

Univerzita Hradec Králové  
Pedagogická fakulta  
Ústav sociálních studií

# **Rizika vývoje dítěte v prostředí rodiny s jedincem s duševním onemocněním**

Bakalářská práce

Autor: Lucie Tomanová  
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice  
Studijní obor: Sociální pedagogika se zaměřením na výchovnou práci v etopedických zařízeních  
Vedoucí: PhDr. Jan Hubert  
Oponent: PhDr. Petra Bendová, Ph.D.



## Zadání bakalářské práce

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| <b>Autor:</b>                  | <b>Lucie Tomanová</b>   |
| Studium:                       | P21P0159  |
| Studijní program:              | B7507 Specializace v pedagogice   |
| Studijní obor:                 | Sociální pedagogika se zaměřením na výchovnou práci v etopedických zařízeních               |
| <b>Název bakalářské práce:</b> | <b>Rizika vývoje dítěte v prostředí rodiny s jedincem s duševním onemocněním</b>            |
| Název bakalářské práce AJ:     | Risks of child development in a family environment with an individual with a mental illness |

### **Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

Bakalářská práce se věnuje možným rizikům ve vývoji dítěte v prostředí rodiny s jedincem s duševním onemocněním. Teoretická část vymezuje funkce rodiny, charakterizuje duševní onemocnění. Také řeší prostředí vývoje jedince a činitele, kteří na něj působí včetně rizikových faktorů. Empirická část zodpovídá výzkumnou otázku "Jaká jsou rizika vývoje dítěte v prostředí rodiny s jedincem s duševním onemocněním?" Šetření probíhá formou kvalitativního výzkumu, který obsahuje polostrukturované rozhovory. Vzorek tvoří pracovníci organizace Péče o duševní zdraví, popřípadě pracovníci spolupracujících institucí.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu. 2., rozš. české vyd.* Přeložil Vladimír JÚVA, přeložil Vendula HLAVATÁ. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.

KRAUS, Blahoslav a POLÁČKOVÁ, Věra. *Člověk - prostředí - výchova: k otázkám sociální pedagogiky.* Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-004-2.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese.* Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky.* Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0643-9.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání.* Vydání druhé, doplněné a přepracované. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.

Zadávací pracoviště: Ústav sociálních studií,  
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: PhDr. Jan Hubert

Oponent: PhDr. Petra Bendová, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 15.11.2023

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucího práce PhDr. Jana Huberta samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 24. 4. 2024

---

Lucie Tomanová

## **Poděkování**

Tímto děkuji vedoucímu práce PhDr. Janu Hubertovi za odborné vedení práce, předání cenných rad, podnětů a zkušeností.

Dále bych chtěla poděkovat všem informantům za jejich čas, vstřícný přístup a ochotu podělit se o své postřehy a zkušenosti.

## **Anotace**

TOMANOVÁ, Lucie. *Rizika vývoje dítěte v prostředí rodiny s jedincem s duševním onemocněním*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2024. 69 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce v teoretické části vymezuje základní pojem rodina a zásadní funkce rodiny, které by každý zdravý rodinný systém měl plnit. V další části se práce věnuje rozřazení a charakteristice jednotlivých druhů duševních onemocnění. Následující podkapitoly se pak věnují tématu handicapu v sociálních vztazích, který si s sebou nese duševně nemocný člověk po celý život. Navazující podkapitola se pak věnuje přímo ovlivnění role rodiče v důsledku duševní nemoci. V empirické části pak probíhá pomocí polostrukturovaného rozhovoru šetření, které si klade za cíl zjistit, jaká existují rizika pro dítě v jeho vývoji, pokud vyrůstá v rodině, jejíž fungování a celkové klima je narušeno vyskytujícími se duševním onemocněním. Výsledky výzkumného šetření nám ukazují zejména dopad na psychickou stránku osobnosti dítěte a následky, které si může nést do dospělého života. Součástí výzkumného šetření je také snaha o zjištění možností zvýšení edukace o duševních onemocněních a poukázání na nedostatky, kterým by se měla věnovat do budoucna větší pozornost. V závěru práce je pak shrnuta celá problematika možných rizik pro dítě duševně nemocného rodiče.

Klíčová slova: rodina, duševní onemocnění, vývoj dítěte

## **Annotation**

TOMANOVÁ, Lucie. *Knowledge of relatives of mentally ill patients in the field of home care and availability of relevant organizations* Hradec Králové: Faculty of Education, University Hradec Králové, 2024. 69 pp. Bachelor Thesis.

In the theoretical part, the bachelor's thesis defines the basic concept of family and the essential functions of the family, which every healthy family system should fulfill. In the next part, the thesis deals with the classification and characteristics of individual types of mental illnesses. The following sub-chapters are then devoted to the topic of handicap in social relations, which a mentally ill person carries with him throughout his life. The subsequent sub-chapter then deals directly with the influence of the parent's role as a result of mental illness. In the empirical part, an investigation is carried out using a semi-structured interview, which aims to find out what risks there are for the child in his development if he grows up in a family whose functioning and overall climate is disturbed by the occurring mental illness. The results of the research investigation show us in particular the impact on the psychological side of the child's personality and the consequences it can carry into adult life. Part of the research investigation is also an effort to find out the possibilities of increasing education about mental illnesses and pointing out shortcomings that should be given more attention in the future. At the end of the work, the entire issue of possible risks for the child of a mentally ill parent is summarized.

Key words: family, mental illness, child development

## Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2022 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, dizertačními a habilitačními pracemi na UHK).

Datum: .....

Podpis studenta: .....

## Obsah

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Úvod .....</b>   | <b>9</b>  |
| <b>1 Rodina .....</b>   | <b>11</b> |
| 1.1 Funkce rodiny .....   | 12        |
| 1.2 Narušené prostředí rodiny.....  | 13        |
| <b>2 Duševní onemocnění .....</b>   | <b>16</b> |
| 2.1 Základní charakteristika a jednotlivé typy duševních poruch .....                             | 17        |
| 2.2 Dopady onemocnění na osoby žijící s jedincem trpícím duševním onemocněním .....               | 20        |
| 2.3 Rizikové projevy v chování rodičů nebo blízkých osob vůči dítěti a změny v chování dětí ..... | 22        |
| <b>3 Nezbytné podmínky pro zdravý vývoj dítěte .....</b>  | <b>24</b> |
| 3.1 Faktory narušení vývoje dítěte.....   | 25        |
| <b>4 Provedené výzkumy a teoretická východiska.....</b>   | <b>27</b> |
| <b>5 Výzkumné šetření, jeho cíl a výzkumný problém .....</b>                                      | <b>30</b> |
| 5.1 Výzkumné otázky .....   | 30        |
| 5.2 Metoda sběru dat a výzkumný vzorek .....  | 32        |
| 5.3 Postup sběru dat a průběh rozhovorů.....  | 33        |
| 5.4 Analýza dat .....   | 34        |
| 5.5 Zhodnocení výzkumných otázek .....  | 46        |
| <b>Závěr .....</b>  | <b>49</b> |
| <b>Seznam použitých zdrojů .....</b>  | <b>53</b> |
| <b>Seznam příloh.....</b>   | <b>56</b> |
| <b>Přílohy.....</b>   | <b>57</b> |



## Úvod

Bakalářská práce pojednává o tom, jaká mohou být rizika pro dítě, které vyrůstá v jedné domácnosti se členem, který trpí duševním onemocněním. Inspirací pro volbu tohoto tématu mi bylo dobrovolnictví v organizaci Péče o duševní zdraví (dále jen organizace PDZ), kde jsem se setkala s řadou klientů a problematika duševního zdraví mě začala více zajímat.

Téma duševního zdraví u dětí základních a středních škol v současnosti rezonuje společností a situace se zdá být alarmující, a proto ho shledávám velmi aktuálním. V teoretické části bakalářské práce jsou rozebrány základní funkce rodiny, kterými jsou funkce biologicko-reprodukční, sociálně-ekonomická, ochranná, socializačně-výchovná a emocionální. Vymezení funkcí se může lišit v závislosti na autorovi publikace. Dále je pro základní orientaci v problematice duševních onemocnění uvedeno členění nejzávažnějších onemocnění, kterými může rodič nebo obecně dospělý jedinec trpět. I když se může jednat o jakoukoliv osobu nám blízkou, která je postižena duševním onemocněním, bakalářská práce pojednává zejména o duševně nemocných, kteří jsou ve vztahu k dítěti v roli rodiče. V drtivé většině případů, v kterých vyhledá duševně nemocný jedinec pomoc v organizaci PDZ, se jedná o nemocnou matku. Můžeme spekulovat, zda otcové se spíše za nemoc stydí, berou ji jako své selhání nebo o nápomocných organizacích ani nevědí.

Cílem práce je vymezit základní teoretické znalosti o duševních onemocněních, jak mohou ovlivnit osobnost jedince a osoby, které s ním žijí. Dále se snaží objasnit, jaká jsou pro dítě největší rizika v jeho vývoji, pokud vyrůstá v rodině s jedincem, který trpí vážným duševním onemocněním. Také je záměrem akcentovat důležitost komunikace, která se mi zdá být ve společnosti podceňována. Výrazně se zlepšila kvalita života dítěte, pokud ví, co a z jakého důvodu se děje. Obecně nejsme zvyklí sdělovat své pocity a myšlenky, což může často způsobovat neharmonické vztahy jak partnerské, tak i ostatní rodinné a sociální. A nejčastěji jsou největšími oběťmi neshod právě děti, které se v dané situaci ztrácí a mohou trpět různými pocity strachu a nejistoty.

Tato práce také usiluje o jiný pohled na duševní onemocnění. Ve společnosti přetrvává názor, že za duševní onemocnění si člověk může sám. Při zvýšení míry edukace a povědomí ve společnosti by se mohlo podařit zlepšit obraz duševně nemocného jedince, který je stále vnímám jako někdo „na okraji“, automaticky mu dáváme nálepku „blázna“. Práce zdůrazňuje hledisko individuality. Můžeme se snažit o generalizaci, ale ve výsledku

záleží na spoustě faktorů, které působí neopakovatelně na každého jedince s ohledem na odlišnost v jeho prožívání a vnímání situace.

I když se práce soustředí převážně na negativní dopady, které působí břímě dítěti v jeho dospělém životě, duševní onemocnění může mít i pozitivní dopady, například to je nabytí dovednosti vyznat se v mezilidských vztazích, schopnosti empatie, pocitu zodpovědnosti a schopnost zorientovat se v zapeklitých situacích. „*Potíže nejsou překážkou rozvoje, pokud se k nim odvážíme postavit čelem a neustoupíme*“ (Solantaus, 2002, s. 32).

Výzkumné šetření je realizováno pomocí polostrukturovaného rozhovoru a stanovení dílčích výzkumných otázek. Cílem je přehled základních dopadů, které může mít duševní onemocnění na dítě a také základní přehled o funkčnosti a spolupráci systému v oblasti podpory rodin, které se s nemocí potýkají.

Bakalářská práce by mohla poskytnout ucelený soubor poznatků o duševních onemocněních. Zdůrazněním některých hlavních rizik pro dítě ohrožené vlivy duševního onemocnění v rodině by mohla fungovat jako „vodítko“, na jaké oblasti bychom se měli u dětí zaměřit a jaké cesty by mohly vést ke zlepšení duševní kondice „generace sněhových vloček“ a po nich následujících.

Dnes již víme, že psychické zdraví přímo ovlivňuje zdraví fyzické. Pokud budeme vychovávat duševně vyrovnanou generaci, můžeme zároveň snižovat rizika pro vznik civilizačních chorob a chorob způsobených neúměrnou stresovou zátěží.

# 1 Rodina

Kapitola *Rodina* definuje tuto základní sociální skupinu, která dává předpoklad budoucího vývoje dítěte a jeho fungování v mezilidských vztazích.

Rodina je tradičně považována za nejvýznamnější sociální skupinu v životě člověka. Prostředí rodiny přináší dítěti „prvoobraz“ celé lidské společnosti. Význam rodiny je tedy nezanedbatelný a nelze jej podcenit. Zároveň se zde uplatňuje více faktorů. I z velmi narušeného rodinného prostředí může vyjít psychicky vyvážený a zdravý jedinec (Facová, Orel, 2012).

Dle Lisé a Vágnerové (2021) rodina zahrnuje mnoho různých interakcí mezi rodiči a dětmi. Vytváří vztahový rámec, ve kterém se vyskytují rodiče, děti, popřípadě sourozenci, prarodiče atd. Toto společenství blízkých osob si vytváří své rodinné rituály a rodinný příběh, který jednotlivé členy spojuje.

Dle Krause (2008) stojí rodina u zrodu osobnosti jedince a má rozhodující možnost ho ovlivnit a můžeme vymezit několik typů: *rodina nukleární* (složená pouze z rodičů a dětí), *rodina rozšířená* (doplněná o prarodiče, strýce nebo tety), dále pak *rodina orientační* (rodina, v které vyrůstáme v dětství) a *rodina prokreační* (ta, kterou později sami založíme). Kraus také vymezuje pojmy jako *rodina funkční*, *dysfunkční* (některé funkce jsou oslabeny) a *rodina afunkční* (je narušen socializační vývoj dítěte).

Z psychologického hlediska vymezujeme rodinu jako skupinu *primární a malou*. Skupinou primární se rozumí taková skupina, ve které převažují důvěrné vztahy, silné emoční vazby a je naplněno uspokojení základních životních potřeb (Fontana, 1997; In: Vacek, 2017).

Co se týče zařazení rodiny mezi skupinu formální či neformální, nejedná se o úkon jednoduchý. Původně navázaný vztah dvou partnerů se formálně stvrzuje sňatkem a rodičovstvím. Pokud se podíváme blíže na vzájemné vztahy v rodině, ve většině případů mají znaky neformálnosti, postrádají psaná pravidla a normy, ale její členové očekávají dodržování norem nepsaných. Nabízí se tedy varianta mluvit o rodině jako o skupině *poloformální*. V ideálním případě se pak rodina stává skupinou *kladně vztaznou*. To můžeme charakterizovat jako soulad vzájemně navázaných vztahů (Vacek, 2017).

Zásadním aspektem v rodině je komunikace. V takto důvěrně navázaných vztazích můžeme pozorovat každodenní setkávání se. Naproti tomu, jak často se vidíme, můžeme

zachytit fakt, jak málo o sobě víme – o našich běžných starostech a událostech uplynulého dne.

## **1.1 Funkce rodiny**

V prostředí rodiny se formuje základ osobnosti jedince, lidé se v ní setkávají ve vzájemné interakci, komunikují spolu. Od samého počátku života jedince ovlivňuje jeho vývoj, působí na vytváření citových vztahů, které se ovlivňují v dlouhodobém horizontu. Z primární rodiny si jedinec odnáší vzorce chování a základní pojetí hodnot. Díky přebíraným zkušenostem se připravuje na další fungování ve společnosti (Květenská, 2015; In: Jedlička a kolektiv, 2014). V souvislosti s naplněním všech úkolů rodinného prostředí můžeme vymezit několik základních funkcí.

### ***Funkce biologicko-reprodukční***

Má-li se společnost zdravě rozvíjet, potřebuje stabilní reprodukční základ. Tuto funkci stát reguluje prostřednictvím tzv. populační politiky. Díky naplnění biologicko-reprodukční funkce je zabezpečena další existence lidské populace. V dnešní době je funkce pozměněna několika faktory, jako například bezdětnými manželstvími, homosexuálními dvojicemi nebo rozhodnutími dospělých žít bez partnera nebo rozhodnutím ženy vychovávat dítě sama bez partnera (Hudecová, 2008; In: Kraus, 2014).

### ***Funkce sociálně ekonomická***

Kraus (2014) říká, že vedle významu rodiny pro stát jako velkého spotřebitele, můžeme také pozorovat, že v rámci rodinného seskupení se uskutečňují rozhodnutí ohledně finančních prostředků. Poruchy této funkce se projevují hmotným nedostatkem a strádáním členů rodiny. Dnes můžeme také pozorovat určitý návrat k rodině coby samostatné ekonomické jednotce. Existuje řada rodin, které vedle zaměstnání podnikají.

### ***Funkce ochranná (pečovatelská)***

Dle Benešové (2010; In: Kraus, 2014) význam této funkce spočívá v zabezpečení a naplnění biologických, hygienických nebo zdravotních potřeb. Dochází ke zvyšování rodinné zátěže, kdy je potřeba vedle dětí zabezpečit ještě nemocného či starého člena

rodiny. To zásadním způsobem ovlivňuje život dětí v takové rodině. Může se tak vytvářet u dětí budoucí model chování v oblasti péče o své rodiče.

### **Funkce socializačně výchovná**

V prostředí rodiny se dítě poprvé učí přizpůsobovat se požadavkům fungování ve společnosti a osvojuje si návyky k tomu potřebné. Především se zde jedná o dostatečnou připravenost dětí orientovat se v praktickém životě. Dnes je však někdy zodpovědnost výchovy přesouvána na prostředí školy a spoléhá se na profesionalitu pedagogů, kteří eliminují chyby ve výchově činěné rodiči.

Vadným stylem výchovy rozumíme styl velmi *liberální*, kdy je dítě přehnaně rozmazlováno. Dále to je styl *perfekcionista* – v tomto případě je jedinec usměrňován ve všech aspektech. Přes tyto styly se dostáváme přes styl označovaný jako styl *hypochondrizující* (rodiče projevují nepřiměřené obavy) až ke stylu *autoritativnímu*, který se uchyluje až k násilí. Za ideální považujeme styl *demokratický*, který staví na diskuzi, komunikaci a rovnocenném postavení členů. Extrémní styly, jako například liberální, se prokazatelně mohou podílet na vzniku deviantního chování u dětí (Kraus, 2014).

### **Funkce emoční**

Tato funkce a následné vytvoření bezpečného a milujícího prostředí je nenahraditelná jinou institucí. V dnešní době zvyšujících se nároků na rodiny se zvyšuje počet rodin, které nejsou schopny tuto funkci dostatečně zajistit. V tomto důsledku přibývá dětí citově deprivovaných nebo týraných. „*Selhání této funkce se pak projevuje nejrůznějšími psychickými poruchami, které následně mohou vést k sociálně deviantnímu chování.*“ (Kraus, 2014, s. 136) Takovým chováním můžeme mít na mysli delikvenci, toxikomanii, gambling nebo sebevražedné jednání. Tato funkce je tedy zásadní v oblasti zdravého vývoje dítěte.

## **1.2 Narušené prostředí rodiny**

Pro správně fungující rodinu je nezbytné splnění třech aspektů, a to aspektu *sounáležitosti, adaptability a komunikace*. *Sounáležitostí* se myslí blízkost, nápomoc a intimita mezi členy rodiny. *Adaptabilita* znamená být kompetentní přizpůsobit se nárokům života, okolí a společnosti. *Komunikace* by pak měla směřovat k asertivnímu řešení konfliktů, zdravému předávání informací a otevřenosti v rodinném prostředí.

Mohou nastat některé situace, v jejichž důsledku dojde k narušení plnění rodičovské role. Takovými situacemi mohou být:

- 1) Rodiče se o dítě nemohou starat v důsledku nenadálé situace (úmrtí) nebo díky neovlivnitelné situaci ve společnosti (válka).
- 2) Rodiče se o dítě starat neumějí nebo jim to je znesnadňováno druhým rodičem v procesu rozvodu.
- 3) Rodiče se o jedince starat nechtějí. Děti jsou tak zanedbávány, strádají a často končí opuštěné vlastní rodinou.
- 4) Rodiče poskytují nadměrnou péči (hyperprotektivní), čímž vychovávají nerespektujícího jedince vůči osobám druhých (Šulová, 2004; In: Kraus, 2014).

Pod pojmem *úspěšně zvládnutá rodičovská role* si můžeme představit to, že rodič dává dítěti najevo, že je vítáno, smí navázat blízký fyzický vztah se svými nejbližšími, smí se projevovat úměrně svému věku, má právo klást otázky nebo smí být samo sebou (Kern a kol., 2006).

V důsledku psychické poruchy rodiče může dojít k emocionálnímu zanedbávání dítěte. Clark a Clark (1989; In: Matoušek a Pazlarová, 2014) tvrdí, že se jedná o stav, kdy rodič nedokáže v dostatečné míře podpořit psychický rozvoj dítěte. Dle výzkumů, které byly provedeny o hospitalismu u dětí, dochází k celoživotním následkům. Nedostatečným kontaktem s matkou (například v době pobytu v ústavním zařízení) mohou jedinci trpět syndromem apatie a marnosti, či můžou v budoucnosti zanedbat vlastní děti.

Rizikem pro vývoj dítěte může být také vývojové opoždění. Pokud dojde k nedostatku podnětů a stimulů pro učení dítěte, jsou ohroženy funkce postavené na sociokulturním prostředí. Dochází tedy například k opožděnému vývoji řeči, stagnuje i rozvoj myšlenkových operací, nastávají problémy s orientací v sociálních rolích a normách a v neposlední řadě se mohou důsledky projevit v dospělém životě, v němž jsou nuceni setrvávat na nižší ekonomické úrovni zapříčiněné hůře placenou prací a nižší kvalifikací. Mohou být životními okolnostmi staženi do pozice naučené bezmocnosti a za strůjce svých potíží považovat systém a podobný nežádoucí životní styl tak předávají i svým vlastním dětem (Vágnerová, 2014).

Jak již bylo zmíněno, rodina je zásadním činitelem formování osobnosti jedince. Pokud bychom odhlédli od dopadů působících ryze na psychické následky u dítěte, všimneme si například i aspektů rodiny, které mohou podpořit vznik agresivity u dětí.

Takovými aspekty mohou být například negativní vzorce chování, které se mezigeneračně opakují, sociální nejistota dítěte způsobená nestálostí (častým stěhování), naprostý nedostatek dohledu rodičů u nevyhovujících výchovných stylů nebo nižší ekonomická úroveň. Neméně významným rizikovým faktorem pro vznik agresivity u dětí je specifická osobnost matky, která trpí psychickou poruchou (Toužimská in Říčan, Krejčířová a kol., 2006; In: Hutyrová a kol, 2019).

V této kapitole můžeme vidět, že na vzniku ucelené osobnosti se podílí mnoho faktorů. Osobnost je jakýmsi souborem všech vlivů, životních zkušeností a svých charakterových rysů. Jedinec, který však vyrostl v harmonickém rodinném prostředí má velkou možnost prožít období dospívání a dospělosti bez výrazných psychických odchylek či sociálních znevýhodnění.

## 2 Duševní onemocnění

Tato kapitola se pro vytvoření základního teoretického rámce věnuje charakteristice a vymezení duševních onemocnění. Je důležité objasnit základní fakta a dopady onemocnění pro lepší uchopení problémů, které mohou pro dítě žijící s duševně nemocným jedincem nastat.

Americká psychologická asociace (*American Psychological Association, APA*) uvádí, že *duševním onemocněním* neboli *duševní poruchou* se rozumí stav „*vyznačující se narušením kognitivních funkcí a/nebo emocí, abnormálním chováním, narušeným fungováním ve společnosti nebo jakoukoli kombinací výše uvedeného*“. Kromě faktorů spojených s prostředím, mohou k onemocnění přispět i tělesné, genetické, chemické, sociální a jiné faktory. Škála duševních poruch je definována jednak v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch, jednak v Mezinárodní klasifikaci nemocí (Národní zdravotnický informační portál, 2024, online).

Dále je vhodné definovat si rozdíl mezi dvěma typy onemocnění, a to neurózou a psychózou. Juklová a Skorunková (2009) definují neurotické poruchy (dříve používaný název neurózy) jako poruchy u kterých jsou charakteristické emoční poruchy. Mezi skupinu neuróz patří generalizovaná úzkostná porucha, fobická úzkostná porucha, panická porucha, obsedantně kompulzivní porucha, reakce na stres (příkladem je posttraumatická stresová porucha), somatoformní poruchy nebo jiné poruchy (neurastenie).

Mezi společné znaky neuróz patří úzkost, která způsobuje nepřiměřené jednání. Může být také doprovázena somatickými projevy. Dalším kritériem je, pokud onemocnění závažným způsobem omezuje nemocného v rovině sociálních nebo pracovních vztahů). Neurotik má však stále náhled na onemocnění, ale nedokáže ho regulovat svou vůlí (Vágnerová, 2004; In: Junková, Skorunková, 2009). Jedná se o poruchy, které nemají tak zásadní dopad na rodinný život jako psychózy.

Psychotické poruchy (psychózy) jsou již závažná psychická onemocnění, kdy dochází k narušení vnímání reality a pacient především ztrácí náhled na svoje onemocnění. Nemocný často trpí bludy, halucinacemi a tvoří si vlastní svět, ve kterém se uzavírá a izoluje od ostatních lidí. Mezi psychotická onemocnění řadíme schizofrenii,



schizoafektivní psychózy a afektivní poruchy (dříve pojmenované jako maniodepresivní psychózy) (Juklová, Skorunková, 2009).

Právě tyto příznaky schizofrenie nejvýrazněji ovlivňují jedince v interakci s jeho blízkým okolím a neméně vztah k jeho dětem či jiným dětem a mladistvým v rodině nebo společné domácnosti.

## 2.1 Základní charakteristika a jednotlivé typy duševních poruch

Dle klasifikace MKN-10 řadíme schizofrenii mezi nejzávažnější formy psychózy, do kategorie F20-29, kam spadají mimo jiné schizofrenní poruchy a poruchy s bludy. Členění je následující:

F20 – Schizofrenie;

F21 – Schizotypní porucha;

F22 – Trvalé duševní poruchy s bludy;

F23 – Akutní a přechodné psychotické poruchy;

F24 – Indukovaná porucha s bludy;

F25 – Schizoafektivní poruchy;

F28 – Jiné neorganické psychotické poruchy;

F29 – Nespecifická neorganická psychóza.

Poslední dvě zmíněné kategorie se používají spíše výjimečně (Svoboda, 2006).

### F20 Schizofrenie

Schizofrenie je psychotickým onemocněním. „*Psychóza je charakterizována bludy, halucinacemi, dezorganizovaným slovním projevem a chováním, v širším pojetí také poruchou vnímání reality.*“ Jedná se o jedno z nejzávažnějších psychických onemocnění (Svoboda, 2006).

Vágnerová (2004) definuje schizofrenii jako závažné duševní onemocnění projevující se narušeným myšlením, vnímáním a poruchou emotivity.

O schizofrenii máme informace již z období antiky. První pojem pro toto onemocnění byl „*dementiae praecox*“, které použil a v roce 1898 zavedl Emil Krapelin. Název *schizofrenie* použil v roce 1911 Eugen Bleuler. Schizofrenie začíná u mužů již kolem 16 let, u žen nejčastěji mezi 22 a 34 lety.

Přesná etiologie této nemoci není známá. Dnes je přijímána teorie zátěže a dispozice. Spočívá v tom, že každý jedinec si nese míru vulnerability, která se

v průběhu života setkává se zátěží – stresem. Může dojít k selhání v této zátěži a k rozvoji příznaků psychotického onemocnění. Zátěží může být přechod do dospělosti, vstup na vysokou školu, nebo úmrtí blízké osoby.

V současnosti se snažíme nemocným pomoci formou terapie, která kombinuje biologickou léčbu a léčbu psychologickou (tzv. „dvojkolejná léčba“). Samozřejmě součástí léčby by měla být také *edukace* (poskytnutí informací v takové míře, aby se pacient orientoval v možnostech léčby a byl si vědom všech jevů svého onemocnění).

Za nejběžnější biologické léčby můžeme považovat *farmakoterapii*. Mezi užívaná psychofarmaka patří například antidepresiva, antipsychotika nebo thymopropylaktika. K nefarmakologickým biologickým léčbám patří i elektrokonvulze (ECT). Bylo prokázáno, že např. u těžké deprese můžeme vidět zlepšení stavu již po prvních aplikacích.

Nedílnou součástí léčby je také *psychoterapie*. *Individuální psychoterapie*, vycházející z A. Adlera, pracuje na začlenění jedince a odhaluje jeho komplexy méněcennosti. *Rodinná terapie* využívá systémový přístup, kde je žádoucí každý symptom nemoci zpracovat, aby se eliminoval výskyt patologie v rodině. Specifikou formou psychoterapie je *terapie skupinová*, kde se jedná o seskupení většího počtu klientů. A například cílem kognitivně-behaviorální terapie je změna myšlení a jednání pacienta (Orel, Kaláb, Facová, 2012).

U schizofrenie se také využívá farmakologická léčba. Jsou využívána hlavně neuleptika. Pacientům by měly ulevit od symptomů a vracejících se relapsů. Užívání léků je však problematické uhlídat (Cohen, 2002).

Psychofarmakologická léčba nám zajistí zejména zklidnění pacienta a zmírnění jeho úzkostí. Užívání předepsaných léků je jedna z nejdůležitějších věcí ke stabilizování stavu nemocného (Juklová, Skorunková, 2009).

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí dělíme schizofrenii do celkem devíti skupin. Řídíme se také podle Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch, který vydává Americká psychiatrická asociace (Jarolímek, 2021). Autor příručky „O nemoci, která se nazývá schizofrenie“, Martin Jarolímek (2021), se domnívá, že by měl pojem schizofrenie vymizet a mělo by jej nahradit označení více vycházející z osobností nemocných. Udává také, že by se měla klasifikace více přizpůsobit měnící se době, kdy dochází k časnějším projevům schizofrenních příznaků. Jedou z příčin by mohlo být ranější seznámení s návykovou látkou (často marihuanou).

Mezi rizikové faktory vzniku schizofrenie řadíme například tři a více těhotenství matky, infekce těhotné matky (chřipka, zarděnky), porodnické komplikace, postupující rodičovský věk, fyzické, sexuální nebo emocionální zneužívání v dětství, šikana, úmrtí rodičů nebo zanedbávání. K rozvoji poruchy může také přispět užívání alkoholu, konopí, psychostimulantů nebo nedostatečná sociální opora. Mezi protektivní (ochranné faktory) řadíme věk matky 20-29 let nebo pobyt v blízkosti zelené oblasti a klimaticky příznivém prostředí (Hosák, Malekirad, Látalová, 2022).

### **F21 Schizotypní porucha**

Tato porucha je často doprovázena podivínstvím, excentrickou nápadností a malou sociální přizpůsobivostí. Pacienti mají, na rozdíl od schizofrenie, zachovaný vztah ke skutečnosti (L. Hosák, M. Hrdlička, J.Libiger, 2021). Myšlení může mít náznaky až magičnosti, podezíravosti, smyslové zážitky jsou však korigovatelné (E. Malá, P. Pavlovský, 2002).

### **F22 Trvalé duševní poruchy s bludy**

Vyznačují se rozvojem jednoho bludu či několika bludů vzájemně propojených. Jsou obvykle trvalé a celoživotní. Mezi nejčastější bludy řadíme bludy perzekuční, erotomanické, velikašské, žárlivecké a hypochondrické. Bludy bývají spojeny s životní situací pacienta. Jedná se o nevyléčitelnou součást nemoci, tudíž se snažíme o disimulaci, aby mohli pacienti vést relativně normální život (Svoboda, 2006).

### **F23 Akutní a přechodné psychotické poruchy**

Tyto poruchy jsou charakteristické rychlým nástupem a krátkou dobou trvání. Pojí se s neobvykle silným psychickým vypětím nebo konfliktem. Může se jednat např. o ztrátu blízké osoby nebo změnu životních podmínek (sociální skluz, uprchlictví), katastrofu či autonehodu (L. Hosák, 2021).

### **F24 Indukovaná porucha s bludy**

Svoboda (2006) říká, že u této formy jsou bludy sdíleny dvěma či více osobami, které jsou úzce emočně spojeny. Jedna z nich trpí poruchou, ostatním osobám jsou bludy indukovány do doby, než jsou osoby odděleny. Jiný výraz pro tuto poruchu zní „folie a deux nebo trois“.

## **F25 Schizoafektivní porucha**

Současně se vyskytují afektivní a schizofrenní příznaky. Rozlišujeme dále celkem tři typy: manický, depresivní a smíšený. Tato diagnóza se používá, pokud není možné se přiklonit pouze k diagnóze schizofrenní nebo afektivní. Koncepce poruchy se v průběhu času měnila, střídavě byla řazena k jednomu či druhému spektru (Svoboda, 2006).

Juklová a Skorunková (2009) říkají, že schizoafektivní porucha (psychóza) zahrnuje kromě příznaků typických pro schizofrenii také příznaky afektivních poruch.

## **2.2 Dopady onemocnění na osoby žijící s jedincem trpícím duševním onemocněním**

Psychiatrická diagnóza či psychické onemocnění ovlivní výrazným způsobem jak nemocného pacienta, tak členy jeho rodiny či jeho blízké.

Duševní onemocnění (konkrétně schizofrenie) dopadá na prostředí rodiny v mnoha závažných aspektech. Vyvolává v rodině krizi. Dle psychologického slovníku od Hartla a Hartlové (2015) znamená **krize (crisis)** situaci, v níž dojde k oslabení regulativních mechanismů. Také může znamenat nenaplněnou funkci biologickou (spánek nebo potrava), psychickou (ztráta smyslu života) nebo sociální (život v komunitě ostatních lidí); v psychiatrii už se jedná o pojem vyjadřující extrémní psychickou zátěž, která se stává nebezpečnou nebo nějakou životní událost.

Členové rodiny, zvláště pak děti, mohou trpět nedostatkem pozornosti, jsou upozaděni jejich vlastní problémy a strasti nebo dokonce i vlastní onemocnění (Kalina, 2001).

Dle Kaliny (2001) se situace závažného onemocnění stává krizí, kdy dokonce dochází k pocitům viny za nastalou situaci u dětí nebo rodinných příslušníků nemocného. Existuje určitá posloupnost stavů, kterými si děti (popř. dospívající) prochází:

1. Zásah – dolehne na nás celá tíha nastalé situace;
2. Potlačení – sami před sebou popíráme, že se něco děje;
3. Sebeobviňování – období touhy najít viníka; tato etapa může mít fatální následky zejména na sebevědomí dětí a dospívajících, kdy za výbuchy hněvu vidí děti své provinění a často ani nemají tušení o existenci nemoci;
4. Rezignace – stav bezmoci může vyústit až ve stav deprese;
5. Smysluplná činnost – hledání reálných řešení prospěšných pro naše blízké i pro nás.

Dörner (1999) říká, že na míře dopadu nemoci na jedince se podílí nemalou měrou příbuzenské poměry a vztahy a jejich intenzita. Stejně tak hraje roli druh, intenzita a doba trvání samotného onemocnění. Dalším faktorem dopadu je, zda rodina bydlí společně nebo samostatně. Problémy ve vztazích v rodině začínají už v počátečních fázích – na jedinci jsou patrné změny chování (může se jednat o změnu rytmu spánku, neovládání běžné denní zátěže, vidí nebo slyší věci, které ostatní ne).

Děti rodičů trpících psychózou jsou nejčastěji vystaveny:

**Tabulka 1** Dopady psychózy na děti nemocných rodičů

|  |
|--|
| 1. Oddělení od rodiče v důsledku hospitalizace   |
| 2. Návštěvám psychiatrických oddělení nemocnic   |
| 3. Obavám z dědičnosti onemocnění  |
| 4. Potýkání se s rizikem sebevraždy nemocného rodiče   |
| 5. Výchylkám v chování rodiče – chybění pravidel v rodině, odchody rodiče z domova, neschopnost rodiče pomoci dítěti se školními povinnostmi |
| 6. Bizarnímu chování – představám o sledování rodiny, vymyšlení vesmírných teorií, halucinace  |
| 7. Šikaně ze strany spolužáků  |
| 8. Rozporuplnému vztahu k rodiči – pocit studu x láska k rodiči a potřeba ho chránit   |
| 9. Nepříznivé sociální situaci v důsledku invalidního důchodu  |
| 10. Ranému převzetí odpovědnosti za sourozence   |
| 11. Agresivním atakům v důsledku halucinací nemocného  |
| 12. Odebrání a následnému svěřeni do náhradní rodinné péče   |

Zdroj: Kulhánek, Krtíčková, 2023, online

Všechny tyto okolnosti se mohou u dospívajících a dětí vyskytovat. Je ale také možné, že žádným z těchto situací čelit nebudou.

Můžeme také jmenovat symptomy, které rodiny obzvláště zatěžují ze strany nemocného.

Jedná se např. o:

- pasivita, naproti tomu přílišná, nezvyklá aktivita,
- zanedbávání domácnosti,
- obrácený rytmus den/noc,
- nedostatečná péče o svůj vzhled a své zdraví (hygiena, výživa) (Dörner a kol., 1999).

Dle příručky, kterou vydalo Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví (2021), je těžké prožívání onemocnění pro nemocného, ale také pro rodinné příslušníky. Sami procházejí procesem zotavení, během kterého se vyrovnávají s limity a omezeními, které nečekaná krize přináší. Musí se také vyrovnat s novou situací v případě hospitalizace nemocného. Dochází k proměně rolí v rodině a ke transformaci druhu chování, který se od jednotlivců očekává.

Do potřeb rodin patří zejména dostatečná informovanost o nemoci a dostupné péči, o účinnosti a vedlejších účincích léků nebo o možnosti podpory nemocného. Důležité jsou také informace o následné péči po propuštění nemocného – jak v oblasti sociální, tak v oblasti právní (zajištění bydlení, dávek, důchodu apod.) (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2021).

Všechna tato rizika, kterým je mládež ve společnosti duševně nemocného jedince vystavena, je mohou velmi ovlivnit v budoucím navazování vztahů a přístupu ke druhým lidem, či v reakcích na krizové události.

### **2.3 Rizikové projevy v chování rodičů nebo blízkých osob vůči dítěti a změny v chování dětí**

Tato podkapitola se věnuje tomu, jakým způsobem nemoc zasáhne do rodinných vztahů a do komunikace ze strany nemocného s jeho okolím.

Dle Matouška (2014) se psychická nepohoda rodiče může projevit ve vztahu k dítěti několika možnými způsoby. Tělesné týrání ze strany rodiče bývá uvolněním stavu rodiče trpícího depresí nebo úzkostnou poruchou. Anomální rodič, tím se rozumí např. schizoidní jedinec, může nedostatečně vnímat potřeby dítěte, může se projevit nedostatek empatie. Matoušek (2014) uvádí typy matek, které projevují vyšší tendence k zanedbávání dětí.

Mezi takové matky patří matky *depresivní*. Taková matka prožívá stavy hlubokého smutku, kdy vůbec nereaguje na okolní podněty. Ve stavu deprese není takový rodič schopný zajistit základní potřeby dítěte. Takové dítě pak strádá nejen po fyzické stránce, ale především psychické, kdy může trpět pocitem viny, protože matka ztrácí celkově zájem jak o sociální kontakty, tak o blízký kontakt s dítětem. Druhým typem matek zanedbávajících výchovu a trpících formou duševního onemocnění jsou *psychotické* matky. Matky psychotické vnímají jinak realitu, trpí ostychem, ztrácí kontakty se svým

sociálním prostředím, často a rychle mění své nálady, blábolí, mají nesouvislé myšlení. Matky ztrácející pojem o realitě mohou svým dětem vážným způsobem ublížit (Polansky, 1972, 1981, 1992; In: Matoušek, 2014).

V důsledku těchto negativních vlivů se může dítě začít chovat více či méně odlišně oproti standardnímu chování. V případě, kdy se dítě dozví o nemoci rodiče a není mu poskytnuta dostatečná pozornost, může na sebe upozorňovat formou agrese jak vůči rodičům, tak svým spolužákům ve škole – ocitne se v roli agresora v situaci šikany. Stejně tak narůstá množství konfliktů mezi ostatními členy domácnosti a děti tudíž napodobují chování, kterému jsou většinu času přítomny (sancedetem.cz, 2023, online). Purvis a Cross, 2007 (In: Matoušek, 2014) říká, že agresivním chováním takové dítě naznačuje: „Upozadřuji svou vlastní bolest, tím, že působím bolest druhým“.

Rodič se může jevit podrážděným, utlumeným (i působením užívaných léků), může se nadměrně hádat nebo chovat podivně oproti svému standardnímu chování. S dobrým úmyslem dítě ochránit, často dospělí před dětmi o nemoci nemluví. Ti nejenže přebírají často péči o domácnost, ale i sourozence. Děti tak často zažívají strach o rodiče a žijí v nejistotě, co se v klimatu rodiny děje (diakonie.cz, 2024, online).

### 3 Nezbytné podmínky pro zdravý vývoj dítěte

Na zdravý vývoj dítěte působí spousta okolností. Jisté ale je, na základě mnoha studií, že psychický vývoj dítěte ovlivní již období početí a okolnosti mateřství.

Již anglický lékař John Bowlby a kanadská psycholožka Mary S. Ainsworthová se zabývali důležitostmi vzniku *citové vazby (attachmentu)* mezi matkou a kojencem. Zkoumali také narušení právě této tak důležité vazby. Na vztah matky k dítěti má vliv nejenom její osobní prožitky z dětství a péče, která se jí dostávala v dětství, ale také podpora partnera. Již zmíněný Bowlby popsal asi nejdůležitější pocit u dítěte, a to pocit bezpečí (Jedlička, 2017).

To, jakým způsobem dojde k naplnění citové vazby, nás ovlivní po zbytek našeho života. Rizikem je vznik tzv. *úzkostné citové vazby*. V takovém případě dochází v dospělosti ke stresu a napětí v partnerství. Jedinec má neustálý pocit nenaplněnosti, chladnosti ze strany partnera, avšak na druhé straně často setrvává v toxickém vztahu, protože nemůže bez blízkého partnera být (sancedetem.cz, 2017, online).

Dítě potřebuje zvláště v období školní docházky podporu, naslouchání a porozumění. V důsledku duševního onemocnění v rodině se potřeby dítěte mohou dostat do pozadí. V takovém případě mohou hledat chybějící citovou vazbu u učitelek či vychovatelek ve školním prostředí. Takový stav bývá popisován jako *stav sociální osiřelosti*. I když takové děti pocházejí z úplné a fungující rodiny, mají pocity shodné s dětmi *bezprizorními*. V období startu školní docházky můžeme pozorovat velmi přísné ego dítěte. Dítě se může přehnaně strachovat, pokud se mu nepodaří splnit zadání autority v osobě učitelky – takové zvýšené napětí může mít základ v trvajících konfliktech doma či narození sourozence. Dítě potřebuje náklonnost vrstevníků. Zvláště na prvním stupni se takové odmítání v třídním kolektivu může přehoupnout do problémů v dospělosti – hrozí osamělost, deprese nebo sebeodmítání. Dítě, kterému se nedostává dostatek pozornosti může přejít do pozice, kdy na sebe chce upozornit. Může se tak dít trápením spolužáků, přílišnou nápomocností učitelů nebo rušením ve výuce. Sociální izolace se může dít v důsledku nadměrného připoutání dítěte k rodině (Jedlička, 2017). Nastane tak koloběh izolace, kdy v důsledku nedostatku vazeb mezi vrstevníky se dítě více uzavírá v rodině. V případě duševně nemocného jedince v rodině může mít veškerý čas strávený pouze v prostředí domova neblahý vliv na psychiku dítěte.



### 3.1 Faktory narušení vývoje dítěte

Velkým rizikovým faktorem je pro dítě vývoj s rodičem, který trpí tzv. *anomální osobností*. Dle Švarcové (2009, In Kraus 2014) jsou v tomto ohledu nejrizikovější rodiny s alkoholikem, toxikomanem, asociálním jedincem nebo jedincem s poruchou osobnosti.

Těmto rizikům spojeným s anomáliemi v rodině lze předcházet *salutoprotektivními faktory*. Jedná se o takové ochranné faktory jako například silné citové pouto rodiče a dítěte, jasná vymezená pravidla a hranice, dostatečný zájem o dítě, jednotnost v přístupu rodičů nebo vytváření prostoru pro zájmy a záliby dítěte (Emmerová, 2010, In: Kraus, 2014). Pokud tyto faktory naplněny nejsou, může dojít k řadě nežádoucích forem chování dítěte.

Hutyrová a kol. (2019) vymezuje několik příčin problémového chování a poruch chování u dětí.

U **biologických faktorů** a dědičných příčin vychází z odchylek ve strukturách CNS. Nastávají dvě možnosti: v prvním případě jsou problémy v chování nebo poruchy chování přítomny primárně samostatně nebo ve spojitosti s ADHD, v druhém případě se porucha objeví v dětství nebo období puberty. Poukazuje na studie, dle kterých byla potvrzena spojitost s perinatálními komplikacemi a odmítavým postojem rodičů vůči dítěti a následnou predikcí kriminálního chování dětí. To poukazuje na fakt, že psychické rozpoložení zejména matky může výrazně ovlivnit duševní vývoj dítěte, a tudíž i jeho problémové chování v dospělosti.

Problémové chování může mít také příčinu ve **faktorech psychologických**. Může se tak stát *projevem hledání náhradního uspokojení*. V takovém případě si dítě říká o pozornost, chce vzbudit ve svém okolí zájem o svou osobu. Své skutky tak často činí nevědomě a nedokáže je zdůvodnit.

V prostředí s jedincem s duševním onemocněním může také dojít k emoční deprivaci dítěte. Pokud se dítě cítí okolím opomíjeno, odmítáno nebo přehlíženo, může dojít až k potížím s navazováním citových vztahů. Často v takových rodinách není vyžadováno důsledně dodržování pravidel. (Říčan, Krejčířová a kol., 2006; In: Hutyrová a kol., 2019).

Z hlediska prostředí s duševně nemocným jedincem se také stav dotýká dítěte z pohledu socioekonomického statusu – **sociálních faktorů**. S nízkou ekonomickou úrovní se můžeme setkat často právě u rodičů s vážným psychickým onemocněním. Duševně nemocný jedinec nemusí souznít s morálními normami. Jakožto vzor pro dítě

u něj vytváří model chování, na základě kterého, porušují základní sociální normy, pravidla silničního provozu, dítě je často k přestupkům podněcováno (i skrytě přes přílišné zákazy a podezřívání) (Říčan, Krejčířová a kol., 2006; In: Hutyrová a kol., 2019).

Trvalé neshody v rodině mohou působit významně na rozvoj a vznik psychických poruch. Dle Vágnerové (2014) se mezi takové stresové situace může řadit konflikt nebo frustrace. Tzv. *denní mrzutosti* (daily hassles) ruší psychickou pohodu a well-being dítěte, ale nepředstavují závažnou zátěž jako takovou. Takovou se stávají, pokud by byly prožívány opakovaně, dlouhodobě a ve velké míře.

Zdeněk Matějček (2013) stanovil tři skupiny pro rizikový vývoj dítěte. Jsou jimi *rizikovní dospělí, rizikové děti a rizikové situace*. Chtěla bych zmínit skupinu rizikových dospělých, mezi které se řadí lidé se zvláštními rysy chování. Patří sem duševně nemocní, nevyspělí nebo zaostalí. U krajních forem psychopatie, kdy dochází k výraznému narušení vývoje dítěte hrozí odebrání dítěte z rodiny. Na druhou stranu Matějček upozorňuje na fakt, že psychotik se nerovná nebezpečný jedinec.

Vágnerová (2014) uvádí, že závažná a dlouhodobá deprivace vede k narušení vývoje celkové osobnosti nebo ke specifickým duševním poruchám. Mezi nejzávažnější citové deprivace patří neuspokojivý vztah s matkou nebo blízkou osobou, která ovlivňuje vývoj dětské osobnosti a pojetí sebe sama.

Jelikož může být častým důsledkem jedince s duševním onemocněním nedostatečná pozornost projevovaná jeho nejbližším, vzniká tak i riziko *citové deprivace* dítěte.

Dlouhé citové strádání, nevhodně zvolený typ výchovy či udávání špatných vzorců chování může vést u dětí ke vzniku řady poruch chování – například *poruše opozičního vzdoru* (Graham a kol., 1999; Hort et al., 2000; Moffitt a Scott, 2008; In: Vágnerová, 2014).

Porucha opozičního vzdoru (F92.3) se dle Orla (2012) vyskytuje u dětí do 10 let. Dítě s touto nemocí je extrémně vzdorovité, nerespektuje žádnou z autorit, často se pere a lže. Může se jednat i o předchozí stupeň nesocializované poruchy chování.

Taková porucha už je závažnější než běžné odmítání spojené s věkem dítěte a je potřeba navázat spolupráci s odborníky.

## 4 Provedené výzkumy a teoretická východiska

Tato kapitola se zabývá dosud provedenými výzkumy zabývajícími se zkušeností dětí z rodiny, kde se vyskytovalo duševní onemocnění (ve většině případů jde přímo o rodiče).

Z důvodu malého množství výzkumů provedených v českém prostředí kapitola zmiňuje výzkum zahraniční a jeden zahraniční přehledový článek. Pak je také uvedená velice hezky zpracovaná příručka od autorky Tytti Solantausové.

### **A. L. KNUTSSON-MEDIN, B. EDLUND, M. RAMKLINT: „Experiences in a group of grown-up children of mentally ill parents“ (2007)**

Tento výzkum zabývající se skupinou dospělých dětí, které vyrostly s duševně nemocným rodičem, byl proveden ve Švédsku v roce 2007 (č. 14, s 744-752) a uveřejněn v časopisu *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*.

Tato studie se zaměřila především na subjektivní zkušenosti dnes již dospělých dětí a jejich kontakty s psychiatrickými službami. Byla provedena kvantitativní metodou, a to rozesláním dotazníků. Výzkumníkům se dostalo celkem třiceti šesti odpovědí.

Ze šetření vyplynulo, že účastníci zpětně popisují především nedostatek informací o nemoci jejich rodiče a nedostatečnou podporu ze strany psychiatrické péče. Ocenili by větší vysvětlení a popis situace. Všechny zúčastněné děti dokončily základní školu a nikdo nebyl bez bydliště.

Co se týče pozitivních aspektů, tak účastníci uvedli úlevu při hospitalizaci nemocného člena rodiny. Za stav blízkého už zodpovídal někdo jiný. Naproti tomu ale popisují velkou zátěž při návratu rodiče po hospitalizaci, která byla příliš krátká a oni, díky nedostatku informací, byli ztraceni.

U mnoha dětí se objevily pocity úzkosti a strachu, v jakém stavu nemocný rodič bude, až přijdou ten den ze školy. Měly obavy ze spáchání sebevraždy rodiče či z vyčerpání zdravého pečujícího rodiče. Přebrały také v domácnosti velkou zodpovědnost a zodpovědnost za péči o své sourozence. Cítily, že pod vlivem okolností dospěly dříve, než jejich vrstevníci. Pociťovaly také stud před svým okolím, pocit strachu a osamělosti, netěšily je věci, které jim dělaly dříve radost. V důsledku onemocnění rodiče si musely děti někdy i rozmýšlet, co řeknou, aby se rodič nerozzlobil či nezklamal.

## **B. FRITZ MATTEJAT, HELMUT REMSCHMIDT: „The Children of Mentally Ill Parents“ (2008)**

Článek „**Děti duševně nemocných rodičů**“ postupoval formou selektivního přehledu literatury. Objasňuje rizika pro děti duševně nemocných rodičů a mapuje programy preventivních opatření.

Článek uvádí, že genetické faktory se navzájem ovlivňují s faktory psychosociálními a děti nemocných rodičů jsou výrazně ohroženy dědičností poruchy a narušením vztahu rodič-dítě. Autoři také vyhodnocují preventivní programy jako kvalitní, ale dle nich jsou stále nedostačující a vyžadují zlepšení.

Hlavní poznatky tohoto článku, které slouží jako opora pro výzkumné šetření této bakalářské práce jsou:

1. Změny v chování rodičů, které ovlivní dítě v kojeneckém věku a raném dětství:
  - a) deprese snižuje mateřskou empatii,
  - b) matka je omezena ve schopnosti interpretovat signály dítěte,
  - c) oční kontakt, úsměv, mluvení, mazlení může být omezeno oproti běžné situaci.
  
2. Změny v období mateřské a základní školy:
  - a) matky někdy reagují nadměrnou úzkostí, je pro ně obtížné stanovit dětem hranice a kolísají mezi tolerantním a kontrolním stylem výchovy,
  - b) zřídka se objevují slova chvály a povzbuzení, která by posilovala sebevědomí dítěte.
  
3. Pozdní dětství a dospívání:
  - a) od dítěte se vyžaduje, aby převzalo odpovědnost za dospělé,
  - b) dochází k oslabení vzorové funkce rodičů,
  - c) dítě je vtaženo do rodičovských problémů.
  
4. Děti jsou častěji než „běžná“ populace vystaveny rizikovým faktorům:
  - A. chudoba, nedostačující bytové podmínky,
  - B. společenská diskriminace rodiny,
  - C. nízká úroveň vzdělání rodičů, případná nezaměstnanost,
  - D. dvakrát až pětkrát vyšší riziko zanedbávání a fyzického či sexuálního zneužívání.

### **C. TYTTI SOLANTAUSOVÁ: „Příručka pro rodiče, kteří mají problémy s duševním onemocněním“ (2002)**

Tato příručka zachycuje v přehledné formě základní oblasti, kterých se mohou dopady duševního onemocnění na dítě týkat. Příručka je přeložena do češtiny z finského originálu, kde v té době probíhal projekt „Efektivní rodina“. Překlad napsal v roce 2009 Vladimír Piskoř.

Příručka zejména upozorňuje na to, že nemusí dojít k žádným problémům dítěte, jedná se pouze o rizika, která se projevit mohou, ale nemusí. Zdůrazňuje, že za duševní onemocnění si člověk nemůže sám, přirovnává duševní onemocnění například k horečce. Upozorňuje na hlavní problémy, které v rodině mohou nastat.

Jedná se především o:

- nedostatečnou komunikaci, kdy dochází k pocitům viny a zmatenosti dítěte, odcizení členů rodiny,
- strach rodiče, zda dítě duševní onemocnění nezdědí a na to navazující přílišná kontrola dítěte,
- považování dítěte za strůjce problémů (to, že dítěti spadne sklenička není důvod nepřiměřené reakce rodiče).

Navádí na to, aby se rodina vždy domluvila na společném fungování domácnosti a neponechávala všechny povinnosti na jednom členovi, byť dítě často tvrdí, že to zvládne. V nízkém věku není schopno posoudit své limity. Apeluje také na to, aby se duševně nemocný rodič nebál požádat o pomoc odbor sociální péče nebo jiné neziskové organizace.

Zásadní je nezakazovat dětem o problémech mluvit se svými kamarády. Děti potřebují důvěrníka a ventilaci svého psychického napětí. Měl by rodič tak překonat pocit studu.

Stěžejní prevencí duševního zdraví dítěte je otevřený rozhovor mezi ním a rodičem - ptát se ho, jak se cítí a rozebírat s ním, proč rodič na určité situace tak reagoval.

## 5 Výzkumné šetření, jeho cíl a výzkumný problém

**Výzkumné šetření** se zaměřuje na nalezení možných rizik vývoje dítěte, které vyrůstá v rodině, kde figuruje jedinec s duševním onemocněním. Pro účely výzkumného šetření byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru. Kvalitativní výzkumná metoda byla provedena z důvodu specifického výzkumného vzorku. Rodina, kde se vyskytuje závažné duševní onemocnění, není typickým rodinným prostředím. Rozhovor také poskytl možnost detailnějšího prozkoumání problematiky.

V následujících kapitolách jsou uvedeny hlavní body výzkumného šetření a jeho průběh.

Znění **výzkumného problému** je následující – rizika vývoje dítěte vyrůstajícího v rodině s duševním onemocněním.

**Hlavním cílem** výzkumného šetření je nalézt možná rizika ve vývoji dítěte, které vyrůstá v rodině s jedincem, který trpí duševním onemocněním.

### 5.1 Výzkumné otázky

Na základě tématu práce a stanovení výzkumného cíle byla stanovena **hlavní výzkumná otázka**: Jaká jsou rizika vývoje dítěte v prostředí rodiny s jedincem s duševním onemocněním?

K zodpovězení hlavní výzkumné otázky bylo třeba si položit dílčí výzkumné otázky a k nim adekvátní tazatelské otázky. Všechny plánované otázky jsou pro přehlednost uvedeny v následující tabulce:

*Tabulka 2 Transformační tabulka*

| Hlavní výzkumná otázka   | Dílčí výzkumné otázky   | Tazatelské otázky  |
|--|---|--|
| <b>HVO:</b> Jaká jsou rizika vývoje dítěte v prostředí rodiny s jedincem s duševním onemocněním? | <b>DVO<sub>1</sub>:</b> Jaké je nejčastější duševní onemocnění u klientů, s kterými mají informanti zkušenost a jak se projevuje? | <b>TO<sub>1</sub>:</b> Jaká je nejčastější diagnóza, se kterou se setkáváte a jak/kdy se projeví?<br><b>TO<sub>2</sub>:</b> Dokázal byste vypořádat nějakou podobnost v rodinném zázemí nemocných?<br><b>TO<sub>3</sub>:</b> V jakém příbuzenském vztahu je nejčastěji dítě v rodině k duševně nemocnému jedinci?<br><b>TO<sub>4</sub>:</b> Může onemocnění přinést i nějaká pozitiva? |

| Hlavní výzkumná otázka  | Dílčí výzkumné otázky   | Tazatelské otázky  |
|---|---|--|
| <p><b>HVO:</b> Jaká jsou rizika vývoje dítěte v prostředí rodiny s jedincem s duševním onemocněním?</p> | <p><b>DVO<sub>2</sub>:</b> Jaké byly podmínky prenatálního a novorozeneckého období dítěte v oblasti přístupu rodiče?</p> | <p><b>TO<sub>5</sub>:</b> Bývá otěhotnění u klientech s duševní poruchou plánované?<br/> <b>TO<sub>6</sub>:</b> Jak klientka nejčastěji prožívá zátěž v podobě narození dítěte (jak reaguje, když pláče, když něco požaduje)?</p>  |
|   | <p><b>DVO<sub>3</sub>:</b> Jaké dopady na osobnost dítěte lze pozorovat?</p>  | <p><b>TO<sub>7</sub>:</b> Jaká vnímáte nejčastější či nejzávažnější rizika pro dítě, pokud jeho blízký či rodič trpí duševním onemocněním?<br/> <b>TO<sub>8</sub>:</b> Řešíte s rodiči výchovné problémy dětí, popř. jaké?<br/> <b>TO<sub>9</sub>:</b> Jak děti reagují, když se o nemoci blízkého dozví a od koho se o nemoci nejčastěji dozví?<br/> <b>TO<sub>10</sub>:</b> Je v rodině, se kterou pracujete, většinou více sourozenců?<br/> <b>TO<sub>11</sub>:</b> Jak nemoc ovlivní vztah sourozenců?</p> |
|   | <p><b>DVO<sub>4</sub>:</b> Jaké osoby jsou nápomocné rodině potýkající se s duševním onemocněním?</p>                     | <p><b>TO<sub>12</sub>:</b> Měla kolem sebe klientka osoby, které by jí mohli s péčí pomoci, jaké nápomocné osoby se nejčastěji v okolí vyskytují?<br/> <b>TO<sub>13</sub>:</b> Jak se k dané situaci většinou postaví otec dětí?<br/> <b>TO<sub>14</sub>:</b> Kontaktovalo vás někdy samo dítě duševně nemocného rodiče? Pokud ano, jakým způsobem tak učinilo?</p>  |
|   | <p><b>DVO<sub>5</sub>:</b> Jak je zabezpečena pomoc rodinám v sociálním systému a jaké jsou jeho nedostatky?</p>          | <p><b>TO<sub>15</sub>:</b> Jak nejčastěji dojde k navázání kontaktu mezi vámi a klientem?<br/> <b>TO<sub>16</sub>:</b> S jakými institucemi ohledně dětí nejčastěji spolupracujete?<br/> <b>TO<sub>17</sub>:</b> Je něco, co v systému chybí (v pomoci rodinám s duševním onemocněním)?</p>  |

## 5.2 Metoda sběru dat a výzkumný vzorek

Pro účely výzkumného šetření bakalářské práce byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru.

Rozhovor (interview) se řadí mezi kvalitativní výzkumné metody. Jedná se o přímý kontakt výzkumníka a informanta. V průběhu rozhovoru můžeme zachytit jak žádaná fakta, tak vnější reakce informanta (neverbální projevy, postoje) (Gavora, 2000).

Zvolený polostrukturovaný rozhovor je druh rozhovoru, který stojí mezi rozhovorem strukturovaným a nestrukturovaným. Informantovi jsou kladeny připravené otázky, u kterých je ale možnost se následně podle potřeby doptávat. K tomu slouží tzv. sondáž, která poskytuje prohloubení odpovědí v průběhu rozhovoru (Hendl, 2005).

Obecné zásady pro interview jsou následující:

- Snažíme se o vytvoření bezpečného prostředí a vztahu mezi informantem a výzkumníkem.
- Pozorně nasloucháme, dáváme najevo zájem o obsah sdělení informanta.
- Využíváme sondážní otázky pro doplnění informací.
- Jsme vždy nezaujatí a zachováváme si neutrální postoj (Hendl, 2005).

### Výzkumný vzorek

Vzorek tvoří celkem 5 informantů. 4 z nich jsou pracovníky neziskové organizace PDZ. Jeden pracovník je zároveň i dítětem, které vyrostlo s rodičem s duševním onemocněním. Jedna informantka je klientkou PDZ, která se potýká s duševním onemocněním (konkrétně depresí) a má celkem čtyři syny.

Informanti mi byli doporučeni vedoucím centra PDZ podle zkušeností pracovníků s danou problematikou a četností kontaktů s rodinami korespondujícími s cílem výzkumného šetření.

Dostupnost výzkumného vzorku jsem měla potvrzenou dlouhou dobu před samotnou realizací rozhovorů. Jelikož působím jako dobrovolník v této organizaci, o dostupnosti vzorku jsem se dopředu informovala.

*Tabulka 3 Přehled informantů*

| INFORMANT   | POHLAVÍ | POZICE                   |
|-------------|---------|--------------------------|
| Informant 1 | Muž     | Pracovník organizace PDZ |



| <b>INFORMANT</b> | <b>POHLAVÍ</b> | <b>POZICE</b>  |
|------------------|----------------|--|
| Informant 2      | Žena           | Klientka centra PDZ trpící depresí a sociální fobií                                |
| Informant 3      | Žena           | Pracovnice organizace PDZ vyrůstající s matkou trpící bipolárně afektivní poruchou |
|                  |                |  |
| Informant 4      | Muž            | Pracovník organizace PDZ   |
| Informant 5      | Žena           | Pracovnice PDZ   |

### 5.3 Postup sběru dat a průběh rozhovorů

V první fázi sběru dat jsem si stanovila tazatelské otázky, které jsem zaslala ke schválení vedoucímu PDZ, zda jsou dle etického a mravního kodexu v pořádku a pro pracovníky a klienta bezpečné. Tazatelských otázek bylo naplánováno celkem 17 pro informanta (pracovníka organizace) a 17 pro klientku centra. Po schválení otázek mi byli vytipováni vhodní informanti a následně proběhl v půlce února první rozhovor. Pro účely rozhovoru a zachování anonymity byli informanti označeni jako Informant 1, Informant 2, Informant 3, Informant 4 a Informant 5. Před každým rozhovorem byl informant seznámen s podmínkami rozhovoru a podepsal informovaný souhlas (viz. Příloha A), kde mu byla zaručena anonymita a souhlasil s nahráváním rozhovoru. Vzhledem k informantce, která byla zároveň nemocnou klientkou, jsem zvolila dvě verze tazatelských otázek, pro klienta mírně modifikované (viz. Příloha B). V průběhu každého rozhovoru jsem se doptávala na doplňující informace a tazatelské otázky procházely malými obměnami podle průběhu rozhovoru a již zjištěných informací (viz. Příloha C).

Před samotným rozhovorem byl kladen důraz na pozitivní atmosféru. Snažila jsem se o tzv. rapport (navázání přátelského vztahu a uvolněné atmosféry) (Gavora, 2000). K navázání kontaktu došlo neformálním popovídáním před rozhovorem a uvedením tématu rozhovoru.

Cílem bylo, aby se informant cítil v bezpečí a získal k výzkumníkovi důvěru. Každý rozhovor probíhal v oddělené místnosti v organizaci PDZ.

V průběhu rozhovoru byl udržován oční kontakt a mírný tón hlasu. V průměru trval každý rozhovor kolem 35 minut a na konci každého rozhovoru byl dán volný prostor pro jakékoliv postřehy, které by chtěl informant zmínit.

Rozhovor byl ukončen poděkováním za věnovaný čas a opět neformální rozpravou o všeobecných problematikách.

Každý rozhovor byl nahrán na záznamník a následně přepsán do textové formy. Po každém rozhovoru jsem dokument vytiskla a vypisovala vlastní rukou kódy, které jsem si barevně odlišila.

Po nadepsání kódů následovala fáze utřídění podobných kódů do skupin a přiřazení jim příslušné kategorie. Kategorie a kódy jsem si pro přehlednost rozdělila do tabulky. Následně jsem kategorie okomentovala s doplněním příslušných přímých citací respondentů.

## 5.4 Analýza dat

Následující tabulka zobrazuje rozdělení do kategorií, subkategorií a kódů. Kategorií je celkem 5. Kvůli variabilitě jednotlivých jevů u kategorie „**Dopady na dítě psychicky nemocného rodiče**“ jsem doplnila do této kategorie ještě dvě subkategorie „Psychická nepohoda dítěte“ a „Následky v dospělosti“. Kódu je celkem 22.

*Tabulka 4 Přehled kategorií, subkategorií a kódů*

| KATEGORIE   | SUBKATEGORIE                 | KÓDY                                    |   |
|---|------------------------------|---|---|
| <b>1. ANAMNÉZA<br/>KLIENTA<br/>S DUŠEVNÍM<br/>ONEMOCNĚNÍM</b>   |                              | A) Druh onemocnění                      |   |
|   |                              | B) Projevy nemoci                       |   |
| <b>2. PRENATÁLNÍ A<br/>NOVOROZENECKÉ<br/>OBDOBÍ DÍTĚTE</b>      |                              | A) Hospitalizace<br>a medikace          |   |
|   |                              | B) Péče o dítě                          |   |
|   |                              | C) Otěhotnění                           |   |
| <b>3. DOPADY NA DÍTĚ<br/>PSYCHICKY<br/>NEMOCNÉHO<br/>RODIČE</b> |                              | A) Nedostatečná opora                   |   |
|   |                              | B) Ztráta dětství                       |   |
|   |                              | C) Sociální izolace                     |   |
|   |                              | D) Přebírání rodičovských<br>kompetencí |   |
|   |                              | E) Osamostatnění                        |   |
|   | PSYCHICKÁ<br>NEPOHODA DÍTĚTE |   | A) Pocity viny                            |
|   |                              |   | B) Pocity studu<br>(stigmatizace)         |
|   |                              |   | C) Zmatení a nejistota                    |
|   | NÁSLEDKY<br>V DOSPĚLOSTI     |   | A) Zlost                                  |
|   |                              |   | B) Nedostatečný prostor<br>pro svůj život |
|   |                              |   | C) Strach z dědičnosti                    |

| KATEGORIE           | SUBKATEGORIE | KÓDY                        |
|---------------------|--------------|-----------------------------|
| 4. POMÁHAJÍCÍ OSOBY |              | A) Širší rodina             |
|                     |              | B) Role otce                |
| 5. SOCIÁLNÍ SYSTÉM  |              | A) Způsob navázání kontaktu |
|                     |              | B) Neziskové organizace     |
|                     |              | C) Spolupráce se školou     |
|                     |              | D) Možné nedostatky         |

### Kategorie „Anamnéza klienta s duševním onemocněním“

První kategorie „Anamnéza klienta s duševním onemocněním“ nám přibližuje kódy **druh onemocnění a projevy onemocnění**. Diagnóz duševních onemocnění je celá řada, tudíž je důležité si říci, o kterých empirická část pojednává.

První kód **druh onemocnění** nám ukazuje, že nejčastějšími diagnózami, kterými klienti organizace PDZ trpí, jsou: schizofrenní psychózy, paranoidní schizofrenie, schizoafektivní poruchy, afektivní psychózy, bipolární afektivní poruchy, depresivní poruchy (úzkostně depresivní poruchy) nebo smíšené úzkostné poruchy. S depresivními poruchami může souviset také sociální fobie. Dále se jedná o velmi závažné onemocnění paranoidní schizofrenie (v MKN-10 označená jako F2). Nemalou skupinu klientů (zhruba 30 %) tvoří jedinci s nediferencovanou poruchou, kteří mají podezření na duševní onemocnění. Onemocnění, které může výrazně ovlivnit vztah matky a dítěte a se kterým se v organizace PDZ také setkávají, je poporodní deprese či laktační psychóza.

Kód následující, **projevy onemocnění**, se zabývá tím, v jakých oblastech může duševní onemocnění ovlivnit vztah jedince s jeho okolím. Tento kód se již více přibližuje k problematice dopadu duševního onemocnění na dítě. Příznaky onemocnění se mohou projevit zvláště v oblasti chování, které může výrazně zasáhnout do výchovy dítěte a vztahu s potomkem. Mezi projevy nemoci můžeme zařadit nižší míru sociální inteligence, kdy může být jedinec „neohrabanější“ v navazování sociálních vztahů. Dále mohou být přítomny nepřiměřené afektivní reakce. Informant 4 uvádí, že „*ve chvíli, kdy matka prožívala afektivitu, tak ty afekty neovládala, dcery se bály s ní komunikovat a bály se ji naštvat*“. Více informantů uvedlo, že člověk s duševním onemocněním může být také podrážděnější, a tím pádem může reagovat prudčeji na své děti a okolí, než jedinec v psychické pohodě.

Informant 5 uvedl zajímavou myšlenku, že „*duševní onemocnění primárně ovlivňuje vaše chování a prožívání tak, že nejste schopni si zabezpečit práci, dostatečné finance a dostanete z toho úzkosti, protože to je nějaká situační úzkost, která díky tomu vznikne a na základě toho začnete být jiný, než že by to bylo proto, že máte psychotický onemocnění*“. Z toho vyplývá, že samotné duševní onemocnění přímo nemusí způsobovat například finanční problémy, ale jedná se o důsledek úzkosti z problému, ke kterému duševní onemocnění přispělo. Je možné, že v důsledku nemoci nemá jedinec dostatečný náhled na to, co si může dovolit, tudíž může upadnout do dluhů či finanční nouze.

Duševní onemocnění mohou být také do značné míry sobecká, v tom smyslu, že nemocný přemýšlí pouze nad sebou. Dle Informanta 4 „*je nemocná osoba tak soustředěná na sebe a vlastní prožitky, že není schopná od toho odhlédnout*“. Pokud vztáhneme tento aspekt na sociální vztahy, tak dotýčný se nemusí zajímat o zájmy a problémy okolí. Jeho blízcí pak mohou mít pocit nedostatečné lásky ze strany nemocného a může dojít k výraznému narušení rodinných i ostatních sociálních vazeb.

Co se týče konkrétních projevů chování, tak Informant 3 uvádí, že jeho duševně nemocný rodič vykazoval známky vysoké plačtivosti, které se střídaly s euforií a přívalem energie, dobré nálady, kdy matka informanta zakládala odbory a tak podobně. Konkrétně šlo v tomto případě o bipolárně afektivní poruchu. Tato diagnóza by mohla poskytnout vysvětlení pro velkou tendenci k promiskuitě, v tomto případě matky informanta. Promiskuitu a nestálost vztahů vnímám jako velké riziko pro dítě, které s takovým jedincem vyrůstá. Může dojít k ovlivnění normality morálních hodnot, kdy dítě bude takové chování považovat za běžné a hrozí riziko opakování tohoto chování v jeho dospělém životě.

Sama klientka PDZ uvedla, že se u ní konkrétně deprese a sociální fobie projevovala skleslostí, nechutí do života, pocitem samoty. Byla uzavřená do sebe, chodila „*jako v bublině, nikoho k sobě nepustila*“.

Svoje otázky jsem též zaměřila na to, zda se dá vypozařovat podobný vzorec rodiny, ve které duševně nemocný sám vyrůstal. Zajímalo mne, zda se negativní vzorce chování z primární rodiny nepromítají do prokreační rodiny jedince. Informant 1 uvedl, že „*každý máme nějaký svoje trauma, který si neseme z rodiny. Statisticky lze vypozařovat, že u lidí s poruchou osobnosti nebo duševním onemocněním tam jsou už v raném věku problémy, který zažíváme my všichni, ale oni na ně prudčeji reagují, ať to jsou rozvody, zneužívání, hyperprotektivní rodiče, manipulativní rodiče*“.

Informant 4 uvádí, že „u klientů se ve větší míře objevuje určitý druh zranitelnosti na zátěž – vulnerabilita.“

Všichni pracovníci však shodně uvedli, že je těžké cokoliv generalizovat a vždy záleží na individuálních rozdílech jedince, jeho naturelu, charakteru a životních zkušenostech.

### **Kategorie „Prenatální a novorozenecké období dítěte rodiče s duševním onemocněním“**

Další kategorií se již dostáváme k samotnému vývoji dítěte, které je ovlivněno vyrůstáním v rodině s jedincem s duševním onemocněním, konkrétně rodičem (matkou).

Do této kategorie spadají kódy **hospitalizace a medikace, péče o dítě a otěhotnění**.

Pod kódem **hospitalizace a medikace** se skrývá několik vlivů, které mohou, dle mého názoru, velmi výrazně ovlivnit dítě do budoucna. Informant 1 říká, že klientka dokonce porodila během hospitalizace a s dítětem bezprostředně po porodu tudíž ani nebyla. Dle jeho slov „*byl výrazně omezený kontakt s dítětem, a tím mohlo dojít k narušení primární citové vazby, bondingu, který tam má být, to, že maminka patří k dítěti*“. *Bonding* nám označuje proces utváření vztahu právě mezi maminkou a miminkem bezprostředně po porodu například kontaktem kůže na kůži (skin to skin). Pokud ale maminka porodila během hospitalizace v psychiatrické nemocnici, tento základní proces jí nemusel být umožněn.

Pokud navíc rodič podstupuje častou hospitalizaci i v průběhu dětství dítěte, je často nepřítomen v domácnosti a roli rodiče (matky) přebírá nejčastěji otec, ke kterému si děti logicky vytvoří silnější pouto než k matce.

Dle Informantky 2 došlo během hospitalizace v průběhu těhotenství k aplikaci elektrokonvulze. Právě tento její syn trpí ADHD a autismem. Není však prokázáno, zda je vývojová porucha přímo způsobená medikací či elektrokonvulzí. Může to být jedna z příčin, netroufnu si však tvrdit, že by se jednalo o spouštěč vývojové poruchy. Dle některých zdrojů dochází naopak k viditelnému zlepšení po aplikaci elektrokonvulze, v určité míře však pozorujeme postupné malé změny v osobnosti jedince.

S hospitalizací se často pojí i vysoká míra medikace. Nastává problém, pokud žena brala určitou medikaci, která může uškodit plodu v době, kdy již těhotná byla, ale nevěděla o tom. To může opět přispět ke vzniku vývojových poruch.

Kód **péče o dítě** vypovídá o tom, jak ovlivnila duševní nemoc zvládnutí péče o novorozence. Opět bych chtěla zdůraznit důležitost individuality. Je spousta jedinců, kteří se potýkají s duševním onemocněním a zvládnou rodičovské povinnosti mnohdy lépe než „běžná zdravá“ populace. Velká část matek poskytuje svým dětem mateřskou lásku v nadměrné míře a narození dítěte jim přináší radost do života.

Přesto však může duševní onemocnění péči zkomplikovat. Velmi hezky tuto situaci popsal Informant 1, který říká, že *„nemocný, který má bohatou medicaci a bude mít aktivní dítě, může potřebovat více pomoci. Ten rodič, když je unavený, může být omezený ve vnímání situace, kdy to dítě brečí, on neví, jestli to je proto, že má hlad nebo je v nepohodě“*. V důsledku únavy způsobené duševním onemocněním nemusí být rodič schopen využít všechen svůj potenciál a schopnosti k uspokojení všech potřeb dítěte. Zde je důležitá podpora rodiny. V těchto chvílích často zastupuje roli primárního pečovatele otec dítěte (podrobněji v kategorii pomáhající osoby).

Informant 4 uvedl, že v důsledku soustředěnosti nemocného na vlastní onemocnění, se může stát, že dítě dlouho pláče a je nedopečované. Zároveň dle tohoto informanta může dojít k poruše attachmentu nebo citové deprivaci. Nemocný rodič (z hlediska genderové korektnosti to může být i otec) nedokáže například *„poskytnout adekvátní zpětnou psychickou vazbu či odezvu, rodičovskou lásku dává najevo nepřiléhavými prostředky, z kterých dítě nedokáže lásku poznat“*.

Pokud se dítě objeví v bludném světě nemocného, může dojít až k odmítání dítěte. Odmítnutí se objevuje také v období laktační psychózy či poporodní deprese. Tady nastává riziko i fyzické agrese vůči dítěti, což může být častokrát horší než dopady jiného psychotického onemocnění.

Informant 5 uvedl velmi zajímavou kazuistiku, kdy *„projevy nemoci se začaly zvyšovat s narozením miminka. Už během těhotenství se začaly projevovat nějaké příznaky onemocnění, právě schizofrenie. A po narození minimálně půl roku nebylo možný ani pouto vytvořit mezi maminkou a miminkem...Já si myslím, tak do dvou let holčičky, si k ní hledala vztah vůbec, protože mateřský pud tam vůbec nebyl vytvořený. Bylo zřejmé, že holčička se více vztahovala k tomu tatínkovi, maminka neměla tendenci ji pohladit, neměla potřebu kontaktu.“* Z toho vyplývá, že je opravdu velmi důležitá vazba matky a dítěte v prvních letech života a v důsledku duševní poruchy mohou být tyto vazby výrazně narušeny. Ale zároveň je nutné mít stále na paměti, že se tak stát nemusí.

Například informant, který je sám duševně nemocným rodičem, uvedl, že děti vždy velmi miloval a péče o ně mu nepůsobila žádné potíže.

Kódem **otěhotnění** jsou myšleny otázky směřující k tomu, zda bylo otěhotnění plánované či neplánované, dítě chtěné nebo nenáviděné ještě před narozením. Tento faktor však nemohu považovat za relevantní kritérium, jelikož toto hledisko vyznačuje velkou míru individuálních odlišností a tak se nedá zhodnotit, zda by nechtěnost mohla nějakým způsobem psychicky ovlivnit dítě. Zároveň mám k dispozici malé množství dat.

### **Kategorie „Dopady na dítě psychicky nemocného rodiče“**

Tato kategorie se věnuje již konkrétním oblastem, které ovlivňují dítě vyrůstající s duševně nemocným rodičem spíše v jeho období dětství a dospívání oproti předešlé kategorii, která vypovídala o období novorozence, kojence nebo batolete. Tato kategorie zahrnuje kódy **nedostatečná opora, ztráta dětství, sociální izolace, přebírání rodičovských kompetencí a osamostatnění**.

Kód **nedostatečná opora** je chápán ve smyslu nedostatečné opory pro dítě ze strany psychicky nemocného rodiče. Takovou situaci dokládá svědectví Informanta 3, který byl sám v pozici dítěte. Informant 3 říká: *„Byla jsem zvyklá na to, že jsem sama...Fakt jsem se to naučila, že nemám nikoho, o koho bych se mohla opřít. Je to smutný, já to takhle mám celý život...Spousta lidí se může na svoje rodiče spolehnout. Já ne a nikdy to tak nebylo“*.

Informant 1 uvádí, že *„větší část jejich klientů oproti běžné populaci má problém s tím, že nemá, na koho by se obrátil. Příbuzní se s ním třeba ani nechtějí bavit kvůli té nemoci, bývají svým okolím nepochopení. Nebo využívají jeho onemocnění a manipulují jím.“*

Informant 3 také uvádí, že matka hodně pracovala a v důsledku toho byla i se svým mladším bratrem doma často sama.

S tím souvisí i kód **prebírání rodičovských kompetencí**. Je přirozené, že v rodinách, kde se objevuje nějaká nefunkčnost, dochází k nahrazení jednoho či obou rodičů nejstarším dítětem. Informant 3 říká, *„že školní povinnosti bral jako únik od tíhy zodpovědnosti, kterou přebíral s péčí o svého mladšího sourozence“*. V tomto bodě zastupování rodiče jsou u dítěte přeskočeny určité vývojové fáze. Dítě se sice

o sourozence postará, ale je to úkol, na který není vyzrálý a následky se mohou objevit s odstupem několika let. To potvrzuje Informant 4. „*To dítě plní roli, na kterou není zralý a automaticky je to trauma. Starší mentor předává zkušenost, pro toho mladšího se stává významnou osobou, ke komu přilne, protože ten člověk poskytuje bezpečí, což je to, co všichni hledáme*“.

Zároveň můžeme vnímat ale i pozitivní dopad ve smyslu utužení sourozeneckých vazeb, kdy tvoří jeden systém, koalici, která společně „bojuje“ proti okolním nástrahám.

Na tento kód navazují kódy **osamostatnění a ztráta dětství**. I v důsledku špatné finanční situace začínají děti duševně nemocných samostatně pracovat a vydělávat si peníze na věci, které jim rodiče nemohou dopřát. Dle Informanta 1 „*dítě má být dítě – odžít si dětství se všema pubertálníma věcmi, prvním kouřením, hraním si s hračkama...v momentě, kdy je nucený dělat nějaký dospělý věci, tak si to vždy nějakým způsobem ponese*“.

Informant 3 začal například chodit do různých prací od 13 let. Mohlo by dojít k zanedbání školní docházky. U tohoto informanta se tak však nestalo.

Další kód **sociální izolace** vychází z popisu kazuistiky Informanta 4. Popsal příběh matky a dvou dcer, kdy „*holky byly dobu zavřeny v místnosti se zataženými okny, nemohly jít ven, protože paní měla zrovna představu o tom, že svět je venku nebezpečný, a tak se musí ukrývat*“. To už ale mluvíme o celkem extrémním případě, ale i takový se může stát. To může vést k izolaci od vrstevnických skupin dětí a složitějšímu navazování vztahů. Existuje ale také opačná varianta, kdy bude dítě z rodiny utíkat za vrstevnickými skupinami. V této souvislosti hrozí vyšší tendence k rizikovému chování za podpory závadových part. Zde se ale opět dostáváme k tomu, že reakce na onemocnění je značně individuální.

Zároveň také může dojít ke strachu dětí z okolního světa v důsledku bludů, které se jim nemocný snaží „vnutit“ jako pravdivý obraz reality.

### **Subkategorie „Psychická nepohoda dítěte“**

Protože se v průběhu výzkumného šetření vyskytla spousta aspektů v oblasti dopadu na psychické prožívání dítěte, rozhodla jsem se vytvořit subkategorii „Psychická



nepohoda dítěte“. Tato subkategorie zahrnuje kódy **pocit viny, pocit studu (stigmatizace), zmatení a nejistota**.

Kód **pocit viny** poukazuje na to, že ač jsou někdy reakce rodiče nepřiměřené situaci, reaguje například na dítě přísněji v důsledku aktuálního duševního stavu, dítě hledá chybu u sebe. Rodič je pro něj „bezpečný bod“, který on zpochybňovat nebude, takže radši obviní sebe. Informant 1 to potvrzuje slovy: „*Je to přirozená reakce, když maminka nebo tatínek říkají dítěti, ať jde pryč, že je unavený. Raději si za viníka označují sebe, než by si zpochybnily tátu a mámu, který ony v tom životě potřebují*“. Takové sebeobviňování může vést k pocitu méněcennosti či sníženému sebevědomí. V důsledku toho mohou být takové děti náchylnější stát se obětí manipulace a být častěji v podřízené pozici.

Podle teorie Alfreda Adlera může člověk na pocit méněcennosti reagovat třemi způsoby: kompenzačním chováním, hyperkompenzací (nepřiměřené neadaptivní chování) nebo neurózou („útěk do nemoci“). Zvláště poslední dva způsoby reakce na „mindrák“ mohou být rizikové a výrazně narušit následující sociální život jedince.

Z kazuistiky Informanta 1 bychom mohli uvést konkrétní příklady psychické nepohody dítěte, kdy byla mladší dcera ve škole zakřiknutá, bázlivá, úzkostná, se sklony k depresi. Často byla i hospitalizována na psychiatrii. Obě dcery byly ospalé, plačtivé nebo upadající do deprese. Je ale zajímavé, že i Informant 2 potvrzuje, že vztah duševně nemocného rodiče je častokrát lepší se starším dítětem. I v kazuistice Informanta 1 starší dcera v dospělosti pomalu navazuje kontakt s matkou, u mladší se tak neděje. Můžeme to přisoudit tomu, že v době atak matky byla starší dcera rozumově vyspělejší a situace pro ni byla lépe uchopitelná. Starší dcera v tomto případě studuje zdravotnickou školu. Dokáže tedy lépe porozumět některým situacím a pochopit podstatu nemoci a její projevy. Na tomto příkladu je vidět, jak pomáhá případná edukovanost v přístupu k duševním onemocněním.

Své otázky jsem také v této části věnovala tomu, zda se u dětí neprojevuje ve vyšší míře problémové chování. To však nebylo potvrzeno, informanti se shodli, že dochází k problémovému chování jako u „běžné“ populace. Jedná se například o občasná neshody se spolužáky, užívání sprostých slov, kouření nebo záškoláctví, získávání prvních zkušeností s alkoholem nebo lhaní. V tomto směru děti nijak nevybočovaly z normy oproti svým vrstevníkům z rodin s duševně zdravými rodiči.

Druhý kód **pocit studu (stigmatizace)** zůstává velkým problémem u dětí duševně nemocných. Stigmatizace ve společnosti ohledně duševních nemocí je stále obrovská a v situaci, kdy přijde do školy duševně nemocný rodič a je na něm poznat, že „je jiný“, děti mohou čelit posměchu ze strany spolužáků a mohou odmítat návštěvy rodiče ve škole.

Třetí kód **zmatení a nejistota** pramení z nedostatečné komunikace, kterou často duševní onemocnění doprovází. Informant 5 říká, že „*Nemocní často nerozumí tomu, co se jim děje, takže nemají potřebu vysvětlovat. Vůbec nerozkrývají, co to znamená, že je mi blbě. Ale ty lidi s onemocněním úplně neřeší, jak tomu to okolí rozumí*“. Dítě neví, co se děje, proč má rodič tak často smutnou náladu. Následně pak zase hledá vinu u sebe a dostáváme se tak k již zmíněnému pocitu viny. Stejný pohled uvádí i Informant 1: „*To nejhorší, co se může stát, že dítě uvidí, že maminka celý dny leží, nevěnuje se mu a ono neví proč*“.

Dalo by se předpokládat, že pokud dítěti sdělíme citlivě a přiměřeně jeho věku, že jeho rodič je duševně nemocný, lekne se nebo z toho bude nešťastný. Ale opak je pravdou – dítě provází pocit úlevy, najednou mu situace, kterým nerozumělo, dávají smysl. Informant 3 uvádí: „*Tak mně to všechno začalo dávat smysl. Nějaká úleva, osvětlení toho, co se u nás dělo, takový zpětný zaobalení té situace*“. Z mého pohledu je obecně pro člověka lepší, pokud se dozví, z jakého důvodu se něco děje, než nejistota nebo konkrétně u dětí neoprávněný pocit viny.

### **Subkategorie „Následky v dospělosti“**

Subkategorie „Následky v dospělosti“ se věnuje tématu, jak dále ovlivňuje dětství prožité v rodině s duševním onemocněním jedince v jeho dospělém životě. Sem jsem přiřadila kódy **zlost, nedostatečný prostor pro svůj život a strach z dědičnosti**.

Kód **zlost** především představuje zlost dospělého dítěte vůči svému rodiči. Informant 3 vypověděl, že jeho matka přistupuje ke všemu laxně, čeká, až za ni problémy někdo vyřeší. Je nezodpovědná, neprůbojná. Zároveň se o ni musí dospělé dítě pořád starat. U duševně nemocného rodiče mohou přetrvávat finanční problémy, které poté dítě musí řešit, vynakládat na ně vlastní nemalé úsilí a finanční prostředky. S tím souvisí i kód **nedostatečný prostor pro vlastní život**. Informant 3 uvádí: „*Když jsem dospělá, mám*

*svůj vlastní život, chtěla bych ho nějak žít, tak se pro změnu musím zase starat o ni. Minulý týden mě stála 13,5 tisíce, nemá zaplacený nájem, nemá co jíst“.*

Další kód **strach z dědičnosti** vnímám jako závažný aspekt, který narušuje určitou psychickou pohodu jedince. Dítě duševně nemocného rodiče trpí strachem jak o sebe, tak o své vlastní děti. Má obavy, zda určitý rys chování nemůže být náznakem duševní choroby. Některé klientky PDZ se dokonce rozhodly nemít děti, aby nemusely podstoupit riziko přenosu své nemoci na další generace. Tento krok je velmi statečný a obdivuhodný. Člověk upozadí svá přání a tužby v zájmu někoho jiného. To je opakem teorie, že duševní onemocnění je sobecké. Tady se ukazuje opět hledisko individuality.

### **Kategorie „Pomáhající osoby“**

Kategorie „Pomáhající osoby“ stručně shrnuje, kdo je rodině nápomocen v tak těžké životní situaci, jako je život s duševním onemocněním. Pod tuto kategorii jsem přiřadila kódy **širší rodina a role otce**.

Kód **širší rodina** nám vymezuje členy rozšířené rodiny, kteří jsou často nápomocni primární rodině při výskytu duševního onemocnění. Dle výpovědí informantů se jedná nejčastěji o prarodiče. Poté se mohou objevit tety, strýcové, sourozenci, kamarádi. V průběhu rozhovorů jsem také zaregistrovala fakt, že často jsou nápomocnou osobou pro duševně nemocného nejstarší děti, které jim pomáhají jak v průběhu dětství s péčí o domácnost a mladší sourozence, tak v období dospělosti po finanční stránce.

Zvolila jsem samostatný kód s názvem **role otce**, protože se často objevoval jako osoba, která matku v době její indispozice zastoupila. Informanti se většinou shodli, že otcové se o děti perfektně postarali a zabezpečili jim zdravý duševní a tělesný vývoj. Pokud došlo k rozpadu vztahu nebo rozvodu, často se tak stalo až po překonání nejhorší fáze nemoci nebo po osamostatnění dětí. Vyskytly se ale samozřejmě také případy, kdy otec od rodiny odešel a tato role chyběla. Tento aspekt se výrazně neliší od „běžné“ populace. Problém může nastat ve chvíli, kdy nemocný svému partnerovi duševní onemocnění zatají. Poté může vyvinout i tlak rodina otce a následují zdlouhavé spory o svěřením dítěte do péče jednoho z rodičů, které dítě velmi traumatizují.

Následkem zastoupení matky otcem se dítě na otce naváže jako na primární osobu a je oslaben vztah s matkou.

### **Kategorie „Sociální systém“**

Poslední kategorie „Sociální systém“ poukazuje na určitou pokrytost péče a spolupráci jednotlivých subjektů. Věnovala jsem se také spolupráci se školou, která vstupuje jako významný činitel do procesu edukace ohledně duševních onemocnění. Pro tuto kategorii jsem zvolila kódy **způsob navázání kontaktu, neziskové organizace, spolupráce se školou a možné nedostatky**.

Kód **způsob navázání kontaktu** vypovídá o tom, jak se klienti dostanou ke spolupráci s organizací PDZ. Dle informantů se jedná nejčastěji o sociální sféru, tzn. úředníky, pracovníky sociálních odborů, sociální odbory městských úřadů. Významnější část tvoří oblast zdravotnictví. Jedná se o lékaře v nemocnicích, obvodní lékaře, spolupracující psychiatrické nemocnice nebo multidisciplinární týmy v nemocnicích.

Dále mohou kontakt poskytnout členové rodiny, známí, příbuzní nebo noví klienti přicházejí v kontaktní dny přímo do centra.

Další kód **neziskové organizace** uvádí síť organizací, na které se mohou rodiny v tíživé životní situaci obrátit. Jsou to zejména organizace zabývající se sanací rodiny a podpory aktivního rodičovství. Salinger, z.s., Amalthea, z.s. nebo dětské centrum Veská. Velmi často jsou problémy v rodině tak rozsáhlé, že se PDZ účastní případových konferencí, kde se setkávají s OSPODEM. Také často řeší komplexně problém v celé rodině, kdy je potřeba pracovat s celým rodinným systémem. Také patří mezi činnosti této organizace zastupování klientů v procesu soudních řízení.

Předposlední kód **spolupráce se školou** jsem uchopila, protože škola je hlavní činitel, který by mohl přispět ke zvýšení míry edukace u dnešní mladé generace, tzv. generace sněhových vloček. U této generace se snižuje odolnost vůči vnějším vlivům a zátěži, což se zhoršujícím se duševním zdravím mladé generace stává velkou hrozbou. Informant 5 říká, že *„je potřeba, aby děti věděly, kdy je to zdravá úzkost, která*

*mě chrání při stresových situacích a kdy je to úzkost, která přetrvává tak dlouho, že by se měla začít řešit s odborníkem. Tady hrozně chybí jakákoliv edukace“.*

V současné době se zlepšuje podpora ve školách, přibývá školních psychologů, stále na hodně místech ale chybí. Dobře funguje spolupráce PDZ, třídních učitelů, se školským poradenským systémem a pedagogicko-psychologickými poradnami. Samotné školy organizaci PDZ žádají o přednášky, které mají viditelné výsledky. Děti vyjadřují pomocí kresby svoji představu „blázna“ na začátku přednášky a na konci hodnotí, zda by ho namalovali stejně. V drtivé většině případů se jejich pohled změnil pozitivním směrem.

Cílem edukace ve školách by měla být také destigmatizace, která by výrazně ulehčila život budoucí i současné generaci duševně nemocných. Mohlo by se zamezit tomu, aby se dítě cítilo odstrčeno kolektivem kvůli tomu, že jeho rodič je duševně nemocný. Zároveň by se to tak dalo považovat i za prevenci šikany. Je třeba vnést do populace vědomí, že duševní zdraví je stejně důležité jako to fyzické.

S tím souvisí i **možné nedostatky** v systému. Určitou překážkou je stále převažující rigidita systému. Informant 4 říká, a uvádí to i na příkladu kazuistiky, že nastává problém, pokud se rodič zaléčí, chtěl by se o děti starat, ale soud bere jako rozhodující fakt, že rodič dítěti v minulosti psychicky ublížil a nedává možnost nápravy. Následně se tak prodlužují i soudní řízení ohledně úpravy styku s dětmi, což je traumatizující především pro děti.

Problém je v provázanosti sociální a zdravotní sféry. Chybí zde, abychom dokázali od lékaře přímo nasměrovat maminku (rodiče) na organizaci, která by jí pomohla s celkovým fungováním a zajištěním zdravého prostředí pro harmonický vývoj dítěte ve všech potřebných aspektech.

Informant 1 poukazuje na chybějící komunitní služby, je potřeba se zaměřit na větší provázanost služeb.

Více informantů se shodlo, že je kvalitní síť služeb v případě odhalení nějaké rizikové situace v rodině. Co je ale problém, je to, že velká spousta negativních jevů se děje za zavřenými dveřmi. Tudíž vyvstává otázka, jak přijít na patologická prostředí v rodinách. Možností by byla forma dotazníků, ale tady se zase dotýkáme otázky zasahování do soukromí, což zmiňuje i Informant 3. Cestou by mohl být větší zájem psychologů a psychiatrů, kteří by se snažili o větší mapování celkového rodinného systému. Otázkou zůstává, zda se vzrůstajícím výskytem duševních neduhů v populaci má lékař na podobné trasování kapacitu.

## 5.5 Zhodnocení výzkumných otázek

První výzkumná otázka „**Jaké je nejčastější duševní onemocnění u klientů, s kterými mají informanti zkušenost a jak se projevuje?**“ zodpovídá první kategorie „**Anamnéza klienta s duševním onemocněním**“. V této otázce se jedná konkrétně o klienty organizace PDZ. Pracovníci této organizace se shodli, že nejčastěji se setkávají s onemocněními schizofrenní psychóza, paranoidní schizofrenie, schizoafektivní porucha, afektivní psychóza, bipolární afektivní porucha, depresivní porucha (úzkostně depresivní porucha) doprovázená sociální fobií. Dále pak smíšená úzkostná porucha nebo paranoidní schizofrenie. Poslední skupinku tvoří nediferencované poruchy.

Co se týká projevů nemoci směrem k dítěti a okolí, Informant 2 (osoba trpící duševním onemocněním) uvedl, že prožíval skleslost, pocity samoty, nechut' do života nebo apatii, často se izoloval. Dle Informanta 1 se jedná často o únavu, nepřiměřené afektivní reakce nebo nedostatečnou komunikaci rodiče s dítětem. Zásadní je také sobeckost poruchy, kdy se jedinec zaměřuje na svoje problémy do takové míry, že není schopen přihlídnout k potřebám dítěte.

Doptala jsem se také na možné podobnosti v rodinném zázemí duševně nemocného rodiče. Informanti však nechtěli toto hledisko generalizovat a shodli se, že se generalizovat ani nedá s ohledem na širší působících faktorů na jedince.

Druhá výzkumná otázka „**Jaké byly podmínky prenatálního a novorozeneckého období dítěte v oblasti přístupu rodiče?**“ je naplněna kategorií „**Prenatální a novorozenecké období dítěte**“. V této kategorii se objevila hlavně problematika hospitalizace a medikace. Nejvíce dítě ohrožuje nepřítomnost matky v období její hospitalizace, pak nastává narušení primární citové vazby. Při vysoké míře medikace, která často hospitalizaci doprovází, hrozí riziko negativního působení léků na plod. Může se tak stát v případě, kdy žena trpí duševním onemocněním a o těhotenství neví. Informantka 2 uvedla, že v době těhotenství absolvovala elektrokonvulzi. Jedná se však o jeden případ a tudíž nemůžeme určit, zda mohla terapie negativně ovlivnit plod.

Péče o dítě závisí na druhu duševního onemocnění. Existuje spousta klientek, které se o dítě postaraly bez problémů. Pak ale u části klientek musel převzít péči o dítě otec dítěte nebo prarodiče. Rodič také nemusí zvládnout péči o dítě v důsledku únavy způsobené duševním onemocněním.

Ohledně otěhotnění jsem se pokusila zjistit, zda mohla mít nechtěnost potomka vliv na jeho vývoj, což byla složitá otázka, kterou není možné tímto šetřením zodpovědět.

Třetí dílčí výzkumná otázka **„Jaké dopady na osobnost dítěte lze pozorovat?“** byla, co se týče obsahem kódů, nejrozsáhlejší, tudíž jsem vytvořila vedle kategorie **„Dopady na dítě psychicky nemocného rodiče“** ještě dvě subkategorie **„Psychická nepohoda dítěte“** a **„Následky v dospělosti“**.

Největší dopady na dítě informanti pocíťovali v oblasti nedostatečné sociální opory. Nejrelevantněji to je doloženo Informantem 3, který si sám zažil roli dítěte. Rodič tu pro něj nikdy nebyl, ale zároveň ho to naučilo se o sebe postarat. Dítě také často trpí přehnanou zátěží, která je na něj kladena, ať se jedná o péči o domácnost nebo péči o mladší sourozence.

Psychická nepohoda se projevuje u dětí zcela přirozeně v podobě pocitů viny, kdy nechtějí zpochybnit osobu, která jim má poskytnout bezpečí. Na tom se shodl například Informant 1 i 4. Zároveň ve společnosti stále přetrvává velká míra stigmatizace, která vzbuzuje v dítěti pocit studu před ostatními vrstevníky.

Následky si dítě nese také do dospělosti v podobě zlosti na rodiče, protože za něj musí řešit problémy, ke kterým je již dospělé dítě kompetentní. Zároveň mu často vypomáhá i po finanční stránce, na což můžou doplácet zase jeho vlastní děti. Nejvíce se o této problematice zmiňuje Informant 2 nebo 3.

Také velmi často doprovází již dospělé děti obavy z dědičnosti psychické poruchy, kdy se bojí jak o sebe, tak o své vlastní děti.

Výzkumná otázka č. 4 **„Jaké osoby jsou nápomocné rodině potýkající se s duševním onemocněním?“** nám v kategorii **„Pomáhající osoby“** osvětlila, že nejčastěji se jedná o partnera či manžela duševně nemocné matky. Zároveň se tak stane pro dítě primární osobou, ke které dítě více přilne. Vedle otce zastupuje matku nejčastěji babička nebo dědeček dítěte, pak se může jednat samozřejmě o tety, strýce, známé...

Poslední dílčí výzkumná otázka **„Jak je zabezpečena pomoc rodinám v sociálním systému a jaké jsou jeho nedostatky?“** nám byla zodpovězena kategorií **„Sociální systém“**. Zde se nám objevuje spektrum nápomocných organizací, jako například Salinger, Veská nebo Amalthea. Mimo jiné PDZ úzce spolupracuje s OSPODEM. Informanti se shodli na tom, že síť institucí je zabezpečena dobře, ale chybí

určitá multioborová spolupráce sociální a zdravotní složky. Je potřeba více mapovat rodinný systém, aby se v něm vytrasovaly děti dříve, než na ně začnou dopadat negativní důsledky duševního onemocnění rodiče. Zároveň je těžké problém odhalit, pokud s ním někdo z rodiny „nevyjde ven“. Jak říká Informant 3, byla by možnost využít dotazník, ale tady zase riskujeme zásah do osobního soukromí každého jedince.

Zvláště Informant 5 kladl důraz na edukaci na školách, aby se zlepšilo povědomí u dětí a mladistvých o duševních onemocněních. Aby se naučily vnímat sebe sama a odhadnout, kdy je dobré vyhledat v případě psychické nepohody odbornou pomoc. Zároveň by se také mohl zlepšit, zatím velmi negativní, pohled na psychicky nemocného jedince. Systém bych nevnímala jako nefunkční, ale určitě je na něm co zlepšovat.



## Závěr

Cílem bakalářské práce bylo v teoretické části poskytnout přehled základních funkcí rodiny a duševních onemocnění. Zvláštní pozornost byla zaměřena na dopady duševního onemocnění na rodinný systém, zvláště pak na osobu, která je v pozici dítěte.

V první kapitole práce byly shrnuty funkce rodiny. Funkce rodiny jsou již velmi známé, a proto byla každá zaměřena na důsledky, které plynou z jejího narušení. Na to navazovala podkapitola *Narušené prostředí*, která pojednávala o situacích, ve kterých se rodič nemusí zvládnout o dítě postarat.

Druhá kapitola se rozsáhleji věnovala duševním onemocněním. Abychom mohly dostatečně posoudit rizika pro dítě, bylo zařazeno dělení poruch, příznaky a projevy. Tuto kapitolu, která pojednává o rizikových projevech chování rodiče vůči dítěti, považují spolu s kapitolou následující (3. Nezbytné podmínky pro zdravý vývoj dítěte, podkapitola 3.1. Faktory narušení vývoje dítěte) za nejdůležitější část teoretické části práce. Z dostupné literatury byly načerpány poznatky, které sloužily jako podklad pro následnou empirickou část, ve které byly buď potvrzeny nebo vyvráceny.

Jako největší rizika, která vyplývají z této kapitoly, bych vyzdvihla rizika, kterými jsou dle Matouška nedostatečné vnímání potřeb dítěte v péči matky prožívající depresivní stavy nebo stavy sociální izolace u matek psychotických. Dále pak riziko narušení citové vazby (tzv. attachmentu), jehož klíčovou funkci zdůrazňoval již John Bowlby a Mary Ainsworth.

Poslední teoretická kapitola se věnovala provedeným výzkumům a východiskům dostupným v této problematice. V průběhu hledání dostupných výzkumných sond nastal problém malého množství výzkumů provedených v českém prostředí. Z tohoto důvodu bylo čerpáno ze zahraničního zdroje, který zjistil, že děti duševně nemocných rodičů nejvíce pociťovaly nedostatek informací o nemoci svého rodiče a nedostatečnou podporu ze strany psychiatrické péče. Popisoval také, že děti přebraly péči o domácnost i o své mladší sourozence a z toho důvodu byly nuceny rychleji dospět než vrstevníci. Dále také cítily stud před svým okolím.

Druhé východisko bylo rovněž zahraničního původu. Jednalo se o článek zabývající se stejným tématem jako předešlá studie. Z tohoto článku vyplynulo, že deprese, které prožívá matka, může snížit její schopnost empatie vůči miminku. Duševně nemocní rodiče mohou také poskytnout nedostatečnou podporu sebevědomí dítěte nebo byl

zmíněn aspekt převzetí odpovědnosti dítětem místo dospělého. Můžeme říci, že tento článek potvrdil teoretická východiska, která byla zmíněna v druhé kapitole.

Poslední teoretickou oporou byla příručka „Jak pomohu svému dítěti? Příručka pro rodiče, kteří mají problémy s duševním zdravím“ v originále od autorky Tytti Solantaus přeložená Vladimírem Piskořem. Přehledně popisovala základní problémy, které se mohou vyskytnout v rodině dítěte, jehož rodič trpí duševním onemocněním. Shodně s předešlými zdroji apelovala na komunikaci v rodině, aby u dítěte nevznikal pocit viny, dále pak na domluvě rozdělení prací v domácnosti, která by předcházela přetížení jednoho člena rodinného seskupení.

Cíl vytvořit základní sumarizaci dostupných faktů v problematice rodiny s jedincem trpícím duševním onemocněním považuji za splněný.

Další částí, navazující na část teoretickou, byla část empirická, která si kladla za cíl zjistit zásadní rizika bránící zdravému vývoji dítěte vyrůstajícího v rodině, kde se vyskytuje jedinec s duševním onemocněním. Vzorkem výzkumného šetření byli celkem 4 pracovníci organizace PDZ, z toho jeden pracovník vyrůstal s matkou trpící duševní poruchou. Pátým informantem byla duševně nemocná klientka. Název práce pojednává obecně o blízkých členech rodiny. V průběhu výzkumné sondy se ukázalo, že zkušenosti pracovníků v této problematice se týkají pouze duševně nemocných rodičů. Navíc se jednalo pouze o klientky centra, žádný pracovník se nesetkal s klientem – otcem, který by trpěl psychickým onemocněním.

Na základě dostupných teoretických východisek byly sestaveny tazatelské otázky mapující rodinné klima duševně nemocných a jejich vztahy k dětem.

Informanti se shodli na základních rizicích plynoucích z rodiny, kde primárně matka trpí duševním onemocněním. Těmito riziky jsou: pocity viny u dětí a tím pádem hrozící vznik pocitu méněcennosti, zmatení a nejistota pramenící z nedostatku informací a nedostatečné komunikace mezi rodičem a dítětem, pocity studu související se stále trvající stigmatizací duševních poruch ve společnosti. Negativní dopady jsou také patrné v přebírání rodičovských kompetencí dítětem, které na takovou roli není dostatečně vyzrálé. Jako pozitivní dopad naopak můžeme vnímat vyšší míru samostatnosti, kterou často děti, vyrůstající v poměrech považovaných společností za normální, postrádají. Následky přetrvávají také v dospělosti, kdy se již dospělý jedinec obává dědičnosti choroby jak ve vztahu k vlastní osobě, tak ke svým dětem. Empirické šetření tak potvrdilo psychické dopady doložené literaturou a předešlými výzkumy.

Co se týče mého předpokladu dopadů na chování dětí, které by mohlo vykazovat rysy nadměrné patologie ve smyslu záškoláctví, lhaní, užívání návykových látek, neprospívání ve škole, se nepotvrdilo. Výzkumný vzorek shodně vypověděl, že problémové chování se vyskytuje ve stejné míře jako u vzorku běžné populace.

Do empirického šetření byla také zařazena část věnující se podpoře, která je dostupná pro rodiny ze strany sociálního systému. Informanti se shodli, že síť institucí je dostatečně naplněna v případě, kdy je již problém odhalen a začíná se s ním pracovat. Jako nesnáz vnímali skrytost rodinných problémů, které se tak často dějí „za zavřenými dveřmi“ domácností a děti tak vyrůstají dlouho dobu v nevyhovujícím prostředí. Mezeru také pociťovali v provázanosti jednotlivých subjektů – oblasti sociální a zdravotní. Bylo by výraznou pomocí, kdyby byl schopen psychiatrický lékař zmapovat rodinný systém, a již v začátku rodině poskytnout nabídku sociálních služeb, s jejichž pomocí by bylo možné předejít narušení vazeb v rodině.

Jako poslední dílčí sondou bylo zjistit, jak funguje v tomto systému spolupráce se školou. Ukázalo se, že školy pracují velmi dobře na zlepšení povědomí o duševním zdraví u dětí formou přednášek provedených organizací PDZ. Stále však přetrvává velká míra stigmatizace a negativního pohledu na osoby trpící duševním onemocněním. Alarmující je rovněž zhoršující se duševní zdraví tzv. generace sněhových vloček. Jedinou cestou pro celkové zlepšení kvality života jak současných nemocných, tak generace budoucí, která bude stále více zatížena stresovým prostředím dnešní rychlé doby, je edukace o psychickém zdraví, duševní hygieně a vyvýšení duševní pohody na stejnou úroveň, na jaké je zdraví fyzické. Zároveň díky zkušenostem načerpaným provedenými rozhovory bych chtěla poukázat, jak je důležité dbát na individualitu každého jedince a zvláště u dětí být citliví k projevům psychické nepohody nebo abnormalitám v jejich chování. Vzhledem ke zodpovězení všech dílčích výzkumných otázek a hlavní výzkumné otázky považuji cíl výzkumného šetření za naplněný.

Hlavní přínos práce shledávám v obohacení o souhrn základních faktorů ohrožujících nejen děti, ale i blízké duševně nemocných, na které bychom se v naší společnosti měli zaměřit. Na základě zjištěných rizik bychom měli podpořit celkovou edukaci dětí a apelovat na důležitost mezilidské komunikace. Neziskovým organizacím a subjektům pracujícím s duševně nemocnou populací by mohla práce posloužit jako vodítko, jakým směrem pracovat s rodinným systémem. Jelikož více pracovníků projevilo nezávisle na sobě zájem o předání výsledků této bakalářské práce, mohlo by

dojít k vytvoření větší komunity ve spolupráci se školním prostředím, která by společně pracovala na zlepšení duševní pohody dětí a mládeže.

Tato práce by mohla být impulzem pro zkvalitnění provázanosti služeb, vytvoření jednoho komplexního systému, kde by našly rodiny celé spektrum pomoci a podpory a nemusely by hledat na každý problém jinou organizaci. V ideálním případě by se psychiatrický lékař zajímal o celý rodinný systém a okamžitě by při udělení diagnózy do procesu léčení zahrnul celou rodinu. Nejlepším způsobem by byla strategie kontaktu i se školou, kde by byla dítěti poskytnuta podpora. O provázanost rodiny a školy a zajištění tak ucelené péče o dítě by se mohl starat sociální pedagog, který je zatím tak málo ve školách zastoupen.

## Seznam použitých zdrojů

### Monografie

- COHEN, Robert M a HRDLIČKA, Michal. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál, 2002. 190 s. ISBN 80-7178-497-4.
- ČEŠKOVÁ, Eva a KUČEROVÁ, Hana, SVOBODA, Mojmír (ed.). *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál, 2006. 317 s. ISBN 80-7367-154-9.
- DÖRNER, Klaus. *Osvobozující rozhovor: psychicky nemocný v rodině*. Praha: Grada, 1999. 132 s. ISBN 80-7169-892-X.
- GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno : Paido, 2000. 207 s. ISBN 80-85931-79-6.
- HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Univerzita Karlova. Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Druhé vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2021, 647 s. ISBN 978-80-246-5088-3.
- HOSÁK, Ladislav; MALEKIRAD, Mohammad a LÁTALOVÁ, Klára. *The etiology of mental disorders: concise, clear and synoptical*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2022. 114 s. ISBN 978-80-246-5147-7.
- HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál, 2015. 776 s. ISBN 978-80-262-0873-0.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum : základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
- HOLÁ, Barbora; PLUHAŘÍKOVÁ POMAJSZLOVÁ, Jana; ŘÍČAN, Pavel a KUBINOVÁ, Petra. *Zapojení peer rodinných příslušníků do psychiatrických lůžkových zařízení: manuál*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2021. 35 s. ISBN 978-80-908458-1-7.
- HUTYROVÁ, Miluše. *Děti a problémy v chování: etopedie v praxi*. Praha: Portál, 2019. 240 s. ISBN 978-80-262-1523-3.
- JAROLÍMEK, Martin. *O nemoci, která se nazývá schizofrenie: příručka pro pacienty, jejich blízké a jejich terapeuty*. Praha: Vyšehrad, 2021. 96 s. ISBN 978-80-7601-428-2.
- JEDLIČKA, Richard. *Psychický vývoj dítěte a výchova: jak porozumět socializačním obtížím*. Psyché. Praha: Grada, 2017. 280 s. ISBN 978-80-271-0096-5.

- JUKLOVÁ, Kateřina a SKORUNKOVÁ, Radka. *Základy psychopatologie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009. 115 s. ISBN 978-80-7041-815-4.
- KALINA, Kamil. *Jak žít s psychózou*. Praha: Portál, 2001. 246 s. ISBN 80-7178-563-6.
- KERN, Hans. *Přehled psychologie*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2006. 287 s. ISBN 80-7367-121-2.
- KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál, 2008. 215 s. ISBN 978-80-7367-383-3.
- KRAUS, Blahoslav. *Společnost, rodina a sociální deviace*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. 157 s. ISBN 978-80-7435-411-3.
- KRAUS, Blahoslav a POLÁČKOVÁ, Věra. *Člověk – prostředí – výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-004-2.
- MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Praha: Portál, 2002. 143 s. ISBN 80-7178-700-0.
- MATĚJČEK, Zdeněk. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. Vyd. 6. Praha: Portál, 2013. 114 s. ISBN 978-80-262-0519-7.
- MATOUŠEK, Oldřich a PAZLAROVÁ, Hana. *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny: v kontextu plánování péče*. 2., rozš. vyd. Praha: Portál, 2014. 214 s. ISBN 978-80-262-0522-7.
- OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Praha: Grada, 2012. 263 s. ISBN 978-80-247-3737-9.
- RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2020. 468 s. ISBN 978-80-246-4604-6.
- SOLANTAUS, Tytti. *Jak pomohu svému dítěti?: příručka pro rodiče, kteří mají problémy s duševním zdravím*. Překlad Vladimír Piskoř. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2009. 32 s.
- VACEK, Pavel. *Pedagogická psychologie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2017. 191 s. ISBN 978-80-7435-684-1.
- VÁGNEROVÁ, Marie a LISÁ, Lidka. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vydání třetí, přepracované a doplněné. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2021. 542 s. ISBN 978-80-246-4961-0.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Vydání první. Praha: Portál, 2014. 815 stran. ISBN 978-80-262-0696-5.

## Kapitoly v monografiích

OREL, Miroslav a FACOVÁ, Věra. Psychosociální aspekty vzniku duševních poruch. In: OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Praha: Grada, 2012. 263 s. ISBN 978-80-247-3737-9.

OREL, Miroslav, KALÁB, Martin, FACOVÁ, Věra. Terapie v psychiatrii. In: OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Praha: Grada, 2012. 263 s. ISBN 978-80-247-3737-9.

## Elektronické zdroje

DIAKONIE ČESKOBRAVSKÉ CÍRKVE EVANGELICKÉ. *Rodič s duševním onemocněním* [online]. Praha: Diakonie, © 2024 [cit. 2024-04-14]. Dostupné z: <https://rodina.diakonie.cz/nase-sluzby/rodic-s-dusevni-nemoci/>

MATTEJAT, Fritz and REMSCHMIDT, Helmut. The Children of Mentally Ill Parents. *Deutsches Ärzteblatt International* [online]. 2008, **105** (23), pp. 413-8 [cit. 2024-04-14]. Available from: (PDF) The Children of Mentally Ill Parents (researchgate.net)

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Národní zdravotnický informační portál* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2024 [cit. 14.04.2024]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>. ISSN 2695-0340

KNUTSSON-MEDIN L., EDLUND B., RAMKLINT M. Experiences in a group of grown-up children of mentally ill parents. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* [online]. Sweden: Department of Neuroscience, Psychiatry University Hospital. 2007, **14** (8), pp. 744–752 [cit. 2024-04-14]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18039297/>

KULHÁNEK, Jan a KRTIČKOVÁ, Kateřina. Dítě nemocného rodiče: dítě s psychicky nemocným rodičem. In: *Šance dětem* [online]. Praha: Obecně prospěšná společnost Sirius, o.p.s., 2011-2024 [cit. 2024-04-14]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/dite-nemocneho-rodice>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2023 [cit. 2024-04-14]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/?term=schizofrenie&limit=10&page=1&sort=2>

## **Seznam příloh**

Příloha A – Informovaný souhlas

Příloha B – Plán tazatelských otázek pro klienta

Příloha C – Přepis rozhovoru



## Přílohy

### Příloha A: Informovaný souhlas

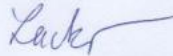
#### Informovaný souhlas s poskytnutím výzkumného rozhovoru a jeho následným využitím pro účely bakalářské práce

Podpisem vyjadřuji souhlas s následujícími body:

- Byl/a jsem informován/a o účelu rozhovoru, kterým je sběr dat pro potřeby výzkumu bakalářské práce Lucie Tomanové s názvem Rizika vývoje dítěte v prostředí rodiny s jedincem s duševním onemocněním.
- Jsem seznámen/a s právem odmítnout odpovědět na jakoukoli otázku.
- Souhlasím s nahráváním následujícího rozhovoru a jeho následným zpracováním. Zvukový záznam rozhovoru nebude poskytnut třetím stranám a po přepsání bude vymazán. Transkripce bude přístupná pouze komisi u obhajoby bakalářské práce, jinak nikomu až na části citovány v textu práce, který bude volně dostupný online.
- Byl/a jsem obeznámen/a s tím, jak bude s rozhovory nakládáno a jakým způsobem bude zajištěna anonymita i po skončení rozhovorů, která znemožní identifikaci mé osoby. Nikde nebude uvedeno mé jméno či jiné osobní údaje, díky kterým bych mohl/a být identifikován/a.

Datum: 14. 2. 2024

Podpis respondenta:



Podpis výzkumníka: Tomanová

## Příloha B: Plán tazatelských otázek pro klienta

Otázky pro klienta:

**DVO1: Jaké je nejčastější duševní onemocnění u klientů, s kterými mají informanti zkušenost a jak se projevuje?**

TO1: Jakým onemocněním trpíte?

TO2: Když byste měla použít pro své onemocnění jeden výraz, jaký byste použil/a?

TO3: Kdy u vás onemocnění propuklo?

TO4: Jak se začalo onemocnění projevovat?

**DVO2: Jaké byly podmínky prenatálního a novorozeneckého období dítěte v oblasti přístupu rodiče?**

TO5: Bylo otěhotnění chtěné či nechtěné?

TO6: Jaká byla vaše reakce v momentu, kdy jste zjistila, že jste těhotná?

TO7: Jak jste prožívala narození dítěte – jaké to např. bylo, když neustále plakalo?

TO9: Jak jste reagovali na kňourání nebo projevy slabosti vašeho dítěte?

**DVO3: Jaké dopady na osobnost dítěte lze pozorovat?**

TO9: V kolik hodin se obvykle dítě vracelo po vyučování domů?

TO10: Kolik času trávilo dítě s kamarády venku a u Vás doma?

TO11: Kolik činilo týdenní kapesné, které jste dítěti dával/a? Potřebovalo často peníze navíc?

TO12: Jaký měly vztah vaše děti mezi sebou navzájem?

TO13: Jaké domácí práce vykonávalo vaše dítě před a po vypuknutí nemoci?

TO14: Byla komunikace mezi vámi a dětmi v pořádku, rozuměli jste si?

**DVO4: Jaké osoby jsou nápomocné rodině potýkající se s duševním onemocněním?**

TO15: Kdo vám v krizi byl ochoten pomoci?

TO16: Jak vám s péčí o děti pomáhaly jejich otcové?

**DVO5: Jak je zabezpečena pomoc rodinám v sociálním systému a jaké jsou jeho nedostatky?**

TO17: Bylo něco, co vám v té době chybělo (kontakty, organizace, informace)?

## **Příloha C: Přepis rozhovoru**

### Informant 4 – pracovník PDZ

**Tazatel: Jaká je nejčastější diagnóza, se kterou se setkáváte a kdy nebo jak se projevuje?**

Informant: My jsme primárně určení pro lidi s psychózou a schizoafektivníma poruchama, ale to není ta primární diagnóza, my nejvíc máme lidí, kteří mají smíšené úzkostné poruchy, deprese a 40 % klientů mají psychotický onemocnění, a pak tam máme takovou větší skupinu klientů, to je tak 30 %, který jsou buď nediferencovaný, to znamená, mají jakýsi podezření na duševní onemocnění, který nemají přesně určený a nebo jsou to lidi, který se pohybují na hraně osobnosti.

**Tazatel: Dokázal byste vyzorovat nějakou podobnost v rodinném zázemí nemocných, odkud pocházejí?**

Informant: Úplně se mi nechce zobecňovat, ale asi se dají najít anamnesticky významný věci, se kterými se ti lidé setkávají. Na straně klientů je to určitě druh zranitelnosti na zátěž, vulnerabilita. A z hlediska sociálního prostředí, ve většině těch rodin je to buď rodinná zátěž, to znamená nějaká genetická a nebo jsou to nepříznivé vývojové podmínky typu rozpadlé rodiny, nějaký traumatizující zážitky, nevyhovující sociální prostředí. Bude to tam jo, není to samozřejmě ale paušálně, ale tyhle věci by se v anamnézách daly najít.

**Tazatel: Děti jsou nejčastěji v jakém vztahu k duševně nemocnému?**

Informant: Nejčastěji je to rodič-dítě s tím, s tím, že naši klienti to duševní onemocnění většinou získali kolem toho pubertálního nebo postpubertálního věku. A tak vlastně procházeli tím životem, ať už vědomě nebo nevědomě, na nějaký úrovni měli děti a tyhle děti v rodině potom vyrůstají i s tím, že rodič má tu nemoc zaléčenou. V tom případě by to bylo poměrně dobré, my jsme teda zažili případy, kdy onemocnění vypuklo například v době po porodu nebo během mateřství. A potom ty děti vyrůstali nějakou dobu s člověkem, kterej byl nezaléčený, takže tam pak vznikají další posttraumata, který s tím souvisí.

**Tazatel: Může onemocnění přinést i nějaká pozitiva?**

Informant: Tohle je zajímavá otázka, ptáte se dobře, protože si myslím, že bysme na tom pozitiva hledat měli. Ta nemoc může vždycky něco přinést. Já to neumím takhle

subjektivně říct. Museli bychom se zeptat těch klientů. Ta nemoc něco přináší, přináší sebezpoznání, přináší nové pohledy na svět. Asi by se na tom něco najít dalo.

**Tazatel: Bývá otěhotnění u duševně nemocných klientek většinou plánované?**

Informant: U klientek, který já jsem měl, tak plánovaný bylo, s tím, že dítě chtěli jako součást běžný normy, že se to trochu očekávalo nebo byli v nějakém vztahu. Takže u klientek, které jsem měl já. Tak plánované bylo, že by k dítěti přišli náhodným pohlavním stykem nebo že by to byl nějaký románek, to většinou ne, nebo aspoň klientů, který jsem měl já.

**Tazatel: Jak klientka prožívá zátěž po narození dítěte? Jak reaguje, když pláče?**

Informant: Použiju konkrétní 1 případ. Tam to bylo vlastně tak, že se na dítě velmi těšila, ona má 2 děti, na obě děti se velmi těšila, ale pak přišly zátěžový situace, kdy její onemocnění začalo propukát v době, kdy kojila. Byla to zřejmě laktační psychóza, která se potom nějakým způsobem rozvíjela a paní to v té době nějak extra neléčila, takže vlastně prožívala velmi složitý stavy a tam je problém v tom, že ona v nemoci (má schizoafektivní poruchu), ona byla hodně soustředěná na sebe, na vlastní prožitky a na to, co jí se děje a nebyla schopná od toho odhlídnout. Takže se stávalo, že děti strašně dlouho plakaly, nebo byly nedopečované. Naštěstí v té době měla partnera, který tohle pokrejal. Ale bylo to v době, kdy děti třeba jen kvůli tomu kojení potřebovaly péči významný osoby a ona to nedávala. Kdyby tam ten partner nebyl, tak by byla velká otázka, jak by to vlastně dopadlo. Naštěstí on tam byl, nějak tam zafungoval. Velmi rodinu v té době podržel.

**Tazatel: Jak si myslíte, že tato situace mohla děti ovlivnit do budoucna?**

Informant: Já si to nemyslím, já dokonce vím, že je to ovlivnilo, protože my jsme potom dlouhodobě s nima pracovali už v situaci, kdy už jsou obě dospělé. Takže o tom věku, když byly maličké, to víme jenom z vyprávění. My jsme je potkali ve věku, kdy jim bylo 9 a asi 13 let, a už v té době si nesly určitéj druh zátěže, protože se maminky svým způsobem bály a vztahovaly se vždycky spíše k otci než k matce a bály se s ní komunikovat a bály se jí naštvat, protože když měla afektivitu, tak neovládala ty afekty ve chvíli, kdy měla nějakou představu o světě a ty holky řekly, že to je jinak. Ona s tím měla problém. Takže určitě si zátěž dál ponosou a do dneška to mají tak, že s mámou žádný kontakty nemají, už nemusí, jsou dospělé. Kontakty s mámou si dobrovolně nevybírají. Maminka má tu tendenci se s nima setkávat, ale pro obě holky je to

komplikovaný. Pro tu starší je to trošičku jednodušší, protože ta už byla přece jenom v dobách, kdy máma měla několikátou ataku, už rozumnější, ale pro tu mladší je to dodneška trauma.

**Tazatel: V kazuistice těch dvou dívek je ovlivňovala nemoc matky po celou dobu jejich dětství a pokud ano, tak jak?**

Informant: Ano, protože ona tam byla vždycky nějak přítomná a ona vždycky trvala na tom, že chce být maminkou. To byla ta zakázka, proč ona k nám přišla. Potom v pozdějším věku, když těm holkám bylo kolem 10 a 13 let, tak tam už docházelo k rozvodu a otec žádal děti do péče a paní se rozhodla, že je přece maminka a že ona je chce mít v péči a obrátila se na nás. My máme zastupovat klienty v jejich právech, tak samozřejmě její právo, byť je duševně nemocná, je styk s dětma. Takže my jsme od začátku pracovali na tom, jak styk s dětma nastavit tak, aby byl pro děti bezpečný. Ale tam byl problém v tom, že schizoafektivní porucha téhle paní byla natolik významná a natolik jí zasahovala do běžného prožívání života, že ty posudky, které se dělaly v rámci OSPODU a v rámci řízení o péči o dítě, tak nevycházely dobře pro tuto paní ve smyslu, že kontakt s ní může být skutečně traumatizující pro ně. A tam bylo podstatný to, že ona jako klientka byla náročná i pro nás, udržet ji v nějakém srozumitelném kontextu, aby sledovala linii toho, co se děje, aby odhlídla třeba od sebe a podívala se na potřeby těch děvčat, tak to bylo velmi komplikovaný a těžký. Na druhou stranu ona vždycky o nich hezky mluvila a vždycky o ně stála, to zase ano, akorát to je vlastně problém toho onemocnění, že skrz tu nemoc to neuměla projevovat. Nebo respektive, ona si myslela, že to projevovat umí, ale dělala to nevhodným, nepřiléhavým prostředkama toho citu. Že jako dítě jste si nedokázala přecítit, že tohle je vlastně projev lásky. Ona to tak brala. Třeba jim něco vyprávěla, ale vyprávěla jak trakař. Začala a vůbec se nedala přerušit, vůbec neskončila, to dítě se nedostalo ke slovu. Nebo měla určité bludné představy o světě a ty těm dětem vnucovala, že to je takhle a takhle. A přitom ty děti věděly, že to tak není. Takže to bylo komplikovaný. A do toho ještě paní, protože byla v rozvodu, házela špínu na toho tátu, o kterým objektivně to tak nebylo. On se skutečně staral a bylo to o tom, že ho popisovala v černých barvách. I to bylo pro ty děti složité, protože oni vlastně tu realitu vnímali jinak, než jak jim byla podávaná, a vlastně tím, jak byly přimknuté od dětství k tomu tátovi, tak potom nechtěly do kontaktu vůbec vstupovat a dokonce se velmi dlouho uvažovalo, že tam bude moct být styk jenom omezený, ve smyslu, že tam vždycky u toho bude muset být nějaký pracovník a podobně. Ty

soudy se táhly velmi dlouho. Paní se odvolávala, protože ten rozsudek v první instanci zněl, že se nedoporučuje kontakt matky s dítětem, protože je pro ně traumatizující a nebo že jenom asistovaný kontakt, na což paní nechtěla přistoupit. Pak to bylo komplikovaný. Mnohokrát jsme se odvolávali, byli jsme tam asi desetkrát, u toho soudu, takže ono se to pak táhlo až tak dlouho, že oběma bylo přes 15 let. Už měly právo se vyjádřit k tomu, jak to chtějí. A obě kontakt odmítly, takže soud s přihlédnutím k jejich přání rozhodl, že kontakt bude dobrovolný. Když ho prostě nebudou chtít podstoupit, tak ho nepodstoupěj.

**Tazatel: Co vnímáte jako největší riziko v tom životě dítěte?**

Informant: Moje zkušenost, reálná s těmito případy je stejná, jako se o tom mluví v teorii. Základní trauma je určitě druh poruchy attachmentu, kdy nemáte tu primárně významnou osobu navázanou jako matku, ale je to třeba ten táta a nebo je to babička, což ty děti může svým způsobem traumatizovat. Pak za mě je to určitý druh citový deprivace. Ty matky, a to nemusí být vždycky jenom maminka, ať jsem genderově korektní, tak ten rodič, když je nemocnej, tak neposkytuje tu adekvátní zpětnou psychickou vazbu, která by se očekávala. Potom jsou to různé zážitky, který ty děti si ponosou, protože některý ty situace, který zažily třeba nemusej bejt vůbec pěkný a jsou traumatizující. Příklad, tyhle holky byly dobu zavřený v místnosti se zataženejma okna, nemohly jít ven, protože paní měla zrovna představu o tom, že svět je venku nebezpečný, a tak se musí ukrývat. Nebo na ně neadekvátně reagovala ve chvíli, kdy si hrály a dělaly něco jinýho, než si paní přála, no tak tam byli nepřiměřený (ona je teda netloukla), ale byly tam nepřiměřený výlevy vzteku na ně, který samozřejmě je taky nějakým způsobem traumatizující. A to znamená, ony si potom vytvořily takovej vztah v tom, že jsou nebezpeční lidi a ony se vlastně musej furt někde schovávat, obávat. To trauma si ponosou, je otázka, jak se bude pracovat dál, jak ony samy s tím budou pracovat dál. Takhle to vyznívá černě, nechci paní očerňovat, ona za to primárně nemůže, protože při té schizoafektivitě ona své afekty neovládá, ty prostě přicházejí, jsou udávaný skrze ten bludnej systém, ve kterým se pohybuje, a to ona neovlivní.

**Tazatel: Nějakým způsobem si ale onemocnění uvědomuje, když vás kontaktovala?**

Informant: Tohle je velmi zajímavá otázka. Jak naši klienti vnímají své onemocnění? Tam záleží na míře léčby, edukace, náhledu sám na sebe, přijetí nemoci. Těch věcí je tam víc, konkrétně tahle klientka si uvědomuje, že je invalidní důchodce, velmi dobře s tím operuje. Chodí na psychiatrii, chodí pravidelně a funguje, plus s tím chodí do služeb pro

duševně nemocný. Ale upřímně si myslím, že úplnej náhled na to, jak věci prožívá a dělá, nemá. Tím, že bere dobrou medikaci, tak je zaléčená. Ten bludnej svět je v nějaký relaci toho, že jí umožňuje částečnej náhled na realitu, ale k sobě úplně to vztažený nemá. Ona sama vždycky uvádí: „To já jsem měla zlomenou nohu a tam mi dali i tyhle léky u toho“. Takže nikdy to úplně nenazvala, že by měla schizoafektivní poruchu, to jsem od ní nikdy neslyšel. Přijala to, když o tom mluvím já, když to řeknu já: „Ale vy máte tohle a tohle“, tak ona to jako přijme řekne hmm a víc to nekomentuje, ale sama o tom víc nemluví. Když jsem jí v rámci práce i zrcadlil její vlastní pocity a říkal jsem, že to může bejt na základě tý nemoci, neuměla to pobrat. Vždycky říká: „Já to takhle cejtím, tak to prostě je“. To je problém toho onemocnění, který zasahuje celý to vnímání. A ona od toho neumí úplně odstoupit.

**Tazatel: Řešíte s rodiči výchovné problémy dětí, popř. jaké?**

Informant: Já bych neřekl, že tady v tomhle případě to byly výchovný problémy. Spíš to byly věci pohybující se kolem křehkosti těch dětí. Ta první dcera, ta starší, to překonala i tím, že ona pak studovala zdravotnickou školu, tak do toho vhléd už trošku měla. Ale na tý mladší se to projevilo tím, že byla zakřiknutá, bázlivá, úzkostná, se sklony k depresi. Sama byla hospitalizovaná jako dítě na psychiatrii, protože to v nějakým momentu neunesla a musela v řádu měsíců bejt na psychiatrii. Potom celou dobu se léčila, nebo chodila i za psychologem právě s úzkostně depresivníma stavama. Domníváme se, že to bylo právě způsobený tímhle a nenazval bych to jako výchovný problém, ale samozřejmě s tím byly spojený určitý věci, který se týkaly školní neúspěšnosti. Těch pocitů, že nemůže někoho najít jako kamaráda, tady ty věci tam byly. Nebylo to, že by v uvozovkách byla to „zlobivý dítě“. To ne, takhle to neřešila, ale řešila to víc tím únikem do sebe. A měla ty problémy, které souvisí se školní úspěšností.

**Tazatel: Takže nikdy nebyla aktérem nebo obětí šikany?**

Informant: To se tam nestalo, to ne. A když si to uvědomím i na jiných případech, než ty, který jsem zažil já, o kterých jsem slyšel, tak jsme tohle nezaznamenali, že by tohle bylo příčinou.

**Tazatel: Jak děti reagují, když se o nemoci blízkého dozví?**

Informant: Naše hypotéza na začátku, když jsme to ještě neznali, byla, že se toho leknu, že maminka je duševně nemocná, ale potom, když jsme s nimi vedli ty rozhovory, tak

tam přišlo to, že to pro ně byla svým způsobem úleva, protože to bylo vysvětlení toho, co se děje. Protože oni to ze začátku braly tak, že třeba dělají oni něco špatně. Takový klasický obraz dítěte, který bere tu vinu za věci, který se dějou kolem něj, na sebe, že ono je špatný. A najednou to z nich vinu sejmulo. „Nejste holky opravdu špatný, ale děje se to vaší mámě, protože je duševně nemocná“. A najednou tam došlo k tomu, že ta máma byla i v jejich očích malinko jinak přijímaná, protože to prostě mělo vysvětlení, protože to nebylo, protože je zlá nebo úplně blbá máma, ale protože je nemocná. Takže tohle tam dělá jeden druh úlevy. Ale samozřejmě na druhou stranu, ony pak nechtěly, aby za nima chodila do školy na návštěvu, protože to stigma duševního onemocnění bylo veliký a ony vlastně nechtěly, aby se ve škole vědělo, že jejich máma je blázen a že i jako blázen vystupuje. Když někam přišla, na první pohled to vidět nebylo. Ale když začala mluvit, tak to bylo vidět hned. Ty afekty, to, jakým způsobem o věcech mluvila, jak to prožívala, tak prostě se chovala bizarně vůči situaci, ve který byla. Takže primárně úleva a druhotně stigmatizace spojená s duševním onemocněním.

**Tazatel: Od koho se dítě nejčastěji dozví o duševní nemoci blízkého?**

Informant: Od toho rodiče samotného ne, tady holky se to dozvěděly od táty a od systému, takže ony potom tím, že pak docházelo i k tomu rozvodu ale i k těm situacím doma, tak si toho i ve škole všimli, že holky mají nějaký prožívání zvláštní. Tak to šlo přes OSPOD a přes to se pak dozvěděly informace a byly i námi poučeny o tom, co se děje v míře, v který byly schopný to chápat, takže jsme se k tomu pak ještě opakovaně vraceli, jak jsme tam byli několik let. Tak jsme to vysvětlovali, když byli menší a pak i pubertálním, s takovým větším přesahem toho, co se vlastně děje, jak ta nemoc vypadá a jak funguje. A pak ta starší, která studovala tu zdravotnickou školu, tak už to tam bylo, i že věděla ze studia, co to znamená.

**Tazatel: Je v rodině, se kterou pracujete většinou více sourozenců?**

Informant: Když je tam těch dětí víc, tak se to pak musí řešit jako komplex. Většinou to nefunguje, když to řešíte jenom s jedním, a tak to vychází z teorie, systematický psychologie a dalších věcí. Že řešíte jenom jednoho, většinou extra nepomáhá. Pomáhá to jemu, ale ten systém je nemocnej celej. Musíte si uvědomit, že jedna věc je, že traumatizuje toho člověka samotnýho, vstoupilo mu do života, ale tím, že žijeme v systémech, tak samozřejmě ta nemoc vstoupila do života všem na různých druzích úrovně. Vždycky se s tím budou muset nějak vyrovnat a vždycky se s tím budou muset



naučit nějak fungovat a u všech proběhne systém přijetí nemoci - od toho zděšení, přes to vyrovnávání se až k finálnímu překonání. Tohle jsou opravdu dlouhé procesy a ne u každého se to povede hned.

**Tazatel: Jak nemoc ovlivní vztah sourozenců?**

Informant: V tomhle konkrétním případě, o kterém dneska mluvím, tak tam to bylo tak, že ty holky držely celou dobu spolu. Podporovaly se, ta starší pomáhala té mladší a zároveň starší byla mluvčí, když ta mladší měla úzkosti a deprese, pomáhala jí a i třeba v tom kontaktu s mámou a podobně. Vždycky se jí zastávala, takže v tomhle případě to zafungovalo takhle. Asi by se to dalo zobecnit. Vy ale dopředu nevíte, jak kdo na to trauma zareaguje. Umím si představit i úplně obrácený způsob, že se odtrhnou, protože to nebudou umět zpracovat, každá to třeba vidí jinak nebo je to rozděleno v prožívání. Ale obecně, v tomhle případě a vlastně asi i dalších, co jsem tady zažil, tak si myslím, že je to spíš spojilo, že to vytvořilo zdravou koalici těch dětí, který se společně v uvozovkách „brání“ prostředí kolem sebe. V teorii rodiny to tak má být. Rodiče jsou jeden kruh, děti jsou druhý. A ty kruhy na sebe nějak afilují a mělo by to být tak správně, že by neměly vznikat koalice rodič – jedno dítě, rodič - druhé dítě, to by nemělo být. Děti by měly být v té koalici spolu, když jsou sourozenci. Ale jestli to tak je vždycky, nevím, v tomhle případě to tak bylo.

**Tazatel: Dopadá na staršího sourozence větší zodpovědnost?**

Informant: A řekl bych, že ano. Ten starší sourozenec to bude plnit třeba ne plně funkčně, ale může tam zaplnit tu primárně významnou osobu, pro toho mladšího v tomhle může saturovat. Problém je to pro toho staršího, který v tu chvíli se staví do role, na kterou vývojově nemůže mít. On ji nějakým způsobem zvládá, ale je otázka, jak se to projeví potom později. Přeskočil nějaký fáze. To je typický u týraných rodin nebo rodin alkoholiků, kdy třeba starší dcera plní roli matky pro ty mladší děti, což sice zvládá skvěle, ale je to trauma pro ní. I když si řeknete: „ona jim tak dobře uvařila, vyprala“, ale to dítě vlastně plní roli, na kterou není zralý a automaticky je to trauma pro ní a projeví se to někde později. Takže to není správně, ale děje se to. Příroda to takhle zařídila, starší mentor předává tu zkušenost, a pro toho mladšího se stává významnou osobou, ke komu přilne, protože ten člověk poskytuje bezpečí. To je to, co primárně všichni hledáme, proto vytváříme obecně vztahy, protože hledáme primárně bezpečí.

**Tazatel: Jaké se tam ještě vyskytují pomáhající osoby?**

Informant: V hodně kazuistikách, který jsem tady zažil, tak tam fungují prarodiče. Babičky s dědou, u kterých ty děti potom vyrůstají, nebo jsou-li teda přítomný v tom prostoru. U téhle kazuistiky byli a ty děti část svého života prožily u babičky s dědou, kteří vytvořili zázemí pro chození do školy, aby děti měly stabilní prostředí, tak ty babičky a dědové fungovali. A tam se ukázal znova takový sociální efekt toho, že opravdu dobře fungující rodina si s tím umí poradit, byť je to pro ně pro všechny velmi zátěžový.

**Tazatel: Jak se k dané situaci většinou postaví otec dětí?**

Informant: Z kazuistik, který já jsem zažil a o kterých tady můžu vyprávět, tak ti tátové vlastně zafungovali dobře, žádný z nich rodinu primárně neopustil. I když dneska už jsou rozvedení, ale v té době, kdy bylo potřeba se o děti starat (byly maličky a byly vlastně závislé na péči rodičů), starali se. Třeba tenhle pán konkrétně rodinu neopustil a zůstal s paní velmi dlouho a rozvedli se, až když byly holky velké, nebo respektive byly v pubertálním věku. A už ale tolik rodiče nepotřebovaly. Takže za mě jsem byl mile překvapen tím, že ten druhý rodič zafungoval a nevzdal to v té chvíli, že pomohl těm dětem vyrůst. Ale samozřejmě máme i jiný kazuistiky, kde rodiče odešli, nebo-li ti otcové se k dětem nehlásili nebo měli pocit, že nějakým způsobem selhali, a to selhání řešili útekem od rodiny. Ale neřekl bych, že to je pravidlo, naopak jsem byl mile překvapený, že těch otců, kteří zůstali v rolích a jsou významný pro to dítě, neumím vám teď říct procentuálně, tak je to možná 50 na 50. Ale obecně moje hypotéza byla, že to bude horší a byl jsem vlastně mile překvapen, že to tak není.

**Tazatel: Kontaktuje vás někdy samo dítě?**

Informant: To se nám ještě nestalo, ono je to asi i tím, že my máme všude adresováno, že jsme od 18 výš jako služba, takže je to asi nenapadlo. A to spíš ten druhý rodič většinou a nebo ty prarodiče („něco se u nás děje a my potřebujeme s tím naším dítětem něco udělat, aby ty vnučky nebo vnoučata mohli fungovat“). Akorát, že ta zakázka je takhle normativní. „My s tím potřebujeme něco udělat“. Když to řeknu velmi nadneseně, je to takový jako „spravte nám ho, aby fungoval“. Je to ta normativní zakázka „vraťte ho do normálu“. A tady je potom velmi těžký s tímhle pracovat, protože je to zcela logický - jako člověk a jako pracovník s nima soucítíte, ale zároveň z hlediska profese víte, že to nepůjde, že spíš budeme hledat cesty, jak s tím pracovat a jak to přijmout na těch stranách,

že to onemocnění tam je. A další věc je, že tohle není věc, která se uděje do týdne, to trauma a ty věci vznikaly roky nebo měsíce a to znamená, že to roky a měsíce bude trvat, než se to srovná a žádný urychlený způsob neexistuje.

**Tazatel: Jak nejčastěji dojde k navázání kontaktu mezi vámi a klientem?**

Informant: Konkrétně pro středisko Rychnov asi nejčastější je kontakt přímo na multi týmech v nemocnicích. To je jeden zdroj a druhý zdroj je sociální odbor městského úřadu. Tyhle ty 2 jsou asi nejvíce vytěžující. A co se vyplácí právě v těch nemocnicích, že ty lidi jsou poměrně motivovaný pro druh léčby a ta druhá věc je, že potom mezi přechodem z nemocnice a námi není žádný okýnko. To znamená, že už si nás tam naváží, a pak ten přechod do služeb je pro ně jednodušší. A ty multidisciplinární týmy. My vlastně máme v Havlíčkově Brodě, v Žamberku a ve fakultní nemocnici v Hradci Králové.

**Tazatel: S jakými institucemi ohledně dětí nejčastěji pracujete?**

Informant: Vždycky to bejvá OSPOD. Ten tam zafunguje, protože ty problémy většinou jsou tak rozsáhlý. A potom jsou to všechny možný druhy neziskových organizací, který se zabývají nějakou sanací rodiny a podpory aktivního rodičovství, trávení volného času a podobně. Takže u nás Salinger, Amalthea, a pak jsou to dětský psychiatři a škola.

**Tazatel: Jaká probíhá komunikace s výchovným poradcem nebo metodikem prevence?**

Informant: Podle toho, koho mají, úplně nejideálnější by bylo, kdyby měli školního psychologa, ale to každá škola nemá. Takže tyhle dvě, co jste zmiňovala, ve školách, pak to bejvá pedagogicko-psychologická poradna. A třídní učitel, tady v tomhle případě tam upravovali styk dcerami a neočekávané návštěvy maminky ve škole, tak to bylo i s třídním učitelem a ředitelem školy.

**Tazatel: Co je největší problém ohledně edukace dětí o nemoci?**

Informant: Nevědomost. Popsat srozumitelnou cestou, co se děje, tak to je pro ně komplikovaný. A hlavně, co tam je profesionálně nutný za mě udělat, je ty děti odvíjet, zbavit je toho pocitu viny, že se to děje, protože to dítě primárně většinou má ten pocit a nerozumí tý situaci, a v tomhle vznikají velká zranění, který potom můžou do budoucna způsobit problém. Tohle je potřeba tam udělat. Je to určitý druh osvěty, vysvětlování

a předávání toho pocitu bezpečí, to se tam musí udělat.

**Tazatel: Je něco, co v systému chybí (v pomoci rodinám s duševním onemocněním)?**

Informant: Myslím si, že ta síť je dostatečně hustá ve chvíli, kdy se na to přijde. Přemýšlím jenom, jestli umíme to včas odhalit. V tomhle případě to bylo taky, když ta rodina to dlouho tutlala. Dlouho si to drželi i v sobě, chtěli s tím dojít ven až ve chvíli, kdy ty holky začaly mít problémy i třeba v tý školce nebo potom na začátku se školní docházkou. Byly vlastně v uvozovkách „divný“, něco se dělo – ospalý, brekavý, v úzkosti, v depresi. Takže když máte ty děti na prvním stupni, všimnete si, že to dítě nejedná adekvátně. A tam se to začalo řešit. Za mě je tam možná určitá otázka, jak to poznat dřív, ale to upřímně řečeno, nevím, jak by se udělalo, tím jsme se ještě nějak úplně nezabývali, jak by se to prevalovalo. Ale jinak si myslím, že ta síť v současné době, když se jako chce, tak je. Jenom se musíme naučit ji dobře provazovat. To si myslím, že třeba PDZ se tak postupně učí, jak to casemanagementově dát dohromady, aby ta síť zafungovala a aby ta rodina se k těm službám dostala, protože se o nich dozví a bude vědět, co a jak s ní.

**Tazatel: Napadá Vás něco, co byste chtěl dodat, co se týká rizik pro děti?**

Informant: Spíš je to obráceně, že tady jsme popsali ty patologický jevy, který můžou působit na ty děti. Z našeho úhlu pohledu je tam fakt ale velká otázka toho, jak pracovat s tím nemocným rodičem. Do života mu vstoupilo onemocnění, si ho nevybral, tyhle lidi netýrají své děti nebo nezpůsobují trauma záměrně. Oni nemůžou za to, že se jim ta nemoc přihodila. A vystupují a jednájí pod vlivem nemoci, tudíž nejsou odpovědný nebo primárně odpovědný za to, co udělali. A pak tam za mě je to, že to stigma je ale pak provází a oni třeba, konkrétně tahleta paní, ona se pak zaléčila, pracovala na tom, aby s těma dětma mohla bejt a chtěla to napravit, protože si to uvědomila. Ale problém byl, že ten systém byl velmi rigidně nastavený na to, že ona jim přece ubližovala a ona se k nim přece nechovala správně, rozsudky jsou jasný i rodina se vůči ní zatvrdila. A tak to nešlo zlomit a trvalo velmi dlouho, v podstatě až do dospělosti těch holek, než jí někdo umožnil to udělat, a teď už ty holky o sobě můžou rozhodovat samy. S tou starší už nějaký kontakt mají, začaly přes facebook a už je to teď lepší, protože ty holky už mají zbraně, jak se bránit, odejdou nebo odjedou a tak dál. Takže spíš si myslím, že v systému je tahle chyba, že nám chybí nástroje, jak tu rodinu sanovat od začátku, tak dobře, aby nedošlo k přerušení vazeb. V tomhle případě, než se paní zaléčila, to bylo nutný, protože reálně jim ubližovala, psychicky, teď nemyslím fyzicky. Neměli jsme nástroje a ani je

úplně neznám, jak to udělat správně, aby se pouta nepřerušila a aby tam nějaká kontinuita byla, protože to je rodič, dál podle lidských práv rodičem zůstává a i on má právo na kontakt se svými dětmi, stejně jako mají děti právo na kontakt s rodičem. Takže v tomhle máme ještě mezery a úplně to tady neumíme.