

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**ZKUŠENOST ADOLESCENTŮ S DUŠEVNÍM
ONEMOCNĚNÍM JEJICH RODIČŮ**

**ADOLESCENTS' EXPERIENCE WITH
MENTAL ILLNESS OF THEIR PARENTS**



Magisterská diplomová práce

Autor: Bc. Kateřina Zachová
Vedoucí práce: PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D.

Olomouc
2018

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Janu Šmahajovi, PhD. za odborné připomínky a rady, za ochotu a přívětivost, se kterou se mi věnoval v rámci konzultací, a za podporu, kterou jsem vnímala po celou dobu práce. Děkuji rodičům a bratrům, že mi umožnili věnovat se studiu a vždycky při mně stáli. Děkuji milovanému Tomovi za to, že mi byl oporou a pomocí. Děkuji všem svým přátelům a blízkým za všechna milá slova povzbuzení a útěchy. Děkuji také všem, kteří se účastnili výzkumu, za jejich odvahu a ochotu sdílet se s osobním a citlivým tématem – bez jejich podílu by tato práce nikdy nemohla vzniknout. A díky Bohu – za vše.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou prací na téma: “Zkušenost adolescentů s duševním onemocněním jejich rodičů“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 28. března 2018

Podpis

OBSAH

| | |
|--|----|
| OBSAH..... | 3 |
| ÚVOD..... | 5 |
| TEORETICKÁ ČÁST | 6 |
| 1 VYBRANÉ ASPEKTY ADOLESCENCE | 7 |
| 1.1 Vymezení užívaných pojmů | 7 |
| 1.2 Stručná charakteristika adolescence | 7 |
| 1.3 Adolescenti a vztahy s rodiči | 9 |
| 2 DUŠEVNÍ ZDRAVÍ, NORMALITA A DUŠEVNÍ NEMOC | 11 |
| 2.1 Duševní zdraví, normalita a jejich vzájemné souvislosti..... | 11 |
| 2.1.1 Norma a normalita | 11 |
| 2.1.2 Duševní zdraví | 12 |
| 2.2 Duševní onemocnění..... | 13 |
| 2.2.1 Porucha, choroba, nemoc | 13 |
| 2.2.2 Vymezení duševní poruchy | 14 |
| 2.2.3 V současnosti užívané klasifikace duševních poruch | 15 |
| 3 PÉČE O OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM V ČR | 17 |
| 3.1 Stručná historie psychiatrické péče na území ČR..... | 17 |
| 3.2 Současnost psychiatrické péče v ČR | 18 |
| 3.2.1 Ambulantní psychiatrická péče..... | 18 |
| 3.2.2 Lůžková psychiatrická péče..... | 19 |
| 3.2.3 Komplementární a komunitní péče..... | 20 |
| 4 RODINA A RODIČ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM..... | 22 |
| 4.1 Definice a funkce rodiny..... | 22 |
| 4.2 Rodina s duševně nemocným členem..... | 23 |
| 4.2.1 Dopad duševního onemocnění na rodinný systém | 23 |

| | |
|---|----|
| 4.2.2 Strategie zvládání a možnosti pomoci | 25 |
| 4.2.3 Vliv duševní nemoci na rodičovství a děti..... | 26 |
| 4.2.4 Tematické výzkumy v rámci ČR | 27 |
| EMPIRICKÁ ČÁST | 29 |
| 5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY | 30 |
| 6 METODOLOGICKÝ RÁMEC | 31 |
| 6.1 Typ výzkumu | 31 |
| 6.2 Metody získávání dat | 32 |
| 6.3 Metody zpracování a analýzy dat | 33 |
| 6.3.1 Reflexe autorčiny zkušenosti | 34 |
| 6.4 Etické problémy a způsob jejich řešení | 35 |
| 7 VÝBĚROVÝ SOUBOR..... | 37 |
| 7.1 Kritéria výzkumného souboru | 37 |
| 7.2 Popis výsledného výzkumného souboru..... | 38 |
| 7.2.1 Charakteristiky výzkumného souboru | 39 |
| 8 VÝSLEDKY | 40 |
| 8.1 Zkušenosti jednotlivých účastníků výzkumu..... | 40 |
| 8.1.1 Anna..... | 40 |
| 8.1.2 Barbora..... | 41 |
| 8.1.3 Cecílie | 43 |
| 8.1.4 Dagmar..... | 43 |
| 8.1.5 Erik..... | 44 |
| 8.2 Výsledná témata vzešlá z analýzy | 45 |
| 8.2.1 „Od té chvíle...“ – Zlomový bod..... | 46 |
| 8.2.2 „To je prostě hrozný“ – Převážně negativní zkušenost s hospitalizací | 47 |
| 8.2.3 „Naše maminka a ten blázen“ – Oddělování matky a „bláznovství“ .. | 48 |

| | |
|---|----|
| 8.2.4 „Pro mě to je hodně náročný“ – Náročnost zvládnání nemoci | 48 |
| 8.2.5 „Že s tím nemůžu nic udělat“ – Bezmoc | 49 |
| 8.2.6 „Být k ní jako lepší“ – Ohled k matce | 49 |
| 8.2.7 „Jak dítě“ – Záměna rolí mezi rodiči a dětmi | 50 |
| 8.2.8 „S tatškou se fakt milujou“ – Silná vazba matky a otce | 51 |
| 8.2.9 „Téma, které opravdu si tu důvěru vyžaduje“ – Citlivost tématu..... | 51 |
| 8.2.10 „V nouzi poznáš přítele“ – Sociální opora a prověření vztahů..... | 52 |
| 8.2.11 „Odjet pryč“ – Pomoc odstupu | 52 |
| 8.2.12 „Prostě že mi to asi něco dalo“ – Přínos nemoci | 53 |
| 8.3 Stručné shrnutí výsledků..... | 54 |
| 9 DISKUZE | 55 |
| 9.1 Výsledky v kontextu srovnání se současným poznáním | 55 |
| 9.2 Limity a rizika..... | 57 |
| 9.3 Podněty pro další zkoumání či pro praktické využití práce..... | 58 |
| 10 ZÁVĚRY | 60 |
| SOUHRN | 61 |
| SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY | 64 |
| ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE | 73 |
| PŘÍLOHY | 75 |

ÚVOD

„Duševní zdraví je důležitou součástí spokojeného života. Tak proč o něm mluvíme méně než o zdraví fyzickém?“
(Nevypust' duši, nedat.).

Záměrně začínám tímto heslem, neboť právě jeho obsah mě motivoval k napsání diplomové práce na téma spojené s duševními onemocněními. Ač ve svém okolí v současné době vnímám nárůst zájmu o problematiku duševního zdraví a také stigmatizace duševně nemocných, domnívám se, že v rámci naší země se stále jedná o téma, které by si zasloužilo větší pozornost.

Ráda bych se v práci věnovala osobním příběhům mladých lidí, kteří mají přímou zkušenost s duševním onemocněním, a to v osobě jejich rodičů. Jaké to je, když člověk dospívá a jeho rodič se potýká s psychiatrickou diagnózou? Jak adolescenti vnímají své rodiče? Kolik toho vědí o jejich nemocech a jaké postoje k nim zauímají? Dokážou se o duševních onemocněních svých rodičů bavit? Pokud ano, pak jen v rodinném kruhu, nebo dokonce s vrstevníky ve svém okolí? Jak se dle jejich pohledu podepsalo duševní onemocnění matky či otce na celkové atmosféře v rodině? A má vliv na jejich vnímání sebe sama?

Domnívám se, že práce může být zajímavou, hlouběji zacílenou sondou do života lidí, kteří procházejí dvěma náročnými životními „boji“ - prvním je boj o vlastní identitu v průběhu dospívání, druhým pomyslným bojem může být snaha vyrovnat se s duševním onemocněním rodiče. Kombinace těchto skutečností je dle mého názoru náročná a ráda bych, aby práce přispěla k hlubšímu porozumění takové zkušenosti a následně k rozvoji pomoci dospívajícím v této specifické situaci.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VYBRANÉ ASPEKTY ADOLESCENCE

Tématem práce je zkušenost adolescentů s duševním onemocněním jejich rodičů. V následující kapitole si krátce představíme období dospívání s cílem hlubšího porozumění právě těm jedincům, na něž cílí výzkumná část této práce – zvýšenou pozornost tedy budeme věnovat období pozdní adolescence.

1.1 Vymezení užívaných pojmů

Dospívání je etapou mezi dětstvím a dospělostí, ve které jedinec projde řadou změn. Začátek tohoto období bývá dáván do souvislosti s tělesnými změnami, nástupem puberty. Věkově se jedná o přibližné rozmezí mezi 10-13 lety (viz Tabulka 1).

Jelikož se jedná o poměrně dlouhé období plné různých změn, bývá toto období zpravidla děleno do dvou (Langmeier & Krejčířová, 2006; Vágnerová, 2012) či tří (Macek, 2003) fází. Panuje nejednotnost také z hlediska užívaných pojmů. V této práci budeme ve shodě s Langmeierem a Krejčířovou (2006) celé období mezi dětstvím a dospělostí nazývat „dospívání“, a druhou polovinu tohoto období (tzn. od 15 do 20-22 let) jako „adolescence“, podobně jako zmínění autoři či např. Říčan (2014). Budeme také užívat termínu „pozdní adolescence“, a to v pojetí Macka (2003), tj. období v rozmezí 17-20 let, případně i mnohem déle.

1.2 Stručná charakteristika adolescence

V období adolescence dochází ke komplexnější psychosociální proměně, k osobnostním změnám i ke změně společenské pozice jedince. Na začátku vrcholí přijetí specifického adolescentního stylu života. Sdílení totožných zážitků a hodnot je prostředkem potvrzení sociální identity. V tomto období je zpravidla dokončeno také osamostatnění z dětské vázanosti na rodinu a ve vztazích s rodiči dochází ke zklidnění a stabilizaci. Vztahy s vrstevníky se rozvíjejí i v oblasti partnerství. Důležitým předělem je také dosažení 18. roku věku. Dosažení plnoletosti není pouze právní charakteristikou, je zároveň jedním ze sociálních mezníků dospělosti – dává člověku možnost svobodně rozhodovat o svém životě, avšak ukládá mu za jeho jednání plnou odpovědnost (Vágnerová, 2012).

V období pozdní adolescence velká část dospívajících ukončuje své vzdělání a snaží se najít uplatnění na trhu práce. Adolescent v této fázi více než dřív přemýšlí nad svou osobní perspektivou a svými plány a cíli, a to v otázce profese i partnerských vztahů, které se stávají stabilnějšími a dlouhodobějšími (Macek, 2003).

Jak uvádí Janošová (2016), období dospívání se s rozvojem společnosti prodlužuje – v přírodních společnostech není časový úsek mezi dosažením biologické dospělosti a získáním dospělého statusu tak dlouhý, jako je tomu například u nás v České republice – zde jsou například biologicky dospělí středoškolští, případně vysokoškolští studenti ekonomicky závislí na svých rodičích. Dle Vágnerové (2012) je právě ekonomická samostatnost v našich sociokulturních podmínkách považována za jeden z důkazů dospělosti, a zároveň je předpokladem k přiznání větších práv. Rozsah změn u jedince v období pozdní adolescence do jisté míry záleží na individuálním načasování jednotlivých kroků k dospělosti. Roli hraje například studium na vysoké škole, ekonomická samostatnost, bydlení s rodiči, vstup do manželství, případně vlastní rodičovství (Macek, 2003).

Co se týká konce adolescence, panuje mezi odborníky názor, že je obtížné jej jednoznačně stanovit (Macek, 2003; Baumgartner & Karaffová, 2012; Říčan, 2014; Thorová, 2015). Například Baumgartner a Karaffová (2012) uvádějí, že každý člověk může pocit dospělosti prožívat v jinou dobu, v závislosti na subjektivním vnímání i objektivních okolnostech. Za psychické znaky dospělosti pak považují samostatnost, relativní svobodu v rozhodování a chování, jež je spojená s odpovědností, větší sebejistotu či vědomí vlastních sil kompetencí, jež jsou předpokladem soběstačnosti a projeví se také větší osobní vyrovnaností.

Pro úplnost uvádíme, že v souvislosti s přechodem mezi adolescencí a dospělostí se v současné době můžeme setkat s pojmem „vynořující se dospělost“ (anglicky „emerging adulthood“) – jedná se o období přibližně mezi 18-25 lety, kdy mnozí jedinci stále zkoumají, kam chtějí směřovat své kroky v profesní kariéře, jakou podobu by měla mít jejich identita či jaký způsob života vezmou za svůj (Santrock, 2012). V této práci však s konceptem „vynořující se dospělosti“ pracovat nebudeme – jedním z důvodů je fakt, že se v tomto období nachází i autorka této práce – za vhodnější považujeme, když zpracovávané období je již „uzavřené“ a je možno k němu zaujmout alespoň relativní odstup.

Tabulka 1: Používané pojmy a dělení vývoje

| Věk | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
|------------------------------------|--|----|----|----|---------------------|----|--------------------|----|--------------------|----|----|----|----|
| Autor | | | | | | | | | | | | | |
| Langmeier, Krejčířová (2006) | Dospívání | | | | | | | | | | | | |
| | Pubescence | | | | | | Adolescence | | | | | | |
| Říčan (2014) | Pubescence | | | | | | Adolescence | | | | | | |
| Vágnerová (2012) | Dospívání – adolescence | | | | | | | | | | | | |
| | Raná adolescence | | | | | | Pozdní adolescence | | | | | | |
| Thorová (2015) | Adolescence (období pozdního dětství) | | | | | | | | | | | | |
| Macek (2003) | Adolescence | | | | | | | | | | | | |
| | Časná adolescence | | | | Střední adolescence | | | | Pozdní adolescence | | | | |
| Zvolený výsek | | | | | | | | | | | | | |

1.3 Adolescenti a vztahy s rodiči

Období dospívání je náročné jak pro samotné dospívající jedince, tak pro jejich rodiče. Je plné konfliktních situací nejen na úrovni mezilidské, ale také v rovině vnitřního světa dospívajících. Dle Vágnerové (2012) problémy často plynou z rozdílných potřeb členů rodiny – dospívající usilují o dosažení větší autonomie, avšak rodiče mají stále snahu je kontrolovat.

Dle Poněšického (2004) můžeme na dospívání nahlížet nejen jako na přechod mezi dětstvím a dospíváním, ale také jako na konflikt těchto dvou tendencí. Autor poněkud vzletně, ale výstižně píše:

Ještě jednou se vzedme přání být dítětem, přimknout se k matce a najít porozumění u otce, ale zároveň získat i jakousi propustku od nich, požehnání, dovolení rozletět se do světa – a přesto se smět kdykoli vrátit. Ještě jednou nabude na intenzitě přání po identifikaci s oběma rodiči a po intenzivním vztahu k nim, stejně přirozený je i sklon k identifikaci s protikladem, s předsevzetím být zcela jiný než rodiče, k rebelii, k osamostatnění (78).

Jak uvádí Orvin (2001), na počátku života děti vnímají rodiče jako ochotné a mocné ochránce. I později, v předškolním a školním věku, připisují svým rodičům vlastnosti, které jim zaručí, že je rodiče ochrání. V průběhu dospívání se tento pohled mění. Aby člověk dospěl, stal se samostatným a nezávislým, musí se představy o všemohoucnosti rodiče a vlastní bezmoci zbavit. Dítě se proto vůči matce a otci vymezuje a dochází k takzvané demytologizaci rodičů. Postupně se pak představa o rodičích buduje znovu, tentokrát

i s „lidským“ rozměrem či porozuměním pro jejich slabosti. S demytologizací rodičů může souviset také to, že dle výzkumu Ogwo (2013) mladší dospívající (11-13 let) vnímají vztah s rodiči v pozitivnějším směru než starší jedinci (14-18 let).

V adolescenci doznává proměny i kritika rodičů – dle Říčana (2014) je adolescent celkově, i po citové stránce zkušenější, vzdělanější, vážnější než pubescent. Jeho otázky a poznámky jsou již konkrétnější, naléhavější, více zacílené, a týkají se také mimo jiné zásadnějších témat, jako je smysl života, společenská morálka či například způsob výchovy dětí. Vágnerová (2012) shrnuje, že kritika rodičů v adolescenci již není pouhým negováním všeho, co rodina představuje. Nejedná se o naivní odpor, běžný v pubescenci, ale spíše o jeden ze způsobů hledání; přes všechny výhrady adolescenti o kontakt s dospělými stojí.

Za důležitý prvek je považováno, aby dospělí brali dospívající vážně, přistupovali k nim jako k rovnocenným. Shoda panuje také v tom, že adolescenti kritiku a zpětnou vazbu potřebují, a u dospělých oceňují schopnost obhájit si své stanovisko a svůj názor (Vágnerová, 2012; Říčan, 2014).

Dle Říčana (2014) konfrontace a spory (alespoň v dobře fungujících rodinách) vztah mezi adolescentem a rodiči nevyčerpají; jsou střídány i harmonickými obdobími, vzácně chvílemi důvěrných rozhovorů, potřebovanými z obou stran. Ke vzájemnému pochopení mezi dospívajícím a jeho rodiči můžou dle Orvina (2001) napomoci funkční komunikace (možnost vyjádřit svůj vlastní názor, schopnost s respektem a porozuměním přijímat sdělení druhých), vedoucí role rodičů (která je moudře rozdělena a jasně vyměřena), disciplína (nikoli autoritativní chování, ale musí být jasné, že rodinu řídí rodiče), respekt k druhým a vzájemná láska.

Jak uvádí Říčan (2014), proces emancipace je bolestný, a to pro obě strany. Pokud však má být dospívající připraven a svoboděn pro zralou lásku mladé dospělosti, musí vztahy k rodičům svým způsobem ochladnout a nabýt větší volnosti.

V této práci budeme ve shodě s Langmeierem a Krejčířovou (2006) celé období mezi dětstvím a dospělostí nazývat „dospívání“, a druhou polovinu tohoto období (tzn. od 15 do 20-22 let) jako „adolescence“, podobně jako zmínění autoři či např. Říčan (2014). Budeme také užívat termínu „pozdní adolescence“, a to v pojetí Macka (2003), tj. období v rozmezí 17-20 let, případně i mnohem déle.

2 DUŠEVNÍ ZDRAVÍ, NORMALITA A DUŠEVNÍ NEMOC

V této práci se budeme zabývat zkušeností adolescentů s duševním onemocněním jejich rodičů. Následující kapitola představí základní pojmy, které budou v textu dále používány. Záměrem je zejména představit pojmy „duševní zdraví“ a „duševní nemoc“ na obecné úrovni. Jednotlivé poruchy představíme pouze velmi krátce v rámci oddílu věnovanému klasifikaci duševních poruch, neboť práce si klade za cíl pracovat s duševní nemocí především jako s obecným fenoménem.

2.1 Duševní zdraví, normalita a jejich vzájemné souvislosti

Než se budeme věnovat duševnímu onemocnění, považujeme za důležité vymezit také pojem „duševní zdraví“ – podobně jako u mnoha jiných pojmů užívaných v psychologii, i zde se jedná o do značné míry subjektivní pojem, na který lze nahlížet z několika úhlů pohledu. Představíme si však alespoň některá pojetí a definice.

Co se týká pojmu „zdraví“, Světová zdravotnická organizace (1946) jej definuje jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody (well-being), nikoli pouze nepřítomnost nemoci či slabosti.

Dle Baštecké a Macha (2015) zdraví (obecně) vesměs vnímáme jako „normální stav“, nemoc naproti tomu jako něco „nenormálního“. Právě norma a normalita jsou pojmy, které jsou v oblasti duševních onemocnění užívané, proto si je krátce představíme.

2.1.1 Norma a normalita

Norma obecně znamená „*pravidlo pro posouzení určitého jevu*“, normalita pak obvykle „*blízkost nejčastěji se vyskytujícímu jevu, shoda s obecným očekáváním společnosti nebo funkčnost*“ (Hartl & Hartlová, 2010, 351; 352). V klinické psychologii se užívá například statistická norma, jejíž podstata by se dala shrnout slovy „co je časté, to je normální“. Za normální jsou považovány případy, které jsou vzdáleny ne více než dvě směrodatné odchylky. Klinická psychologie také například pracuje s normou sociokulturní, jejíž součástí je také norma právní či etická. Takovou normu můžou svým zásahem změnit i odborníci v dané oblasti – s normou, jež je stanovena názorem znalců, se lze setkat i v Mezinárodní klasifikaci nemocí či Diagnostickém a statistickém manuálu, o nichž budeme pojednávat dále v textu (Baštecká & Mach, 2015).

Svoboda (2006) uvádí, že pojem „normální“ lze chápat ve významu statistickém, funkčním a normativním. Z jiných úhlů pohledu bývá normalita také chápána přímo jako duševní zdraví, optimální stav či proces směřující k seberealizaci. První zmíněné vymezení

– normalita jako zdraví, opak či nepřítomnost nemoci je oblíbené zejména v lékařství, avšak jedná se o definici poměrně úzkou, která však není vždy platná. Například u starých lidí jsou mnohé poruchy (například snížená schopnost učení) považovány za normální (Svoboda, 2006).

Samotná hranice mezi normou a abnormitou je mnohdy poměrně nejasná. Vyvíjí se také společně s tím, jak se mění společnost. Normy je třeba vnímat hlavně jako pomocná měřítko – vždy je ale třeba brát v úvahu individualitu jednotlivce. Pokud je jedinec v některých aspektech mimo normu, neznamená to nutně abnormitu celkovou – v jiných aspektech může být zcela normální (Orel, 2016).

2.1.2 Duševní zdraví

V předchozím textu jsme se zmínili, že normalita a duševní zdraví spolu můžou souviset a v některých případech bývají užívány jako synonyma, a tuto skutečnost uvidíme také dále. Například nepřítomností nemoci, kterou jsme výše uváděli v souvislosti s normalitou, definuje v podstatě Míček (1976) duševní zdraví v jeho užším pojetí. Dle autora existují dva koncepty duševního zdraví – užší pojetí znamená nepřítomnost příznaků duševní nemoci, nerovnováhy či stresu. V širším pojetí tohoto pojmu uvádí Míček (1976) jako významnou charakteristiku duševně zdravého jedince zejména schopnost adekvátní adaptace – adaptace v mezilidských vztazích i ve společnosti celkově. Duševní zdraví neznamená jen odolnost vůči frustracím a stresům, ale také schopnost si své prostředí aktivně přizpůsobovat; zahrnuje také duševní zralost, projevující se rozvojem kognitivních, citových, socializačních či volních procesů a osobnostních vlastností daného člověka.

Dle Němcové (1975, 47) je duševní zdraví mimo jiné stav, kdy člověk je „*schopen řešit běžné i nenadálé úkoly života, a přitom mít pocit spokojenosti, štěstí, radosti z práce a ze života*“.

Příhodnou definici duševního zdraví, korespondující se širším pojetím Míčka (1976) nabízejí také manželé Hartlovi (2010, 691): „*Duševní zdraví neznamená pouhou nepřítomnost nemoci či poruchy, ale stav, kdy je člověk schopen adaptace na prostředí a situace, dokáže přijímat vše, co život přináší příjemného, včetně sexuality a citového života.*“

Pozitivním směrem míří také Světová zdravotnická organizace (2014a, odst. 1), která definuje duševní zdraví jako „*stav pohody, ve kterém každý si uvědomuje svůj vlastní potenciál, dokáže se vyrovnávat s běžným životním stresem, dokáže produktivně a plodně pracovat a je tak schopen přispívat svému okolí*“.

Pro zajímavost uvedme, že stav pohody je v této definici vyjádřen výrazem „well-being“, a právě tento výraz používá i pozitivní psycholog Martin Seligman (2014), který formuluje „Teorii duševní pohody“, kdy well-being je považován za teoretický konstrukt, který obsahuje pět měřitelných prvků – jedná se o pozitivní emoce, zaujetí činností, smysluplnost, úspěšný výkon a pozitivní vztahy.

Další autoři (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015) chápou zdraví (v obecné rovině) nikoli jako stav, ale jako *proces* se svou vlastní dynamikou. Takový proces se vyvíjí v závislosti na prostředí a adaptačních schopnostech člověka. Autoři vyčleňují zdraví pozitivní, dále rozlišují mezi subjektivním a objektivním zdravím. Při pozitivním zdraví je člověk schopen vyrovnávat se s nároky, jež jsou výrazně vyšší než běžné požadavky prostředí. Subjektivním zdravím se rozumí „pocit zdraví“ – tedy prožitkovou stránku nemoci. Objektivním zdravím je pak myšlena jeho vnější projevová stránka.

Je zřejmé, že pohledů na termín „duševní zdraví“ je mnoho. V této práci jej budeme užívat ve všech výše uvedených významech, neboť se domníváme, že se jedná o jev natolik komplexní, že není možné se výlučně přiklonit k nějakému konkrétnímu pojetí.

Netřeba zdůrazňovat, že ač je pohledů na duševní zdraví více, rozhodně se jedná o důležitý aspekt lidského života. V helsinské Deklaraci o duševním zdraví (World Health Organization, 2005), ke které se připojila také Česká republika (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013), například stojí, že duševní zdraví a duševní pohoda jsou základem kvality života a produktivity jednotlivců, rodin, komunit a národů, a umožňují lidem prožívat život jako smysluplný a být kreativními a aktivními občany (World Health Organization, 2005).

2.2 Duševní onemocnění

Podobně, jako jsme se v předchozím oddíle zabývali pojmy normalita a duševní zdraví, představíme si zde termín duševní onemocnění či porucha – částečně tak nevyhnutelně zůstaneme ve spojení s předcházejícím textem, avšak se nyní zaměříme spíše na patologickou stránku duševního života. Nicméně stejně jako u problematiky definice duševního zdraví, i v případě duševní nemoci je v podstatě nemožné najít jednotné pojetí či vymezení, natož konkrétní definici.

2.2.1 Porucha, choroba, nemoc

Dle Duška a Večeřové (2015) je porucha (či choroba) zvláštním případem abnormního. Kvalitativně se odlišuje od zdraví a příznaky, jimiž se projevuje, se vyskytují v určitém seskupení a určitém pořadí.

Křivohlavý (2002) významově rozlišuje mezi chorobou, nemocí a tím, když je někdo nezdravý. V případě choroby se jedná o organický stav, tedy o poškození nějaké činnosti z hlediska fyziologie. Nemoc pak je subjektivní záležitostí, kdy člověk sám vnímá, že se necítí v pořádku. „Nezdravý“ je pak označení sociálního stavu, ve kterém se člověk nachází z pohledu ostatních lidí.

Ze sociologického hlediska lze na nemoc obecně nahlížet jako na deviaci, neboť se jedná o společensky nežádoucí stav, ve kterém se nemocný jedinec odchyluje od očekávání, jež vůči němu má společnost. Jedná se o sociální kategorii, která označuje osoby ve stavu, o kterém společnost předpokládá, že znemožňuje plnění běžných rolí, a který nemůže být odstraněn pouhým chtěním (Chromý, 1990). Toto vymezení však uvádíme spíše pro zajímavost.

2.2.2 Vymezení duševní poruchy

Co se týká vyloženě nemocí lidské psychiky, v odborné terminologii se v současné době nejčastěji setkáme s označením „duševní nemoc“ (anglicky *mental illness*), v klasifikačních systémech se pak užívá termín „duševní porucha“ (anglicky *mental disorder*) (Pospíšilová, 2016). V této práci budeme obou pojmů používat v synonymním významu.

Dle Americké Psychiatrické organizace (American Psychiatric Association, 2013) je duševní porucha syndrom charakterizovaný klinicky významným narušením jedincova poznávání, emoční regulace nebo chování, které odráží dysfunkci v psychologických, biologických nebo ve vývojových procesech, jež jsou základem duševního fungování; mentální poruchy jsou obvykle spojeny s výrazným pocitem nepohody nebo postižením v sociálních, profesních nebo jiných důležitých aktivitách.

Světová zdravotnická organizace (nedat.) uvádí, že duševní poruchy zahrnují širokou škálu problémů s různými příznaky. Jsou charakterizovány kombinací abnormálních myšlenek, emocí, chování a vztahů s ostatními. Podobné vymezení duševní nemoci nabízí také Parekh (2015). Jako příklady jsou uvedeny schizofrenie, deprese, postižení intelektu a poruchy způsobené zneužíváním drog (World Health Organization, nedat.). V krátkosti lze konstatovat, že podstatou duševní nemoci je porucha duševních funkcí, ve smyslu zvýšení, snížení, dysfunkce či úplné ztráty dané funkce (Hartl & Hartlová, 2015).

Podobně, jako je tomu u duševního zdraví, také na duševní poruchy existují různé úhly pohledu. Dle Duška a Večeřové-Procházkové (2015) je lze vnímat dvojím způsobem. Jednak se na ně můžeme dívat jako na protikladný jev vůči duševnímu zdraví. V takovém případě je chorobný proces vnímán jako něco, co narušuje a zastavuje vývoj osobnosti –

porucha není včleněna do vývojové dynamiky daného jedince. Z druhého úhlu pohledu můžeme duševní poruchu spolu s duševním zdravím vnímat v kontinuílní jednotě. Na poruchu je v takovém případě nahlíženo jako na jednu etapu vývoje osobnosti, je do osobnostního vývoje začleněna a je vnímána jako jeho zákonité vyústění. Vývoj osobnosti pokračuje poruchou do období duševního zdraví.

Na závěr tohoto oddílu uveďme, že většina duševních poruch může být efektivně léčena (Parekh, 2015; Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, nedat., World Health Organization, nedat.).

2.2.3 V současnosti užívané klasifikace duševních poruch

V této části si krátce představíme jedny z nejpoužívanějších klasifikačních systémů duševních poruch – Mezinárodní klasifikaci nemocí (World Health Organization, 2014b) a Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (American Psychiatric Association, 2015).

Mezinárodní klasifikace nemocí jako oficiální klasifikace je používána v rámci Evropy ve své desáté revizi od roku 1992. V Severní Americe, ve velké části Jižní Ameriky či v Austrálii a na Novém Zélandu se používá Diagnostický a statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické společnosti, aktuálně v 5. revizi, která je od roku 2015 dostupná také v české verzi (Orel, 2016).

První ze tří dílů MKN-10 - Tabelární část – obsahuje hlavní klasifikaci tvořenou třímístnými položkami; tato hlavní klasifikace také vyjmenovává názvy 22 kapitol. MKN-10 má také různé osy třídění. Kódování v rámci MKN-10 je následující: První znak kódu MKN je písmeno, které (až na některé výjimky) patří jednotlivé kapitole. Kapitoly jsou rozčleněny do stejnorodých „bloků“ třímístných položek a většina těchto položek je dále rozdělena pomocí čtvrtého místa. Pokud třímístná položka označuje jednotlivou nemoc, čtvrtý znak kódu slouží například k rozlišení lokalizace. Pokud třímístná položka značí skupinu stavů, čtvrtý znak slouží k rozlišení jednotlivých nemocí. Na úrovni páté a další pozice lze danou nemoc specifikovat ještě blíže, a to například pomocí anatomické lokalizace či doplněním dodatkového kódu, který určuje místo události a typ aktivity v době události (World Health Organization, 2014b).

Co se týká DSM-5, tak i když se v naší zemi používá zejména jako doplňující nástroj, považujeme za vhodné o něm některé informace zmínit. V hlavní části najdeme diagnostické kategorie s úvodními texty popisujícími širší souvislosti, dále pak diagnostická kritéria jednotlivých duševních poruch, informace pro určení stupně závažnosti a další údaje,

napomáhající správné diagnostice (např. prevalence, vývoj a průběh, aj.). DSM-5 již nepoužívá axiální způsob dokumentace diagnóz (American Psychiatric Association, 2015).

3 PÉČE O OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM V ČR

V následujícím textu si představíme systém psychiatrické péče v České republice. Naším cílem je představit zejména současný, aktuální stav, neboť právě v realitě dneška se nacházejí také naši respondenti a jejich rodiče.

3.1 Stručná historie psychiatrické péče na území ČR

Významné zásluhy v počátcích péče o duševně nemocné v českých zemích patří řádu Milosrdných bratří, kteří budovali své nemocnice v mnohých městech od druhé poloviny 18. století (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). První oficiální ústav, který se zaměřoval na péči o duševně nemocné, byl zřízen koncem osmnáctého století v Praze. Později byl nahrazen novým zařízením, ústavem pro choromyslné v augustiniánském klášteře. Tento ústav byl později rozšířen o tzv. Nový dům, který dodnes funguje jako psychiatrická klinika pražské Všeobecné fakultní nemocnice (Höschl & Libiger, 2002; Hosák, Hrdlička & Libiger, 2015).

V Brně v nemocnici u sv. Anny existovalo psychiatrické oddělení už od poloviny 19. století. Později byly psychiatrické kliniky zřizovány při nově vznikajících lékařských fakultách; psychiatrická oddělení vznikala také v rámci nemocnic v krajských i jiných městech. Kromě nemocničních oddělení vznikaly také velké léčebny pro dlouhodobý pobyt, například Ústav pro choromyslné v Brně-Černovicích, dále například léčebny v Opavě či Jihlavě. Od roku 1909 slouží pro potřeby psychiatrických pacientů areál v Bohnicích. V první polovině 20. století se tato síť velkých psychiatrických léčeben dále rozrůstala. Právě velké psychiatrické léčebny tvořily základ péče o duševně nemocné v 19. a 20. století. V době, kdy vznikaly, byly duševní nemoci považovány za neléčitelné a takové léčebny měly zajistit izolaci pacientů od společnosti (Hosák et al., 2015).

Druhá polovina 20. století přinesla vznik státní sítě psychiatrických ambulancí či nových psychiatrických oddělení v rámci menších nemocnic (Hosák et al., 2015). V roce 1961 bylo na našem území 121 ambulancí s 84 psychiatry, do roku 1980 se pak počet ambulancí narostl na 212 a psychiatrů bylo 312 (Höschl & Libiger, 2002). Péče mimo nemocnice spadala pod ústav národního zdraví, který čerpal finance ze státního rozpočtu. Ambulantní péče byla regionalizovaná a dobře dostupná, avšak úroveň péče o pacienty se s rostoucími nároky na poskytování zdravotní péče příliš nevyvíjela (Hosák et al., 2015).

3.2 Současnost psychiatrické péče v ČR

Po roce 1989 spolu s politickými změnami prošlo proměnou i zdravotnictví. Velká část ambulantních zařízení prošla privatizací, se kterou se pojí i decentralizace a problémy spojené s nerovnoměrným rozložením péče. Stát dohlíží na kvalitu zdravotní péče prostřednictvím krajských úřadů, kde jsou registrována jednotlivá zdravotnická zařízení. Velký vliv však mají zejména pojišťovny, které hradí jednotlivé výkony v psychiatrických ambulancích, a v podstatě tak regulují jejich výkonnost (Hosák et al., 2015).

V současnosti prochází psychiatrická péče reformou. Již v roce 2005 se Česká republika v rámci revidování pojetí psychiatrické péče připojila k Deklaraci o duševním zdraví, Akčnímu plánu duševního zdraví pro Evropu či k Zelené knize Komise evropských společenství. Tyto dokumenty si kladou za cíl zlepšit duševní kondici obyvatel a změnit systém poskytované péče (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013). Jako důvod reformy je uváděn například dlouhodobý nedostatečný přísun financí či koncept psychiatrických nemocnic, který se jeví jako zastaralý a nevyhovující. Cílem je vytvořit systém péče, který bude vyvážený, místně dostupný či reflektující potřeby klientů i pečujících osob. Měl by poskytovat pomoc nejen při léčbě samotného duševního onemocnění, ale také ve všech potřebných oblastech života klientů, jako je například bydlení, práce či společenský status (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017). Moderní přístup v psychiatrické péči dle Praška (2011) charakterizuje například snaha o začlenění nemocných do většinové společnosti, humanizace psychiatrie a odstraňování stigmatu spojeného s duševním onemocněním či rozvětvená síť intermediární péče. Reformě psychiatrické péče se budeme věnovat průřezově v rámci následujících podkapitol.

Aktuálně je péče o osoby s duševním onemocněním na území České republiky uskutečňována díky síti lůžkových, ambulantních a komplementárních (intermediárních) zařízení. Mezi lůžková zařízení se řadí například výše zmíněné psychiatrické nemocnice (léčebny), ambulantní péči zajišťují psychiatrické ambulance, a komplementární zařízení reprezentují například denní stacionáře, chráněné dílny či svépomocné skupiny (Orel, 2016).

3.2.1 Ambulantní psychiatrická péče

Pro bližší představu o tom, v jakých číslech se v naší zemi pohybuje ambulantní psychiatrická péče, uvádíme následující řádky: Jak vyplývá ze zveřejněné zprávy Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (2017), v roce 2016 bylo na území České republiky registrováno celkem 1 012 ambulantních oddělení a pracovišť psychiatrie. Z vykázané

činnosti¹ bylo zjištěno, že během roku 2016 bylo provedeno 2 890 000 vyšetření/ošetření, což je o více než 2 % vyšší číslo než v předcházejícím roce. V roce 2016 bylo ošetřeno 641 663 pacientů, a i zde došlo ve srovnání s předešlým rokem k nárůstu počtu, tentokrát téměř o 5 %. Co se týká rozdílů mezi pohlavími, ženy vyhledávají psychiatrickou péči častěji než muži – podíl žen na celkovém počtu vyšetření i na počtu pacientů je dlouhodobě přibližně 60 %. Mezi diagnózami, pro které jsou ošetřováni pacienti v psychiatrických ordinacích, převládají neurotické poruchy (40 %) a afektivní poruchy (18 %). Dále pak organické duševní poruchy (12 %), schizofrenie (8 %) a poruchy vyvolané návykovými látkami (7 %). Za zajímavý považujeme fakt, že na 10 tisíc obyvatel ČR připadlo v roce 2016 607,3 pacientů léčených v psychiatrických ambulancích (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2017).

Co se týká připravované reformy a ambulantní péče, chystá se dobudování sítě všeobecných i specializovaných psychiatrických a psychologických ambulancí. Ke stávajícím psychiatrickým ambulancím by měly přibýt tzv. ambulance s rozšířenou péčí, které by v rámci týmu měly zahrnovat psychiatra, klinického psychologa, psychiatrickou sestru či další personál (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017). Posilování ambulantní a komplementární péče a tvorba sítě služeb, kde je propojena psychiatrická, psychologická i sociální stránka péče, se stávají v současnosti celosvětovým trendem (Orel, 2016).

3.2.2 Lůžková psychiatrická péče

Lůžková péče se pojí s hospitalizací, která může být uskutečněna na psychiatrických odděleních nemocnic, psychiatrických klinikách fakultních nemocnic (kterých je v ČR pouze šest), či v psychiatrických nemocnicích – do roku 2013 označovaných jako psychiatrické léčebny (Češková, 2006; Orel, 2016; Hosák et al., 2015). Vzhledem k tomu, že hospitalizace rodiče, která se pojí s lůžkovou péčí, je jedním z kritérií zařazení do výzkumného vzorku, budeme lůžkové péči v rámci této kapitoly věnovat více pozornosti než ostatním formám péče.

Co se týká konkrétnějších údajů o současném stavu, zpráva Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (2017) udává v roce 2016 kolem 30 psychiatrických oddělení nemocnic s bezmála 1 300 lůžky. Dále psychiatrickou péči zajišťovalo 18 psychiatrických léčeben pro dospělé s 8 700 lůžky a 3 psychiatrické léčebny pro děti s 230 lůžky. Dle Hosáka et al. (2015) mnohé z psychiatrických nemocnic nejsou již vzhledem k moderním

¹ Výkaz byl vyplněn 839 odděleními a pracovišti, návratnost výkazu byla 83 %. Uvedené informace v textu se týkají právě těchto oddělení a pracovišť (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2017).

terapeutickým trendům plně vyhovující. Zastaralé a péči ztěžující jsou zejména dlouhé chodby či pokoje s velkou kapacitou.

Co se týká hospitalizací, dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (2017) jich bylo v roce 2016 v psychiatrických lůžkových zařízeních zaznamenáno celkem 59 274. Nejčetnější skupinou diagnóz vyžadujících hospitalizaci (více než čtvrtina z celkového počtu) byly poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek. Necelou pětinu celkového počtu příčin hospitalizace tvořil okruh psychóz (tzn. schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy) a 17 % pak tvořily neurotické, stresové, somatoformní poruchy, syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory. Co se týká specifík mezi pohlavími, nejčastější hospitalizace mužů byla z důvodu poruch vyvolaných psychoaktivními látkami (třetina z celkového počtu hospitalizací u mužů), a z důvodu léčby poruch z okruhu psychóz (cca pětina všech hospitalizací mužů). Ženy byly nejčastěji hospitalizovány kvůli neurotickým poruchám (22 % žen), dále kvůli poruchám z psychotického okruhu (18 %) a kvůli poruchám způsobeným užíváním psychoaktivních látek. Co se týká doby strávené hospitalizací, na psychiatrických odděleních nemocnic byla průměrná ošetrovací doba 17,3 dne a v psychiatrických léčebnách 77,2 dne. U velké části pacientů po propuštění z psychiatrického lůžkového zařízení navazovala ambulantní péče, a to buď trvalá (u skoro 49 % hospitalizací) nebo dočasná (u 29 % hospitalizací) (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2017).

V rámci reformy by mělo dojít k postupnému snižování počtu lůžek v dlouhodobé lůžkové péči. Lůžková péče bude pak realizována více způsoby – akutní péče se postupně stane součástí všeobecné zdravotní péče, přičemž bude kladen důraz na to, aby byla tato péče místně dostupnější, s návazností na somatickou péči i přirozené prostředí klientů. Dlouhodobější hospitalizaci budou zajišťovat lůžka následné péče, případně detenční lůžka či lůžka péče forenzní (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017).

3.2.3 Komplementární a komunitní péče

Komplementární péče probíhá v návaznosti na hospitalizaci či ambulantní léčbu. Může být vnímána také jako přechodový mezičlánek mezi lůžkovou a ambulantní léčbou. Je realizována například prostřednictvím denních stacionářů (sanatorií), chráněných dílen a pracovišť, chráněných bydlení, terapeutických klubů či svépomocných skupin. Komplementární péče spočívá mimo jiné v aktivnější a soběstačnější činnosti klientů,

umožňuje jim navazovat sociální kontakty a poskytuje jim program ve volném čase (Bouček, 2001; Orel, 2016).

S komplementární péčí úzce souvisí pojem „komunitní péče“, se kterým pracuje například sociální psychiatrie (Bouček, 2001) či oblast sociální práce (Probstová & Pěč, 2014). Někteří autoři (např. Raboch & Pavlovský, 2015) ji vydělují zvlášť, my ji však zahrneme do této podkapitoly, jako pojem související s takovými zařízení psychiatrické péče, které nespádají mezi klasicky lůžkovou či ambulantní péči.

V řadě vyspělých zemí je modelu komunitní péče dávána přednost již od poloviny 20. století. Komunitní služby poskytují náhradu za péči ve velkých psychiatrických nemocnicích, jejichž počet byl redukován. V západních zemích vznikaly komunitní týmy duševního zdraví, příslušné k určité oblasti. Byl kladen důraz na poskytování péče v pro pacienty přirozeném prostředí. V rámci novějšího pojetí tzv. vyvážené péče (balanced care) na poskytování psychiatrické péče spolupracují praktičtí lékaři, specializované ambulantní týmy, nemocnice s lůžky pro akutní péči, komunity poskytující dlouhodobou rezidenční péči či pracovníci služeb psychiatrické rehabilitace (Probstová & Pěč, 2014).

Co se týká historie a rozvoje komunitní péče na našem území, tak v období před rokem 1989 zde v podstatě neexistovala. V devadesátých letech pak začaly vznikat první neziskové organizace poskytující psychiatrickou rehabilitaci a komunitní péči (Hosák et al., 2015). Prvním význačnějším sdružením, které se zaměřovalo na rehabilitaci jedinců s duševním onemocněním mimo zdravotnická zařízení, byl FOKUS (Höschl & Libiger, 2002). V roce 2011 působilo u nás 30 takto zaměřených organizací, které poskytovaly služby 3810 uživatelům (Hosák et al., 2015).

Právě komunitní péče by v rámci probíhající reformy měla být výrazně rozšířena. Podobně jako v zemích, kde již proběhla transformace institucionální péče, i u nás je v plánu vznik komunitních týmů, které budou zásadní složkou mimonemocničních psychiatrických služeb. Jedná se o multidisciplinární skupinu, úzce spolupracující s poskytovateli zdravotních i sociálních služeb zaměřených na jedince s duševním onemocněním. Cílem komunitních týmů je zejména poskytování podpory v běžném fungování, a to klientům i jejich rodinám, a také předcházení stavům vyžadujícím hospitalizaci. V případě hospitalizace pak tým spolupracuje s lůžkovými zařízeními a napomáhá návratu klienta do jeho přirozeného prostředí (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017).

Ve světle zjištění, že významným prediktorem nutnosti hospitalizace je sociální izolace (Bellido-Zanin, Pérez-San-Gregorio, Martín-Rodríguez, & Vázquez-Morejón, 2015), nabývá otázka potřeby rozvoje komunitních služeb na ještě větší důležitosti.

4 RODINA A RODIČ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

V této části se budeme věnovat tématu rodiny a soužití s rodičem, jenž trpí duševním onemocněním. Nejprve si krátce vymežíme pojem „rodina“ a zmíníme její základní funkce. Dále se budeme zabývat přítomností duševně nemocného v rodině a vlivem nemoci na rodinný život.

4.1 Definice a funkce rodiny

Definovat rodinu jednoznačným způsobem není snadné, neboť pojetí rodiny se mezi jednotlivými autory i obory liší, a pohled na rodinu se vyvíjí a mění s celospolečenským vývojem. Před druhou světovou válkou bylo přirozené za rodinu považovat sezdaný pár a jejich děti, a pokud pár po svatbě žil u rodičů, počítali se do rodiny i oni. Univerzálním základem pro rodinu byl sňatek, zatímco společné bydlení nesezdaných partnerů byl nepřijatelné, a soužití partnerů stejného pohlaví bylo ve většině států považováno za trestný čin. V současné době není toto tradiční vymezení rodiny jediné, ale existuje mnoho rozdílných forem rodiny, které požívají z právního hlediska různých stupňů ochrany (Jancic, 2010).

Co se týká různých pohledů na rodinu, tak ze sociologického hlediska může být rodina definována jako „*institucionální zajištění lidské reprodukce, legitimní v dané společnosti*“ (Možný, 2008, 116). Psycholog Vymětal (2003, 91) pak rodinu definuje jako „*dynamický systém usilující o aktivní rovnováhu, tedy o přizpůsobování prostřednictvím zásahů do okolního světa, což se uskutečňuje zvláště komunikací.*“ Dle Hartla a Hartlové (2010, 504) je rodina „*společenská skupina spojená manželstvím nebo pokrevními vztahy, odpovědností a vzájemnou pomocí*“. Z pohledu vývojové psychologie je rodina „*nejvýznamnější sociální skupinou, která zásadním způsobem ovlivňuje psychický vývoj dítěte*“ (Vágnerová, 2012, 17). Je prostředím, které má pro jedince osobní význam a mělo by být zdrojem jistoty a bezpečí (Vágnerová, 2012). Na rodinu lze nahlížet také jako na proces, který zahrnuje různé vztahy a uspořádání rodinných příslušníků, jež se mění po celý život (Hareven, 1987).

Jak uvádí Matoušek a Pazlarová (2014), definice, které se opírají o příbuzenství, jsou v dnešní společnosti příliš úzké, a místo termínu „rodina“ navrhují „rodinné soužití lidí“, kde je jádrem citová vazba mezi lidmi. Sobotková (2012a) uvádí, že lze pojem rodina používat, pokud jsou mezi lidmi utvořeny intenzivní a kontinuální vazby – jak psychologického, tak emocionálního charakteru.

Dle Matouška a Pazlarové (2014) v dnešní době existuje mnoho podob rodinného soužití, kde jsou zahrnuty různé kombinace příbuzenství, vztahů mezi dospělými, mezi dospělými a dětmi, či mezi dětmi samotnými. Tradiční pojem „rodina“ dle autorů nabývá širokého, neostrého významu. Také Zatloukal (2013) mluví o určitých formách soužití, které jsou pozměněnou podobou rodiny či alternativou k rodinnému životu – zmiňuje například nesezdaná soužití, rodiny s jedním rodičem či soužití homosexuálních párů.

Určité změny nastávají také ve funkcích rodin – jako základní, které Langmeier a Krejčířová (2006) spojují zejména s nukleární rodinou, jsou zmiňovány funkce reprodukční, hospodářská (ekonomicko-zabezpečovací), socializační (socializačně-výchovná) a emocionální (citově-intimní) (Vymětal, 2003; Langmeier & Krejčířová, 2006).

Dle Matouška a Pazlarové (2014) některé funkce rodiny pozvolna slábnou – současná rodina v západní civilizaci plní především funkce, kterými jsou podporování socializace (výchova dětí), poskytování vztahové podpory dospělým jedincům a zajištění ekonomické podpory všem svým členům.

Výše jsme nastínili některé definice rodiny. Jedná se o společenství lidí, které k sobě pojí určité vazby. Do výzkumné části jsme zařadili ty rodiny, které jsou heterosexuální (rodiči jsou muž jako otec a žena jako matka), ustanovené i po zákonné stránce (rodiče jsou spolu v manželském svazku a žijí i s dětmi ve společné domácnosti) a mezi rodinnými příslušníky existují biologicky příbuzenské vztahy (tj. nejedná se např. o pěstounské rodiny).

4.2 Rodina s duševně nemocným členem

Než se budeme věnovat přítomnosti duševní nemoci v rodině, považujeme za vhodné uvést, že jedním z kritérií vzorku ve výzkumné části této práce byla v otázce duševní nemoci rodiče také hospitalizace. Tu jsme zvolili jako určitý ukazatel jisté závažnosti nemoci, který si navíc mnohdy žádá aktivní zapojení ostatních členů rodiny a má vliv na fungování celého rodinného systému.

4.2.1 Dopad duševního onemocnění na rodinný systém

Jak uvádí Vágnerová (2014) či Skorunka (2018), pokud nějaký rodinný příslušník trpí jakoukoli vážnější nemocí, má to vliv na život celé rodiny – onemocnění ovlivňuje jak postavení nemocného, tak obsah rolí dalších členů rodiny i jejich vzájemné vztahy. Sobotková (2012b) pak upozorňuje také na možnost opačného procesu, kdy dysfunkční rodinný systém je původcem individuální psychopatologie některého jejího člena.

Jak ukazují výzkumy, členové rodiny, kteří čelí rakovině či duševnímu onemocnění svých rodičů, jsou ve srovnání s běžnou populací zatíženi více (Krattenmacher et al., 2014). Projev důsledků nemoci pak ovlivňuje mnoho faktorů – záleží na tom, koho se problém týká (dítě, manžel či manželka, rodič, sourozenec), na typu poruchy a prognóze a na tom, jaké jsou charakteristické rysy rodiny (Savenje, 2009).

Na těžkou nemoc blízkého člověka mohou jeho příbuzní reagovat podobně, jako by se nemoc děla jim samotným. Může se objevit popírání nemoci, deprese, pocit bezmoci či viny. Blízcí se mohou snažit nemocnému vynahradiť ztráty, které mu nemoc způsobila, nebo se naopak nemocnému člověku vyhýbají (Vágnerová, 2014). Šok, popírání, hledání způsobů pomoci, a přijetí nemocného v nové roli či omezení kontaktu s ním se objevuje ve fázích, které nemusí být ostře ohraničené (Matoušek & Pazlarová, 2014).

Vlivem nemoci se také může změnit četnost společenských kontaktů celé rodiny – protože se její členové cítí nemocí svého blízkého stigmatizováni či ji vnímají jako společenské tabu, snaží se tuto skutečnost skrývat a omezují kontakty s okolím (Savenje, 2009; Matoušek & Pazlarová, 2014). Jak uvádí Dam, Joensen a Hall (2018), stigma obklopující rodinu s duševně nemocným členem je patrné zejména ve společnostech menšího rozsahu, kde je těžké zůstat anonymní, neboť „každý každého zná“. Účastníkům studie, dospělým jedincům vzpomínajícím na dětství s duševně nemocným rodičem, bylo známo, že lidé zaujímají předsudečné postoje; byla jim neustále připomínána odlišnost jejich duševně nemocného rodiče, a ve srovnání se svými kamarády se cítili méněcenní. Ocisková et al. (2014) uvádí, že pacienti trpící obsedantně-kompulzivní poruchou se snaží existenci nemoci utajovat právě proto, že se potýkají s předsudky a odsouzením, které plynou ze stigmatizace.

Dle zjištění Ociskové et al. (2014) členové rodiny mnohdy berou odpovědnost za povinnosti nemocného na sebe a také jsou nápomocni při uskutečňování rituálů, což ústí ve frustraci a časté konflikty v rodině. Někteří autoři (Praško, Pašková, Prašková, Šlepecký & Záleský, 2016) doporučují, že pokud se nemocný chodí stále o něčem ujišťovat, je vhodné se domluvit na určitém chování, které bude ze strany blízkého následovat poté, co si nemocný jedinec vyžádá ujištění, neboť pokud mu blízký ujištění poskytne, na chvíli se nemocnému uleví, ale nemoc je takto z dlouhodobého hlediska stále udržována.

Velmi obtížné je například soužití s člověkem trpícím schizofrenií, neboť blízcí jsou vystavováni nesmyslným a rušivým představám nemocného (Matoušek & Pazlarová, 2014). Někteří autoři (Carvalho, Freitas, Leuschner & Olson, 2014) však uvádí, že dle výsledku

jejich výzkumu přítomnost schizofrenie u jednoho z rodičů nemusí zdravé fungování rodiny nutně ohrožovat.

Poněkud specifickou roli zastává deprese. Zatímco u některých poruch jsou jejich projevy znatelné a odhalitelné, smutek a depresivně laděné reakce mohou zůstat delší dobu bez odborné léčby, protože je z vlastního života zná většina lidí – snaží se tedy nemocnému pomoci dobře míněnými radami, kterými se není vzhledem k nemoci schopen řídit, což může depresi ještě více prohlubovat. Tolerance a utišování smutku a deprese může být příčinou toho, že se člověk do odborné péče někdy dostane až tehdy, kdy ublíží sobě, nebo někomu druhému (Styx, 2003).

Co se týká výzkumných zjištění, v určitých ohledech má duševní nemoc na své okolí dokonce horší dopad než výše zmíněná rakovina – dle Krattenmachera et al. (2014) zdraví partneři duševně nemocných rodičů vykazovali horší kvalitu života související se zdravím než zdraví partneři pacientů s rakovinou. Dle jiných autorů (Noghani, Seyedfatemi, Karimirad, Akbarzadeh & Hasanpour-Dehkordi, 2016) osoby pečující o duševně nemocné blízké vykazují ve srovnání s obecnou populací nižší kvalitu života; u žen jsou pak tyto hodnoty nižší než u mužů, a nejnižší kvalitu života vykazují matky duševně nemocných.

4.2.2 Strategie zvládnání a možnosti pomoci

Jak uvádí Savenje (2009), dosud bylo vyvinuto množství programů zaměřených na podporu rodin jedinců s duševní nemocí. Jako jednu z oblastí, na které se takové programy zaměřují, uvádí informovanost členů rodiny o chorobě či o tom, jak k nemocnému přistupovat.

V otázce důležitosti a prospěšnosti psychoedukace, tedy poskytování informací o nemoci jak pacientům, tak jejich blízkým, panuje shoda mezi mnoha autory (Savenje, 2009; Látalová, 2010; Matoušek & Pazlarová, 2014; Praško & Holubová, 2017).

Důležité také je, aby rodina nemocného udržovala kontakt s jeho ošetřujícím lékařem. Po průběhu akutní fáze je vhodné, aby byl pro nemocného i jeho rodinu vypracován plán sociální a pracovní rehabilitace. Nicméně i do oblastí pomoci rodinám se promítá současná nedostatečnost systému psychiatrické péče v České republice zejména v komunitní sféře. Tyto služby nejsou všude dostupné, či nejsou zajišťovány v dostatečném rozsahu. Například psychoedukační programy pro blízké nemocných se v naší zemi vyskytují poskrovnu (Matoušek & Pazlarová, 2014).

Další oblasti, které dle Savenje (2009) spadají mezi hlavní témata obsažená v podpůrných programech pro rodiny s duševně nemocným členem, jsou například zaměření se na silné stránky a funkčnost rodiny, otevřené sdílení emocí, jasnost komunikace mezi

jednotlivými rodinnými příslušníky, nastavení vlastních hranic, či obnovování přátelských vazeb.

Co se týká výzkumů psychiatrické hospitalizace člena rodiny a strategií zvládnání jeho blízkých, dle výsledků některých autorů (Eaton, Davis, Hammond, Condon, & McGee, 2011) členové rodiny více používali strategie zaměřené na emoce než strategie zaměřené na řešení problémů. V rámci běžných strategií zvládnání využívali rodinní příslušníci komunikaci s nejbližší rodinou, přijetí situace, pasivní posouzení, vyhýbání se a podporu ve spiritualitě. Využívali také podpůrné systémy své nejbližší rodiny, ale i odborníků na péči o duševní zdraví a podpůrné systémy jejich církví.

4.2.3 Vliv duševní nemoci na rodičovství a děti

V práci se zabýváme pohledem adolescentů na duševní onemocnění rodičů. Tomuto tématu nebyla dle našich informací v České republice dosud příliš věnována pozornost.

Jak uvádí Matoušek & Pazlarová, 2014, co se týká škodlivého dopadu duševního onemocnění rodičů na děti, je obtížné takový dopad hodnotit. Důležité je, aby mělo dítě v dospělém dostatečnou oporu a aby dospělý dobře reagoval na jeho potřeby. Pokud má jeden z rodičů depresi, může ho v některých jeho funkcích zastoupit rodič druhý. Problém však nastává například tehdy, když depresi trpí žena, jež vychovává dítě sama. Člověk se schizofrenním onemocněním je nebezpečný svým blízkým v tom případě, když interpretuje jejich chování jako pro svou osobu ohrožující. Těžká deprese nebo schizofrenie rodiče může vést k deprivaci psychických potřeb dítěte; zvláště u menších dětí je v jejich nejlepším zájmu, aby osoba, která o dítě pečuje převážně, netrpěla vážnou duševní nemocí (Matoušek & Pazlarová, 2014).

Jak uvádí Verrocchio, Ambrosini a Fulcheri (2013), literatura ukazuje, že děti rodičů s duševními poruchami vyrůstají v prostředích, které jsou potenciálně škodlivé pro jejich duševní zdraví a děti jsou vystaveny riziku zanedbávání a špatného zacházení. Intervence, které cílí na prevenci duševních poruch a psychologických symptomů u dětí, jež mají rodiče s duševními poruchami, jsou účinné, ale podpora těchto rodin je komplexní úlohou, která vyžaduje jak spolupráci mezi jednotlivými odděleními, tak mezioborové znalosti. Také další autoři (Kohl, Jonson-Reid, & Drake, 2011) zmiňují, že děti matek s duševním onemocněním jsou ohroženy mnohými nežádoucími důsledky, včetně špatného zacházení s dítětem či umístění do náhradní péče. Duševní porucha rodiče může být také rizikovým faktorem s ohledem na bezpečný attachment (Maybery, Ling, Szakacs, & Reupert, 2005). Jak uvádí Homlong, Rosvold, Sagatun, Wentzel-Larsen a Haavet (2015) život s rodiči trpícími

duševními chorobami může ovlivnit zdraví a pohodu dospívajících a nežádoucí účinky mohou přetrvávat až do dospělosti.

Co se týká výzkumů vlivů konkrétních poruch, dle některých autorů (Karimzadeh, Rostami, Teymouri, Moazzen, & Tahmasebi, 2017) deprese rodičů predikuje poruchy chování u dětí. Dle Costea (2011) matky trpící depresí vyjadřují ve vyšší míře negativní emoce. Matky trpící schizofrenií na druhou stranu vykazují nižší verbální i emoční vnímavost či reakce oproti rodičům bez poruch, a to i například v projevu hněvu.

U dětí a dospívajících s potvrzeným rodinným rizikem bipolární afektivní poruchy (dětí mající rodiče s touto poruchou) byly zjištěny vyšší hodnoty v oblasti celoživotní úzkosti a oblasti poruch nálad; snížení kvality života bylo zřejmé v řadě oblastí (Goetz et al., 2017). Mladí lidé, kteří mají rodiče s bipolárně afektivní poruchou, skórují na škále sebepojetí v nižších číslech než jedinci, kteří mají rodiče bez psychické poruchy (Küçük Öztürk & Çam, 2017).

Trondsen (2012) na základě dvouletého sledování svépomocné online skupiny pro adolescenty (ve věku 15-18 let) identifikovala, že se tito mladí lidé setkávají s řadou obtížných výzev souvisejících s duševním onemocněním rodičů – s nedostatkem informací a otevřenosti, s nepředvídatelností a nestabilitou, se strachem, osamělostí či ztrátou a smutkem. Rovněž diskutovali o strategiích pro aktivní zvládnání problémů vyplývajících z rodinné situace – dle Trondsen (2012) tito adolescenti mohou být chápáni jako zranitelní, stejně jako aktivní účastníci řízení jejich každodenního života.

4.2.4 Tematické výzkumy v rámci ČR

Rodinám osob s duševní nemocí je v rámci výzkumného pole naší země věnována pouze malá pozornost. Co se týká současných relevantních výzkumů, Kasalová a Praško (2017, 217) se zabývali úzkostnými poruchami v souvislosti manželskou spokojeností a shrnují, že *„nespokojenost v partnerském vztahu může působit jako spouštěč úzkostné poruchy, její modulátor i udržující faktor. K nespokojenosti v manželském vztahu dochází i v důsledku příznaků úzkostné poruchy. Často je obtížné určit, co je příčinou a co následkem, nakoř se úzkostné příznaky s partnerskými problémy prolínají.“*

Duševní nemoc v rodině je však často zpracovávána v rámci bakalářských či diplomových prací, pár aktuálnějších proto zmíníme i zde. Lašticová (2013) například zkoumala rodičovství u pěti žen – klientek denního psychoterapeutického sanatoria trpících schizofrenií či afektivní poruchou. V rámci rozhovorů se dle autorky ukázalo, že partnerský život a rodičovství jsou snadněji zvládnutelné se schizoafektivní poruchou než

se schizofrenií. Respondentky se však potýkají s mnohými obtížemi, například se sociální izolací, omezenými finančními prostředky, s problémy v partnerském soužití, či s pochybnostmi vlastními i pochybnostmi okolí ohledně zvládnutí rodičovské role. Etickými aspekty mateřství a rodičovství u žen trpících schizofrenií z pohledu klinického psychologa a psychiatra se ve své práci zabývala Patíková (2014). Depresi z pohledu blízké osoby se věnovala Pilná (2016), která například uvádí, že životy respondentů provází únava a jistý pocit úzkosti.

Nejbližší našemu výzkumnému záměru, co do tématu i použité metody, je práce Plochové (2012), jež se zabývala problematikou dětství s duševně nemocným rodičem, se zaměřením na schizofrenní onemocnění a poruchy nálady. Autorka však zkoumala zkušenost respondentů s časovým odstupem – jejich věk se pohyboval v rozmezí 29–54 let. Jako významná témata se v rámci zkušenosti respondentů objevují například rodinná historie, vztah k nemocnému i zdravému rodiči i vztah rodičů mezi sebou, nepředvídatelnost příznaků nemoci, absence rodičova náhledu na nemoc, nedostatek informací, stigmatizace, výměna rolí v rámci rodiny, význam podpůrné sítě, či vliv onemocnění rodičů na jejich vlastní partnerské vztahy.

EMPIRICKÁ ČÁST

5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Problematiku, které se budeme věnovat v rámci výzkumu, jsme naznačili již v úvodu této diplomové práce. V teoretické části jsme seznámili čtenáře s pojmy adolescence, duševní nemoc a rodina a nastínili jsme alespoň částečně jejich vzájemné vztahy a vlivy na sebe navzájem. Také jsme představili systém psychiatrické péče v České republice s ohledem na probíhající reformu – všechna tato dílčí témata souvisejí s naším výzkumným tématem a mohou čtenáři přiblížit situaci, ve které se respondenti nacházejí, a tím pádem i zkušenost, kterou zažívají.

Nyní se tedy můžeme přesunout k popsání výzkumnému problému. Při podrobnější formulaci je naším výzkumným problémem zkušenost adolescentů v období pozdní adolescence s duševním onemocněním jejich rodičů, kteří byli hospitalizováni na psychiatrii.

Dle námi provedené rešerše se na území České republiky jedná o nepříliš prozkoumanou oblast, která si však dle našeho názoru zaslouží pozornost – pozornost zaměřenou právě na mladé lidi v této životní situaci, kdy jednak dozrávají ve vývoji sebe sama, ale také se musí potýkat s prvkem duševního onemocnění u své matky či otce. Ve středu našeho zájmu je tato „dvojitě náročná“ situace právě z pohledu samotných dospívajících. Zajímá nás, jak oni sami prožívání této zkušenosti popisují a co považují ve své aktuální situaci za důležité. Jako hlavní cíl výzkumu jsme tedy vytyčili prozkoumání zkušenosti adolescentů s duševním onemocněním jejich rodičů, kteří prošli psychiatrickou hospitalizací.

Hlavní výzkumná otázka, kterou si v návaznosti na stanovení výzkumného problému a cíle v rámci výzkumu pokládáme, zní: Jaká je zkušenost adolescentů s duševním onemocněním jejich rodičů, kteří byli hospitalizováni na psychiatrii?

V návaznosti na naši výzkumnou otázku jsme jako metodologický přístup k našemu zkoumání zvolili interpretativní fenomenologickou analýzu – celému postupu se budeme věnovat v následujících kapitolách.

6 METODOLOGICKÝ RÁMEC

V následující kapitole se budeme zabývat metodologií našeho výzkumu – představíme typ výzkumu, metody získávání dat, metody jejich zpracování a také etické problémy výzkumu a jejich řešení.

6.1 Typ výzkumu

Vzhledem k výzkumnému problému jsme zvolili kvalitativní přístup. Rozhodli jsme se se problémem zabývat optikou interpretativní fenomenologické analýzy. Dle Smithe (2011) se interpretativní fenomenologická analýza (v angličtině *interpretative phenomenological analysis*, dále IPA) zabývá podrobným zkoumáním osobně prožité zkušenosti, významem této zkušenosti pro její účastníky a tím, jak oni sami dané zkušenosti rozumí. Jak uvádí Alase (2017), IPA poskytuje možnost k porozumění nejvnitřnějším úvahám o „žité zkušenosti“ účastníků výzkumu. Jako přístup, který je „orientovaný na účastníka“, IPA umožňuje respondentům vyjadřovat se o své „žité zkušenosti“ tak, jak to sami považují za vhodné, bez zkreslování. Hlavním cílem a podstatou IPA je prozkoumat „žité zkušenosti“ účastníků výzkumu a umožnit jim vyprávění výzkumných poznatků prostřednictvím svých „žitých zkušeností“ Alase (2017). Dle Antoine a Smithe (2017) se jedná o dvojistou hermeneutiku, ve které se účastník snaží dát smysl/porozumět tomu, co se mu děje, a výzkumník se pak pokouší porozumět právě tomu, jak účastník vytváří významy a dává jim smysl.

Jako vhodná se tato metoda jeví také proto, že se osvědčuje v případech, kdy je předmětem výzkumu neobvyklá skupina (Řiháček, Čermák, & Hytych, 2013) – účastníci našeho výzkumu, adolescenti ve věku 17-20 let, kteří mají zkušenost s na psychiatrii hospitalizovanými rodiči, se nám jeví právě jako skupina, na kterou je možné vztáhnout označení „neobvyklá“. Kladli jsme důraz na požadavek homogenity vzorku (Smith, Flower, & Larkin, 2009), aby byla zkoumaná zkušenost co nejpodobnější v rozličných ohledech. Respondenti byli vybíráni účelově podle specifických kritérií, o nichž budeme dále pojednávat v kapitole Výběrový soubor. Jak uvádí Smith et al. (2009), protože IPA je idiografickým přístupem, který se zabývá porozuměním určitému fenoménu v určitém kontextu, provádí se na malém výběrovém vzorku – u studentských prací, které pracují s tímto přístupem, autoři považují za vhodný vzorek o velikosti v rozmezí 3-6 účastníků; i mnohé studie zkušených výzkumníků, kteří tento přístup používají, se nyní pohybují v tomto rozsahu (Smith et al., 2009).

Dalším důvodem pro volbu této metody jsou sympatie autorky práce s fenomenologií jako filozofickým směrem.

6.2 Metody získávání dat

Respondenti pro výzkum byli získáváni různými metodami. Respondenta k pilotní studii jsme například získali příležitostným výběrem. Převážně oslovování účastníků probíhalo prostřednictvím sociální sítě Facebook, kde byl opakovaně a v rámci různých skupin sdílen plakátek s výzvou k účasti na výzkumu (viz Příloha 1). S prosbou o spolupráci a zprostředkování kontaktů na výzkumníka jsme oslovili také některé organizace a odborníky, jejichž cílovou skupinou jsou lidé s duševním onemocněním. Protože se jedná o citlivé a osobní téma, rozhodli jsme se využít jako motivační prvek finanční odměnu ve výši 200,- Kč za jeden poskytnutý rozhovor. Tento prvek také umožnil sdílení výzvy k účasti na výzkumu v různých facebookových skupinách napříč naší zemí, které nabízejí práci či brigádu.

V reakci na výzkumnou výzvu sdílenou na plakátku nás kontaktovalo přibližně 130 respondentů. Účastníkům, kteří splňovali na plakátku uvedená kritéria (věk a hospitalizace rodiče na psychiatrii během posledních dvou let), jsme poslali bližší informace o výzkumu a informovaný souhlas (viz Příloha 2). V průvodním dopise byla uvedena přesnější kritéria, která sloužila k získání co nejhomogennějšího vzorku respondentů. O konkrétních kritériích budeme podrobněji pojednávat v kapitole Výběrový soubor.

Data k výzkumu byla získávána pomocí polostrukturovaného rozhovoru, který byl nahrán na diktafon. Co se týká otázek k rozhovoru, Smith et al. (2009) doporučují v interpretativní analýze otevřené a široké otázky a minimální vstup ze strany výzkumníka; ohledně jejich počtu pak autoři uvádějí, že zodpovědět šest až deset otevřených otázek (včetně doplňujících dotazů) v rámci rozhovoru s dospělým člověkem trvá 45-90 minut. Výsledná délka rozhovorů v případě tohoto výzkumu se pohybovala v rozmezí 48-98 minut.

Při tvorbě otázek jsme se inspirovali v práci Bachroníkové (2015), jíž se, soudě dle posudků práce, dodržení metodologického postupu IPA velmi zdařilo. Některé další položky jsme doplnili v průběhu výzkumu. Otázky k rozhovoru jsou k nahlédnutí v Příloze 3.

Rozhovor pak probíhal dle domluvy s konkrétním účastníkem, přičemž jsme se snažili místně i časově potřebám respondentů přizpůsobit. Většinou jsme se setkali v kavárně, kde bylo možno si v klidu a pohodlí povídat. Převážné části respondentů bylo v úvodu rozhovoru ještě jednou představeno téma, ale také základní principy interpretativní

fenomenologické analýzy, abychom účastníky co nejvíce podnítili k samostatnému vyprávění.

6.3 Metody zpracování a analýzy dat

Při práci na výzkumu jsme postupovali především podle doporučení Smithe, Flowera a Larkina (2009) a také Řiháčka, Čermáka a Hytycha (2013); inspiraci jsme čerpali také u Alase (2017).

Po pořízení nahrávky byly rozhovory doslovně přepsány za pomoci programu Listen N Write. Jména osob a míst byla poté změněna. Rozhovory jsme vytiskli s širokými okraji, aby bylo možné si k textu pohodlně psát poznámky. Osvědčilo se vytištění rozhovorů s vloženým očíslováním řádků, které značně usnadnilo orientaci v textu. Ještě před započítím analýzy autorka této práce provedla částečnou reflexi vlastní zkušenosti (viz dále).

Podobně jako většinou Smith et al. (2009) jsme při analýze postupovali případ po případu – až poté, co proběhla analýza prvního rozhovoru, přesunuli jsme se k dalšímu respondentovi. Jednotlivé rozhovory byly nejprve opakovaně pročitány. Při tomto kroku jsme využili pořízených nahrávek, a při čtení rozhovor či jeho části také poslouchali, aby bylo utvořeno co největší sepejetí s respondentem a jeho zkušeností.

Následně jsme přistoupili k tvorbě prvotních poznámek – dle doporučení Smithe et al. (2009) a z autorů čerpajících Řiháčka et al. (2013) jsme utvářeli tři typy poznámek – poznámky deskriptivní (týkající se obsahu respondentova sdělení), lingvistické (reflektující způsob vyjadřování, výrazové prostředky, tok řeči apod.) a konceptuální (více interpretativní, vlastní myšlenky a nápady k textu). Ke tvorbě třech druhů poznámek jsme pro lepší přehlednost a orientaci použili propisovací tužky tří různých barev. Tyto popisky byly vpisovány do prostoru pravého okraje.

Následně jsme přistoupili k dalšímu kroku, který by se dal nazvat jako *rozvíjení vynořujících se témat* (Smith et al., 2009) – původní poznámky byly přetvářeny do výstižnějších témat, která jsou pokusem o zřetelnější zachycení účastníkovy zkušenosti (Řiháček, et al., 2013). Témata jsme vpisovali do levého okraje vytištěných rozhovorů – následně pak byla převedena do samostatného seznamu. K tomuto kroku jsme ve většině případů použili tabulkový procesor Microsoft Excel, neboť umožňuje například řazení vložených dat podle abecedy, čehož jsme využili kupříkladu při počáteční revizi frekvence výskytu podobných pojmů. Jako užitečná se ukázala praxe Řiháčka et al., (2013), kdy autoři

k tématům rovnou přiřazují jejich lokaci v rámci analyzovaného textu – tak jsme se mohli v případě nejasností ve významu v rozhovoru dobře orientovat.

Další fází bylo vyhledávání spojitostí mezi vzniklými tématy. U prvních dvou analýz byla témata v seznamu rozstříhána na jednotlivé lístečky, a následně na volné podkladové ploše shlukována do skupin dle toho, jak se k sobě vztahují. U dalších analýz se nám osvědčila manipulace s tématy přímo v prostředí Microsoft excelu. Při vyhledávání spojitostí byl autorce nejbližší proces, který Smith et al. (2009, 97) nazývají „*subsumption*“, tedy „včleňování“, kdy přímo některé z vypsanych témat vystihuje nadřazený pojem pro témata ostatní. Takto tedy vznikla nadřazená témata, která dle naší analýzy tvoří jádro zkušenosti každého respondenta (pro ukázkou viz Příloha 5). Příběhy jednotlivých respondentů jsou krátce popsány v první části kapitoly Výsledky.

V poslední fázi jsme se snažili nalézt souvislosti a podobnosti mezi jednotlivými případy – tento krok jsme prováděli na dvou úrovních, kdy v jedné jsme pracovali pouze s nadřazenými tématy, a opět je seskupovali dle vzájemných vztahů. Na druhé, detailněji zaměřené úrovni, jsme pracovali s „celými“ fragmenty jednotlivých zkušeností, tedy s nadřazenými tématy i jejich obsahem (tedy tématy, která byla pod ně vřazena).

6.3.1 Reflexe autorčiny zkušenosti

Vzhledem ke zvolené metodě bylo třeba ze strany autorky této práce provést reflexi vlastní zkušenosti se zpracovávaným tématem. Jak uvádí Hendl (2016), při fenomenologické interpretaci je nutné, aby si výzkumník byl vědom všech svých apriorních představ, které o daném tématu má, a vyloučil je. Dle některých autorů (Řiháček et al., 2013) lze reflexi považovat za nultou fázi celého analytického procesu. Je považováno za vhodné reflektovat vlastní motivaci k tomu, proč se výzkumník danému tématu věnuje, či jaké jsou jeho vlastní prekoncepce, které se k tématu vážou. Reflexe slouží zejména k tomu, aby si jedinec uvědomil svoji interpretativní roli v procesu výzkumu a následně užitečněji nakládal s daty a zajistil vyšší validitu prováděné analýzy (Řiháček et al., 2013).

Co se týká formy následujícího textu, považujeme za logické a přirozené, aby tato část byla ponechána v ich formě.

Upřímně, pokud bych měla říct, co mě vedlo k vypracování diplomové práce na toto téma, byla to asi především moje vlastní zkušenost s psychiatrickou diagnózou. Co se týká budoucího profesního směřování, zde jádro své motivace zcela jistě nespatřuji – vždycky jsem směřovala spíš do poradenské sféry než do oblasti klinické psychologie a myslím, že to tak zůstane i nadále. Z teoretického hlediska jsem tedy s tématem obeznámená jen v tom

rozsahu, kterému se věnujeme v osnovách výuky a praxi. Nicméně z pohledu laika mám s duševní poruchou osobní zkušenost, a možná je celá tato práce jedním ze způsobů, jakým se vyrovnávám s vlastním pocitem, že duševní nemoci jsou v naší společnosti stále stigmatem. V návaznosti na tento pocit také přiznávám, že svým způsobem někdy ráda provokuji a překračuji hranice – i proto jsem se rozhodla, že „půjdu do toho“ a tabu duševních poruch alespoň malinko prolomím a postavím se předsudkům nejen společnosti, ale i sebe samé. Protože, ač studuji psychologii a teoreticky mám veškerý boj proti předsudkům v podstatě zvládnutý, v praxi se mi to vlastně úplně nedaří. Jsem si vědoma toho, že můj vlastní postoj je poněkud předpojatý, díky čemuž bude problematické se k výzkumu postavit z pozice nezaujatého výzkumníka, ale rozhodně zpracování tématu považuji za výzvu a příležitost k rozvoji tolerance a otevřenosti v myšlení.

6.4 Etické problémy a způsob jejich řešení

Co se týká etických náležitostí, Alase (2017) klade při používání metody IPA velký důraz na ochranu jedinců, kteří se výzkumu účastní. Výzkumník by měl usilovat o to, aby učinil vše, co je v jeho silách, v otázce ochrany práv, důstojnosti a důvěrnosti účastníků výzkumu. Jejich soukromí či důvěrnost by nikdy neměly být ohroženy; to by dle Alase (2017) mělo být vždy pro výzkumníky nejdůležitější.

Jsme si vědomi toho, že se jedná o velmi citlivé téma, při jehož zneužití by mohlo dojít ke skutečnému poškození všech účastněných – proto jsme se snažili etickým otázkám věnovat obzvláštní pozornost.

Respondenti byli o povaze výzkumu k diplomové práci informováni – zejména prostřednictvím úvodního dopisu a informovaného souhlasu dle vzoru uvedeného v příloze Manuálu pro psaní diplomových prací na Katedře psychologie FF UP v Olomouci (Kolařík, 2017). Informovaný souhlas účastníci podepsali vždy ještě před započítím rozhovoru. Výzkumu se účastnili na základě dobrovolného rozhodnutí a mohli z něj kdykoli odstoupit.

Abychom zamezili spojení příběhů jednotlivých účastníků s konkrétními osobami, a zůstala tak zachována anonymita respondentů, v rámci přepisu byla změněna jména osob i míst. Údaje o pohlaví, věku a případné diagnóze rodiče zůstaly nezměněny. Z důvodu citlivosti zpracovávaných dat také v rámci příloh práce zveřejníme pouze úryvky jednotlivých rozhovorů (viz Příloha 4). Plný přepis rozhovorů je k nahlédnutí u autorky.

Co se týká poskytované odměny, ta bude účastníkům vyplacena dle dohody obsažené v průvodním dopisu (viz Příloha 2). Někteří účastníci však odměnu sami odmítli –

v takovém případě jim jako malé poděkování za účast byla alespoň proplacena útrata (v kavárně apod.) během rozhovoru.

7 VÝBĚROVÝ SOUBOR

Tématem práce je zkušenost adolescentů s duševní poruchou rodičů. Z názvu vyplývají první dvě podmínky, které museli respondenti splňovat – věk odpovídající období adolescence, a psychiatrická diagnóza u rodiče. Kvůli požadavku na co největší homogenitu výzkumného vzorku (Smith et al., 2009) jsme stanovili více kritérií, která představíme v následujícím odstavci.

7.1 Kritéria výzkumného souboru

První podmínkou, již jsme naznačili výše, byla věková kategorie. Zaměřili jsme se na období pozdní adolescence, které Macek (2003) určuje věkovým rozmezím 17-20 let, popřípadě i déle, v závislosti na tom, jak jedinec časuje jednotlivé kroky k dospělosti. Jako spodní věkovou hranici jsme původně určili 18. rok věku, a to ze dvou důvodů – jednak proto, že je dle našeho názoru žádoucí, aby se jedinec v období adolescence již nějakou dobu nacházel, aby i při retrospektivním pohledu alespoň částečně stále do období adolescence spadal. Druhým důvodem je právní dosažení zletilosti, ze které vyplývá, že není potřeba, aby s účastí jedince ve výzkumu souhlasili rodiče. Vzhledem k tabuizaci našeho tématu by nutnost rodičovského souhlasu mohla v některých případech zamezit účasti respondentů, které je i tak poměrně obtížné pro výzkum získat. Horní hranici jsme s podporou v teoretických zdrojích (Macek, 2003; Langmeier & Krejčířová, 2006; Vágnerová, 2012; Říčan, 2014) stanovili na 20 let. Vzhledem k tomu, že se dlouhou dobu nedařilo najít dostatečný počet respondentů, rozhodli jsme se věkovou hranici o rok snížit – v případě nedosažení plnoletosti bychom vyžadovali informovaný souhlas rodičů. Nakonec však všichni zúčastnění již 18 let dosáhli, nebylo tedy potřeba souhlas rodičů opatřovat.

Dále jsme za důležité považovali, aby byli respondenti sami duševně zdraví, ve smyslu absence psychiatrické diagnózy, absence duševní nemoci. Toto vymezení koresponduje s užším pojetím duševního zdraví tak, jak jej představuje Míček (1976), i když ne zcela, neboť autor zahrnuje do nežádoucích příznaků také nerovnováhu či stres.

Dalším kritériem bylo, aby respondenti alespoň částečně sdíleli domácnost se svými rodiči. Založení vlastní domácnosti totiž považují někteří autoři (např. Macek, 2003; Baumgartner & Karaffová, 2012) za jeden z dalších kroků k dosažení dospělosti, za převzetí dospělých rolí – tato práce se však zaměřuje na jedince v období adolescence, proto je pro nás samostatná domácnost probandů nežádoucím faktorem. Hlavní důvod volby společné domácnosti jako kritéria však spočívá v předpokládaném intenzivnějším kontaktu s rodičem s duševní poruchou, který považujeme vzhledem k položené výzkumné otázce za potřebný.

Kritériem souvisejícím se společnou domácností i s adolescencí, kterým jsme se rozhodli náš vzorek ještě blíže specifikovat, byla nedokončená profesní příprava či ekonomická nesamostatnost – ukončení vzdělávání, nástup do zaměstnání a s ním spojená ekonomická soběstačnost jsou také některými autory (např. Santrock, 2012; Vágnerová, 2012) považovány za předpoklady pro vstup do dospělého života.

Co se týká duševního onemocnění rodičů, rozhodli jsme se, že rozhodující bude zejména faktor hospitalizace, a to v období uplynulých dvou let. S hospitalizací se pojí velmi vysoká pravděpodobnost, že rodič má oficiálně diagnostikovanou psychickou poruchu, která je popsána v Mezinárodní klasifikaci nemocí (World Health Organization, 2014b). Hospitalizace byla zvolena také proto, že ji můžeme považovat za ukazatel závažnosti poruchy. Hranici dvou let do minulosti jsme stanovili, aby popisovaná „žitá zkušenost“ s hospitalizací rodiče byla „čerstvá“, aktuálně prožívaná.

Za další významný faktor považujeme rodinné prostředí. Do výzkumu jsme se rozhodli zařadit pouze ty respondenty, kteří žijí ve společné domácnosti s oběma rodiči. Jak jsme již nastínili v rámci příslušné kapitoly teoretické části, rodiny jsou heterosexuální (rodiči jsou muž jako otec a žena jako matka), ustanovené i po zákonné stránce (rodiče jsou spolu v manželském svazku) a mezi rodinnými příslušníky (zejména mezi respondentem a jeho rodiči) existují biologicky příbuzné vztahy.

Posledním kritériem, které jsme však explicitně nevyjádřili v průvodním dopise, bylo to, aby respondent aktuálně žil v České republice, a jeho mateřským jazykem byla čeština.

7.2 Popis výsledného výzkumného souboru

Na výzkumné výzvy ve výsledku zareagovalo přes 130 jedinců, kterým jsme následně poskytli bližší informace. Autorka této práce byla nakonec mile překvapena, kolik osob se chtělo výzkumu účastnit. Někteří sami uváděli, že se rádi účastní i bez nároku na odměnu. Důvody, pro které však nebylo možno mnohé zájemce zapojit, byly různé – nejčastěji se dle našeho odhadu vyskytovalo překročení věkové kategorie. Dále například sedm respondentů bylo vyřazeno mimo jiné kvůli odlišné národnosti a pět zájemců nemohlo být zařazeno také proto, že daný rodič již zemřel. Pouze u devíti jedinců vše nasvědčovalo tomu, že splňují požadovaná kritéria, a zároveň zůstali v kontaktu, dokud nebyla sjednána schůzka k rozhovoru. Nakonec se rozhovorů z různých důvodů uskutečnilo pouze pět – u čtyř došlo ke komplikacím, které zamezily možnosti rozhovor vykonat či výsledná data použít. Jedna respondentka byla v domluveném čase hospitalizovaná v nemocnici a další schůzku se již z časových důvodů nepodařilo sjednat, druhá až na místě setkání zjistila, že přehlédla věkové

rozmezí. Jeden respondent na první schůzku zapomněl a v termínu dalšího setkání se omluvil kvůli nemoci, druhý se nedostavil vůbec a na následnou facebookovou komunikaci z naší strany nereagoval.

Co se však týká velikosti vzorku, vzhledem ke specifickým kritériím a zvolené metodě interpretativní fenomenologické analýzy lze počet respondentů považovat za dostatečný a vhodný – Smith et al. (2009) u studentských prací považují za rozumnou velikost vzorku 3-6 participantů, přičemž z vlastní praxe doporučují pro potřeby prací pregraduálních studentů právě tři účastníky. V případě „nováčků“ v tomto přístupu pak upozorňují Smith a Osborne (2015) na to, že pokud je vzorek příliš velký, může být výzkumník zavalen obrovským množstvím dat a není schopen vytvořit dostatečně pronikavou analýzu.

7.2.1 Charakteristiky výzkumného souboru

Výzkumu se tedy účastnilo 5 osob, 4 dívky a jeden mladý muž. Respondenti byli ve věku 19-20 let. Všichni měli status studenta a navštěvovali střední, vyšší odbornou či vysokou školu. Ve společné domácnosti obou rodičů pobývali alespoň částečně; v některých případech popisované hospitalizace proběhly v době, kdy byl kontakt s rodiči vzhledem k formě středoškolského studia ještě častější – styk s nemocí tedy byl bezprostřední. Všichni účastníci byli seznámeni s kritérii účasti a není nám známo, že by některé stanovené podmínky (viz předchozí oddíl a Průvodní dopis v Příloze 2) nesplňovali. Ač to původně nebylo záměrem, ve všech zařazených případech byla rodičem s duševní nemocí matka. Některé informace uvádíme v následující tabulce, podrobněji se charakteristikám respondentů a jejich příběhů budeme věnovat v úvodní části kapitoly shrnující výsledky.

Tabulka 2: Vybrané charakteristiky výzkumného souboru

| Přiřazené jméno | Věk | Rodič a jeho duševní nemoc | Poslední hospitalizace rodiče (přibližně) |
|-----------------|-----|------------------------------------|---|
| Anna | 20 | Matka, bipolární afektivní porucha | Prosinec 2017, nově únor 2018 |
| Barbora | 19 | Matka, deprese | Květen 2017 |
| Cecílie | 19 | Matka, panická ataka | Březen 2017 |
| Dagmar | 19 | Matka, schizofrenie | Březen 2016 |
| Erik | 20 | Matka, deprese | Únor 2018 |

8 VÝSLEDKY

Prezentace výsledků je rozdělena do dvou částí – v první představíme zkušenosti jednotlivých respondentů. Seznámení s jednotlivými případy nás přiblíží účastníkům, ale také uvede druhou část výsledků do širšího kontextu, čímž bude umožněno komplexnější porozumění zkoumanému fenoménu.

8.1 Zkušenosti jednotlivých účastníků výzkumu

Následující text tedy představuje jednotlivé účastníky a jejich zkušenost tak, jak jsme ji uchopili prostřednictvím interpretativní fenomenologické analýzy.

8.1.1 Anna

Anna je dvacetiletá studentka. Její matka trpí bipolární afektivní poruchou, která byla matce diagnostikována přibližně rok po Annině narození. Uvádí, že z dětství si na projevy nemoci vzpomíná pouze částečně. Osvětluje svůj pohled na důležitost nenarušeného raného dětství:

Jakože...prostě máme všichni zdravěj základ včetně toho nejmladšího, kterej teda se s tím poprvý začíná setkávat ted'ka v patnácti letech. Což mně přijde - prostě těch patnáct let zdravýho, spokojenýho funkčního života, kdy ta mamka vynechávala třeba vobčas, ale vynechávala jakoby tělesně, ale- ale tak jakoby...to citový pouto tam bylo nenarušený, jo.

Důležitým mezníkem v Annině životě ve vztahu k matčině nemoci se zdá být období kolem 14. a 15. roku, kdy se poprvé setkala s projevy mánie, které mířily na její vlastní osobu. V pubertě se často potýkala s pocity viny za matčinu nemoc, v současné době považuje sebe a otce za středobod jejích útoků. Její vztah k matce považuje za narušený nemocí, ale stále je patrná blízkost, kterou k matce jakožto jediná dcera ze čtyř dětí pociťuje: „*I když je v tý nemocnici, tak pořád tam s ní půlka- půlkou svý duše jsem, prostě v tý nemocnici.*“

Co se týká průběhu matčiny bipolární afektivní poruchy, celá rodina pociťuje patrnost rozdílů mezi manickými a depresivními epizodami. Zatímco deprese popisuje Anna jako zvladatelné a v podstatě rodinou „oblíbené“, manické epizody jsou vnímány jako velmi náročné a nepochopitelné („*ale ta mánie, to prostě není schopnej jako nikdo pochopit, a i já s tím mám strašně moc problém to jakoby vstřebat*“). Náročné jsou například kvůli neustálým výčitkám a útokům, mířeným zejména na nejbližší členy rodiny, ale také na osoby v širším okolí. V souvislosti s matčinou nemocí Anna několikrát zmiňuje rozpor mezi projevy nemoci a maminkou – „*to je jak dvě osoby, prostě. Normální člověk, naše maminka (jemně), a ten aktivní prostě blázen, kterej je šilenej*“; „*prostě že je to nejhodnější člověk,*

kterýho znám, když je jí dobře - fakt prostě to je nejvíc na sviňu, že takovou nemoc musí mít prostě někdo, kdo je tak hodnej, no“.

Obtížný je také proces hospitalizace, se kterým se rodina v současné době setkává stále častěji. Potýkají se zejména se skutečností, že nedobrovolná hospitalizace musí mít v očích záchranářů dostatečný, viditelný důvod.

A stalo se nám to už několikrát, že jsme byli všichni už úplně...vytřeštěný voči, že už to prostě nemůžeme přežít, že teď už se něco musí stát, že už třeba sáhne na život někomu...A záchranáři řeknou "no, ono se nic nestalo, takže my nemůžeme nic dělat; to bysme mohli vodvézt každého" (s trpkým úsměvem), prostě řeknou, a jedou pryč.

Anna popisuje také nedostatky lékařské péče, a to jak v otázce zařízení léčebny či malého počtu personálu, tak v otázce přístupu zdravotníků k nemocným jedincům. Co však z Annina pohledu funguje dobře, je spolupráce a podpora v rámci rodiny či okruhu blízkých přátel – velké zásluhy Anna připisuje otci:

Mám tu podporu od ostatních, a hlavně vod toho taťky, vod toho taťky, ten- ten kdyby...se na to vykašlal, prostě, a rozvedl by se s ní, tak by- mu to nikdo nemohl vyčítat, prostě. Protože to je fakt šílený, jo, co von dokázal už náš taťka si prožít s ní... .

Celkově vnímá nemoc jako prostředek efektivního prověření vztahů – „že mám takový opravdový vztahy díky tomu všude“. V matčině nemoci dokáže vidět i přínos pro svůj život, a to jak v otázce získávání praktických dovedností, kdy v době matčiny indispozice byla odmala zapojena do péče o domácnost, tak v otázce osobnostního růstu – „prostě mě to naučilo být hrozně empatická, tolerantní, a...chápaní, prostě bych řekla“. Nicméně v současné době se manické epizody u matky vyskytují ve stále větší míře a Anna popisuje rostoucí vyčerpání i obavy z budoucnosti: „já si myslím, že my se snažíme, že už to víc ani se snažit nejde, a stejně se to zhoršuje, prostě. Zhoršuje se to“. Pomáhá jí možnost odstupu a odpočinku, který získává díky studiu a s ním spojenému samostatnému bydlení v jiném městě, a mimo jiné také podpora blízkých.

8.1.2 Barbora

Barbora je devatenáctiletou studentkou střední školy. Žije v domácnosti se svým otcem a matkou, které byla diagnostikována deprese a v loňském roce byla hospitalizována kvůli pokusu o sebevraždu. Starší bratr již u rodičů nebydlí. Významným tématem, které se prolínalo celým rozhovorem, byla mezigenerační propast, se kterou se pojí nízká míra otevřenosti v komunikaci:

V naší rodině, tak nejsou takový ty jakoby...jakoby s rodičema takovej ten úplně jakože kamarádskej vztah, nebo jak to mám říct - že třeba tvoje mamka je to jak- jak kámoška, a takhle, jo - takový to jak si třeba říkáte si všechno úplně vo všem, jo, tak to třeba u nás ne.

Dle Barbořiných slov se matka několik týdnů před suicidálním pokusem psychicky zhroutila kvůli velkému tlaku a zátěži v zaměstnání. Právě zážitek s matčíným suicidálním pokusem, kterému byla Barbora přítomna, jsme identifikovali jako významný a ovlivňující její pohled na matku - „...jakože vona, že je toho schopná, něčeho takovýho - to jsem si vůbec nikdy jako by- by mě to nenapadlo, jo“. Podobnou formulaci pronese během rozhovoru několikrát. Detailně popisuje průběh celého dne, kdy se matka o sebevraždu pokusila. Uvádí, že celá situace byla náročná zejména pro otce. Z Barbořina vyprávění je patrné, že jsou si s manželkou blízcí. Ona sama údajně dle slov jejího přítele situaci zvládala „nejlíp jakože z nás třech“ (tj. Barbora, její bratr a otec). Pomáhalo jí, že si může promluvit s kamarádkou, a podporou jí byl také její přítel. Ocenila také podporu známých – odborníků, díky jejichž znalostem a konexím mohla být matce poskytnuta náležitá péče.

Co se týká Barbořina pohledu, přiznává:

Že jsem...jakoby na ňu byla aji naš- našťvaná, že je prostě jakoby sobecká, jako. Jako já chápu, že- prostě člověk jako asi nepřemejšlí, když něco takovýho dělá, ale že prostě jakoby nechat nás tady, a udělat něco takovýho, jakože kvůli...prostě takový kravině, když si to tak vezmeš, jo, prostě práce - tak ju prostě změním, nebo- cokoliv se dá dělat, není to nic- .

Barbora uvádí, že doteď vlastně neví, proč se matka o sebevraždu pokusila – „...že- že- třeba proč to udělala, tak to jsme jakoby se nějak nikdy nedozvěděli ani“. Barbora zastává názor, že se jednalo o demonstrativní sebevraždu, kdy matka tak vyjádřila svou nechuť k opětovnému nástupu do zaměstnání po době několikátýdenní pracovní neschopnosti.

V současné době se již nemoc dle Barbořiných slov nijak zvlášť neprojevuje, domnívá se, „že ty deprese jakože jsou jenom, když je nějaký horší období a takhle, jo, nebo skrz teda tu práci, jo, tak byly. Ale ted' si myslím, že prostě vona je jakoby v pohodě“. Co se týká jejího současného přístupu k matce, uvádí, že se na ni snaží být „jakože hodnější ještě, a prostě jako nic jí nějak jako nevyčítat nebo tak“ - celkově z jejího vyprávění vyznívá, že je vůči ní velmi ohleduplná.

8.1.3 Cecílie

Cecílii je 19 let. Matka byla v loňském roce hospitalizována pro panickou ataku. Co se týká projevů nemoci a následné hospitalizace, vyjadřuje Cecílie rozporuplné pocity: „...*prostě i tak to byl šok, jo, jakože vlastně, na jednu stranu to nebylo úplně z ničeho nic, ale na druhou stranu vlastně jo*“. Hned po úvodní otázce zmiňuje, že „*vzhledem k tomu, že to je maminka, tak je to docela špatné*“ – její sepjetí s matkou je patrné také, když popisuje matčin pobyt v psychiatrické nemocnici: „*Prostě... Kus mě tam byl*.“ Svoji vlastní citlivost Cecílie sama reflektuje slovy: „*Takže prostě mě tak celkově takové různé situace hodně jako- že jsem taková výbušná prostě jako, citově, mi přijde*.“

Náročné je pro Cecílii zejména zvládání matčiných výkyvů nálad. Matku popisuje jako ženu, která si dělá hodně starostí. V současné době je patrný ohled celé rodiny vůči matce a její nemoci. Právě rodinné zázemí a podpora je dle Cecílie velmi důležitým prvkem, který pomáhá zvládání matčiny nemoci:

A vlastně tím, že mamka je prostě s náma doma, a- teda jako nejvíc asi s tatškou, tak prostě si myslím, že díky tomu se tam (do léčebny) nedostala zpátky. Že strašně záleží na tom, abys měla prostě kolem sebe lidi, co tě jako podrží.

Reflektuje také láskyplný vztah rodičů a oporu otce. Celkově je patrná snaha vidět matčinu nemoc v souvislostech a nějakým způsobem si ji vysvětlovat.

Cecílie také zmiňuje, že matčina nemoc prohloubila blízkost jejího vlastního vztahu s otcem. Jako velmi významný faktor napomáhající dobrému zvládání matčiny nemoci působí Cecíliin optimistický přístup k životu a naděje v dobrý vývoj situace. „*Ale říkám, hlavně, prostě – v to nepřestat věřit, prostě- já nevím, já to pořád- ani ten tatka - nikdy neřekl, že prostě...že mamka nebude dobrá*.“ Zkušenost s matčinou nemocí pro ni znamená také zjištění, že „*se fakt jako dá přežít spoustu věcí v životě prostě, a že se svět nezhroutí, že to prostě vždycky jde nějak vyřešit – všechno jde vždycky nějak vyřešit*“.

8.1.4 Dagmar

Dagmar je devatenáctiletou studentkou vysoké školy. Její matka trpí schizofrenií a byla hospitalizována kvůli tomu, že se rozhodla řešit nemoc alternativními prostředky a vysadila medikaci, což vedlo k opětovnému objevení akutních příznaků. Předtím nemoc do Dagmarina života zasahovala pouze částečně, například tím, že matka bývala vlivem léků často unavená. Právě únava a přidružené negativní účinky léků dle Dagmar přispěly k matčinu rozhodnutí, které jí zpočátku vyčítala: „*Jo, prostě- neublížila tím jenom sobě, ale ublížila tím nám všem, a za to jsem jí to měla strašně za zlý. Ale - jak říkám, asi bych to*

udělala taky, takže...“ Akutní projevy nemoci v důsledku vysazení léků prožívala Dagmar ve zmatku a bezradnosti. Jako jeden z nejhrošších aspektů celé nemoci zmiňuje Dagmar proces hospitalizace (viz Příloha 4, oddíl Dagmar), který popisuje velmi procítěně. Pozastavuje se nad léčebnými postupy či přístupem personálu. Ve finále však hodnotí celý proces jako přínosný a nepříjemné zážitky odůvodňuje negativním vlivem prostředí:

Já- říkám, já kdyby- tak bych tam nemohla pracovat, takže jako- obdivuju ty lidi, kteří tam pracujou, a...každopádně, i když jsou nepříjemní, tak dělá- tak as- jakoby- mamka je teďka v pohodě, takže prostě...má to smysl, jo, ale... věřím tomu, že kdyby to prostředí bylo prostě nějaké příjemnější, tak i ti lidi jsou příjemnější.

V čase, kdy jí bylo nejhůř, jí nejvíce pomohlo, že mohla trávit čas vyjížděkami se svým koněm, ke kterému měla velmi vřelý vztah. Celkově se považuje za člověka, který „*je víc závislý na zvířatech než na lidech*“. Dělá jí obtíže otevřeně vyjadřovat emoce či sdílet s ostatními své vnitřní prožívání. Téma matčiny nemoci považuje za takové, které „*až moc zasahuje- protože jak je to ten blízký člověk, a že to až moc zasahuje do toho nitra toho- těch lidí*“. Její vlastní vztah k nemoci se vyvíjí s časovým odstupem – z obavy z dědičnosti nemoci se nejprve jejím spouštěčem snažila vyhybat, pak však došlo k obratu a naopak se různými rizikovými situacím vystavovala: „*Já nevím, já jsem si asi potřebovala jsem si to všechno zkusit, jenom abych se uklidnila, že...že to nepříjde.*“ Nyní vidí nemoc tak, že „*je to součást života a že buď se to stane nebo nestane, že s tím stejně nic nenadělám*“. Také u matky vnímá Dagmar určitý posun v přístupu k nemoci směrem ke smíření s ní.

8.1.5 Erik

Erikovi je 20 let a prvním rokem studuje vysokou školu. Jeho matka trpí depresí, kterou Erik dává do souvislosti se smrtí své sestry – ta zemřela před dvěma lety v důsledku mentální anorexie. Matka ztrátu dcery dle Erika snášela nejhůř z celé rodiny, Erikovi se také zdá, že čím delší doba od smrti sestry uplynula, tím jsou matčiny deprese horší.

V současné době se u matky projevuje také závislost na alkoholu. V době rozhovoru byla matka čerstvě hospitalizována na psychiatrickém oddělení jisté nemocnice – hospitalizace byla dobrovolná, matka si ji sama vyžádala. Erik současnou situaci komentuje: „*Takže v tomhle (v matčině vlastním nasazení pro léčbu) já vidím určitou výhodu, ale jsem trochu realista, takže moc radši nemám přehnaný očekávání.*“ S předchozími hospitalizacemi má zkušenosti jak negativní („*po hrozným přístupu doktorů ... tak tam vydržela asi tři týdny naprosto bez efektu*“), tak částečně pozitivní („*že po nich se mamka vracela domů jakžtakž v pohodě, ale ono to nemělo zase dlouhýho trvání*“).

Erik má ještě jednu, o pět let starší sestru. Nemoc matky ovlivňuje jeho život a je pro něj náročná z více hledisek. Na matku často myslí, má o ni starost a často mu myšlenky na ni odvádějí pozornost „*od těch typických a přirozených aktivit, který by člověk- člověk měl dělat, zvláště v tajitom věku*“ (například od studia). Také někdy pocituje strádání v otázce mateřské péče a zájmu – tento aspekt jsme identifikovali jako důležitý, proto z něj uvádíme poněkud delší citaci (více viz Příloha 4):

My to berem i takovým egoistickým způsobem, že jako... Ano, dcera ti umřela, ale nemůžeš se upnout jenom na to, ještě tady máš další dvě děti, manžela, lidi, který tě milují, takže to je i taková- takovej pocit, částečně beznaděje, částečně vzteku, že proč se nestaráš i jako vo nás, nebo proč se kvůli nám nemůžeš aspoň trochu snažit...

Erik se také potýká s tím, že se sestrou mají na matčinu nemoc jiný pohled než otec, který z jeho pohledu matku velkou měrou omlouvá. Téma nemoci vnímá Erik jako citlivé, které se jej dotýká, a radši jej řeší s rodinnými příslušníky než se známými. Co se týká rodiny a jejich společenských kontaktů, dle Erika se vlivem zaměření na sestřinu nemoc rodina poměrně izolovala. Tato izolace v určité míře přetrvává doposud, i když v souvislosti s matčinou nemocí u ní dle Erikových slov došlo ke znovunavázání některých vazeb se staršími přáteli; oporu jí poskytuje mimo jiné také okruh známých z farnosti.

Erikovi samotnému pomáhá, když není „*přímo v tom epicentru té nemoci*“, tedy například může odjet z domu do města, kde studuje. Pomůže mu také, když ví, že „*je mamka v pohodě*“ nebo že je o ni postaráno. Odreaguje se například i při hře tenisu či když může trávit čas se svými přáteli.

8.2 Výsledná témata vzešlá z analýzy

V této části prezentace výsledků představíme témata, která se vyskytovala napříč případy. Uvedena jsou ta témata, která se vztahují k výzkumné otázce a přibližují zkušenost adolescentů s duševním onemocněním jejich rodičů. Prezentovaná témata se vyskytují vždy minimálně u tří z pěti účastníků výzkumu. Pro lepší přehlednost čtenáře ohledně jejich výskytu u jednotlivých respondentů uvádíme souhrn v Tabulce 3. Témata jsou řazena dle logické souslednosti mezi nimi.

Název každého tématu se skládá ze dvou částí – první je úryvkem přímé citace z proběhlých rozhovorů, aby bylo jasně ilustrováno sepjetí s původními daty, a také abychom lépe přiblížili autentickou zkušenost respondentů. Druhá část názvu je pak abstraktnějším pojmenováním, které v některých případech koresponduje s psychologickými termíny – v tabulce uvádíme pouze tuto druhou část. Výskyt témat

ve zkušenostech respondentů je v tabulce označen znaménkem „X“. Témata, která se vyskytla u všech respondentů, jsou zvýrazněna světle oranžovým podbarvením.

V rámci prezentace výsledků se částečně objevují také autorčiny postřehy a komentáře. Dalším interpretacím výsledků, například v kontextu současného vědeckého poznání, se budeme dále věnovat také v první části diskuze.

Tabulka 3: Výskyt výsledných témat u jednotlivých respondentů

| Respondent | Anna | Barbora | Cecilie | Dagmar | Erik |
|--|------|---------|---------|--------|------|
| Téma | | | | | |
| Zlomový bod | X | X | X | X | X |
| Převážně negativní zkušenost s hospitalizací | X | | X | X | |
| Oddělování matky a „bláznovství“ | X | X | X | | |
| Náročnost zvládnutí nemoci | X | | X | X | X |
| Bezmoc | X | | | X | X |
| Ohled k matce | X | X | X | | |
| Záměna rolí mezi rodiči a dětmi | X | | X | X | X |
| Silná vazba matky a otce | X | X | X | | |
| Citlivost tématu | X | | | X | X |
| Sociální opora a prověření vztahů | X | X | X | X | X |
| Pomoc odstupu | X | | X | | X |
| Přínos nemoci | X | | X | X | |

Jak jsme uvedli výše, v následujících odstavcích si témata představíme podrobněji.

8.2.1 „Od té chvíle...“ – Zlomový bod

U všech pěti účastníků lze v rámci jejich vyprávění vysledovat okamžik, který se bezprostředně vztahuje k jejich zkušenosti s nemocí rodiče, je významný i co do síly prožívaných emocí a je pro ně důležitý, neboť jim svým způsobem pomáhá se v nemoci orientovat.

U Anny lze tento mezník vysledovat v jejích čtrnácti letech, kdy poprvé byla konfrontována s matčinými projevy mánie: „až do svých čtrnácti jsem nevěděla, co- že to vůbec nějaký mánie jsou“. Pro Barboru je tímto mezníkem matčin sebevražedný pokus: „ted’

prostě vod taji tý jakoby- nebo vod tamty chvíle, co se to stalo, tak člověk prostě nemůže vědět, jestli se to stane znova“. Cecílie si uvědomila závažnost matčina stavu, když se dozvěděla o její hospitalizaci: *„a...prostě, největší rána bylo to, když jsem byla tak nějak ve škole ... a teďka mi napsal táta, že jsou na příjmu na psychiatrii“.* Dagmar jako zlomový bod vnímá matčino rozhodnutí přestat brát léky. *„Jenomže pak přišla právě událost ... kdy se mamka z ničeho nic rozhodla, prostě, že vysadí ty léky. A v tu chvíli já jsem to zaznamenala jakoby nejvíc, a...“* Erik jako významný okamžik, který je pro něj spojen s matčinou nemocí, vnímá smrt své sestry v důsledku mentální anorexie: *„čím dýl to je od toho úmrtí, tak tím to je v podstatě z jejího pohledu horší, no“.*

Všechny tyto okamžiky jsou v podstatě přímým setkáním s výrazným projevem nemoci u rodinného příslušníka – dalo by se říct, že do té doby nemoc rodiče do jejich života tolik nezasahovala či se neprojevovala, a vedli v podstatě normální život. Zlomový bod je zásahem, kdy jedinci pocítili zásah psychopatologie do svého života.

8.2.2 „To je prostě hrozný“ – Převážně negativní zkušenost s hospitalizací

Další společný prvek, který se v rámci výzkumného souboru vyskytuje zejména mezi dívkami, a osvětluje jejich zkušenost s psychickým onemocněním jejich rodiče, je citlivé vnímání negativních prvků v přístupu personálu a v prostředí psychiatrických nemocnic, kde byla jejich matka hospitalizována.

Anna například uvádí: *„...co se týče hospitalizace, a jako léčebny psychiatrický v (tom městě A), tak to je prostě hrozný, no - tam jsou prostě lidi jenom čísla, který dostanou prášek, a nikdo s nima nemluví, nikdo s nima jako nějakou terapii vůbec“.* Cecílie popisuje: *„a ti lidi co tam chodí kolem, prostě, mě to třeba úplně- mě to málem položilo, jako, když jsem tam byla“.* O citlivém vnímání hospitalizace ze strany Dagmar jsme se již zmiňovali v rámci popisu její osobní zkušenosti.

Pro úplnost je nutno dodat, že také Barbora s Erikem mají alespoň jednu negativní zkušenost spojenou s psychiatrickou péčí, nicméně tuto jednu zkušenost nelze považovat za převažující. Většina zmíněných dívek pak má s hospitalizací či s lékařskou péčí také alespoň částečně dobrou zkušenost, nicméně vnímání negativních aspektů jsme v jejich případech, co do četnosti výskytu v rozhovorech i osobně příkládaného významu, vyhodnotili jako převládající.

8.2.3 „Naše maminka a ten blázen“ – Oddělování matky a „bláznovství“²

V souvislosti s hospitalizací i s psychickými nemocemi většina účastníků zmínila, že nějakým způsobem rozlišuje mezi svou maminkou, a psychicky nemocnou ženou, ať už v rámci jí samé, nebo v porovnání s ostatními psychiatrickými pacienty.

Například Barbora uvádí: „*nevnímám ju jako blázna, jo, to prostě vnímám spíš jakoby člověka, co má deprese*“. Anna, jejíž matka trpí bipolární afektivní poruchou, uvádí: „*To je jak dvě osoby, prostě. Normální člověk, naše maminka, a ten aktivní prostě blázen, kterej je šílenej*.“ Cecílie reflektuje nepatřičnost matky v prostředí psychiatrické léčebny: „*to mi přišlo teda, že byly už těžké případy - že třeba fakt mamka mezi nima vypadala úplně, jak kdyby tam nepatřila*“. A v rámci matky samotné zmiňuje: „*je fajn, že se prostě fakt dostala z toho, kdy fakt jako už jako nevěděla co říkat, neměla tu zásobu a tak, tak zase to byla prostě naše mamča*“.

Domníváme se, že toto oddělení matky a nemoci či oddělování matky od „bláznovství“ je jedním z faktorů, které napomáhají zvládnání náročnosti, kterou s sebou psychické onemocnění matky nese.

8.2.4 „Pro mě to je hodně náročný“ – Náročnost zvládnání nemoci

Téměř všichni respondenti se shodují, že psychická nemoc matky je v nějakém ohledu náročnou situací. Toto téma se v podstatě dotýká i všech témat dalších, či je v nich obsaženo, nicméně jsme se rozhodli je vyčlenit také zvlášť, aby bylo v práci jasně pojmenováno a byla zřetelná jeho důležitost. Náročnost zvládnání prostupuje různými aspekty matčiny choroby, ať už se jedná o zvládnání akutních projevů nemoci, psychicky zatěžující průběh hospitalizace či praktické požadavky, které jsou na respondenty kladeny v rámci matčiny indispozice.

Dagmar například popisuje náročnost opětovného objevení příznaků schizofrenie u matky takto: „*nevím, bylo to takové- tak psychicky náročné, já jsem brečela od rána do večera, opravdu, to bylo- bylo to strašně těžký*“. Cecílie se vyjadřuje o zvládnání matčiny hospitalizace: „*já jsem jako už tak jsem tam měla dny, kdy jsem třeba nešla do školy, a tak, protože mě to úplně položilo*“; v současné době popisuje, že „*ona má totiž takové zvláštní reakce na různé věci, a jí se i stalo i to, že prostě hodně začla zapomínat, špatná slovní zásoba ... tak je to takové, že prostě kolikrát mě to štve*“. Pro Erika je matčina nemoc náročná

² Výraz „bláznovství“ záměrně ponecháváme v uvozovkách, neboť se jedná o neodborný pojem, který má navíc stigmatizační potenciál, nicméně velmi dobře ilustruje vnímanou spojitost mezi jednotlivými zkušenostmi.

z více hledisek – jednak proto, že postrádá matčinu péči a zájem, také vnímá, že ho matčina nemoc omezuje, a navíc se jedná o téma, na které je „háklivej“.

Pro Annu i její blízké jsou náročné zejména matčiny manické fáze: „*pokud jsou ty mánie, tak to prožívám teda hodně těžce, no*“. Kromě toho na sebe bere v případě matčiny hospitalizace roli „paní domu“, což ve spojení s vlastními povinnostmi vytváří kombinaci, kterou komentuje:

Ale bylo to jako fakt hrozně náročný prostě, zvládat ty dvě školy, prostě, ten strašnej stres jako tlak vodtamtud', a eště se starat jakoby vo celou tu domácnost, což si člověk vůbec ani já si ted'ka v tuhle chvíli neuvědomuju, kolik je to vlastně práce, když to nemusím dělat.

Z uvedených ukázek je zřejmé, že se jedná o skutečně náročnou situaci, která je zatěžující pro celý rodinný systém.

8.2.5 „Že s tím nemůžu nic udělat“ – Bezmoc

I když by se téma pocitu bezmoci dalo vřadit do předchozího oddílu, zmíníme je i samostatně, neboť je považujeme za důležitou součást zkušenosti respondentů. Silný pocit bezmoci vůči projevům matčiny nemoci se vyskytuje ve třech případech, a to konkrétně u Anny, Dagmar a Erika, pokaždé v mírně odlišném významu.

Anna popisuje bezmoc například v situaci, kdy u matky stoupají manické projevy a rozhodne se, že nebude brát prášky. Současnou situaci, kdy se matčiny manické projevy objevují stále častěji, se Anna vyjadřuje: „*myslím, že my se snažíme, že už to víc ani se snažit nejde, a stejně se to zhoršuje, prostě*“. – můžeme tedy sledovat marnost boje navzdory maximálnímu úsilí. U Dagmar se v situaci akutních projevů matčiny nemoci mísila bezmoc se soucitem a utrpením: „*ten pocit bezmoci, že s tím nemůžu nic udělat, v podstatě, a jenom se musím dívat na to utrpení toho druhého*“. Erik ve své zkušenosti podobně kombinuje pocit bezmoci s lítostí, ale také se vztekem („*proč se kvůli nám nemůžeš aspoň trochu snažit...*“).

Tento oddíl také ilustruje, že jedinci používají pro popis své zkušenosti podobný pojem, nicméně v rámci každého případu i situace má výraz „bezmoc“ mírně odlišný význam – zkušenost každého účastníka si tedy uchovává svoji jedinečnost, a zároveň je možné napříč případy spatřovat určitou jednotnost.

8.2.6 „Být k ní jako lepší“ – Ohled k matce

Další téma, jež bylo společné pro většinu účastníků, je braní ohledu na nemocnou matku. Barbora například uvádí, že „*se snažím prostě fakt na ňu bejt hodná, jo...jakože hodnější ještě, a prostě jako nic jí nějak jako nevyčítat nebo tak...*“. Podobně udává Cecílie: „*snažím*

se prostě být k ní jako lepší, prostě chovat se líp, a tak“. Kromě toho také matčinu stavu přizpůsobuje vlastní chování: *„ona to má jako jak na horské dráze, že sem tam je to dobrý, a sem tam ne. Takže- a ty se podle toho musíš taky trošku chovat, jo“.* Podobně je také Anna již od dětství zvyklá brát matčinu nemoc v potaz a přizpůsobovat tomu jak své chování (*„tak budeme potichu, ať se vyspí“*), tak způsob komunikace (*„nemluvíme o tom (o počínajících projevech mánie) před ní, protože by ju to akorát víc vystresovalo“*).

Ne vždy je však nemoc přijímaná s takovými ohledy – například Erik mívá právě kvůli rozdílnému pohledu na matčinu nemoc občasné konflikty s otcem – v Erikových očích se otec snaží matku někdy nadměru omlouvat.

8.2.7 „Jak dítě“ – Záměna rolí mezi rodiči a dětmi

Dalším společným tématem, které částečně souvisí s ohledem vůči rodiči s duševní nemocí, je částečná záměna rolí mezi rodiči a dětmi. Vzhledem k občasnému vlivu nemoci na matku jsou někdy role buď přímo obrácené, tedy že dítě vystupuje vůči matce „nadřazeným“ způsobem, či zastává některou z rolí místo ní.

Roli „paní domu“ jsme již zmiňovali u Anny v oddílu zabývajícím se náročností matčiny nemoci. Pokud je matka hospitalizovaná, částečně na sebe přebírá zodpovědnost za chod domácnosti, ale i za své bratry a otce: *„a teď tam člověk přijede na ten víkend, musí: vyprat, prostě, vytrít, uklidit, prostě navařit zase na celý týden, aby tam přežili...“* Popisuje také, jak dělala úkoly s mladším bratrem či dohlížela přímo na matku, aby brala léky. Potřebu kontroly nad matkou a péče o ni vnímá také Erik: *„mám furt pocit, že se o ni musím postarat, furt se zajímat o to, kam půjde, co dělá nebo...s kým někde jde nebo prostě...furt musím mít nějaký o ní nějaký přehled, abych... abych...mohl být svým způsobem v klidu“.*

Cecilie zase popisuje, že když ji matka objímá, má pocit, jako by u ní matka hledala nějaké vysvobození či útěchu. Také Dagmar se zmiňuje o matce v roli dítěte, a to když popisuje akutní příznaky nemoci: *„ale že to bylo prostě až moc, že to bylo takové jak dítě, v podstatě, a plus ještě teda ty věci navíc k tomu“.*

Jako doplňující postřeh připojujeme, že jsme během analýzy nabyli dojmu, jako by ve vztazích mezi otci a dcerami v souvislosti s matčinou nemocí došlo k jakémusi zvláštnímu spojení – Anna a Cecilie hojně (Dagmar pouze párkrát a Barbora jednou) v rámci své zkušenosti s matčinou nemocí používají výraz „s taťkou“, kdy popisují různé případy spolupráce či společně prožívaných situací. Takto například Anna vypráví o období, kdy matka stoupá do mánie: *„jsem na drátě s taťkou, říkám mu, co by měl asi teďka udělat, když na něj křičí, a ať je v klidu, že jsem s ním, a tak“.* Nicméně tato vazba je pravděpodobně

přirozeným vyústěním jednak společně prožívaných náročných situací, a jednak je dána osobnostními rysy otce. Roli otce se budeme věnovat v následujícím oddílu, a to v kontextu vztahu ke své ženě.

8.2.8 „S tatškou se fakt milujou“ – Silná vazba matky a otce

Jako významný faktor jsme identifikovali také vnímanou sílu vazby mezi otcem a matkou. Vzhledem k tomu, že jsme jako jeden ze vstupních požadavků na respondenty uvedli, že jejich rodiče nesmí být rozvedení a musí sdílet domácnost, může být tento oddíl vnímán jako nadbytečný, nicméně rádi bychom přiblížili, jak vztah rodičů vidí právě sami respondenti.

Citace uvedená v názvu oddílu pochází z rozhovoru s Cecílií – ta mimo jiné také uvádí, že tatka mamce *„dává podporu – i předtím, i potom, i během toho“*. Cecílie také pozoruje změnu v otcově chování po návratu z hospitalizace – *„jak kdyby se třeba znovu zamiloval“*. Anna popisuje, že je jí otec velkou oporou, a dodává, že *„ten kdyby...se na to vykašlal, prostě, a rozvedl by se s ní, tak by- mu to nikdo nemohl vyčítat, prostě. Protože to je fakt šílený, jo, co von dokázal už náš tatka si prožít s ní...“*. Také dodává, že odmalička ji i její bratry učil, jak dávat matce najevo, že ji mají rádi.

U Barbory, ale také u Cecílie se setkáváme s tím, že otec snášel matčinu hospitalizaci těžce. I toto může být ukazatelem pouta, které s matkou mezi sebou mají. V případě Barbory si rodiče budou navzájem blízcí pravděpodobně také vlivem mezigenerační propasti, kterou Barbora vnímá. Erik na jednu stranu udává, že se otec matky často zastává či stojí na její straně, nicméně na druhou stranu uvádí, že *„dost od toho manželství, který zahrnuje jenom je dva, tatku mamku, že od toho jako dost ustoupili“*.

Domníváme se, že zaměření se na osobnostní charakteristiky dlouhodobých partnerů žen s duševním onemocněním by mohlo být zajímavým podnětem k dalšímu zkoumání.

8.2.9 „Téma, které opravdu si tu důvěru vyžaduje“ – Citlivost tématu

Více než polovina respondentů se vyjadřuje také o tom, že je pro ně téma matčiny nemoci citlivé a někdy je jeho sdílení bolestivé i v rámci rodinného kruhu.

Anna udává, že se v minulosti *„spálila“*, a přiznává, že *„kamarádům se to snažím sdělovat až ve chvíli, kdy vím, že to jsou fakt jako dobří lidi, kteří to dokážou pochopit“*. Pro Dagmar téma duševní nemoci získalo na citlivosti nejvíce zejména poté, co zažila akutní projevy nemoci a hospitalizaci – po silném zážitku doplňuje, že *„je asi těžké se o tom bavit s někým, kdo to přímo nezažil“*. Udává, že není schopná o tématu mluvit nezaujatě, nechce se o tuto prožitou zkušenost dělit s okolím, a proto o tom spíše nemluví či se tématu vyhýbá.

Pro Erika je téma citlivé také z toho důvodu, neboť se mu pojí s předsudky ostatních

lidí a s nálepkováním, které se mu přičítá. Je mu nepříjemné, „*aby prostě někdo si- někdo si říkal: No jo, jeho máma je šílená - a takovýhle*“.

Důvody, kvůli nimž se respondenti našeho výzkumu o nemoci rodičů neradi baví, vycházejí jednak z jejich negativní zkušenosti s okolím, ale v některých případech přisuzujeme velký vliv také introvertnímu zaměření jedince.

8.2.10 „V nouzi poznáš přítele“ – Sociální opora a prověření vztahů

Jak jsme naznačili výše, duševní nemoc rodiče spojená s hospitalizací je pro potomky jednak náročnou životní podmínkou, jednak tématem, se kterým se nesvěřují každému. Oba tyto aspekty jsou ale spojeny v prověření přátelských i jiných kontaktů, které s sebou pro účastníky našeho výzkumu zkušenost s duševním onemocněním rodičů nese.

Například Barbora si cenila rad a pomoci odborníků, kteří spadali do její širší sociální sítě, a také jí pomohlo, že si mohla promluvit s kamarádkou, která je v podobné situaci jako ona. Cecilie zmiňuje, že „*strašně záleží na tom, abys měla prostě kolem sebe lidi, co tě jako podrží*“. Erik uvádí, že vlivem matčiny nemoci „*vopravdu teď už vim, který lidi já můžu naprosto bez ostychu požádat o pomoc, který to ochotně udělaj*“. Podobnou zkušenost má také Anna – ta popisuje, že díky nemoci matky má všude opravdové vztahy, a přidává konkrétní milou zkušenost: „*upřímně, ten přítel, že přežil taji dvě tyhle ty hospitalizace, a pořád se mnou je, tak prostě to je největší zkouška, kterou uspěl, a už prostě nebudu hledat nikde nic (smích)*“.

Přítele v nouzi poznala také Dagmar – sama o sobě říká, že má blíže spíše ke zvířatům než k lidem, a největší podíl pomoci v náročném prožívání matčiny nemoci připisuje svému koni, se kterým trávila volné chvíle.

8.2.11 „Odjet pryč“ – Pomoc odstupu

Aspekt zkušenosti s duševním onemocněním matky, který sdílí Anna, Cecilie a Erik, je skutečnost, že jim pomáhá odjet pryč z domova – většinou do měst, kde studují. Anna uvádí: „*třeba tady v městě A mi je dobře, prostě, jak- jak jsem jakoby mám od toho takovej odstup*“.

Pro Cecilii je odstup důležitý také proto, že nechce matce ubližovat svou bezprostřední a impulzivní povahou – „*aspoň u té mamky si říkám, že fakt je důležité zamyslet se nad tím, co jako...jí chci říct ... a prostě tak bych chtěla vždycky jet pryč, rozmyslet si to tam a pak jí to říct*“. O přínosu odstupu od nemoci pro Erika jsme se zmínili již v popisu jeho osobní zkušenosti – sice na matku stále myslí, ale už jen samotný fakt, že není „*v epicentru tý nemoci*“ mu svým způsobem pomáhá.

8.2.12 „Prostě že mi to asi něco dalo“ – Přínos nemoci

Posledním prvkem, který byl pro více respondentů společný, je vnímání pozitivního přínosu matčiny nemoci. Anna a Erik zmiňují prověření přátelských vazeb, které jsme komentovali v předcházejícím oddíle – pro Erika však bylo velmi obtížné nějaké pozitivum najít. Barboře zkušenost s matčiny sebevražedným pokusem dodala odhodlání k tomu, aby ona sama nic takového neudělala, nicméně celkově přínos nemoci příliš nevnímá.

Cecilie uvádí, že doba matčiny hospitalizace prospěla jejímu vlastnímu vztahu s otcem („*A vlastně jsem si s tím tatškou byla prostě úplně najednou blíž. Eště než jsme teda byli, jako.*“) i s matkou. Kromě toho zmiňuje, „*že nám to ukázalo, že prostě se fakt jako dá přežít spoustu věcí v životě prostě, a že se svět nezhroutí, že to prostě vždycky jde nějak vyřešit-všechno jde vždycky nějak vyřešit*“. Toto vědomí je jistě posílením pro budoucí náročné situace v životě. Dagmar podobně vnímá, že jí zkušenost s hospitalizací dala „*rozhodně nějakou mnohem větší psychickou odolnost*“ a také jí pomohla v pochopení matčiny nemoci i v jejím přijetí.

Anna, která má s matčinou nemocí a jejími akutními projevy v rámci výběrového souboru nejdelší zkušenost, líčí: „*Určitě mě ta nemoc vychovala, jako že prostě s tím žiju tak dlouho, že díky tomu jsem taková, jaká jsem, díky tý nemoci. Že bych asi... prostě mě to naučilo být hrozně empatická, tolerantní, a...chápaní, prostě bych řekla.*“ Kromě toho popisuje, že vlivem nemoci je odolná nejen ona sama, ale také celá jejich rodina (více viz Příloha 4, oddíl Anna, ukázka B). Posílení rodinné odolnosti je rozhodně velmi cenným přínosem. Celkově by mohlo být zajímavé se v dalších výzkumech zaměřit na zvládání duševní nemoci celým rodinným systémem a vycházet přitom také z konceptu rodinné resilience.

8.3 Stručné shrnutí výsledků

V rámci našeho výzkumu jsme si položili výzkumnou otázku: Jaká je zkušenost adolescentů s duševním onemocněním jejich rodičů, kteří byli hospitalizováni na psychiatrii? Po provedení interpretativní fenomenologické analýzy jsme jako důležité aspekty této zkušenosti identifikovali následující prvky:

1. Zlomový bod, který se vztahuje k nemoci rodiče a jedinci pomáhá strukturovat svou zkušenost v rámci časového kontinua
2. Převážně negativní zkušenost s některými aspekty hospitalizace
3. Oddělování rodiče od projevů „bláznovství“
4. Náročnost zvládnání situací spojených s nemocí
5. Pociťovaná bezmoc ve vztahu k projevům nemoci
6. Ohled k rodiči s duševní nemocí
7. Dočasná či částečná výměna v rolích mezi rodiči a dětmi v důsledku psychické nemoci rodiče
8. Silná vazba matky a otce
9. Citlivost tématu psychické nemoci
10. Důležitost sociální opory a prověření opravdových vztahů
11. Pomoc odstupu a možnosti mít svůj vlastní život také mimo domov
12. Přínos nemoci například v posílení vlastní i rodinné odolnosti

Jako hlavní cíl jsme si na počátku výzkumu vytyčili prozkoumání zkušenosti adolescentů s duševním onemocněním jejich rodičů, kteří prošli psychiatrickou hospitalizací. Domníváme se, že těmito zjištěními jsme z velké části stanovený cíl naplnili.

9 DISKUZE

V následující diskuzi rozvedeme interpretaci některých zjištění a porovnáme je s vybranými dosavadními poznatky, budeme se také věnovat limitům a možným zdrojům zkreslení, a nastíníme také možnosti směru dalšího zkoumání.

Ve světle zjištěných poznatků vnímáme důležitost zkvalitnění současné podoby psychiatrické péče, a to jak po stránce vybavení, tak po stránce přístupu pracovníků. V tomto ohledu si velmi ceníme snahy Ministerstva zdravotnictví o reformu psychiatrické péče, a doufáme v její zdárný průběh. Aktuálně (23. března 2018) byla například vyhlášena výzva k podávání žádostí o dotace na podporu Center duševního zdraví ve vybraných krajích (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2018). Pokud se podaří dosáhnout vizí, jež byly v rámci reformy předloženy (snižování lůžek v psychiatrických nemocnicích, komunitní týmy apod.), zcela jistě to povede ke zkvalitnění života nejen osob s duševním onemocněním, ale také jejich rodin a blízkých osob.

9.1 Výsledky v kontextu srovnání se současným poznáním

Při komentování a interpretování výsledků z převážné části dodržíme pořadí témat tak, jak jsme je prezentovali ve stručném shrnutí.

Přítomnost „zlomového bodu“ je v některých případech našeho souboru prvním setkáním s projevem výraznější patologie. Je to událost, na kterou respondenti samotní nemají žádný vliv, přesto se zdá být pro jejich zkušenost podstatná, neboť jsou konfrontováni se závažností situace, a tato situace má bezprostřední dopad na jejich život.

Co se týká převážně negativních zážitků z hospitalizace a záporného dojmu z prostředí léčeben, rozlad dětí rodičů se schizofrenií související s návštěvami v nemocnici popsala například Somers (2007). Domníváme se, že negativní hodnocení prostředí léčeben bylo zčásti způsobeno osobnostními nastaveními jedinců k vyšší senzitivitě a hlubokému prožívání emocí, a také prekoncepty, které účastníci měli předtím, než se s prostředím léčebny setkali. Nicméně částečně je nutno s respondenty v jejich popisu zkušenosti souhlasit – na nevyhovující aspekty léčby reaguje také v současnosti probíhající reforma psychiatrické péče (Ministerstvo zdravotnictví ČR, nedat.), o níž jsme se zmínili výše.

Se současnou podobou psychiatrické péče v naší zemi může dle našeho názoru částečně souviset také oddělování rodiče od projevů „bláznovství“, neboť představa rodiče jako součásti prostředí, které vyvolává negativní dojmy, může být svým způsobem nepřijatelná – v tomto oddělování spatřujeme zejména prvek obran, které napomáhají lepšímu přijetí matčiny nemoci. Poněkud odlišný princip může mít toto oddělování

v případě, kdy se jedná o rozlišování projevů „bláznovství“ a matky v rámci jednoho člověka, i když ve výsledku se domníváme, že se taktéž jedná o jistou obrannou reakci, neboť například z nenávistných projevů vůči vlastní osobě jedinec může vinit nemoc, a nikoli svoji matku jako takovou. Snaha oddělovat matku od „blázna“ může také souviset se snahou vyhnout se stigmatizaci psychických poruch – o její přítomnosti ve společnosti pojednávají například Ocisková a Praško (2015). Se stigmatizací dle našeho názoru souvisí také další námi identifikovaný faktor zkušenosti s duševním onemocněním rodiče, kterým je citlivost tématu.

Že je duševní nemoc v rodině zátěžovou situací, je informace, se kterou se setkáme v rámci psychologické literatury (např. Matoušek & Pazlarová, 2014) i současných výzkumů (např. Krattenmacher et al., 2014). S náročností zvládnání souvisí také pociťovaná bezmoc ve vztahu k projevům nemoci, která by mohla být také ukazatelem nedostatečné informovanosti rodiny či nedostatečně zakoušené podpory a pomoci ze strany odborníků a systému péče – v odpovědích respondentů však vnímáme zejména bezmoc v boji proti nemoci jako takové.

Dočasná či částečná výměna v rolích mezi rodiči a dětmi v důsledku psychické nemoci rodiče, kterou jsme v rámci výzkumu identifikovali, byla zaznamenána také Plochovou (2012). Trondsen (2012) popisuje převzetí odpovědnosti za práci v domácnosti, vaření, provádění praktických úkolů a péči o sourozence a rodiče jako jednu ze strategií, kterou adolescenti v rámci jejího výzkumu používali ke zvládnání duševního onemocnění svých rodičů. Několik z těchto dospívajících jedinců se v rámci rodiny popisovalo jako další dospělý, zejména během horšího období nemoci rodičů. V souvislosti s již uvedeným doplňujeme, že mnoho autorů (např. Somers, 2007; Cooklin, 2009; Siu Mui, & Ying Suet Chau, 2010; Trondsen, 2012; Dam & Hall, 2016) také pojednává například o tom, že děti psychicky nemocných rodičů vůči nim vystupují v pečovatelské roli či se o to alespoň snaží. V rámci našeho výzkumu jsme také identifikovali téma ohledu k matce, které vnímáme jako související právě se zmíněnými pečovatelskými tendencemi.

Za zajímavé téma, které se v průběhu analýzy vynořilo, považujeme vnímanou silnou vazbu mezi matkou a otcem (viz dále). Důležitost a prospěšnost sociální opory, o které se respondenti našeho výzkumu vyjadřovali, je také faktorem, který se již objevil v rámci prací mnohých autorů (např. Homlong et al., 2015; Dam & Hall, 2016). Ohledně nalezené zvládací strategie „odstupu“, kdy jedinci popisují, že jim pomáhá zdržovat se mimo domácnost duševně nemocného rodiče, podobné poznatky zmiňuje například Trondsen (2012).

Co se týká vnímaného přínosu nemoci, ve studii Siu Mui a Ying Suet Chau (2010), které se účastnilo pět potomků rodičů trpících schizofrenií, popisují probandi podobné zisky, jako tomu bylo u výzkumného souboru této práce – mimo jiné osobnostní růst a posílení vlastní odolnosti.

9.2 Limity a rizika

Co se týká limitů práce, autorka si je vědoma nižšího počtu respondentů, než bývá standardně požadováno. Nicméně vzhledem k úzkým kritériím pro výzkumný soubor, poměrně rozsáhlému množství dat (cca 360 minut záznamu převedených do bezmála 160 normostran přepisu) a detailnímu průběhu analýzy považujeme tento počet pro danou práci za dostačující. V otázce metodologie výzkumu jsme postupovali zejména podle doporučení Smithe et al. (2009), kteří nadto pro práce pregraduálních studentů ve vlastní praxi doporučují výzkumný soubor o rozsahu 3 jedinců.

Po proběhlé zkušenosti autorka uvažuje, zda by nebylo vhodnější zaměřit se pouze na jednu chorobu či podobnou skupinu onemocnění, neboť by byly pravděpodobně zřetelnější podobnosti mezi jednotlivými případy. Nicméně i přesto, že jsme v našem případě pracovali se „zkušeností s duševní nemocí rodiče“ jako s univerzálnějším pojmem, podařilo se nalézt společné prvky bez ohledu na konkrétní diagnózu rodiče – je tedy zřejmé, že v tomto druhu zkušenosti existuje jistá univerzalita.

Ohledně výzkumné otázky autorka zpětně reflektuje, že by mohlo být transparentnější rozdělit výzkumnou otázku na dva oddíly – jeden by cílil na zkušenost s nemocí, druhý na zkušenost s hospitalizací – hospitalizace by tedy nebyla vnímána jako zpřesňující kritérium pro bližší specifikaci zkušenosti s nemocí, ale bylo by na ni nahlíženo jako na samostatnou zkušenost. Současně však vnímáme, že se jedná o aspekt, který se zkušeností s duševní nemocí rodiče souvisí a je její součástí.

Co se týká otázek k rozhovoru, uvědomuje si autorka práce, že by bylo vhodné reflektovat nejen svou vlastní motivaci k realizování takového výzkumu, ale také se na motivaci k účasti ptát respondentů – tento postup by pak mohl poskytnout detailnější vhled do jejich zkušenosti, a případně by mohl napomoci odfiltrování nežádoucích tendencí ze strany respondentů – tím, že se ve strategii výběru účastníků jednalo v podstatě o samovýběr, získali jsme skupinu respondentů, kterou kromě popsané zkušenosti s nemocí pojí také ochota či chuť o tomto tématu mluvit.

Ohledně vedení rozhovoru autorka přiznává, že vzhledem ke svému temperamentu a impulzivité pro ni bylo místy obtížné zachovávat pozici reflektujícího posluchače.

Například v otázce práce s pauzami či tichem během rozhovorů spatřuje autorka na své straně jisté nedostatky, a tím i prostor k práci na sobě samé. Co se týká vlastní zaujatosti tématem, ta byla částečně odfiltrována díky reflexi autorky, provedené před započítáním analýzy – některé úseky tak posléze byly (například pro přílišnou tendenčnost ve formulaci) z analýzy vypuštěny, nicméně autorka připouští, že zcela se své zaujatosti zbavit nedokázala.

Pro autorku byl realizovaný výzkum v podstatě první rozsáhlejší zkušeností s kvalitativním přístupem, kdy se na procesu podílela od začátku až do konce. Je si vědoma toho, že zpracovávané téma by si pravděpodobně vzhledem ke své citlivosti žádalo výzkumníka, který má s tématem i aplikovanou metodou více zkušeností, nicméně jistou výhodou spatřuje například v tom, že není příliš vzdálená věkové kategorii, na kterou se výzkum zaměřuje – například navázání kontaktu či navození otevřené atmosféry se tedy dělo velmi přirozeně.

Celkově bylo vedení rozhovorů zaměřených na respondenty pro autorku velmi cennou zkušeností, kterou hodnotí jako přínosnou mimo jiné pro růst v získávání praktických dovedností v rámci svého oboru. Závěrečná osobní reflexe a úvaha autorky o zpracovávaném tématu v kontextu procesu tvorby diplomové práce je k nahlédnutí v Příloze 6.

9.3 Podněty pro další zkoumání či pro praktické využití práce

Osobní přínos pro autorku je však pouze jedním z aspektů, v nichž vnímáme užitečnost této práce. Výzkum považujeme za zajímavou, autentickou a aktuální výpověď mladých lidí, kteří se potýkají s duševním onemocněním rodičů v realitě naší současné společnosti. Právě svým zasazením do dnešní doby a zaměřením se na současné adolescenty se práce dle našeho názoru vymyká oproti výzkumům, které již byly v České republice na toto téma realizovány. Například Plochová (2012), jejíž výzkum zkušenosti dětí rodičů s duševním onemocněním jsme zmiňovali jako nejpodobnější záměru našemu, realizovala rozhovory s již dospělými jedinci, a zkušenost z dětství byla hodnocena s časovým odstupem. V aktuálnosti zkušenosti respondentů našeho výzkumu spatřujeme přínos také v tom, že se může jednat o jakousi zpětnou vazbu k probíhající reformě psychiatrické péče v naší zemi.

Pro budoucí výzkum bychom navrhovali zaměřit se například na osobnostní charakteristiky manželů či dlouhodobých partnerů žen, které trpí některou ze závažných duševních poruch. Domníváme se, že by se tito muži mohli v některých charakteristikách odlišovat od mužů, kteří zkušenost s psychiatrickým onemocněním u své partnerky nemají.

Autorka také zvažuje své vlastní další kroky, které v návaznosti na tuto práci podnikne. Vzhledem k tomu, že se jí podařilo navázat kontakty s více než 100 osobami, které mají určitou zkušenost s duševním onemocněním, a nadto někteří jedinci vyjadřovali velkou ochotu k zapojení do výzkumu, mohlo by být pro všechny strany přínosné rozvinout další spolupráci. V rámci školení v dobrovolnické organizaci „Nevypusť duši“ bylo autorce práce sděleno, že vhodným prostředkem destigmatizace psychických onemocnění ve společnosti je sdílení osobních příběhů s vlastní zkušeností s nemocí – autorka uvažuje, že obdobný přínos by mohlo mít sdílení zkušenosti s nemocí blízkého člověka.

10 ZÁVĚRY

V rámci našeho výzkumu jsme si položili výzkumnou otázku: Jaká je zkušenost adolescentů s duševním onemocněním jejich rodičů, kteří byli hospitalizováni na psychiatrii? Po provedení interpretativní fenomenologické analýzy jsme napříč různými případy identifikovali celkem 12 témat, které jsou součástí výše popsané zkušenosti.

U všech pěti respondentů bylo možno v rámci jejich zkušenosti nalézt přítomnost zlomového bodu, který se vztahuje k nemoci rodiče a jedinci pomáhá strukturovat svou zkušenost v rámci časového kontinua. Všichni jedinci také komentovali důležitost sociální opory či prověření opravdových vztahů.

Ve čtyřech případech bylo identifikováno společné téma náročnosti zvládnání matčiny nemoci a se stejnou četností se vyskytlo téma výměny v rolích mezi rodiči a dětmi.

Třikrát se v rámci výzkumného souboru vyskytlo téma převažující negativní zkušenosti s hospitalizací, oddělování matky a „bláznovství“, téma bezmoci, ohledu k matce, téma silné vazby mezi matkou a otcem, citlivost tématu, pomoc odstupem a přínos matčiny nemoci.

Výzkum považujeme za zajímavou, autentickou a aktuální výpověď mladých lidí, kteří se potýkají s duševním onemocněním rodičů v realitě naší současné společnosti.

SOUHRN

Tato magisterská diplomová práce pojednává o zkušenosti adolescentů s duševním onemocněním jejich rodičů.

Teoretická část je rozdělena do čtyř hlavních kapitol – věnovali jsme se tématu adolescence, představili různá pojetí duševního zdraví, normality a duševní nemoci, zabývali jsme se péčí o osoby s duševním onemocněním na území České republiky a popsali jsme duševní nemoc v kontextu rodiny.

V první kapitole teoretické části jsme nejprve vymezili dále užívané pojmy, neboť v pojetí různých autorů se pohled na periodizaci období dospívání mnohdy odlišuje. Stručně jsme charakterizovali období adolescence, přičemž jsme pozornost věnovali zejména období mezi 17-20 lety. Zaměřili jsme se také na vztahy adolescentů s rodiči.

Ve druhé kapitole jsme nastínili vztahy mezi duševním zdravím, normou a normalitou – pohledů na duševní zdraví existuje velké množství, což značí, že se jedná o velmi komplexní pojem. Vymezili jsme také různá pojetí duševní nemoci a představili dva v současné době používané systémy klasifikace duševních nemocí, MKN-10 a DSM-5.

Třetí kapitolu jsme věnovali péči o duševně nemocné na území České republiky – krátce jsme uvedli historii psychiatrické péče v naší zemi a věnovali jsme se zejména současnému stavu, kdy jsme zvláště představili ambulantní, lůžkovou a komplementární formu péče včetně statistických údajů o počtech léčených pacientů. V rámci této kapitoly jsme se také věnovali v současnosti probíhající reformě psychiatrické péče a v kontextu současného stavu představili její záměry.

V poslední, čtvrté kapitole teoretické části jsme se věnovali tématu rodiny s duševně nemocným členem. Nejprve jsme představili různé úhly pohledu na pojem „rodina“ a nastínili vývoj jeho významu v současnosti. Představili jsme také základní funkce rodiny. Následně jsme se věnovali dopadu duševního onemocnění na rodinu. Mezi mnoha autory panuje shoda, že přítomnost duševní nemoci v rodině je zatěžující situací, která má vliv na celý rodinný systém. Krátce jsme se také věnovali možnostem zvládnání a pomoci – mnoho odborníků zdůrazňuje například prospěšnost a důležitost psychoedukace, tedy poskytování informací o nemoci jak pacientům, tak jejich blízkým. Zvláštní podkapitolu jsme věnovali vlivu duševní nemoci rodičů na jejich děti a představili některá výzkumná zjištění. Na závěr jsme zmínili vybrané výzkumy s tematikou duševního onemocnění rodičů, které byly realizovány na území České republiky v posledních několika letech.

Co se týká empirického zaměření této práce, výzkumným problémem našeho zkoumání byla zkušenost adolescentů v období pozdní adolescence s duševním onemocněním jejich rodičů, kteří byli hospitalizováni na psychiatrii. Dle námi provedené rešerše se na území České republiky jedná o nepříliš prozkoumanou oblast, která si však dle našeho názoru zaslouží pozornost. Jako hlavní cíl výzkumu jsme tedy vytyčili prozkoumání zkušenosti adolescentů s duševním onemocněním jejich rodičů, kteří prošli psychiatrickou hospitalizací. Hlavní výzkumná otázka, kterou si v návaznosti na stanovení výzkumného problému a cíle v rámci výzkumu pokládáme, zní: Jaká je zkušenost adolescentů s duševním onemocněním jejich rodičů, kteří byli hospitalizováni na psychiatrii?

V návaznosti na naši výzkumnou otázku jsme se rozhodli problém zkoumat pomocí kvalitativního přístupu, konkrétně za využití interpretativní fenomenologické analýzy. Při postupu jsme vycházeli zejména z publikace Smithe, Flowera a Larkina (2009).

Oslovování účastníků probíhalo zejména prostřednictvím sociální sítě Facebook, kde byl opakovaně a v rámci různých skupin sdílen plakátek s výzvou k účasti na výzkumu. Protože se jedná o citlivé a osobní téma, rozhodli jsme se využít jako motivační prvek finanční odměnu ve výši 200,- Kč za jeden poskytnutý rozhovor.

V souladu se zvoleným metodologickým postupem jsme kladli důraz na homogenitu vzorku. Účastníci, kteří zareagovali na výzkumnou výzvu, byli seznámeni se zpřesňujícími kritérii, která museli respondenti splňovat (požadovali jsme věkové rozmezí mezi 17 a 20 lety, nedokončenou profesní přípravu, absenci uzavřené pracovní smlouvy či samostatného podnikání, dále hospitalizaci rodiče na psychiatrii během posledních dvou let a absenci duševního onemocnění u vlastní osoby; posledním uvedeným kritériem pak byla společná domácnost obou rodičů, v níž jedinec alespoň část týdne žije).

Výsledný výzkumný soubor tvořilo 5 respondentů ve věku 19-20 let. Co se týká u rodičů zastoupených poruch, dvakrát se v rámci výzkumného souboru vyskytla deprese, dále pak bipolární afektivní porucha, panická ataka a schizofrenie. Ve všech případech byla rodičem s duševní nemocí matka.

Data k výzkumu byla získávána pomocí polostrukturovaného rozhovoru, který byl nahrán na diktafon. Po pořízení nahrávky byly rozhovory doslovně přepsány, jména osob a míst byla poté změněna. Ještě před započítáním analýzy autorka této práce provedla částečnou reflexi vlastní zkušenosti. Jednotlivé rozhovory byly nejprve opakovaně pročítány, následně k nim byly utvářeny poznámky trojího typu – deskriptivní, lingvistické a konceptuální. Původní poznámky byly přetvářeny do výstižnějších témat, která následně

byla převedena do samostatného seznamu. Další fází bylo vyhledávání spojitostí mezi vzniklými tématy. Seskupením vypsaných témat vznikla témata nadřazená, která tvoří jádro zkušenosti každého respondenta. V poslední fázi jsme se snažili nalézt souvislosti a podobnosti mezi jednotlivými případy – tento krok jsme prováděli na dvou úrovních, kdy v jedné jsme pracovali pouze s nadřazenými tématy, a opět je seskupovali dle vzájemných vztahů. Na druhé, detailněji zaměřené úrovni, jsme pracovali s „celými“ fragmenty jednotlivých zkušeností, tedy s nadřazenými tématy i jejich obsahem (tedy tématy, která byla pod ně vřazena).

Po provedení interpretativní fenomenologické analýzy jsme jako společná pro různé případy identifikovali celkem 12 témat. U všech pěti respondentů bylo možno v rámci jejich zkušenosti spatřit přítomnost zlomového bodu, který se vztahuje k nemoci rodiče a jedinci pomáhá strukturovat svou zkušenost v rámci časového kontinua. Všichni jedinci také komentovali důležitost sociální opory či prověření opravdových vztahů. Ve čtyřech případech bylo identifikováno společné téma náročného zvládnutí matčiny nemoci a se stejnou četností se vyskytlo téma výměny v rolích mezi rodiči a dětmi. Třikrát se v rámci výzkumného souboru vyskytlo téma převažující negativní zkušenosti s hospitalizací, oddělování matky a „bláznovství“, téma bezmoci, ohledu k matce, téma silné vazby mezi matkou a otcem, citlivost tématu, pomoc odstupu a přínos matčiny nemoci.

Výzkum považujeme za zajímavou, autentickou a aktuální výpověď mladých lidí, kteří se potýkají s duševním onemocněním rodičů v realitě naší současné společnosti. Pro budoucí výzkum bychom navrhovali zaměřit se například na osobnostní charakteristiky manželů či dlouhodobých partnerů žen, které trpí některou ze závažných duševních poruch. Domníváme se, že by se mohli v některých charakteristikách odlišovat od mužů, kteří zkušenost s psychiatrickým onemocněním u své partnerky nemají. Autorka také zvažuje své vlastní další kroky, které v návaznosti na tuto práci podnikne.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

1. Alase, A. (2017). The Interpretative Phenomenological Analysis (IPA): A Guide to a Good Qualitative Research Approach. *International Journal Of Education And Literacy Studies*, 5(2), 9-19.
2. Antoine, P. & Smith, J. (2017). Getting at experience: An outline of interpretative phenomenological analysis as a qualitative psychology methodology. *Psychologie Francaise*, 62(4), 373-385. doi:10.1016/j.psfr.2016.04.001
3. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition. (DSM-5)*. Arlington: American Psychiatric Association.
4. American Psychiatric Association (2015). *DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe - Testcentrum.
5. Bachroníková, M. (2015). *Skúsenosť ľudí s nešpecifickými črevnými zápalmi: Interpretatívna fenomenologická analýza*. (Magisterská diplomová práca). Masarykova univerzita. Získáno 1. listopadu 2017 z https://is.muni.cz/th/cv3mm/DP_Bachronikova.pdf
6. Baštecká, B., & Mach, J. (2015). *Klinická psychologie*. Praha: Portál.
7. Baumgartner, F. & Karaffová, E. (2012). Strategie zvládání ve vztahu k aspektům vynořující se dospělosti. *Psychologie pro praxi*, 4(1-2), 11-25.
8. Bellido-Zanin, G., Pérez-San-Gregorio, M. Á., Martín-Rodríguez, A., & Vázquez-Morejón, A. J. (2015). Social functioning as a predictor of the use of mental health resources in patients with severe mental disorder. *Psychiatry research*, 230(2), 189-193.
9. Bouček, J. (2001). Sociální psychiatrie. In Raboch, J., & Zvolský, P. (Eds.), *Psychiatrie* (503-507). Praha: Galén a Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum.
10. Carvalho, J., Freitas, P., Leuschner, A., & Olson, D. (2014). Healthy functioning in families with a schizophrenic parent. *Journal Of Family Psychotherapy*, 25(1), 1-11. doi:10.1080/08975353.2014.881685

11. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví (nedat.). *Stopstigma*. Získáno 7. prosince 2017 z <http://www.cmhcd.cz/stopstigma/uvod/>
12. Cooklin, A. (2009). Disorders and their context: Children as carers of parents with mental illness. *Psychiatry*, 8(Perinatal psychiatry), 17-20. doi:10.1016/j.mppsy.2008.10.010
13. Costea, G. O. (2011). Considering the children of parents with mental illness: Impact on behavioral and social functioning. *Brown University Child & Adolescent Behavior Letter*, 27(4), 1-6. doi:10.1002/cbl.20137
14. Češková, E. (2006). Organizace psychiatrické péče. In Svoboda, M. (Ed.), Češková, E., & Kučerová, H., *Psychopatologie a psychiatrie pro psychology a speciální pedagogy* (31-34). Praha: Portál.
15. Dam, K., & Hall, E. C. (2016). Navigating in an unpredictable daily life: a metasynthesis on children's experiences living with a parent with severe mental illness. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 30(3), 442-457. doi:10.1111/scs.12285
16. Dam, K., Joensen, D. G., & Hall, E. O. C. (2018). Experiences of adults who as children lived with a parent experiencing mental illness in a small-scale society: A Qualitative study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 25(2), 78-87. doi: 10.1111/jpm.12446
17. Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing.
18. Eaton, P. M., Davis, B. L., Hammond, P. V., Condon, E. H., & McGee, Z. T. (2011). Coping Strategies of Family Members of Hospitalized Psychiatric Patients. *Nursing Research & Practice*, 1-12. doi:10.1155/2011/392705
19. Goetz, M., Šebela, A., Mohaplová, M., Čerešňáková, S., Ptáček, R., & Novák, T. (2017). Psychiatric disorders and quality of life in the offspring of parents with bipolar disorder. *Journal Of Child And Adolescent Psychopharmacology*, 27(6), 483-493. doi:10.1089/cap.2016.0056

20. Hareven, T. K. (1987). Historical analysis of the family. In Sussman, M. B., & Steinmetz, S. K. (Eds.), *Handbook of marriage and the family* (37-57). New York: Plenum Press.
21. Hartl, P., & Hartlová, H. (2015). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
22. Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
23. Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
24. Homlong, L., Rosvold, E. O., Sagatun, Å., Wentzel-Larsen, T., & Haavet, O. R. (2015). Living with mentally ill parents during adolescence: a risk factor for future welfare dependence? A longitudinal, population-based study. *BMC public health*, 15(1), 413. doi: 10.1186/s12889-015-1734-1
25. Hosák, L., Hrdlička, M., & Libiger, J. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum.
26. Höschl, C., & Libiger, J. (2002). Česká psychiatrie na přelomu století. In Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (Eds.), *Psychiatrie*. (32-37). Praha: TIGIS.
27. Chromý, K. (1990). *Duševní nemoc: Sociologický a sociálněpsychologický pohled*. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství.
28. Jancic, O. (2010). The Definition of Family in Modern Law and Its Legal Protection. *International Journal of the Jurisprudence of the Family*, 1, 77-100.
29. Janošová, P. (2016). Adolescence. In Blatný, M. (Ed.), *Psychologie celoživotního vývoje* (99-116). Praha: Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum.
30. Karimzadeh, M., Rostami, M., Teymouri, R., Moazzen, Z., & Tahmasebi, S. (2017). The association between parental mental health and behavioral disorders in pre-school children. *Electronic Physician*, 9(6), 4497–4502. doi: 10.19082/4497
31. Kasalová, P., & Praško, J. (2017). Úzkostné poruchy a manželská spokojenost. *Česká a slovenská psychiatrie*, 113(5), 217-225.
32. Kohl, P. L., Jonson-Reid, M., & Drake, B. (2011). Maternal mental illness and the safety and stability of maltreated children. *Child Abuse & Neglect*, 35(3), 309-318. doi:10.1016/j.chiabu.2011.01.006

33. Kolařík, M. (2017). *Manuál pro psaní diplomových prací na Katedře psychologie FF UP v Olomouci*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
34. Krattenmacher, T., Kühne, F., Halverscheid, S., Wiegand-Grefe, S., Bergelt, C., Romer, G., & Möller, B. (2014). A comparison of the emotional and behavioral problems of children of patients with cancer or a mental disorder and their association with parental quality of life. *Journal of psychosomatic research*, 76(3), 213-220.
35. Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
36. Küçük Öztürk, G., & Çam, M. O. (2017). Investigation of Self Concept in the Young People of Parents With Bipolar Disorder. *Journal Of Psychiatric Nursing / Psikiyatri Hemsireleri Dernegi*, 8(2), 66-71. doi:10.14744/phd.2017.20982
37. Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing.
38. Laštovicová, A. (2013). *Rodičovství osob s duševním onemocněním*. (Bakalářská diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci. Získáno 23. října 2017 z <https://theses.cz/id/862c6f/00175831-469016726.pdf>
39. Látalová, K. (2010). *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada Publishing.
40. Macek, P. (2003). *Adolescence*. Praha: Portál.
41. Matoušek, O., & Pazlarová, H. (2014). *Podpora rodiny: manuál pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
42. Maybery, D., Ling, L., Szakacs, E., & Reupert, A. (2005). Children of a parent with a mental illness: perspectives on need. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(2), 78-88.
43. Míček, L. (1976). *Sebevýchova a duševní zdraví*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
44. Ministerstvo zdravotnictví ČR (2013). *Strategie reformy psychiatrické péče* (verze 1.0). Získáno 6. února z http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf

45. Ministerstvo zdravotnictví ČR (2018). *Výzva k předkládání žádostí o dotaci*. Získáno 25. března 2018 z http://www.mzcr.cz/Unie/obsah/podpora-vzniku-center-dusevniho-zdravi-i_3838_8.html
46. Ministerstvo zdravotnictví ČR (nedat.). *Strategie reformy psychiatrické péče: Projektový blog Strategické projektové kanceláře MZ*. Získáno 22. března 2018 z <http://www.reformapsychiatrie.cz/>
47. Možný, I. (2008). *Rodina a společnost*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).
48. Matoušek, O., Pazlarová, H. (2014). *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny*. Praha: Portál.
49. Němcová, M. (1975). *Co víme o duševních nemocech*. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství.
50. Nevypust' duši (nedat). Získáno 9. ledna 2018 z <http://nevypustdusi.cz/>
51. Noghani, F., Seyedfatemi, N., Karimirad, M. R., Akbarzadeh, A., & Hasanpour-Dehkordi, A. (2016). Health Related Quality of Life in Family Caregivers of Patients Suffering from Mental Disorders. *Journal of Clinical and Diagnostic Research : JCDR*, 10(11), 5-9. doi:10.7860/JCDR/2016/19671.8792
52. Ocisková, M., & Praško, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing.
53. Ocisková, M., Sedláčková, Z., Praško, J., Černá, M., Jelenová, D., Kamarádová, D., & ... Látalová, K. (2014). Stigmatizace u pacientů s obsedantně-kompulzivní poruchou. *Česká a slovenská psychiatrie*, 110(2), 82-87.
54. Ogwo, A. (2013). Adolescents-Parent Relationships as Perceived by Younger and Older Adolescents. *IFE Psychologia*, 21(3-S), 224-229.
55. Orel, M. (2016). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. Praha: Grada Publishing.
56. Orvin, G. H. (2001). *Dospívání: Kniha pro rodiče*. Praha: Grada Publishing.
57. Parekh, R. (2015). What Is Mental Illness?. Získáno 7. prosince 2017 z <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>

58. Patíková, V. (2014). *Etické aspekty mateřství a rodičovství u žen trpících schizofrenií z pohledu klinického psychologa a psychiatra*. (Magisterská diplomová práce). Masarykova univerzita. Získáno 28. října 2017 z https://is.muni.cz/th/ryuav/Patikova_DP.pdf
59. Pilná, K. (2016). *Deprese z pohledu blízké osoby*. (Bakalářská diplomová práce). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Získáno 31. října 2017 z https://theses.cz/id/152dsq/BP-Karolna-Piln-deprese-1_1.pdf
60. Plochová, B. (2012). *Dětství s duševně nemocným rodičem: analýza příběhů dospělých potomků, kteří vyrůstali s duševně nemocným rodičem*. (Magisterská diplomová práce). Masarykova univerzita. Získáno 23. října 2017 z https://is.muni.cz/th/tftec/diplomka_oficialni_psani.pdf
61. Poněšický, J. (2004). *Fenomén ženství a mužství: Psychologie ženy a muže, rozdíly a vztahy*. Praha: Triton.
62. Pospíšilová, A. (2016). *Postoje adolescentů k osobám s duševní poruchou*. (Bakalářská diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci. Získáno 5. října 2017 z library.upol.cz/ar1-upol/cs/csg/?repo=upolrepo&key=74461382637
63. Praško, J. (2011). *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
64. Praško, J. & Holubová, M. (2017). *Sociální fobie a její léčba*. Praha: Grada Publishing.
65. Praško, J., Pašková, B., Prašková, H., Šlepecký, M. & Záleský, R. (2016). *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak se jí bránit: Příručka pro klienta a jeho rodinu*. Praha: Portál.
66. Probstová, V. & Pěč, O. (2014). *Psychiatrie pro sociální pracovníky: Vybrané kapitoly*. Praha: Portál.
67. Psychiatrická společnost ČLS JEP (2017). *Malý průvodce reformou psychiatrické péče*. Získáno 6. února 2018 z http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/04/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf
68. Raboch, J., & Pavlovský, P. (2013). *Psychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum.

69. Říčan, P. (2014). *Cesta životem*. Praha: Portál.
70. Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza: Čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita. Získáno 29. října 2017 z <http://www.opvk.fss.muni.cz/ikapsy/uploads/Kvalitativni-analyza-textu.pdf>
71. Santrock, J. W. (2012). *Adolescence*. New York: McGraw-Hill Education.
72. Savenje, A. (2009). Rodina a psychiatrické onemocnění. In Pěč, O. & Probstová, V. (Eds.), *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče* (199-208). Praha: Triton.
73. Seligman, M. (2014). *Vzkvétání: Nové poznatky o podstatě štěstí a duševní pohody*. Praha: Jan Melvin Publishing.
74. Siu Mui, C., & Ying Suet Chau, H. (2010). Growing up with a parent with schizophrenia: what children say they need. *Journal Of Children's Services*, 5(4), 31.
75. Skorunka, D. (2018). Pacient má rodinu! Individualizovaná péče v systemickém pojetí. *General Practitioner / Prakticky Lekar*, 98(1), 18-25.
76. Smith, J. A. (2011). Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. *Health Psychology Review*, 5(1), 9-27. doi:10.1080/17437199.2010.510659
77. Smith, J. A., Flower, P. & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*. London: Sage.
78. Smith, J. A., & Osborn, M. (2015). Interpretative Phenomenological Analysis. In Smith, J. A. (Ed.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (25-52). London: Sage.
79. Sobotková, I. (2012a) *Průvodce rodičovstvím*. Adamira.
80. Sobotková, I. (2012b). *Psychologie rodiny*. Praha: Portál.
81. Somers, V. (2007). Schizophrenia: The impact of parental illness on children. *British Journal of Social Work*, 37(8), 1319-1334. doi:10.1093/bjsw/bcl083

82. Styx, P. (2003). *O psychiatrii: Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Brno: Computer Press.
83. Svoboda, M. (2006). Pojetí normality. In Svoboda, M. (Ed.), Češková, E., & Kučerová, H., *Psychopatologie a psychiatrie pro psychology a speciální pedagogy* (31-34). Praha: Portál.
84. Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál.
85. Trondsen, M. V. (2012). Living with a mentally ill parent: Exploring adolescents' experiences and perspectives. *Qualitative health research*, 22(2), 174-188. doi: 10.1177/1049732311420736
86. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2017). *Zdravotnická statistika: Psychiatrická péče*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Získáno 24. ledna 2018 z <http://www.uzis.cz/system/files/psych2016.pdf>
87. Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie: Dětství a dospívání*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum.
88. Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
89. Verrocchio, M. C., Ambrosini, A., & Fulcheri, M. (2013). Promotion of mental health in children of parents with a mental disorder. *Annali Dell'istituto Superiore Di Sanita*, 49(4), 406-411. doi: 10.4415/ANN_13_04_15
90. Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Praha: Portál.
91. World Health Organization (1946). *Constitution of The World Health Organization*. Získáno 22. února 2018 z <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
92. World Health Organization. (2005). *Mental health declaration for Europe: facing the challenges, building solutions*. Získáno 22. února 2017 z <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107625/1/E85445.pdf>

93. World Health Organization (nedat.). *Mental disorders*. Získáno 7. prosince 2017 z http://www.who.int/mental_health/management/en/
94. World Health Organization (2014a). *Mental health: a state of well-being*. Získáno 28. listopadu 2017 z http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
95. World Health Organization (2014b). *Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize: Instrukční příručka*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Získáno 11. prosince 2017 z Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR: http://www.uzis.cz/system/files/Instrukcni%20prirucka_1-4-2014.pdf
96. Zatloukal, L. (2013). *Komunikace v rodinách z hlediska vybraných přístupů v poradenství a terapii*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Zkušenost adolescentů s duševním onemocněním jejich rodičů

Autor práce: Bc. Kateřina Zachová

Vedoucí práce: PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D.

Počet stran a znaků: 68; 144 735

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 96

Abstrakt:

Práce se zabývá zkušeností adolescentů s duševním onemocněním rodičů. Výzkumná otázka „Jaká je zkušenost adolescentů s duševním onemocněním jejich rodičů, kteří byli hospitalizováni na psychiatrii?“ byla zodpovídána prostřednictvím interpretativní fenomenologické analýzy realizované na výzkumném souboru 5 adolescentů ve věku 19-20 let. Data byla sbírána pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Ve všech případech byla rodičem s duševním onemocněním matka. Na základě provedené analýzy jsme napříč různými případy identifikovali 12 témat, které jsou součástí zkoumané zkušenosti. U všech respondentů jsme v rámci jejich zkušenosti našli přítomnost zlomového bodu spojeného s nemocí rodiče. Všichni také komentovali důležitost sociální opory. Ve čtyřech případech bylo identifikováno téma náročnosti zvládnutí matčiny nemoci a téma výměny v rolích mezi rodiči a dětmi. Třikrát se pak vyskytlo téma převažující negativní zkušenosti s hospitalizací, oddělování matky a „bláznovství“, téma bezmoci, ohledu k matce, téma silné vazby mezi matkou a otcem, citlivost tématu, pomoc odstupem a téma přínosu matčiny nemoci.

Klíčová slova: adolescent, duševní nemoc, rodič

ABSTRACT OF THESIS

Title: Adolescents' Experience with Mental Illness of Their Parents

Author: Bc. Kateřina Zachová

Supervisor: PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D.

Number of pages and characters: 68; 144 735

Number of appendices: 6

Number of references: 96

Abstract:

The thesis deals with the experience of adolescents with mental illness of their parents. The research question "What is the experience of adolescents with mental illness of their parents who have been hospitalized in psychiatry like?" was answered by an interpretative phenomenological analysis carried out on a research group of 5 adolescents at the age of 19-20 years. Data were collected by semi-structured interviews. In all cases, the parent with mental illness was a mother. Based on the analysis we have identified 12 topics across cases, which are part of the studied experience. For all respondents, we found the presence of a breakpoint associated with parental mental illness within their experience. Everyone also commented on the importance of social support. In four cases, the issue of mother sickness' burden and the theme of changing roles among parents and children were identified. Some themes were present three times: predominantly negative experience of hospitalization, the separation of mother and "foolishness", the theme of powerlessness, regard to mother, strong mother-father relationship, the sensitivity of the subject, the help of distance and gains from mother's illness.

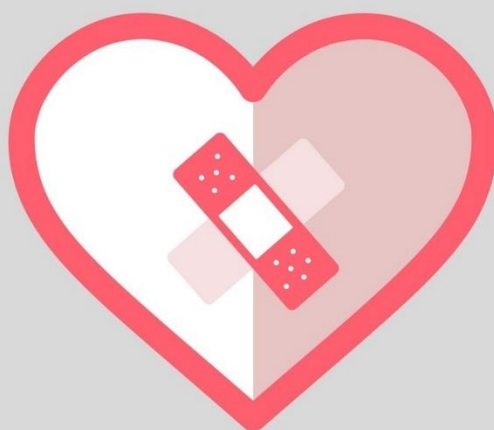
Key words: adolescent, mental illness, parent

PŘÍLOHY

Příloha 1: Plakátek s výzkumnou výzvou

#diplomka #stopstigma #vyzva

HLEDÁME ÚČASTNÍKY VÝZKUMU



Je ti 17-20 let?

**Byl tvůj rodič v posledních dvou letech
hospitalizován na psychiatrii?**

NAPIŠ MI ZPRÁVU A ZJISTI VÍC :)

na fb nebo na zachovakata@gmail.com

ZE SRDCE DĚKUJI!

Příloha 2: Průvodní dopis a informovaný souhlas

ÚVODNÍ SLOVO

Pěkný den,

v první řadě bych Vám chtěla poděkovat, že jste se rozhodli zareagovat na výzkumnou výzvu, velmi si toho vážím. Ráda bych Vás touto cestou informovala o průběhu výzkumu.

Výzkum je součástí mé diplomové práce, kterou píšu na Katedře psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci. Práce nese název „Zkušenost adolescentů s duševním onemocněním jejich rodičů“.

Vaše účast na výzkumu bude spočívat v poskytnutí rozhovoru na toto téma. Vy sami jste odborníky na danou situaci – byla bych ráda, kdybyste sdíleli Vaši osobní zkušenost, jednoduše mi popovídali o tom, jaké to pro Vás je mít rodiče s psychickým onemocněním, jak celou situaci vnímáte, co vy sami považujete za důležité.

Tento náš rozhovor, nebo spíše Vaše vyprávění, bych si zaznamenala na diktafon a přepsala, a po přepsání daný záznam smazala. Jména, ať už osob či míst, by byla změněna, abychom zamezili spojení Vašeho příběhu s Vaší osobou. Pouze údaje o Vašem pohlaví, Váš věk a diagnóza Vašeho rodiče by zůstaly nezměněny.

Čas a místo rozhovoru bychom zvolili tak, aby vyhovovaly zejména Vaším potřebám.

Co se týká odměny za účast ve výzkumu, ta bude ve výši 200,- Kč vyplacena právě za provedení rozhovoru, který bude následně zpracován pro potřeby diplomové práce. Odměna bude vyplacena na účet či v hotovosti po odevzdání diplomové práce. Doufám, že to zvládnou do konce dubna 2018. 😊

Nyní bych Vás poprosila o přečtení podmínek pro zařazení do výzkumu, které najdete na další stránce – slouží k přesnějšímu výběru účastníků studie - Vy byste měli tato kritéria splňovat – všechna uvedená tvrzení by o Vás měla platit. Dejte mi prosím vědět, jestli tomu tak skutečně je.

Na poslední stránce tohoto dokumentu najdete také informovaný souhlas, který spolu před rozhovorem podepíšeme, tak se můžete podívat.

V případě jakýchkoli nejasností se na mě neváhejte kdykoli obrátit – prostřednictvím Facebooku či emailu (zachovakata@gmail.com).

Děkuji za Váš čas a ochotu,

Srdečně zdraví

Bc. Kateřina Zachová

PODMÍNKY PRO ZAŘAZENÍ DO VÝZKUMU

- Je mi 17-20 let.
- Na své budoucí povolání se teprve připravuji (chodím do školy, studuji, dělám si výuční list...).
- Nemám v současné době uzavřenou pracovní smlouvu ani samostatně nepodnikám (přivýdělek na brigádě, DPP či DPČ se do pracovních smluv nepočítá).
- Můj rodič byl během posledních dvou let hospitalizován na psychiatrii.
- Žiji s oběma rodiči ve společné domácnosti (alespoň část týdne).
- V současné době se neléčím s žádným psychickým onemocněním.

INFORMOVANÝ SOUHLAS S ÚČASTÍ NA VÝZKUMU V RÁMCI DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Zkušenost adolescentů s duševním onemocněním jejich rodičů

Autor práce: Bc. Kateřina Zachová

Vedoucí práce: PhDr. Jan Šmahaj, PhD.

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami účasti na výzkumu „Zkušenost adolescentů s duševním onemocněním jejich rodičů“ a že se jej chci dobrovolně zúčastnit.

Beru na vědomí, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu jsou anonymní a nebudou použity jinak, než k interpretaci výsledku v rámci diplomové práce.

Rovněž беру na vědomí, že mohu z výzkumu kdykoli, podle svého vlastního uvážení, vystoupit.

Dne.....

Jméno a příjmení.....

Podpis.....

**INFORMOVANÝ SOUHLAS RODIČŮ S ÚČASTÍ NA VÝZKUMU V RÁMCI DIPLOMOVÉ PRÁCE
(V PŘÍPADĚ ÚČASTNÍKŮ MLADŠÍCH 18 LET)**

Název práce: Zkušenost adolescentů s duševním onemocněním jejich rodičů

Autor práce: Bc. Kateřina Zachová

Vedoucí práce: PhDr. Jan Šmahaj, PhD.

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami účasti na výzkumu „Zkušenost adolescentů s duševním onemocněním jejich rodičů“. Beru na vědomí, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu jsou anonymní a nebudou použity jinak, než k interpretaci výsledku v rámci diplomové práce.

Souhlasím s tím, aby můj syn/moje dcera, narozen/a,
poskytl/a nahrávaný rozhovor pro účely vypracování magisterské diplomové práce s názvem
„Zkušenost adolescentů s duševním onemocněním jejich rodičů“.

Dne.....

Jméno a příjmení.....

Podpis.....

Příloha 3: Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

SCHÉMA ROZHOVORU

1. Povězte mi prosím o tom, jaké to je, mít rodiče, který má psychiatrické onemocnění.
2. Jak prožíváte to, že Váš rodič má psychickou poruchu?
3. Co pro Vás nemoc Vašeho rodiče znamená?
4. Jakou roli hraje onemocnění Vašeho rodiče ve Vašem životě?
5. Jak onemocnění Vašeho rodiče působí na Váš život?
6. Jak komunikujete s lidmi o tom, že má Váš rodič duševní onemocnění?
7. Jak zvládáte duševní onemocnění Vašeho rodiče?
8. Co Vám pomáhá?
9. Co je pro Vás na onemocnění Vašeho rodiče nejtěžší?
10. Přineslo onemocnění Vašeho rodiče do Vašeho života i něco pozitivního?

Doplněné otázky:

Co se po propuknutí nemoci/po hospitalizaci (dle kontextu) změnilo?

Je ještě něco, co v rámci tohoto našeho rozhovoru nezaznělo, a mělo by zaznít?

Pozn.: Ve všech případech se komunikace odehrávala formou tykání, otázky byly tedy náležitě přeformulovány

Příloha 4: Ukázky z rozhovorů s jednotlivými respondenty

ANNA

Ukázka A:

...No ale ta mánie, to prostě není schopnej jako nikdo pochopit, a i já s tím mám strašně moc problém to jakoby vstřebat, že prostě jak se začne jakoby ta aktivita zvedat, tak prvně to je tak, že pere jako po jedný ponožce, tak to už člověk si začíná říkat "a, tady už je něco špatný", a až když jakoby je hodně aktivní, tak jí to prostě najednou přepne a řekne si "já nepotřebuju prášky", a přestane je brát. A v tu chvíli je to úplně...úplně v háji, protože-- prostě jak se začne zvedat, být aktivnější, tak to znamená, že přestane brát prášky a že my to neovlivníme. A v tu chvíli se to už jenom zvedá a zvedá, až to prostě končí hospitalizací.

Takže ona byla hospitalizovaná tak...přes patnáctkrát, jakože hodně, s tím, že za posledních pět let to bylo asi tak desetkrát. Že prostě teďka najednou-- Nám to jakoby primárka vysvětlovala v nemocnici tak, že jakoby to může cirkulovat i ve větších jakoby kruzích, že prostě deset let cirkuluje víc jakoby do depresí, a dalších deset let třeba bude zase víc do těch mánií. Takže teď je asi jako to období, kdy prostě jede víc do těch mán--

...má víc manickou.

Jo.

Aha...vidíš to.

No. A vono asi co člověk, tak to diagnóza (úsmev), že to je jako... že sice má nějakou nálepkou nemoci, ale každé to asi jako má úplně jinou formou, nebo tak, mně přijde. Co jsem se setkala s lidma, tak je to pokaždý jiný, no.

No a ty deprese teda-- (opraví se) teda ty mánie jako-- jako můj prožitek těch jejích mánií je teda dost... řekla bych nejlepší z mých sourozenců, ale jako dost těžké, že to prostě...teďka už...už to nezvládáme, že za poslední rok - nevíme, co se teďka stalo, ale za oslední...poslední prostě 365 dní tak byla hospitalizovaná dvakrát, a teďka nejspíš v tomhle týdnu, ne, budem muset zajistit prostě třetí hospitalizaci, takže zrovna teďka tady mám tři nezvednutý telefony od ní, a je to teďka...

...a tak nechceš si to...

Ne (jemný smích). To je...prostě...to kdybych měla zvedat všechny její telefony, tak bych prostě nedělala nic jinýho v životě, no. Že prostě její mánie je hrozně těžká pro všechny nejbližší lidi její, protože útočí, vyčítá věci, co se staly prostě před patnácti lety, a...

A ono to vypadá, jak kdybys-- jakoby pro cizího člověka, tak to vypadá, jak kdyby to bylo jako normální prostě pokládání maminky, ale ono...jakože - nevím, jak to mám vysvětlit - to je prostě taková skrytá šikana (se zvláštním tónem, jakoby v úsměvu) prostě, že - v těch

čtrnácti letech, když jsem to uviděla poprvý, tak prostě na mě hrozně křičela, jak jsem nejhorší dcera na světě, házela věci a tak, a pak jsme vylezli ven, kde byla jako sousedka, a najednou byla prostě mamka jak beránek, úplně jako usměvavá, "dobrý den, co vy tady", a že jakoby nikdo zvenku nemůže poznat prostě že...když to je ještě relativně jakoby ne tak moc rozjetý, ta mánie, tak jakoby to nikdo z toho okolí nemůže poznat, že my jsme z toho už rozsypaní jako rodina.

Ukázka B:

...tady je, jak to zvládáš, to jsme si povídaly /velký ruchový šum, nejde rozumět/

No, jako, řekla bych, že co znám lidi okolo sebe, kteří prostě si myslí, jak jsou třeba stabilní zdraví lidí, tak kdyby to prožívali, tak že by to nezvládali. Že- mně přijde, že jsme jakoby celá ta rodina už taková...já nevím, jak to mám popsat - že jsme odolnější, prostě, o hodně - asi o hodně. Že nás prostě nerozháže teď vůbec nic, jako. Kdyby tady spadl strop, tak prostě tady budem efektivně zachraňovat lidi a jako nezhroutíme se z toho, prostě. Takže zvládáme to...podle mě na to, jací jsme jako laici, a na to, že třeba jsme byli malý děcka, tak bych řekla, že jsme to zvládali pěkně, nechcu se jako moc chvástat (smích).

Hele, a čemu to připisuješ? Jako to, že to tak zvládáte...

Možná tím, že byla taková pozvolná příprava prostě tou depresí třeba, že jsme se o sebe museli vobčas umět postarat, jakože si uvařit kaši, když nám bylo deset, prostě, a tak. Takže jakoby to bylo takový pozvolný připravování se, že pak když to vypuklo, tak už jsme byli dospělí, a mohli jsme si říct, prostě "to je nemoc, přece, buďte v klidu, to je nemoc, to není naše mamka".

A hlavně to zvládáme díky tatkoví, von nás na to hrozně připravoval asi dycky. Že to možná tušil, že to prostě přijde i...i když budem dospělí, takže tak jakoby pozvolna nás furt učil, ať říkáme mamce, jak ju máme rádi, že nám třeba řekl "bež mamin-- dát mamince pusu jen tak", a tak. Takže taky díky tatkoví to zvládáme, určitě.

Pak je tady otázka - přineslo mamčino onemocnění do tvého života i něco pozitivního?

Hlavně to, že prostě si připadám jako fakt odolná, to že taky bych řekla, že chápu prostě kdeco, a...a taky to, jak se vo sebe dokážem postarat, prostě, že jako...jsem ve dvaceti letech prostě zajistila dvě domácnosti, a eště- eště dělala úkoly prostě s malým bráchou, takže jako... nás to taky připraví do života hodně, určitě.

A taky mě to profesně dost připravilo vlastně, to je nejvíc pozitivní (smích), že prostě jsem hrozně moc chtěla tu psychologii jako dycky, a teďka ta nemoc mě jakoby tyty- ty mánický stavy mě v tom tak jako utvrdily, jako že doopravdy chci pomáhat lidem, že si myslím, že jim budu rozumět, prostě, a že to chci dělat. Takže tak jako profesně mě to vlastně nasměrovalo, celá ta nemoc.

BARBORA

...No a ráno, já jsem vstávala někdy- měla jsem vstávat asi v sedm, mamka normálně vstává asi vo půl šestý, jo, do práce. A jakoby vzbudila jsem se, von- jak vstávala ona, a prostě jakoby po tom bytě začala furt dupat hrozně a chodit tam, ne, a já si říkám jako "co je, prostě jako asi něco hledá, nebo tak, ne", a prostě furt se vracela z kuchyně zpátky jakoby k posteli, a takhle, ne, a pak šla do kuchyně, a nechala mi tam- a já jsem si furt říkala, "tyjo, já prostě- že chcu ještě spát", jo, takový to, že to ať už tam zavře a ať už se de voblíkat a nevím co, no ale vona mi nechala vodevřený dveře, což nikdy jakoby nedělá, a prostě byla v kuchyni, ne, a dlouho jsem nic neslyšela, tak jsem tam prostě šla, že už jsem se teda z- asi bylo to po deseti minutách, co bylo jakoby taji todle. Tak jsem se zvedla, a šla jsem tam, no a vona prostě ležela na zemi, jakoby u stolu, a chrápala, jo, ale jakoby nahlas.

No vona si vzala prostě prášky na spaní, plus k tomu ještě ty...antidepressiva, co měla jakoby předtím, co brala, asi troje pl- tři platička si vzala, jo, a prostě jako že...se chtěla zabít, žejo. A eště k tomu byl na stole, tak jakoby v kuchyni na stole, tak byl rozepsanej prostě papírek, jako, bylo tam něco, že děkuju za krásnej život, a bylo to rozepsaný, ne, prostě že jako- že ju to položilo, ty prášky, ještě než to dopsala - propisku měla v ruce ještě na zemi, ale furt mě- jakože mě trochu uklidňovalo, že jako dechá, jo, že chrápe, ne. Tak říkám - no, tak jakože super, tak jsem prostě letěla vzbudit taťku, úplně vystresovaná, ten vůbec chudák nevěděl, co- jako co se děje a tak, tak jsme tam hnedka běželi, snažili jsme se ju vzbudit, což samozřejmě nešlo, žejo, protože, jako- to je hrozně silný, takhle když si vezme... Vona-- jo, ještě takhle, vona ty- jakoby prášky, tak brala normálně, na spaní, protože ona strašně jakoby nemůže spát, v noci - jo, vona má úplně při- fakt příšernej spánek má i jakoby doma, když je v klidu, tak... i když nemusí třeba nikam vstávat druhý den, tak i tak blbě spí, takže proto jako měla ty prášky na spaní - no, tak jsme prostě zavolali jakože záchranku, hnedka, no, takže ráno asi v sedm, o půl šes- o půl sedmý, tak tam byla prostě záchranka, přijeli policajti, žejo, museli samozřejmě, sebevražda, no, tak js- prostě, já jsem měla jet jet ještě do toho místa B, žejo, asi za hodinu, nebo za hodinu a půl, no, takže voni jí prostě něco píchli, jakoby nějaký do žil, žejo, aby jí to- jako ty prášky - vyrovnali, nebo nevím, no,

...utlumili, jo, jo...

No, tak pak ju tam...jakože pak už byla trochu vzhůru, ale byla úplně mimo, žejo, no, takže voni jako ju vodvezli, pak ještě tam vyslychala nás- nebo jako ptala se na votázky ta policajtko, všechno, takže ju vodvezli do nemocnice, no a jako že, já stejně bych tam nic nenadělala, tak jsem říkala, že prostě musím do toho místa B, tak jsem jela do toho místa B, táta mě tam ještě teda vezl, jo, protože mamka byla v- jako v tý nemocnici, a tak jsem byla v tom místě B, no, to jsem byla teda úplně jako vystresovaná, pak mně volal ještě taťka, že prostě jako neví, jestli nebude mít odrovnaný játra a takhle, jakoby, taji z těch prášků, a že prostě je to úplně hrozný, no, tak volal bráchovi do místa A, ten jakože- nevím, jestli byl v práci nebo co, tak že př- ať přijede, prostě, - jo a já jsem vlastně ještě hnedka ráno, jak- než jsme čekali na tu záchranku, tak jsem úplně ubrečená volala ještě bráchovi, teda, že jako prostě to- von jako říkal jako "hm, dobry, no", jo, a tak, takže von pak přijel vodpoledne, já

jsem pak přijela, no, pak jsme šli za ňou prostě do nemocnice, jakože na...ježiš, jak se říká tý-

JIPka?

Jo, na JIPku.

A to byla tady v místě C?

V místě C, jo. Na jipku, no, tam byla jakože...vono ji to úplně fakt vodrovnalo, jo, ty prášky strašně, že nemohla mluvit nic, prostě úplně jako...vyto-- ale jakože s játrama nebo nic, nic jí to jako neudělalo takhle, že by jako měla něco poškozenýho, a nebo tak.

No, ale...jako, do- do teď tak jako tak nějak nevíme, jestli to myslela fakt vážně, nebo to byla taková ta demonstrace, jakoby - to f- nevím.

No a, vlastně byla v tý nemocnici, jak jsme za ňou byli, no, tak jsme jako skoro nic jí neříkali, že jenom drželi za ruku, a tak, a...byla pak na tý JIPce, no, pak vocaď tak- ještě jsme to řešili s- jakoby s vod mýho přítele s mamkou, protože vona se taji s těma věcma jako potýká často a tak, takže jako kam s ňou teda potom, nebo tak, tak nakonec teda ju převezli do těch, do místa D...

CECÍLIE

To třeba...nevím, jestli mám se už dostat k tomu s tím, jak se tam dostala?

Povídej jak češ...

Je to jedno?

No tak prostě, teď když vezmeme tu situaci, co tam ta mamka byla, tak já jsem tam teda jela jenom jednou, protože já jsem to nezvládla, tam jet jako víckrát, na tu návštěvu.

Já jsem tam dojela, a teď- já- mě hrozně mrzelo cokoliv, co jsem kdy prostě mamce řekla špatně, i teď mě to mrzí, protože i teď se s tím docela potýkám, že...jak- prostě mamka se chová - ona má totiž takové zvláštní reakce na různé věci, a jí se i stalo i to, že prostě hodně začla zapomínat, špatná slovní zásoba, tím, jak nemluvila, jak fakt nechtěla být s nikým, nechtěla vlastně ani na pokoji spolubydlící, nic, tak je to takové, že prostě kolikrát mě to štve, a já si to neuvědomím, a prostě začnu na ni prostě reagovat třeba jako že nějak jí odseknou, nebo něco prostě řeknu "nech mě", nebo tak. Takže to mě třeba prostě strašně mrzí, co si teď uvědomuju, a to teďka hodně docela. Jak se třeba nevidíme nějakou delší dobu, a já přijedu, a j- třeba teďka o Vánocích, to jsem se úplně strašně těšila domů, jenomže vlastně přijela jsem, a teď zase vidíš tu mamku, jak zase se prostě trápí s nějakou věcí - ona třeba se chytne něčeho, a začne to řešit třeba měsíc. Jak kolovrátek, furt dokola jede o jedné věci, a prostě bude o tom mluvit, pořád to bude rozebírat, a ty jí můžeš tvrdit cokoliv prostě, že to tak není, snažit se jí podpořit, ale ona stejně ti akorát řekne, že ví, že máš pravdu, ale...

...ale nedokáže se toho...

No...

...zbavit, nebo pustit to...

Přesně tak.

...nechat to bejt.

No a teď ještě když vlastně už teda byla na té psychiatrii, tak oni ji dali, nebo aspoň to tak vypadá, my- myslíme si to všichni, i mamka, že ji dali docela na špatné oddělení, protože sami asi nějak- nevím, mi přišlo, že nedokázali odhadnout, vlastně, co s ní, a tak - takže ji prostě jenom někam dali, s tím, že prostě tam bude a uvidí se. Že ona- kromě toho, že předtím jí ještě dělali- ještě než tam byla, tak jí dělali různé jako testy, krev, prostě, všechno, úplně fakt všechno, co se dalo, všechno bylo v pořádku, že, takže...ji nějak prostě dali tam na doporučení- vlastně mamka tam jela i dobrovolně, protože my jsme ptali, jestli tam teda chce, ona že jo.

Takže tam vlastně přijela a byla prostě fakt na špatném oddělení - ty prostě- ty baby tam, co tam byly, tak to bylo většinou jako že kouřily, pily kafe a tohle, a mamka nikdy tohle třeba nedělala, takže oni ji nikdy nějak nevzaly mezi sebe. Že tím, jak ona se sama bála, tak ona prostě nešla s nikým nikam, jen tak.

No a potom ji nějak prostě přeřadili na druhé oddělení, a to bylo, jak kdyby se stal zázrak - jako žejo, možná i zabraly prášky a tak, to je jasné, ale prostě, fakt ji tam předělali, a asi do druhého dne mamka úplně supr, úsměv, nové kamarádky, všechno, a doted' se s nima jakože i zná, baví si, telefonují, a tak.

A jak dlouho tam byla mamča?

Tyjo nevím- v tom městě C byla měsíc myslím, ale jako že tak nebo- tyjo, teď si to ani neuvědomím, jestli tam byla tři, nebo jeden.

Ale- vím, že tam- jako byla tam docela dlouho, protože se tam během toho i vystříдалo spoustu lidí...

To bylo totiž to, já jsem- jak jsem měla tu maturitu a tak, tak já to prostě- tu dobu nějak si pamatuju jen tak matně - vím prostě, že jsme akorát byli nějakou dobu prostě s tatškou sami doma, a... ta mamka tam prostě byla, volali jsme si všechno, a tohle, ale tyjo, že- fakt- já ne- to je prostě můj problém, že nevím přesné ty datumy ani tady to.

Nevadí, to není důležitý.

Jako- tak není, jasný, ale... Byla tam dlouho.

DAGMAR

Pak se právě převezla do (toho místa A)...

Jako že jste na ni normálně zavolali jako záchranku, nebo jste tam jeli?

Já si to- Já si právě myslím, že jsme ji tam odvezli...teda, že ji tam taťka odvezl...

Že ji tam táta vzal.

Jo. Ale...právě, já se- to bylo tak strašně zmatené, já si- já prostě- nevím, vidím před sebou jenom to, jak přicházela, odcházela, jak jsem ji viděla nad tou postelí, a jak- vím jako, jak- po tom jejím příchodu jak jsme to řešili v té předsíni, a jakoby- vybavuju si tu její zmatenost, všechno, ale potom to bylo- takové najednou strašně slo- strašně složité, že najednou prostě už byla v tom místě A.

Jo. Že si to ani nevybavíš, jak to..jak to vlastně--

Ne, protože to- jakože- as- nevím, bylo to takové- tak psychicky náročné, já jsem brečela od rána do večera, opravdu, to bylo- bylo to strašně těžký, já jsem šla k babičkovi- k babičce a dědovi, a taky jako, tam jsme byli všichni z toho úplně nešťastní, a...pak tam byla teda těch pár dní, a měli jsme za ní přijet na návštěvu, a to byl asi ten nejhorší okamžik, jaký jsem zažila, spjatý s tou nemocí, jelikož... I když byla předtím mamka zmatená, nebo něco, tak pořád jakoby...nebyla tak moc - nebo...pořád to nebylo...pořád to nebylo nic oproti tomu, co jsme viděli potom. Protože, vlastně oni jak léčí těmi elektrošoky (<- tlumí hlas), a jak...jak přistupují k těm lidem jako ke kusu hadru, mi přijde, opravdu, protože-- Jak můžou do lidí- jak můžou lidem takhle vymývat mozky prostě- Nevím, jsou to lidi, nejsou to pokusné krysy, a jako ani těm krysám to nepřeju (zasměje se), protože, jo, protože fakt mi tady todlencto přijde...jakoby z- jako z Frankensteinovy té (smích), prostě... Že fakt jako- ona několikrát denně- teda ne několikrát denně, ale skoro- hrozně moc často jí to dělali, oni jí to dělali několikrát, jo, že jí to neudělali jednou, prostě, ale udělali jí to několikrát.

A my jsme s taťkou- taťka tam teda předtím už byl někdy, a jakoby nechtěl mě vzít s sebou, protože...za což jsem- já jsem byla z toho nešťastná, ale upřímně se mu nedivím, protože už i potom, co mi bylo řečeno, že už je mamka mnohem víc v pohodě než byla předtím, tak to bylo něco hroznýho, a nedovedu si ani představit, co to muse- jaké to muselo být předtím.

Takže...my jsme tam přijeli vlastně, a mamka přišla, a jenom koukala (koukala říká jakoby rozvláčněji). A bylo to takové... Já nevím (s povzdechem), ale takové úplně, jak kdyby byla...ještě víc mimo, snad, nebo já nevím, jak to říct, protože přišla a jenom "ahoj" (slabým, vysokým hlasem, pomalu), ale- ale takhle, jo, jakoby... ani- já to ani neumím popsat, protože...

Co to s tebou tehdy dělalo?

Já jsem pr- já jsem byla úplně- Já jsem nechtěla před ní- protože - já mám v tomle docela...že já vždycky umím strašně držet ty pocity v sobě. A...-což dělám i teď, protože jinak bych tu brečela (smích) - ale jakože už od-

Klidně breč, jakože fakt...

...jakože už od malička prostě, to umím- jako hodně to umím kontrolovat - někomu připadá, že jsem tím jako docela...jakoby zlá, nebo já nevím, jak to říct, ale prostě já jenom nerada dávám najevo ty svoje pocity před lidmi, a potom- potom přijdu večer domů, a zase brečím celý večer, jo, prostě... Ale...

To se radši vyplač teď, než abys pak plakala večer...

(Smích) - Já už to ani neumím, právě! Já to prostě už dělám nějak automaticky, že opravdu a díky tomu teďka to zvládám normálně se o tom bavit, protože... - což je docela výhoda, protože - jinak bys to ze mě nedostala (krátce se zasměje). Nicméně, v tu chvíli to bylo úplně to samé - že i když- že vevnitř jsem tak křičela, já jsem tak křičela, prostě vevnitř, ale věděla jsem, že kdybych byla z toho nešťastná tam, tak- jako- Ne, protože i kdybych tam byla z toho nešťastná, tak ona by se jenom koukala. Ona by to- Já nevím- já- Ale měla jsem z toho pocit ten, že ona by to vůbec nevnímala. (tišeji:) Jo, že to bylo až tak, že byla až tak mimo, prostě že tam seděla...

ERIK

... A... už prostě je ten člověk- jako člověk i když je, i když není doma, tak prostě musí furt myslet jestli je v pořádku, furt jí volat, nebo tam posílat někoho aby ji šel zkontrolovat, nebo tak. A do toho se ještě u ní projevil alkoholismus. Takže navíc ona bere velmi silný antidepressiva, takže vona se to nebojí kombinovat, takže už- takže jí stačí jedna sklenička a je úplně- úplně na mol a vůbec nic si nepamatuje a je to... Ona má takový fáze, ona čtrnáct dní ani kapku, a pak na víkend, o víkendu všechny tři dny je třeba pod vlivem, no, takže to je taková kombinace už.

Hele a... Kromě toho, že je to pro tebe náročný, jaký to pro tebe ještě jako je? Dokážeš to nějak popsat, ještě trošku nějak?

No tak... Určitě, určitě to jako vyvolává hodně velkej vztek částečně, protože člověk přijde o... My to berem i takovým egoistickým způsobem, že jako... Ano, dcera ti umřela, ale nemůžeš se upnout jenom na to, ještě tady máš další dvě děti, manžela, lidi který tě milují, takže to je i taková- takovej pocit, částečně beznaděje, částečně vzteku, že proč se nestaráš i jako vo nás, nebo proč se kvůli nám nemůžeš aspoň trochu snažit... Já vím že já se nemůžu vcítit do tý její role, že vona asi prožívá úplně jak děsný pocity, ale je to taková taková

kombinace bezmoci- bezmoci, vzteku, zároveň člověk... prostě jí lituje protože to je... Takže hroznej takovej koktejl emocí, no, to jakoby v člověku probouzí, no.

To je... Víš já si to moc nedovedu představit, jako...

To buď ráda.

Mám být ráda, jo? Hmm. No jo... A... Co pro tebe třeba ta mamčina nemoc znamená?

No... Já nevím jestli jestli na to správně odpovím, ale znamená to...

Nejsou správný špatný odpovědi, víš jak to je.

Jestli jsem to teda dobře pochopil, ale znamená to určitě omezení, znamená to i v podstatě závist šťastnějším rodinám, protože v podstatě my už deset let jsme neměli nějaký normální vztah v rodině, takže když vidíme tu - nějaký šťastný rodiny okolo, který řeší takový ty naprosto všední situace, tak člověk taky závidí a ještě co by to pro mě mohlo znamenat, no... Hlavně to omezení, bezmoc a tu strašnou, ten strašnej pocit odpovědnosti za toho člověka za ten pocit že ty se nemůžeš starat jen o svůj život ale musíš se soustředit i na něj, tak...

Příloha 5: Ukázka analýzy – vynořující se témata s tématy nadřazenými – Cecilie

| | A | B | C |
|----|--|--|--|
| 1 | Důraz na sociální oporu 10.14 | Hledání souvislostí 22.31 | Legitimita citlivosti 7.9 |
| 2 | Aktivní komunikace v rodině 12.29 | Atribuce přechodu 22.29 | Absence studu za nemoc 8.42 |
| 3 | Babiččino nepřijetí 11.3 | Domněnky o příčinách 2.9; 2.14 | Cílčina impulzivita 10.43 |
| 4 | Důležitost nás pro tatku 13.34 | Odborná pomoc 6.32 | Cílčina roztržitost 17.44 |
| 5 | Důležitost rodinného zázemí 10.8 | Orientace v nemoci 12.24 | Cílčino vcítění 7.1 |
| 6 | Důležitost rodiny 18.42 | Pomoc změny oddělení 4.1; 18.29 | Cílčino zaměření na citění 20.2; 20.39 |
| 7 | Láska mezi rodiči 2.32 | Řešení s lékaři 22.7 | Citlivost k bolesti 17.8 |
| 8 | Milující muž 9.39 | Sebeedukace 18.46 | Lepší porozumění klukům 18.1 |
| 9 | Milující rodiče 19.42 | Snaha najít příčinu 2.36 | Náročná situace v pubertě 7.19 |
| 10 | Možnost stěhování do "svých" kruhů 13.14 | Snaha o prevenci 18.42 | Neorientace v čase 4.9 |
| 11 | Návrat - nová zamilovanost 20.44 | Vlastní vidění nemoci 2.4 | Otevřenost vůči spolužákům 8.36 |
| 12 | Nevnímání nemoci 19.34 | Znalost nemoci 14.4 | Otevřený projev emocí 8.41 |
| 13 | Obavy rodiny 5.14 | | Pohodářka 1.7 |
| 14 | Otcovo dobré zvládnání 20.37 | Náročnost situace 8.26 | Pomoc odstupu 19.5 |
| 15 | Otevřenost v komunikaci 15.8 | Hrozba opakování 11.14 | Realistický odhad svých možností 11.15 |
| 16 | Prospěšnost společného posezení s manželem 16.32 | Mamčiny zpožděné reakce 13.35 | Reflexe naivity 10.37 |
| 17 | Přínos domova 10.11 | Marnost snahy pomoci 3.19 | Sebereflexe 7.18 |
| 18 | Rodinná kooperace 11.18 | Náročné zvládnání projevů 3.7 | Vnější projev emocí 7.4 |
| 19 | Tatková podpora 2.41 | Náročnost hospitalizace pro otce 20.41 | |
| 20 | Vliv miminka 10.39 | Náročnost návštěvy 3.3; 6.10 | Sepjetí s mamkou 7.46 |
| 21 | | Naštvaní na mamčiny projev 3.10 | Bolestivost srovnání s mamkou 15.25 |
| 22 | Pozitivní vliv nemoci 11.33 | Nevypočitatelnost projevů 6.18 | Důvěra v mamku 10.38 |
| 23 | Hodnota zkušenosti 17.20 | Okamžiky obav o své zdraví 17.44 | Empatie 3.46 |
| 24 | Nárůst blízkosti s tatkou 8.7 | Projevy nemoci 13.33 | Jedinečnost vztahu s mamkou 11.45 |
| 25 | Radost z pomoci 18.37 | Výkyvy nálady náročné 21.3 | Sestřina nedůvěra 10.33 |
| 26 | Rozšíření sociální sítě 4.4 | Známky nemoci 19.40 | Stmelení s mamkou 21.19 |
| 27 | Velký rozsah zvládnání 17.21 | | Vcítění 2.14 |
| 28 | | | Vědomí mamčiny nepostradatelnosti 8.4 |
| 29 | | | Význam maminky 1.18 |
| 30 | | | Znalost mamky 13.11; 16.28 |

| | D | E | F |
|--|---|---|---|
| | Mamka - Popelka 10.15 | Ohled k mamce 6.16; 14.11 | Síla víry a naděje 11.39 |
| | Cílka - zdroj útěchy 19.46 | Lítost za reakce 3.31 | Aktivní vyhledávání zdrojů pomoci 18.43 |
| | Cílka v nadřazené roli 14.30 | Ohled k manželce 20.38 | Důvěra v pomoc technik 14.32 |
| | Cílka vysvoboditelka 19.44 | Ohled k náladovosti 11.19 | Důvěra v různé formy pomoci 16.19 |
| | Mamčina citlivost 2.21; 10.44 | Ohled rodiny 5.5 | Hlavní je věřit 16.20 |
| | Mamčina ustaranost 5.15 | Ohleduplnost v komunikaci 19.21 | Naděje navzdory 11.30 |
| | Mamčino hledání 20.4 | Opatrnost v chování 6.25 | Naděje v lepší stav 8.22 |
| | Mamčiny obavy 4.46 | Opatrnost v komunikaci 6.24; 10.44 | Naděje ve vlastní zdraví 17.36 |
| | Mamčiny pochyby o sobě 14.24 | Orientace na přítomnost 11.13 | Nutnost zvládat 1.11 |
| | Mamka nezapadla 3.44 | Přizpůsobení v chování 6.23 | Optimismus 10.38 |
| | Rady mamce 13.10 | Přizpůsobování se nemoci 21.5 | Pomoc humoru 8.46; 9.6; 19.5 |
| | | Snaha být oporou 8.30 | Pověřivost 16.9 |
| | Rozporuplné vnímání situace 5.42 | Snaha podporovat 14.12 | Pozitivní myšlení 8.16 |
| | Dílohodnější nástup 22.1 | Snaha pomoci 11.18 | Pozitivní pohled 8.1 |
| | Fyzické prožívání momentu 6.4 | Snaha se ovládat 19.23 | Pragmatický pohled na prášky 16.38 |
| | Hodně zlomů 13.30 | Snaha zabavit 14.20 | Radost ze zlepšení 12.30 |
| | Ne takový šok 1.36 | Zlepšení chování k mamce 11.17 | Sebeinstrukce k nadhledu 15.18 |
| | Nečekanost konfrontace 5.46 | Zpětná lítost 3.6 | Smiření s procesem 11.37 |
| | Neporozumění vývoji 1.24 | Zpětné přemýšlení o činech 19.14 | Sranda 14.38 |
| | Neuvědomění 1.37 | | Stálá existence řešení 17.22 |
| | Neuvědomění závažnosti 5.34 | Nepatřičnost mamky mezi pacienty 18.28 | Velký význam vůle 16.27 |
| | Neznalost počátku 21.43 | Domnělý omyl lékařů 3.33 | Víra v energii 7.25 |
| | Neznalost spouštěče 23.16 | Nepřijetí oddělení 3.43 | |
| | Počáteční obavy 6.6 | Odlišnost diagnózy 23.7 | Hodnocení neefektivnosti procesu 22.12 |
| | Počáteční údiv 2.28; | Zlepšení - zase naše mamča 13.38 | Bezvýchodnost léčebny 18.38 |
| | Silné emoce 6.15 | | Čekání na diagnózu 23.17 |
| | Zásah 1.25 | | Komplikace se vzdáleností 24.14 |
| | Zobrazování ve filmech 6.7 | | Nechuť k léčebně 6.35 |

Příloha 6: Epilog – závěrečná reflexe autorky

Dopsala jsem svou diplomovou práci. Mám ale pocit, že tato její finální, oficiální podoba je jen špičkou ledovce, jen dílkem v mozaice toho, co jsem v procesu tvorby zakusila. Zajímavá setkání, silné emoce, příběhy, pro jejichž popis se těžko hledaly slova. Vzhledem k formální podobě práce, akademickému stylu a rozličným oficialitám mám pocit, že tento „lidský rozměr“ byl lehce upozaděn. Nicméně ve mně některé momenty zůstanou - a to je pro mě největším obohacením, které si z tvorby diplomové práce odnáším.

Byla jsem svědkem toho, kdy Anna nezvedala telefon svojí mámě, protože dle svých slov by jinak nedělala nic jiného. Jak jsem se dozvěděla zpětně, hned druhý den po našem setkání Anninu maminku odvážela rychlá záchranná služba. Poslouchala jsem pročitěné popisy situací plných bezmoci a zoufalství, kdy se respondentům chvěl hlas či nedokázali najít vhodný výraz. Během přepisů rozhovorů i následné analýzy jsem s nimi a jejich příběhy strávila mnoho času a jejich svědectví se mě hluboce dotýká.

Obdivuji vnitřní sílu těchto mladých lidí, jejich snahu se nevzdávat, bojovat a hledat možnosti pomoci. Obdivuji partnery žen s duševní nemocí, že s nimi nesou „všechno dobré i zlé“ v případech, kdy to zlé skutečně přichází. A ve svém nitru vznáším apel vůči všem, kteří se podílí na probíhající reformě psychiatrické péče u nás, aby se zaměřili na lidi a jejich potřeby. Aby probíhající reforma skutečně pomohla také těmto „mým“ pacientkám i jejich rodinám, protože to skutečně potřebují. Uzavírám slovy Cecilie: „hlavně, prostě – v to nepřestat věřit“.