

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

Filozofická fakulta

Katedra sociologie a andragogiky



RODIČOVSTVÍ OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

PARENTHOOD OF PEOPLE WITH PSYCHIATRIC DISEASES

Bakalářská diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Kateřina Thelenová

Vypracovala: Alena Laštovicová

OLMOUC 2013

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou diplomovou práci vypracovala samostatně a čerpala jsem jen z uvedených zdrojů.

V Mladé Boleslavi dne 23. 3. 2013

Alena Lašticová

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí bakalářské diplomové práce PhDr. Kateřině Thelenové nejen za odborné rady a doporučení, ale hlavně za trpělivost, podporu a vstřícný přístup.

Dále bych tímto chtěla poděkovat všem respondentům, kteří byli ochotni poskytnout mi rozhovory, které byly pro mou práci stěžejní. Také bych chtěla poděkovat Dennímu psychoterapeutickému sanatoriu Ondřejov a především celému týmu ze skupiny „Rodiče a děti“ za ochotu a spolupráci.

Děkuji také své rodině a přátelům za toleranci a pochopení.

Obsah

ÚVOD	6
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 DUŠEVNÍ NEMOC	9
1.1 Význam pojmu duševní onemocnění	9
1.2 Schizofrenie – definice a původ	10
1.3 Výskyt a příčiny vzniku schizofrenie	12
1.4 Dědičnost	13
1.5 Příznaky schizofrenie	14
1.6 Formy schizofrenie	16
1.7 Poruchy schizofrenního spektra	19
2 RODINA	21
2.1 Definice rodiny	21
2.2 Manželství a rodičovství	22
2.3 Formy a typologie rodin	24
2.4 Funkce rodiny	25
2.5 Vývoj a výchova dětí v rodině	28
3 RODINA A DUŠEVNÍ NEMOC	31
3.1 Duševní nemoc v rodině	31
3.2 Dítě a duševní nemoc v rodině	32
3.3 Obtíže a překážky rodičovství osob se schizofrenií	33
4 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO RODINY SCHIZOFRENÍKŮ	35
4.1 Sociální služba	35
4.2 Kde najít pomoc	37
PRAKTICKÁ ČÁST	40
5 METODIKA VÝZKUMU	41

5.1	Prostředí výzkumu.....	41
5.2	Cíl a předmět výzkumu	42
5.3	Výzkumná metoda.....	43
5.4	Charakteristika zkoumaného vzorku	43
5.5	Průběh výzkumu.....	45
6	PREZENTACE DAT Z ROZHOVORŮ	46
6.1	Plánování a příprava na rodičovství osob s duševním onemocněním.....	46
6.2	Duševní onemocnění a úskalí ve vývoji rodinného soužití.....	48
6.3	DPS Ondřejov – skupina Rodiče a děti	53
7	SHRNUTÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI A NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ.....	56
8	PŘÍKLAD DOBRÉ PRAXE.....	57
	ZÁVĚR.....	60
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	62
	SEZNAM PŘÍLOH	65

ÚVOD

Duševní nemoc vždy velmi zasáhne život člověka. Ovlivní jeho osobnost, chování a myšlení, které mu značně změní pohled na reálný svět a jeho prožívání. Se vším, co nemocnému přináší duševní nemoc, se nevyrovnává sám, ale i jeho blízké okolí a to především rodina. Člověk duševně nemocný ovlivní chod zaběhnutého rodinného života. Onemocní-li dítě či mladý dospělý, přebírají za nemocného jeho fungování a existenci rodiče. Nemocný se pak sám, podle toho, jak mu to jeho nemoc dovolí, rozhoduje o založení vlastní rodiny. Onemocnět může také člověk, který už je sám rodičem. Duševní onemocnění naruší chod rodiny v mnoha ohledech (finančních, společenských, sociálních). V rodině dochází k novému uspořádání rolí. Někdo se musí postarat nejen o nemocného, ale i o finanční zajištění rodiny, o potřeby dětí a veškerou organizaci rodinných záležitostí. Rodina se potýká s různými úskalími, které mohou mít na fungování rodiny a její členy značný dopad. V důsledku nemoci v rodině i u zdravých jedinců může být ohroženo jejich fyzické a duševní zdraví.

Pro dítě, které vyrůstá v rodině s duševně nemocným rodičem, je nespecifické fungování rodiny důležitým faktorem. To, jak se utváří osobnost dítěte a jaký je jeho vývoj velmi ovlivňuje, v jakém vyrůstá prostředí a jaké jsou vztahy rodičů k sobě samým navzájem a k jejich dětem. Duševní nemoc může dítě, jeho vývoj a zařazení do života velmi poznamenat.

Ve své bakalářské diplomové práci se věnuji tématu rodičovství osob s duševním onemocněním. Výběr tématu je ovlivněn mou praxí v občanském sdružení Fokus Mladá Boleslav. Významnou inspirací je osobní seznámení s jednou z klientek, která na jedné straně velmi touží po založení rodiny a vlastním dítěti a na straně druhé má strach z možné genetické zátěže. Zajímavé je stanovisko její bližší rodiny, která ji rodičovství vymlouvá z obav, že péči o své dítě nezvládne. Také pro mě je otázkou, jak duševně nemocní zvládají výchovu a péči o dítě. Odpovědi na to, jaké nastávají komplikace v jejich rodinném soužití, zda se mají kam obrátit pro pomoc a jestli jim nezbyvá pouze jejich vlastní rodina, jsou více než zajímavé.

Bakalářská diplomová práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části se zabývám poznatky o duševně nemocných se zaměřením na schizofrenii, její formy a dědičnost. Tato kapitola obsahuje pojmy, jako jsou rodina,

rodičovství, vývoj a výchova dětí obecně i se zaměřením na rodičovství osob s duševním onemocněním. Vyústěním teoretické části je v poslední kapitole popis vybraných možností sociální práce s rodinami schizofreniků.

Praktická část je tvořena popisem metody kvalitativního výzkumného šetření realizovaného prostřednictvím otevřených rozhovorů s rodiči na předem připravená témata. Výstupy z rozhovorů jsou následně zpracovány induktivně. Popsána je technika sběru dat a výzkumný vzorek, který je tvořen z klientů podpůrné skupiny pro „Rodiče a děti“ v Denním psychoterapeutickém sanatoriu Ondřejov v Praze 4. Cílem realizovaného výzkumu je specifikace potřeb lidí v rodinách s duševním onemocněním, konkrétně schizofrenií. Očekávaným výstupem výzkumného šetření je zjištění poznatků a doporučení opatření pro posílení kvality života osob s duševním onemocněním.

TEORETICKÁ ČÁST

1 DUŠEVNÍ NEMOC

V této kapitole se zabývám duševní nemocí. Budu se snažit obecně vysvětlit, co je to duševní onemocnění a jaké jsou jeho druhy. Následně se blíže zaměřím na schizofrenii. Této duševní nemoci se chci věnovat z toho důvodu, že praktická část je zaměřena právě na lidi se schizofrenií v Denním psychoterapeutickém sanatoriu Ondřejov.

1.1 Význam pojmu duševní onemocnění

Je nutné si uvědomit, že nemoc duše je nemoc jako kterákoliv jiná. Rozdíl mezi tělesnou a duševní nemocí je zřetelný. Nemoc těla je ve většině případů přímo viditelná, hmatatelná, nebo prokazatelná laboratorními testy. Člověk s tělesným onemocněním si je své nemoci vědom, neboť ji vnímá. Pro duševně nemocného člověka je mnohem obtížnější si nemoc uvědomit a velmi často si ji přiznat. Zda se jedná o normu nebo nemoc je náročné stanovit i pro odborníka. Stanovení přesné diagnózy je velmi obtížný a dlouhodobý proces.

Poměrně velkou část duševních onemocnění spouští nějaká dispozice nebo i jejich kombinace. Svou roli má způsob výchovy a životní události. Nezanedbatelným faktorem jsou nepříznivé mezilidské vztahy a pracovní stres. Negativně působí i existenční nesnáze. Některé z duševních nemocí jsou dány geneticky. Pokud se v rodině vyskytuje dispozice, je onemocnění jedince častější než z rodin bez genetické zátěže. Užíváním léků, drog nebo úrazem hlavy může dojít k biochemické změně mozku, což může nepříznivě ovlivnit vznik duševní nemoci.¹

Duševní onemocnění je z hlediska společnosti vnímáno jako dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav. Onemocní-li jedinec duševní chorobou, je mu mnohdy umožněno být zařazen mezi osoby se zdravotním postižením. Definice ze Zákona o sociálních službách říká, že zdravotní postižení je „zdravotní stav, který podle poznatků vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok, a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládání základních životních potřeb.“² Tím je dáno, že podle uvedeného

¹ CPZP. Duševní nemoci a jejich příčiny. [online] in
<<http://www.cpzp.cz/clanek/2582-0-Dusevni-nemoci-a-jejich-priciny.html>> [cit. 21. 1. 2013]

² MPSV. § 3, odst. c, Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách [online] in
<http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf> [cit. 21. 1. 2013]

zákona je duševní nemoc jedním ze zdravotních postižení, která tedy mohou být: tělesná, duševní, mentální, smyslová nebo kombinovaná.³

Matoušek uvádí definici Goldmana, ve které se říká, že „dlouhodobě duševně nemocní jsou ti jedinci, již trpí duševní poruchou (organická poškození CNS, schizofrenie, depresivní nebo manická porucha, paranoidní či jiná psychóza) či jiným onemocněním, které se může stát dlouhodobým a může snížit funkci, kapacitu či nepříznivě, ovlivňuje tři a více z následujících základních aspektů denního života: osobní hygienu a sebeobsluhu, směřování (cíle), mezilidské vztahy, sociální transakce, učení a rekreaci, ekonomickou soběstačnost.“⁴

Z uvedených aspektů je patrné, že založení rodiny nebo jakýkoliv partnerský vztah je pro duševně nemocné a jejich rodinné příslušníky obtížnější než bez jakéhokoliv psychického omezení.

Podle mnoha různých publikací jsou duševní choroby definovány podle šíře poruchy osobnosti. Jsou nejčastěji děleny na dvě hlavní kategorie: neurózy a psychózy.

Neurózy jsou poruchy s mírnějším průběhem, umožňující žít plnohodnotný život. Naopak **psychózy** jsou poruchy celkové osobnosti jedince. Patří sem především porucha myšlení.

Rozdíl mezi neurózou a psychózou vystihuje Jarolímek. „Říká se, že neurotik si celý život staví vzdušné zámky, zatímco schizofrenik v nich žije.“⁵

Z výše uvedeného vyplývá, že tak závažná nemoc jako je schizofrenie, ovlivňuje jedince samotného, ale i jeho rodinné zázemí. Proto se v následujících kapitolách budeme touto závažnou psychózou zabývat podrobněji.

1.2 Schizofrenie – definice a původ

Schizofrenie je jedna z nejčastěji se vyskytujících psychóz. Mění pohled nemocného na svět, sebe sama i lidi kolem něho. Do popředí se dostávají bludy a fantastické představy. Reálný svět se pro něho stává divadlem, neboť jeho místo zaujímají přeludy a fantazie, do nichž je nemocný člověk více či méně vtažen. I zdravý

³ MPSV. § 38, Díl 3, Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách. [online] in <http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf> [cit. 21. 1. 2013]

⁴ Matoušek Oldřich, Sociální práce v praxi, str. 136

⁵ Jarolímek Martin, O lidech, kteří onemocněli Schizofrenií, str. 7

člověk má sny a představy, zejména pokud chce utéct před neutěšenou realitou. Na rozdíl od nemocného nalézá cestu zpět.⁶

Schizofrenii a její projevy a původ se snaží definovat ve svých odborných knihách mnoho autorů. Z nich odcitujeme dva z dostupných.

„Schizofrenie je těžká duševní porucha, patří do velké skupiny psychóz, tedy takových poruch, které závažným způsobem porušují schopnost člověka pracovně a sociálně se adaptovat. Narušují samostatnou strukturu osobnosti, schopnost prožívat „jáství“ a jeho vztah k realitě.“⁷

Smolík schizofrenii popisuje takto: „Schizofrenie je duševní porucha všeobecně charakterizovaná fundamentálním a charakteristickým narušením myšlení a vnímání, přičemž emotivita neodpovídá situaci nebo je oploštělá. Jasné vědomí a intelektuální kapacita zůstávají obvykle zachovány, i když v průběhu času se může vyvinout určitý kognitivní deficit.“⁸

Z obou definic zřetelně vyplývá, že schizofrenie je závažnou překážkou ve vztahu manželském i jakémkoliv rodinném. Soužití je výrazně komplikováno neschopností schizofrenika porozumět vnitřnímu světu partnera nebo ostatních členů domácnosti. Není schopen vnímat jejich emotivní naladění a třeba „úsměv“ nemusí být vnímán jako vyjádření kladné emoce, nýbrž v něm může vyvolat paranoii. Narušené vnímání, myšlení a emotivita schizofrenika vede k velmi omezené možnosti vést normální vztah.

Z dostupné literatury vyplývá předpoklad, že onemocnění podobné schizofrenii existovalo od pradávna. Na starém fragmentu z Ajurvedy 3 400 let starém se nachází první reálná zmínka. Popisuje symptomy, které schizofrenii připomínají. Předčasná demence „dementia precox“ je pojem, který zavedl německý psychiatr Emil Krapelin v roce 1896. Důvodem k této definici bylo to, že k celkovému rozkladu osobnosti docházelo k postupným zhoršováním kognitivních funkcí v dospívání a raném mládí. O tom, že se jedná o předčasnou demenci, byl přesvědčen, což se časem ukázalo jako klamné. Jeho termín byl nahrazen až v roce 1911 Eugenem Bleulerem, který zavedl nový pojem schizofrenie. Název vznikl odvozením řeckých slov schizo – štěpit a phren

⁶ Styx, Petr. O psychiatrii, Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi, str. 94

⁷ Tuček Jan, Chodura Vladimír, Psychiatrie, str. 60

⁸ Smolík Petr, Duševní a behaviorální poruchy, str. 153

– mysl, rozum. Tím má být vyjádřeno, že u nemocného jedince dochází k rozštěpení psychických funkcí, k rozpolcení osobnosti. Pojem schizofrenie je užíván dodnes.⁹

Ve srovnání se situací před 100 lety, kdy byla schizofrenie brána jako nemoc nevyléčitelná, je situace v dnešní době mnohonásobně příznivější. Z praxe vyplývá, že ji lze považovat v jedné třetině za zcela vyléčitelnou. Pro jednu třetinu schizofreniků je nemoc díky medikaci udržitelná. Jsou schopni se sociálně adaptovat, založit rodinu, mít partnerský vztah a vykonávat práci. Z rozhodující části je to dáno kvalitnější medikací a nezanedbatelný vliv má psychologie léčení. Nápomocna je i sociální péče. Pouze pro jednu třetinu schizofreniků je jejich nemoc vážným životním problémem. Komplikuje jim běžný život, ale v dnešní době nejsou bez pomoci.

1.3 Výskyt a příčiny vzniku schizofrenie

Informace o tom jak vysoká je četnost onemocnění se v literatuře liší. Motlová ve své knize uvádí, že se výskyt onemocnění pohybuje mezi 1,4 - 4,6 na 1 000 osob. Tyto hodnoty jsou pouze orientační. Je to dáno demografickými rozdíly v jednotlivých populacích, věkovou specifikací úmrtnosti a migrací.¹⁰ Malá ve své knize uvedla, že toto onemocnění postihuje přibližně jedno procento populace.¹¹ 1 - 1,5 % populace (cca jeden člověk ze sta) zmiňuje Praško, který dále uvádí, že onemocnění postihuje stejně často ženy i muže s rozdílem počátku onemocnění. U žen toto onemocnění propuká nejčastěji mezi 25 a 35 rokem života a u mužů je to o mnohem dříve, mezi 15 a 25 rokem života.¹²

Jednoznačně objasnit a vysvětlit způsob vzniku a příčiny vzniku schizofrenie se dosud plně nezdařilo. Díky četným genetickým a epidemiologickým studiím je známa řada faktorů, které vznik nemoci podporují.¹³ Příčiny mohou být biologické nebo psychosociální. Stěžejními biologickými faktory jsou dědičnost, virové onemocnění matky v průběhu těhotenství a v neposlední řadě komplikace při porodu (především přidušení). Schizofrenie není onemocnění jednoduché. Příčinou je kombinace biologických a psychosociálních faktorů v různé úrovni podle dispozice jedince.

⁹ Vágnerová, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese, str. 333

¹⁰ Motlová, Lucie. Koukolík, František. Schizofrenie, str. 37

¹¹ Malá, Eva. Pavlovský, Pavel. Psychiatrie, str. 60

¹² Praško, Ján a kol. Léčíme se s psychózou, str. 11

¹³ Motlová, Lucie. Koukolík, František. Schizofrenie, str. 53

Neoddiskutovatelný a prokázaný vliv na vznik nemoci mají citové vazby v rodině, kdy podle Jarolímků je rozhodující věk do cca dvou let dítěte. Psychosociální vliv je dále umocněn tím, jak se jedinec projeví, jaké naváže vztahy a získá postavení v dětském kolektivu a v kolektivu dospívajících.¹⁴

S výše uvedeným se shoduje i následující definice: „Predispozice novorozenců pro rozvoj schizofrenie jsou dány genetickými faktory a komplikacemi v těhotenství a při porodu. Načasování počátku choroby v pozdějším věku závisí na míře i náchylnosti jednotlivce a na schopnosti organismu odolávat různým stresovým situacím. Narůstající stresy mohou být biologického charakteru (například zneužívání halucinogenů) nebo sociální (například ztráta rodinného příslušníka). Tyto a další faktory spolu s životními stresy rovněž ovlivňují průběh a outcome of choroby.“¹⁵

Síla, rozsah a průběh choroby je dán individuální predispozicí a životními situacemi zejména v raném věku schizofrenika. Toto je umocněno genetickými vazbami z matčiny i otcovi strany. V následující kapitole se proto budeme vlivem dědičnosti zabývat.

1.4 Dědičnost

V předchozí kapitole bylo zmíněno, že dědičnost patří mezi biologické faktory vzniku schizofrenie. Jedinec po svých předcích dědí vzhled, dále různé vlastnosti nebo povahové rysy. Může zdědit i různé nemoci. Je tedy pravděpodobné, že když má někdo v rodině diagnózu schizofrenie, mohou stejně onemocnět i jeho potomci. Pokud je nemocný jeden z rodičů, je pravděpodobnost asi 10 %. Riziko se zvyšuje na 30 až 40 %, pokud jsou nemocní oba rodiče. Nemoc nemusí propuknout. Dispozice je však předávána po generaci. Je důležité zmínit, že se tedy nedědí schizofrenie jako nemoc, ale jedinec zdědí určitou náchylnost ke vzniku tohoto onemocnění.¹⁶

Vědecká pracoviště se po celé generace, tak i v dnešní době, zabývají studiem schizofrenie a její dědičnosti. Podle dostupné literatury jsou si výsledky podobné, nikoli však shodné.

¹⁴ Jarolímků Martin, O lidech, kteří onemocněli Schizofrenií, str. 11

¹⁵ Stopstigma, Příčiny vzniku schizofrenie. [online] in
<<http://www.stopstigma.cz/index.php?obsah=poruchy33>> [cit. 21. 1. 2013]

¹⁶ Praško, Ján a kol. Léčíme se s psychózou, str. 24 - 25

Jak již bylo opakovaně řečeno ve vzniku a příčinách nemoci je dědičnost významným faktorem. Dosud je vědcům stále neznámý přesný způsob přenosu nemoci. Zůstává mnoho nejasností. Uspokojivých výsledků nebylo zatím dosaženo ani při hledání genu významného pro schizofrenii. Je však doložitelným faktem, že riziko úmrtnosti schizofreniků v příbuzenském vztahu je výrazně vyšší než u běžné populace.¹⁷

V Chodurově publikaci je uvedeno následující:

- ❖ „cca 1 % - normální populace,
- ❖ cca 13 % - děti pacienta se schizofrenií,
- ❖ cca 10 % - sourozenci,
- ❖ cca 48 % - děti dvou schizofrenních rodičů,
- ❖ 35 - 58 % - monozygotní dvojčata,
- ❖ 9 - 27 % - dvouvaječná dvojčata.“¹⁸

Vágnerová ve své knize uvádí přehled dědičnosti u dvojčat. Výzkumem rodin s dvojčaty bylo prokázáno, že na vzniku schizofrenie mají genetické faktory významný podíl. Prozatím však nebylo zjištěno, o jaký typ dědičnosti se jedná. Studium monozygotních dvojčat bylo prokázáno, že ke vzniku dispozice mohou přispět různé geny nebo větší počet genů. Genetická informace není vždy stejná a onemocní jen někteří. Výzkumem bylo zjištěno, že v 50 % onemocní jen jedno z jednovaječných dvojčat.¹⁹ U dvouvaječných dvojčat onemocní pouze 14 %.²⁰

1.5 Příznaky schizofrenie

Příznaky schizofrenie můžeme rozdělit dle dvou základních skupin – pozitivní a negativní.

Pozitivní příznaky jsou takové, které pacientovi dávají něco navíc. Aktivují jeho duševní činnost, jejíž projevy jsou však nadměrné, mnohdy přehánění. V souhrnu se projevuje nepřiměřeně. Je atakován především bludy a jeho jednání ovlivňují

¹⁷ Tuček Jan, Chodura Vladimír, Psychiatrie, str. 61

¹⁸ Tuček Jan, Chodura Vladimír, Psychiatrie, str. 61 - 62

¹⁹ Vágnerová, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese, str. 334

²⁰ Motlová, Lucie. Koukolík, František. Schizofrenie, str. 37

halucinace. Jeho chování je neklidné a mnohdy bizarní. Psychofarmakologická je pro pozitivní symptomy přínosná a účinná.²¹

Bludy schizofreniků nejsou jednorázové, ale opakující se. Díky nim je chování schizofrenika nevyzpytatelné, což je pro partnerský a rodinný život velmi náročné. Komunikace s partnerem je velmi stěžována tím, že schizofrenik si neuvědomuje realitu a nedokáže zhodnotit vliv své nemoci. Partnerův boj proti bludům schizofrenika je vyčerpávající a často vede k pocitům absolutní bezmoci. Bludy schizofrenika způsobují chování, které se vymyká běžným zvyklostem, a na veřejnosti vzbuzuje rozpaky popřípadě posměch. V důsledku toho partner nevyhledává společenské události a dochází až k izolaci rodiny. Stejným problémem jako schizofrenikovy bludy jsou i halucinace. Pro partnera je velmi obtížné si halucinace uvědomit, nelze je akceptovat. Nedá se však vyhnout všem stresujícím situacím, které je zpravidla vyvolávají. Jejich nevyzpytatelnost často vyčleňuje rodinu ze společenských vztahů. Dalším pozitivním příznakem schizofrenie je neklidné chování. Schizofrenik se nedokáže fixovat na jedno místo, nedokáže se soustředit na jakoukoliv činnost. Je např. nucen bezúčelně chodit po bytě nebo i byt bezdůvodně a bezcílně opustit. Toto chování je stresující a vyvolává v rodině hmatatelný pocit strachu. Situace je náročná pro obě strany. Mnohdy pouhé slovo či pohled může spustit neadekvátní reakci. Není výjimkou fyzické napadení kteréhokoliv člena rodiny.

Negativní příznaky – z hlediska rozvoje nemoci se zdá být nemocný s těmito příznaky v horší pozici a duševním stavu. Nejenže trpí pocitem osamělosti až izolovanosti, ale i tak žije. Vytrácí se zájem o přátele, vzdává se svých životních cílů a plánů. Zapomíná na své zájmy. Toto je dáno pocitem ztráty životní energie, který v nejvyšší fázi neumožňuje pacientovi zvládat základní životní aktivity, např. osobní hygienu.²²

Negativní příznaky jsou pro kvalitu partnerského a rodinného života ještě náročnější než pozitivní. Příznaky jsou plíživé a zcela nenápadné. Schizofrenik se stáhne do sebe a rodina nemá ponětí o jeho vnitřním životě. Neumí si vůbec představit, co cítí, jaké myšlenky a utkvělé představy sužují jeho mysl. Ztrátou zájmu schizofrenika o společnost i rodinu dochází i k významnému omezení jakéhokoliv vztahu, což je zejména stresující pro vztah partnerský. Partner schizofrenika si musí najít své zájmy,

²¹ Raboch, Jiří. Zvolský, Petr. Psychiatrie, str. 236

²² Praško, Ján a kol. Léčíme se s psychózou, str. 24 - 25

svoji náplň života, aby nezůstal osamocen, společensky izolován. Velmi negativním pro rodinný život jsou oploštěné emoce schizofrenika. Nedokáže prožít radost ani smutek. Toto vyvolává citové ochuzení pro děti a partnera, tím dochází k emoční vzdálenosti v rodině.

1.6 Formy schizofrenie

Onemocnění schizofrenií má mnoho různých forem. Mezinárodní klasifikace nemocí rozlišuje tyto formy schizofrenie:²³

- F20.0 – Paranoidní schizofrenie
- F20.1 – Hebefrenní schizofrenie
- F20.2 – Katatonní schizofrenie
- F20.3 – Nediferencovaná schizofrenie
- F20.4 – Postschizofrenní deprese
- F20.5 – Reziduální schizofrenie
- F20.6 – Simplexní schizofrenie
- F20.8 – Jiná schizofrenie
- F20.9 – Schizofrenie nespecifikovaná

V následujícím textu jsou z hlediska rodinných a partnerských vztahů podrobněji rozepsány formy schizofrenie běžně se ve společnosti vyskytující. Stručněji jsou zmíněny ostatní formy schizofrenie.

Paranoidní schizofrenie. Tato forma schizofrenie je jednou z nejrozšířenějších ve většině částí světa.²⁴ Podle Vágnerové může vzniknout i v pozdějším věku a člověk onemocní až kolem 40 let.²⁵ „Paranoidní schizofrenie je porucha, při níž dominují relativně stálé paranoidní bludy, obvykle doprovázené halucinacemi, zvláště sluchovými, a dalšími poruchami vnímání.“²⁶

²³ Světová zdravotnická organizace. Duševní poruchy a poruchy chování, str. 81

²⁴ Světová zdravotnická organizace. Duševní poruchy a poruchy chování, str. 85

²⁵ Vágnerová, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese, str. 345

²⁶ Smolík, Petr. Duševní a behaviorální poruchy, str. 160

Malá uvádí, že „dále bývají přítomny halucinace čichové a chuťové, sexuální a jiné tělové. Zrakové halucinace nejsou časté.“²⁷ Takto nemocný člověk se stává vztahovačným a podezřivým. Domnívá se, že je pronásledován a hrozí mu zničení. Objevit se může i chorobná žárlivost. Bludy vztahuje nejen k nadpřirozeným bytostem, ale někdy i k lidem, které zná a jsou v jeho blízkosti, např. členové rodiny, sousedé, přátelé nebo spolupracovníci. Vzniká tedy nebezpečí, že lidé s tímto onemocněním mohou na tyto osoby zaútočit, aby se v rámci své logiky bránili nebezpečí.²⁸

Tato forma schizofrenie je pro rodinný život velkou zátěží, protože má mnoho pozitivních příznaků. Schizofrenik je ovládán svými bludy a představami a jedná pod jejich vlivem bez ohledu na reálnou skutečnost. Například pokud schizofrenik žárlí, nelze mu to vymluvit ani dokázat věrnost. Paranoidní může být ke všem, ale může se také stát, že z paranoidního bludu je vyloučen partner případně děti. Ti se pak stávají pilířem a zdánlivě jedinou oporou schizofrenika. Mohou jím však také být vtaženi do bludných představ a to je pak nesmírně vyčerpávající.

Hebefrenní schizofrenie obvykle vzniká mezi 15 – 25 lety, v období kdy je člověk v adolescenci a rané dospělosti. Zasáhne osobnost ve vývojové fázi, kdy se vytváří nová identita jedince. Z tohoto důvodu má špatnou prognózu. Nová identita se po propuknutí duševní nemoci nemůže vytvořit a původní dětské sebepojetí nemůže sloužit jako pevný základ. Hebefrenní schizofrenie se projevuje nápadným šaškováním, chichotáním a klackovitým chováním. Proto bývá velmi často přirovnávána k bouřlivému pubertálnímu chování. Emoční prožívání se projevuje kolísáním citových prožitků od veselé nálady k smutné a naopak. Bezduvodně se střídají deprese a strach.²⁹ „Kromě toho je obvyklé výrazné narušení afektivity a vůle a porucha myšlení. Halucinace a bludy mohou být přítomny, ale neměly by být významné. Dochází ke ztrátě průbojnosti a rozhodnosti, opuštění cílů, takže chování se typicky stává bezcílné a bezúčelné. Pacient se povrchně a manýrovaně zabývá náboženskými, filozofickými a jinými abstraktními tématy, což může činit potíže při sledování myšlenek.“³⁰

²⁷ Malá, Eva. Pavlovský, Pavel. Psychiatrie, str. 60

²⁸ Vágnerová, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese, str. 345

²⁹ Vágnerová Marie, Psychopatologie pro pomáhající profese, str. 347

³⁰ Světová zdravotnická organizace, Duševní poruchy a poruchy chování str. 86

Vzhledem k projevům této formy schizofrenie je partnerský vztah téměř vyloučen, protože je více než obtížné najít partnera, který by byl schopen akceptovat takovýto způsob chování. Pokud ke vztahu dojde, je od partnera obtížné zvládat kolísání emotivity schizofrenika a často dochází k podrážděné reakci na projevy jeho nemoci.

Další z forem je **Katatonní schizofrenie**. Tato forma tradiční typologie schizofrenie je charakterizována nápadnou poruchou psychomotoriky.³¹ Rozlišujeme dvě varianty této schizofrenie:

- ❖ Produktivní forma se vyznačuje přílišnou a nepřiměřenou pohybovou aktivitou, paradoxním vystupováním. Může jít o zvýšenou aktivaci, nebo nemocný člověk napodobuje pohyby, mimiku (echopraxie) či stále opakuje určitá slova nebo věty (echolalie).
- ❖ Neproduktivní, stuporózní forma se naopak projevuje úplným zpomalením až útlumem veškeré motorické aktivity. Pacient ztrácí vůli vykonávat jakoukoliv činnost, nehýbe se a je schopen vydržet velice dlouho v jedné poloze, nekomunikuje, ale když dojde k pokusu ho aktivizovat, odporuje. U této schizofrenie se objevují halucinace, hlasy, které pacientům zakazují jíst, mluvit, jednat atd. Takto nemocní lidé jsou nevyzpytatelní, z jejich jednání nelze odhadnout, co jim jejich halucinace přikáže.³²

Podle světové zdravotnické organizace se katatonní schizofrenie nyní zřídka vyskytuje v průmyslových zemích, ačkoliv jinde je běžná.³³

Tato vzácná forma schizofrenie je nesmírně zatěžující pro rodinu. Pacient musí být hospitalizován. Jeho nemoc se nedá zvládnout mimo nemocniční zařízení.

Simplexní schizofrenie je: „Vzácně se vyskytující psychóza, u níž se plíživě, ale progresivně rozvíjí bizarní chování, neschopnost se vypořádat se sociálními požadavky a pokles celkové výkonnosti.“³⁴

Vágnerová zase uvádí, že tato schizofrenie se „na počátku může jevit jako porucha osobnosti s nápadnou leností a sociální nepřizpůsobivostí.“³⁵ Pacient postižený

³¹ Bouček Jaroslav, Speciální psychiatrie, str. 54

³² Vágnerová Marie, Psychopatologie pro pomáhající profese, str. 349

³³ Světová zdravotnická organizace, Duševní poruchy a poruchy chování str. 86

³⁴ Světová zdravotnická organizace, Duševní poruchy a poruchy chování str. 88

³⁵ Vágnerová Marie, Psychopatologie pro pomáhající profese, str. 349

simplexní schizofrenií neuznává běžné sociální normy. Stává se lhostejným a potuluje se. Ztrácí zájem o cokoliv a izoluje se od společnosti. Není schopen zvládat běžné požadavky, přestává o sebe pečovat a postupně upadá. Jeho myšlení klesá na úroveň demence.³⁶

Pacienti s touto formou jsou proto neschopni jakéhokoli života včetně rodinných a partnerských vztahů. Často se stávají bezdomovci. Pokud žijí v rodině či v jakémkoliv vztahu jsou pasivní a veškerou péči včetně o osobu schizofrenika jsou nuceni převzít ostatní členové rodiny, rodiče, partneři, děti...

Dále jsou jen krátce přestaveny ostatní formy schizofrenie: Přestože **nediferencovaná schizofrenie** má stavy, které splňují diagnostická kritéria pro schizofrenii, nelze jí zařadit do žádné z výše uvedených forem.³⁷

Postschizofrenní deprese je „depresivní epizoda, která může být dlouhá a která vzniká po odeznění schizofrenie. Musí být ještě přítomny některé schizofrenní příznaky, ale v klinickém obraze už nepřevládají.“³⁸ „Tyto přetrvávající schizofrenní příznaky mohou být pozitivní, nebo negativní, i když negativní převládají. Tato depresivní porucha je spojena se zvýšeným rizikem sebevražd.“³⁹

Reziduální schizofrenie – stejně jako u postschizofrenní deprese „se vztahují k průběhovým stádiím onemocnění. Jedná se o stavy, které často následují a přetrvávají po odeznění akutních příznaků schizofrenního onemocnění.“⁴⁰ „Je charakterizována snížením psychomotorického tempa, snížením emotivity, pasivitou, nedostatkem iniciativy, sníženou sociální výkonností a péčí o sebe.“⁴¹

1.7 Poruchy schizofrenního spektra

Schizotypní porucha F21. „Schizotypní porucha se vyznačuje excentrickým chováním, a anomáliemi myšlení a emotivity, které připomínají schizofrenii, ale není přítomen žádný ucelený a charakteristický schizofrenní příznakový okruh. Je

³⁶ Vágnerová Marie, Psychopatologie pro pomáhající profese, str. 349

³⁷ Světová zdravotnická organizace, Duševní poruchy a poruchy chování str. 87

³⁸ Smolík Petr, Duševní a behaviorální poruchy, str. 163

³⁹ Světová zdravotnická organizace, Duševní poruchy a poruchy chování str. 87

⁴⁰ Bouček Jaroslav a kol., Speciální psychiatrie, str. 55

⁴¹ Tuček Jan, Chodura Vladimír, Psychiatrie, str. 64

charakterizována symptomy, které se podobají zdůrazněným prodromálním příznakům schizofrenního onemocnění. Schizotypní porucha také často schizofrenii předchází.⁴²

Trvalá porucha s bludy F22. Jedince, který onemocní touto poruchou, provází celoživotně bludy. Může se jednat o jeden konkrétní blud, nebo jich může být více. Tyto bludy mají velmi pestrý obsah. Obsahem může být konkrétní životní situace jedince.⁴³

Schizoafektivní porucha F25. Tato porucha je přechodná. V průběhu ataky onemocnění se objevují schizofrenní příznaky, ale také afektivní buď současně, nebo v průběhu několika dní. Šanci na plné uzdravení mají ti pacienti, kteří mají spíše manické příznaky. Podle toho, která z afektivních složek má převahu, rozlišujeme manický, depresivní nebo smíšený typ.

Schizoafektivní porucha, manický typ – schizofrenní a manické příznaky jsou v období onemocnění ve stejnou chvíli rovnoměrně přítomny. Nálada pacienta se projevuje vysokým sebevědomím, ale může být i více podrážděn a pak dochází agresivnímu chování. Jedinec ztrácí společenské zábrany, nekoncentruje se, jeho aktivita je zvýšena. Tato porucha má obvykle akutní začátek, pacient má přesto velkou šanci na plné uzdravení a to během několika týdnů.

Schizoafektivní porucha, depresivní typ – stejně jako u předchozí poruchy i tady jsou ve stejném období rovnoměrně zastoupeny příznaky schizofrenie a deprese. Pacient je zpomalený, nemá chuť k jídlu, má pocit viny a sebevražedné myšlenky. Oproti schizoafektivní poruše manického typu je tato porucha trvalejší a má horší prognózu na uzdravení.⁴⁴

Tyto poruchy jsou z hlediska rodinného a partnerského života také velmi zatěžující, stejně jako u kterékoliv schizofrenie. Setkáváme se zde s bludy, nezvladatelnou žárlivostí. Rodina či partnerský vztah trpí nenasycenými vztahy. Schizofrenik mnohdy neodůvodněně, dlouhodobě a bez vysvětlení opouští rodinu, což má závažný negativní dopad na rodinné vztahy. Zejména citové vztahy s dítětem jsou vážně ohroženy. Pro rodinné příslušníky a opět zejména děti je obzvlášť těžké se vyrovnat afektovanými pokusy o sebepoškození, včetně možného rizika sebevraždy schizofrenika.

⁴² Bouček Jaroslav a kol., Speciální psychiatrie, str. 79

⁴³ Bouček Jaroslav a kol., Speciální psychiatrie, str. 80

⁴⁴ Světová zdravotnická organizace. Duševní poruchy a poruchy chování str. 95 -96

2 RODINA

Moje bakalářská práce pojednává o rodičovství lidí s duševním onemocněním. Proto tuto část práce chci věnovat tématu Rodina, o kterém budu hovořit v obecné rovině. Zabývala jsem se typologií rodin a následně tím, co by rodina měla naplňovat, aby správně fungovala. Snažím se zde ukázat, že rodina je důležitá pro vývoj a výchovu dětí. Pro rodiny, kdy je některým z jejich členů schizofrenik se mění rodinné vazby a vztahy. Kompetence bývají přesměrovány zcela odlišně, než je v běžných rodinách. Pro duševní vývoj dítěte je rozhodujícím momentem, zda se rodina neocitla ve společenské izolaci a nemocnou matku či otce zastoupí některý z členů rodiny.

2.1 Definice rodiny

Uvést jednoznačnou definici pojmu rodina není jednoduchou záležitostí. Vysvětlení daného pojmu se liší v závislosti na pohledu různých vědních disciplín jako je psychologie, sociologie, právo a jiné, které se rodinou zabývají, proto lze rodinu definovat mnoha způsoby. Přesto se v nich nalézá podobnost.

Podle Psychologického slovníku je rodina „společenská skupina spojená manželstvím nebo pokrevními vztahy, odpovědností a vzájemnou pomocí.“⁴⁵

Ve Velkém sociologickém slovníku je rodina tentokrát definována jako „původní a nejdůležitější skupina a instituce, která je základním článkem sociální struktury i základní ekonomickou jednotkou a jejímiž hlavními funkcemi je reprodukce trvání lidského biologického druhu a výchova, resp. socializace potomstva, ale i přenos kulturních vzorů a zachování kontinuity kulturního vývoje.“⁴⁶

Mlčák zase uvádí, že „v sociálně psychologickém pojetí je rodina specifickou, malou, primární, uzavřenou a neformální sociální skupinou, kterou je možné posuzovat s různých hledisek.“⁴⁷

Pod pojmem rodina si lze na základě výše uvedených definic představit malou skupinu lidí žijící společným způsobem života ve vzájemném soužití, které se liší v důsledku určitých tradic a společenské kultury konkrétní země. Skupinu lidí, kterou

⁴⁵ Psychologický slovník, str. 512.

⁴⁶ Velký sociologický slovník, str. 940.

⁴⁷ Mlčák, Zdeněk. Vybrané kapitoly z psychologie manželství a rodiny, str. 63.

spojuje především příbuzenský či manželský vztah, kde se členové navzájem ovlivňují, plní svou roli a realizují své úkoly, týkající se především výživy a výchovy dětí. Všeobecně lze tedy říci, že rodina je skupina lidí, kterou tvoří ti nejbližší a vytváří si potřebné zázemí mezi sebou. Vytváření rodinného zázemí, pocitu lásky, přátelství a bezpečí je nejen důležité pro všechny členy rodiny, ale především pak při vstupu nového jedince, protože do tohoto přirozeného společenského prostředí vstupuje na počátku své existence, a po celý jeho vývoj ho dané prostředí ovlivňuje a rozvíjí jeho osobnost.

„Rodinu můžeme tedy chápat jako skupinu lidí spojených společným původem, manželstvím, nebo jiným právním vztahem, jako je například adopce, jejíž členové se navzájem (společensky, ekonomicky, psychologicky) podporují a shodně se identifikují jako jedna společenská jednotka. Rodina zároveň podléhá normám dané společnosti a společenským představám o rolích, které by měla naplňovat.“⁴⁸

Lze tedy na základě výše uvedených definic shrnout, že rodina je malá sociální skupina lidí, která je spjatá citovými vazbami a má vliv na rozvoj osobnosti dětí a má zároveň úzkou vazbu se společností. Společenské poměry se odrážejí v rodinách a naopak situace rodin má vliv a dopad na společnost. Tudíž je nutné zmínit i několik dalších témat, které se týkají rodiny a hrají zde důležitou roli, například vývoj rodiny, typy rodin a funkce rodiny. Uvedená témata jsou blíže popsána v následující části.

2.2 Manželství a rodičovství

Z pohledu sociologie je manželství nejrozšířenější formou společného soužití mezi dvěma osobami, zpravidla opačného pohlaví. Jedná se o svazek, který uspokojuje řadu přirozených biologických a sociálních potřeb muže a ženy, který zároveň vytváří základnu pro založení rodiny a nejvhodnější prostředí pro výchovu jejich dětí.⁴⁹

Ve Velkém sociologickém slovníku je uvedeno, že manželství je „obvykle společensky uznávaný, legalizovaný sexuální vztah mezi dvěma nebo více partnery

⁴⁸ Smutková, Lucie. Sociální práce s rodinou, str. 15.

⁴⁹ Mlčák, Zdeněk. Vybrané kapitoly z psychologie manželství a rodiny, str. 5.

opačného pohlaví, o kterém se předpokládá, že se dříve či později stane základem rodiny.“⁵⁰

Sociolog Geist velmi obecně definuje manželství a uvádí tedy, že manželství je „sociálně sankciovaným institucionálním sexuálním vztahem dvou nebo více jedinců zpravidla opačného pohlaví, obvykle s úmyslem založit rodinu (mít děti), resp. trvalým vztahem, v němž je ženě a muži sociálně dovoleno mít děti, aniž by ztratili své místo ve společnosti.“⁵¹

I zde se setkáváme s tím, že určit přesný význam slova manželství není jednoduché. Každý autor ho vysvětluje téměř stejně, i když s nepatrnými odlišnostmi. Přesto bych chtěla ještě zmínit následující definici manželství, která mě samotné je nebližší, protože takto bych jej popsala já sama.

„Manželství lze charakterizovat jako společenský svazek mezi mužem a ženou, jehož hlavním úkolem je vytvoření rodiny a výchova dětí. Vzniká po splnění zákonných požadavků, za přítomnosti dvou svědků, souhlasným prohlášením muže a ženy před orgánem státu nebo církve nebo náboženské společnosti.“⁵²

Na manželství můžeme pohlížet také jako na proces vzájemného přizpůsobování partnerů, kdy se partneři učí přijímat své role a role nové, tedy roli rodičů a pak prarodičů. Na osobnosti partnerů, jejich postojích a hodnotových systémech závisí kvalita manželského vztahu. Ta se odráží ve vztahu k dětem, a naopak děti k rodičům.⁵³

Rodičovství je přirozeným údělem a přesto jednou z nejtěžších rolí, ale i tak je to role obohacující náš život. Rodičovství začíná narozením dítěte, a proto je velmi důležité si už od samotného počátku vytvářet vřelý a láskyplný vztah s dítětem. Rodiče v podstatě utvářejí osobnosti jejich dětí. Určují jejich počáteční směr, ovlivňují jeho život a s tím i životní cíle. Předávají dětem nejlepší vlastnosti, hodnoty i postoje, usilují o rozvinutí jejich sebevědomí. Vychovávají je podle svého nejlepšího vědomí a přesvědčení, pečují o ně, strachují se.

⁵⁰ Velký sociologický slovník, str. 590.

⁵¹ Dle Mlčák, Zdeněk. Vybrané kapitoly z psychologie manželství a rodiny, str. 40.

⁵² Veselá, Renata a kol. Rodina a rodinné právo: historie, současnost a perspektivy, str. 13.

⁵³ Velký sociologický slovník, str. 591.

2.3 Formy a typologie rodin

Když mluvíme o rodině, máme tendenci si rodinu představovat ve složení otce, matky a dětí. Protože většinou takto bývá rodina představována v literárních i výtvarných zdrojích, které jsou používány při výchově dětí. Ale tak tomu nemusí být vždy. Když se podíváme v současnosti na model současné rodiny, tak zjistíme, že takto prezentovaný model (otec, matka a děti), nemusí být vždy naplněn. V současné době existují typy rodin, kde rodinu netvoří jen manželé s dětmi, ale také rodiče a jiné osoby, které mají děti, pečují o ně a vychovávají je. Domnívám se, že takové typy rodin by pravděpodobně nebyly v minulosti společností jako rodiny uznány a přijaty.

Z hlediska typologického rozlišení, podle toho, jak je rodina tvořena, můžeme hovořit o několika formách. Můžeme hovořit o **rodině orientační a prokreační**, kdy dochází k členění rodiny podle původu, jak vzniká. Orientační rodina je výchozí, původní rodina, do které se jedinec narodí a vyrůstá v ní. Prokreační neboli reprodukční rodina je nově vytvořená rodina, kterou si jedinec sám založil. Dále se dají rodiny členit podle toho, jak plní své funkce. Pak hovoříme o **rodině funkční**, kdy plní všechny své funkce jak ve vztahu ke svým členům, tak společnosti, a **dysfunkční**, kdy rodina zcela neplní své funkce vzhledem ke společnosti a neuspokojuje potřeby svých členů.⁵⁴ Funkce rodiny jsou popisovány v následující kapitole.

Hroncová ve své publikaci uvádí rodinu zase jako **úplnou a neúplnou**. Úplná rodina je složena z obou rodičů a jejich dětí. V neúplné rodině jeden z rodičů chybí, což může být způsobeno např. rozvodem nebo úmrtím. Hroncová však upozorňuje na to, že nelze všeobecně tvrdit, že by neúplná rodina vytvářela horší podmínky pro výchovu svých dětí než rodina úplná. Ale podle svého názoru uvádí, že je důležité a nevyhnutelné věnovat větší pozornost při výchově dítěte, to znamená tedy zvyšovat péči o něj a budovat vzájemnou důvěru v důsledku absence chybějícího rodiče.⁵⁵

Další dělení, které zde uvádím, je dělení podle Matějčicka na rodiny **vlastní a nevlastní**. Avšak zdůrazňuje, že je důležité, aby dítě bylo ujišťováno, že s lidmi se kterými žije a patří k nim, ho mají rádi, ať už je jejich vlastní nebo nevlastní. Musí být uspokojována potřeba dítěte, a to potřeba životní jistoty, která je mu dávana vzájemnou

⁵⁴ Smutková, Lucie. Sociální práce s rodinou, str. 21.

⁵⁵ Hroncová, Jolana. Sociální pedagogika a sociální práce, str. 82.

náklonností, láskou a sympatiemi v rodině.⁵⁶ Když budeme mluvit o rodině vlastní, máme na mysli, že dítě žije se svými biologickými rodiči. V rodině nevlastní je pouze jeden z rodičů jeho vlastním biologickým rodičem a druhý je nevlastním rodičem, se kterým nemá společné DNA. Mohou nastat i takové situace, kdy oba z rodičů nebudou jeho biologickými rodiči. Tudiž pak hovoříme například o adopci (osvojení) nebo pěstounské péči.⁵⁷

Pokud si přečteme knihu od Matouška, dozvíme se, že charakterizuje typy rodin podobně, jak už již bylo zmíněno. Hovoří o rodinách, které definuje jako rodiny **neklinické a klinické**. Avšak dnes je před těmito pojmy upřednostňováno spíše označení funkční (neklinická) a dysfunkční (klinická) rodina. Pokud označíme rodinu za klinickou, mluvíme o rodině, kde se vyskytuje přítomnost nějaké poruchy. Například se může jednat o rodinu se zanedbávaným (případně týraným) dítětem nebo zneužívaným (případně týraným) dospělým, o rodinu s postiženým členem, nebo o rodinu, kde je jeden ze členů tělesně nebo duševně nemocný, apod.⁵⁸ Definice uvedená v knize Matouška zní takto: „Klinická rodina je rodina, která se díky svým problémům dostala do styku s poradenským nebo terapeutickým zařízením.“⁵⁹ Tato definice vystihuje, že schizofrenici a jejich rodiny jsou častými klienty psychiatrických zařízení a poraden sociální péče a to dlouhodobě.

2.4 Funkce rodiny

Z hlediska sociálních skupin je rodina nejdůležitější, má svůj nezastupitelný význam, jak pro dospělé a děti, tak také pro společnost. Plní řadu určitých funkcí vůči sobě i společnosti. I když mohou mít rodiny odlišnou strukturu a jinak rozdělené rodinné role v závislosti na různých kulturách, přesto jsou základní funkce rodiny vždy totožné.

Autoři odborných knih uvádějí několik oblastí, ve kterých se projevuje, zda rodina naplňuje či nenaplňuje svou úlohu. Oblasti jsou vymezeny téměř shodným způsobem. Nejčastěji uváděné jsou oblast biologicko-reprodukční, ekonomická,

⁵⁶ Matějček, Zdeněk. O rodině vlastní, nevlastní a náhradní, str. 64-65.

⁵⁷ Matějček, Zdeněk. O rodině vlastní, nevlastní a náhradní, str. 66.

⁵⁸ Matoušek, Oldřich. Rodina jako instituce a vztahová síť, str. 110, 148-149.

⁵⁹ Matoušek, Oldřich. Rodina jako instituce a vztahová síť, str. 157.

výchovná a socializační, emocionální a ochranná. Následující popis funkcí je uveden z pohledu Smutkové a doplněn o komentáře autorky této bakalářské diplomové práce.⁶⁰

Biologicko-reprodukční funkce je významná jak pro společnost, tak i pro jedince, protože rodina vytváří optimální podmínky pro zabezpečení reprodukce. Zajišťuje pokračování lidského rodu, dalších generací ve společnosti. Součástí této funkce je i celková péče o členy rodiny, tedy zabezpečení potravy, péče o zdraví členů apod. Nejde tedy pouze jen o zplození a přivedení dítěte na svět, ale také o zabezpečení všech potřebných podmínek pro jeho další vývoj a život.

Z pohledu rodiny schizofrenika je tato funkce zvažována důsledněji a důkladněji než ve zdravých rodinách s ohledem na ohrožení plodu přenosem genetické zátěže. Paradoxně některé rodiny duševně nemocných si tuto otázku vůbec nepřipouštějí.

V ekonomické funkci jde o ekonomické zabezpečení celé rodiny, kdy rodina potřebuje zabezpečit základní životní potřeby svých členů. Finanční prostředky rodiny jsou omezené, a proto je nutné plánovat a koordinovat ekonomické aktivity (zakoupení a vybavení bytu, každodenní náklady na potraviny a domácnost, vzdělávání členů, zdravotní a rekreační péče) a následně řešit naléhavost jednotlivých potřeb.

Ekonomická funkce se schizofrenických rodin dotýká ve větší míře než rodin bez zdravotního omezení. Finanční příjmy rodiny bývají nestabilní, často ztrátou zaměstnání díky nemožnosti plnit pracovní úkoly z důvodu nemoci a jejich projevu.

Výchovná a socializační funkce působí na socializaci dětí, člověka. Jedná se o proces společenské adaptace a aktivit, kdy je utvářena osobnost. Dítě si osvojuje očekávané způsoby chování a jednání, společenské role a kulturu společnosti.

Výchova dětí v rodině schizofreniků s sebou přináší mnohá úskalí, která jsou pro běžné rodiny nepředstavitelná. Děti se setkávají a musejí se naučit vyrovnat se situacemi, které je díky nemoci přimějí umět se postarat o sebe nebo i celou rodinu. Někdy naopak je duševní vývoj dítěte životem ve schizofrenní rodině významně zbrzděn.

Emocionální funkce je z hlediska dítěte nezastupitelnou a nejdůležitější funkcí rodiny. Jde o vytváření stabilního emocionálního prostředí, které je významné jak pro děti, tak i pro dospělé členy rodiny. Rodina vytváří potřebné citové zázemí, pocit

⁶⁰ Smutková, Lucie. Sociální práce s rodinou, str. 23-27.

lásky, bezpečí a jistoty. Proto kladné emocionální rodinné vztahy jsou předpokladem pro zdravý rozvoj osobnosti dítěte.

Osobnost dítěte, které vyrostlo v rodině lidí s duševním onemocněním, mnohdy postrádá umění opřít se o citovou vazbu, ale není to pravidlem. V některých rodinách právě nemoc jejího člena zapůsobí na duševní vývoj dítěte tak, že má v dospělosti schopnost tolerance a soužití s člověkem duševně nemocným.

Ochranná funkce rodiny spočívá především v ochraně zdraví dětí, ale i v poskytování pomoci členům rodiny v obdobích, kdy se o sebe nejsou schopni sami postarat, např. jsou nezaměstnaní, nemocní anebo staří.

Ochranná funkce rodiny ve zvýšené míře platí pro rodiny, kde se nachází duševně nemocný člen rodiny. Ve zvýšené míře je někdy třeba výpomoc sociálních služeb.

Ať už se v člancích, odborných studiích nebo v běžném životě hovoří o tom, že některé rodiny plní nebo neplní své funkce. Z pohledu společnosti můžeme jinými slovy říci, že se jedná o „funkčnost“ a „nefunkčnost“ rodiny. V tomto případě je toto použití slov chápáno ve smyslu, zda rodina selhává nebo neselhává v naplňování svých rolí a úloh, které od ní daná společnost očekává. Ale také je nutné zmínit, že takovouto situaci, zda jsou naplňovány nebo nenaplňovány rodinné funkce, je nutné odborně posuzovat z několika pohledů, protože rodina musí být vždy vnímána jako celek.⁶¹ Proto je pro zhodnocení, zda je rodina funkční nebo naopak, potřeba delšího přímého kontaktu s rodinou. Domnívám se, že při posuzování jsou vyžadovány také dovednosti, které byly získány v předchozích šetřeních rodin, tedy obecně lze říci cvikem a opakováním. Mlčák ve své knize zmiňuje, že zatím v České republice nemají sociální pracovníci pro systematictější práci s rodinami vytvořeny ani dva základní předpoklady. Hovoří o speciálním školení pro poradenskou, neboli terapeutickou práci a o možnosti soustavné soustředěné práce s rodinou, která danému sociálnímu pracovníkovi není umožněna, protože se souběžně zabývá několika případy. Z předchozích informací tedy vyplývá, že vyškolený pracovník by se měl současně věnovat pouze několika rodinám a to po dobu několika měsíců. Přesně tyto dvě zmíněné věci požaduje nepřetržitá práce s rodinami, kde se vyskytuje nějaký problém.⁶²

⁶¹ Smutková, Lucie. Sociální práce s rodinou, str. 22.

⁶² Matoušek, Oldřich. Metody a řízení sociální práce, str. 192.

2.5 Vývoj a výchova dětí v rodině

V úvodu této části práce nejprve uvedu, co si vlastně pod pojmy vývoj a výchova představit. A následně se budu zabývat vývojem a výchovou dětí v rodině.

V Psychologickém slovníku je výchova vysvětlována tak, že se jedná o „záměrné, více či méně systematické rozvíjení citových a rozumových schopností člověka, utváření jeho postojů, způsobů chování, v souladu s cíli dané skupiny, kultury apod.“⁶³ A vývoj neboli růst je zde definován následovně: „změny spojené se zráním a zkušenostmi, resp. učením.“⁶⁴ Ve Velkém sociologickém slovníku je zase uvedeno, že se tento pojem „používá v jednotlivých specifických vědách odlišným způsobem – např. v biologii pro označení procesů psychofyzického zrání individuů či skupin (druhů), v psychologii pro označení procesů přizpůsobování okolí, atp.“⁶⁵

Jak už jsem zmínila dříve, nejdůležitějším ovlivňujícím prostředkem při výchově a vývoji dětí je rodina, rodinné zázemí, prostředí, ve kterém dítě vyrůstá. Je to jedna ze základních funkcí, kterou by rodina měla naplňovat, a to vychovávat. Přece jen je to velice důležitý proces, při kterém dochází k utváření osobnosti dítěte.

Každý rodič bude chtít být vždy tím nejlepším a bude se snažit, aby ze svého dítěte vychoval skvělého člověka. Jakým člověkem se dítě stane a jak se bude vyvíjet, je ovlivňováno přístupem k jeho výchově. Od samotného počátku je důležité si k malému miminku vytvořit úzký citový vztah. Je dobré, aby byla rodina na příchod dítěte připravena, protože už jen tím mu bude dáván pocit lásky od narození. Měli bychom si uvědomovat, co vlastně sami děláme, když s tak malým dítětem hovoříme, nebo o něj pečujeme. Musíme mu porozumět a uspokojovat jeho potřeby. Zároveň se snažíme upoutat jeho pozornost, abychom v něm vytvořili pocit spokojenosti a radosti. Novorozenec naše slova vnímá, proto je důležité k němu promlouvat, i když nám sám slova neoplácí. Rozvíjí to jeho vývoj řeči, ale zároveň je rozvíjen i jeho vývoj citový.⁶⁶

V další fázi svého vývoje, kdy je dítě v batolecím období, je dobré dítě nechat, aby se samo rozvíjelo a poznávalo svět kolem sebe, který se snaží prozkoumávat a objevovat. Začíná lézt, stavět se, postupně chodit. Už nyní objevuje první slůvka

⁶³ Hartl, Hartlová. Psychologický slovník, str. 680.

⁶⁴ Hartl, Hartlová. Psychologický slovník, str. 684.

⁶⁵ Velký sociologický slovník, str. 1408.

⁶⁶ Matějček, Zdeněk. O rodině vlastní, nevlastní a náhradní, str. 19.

a začíná více chápat dění ve svém okolí. Je to období, ve kterém si začíná uvědomovat samo sebe.⁶⁷

V předškolním věku si dítě vytváří odlišný vztah k okolnímu prostředí, než tomu bylo doposud. Ještě více prozkoumává své okolí a rozvíjí se jeho představivost, kterou nechává působit. Neuvažuje ještě logicky, ale využívá své fantazie. Dochází k vývoji jeho paměti. Dokáže se vyjadřovat a je schopné určitým způsobem stylizovat své dosavadní prožitky.⁶⁸ Rodiče se v tomto období snaží dítě naučit potřebnému chování, které je od nich očekáváno, vzhledem ke společnosti nebo jím samým. Budují oboustranný vztah tak, aby dítě akceptovalo jejich požadavky, zásady a aby se podle nich chovalo a řídilo. V této etapě vývoje je tedy důležité, aby se dítě snažilo pochopit, že na něj budou kladeny požadavky i jiných sociálních skupin a prostředí, kterým se musí přizpůsobit, než jen rodině.⁶⁹ Proto tedy důležitým sociálním zlomem je, když dítě nastoupí do mateřské školky. Učí se požadovaným způsobům chování a také se učí, aby uznávalo práva druhých. Když to shrneme jednoduše a pár slovy, můžeme říci, že se učí základním normám chování a připravuje se na život ve společnosti.⁷⁰

Následující vývojová fáze dítěte je významným společenským mezníkem. Jedná se o nástup do školy. Hovoříme o důležitém období, období přípravy na život. Dítě školního věku se učí novým rolím (žák, spolužák) a musí dodržovat konkrétní normy.⁷¹ Učí se číst, psát, vážit si učitele a snaží se začlenit mezi ostatní děti. V této vývojové fázi je důležité, aby bylo dítě kladně hodnoceno za své snažení, ať už rodiči nebo učiteli. Má to pozitivní vliv na jeho sebevědomí. Přesvědčuje se tím, že je schopné zvládnout určité požadavky, které jsou na něj kladeny. I v případě, že se mu něco nepodaří, se ho snažíme podpořit při další práci, aby ho to motivovalo a nevzdávalo

⁶⁷ Mikulková, Gabriela. Vývoj dítěte a jeho potřeby. [online] in <<http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/vyvoj-ditete-a-jeho-potreby.shtml>> [cit. 5. 11. 2012]

⁶⁸ Vágnerová, Marie. Vývojová psychologie I., str. 201.

⁶⁹ Mikulková, Gabriela. Vývoj dítěte a jeho potřeby. [online] in <<http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/vyvoj-ditete-a-jeho-potreby.shtml>> [cit. 5. 11. 2012]

⁷⁰ Vágnerová, Marie. Vývojová psychologie I., str. 235.

⁷¹ Vágnerová, Marie. Vývojová psychologie I., str. 318.

se.⁷² Danou fází jasně vystihla Vágnerová, „školní věk je fází píle a snaživosti, dítě se vymezuje tím, co dokáže.“⁷³

Další období, o kterém budu mluvit, je dospívání. Jedinečná existenční etapa, kdy dochází k souhrnné proměně osobnosti. Vyvíjí se jeho vlastní totožnost. Dochází ke změně pohledu na ostatní lidi. Mění se jeho postoje a očekávání, které uznával vzhledem k sobě samotnému. Odtrhává se a osamostatňuje od rodiny. Má už své představy o životě a nesouhlasí s rodičovskými postoji, je k nim kritický. Je však důležité poznamenat, že se tím nenarušuje jeho emocionální vztah k rodičům. Chce se rozvíjet a dosáhnout určitého sociálního postavení, což mu umožňuje odpoutání se od rodiny a třeba i nástup do zaměstnání. Dospívající neboli teenageři v této fázi vývoje ještě nejsou plně vyzrálí, aby měli dlouhodobý vztah, natož vstoupili do manželství a zakládali rodiny. Avšak potřebují přijít do kontaktu s novými lidmi, navazovat vztahy a poznávat nové role v různých skupinách. Až postupem času, kdy se bude chovat, tak jak se v dospělosti očekává, bude moci být přijímán jako dospělý.⁷⁴

Na vývoj jedince nemají vliv pouze rodiče. Nejsou tu vychovateli jen oni, ale jsou jimi i další členové rodiny, např. prarodiče a sourozenci. V období, kdy je dítě ve školním věku, ho ovlivňují i učitelé a jeho spolužáci. A následně spousta lidí, mezi něž patří jeho přátelé a kamarádi, ale také ti, kteří mu nejsou blízcí a nemusí je znát, ale ve svém životě s nimi přichází do kontaktu.⁷⁵

Na vývoji osobnosti dítěte ze schizofrenních rodin má vliv sociální izolace rodiny, podivné chování rodičů na veřejnosti a často jejich vzhled. Děti se setkávají s výsměšnými komentáři spolužáků, okolí na jednání schizofreniků reaguje s výrazy překvapení, strachu či znechucení. Toto všechno děti silně vnímají a jsou tím velmi ovlivněny.

⁷² Mikulková, Gabriela. Vývoj dítěte a jeho potřeby. [online] in <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/vyvoj-ditete-a-jeho-potreby.shtml> [cit. 5. 11. 2012]

⁷³ Vágnerová, Marie. Vývojová psychologie I., str. 319.

⁷⁴ Vágnerová, Marie. Vývojová psychologie I., str. 345, 401 a 434.

⁷⁵ Matějček, Zdeněk. Rodiče a děti, str. 192.

3 RODINA A DUŠEVNÍ NEMOC

V předchozích kapitolách jsem se věnovala tématům Duševní nemoc a Rodina. V následující kapitole se budu snažit propojit předchozí kapitoly. Chci se zaměřit na to, jak duševní porucha u rodiče může ovlivnit rodinný život a jaký to má vliv na jejich děti.

3.1 Duševní nemoc v rodině

Duševní nemoc rodiče ovlivňuje celou rodinu. Představuje pro ni určité nebezpečí vzhledem k jejímu fungování a naplňování svých úloh. Jde především o to, jak velký vliv má duševní onemocnění jednoho z rodičů na vztah k ostatním členům rodiny (tedy k partnerovi a jejich dětem) a jak moc zatěžuje nemoc rodinu po ekonomické stránce, jelikož není díky onemocnění pravděpodobně schopen pracovat.⁷⁶

Matoušek ve své knize uvádí, že nikdy nezjistíme přesnou příčinu vzniku některých duševních poruch. Avšak konstatuje, že to může být způsobeno několika faktory, které na to mají svůj vliv. Jedná se o dědičnost, ale také o vliv prostředí, ve kterém žijeme a ve kterém jsme byli vychováni. Což pro nás představuje rodina. Není však jasně dáno, který faktor a v jaké míře má podíl na ovlivňování psychické, vývojové či výchovné stránce člověka.⁷⁷

Chod rodiny může ovlivnit i obyčejná nemoc a narušit tím fungování zaběhlých rodinných zvyklostí (pravidel). Povaha a závažnost onemocnění nejen zcela změní zavedené zvyklosti, zaběhnutý denní program, nýbrž je nutno nahlížet jinak na budoucnost a pozměnit priority a plánování v rodině. Přizpůsobit se nemoci v rodině vyžaduje změnu přístupu k fungování rodiny od každého jejího člena.⁷⁸ Závažnější onemocnění jakým je psychóza naruší rodinu výrazněji. V rodině dochází ke krizi a potřebuje podporu. Jednou z krizí je i to, že se rodina příliš soustředí na nemocného

⁷⁶ Kulhánek, Jan. Dítě nemocného rodiče.[online] in
<<http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/psychicke-problemy-v-rodine/dite-nemocneho-rodice.shtml>> [cit. 5. 11. 2012]

⁷⁷ Matoušek, Oldřich. Rodina jako instituce a vztahová síť, str. 120.

⁷⁸ Matějček, Zdeněk. Dytrych Zdeněk. Krizová situace v rodině očima dítěte, str. 72

a zanedbává své potřeby nebo nemá šanci své potřeby prosadit a tím může dojít k rozpadu rodiny.⁷⁹

Velmi důležité je, u koho se nemoc projeví. Zda je to matka či otec. Neméně důležité je i to, kdo ze zdravých členů rodiny může nemocnému pomoci při zvládání běžných povinností, jakým je chod domácnosti a výchova dětí. Ve většině případů je to právě matka, která je za tyto povinnosti a vytvoření rodinné pohody zodpovědná. Nemocný je zpravidla v počátcích nemoci hospitalizován a jeho roli musí převzít jiný člen rodiny. Proto pokud onemocní matka, je dopad její nemoci na rodinu větší, než když onemocní otec. Z pohledu dítěte jsou rodiče „nesmrtelní“. Onemocnění matky v nich vyvolává zmatek a obavy. Toto zcela neplatí u otce, jeho nemoc tolik neprožívají a chápou ji jinak.⁸⁰

Nemoc s sebou nese další nepříznivé dopady. Jedním z nich je změna ekonomické situace rodiny. Omezujícím faktorem pro finanční zajištění rodiny je nemocný rodič díky tomu, že jeho uplatnění na trhu práce je mnohdy významně omezeno. Nemoc neumožňuje podávat 100% výkon, tím se snižuje plat a někdy o zaměstnání díky nemoci duševně nemocný i přijde. V takové situaci je více než náročné s omezenými příjmy zajistit materiální potřeby rodiny včetně potřeb dětí a udržet rodinný rozpočet je v některých případech nad možnosti samotné rodiny.⁸¹

Partnerský život s duševně nemocným bývá složitý. Podivné chování, které nemoc způsobuje, nese zdravý partner těžko. Proto dochází v takovýchto manželstvích často k rozvodům. Rozpad rodiny je těžký nejen pro rozvádějící se rodiče, ale hlavně velmi citlivým obdobím pro jejich děti. Děti jsou často fixované na matky. Soud rozhoduje, komu bude dítě svěřeno do péče. U nemocné matky je přihlíženo k závažnosti jejího duševního onemocnění, a zda je v její rodině další zdravý jedinec, který může být s výchovou a péčí nápomocen.

3.2 Dítě a duševní nemoc v rodině

Vážná nemoc, kterou je i duševní onemocnění, vyřazuje rodiče z běžného života. To má za následek, že dítě uplatňuje jeden z důležitých psychologických mechanismů.

⁷⁹ Vágnerová, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese, str. 359

⁸⁰ Matějčiek, Zdeněk. Dytrych Zdeněk. Krizová situace v rodině očima dítěte, str. 72 - 73

⁸¹ Matějčiek, Zdeněk. Dytrych Zdeněk. Krizová situace v rodině očima dítěte, str. 75

Dítě je od narození přirozeně egocentrické a dává přednost vlastním potřebám. Vyžaduje od svého okolí, aby tyto potřeby byly s ním sdíleny. Nemoc rodiče se však dostává do popředí a dítě je tím zaskočeno. Chování dítěte se postupně, velmi pomalu mění. Přestává se zajímat pouze o své potřeby a zajímá se více o nemocného člena rodiny a celkové fungování rodiny.⁸²

Lze říci, že v mnoha případech je mezi matkou a dítětem citové pouto intuitivnější a pevnější, než mezi otcem a jeho potomkem. Proto je velmi důležitý duševní stav matky při jeho výchově. Duševní nemoc matky má značný vliv na to, v jakém období věku dítěte se projeví. **V kojeneckém a batolecím věku** je důležité navázání důvěry k okolnímu světu. Toto je podmíněno citlivým vnímáním potřeb dítěte matkou. Chladné a úzkostné chování matky vyvolává u dítěte stejnou reakci na své okolí.⁸³

V předškolním a školním věku začíná pro dítě nové období. Vstupuje do reálného světa a poznává nové prostředí (školka, škola). Snaží se získávat nezávislost a zapadnout mezi své vrstevníky. Učí se odpovědnosti. Důležité je, aby duševně nemocný rodič přestal být na svém dítěti závislý a nebránil mu v samostatném jednání. Pokud by rodič jeho vývoj brzdil, mohlo by dojít u dítěte k rezignaci a pocitům viny.⁸⁴

V období **adolescence a mladé dospělosti** je vztah mezi vrstevníky velmi důležitý. Dítě z rodiny s duševním onemocněním může trpět pocitem viny a studu. Je důležité, jak vidí sám sebe a jak ho hodnotí jeho okolí. V této vývojové fázi dochází k navazování partnerských vztahů. Pokud je však mladý dospělý citově vázán na rodinu, nebo je sám s nemocnou matkou, cítí povinnost se o ni postarat. To mu může znemožnit stěhování a vyvolat pocit izolace.⁸⁵

3.3 Obtíže a překážky rodičovství osob se schizofrenií

Z výše uvedeného textu vyplývá, že rodičovství schizofreniků je doprovázeno překážkami, se kterými se běžné rodiny vyrovnávat nemusí.

⁸² Matějček, Zdeněk. Dytrych Zdeněk. Krizová situace v rodině očima dítěte, str. 73

⁸³ Styx, Petr. O psychiatrii, Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi, str. 13

⁸⁴ Styx, Petr. O psychiatrii, Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi, str. 13

⁸⁵ Styx, Petr. O psychiatrii, Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi, str. 14

Už samotné navázání vztahu je pro schizofreniky obtížné, protože okolím jsou mnohdy vnímáni jako ne zcela schopní normálního vztahu. Což následně schizofrenika vede k pocitům stigmatizace, která pak je těžko zvladatelnou překážkou.

V případě fungujícího partnerského vztahu, je komplikací obava, zda při založení rodiny je možné se genetickému zatížení potomka vyhnout. Schizofrenie matky se těhotenstvím a porodem mnohdy zhoršuje, s čím rodina musí částečně počítat, aby o matku a dítě mohlo být postaráno. Velkou obtíží je, pokud rodina schizofreniků nemá vazby na širší rodinu.

Obtížné bývá finanční zajištění rodiny se schizofrenním členem. Zajištění potřeb takových rodin, zejména pokud vychovávají děti, mnohdy vyžaduje zásah systému sociální péče. Komplikovaným může být přístup dětí z těchto rodin ke vzdělání a problematické je mnohdy pokrytí kulturních a sportovních aktivit. Ekonomické znevýhodnění těchto rodin je způsobeno finančními nároky dnešní doby na pořízení bydlení, dostatečné vzdělání pro výkon kvalifikovaných povolání.

Schizofrenie z podstaty nemoci narušuje rodinné vazby a vztahy, což mnohdy vede k rozpadu rodin. Problémem na hranici řešitelnosti je, pokud se schizofrenik stane osamoceným rodičem.

4 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO RODINY SCHIZOFRENÍKŮ

4.1 Sociální služba

Rodiny schizofreniků se bez zásahu systému sociální péče z valné většiny neobejdou. Cílem sociální péče o tyto rodiny je umožnit jim řádně vychovat a do života připravit děti v jejich péči. Nezanedbatelným přínosem je zlepšení sociálního klimatu rodin a přispění k udržitelnosti jejich společensko-ekonomického standardu.

Matoušek uvádí, že sociální služba může být i službou komerční a to na základě smlouvy mezi poskytovatelem a uživatelem. Definuje jí takto: „Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli. Sociální služby proto zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupiny, do nichž patří, případné zájmy širšího společenství.“⁸⁶

Sociální služby spadají do rezortu Ministerstva práce a sociálních věcí a řídí se Zákonem o sociálních službách 108/2006, Sb. Sociální služby v užším pojetí jsou součástí státního systému sociálního zabezpečení. Legislativně jsou zařazeny do tzv. sociální pomoci.

Sociální služby mohou být poskytovány i mimo tuto sociální pomoc. Na základě smlouvy mohou být hrazeny příjemcem stejně jako jiná služba. Sociální služby mohou poskytovat veřejnoprávní nebo soukromoprávní (sem patří nestátní organizace) instituce. I u nestátních organizací se však stát zaručuje, že budou vykonávat služby, tak jak bylo domluveno.⁸⁷ Na základě znění Zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách byl zřízen Registr poskytovatelů služeb. Tento registr je k dispozici na stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky.

Cílem zákona o sociálních službách je zajistit občanům České republiky pomoc a podporu ve chvíli, kdy se ocitnou v nepříznivé sociální situaci. Zákon dále stanovuje pravidla, podle kterých je tato pomoc poskytována. Nabídka sociálních služeb

⁸⁶ Matoušek, Oldřich a kol. Sociální služby, str. 9

⁸⁷ Matoušek, Oldřich a kol. Sociální služby, str. 9 - 10

umožňuje občanům dostat se z nepříznivé situace.⁸⁸ „Každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství (§ 37 odst. 2) o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení.“⁸⁹ Do zákona patří:

Sociální poradenství – v zákoně o sociálních službách je uvedeno, že sociální poradenství zahrnuje dva typy poradenství: základní a odborné.

Základní sociální poradenství – toto poradenství má pomoci občanům v řešení jejich obtížných životních situací a to tím, že jim poskytne potřebné informace o nárocích, možnostech a službách, které mohou využít ke zlepšení životních podmínek. Cílem je poskytovat informace o všech druzích sociálních služeb a nejbližše bydlišti občanů.

Odborné sociální poradenství – je určené pro občany, kteří se dostanou do sociálních problémů. Poskytuje jim přímou pomoc při řešení složitých problémů například v manželství, v péči o děti. Poskytuje odborné poradenství osobám propuštěným z výkonu trestu, nebo lidem se zdravotním postižením a seniorům. Poskytuje se v odborných poradnách a má za úkol nabídnout konkrétní a odbornou pomoc. Jak uvádí Matoušek, jedná se nejčastěji o pomoc sociální nouze nebo hmotné nouze, můžou to být ale i obě současně. Součástí jsou také terapeutické činnosti, kam patří například pomoc rodinám, pomoc zdravotně postiženým, problematika drogových a jiných závislostí. Osob, které odcházejí z různých ústavů, se týká tzv. následná péče. Odborné sociální poradenství řeší i týrání, zanedbávání a zneužívání dětí.⁹⁰

Služby sociální péče - dle zákona o sociálních službách: „Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí.“⁹¹

Služby sociální prevence ze zákona „napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob

⁸⁸ Sociální revue. Úplný průvodce. [online] in
<<http://www.socialnirevue.cz/item/zakon-o-socialnich-sluzbach-2005-uplny-pruvodce>>
[cit. 2. 2. 2013]

⁸⁹ MPSV. [online] in http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf [cit. 2. 2. 2013]

⁹⁰ Matoušek, Oldřich a kol. Metody a řízení sociální práce, str. 84 - 85

⁹¹ MPSV. § 38, Díl 3, Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách. [online] in
<http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf> [cit. 2. 2. 2013]

života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností její fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.“⁹²

4.2 Kde najít pomoc

Sociálních služeb se nabízí velká škála. Záleží na jedinci, jaké možnosti se mu nabídnou nebo jaké vyhledá, a kterých pak a v jakém rozsahu využije. Nezanedbatelný vliv má bydliště nemocného a jeho sociální možnosti.

Linka důvěry v prvopočátcích vznikla ve snaze zabránit vzrůstajícímu počtu sebevražd. Jejím úkolem bylo pomoci lidem, kteří se ocitnou ve vážné životní situaci. Dnes se na linku důvěry obrací lidé s daleko širším spektrem svých akutních problémů. Tato linka poskytuje základní poradenství a telefonickou krizovou intervenci.

Linka důvěry může být prvním podáním pomocné ruky v rodinných situacích, které jsou mnohdy způsobeny začínající schizofrenií, aniž by si to kterýkoliv člen rodiny uvědomoval. Pro rodiny schizofreniků, ať rodiče nebo děti, je tato služba jednou z prvních možností, jak následně získat odborné rady a vyšetření.

Poradny pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy jsou poradny, které schizofrenici a jejich rodiny mají možnost využít tak jako kdokoliv jiný v případech, kdy řeší těžkosti v partnerských či rodinných vztazích. Poradny se snaží rodinám pomoci vyřešit jejich obtížné situace tak, aby konkrétní rodina našla cestu k řešení jejich osobních problémů. Kvalita poradenství je dána nejen zkušenostmi z mnoha zvládnutých případů, ale v neposlední řadě tím, že zaměstnávají kvalifikované psychology a sociální pracovníce.

„Poradenství je zaměřeno na zvládání potíží v mezilidských vztazích, osobních a rodinných problémů, generačních sporů, rozvodu a porozvodových těžkostí, styku

⁹²MPSV. § 39, Díl 4, Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách. [online] in <http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf> [cit. 2. 2. 2013]

s dětmi, žárlivosti, nevěry, závislosti v rodině a obtíží v intimním soužití. Důležitou součástí práce je i mediace dohod, a to především o výchově dětí a uspořádání vzájemných vztahů.⁹³

Psychoedukace je pomoc cíleně určená pro duševně nemocné jedince včetně schizofreniků. Má pomoci nemocnému uvědomit si rozsah jeho nemoci, možnosti léčby. Jedním z úkolů je naučit pacienta včas rozpoznat příznaky blížícího se záchvatu nemoci. Poučenému schizofrenikovi se takto nabízí možnost mít svou nemoc v mnoha případech pod kontrolou nebo se s ní naučit žít.

Rodinná psychoedukace je další možností kde najít pomoc. Jsou pořádány kurzy určené pro rodinné příslušníky lidí s duševním onemocněním. Pomáhají rodičům, sourozencům či partnerům seznámit se s duševní nemocí. V individuálním nebo skupinovém kurzu se dozvědí, jak tato nemoc vzniká, jak jí léčit a případně jak předcházet jejímu návratu. Rodina se zde dozví, jaké služby může nemocný a sama rodina využívat.⁹⁴ Pro lidi nemocné schizofrenií je tato forma pomoci důležitá, neboť jim otevře možnosti, jak se s nemocí vyrovnat.

Rodinná terapie - „V rámci této terapie je možné zaměřit se na vztahy mezi jednotlivými členy rodiny a vyjasnit si určité problémové chování, nebo naopak rozvinout chování, které působí dobře na chod celé rodiny. Na setkání bývají většinou přítomni 2 psychoterapeuti – muž a žena. Pro rodinu vytváří prostor, ve kterém jde mluvit otevřeněji než doma. Témata se můžou týkat přístupu k nemocnému příbuznému, ale i jejich problémů. Rodinná terapie je spíše dlouhodobou záležitostí – díky ní se ale může podařit změnit atmosféru v rodině, naučit se v rámci rodiny lépe se všemi vycházet – nejen s nemocným členem.

V rámci rodinné terapie se může setkávat celá rodina i s nemocným členem, nebo bez něj. Vstup do rodinné terapie může být také jednou z cest, jak blízkému nemocnému usnadnit cestu nějaké pomoci – když pomoc odmítá, může na rodinnou

⁹³ Asociace manželských a rodinných poradců ČR, o. s., O nás. [online] in <http://www.amrp.cz/joomla/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=54> [cit. 3. 2. 2013]

⁹⁴ Psychóza a blízcí. [online] in <<http://www.psychozaablizci.ic.cz/rodinnaterapie.html>> [cit. 3. 2. 2013]

terapii začít rodina chodit bez nemocného člena, s tím, že se nemocný může přijít podívat, až bude sám chtít. I když účast nemocný blízký odmítá trvale, může se rodina díky terapii někam posunout (třeba se její členové naučí víc věnovat sami sobě a nezaměřovat se jen na nemocného) a to pak může mít velký vliv i na nemocného.“⁹⁵

Svépomocné skupiny - na základě dobrých zkušeností a po vzoru svépomocných skupin v zahraničí, kde mají značný vliv, začínají vznikat takové skupiny i u nás v České republice. Jedná se o nikým neřízené spontánně vznikající kolektivy lidí, kteří mají společný handicap nebo zájem. Tady mají možnost si vzájemně popovídat, podělit se o své starosti i radosti, najít radu a pochopení. Docházení do svépomocné skupiny je mimo jiné také dobrou náplní volného času. Skupina je ideálním místem pro výměnu zkušeností. Odborníky jsou svépomocné skupiny přijímány a hodnoceny jako účinné formy sociálně-psychologické pomoci.

Co se týče onemocnění schizofrenií, svépomocné skupiny mohou pomoci partnerům schizofreniků nebo jejich dětem či rodičům, aby se dokázali vyrovnat s úskalími, které život se schizofrenikem přináší. Předané informace a společné zážitky kladně ovlivní psychiku a přístup k životním situacím jako takovým.

⁹⁵ Psychóza a blízcí. [online] in <<http://www.psychozaablizci.ic.cz/rodiinnaterapie.html>> [cit. 3. 2. 2013]

PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODIKA VÝZKUMU

V teoretické části mé bakalářské diplomové práce se věnuji rodičovství osob s duševním onemocněním. Mou snahou je objasnit pojem duševní nemoc se zaměřením na jednu z nejvážnějších psychóz „schizofrenie“. Další část je věnovaná rodině v obecné rovině. Zmíněna jsou také úskalí, se kterými se potýkají lidé s duševním onemocněním při zakládání rodiny a ve vývoji rodinného soužití. V závěru teoretické části jsou popsány možnosti některých podpůrných služeb, cíleně zaměřené na rodiny s duševním onemocněním, které tyto rodiny mohou využívat.

V praktické části mé bakalářské diplomové práce představím výzkum realizovaný v průběhu mé stáže v Denním psychoterapeutickém sanatoriu Ondřejov v Praze 4 (dále jen DPS Ondřejov), v oddělení psychických a neurotických poruch – práce s rodinou ve skupině Rodiče a děti.

5.1 Prostředí výzkumu

Jak již bylo zmíněno, pro výzkum jsem si zvolila DPS Ondřejov. Pokuším se zde představit oddělení psychotických a neurotických poruch – práce s rodinou, skupinu Rodiče a děti.⁹⁶

V pražském sanatoriu Ondřejov se úspěšně rozběhl projekt pro mladé rodiny schizofreniků a jejich děti v roce 2004.

Program je určen pro rodiče, z nichž alespoň jeden prošel psychickou nemocí a jejich děti. Tento program napomáhá rodičům a dětem naučit se zvládat psychickou nemoc a její léčbu. Pomáhá při řešení rodinných komunikačních nesnází. Terapeuti s rodiči dále řeší výchovné potíže dětí a snaží se o jejich zlepšení.

Program je naplňován setkáním skupiny jednou měsíčně. Dle společné domluvy se klienti schází obvykle první středu v měsíci. Tým odborníků se věnuje odděleně skupině rodičů a skupině dětí. Děti jsou ve věku od 3 – 14 let. Skupina je nejprve zahájena společným přivítáním. Po tomto krátkém úvodu se děti odeberou na svůj program a rodiče zůstávají s terapeutem, kde řeší své aktuální potíže. Součástí tohoto programu je i týdenní pobyt v přírodě organizovaný na základě grantů dvakrát do roka.

⁹⁶ Není-li uvedeno jinak, faktické interní materiály převzaté z DPS Ondřejov

Cílem programu určeného dětem je metodou na základě her, sportu, arteterapie a zážitkové pedagogiky:

- ❖ Podpora vztahů k vrstevníkům a dospělým autoritám
- ❖ Sebepoznání – orientovaná na to, v čem je dítě dobré, a své
- ❖ Chápání a zvládání vlastní emotivity (hněvu, strachu, úzkosti...)
- ❖ Chápání chování a reakci druhých
- ❖ Komunikace, verbální i neverbální kontakt, kvalita řečového projevu
- ❖ Motorická koordinace
- ❖ Vnímání tělesného schématu – kresby, dotýkání
- ❖ Podpora koncentrace pozornosti, paměti a jiných kognitivních funkcí

Cílem rodinného programu je mobilizovat vnitřní síly rodiny, podporovat zdravé vztahy tak, aby děti v co největší míře zažívaly láskyplné přijetí, porozumění a emoční podporu rodičů.

Na tomto programu se podílí tým složený z psychiatra, psychologa, sociální a rehabilitační pracovnice.

5.2 Cíl a předmět výzkumu

Cílem mé bakalářské diplomové práce je specifikovat potřeby lidí s duševním onemocněním, kteří se rozhodli založit rodinu. V jednotlivých etapách rodinného soužití a jejich vývoje se setkávají s úskalími, jejichž řešení je často v možnostech využívání podpůrných služeb.

V DPS Ondřejov jsou poskytovány služby lidem se specifickými potřebami s ohledem na jejich duševní onemocnění. Smyslem výzkumu je získat osobní zkušenosti mnou zvoleného vzorku respondentů pro analýzu příkladu dobré praxe s rodinami s duševním onemocněním.

5.3 Výzkumná metoda

Za účelem sběru empirických dat jsem zvolila metodu otevřených rozhovorů. Mnou předem připravená témata rozhovorů vyplynula z mé účasti na setkávání skupiny. Rozhovory s respondenty měly různou úroveň. Někteří se rozpovídali i s podrobnostmi jejich života, jiní reagovali několika slovy. Z rozhovorů s respondenty vznikl nový okruh témat, z nichž získaná data jsem následně induktivně zpracovala.

5.4 Charakteristika zkoumaného vzorku

Při výběru výzkumného vzorku jsem postupovala systematicky tak, aby případný respondent splňoval tyto podmínky:

- ❖ duševní onemocnění, které bylo respondentovi diagnostikované, musí patřit do skupiny F20 – F29 (schizofrenie, schizoafektivní porucha a poruchy s bludy)
- ❖ žena ve věkové skupině 30 – 40 let, s ohledem na aktuální průměrný věk ženy při narození prvního dítěte
- ❖ respondent má v péči 1 nebo 2 děti, z nichž alespoň jedno je žákem prvního stupně základní školy
- ❖ doba návštěvy skupiny „Rodiče a děti“ není kratší než jeden rok
- ❖ souhlas s vedením rozhovoru a jeho následným zpracováním v bakalářské diplomové práci

Výzkumný vzorek se mi podařilo získat s pomocí a vstřícností terapeutů DPS Ondřejov.

Z celkového počtu 20 klientů v DPS Ondřejov ve skupině Rodiče a děti, splňovalo moje kritéria 14 osob. Z tohoto počtu oslovených klientů souhlasilo s rozhovorem 7 klientů. Dva z nich si svůj úmysl rozmyslelo.

Konečný vzorek tvoří 5 žen, které splňují zvolená kritéria. Níže jsou uvedeny jejich charakteristiky, přičemž jednotlivé respondentky jsou uváděny pod prvními pěti písmeny abecedy.

Respondentka č. 1: Paní A je ve věku 36 let, vychovává jedno dítě. Paní A je rozvedená a má desetiletou dceru ve vlastní péči. Její diagnóza je paranoidní schizofrenie. Tato nemoc se u ní projevila už před početím jejího potomka. U otce dítěte se nikdy neprojevila žádná z psychotických poruch. Tato nebo jiná duševní porucha se nevyskytuje v bližší rodině obou rodičů, pouze, jak paní A zmiňuje, bratr otce má podobné příznaky, které jsou podle jejich slov vyvolané stresem. Nikdy mu však nebyla duševní porucha diagnostikována. Klientkou DPS Ondřejov je 8 let.

Respondentka č. 2: Paní B je 37 let. Je vdaná a s manželem vychovává jednu osmiletou dceru. Diagnóza paranoidní schizofrenie se u ní projevila velmi krátce po narození dcery. Partner paní B je zdravý a nemá žádné psychické obtíže. V rodině paní B se žádné duševní onemocnění neobjevilo, stejně tak v rodině partnera se nevyskytuje. Klientkou DPS Ondřejov je 5 let.

Respondentka č. 3: Vdaná je i paní C, které je 36 let. Společně s manželem vychovávají dvě děti. Synovi je 7 let a dceři 3 roky. Diagnóza paní C je schizoafektivní porucha, tato nemoc u ní byla diagnostikována po narození prvního potomka. V její a parterově rodině se nikdy tato, ani žádná jiná duševní nemoc neprojevila. Do DPS Ondřejov dochází 15 měsíců.

Respondentka č. 4: Paní D dochází do DPS Ondřejov 8 let. Věk paní D je 39 let, je krátce rozvedená a ve vlastní péči má devítiletou dceru. Manžel si dceru bude v průběhu 14 dní brát na 6 dní, což je podle paní D spíše střídavá péče. Její diagnóza je schizoafektivní porucha, kterou onemocněla krátce po svatbě, tři roky před narozením dcery. Nejdříve se jednalo o hlubokou depresi, se kterou se odmítala léčit a teprve po narození dcery jí tato nemoc byla diagnostikována. V rodině manžela se duševní onemocnění neprojevilo, ale v rodině paní D měl schizofrenii její otec.

Respondentka č. 5: Paní E nebyla nikdy vdaná, se svým parterem jen krátce žila před otěhotněním a několik měsíců po narození dítěte se s ním rozešla. Je jí 38 let a sama vychovává desetiletou dceru. Paní E má paranoidní schizofrenii. Tato nemoc jí byla diagnostikována dva roky po narození dcery, ale příznaky se projevovali už dříve. Zda se objevil nějaký druh duševního onemocnění u otce dítěte, paní E pouze odhaduje, že ne. V rodině paní E se duševní onemocnění – schizofrenie objevila u prarodičů. Klientkou DPS Ondřejov je 8 let.

5.5 Průběh výzkumu

Základem pro můj výzkum byla domluva o spolupráci s DPS Ondřejov. Uskutečnila jsem několik jednodenních stáží v sídle DPS Ondřejov v Praze a zúčastnila jsem se dvou týdenních pobytů s klienty a jejich dětmi.

Výhodou bylo absolvování výjezdních pobytů, které mi umožnilo navázání bližších osobních kontaktů s respondentkami a získání jejich souhlasů k uskutečnění rozhovorů. O souhlas s rozhory jsem požádala respondenty na jedné ze společných skupin, které probíhaly v rámci týdenního pobytu. Na můj požadavek reagovalo kladně 5 respondentek. Rozhovory probíhaly individuálně, tváří v tvář v soukromí tzn., že rozhovorům nebyla přítomna třetí osoba. Na začátku rozhovoru byly respondentky ujištěny, že jejich jména nebudou nikde zveřejněna. Při rozhovoru jsem použila se souhlasem respondentek diktafon. Nahrané rozhovory jsem co nejdříve doslovně přepsala pro usnadnění analýzy získaných dat. Důvěra navázána mezi mnou a respondentkami vedla k tomu, že otázky byly zodpovězeny všechny, nesetkala jsem se, že by na některou nechtěla respondentka odpovědět. Každý z rozhovorů trval cca 35 minut.

6 PREZENTACE DAT Z ROZHOVORŮ

Z uskutečněných rozhovorů, pokládaných otázek a získaných odpovědí vyplynula tři základní témata odpovídající dílčím cílům mé bakalářské diplomové práce. Jednotlivými etapami vývoje rodinného soužití se zabývají otázky plánování a přípravy na rodičovství, zakládání rodiny. Z jednotlivých etap vývoje rodinného soužití se zabývám úskalími v souvislosti s narozením dítěte až po jeho docházku na první stupeň základní školy. Poslední téma je věnované DPS Ondřejov.

6.1 Plánování a příprava na rodičovství osob s duševním onemocněním

Pozitivní aspekty mateřství pro ženu se schizofrenií mohou být například: zvýšené sebevědomí, nový sociální status, mobilizace a podpora širší rodiny, motivace k léčbě i k životu. Naopak negativními aspekty mohou být: stres ze zvládání onemocnění a rodičovství zároveň, fyzické a duševní vyčerpání, velká míra odpovědnosti, finanční zátěž. Závažným a častým je také strach ze ztráty práva na opatrovnictví dítěte, který brání matkám ve vyhledání pomoci při relapsu.

Z výpovědi respondentek vyplývá, že jejich rodičovství bylo ve většině případů plánované.

Respondentka A uvedla: „já i manžel jsme si miminko moc přáli.“

Respondentka B: „vždy jsem dítě chtěla, chtěla jsem mít tedy více dětí, alespoň dvě. Moc mě mrzí, že to nedopadlo. Bála jsem se pořídit druhé dítě, když jsem věděla, že jsem nemocná a ani manžel s tím nesouhlasil.“

Respondentka C: „mé rodičovství bylo plánované, chtěla jsem mít dítě nejpozději do 30 let. Strašně jsme se s manželem těšili. Po narození Františka jsem onemocněla, a jestli si pořídit druhé dítě, nad tím jsem hodně přemýšlela. Mysleli jsme si s manželem, že sourozenec je pro dítě potřeba. Že to bude pro něj hezké, třeba když už tady nebudeme.“

Respondentka D: „moje diagnóza se mi projevila krátce po svatbě hlubokou depresí, bylo to asi tři roky před mým otěhotněním. Byla jsem hospitalizovaná v Bohnicích, léky jsem, ale přestala brát po půl roce, protože mi bylo dobře. Myslela

jsem si, že se už nemůže nic stát a tak jsem se rozhodla pořídit miminko. Vždy jsem chtěla dvě děti, ale díky nemoci jsem se druhé dítě bála pořídit.“

Respondent E: *„s partnerem jsem žila krátce. Měla jsem sice nějaké příznaky, slyšela jsem hlasy, ale nevěděla jsem o své nemoci. Rodičovství jsem neplánovala, prostě jsem otěhotněla. Jako těhotná jsem absolvovala Bohnice.“*

Názory odborné veřejnosti na matky schizofreničky jsou různé. Výpovědi respondentek a jejich zkušenosti jsou takovéto:

Respondentka A: *„své těhotenství jsem plánovala dlouho, lékařka mi ho rozmlouvala. Říkala, že mám stále spoustu času, bylo mi 25 let a rozhodla jsem se vysadit léky, protože jsem to dítě strašně chtěla.“*

Respondentka B: *„já jsem onemocněla až po narození Haničky, ale jak už jsem říkala, druhé dítě jsem se bála kvůli své nemoci pořídit. Ptala jsem se na názor i svých lékařů a ti mi druhé dítě nedoporučovali.“*

Respondentka C: *„pořídit si druhé miminko, bylo rozhodnutí mé a mého manžela.“*

Respondentka D: *„léky jsem po půl roce vysadila a k žádným lékařům jsem už nechodila, jen k psychiatrovi. Pak jsem se přestěhovala a kontakt s ním přerušila, dál jsem to neřešila. Svoje plánované rodičovství jsem s nikým nekonzultovala. Ani gynekoložce jsem nic neřekla, byla jsem naivní a opravdu si myslela, že se to nebude opakovat. Pouze těsně než jsem šla родit, tak jsem jí o svých hlubokých depresích řekla, dostala jsem strach, aby se nic nedělo.“*

Každá nastávající matka při plánování rodičovství potřebuje oporu v partnerovi a v rodině. Ještě více je nutné podpořit matku, která trpí duševním onemocněním.

Respondentka A: *„velkou pomoc jsem měla ve svých rodičích. Ale pomáhali mi i rodiče ze strany manžela.“*

Respondentka B: *„pomáhal mi manžel a jeho rodiče. Moje maminka byla už po smrti a můj otec hodně pracuje“*

Respondentka C: *„pro mě byl v době těhotenství velkou oporou především manžel.“*

Respondentka D: „*tohle bylo slabší, když jsem se vdala, tak jsem se odstěhovala do Prahy a moji rodiče žijí daleko. Měla jsem přátele v okruhu manželovi party, ale ti o mých problémech nevěděli. Své přátele jsem zanedbávala, protože jsme stavěli dům. Byla jsem hodně v izolaci a spoléhala se jen na manžela a jeho rodinu. Což nebylo dobře.*“

Respondentka E: „*na přátele jsem se nemohla spolehnout, protože hrál automaty a nevěnoval se mi. Moji rodiče s mým těhotenstvím nesouhlasili a posílali mě na potrat. Takže jsem na vše byla sama.*“

Shrnutí: Z rozhovoru respondentek je patrné, že s výjimkou respondentky E bylo jejich rodičovství plánované. Žádná z respondentek se u tohoto kroku nepozastavovala nad možnou genetickou zátěží svých potomků. Respondentky D a E měly před otěhotněním určité příznaky, ale svou nemoc si vůbec nepřipouštěly. Respondentka C se rozhodla i přes své onemocnění pořídit druhého potomka. Naopak respondentky B a D se shodují v tom, že druhé dítě si nepořídily z důvodu obavy z jejich nemoci. Respondentka E byla na své těhotenství sama. Ostatní respondentky shodně uvádějí, že jim největší oporou byli rodiče z obou stran. Největší oporu v manželovi měla respondentka C.

6.2 Duševní onemocnění a úskalí ve vývoji rodinného soužití

Podle jedné americké studie se více jak 50 % žen se schizofrenií stává matkou. Zhruba u jedné třetiny z nich přecházejí děti do péče jiných členů rodiny, bývalých partnerů, prarodičů, pěstounů nebo i dětských domovů. Takový postup může být někdy žádoucí pro fyzické a duševní bezpečí dítěte, ale zástupné opatrovnictví je vždy až krajní možnost řešení.

S jakými prvotními problémy se musely matky potýkat po návratu z porodnice s novorozeným miminkem, respondentky uvádějí toto:

Respondentka A: „*nejtěžší bylo rodinné zázemí. Manžel hodně pracoval. Byl velmi často v zahraničí a mně velmi chyběl. První měsíc se sice snažil být více doma a pomáhat, ale později byl doma jen občas a já na vše byla sama.*“

Respondentka B: „*po narození Haničky se u mě projevilo onemocnění a já byla 2,5 měsíce hospitalizovaná v Bohnicích. Nejtěžší bylo to, že jsem přišla o tento čas.*“

Z malého miminka bylo najednou velké miminko. Další problém byl s rodinou mého manžela a s manželem. I když už mi bylo dobře, tak se mnou nakládali jako s nemocným člověkem. Byla jsem pod neustálou kontrolou, stále jsem byla sledovaná. Nikdo mi nedůvěřoval, byla jsem pod velkým tlakem. Oni měli strach, aby se to neopakovalo. Jejich strach byl sice oprávněný, ale mě vůbec nenapadlo, že by se něco podobného mohlo opakovat a že bych mohla mít nějaké další problémy.“

Respondentka C: *„moje zdravotní problémy nastaly až po 6 ti nedělích. Takže nástup domů byl dobrý. Cítila jsem se velmi dobře. Měla jsem jen problémy s kojením, nějak jsem na to nebyla připravena. A pak začaly problémy a tím se rozvinulo mé onemocnění. S druhým dítětem jsem už komplikace očekávala a velmi mi pomohl právě můj manžel a rodina. Takže jejich pomocí jsem docela vše zvládala.“*

Respondentka D: *„nejtěžším bylo...myslím si, že stanovení priorit, najít si svůj klid. Jednala jsem hodně hekticky, manžel mě vůbec neuklidnil a já jsem si ho sama pro sebe nedokázala vytvořit. Bylo pro mě všechno hodně důležitý, měla jsem pocit, že musím všechno zvládnout a že musí být vše v naprostém pořádku. Začalo to už v porodnici, spadla jsem do velkého stresu, abych to byla schopna vše zvládnout. Takže asi toto, prostě jsem si neuměla stanovit priority a zjednodušit si to. To jsem určitě nezvládla.“*

Respondentka E: *„když bylo miminku 3 týdny, začal partner opět hrát automaty a doma to nebylo vůbec dobré. Opět jsem byla hospitalizovaná v Bohnicích a o dceru se musela starat moje matka.“*

Novopečeným maminkám se snaží pomáhat nejen jejich partner, ale i celá rodina. U matek s duševním onemocněním mohou však v důsledku nemoci v partnerském i rodinném soužití nastat komplikace. Tyto matky se nevyrovnávají pouze se svou novou rolí maminky, ale leckdy i se svou nemocí. Narušené vztahy v rodině mohou rodinnou pomoc ztěžovat. K informacím o dostupnosti pomoci mimo rodinu bylo uvedeno:

Respondentka A uvádí: *„docházela jsem do klubu matek s dětmi, kde jsem se svěřila se svými komplikacemi a tam jsem se dozvěděla o možnosti využití rodinné terapie. Bylo mi doporučeno navštívit právě sanatorium Ondřejov, kde mi určitě pomůžou. Až tady jsem se dozvěděla, že mohu dostat invalidní důchod.“*

Respondentka B: „lékařka mi doporučila Denní sanatorium Ondřejov. Po ukončení mateřské dovolené jsem si ještě zažádala o částečný invalidní důchod.“

Respondentka C: „já jsem se spoléhala opravdu ve všem na svého manžela a svou rodinu. Vůbec jsem nevěděla nic o jiné možné pomoci. Teprve až před rokem a půl jsem se dozvěděla o sanatoriu Ondřejov.“

Respondentka D: „krom manžela a mé rodiny jsem nevěděla kam se obrátit, ale s rodinou jsem si moc nerozuměla a své problémy jsem nezvládala a tak jsem se obrátila o pomoc na dětskou lékařku Aničky. Řekla jsem jí, že už jsem deprese měla a že jsem už léčena byla. Řekla jsem jí, že nemůžu spát a že mám strach, aby se něco nestalo. Poprosila jsem jí, jestli bych se nemohla vrátit do porodnice, abych si tam odpočinula. Bohužel toto nešlo, ale paní doktorka mi našla pomoc jinou. Poslala mě do Riapsu – centrum psycho - sociálních služeb v Praze. Mohla jsem tam na pár dní jít i s Aničkou. Zůstala jsem tam na víkend, pak už jsem měla pocit, že to zvládnou. Manžel také chtěl, abych se vrátila domů, bylo to, ale unáhlené. Po asi pěti dnech jsem dostala psychotické příznaky a skončila v Bohnicích.“

Respondentka E: „já jsem na vše byla sama. Kam se obrátit o pomoc jsem vůbec nevěděla. Můj otec mě odvedl na sociálku a ani tam mi nikdo nepomohl. Pořád mi jen předhazovali mého, v tu dobu už bývalého partnera. Navštěvovala jsem ještě Fokus. Chodila jsem tam na Arteterapii. Jedna terapeutka, byla to Němka, mi psychicky pomohla. Malovala jsem a ona si se mnou u toho povídala, bylo to strašně fajn, ale bohužel pak skončila a odjela do zahraničí. Měla jsem velký strach, že mi dceru vezmou. Nevěděla jsem, že může být v rodině se mnou. Byl to také velký průšvih finanční, byla jsem na úřadu práce a dcera chodila do školky. V té době u mě opět propukla velká psychóza. O dceru se opět musela postarat matka.“

Zvládnout partnerství, rodičovství a práci – pokud vůbec duševně nemocní práci naleznou je velmi těžkou zkouškou, která vždy nemusí dopadnout dobře. Úskalí, se kterými se musí tyto rodiny potýkat, jsou především, rozpad rodiny a finanční tíseň.

Respondentka A vypověděla: „ můj manžel byl cizinec a byl málokdy doma. Jsme rozvedeni. Žiju pouze s dcerou a pomáhá mi moje maminka. Pracuji na směny a tak mi musí pomáhat. V době kdy nejsem doma, tak musí dceru vypravít do školy a udělat s ní úkoly. Vaří a snaží se mi pomoci, jak nejvíc to jde. Já pracovat musím, jinak by to pro nás bylo hodně finančně špatné.“

Respondentka B: „naše partnerství se mou nemocí hodně zhoršilo, žijeme sice dál společně, ale není to ideální. Našla jsem si práci na částečný úvazek a tak na dceru mám celkem dost času, přesto mi hodně pomáhá i manželova maminka. Především tím, že Haničku hlídá, když potřebuji k doktorovi a podobně.“

Respondentka C: „ náš partnerský vztah je myslím v pořádku. Dosud jsem na mateřské dovolené, takže na obě děti mám dost času. Dceru ale teď dávám do školky, aby si zvykla. Syn se do školky těšil a chtěl tam být první a poslední odcházet domů. Dcera ale pláče a nechce ve školce zůstat, to jsou pro mě docela velké nervy.“

Respondentka D: „ jsem krátce rozvedená, náš vztah dlouho neklapal. Myslím, že jsme se nepotkali s manželem úplně vhodně. Už tenkrát jsem věděla, že náš vztah není dobrý. Ale tím jak jsem byla oslabená nemocí, tak jsem to úplně neřešila. Jemu to i vyhovovalo, měl mě ve své moci. Rozchod nakonec proběhl v klidu, na péči o Aničku jsme se dohodli. Původně chtěl střídavou péči, chtěl použít mou nemoc proti mně. Aničku si půjčoval a nevracel jí zpět, to vyčerpávalo mě i dceru. Nakonec si to uvědomil a dohodli jsme se. Dohoda zní, že já mám dceru ve své péči, alimenty bude platit on. Přesto v průběhu 14 dní bude dcera 6 dní u manžela. To je podle mě vlastně střídavá péče. Zatím to neřeším a uvidíme, jak to bude vyhovovat především Aničce, pokud to bude fungovat, nechám to tak jak je. Pokud ne, tak podám žádost o úpravu. Práci jsem zvládala dříve lépe, než teď. Ale myslím, že to je tím, že do firmy nastoupilo hodně mladých ambiciózních mužů a já jim nestačím. Jsem z toho unavená. Poslední dobou mám obecně problémy s muži. Vztah mezi mnou a dcerou je střídavý. Mám s ní občas výchovné problémy, nemám žádný vzor, díky nemoci mého otce, to ani v mém dětství nebylo ideální. Anička velmi těžce nese jakoukoliv změnu. Přechod do školky, školy a teď náš rozvod. Když si pak, ale už zvykne, tak je to s ní dobré a rozumíme si dobře.“

Respondentka E: „s partnerem jsem se rozešla dávno a jiného jsem si už nenašla. Bydlím pouze s dcerou. Partner o dceru nejeví zájem, výživné sice platí, ale nízké. Když jsem ho chtěla zvýšit, tak mi soudkyně řekla, že ho přece nebude zadlužovat. Pobírám důchod 6.000 Kč. Fokus mi pomohl sehnat práci, ale moje mzda je jen 7.000 Kč. Dcera chodí do školy a to není také levné. Tuhle finanční stránku bych nepřála nikomu. Takže to zvládám jen s vypětím sil.“

Představy o budoucnosti své a svých dětí respondentky vidí v souvislostech s jejich současnou situací. Popisují jí takto:

Respondentka A: „*přála bych si hlavně to, aby má dcera nebyla nemocná a aby vystudovala dobrou školu a měla mnohem lepší život než já.*“

Respondentka B: „*děsím se toho, aby stejnou nemocí neonemocněla Hanička, aby to neměla v genech. Přála bych si, aby měla život jednodušší a byla na něho lépe připravená. Mě ta nemoc zaskočila, nic jsem o ní dříve vůbec nevěděla a celou mě to rozhodilo.*“

Respondentka C: „*samozřejmě si moc přeji, aby moje děti nebyly nijak poznamenány mojí psychikou a aby se u nich nemoc neprojevila.*“

Respondentka D: „*myslím, že teď, když jsem se rozvedla tak, že se mi bude žít lépe. Vidím i budoucnost v psychiatrii, hodně se toho změnilo a je více možností. Pokud mi bude dobře, tak bych toho chtěla využít a o duševních nemocech se dozvědět více, abych mohla lidem, kteří do toho spadnou pomoci. Chtěla bych si udělat i nějaký kurz pro krizovou intervenci, abych byla připravena pomoci dceři, kdyby se u ní nemoc projevila. Samozřejmě bych si nejvíce přála, aby byla zdravá. Ale pokud by jí duševní nemoc hrozila, chtěla bych jí pomoci sama, aby nemusela skončit v léčebně.*“

Respondentka E: „*bojím se toho, že to nezvládnou hlavně finančně a dceru mi vezmou.*“

Shrnutí: Problémy respondentek po návratu s novorozencem domů, jsou zcela odlišné. Dvě respondentky si projevy nemoci před narozením dítěte neuvědomovaly. Po narození dítěte se problémy stupňovaly a nemohly být nadále přehlíženy. Respondentka D uvádí, že díky svému přehnanému perfekcionalismu v krátké době skončila v psychiatrické péči. V nemocničním zařízení se ocitla respondentka E, jejíž partner byl gamblerem a péče o novorozence byla tudíž pouze na ní. Stejný problém uvádí respondentka A, jejíž manžel byl pracovně velmi vytížen. Hospitalizovaná byla respondentka B, do narození dítěte zdravá. Jejím největším problémem bylo přesvědčit rodinu, že bude schopná se o své dítě postarat. Těžce nesla odloučení od dítěte na 2,5 měsíce během její hospitalizace. Bezproblémovou péčí o právě narozené dítě uvádí pouze respondentka C.

Z odpovědí vyplynulo, že pomoc rodiny je významná pro většinu respondentů. Kromě rodiny se respondentkám A, B, C dostalo pomoci pouze v DPS Ondřejov, o jiné instituci neměly žádné informace. Respondentka D ještě uvádí pomoc dětské lékařky a Riapsu. Návštěvy Fokusu byly zmíněny respondentkou E.

Zajímavým zjištěním je, že s výjimkou respondentky C, která je ještě na mateřské dovolené, jsou všechny zaměstnány alespoň na částečný úvazek. Tři z nich ke svému výděлку pobírají invalidní důchod, ale ani tato skutečnost je nezbavuje finančních těžkostí. Ve dvou případech je to tím, že se jedná o samoživitelky. Pouze respondentka C uvádí spokojenost s partnerským životem.

Úvahy o budoucnosti jsou ve většině případů poznamenány obavou z genetické zátěže dětí. Představy o budoucnosti ovlivňují finanční problémy. U respondentky E k nim přistupuje obava, aby nebyly příčinou k odebrání dcery z její péče. Jedna z respondentek je odhodlána v budoucnosti své praktické zkušenosti a teoretické znalosti se svou nemocí promítnout do pomoci stejně postiženým lidem.

6.3 DPS Ondřejov – skupina Rodiče a děti

Pro rodiny kde jsou jeden nebo oba rodiče duševně nemocní je nutná a potřebná preventivní pomoc. Pro rodinu je více zatěžkávající pokud je nemocná matka, pomoc je potřeba nejen jí, ale i otcům a dětem. To znamená nejen kvalitní psychiatrickou péči, ale i rodinné poradenství a terapii, sociální asistenci a podporu rodičovství.

Pro takovouto pomoc se obracejí tázané respondentky do DPS Ondřejov v Praze 4. O tom, jak jim návštěvy sanatoria pomáhají, jak působí na jejich děti a jestli mají pocit, že jim v programu něco chybí, vypovídaly respondentky tímto způsobem:

Respondentka A: „pomáhají mi hodně skupiny, kde se scházíme všichni, a kde se probírají všechny problémy. Našla jsem zde kamarádky, které mají stejné problémy, a vím, že na tom takhle nejsem sama. Máme na sebe kontakty a občas se scházíme a radíme si mezi sebou. Výhodou je i to, že i děti se mezi sebou sprátelí a mají možnost nemoc rodičů pochopit. Když pak vidí, že maminka není úplně v pohodě, tak mají snahu to pochopit. Velký problém který jsem tady řešila, byla silná fixace mé dcery na mě. Psychoterapeutka mi radila jak postupovat, abych dítě postupně odpoutala, aby náš vztah nebyl abnormální. Rady jsem si vyslechla, ale dlouho mi trvalo, než jsem se jimi začala řídit. Nejdříve jsem nějak nemohla najít odvahu, ale když jsem to pak zkusila, tak mi to hodně pomohlo. Spolupráce s Ondřejovem je pro mě dobrá, pomáhá mi to. Jsem úplně spokojená a nenapadá mě nic, co bych mohla ještě využít. Jediné, ale to se netýká skupiny pro Rodiče a děti. Chtěla bych využívat individuální terapii. Není jednoduché najít někoho, s kým si rozumíte. A s psychoterapeutem si musím rozumět hodně po té

lidské stránce. Najít někoho komu bych se měla svěřit se svými osobními problémy je těžké.“

Respondentka B: *„pan doktor, ke kterému jsem chodila dříve, mi nevyhovoval, nechal mě v tom tápat. Tak jsem si vyhledala tohle sanatorium. Začala jsem navštěvovat individuální terapii a přes ni jsem se dostala do skupinové terapie Rodiče a děti. Návštěvy v Ondřejově mi dodávají takovou energii. Mám pak pocit, že se to dá zvládnout, když vidím ostatní lidi, kteří to překonali. Skvělé je, že se tam věnují dětem a my se můžeme o starostech s nimi podělit navzájem. Pomáhá to, že člověk zjistí, že na tom světě není sám se stejnými problémy. Učíme se s tou nemocí žít. Nemám ani tak problémy s dítětem, ale spíš s manželem. Přesto si myslím, že nám ten program prospěl oběma. Získala jsem kontakty a Hanička zde poprvé přišla do kontaktu s dětmi. Celkem jsem spokojená, jen bych možná uvítala častější návštěvy. Scházíme se jednou měsíčně a pro mě by bylo optimální se scházet jednou za 14 dní.“*

Respondentka C: *„pro mě je zdejší sanatorium jedinou pomocí, kterou jsem kdy využila, nikdy jsem se od nikoho o žádné nedozvěděla. Akorát mě léčili. Že existují možnosti různých terapií, jsem nevěděla. Docházela jsem na kurz hubnutí a tam mi poradili, abych navštívila psycholožku. Byla přímo z Ondřejova a tak jsem se o skupinové terapii dozvěděla. Možná kdybych se více ptala, tak to vím. Ale nějak jsem to dříve nevyhledávala. Jsem ráda, že jsem se sem dostala. Mám pocit, že jsem našla sama sebe. Zjišťuji, co vlastně chci a dodává mi to sílu si na tom trvat. Je dobrý pocit, když si můžu v klidu, zatímco se někdo věnuje dětem popovídat a vyřešit si své osobní problémy. Pomohlo to mým dětem. František se trochu zklidnil a trochu víc mě poslouchá. Lucka se zase začíná osamostatňovat a už na mě tolik nevisí.“*

Respondentka D: *„přínosem je to, že poznáte jiné lidi, kteří jsou na tom stejně. To, že vidíte jak dítě prospívá, to, že je v jiném prostředí a že funguje a že se mu daří a že to bez vás zvládne. Osobně mi to pomohlo, že skončila má izolace. Ty pobyty je takové jiné využití volného času, kde jsem si hodně odpočinula. Pocit, že se můžete věnovat jen sobě, řešit své problémy a o děti je v té době postaráno. Pomohlo nám to hlavně v tom, že se mě Anička pustila, viděla, že máma je v klidu a pohodě a že tam jsem ráda. Tohle byl ten moment, kdy jsem věděla, že bude vše lepší, v pohodě, a že na tom nejsem vůbec zle. Dokud jsem byla doma sama na mateřské nebo s manželem tak jsem si připadala hodně nemocná. Já na skupině moc neřeším dceru, spíše své úzkosti Co se děje v oddělené terapii s dětmi moc nevnímám. Problémy, které mám*

s dcerou, jsem řešila jen s těmi, kteří mě na ně upozorňovali. Především ve škole. Ale určitě to musí i dětem přinášet něco dobrého, především to, že vidí, že na to jejich máma není sama, že všichni nějak fungují. Našla jsem si zde i kamarádky, se kterými se scházíme. To, že skupina existuje, je pro mě hodně cenné, já ji k životu potřebuji. Jediné co mě mrzí je, že někteří lidi tam nechodí a využívají pouze pobyty. Takže mi chybí jen větší účast. Jinak je to vše udělané dobře.“

Respondentka E: „moje první zkušenost s Ondřejovem byla taková, že jsem přišla v době, kdy se zrovna konal výjezd na týden do přírody. Bylo mi to hned nabídnuto. Souhlasila jsem a těšila se, že někam vypadneme a budeme zase spolu. Předtím jsem ležela v nemocnici. Zachránilo mi to veškerou sebedůvěru. Člověk když vidí stejně postižené lidi, kteří řeší stejné nebo podobné problémy, tak mu to hodně pomůže. Můžu se tam vypovídat a to je pro mě fajn. Shodila jsem tam ze sebe velký balvan, řekli mi, že jsem dobrá máma a to mě hrozně potěšilo. Jsem i v kontaktu s dalšími členkami skupiny a jednou za čas se scházíme i v soukromí. Takže jsem si tam našla i kamarádky a za to jsem také moc vděčná. Necítím se tolik sama. Hodně mi pomohlo, když dcera měla problémy. Skupina jí vynahradila otázky, proč je maminka nemocná a že i jiné maminky jsou na tom stejně. Pomohlo mi to i jinak, my jsme neměli na nic, skoro ani na jídlo. Využití těch týdenních pobytů je pro nás něco jako dovolená, máme kam spolu jezdit, normální dovolenou si prostě nemůžeme dovolit. Jediné co bych uvítala, je, aby ty výjezdy byly v době školních prázdnin, vadí mi, když musím brát dceru ze školy.“

Shrnutí: Z výpovědi respondentek vyplývá, že jejich účast na programu v DPS Ondřejov je jednoznačně přínosem pro ně samé a taktéž pro jejich děti. Shodují se v tom, že vstupem do programu skončila jejich izolovanost a zvedlo se jejich sebehodnocení. Nemoc jako takovou už neberou jako neřešitelnou zátěž. Oceňují, že jejich děti si uvědomí, že i rodiče jiných dětí mají obdobnou nemoc a tím onemocnění rodičů snadněji přijímají.

7 SHRNUÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI

A NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ

S duševní nemocí se dá prožít kvalitní život. Podmínkou je umět svou nemoc zvládnout, vyrovnat se s ní a celoživotně jí věnovat pozornost. Tomu napomáhá stále stoupající počet zařízení a organizací, které se duševně nemocným věnují. Jedním z nich je DPS Ondřejov, kde jsem uskutečnila svůj výzkum.

Výzkumný vzorek byl složen z duševně nemocných respondentů s diagnózou schizofrenie a schizoafektivní porucha. Z uskutečněných rozhovorů vyplynulo, že se schizoafektivní poruchou je partnerský život a rodičovství zvládnutelné snadněji, než se schizofrenií. Je třeba zmínit, že respondentky, které poskytly rozhovor, jsou ty, které svou nemoc přijaly, nebrání se jejímu léčení a snaží se udržet kvalitu svého života na úrovni srovnatelné se zdravou populací.

Úskalí, se kterými se respondentky ve svém životě potýkají, jsou například: sociální izolace, omezené finanční prostředky, problémy v partnerském soužití, pochybnosti vlastní i okolí ze zvládnutí rodičovské role, duševní vyčerpanost, nejistá budoucnost.

Zvládat život s duševní nemocí a jeho četná úskalí pomáhá schizofrenním rodinám DPS Ondřejov. Na základě mých osobních poznatků ověřených kvalitativním výzkumem a dlouhodobou stáží jsem přesvědčena, že tento způsob pomoci je neoddiskutovatelným přínosem pro posílení kvality života osob s duševním onemocněním a jejich rodin.

Jedním z mnou navrhovaných opatření je rozšíření informací o možnostech, které se duševně nemocným nabízejí. Z mého šetření vyplynulo, že i v dnešní době rozvinutých komunikačních technologií se k informacím duševně nemocní dostávají poměrně obtížně.

Duševně nemocní rodiče s dětmi jsou specifickou skupinou, pro jejíž kvalitu života je pomoc společnosti zásadní. Výchova dětí a pokrytí jejich potřeb je natolik časově a psychicky náročné, že není v možnostech rodiče s psychickým onemocněním pomoc aktivně vyhledávat. Pomoc společnosti by měla být rodinám, které jí potřebují nabízena, tyto rodiny by měly být vyhledávány. Srovnatelné služby by měly být dostupné i rodinám ve vzdálenějších lokalitách, menších městech a obcích.

8 PŘÍKLAD DOBRÉ PRAXE

V DPS Ondřejov byl v roce 2004 spuštěn preventivní program pro rodiče a děti. Je určen rodinám, ve kterých má alespoň jeden z rodičů psychotické onemocnění. Jednou měsíčně docházejí do sanatoria rodiče se svými dětmi, kde se jim věnuje po celé odpoledne specializovaný tým odborníků. V úvodu setkání všichni společně volně vypráví, co nového se odehrálo v jejich životech od posledního setkání. Jaké prožívali radosti, jaké je potkali starosti v posledních dnech. Členové terapeutického týmu se snaží pomoci radou a připravují postupně někdy velmi citlivé děti na krátké odloučení od rodičů.

Po úvodní rozpravě se rodiny rozdělí na dvě skupiny, dětskou a rodičovskou. Pro děti je na každé setkání zvolen a připraven vždy jinak tematicky laděný program. Psychologové se dětem cíleně věnují. S dětmi si hrají, vytvářejí rukodělné výrobky, kreslí, malují a povídají si. Snaží se z jejich chování vypožorovat případné symptomy patologických projevů. Ve stejné době se druhá část terapeutického týmu věnuje rodičům s důrazem na jejich konkrétní problémy. Snahou a cílem je nalézt východiska a způsoby řešení jejich případných aktuálních potíží v rodinném soužití.

Program byl původně spuštěn jako zkušební a na časově omezenou dobu. Stal se však natolik vyhledávaným a oblíbeným, že přetrvává do dnešních dnů. Forma poskytované péče je pro rodiny důležitým přínosem ke zlepšení kvality jejich života. Je nezbytné a žádoucí, aby dostupnost psychoterapeutické podpory a služby postiženým rodinám byla dlouhodobá. Předností a výhodou pro udržení důvěry klientů je zachování stabilního týmu. Sanatoriu se, až na občasné změny menšího rozsahu tento náročný předpoklad daří plnit.

Dvakrát ročně vyjíždí tým terapeutů s rodiči a jejich dětmi na týdenní pobyt do přírody. Program pobytů pro děti je každý jinak tematicky zaměřen a předem pečlivě připraven. Pobyty se ukázaly být pro účastníky velmi přínosné. Je zde možné dlouhodobě a nenásilně detailně pozorovat vztahy mezi rodiči a jejich dětmi, chování rodičů a dětí v širší skupině. V případě náznaků patologického chování se snaží terapeuti ovlivnit rodiče a jejich děti žádoucím směrem a snáze přijatelným způsobem, kdy je dostatek času skutečnou výhodou.

Týdenní pobyt má svá pravidla, řád a připravenou programovou náplň. Den je rozdělen do několika časových bloků. Ráno se schází celá komunita a je upřesněn denní program. Dopolední činnosti se věnují rodiče a děti odděleně. Děti plní svůj program za dohledu jedné části týmu terapeutů. Rodičovská skupina se ve stejném čase věnuje terapii také s využitím znalostí a zkušeností psychoterapeutů. Odpolední program je pro celou komunitu společný. Terapeuti se snaží na základě poznatků vývojové psychologie naučit maminky vybudovat formou hry blízký vztah mezi nimi a jejich dětmi a zamezit, aby mezi nimi vznikaly citové deficity. Učí matky umění vycítit potřeby svých dětí. Jedním z terapeutických cílů je ukázat maminkám, jak a proč je nutné, aby alespoň část dne trávil s dětmi, a to i v případě, kdy zrovna nemají pocit dostateku energie a nechce se jim.

V počátcích programu bylo velmi diskutovanou otázkou mezi terapeuty, zda na psychoterapeutické pobyty brát nebo nebrát své vlastní děti. Ukázalo se přínosem pro obě strany děti vzít. Klienti sanatoria se původně mylně domnívali, že terapeuti jsou dokonalými rodiči a nemohou ve výchově svých dětí dělat chyby. Na dlouhodobějších pobytech však mohou vidět, že i výchova dětí zdravých rodičů je provázena obdobnými problémy. Děti mají také svou hlavu, dokáží udělat scénu, zlobí a někdy neposlušují stejně jako děti klientů. Došlo tak k situaci, kdy se staly vztahy terapeutického týmu a rodičů ve skupině bližšími, důvěra byla dále posílena. Děti klientů také našly mezi dětmi terapeutů své přátele. V současné době terapeuti přibírají své děti na některá z pravidelných měsíčních setkání, aby kontakt mezi dětmi byl častější než jednou dvakrát do roka.

Z výpovědí respondentů vyplynulo, že dalším, pro klienty významným přínosem týdenních pobytů, je možnost si odpočinout a strávit se svými dětmi nějaký čas mimo svůj domov. Pro mnohé jsou tyto pobyty náhradou jinak nedostupné dovolené. Nejde sice o hlavní poslání pobytů v přírodě, ale je skutečností, že pro řadu těchto rodin jde o jedinou příležitost, vzhledem k finanční stránce nebo omezeným možnostem ve vztahu k jejich nemoci, si podobné aktivity dopřát.

Cílem psychoterapeutického týmu DPS je rozšířit klientům poskytované služby a možnosti aktivně trávit čas se svými dětmi a o další navazující služby. Úkolem pro blízkou budoucnost je navázat spolupráci se sociálním zařízením nebo organizací, aby byla možnost intervenovat přímo v domácím prostředí. Najít někoho kdo pomůže

a duševně nemocného rodiče neodsoudí, je nadějí pro případné klienty, kteří pomoc svou vlastní iniciativou najít neumějí.

O úspěšnosti a oblibě programu pro rodiče s duševní nemocí a jejich děti v DPS Ondřejov svědčí výpovědi respondentek, které jsou zároveň klientkami sanatoria. Nezbývá než si přát, aby obdobných programů přibývalo. Rodinám, kde mají rodiče duševní onemocnění, by měla být poskytována obdobná péče jako v DPS Ondřejov v co největší míře. Samotnému pražskému sanatoriu a jeho týmu patří poděkování za zavedení a dlouhodobé poskytování pomoci a přání, aby se tuto péči o duševně nemocné a jejich děti nadále podařilo udržet a jako dobrý příklad podařené praxe rozšířit.

ZÁVĚR

Bakalářská diplomová práce je zaměřena na rodiče s duševním onemocněním s cílem zdůraznit jejich specifické potřeby s ohledem na založení a fungování rodiny. V teoretické části je obsah věnován popisu a shrnutí problematiky duševního onemocnění s výběrem konkrétních nemocí, které patří do skupiny F20 – F29 (schizofrenie, schizoafektivní porucha, poruchy s bludy). Je to kategorie psychických nemocí, v níž je zařazeno duševní onemocnění respondentů mého výzkumu.

Tématy Rodina a Rodina a duševní nemoc se zabývá několik dalších kapitol. Jejich cílem je zaznamenat úskalí, která život duševně nemocných rodičů provázejí a jsou nuceni jim čelit v kontextu rodiny a společnosti. Závěrem teoretické části je zmíněno postavení sociálních služeb v našem současném právním řádu, které je díky zákonu o sociálních službách jasně definováno a je pevnou součástí sociálního systému.

Praktická část je tvořena a svým obsahem rozvíjí tři základní témata:

- 1) Plánování a příprava na rodičovství – toto téma zahrnuje: plánování rodičovství, odbornou podporu lékařů, působení a vliv rodiny při rozhodování o založení rodiny.
- 2) Duševní onemocnění a úskalí ve vývoji rodinného soužití – téma zahrnuje: prvotní problémy v souvislosti s onemocněním, možnosti podpory rodinám, vyhledání pomoci, zvládání životních rolí v partnerském, pracovním a rodičovském životě, představy o budoucnosti.
- 3) DPS Ondřejov – skupina Rodiče a děti: zde jsou shrnuty mé vlastní poznatky z pobytu ve skupině, myšlenky a názory respondentů mého výzkumu, hodnocení vlivu programu skupiny na účastníky, míru ovlivnění kvality jejich života účastí v programu, vliv skupiny na ně a jejich děti, podněty a názory na rozšíření palety nabídek programu.

Výzkum byl prováděn prostřednictvím otevřených rozhovorů s klienty Denního psychoterapeutického sanatoria Ondřejov. Rozhovory byly realizovány v průběhu týdenního pobytu v přírodě, který je tradiční akcí organizovanou sanatoriem pro klienty a spřízněnou veřejnost. Data, získaná rozhovory, jsem následně podrobně analyticky vyhodnotila ve vztahu k zaměření mé bakalářské práce. Z výstupů postupně vykryštovala mnou rozepsaná jednotlivá témata. Z analýzy rozhovorů vyplynulo, že na předních místech v žebříčku nejčastěji respondenty pocíťovaných úskalí, se kterými se duševně nemocní rodiče musí potýkat, je sociální izolovanost, rozpad partnerského soužití, finanční nestabilita.

Zaměřením péče DPS Ondřejov na osoby s duševním onemocněním v roli rodičů je snaha v maximálně možné míře podpořit a pomoci uspořádat jejich životní vztahy, výchovné a partnerské cíle a působit na jejich děti. Nade vším převládá úsilí posílit jejich schopnosti ve zvládání partnerství a rodičovství v jejich přirozeném, domácím prostředí natolik, aby byli schopni se sami co nejlépe vypořádat s obtížemi a těžkostmi, které jejich život, poznamenaný nemocí, přináší. Cílem je napomoci rodinám, kde je jeden z rodičů duševně nemocný, žít uspokojivý život v co nejpřirozenějších podmínkách.

Z praktické části mé bakalářské práce vyplývá, že využívání služeb DPS Ondřejov ve skupině Rodiče a děti ovlivňuje kvalitu života duševně nemocných rodičů pozitivním směrem. Respondentky výzkumu hodnotí velmi kladně a vysoko vliv této služby na svůj život a život svých dětí. Pokud budeme problematiku duševně nemocných rodičů vnímat v obecné rovině, je nesporné, že podobná služba té, kterou poskytuje DPS Ondřejov, je pro začlenění rodičů s duševním onemocněním do společnosti důležitá a přínosná. Významným kladem je, že lidé s duševní nemocí nejsou vytrhováni z jejich přirozeného prostředí, ale dostane se jim podpory, která jim umožní, aby život bez ústavní péče zvládali bez větších obtíží. Zde já osobně vidím mimo jiné i přínos ekonomický.

Výsledek mé bakalářské diplomové práce vidím jako pozitivní pobídku pro poskytovatele sociálních služeb se zaměřením na duševně nemocné, aby se obdobná pomoc, jako v DPS Ondřejov, dostala za hranice Prahy a mohla být poskytnuta i dalším rodinám s duševně nemocným členem v co nejčtetnější míře.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BOUČEK, J. a kol. *Speciální psychiatrie*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 244 s. ISBN 80-244-1354-X.

HARTL P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.

HRONCOVÁ, J., HUDECOVÁ, A., MATULAYOVÁ, T. *Sociální pedagogika a sociální práce*. 1.vyd. 2000. 293 s. ISBN 80-8055-427-7.

JAROLÍMEK, M. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*. Praha: Občanské sdružení Baobab, 2006. 26 s.

MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 144 s. ISBN 80-7178-700-0

MATĚJČEK, Z. *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní*. 1. vyd. Praha: Práh, 1994, 15 s. ISBN 80-85282-83-6

MATĚJČEK, Z. *Rodiče a děti*. 2.vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, n.p.,1986. 336 s. ISBN 08-056-89

MATĚJČEK, Z. DYTRYCH, Z. *Krizová situace v rodině očima dítěte*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2002. 128 s. ISBN 80-247-0332-7

MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3. roz. vyd. Sociologické nakladatelství Praha, 2003. 169 s. ISBN 80-86429-19-9.

MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2.

MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J., kol. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 351 s. ISBN 80-7367-002-X

MATOUŠEK, O., kol. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 183 s. ISBN 80-7367-310-9

MLČÁK, Z. *Vybrané kapitoly z psychologie manželství a rodiny*. 1. vyd. Brno: Repronis, 1996. ISBN 80-7042-452-4

- MOTLOVÁ, L., KOUKOLÍK, F.** *Schizofrenie. Neurobiologie, klinický obraz, terapie.* 1.vyd. Praha: Galen, 2004. 437. ISBN 80-7262-277-3
- PRAŠKO, J. a kol.** *Léčíme se psychózou.* 1.vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2005. ISBN 80-239-5482-2
- RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P.** *Psychiatrie.* 1.vyd. Praha: Galen, 2001, 622 s. ISBN 80-7262-140-8
- MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ - 10 REVIZE,** *Duševní poruchy a poruchy chování.* vyd. 3. Praha: Psychické centrum Praha, 2006. 251 s. ISBN 80-85121-11-5.
- SMOLÍK, P.** *Duševní a behaviorální poruchy.* 1. vyd. Praha: Maxdorf, 199 6.504 s. ISBN 80-85800-33-0
- SMUTKOVÁ, L.** *Sociální práce s rodinou.* 1.vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. 109 s. ISBN 978-80-7041-069-1.
- STYX, P.** *O psychiatrii, Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi.* 1.vyd. Brno: Computer Press, 2003. 178 s. ISBN 80-7226-828-7.
- TUČEK, J., CHODURA, V.** *Psychiatrie.* 3. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2005. 90 s. ISBN: 80-7040-786-7.
- VÁGNEROVÁ, M.** *Psychopatologie pro pomáhající profese.* 4. vyd. Praha, Portál 2008. 870 s. ISBN 978 -80-7367-414-4
- VÁGNEROVÁ, M.** *Vývojová psychologie I.:Dětství a dospívání.* 1.vyd. Praha: Karolinum, 2005.467s. ISBN 80-246-0956-8
- VESELÁ, R., a kol.** *Rodina a rodinné právo: historie, současnost a perspektivy.* 2.vyd. Praha: Eurolex, 2005. 283 s. ISBN 80-86432-93-9.

INTERNETOVÉ ZDROJE

CPZP. Duševní nemoci a jejich příčiny. [online] in <<http://www.cpzp.cz/clanek/2582-0-Dusevni-nemoci-a-jejich-priciny.html>> [cit. 21. 1. 2013]

MPSV. § 3, odst. c, Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách. [online] in <http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf> [cit. 21. 1. 2013]

MPSV. § 38, Díl 3, Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách. [online] in <http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf> [cit. 21. 1. 2013]

Stopstigma. Příčiny vzniku schizofrenie. [online] in <<http://www.stopstigma.cz/index.php?obsah=poruchy33>> [cit. 21. 1. 2013]

Mikulková, Gabriela. Vývoj dítěte a jeho potřeby.[online] in <<http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/vyvoj-ditete-a-jeho-potreby.shtml>> [cit. 5. 11. 2012]

Kulháněk, Jan. Dítě nemocného rodiče. [online] in <<http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/psychicke-problemy-v-rodine/dite-nemocneho-rodice.shtml>> [cit. 5. 11. 2012]

MPSV. [online] in <http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf> [cit. 2. 2. 2013]

Sociální revue. Úplný průvodce. [online] in <<http://www.socialnirevue.cz/item/zakon-o-socialnich-sluzbach-2005-uplny-pruvodce>> [cit. 2. 2. 2013]

MPSV. § 38, Díl 3, Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách. [online] in <http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf> [cit. 2. 2. 2013]

MPSV. § 39, Díl 4, Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách. [online] in <http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf> [cit. 2. 2. 2013]

Asociace manželských a rodinných poradců ČR, o. s., O nás. [online] in <http://www.amrp.cz/joomla/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=54> [cit. 3. 2. 2013]

Psychóza a blízcí. [online] in <<http://www.psychozaablizci.ic.cz/roddinnaterapie.html>> [cit. 3. 2. 2013]

Léčebné programy.[online] in <<http://www.ondrejov.cz/programy>> [cit. 1. 3. 2013]

LEGISLATIVNÍ ZDROJE

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Otázky k výzkumu

Příloha č. 2: Doslovný přepis jednoho z rozhovorů

Příloha č. 3: Přehled sociálních služeb – Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.

Příloha č. 4: Přehled léčebných programů Denního psychoterapeutického sanatoria
Ondřejov

Příloha č. 1 Otázky k výzkumu

Otázka č. 1: Váš věk, diagnóza a kdy se u Vás nemoc projevila?

Otázka č. 2: Objevila se Vaší rodině, nebo rodině manžela tato nebo jiná psychická porucha?

Otázka č. 3: Za jakých okolností jste se rozhodla počít dítě, co Vás k tomu motivovalo, bylo Vaše těhotenství plánované?

Otázka č. 4: Jak Vaše rozhodnutí přijali lékaři?

Otázka č. 5: Byl pro Vás oporou někdo z blízké rodiny, popřípadě přátel?

Otázka č. 6: Co pro vás bylo nejtěžší, když jste se vrátila z porodnice s miminkem?

Otázka č. 7: Měla jste po narození dítěte dostatečné informace, kam se obrátit v případě poskytnutí pomoci Vám, Vašemu dítěti a celé rodině?

Otázka č. 8: Orientujete se v sociálních a jiných službách, které Vám mohou pomoci, a využíváte některé z nich?

Otázka č. 9: Jak dlouho jste klientkou Denního psychoterapeutického sanatoria Ondřejov?

Otázka č. 10: Co je podle Vás největším přínosem návštěv programu pro rodiče a děti v Ondřejově?

Otázka č. 11: Jak Vám osobně nejvíce pomohl tento program?

Otázka č. 12: Jste v kontaktu s ostatními členy i mimo skupinu?

Otázka č. 13: Jak hodnotíte vliv programu na Vaše dítě, podařilo se vyřešit nějaké problémy spojené s výchovou?

Otázka č. 14: Je něco co Vám ve skupině chybí a co byste ráda uvítala?

Otázka č. 15: Jak vidíte budoucnost Vaší a Vašeho dítěte?

Otázka č. 16: Zvládáte skloubit zaměstnání, péči o dítě, popřípadě partnerství?

Příloha č. 2

Doslovný přepis rozhovoru s respondentkou paní D.

Modře označené pasáže jsou použité v textu empirického šetření.

Mohu se zeptat na Váš věk, diagnózu a kdy se u Vás nemoc projevila?

Je mi 39 let a mám schizoafektivní poruchu. Je tam velká naděje, že to není tak zlé, s touhle nemocí dá se pracovat a má tendenci se zlepšovat. Diagnóza se mi projevila po krátce po svatbě, hlubokou depresí, takže asi 3 roky před těhotenstvím, bylo mi asi 26 let.

Objevila se Vaší rodině, nebo rodině manžela tato nebo jiná psychická porucha?

Můj otec byl nemocný, měl schizofrenii. Z manželovy strany, ne. Oni jsou takový zemitý.

Za jakých okolností jste se rozhodla počít dítě, co Vás k tomu motivoval, bylo Vaše těhotenství plánované?

Jak už jsem řekla, moje diagnóza se mi projevila krátce po svatbě hlubokou depresí, bylo to asi tři roky před mým otěhotněním. Byla jsem hospitalizovaná v Bohnicích, léky jsem, ale přestala brát po půl roce, protože mi bylo dobře. Myslela jsem si, že už nemůže nic stát a tak jsem se rozhodla pořídit miminko. Vždy jsem chtěla dvě děti, ale díky nemoci jsem se druhé dítě bála pořídit.

Jak Vaše rozhodnutí přijali lékaři?

Já jsem nikam nedocházela, léky jsem po půl roce vysadila a k žádným lékařům jsem už nechodila, jen k psychiatrovi. Pak jsem se přestěhovala a kontakt s ním přerušila, dál jsem to neřešila. Svoje plánované rodičovství jsem s nikým nekonzultovala. Ani gynekoložce jsem nic neřekla, byla jsem naivní a opravdu si myslela, že se to nebude opakovat. Pouze těsně než jsem šla родit, tak jsem jí o svých hlubokých depresích řekla, dostala jsem strach, aby se nic nedělo.

Byl pro Vás oporou někdo z blízké rodiny, popřípadě přátel?

Tohle bylo slabší, když jsem se vdala, tak jsem se odstěhovala do Prahy a moji rodiče žijí daleko. Měla jsem přátele v okruhu manželovi party, ale ti o mých problémech nevěděli. Své přátele jsem zanedbávala, protože jsme stavěli dům. Byla jsem hodně v izolaci a spoléhala se jen na manžela a jeho rodinu. Což nebylo dobře.

Co pro vás bylo nejtěžší, když jste se vrátila z porodnice s miminkem?

Nejtěžším bylo...myslím si, že stanovení priorit, najít si svůj klid. Jednala jsem hodně hekticky, manžel mě vůbec neuklidnil a já jsem si ho sama pro sebe nedokázala vytvořit. Bylo pro mě všechno hodně důležitý, měla jsem pocit, že musím všechno zvládnout a že musí být vše v naprostém pořádku. Začalo to už v porodnici, spadla jsem do velkého stresu, abych to byla schopna vše zvládnout. Takže asi toto, prostě jsem si neuměla stanovit priority a zjednodušit si to. To jsem určitě nezvládla.

Měla jste po narození dítěte dostatečné informace, kam se obrátit v případě poskytnutí pomoci Vám, Vašemu dítěti a celé rodině?

Neměla, před porodem jsem o tom neuvažovala, v porodnici mi to blesklo, a když jsem zjistila, že po porodu nemůžu spát, už asi 3 den i ve chvíli kdy mě miminko nebudí. Krom manžela a mé rodiny jsem nevěděla kam se obrátit, ale s rodinou jsem si moc nerozuměla a své problémy jsem nezvládala a tak jsem se obrátila o pomoc na dětskou lékařku Aničky. Zjistila jsem, když jsem jí kontaktovala, že se zná se sestřenicí mého manžela, tak jsem věděla, že nějaké podvědomí mít bude, tak proto jsem si na ní s důvěrou obrátila. Řekla jsem jí, že už jsem deprese měla a že jsem už léčena byla. Řekla jsem jí, že nemůžu spát a že mám strach, aby se něco nestalo. Poprosila jsem jí, jestli bych se nemohla vrátit do porodnice, abych si tam odpočinula. Bohužel toto nešlo, ale paní doktorka mi našla pomoc jinou. Poslala mě do Riapsu – centrum psycho – sociálních služeb v Praze. Mohla jsem tam na pár dní jít i s Aničkou. Zůstala jsem tam na víkend, pak už jsem měla pocit, že to zvládnu. Manžel také chtěl, abych se vrátila domů, bylo to, ale unáhlené. Po asi pěti dnech jsem dostala psychotické příznaky a skončila v Bohnicích. Takže jsem byla doma asi 14 dní, myslím si, kdybych využila víc tu možnost být v Riapsu, tak by to mohlo být lepší, ale z nějakýho tlaku ve mně i v manželovi, jsem tu možnost nevyužila a dopadlo to tak, jak to dopadlo.

Orientujete se v sociálních a jiných službách, které Vám mohou pomoci, a využíváte některé z nich?

Hodně využívám, co nabízí Riaps. Protože občas když jsem viděla, že bude krize a já jsem věděla, že to zvládnu, že to není na Bohnice, tak jsem využila možnost být 5 dní tam. Tam jsem objevila o právní pomoc při rozvodu. Důchod nemám, takže jsem toho vlastně nevyužila moc. Hodně oceňuje, že vzniklo krizové centrum v Bohnicích, to jsem

využila jednou na víkend. O čem se dozvím to zkouším. Také jsem se začala zajímat, kam psychiatrie spěje. Jaký je rozdíl mezi malým stacionářem a velkou léčebnou. Docházím na semináře, využívám Ondřejov. Byla jsem i v Essetu. Zkoušela jsem všechno možný a zkouším různé alternativy, zkoumám co je nového a jaké jsou možnosti.

Jak dlouho jste klientkou Denního psychoterapeutického sanatoria Ondřejov?

Začala jsem sem chodit právě v době hluboké deprese, když jsem byla na mateřské dovolené. Byl mi doporučen doktor z Ondřejova. Myslím, že to bylo snad v roce 2005.

Co je podle Vás největším přínosem návštěv programu pro rodiče a děti v Ondřejově?

Přínosem je to, že poznáte jiné lidi, kteří jsou na tom stejně. To, že vidíte, jak dítě prospívá to, že je v jiném prostředí a že funguje a že se mu daří a že to bez vás zvládne. Osobně mi to pomohlo, že skončila má izolace. Pak mě nadchly ženské terapeutky. Potom ještě ty pobyty, je to takové jiné využití volného času, kde jsem si hodně odpočinula. Pocit, že se můžete věnovat jen sobě, řešit své problémy a o děti je v té době postaráno.

Jak Vám osobně nejvíce pomohl tento program?

Pomohlo nám to hlavně v tom, že se mě Anička pustila, viděla, že máma je v klidu a pohodě a, že tam jsem ráda. Ona pocítila, že jsem tam ráda. Tohle byl ten moment, kdy jsem věděla, že bude vše lepší, v pohodě a, že na tom nejsem vůbec zle. Dokud jsem byla doma sama na mateřské nebo s manželem tak jsem si připadala hodně nemocná.

Jste v kontaktu s ostatními členy i mimo skupinu?

Našla jsem si zde i kamarádky, se kterými se scházíme. Časem jsem zjistila, že by to asi takhle být nemělo, ale scházíme se.

Jak hodnotíte vliv programu na Vaše dítě, podařilo se vyřešit nějaké problémy spojené s výchovou?

Já na skupině moc neřeším dceru, spíše své úzkosti Co se děje v oddělené terapii s dětmi moc nevnímám. Problémy, které mám s dcerou, jsem řešila jen s těmi, kteří mě na ně upozorňovali. Především ve škole. Ale určitě to musí i dětem přinášet něco

dobrého, především to, že vidí, že na to jejich máma není sama, že všichni nějak fungují.

Je něco co Vám ve skupině chybí a co byste ráda uvítala?

Nic mě nenapadá. To, že skupina existuje, je pro mě hodně cenné, já ji k životu potřebuji. Jediné co mě mrzí je, že někteří lidi tam nechodí a využívají pouze pobyty. Takže mi chybí jen větší účast. Jinak je to vše udělané dobře.

Jak vidíte budoucnost Vaší a Vašeho dítěte?

Tak to už jsem to řekla doktorce a ta řekla, že to není tak, ale já si myslím, že k té nemoci mě vedlo manželství. Myslím, že teď, když jsem se rozvedla tak, že se mi bude žít lépe. Vidím i budoucnost v psychiatrii, hodně se toho změnilo a je více možností. Pokud mi bude dobře, tak bych toho chtěla využít a o duševních nemocech se dozvědět více, abych mohla lidem, kteří do toho spadnout pomoci. Chtěla bych si udělat i nějaký kurz pro krizovou intervenci, abych byla připravena pomoci dceři, kdyby se u ní nemoc projevila. Samozřejmě bych si nejvíce přála, aby byla zdravá. Ale pokud by jí duševní nemoc hrozila, chtěla bych jí pomoci sama, aby nemusela skončit v léčebně. Myslím si, že dostala z manželovy strany lepší přístup a ode mě dostalo houževnatost ty situace zvládnout. Díky těm výkyvům jak z nich vybruslí, tak si myslím, že by propad nemusel být tak hlubokej.

Zvládáte skloubit zaměstnání, péči o dítě, popřípadě partnerství?

No, ještě před 2 rokama, bych řekla, že zvládám s odřenýma ušima, ale teď jsem nezvládla skloubit partnerství, to jste asi pochopila. Jsem krátce rozvedená, náš vztah dlouho neklapal. Myslím, že jsme se nepotkali s manželem úplně vhodně. Už tenkrát jsem věděla, že náš vztah není dobrý. Ale tím jak jsem byla oslabená nemocí, tak jsem to úplně neřešila. Jemu to i vyhovovalo, měl mě ve své moci. Rozchod nakonec proběhl v klidu, na péči o Aničku jsme se dohodli. Původně chtěl střídavou péči, chtěl použít mou nemoc proti mně. Aničku si půjčoval a nevracel jí zpět, to vyčerpávalo mě i dceru. Nakonec si to uvědomil a dohodli jsme se. Dohoda zní, že já mám dceru ve své péči, alimenty bude platit on. Přesto v průběhu 14 dní bude dcera 6 dní u manžela. To je podle mě vlastně střídavá péče. Zatím to neřeším a uvidíme, jak to bude vyhovovat především Aničce, pokud to bude fungovat, nechám to tak jak je. Pokud ne, tak podám žádost o úpravu. Práci jsem zvládala dříve lépe, než teď. Ale myslím, že to je tím, že do firmy nastoupilo hodně mladých ambiciózních mužů a já jim nestačím. Jsem z toho

unavená. Poslední dobou mám obecně problémy s muži. Vztah mezi mnou a dcerou je střídavý. S Aničkou to je prostě nahoru dolů. Je období, kdy nám to hodně souzní a já si to nestačím užít a zase je proti mně a to se musí nějak přežít. Mám s ní občas výchovné problémy, nemám žádný vzor díky nemoci mého otce, to ani v mém dětství nebylo ideální. Ještě bych chtěla říct, že já mám tu nemoc po tátovi a táta byl hodně citlivý člověk a matka, která je zdravá, tak tam bylo něco špatně mezi náma, něco tam chybělo. Já nemám vzpomínku, že by mě někdy pohládila. Myslím, že genetika je jedna věc a výchova druhá. Táta je nějaký, pak si vybere manželku nějakou a pak se to oboje sečte na dítěti. Citlivost táty dá dítěti nějaké citlivé místo a něco přinese i zdraví rodič, nepřenáší se tedy jenom nemoc, ale přenáší se to celý. Já už mám jenom mámu, táta spáchal sebevraždu, dneska jsem si vztah k té mámě už našla. A to je to na co narážím s Aničkou, protože já nevím, co mám dělat. Anička velmi těžce nese jakoukoliv změnu. Přechod do školky, školy a teď náš rozvod. Když si pak, ale už zvykne, tak je to s ní dobré a rozumíme si dobře.“

Příloha č. 3 Přehled sociálních služeb – „Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.“⁹⁷	
§ 37 Sociální poradenství	Sociální poradenství je poskytováno dle zákona O sociálních službách 108/2006 Sb. Ve všech typech sociálních služeb.
§ 37 a Základní sociální poradenství	Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb; poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit.
§ 37 b Odborné sociální poradenství	Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí; zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností. Součástí odborného poradenství je i půjčování kompenzačních pomůcek.
§ 38 Služby sociální péče	Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí.
§ 39 Osobní asistence	Osobní asistence je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.
§ 40 Pečovatelská služba	Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb.
§ 41 Tísňová péče	Tísňová péče je terénní služba, kterou se poskytuje nepřetržitá distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami vystavenými stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopností.

⁹⁷ Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb., <http://www.mpsv.cz/cs/9>

§ 42 Průvodcovské a předčitatelské služby	Průvodcovské a předčitatelské služby jsou terénní nebo ambulantní služby poskytované osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy z důvodu věku nebo zdravotního postižení v oblasti orientace nebo komunikace, a napomáhá jim osobně si vyřídit vlastní záležitosti. Služby mohou být poskytovány též jako součást jiných služeb.
§ 43 Podpora samostatného bydlení	Podpora samostatného bydlení je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.
§ 44 Odlehčovací služby	Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.
§ 45 Centra denních služeb	V centrech denních služeb se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.
§ 46 Denní stacionáře	V denních stacionářích se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.
§ 47 Týdenní stacionáře	V týdenních stacionářích se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.
§ 48 Domovy pro osoby se zdravotním postižením	V domovech pro osoby se zdravotním postižením se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.
§ 49 Domovy pro seniory	V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.
§ 50 Domovy se zvláštním režimem	V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

§ 51 Chráněné bydlení	Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení.
§ 52 Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče	Ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče se poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují lůžkovou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení lůžkové péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb.
§ 53 Služby sociální prevence	Služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.
§ 54 Raná péče	Raná péče je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.
§ 55 Telefonická krizová pomoc	Služba telefonické krizové pomoci je terénní služba poskytovaná na přechodnou dobu osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života nebo v jiné obtížné životní situaci, kterou přechodně nemohou řešit vlastními silami.
§ 56 Tlumočnické služby	Tlumočnické služby jsou terénní, popřípadě ambulantní služby poskytované osobám s poruchami komunikace způsobenými především smyslovým postižením, které zamezuje běžné komunikaci s okolím bez pomoci jiné fyzické osoby.
§ 57 Azylové domy	Azylové domy poskytují pobytové služby na přechodnou dobu osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení
§ 58 Domy na půl cesty	Domy na půl cesty poskytují pobytové služby zpravidla pro osoby do 26 let věku, které po dosažení zletilosti opouštějí školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, popřípadě pro osoby z jiných zařízení pro péči o děti a mládež, a pro osoby, které jsou propuštěny z výkonu trestu odnětí svobody nebo ochranné léčby. Způsob poskytování sociálních služeb v těchto zařízeních je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

§ 59 Kontaktní centra	Kontaktní centra jsou nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Cílem služby je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek.
§ 60 Krizová pomoc	Krizová pomoc je terénní, ambulantní nebo pobytová služba na přechodnou dobu poskytovaná osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života, kdy přechodně nemohou řešit svoji nepříznivou sociální situaci vlastními silami.
§ 60a Intervenční centra	Na základě vykázaní ze společného obydlí podle zvláštního právního předpisu je osobě ohrožené násilným chováním vykázané osoby nabídnuta pomoc nejpozději do 48 hodin od doručení kopie úředního záznamu o vykázaní intervenčnímu centru. Pomoc intervenčního centra může být poskytnuta rovněž na základě žádosti osoby ohrožené násilným chováním jiné osoby obývající s ní společné obydlí nebo i bez takového podnětu, a to bezodkladně poté, co se intervenční centrum o ohrožení osoby násilným chováním dozví. Sociální služby v intervenčním centru jsou poskytovány jako služby ambulantní, terénní nebo pobytové.
§ 61 Nízkoprahová denní centra	Nízkoprahová denní centra poskytují ambulantní, popřípadě terénní služby pro osoby bez přístřeší.
§ 62 Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež poskytují ambulantní, popřípadě terénní služby dětem ve věku od 6 do 26 let ohroženým společensky nežádoucími jevy. Cílem služby je zlepšit kvalitu jejich života předcházením nebo snížením sociálních a zdravotních rizik souvisejících se způsobem jejich života, umožnit jim lépe se orientovat v jejich sociálním prostředí a vytvářet podmínky k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Služba může být poskytována osobám anonymně.
§ 63 Noclehárny	Noclehárny poskytují ambulantní služby osobám bez přístřeší, které mají zájem o využití hygienického zařízení a přenocování.
§ 64 Služby následné péče	Služby následné péče jsou ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly lůžkovou péči ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstinují.
§ 65 Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi jsou terénní, popřípadě ambulantní služby poskytované rodině s dítětem, u kterého je jeho vývoj ohrožen v důsledku dopadů dlouhodobě krizové sociální situace, kterou rodiče nedokáží sami bez pomoci překonat, a u kterého existují další rizika ohrožení jeho vývoje.

§ 66 Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	Sociálně aktivizační služby jsou ambulantní, popřípadě terénní služby poskytované osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením.
§ 67 Sociálně terapeutické dílny	Sociálně terapeutické dílny jsou ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie.
§ 68 Terapeutické komunity	Terapeutické komunity poskytují pobytové služby i na přechodnou dobu pro osoby závislé na návykových látkách nebo osoby s chronickým duševním onemocněním, které mají zájem o začlenění do běžného života.
§ 69 Terénní programy	Terénní programy jsou terénní služby poskytované osobám, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy. Služba je určena pro problémové skupiny osob, uživatele návykových látek nebo omamných psychotropních látek, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiné sociálně ohrožené skupiny. Cílem služby je tyto osoby vyhledávat a minimalizovat rizika jejich způsobu života. Služba může být osobám poskytována anonymně.
§ 70 Sociální rehabilitace	Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.

Příloha č. 4	
Přehled léčebných programů Denního psychoterapeutického sanatoria Ondřejov ⁹⁸	
Psychotické a neurotické poruchy – skupinové terapie	
Stacionář	Průběžný stacionární program (PSP) pro pacienty s psychózou. Zahájen je denně psychoterapeutickou skupinou, poté následuje pestrý program tvořený různými typy psychoterapeutických technik (muzikoterapie, pohybová terapie, relaxační technika, trénink kognitivních funkcí, nácvik komunikace a sociálních dovedností a podobně). Mezi prvořadě cíle patří prevence návratu (relapsu) psychického onemocnění a případné následné hospitalizace. Dále zvládnutí příznaků a projevů nemoci v běžném životě, zlepšení sociálního fungování a tím zvýšení kvality života.
IPP	<i>Intenzivní psychoterapeutický program.</i>
Afektivní poruchy	<i>Skupina afektivních poruch (SAP)</i> Otevřená, dynamicky orientovaná psychoterapeutická skupina pro lidi s poruchami nálad. Patří k nim například deprese, úzkosti apod., kteří mají zájem o práci na sobě, zlepšení sebevědomí komunikace s lidmi.
Denisa	<i>Skupinová psychoterapie.</i> Docházková skupina pro klienty trpící interpersonálními obtížemi (tedy poruchami v mezilidských vztazích) a úzkostmi (napětí, nervozita, tréma, nespavost), vedená podle principů psychoanalytické psychoterapie.
Bazální jistota	<i>Skupina „bazální jistoty“ pro pacienty s psychotickou poruchou.</i> Skupina je zaměřena na zlepšení komunikace a rozvíjení sociálních dovedností a vztahů pacientů - např. zlepšení komunikace s rodinou, přáteli, navazování přátelství a partnerství, znovuzачlenění do kolektivu, komunikace v zaměstnání, trávení volného času apod.
Dynamo	Psychoterapeutická skupina pro pacienty s psychotickým onemocněním. Skupina se zaměřuje především na práci se vztahy (rodinné, partnerské), pomáhá pacientům s návratem do školy, či zaměstnání.

⁹⁸ Léčebné programy.[online] in <<http://www.ondrejov.cz/programy>>

Kognitivní funkce I	<i>Skupinový nácvik kognitivních funkcí</i> Nácvik základních kognitivních funkcí (koncentrace, paměti, exekutivních funkcí atd.) ve skupině tří až sedmi pacientů.
Jóga	Jóga je jednou z nejstarších metod harmonizujících duševní rovnováhu, pomáhá zmírnit či odstranit jak psychické tak tělesné obtíže.
Neurotický stacionář	Neurotický stacionář je určen pro pacienty s neurotickými, depresivními a psychosomatickými obtížemi.
Terapeutická skupina komunikačních dovedností	<i>Komunikační dovednosti</i> Skupina je určena pro klienty s potížemi v komunikaci, vzniklými nejen důsledkem negativních životních zkušeností. S pomocí asertivních technik dochází k osvojení praktických dovedností v komunikaci (např. potíže se sebeprosazováním, odmítáním, s podáním či přijmutím kritiky...).
Program pro dobré zdraví	Je určen pro pacienty, kteří bojují s nadbytečnými kilogramy a chtějí se dozvědět, jak zdravě zhubnout. V kurzu najdete podporu terapeutů a ostatních členů skupiny a dozvíte se něco o zdravé výživě a zdravém životním stylu.
Kondiční trénink	Program je určen lidem bez pravidelné pohybové aktivity, kteří by rádi zlepšili svou fyzickou i psychickou kondici. Trénink je přizpůsoben možnostem klientů. Trvá 45 minut.
Rehabilitační cvičení	Bolí vás záda? Máte problémy se špatným držením těla?

Psychotické a neurotické poruchy – individuální terapie	
Ambulance	V DPS Ondřejov pracují kvalifikovaní psychiatři, kteří poskytují psychiatrickou péči svým pacientům. Tato péče se většinou výrazně liší od klasické psychiatrické péče, a to individuálním přístupem, respektováním pacienta jako téměř rovnocenného partnera a taktéž délkou rozhovoru s dotyčným pacientem.
Dětský psychiatr	Pedopsychiatrická poradna a ambulance poskytuje péči o děti a adolescenty od předškolního věku až po 18 let, a to v jakékoliv potřebné oblasti (rodina, kolektiv, škola, osobnostní zrání).

Psychodiagnostika	Zpracování základních psychologických testů jak na přání psych. odborníka (např. před přidělením invalid. důchodu) tak na přání samotného klienta. Neposkytujeme psychologické vyšetření pro řidičský průkaz a zbrojní pas.
Kognitivní funkce II	Nácvik základních kognitivních funkcí (koncentrace, paměti, exekutivních funkcí atd.) individuální formou s terapeutkou.
Fyzioterapie	Pohyb a další fyzioterapeutické postupy léčí tělo i duši. Prostřednictvím pohybu a dalších fyzioterapeutických postupů ovlivňuje tato terapie funkce somatické i psychické.
Akupresura s využitím prvků akupunktury	Doplňková léčba psychických a fyzických obtíží. Harmonie těla a duše.

Psychotické a neurotické poruchy – práce s rodinou	
Rodiče a děti	Program pro rodiče, z nichž alespoň jeden prošel psychickou nemocí a jejich děti. Cílem programu je edukace o psychických nemocech a jejich léčbě, „odhalování“ případné odlišné komunikace v rodině, konzultace výchovných potíží a snaha o jejich zlepšení. Na programu se podílí psychiatr, psycholog, sociální a rehabilitační pracovnice.
Psychoedukace	<i>Psychoedukační programy pro rodinné příslušníky a jiné blízké osoby.</i> Cílem skupiny je poskytnout psychoterapeutickou podporu rodinám pacientů, kteří jsou vždy duševní poruchou blízkého člověka zasaženi, ale zřídka se jim dostává pomoci, kterou potřebují.
Komunikační uzly	<i>Rodinná a párová psychoterapie.</i> Jednou měsíčně se schází celá rodina (včetně pacienta) se dvěma terapeuty a s jejich pomocí se snaží rozplést komunikační uzly uvnitř rodiny, což může vést k výraznému zlepšení zdravotního stavu pacienta.
Rozhovory s rodiči	Poskytování individuální podpůrné pomoci rodičům psychotických pacientů. Jedná se o pomoc rodičům, kteří se snaží vyrovnat s náhlým propuknutím psychotické nemoci u jejich potomka. Stejně tak pomáháme rodinným příslušníkům, jejichž potomek se již dlouhodobě léčí, ale ocitá se v různých krizových situacích.

Rodičovská skupina	Jedná se o dlouhodobou otevřenou skupinu (do skupiny mohou kdykoliv vstoupit noví členové dle svých časových možností a svých potřeb). Tato podpůrně edukační skupina je určena pro příbuzné a blízké psychiatricky nemocných. Cílem skupiny je poskytnout psychoterapeutickou podporu rodinám pacientům, kteří jsou vždy duševní poruchou blízkého člověka zasaženy, ale zřídka se jim dostává pomoci, kterou potřebují.
---------------------------	---

Psychotické a neurotické poruchy – sociální služby	
Sociální intervence	Pomoc jedincům, kteří se ocitli ve složité sociální nebo pracovní situaci.
Tréninkový byt	Získání sociálních dovedností potřebných k samostatnému bydlení.
Týden v přírodě	<i>Rehabilitační pobyty s pacienty.</i>
Terapeutická komunita Mýto	<i>Příprava na samostatný život a práci.</i> Bývalá fara 60 km od Prahy, určená pro 12 pacientů, kteří mají problémy se zařazením se do běžného života. Obvykle zde pobývají jeden rok, pod vedením terapeutického kolektivu se snaží obnovit své ztracené dovednosti. TK, provozuje ČAPZ.
Klub osamělých srdcí	Do tohoto klubu zveme všechny osamělé lidi, ať psychiatricky v léčbě či nikoliv, kteří chtějí zažít zábavu, poznat se s dalšími lidmi a případně navázat kontakt.
Klub Arte	Výtvarná a tvůrčí dílna, tvůrčí psaní, dramatický kroužek, chvilky pro zdraví a krásu, muzikoterapie atd. Dále pak kurzy artefietiky pro matky s předškolními dětmi, figurální či portrétové kresby a vitráže.
Divadelní dílna Ondřejov	<i>Dílna je otevřena všem, které zajímá herecká technika jako nová životní zkušenost.</i>

Závislosti	
Denní stacionář	Program je určen klientům, pro něž je ústavní léčba předčasná, nebo klientům po ústavní léčbě, která usnadňuje přechod do běžného života a do doléčování.

Doléčovací program	Doléčování vnímáme jako důležitou a navazující součást stacionární či uzavřené léčby.
Ambulantní skupina	Tento skupinový program nabízí terapeutickou práci pro klienty s jasnější představou, co u sebe chtějí změnit.
Individuální psychoterapie	Psychoterapeutická péče a podpora formou individuálních sezení. Podmínkou je otevřenost klienta ke změně.
Krizová intervence	<i>Konzultace a krizová intervence</i> Tento program je určen pro ty, kdo chtějí zmapovat situaci ohledně možné závislosti, získat podporu při recidivě či stresové události.
Rodinná terapie a poradenství pro rodinné příslušníky	Problém závislosti se netýká pouze závislého jedince, dotýká se širších rodinných či partnerských vztahů. Rodinná terapie může být optimální či doplňkovou variantou v boji se závislostí. V tomto programu nejde o to "opravit" nefunkčního člena rodiny, ale nastartovat "opravu" celého vztahového systému. Nehledáme viníka, ale společně hledáme zdroje změny, které podpoří celkovou úzdravu.
Klub	Neformální prostor pro setkávání, pomáhání klientům komunikovat a udržovat vzájemné kontakty (povídání, kytara, grilování a jiné akce dle domluvy).

Krizové oddělení	
Intenzivní psychoterapie	Služba je určena pro pacienty, kteří potřebují intenzivní podporu terapeutickou, lékařskou nebo sociální ve stavu zhoršeného zdravotního stavu.
Zprostředkování léčby	Tým krizového oddělení se na popud lékaře či blízkých rodinných příslušníků snaží navázat s pacientem, který odmítá léčbu, kontakt. Většinou nejprve s rodinnými příslušníky mapujeme potíže nemocného a motivujeme rodinu, aby ho přivedla k nám na oddělení. Pokud se to nepodaří, pokoušíme se o kontakt v jeho domácím prostředí. Tato služba je poskytována i v situacích, kdy se jedná jen o podezření na duševní onemocnění. V obou případech se pracovníci krizového oddělení starají do té doby, dokud neodezní akutní stav. Poté zařizují další péči v adekvátním zařízení - ambulancích, sdružení Fokusu, Green Doorá apod. V některých případech stačí poskytnout krizovou intervenci, zprostředkovat medikaci, vyřešit sociální situaci, jindy je nutné kvůli závažnosti stavu zajistit hospitalizaci,

	kde je možné pokračovat v kontaktu (návštěvy v nemocnici).
Psychiatrická sestra	Tým krizového oddělení se na popud lékaře či blízkých rodinných příslušníků snaží navázat s pacientem, který odmítá léčbu, kontakt. Většinou nejprve s rodinnými příslušníky mapujeme potíže nemocného a motivujeme rodinu, aby ho přivedla k nám na oddělení. Pokud se to nepodaří, pokoušíme se o kontakt v jeho domácím prostředí. Tato služba je poskytována i v situacích, kdy se jedná jen o podezření na duševní onemocnění. V obou případech se pracovníci krizového oddělení starají do té doby, dokud neodezní akutní stav. Poté zařizují další péči v adekvátním zařízení - ambulancích, sdružení Fokusu, Green Door apod. V některých případech stačí poskytnout krizovou intervenci, zprostředkovat medikaci, vyřešit sociální situaci, jindy je nutné kvůli závažnosti stavu zajistit hospitalizaci, kde je možné pokračovat v kontaktu (návštěvy v nemocnici).

ANOTACE

Jméno a příjmení autora: Alena Laštovicová

Název katedry a fakulty: Katedra sociologie a andragogiky, Filozofická fakulta

Název bakalářské diplomové práce: Rodičovství osob s duševním onemocněním

Vedoucí práce: PhDr. Kateřina Thelenová

Počet znaků: 119.913 (včetně mezer, bez příloh)

Počet příloh: 4

Počet použitých zdrojů: 32

Klíčová slova: duševní nemoc, schizofrenie, rodina, rodina a duševní nemoc, úskalí rodičů, formy pomoci

ANOTACE

Bakalářská diplomová práce se věnuje rodičovství osob s duševním onemocněním. Jednotlivé etapy rodinného soužití a postupný vývoj rodiny přináší mnohá úskalí, jejichž řešení je často v možnostech využívání podpůrných sociálních služeb. Cílem práce je zmapování potřeb a problémů schizofreniků a osob s podobným onemocněním, se kterým se setkávají při založení rodiny.

Práce je rozdělena na dvě části. Teoretická část se zabývá pojmy duševní nemoc, schizofrenie, rodina a její funkce, výchova dětí. Pojednává o rodině a duševní nemoci, zmiňuje obtíže a překážky, se kterými se setkává rodina, jejíž součástí je duševně nemocný rodič. V závěru teoretické části jsou vyjmenována zařízení, která se specializují na pomoc duševně nemocným rodičům a jejich rodinám.

V praktické části je popsán výzkum který zjišťoval úskalí při plánování rodiny a ve vývoji rodinného soužití duševně nemocných. Výzkum byl uskutečněn v Denním psychoterapeutickém sanatoriu Ondřejov v Praze 4 v průběhu stáže autorky bakalářské diplomové práce. Byl prováděn formou otevřených rozhovorů se systematicky vybranými klienty zmíněného zařízení. Výsledkem bakalářské diplomové práce je dobrý příklad praxe v péči věnované sociální skupině duševně nemocných rodičů.

ABSTRACT

Author's name and surname: Alena Laštovicová

Faculty and department: Philosophical Faculty, Department of Sociology

The title of the bachelor thesis: Parenthood of people with psychiatric diseases

Supervisor: PhDr. Kateřina Thelenová

Number of characters: 119.913 (including spaces, without attachments)

Number of supplements: 4

Number of sources: 32

Keywords: mental illness, schizophrenia, family, family and mental illness, parent's difficulties, forms of assistance

ABSTRACT

This bachelor thesis is dedicated to parenthood of people with psychiatric diseases. The different stages of family life and the gradual development of the family brings many challenges, whose solution is often in the possibility to use the support of social services. The aim of the thesis, is to map the needs and problems, of schizophrenics and people with a similar diseases, which they encounter when starting a family.

The thesis is divided into two parts. The theoretical part deals with the concepts of mental illness, schizophrenia, the family and its functions and upbringing of children. It deals with family and mental illness, mentions the difficulties and obstacles encountered by the family, which includes a mentally ill parent. At the end of the theoretical part are listed facilities that specialize in helping mentally ill parents and their families.

The practical part describes the research which gathered the difficulties in family planning and the development of family life of mentally ill. The research was carried out in the Daily psychotherapeutic nursing home Ondřejov, Prague 4 during the author's internship. It was carried out in the form of open interviews with systematically selected clients of mentioned facility. The result of this thesis is a good example of practice, in the care, given to a social group of mentally ill parents.