, stále více prezentuje své „falešné já“, které má ve vnějším světě sklon ke konformitě, problémy vznikají ve „vnitřním já“, které se nemanifestuje ve vnějším světě. **II. fáze:** budoucí pacient je prožíván rodinou jako „zlý“, „problémový“. K tomuto přerodu dochází z následujících příčin: 1) „vnitřní já“ nezůstává rodině zcela skryto, je „odhaleno“ jako vymknutí se kontrole a příklon jinam, což rodina vnímá jako ohrožení, 2) „falešné já“, které se stále více vzdaluje „vnitřnímu já“ začíná kritizovat svým chováním rodinu, což rodina vnímá opět jako vnější ohrožení, 3) rodina vybrala jednu osobu jako problém a označit ji jako deviantní představuje jednoduchou a účinnou metodu, jak zneškodnit a externalizovat vnitrorodinný apel na změnu nexální rodinné praxe. **III. fáze:** manifestace psychózy (Kalina, 1977). Opět se zde tady setkáváme s pohledem na rodinu jako viníka.

V české literatuře následuje hluché období až do roku 1990, kdy vyšel v časopise Československá psychiatrie článek E. Malé a J. Eckertové (Malá, Eckertová, 1990) s názvem „Problematika sourozenců schizofreniků v rodině“. Tento článek má zcela jiné vyznění, než práce předchozí – zabývá se dopady onemocnění na celou rodinu, zejména na sourozence. Vychází z kazuistik a popisuje reakce na zjištění o nemoci sourozence – zdraví sourozenci mají tendenci se od rodiny a hlavně od jejího nemocného člena separovat, což se v českých poměrech děje nejčastěji předčasným sňatkem a odchodem do rodiny partnera. Autorky zde popisují ale i situaci matek, které se nejlépe cítily, když dostávaly od lékařů – terapeutů – úkoly, díky kterým si připadaly vtaženy do situace (Malá, Eckertová, 1990). Tato zmínka předjímá význam psychoedukace.

Dalším zajímavým příspěvkem je článek slovenských autorek Stempelové a Bluskové (J. Stempelová, J. Blusková, 1997), který vyšel v časopise Psychiatria. Jmenuje se „Práce s rodinou“ a zabývá se významem rodinné psychoterapie a také svépomocných skupin. Dle autorek je cílem rodinné psychoterapie u duševně nemocných klientů: „*porozumět nemocným, správně rozpoznávat chorobné příznaky, redukovat psychickou zátěž a situace, které vedou ke stresu anebo ke způsobu života vyúsťujícího do nemoci.*“ (str. 102, Stempelová, Blusková, 1997). Dále popisují svou práci se svépomocnými skupinami rodinných příslušníků – zejména matek dětí, které onemocněly schizofrenií nebo příbuznými nemocemi. Tyto skupiny mají za úkol poskytnout příbuzným potřebné informace, čelit negativním předsudkům, napomáhat překlenutí sociální izolace, do které někdy rodiny upadají (Stempelová, Blusková, 1997). Pomáhají rodinám také otevírat praktická témata – jako například co říci ve škole spolužákům, učitelům, v domě sousedům o onemocnění jejich příbuzného. Je zde zmíněn i problém spolupráce s rodiči, kteří jsou buď extrémně protektivní, nebo naopak nejeví o své dítě zájem. Přesto se vnímání role rodiče značně mění, snaha obvinít se mění ve snahu spolupracovat.

Shrnutím vývoje tématu „schizofrenie a rodina“ je článek E. Malé (Malá, 1999) v Lékařských listech. Tato již zmiňovaná autorka zde popisuje vývoj zkoumání rodiny schizofreniků – od počátečních snah ve 30. letech 20. století charakterizovat jednotlivé členy rodiny, kde později onemocní jeden její člen schizofrenií, až po popis interakcí v rodině, který byl následován popisy vlivu nemocného člena rodiny na její další členy. Autorka shrnuje, že vliv na ostatní příslušníky rodiny je zcela specifický a odlišuje se v případě každého člena. Zajímavý postřeh této autorky je, že rodiče se chovají jinak ke zdravému a jinak k nemocnému potomkovi. Tento způsob chování je naprosto přirozený. I při běžné viróze se rodiče chovají jinak k nemocnému dítěti, než ke zdravému (Malá, 1999).

Počátkem 21. století vychází mnoho článků o psychoedukaci od Motlové a kolektivu autorů. Psychoedukace je program, který pomáhá pacientům a jejich rodinám získat potřebné informace o nemoci a tom, jak přizpůsobit životní podmínky pacientovu onemocnění. Protože tento přístup zahrnuje i práci s rodinou, uvádím ho zde jako doklad nového způsobu nazírání na rodinu – nikoli jako na viníka, ale jako na spolupracovníka.

První ze série prací se zabývala ověřováním účinnosti psychoedukace na pacienty po první psychotické atace. 16 pacientů se účastnilo psychoedukačního programu ihned po propuštění z psychiatrické léčebny, 16 pacientů se z různých důvodů účastnit programu nemohlo. Sledovala se délka případné následné rehospitalizace. V obou skupinách došlo k relapsu nemoci a následné hospitalizaci u 3 pacientů, u pacientů, kteří absolvovali

psychoedukační program, však hospitalizace trvala významně kratší dobu (Motlová, Španiel, Vaňurová, Klaschka, 2001).

Další příspěvek popisuje vliv rodinné psychoedukace u schizofrenie na kvalitu života pacientů a jejich příbuzných (Motlová, Dragomirecká, Španiel, Šelepová, 2002). Autoři konstatují, že psychoedukace není primárně zaměřená jen na problémy a symptomy pacienta, ale pomáhá zmírnit zátěž, kterou nemoc představuje pro celou rodinu. Tento závěr je v souladu se zjištěním E. Malé (Malá, 1999), že nemocný člen rodiny ovlivňuje situaci celé rodiny. Pokud tedy psychoedukace pomáhá zvýšit kvalitu života pacienta, jak Motlová a kol. dokládají, pak se nutně musí zvyšovat také kvalita života ostatních členů rodiny, na které má pacientův stav vliv. Tento závěr se však nepodařilo studií Motlové a kolektivu ověřit. Významně vyšší byla jen kvalita života pacientů, dle dotazníku SQUALA (Zanotti a Pringuey, 1992). Jak pacienti, tak jejich příbuzní ale v písemném hodnocení programu uvádějí, že pozorují zlepšení svých nemocných blízkých ve vztahu ke světu, přátelům a členům rodiny, popisují přímý příznivý vliv programu na zlepšení pochopení nemoci a následné vztahové poměry v rodině, pochvalují si skutečnost, že pacientův zájem o sebe přešel i na zájem o rodinné příslušníky, rodině se ulevuje v důsledku ztráty nejistoty z toho, jak se bude zdravotní stav a chování vyvíjet, zlepšuje se komunikativnost a schopnost sdílet rodinné starosti (Motlová, Dragomirecká, Španiel, Šelepová, 2002). Autoři také tvrdí, že psychoedukace ovlivňuje kvalitu života pacientů a rodiny dvěma způsoby: nepřímou – dojde ke zmírnění symptomů v důsledku snížení napětí v rodině a přímo –lepší se spokojenost pacientů i příbuzných. Tyto pozitivní dopady přináší účastníkům skupin možnost sdílet zkušenosti, pomáhat si a vzájemně se podporovat, posílení partnerské role „člena týmu“, v němž pacient, příbuzný a lékař „společně táhnou za jeden provaz“ proti nemoci, a fakt, že se pacienti a jejich příbuznými někdo důstojně zabývá, věnuje se jim, a tudíž nezůstávají se svými problémy osamoceni (Motlová, Dragomirecká, Španiel, Šelepová, 2002). Tento poslední pozitivní dopad je v souladu se zjištěním Stempelové a Bluskové (Stempelová, Blusková, 1997).

Následující výzkum mapoval názory, postoje a prožitky příbuzných jako základ rodinných intervencí (Motlová, Dragomirecká, Novák, Čermák, Nechutná, 2005). Odhaduje se, že 50 – 80% jedinců s onemocněním ze schizofrenogenního okruhu žije s příbuznými nebo je s nimi v pravidelném kontaktu (Lehman a Steinwachs, 1998 in Motlová a kol. 2005). Tím autoři dokládají nutnost pracovat s rodinou jako celkem. Zajímavým zjištěním tohoto příspěvku je fakt, že informační charakter psychoedukace má větší dopad na muže, než na ženy. Ty stojí spíše o emoční podporu a konkrétní rady (Motlová a kol., 2005). Uvádí zde

pojmem rodinné břímě, které je definováno jako „souhrn obtíží, překážek a problémů, které zažívají rodinní příslušníci jako důsledek nemoci svého blízkého (Motlová a kol., 2005).“ Rodinné břímě má dimenzi objektivní – zátěž zahrnuje přímou péči o pacienta – a subjektivní – osobní reakce pečujícího jedince v pokusu vyrovnat se s objektivní zátěží (Motlová a kol., 2005). Břímě bylo větší v rodinách, kde příbuzní předjímalí, že pacienti jsou méně zodpovědní za chování spjaté s negativními symptomy, a že tudíž nejsou schopni ho změnit (Motlová a kol., 2005). Motlová a kol. zmiňují studii Způsoby vyrovnávání se s duševní nemocí Magliana et al. (1998 in Motlová a kol., 2005). Významnou roli v redukci břemene přisuzovali příbuzní sociální opoře. Jako významný jsem ho též identifikovala já ve své postupové práci pro samotné pacienty, když jsem vycházela z Chrzové (Chrzová, 2005), která se zabývala rodinami s dítětem s mentálním postižením.

Rodinné břímě je ovlivněno také dalším faktorem – představami příbuzných o příčinách schizofrenie (Motlová a kol., 2005). Oproti obecné populaci příbuzní častěji uvádějí jako příčinu biologické faktory (obecná populace naproti tomu uvádí častěji faktory psychosociální). Motlová a kol. uvádí, že tento rozdíl je jistě dán častějším kontaktem příbuzných s profesionály, může se však jednat též o mechanismus, jak se vyrovnat s pocity vlastní viny (Angermeyer a Matschinger, 1996 in Motlová a kol., 2005). „*Pocity viny vedou k hyperprotektivním postojům, které jsou pro dlouhodobý průběh onemocnění nevýhodné*“ (Motlová a kol., 2005, str. 102).

Významným přínosem tohoto článku je zjištění, že až 80% pacientů se schizofrenií žije se svou rodinou, a tudíž je naprosto nezbytné s ní spolupracovat, o což většina pacientů stojí (viz předchozí text). Je zapotřebí redukovat rodinné břímě a to s ohledem na postoje a prožitky konkrétní rodiny. Protože rodinní příslušníci a jejich pohoda mají zpětný vliv na zdravotní stav nemocného příbuzného, jak dokládá Motlová a kol., je jistě zapotřebí myslet na celou rodinu, nejen na jejího nemocného člena. Je zde vidět jednoznačný posun od kritického pohledu na rodinu jako na viníka, o jejíž potřeby a prožitky se v minulosti výzkumy zajímaly jen málo, k pohledu na rodinu jako důležitou součást léčby pacienta. Změnu pohledu jistě zapříčinil i fakt, že včasné rozpoznání varovných příznaků vede k redukci nákladných hospitalizací a dobré vztahy s rodinou k takovému včasnému rozpoznání zajisté vedou.

Böhmová, André a Šefránková jsou další autoři zabývající se psychoedukací (Böhmová, André, Šefránková, 2002). Zabývali se vlivem rodiny z pohledu pacienta. Ověřovali svou studii výskyt fenoménu Expressed Emotions. Vysvětlují nejprve, jaký je princip vzniku poruchy ze schizofrenního okruhu: „*K tomu, aby se geneticky kódovaná anebo získaná diatéza skutečně projevila ve fenotypu, musí být aktivována externími spouštěči, tj.*

nepříznivými faktory prostředí, které vstoupily do interakce s uváděnými faktory vulnerability“ (Böhmová, André, Šefránková, 2002, str. 205). K propuknutí poruchy často přispívá rodina (Böhmová a kol., 2002) a pacient se do jejího prostředí po hospitalizaci opět vrací (viz Motlová a kol.). Autoři se proto zabývali tím, jak se rodina k pacientovi s duševní poruchou z okruhu schizofrenie chová. Ze subjektivních výpovědí zjistili, že popisy rodin odpovídají popisu EE v zahraniční literatuře. Pacienti popisovali kritické komentování, hostilitu, odmítání, hyperprotektivitu na jedné straně, ale srdečnost, porozumění, akceptaci na straně druhé (Böhmová a kol., 2002). Jak se tedy ukazuje, existují rodiny jak s vysokým skóre vyjadřovaných emocí (EE), tak s nízkým skóre. Nízké skóre je pacienty vnímáno jako výhodnější a i z objektivního hlediska je nižší vyjadřování emocí spojeno s nižším výskytem relapsu (Böhmová a kol., 2002).

Celkové vyznění této práce, která zpočátku působí dojmem negativního hodnocení rodiny, se velmi mění v jeho závěru, kde se hovoří o významu chování pacienta: *„Je třeba zdůraznit, že pacient je spolutvůrce rodinné atmosféry, a proto situace v rodině si vyžaduje o mnoho diferencovanější pohled. Například hyperprotektivní matka, která se ke zdravým dětem hyperprotektivně nechová. Není její hyperprotektivita sekundární? Nezaměňujeme příčinu a následek? Podobně je vyšší výskyt relapsů u pacienta důsledek, anebo příčina horší emoční atmosféry v rodině? Jakou roli skutečně hrají příbuzní pacientů se schizofrenií v průběhu jejich onemocnění, se dá chápat jen v komplexních souvislostech s rodinnými podmínkami, ke kterým patří osoba pacienta s jeho interakcemi, ale například také ekonomické a sociální podmínky, které mohou být zatěžující anebo odbřemeňující“* (Böhmová a kol., 2002, str. 207). Jak již bylo uvedeno výše, pacient není jen pasivní příjemce péče rodiny, ale je jejím aktivním účastníkem, který svým chováním ovlivňuje způsob, jakým se rodina chová k němu.

Obdobně jako v zahraničí, i v české literatuře můžeme sledovat nárůst počtu článků zabývajících se problematikou rodiny pacientů se schizofrenií po roce 1990 a zrovna tak jako zahraniční, i čeští autoři ustupují od původního obviňování rodiny za onemocnění pacienta k přístupu k rodině jako k partnerovi při léčbě. Nově po roce 2000 nacházíme v literatuře pohled obrácený také k roli pacienta jako významného činitele, který spoluutváří rodinné klima.

Následující podkapitoly shrnují, co bylo uvedeno výše. Výzkumy se – jak v zahraniční, tak české literatuře – dělí na dvě části – první vnímají rodinu jako zdroj potíží, druhé jako zdroj úzdravy. Pro přehlednost je zde uvádím oddělené.

3.6 Role rodiny, role pacienta

3.6.1 Rodina jako zdroj potíží

Stempelová a Blusková hovoří o rodině extrémně protektivní, stejně jako Motlová a kol., která zavádí termín **hyperprotektivita**, shodně hovoří i Böhmová, André a Šefránková. Hyperprotektivita, neboli přehnané ochraňování, nastává ze strany rodiny po propuknutí nemoci potomka. Jak píše Motlová a kol., k tomuto chování vedou rodiče pravděpodobně pocity viny. Stejný kolektiv autorů upozorňuje, že toto chování je pro obě strany dlouhodobě nevýhodné, proto je uvádím v této podkapitole. Možná odtud pramení starší informace o nevýhodnosti soužití pacientů s jejich rodinami – pokud jsou rodiče hyperprotektivní, opravdu soužití s nimi pacientům neprospívá. Souhrnně se o tomto fenoménu dočteme také v referátu Grofa a Dytrycha pod názvem „overprotektivní matka“.

Stempelová a Blusková popisují ale i opačný extrém – tedy nezáměr o potomka v rodinách, se kterými pracují. Shodně, ale pod jiným názvem, toto chování popisují Grof a Dytrych – jako chování rejektující. Podobný problém popisují Girón a Beneyto pod názvem **nízká empatie**. Chudé empatické postoje rodiny přímo souvisí s výskytem relapsů. Jak se ale také ve výzkumu (Girón, Beneyto, 1998) ukázalo, jak vysoká empatie, tak její nízké vyjadřování souvisí s výskytem relapsu. Pro tuto souvislost vidí dvě možná vysvětlení: první, že neadekvátní empatie je primární defekt u lidí trpících schizofrenií, že tedy jejich rodiny pouze zrcadlí svého nemocného člena. Druhé vysvětlení zní, že vysoká empatie vede k hyperprotektivě (viz níže), což není pro pacienta výhodné, a naopak nízká empatie vede k neporozumění.

Nízká empatie úzce souvisí také s **nadměrným vyjadřováním** vlastních **emocí** (v zahraniční literatuře známé jako Expressed Emotions). Nadměrným vyjadřováním emocí se zabývali Böhmová, André a Šefránková. Zjistili, že existují jak rodiny s vysokým skóre vyjadřování emocí, tak s nízkým skóre. Z jejich výzkumu vyšlo najevo, že vysoké skóre je pro pacienty méně výhodné, protože zvyšují jeho psychický stres, a tak přispívají k relapsu pacientovy nemoci. Takoví rodinní příslušníci pacienta otevřeně kritizují, chovají se k němu hostilně a odmítavě.

Na rodinu jako na celek pohlíží Kalina ve své práci o nexální rodině. Popisuje, jak vypadají vztahy v takové rodině, která může, ale nutně nemusí (!) způsobit budoucí potomkovo onemocnění psychózou. Taková rodina je uzavřená vůči světu a druhým, její jednotliví členové ztrácí autonomii a mají nedostatek individuální a rodinné perspektivy. Nemocný potomek se nejprve jeví jako neproblémový a „normální“, což ale není jeho pravé

já. Tato pseudonormalita vzniká na základě chybné komunikace (deviantní komunikace, jak byla nazývána jinými autory) jak na straně potomka, tak rodičů. Náhle ale nastupuje fáze, kdy se budoucí pacient jeví rodině jako problémový. K tomu dochází z nejrůznějších příčin, souhrnně lze říci, že pacient již nezvládá nárokům okolí vyhovovat za cenu neustálého skrývání vlastní identity, vlastního já. Po této „proměně“ následuje možná manifestace psychózy. Jak ale bylo již řečeno výše, tento vývoj není jediný možný. Poukazuje ale na nezbytnost práce s rodinou jako celkem, ať již v rodinné psychoterapii, nebo v rámci psychoedukace.

3.6.2 Rodina jako zdroj úzdravy

Termínem úzdrava rozumíme stav, kdy se jedná nejen o absenci příznaků, ale i o schopnost obstat v životních rolích (Mueser, Meyer, Penn in Motlová, 2011). K té vedou v případě schizofrenie dvě cesty, které si ale můžeme představit jako spojené nádoby – jedna bez druhé nemají šanci na úspěch. Jsou to farmakoterapie (léčba antipsychotiky) a psychosociální intervence. Nás bude zajímat druhý z uvedených zdrojů úzdravy – psychosociální intervence. Do ní totiž spadá právě rodina. Rodina jako zdroj úzdravy

Jak rodiče, tak sourozenci pacientů si stěžují na nedostatečnou podporu a hlavně informovanost ze strany zdravotnického personálu. Shodně o tom informuje Willis v 80. letech, Main a kol. v letech devadesátých a dokonce i Motlová v roce 2011. Rodiče často popisují pocity osamělosti v pečovatelské roli, sourozenci cítí nedostatek informací o onemocnění svého bližního. Pokusem tento trend změnit jsou psychoedukační programy pro pacienty a jejich blízké. Odborníci již nevidí v rodině pouze odsouzeníhodné soky, ale partnery na cestě k úzdavě pacientů se schizofrenií. Tomu odpovídají i články autorů o psychoedukaci. Pokud **odborníci spolupracují s rodinou** a naopak, pak tato spolupráce jednoznačně pozitivně působí na zdravotní stav pacienta se schizofrenií. Velmi důležitá je tedy **informovanost** rodiny (pramenící nejen ze spolupráce s odborníky, ale i ze svépomocných skupin – Hubard et al., 2008). O významu svépomocných skupin informují též Blusková a Stempelová (1997).

V současnosti již někteří výzkumníci zjišťují, že soužití s rodinou, které je u duševně nemocných velmi časté, v 50 – 80ti procentech případů (Motlová a kol., 2011), není vždy pouze škodlivé (Lopez et al., 2006, Murray et al., 2010). Pacienti žijící se svou rodinou mají kratší délku neléčené epizody, protože jejich blízcí jsou schopni dříve rozpoznat zhoršení duševního stavu u svého příbuzného. Toto sdělení nám přináší dvě informace: 1) rodina se

může naučit za pomoci odborníků pozitivně zasáhnout ve chvíli akutního nástupu nemoci, 2) rodina není pouze zdrojem potíží, ale též zdrojem úzdravy. Jinými slovy, rodina není jen hostilní, bez zájmu o svého potomka, dominantní, ale může být i zdraví prospěšná. Nejedná se pouze o rodiče, ale i o sourozence. Pokud je vztah se sourozencem dobrý, je prognóza nemoci lepší (Greenberg et al., 2008). Jak je z výše uvedeného zřejmé, je důležitá **přiměřená reakce na novou situaci** (ze strany rodiny), jakou beze sporu onemocnění tak závažnou poruchou, jakou je schizofrenie, je. Jedná se vlastně o dosažení fáze smysluplné činnosti, jak o ní informuje například Kalina (2001).

Velká pozornost je věnována již zmiňované psychoedukaci. Ta má mimo jiné pomoci rodinám poskytnout pacientovi 1) **pocit bezpečí a jistoty** a 2) **podporu samostatnosti** (Kalina, 2001). Motlová a kolektiv autorů (2002) totiž popisují, že psychoedukační programy nejsou primárně zaměřeny jen na problémy a symptomy pacienta, ale i na zmírnění zátěže, kterou nemoc představuje pro celou rodinu. Potvzení, že psychoedukační programy skutečně fungují, přinášejí výzkumníci Smerud a Rosenfarb (2011). Pokud příbuzní vytvoří pozitivní terapeutickou alianci, pacienti méně pravděpodobně vykazují prodromální známky relapsu. Když pacienti vytvořili pozitivní alianci, příbuzní se stali méně odmítavými a pociťovali menší zátěž (P. Smerud a I. Rosenfarb, 2011).

Jako zásadní vnímám pozastavení autorky Böhmové a kolektivu (2002), když hovoří o nutnosti vnímat rodinné podmínky v komplexních souvislostech, které mají zahrnout i osobu pacienta s jeho interakcemi, ekonomické a sociální podmínky apod. Rodinná atmosféra nemusí tedy být nutně příčinou, ale pouze následkem onemocnění jejího člena schizofrenií. Roli pacienta podrobněji popisují v následující kapitole.

3.6.3 Jaká je role pacienta

V této části se dostávám ke komentáři výtky, kterou jsem vznesla na adresu teoretiků vzniku schizofrenie v historickém exkurzu – že totiž dostatečně nezohledňují situaci pacienta „tady a teď“. Touto kapitolou bych také ráda čelila případné výhradě vůči mé práci, že přehlídí postavení samotného pacienta ve chvíli, kdy duševně onemocněl. Rodina má jistě nezastupnou úlohu v jeho životě. Hovoříme tu ale o člověku na prahu dospělosti, který do utváření svého osudu zasahuje do značné míry sám. Máme tu nyní před sebou mladého člověka po první psychotické atace. Jaké jsou jeho vyhlídky a jak je může ovlivnit?

V této fázi má jistě význam ono „proč?“, ovšem ve smyslu – „co vedlo k tomu, že jsem onemocněl?“. Jak bylo ale demonstrováno, měl by pacient zaměřit svou pozornost nikoli

na hledání viníků v dětství, ale na okolnosti bezprostředně předcházející propuknutí nemoci. Zde může najít „spouštěče“ onemocnění – na vině bývá stres, který má ale vždy konkrétní podoby. Pacient by se měl zamyslet, co právě v jeho případě toto slovo znamená. Při hledání odpovědi na tuto otázku může pomoci terapeutická skupina či individuální terapie. Objevit spouštěče však nestačí. Důležité je i to, jak se jim do budoucna vyhnout. Smutek nad tím, jaký život byl před atakou a jaký je po ní, je určitou fází, kterou musí pacient prožít. Je ale důležité si uvědomit, že život „před“ vedl k situaci, v jaké jsme nyní. Někde se stala chyba. Snaha vrátit čas a žít, jako by se nic nestalo, není právě léčivou strategií. Idealizace minulosti není na místě. Magliano et al. (1998) konstatovali, že rodiny, které jsou schopny aktivního přístupu k nemoci, ji pocítují jako menší břemeno. Zajisté to platí i v případě pacienta samého – pokud se na svůj život dívá jen jako pasivní pozorovatel toho „co se mi děje“, nikoli jako tvůrce vlastního života, nutně musí pocítovat daleko větší zátěž, než člověk, který svůj životní příběh „píše sám.“

3.7 Shrnutí

Tato kapitola tvoří jakýsi můstek mezi teoretickou a praktickou částí mé práce. Chci zde shrnout zjištění, která nabízí literatura a která budu ověřovat v praktické části své práce.

Výše jsme viděli, jakými způsoby rodina pacientovi se schizofrenií pomáhá, respektive „škodí“. Pro přehlednost je zde znovu uvádím v kategoriích:

1) Hyperprotektivita

Hyperprotektivita – tedy nadměrná ochrana – je chování, které se vyskytuje v některých případech rodin, kde jeden její člen onemocněl schizofrenií. Matky a otcové se snaží svého potomka co nejvíce chránit. Toto chování ale není z pohledu pacienta výhodné, jde o jakýsi krok zpět ve vývoji.

2) nízká empatie

Tuto kategorii popsali výzkumníci Girón a Beneyto. Zjistili, že nízká empatie vůči pacientovi ze strany rodiny přímo podporuje vyšší riziko relapsu nemoci. Jak konkrétně takovéto chování vypadá? Rodinní příslušníci nejsou schopni rozpoznat pacientovu náladu a reagovat na ni. Empatie dle těchto autorů přitom hraje centrální úlohu v sociálních vztazích.

3) nadměrné vyjadřování emocí

Jedná se o fenomén, který opět prokazatelně zvyšuje riziko relapsu. Členové rodiny, kteří mají vysoké skóre v testech vyjadřování emocí, nadměrně mluví, ale málo naslouchají. Tato kategorie úzce souvisí s nízkou empatií.

4) spolupráce s odborníky

Pokud rodina spolupracuje s odborníky – získává od nich informace a přijímá lékaře ne jako protivníka, ale jako partnera, je vyšší pravděpodobnost, že se u pacienta vyskytne znovu ataka nemoci.

5) informovanost

Kategorie Informovanost souvisí s kategorií předchozí. Informovat se ale rodina může nejen u odborníků – může využívat literaturu, internet apod.

6) přiměřená reakce na novou situaci

Jak jsem již psala, onemocnění tak vážnou duševní nemocí, jakou schizofrenie bez pochyby je, znamená velkou zátěž pro celou rodinu – jedná se o krizi. Pokud na ni rodina adekvátně zareaguje – pokud se dostane do páté fáze vyrovnávání se s krizí (tedy hledá – li řešení), pak hovoříme o „přiměřené reakci na novou situaci“.

7) podpora samostatnosti

Tato kategorie je vlastně jakýmsi protikladem první zmíněné kategorie – Hyperprotektivity. Jde ale o to, aby se skutečně jednalo o „podporu“, a ne o „ignorování“.

8) poskytnutí pocitu bezpečí a jistoty

Zásadní lidské potřeby – potřeba pocitu bezpečí a jistoty – je zapotřebí naplňovat zvlášť mocně po prožití psychotické ataky. Pokud je toho rodina schopna, je nižší pravděpodobnost výskytu relapsu nemoci.

Moje výzkumná hypotéza zní, že pozitivní přínos rodiny pro pacienta s psychózou daleko přesahuje její negativní vliv. Zda je tato hypotéza pravdivá, budu ověřovat v praktické části.

4) Praktická část

4.1 Historie výzkumu

Jak bylo již naznačeno dříve, můj zájem o téma „duševní nemoc a vztahy“ vznikl již při psaní postupové práce. Protože jejím tématem byly ale strategie zvládnání života s duševním onemocněním obecně, rozhodla jsem se podívat se na problematiku vztahů u lidí s duševním onemocněním ve své diplomové práci hlouběji. Jak konkrétně mohou mezilidské vztahy pomáhat zvládat život s psychózou? A pomáhají skutečně?

Mým původním záměrem bylo zkoumat vztahy partnerské. Spolu s prostudovanou literaturou se ale můj zájem obrátil ke vztahům v primární rodině. Jak se ukázalo ze získaného materiálu, byl tento obrat ve správném směru. Respondenti v čase propuknutí jejich nemoci opravdu uváděli jako klíčové vztahy s rodiči, respektive s rodinou. Toto zjištění je logické –

nemoc propuká obvykle v období dosažení adolescence, tedy v době, kdy se mladý člověk teprve osamostatňuje, partnerské vztahy nejsou ještě stabilizovány, pokud jsou již vůbec navázány.

4.2 Charakteristika výzkumného postupu

Nejprve bych zde v krátkosti představila, jak vznikl seznam mnou kladených otázek. Vycházela jsem z knihy Kvalitativní výzkum Jana Hendla (Hendl, 2008).

Jednalo se zhruba o půlhodinový strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami s lidmi s diagnózou „schizofrenie“ nebo „toxická psychóza“. Otázky jsem volila nejprve anamnestické, poté zaměřené na přítomnost a nakonec otázky směřující do budoucnosti. Pro úplnost uvádím seznam otázek:

- a) Jaké to bylo, když jsi chodil/a do školy?
- b) Jaká je Tvoje nejhezčí vzpomínka z dětství?
- c) Měl/a jsi blízkého/ou kamaráda/ku?
- d) Kdy u Tebe propukla nemoc?
- e) Co propuknutí nemoci předcházelo?
- f) Jaká pro Tebe byla hospitalizace?
- g) Jak zkušenost s nemocí změnila Tvůj život?
- h) Byl někdo, kdo Ti v průběhu hospitalizace pomohl?
- i) A kdo Ti pomohl po propuštění?
- j) Jak konkrétně?
- k) Jak vypadá Tvůj všední den?
- l) Máš partnera/ku?
- m) Jsi s tou situací spokojen/a?
- n) Je něco, co bys chtěl/a na svém životě změnit?
- o) Jak vidíš svůj život do budoucna?
- p) Je něco, o čem sníš, na co se třeba i ve vzdálenější budoucnosti těšíš?

Nyní bych stručně vysvětlila význam jednotlivých otázek. Děním je do následujících skupin:

- I. a), b), c) – tyto otázky jsou anamnestické, zaměřují se na životní situaci respondenta v minulosti. Mohou napovědět, jakým způsobem se respondent/ka vztahoval/a k blízkým osobám v minulosti a jak je laděno jeho/její vnímání vlastního života – řečeno slovy narativních psychologů, zda svůj život vidí jako komedii, tragédii, drama či jinak.

II. d), e), f), g), h) – toto jsou otázky týkající se duševního onemocnění respondentů.

Naznačují, jaký význam duševní nemoci respondenti dávají, zda ji vnímají jako kruciólní událost svého života, nebo jen jako nemoc jako každou jinou, kterou prodělali.

III. i), j) – otázky zabývající se vztahy po hospitalizaci – hledají odpověď, kdo nejvíce pomáhal respondentům a v čem. Tyto otázky mají pomoci potvrdit, nebo vyvrátit hypotézu, že hlavní jsou po ukončení hospitalizace a následné rekonvalescenci rodinné vztahy.

IV. k), l), m) – tyto otázky se zaměřují na současnost. Odpovědi na ně mají ilustrovat, jak vypadá každodenní fungování respondentů a jaké jsou jejich partnerské vztahy.

V. n), o), p) – otázky směřující do budoucnosti. Mají nejen explicitně podat informaci o snech a přáních respondentů, ale i implicitně vyjádřit, jaké je jejich životní zaměření a naladění – pozitivní, negativní, materiální, duchovní apod.

Následné zpracování odpovědí bylo narativního charakteru. V narativním přístupu pracujeme s příběhem vyprávěným autorem, ale narativně, jen komentujeme, vypichujeme, poznamenáváme, co autor sám říká nebo naopak neříká.

4.3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Mnou zkoumaný vzorek vznikl z uživatelů jednoho pražského sanatoria, kam všichni tito lidé docházeli. Jednalo se o mně známé osoby, proto si v rozhovorech tykáme a proto nebyl problém s navázáním kontaktu. Respondenty jsem požádala o spolupráci s tím, že jejich výpovědi jsou zcela anonymní a že já sama jsem zavázána mlčenlivostí. Rozhovor se mnou vedlo šest respondentů, čtyři muži a dvě ženy ve věku dvacet až třicet šest let. Všichni prožili psychotickou ataku, jeden respondent toxickou. Věřím, že výpověď respondenta s toxickou psychózou není o nic méně relevantní, než odpovědi ostatních respondentů, vzhledem k zaměření mé práce. Nejedná se v ní totiž tolik o psychózu, ale spíše o následnou rekonvalescenci. To, co přináší psychóza do života, je u toxické i schizofrenní ataky velmi podobné a mne zajímá, jak se s touto životní zkouškou respondenti vyrovnávají.

4.4. Výzkumné otázky a cíle

Jak jsem již uvedla dříve, základní otázka zněla: Jak rodinné vztahy pomáhají zvládat život s psychózou? Pomáhají skutečně? Pokud ano, s čím konkrétně?

Mým cílem je porozumět hlouběji tomu, co do života pacienta psychóza přináší, jak se s tím vyrovnává a zda v tomto procesu pomáhá jeho/její rodina.

Moje hypotéza zní, že rodinné vztahy člověku s psychózou pomáhají, a to hlavně emocionálně, tj. poskytují mu pocit bezpečí a jistoty, pomáhají člověku získat zpět ztracenou životní stabilitu, pomáhají nemocnému ukotvit se.

4.5 Představení jednotlivých respondentů

V této části uvádím jednotlivé respondenty a jejich životní příběh.

4.5.1. Rozhovor jedna – Petr

Petrovi je 33 let, pochází z velkoměsta. Jeho vzpomínky na školní léta nejsou právě nejlepší. *„No jako ve škole, jako konkrétně ve škole se mi moc nelíbilo, tam sem nebyl moc šťastnej. Byl sem spíš uzavřenej prostě jako že sem se moc neprojevoval. Vobčas jo, ale mi jako vadila mi větší společnost, že sem takovej introvertní.“* Na střední škole už byla situace lepší, *„sem si našel kamarády a tohleto“*, ale *„jakoby měl sem to v sobě pořád no, tenhleten jako ten ostych.“* Kamarády měl mimo školu, vždy jednoho nebo dva, se kterými *„dělal spoustu věcí.“* Nejhezčí vzpomínky z dětství má Petr na platonickou lásku ke spolužačce a cestování s rodiči: *„Cesta do Itálie autobusem na přední sedačce, to si pamatuju doteďka.“*

Nemoc u Petra propukla v třiceti letech. Předcházel jí pracovní pobyt v zahraničí s kamarádkou. *„No přecházelo tomu cesta do zahraničí, vlastně s kamarádkou, kterou sem zas tak dobře neznal, no a bylo to jakoby velký pracovní zatížení, abych to shrnul nějak, pak nehody s tou kamarádkou, protože jak sme byli v té těžký situaci se vo sebe postarat sami v zahraničí, tak sme si přestali úplně rozumět, že to nebylo takový, jak sme si mysleli ze začátku, takže ten náš vztah byl trošku jako vyhrocenej, vlastně po celou tu dobu asi po pěti pět měsíců to trvalo než se než se mi spustila ta ataka. No, takže hodně práce, napětí napětí vlastně i v soukromí, no a v mym případě to byli ještě ještě jointy.“* Kromě pracovního vypětí a kouření marihuany spatřuje Petr problém i v životním stylu obecně: *„A jako špatně jsme se stravovali, protože nebyl moc čas jako kolikrát sme nejedli a pracovali celej den a bylo to tak, že sme přišli domu a padli sme úplně a takhle to jako jelo v podstatě celejch těch pět měsíců, že to bylo jako vyčerpání organismu, velkej stres, tak.“*

Následovala nedobrovolná hospitalizace v zahraničí a následně v České republice. Hospitalizace v ČR byla pro Petra horší než zahraničí, *„...sem přišel jakoby takovej stabilizovanej, jako že sem neměl už ty akutní nějaký příznaky a tam sem se dostal do strašný jako deprese a celkově mě to nějak jako nesedlo. Ten přístup a tak.“* Nemoc Petrovi život *„úplně převrátila naruby.“* Jak pracovně, tak sociálně, *„dost mi jako sebrala sebevědomí“*.

V průběhu hospitalizace v zahraničí Petra navštěvovala paní, u které uklízel, „*stali sme se přáteli*“, i ho finančně podporovala, ale hlavně „*duševně*“. V Čechách si v nemocnici našel kamaráda, „*s kterým se vídám doted'ka, kterej mě podržel a kterej mě drží doted'ka*.“

Po propuštění mu v návratu zpět do běžného života nejvíce pomohla rodina a skupinová terapie. Jak mu pomáhali? „*...že mě jakoby provázeli, podporovali mě a tak, že mi dávali nějakou šanci, že mi věřej, že se z toho vyhrabu*.“

Petr v současné době pracuje, cvičí poránu, chodí ven s kamarádem nebo s přítelkyní, mezi lidmi, protože svůj „*ostych*“ už „*překonal*“. Přesto ale říká, že je „*dost rozhozenej a voslabenej*.“ To se promítá i do jeho soukromého života, „*mám jakoby velkej problém nejistoty v partnerství, že si málo věřim, že prostě si nejsem ještě jistej, jestli zvládnou zátěžovou práci, vydělávat peníze, starat se jako třeba vo rodinu nebo todle, takže mám vztah, ale dost dlouho se jako víceméně udržuje jenom tak jako spíš chození, než že bych to bral úplně vážně, protože sem se bál pustit se do velký zodpovědnosti, že sem si sám sebou nebyl jistej*.“

Petr by si rád našel práci na plný úvazek a „*získat zpátky sebevědomí*.“ Petr sní o tom, že bude mít „*harmonickéj vztah, lásku, a práci, rodinu. Úplně běžný věci*.“

4.5.2. Rozhovor dva – Josef

Josefovi je 36 let. V dětství pociťoval, „*že mu stále něco chybí*.“ „*Nebo já mám takovej dojem, že sem rád, že už sem ted'ka dospělej, že už ten život je vo něčem jinym, než jako ten život je ted'ka takovej bohatší, intenzivnějšj*.“ Na základní škole neměl blízkého kamaráda, ale na střední škole ano, „*kolikrát mě i podržel psychicky*.“

Dětství měl Josef „*pracovní*“ – „*bylo to teda dost náročný, protože sme v pátek hodili tašky do kouta, jeli sme vlakem k babičce k dědovi, oni měli hospodářství, několik hektarů, takže . Pak sme v neděli se večer vraceli a mámě to jako byla z toho špatná že jako prostě brala to jako rozvrácení rodiny místo ztmelování*.“ Hezkou vzpomínku má Josef na chvíli, kdy se dostal na střední školu.

Nemoc u Josefa propukla, když mu bylo okolo dvaceti let. Jak říká, nemoci předcházelo to, že „*si toho nabral na svý bedra až příliš mnoho*.“ Staral se o svou starou babičku, zpíval ve sboru, pracoval jako dobrovolník s postiženými dětmi, studoval, „*prostě nějak ta psychika, podpořená tim, že sem se špatně stravoval tři dny, a tak už pak ta psychika se nějak rozjela nesprávnym směrem*.“

Josef vnímá svou hospitalizaci „*velice jako pozitivně.*“ Vzpomíná na svého ošetřujícího lékaře, „*který nás měl na starosti tak jakoby vycházel nám jako vstříc a bylo vidět, že že prostě s náma soucítí a že nám chce pomoci, že nám tam chtěj pomoci.*“

Zkušenost s nemocí ho naučila „*daleko víc si všeho vážit.*“

V průběhu hospitalizace Josefovi pomáhali kamarádi v nemocnici, zdravotní sestra a již zmiňovaný ošetřující lékař. Po propuštění nejvíce pomáhali rodiče, „*se o mě starali jako svým způsobem, no a co se týče stravy a tak všechno, tehdy sem ještě nebral důchod, takže mě zajišťovali finančně i psychicky mě podporovali.*“

Josefův všední den potřebuje ještě „dotáhnout“, „*jako je takovej stereotyp určitej, když nejsem někde mimo Prahu tak to je denně cestování metrem, mně to moc dvakrát nesvědčí no a v podstatě takovej bych řek život nenaplněnej svým způsobem, že by to chtělo ještě dotáhnout do konce prostě buďto si najít nějakou práci nebo, sice já pracuju v tom M... jako neziskový organizaci jako dobrovolník, ale to je jenom příležitostně a vobčas chodim na koncert jako, ale to mám jenom nedotažený do konce. Ten denní režim dne.*“

Partnerku momentálně nemá, a není s tím spokojen. „*A jako právě že sem si nějak v poslední době přestal věřit. A sice snažim se bejt aktivní svým způsobem, ale ale nejsem v tom úspěšnej.*“ Nejbližší jsou Josefovi jeho rodiče a sestra s rodinou. Důraz klade ale na svůj vztah s Bohem. „*Já musím tady vyzdvihnout, že jako já se snažim žít, když teda nemám partnerku, tak aspoň se snažim žít ve spojení s Bohem. Takže mě hodně drží nad vodou ta víra, takže muj kamarád je Bůh, svým způsobem teďka.*“

Rád by do budoucna změnil svůj denní režim, rád by začal někde pracovat na částečný úvazek. Na závěr říká: „*Já bych stál kdybych spíš tady vyzved jednu myšlenku: já v poslední době dost rozjímám o smrti třeba svejch rodičů nebo vlastní smrti a jako na to se naopak netěším, to mě tíží jako a že mámě je 65, tátovi 71, a prostě naději takovou vnitřní že cejtím že teda bych si k sobě konečně někoho našel, ale to je to pozitivní, ale potřebuju jako víc si plánovat budoucnost.*“

4.5.3 Rozhovor tři – Zdeněk

Zdeňkovi je třicet dva let. Ve škole ze začátku prospíval výborně, „*do čtvrtý třídy sem měl samý jedničky*“, známky se ale postupně zhoršovaly, nejhorší byla střední škola, poslední dva ročníky, „*první dva roky sem zvládal docela dobře, ale pak třeták čtvrták už moc ne.*“ Blízký kamarád v dětství pro Zdeňka byl jeho bratranec. Rád vzpomíná na čas strávený s babičkou a dědou.

Nemoc se u něj objevila, když mu bylo dvacet čtyři let. Ale uvádí, že možná byl nemocný už dřív, „*myslím, že už sem to měl dřív, akorát sme vo tom nevěděli, že to je ta nemoc.*“ Jako spouštěč Zdeněk uvádí užívání marihuany. Ve čtyřadvaceti letech žil v azylovém domě pro lidi bez domova, odkud ho kvůli konfliktům převezla policie na psychiatrii, byl nedobrovolně hospitalizován.

Na otázku, jak nemoc změnila jeho život, odpovídá: „*Nepiju, nehulim, takhle no. A bydlím no.*“ V době hospitalizace mu nejvíce pomáhala matka. „*Jezdila za mnou třikrát v tejdnu, pomáhala mi i materiálně.*“ Další, kdo mu pomáhal po propuštění, byl kamarád Karel. „*I sme si vo tý nemoci povídali a takhle.*“ „*Máma taky hrála roli, měla starost a todle.*“

Zdeněk chodí do práce, odpoledne po práci se schází s kamarádem Karlem, kterého spolu s matkou a sestrou vnímá jako nejbližšího člověka. Partnerku momentálně nemá, ale nevdává mu to.

Do budoucna Zdeněk moc neplánuje, „*spíš řeším, když se něco naskytne.*“ Říká, že je to teď spíš takové „*přežívání.*“ Rád by ale zlepšil vztah se svým otcem, „*kdybysme se prostě stýkali pravidelně i s otcem jako takže asi takhle.*“

4.5.4. Rozhovor čtyři – Karolína

Karolíně je dvacet let. Rané dětství prožila v zahraničí, proto pro ni byla docházka do školy v České republice zpočátku těžká: „*v Praze to bylo pro mě strašně těžký ve škole, protože sem nerozuměla, teprve sem se učila česky a nerozuměla sem ani hrám, co hrály. A bylo mi z toho blbě.*“ Vztahy z té doby s vrstevníky nebyly moc důvěrné. „*Měla sem kamarádky teda kamarádku, ale nebylo to tak blízký. Necítla sem ani jednu blízkou kamarádku.*“ Nejhezčí vzpomínky má Karolína na chvíle strávené s otcem.

Karolína onemocněla v patnácti letech. Předchozí události komentuje takto: „*No hlavně rodina, že se naši rozvedli, potom, že sem se dala do špatný party, hulila sem trávu a to je všechno.*“

Hospitalizaci prožívala těžce, trvala půl roku a docházela v nemocnici devátou třídu. Nemoc změnila její život „*hodně. Změnila to v to, že sem pořád v depresi.*“ V průběhu hospitalizace i po ní jí pomohla matka.

V současnosti je Karolína zaměstnaná, ale momentálně je na neschopence, takže většinu času tráví vyřizováním po doktorech, nebo je doma. Má partnera, se kterým je spokojená, „*...super vztah. Žádněj jinej lepší sem nezažila, protože to je můj první.*“

Karolína by ráda změnila svůj charakter, „*abych nebyla líná.*“

Ráda by dodělala školu a chce chodit na kurz angličtiny a „*dál už to nevidim.*“ Těší se na setkání s otcem, který by měl přijet za dva až tři měsíce.

4.5.5 Rozhovor pět - Ivo

Ivovi je dvacet dva let. Na základní škole měl problémy kvůli chování, „...sem tam rozbil věci, napadal sem spolužáky a podobně...“ Z první základní školy byl vyloučen na zvláštní školu, „tam sem byl relativně suverénně nejchytřejší“, „pak sem zkusil jít teda do normální školy, někdy do třetí třídy, no a šel sem do třídy dyslektiků, tam sem se taky strašně nudil, tam to bylo pro mě nudný, takže ve čtvrtý sem šel do úplně normální jakoby. I když tam to byla třída hodně špatná, kam chodili lidi ze zvláštních škol a podobně.“ Na této škole zažíval šikanu, kterou nakonec obrátil proti ostatním. „Tam mě hodně lidi šikanovali, votravovali, napadali a podobně, i fyzicky, že mě někdo vobčas zmlátil a tak. Měl sem tam hodně problémů prostě s dětma, no a potom sem se postupně naučil prát, někdy v šestý sedmý třídě sem zase já napadal ty ostatní, hodně sem se rval prostě i sem měl kamarády různých zloděje, kriminálníky, s těma sem různě vykrádal věci, obchody občas a občas sme třeba vykradli i kabinet učitelkám, protože jeden kluk měl klíče vod kabinetu no a tak různě no. Tak já nevim, moc veselý to pro mě nebylo no.“ S učením problémy neměl. Již na základní škole ale začaly jeho problémy s alkoholem a hraním automatů. „Začal sem pít prakticky v těch dvanácti u dědy na chatě, ten mi dával pravidelně alkohol, pivo a podobně no a pak sem popíjel i na základce, kdy sem bral kamarády do hospody, měl sem relativně dost peněz...“ „I sem byl na pohovoru u psychiatra jako kvůli pití, tam byly náznaky, abych se léčil, nebo abych s tím něco dělal. Já sem na to pochopitelně kašlal, bylo mi to jedno v té době.“

Po základní škole začal navštěvovat gymnázium, odkud ho ve druhém ročníku vyloučili „kvůli alkoholu, že sem tam prostě napadnul spolužáky na jedný školní akci, že sem rozbíjel školní majetek, i ty učitelky sem nějak sem byl na ně agresivní, tak mě vyhodili.“ Ivo šel na soukromé gymnázium, ve třetím ročníku se šel léčit ze závislosti na alkoholu. Léčil se v sanatoriu, „tam se mi hodně líbilo mezi tím kolektivem lidí, tam to bylo fajn, tam mě dostali vlastně z těch průserů, že sem jim začal věřit a přestal sem definitivně s pitím v té době.“ Dál pokračoval v hraní automatů. Přestal ale chodit do hospody, stýkat se s kamarády, se kterými pil. Tuto dobu popisuje Ivo jako „hrozně taková izolace, taková samota prostě.“

Ivo dokončil střední školu a našel si na léčení přítelkyni, „byla vo deset let starší nebo vo dvanáct než já, bohužel sme se znali asi čtyři měsíce a začala znova chlastat a měla různý problémy, mi furt říkala, že chce spáchat sebevraždu a podobně, tak sem jí radši nechal bejt a už sem jí neviděl vod té doby, už je to tři a půl roku.“

Co se vztahů týče, měl na škole kamarády spojené s pitím a hraním automatů, „skončili v pastáku nebo někde v háji no.“

Nejhezčí vzpomínka z dětství je pro Iva těžko k vymyšlení, po chvíli říká: „*Možná když sme byli s rodičema na dovolený, tak to bylo docela fajn. To byli voba rodiče se mnou, když sem byl malej, bylo mi třeba deset, byli sme někde na Š... to bylo prima celkem hráli sme různý společenský hry a podobně.*“ Další hezké vzpomínky má spojené s výhrami na automatech.

Ivo detailně popisuje, jak u něj propukla nemoc: „*No tak propukla vlastně když mi bylo dvacet, dvacet asi a kousek, je to asi rok a půl zpátky, bylo to prostě z ničeho nic, asi čtrnáct dnů zpátky sme se začal chovat už trochu divně, měl sem prostě pocit, že mě chce někdo zabít a zlikvidovat, nebo že se mi někdo chce pomstít za to, co sem udělal ostatním. Vobčas sem někomu ublížil i docela dost, já sem měl prostě strach z lidí, někdy i oprávněnej trošku, no pak sem měl strach, že mě chce táta votrávit, že mi chce nějak ublížit, že mě chce zlikvidovat prostě, takže sem se mu začal stranit, vyhýbal sem se lidem, potom už sem přestal jíst, posledních deset dní sem už skoro nejed, ani sem nespál a viděl sem pak už věci, který nejsou a slyšel sem zvuky, který nejsou slyšet, slyšel sem jak mě někdo volá, že zabije mýho tátu, že mi vyřízne patnáct liber masa, to si pamatuju ještě teď, no a prostě bylo to pro mě hodně těžký takový, i když sem šel potom do těch B... vlastně sem tam sem chtěl, aby na mě zavolali policajty, protože sem se choval hodně divně, prostě sem se svlíknul skoro do naha, vono bylo asi minus deset, sněžilo, začal sem pojídat sněh prostě, v restauraci sem se choval hodně divně, plazil sem se po zemi a podobně, takže nakonec teda zavolali policajty, tak nakonec teda mě ty policajti přesvědčili, abych šel s nima do záchranky a vodjel sem s nima do B...“*

Velmi podrobně popisuje i zkušenost s hospitalizací: „*A tam sem měl teda strach, tam byl takovej vánoční věnec, tak mě furt zvali do tý místnosti, tak sem měl strach, že tam najdu svojí celou rodinu mrtvou prostě no. Tomu sem skálopevně věřil. Věřil sem tomu, že mi někdo zabil psa prostě a podobně a takovýhle věci a pak sem postupně přicházel na to, že to není pravda. A ještě v B... sem věřil tomu, že sem se před tím napil, že sem něco hodně pokazil, sem byl i sebedestruktivní, třeba sem běhal hlavou proti zdi kolikrát, vždycky sem spadnul na zem, pak mě teda připoutali k lůžku, byl sem pět dní připoutanej na lůžku, nemoh sem si ani dojít na záchod nic, to bylo takový pro mě hodně těžký, byl sem teda hodně napíchanej injekcema, nemoh sem ani chodit potom, když mě odvázáli, nic. No a postupně sem se z toho dostával. Byl sem tam deset tejdňů, potom už to bylo lepší a lepší. Viděl už sem potom rodiče, první sem je ani nepoznával, nevěřil sem, že sou to moji rodiče, pak sem je teda začal poznávat, začal sem jim věřit, povídal sem sis nima, pak mě už začali pouštět domu, to bylo*

prima, viděl sem, že i pes je naživu, že je všechno v pořádku, že se nic nestalo no. Jenom sem byl strašně oslabenej z těch léků no.“

Zkušenost s nemocí Ivův život hodně zpomalila, zlepšila vztahy v rodině: „No tak zlepšily se vztahy v rodině, teďkon víc věřím těm rodičům, mámě i tátovi, je to mnohem lepší prostě doma jako že si můžem povídat, důvěřovat, rodiče mě hodně podrželi, prostě mi pomáhali po tý nemoci, chodili za mnou, když sem se léčil a vrátila se tam taková normální rovnováha, která tam nikdy před tím nebyla. Takže jakoby i ten život se hodně zpomalil najednou po tý nemoci jako by sem si prožil to bezpečí jako maj malý děti, rodiče mi začali důvěřovat taky víc, starali se vo mě, takže sem se trošku cejtil jako malý dítě. To mám i teďkon, bydlím u rodičů, všechno mi zajišťujou, staraj se vo mě, nemusim dělat skoro nic, jsou na mě hodný, takže takový trošku zvláštní období. To sem nikdy před tím moc neměl, možná když mi bylo třeba tak osum nebo tak podobně. Tak to je asi hlavní změna no. A jinak já nevim. Těžko říct prostě no. Jsem takovej hodně opatrnější než sem byl.“

Ivo momentálně nechodí do školy, proto jeho všední den začíná okolo desáté hodiny, kdy se probudí. Tráví čas sledováním televize nebo u počítače, s kamarády, s rodinou, na procházce se psem. Rád by se stal finančním poradcem, proto chodí také na různá školení. Chodil do jazykového kurzu. Momentálně nemá přítelkyni, jen kamarádky, „*se kterýma se vobčas vyspim.*“ Tato situace mu vyhovuje. Nejbližší jsou mu rodiče a psychologka. Rád by „*fungoval každý den naplno*“, aby přestal „*bejt tak utlumenej*“ léky.

A jak vidí svůj život do budoucna? „*...to už sem trošku říkal, to je ta práce, potom i nějakou fajn holku bych si chtěl najít, ke který bych cejtil i nějakěj vztah něco bližšího, do budoucna bych chtěl mít taky děti, chtěl bych fungovat sám za sebe, bejt prostě zodpovědnej, samostatnej, bez nějaký pomoci rodičů a podobně no. To je muj cíl prakticky no. Ale nevim, kdy to ještě přesně bude prostě, takže třeba plán na pět, na deset let. Taky bych chtěl začít podnikat, ale to sou všechno daleký plány prostě nevim, jestli mi to vůbec pude a tak podobně no.*“ Ivo touží najít smysl svého života, „*po něčem, co mě bude pohánět, takže asi po dětech do budoucna, asi bych chtěl nějakou velkou stavební firmu, která bude vydělávat peníze, chtěl bych bejt časem i bohatej člověk prostě úspěšnej.*“

4.5.6 Rozhovor šest – Kristýna

Kristýně je třicet dva let, pochází z vesnice, do blízkého města docházela do základní školy, kde „*jako sem se jako učila na samý jedničky vod první třídy až do vosmý, měla sem samý jedničky a byla sem jako takovej premiant ve třídě no.*“ Když začala puberta, Kristýna

se začala hodně uzavírat do sebe a jen se stále učit. „A holky se mnou potom nějak moc nekamarádily, protože sem byla taková hodně ctižádostivá a tohle, nevím no.“

Po základní škole začala chodit na gymnázium, kde „byla taky premiantka.“ Dle svých slov moc kamarádek v té době neměla, byla více zaměřená na školní výsledky. „...tam už sem jako byla tak jako sama spíš, moc kamarádek sem neměla, i když jako byly tam holky jako vod nás ze základky, tak s těma sem se jako bavila vobčas nebo tak, ale spíš jako sem byla zaměřená na to učení a už sem se nesoustředila jako na slovo, na výklad a všechno sem se učila z knížek, jako prostě sem byla mimo vo tý hodině, ale nechtěla sem aby to na mě jako někdo poznal, tak sem dřela jako doma že sem se učila, protože sem chtěla, abych měla dobrý známky no, vo to mi hodně šlo.“ Ve čtvrtém ročníku si matka začala všimnout, že něco není s Kristýnou v pořádku, „...tak to si myslela, že beru drogy nebo nějaký omamný látky, tak to prostě už si všimla prvních příznaků, asi se mi rozjížděla ta psychóza, protože sem jako se nesoustředila, nespala sem, skoro sem nejedla, furt sem jenom myslela na učení, abych udělala maturitu, no abych se dostala na vejšku.“ Odstěhovala se do města, kam se dostala na vysokou školu, kde rok studovala, ale „to sem už sem byla mimo úplně, to sem sice měla kamarádky, tady sem si našla, zas na učení už sem se vůbec nesoustředila teď ještě sem bydlela jako v pronájmu, v P... sem se neorientovala, a nedokázala sem se vo sebe postarat, pořád sem byla mimo no. Tak vlastně sem nakonec v tom třetím semestru jako prostě skončila jako na psychiatrii, protože už sem nespala vůbec a měla sem halucinace, prostě už to bylo divoký no.“ Po hospitalizaci, která trvala tři měsíce, už se Kristýna do školy nevrátila. Kamarádky z vysoké školy Kristýnu „podržely“, když byla hospitalizovaná, „mi furt psaly dopisy a pohledy a furt jako, měly vo mě zájem jako, že jako po tu dobu, co sem byla hospitalizovaná, tak to byly vlastně holky, který sem vůbec neznala před tím a vlastně mi byly takovou největší oporou vlastně no.“

Dětství měla Kristýna hezké, v rodinném kruhu a s kamarády. „Já sem měla docela hezký jako dětství, s mámou, tátou, bráchou, babičkou, dědou, já sem měla jako hezký dětství, my sme bydleli na vesnici a táta si s náma hrál s mámou, dost se nám jako věnovali, si pamatuju jo H... sem měla jako kamarádku, ta byla z vedlejší vesnice, ta nebyla ze školy. No sme chodily na takovej kopec a tam sme si hrály, bylo to takový jako hezký no že sme lítaly po lese a tam třeba s koňma sme jezdily nebo sme si hrály na indiány, nebo sme stavěly čarodějnice, ale nejhezčí vzpomínky mám ais na mámu a na bráchu, když sme třeba třeba sme chodily na vejlety hodně no do přírody, nebo sme byli v J... jednou, to bylo taky hezký, že sme se koupaly u vody, u moře teda no to bylo jako fajn no. Dokud sme jezdili tam u nás na T... se koupat, nebo na Vánoce, ty se mi vždycky hrozně líbily jako když sme dostávali dárky, vždycky

sme dostali dárky jo a nejhezčí vzpomínka je asi když sem vždycky byla nemocná, tak když se vo nás jako máma starala, když nám četla pohádky a tak no. To byly nejhezčí vzpomínky no, když sem byla nemocná. Že se vo mě starali.“

Jako „spouštěče“ nemoci Kristýna uvádí: „...stres jako a učení a ta samota a jak sem se uzavírala a prostě to učení furt no. Pak vlastně sem se úplně izolovala vod tý třídy a byla sem úplně sama a jako prostě to bylo takový divný, nevim no. No a máma s tátou, táta stavěl barák a neměli moc času potom, když už sme byli velký nebo větší, takovej chaoz sem měla hroznej, prostě tady v P... bylo to moc vjemů, ten mozek byl moc rozjetej prostě a už to nešlo zastavit, prostě sem už nespala a ted' sem prostě ten mozek byl vyčerpanej no.“

Na první hospitalizaci si moc nevzpomíná, utkvělo jí však, že prodělala léčbu elektrokonvulzivní terapii. Měla pocit beznaděje, „prostě bez života takový no, prostě bez citů a bez všeho, úplně sem myslela, že je konec všeho, myslela sem, že už to mám spočítaný jako a myslela sem, že se už z toho nevyhrabu.“ Pomáhaly jí spolupacientky: „že byly jako vstřícný ty spolupacientky.“ Dále jako nápomocnou zmiňuje rodinu a přítele: „No, nejvíc rodina. Máma vlastně. Máma, táta, brácha no. Že tam za mnou jezdili a že to máma vůbec ustála jako no, protože to se mnou nebylo jednoduchý, já sem se různě jako bouřila a máma musela vlastně to všechno ustát no. Že musela zachovat chladnou hlavu no tak ta mi nejvíc asi pomohla, že sem k ní získala takovou důvěru během těch let. No a brácha taky no a i sem jako pak pani primárka, že sem našla dobrou psychiatricku, tak ta mi taky jako pomohla, tam na tom K... tam mě jako vždycky dali dohromady, no a vlastně mi pomoh i třeba přítel první, ten mě zase taky docela pomoh, se mnou byl pět let a jako dost mě vodil jako do společnosti, do party, abych někam patřila prostě a jezdili sme na vejlety, no a byl na mě hodnej, tak ten mi taky dost pomoh se dát jako dohromady těch pět let, ale nevydržel to jako dyl už no. Tak ten mi taky hodně pomoh no. Brácha, ten se taky vždycky vo mě zajímal, chodil za mnou do nemocnice.“ Nejdůležitější po hospitalizaci byla matka tím, „...že mně jako ukázala, že mě má ráda? Že sice to nebylo tak jako dokonalý, aby mi pomohla jako úplně stoprocentně, ale že jako že mi dávala naději, že jako to se mnou prožívala a že mě jako nezavrhl, že prostě at' je jaká chce, tak prostě mě jako jako chtěla, abych jako patřila do tý rodiny no. Prostě mě jako i když viděla, že třeba dělám blbosti prostě jako se mně nevzdala, nevim jako já nevim, jak to mám říct, prostě jako, prostě mě jako ukázala, že mě má ráda no.“

Zkušenost s nemocí Kristýna nevidí právě pozitivně, říká, že nemoc její život „vokradla vo nějakej čas, že prostě ten čas, kterej sem mohla prožít jako normálně, třeba sem ho nemusela strávit v nemocnici, už sem mohla bejt někde jinde no. Nemusela sem znova všechno se učit a tak no. Že prostě že mě jako vokradla vo čas, strávený roky jako prostě.

Prostě že sem mohla vnímat, že až teprve teď se začínám trochu soustředit a vnímám, dřív to jako nešlo prostě, to bylo takovej, takový divný to bylo no.“

V současnosti Kristýna pracuje v chráněné dílně, což určuje její všední den: „ráno vstanu v sedm hodin, nasnídám se, připravím si svačinu, obleču se, no a ve vosum vyrazím do práce, to du pěšky, du vlastně asi půl hodiny pěšky než dojdou do tam do práce jako do D..., kde sídlí ta sociální firma Z..., no tam přídu vokolo teda půl devátý, převlíknu se, ve třičtvrtě na devět nám rozdělí práci pani J..., no a bud' zůstaneme na D..., něco děláme, nebo jedeme na zakázku jako zahradníci, no a potom se vrátím okolo jedny hodiny jdu domu zase pěšky, během tý doby nakoupím, pak du, pak ve dvě hodiny obědvám, to si obvykle udělám něco už druhý před tím jako den si udělám jídlo, se jako navobědvám, potom sem trávila čas bud' nakupováním věcí jako oblečení nebo jako jídlo, nebo sem byla s přítelem, jako přítel u mě byl, sice spolu krátce chodíme, nebo chodím fotit, mě bavilo jako focení, že fotím se mi jak oblíbilo. Nebo si něco přečtu a koukám na internet, no, někdy deme s kamarádkou si sednout a popovídat, telefonuju třeba půl hodiny s mámou, nebo s kámoškou, no někdy ještě s jednou, to taky chodíme, pak si du lehnout, navečeřim se a du si lehnout vokolo desátý hodiny, vono to uteče no. Uklidím si a uvařim na další den to musím taky zapřemýšlet no a snažim se nějak uklízet doma no a tak no.“

Kristýna má přítele, kolegu z práce, „je teda vo tři roky mladší, ale jako je hodnej, prostě tak nějak se mi líbí no. No, je takovej, trošku při těle no, je dobrej společník, jako nezkaží žádnou srandu, dovede jako konverzovat, je takovej klidnej, úproště neztratí hlavu, vždycky zachová klid, i když má teďka problémy, že je v nemocnici, no vobá dvě máme problémy, no mám ho ráda no.“

Ráda by se osamostatnila, aby „...nebyla přítěží třeba někomu, aby za mě věčně nemusela máma rozhodovat, abych se postavila na vlastní nohy no, abych si ten život nějak organizovala sama, aby mi nemusel pořád někdo radit. Abych věděla, co chci a šla si za tím prostě, abych byla spokojená no to bych chtěla tak aby takovej cíl no.“

Do budoucna by Kristýna ráda byla dál se svým přítelem, aby spolu trávili volný čas, chodili na výlety, aby spolu něco „budovali.“ „Brácha bude mít třeba děti, je ženatej, bud' budu jezdit na H... jako za bráchou a za rodinou, jako máma co je a todle...“ Také si chce udržet práci. Přeje si, „abych měla svůj život prostě.“

4.6 Shrnutí průběhu sběru dat

Jak je patrné, některé rozhovory byly obsažnější, než jiné. Ovlivnit výslednou obsažnost mohlo:

- 1) Prostředí, ve kterém probíhal sběr dat
- 2) Povaha respondenta
- 3) Momentální rozpoložení respondenta
- 4) Charakter vztahu respondent – výzkumník

1) prostředí, ve kterém probíhal sběr dat

Jednalo se vždy o neutrální půdu, klidnou kavárnu, nebo veřejné koupaliště. Takové nechráněné prostředí nemuselo všem respondentům vyhovovat, ač s podmínkami rozhovoru předem souhlasili.

2) povaha respondenta

Některý respondent je založením více otevřený, jiný je více uzavřený. Tento fakt mohl mít také vliv na výsledek rozhovoru.

3) Momentální rozpoložení respondenta

V jaké momentální náladě se respondent nalézal, když probíhal rozhovor, má jistě také dopad na to, jak obsáhle nebo stručně poskytoval odpovědi na mé otázky

4) Charakter vztahu respondent – výzkumník

Již jsem uvedla, že jsem respondenty znala. S některými blíže, s jinými „jen podle vidění“. I tato okolnost mohla ovlivnit, jak sdílní vůči mně byli. Pokud šlo o vztah bližší, mohli mít méně zábran o svém životě hovořit, než respondenti, se kterými byl náš vztah vzdálenější.

Ještě další okolnost, která mohla ovlivnit výsledek rozhovorů, je aktivita, nebo pasivita na straně výzkumníka (Kopřiva, 2000). Mohli nastat následující situace:

1. Výzkumník vede rozhovor a respondent jen úsporně reaguje. Taková situace dle mého názoru nastala v rozhovoru se Zdeňkem (rozhovor tři) a s Karolínou (rozhovor čtyři). Zde se navíc opravdu jednalo o respondenty, které málo znám, možná i proto si drželi větší odstup.
2. Výzkumník vede rozhovor a respondent rezonuje, reaguje o něco spontánněji než v prvním případě. Sem bych zařadila rozhovor s Petrem (rozhovor jedna), hlavně v počáteční fázi, kdy se mě ptal, zda se má rozprávět více.
3. Respondent mluví, zatímco výzkumník naslouchá a tím povzbuzuje respondenta k dalšímu vyprávění. Příkladem takového rozhovoru je rozhovor s Josefem (rozhovor dva), s Ivem (rozhovor pět) a s Kristýnou (rozhovor šest). Jednalo se o respondenty, které jsem znala blíže.
4. Respondent a výzkumník vedou dialog. Takový průběh rozhovoru nebyl už z povahy práce možný.

4.7 Strategie zvládání života s duševním onemocněním

Tuto podkapitolu uvádím proto, že u některých respondentů se vyskytly i jiné strategie zvládání života s duševním onemocněním – podpora rodiny pro ně není jedinou zásadní formou řešení. Tyto strategie jsem již okrajově zmiňovala v úvodu, pochází od Chrzové (Chrzová, 2005).

a) Vyhledávání sociální opory

Této strategii se věnuje celá praktická část této práce, protože ji využívají všichni respondenti.

b) Víra

Oporu ve víře využívá Josef (rozhovor dva): „*Já musím tady vyzdvihnout, že jako já se snažím žít, když teda nemám partnerku, tak aspoň se snažím žít ve spojení s Bohem. Takže mě hodně drží nad vodou ta víra, takže muj kamarád je Bůh, svým způsobem teďka.*“

c) Oproštění od stresových situací

Od stresových situací se oprostila Kristýna (rozhovor šest), když přestala po hospitalizaci chodit na vysokou školu. Od stresu se oprostil i Petr (rozhovor jedna), když začal pracovat na částečný úvazek po vysokém pracovním nasazení, které předcházelo hospitalizaci.

d) Pomoc druhým

Tuto strategii můžeme tušit u Josefa (rozhovor dva), který pracuje jako dobrovolník s postiženými dětmi, i když jen „nárazově.“

e) Koníčky

Koníčky jako pomoc při zvládání života s duševním onemocněním využívá Kristýna (rozhovor šest), chodí fotografovat. „Za kulturou“ chodí Petr (rozhovor jedna).

Tento seznam zde uvádím pro úplnost, aby bylo možné utvořit si ucelenější obrázek o celé problematice. Chtěla jsem představit i jiné strategie, jak se lidé vyrovnávají s životem s duševní nemocí. Jak je vidět, vztahy nejsou to jediné, jak lidé s nemocí bojují. Přesto jsou ale středem zájmu této práce a bude se jim věnovat následující část.

4.8 Analýza získaných dat

4.8.1 Rozdělení podle jednotlivých vývojových období

a) Dětství a život v rodině

Čtyři respondenti v mém vzorku pocházeli z úplné rodiny (Petr, Josef, Ivo a Kristýna), dva z neúplné, tedy jejich rodiče se rozvedli (Karolína, Zdeněk).

Jaké bylo jejich dětství v rodině, můžeme vytušit z odpovědí na otázku, jaká je jejich nejhezčí vzpomínka z dětství. Někteří se vyjadřují i explicitně, např. Kristýna, když říká „...já sem měla docela hezký dětství jako...“. Až na Josefa, který uvádí jako nejhezčí vzpomínku na složení přijímacích zkoušek na střední školu, a na Zdeňka, který vzpomíná na chvíle strávené s babičkou a dědou, všichni respondenti uvádějí chvíle strávené s rodiči – na dovolené (Petr, Ivo), péči v době onemocnění (Kristýna) nebo obecně čas strávený s jedním z rodičů (Karolína). Na rodičovské chování si stěžuje pouze Zdeněk, a to na otce, který rodinu nutil jezdit na chatu, kde hodně pracovali a díky čemuž si dětství „moc neužil“, a Karolína, která uvádí rozvod rodičů jako jeden ze spouštěčů své nemoci.

Z výpovědi Zdeňka se nedá určit, zda hodnotí své dětství pozitivně, či negativně, je tedy neutrální. Pro přehlednost uvádím následující tabulku:

	Petr	Josef	Zdeněk	Karolína	Ivo	Kristýna
Rodina	úplná	Úplná	neúplná	neúplná	úplná	úplná
Hodnocení	pozitivní	Negativní	neutrální	negativní	pozitivní	pozitivní

b) školní léta

Období docházky do školy negativně hodnotí Petr, který se ve škole necítil dobře, cítil „*ostych*.“ Negativní hodnocení uvádí i Karolína, která měla ztíženou situaci tím, že nerozuměla česky. Ivo zažíval šikanu, kterou nakonec obrátil proti ostatním, i jeho hodnocení je tedy spíše negativní. Svá školní léta hodnotí pozitivně pouze Kristýna, ale pouze školu základní, na gymnáziu se začala uzavírat do sebe a jen se stále učit. Z výpovědí Josefa a Zdeňka nelze usuzovat na to, zda se ve škole cítili dobře nebo špatně, jejich odpovědi hodnotím jako neutrální.

Vztahy na základní škole měla dobré Kristýna. Dobré vztahy měl i Ivo, když se „*naučil prát*.“ O vztazích ve škole se nevyjadřuje Zdeněk. Karolína uvádí, že kamarády neměla a až na střední škole se skamarádil Petr a Josef. Mimo školu měli kamarády Petr, Zdeněk a Kristýna. Ostatní je buď nezmiňují, nebo je neměli.

Výše uvedené opět ilustruje tabulka:

	Petr	Josef	Zdeněk	Karolína	Ivo	Kristýna
Hodnocení školní atmosféry	Negativní	Neutrální	Neutrální	Negativní	Negativní	Pozitivní
Kamarádi ve škole	Až na střední	Až na střední	Nezmiňuje	Ne	Ano	Na základní

	škole ano	škole ano				ano
Kamarádi mimo školu	Ano	Nezmiňuje	Ano	Ne	Nezmiňuje	Ano

c) Období hospitalizace

Jak mnou oslovení lidé hodnotí období své hospitalizace? Pozitivně ji vidí pouze Josef, který uvádí, že mu personál pomáhal uzdravit se. Ostatní respondenti vzpomínají na hospitalizaci jako na negativní zkušenost.

	Petr	Josef	Zdeněk	Karolína	Ivo	Kristýna
Hodnocení období hospitalizace	Negativní	Pozitivní	Negativní	Negativní	Negativní	Negativní

d) současný život

Na toto období života se zaměřovala otázka ohledně popisu všedního dne respondentů, díky které jsem se dozvěděla, zda mají nebo nemají zaměstnání, respektive zda chodí nebo nechodí do školy. Všichni respondenti až na Iva pracují, Ivo chodí na soukromou vysokou školu.

Dále jsem se z odpovědí na tuto otázku dozvěděla, že Petr, Zdeněk a Kristýna žijí sami, s rodiči nebo s jedním z rodičů žije Josef, Karolína a Ivo. Partnera nebo partnerku má Petr, Karolína a Kristýna. Ostatní jsou sami, s čímž není spokojen pouze Josef. Zdeněk a Ivo momentálně partnerku nehledají.

	Petr	Josef	Zdeněk	Karolína	Ivo	Kristýna
V domácnosti žiji...	Sám	S matkou	Sám	S matkou	S rodiči	Sama
Partnera...	Mám	Nemám	Nemám	Mám	Nemám	Mám
Zaměstnání...	Mám	Nemám	Mám	Mám	Nemám, chodím do školy	Mám

e) Budoucnost

Jak si respondenti plánují svůj život do budoucna? Krom Zdeňka, který neplánuje a spíše „přežívá“, si respondenti přejí najít (Josef, Ivo), udržet (Kristýna), nebo změnit (Petr) práci,

plánují založit rodinu (Petr, Ivo), být s partnerem (Kristýna). Karolína by ráda pracovala na sobě, aby „nebyla líná.“

4.8.2 Co do života člověka přináší psychotická zkušenost

Odpověď nám nabízejí výpovědi vyjadřující se k otázce, jak zkušenost s nemocí změnila respondentův život. Můžeme je rozdělit do tří skupin – na hodnocení negativní, neutrální a pozitivní

Výpovědi negativní

Do této skupiny spadá výpověď Petra (rozhovor jedna): „*Hm, no úplně no. Úplně mi ho převrátila naruby, a že ho vykolejila prostě pracovně, sociálně, a dost mi jako sebrala sebevědomí jako moc mi to nedalo, ale teď se jako vyhrabávám z toho nejhoršího a možná mě to že na to za pár let budu vzpomínat jako jako že to třeba bylo k něčemu dobrý, že sem se zbavil svezch zzz, jedný závislosti díky tomu prostě a trochu sem začal žít jinym způsobem no. Jestli se mi povede nějak se z toho vyhrabat a postavit se pořádně na nohy, tak to třeba k něčemu bude, ale zatím sem furt dost jako vykolejenej z toho.*“ Je zde patrné, že by se rád díval na tuto zkušenost pozitivně, ale zatím v jeho pohledu převažují negativa – co mu nemoc vzala.

Negativně hodnotí zkušenost s nemocí také Karolína (rozhovor čtyři): „*Změnila to v to, že sem pořád v depresi.*“

O „okradení nemocí“ hovoří Kristýna (rozhovor šest): „*Já bych řekla, že ho jak ovokradla vo nějakej čas, že prostě ten čas, kterej sem mohla prožít jako normálně, třeba sem ho nemusela strávit v nemocnici, už sem mohla bejt někde jinde no. Nemusela sem znova všechno se učit a tak no. Že prostě že mě jako vokradla vo čas, strávený roky jako prostě. Prostě že sem mohla vnímat, že až teprve teď se začínám trochu soustředit a vnímám, dřív to jako nešlo prostě, to bylo takovej, takový divný to bylo no.*“

Výpovědi neutrální

Neutrální je výpověď Zdeňka (rozhovor tři): „*Nepiju, nehulim, takhle no. A bydlim no.*“ Zdá se, že se jedná z pohledu nezávislého pozorovatele o změny spíše pozitivní. Ze strohosti odpovědi a z nedostatku rozvinutí by se ale jednalo o pouhou spekulaci, zda je či není Zdeněk rád, že situace je taková, jaká je.

Výpovědi pozitivní

Jako zkušenost, která respondenta někam posunula v dobrém slova smyslu, vnímá svou nemoc Josef (rozhovor dva): „*No, jak změnila můj život, já bych řek, že spíš pozitivně ho změnila. Já sem si všeho vždycky vážil, ale teďka si všeho daleko víc vážim než dřív jako, takže to je ten pozitivní dopad,*“ a Ivo (rozhovor pět): „*No tak zlepšily se vztahy v rodině, teďkonc víc věřim těm rodičům, mámě i tátovi, je to mnohem lepší prostě doma jako že si můžem povídat, důvěřovat, rodiče mě hodně podrželi, prostě mi pomáhali po tý nemoci, chodili za mnou, když sem se léčil a vrátila se tam taková normální rovnováha, která tam nikdy před tím nebyla. Takže jakoby i ten život se hodně zpomalil najednou po tý nemoci jako by sem si prožil to bezpečí jako maj malý děti, rodiče mi začali důvěřovat taky víc, starali se vo mě, takže sem se trošku cejtil jako malý dítě. To mám i teďkon, bydlim u rodičů, všechno mi zajišťujou, staraj se vo mě, nemusim dělat skoro nic, jsou na mě hodný, takže takový trošku zvláštní období. To sem nikdy před tím moc neměl, možná když mi bylo třeba tak osum nebo tak podobně. Tak to je asi hlavní změna no. A jinak já nevím. Těžko říct prostě no. Jsem*

takovej hodne opatrnejši než sem byl. Bojim se prostě věci, nedělám nic moc riskantního prostě, před tím sem se ničeho nebál, třeba sem sjížděl vodopády na kole, sem dělal sem různé cvokárny, neměl sem ani strach že se zabiju nic, že se mi něco stane, dělal sem hodně nerozvážný věci, hodně sem se rval na ulicích a podobně, to už teďko mám z toho strach a nedělám to prostě. Takže sem hodně vopatrnej jako by relativně oproti tomu, co sem dělal před tím no. To je asi hlavní rozdíl no.“

Shrnutí

Negativní dopad onemocnění na život člověka popisují respondenti jako otočení života „naruby“, „okradení o čas“, celkové špatné životní naladění (deprese). V některých případech je nemoc popisována jako zkušenost pozitivní, která změnila život (větší úcta) nebo vztahy v rodině k lepšímu.

4.8.3 Hodnocení chování rodin respondentů

V této kapitole bych ráda konfrontovala závěry z mnou prostudované literatury s výpověďmi respondentů.

Data jsem zpracovávala za pomoci nezávislých čtenářů – mých kolegyně, které dostaly následující čtenou i písemnou instrukci: Před sebou máte šest rozhovorů s lidmi s duševním onemocněním. Zde máte sepsány kategorie jevů, které se v nich mohou, ale nemusí, vyskytovat. Poprosila bych Vás, abyste si rozhovory přečetly a poté se v nich snažily uvedené kategorie hledat. Zde uvádím i jejich krátký popis. Hyperprotektivita – tedy nadměrná ochrana – je chování, které se vyskytuje v některých případech rodin, kde jeden její člen onemocněl schizofrenií. Matky a otcové se snaží svého potomka co nejvíce chránit.

Nízká empatie

Rodinní příslušníci nejsou schopni rozpoznat pacientovu náladu a reagovat na ni.

Nadměrné vyjadřování emocí Členové rodiny, kteří mají vysoké skóre v testech vyjadřování emocí, nadměrně mluví, ale málo naslouchají. Spolupráce s odborníky Rodina spolupracuje s odborníky – získává od nich informace a přijímá lékaře ne jako protivníka, ale jako partnera. Informovanost Informovat se rodina může nejen u odborníků – může využívat literaturu, internet apod. Přiměřená reakce na novou situaci. Jak jsem již psala, onemocnění tak vážnou duševní nemocí, jakou schizofrenie bez pochyby je, znamená velkou zátěž pro celou rodinu – jedná se o krizi. Pokud na ni rodina adekvátně zareaguje – pokud se dostane do páté fáze vyrovnávání se s krizí (tedy hledá – li řešení), pak hovoříme o „přiměřené reakci na novou situaci“. Podpora samostatnosti Tato kategorie je vlastně jakýmsi protikladem první zmíněné kategorie – Hyperprotektivity. Poskytnutí pocitu bezpečí a jistoty Zásadní lidské potřeby – potřeba pocitu bezpečí a jistoty – je zapotřebí naplňovat zvlášť

mocně po prožití psychotické ataky. Pokud najdete vyjádření, které do dané kategorie spadá, podtrhněte si tu část textu a označte ji příslušným číslem. Pokud je to možné, přidejte k vyjádření znaménko plus nebo mínus – pokud např. rodina jedná hyperprotektivně, bude mít taková výpověď u sebe plusové znaménko, pokud jedná opačně, bude mít výpověď označení 1 - . S jakýmikoli dotazy se neváhejte na mne obrátit.

Jednotlivé kategorie jsou popsány jen zhruba, snažila jsem se o co nejmenší hodnotící zabarvení, aby tak spolupracovnice nebyly zaujaté.

Po přečtení instrukce byly kolegyně poučeny o mlčenlivosti – všechny informace z rozhovorů jsou důvěrné a jejich důvěrnost musí být zachována, proto jsem je žádala, aby o obsahu rozhovorů s nikým nehovořily.

Z této společné práce vznikla následující zjištění, uvedená v tabulce.

kategorie	Plus zastoupeno	Mínus zastoupeno
Hyperprotektivita	0	0
Nízká empatie	1	0
Nadměrné vyjadřování emocí	0	0
Spolupráce s odborníky	0	0
Informovanost	0	0
Přiměřená reakce na novou situaci	3	1
Podpora samostatnosti	1	2
Poskytnutí pocitu bezpečí a jistoty	10	1

Kategorie byly označeny znaménkem plus v případě, že kategorie byla zastoupena v pozitivním vyznění. Tedy: hyperprotektivita plus = rodiče byli přehnaně ochranní; nízká empatie plus = znamená vlastně vysokou empatii; nadměrné vyjadřování emocí plus = rodiče nadměrně vyjadřují emoce; spolupráce s odborníky plus = rodiče spolupracují s odborníky; informovanost plus = rodiče se informovali o nemoci; přiměřená reakce na novou situaci plus = rodiče dobře zareagovali na novou situaci; podpora samostatnosti plus = rodiče potomka podpořili ve snaze osamostatnit se; poskytnutí pocitu bezpečí a jistoty plus = rodiče poskytli potomkovi pocit bezpečí a jistoty.

Kategorie byly označeny znaménkem mínus, pokud: hyperprotektivita mínus = rodiče se nechovali po psychotické epizodě hyperprotektivně; nízká empatie mínus = rodiče

neprojevili empatii; nadměrné vyjadřování emocí mínus = rodiče nadměrně nevyjadřovali své emoce; spolupráce s odborníky mínus = rodiče nespolupracovali s odborníky; informovanost mínus = rodiče se o nemoci neinformovali; přiměřená reakce na novou situaci mínus = rodiče nezareagovali na novou situaci přiměřeně; podpora samostatnosti mínus = rodiče nepodpořili samostatnost svého potomka; poskytnutí pocitu bezpečí a jistoty mínus = rodiče neposkytli potomkovi pocit bezpečí a jistoty.

Vyjádření, která spadají do jednotlivých kategorií, jsou:

- Kategorie nízká, respektive vysoká empatie: „...to už máma na mně poznala, že už se mnou nebylo něco v pořádku...“ – Kristýna, rozhovor šest
- Kategorie Přiměřená reakce na novou situaci plus: „Máma. Jezdila za mnou třikrát v tejdnu, pomáhala mi i materiálně.“ – Zdeněk, rozhovor tři
„...to se mnou prožívala a že mě jako nezavrhl... abych jako patřila do té rodiny...“
„...protože to se mnou nebylo jednoduchý, já sem se různě jako bouřila a máma musela vlastně to všechno ustát, no. Že musela zachovat chladnou hlavu, tak ta mi nejvíc asi pomohla...“ – Kristýna, rozhovor šest
- Kategorie Přiměřená reakce na novou situaci mínus: „Kdyby sme se prostě stýkali pravidelněji i s otcem jako takže asi takhle.“ – Zdeněk, rozhovor tři
- Kategorie Podpora samostatnosti plus: „No že prostě sem měl jakoby problémy jít třeba mezi lidi nebo nějakým způsobem začít jako se vůbec jako se znova zorientovat v životě, že mě jakoby provázeli, podporovali mě a tak, že mi dávali nějakou šanci, že mi věřej, že se z toho vyhrabu.“ Petr, rozhovor jedna
- Kategorie Podpora samostatnosti mínus: „No, se o mě starali jako svým způsobem, no a co se týče stravy a tak všecko, tehdy sem ještě nebral důchod, takže mě zajišťovali finančně i psychicky mě podporovali.“ – Josef, rozhovor dva
„...starali se vo mě, takže sem se trošku cejtil jako malý dítě. To mám i teďkon, bydlím u rodičů, všechno mi zajišťujou, staraj se vo mě, nemusím dělat skoro nic...“ – Ivo, rozhovor pět
- Kategorie Poskytnutí pocitu bezpečí a jistoty plus: „Rodiče, ty nejvíc...“ – Petr, rozhovor jedna
„...i psychicky mě podporovali...“ – Josef, rozhovor dva
„Máma. Jezdila za mnou třikrát v tejdnu, pomáhala mi i materiálně.“ Zdeněk, rozhovor tři
„Máma. Jediná.“ – Karolína, rozhovor čtyři

„...prostě mi pomáhali po tý nemoci, chodili za mnou, když sem se léčil a vrátila se tam taková normální rovnováha, která tam nikdy před tím nebyla. ...jako by sem si prožil to bezpečí...“ – Ivo, rozhovor pět

„No, nejvíc rodina. Máma vlastně. Máma, táta, brácha no. Že tam za mnou jezdili a že to máma vůbec ustála jako no...“ – Kristýna, rozhovor šest

„...že sem k ní získala takovou důvěru během těch let...“ – Kristýna, rozhovor šest

„Brácha, ten se taky vždycky vo mě zajímal, chodil za mnou do nemocnice.“ – Kristýna, rozhovor šest

„Že mi že mně jako ukázala, že mě má ráda?“ – Kristýna, rozhovor šest

„...že jako mi dávala naději, že jako to se mnou prožívala a že mě jako nezavrhl, že prostě ať je jaká chce, tak prostě mě jako chtěla, abych jako patřila do té rodiny no. Prostě mě jako i když viděla, že třeba dělám blbosti prostě jako se mě nevzdala, nevím jako já nevím, jak to mám říct, prostě jako, prostě mě jako ukázala, že mě má ráda.“ – Kristýna, rozhovor šest

- Kategorie Poskytnutí pocitu bezpečí a jistoty mínus: *„Kdyby sme se prostě stýkali pravidelněji i s otcem jako takže asi takhle.“ – Zdeněk, rozhovor tři*

Komentář

Pro větší přehlednost uvádím tento komentář v pořadí kategorií uvedených výše.

1) Hyperprotektivita

Tato kategorie v rozhovorech nebyla vůbec zastoupena.

2) Nízká empatie

Nízká empatie se v rozhovorech také neobjevila. Objevila se ale vysoká empatie, v rozhovoru s Kristýnou (rozhovor šest) - *„...to už máma na mně poznala, že už se mnou nebylo něco v pořádku...“* Empatické chování se projevilo u její matky ještě před hospitalizací, když začala pozorovat, že s Kristýnou „není něco v pořádku.“

3) Nadměrné vyjadřování emocí

Nadměrné vyjadřování emocí se ve zkoumaném vzorku neobjevilo.

4) Spolupráce s odborníky

Tato kategorie v rozhovorech též nebyla zastoupena.

5) Informovanost

Zda se rodiny informovali o nemoci či nikoli, se v rozhovorech neukázalo.

6) Přiměřená reakce na novou situaci

Na novou situaci přiměřeně zareagovala rodina Zdeňka (rozhovor tři), konkrétně jeho matka: *„Máma. Jezdila za mnou třikrát v tejdnu, pomáhala mi i materiálně.“* Přiměřeně zareagovala i matka Kristýny (rozhovor šest). To je doloženo hned v několika úsecích rozhovoru:

„... (máma) to se mnou prožívala a že mě jako nezavrhl... abych jako patřila do té rodiny...“

„...protože to se mnou nebylo jednoduchý, já sem se různě jako bouřila a máma musela vlastně to všechno ustát, no. Že musela zachovat chladnou hlavu, tak ta mi nejvíc asi pomohla...“

Nepřiměřenou reakci můžeme tušit u otce Zdeňka, když říká: „Kdyby sme se prostě stýkali pravidelněji i s otcem jako takže asi takhle.“

7) Podpora samostatnosti

Že rodina podpořila samostatnost svého nemocného člena, explicitně vyjadřuje Petr (rozhovor jedna): „...No že prostě sem měl jakoby problémy jít třeba mezi lidi nebo nějakým způsobem začít jako se vůbec jako se znova zorientovat v životě, že mě jakoby provázeli, podporovali mě a tak, že mi dávali nějakou šanci, že mi věřej, že se z toho vyhrabu.“

Naopak samostatnost nepodpořila rodina Josefa (rozhovor dva): „No, se o mě starali jako svým způsobem, no a co se týče stravy a tak všechno, tehdy sem ještě nebral důchod, takže mě zajišťovali finančně i psychicky mě podporovali.“ A také rodina Iva (rozhovor pět): „...starali se vo mě, takže sem se trošku cejtil jako malý dítě. To mám i teďkon, bydlím u rodičů, všechno mi zajišťujou, staraj se vo mě, nemusím dělat skoro nic...“

8) poskytnutí pocitu bezpečí a jistoty

Tato kategorie se objevila ve všech rozhovorech. V rozhovoru s Petrem (rozhovor jedna) jen okrajově, když na otázku, jestli mu někdo pomohl vrátit se do starého života, odpověděl:

„...Rodiče, ty nejvíc...“

V rozhovoru dva, se Josef k tomuto tématu vyjádřil: „...i psychicky mě podporovali...“

Implicitně můžeme cítit pocit bezpečí a jistoty ve vyjádření Zdeňka o návštěvách matky v nemocnici: „Jezdila za mnou třikrát v tejdnu, pomáhala mi i materiálně.“

Na otázku, kdo jí pomohl nejvíc, odpověděla Karolína (rozhovor čtyři) stručně, avšak jasně: „Máma. Jediná.“

Ivo (rozhovor pět) se vyjadřuje explicitně: „...prostě mi pomáhali po tý nemoci, chodili za mnou, když sem se léčil a vrátila se tam taková normální rovnováha, která tam nikdy před tím nebyla. ...jako by sem si prožil to bezpečí...“

Kde tuto kategorii najdeme nejčastěji, je v rozhovoru s Kristýnou (rozhovor šest): „Brácha, ten se taky vždycky vo mě zajímal, chodil za mnou do nemocnice.“

„No, nejvíc rodina. Máma vlastně. Máma, táta, brácha no. Že tam za mnou jezdili a že to máma vůbec ustála jako no...“, „...že sem k ní získala takovou důvěru během těch let...“, „Že mi že mně jako ukázala, že mě má ráda?“, „...že jako mi dávala naději, že jako to se mnou prožívala a že mě jako nezavrhl, že prostě ať je jaká chce, tak prostě mě jako chtěla, abych

jako patřila do té rodiny no. Prostě mě jako i když viděla, že třeba dělám blbosti prostě jako se mě nevzdala, nevím jako já nevím, jak to mám říct, prostě jako, prostě mě jako ukázala, že mě má ráda.“

Záporné vyznění v této kategorii má opět vyjádření Zdeňka (rozhovor tři) ohledně vztahu s otcem: „*Kdyby sme se prostě stýkali pravidelněji i s otcem jako takže asi takhle.*“

4.8.4 Zamyšlení nad jednotlivými kategoriemi

Jak se ukázalo, většina kategorií popsanych v literatuře se ve mnou studovaném vzorku neprojevila – hyperprotektivita, nízká empatie, nadměrné vyjadřování emocí, spolupráce s odborníky a informovanost. Bez ohledu na tuto skutečnost je jistě zajímavé zamyslet se nad smyslem jednotlivých kategorií, protože spolu úzce souvisí. Jak je z názvů kategorií zřejmé, některé mají pozitivní a jiné negativní vyznění. Pozitivní vyznění:

Hyperprotektivita mínus

Nízká empatie plus

Nadměrné vyjadřování emocí mínus

Spolupráce s odborníky plus

Informovanost plus

Přiměřená reakce na novou situaci plus

Podpora samostatnosti plus

Poskytnutí pocitu bezpečí a jistoty plus.

Kategorie, které mají negativní vyznění jsou tedy:

Hyperprotektivita plus

Nízká empatie mínus

Nadměrné vyjadřování emocí plus

Spolupráce s odborníky mínus

Informovanost mínus

Přiměřená reakce na novou situaci mínus

Podpora samostatnosti mínus

Poskytnutí pocitu bezpečí a jistoty mínus.

Kategorie, které spolu souvisí nejužěji jsou: hyperprotektivita plus, nadměrné vyjadřování emocí plus, nízká empatie mínus. Jsou-li tedy rodiče nadměrně protektivní,

vyjadřují vysoce emoce a projevují nízkou empatii, pak se jedná o špatnou reakci na novou situaci (přiměřená reakce na novou situaci mínus). Je otázka, zda toto chování doprovází celý jejich život v roli rodiče, nebo se jedná o chování vyvolané až onemocněním jejich potomka. Jistě je též nezbytné se ptát, jaká reakce na onemocnění potomka je přiměřená. Jak ukazuje literatura, je hyperprotektivní chování rodičů u duševně nemocných potomků velmi častým jevem, je tedy přirozenou reakcí. Možná tedy, že hyperprotektivita je tou přiměřenou reakcí, jakou tato situace vyžaduje, aby potomek pocítil pocit bezpečí a jistoty, aby následně mohl opět být podporován v samostatnosti a mohl tedy pokračovat v přetržené kontinuitě svého života.

Následují tabulky, které zobrazují jednotlivé kategorie popsané respondenty.

1) Rozhovor jedna – Petr

hyperprotektivita	0
Nízká empatie	0
Nadměrné vyjadřování emocí	0
Spolupráce s odborníky	0
Informovanost	0
Přiměřená reakce na novou situaci	0
Podpora samostatnosti	Plus 1
Poskytnutí pocitu bezpečí a jistoty	Plus 1

Rodiče Petra tedy podpořili jeho samostatnost a zároveň mu poskytli pocit bezpečí a jistoty. Můžeme tedy předpokládat, že, ač to takto explicitně Petr nevyjádřil, zareagovali přiměřeně na novou situaci. Primární rodina tedy Petrovi pomohla na cestě k úzdavě. Jeho každodenní realita úzdavě skutečně nasvědčuje – má přítelkyni, pracuje, věnuje se volnočasovým aktivitám, má plány do budoucna, žije tedy „kvalitním životem“.

2) Rozhovor dva – Josef

hyperprotektivita	0
Nízká empatie	0
Nadměrné vyjadřování emocí	0
Spolupráce s odborníky	0
Informovanost	0
Přiměřená reakce na novou situaci	0
Podpora samostatnosti	Mínus 1

Poskytnutí pocitu bezpečí a jistoty	Plus 1
-------------------------------------	--------

Jak je patrné z tabulky, Josefova rodina poskytla nemocnému pocit bezpečí a jistoty, ale nepodpořila jeho samostatnost. Tomu odpovídá i Josefova současnost – cítí se nenaplněn, nemá partnerku, ani pravidelný denní režim, nechodí do práce, jen se občas věnuje dobrovolnickým aktivitám. Jak sám říká, není se svou životní situací spokojen. Nabízí se tedy úvaha, že pokud rodina poskytuje pocit bezpečí a jistoty, ale již nepodpoří následně potomkovu samostatnost, pacient s duševním onemocněním nežije „kvalitně“. Můžeme tedy vytušit, že rodina Josefa nereagovala přiměřeně na novou situaci, i když on o tomto tématu výslovně nehovoří.

3) Rozhovor tři – Zdeněk

hyperprotektivita	0
Nízká empatie	0
Nadměrné vyjadřování emocí	0
Spolupráce s odborníky	0
Informovanost	0
Přiměřená reakce na novou situaci	Plus 1; mínus 1
Podpora samostatnosti	0
Poskytnutí pocitu bezpečí a jistoty	Plus 1

Zdeňkova rodina mu poskytla pocit bezpečí a jistoty. Nijak však nepodporovala jeho samostatnost. Matka reagovala přiměřeně na novou situaci, otec nikoli. Zde je patrné, že podpořit v pacientovi s duševním onemocněním pouze pocit bezpečí a jistoty po prožití psychotické epizodě nestačí. Zdeněk nemá partnerku, sice pracuje, ale nemá žádné plány do budoucna. Nazývá svůj život „přežíváním“. O kvalitě jeho života to, myslím, vypovídá. Je tedy potřeba jistá kontinuita ve vztazích. Ty v případě Zdeňka, který onemocněl, když žil na ulici, nebyly nejlepší ani před propuknutím nemoci, ani po ní. Nejbližší mu je kamarád Karel. Dle tvrzení odborníků by měl mít nejlepší prognózu – nežije s rodiči a opírá se o vztahy mimo primární rodinu. Přesto jeho životní situace se jeví jako nutěšená.

4) Rozhovor čtyři – Karolína

hyperprotektivita	0
Nízká empatie	0

Nadměrné vyjadřování emocí	0
Spolupráce s odborníky	0
Informovanost	0
Přiměřená reakce na novou situaci	0
Podpora samostatnosti	0
Poskytnutí pocitu bezpečí a jistoty	Plus 1

Karolíně její rodina poskytla pocit bezpečí a jistoty. O ostatních aspektech rodinného působení se však nezmiňuje. Sama sebe ale vnímá Karolína jako línou, ráda by tuto svou vlastnost změnila. V době rozhovoru byla na neschopence doma, má přítele, který je „super“. Celkově se však Karolína nezdá se svým životem právě spokojená. Zde můžeme tušit vliv role pacienta – rodina se může snažit být nápomocná, ale pokud pacient tuto pomoc nepřijímá, je naděje na změnu v pozitivním směru mizivá. Je zde velký rozdíl oproti rozhovoru se Zdeňkem, o kterého se objektivně rodina nestará (byl bezdomovec), protože Karolína žije s matkou a sestrou.

5) Rozhovor pět – Ivo

hyperprotektivita	0
Nízká empatie	0
Nadměrné vyjadřování emocí	0
Spolupráce s odborníky	0
Informovanost	0
Přiměřená reakce na novou situaci	0
Podpora samostatnosti	Mínus 1
Poskytnutí pocitu bezpečí a jistoty	Plus 1

Jak je vidět z tabulky, Ivova rodina ho nepodpořila v samostatnosti, pečují o něj, on se o nic nemusí sám starat. Přesto ale Ivovi poskytli pocit bezpečí a jistoty, jaký dle svých slov nezažil až do psychotické epizody nikdy. Ivo nemá partnerku, ale nevádí mu to, i když po blízkém vztahu touží. Chodí na vysokou školu, v budoucnu by rád podnikal. Jeho všední den nemá pevný režim, což může souviset s relativně nedávným prožitím psychotické epizody. Jeho rodina mu poskytla pocit bezpečí a jistoty, z čehož stále čerpá, pro jeho osobní

spokojenost nebyla nutná ani výrazná podpora samostatnosti ze strany rodičů. Opět zde tuším velký význam osobní role pacienta.

6) Rozhovor šest – Kristýna

hyperprotektivita	0
Nízká empatie	Plus 1
Nadměrné vyjadřování emocí	0
Spolupráce s odborníky	0
Informovanost	0
Přiměřená reakce na novou situaci	Plus 1
Podpora samostatnosti	0
Poskytnutí pocitu bezpečí a jistoty	Plus 4

Kristýnina matka zareagovala empaticky, když vycítila, že se s Kristýnou něco děje, že s ní něco není v pořádku ještě před propuknutím psychotické epizody. Během hospitalizace reagovala přiměřeně na situaci celá její rodina i nejbližší okolí – navštěvovali ji a byli jí oporou. Poskytl jí pocit bezpečí a jistoty, jak dokládá hned několika vyjádřeními. Jako nejvýznamnější uvádí pomoc své maminky. Přesto by Kristýna ráda na svém životě leccos změnila. Ráda by se stala samostatnější, aby za ní máma nemusela stále rozhodovat. Má přítele, práci, pravidelný denní režim. Kristýnin život můžeme označit za kvalitní.

7) Diskuse

O hyperprotektivitě, jak o ní hovoří Motlová a kol. (2002), stejně jako Böhmová, André a Šefránková (2002), nebo Stempelová a Blusková (rodina extrémně protektivní) (1997), se mi nepodařilo získat explicitní důkaz ani v jednom případě mnou zkoumaného vzorku osob s duševním onemocněním. Zřejmě proto, že žádná z mých otázek nebyla takto přímo zacílená. Hyperprotektivitu snad můžeme tušit v rodině Josefa (rozhovor dva), který stále žije s matkou v jedné domácnosti, nechodí do práce, ani nemá životní partnerku. Zda je však zdrojem této životní situace skutečně nadměrná péče ze strany rodiny, se můžeme jen dohadovat. O hyperprotektivitě by snad mohlo lépe vypovědět pozorování interakcí v rodině za použití přesně definovaného nástroje.

Taktéž nízká empatie (např. Stempelová, Blusková, 1997) se ve mnou zkoumaném vzorku neprokázala, pouze v jednom případě ji můžeme implicitně cítit v odmítavém chování otce Zdeňka (rozhovor čtyři). Naopak vysokou empatii projevila matka v případě Kristýny (rozhovor šest). Přesto tato zjištění nejsou průkazná, protože se objevila (jak nízká, tak vysoká empatie) pouze v jediném případě. Jak bylo zjištěno, nadměrná empatie, ale i její nedostatek jsou pro pacienta škodlivé (Girón, Beneyto, 1998). Protože o ní ale respondenti nehovoří, není možné učinit závěr, že v mnou zkoumaném vzorku k těmto extrémům nedochází. V oříšším výzkumu by bylo dobré zařadit nepřímé otázky, kterými by se tento fenomén podařilo prozkoumat zevrubněji.

Chování kritizující, hostilní a odmítavé (jako projev nadměrného vyjadřování emocí) jsem ve svém vzorku, tak jak je popisují Böhmová, André a Šefránková (2002), nezaznamenala.

Autoři jako Willis (1982), Main a kol. (1993) a v česky psané literatuře Motlová a kol. (2011) upozorňovali v různých časových etapách na nedostatečnou informovanost členů rodiny od zdravotnického personálu o podstatě onemocnění svého příbuzného. Jelikož ale mnou vedené rozhovory nebyly prováděny s rodinou pacientů, ale přímo s pacienty, tato výtka na stranu odborníků se neprojevila. Naopak spolupráci s odborníky někteří respondenti označují za přínosnou (Josef, Ivo). Pravdou ovšem zůstává, že výzkumy uvedené výše se zabývaly stránkou rodiny, nikoli přímo názorem pacientů.

Lopez a kol.(2006) a Murray a kol. (2007) mění zaběhnutý pohled, že soužití s rodinou je pro pacienta vždy nevýhodné, rodina totiž může pomoci včas rozpoznat varovné příznaky, což v mnou zvolené terminologii znamená přiměřenou reakci na novou situaci. Přiměřeně zareagovala většina rodin mnou oslovených osob s duševním onemocněním. Závěr Lopeze a Murrraye jsem tedy potvrdila.

Že je pro pacienty důležitý pocit bezpečí a jistoty, dokládá Kalina (2001) a též Motlová a kol.(2011). Tento pocit zažili všichni mnou dotázaní pacienti s duševním onemocněním. Primární rodina jim je poskytla. Podpora samostatnosti, jak ji popisuje Kalina (2001), byla podpořena jen ve dvou případech. Možná odtud pramení nespokojenost s životní situací u většiny ostatních respondentů.

Jak je z uvedeného patrné, podařilo se mi ověřit, že rodina poskytla mnou dotázaným respondentům pocit bezpečí a jistoty a dokázala dobře reagovat na novou situaci. Kategorie hyperprotektivita, nízká resp. vysoká empatie, nadměrné vyjadřování emocí, informovanost, se ve vzorku neprokázaly. Do budoucna by jistě stálo za úvahu rozhovory provést nejen s pacienty, ale i s jejich příbuznými a zařadit pozorování, případně rozhovor s rodiči i

potomky a při něm provést také pozorování se zaměřením na interakce, kde by se dala ověřit jak hyperprotektivita, tak vyjadřování emocí i schopnost empaticky reagovat.

8) Závěr

Soudobá literatura poukazuje na rodinu jako na dvojakou instituci – tedy jako na zdroj potíží i jako na zdroj údravy. Ve mnou zkoumaném vzorku se mi podařilo vystopovat pouze rodinu jako zdroj pomoci a to ve smyslu poskytnutí pocitu bezpečí a jistoty. Právě bazální pocit jistoty a bezpečí je u lidí s psychózou narušen a proto je potřeba ho znovu budovat. Tato zjištění však budou obtížně zobecnitelná, nejednalo se totiž o reprezentativní vzorek. Jde tedy pouze o sondu do určité malé populace, která prožila psychotickou ataku. K tomu, aby poskytla rodina pocit bezpečí a jistoty, nepotřebuje ani informace, ani spolupráci s odborníky. I v rodinách, které se podle vyprávění o dětství jeví jako nefunkční, se nakonec po propuknutí psychotické ataky tyto mechanismy spustily jakoby automaticky. Rodina nebo alespoň jeden z rodičů zafungoval jako zdroj toho, co pacienti v danou chvíli nejvíce potřebovali. Zajímavým rozšířením by jistě bylo šetření na straně rodičů respondentů, tím bychom získali komplexnější obrázek.

Mnou zkoumaní respondenti až na jednoho (Josef) dobře prospívají v současnosti. Zdaleka ne všichni lidé s touto diagnózou ale žijí tak, jako moji respondenti. Ať už je jejich životní situace jakákoli, ať už mají práci nebo partnera, dalo by se o nich všech říci, že se nemoci nepoddali a bojují s ní – mají přání, sny do budoucna. Jediný respondent, který neplánuje a označuje svůj život za přežívání, je Zdeněk. Ostatní ale jsou se svým životem spokojeni, nebo by ho rádi nějakým konkrétním způsobem změnily tak, aby spokojeni byli. Nevzdávají to. Vzorek je nejenom nereprezentativní, ale i vnitřně velice různorodý – nejedná se o stejnou věkovou skupinu, pohlaví, počet hospitalizací. Jediné, co má respondenty pojí, je zkušenost s psychózou. Jistě je jejich názor na nemoc ovlivněn i dalšími faktory, které nebylo možné zohlednit – počet hospitalizací, doba uplynutí od poslední hospitalizace apod. Jistě by bylo přínosné zopakovat studii s odstupem času, abychom mohli pozorovat, jak se jejich názory na nemoc a pomoc rodiny vyvíjejí.

Důležitá je jistě i otázka, zda jejich názor na roli pomoci rodiny odpovídá realitě. Například Josef uvádí, že mu rodina pomohla hodně duševně. Dal by se však stav, kdy člověk nemá zaměstnání, nemá pravidelný režim dne, označit za údravu? Dle definice z literatury jistě ne.

Jde také o obstání v jistých životních rolích, o začlenění do společnosti. Důležitý je i faktor spokojenosti s daným stavem věcí. Například Zdeněk je se svou situací, kdy žije sám, chodí do zaměstnání, schází se s kamarádem Karlem, ale nemá partnerku, dle svých slov spokojen. Je zde ovšem naprostá absence plánů do budoucna. Hovoří o přežívání. Znamená to tedy, že takový člověk se uzdravil? Jaká je kvalita takového života? Tento problém by jistě stál za další prozkoumání.

Důležitým zjištěním však je, že všichni respondenti uvedli jako nápomocnou po první hospitalizaci svou primární rodinu. Toto zjištění je v souladu se závěry z literatury, kde se uvádí, že většina pacientů si přeje, aby se na jejich léčbě účastnila rodina. Toto přání jistě pramení z důvěry, kterou pacienti ke své rodině mají. Ta by mohla jen těžko existovat, kdyby rodina pacientovi nějak zásadně v minulosti škodila. To jen potvrzuje, že opuštění konceptů schizofrenogenní matky a dvojné vazby bylo krokem správným směrem.

Jistá omezení tohoto výzkumu pramení i z počátečního zájmu o vztahy partnerské, na které byla zaměřena má pozornost při formulaci otázek. Kdybych měla šanci ptát se znovu, jistě bych se podrobněji zajímala o roli rodičů v respondentově životě před propuknutím nemoci a po prožití ataky.

9) Použitá literatura:

- Abel KM., Webb RT., Salmon MP., Wan MW., Appleby L., Prevalence and predictors of parenting outcomes in a cohort of mothers with schizophrenia admitted for joint mother and baby psychiatric care in England. *J Clin Psychiatry*, 2005, ISBN 0160-6689
- Apperson LB, Stinnett PW, Parental factors as reported by patient groups, *J Clin Psychol.*, 1975
- Böhmová Z., O vplyve rodiny z pohľadu pacienta., *Česká a slovenská psychiatrie*, 2002
- Brekke JS., Mathiesen SG., Effects of parentel involvement on the functioning of noninstitutionalized adults with schizophrenia. *Psychiatr Serv.*, 1995, 0160-6689
- Castillo RG, Family patterns of schizophrenic patients seen in the Philippine General Hospital, *Acta Med Philipp.*, ISBN 0001-6071
- Černoušek M., Šílenství v zrcadle dějin, Grada, 1994, ISBN 80-7169-086-4

- Favaretto E., Torresani S., Zimmermann C., Further results of the parental Bonding Insurment (PBI) in an Italian sample of schizophrenic patients and their parents., J Clin Psychol., 2001, ISBN 0021-9762
- Ferriter M., Hubard N., Experiences of parents with a son or daughter suffering from schizophrenia. J Psychiatr Ment Health Nurs., 2003, ISBN 1351-0126
- Foucalut M., Dějiny šílenství, NLN, 1993, ISBN 80-7106-085-2
- Gerace LM., Camilleri D., Ayres L., Sibling perspectives on schizophrenia and the family. Schizophr Bull., 1993, ISBN 0586-7614
- Greenberg JS., Smith MJ., Factors contributing to the quality of sibling relationships for adults with schizophrenia. Psychiatr Serv., 2008, 1075-2730
- Grof S., Dytrych Z., K otázce vlivu rodinného prostředí na vznik a vývoj schizofrenie, Československá psychiatrie, 1963
- Cheek FE, The father of the schiophrenic. The fiction of a pheripheral role, Arch Gen Psychiatry, 1965, 0003-990X
- Chrzová D., 2005, disertační práce, UK v Praze
- Jandourek J., Sociologický slovník, Portál, 2007, ISBN 80-7367-269-3
- Kalina K., Jak žít s psychózou, Portál, 2001, ISBN 80-7178-563-6
- Kalina K., Nexální rodina a vývoj schizofrenie, 5. celostátní symposium o aktuálních otázkách sociální psychiatrie, Kroměříž: Psychiatrická léčebna, 1978.
- Kopelowicz A., Lopez SROV., Zarate R., O'Brien M., Gordon J., Chang J., Gonzalez-Smith V., Expressed emotion and family interactions in Mexican Americans with schizophrenia. J Nerv Ment Dis, 2006, 0022-3018
- Kraus B., Základy sociální pedagogiky, Portál, 2008, ISBN 978-80-7367-383-3
- Kymalainen JA., Weisman de Mamani AG., Expressed emotion, communication deviance, and culture in families of patients with schizophrenia: a review of the literature. Cultur Divers Ethni Minor Psychol., 2008, 1099-9809
- Langmeier J., Krejčířová D., Vývojová psychologie, Grada, 1998, ISBN 978-80-247-1284-0
- Levene JE., Lancee W., Seeman MV., Skinner H., Freeman JS., Family and patient predicors of symptomatic status in schizophrenia. Can J Psychiatry, 2009, 1497-0015
- Lisbeth Sommerbeck, An evaluation of reserch, concepts and experiences pertaining to the universality of CCT and its application in psychiatric settings, Person-centred

psychopathology : a positive psychology of mental health , Ed. by Joseph, Worsley, 2005, ISBN 1-898059-69-1, Ross-on-Wye : PCCS Books

- Malá E., Eckertová J., Problematika sourozenců schizofreniků v rodině., československá psychiatrie, 1990
- Malá E., Výskyt rozštěpu mysli v dětství., Zdravotnické noviny, 1999
- McFarlane WR., Dixon L., Lukens L., Lucksted A., Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature., J Marital Fam Ther., 2003, 0194-472X
- Mishler EG, Families and schizophrenia; an experimental study, Ment Hyg., 1966, 0025-9683
- Motlová L., 2008, Rodina a schizofrenie: sociální a klinické aspekty: habilitační práce : soubor komentovaných publikovaných výsledků, Praha, UK 3. Lékařská fakulta
- Motlová L., Dragomirecká E., Novák T., et al., Schizofrenie a rodina: Mapování názorů, postojů a prožitků jako základ rodinných intervencí., Psychiatrie, 2005
- Motlová L., Dragomirecká E., Španiel F., Šelepová P., Vliv rodinné psychoedukace u schizofrenie na kvalitu života pacientů a jejich příbuzných., Psychiatrie, 2002
- Motlová L., Španiel F., Schizofrenie : jak předejít relapsu, aneb, terapie pro 21. Století, Mladá Fronta, 2011, ISBN 978-80-204-2494-5
- Motlová L., Španiel F., Vaňurová I., Klaschka J., Rodinná psychoedukace u pacientů s první atakou schizofrenie., Psychiatrie, 2001
- Motlová L., Rodinná psychoedukace u schizofrenie : zdravotní a sociální aspekty : disertační práce / , 2007, Hradec Králové
- O'Brien MP., Zinberg JL., Ho L., Rudd A., Kopelowicz A., Daley M., Bearden CE., Cannon TD., Family problem solving interactions and 6-month symptomatic and functional outcomes in youth at ultra-high risk for psychosis and with recent onset psychotic symptoms: a longitudinal study., Schizophr Res., 2009, 0920-9964
- Oliveira AM., Menezes PR., Busatto GF., McGuire PK., Murray RM., Sczufca M., Family context and duration of untreated psychosis (DUP): results from the Sao Paulo Study. Schizophr Res., 2010, 1573-2509
- Onstad S., Skre I., Torgersen S., Kringlen E., Parental representation in twins discordant for schizophrenia. Psychol Med., 1993, 0033-2917
- Rogers C.R., O osobnej moci, 1999, ISBN 80-967980-1-4, Modra : Persona
- Ryan KA., Mothers of adult children with schizophrenia: an ethnographic study. Schizophr Res., 1993, 0920-9964

- Sathyavathi K, Perception of parents by schizophrenics. A consideration of instrumental-expressivity roles., Psychiatry, 1974, 0033-2747
- Schreiber JL., Breier A., Pickar D., Expressed emotion. Trait or state? Br J Psychiatry, 1995, 0007-1250
- Skagerlind L., Perris C., Eisemann M., Perceived parental rearing behaviour in patients with a schizophrenic disorder and its relationship to aspects of the course of the illness., Acta Psychiatr Scand, 1996, 0001-690X
- Slovník psychiatrických termínů, 2005
- Stempelová J., Blusková J., Práce s rodinou, Psychiatria, 1997
- Syřišťová E., Speciální otázky zdravotnické psychologie: psycholog. a psychoterapeutická problematika schizofrenie, 1968, Praha
- Vágnerová M., Základy psychologie, Karolinum, 2004, ISBN 80-246-0841-3
- Vágnerová M., Psychopatologie pro pomáhající profese, Portál, 2004b, ISBN 80-717-8802-3
- Valone K, Norton JP, Goldstein MJ, Doane JA, Parental expressed emotion and affective style in an adolescent sample at risk for schizophrenia spectrum disorders., J Abnorm Psychol., 1983, 0021-843X
- Watzlawick J., 1999, Pragmatika lidské komunikace : interakční vzorce, patologie a paradoxy, Hradec Králové : Konfrontace, ISBN 80-860-8804-9
- Wichstrom L., Holte A., Fusion in the parent relationship of schizophrenics. Psychiatry, 1995, 0033-2747
- Wichstrom L., Holte A., Reciprocated self-disqualification among parents of schizophrenics., Acta Psychiatr Scand, 1992, 001-690X
- Willis MJ, The impact of schizophrenia on families: one mother's point of view. Schizophr Bull., 1982,
- www.uzis.cz

10) Přílohy:

Rozhovor jedna (Petr)

Takže rozhovor číslo jedna.

Jo.

Seš úplně první.

Ty jich děláš víc?

No se šesti lidma musim udělat rozhovor.

Fakt jo?

Hm.

Budeš porovnávat, jo?

Budu analyzovat, hledat nějaký souvislosti a tak

Aha

Tak tady mám napsaný ty votázky, abych věděla, co ti mám říkat. Tak nejdřív bych se Tě zeptala na dětství, mládí, dospívání a takovej věk. Tak jestli bys mi řek, jaký to bylo, když jsi chodil do školy.

Hmmm

Jako třeba základka, střední, jak chceš, prostě něco z té doby. Jaký to pro Tebe bylo, když jsi chodil na ty školy prostě.

No jako ve škole, jako konkrétně ve škole se mi moc nelíbilo, tam sem nebyl moc šťastnej.

Byl sem spíš uzavřenej prostě jako že sem se moc neprojevoval. Vobčas jo, ale mi jako vadila mi větší společnost, že sem takovej introvertní.

A to bylo stejný na té základce i na té střední škole?

No, na té střední už se to lepšilo, že sem se jako votrkal, sem si našel kamarády a tohleto, ale jakoby měl sem to v sobě pořád no, tenhleto jako ten ostych.

No to sem se Tě právě chtěla zeptat, jestli si měl nějakýho blízkyho kamaráda nebo kamarádku.

Jo jo, měl. Měl. Sem dycky měl jednoho dva kamarády jako ale zase dobrý, se kterýma sem dělal spoustu věcí a tak jako že sem se docela bavil. Ve škole sem teda občas trpěl, ale jinak jako soukromě ve volnym čase sem kamarády měl a (nesrozumitelné) to sem byl aktivní.

Mhm

A jestli bys mi řek která nebo nákou nejhezčí vzpomínku z dětství. Jednu.

Nejhezčí vzpomínku z dětství?

Hm

Platonická láska do jedný kamarádky, nebo do jedný spolužačky. A pak to bylo cestování.

Když jsme jezdili s rodičema, oni trénovali basketbal, tak sme jezdili hodně do zahraničí, tak sem jezdil s nima a to cestování mě bavilo. Cesta do Itálie autobusem na přední sedačce, to si pamatuju doteďka.

Tak a teďkonc bych se Tě zeptala na něco o té nemoci.

No

Kdy kdy ta nemoc u Tebe propukla?

Kdy? Ve třiatřiceti letech. Tejdén před narozeninami.

A co tomu předcházelo?

No, předcházelo t.. ono je to těžký říct. Byl sem v zahraničí, pracovně, s jednou kamarádkou a to je na dlouhý vyprávění. Chceš to popsat, jo?

No.

No přecházelo tomu cesta do zahraničí, vlastně s kamarádkou, kterou sem zas tak dobře neznal, no a bylo to jakoby velký pracovní zatížení, abych to shrnul nějak, pak neshody s tou kamarádkou, protože jak sme byli v tý těžký situaci se vo sebe postarat sami v zahraničí, tak sme si přestali úplně rozumět, že to nebylo takový, jak sme si mysleli ze začátku, takže ten náš vztah byl trošku jako vyhrocenej, vlastně po celou tu dobu asi po pěti pět měsíců to trvalo než se než se mi spustila ta ataka. No, takže hodně práce, napětí napětí vlastně i v soukromí, no a v mym případě to byli ještě ještě jointy.

Hm. Takže takhle bys to nějak popsal.

No. A jako špatně jsme se stravovali, protože nebyl moc čas jako kolikrát sme nejedli a pracovali celej den a bylo to tak, že sme přišli domu a padli sme úplně a takhle to jako jelo v podstatě celejch těch pět měsíců, že to bylo jako vyčerpání organismu, velkej stres, tak.

No, a teď jestli bys mi řek, jaká byla pro Tebe ta hospitalizace, jestli bys vo ní něco moh říct.

No tak, hospitalizace že jo byla jako nedobrovolná a já sem nevěděl, že že se se mnou děje něco špatnýho, já sem prostě žil v těch bludech, a byl sem přesvědčenej o nějakých věcech, kterejm sem věřil. No, hodně dlouho sem nevěděl, prostě proč mě jakoby zavřeli, co po mě chtěj, kde sem , a konstruoval sem si různý vize takže to pro mě bylo docela náročný jako. Velkej zmatek a tak a pak sem jako, trvalo to asi deset dní nebo jak dlouho než sem teda pochopil, že sem zavřenej v léčebně, že se jedná o nějakej psychickej problém a tak, takže sem celou dobu prostě žil v nějakých úplně jinejch představách. Vo to to bylo silnější, ale nicméně, jako ta péče v tom H... byla daleko na lepší úrovni a nepoznamenala mě tak, jako následná hospitalizace potom v B.. Tam to sem si prožil peklo.

A to už si vlastně věděl, že seš hospitalizovanej, věděl si, proč tam seš, co se s Tebou děje, a přesto to bylo horší než v tom H...

No, nevěděl sem přesně diagnózu, co to je, protože voni to možná řekli mejm rodičům, v tom H... nebo známejm, ale já sem jako furt nevěděl, vo co de, co se to se mnou jakoby stalo. Což mi teda vysvětlili až v těch B..., no ale, protože k těm B... sem přišel jakoby takovej stabilizovanej, jako že sem neměl už ty akutní nějaký příznaky a tam sem se dostal do strašný jako deprese a celkově mě to nějak jako nesedlo. Ten přístup a tak. Ale až až v Čechách sem se seznámil co je to psychóza a takhle. Tam mi to jakoby všechno teprve došlo.

No a jak by si řek, že ta nemoc, nebo že ta Tvoje zkušenost s tou nemocí změnila Tvůj život? Hm, no úplně no. Úplně mi ho převrátila naruby, a že ho vykolejila prostě pracovně, sociálně, a dost mi jako sebrala sebevědomí jako moc mi to nedalo, ale teď se jako vyhrabávám z toho nejhoršího a možná mě to že na to za pár let budu vzpomínat jako jako že to třeba bylo k něčemu dobrý, že sem se zbavil svezch zzz, jedný závislosti díky tomu prostě a trochu sem začal žít jiným způsobem no. Jestli se mi povede nějak se z toho vyhrabat a postavit se pořádně na nohy, tak to třeba k něčemu bude, ale zatím sem furt dost jako vykolejenej z toho. A v tý době, když si když probíhala ta ataka tak byl někdo, třeba třeba i z těch doktorů nebo ze sester z personálu v tý nemocnici nebo tak, kdo jako byl pro Tebe jako oporou? Nebo kdo by si řek, že Ti nějak jako pomoh? Třeba i v tom H... nebo i pak tady? I ze spolupacientů nebo nevim prostě někdo, potkals v tý době někoho, kdo bys řek, že Ti nějak pomoh?

No jezdila tam za mnou jedna pani, co sme jí uklízeli v tom H... byt ale jako stali sme se přáteli a ona se tam o mě jakoby starala prostě, když sem byl hospitalizovanej, tak za mnou jezdila jako že mě finančně podporovala a jako duševně hodně, stála při mně, že sem tam nebyl úplně izolovanej protože sem byl v cizí zemi že jo prostě sám jako úplně v neznámym prostředí takže ty mě jako docela podrželi hodně zásadně a jinak ten personál byl příjemnej jako v tom H..., i když to nebylo zas tak osobní, ale nicméně jako profesionální.

Co třeba psycholog nějakej, byl tam nějakej psycholog?

Ne. Jako určitě tam asi byl, ale se mnou jako neprováděli nějaký konzultace, akorát psychiatr tam docházel, tak ten mi jenom jako v nákejch takových náznakách jako vysvětloval, že co se se mnou děje a tak, protože sem měl pocit že jako v psychóze sem si myslel, že sem jako nemocnej fyzicky, že prostě brzo umřu a von mi vysvětloval, že to prostě se mi jenom zdá že moje problémy sou jakoby psychickýho rázu. No asi takhle no. No a v těch B..., našel sem si tam kamaráda, s kterym se vídám doted'ka, kterej mě podržel a kterej mě drží doted'ka. Takže a kdybys měl teda říct, kdo Ti pomoh po tý atace, když Tě pustili už? Tak kdo byl pro Tebe nákej blížkej člověk, jestli někdo takovej byl, kterej Ti pomoh trochu se zas vrátit do toho starýho života?

Rodiče, ty nejvíc, pak ta kamarádka, se kterou sem byl v tom H... a vlastně pár přátel, který mi zůstali i po tom, co se mi tohle stalo tak mě držej, pomáhaj mi hodně. A hodně mi pomohla hodně mi pomohla skupina, kterou jsem absolvoval na O...

A v čem by si řek, že Ti pomáhali tyhle lidi jako konkrétně?

No že prostě sem měl jakoby problémy jít třeba mezi lidi nebo nějakym způsobem začít jako se vůbec jako znova zorientovat v životě, že mě jakoby provázeli, podporovali mě a tak, že mi dávali nějakou šanci, že mi věřej, že se z toho vyhrabu (nesrozumitelně)

No a když se teda přesuneme od té nemoci do toho, jak je ten život teď, tak jak bys mi popsal svůj všední den?

No, všední den? No tak, ráno vstanu, dám si kafe a cigáro.

(smích) To máme všichni stejný.

Proberu se, začal sem trochu cvičit, takže si udělám pár kliků a sklapovačky, protože mi roste břicho po práškách, no, seberu se, du do práce, tam si to vodpracuju, pak pak podle situace, pak du někam na voběd nebo si udělám jídlo sám, sejdu se s kamarádem nebo s přítelkyní, snažim se chodit někam mezi lidi, buď do kina nebo za nějakou kulturou, už jako sem tohleto překonal, takže celkem celkem jakoby běžnej běžnej režim no. POčas se snažim číst.

A jak si teda teď kon řek, tak když někdy s partnerkou, takže pravděpodobně máš partnerku? Jo.

A si s tou situací spokojenej?

NO, jak sem říkal, že sem jako dost rozhozenej a voslabenej díky tomu té nemoci nebo té zkušenosti takže mám jakoby velkej problém nejistoty v partnerství, že si málo věřim, že prostě si nejsem ještě jistej, jestli zvládnou zátěžovou práci, vydělávat peníze, starat se jako třeba vo rodinu nebo tohle, takže mám vztah, ale dost dlouho se jako víceméně udržuje jenom tak jako spíš chození, než že bych to bral úplně vážně, protože sem se bál pustit se do velkej zodpovědnosti, že sem si sám sebou nebyl jistej. Se to pomalinku lepší, takže už se odhodlávám k tomu, že bysme spolu bydleli s přítelkyní, že by to nějak mohlo vyjít.

Takže bys řek, nebo já Ti nechci vkládat slova do úst, tak... když to vezmeš po té citový stránce, tak je to třeba teď tak že je to nějakým způsobem jiný než to bylo než si onemocněl? Po té citový stránce? Jestli mi rozumíš, co se ptám.

Jasně, jasně. Těžko říct, určitě sem opatrnější, no a podle toho se taky chovám no. Sem měl taky obavy, jestli se prostě dokážu jako zamilovat, nebo ne, že sem byl takovej jako emocionálně otupenej docela, ale teď se to lepší.

A čím to je?

Že mám lepší práci, že si začínám víc věřit a že jakoby začínám mít víc těch aktivit a takže už to nevidím všechno tak černě asi.

Tak a ještě mi tak jako něco řekni o tom vašem vztahu, co mys mi tak jako chtěl říct, já nevím, jestli chceš jako vyprávět něco, jak to proběhlo jak to bylo, jak to je, nebo jestli mi chceš já nevím říct něco přesně vo tom vašem vztahu jak je nebo nebo prostě něco vo tom vašem vztahu třeba co tě napadne, co ti přijde důležitý.

Že sem hodně dlouho přemýšlel nad tím, jestli vůbec budu schopnej se vo partnerku postarat a bejt jakoby díky té nemoci, depresím a tím nepříjemným psychickým stavem, kterej sem měl,

jestli budu schopnej vůbec partnersky fungovat, jestli se mám do něčeho takovýho pouštět, do vážnýho vztahu a tak. Sem si prošel obdobím úplnejch pochybností vo všem a no a díky tomu sem jako tak dlouho prostě váhal v tomhleto našem vztahu, jestli bysme i třeba začali spolu bydlet, že sem to jako furt se snažil brát jakoby nezávazně nebo se voťukávat (nesrozumitelné) s tou partnerkou. MYslim, že snad to bude lepší, nevim, co bych k tomu řek. Dobře, dobře.

Je něco, co by si chtěl na svym životě změnit?

Na svym životě, no určitě bych si chtěl najít časem jako dobrou práci, jakože teďka nemám špatnou práci, ale chtělbych víc placenou na plnej úvazek, no a zbavit se různých obav o budoucnost a tak, nějakym způsobem na sobě zapracovat a získat zpátky sebevědomí. To asi nejvíc no.

No a jak vidíš ten svůj život do budoucna?

No, furt ještě nevim jako moc...

S tou partnerkou?

No celkově, celkově nevim. Ale chtěl bych, jak říkám no, jako ještě prostě nějak získat větší sebevědomí, jistotu, a najít si normální práci a začít v podstatě normální život partnerskej a mít rodinu jednou. Což je asi to nejtěžší v životě, co mě čeká no. Rodičovství.

A je něco vo čem sníš? Po čem jako toužíš, nebo na co se třeba i těšíš, že se to jednou stane?

Po čem toužim? No, chtěl bych harmonickejš vztah, lásku, a práci, rodinu. Úplně běžný věci.

Tak jo, tak já Ti děkuju.

To je všechno?

Všechno.

Rozhovor dva (Josef)

Tak, tak já se začnu ptát, jo?

Dobře.

Tak. Tak nejdřív bych se tě chtěla zeptat na takovej ten věk jako mládí, dětství, dospívání a tak, tak jestli bys mi moh říct, jaký to bylo, když jsi chodil do školy, pro Tebe.

Do školy to bylo dobrý, ale na základní škole sem v druhym... prvnim stupni chodil na klasickou základní školu, druhejš stupeň sportovní škola. Sme tam byli namíchaný, kluci děvčata. No a na střední škole jako tam byli převážně byli sme prakticky třída, kde byli samý kluci. Takže to bylo komplikovaný s tím, že sme dva roky trávili v Č..., dva roky v K..., ale kam kams směřovala tu otázku jaký...

Jaký to bylo v tý škole pro Tebe, když jsi tam chodil.

No, cejtíl sem, pocit'oval sem, že mi stále něco chybí jako. Už v dětství jako. Nebo já mám takovej dojem, že sem rád, že už sem teďka dospělej, že už ten život je vo něčem jinym, než jako ten život je teďka takovej bohatší, intenzivnější.

A když si chodil do tý školy měl jsi nějakýho blízkyho kamaráda nebo kamarádku?

No, na základní škole sem v podstatě nějakýho blízkyho kamaráda neměl, ale na střední škole už jo. Nebudu tady říkat jeho jméno, ale velice jsme si rozuměli a byl to můj blízkej kamarád a kolikrát mě i podržel psychicky jako.

No a jaká je Tvoje nejhezčí vzpomínka z dětství?

Nejhezčí vzpomínka z dětství... Asi když když sem se dostal na střední školu, přijímačky když sem udělal, ale jinak z dětství hezký vzpomínky... Já měl takový to dětství spíš pracovní. To je právě možná ten svár u nás v rodině, že táta totiž nestmeloval rodinu, ale prostě sme jezdili na víkend pravidelně k dědovi a k babičce na ... tam sme prožívali ten víkend pravidelně pracovní.

Takže to není moc hezká vzpomínka?

No právě jako byly tam i hezký chvíle, ale bylo to teda dost náročný, protože sme v pátek hodili tašky do kouta, jeli sme vlakem k babičce k dědovi, oni měli hospodářství, několik hektarů, takže . Pak sme v neděli se večer vraceli a mámě to jako byla z toho špatná že jako prostě brala to jako rozvrácení rodiny místo ztmelování.

Tak a teď teď bysme se přesunuli k tý nemoci. Kdy ta Tvoje nemoc propukla?

Moje nemoc propukla přibližně v roce 1996, 1997.

A to Ti bylo kolik?

To mi bylo kolem dvacíti, dvacíti dvou let tak asi přibližně.

A co bys řek, že tomu předcházelo, tomu propuknutí?

Předcházelo tomu to, že sem asi zřejmě já to nevím do dneška jako proč to přesně vypuklo, ale zřejmě jsem si toho nabral na svý bedra až příliš mnoho, staral sem se vo 98 letou babičku, chodil sem vážet z J... ú... v L... ty děcka, a pak sem ještě zpíval v K..., souboru vysokoškolskym, a jetšě to studium a táta na mě tlačil, abych měl hotový zkoušky, prostě nějak ta psychika, podpořená tím, že sem se špatně stravoval tři dny, a tak už pak ta psychika se nějak rozjela nesprávnym směrem.

Teďkon bych se Tě zeptala, když si byl hospitalizovanej, jaký to bylo, jestli bys moh říct něco vo tý hospitalizaci.

No tak právě to beru velice jako pozitivně jak v B... tak hlavně se mi líbilo velice v H..., tam byli velice příjemný i pan doktor N... který nás měl na starosti tak jakoby vycházel nám jako vstříc a bylo vidět, že že prostě s náma soucítí a že nám chce pomoci, že nám tam chtěj

pomocť. Takže to beru pozitivně tu hospitalizaci. Byl sem dvakrát hospitalizovanej, co se týče tý duševní nemoci onemocnění, první teda hospitalizace byla asi měsíc nebo šest týdnů v B..., já teďka si matně vzpomínám, ale jo, no prostě z B... mě pře..., jelikož mám měl sem trvalý bydliště v K..., tak mě převedeli převedeli mě do H..., kde spádově sem tam spadal. Tam to bylo takový lepší, takový uvolněnější, tady v B... (nesrozumitelné) a tam to bylo ten režim byl trochu tvrdší takovej, ale v mezích normy, arteterapie a takový věci. Nevzpomínám na to zle, měl sem tam i kamarády a kamarádky.

No jak by si řek, že ta zkušenost s tou nemocí změnila Tvůj život?

NO, jak změnila můj život, já bych řek, že spíš pozitivně ho změnila. Já sem si všeho vždycky vážil, ale teďka si všeho daleko víc vážim než dřív jako, takže to je ten pozitivní dopad.

A když si byl v nemocnici, tak byl tam někdo třeba z personálu, třeba nějakej doktor nebo sestra, ktewreý by si řek, že Ti pomohli, abys to zvládnul?

No já už sem tady jmenoval pan doktor N... v H..., a pak sestřička G... na ní mám hezký vzpomínky. Tam si pamatuju i probíhaly masáže, sme se ve skupině vzájemně masírovali, to bylo velice příjemný, učili nás asertivitě, no tak na to mám hezký vzpomínky. Svým způsobem.

A Ty si taky zmiňoval, že si měl v tý nemocnici nějaký kamarády, tak ty Ti taky pomohli? Kamarádi, no psychicky mi určitě taky pomohli no ale jak sem byl v H... to bylo trochu poznamenaný trochu negativní událostí (nesrozumitelné) v New Yorku.

Jo, že bylo to 11. Zářít.

No a já sem měl měl první lásku svojí, která odjela do Ameriky za rodičema a za prací, takže trošku možná to podvědomí taky pracovala, jestli nebyla zrovna tam na tom místě, kde se to odehrálo, ale tomu bych nepřikládal takovej důraz. Mám na ty hospitalizace hlavně hezký vzpomínky.

No a teďkonc jakej je ten život teď. Nebo počkej ještě se zeptám, když teda Tě propustili z nemocnice, tak kdo Ti pomáhal to zvládnout?

No tak nejvíc rodiče, táta s mámou.

A v čem konkrétně Ti pomáhali? Bys řek?

No,se o mě starali jako svým způsobem, no a co se týče stravy a tak všechno, tehdy sem ještě nebral důchod, takže mě zajišťovali finančně i psychicky mě podporovali.

No a teď když se teda zeptám na ten život teď, jak bys mi popsal, že vypadá Tvůj všední den? Všední den, no tak můj všední den? No, to právě nemám ještě dotažený do konce zatím ten všední den vypadá asi tak, že jako je takovej stereotyp určitej, když nejsem někde mimo Prahu tak to je denně cestování metrem, mně to moc dvakrát nesvědčí no a v podstatě takovej

bych řek život nenaplněnej svým způsobem, že by to chtělo ještě dotáhnout do konce prostě buďto si najít nějakou práci nebo, sice já pracuju v tom M... jako neziskový organizaci jako dobrovolník, ale to je jenom příležitostně a vobčas chodim na koncert jako, ale to mám jenom nedotažený do konce. Ten denní režim dne.

A v čem teda spočívá ten stereotyp?

Nejvíc mě štve to metro, že denně musim jezdit metrem.

A kam jezdíš metrem?

Většinou třeba na oběd jezdím metrem na K... do G..., nebo na nákup že jo, prostě určitěj druh jako prázdnoty cejtím jako. Nedává mi ten život, co by mi měl dávat jako.

No a máš partnerku?

No, tak na tom už pracuju delší dobu.

(smích)

A jako právě že sem si nějak v poslední době přestal věřit. A sice snažim se bejt aktivní svým způsobem, ale ale nejsem v tom úspěšnej.

Takže nemáš partnerku.

Nemám.

A seš s tím spokojenej, že ji nemáš?

Samozřejmě sem s tím nespokojenej. A to právě souvisí po celej život to je tak má bejt to je přirozený, že člověk touží po tom druhym pohlaví, nebo jak to mám, prostě že touží, aby došel určitýho naplnění v životě, vztah aby prožil nějakěj. Aby ho ten vztah naplňoval, aby nebyly konflikty v tom vztahu jenom.

A když teda nemáš tu partnerku, máš ve svém životě někoho hodně blízkyho, vo kom bys mi moh třeba něco povyprávět?

No, nejbližší sou mi zatím rodiče a sestra s rodinou, synovcové, ale máma a táta by si to nepřáli, abych vyprávěl za jejich zády bez nich no a o někom povyprávět? Já musim tady vyzdvihnout, že jako já se snažim žít, když teda nemám partnerku, tak aspoň se snažim žít ve spojení s Bohem. Takže mě hodně drží nad vodou ta víra, takže muj kamarád je Bůh, svým způsobem teďka.

A nezměnila to ta hospitalizace?

Hospitalizace? No..

Jestli to třeba neoslabilo Tvoji víru.

Určitě neoslabilo, spíš ta hospitalizace jak sem byl jednou na propustce domů, jak mě pustili domů, z H..., tak mám takovou hezkou vzpomínku, že sem se díval o víkendu na nějakěj romantickej film a prostě mě to vzbudilo to ve mně naději určitou, že bych si třeba moh

někoho najít a to i sestřička G... říkala, že se taky dívala na ten film, prostě ta naděje je důležitá strašně pro toho duševně nemocného člověka.

No a je něco, co by si chtěl na svém životě změnit?

No určitě ten denní režim.

Aby tam byl nějaká pravidelnost, nějaký řád?

Asi tak.

No a jak vidíš svůj život do budoucna, co si představuješ?

Tak já mám představu, že bych začal dvě tři čtyři hodiny pracovat někde a já sem dělal teda v M..., ale to už tam už bych se nechtěl vrátit spíš, něco teda s lidma, ale nebo hudba, ale tak.

A je něco vo čem sníš, po čem toužíš, na co se třeba těšíš i ve vzdálený budoucnosti?

Já bych stál kdybych spíš tady vyzved jednu myšlenku: já v poslední době dost rozjímám o smrti třeba svejch rodičů nebo vlastní smrti a jako na to se naopak netěším, to mě tíží jako a že mámě je 65, tátovi 71, a prostě naději takovou vnitřní že cejtim že teda bych si k sobě konečně někoho našel, ale to je to pozitivní, ale potřebuju jako víc si plánovat budoucnost. Tak to je asi všechno, tak děkuju.

Rozhovor tři (Zdeněk)

Tak. Tak já se začnu ptát jo?

Jo jo.

Tak nejdřív bych se Tě chtěla zeptat na něco o Tvym dětství a tak. Tak nejdřív jestli bys mi moh říct, jaký to bylo, když si chodil do školy.

Docela v pohodě.

Jo?

No, do čtvrtý třídy sem měl samý jedničky no. Pátá, šestá ještě to šlo, sedmá osmá to už bylo trošku horší, měl sem problémy s matematikou, no a střední škola první dva roky sem zvládal docela dobře, ale pak třetí čtvrtý už moc ne. Jestli to stačí nebo?

No jasně a měl si nějakýho blízkyho kamaráda nebo kamarádku?

Měl, měl, měl, bratrance.

A kdybys mi moh říct, jaká je Tvoje nejhezčí vzpomínka z dětství?

No dobrý vzpomínky mám na to, na čas, kterej sem strávil s mym dědou a s mojí babičkou.

My sme jezdili do Ú..., oni tam bydleli, tak si pro mě jezdili do Č... takže asi jako tak no.

No a teď bych se Tě něco zeptala vo tý nemoci. Kdy ta nemoc u Tebe propukla?

Já si nejsem tak úplně jistej, ale myslím, že už sem to měl dřív, akorát sme vo tom nevěděli, že to je ta nemoc. Já nevím, možná trošku na střední škole, vojnu sem měl teda v pohodě, pak teda kolem toho roku 2002, 2003.

A to Ti teda bylo kolik?

Ty brd'o, to mi bylo. Osumdesátej devátej ročník, takže 26, ne 24. 24.

Takže když to takhle nedokážeš úplně určit, tak asi bys nedokázal říct, co tomu předcházelo?

Já myslím, že to nastartovalo, to byla ta éra, když sem hulil, takže si myslím, že tohleto k tomu přispělo asi nejvyšší měrou.

A jestli bys mi moh říct něco vo hospitalizaci, jaký to pro Tebe bylo?

No tak, první jako to bylo šok. Protože já sem bydlel v azylovym domě, já sem se snažil zvednout z toho bezdomovectví a tohle prostě trošku, takže to bylo ten začátek byl teda jako nedobrovolná hospitalizace, mě přivezli policajti kvůli konfliktu v tom azylovym domě, víš? No, takže jako pak sem si trošku zvyk, pak sem dal revers, ještě ten den sem se vrátil, takhle no.

Jak ta zkušenost s tou nemocí změnila Tvůj život?

Nepiju, nehulim, takhle no. A bydlím no.

Byl v tý době, když si byl hospitalizovanej, třeba v tý nemocnici někdo, kdo Ti pomáhal tu nemoc zvládnout?

Máma. Jezdila za mnou třikrát v tejdnu, pomáhala mi i materiálně.

Takže Ti asi pomáhala i potom, co Tě propustili?

Taky.

A ještě byl někdo další, kdo Ti pomáhal po tom propuštění?

No tak já myslím, že můžu říct, že Karel. I sme si vo tý nemoci povídali a takhle. Takže jako takhle no.

A dokázal bys říct, Tys to jako říkal že ste si povídali vo tý nemoci, ale říct v čem úplně konkrétně byla ta pomoc, co pro Tebe bylo nejdůležitější?

My tak nějak sme si oblíbili chodit na kafe ke mně nebo pak pozdějc i ke Karlovi . Takhle no, prostě společnost. Protože Karel měl v tý době taky problémy, tak sme si vo tom povídali, navzájem sme si radili a podporovali. Máma tam hrála taky roli, měla starost a todle.

No a teď konc bych se Tě zeptala na to, jakej je ten život teď. Tak jak vypadá Tvůj všední den?

No tak teďka zrovna sem jako marodil. Takže můj všední den vypadal tak, že sem se vyspal třeba do jedný, pak sem si dal kafe, pak sem se sešel s Karlem, dali sme procházku nebo kafe, takže jako v podstatě takhle, a když jako chodim do práce, tak jdu ráno do práce.

A máš partnerku?

Ne.

A si s tím spokojenej?

Jo.

Jo?

A máš v životě někoho hodně blízkýho, když to teda není ta partnerka, ale někoho, kdo by si řek, že je Ti hodně blízký?

Tak asi máma, ségra a Karel.

No a je něco, co by si chtěl na svém životě změnit?

Nemám nějaký cíle. Teď je to takový přežívání.

Přežívání. A jak vidíš svůj život do budoucna?

Abych pravdu řek, tak moc neplánuju. Neplánuju, takže spíš řeším, když se něco naskytně, v danou chvíli, když něco přijde.

No a je třeba ale stejně něco, na co se těšíš, o čem sníš, nebo po čem toužíš nebo tak?

(nesrozumitelné) jinak v podstatě jako takový že se to, možná sním vo tom, že ty rodinný vztahy by se mohly zlepšit prostě jo. Kdyby sme se prostě stýkali pravidelně i s otcem jako takže asi takhle.

No, tak to je všechno. Tak děkuju.

Rozhovor čtyři (Karolína)

Tak nejdřív bych se Tě chtěla zeptat na něco o Tvym dětství, mládí, dospívání a tak. Takže první otázka jaký to bylo ve škole pro Tebe?

Já sem chodila v I... do školky, takže v Praze to bylo pro mě strašně těžký ve škole, protože sem nerozuměla, teprve sem se učila česky a nerozuměla sem ani hrám, co hrály. A bylo mi z toho blbě.

A měla si nějakou kamarádku nebo kamaráda blízkou?

Měla sem kamarádky teda kamarádku, ale nebylo to tak blízký. Necítila sem ani jednu blízkou kamarádku.

A jaká je Tvoje nejhezčí vzpomínka z dětství?

Moje nejhezčí vzpomínka je asi s tátou.

Když si byla s tátou.

A teďkonc něco vo tý nepříjemný části vo tý nemoci. Tak kdy ta nemoc u Tebe propukla?

V jakym věku?

Ve čtrnácti, bylo mi skoro patnáct let. Takhle: v patnácti letech to propuklo úplně, ale začalo to už ve čtrnácti letech.

No a co tomu předcházelo, jestli to dokážeš takhle popsat, co si myslíš, že tomu předcházelo? No hlavně rodina, že se naši rozvedli, potom, že sem se dala do špatný party, hulila sem trávu a to je všechno.

A jestli bys mi mohla říct něco vo hospitalizaci, jak si jí prožívala, jaký to pro Tebe bylo? Bylo to příšerný byla sem na čísle, na pavilonu ..., byly tam i děcka a já jelikož sem propadla v devítce, protože sem šla že jo ta nemoc, tak sem tam dodělávala i základku, takže sem tam byla půl roku hospitalizovaná s nemocí a skoro celej rok hospitalizovaná s tím, že sem tam docházela školu. Muselo se tam vytírat, když sem se tam dusila při jídle, tak nikdo nic neudělal nebo tak, takže hrozný no.

A jak změnila ta nemoc Tvůj život?

Hodně. Změnila to v to, že sem pořád v depresi.

A když si byla hospitalizovaná, byl někdo, kdo Ti pomoh třeba někdo blízký nebo nebo v tý nemocnici někdo nebo tak?

Máma. Jediná.

A po tý hospitalizaci?

Máma.

No a teďkonc jaký je Tvůj život teď bych se Tě zeptala. Tak jestli bys mi mohla popsat svůj všední den?

Můj všední den je to, že zaprvý teď nechodim do práce, mám neschopenku, takže všední den je, že ráno vstanu, jdu se psem ven, odpoledne někam bud' jedu nebo mám prostě nějaký vyřizování s doktorka, nebo sem prostě doma.

A máš partnera?

Mám možná.

Jak to?

Protože se to zvirtlo teďkon no. Takže asi spíš mám.

A seš s tím spokojená?

Sem spokojená.

Tak mi něco řekni o tom vašem vztahu.

No, nejsem spokojená. (smích) Ne, protože teďkon vo víkendu se to zvirtlo víš? A to nechci říkat do toho.

Tak to neříkej. Ale tak něco vo tom vašem vztahu jak byl dřív.

Super, super vztah. Žádněj jinej lepší sem nezažila, protože to je můj první. To je všechno.

No a je něco, co bys chtěla na svém životě změnit?

No, chtěla bych změnit svůj charakter. To jde těžko a chtěla bych změnit to, abych nebyla líná (smích)

A jak vidíš svůj život do budoucna?

Zatím to vidím tak, že budu dělat školu, budu chodit na kurz angličtiny a dál už to nevidím.

A máš něco, o čem sníš, nebo po čem toužíš, na co se třeba ve vzdálené budoucnosti těšíš?

Na rodinu a na tátu, kterej přijede za dva tři měsíce.

Tak to je asi všechno. Děkuju.

Rozhovor pět (Ivo)

Nejdřív bych se Tě zeptala na takovej věk jako mládí, dospívání, dětství a takovejhle věk. Takže první otázka by byla, jaký to bylo pro Tebe ve škole?

No, tak ve škole, to záleží ... Na prvním stupni jsem už měl velké problémy, byl sem prvně v Č... škole asi půl roku pro normální děti, tam mě vyhodili kvůli chování, že sem tam rozbil věci, napadal sem spolužáky a podobně, měl sem velké problémy. Tam sem to dělal asi půl roku, pak sem šel do zvláštní školy někde na B..., tam sem byl zhruba rok a půl, v nějaký zvláštní třídě, tam sem byl relativně suverénně nejchytřejší, takže mě to ani moc nebavilo a tak, pak sem zkusil jít teda do normální školy, někdy do třetí třídy, no a šel sem do třídy dyslektiků, tam sem se taky strašně nudil, tam to bylo pro mě nudný, takže ve čtvrtý sem šel do úplně normální jakoby. I když tam to byla třída hodně špatná, kam chodili lidi ze zvláštních škol a podobně. Tam mě hodně lidi šikanovali, votravovali, napadali a podobně, i fyzicky, že mě někdo vobčas zmlátil a tak. Měl sem tam hodně problémů prostě s dětma, no a potom sem se postupně naučil prát, někdy v šestý sedmý třídě sem zase já napadal ty ostatní, hodně sem se rval prostě i sem měl kamarády různý zloděje, kriminálníky, s těma sem různě vykrádal věci, obchody občas a občas sme třeba vykradli i kabinet učitelkám, protože jeden kluk měl klíče vod kabinetu no a tak různě no. Tak já nevím, moc veselý to pro mě nebylo no. Nejtěžší bylo pro mě naučit se prát, protože ze začátku to bylo tak, že jeden kluk si mě vybral a tím jak každý den já sem mu prostě nedokázal dát ránu. Pak sem se naštvál, dal sem mu ránu přímo do nosu, zlomil sem mu nos prostě a od té doby sem měl trochu respekt. To sem zase já šikanoval ty ostatní, mladší děti teda i starší skoro všechny, no. Chodil sem na takewondo, i sem trošku boxoval, pravidelně sem se pral, takže sem měl docela respekt z té školy. Já nevím, co dál. Učení mi jako docela šlo, nikdy sem jako by nepropadal nic, měl sem dvojky trojky, i když sem se vůbec neučil, no já nevím.

Co střední škola?

Ještě tu základní. Na základní škole sem začal trošku pít alkohol, hrát automaty, někdy v šestý třídě, to mi dávala peníze hlavně babička, i když vobčas sem si jako by něco sehnal vod těch kamarádů, ňáký čórky a tak, takže sem chodil pravidelně do G... hrát různé hry, pak sem začal hrát automaty někdy v sedmý třídě, prostě bylo mi ňákejch dvanáct, ale vypadal sem na osmnáct, na dvacet, takže mě ani nevyhodili nikde. Začal sem pít prakticky v těch dvanácti u dědy na chatě, ten mi dával pravidelně alkohol, pivo a podobně no a pak sem popíjel i na základce, kdy sem bral makarady do hospody, měl sem relativně dost peněz, z různých jakoby obchodů a od babičky taky ta mi dávala prachy za různé věci, ani nechci říkat jaký, takže v sedmý třídě sem měl já nevím tejdě třeba vokolo tisícovky i víc někdy, takže sem se chodil různě bavit, chlastat a podobně, dělal sem průsery, měl sem dvojky trojky z chování a tak podobně no. Takže to byla základní škola asi tak. Ve zkratce no. I sem byl na pohovoru u psychiatra jako kvůli pití, tam byly náznaky, abych se léčil, nebo abych s tím něco dělal. Já sem na to pochopitelně kašlal, bylo mi to jedno v té době. Takže to je základní škola no. Střední, tak to sem se dostal náhodou na gymnázium, gymnázium P..., tam sem chodil tak dvakrát tejdě, moc sem se neučil, kašlal sem na to a prolízal sem jen tak tak s trojkama se čtyřkama, moc kamarádů sem neměl, byl sem hodně jinej než ostatní. Byl sem hodně takovej konfliktní prostě a chodil sem do školy vožralej pravidelně, vždycky, když sem tam přišel skoro, měl sem s sebou vždycky flašku rumu nebo něčeho, no, hodně sem ty spolužáky taky votravoval, šikanoval a podobně, potom sem teda s jedním klukem začal chodit do hospody, popíjet do noci, to bylo docela fajn. Začal sem taky chodit různě do bordelů, za holkama a tak, pravidelně tak jednou dvakrát tejdě vždycky za jinou holkou. No, tak já nevím, co ještě. Potom ve druháku v P... mě vyhodili kvůli alkoholu, že sem tam prostě napadnul spolužáky na jedný školní akci, že sem rozbíjel školní majetek, i ty učitelky sem nějak sem byl na ně agresivní, tak mě vyhodili, šel sem na soukromý gymnázium P..., tam sem byl vlastně dva roky, ve třetáku, ve čtvrtáku, ve třetáku sem se šel léčit do B... s alkoholismem, tam sem byl dva měsíce v B..., to bylo takový nic moc, ale dalo se to vydržet. Pak sem se šel léčit do sanatoria N..., tam sem byl deset tejdů, tam se mi hodně líbilo mezi tím kolektivem lidí, tam to bylo fajn, tam mě dostali vlastně z těch průserů, že sem jim začal věřit a přestal sem definitivně s pitím v té době. No a samozřejmě dál sem hrál ty automaty, měl sem hrozně peněz, měl sem tejdě vokolo deseti tisíc, někdy i víc, to sem vždycky utratil za ten tejdě za automaty, za ženský, prostě za zábavu i sem toho hrozně prochlastal, za večer sem klidně propil pět šest tisíc s kamarádka vobčas teda ne každéj večer, no já nevím. Potom jak sem přestal pít, tak sem se hodně uzavíral doma, nechodil sem ven, nechodil sem do hospody, měl sem strach z pití strašnej, tak sem se začal izolovat, i sem nechal všech těch kšeftů, co sem

dělal před tím, (nesrozumitelné) vlastně sem nechal všech těch kamarádů bejvalejch na ty sem se vybodnul a byla tam hodně taková izolace, taková samota prostě i sem doháněl ještě ten třetí ročník toho gymnázia, protože sem byl dlouho na tý léčbě s B... se všim sem byl vlastně pět měsíců prostě léčeněj. Takže pak sem musel toho půl roku dohnat. Velice rychle. No. Tak já nevím no. Chodil sem vobčas hrát se spolužákama automaty samozřejmě, chodili sme do hospody vo pauzách a tak podobně. No, na léčení sem si našel jednu holku, ta byla celkem fajn, bylo jí dvaatřicet, byla vo deset let starší nebo vo dvanáct než já, bohužel sme se znali asi čtyři měsíce a začala znova chlastat a měla různý problémy, mi furt říkala, že chce spáchat sebevraždu a podobně, tak sem jí radši nechal bejt a už sem jí neviděl vod tý doby, už je to tři a půl roku. To byl takovej můj první trošku vážnější vztah, i když holek sem teda poznal hodně před tím. Takže já nevím to je možná všechno k tý střední škole. Pauzu nějakou. Tak a to už si vlasně trochu říkal, ale jestli si měl nějakýho blízkýho kamaráda nebo kamarádku na tý základce někoho konkrétního blízkýho?

Tak měl sem pár kamarádů s jedním s tím sem jezdil i za babičkou s tím druhym i pro peníze pravidelně, i sme spolu vobčas udělali nějakou čórku, nějakou akci, ten jeden můj kamarád, ten se jmenoval H... tak ten v osmý třídě snad šel do pasťáku, byl tam dva roky ještě do vězení, protože hodně přepadal lidi, mlátil ženský prostě, snad i zapálil nějakou důchodkyni, prostě byl takovej magor trošku, další kamarád je P... s tím kamarádim ještě teď. Ten teda taky hrál automaty a dělal se mnou vobčas nějaký akce a podobně, s tím kamarádim do teď, ten je celkem normální, našel si práci normální, dělá nějakýho analytika reklamy a funguje celkem normálním životem. Vobčas se napije, vobčas si zahraje, ale v pohodě no. A jinak víc těch kamarádů sem neměl. Vobčas nějaký ty zloděje, ale ty už skončili v pasťáku nebo někde v háji no. Já sem měl vždycky to štěstí, že se mi nikdy nic nestalo, já sem ani nebyl na policajtech, nikde. Možná sem byl chytřejší než ostatní, já nevím. Nedělal sem úplný hlouposti no. Takže to sou asi kamarádi no.

A jaká je Tvoje nejhezčí vzpomínka z dětství?

Ježišmarja, tak to fakt nevím. Nejhezčí vpomínka... já nemám snad jednu vzpomínku to je těžko říct prostě. Mě nic nenapadá. Možná když sme byli s rodičema na dovolený, tak to bylo docela fajn. To byli voba rodiče se mnou, když sem byl malej, bylo mi třeba deset, byli sme někde na Š... to bylo prima celkem hráli sme různý společenský hry a podobně, jinak ty fajn vzpomínky různý, když sem třeba vyhrál hodně na automatech tak to byl super pocit prostě, sem jednou vyhrál osmdesát tisíc to byla pro mě paráda, potom taky, když sme udělali jednu akci s kamarádem, tak sem měl v kapse dvě stě tisíc, to bylo taky hodně dobrý., to sem měl

hodně dobrej pocit, to sem prolezal jeden bordel za druhym asi 14 dní v kuse, to bylo takový zvláštní období pro mě, to bylo fajn celkem. No.

A teď konc bych se Tě zeptala něco vo tý nemoci, vo tý psychiatrický nemoci. Jo? Tak kdy ta nemoc propukla u Tebe, v kolika letech?

No tak propukla vlastně když mi bylo dvacet, dvacet asi a kousek, je to asi rok a půl zpátky, bylo to prostě z ničeho nic, asi čtrnáct dnů zpátky sme se začal chovat už trochu divně, měl sem prostě pocit, že mě chce někdo zabít a zlikvidovat, nebo že se mi někdo chce pomstít za to, co sem udělal ostatním. Vobčas sem někomu ublížil i docela dost, já sem měl prostě strach z lidí, někdy i oprávněnej trošku, no pak sem měl strach, že mě chce tát otrávit, že mi chce nějak ublížit, že mě chce zlikvidovat prostě, takže sem se mu začal stranit, vyhýbal sem se lidem, potom už sem přestal jíst, posledních deset dní sem už skoro nejed, ani sem nespal a viděl sem pak už věci, který nejsou a slyšel sem zvuky, který nejsou slyšet, slyšel sem jak mě někdo volá, že zabije máho tátu, že miu vyřízne patnáct liber masa, to si pamatuju ještě teď, no a prostě bylo to pro mě hodně těžký takový, i když sem šel potom do těch B... vlastně sem tam sem chtěl, aby na mě zavolali policajty, protože sem se choval hodně divně, prostě sem se svlíknul skoro do naha, vono bylo asi mínus deset, sněžilo, začal sem pojídat sníh prostě, v restauraci sem se choval hodně divně, plazil sem se po zemi a podobně, takže nakonec teda zavolali policajty, tak nakonec teda mě ty policajti přesvědčili, abych šel s nima do záchranky a vodjel sem s nima do B... A tam sem měl teda strach, tam byl takovej vánoční věnec, tak mě furt zvali do tý místnosti, tak sem měl strach, že tam najdu svojí celou rodinu mrtvou prostě no. Tomu sem skálopevně věřil. Věřil sem tomu, že mi někdo zabil psa prostě a podobně a takovýhle věci a pak sem postupně přicházel na to, že to není pravda. A ještě v B... sem věřil tomu, že sem se před tím napil, že sem něco hodně pokazil, sem byl i sebedestruktivní, třeba sem běhal hlavou proti zdi kolikrát, vždycky sem spadnul na zem, pak mě teda připoutali k lůžku, byl sem pět dní připoutanej na lůžku, nemoh sem si ani dojít na záchod nic, to bylo takový pro mě hodně těžký, byl sem teda hodně napíchanej injekcema, nemoh sem ani chodit potom, když mě odvázali, nic. No a postupně sem se z toho dostával. Byl sem tam deset tejdnu, potom už to bylo lepší a lepší. Viděl už sem potom rodiče, první sem je ani nepoznával, nevěřil sem, že sou to moji rodiče, pak sem je teda začal poznávat, začal sem jim věřit, povídal sem sis nima, pak mě už začali pouštět domu, to bylo prima, viděl sem, že i pes je naživu, že je všechno v pořádku, že se nic nestalo no. Jenom sem byl strašně oslabenej z těch léků no. A teď konc musím říct, že se ta nemoc stabilizovala, že sem se z toho dostal, je to lepší a lepší už teď kon všechno. Až na tu únavu, kterou cítím, tak sem vlastně úplně v pohodě. Takže to je všechno asi.

Pauza

No a ještě bych se Tě zeptala, jak ta zkušenost s tou nemocí změnila Tvůj život?

No tak zlepšily se vztahy v rodině, teďkonc víc věřím těm rodičům, mámě i tátovi, je to mnohem lepší prostě doma jako že si můžem povídat, důvěřovat, rodiče mě hodně podrželi, prostě mi pomáhali po tý nemoci, chodili za mnou, když sem se léčil a vrátila se tam taková normální rovnováha, která tam nikdy před tím nebyla. Takže jakoby i ten život se hodně zpomalil najednou po tý nemoci jako by sem si prožil to bezpečí jako maj malý děti, rodiče mi začali důvěřovat taky víc, starali se vo mě, takže sem se trošku cejtil jako malý dítě. To mám i teďkon, bydlím u rodičů, všechno mi zajišťujou, staraj se vo mě, nemusím dělat skoro nic, jsou na mě hodný, takže takový trošku zvláštní období. To sem nikdy před tím moc neměl, možná když mi bylo třeba tak osum nebo tak podobně. Tak to je asi hlavní změna no. A jinak já nevim. Těžko říct prostě no. Jsem takovej hodně opatrnější než sem byl. Bojím se prostě věcí, nedělám nic moc riskantního prostě, před tím sem se ničeho nebál, třeba sem sjížděl vodopády na kole, sem dělal sem různý cvokárny, neměl sem ani strach že se zabiju nic, že se mi něco stane, dělal sem hodně nerozvážný věci, hodně sem se rval na ulicích a podobně, to už teďko mám z toho strach a nedělám to prostě. Takže sem hodně vopatrněj jako by relativně oproti tomu, co sem dělal před tím no. To je asi hlavní rozdíl no.

A když si byl v tý nemocnici tak byl někdo třeba z toho personálu třeba doktoři nebo sestřičky nebo třeba i spolupacienti kdo Ti jako pomoh zvládnout tu nemoc?

No tak asi pacienti ani moc ne, já sem s nima trochu bojoval s těma doktorka i s těma sestřičkama, prostě, sem je viděl jako nepřátele, spíš ty pacienti mi pomohli chodit ven mezi lidi a podobně, že mě doprovázeli když sem chodil venku, bavili se se mnou, vlastně mi vysvětlovali různý věci, takže mi hodně pomáhali pacienti. Takže tak asi no. Měl sem tam jednoho kamaráda, kterýho sem teda teď dluho neviděl, ten mi teda pomoh chodit ven. To je všechno asi.

A po tom, co Tě propustili, tak si nejvíc říkal že ty rodiče asi, že jo?

K tomu nemám co dodat, skutečně nejvíc mi pomohli ty rodiče. To je asi všechno.

Tak a teďkonc k tomu, jakej je ten život teď. Tak jestli bys mi moh popsat, jak vypadá Tvůj všední den?

Ježiš tak všední den to taky není úplně jednoduchý, tak vstanu většinou vokolo desátý, koukám na telku nebo na počítač, potom se většinou s někym sejdu, pokecám s někym a podobně, vobčas sháním peníze, vobčas jedu i za babičkou pokecat a podobně taky pro nějaký drobný, já nevim co tak dělám, chodím se psem, vobčas chodím plavat, vobčas do posilovny, to je asi tak všechno. Teďkon chci dělat finančního poradce, tak chodím na různý školení a

tak i sem se zlepšoval v angličtině, chodil sem na anglický jazykový kurzy, snažim se nějak začít zase normálně žít prostě no. Takže tak asi no.

A máš přítelkyni?

Teď v současné době nemám prakticky nikoho. Mám dvě holky se kterými se vobčas vyspim, tak jednou dvakrát tejdne, ale sou to vlastně dalo by se říct kamarádky, nemám k nim žádněj bližší vztah, nemám k nim žádný emoce, nic k nim necítím prostě no. To je prostě jenom pro to rozptýlení, jenom abych se pobavil, abych si dokázal, že sem eště chlap, že sem schopnej nějakou ženskou prostě uspokojit a podobně, no a vobčas s nima trávím čas. Vobčas večer sem třeba u nějaký holky a tak no. A to je všech no asi.

A seš s tím stavem spokojenej takhle?

No, celkem jo, až na to, že bych chtěl nějakou lepší práci, abych měl peníze, protože chci začít normálně fungovat jako každej normální člověk prostě. Takže chci nějakou tu dobrou práci no, zkouším toho finančního poradce, to je hodně náročný, ještě nevím, jestli úplně projdu tím školením a tím vším, a uvidím ,co bude dál no.

A je teda někdo ve Tvým životě, když teda nemáš tu přítelkyni, jestli je někdo v Tvým životě, kdo je Ti hodně blízkej?

No tak sou to určitě rodiče i docela důležitá je pro mě psycholožka, ke který chodim, ale jinak ani moc ne prakticky, takže tak no.

A je teda něco, co by si chtěl na svém životě změnit?

Tak já myslim, že dělám nějaký změny, postupně, systematicky, chtěl bych přestat brát ty léky a přestat bejt tak utlumenej, chtěl bych fungovat naplno každej den. Vadí, že musim denně dvanáct hodin spát, že sem unavenej, utlumenej a tak podobně no. Takže to bych chtěl změnit. Ale to můžu asi jenom časem prostě no. To záleží na tý medikaci no. Takže to je všechno.

A jak vidíš svůj život do budoucna?

Do budoucna, to už sem trochu říkal, to je ta práce, potom i nějakou fajn holku bych si chtěl najít, ke který bych cejtil i nějakěj vztah něco bližšího, do budoucna bych chtěl mít taky děti, chtěl bych fungovat sám za sebe, bejt prostě zodpovědnej, samostatnej, bez nějaký pomoci rodičů a podobně no. To je muj cíl prakticky no. Ale nevím, kdy to ještě přesně bude prostě, takže třeba plán na pět, na deset let. Taky bych chtěl začít podnikat, ale to sou všechno daleký plány prostě nevím , jestli mi to vůbec pude a tak podobně no.

No a o čem sníš, o čem sníš, po čem toužíš třeba i v tý vzdálenější budoucnosti?

No tak po nějakym prostě smyslu života, po něčem, co mě bude pohánět, takže asi po dětech do budoucna, asi bych chtěl nějakou velkou stavební firmu, která bude vydělávat peníze,

chtěl bych bejt časem i bohatej člověk prostě úspěšnej. V tom, co dělám prostě no. Chtěl bych mít nějakej každodenní návyk a nějakou rutinu a chtěl bych, aby ten život přinášel nějaký spokojenosti prostě pravidelný no. Takže tak no.

Tak to je všechno, tak děkuju.

Rozhovor šest (Kristýna)

Tak nejdřív bych se Tě zeptala na něco vo dětství, dospívání a takovym v období, jo? Tak nejdřív bych se Tě zeptala, jaký to bylo, když si chodila do školy?

Na základku?

Na všechny školy, kam si kdy chodila.

No, tak já když sem chodila na základní školu tam u nás na vesnici vedle jako tři kilometry do vzdálenýho malýho městečka, tak tam jako sem se jako učila na samý jedničky vod první třídy až do osmý, měla sem samý jedničky a byla sem jako takovej premiant ve třídě no. A do tý třetí třídy sem jako měla kamarádky a docela se mi líbilo ve škole no a potom, jak začala puberta vod tý sedmý třídy, tak to bylo horší, pak už sem se furt jenom učila a učila, prostě sem se jako uzavírala do sebe, pořád sem se jako učila no. A holky se mnou potom nějak moc nekamarádily, protože sem byla taková hodně ctižádostivá a tohle, nevim no. Takže to na základce no. Ale jako až vod tý sedmý třídy to začalo, že sem se moc učila prostě. No a potom sem šla na gympl, tam sem byla taky premiantka, měla sem vyznamenání, no a tam už sem jako byla tak jako sama spíš, moc kamarádek sem neměla, i když jako byly tam holky jako vod nás ze základky, tak s těma sem se jako bavila vobčas nebo tak, ale spíš jako sem byla zaměřená na to učení a už sem se nesoustředila jako na slovo, na výklad a všechno sem se učila z knížek, jako prostě sem byla mimo vo tý hodině, ale nechtěla sem aby to na mě jako někdo poznal, tak sem dělala jako doma že sem se učila, protože sem chtěla, abych měla dobrý známky no, vo to mi hodně šlo. No a potom někdy ve čtvrtáku to už sem na to , to už máma na mě poznala, že už se mnou nebylo něco v pořádku, tak to si myslela, že беру drogy nebo nějaký omamný látky, tak to prostě už si všimla prvních příznaků, asi se mi rozjížděla ta psychóza, protože sem jako se nesoustředila, nespala sem, skoro sem nejedla, furt sem jenom myslela na učení, abych udělala maturitu, no abych se dostala na vejšku. No tak. Pak sem nakonec udělala úspěšně na M... na V... no a to sem vlastně rok studovala tady v P... a to sem už sem byla mimo úplně, to sem sice měla kamarádky, tady sem si našla, zas na učení už sem se vůbec nesoustředila teď ještě sem bydlela jako v pronájmu, v P... sem se neorientovala, a nedokázala sem se vo sebe postarat, pořád sem byla mimo no. Tak vlastně sem nakonec v tom třetím semestru jako prostě skončila jako na psychiatrii, protože už sem

nespala vůbec a měla sem halucinace, prostě už to bylo divoký no. Tak mě děda vodvez s panem profesorem jako s panem primářek kliniky K... mě vodvez do nemocnice a tam byla moje první hospitalizace tři měsíce. No a školu už sem nedokončila, tu už sem, tam už sem se nevrátila a to už je konec školy.

A Tys to jako zmiňovala, ale kdyby ses zaměřila vysloveně na to, tak měla si nějakou blízkou kamarádku v době studia, nebo jak to bylo?

No když sem chodila na gympl, tak sem měla E..., ta byla z takový křesťanský rodiny, ale ta byla jako vedle v třídě já sem chodila do béčka, ona chodila do áčka, tak sme třeba chodily na zábavy, nebo sem k nim jezdila potom když už sem byla na vysoký škole, vedle k nim do vesnice no a vlastně to bylo tak jediný pak ještě sem měla H..., ale to nebyly jako blízky kamarádky, třeba sme spolu jezdily nebo tak, ale že by to byla moje nejlepší kamarádka, to teda ne, jako že bych se jí svěřovala se všim, to ne no a potom, když sem byla na V..., to sem měla, sem se seznámila s R... a s M... a s těma sme byly sme jako spolu kamarádily ve trojici a byly sme spolu na těch jako na horách a tak a ty pak za mnou chodily do nemocnice, ty mi jako zůstaly a ty mě jako podržely. Že jako mi furt psaly dopisy a pohledy a furt jako, měly vo mě zájem jako, že jako po tu dobu, co sem byla hospitalizovaná, tak to byly vlastně holky, který sem vůbec neznala před tím a vlastně mi byly takovou největší oporou vlastně no. A pak mi psaly i některý holky z gymplu, když zjistily, že sem byla v nemocnici, ale to už jako když se ke mně neměly před tím, tak ani sem na to neměla náladu ani bych nevěděla, co si s nima říkat, a prostě když mě ani nikdy ani mě nevzaly, když jely někam na dovolenou, tak se mě ani nezeptaly, tak mě jako ignorovaly, tak najednou, tak mě bylo i blbě, tak sem se s nima ani nechtěla vidět.

No a jaká je Tvoje nejhezčí vzpomínka z dětství?

Nejhezčí? No tak já nevím, já sem měla jako ... vzpomínka? Já sem měla docela hezký jako dětství, s mámou, tátou, bráchou, babičkou, dědou, já sem měla jako hezký dětství, my sme bydleli na vesnici a táta si s náma hrál s mámou, dost se nám jako věnovali, si pamatuju jo H... sem měla jako kamarádku, ta byla z vedlejší vesnice, ta nebyla ze školy. No sme chodily na takovej kopec a tam sme si hrály, bylo to takový jako hezký no že sme lítaly po lese a tam třeba s koňma sme jezdily nebo sme si hrály na indiány, nebo sme stavěly čarodějnice, ale nejhezčí vzpomínky mám ais na mámu a na bráču, když sme třeba třeba sme chodily na vejlety hodně no do přírody, nebo sme byli v J... jednou, to bylo taky hezký, že sme se koupaly u vody, u moře teda no to bylo jako fajn no. Dokud sme jezdili tam u nás na T... se koupat, nebo na Vánoce, ty se mi vždycky hrozně líbily jako když sme dostávali dárky, vždycky sme dostali dárky jo a nejhezčí vzpomínka je asi když sem vždycky byla nemocná,

tak když se vo nás jako máma starala, když nám četla pohádky a tak no. To byly nejhezčí vzpomínky no, když sem byla nemocná. Že se vo mě starali.

No teď bych se Tě chtěla zeptat na něco vo tý nemoci. Ty už si vo tom jako začala s tou školou a říkalas teda, že ta nemoc propukla ve čtvrtáku, nebo?

No, propukla v prváku na vejšce, když sem byla poprvé hospitalizovaná, ve dvaceti, teda v devatenácti.

A dokázala bys říct, co tomu předcházelo?

No, stres jako a učení a ta samota a jak sem se uzavírala a prostě to učení furt no. Pak vlastně sem se úplně izolovala vo tý třídy a byla sem úplně sama a jako prostě to bylo takový divný, nevim no. No a máma s tátou, táta stavěl barák a neměli moc času potom, když už sme byli velký nebo větší, takovej chaoz sem měla hroznej, prostě tady v P... bylo to moc vjemů, ten mozek byl moc rozjetej prostě a už to nešlo zastavit, prostě sem už nespala a teď sem prostě ten mozek byl vyčerpanej no.

No a teď bych se Tě zeptala, jak si prožívala tu hospitalizaci, jestli bys mi vo ní mohla něco říct.

Tu první?

No, třeba.

Tak já už si na to moc nepamatuju, akorát vim, že prostě do mě jako dali hodně injekcí a teď nevěděli, co se mnou, tak mi dávali šoky no a potom sem brala plno léků a to sem byla vospalá, teda už sem mohla spát, ale byla sem hrozně unavená jako taková apatycká sem byla, prostě bez zájmu, prostě jenom ani sem nebrčela nic, prostě bez života takový no, prostě bez citů a bez všeho, úplně sem myslela, že je konec všeho, myslela sem, že už to mám spočítaný jako a myslela sem, že se už z toho nevyhrabu. Taková jako beznaděj no. To byla ta první hospitalizace. No a teď tam bylo plno lidu takya, tak sem se s nima seznamovala, sem tam musela nějak fungovat no, mi dost tam pomahali no ty lidi jako že byly jako vstřícný ty spolupacientky že jako no. Nevim no. To bylko v tom devadesátym čtvrtym no.

Tak asi takhle, jo? Jak bys řekla, že ta zkušenost s nemocí změnila Tvůj život?

Já bych řekla, že ho jak ovokradla vo nějakěj čas, že prostě ten čas, kterej sem mohla prožít jako normálně, třeba sem ho nemusela strávit v nemocnici, už sem mohla bejt někde jinde no. Nemusela sem znova všechno se učit a tak no. Žre prostě že mě jako vokradla vo čas, strávený roky jako prostě. Prostě že sem mohla vnímat, že až teprve teď se začínám trochu soustředit a vnímám, dřív to jako nešlo prostě, to bylo takovej, takový divný to bylo no.

A ty už s to tak jako zmiňovala, ale jestli když si byla v nemocnici, tak jestli byl někdo, kdo Ti nějak pomoh a když tak, tak čím?

No, nejvíc rodina. Máma vlastně. Máma, táta, brácha no. Že tam za mnou jezdili a že to máma vůbec ustála jako no, protože to se mnou nebylo jednoduchý, já sem se různě jako bouřila a máma musela vlastně to všechno ustát no. Že musela zachovat chladnou hlavu no tak ta mi nejvíc asi pomohla, že sem k ní získala takovou důvěru během těch let. No a brácha taky no a i sem jako pak pani primářka, že sem našla dobrou psychiatricku, tak ta mi taky jako pomohla, tam na tom K... tam mě jako vždycky dali dohromady, no a vlastně mi pomoh i třeba přítel první, ten mě zase taky docela pomoh, se mnou byl pět let a jako dost mě vodil jako do společnosti, do party, abych někam patřila prostě a jezdili sme na vejlety, no a byl na mě hodnej, tak ten mi taky dost pomoh se dát jako dohromady těch pět let, ale nevydržel to jako dýl už no. Tak ten mi taky hodně pomoh no. Brácha, ten se taky vždycky vo mě zajímal, chodil za mnou do nemocnice.

Jo a kdybys měla říct, kdo Tio nejvíc pomoh po tý hospitalizaci, tak asi ten přítel?

Po hospitalizaci? To sem ještě neměla toho přítele, po tý první hospitalizaci to sem byla sama asi dva roky. To sem si ho našla až v 96. No tak po tý hospitalizaci nejvíc asi máma no.

A v čem, v čem Ti pomáhala, v čems to potřebovala?

Že mi že mně jako ukázala, mže mě má ráda? Že sice to nebylo tak jako dokonalý, aby mi pomohla jako úplně stoprocentně, ale že jako že mi dávala naději, že jako to se mnou prožívala a že mě jako nezavrhl, že prostě ať je jaká chce, tak prostě mě jako jako chtěla, abych jako patřila do tý rodiny no. Prostě mě jako i když viděla, že třeba dělám blbosti prostě jako se mně nevzdala, nevím jako já nevím, jak to mám říct, prostě jako, prostě mě jako ukázala, že mě má ráda no.

No a jakej je ten život teď. Tak kdybys mi mohla popsat, jak vypadá Tvůj všední den?

Hm, tak všední den, ráno vstanu v sedum hodin, nasnídám se, připravim si svačinu, obleču se, no a ve vosum vyrazim do práce, to du pěšky, du vlastně asi půl hodiny pěšky než dojdu do tam do práce jako do D..., kde sídlí ta sociální firma Z..., no tam přídu vokolo teda půl devátý, převlíknu se, ve třičtvrtě na devět nám rozdělí práci pani J..., no a buď zůstaneme na D..., něco děláme, nebo jedeme na zakázku jako zahradníci, no a potom se vrátim okolo jedný hodiny jdu domu zase pěšky, během tý doby nakoupim, pak du, pak ve dvě hodiny obědvám, to si obvykle udělám něco už druhej před tím jako den si udělám jídlo, se jako navobědvám, potom sem trávila čas buď nakupováním věcí jako oblečení nebo jako jídlo, nebo sem byla s přítelem, jako přítel u mě byl, sice spolu krátce chodíme, nebo chodim fotit, mě bavilo jako focení, že fotim se mi jak olíbilo. Nebo si něco přečtu a koukám na internet, no, někdy deme s kamarádkou si sednout a popovídat, telefonuju třeba půl hodiny s mámou, nebo s kámoškou, no někdy ještě s jendou, to taky chodíme, pak si du lehnout, navečeřim se a

du si lehnout voko desátý hodiny, vono to uteče no. Uklidim si a uvcařim na další den to musim taky zapřemýšlet no a snažim se nějak uklízet doma no a tak no.

A máš teda přítele?

Mám no.

A seš s tím vztahem spokojená?

A jo, docela jo, někdy no, někdy jo, někdy ne. Teď je v nemocnici, tak ho nemam.

No tak mi něco řekni vo tom vašem vztahu.

No, my sme jako kolegové z práce. Já sem nastoupila před dvěma rukama do práce, no a sme se tam poznali s L..., no a po roku a půl nebo tři čtvrtě sme spolu začali chodit, teďka vod února no a von taky nedostudoval V... jako já, je teda vo tři roky mladší, ale jako je hodnej, prostě tak nějak se mi líbí no. No, je takovej, trošku při těle no, je dobrej společník, jako nezkazí žádnou srandu, dovede jako konverzovat, je takovej klidnej, úproště neztratí hlavu, vždycky zachová klid, i když má teďka problémy, že je v nemocnici, no vobá dvě máme problémy, no mám ho ráda no.

A je něco, co by si na svém životě chtěla změnit?

No, chtěla bych se uzdravit nějak, abych se líp koncentrovala, aby mi bylo dobře, abych nepřemejšlala vo blbostech, aby mi to prostě abych rozhejbal mozek, abych se vo sebe dokázala postarat, abych žila nějak no, abych nebyla přítěží třeba někomu, aby za mě věčně nemusela máma rozhodovat, abych se postavila na vlastní nohy no, abych si ten život nějak organizovala sama, aby mi nemusel pořád někdo radit. Abych věděla, co chci a šla si za tím prostě, abych byla spokojená no to bych chtěla tak aby takovej cíl no.

No a jak vidíš svůj život do budoucna?

Já nevim. Tak snad to bude dobrý snad se z toho nějak vylížu, že to nějak ustojim s pomocí jako ostatních a že prostě snad nezůstanu sama, že snad mě L... má taky rád, no snad budem nějak spolu no, když ne, tak nevim no, budu sama no. Budu si muset najít nějakou náplň.

Brácha bude mít třeba děti, je ženatej, buď budu jezdit na H... jako za bráchou a za rodinou, jako máma co je a tohle nebo už se mi to začíná docela líbit v P..., nebo nevim, no s tím L... bych chtěla nějak bejt víc sa něco jako budovat, nějak chodit na vejlety a strávit s ním čas a překonat s ním třeba i ten strach nebo něco, co ten člověk má, abychom si nějak pomohli a chtěla bych si udržet práci, abych byla mezi lidma, abych se naučila žít v tý no mezi lidma, nějak tu sociální inteligenci, abych se naučila, aby člověk prostě nebyl mimo no. To bych jako chtěla, to je takový moje největší přání.

A je něco vo čem sníš, po čem toužíš, na co se třeba i ve vzdálenější budoucnosti těšíš?

Já bych chtěla no asi na toho L... nebo já nevim (smích), já nevim. Já zatím nemám moc daleký plány, spíš takový, že ho uvidim a doufám, že nám to spolu bude klapat, já nevim., To bych si přála nejvíc. Abych měla svůj život prostě.

Tak jo, tak jestli je to všechno, co si chtěla říct, tak já Ti moc děkuju.