

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



**Rodičovství z pohledu matky trpící schizofrenickou
poruchou**

Jiří Hausmann

Bakalářská práce

Studijní program: Psychologie

Vedoucí práce: Mgr. Johana Růžičková, PhD.

Praha 2023

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou/diplomovou práci vypracoval/a samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne Podpis

Poděkování

Nejprve bych chtěl poděkovat vedoucí své práce Mgr. Johaně Růžičkové, PhD. za trpělivost a laskavý přístup.

Další díky patří respondentkám, které se do výzkumu přihlásily, jelikož bez nich by tato práce ani nemohla vzniknout. Chtěl bych ocenit zejména jejich odvahu, se kterou se do rozhovorů pustily a poděkovat jim za ochotu, upřímnost a otevřenost, kterou jsem v rozhovorech cítil.

V neposlední řadě děkuji svojí přítelkyni Terezii, která mě bezmezně motivovala a podporovala v mém úsilí.

Abstrakt

Bakalářská práce se věnuje zkušenosti matek s psychotickým onemocněním. Cílem této studie bylo zjistit, jak matky s psychotickým onemocněním vnímají a prožívají mateřství. Zkušenost respondentek byla zachycena pomocí čtyř hloubkových polostrukturovaných rozhovorů a zpracována na základě Interpretativní fenomenologické analýzy. Práce se skládá ze dvou hlavních částí, teoretické a empirické. Teoretická část se zabývá psychotickými onemocněními a běžnými problémy mateřství s psychotickou poruchou. Empirická část se zaměřuje na výzkumné šetření a jeho výsledky.

Klíčová slova

Mateřství, psychotická porucha, schizoafektivní porucha, žitá zkušenost, Interpretativní fenomenologická analýza

Abstract

The bachelor's thesis is devoted to the experiences of mothers with psychotic illness. The aim of this study was to find out how mothers with psychotic illness perceive and experience motherhood. The experience of the respondents was captured using four in-depth semi-structured interviews and processed on the basis of Interpretative Phenomenological Analysis. The work consists of two main parts, theoretical and empirical. The theoretical part deals with psychotic diseases and common problems of motherhood with a psychotic disorder. The empirical part focuses on research and its investigation.

Keywords

Motherhood, psychotic disorder, schizoaffective disorder, lived experience, Interpretative phenomenological analysis

Obsah

1	Úvod.....	8
2	Teoretická část	9
2.1	Schizofrenie.....	9
2.1.1	Typické příznaky.....	9
2.1.2	Průběh.....	10
2.2	Schizoafektivní poruchy	11
2.3	Běžné nesnáze mateřství s těžkým duševním onemocněním	11
2.3.1	Těhotenství	11
2.3.1.1	Antipsychotická medikace v průběhu těhotenství.....	12
2.3.2	Poporodní období	12
2.3.3	Rodičovství.....	13
3	Výzkumná část	15
3.1	Výzkumný cíl a výzkumné otázky.....	15
3.2	Výzkumná metoda	15
3.2.1	Interpretativní fenomenologická analýza	15
3.2.2	Postup analýzy	16
3.3	Popis výzkumného vzorku.....	17
3.4	Výběr participantů	17
3.5	Scénář rozhovoru	17
3.6	Etické aspekty výzkumu	19
3.7	Reflexe vlastní zkušenosti s tématem a očekávání	19
3.8	Výsledky výzkumného šetření.....	21
3.8.1	Pavla.....	21
3.8.1.1	Bezpečí	21
3.8.1.2	Dekompenzace	24
3.8.1.3	Tohle tady hrozně chybí	26
3.8.1.4	Mít na koho se obrátit.....	27
3.8.2	Marie	29
3.8.2.1	Akorát ty ataky	29
3.8.2.2	Podporu jsem měla u kamarádů	32
3.8.2.3	Nejhorší období v životě	33
3.8.2.4	Laskavější výchova.....	34
3.8.2.5	Poselství	36
3.8.3	Monika	37

3.8.3.1	Manipulace a domácí násilí.....	37
3.8.3.2	Stres	39
3.8.3.3	Kde jsou moje děti?.....	40
3.8.3.4	Dál od toho jsem silnější	41
3.8.4	Andrea.....	43
3.8.4.1	Pod tlakem	43
3.8.4.2	Mě ta diagnóza neomezuje	45
3.8.4.3	Stínová tchyně.....	46
3.8.4.4	Amálka.....	47
3.8.4.5	Večerní chvílky psychologie.....	48
3.8.4.6	Spoustu milujících lidí	49
3.8.4.7	Peklo v hlavě.....	50
3.9	Analýza společných témat	51
3.9.1	Nespokojenost s psychiatrickými službami.....	51
3.9.2	V podstatě normální život.....	52
3.9.3	Sebevědomí ohledně výchovy	52
3.9.4	Významný vliv okolí.....	52
4	Diskuze	54
5	Závěr.....	55

1 Úvod

Když jsem si toto téma vybíral, věděl jsem, že jdu do oblasti, která není moc prozkoumaná. O schizofrenii jako takové se píše poměrně hodně, avšak ohledně mateřství schizofreniček moc článků neexistuje. I to je jeden z důvodů, proč jsem se rozhodl o něm psát. Schizofrenie mi vždy přišla jako zajímavá diagnóza, která má hodně co nabídnout, co se týče témat, které se v životech nemocných objevují.

Když jsem četl práce a výzkumy ohledně psychotických matek, soustředily se v nich autoři spíše na negativní hlediska poruchy, a to i ve vztahu k mateřství, kterých dokázali najít opravdu mnoho. Na základě těchto článků by si člověk skoro mohl říci, zda není šílenství vychovávat dítě s takovou diagnózou a komplikacemi, které se s ní pojí. To mě ještě více navnadilo k tomu, abych téma opravdu pořádně prozkoumal a zjistil, jestli to tak opravdu je. Chtěl jsem proniknout do živé zkušenosti matek s psychotickými poruchami, abych měl o tomto tématu udělaný co nejlepší a nejpřesnější obrázek. Bylo by také vhodné udělat podobné výzkumy z pohledu dětí nebo třeba i partnerů, aby si na základě nich mohl člověk vytvořit ucelenější obraz o celém tématu výchovy dětí matkami se psychotickou poruchou.

Cílem výzkumné části je proniknout do žité zkušenosti psychotických matek prostřednictvím hloubkových rozhovorů a snažit se jim co nejlépe porozumět za pomoci Interpretativní fenomenologické analýzy, která se mi zdála jako nejvhodnější způsob analýzy dat, jelikož se zaměřuje na žitou zkušenost jednotlivce a její následnou interpretaci. Hlavní výzkumné otázky se týkají toho, jak se matky s psychotickou poruchou vztahují ke svým dětem, jak vnímají sami sebe jako matky a jak vnímají, že je jejich porucha v mateřství, ale i v životě ovlivňuje.

V teoretické části se věnuji nejdříve schizofrenii a schizoafektivní poruše, a to z hlediska toho, jak jedince taková nemoc ovlivňuje a jaké jsou její druhy a příznaky. Ve druhé polovině teoretické části se věnuji běžným problémům mateřství se schizofrenií či jinými psychotickými poruchami či těžkými psychickými onemocněními. A to zejména co se týče těhotenství, rodičovství a rizik spojených s poruchou.

2 Teoretická část

2.1 Schizofrenie

2.1.1 Typické příznaky

Schizofrenie se řadí mezi psychopatologické onemocnění a mezi její nejběžnější symptomy patří poruchy myšlení, pozornosti, vnímání a vyjadřování emocí. V oblasti myšlení často dochází k narušení zejména procesu a obsahu myšlení. Typické je například vytváření nových asociací, které dávají smysl pouze nemocnému. Poruchy myšlení u schizofrenie mají patrně původ v potížích při zaměřování pozornosti a filtrování nepodstatných podnětů (Nolen-Hoeksema, Frederickson, Loftus, Wagenaar, 2012).

Poruchy v oblasti obsahu myšlení se projevují často v podobě bludů, tedy mylných představ o skutečnosti. Takovým prototypickým bludem u této poruchy bývá přesvědčení, že člověku někdo cizí vkládá do hlavy myšlenky. Schizofrenikům typicky chybí náhled na změny v jejich myšlení, či na jejich příčinu, a proto jim k uvědomění, že se jedná o poruchu, musí často dopomoci jejich okolí. Bludy mohou mít více druhů, ale nejčastěji se jedná o perzekuční bludy, kdy má nemocný dojem, že je v ohrožení, nebo že je obětí nějakého spiknutí. Ne tak časté, ale stále poměrně běžné jsou velikášské bludy, kdy je nemocný přesvědčený o své nadřazenosti či výjimečnosti. Poslední ze základních druhů bludů jsou paranoidní bludy, které také nejsou nijak neobvyklé a jedinec má většinou iracionální strach, že ho někdo sleduje, pozoruje nebo pronásleduje. Obsah bludů se však u každého nemocného velmi různí a nemusí ani zapadat do typických kategorií. Tateyama, Asai, Hashimoto, Bartels a Kasper tvrdí, že se obsah bludů může lišit i napříč různými kulturami (1998, cituji podle Nolen-Hoeksema et al., 2012, s. 651).

Charakteristické pro schizofrenii jsou také poruchy vnímání. Lidé prožívající akutní epizody schizofrenie často uvádějí, že svět se jim najednou zdá jiný (zvuky jsou hlasitější, barvy výraznější), nebo mají pocit, že se změnilo jejich tělo například, že se mají delší či kratší končetiny, nebo že se jim změnilo umístění očí na obličeji (Nolen-Hoeksema et al., 2012). Vnímání může být narušeno až natolik, že dojde k vzniku halucinací, které se projevují vznikem smyslových prožitků, které nejsou založeny na příslušných vnějších podnětech a zpravidla je vnímá pouze daný jedinec, který je nezvratně přesvědčen o jejich pravosti. Nejčastější formou halucinací jsou halucinace sluchové, které se nejběžněji projevují v podobě

hlasů. Méně časté jsou pak vizuální halucinace, kdy jedinec vidí předměty, či osoby, které reálně neexistují.

Typické také bývají poruchy emocí, které se projevují zejména emočními reakcemi nepřiměřenými situacím. Například se jedinec může usmívat, když se dozví smutnou zprávu, nebo může být lhostejný k vážné situaci. Jelikož jsou emoční procesy úzce spojené s kognitivními, není nijak překvapivé, že poruchy myšlení a vnímání doprovázejí i poruchy emocí (Nolen-Hoeksema et al., 2012).

Jeden z dalších hlavních aspektů schizofrenie je snížená schopnost fungovat v každodenním životě. U dospívajících můžeme často pozorovat zhoršení školního prospěchu, u dospělých zase zhoršení až úplné zanedbávání pracovního výkonu. Typický je také snížený zájem o hygienu a péči o sebe samého nebo zhoršení sociálních schopností a cílené vyhledávání samoty a izolace.

Druhy, četnost a intenzita příznaků se však u každého nemocného liší. Orel (2012) označuje schizofrenii jako „nemoc sta tváří“, čímž myslí, že co sto nemocných se schizofrenií, to sto různých obrazů téže nemoci.

2.1.2 Průběh

Průběh se stejně jako příznaky může napříč nemocnými velmi lišit. Onemocnění se může projevit velmi brzo s velmi silným nástupem, nebo se také může projevit až ve střední dospělosti jednou slabší atakou, která se později již nezopakuje. Orel (2012) dělí průběh schizofrenie do třech období a to premorbidního, prodromálního a období první psychotické epizody. V premorbidním období a prodromálním období se však nevyskytují žádné specifické příznaky, jen v prodromální se mohou někdy objevit příznaky jako hloubavost, samotářství či vztahovačnost.

Propuknutí nemoci však značí až první psychotická ataka, při které zpravidla dochází k výraznému zhoršení pozitivních i negativních symptomů a charakteristická je ztráta schopnosti rozlišit, co je realita a co je pouze produkt fantazie jedince. Pro zmírnění příznaků při schizofrenické atace je většinou nutná hospitalizace, kde jedinec dostane antipsychotickou medikaci a účastní se ozdravného procesu, který se týká zejména návratu do reálného světa a přípravy na postupné navrácení do běžného života. V dalším období může buď dojít k úplnému uzdravení, nebo se příznaky opět projeví v dalších atakách (Orel, 2012). To, jestli se ataky znovu objeví závisí na tom, jak je onemocnění závažné, jak brzo se začalo léčit, zda je správně

nastavená medikace a zda ji jedinec poctivě pravidelně užívá. Dále výskyt dalších atak záleží na psychické zátěži jedince, na užívání či neužívání psychoaktivních látek a na působení okolního prostředí.

2.2 Schizoafektivní poruchy

Schizoafektivní poruchy jsou epizodické poruchy, ve kterých se kombinují příznaky schizofrenie a patologické změny nálad. Většinou se jedná buď o manický, depresivní, či smíšený typ. Manický typ je charakteristický patologicky zvýšenou tedy manickou náladou, depresivní typ naopak patologicky sníženou tedy depresivní náladou a ve smíšeném typu se mohou vyskytovat jak manické, tak depresivní nálady. Orel (2012) poukazuje na to, že schizoafektivní poruchy mívají zpravidla příznivější prognózu než klasická schizofrenie, také z důvodu toho, že emoční oploštělost typická pro schizofrenii se poměrně obtížně léčí, kdežto při schizoafektivních poruchách je tato emoční oploštělost zastíněna emočním nábojem poruchy.

2.3 Běžné nesnáze mateřství s těžkým duševním onemocněním

Na mateřství schizofrenických žen, či žen s jiným duševním či psychotickým onemocněním existuje jen velmi málo článků a výzkumů. Několik málo studií však existuje a díky nim můžeme vidět, že schizofrenie i jiná těžká duševní onemocnění mohou ovlivňovat mateřství hned v několika rovinách. Je však třeba podotknout, že studie pracují s britskou a americkou populací, tudíž v České republice by se mohly výsledky lišit, a to zejména z důvodu rozdílné kvality zdravotních a sociálních služeb.

2.3.1 Těhotenství

Co se týče změn psychického zdraví v průběhu těhotenství, tak McNeil, Kaij a Malmquist-Larsson (1984) provedli výzkum na těhotenství žen s neorganickým psychotickým onemocněním, ve kterém mimo jiné zjistili, že oproti kontrolní skupině, kde většina participantek nezaznamenala změny v psychickém zdraví, zaznamenala většina (59 %) participantek v experimentální skupině zhoršení psychického zdraví.

Poruchy ve vnímání a myšlení mohou zapříčinit to, že žena trpící schizofrenií přijde na to, že je těhotná později, než tomu běžně bývá u psychicky zdravých žen a také si kvůli tomu může špatně vyložit somatické změny související s těhotenstvím včetně nerozpoznání

porodních bolestí, což může vést k pokusům o předčasný porod. (Stewart, 1984; Muqtadir et al., 1986; Spielvogel and Wile, 1986; Miller, 1993; cituji podle Miller, 1997).

V souvislosti s přenosem schizofrenie na potomky většina dat ukazuje, že se schizofrenie rozvine u 10 – 15 % dětí rodiče se schizofrenií (Walker & Emory; Silverman, 1989) a u 50 % nějaký jiný typ psychiatrické poruchy (Silverman, 1989).

2.3.1.1 Antipsychotická medikace v průběhu těhotenství

Casiano a Hawkins (1987) v jedné ze svých studií poukazují na to, že mnohým ženám těhotenství znesnadňuje užívání antipsychotické medikace. To zejména z důvodu obav ohledně potenciačního vlivu medikace na plod, a to buď z iniciativy samotné těhotné ženy, její rodiny, nebo jejího lékaře a tyto obavy mohou vyústit až k úplnému přerušení farmakoterapie v průběhu těhotenství (Casiano & Hawkins, 1987). Casiano a Hawkins (1987) také tvrdí, že se předpokládá, že u 65 % žen se schizofrenií, které nedodrží medikaci, dojde v průběhu těhotenství k relapsu.

Akutní psychóza v těhotenství však může nadělat mnoho škod. Podle Millera (1997) může pravděpodobně nepříznivě ovlivnit výživu, péči o sebe, prenatální péči a úroveň stresu, také může vést k dalším rizikům jako je násilí, sebevražda a pokusy o předčasný porod. Přerušení farmakoterapie v průběhu těhotenství však může negativně ovlivnit celoživotní průběh léčby schizofrenie z důvodu toho, že větší konzistence v antipsychotické léčbě vede k významně většímu zlepšení v delší časové ose (Szymanski, Cannon. Gallacher, Erwin & Hur, 1996).

2.3.2 Poporodní období

Poporodní období se zdá být velmi rizikové ve vztahu ke zhoršení schizofrenických symptomů. McNeil (1987) zjistil, že 24 % žen diagnostikovaných se schizofrenií přešlo do akutního stádia psychózy v rozmezí šesti měsíců po porodu.

V poporodním období však mohou vzniknout poměrně závažné problémy ve vztahu k léčbě. Například hospitalizace znamená v drtivé většině případů oddělení od dítěte, což matky může motivovat k tomu, aby ji co nejdéle odkládaly, i když ji zrovna opravdu potřebují. Další z důvodů, který matky se schizofrenií někdy dožene k tomu, aby se vyhnuly hospitalizaci, je strach ze ztráty opatrovnictví (Miller, 1997). Myslím si však, že to se týká spíš matek samoživitelek, které nemají nikoho, kdo by byl ochoten se o dítě v případě hospitalizace postarat.

Některé ženy může po porodu velmi znepokojovat nárůst váhy, což může vyústit v to, že přestanou brát medikaci, která k nárůstu váhy přispívá. Některé ženy zase vysadí antipsychotika z toho důvodu, že i relativně malé množství sedativ v mateřském mléce může mít sedativní efekt také na kojence (Stewart & Robinson, 1993).

2.3.3 Rodičovství

Rodičovství představuje pro schizofreniky velkou výzvu ať už kvůli nemoci samotné, nebo kvůli socioekonomickým problémům, které se s ní často pojí. Schizofrenie často snižuje schopnosti v oblasti neverbální komunikace (Montgomery, Tompkins, Forchuk & French, 2006). Mezi tyto schopnosti patří rozeznávání neverbálních vodítek, čtení obličejové mimiky a orientace v sociálních situacích (Corrigan & Green, 1993).

Matky se schizofrenií také mohou narazit na úskalí toho, že se jim nemusí dostat potřebné podpory z okolí, což souvisí se vztahem schizofrenie k vytváření a udržování sociálních kontaktů. Lidé se schizofrenií, mají totiž jako skupina tendenci k tomu mít menší síť sociálních vztahů, než lidé kteří jsou psychicky zdraví nebo lidé s poruchami nálady (Flaherty and Greiner, 1991). V porovnání s kontrolní skupinou (psychicky zdraví jedinci), jsou schizofrenické matky mnohem častěji v době narození dítěte svobodné, anebo žijí sami v jedné domácnosti (McNeil, Kaij & Malmquist-Larsson, 1983).

Na otázku, co je lepší, zda aby dítě zůstalo s matkou, či aby od ní bylo separované, přináší odpověď studie Walkerové a Emoryho z roku 1983. Výsledky studie ukazují, že míra vystavení dítěte rodiči se schizofrenií koreluje s mírou špatného přizpůsobení v pozdějším životě (Walker & Emory, 1983). Na druhou stranu separace od schizofrenické matky v dětství způsobuje větší výskyt psychiatrických symptomů v dospívání a rané dospělosti (Walker & Emory, 1983). Otázka, jaká možnost je pro dítě objektivně nejprospěšnější zůstává tedy nezodpovězena. Podle mého názoru, pokud je matka milující a psychotické ataky se jí často neopakují, tak je pro dítě pravděpodobně lepší, když zůstane s matkou, zvláště pokud by jinak bylo odkázáno na ústavní péči. Nenašel jsem však žádný zdroj, v němž bych si své tvrzení mohl ověřit.

I přestože existuje mnoho studií, jež dokládají negativní vztah mezi psychickým onemocněním matky a well-beingem jejich dětí, zdůrazňování těchto nálezů je třeba interpretovat s opatrností (Mowbray, Oyserman, Bybee & MacFarlane, 2002). Z dostupných výzkumů totiž nemůžeme vyvozovat jakékoliv definitivní kauzální vztahy, protože nemůžeme

přesně vědět do jaké míry okolnosti nemoci predikují problémy v dětství (Montgomery et al. 2006).

Také si myslím, že je potřeba podotknout, že i přestože závažná psychická onemocnění většinou zasahují do schopnosti být dobrou matkou, starání se o potřeby svých dětí má pro matky se závažným psychickým onemocněním velký význam (Miller & Finnerty 1996, Mowbray et al. 1998, Nicholson & Biebel 2002, cituji podle Montgomery et al., 2006).

3 Výzkumná část

3.1 Výzkumný cíl a výzkumné otázky

Praktická část této bakalářské práce se zabývá zkoumáním matek, které byly diagnostikovány schizoafektivní či jinou psychotickou poruchou. Cílem mého výzkumu je co nejlépe porozumět jejich prožívané zkušenosti, a to zejména zkušenostem spojeným s mateřstvím.

Hlavními výzkumnými otázkami byly:

Jak se matky trpící psychotickou poruchou vztahují ke svým dětem?

Jak psychotické matky nahlízejí na mateřství?

Jak psychotické matky vnímají samy sebe jako rodiče?

Jak matky s psychotickým onemocněním vnímají vliv jejich poruchy na průběh mateřství?

3.2 Výzkumná metoda

Vzhledem k tomu, že jsem se svou prací rozhodl založit na kvalitativním výzkumu, jehož cílem bylo zachytit žitou zkušenost participantů, přišla mi jako nejvhodnější metoda Interpretativní fenomenologická analýza (dále jen IPA). Výzkum podle IPA by se měl zaměřovat na hluboké zkoumání žité zkušenosti a na to, jak lidé tuto zkušenost chápou (Smith & Shinebourne, 2012).

3.2.1 Interpretativní fenomenologická analýza

IPA představuje poměrně nový přístup ke kvalitativnímu výzkumu v oblasti psychologie. Zaměřuje se především na žitou zkušenost, čemuž napovídá i samotný název. Vychází totiž právě z fenomenologie, která se úzce zaměřuje na prožívání jednotlivce a na to, jak jednotlivec toto prožívání sám interpretuje. Kromě fenomenologie má však IPA další dva základní teoretické stavební kameny a to hermeneutiku, což je vědecká metoda, která se zabývá porozuměním a následné interpretaci textu a idiografický přístup, což je přístup zaměřující se na jedinečnost každého člověka. Hlavním záměrem IPA je zachytit žitou zkušenost a to, co pro jedince taková zkušenost znamená. Pracuje ovšem i s faktem, že zkušenost nemůže být telepaticky přenášena z mysli do mysli, a právě proto je její součástí i hermeneutika (Smith & Shinebourne, 2012). To, v čem IPA zvláště vyniká, je její idiografický přístup. Většina

výzkumů je totiž založena na metodách nomotetických a snaží se dělat závěry zaměřené na určitou skupinu lidí či celou populaci, zato hlavním cílem IPA je právě žitá zkušenost jednotlivce.

Vzhledem k povaze IPA si výzkumná osoba či osoby vybírají respondenty účelově, na základě určitých kritérií, protože jen tak si mohou vybrat takové respondenty, kteří jim umožní nahlédnout do zkoumané problematiky (Smith & Shinebourne, 2012). Nejčastěji se IPA používá na studie s malým výzkumným vzorkem, zejména kvůli komplikované analýze a velké časové náročnosti. Ve studiích založených na IPA se ke sběru dat používají povětšinou polostrukturované hloubkové rozhovory. Výhoda polostrukturovaných rozhovorů je ta, že umožňují výzkumníkovi zabývat se tématy, které původně neměl v plánu probírat a respondent zase není striktně omezen dopředu vymyšlenými otázkami a může se tak volně rozmluvit.

3.2.2 Postup analýzy

Postup analýzy, který jsem se rozhodl pro tuto práci použít, se zakládá na doporučeních od Koutné Kostíkové a Čermáka (2013). Ti rozdělují postup do několika fází:

0. Fáze se zakládá na reflexi výzkumníka ohledně porozumění danému tématu. Měla by zajistit to, aby byl výzkumník seznámen s daným tématem a věděl, na co se při výzkumu zaměřit.
1. Fáze představuje čtení a opakované čtení přepisů rozhovoru, což má výzkumníkovi pomoci co nejvíce porozumět výpovědi respondenta. Je také možné opakovaně poslouchat záznam rozhovoru. V případě méj analýzy jsem, jak opakovaně poslouchal nahrávky, tak opakovaně četl přepisy.
2. Fáze by měla sloužit k vytvoření počátečních poznámek a komentářů. Já osobně jsem pracoval s vytisknutými přepisy, kde jsem zvýrazňoval a podtrhával to, co mi přišlo důležité.
3. Fáze se zabývá rozvíjením vznikajících témat. V této fázi se výzkumník snaží přetransformovat své poznámky a postřehy do určitých témat. Témata jsem vytvářel tak, že jsem si to, co mi přišlo nejdůležitější, psal do různých hesel, které jsem si zapisoval vedle na samostatný papír.
4. Fáze spočívá v hledání souvislostí napříč tématy. Což znamená, že se výzkumník snaží zredukovat témata, která se mu v textu objevila, na několik hlavních témat, ze kterých

pak může vytvořit samostatné kapitoly. Sám jsem pracoval s podtématy napsanými na malých papírových obdélníčcích a ty jsem pak řadil k sobě a ze souvislostí jsem vytvářel hlavní témata.

5. Fáze je analýza dalšího případu. Ve všech případech jsem používal takřka stejný postup pouze s minimálními odchylkami.
6. Fáze je o hledání vzorců napříč případy. V této fázi se výzkumník snaží najít souvislosti mezi jednotlivými analýzami a najít v nich společná témata či naopak odlišnosti. Už při psaní jednotlivých analýz mě napadala společná témata, takže většinou společných témat jsem si byl jistý ještě před začátkem 6. fáze.

3.3 Popis výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek této studie tvoří čtyři ženy, matky s diagnostikovanou psychotickou poruchou ve věkovém rozmezí od 35 do 55 let.

3.4 Výběr participantů

Z toho důvodu, že metoda analýzy, kterou jsem použil, je ideální pro práci s výzkumy s malým výzkumným vzorkem, jsem se rozhodl pro vzorek skládající se ze čtyř respondentek.

Základní podmínkou bylo, aby tyto ženy byly zároveň matky, ale aby také měly zkušenost s mateřstvím, což znamená, že matky, které své dítě neopatrují, nemohou být součástí výzkumného vzorku. Další původní podmínkou byla diagnostikovaná schizofrenie. Ovšem z důvodu toho, že se mi ani po usilovném hledání nepodařilo najít ani jedinou matku diagnostikovanou se schizofrenií, rozhodl jsem se vzorek rozšířit na všechny psychotické poruchy. Nakonec tedy vzorek tvoří tři ženy se schizoafektivní poruchou a jedna s neorganickou psychotickou poruchou.

3.5 Scénář rozhovoru

Jak už jsem psal výše, tak ve výzkumech používajících IPA se nejčastěji používá ke sběru dat polostrukturovaný rozhovor. Díky němu člověk může hlouběji zabíhat do témat, či hovořit o tématech úplně nových, vzniklých až v průběhu rozhovoru.

Scénář rozhovoru jsem vytvářel na základě teoretických podkladů, které jsem si před započítím výzkumné fáze nastudoval. Dále jsem scénář konzultoval s vedoucí mojí bakalářské

práce a podle jejích rad a dalšího zamyšlení se nad tématem a podstatou analýzy, jsem pak scénář následně upravil do finální podoby.

Rozhovory probíhaly v různých prostředích za různých podmínek. Původně byl můj plán takový, že všechny rozhovory proběhnou z očí do očí. Tři z rozhovorů opravdu z očí do očí proběhly. Jeden rozhovor se však uskutečnil přes online platformu Microsoft Teams, bez kamery, pouze hlasově, jelikož respondentka se necítila komfortně vést rozhovor o takovém tématu s cizím člověkem naživo. Všechny rozhovory jsem nahrával a následně doslovně přepsal. Všechna použitá jména jsem změnil, abych dodržel anonymní aspekt výzkumu.

Snažil jsem se vždy respondentky ještě před rozhovorem seznámit s cílem a podstatou výzkumu a informovat je, že informace zveřejněné ve výzkumu budou mít anonymní podobu a že kdyby o čemkoliv nechtěly mluvit, tak o tom určitě mluvit nemusí. Mým cílem bylo vytvořit takové podmínky, aby se respondentky co nejvíce rozovídaly a abych vytvořil bezpečné a důvěrné prostředí.

Výsledný scénář rozhovoru byl následující:

- 1) Kdy jste zjistil/a, že trpíte psychotickým onemocněním?
- 2) Jak? Při jaké příležitosti?
- 3) Jak zvládáte život s takovým onemocněním?
- 4) Bylo těžké najít si partnera i přes onemocnění? Jak to partner/ři přijímal/i?
- 5) Bylo těhotenství plánované?
- 6) Jak náročné bylo těhotenství?
- 7) Jak vnímáte sama sebe jako rodiče?
- 8) Jak vnímáte vztah se svým dítětem?
- 9) Jak vnímáte, že Vás Vaše dítě bere/vnímá?
- 10) Jak vnímáte dopívání a vývoj svého dítěte?
- 11) Pomáhal Vám někdo při zakládání rodiny a následně při rodičovství?
- 12) Partner, příbuzní, širší rodina, přátelé, nějaké instituce...
- 13) Jak si myslíte, že Vaše nemoc působí na Vaše dítě/děti?

- 14) Ví Vaše dítě/děti o Vašem onemocnění a jestli ano, mluvíte o tom spolu?
- 15) Hrozilo Vám, že Vám Vaše dítě odeberou? Jestli ano, jak jste to vnímala?
- 16) Jak jste vnímala podporu psychiatrických služeb ve Vašem těhotenství a mateřství?
- 17) Je něco, co byste chtěla dodat?

3.6 Etické aspekty výzkumu

Všechny údaje získané z rozhovorů jsou zveřejňovány v anonymní formě a všechna jména vyskytující se v rozhovorech byla změněna. Každý z respondentů podepsal informovaný souhlas, který jde nalézt v příloze. Pouze respondentce, kterou jsem neměl možnost potkat naživo, byly informace obsažené v souhlasu prezentovány slovně, s čímž sama souhlasila a následně na to, jsem s ní uzavřel pouze ústní dohodu. Každá z respondentek tedy věděla, že se výzkumu účastní dobrovolně, že bude zachována jejich anonymita a že mohou z výzkumu kdykoliv odstoupit.

3.7 Reflexe vlastní zkušenosti s tématem a očekávání

Vlastní zkušenost s tématem byla něco, co mě při psaní této práci podle mého názoru nejvíce omezovalo. Jelikož jsem mužského pohlaví a nemám vlastní děti, ani zkušenosti s jejich výchovou, až na občasnou práci s dospívajícími, tak mi hned ze začátku bylo jasné, že vžít se do zkušenosti matky bude opravdu oříšek. S čím jsem také před psaním této práce neměl žádnou zkušenost, byli lidé s psychotickou poruchou. Nebyl jsem zvyklý s nimi mluvit, ani jsem nebyl seznámen s tím, jak funguje člověk s takovou poruchou v běžném životě. Něco málo jsem se naučil ve škole, což mi dalo opravdu jen matný obraz o životě s těmito poruchami a něco více jsem se naučil z odborných článků, které se, jak jsem však později zjistil, také občas mýjí s realitou.

Téma mi však přišlo velmi zajímavé, zejména z hlediska toho, že není úplně obvyklé a zkoumá poměrně málo prozkoumanou oblast. Chtěl jsem psát o něčem, co mě jako téma bude bavit a zároveň jsem nechtěl psát o tématu, o němž se často píše. I když uvažuji strážlivě a vím, že mojí bakalářskou práci pravděpodobně nepřečte mnoho lidí, chtěl jsem práci psát s pocitem, že zjišťuji a dozvídám se něco nového a že ji nepíši jen proto, abych dostal bakalářský titul. Schizofrenie i psychotické poruchy patří k jedněm z nejkomplicovanějších a nejobtížnějších

léčitelných poruch a stále toho o nich podle mého názoru víme jen opravdu málo. I proto, mi toto téma přišlo vhodné pro bakalářskou práci.

Kvůli tomu, že jsem vstupoval do poměrně neprobádané oblasti, jsem si nebyl úplně jistý, co vlastně od tématu čekat a co za témata se mi v práci objeví. Očekávání jsem proto neměl úplně mnoho a byl jsem spíše zvědavý na to, jaká témata respondentky přinesou.

3.8 Výsledky výzkumného šetření

3.8.1 Pavla

Pavla je matka samoživitelka a již od svých jednadvaceti let trpí neorganickou psychotickou poruchou, která se prvně projevila poměrně intenzivní atakou, a i přes medikaci jí stále zasahuje do života, i když už jen ve formě větších či menších dekompenzací.

„...prostě začla sem se uzavírat do sebe, začla jsem se vyhýbat okolí, pak prostě sem přestala spát a vůbec jsem ztrácela pojem o nějakým režimu vůbec. No a potom vlastně to přešlo až do nějakýho psychotickýho stavu, když jsem měla zrakový a sluchový halucinace ani nevím jako a pak jsem z toho lesa nějak jako...“

„Jojo já občas jako mám nějaký potíže psychotický, nicméně tím, že se sebou umím dobře pracovat tak víceméně se to týká spíš takových výkyvů nálady a tak, jako někdy jdu do nějakýho paranoidního stavu, ale jako hodně si uvědomuju, že se to děje, takže to není jako že bych tady někde lítala a nevěděla, co se děje.“

Je jí něco přes čtyřicet let a sama vychovává jedenáctiletou dceru Lenku a do toho se ještě stará o vlastní matku. S exmanželem se rozvedli krátce po narození jejich prvního a jediného dítěte a od té doby vychovává Pavla Lenku sama. Vnímám, že se velmi dobře vyzná ve své poruše a v tom, jak jí bezpečně zvládat. Má tu výhodu, že zná psychologii a psychiatrii z více úhlů a to jak z pohledu klientky, tak z i perspektivy pracovnice. Pracuje totiž jako zdravotní sestra v psychiatrické léčebně a také jako terapeutka na centru krizové intervence, takže pracování s lidmi jí podobnými je pro ni běžná náplň práce a v rozhovoru je znát, že se opravdu vyzná. Působí na mě dojmem velmi silné ženy, která i přes spoustu velmi těžkých životních překážek sama úspěšně vychovává svojí dceru, pracuje a ještě pomáhá ostatním, za což má můj velký obdiv.

3.8.1.1 Bezpečí

Jedno z hlavních témat, o kterých Pavla v rozhovoru mluvila, bylo bezpečí. A to bezpečí, jak pro její dceru, tak pro ni samotnou. Bezpečí své dcery však klade neustále na první místo a bylo vidět, že jí na tom velmi záleží. O bezpečí hovořila především z hlediska toho, jak a čím by mohla narušit bezpečí své dcery ve vztahu ke svojí poruše. Hovořila například o tom, jak přistupuje k tomu, kdy a jakým způsobem s Lenkou o svojí poruše mluvit. Poukazuje na to, že nejsou žádné návody na to, jak informovat svoje dítě o svojí nemoci a že se s tím chtě

nechtě musí vypořádat tak, jak nejlépe dokáže. Zde vnímám velmi silnou obavu ze strany Pavly, jak to vlastně své dceři vysvětlit a jako zajistit, aby jí to co nejméně zmátlo, či ublížilo, jednoduše, aby to pro ni bylo co nejvíce bezpečné.

„Mluvíme o tom samozřejmě, já o tom mluvím přiměřeně věku, takže, takže, prostě, tak aby to pro ni nějak bylo bezpečný a zároveň se netvářím, že to jako není.“

„...tak to víte, on to člověk nikdy nevymyslí tak, aby jako aby věděl, že je to dostatečně bezpečný vůči tomu dítěti, protože to je dost podstatný a oni na to ty návody moc nejsou, nebo vůbec teda, bohužel vůbec.“

Lence se však nikdy s nemocí netajila. Lenka vždy věděla o tom, že její matka chodí k nějakému doktorovi P. a k paní M (Pavlině terapeutce) a její matka se mi svěřila, že už se začíná zajímat, co to s ní vlastně je. Pro Pavlu je ale velmi důležité, aby si o tom s dcerou popovídala sama, jelikož je její matka a chce dát své dceři co největší pocit bezpečí právě i tím, že jí to všechno poví sama, ale přiměřeně k věku. Podle mého názoru lze i zde pozorovat to, jak možná až úzkostně chce Pavla uchránit bezpečí svojí dcery, protože to chce být právě ona, kdo jí sdělí informace o svojí poruše, jelikož tak bude mít kontrolu nad tím, aby vše proběhlo tak moc bezpečně, jak sama zamýšlí a aby nedošlo k nějakému zmatení či nedorozumění.

„...tak je strašně důležitý, abych s ní o tom mluvila já, protože, jsem její máma a u mě nějak potřebuje mít pocit bezpečí...“

Pavla našla v telefonu text, ve kterém psala svojí terapeutce o tom, jak se své dceři snažila vysvětlit, či spíše načrtnout, co vlastně ta její nemoc obnáší:

„...tak říkám že, vždyť přece víš, že chodím k paní M. a pánovi P., mluvíme o tom spolu..., někdy mám prostě moc smutný nálady, někdy moc veselý, někdy slyším, co nikdo neříká, protože tam není, ale já to někdy nevím, nebo si nejsem jistá, že tam nikdo není, někdy se něčeho, někoho bojím, ale nemusím se ho bát, ale nejsem schopná ten strach rozpoznat, znáš to, jako když jdeš ve tmě a vidíš před sebou svůj stín, víš, že to tvůj stín není, ale přesto se otočíš a ujistíš, se že za tebou nikdo nejde, tak to je podobný...“

Z toho, co Pavla říká, mám dojem, že své dceři to bezpečné prostředí opravdu poskytuje, protože popisuje, že Lenka na toto sdělení zareagovala následovně:

„Jo tohle, tak když jsem třeba řekla tohle, tak jako dostala záchvat smíchu a řekla, že miluje moje veselý nálady...“

Toho, jak moc Pavle záleží na Lenčině bezpečí, si všímám i z hlediska toho, jak pečlivě všechno plánuje. Už samotné těhotenství obnášelo nelehká rozhodnutí, jako vysazení medikaci a plán toho, jak by postupovala při případné dekompenzaci. Podle mého názoru vysazení medikace značí, jak velké oběti je Pavla ochotna podstoupit, aby co nejvíce zredukovala všechny možné negativní vlivy, které by potenciálně mohly ovlivnit její dceru. Vynechání medikaci totiž přirozeně zvyšuje riziko další ataky, přičemž těhotenství a porod bývají sami o sobě velmi náročné procesy.

„...to já jsem dokonce ani nebrala žádnou medikaci v době těhotenství...“

„...kdyby jako k nějaký dekompenzaci došlo, že bych absolvovala elektorkonvulze, protože je to vlastně z hlediska prostě těch dětí v tom těhotenství jako nejbezpečnější vlastně metoda. Mně to teda nevím jestli o tom vědí všechno, protože jsem u toho mockrát asistovala, tak mi to úplně bezpečný nepřijde.“

Pro elektorkonvulze v případě nouze se rozhodla, protože nevěří antipsychotikům natolik, aby je brala v těhotenství, zejména z toho důvodu, jak málo o nich víme. Pozastavení antipsychotické medikace v době těhotenství je zcela běžné a názory na toto téma se poměrně různí. Zde je úryvek, ve kterém o tomto tématu hovořila:

„...když oni tvrděj, protože ona ta věda je vlastně docela mladá, ono to nějak 60, 70 let, kdy vlastně vzniklo nějaký první antipsychotikum, takže ono z hlediska doby je to vlastně ještě málo...“

Myslím si, že i v běžném životě psychicky zdravého člověka přichází s dítětem nesčetně nových povinností, zodpovědností a věcí, které člověk musí řešit a na které se musí připravit a které musí dítěti přizpůsobit, pokud chce být dobrým rodičem. Se schizofrenickou poruchou však přichází ještě další okolnosti, které musí člověk brát v úvahu, pokud chce dítěti vytvořit opravdu bezpečné prostředí a zázemí. Vnímám, že Pavla roli matky bere opravdu poctivě a dlouho přemýšlela, jestli si má dítě opravdu pořídit.

„Já jsem vlastně docela dlouho váhala, než jsem měla tu Lenku, protože bych nepřivedla prostě dítě do nějakých opakujících se atak, kdy jsem byla úplně mimo a doslova a dítě by mi tam běhalo s dudlíkem, tak to asi těžko.“

O tom, zda si má pořizovat dítě či ne se radila i se svým psychiatrem:

„Dokonce jsem to nejdřív konzultovala s profesorem, jestli si vlastně myslí, že je to vhodný a tak a on jako no jasně Pavlo, proč by ne a tak dálo proč by ne, ale prostě , že jsem to prostě nepodcenila.“

3.8.1.2 Dekompenzace

Další téma, o kterém Pavla hodně mluvila, je téma dekompenzace. I přes medikaci se Pavle totiž čas od času stane, že dojde k dekompenzaci, která ovlivňuje jak jí, tak i její dceru. To, jak taková dekompenzace vypadá popisuje Pavla následovně:

„...jsem nesoustředěná, mám poruchy myšlení, samozřejmě jsem unavená, protože mám víc medikace atakdale...“

Už má zkušenost, jak se s takovou dekompenzací vypořádat a většinu tvoří klidový režim.

„No helejte zvednou se prostě léky, ustupuju z tý každodenní zátěže do nějakýho odpočinku co nejvíc no, snažím se, já mám často problém i jako se spánkem, takže tam posiluju nějak ten spánek hodně aby prostě sem toho naspala co nejvíc, protože to mám zkušenost jako se sebou, že co nejvíc toho v tu chvíli naspim, tím rychlejc sem ready. Že většinou ten organismus je nějakým způsobem víc vyčerpanej a pak jako dochází k nějaký jako dekompenzaci a tak.“

Pokud se však Pavla dekompenzuje až do takového stavu, kdy cítí, že potřebuje odpočinek a kdy už má pocit, že by to mohlo nepříznivě ovlivňovat její dceru, pošle Lenku společně s babičkou na dva týdny ke své kamarádce, aby si mohla odpočinout a aby byla Lenka v co nejbezpečnějším prostředí.

„...kdy já jsem nějak jako věděla, že mám fakt dost a tak jsem dvakrát takhle poprosila tu kamarádku a prostě vzala si mámu i Lenku k sobě na hory a já jsem se prostě čtrnáct dní intenzivně léčila, pak přijely domů.“

Tuto dobu, kdy je Lenka pryč od matky u známé na prázdninách prý zvládá velmi dobře a nevypadá, že by to vnímala jako zatěžující, dokonce naopak. Myslím, že pro dítě to může být další zpestření života a být dva týdny v přírodě místo školního prostředí, potěší myslím každého školáka.

„...prostě ona to nevnímala nějak traumaticky, ona prostě jela na prázdniny s babičkou a tak no. Někoho koho od narození zná, takže.“

„Jo protože to bylo třeba to jak vám říkám ty dva tejdny, dvakrát, tak to já jsem i nějak vnímala, že není vhodný, aby byla v mé blízkosti, že to na mě fakt bylo vidět, že mi není dobře a takže i kdybych o tom nějak jako nemluvila, tak ona by stejně jako cejtla, že ty věci jsou jinak a měla strach.“

„Ono to bylo dva v jednom kdy já měla naprostej prostor pro sebe se rychle dát do kupy, protože když se nestaráte o ty ostatní tak jde všechno rychlejc nahoru. Jo a zadruhý jsem vlastně nechtěla, aby byla vystavená jenom nějaký nejistotě, co s tou mámou je, protože ona byla malá, jí bylo něco jako 3 a pak 7 nebo 6, jo takže prostě tomu dítěti nemůžete říct ve třech letech hele jako.. prostě by vám nerozumělo a vlastně tu nejistotu by si zachovalo a tu obavu.“

Podle mého názoru je toto velmi elegantní řešení, jak zvládnout takovou situaci. Matka si může odpočinout a pracovat na zlepšení svého stavu a dítě bude v přírodě se známými lidmi, které má rádo.

Pavla vnímá, že si musí dávat pozor, aby zbytečně moc nenamáhala, právě z toho důvodu, aby se jí nemoc nezhoršila a nedošlo k dekompenzaci, protože jak je známo, tak únava, stres a vyčerpání nepůsobí na psychické nemoci zrovna pozitivně.

„...já vlastně žiju úplně běžnej život, jo akorát prostě musím některý věci v tom životě přizpůsobovat tomu abych se zbytečně nepřetižila. Já třeba pracuju na směny, tak to pak musím jako hodně vyvážit vyvážit abych jako odpočívala po těch směnách dostatečně, což ne vždycky znáte to, jak to v životě chodí se jako podaří.“

Když se však Lenka vrátí z takových prázdnin s babičkou, tak však není všechno tak, jak to bylo, protože vrátit se zpátky do nějakého normálního stavu není záležitost na dva týdny. Z Pavli jsem hodně cítil to, že jí mrzí, že nemůže být v stavech dekompenzace a následné rekonvalescence stoprocentním rodičem. Napadá mě, že kdyby měla k sobě partnera, možná by zvládl vykrýt to, co v takovém stavu prostě nedokáže. Právě v tomto ohledu vnímám největší těžkost role matky samoživitelky s psychotickou poruchou, kterou Pavla zastává. V tom, že za ní nikdo nemůže zaskočit a starat se o dítě v jeho přirozeném prostředí, bez větších zásahů do jeho života. V tom, že se musí o dceru starat sama a nemá čas si pořádně oddychnout a načerpat síly, takže je odkázaná na to, snažit se dál normálně fungovat, dokud nedojde do stavu, kdy už cítí, že tak to dál nejde a musí použít krizové řešení.

„...jako když ona chce po mě vysvětlit matiku prostě nebo prostě, v tu chvíli nadlidskej úkol jo, zabere mi to spousta času, protože prostě to někde musím zpátky dostudovávat žejo a ta

soustředěnost je v hajzlu, takže prostě, jo jako všechno mi to trvá dvakrát třikrát tolik, takže někdy to takhle upustim a řeknu hele jak to napíšeš tak to napíšeš a kdyžtak se to potom doučíme, protože to je ta energie jak mozková tak fyzická je na polovině, jo to je prostě, takže když jste pak takhle sám zároveň pak nějak jako chodíte do práce protože samozřejmě ta dekompenzace ale i ta ataka ono to trvá nějakou dobu, která prostě přejde, ale ono to neznamená, že když se pak člověk vrátí do té práce, že je to všechno pryč... “

3.8.1.3 Tohle tady hrozně chybí

Bohužel pro Pavlu však neexistují podpůrná opatření a služby pro ženu v její situaci, která by potřebovala v časech dekompenzace pomoci se staráním se o dítě, aby měla více času a prostoru na to, dát se dohromady a nemusela by tak pravděpodobně dojít do stavu, kdy jí její chování přijde ohrožující pro její vlastní dceru. V souvislosti s tím vyjadřuje názor, jak by se mohly zlepšit psychiatrické služby, aby se jí i lidem v podobných situacích dostalo podpory, kterou potřebují.

„...to bylo úplně jednoduchý, za pár korun žejo kdyby někdo prostě ke mně přišel a pomoh ty Lence udělat úkoly, nebo mi něco uvařit, nebo prostě se s ní jít projít, doprovodit jí na kroužek, tohle tam strašně chybí... “

„...jo takže tohle tady hrozně chybí, hrozně, že by jako někdo po tu dobu s těma dětma byl v jejich domácím prostředí a šlo to nějak, jako třeba by se to mohlo platit jako sociální lůžko, nevím prostě jako to už je spíš technická záležitost, jako když prostě máme lůžka v cdzku, ale jako opačně, že by spaly doma žejo... “

Pavla vnímá, že taková služba by jí velmi pomohla, ale nejenom jí. Díky své praxi vidí, že by taková služba, kdy by sociální pracovník přišel za tou rodinou domů a pomáhal by s péčí o to dítě, byla nesmírně užitečná.

„...to by mi hrozně pomohlo, ale samozřejmě ne jenom mně... oni nemaj k dispozici ty lidi, aby se jim někdo o ty děti postaral, když do toho psychotickýho stavu dojdou, tak vlastně žejo jako si to představte, že jednou za rok, ale i třeba dvakrát ten člověk dostane ataku a to dítě pokaždý skončí s jinejma tetama, v jiným Klokánku, jo chcete prostě vlastně to dítě vychovávat úplně stejně v bezpečí jako ostatní rodiče jo a vy jim vlastně tím způsobujete trauma a nemůžete s tím nic dělat, jo takže často se ty lidi a to znám ted ze svý praxe jakoby vyhýbají ty hospitalizaci z tohodle důvodu, protože oni nechtěj dopustit aby jako nějak ty, protože ty děti se samozřejmě

pak o ty rodiče bojejí a nechápou to, že najednou mají bejt jinde a nemůžou chodit do svý školy atakdale...“

Myslím si, že taková služba by byla opravdu potřeba, protože tím, že tu u nás nic takového není, tak to ty děti poškozujes a přijde mi, že musí být nesmírně těžké se rozhodovat mezi tím, jestli zachránit sebe a nechat se hospitalizovat, nebo se do poslední chvíle starat o dítě, protože ho nechcete poslat do úplně cizího prostředí, mezi úplně cizí lidi, protože zvlášť malé děti to podle mého názoru vůbec nemůžou chápat.

3.8.1.4 Mít na koho se obrátit

Podle rozhovorů, které jsem udělal v rámci této bakalářské práce, mi přijde že rodina a lidi, které má člověk kolem sebe, hrají zásadní roli ve zvládnutí nemoci a přitěžují s ní spojených. Pavla plánovala, že bude dítě vychovávat ve dvou, se svým teď už exmanželem. Bohužel to však vůbec nedopadlo tak, jak si Pavla představovala a zjistila, že se na svého manžela nemůže spolehnout a že představuje ohrožení pro celou rodinu, proto se rozhodla vychovávat Lenku sama.

„...půl roku po narození Lenky jsme se rozvedli. Protože jsem zjistila, že manžel má velký dluhy a tak dále...“

„...ale problém byl, že on mi to neřek a byly to jako velký peníze, takže já jsem pak jako od něj odešla, protože jsme byli jako ve velkém ohrožení a já jsem nevěděla jak velkým, protože ani v tu chvíli mi vlastně neřikal pravdu, takže já jsem nevěděla, jestli dluží 5 milionů nebo 300 tisíc a tak prostě jsem to neriskovala...“

Pavli exmanžel má ještě závažné zdravotní problémy, což Pavla v poslední době poměrně hodně řeší a z toho, co jsem pozoroval, mi přijde, že jí to velmi trápí a že hledá způsob, jak celou situaci vyřešit a jak to všechno sdělit svojí dceři. Myslím si, že Pavla to dává za vinu právě svému exmanželovi a že jí opravdu mrzí, že se z něj nestal podporující manžel a otec a že vůči němu cítí určitou křivdu, že jí nechal v takové situaci a že ani o sebe se neumí postarat, aby pro vlastní dceru udělal alespoň to, že pro ní zůstane déle na živu. Vlastně mi ta situace připadá velmi podobná jako ta, když se s manželem rozvedli – on nadělal problémy, které musí zase Pavla sama řešit.

„...se to bohužel vyhrocuje i s exmanželem, což pro ní bude hodně těžký...“

„...ted' teda je tady bohužel takováhle velká situace blbá, kdy prostě dřív nebo později ten táta její umře a já jí s tím budu muset nějak konfrontovat, tak to bude těžký, takže ted'ka spíš přemejšlím o tomhle, protože on je těžkej diabetik a moc se o to nestaral a tak dále, takže ted'ka je ve vážným stavu na jipu a tak to je takový, to je to, co jsem si nepředstavovala no a já jsem jako myslela, že na to vždycky budem dva a že on bude ten, kterej bude zajišťovat takový to stabilní rodinný prostředí a že když já budu někde jako třeba se zdekompenuju nebo nedejbůh půjdu rovnou do ataky, tak že on to jako nějak zajistí no, tak to se bohužel nestalo, a bohužel ani o sebe nějak nepečoval tak aby tady byl pro tu Lenku dýl, takže tohle bude hodně těžká situace...“

Myslím, že to pro Pavlu muselo být nesmírně těžké, když přišla krátce po narození dítěte o životního partnera, na kterého pravděpodobně spoléhala a čekala, že jí bude se vším pomáhat a že to bude právě on, kdo za ní zastane to, co je potřeba, když na to kvůli své poruše sama nebude stačit. Za to, jak se i přes to Pavla s výchovou vypořádává, má můj velký obdiv.

O svých rodičích a sourozencích kromě své matky Pavla skoro nemluví, i přesto, že má dva vlastní a tři nevlastní sourozence. Zmiňuje ale, že se o svou rodinu nemůže úplně opřít.

„Mám sice dva sourozence a tři nevlastní a tak dále, ale většina rodiny žije velmi daleko, 500 kilometrů od Prahy a jednak prostě ty vztahy jsou takový zvláštní nějak jakože by mi teda pomohli, jako když potřebujou pomoci oni, tak to oni se ozvou, ale obráceně to moc nefunguje...“

O koho se však Pavla opřít může, jsou její přátelé. Těch si podle všeho opravdu cení a v rozhovoru je zmiňuje několikrát. Vždyť při dekompenzacích posílá svou dceru k dlouhodobé kamarádce místo toho, aby jí poslala za někým z rodiny.

„Ale jako mám samozřejmě přátele byt' třeba došlo k nějaký dekompenzaci mého stavu, tak mám kamarádku, protože se vedle toho starám ještě o svojí mámu.“

„...naštěstí mám docela, nebo ne docela, velmi slušný zázemí mnoha výbornejch letitejch kamarádů, se kterýma se znám 20, 30 a víc let.“

„Ona jako Olivii zná jako od narození, jo i jejího syna, takže byla u tety na prázdninách nic víc nic míň. Takže to je právě to, jak říkám, že ty věci prostě dělám poctivě a mám obrovskou kliku, že mám takovýhle lidi, to je jasný, jo to vůbec není samozřejmý, ale že prostě já bych já jako neposlala někam, to už by opravdu muselo bejt, to by nějak vlastně, protože takovejdlé přítel, kde ona je zná od narození mám naštěstí víc, takže já nejsem jakoby odkázaná jenom

na jednoho člověka, což je obrovská výhoda samozřejmě jo, ale prostě ona to nevnímala nějak traumaticky, ona prostě jela na prázdniny s babičkou a tak no. Někoho koho od narození zná, takže.“

Je vidět, že Pavla si svých přátel opravdu váží a vypadá to, že jsou nedílnou součástí toho, aby mohla být výchova Lenky co nejladší.

3.8.2 Marie

Marii je žena ve středním věku a pracuje jako asistentka v chráněné dílně pro mentálně postižené, kde vede dílnu plstění. V době rozhovoru byla na mateřské dovolené, protože má dvouletou dceru Terezu, její první a prozatím jediné dítě. Práce v chráněné dílně jí ale moc baví a ráda se tam bude po mateřské vracet. Žije v bytě na malém městě společně se svým mužem a jejich dcerou Terezou. Se svým mužem je už přes osm let, ale manželství uzavřeli až několik měsíců po narození jejich dítěte. Marie je jedináček, otce už nemá a s matkou se již přes rok nebaví, protože mezi sebou mají značné neshody. Má diagnostikovanou schizoafektivní poruchu, se kterou se léčí už přes dvacet let. Dnes je však zamedikovaná a říká, že nemoc jí už nějak neomezuje, jelikož díky dobře nastavené medikaci už devět let neměla žádnou významnější ataku.

3.8.2.1 Akorát ty ataky

Už přes devět let Marie žije život bez schizofrenických atak a může tak chodit do práce, starat se o dítě a žít běžný život. Avšak dříve tomu tak nebývalo a ataky bez pozvání přicházeli do Mariina života a významně do něj zasahovaly. Marie popisuje, že mívala dva druhy atak. Depresivní, či manické. Říká, že na ty manické ráda vzpomíná a že je v té době nebrala nijak dramaticky.

„Ta mánie vlastně člověk je takovej jako hodně zrychlenej, nemůže spát hmm. Je jakoby v takovým nadneseným stavu psychickým. Má pocit, že všechno může, utrácí peníze, má bláznivý nápady, prostě je to taková jako hodně hodně forma psychickýho stavu, že na to člověk dobře vzpomíná, že je mu dobře prostě.“

„Ta mánie je jako fajn, člověk má pocit, že prostě všechno mu vychází a všechno je prostě jako skvělý a je to...“

Vzpomíná na to, že jezdila po různých psychedelických festivalech, kde prodávala paruky a že celkově vedla život plný večírků, radostí a zábavy. Při rozhovoru jsem cítil, že ji

těší se v myšlenkách vracet do tohoto období. V mánii se člověk podle Marie prý „zbaví okovů společnosti“. Bohužel však začaly objevovat i psychotické příznaky, které značily, že něco není v pořádku, čehož si všiml Mariin tehdejší přítel a za pomoci kamarádky odvezli Marii na vyšetření na psychiatrii v Bohnicích.

„...vlastně užívala jsem si to no, akorát prostě už ty příznaky schizofrenie, že mě třeba sleduje Rádio 1 a takovýdle jako jo, že mě maj prostě napojenou v autě a že prostě vidí, nebo slyší, co říkám a reagujou na to, pak že mě sleduje třeba někdo v televizi a tak. Takže prostě už to bylo na pokraji toho toho přijetí tý reality, takže mě pak nakonec jako lstí dostal můj tehdejší přítel a kamarádka do Bohnic.“

„Noo oni říkali: „Půjdeš si popovídat s panem doktorem Č.“, tak jsem tam s nima jela, byla jsem jako hodně rozjetá. Jela jsem tam s nima a tam mě zavřeli.“

První mánie se Marii podle jejího názoru spustila rekreačním kouřením marihuany. A to není nic neobvyklého. Běžně se ví, že užíváním marihuany se může při určitých genetických predispozicích spustit psychotické onemocnění. Druhá manická epizoda a zvláště okolnosti jejího počátku ve mně však vzbudily velkou zvědavost, jelikož Marie uvádí, že se jí spustila v následku sledování filmu o psychedelické látce DMT. To, že by tato látka mohla spustit psychotickou ataku, o tom není pochyb, ale to, že ji by ji dokázal spustit pouze film o ní, mě dost překvapuje.

„...pak jsem měla druhou mánii, ta byla spuštěná zase sledováním filmu Co my jen víme, to je takový jako film o psychedelický látce DMT a já prostě zastávám názor, že to bylo jako autohypnóza, že mi to DMT jakoby najelo do toho mozku, že jsem cítila ty příznaky tý mánie.“

Marie poměrně často zmiňuje, že se zabývá třetím okem, což laicky řečeno znamená schopnost vidět to, co ostatní nevidí, například jiné reality či bytosti. Myslí si, že psychotické halucinace nejsou pouze produkt naší hlavy, který nikde jinde neexistuje. Věří, že je to schopnost vidět věci, které ostatním zůstávají skryty.

„Já jsem měla třeba halucinace jsem měla v jedný mánii, viděla jsem mimozemšťany. Jako můj osobní názor je, že to jsou prostě vhledy do jinejch realit jo, že to existuje jo, že prostě teď jsem úplně v pohodě a můžu to říct za sebe, že prostě mám pocit, že jako jenom jenom že prostě jako hmm, že ta nemoc. Já to беру prostě tak, že ta nemoc je dar vidět něco jinýho, co jiný nevidí. Prostě zabývám se třetím okem a prostě můj názor je, že ty lidi prostě nemocný nebo takhle

jakože s těmahletěma psychickéjma obtížema mají jenom otevřený to třetí oko a prostě otevře se jim to najednou, to znamená, že celý jako se změní ta realita no.“

Přijde mi zajímavé, že i když je Marie už léta ukotvená v realitě, tak přesto zastává názor, že na halucinacích je přece jen trochu pravdy. Napadá mě, že to může být jen obranná reakce, aby se z halucinací jako nemoc staly halucinace jako schopnost a najednou by nebyla nemocná, ale výjimečná. Nemůžu však s jistotou tvrdit, že je to jen obranná reakce nebo něco podobného a třeba nás věda opravu jen vodí za nos, kdo ví.

Bohužel však Marie zažila i depresivní ataky včetně té první. Mluvila o nich jen málo a přišlo mi, že o nich mluví nerada. Možná si to tolik nepamatuje, možná se k tomu jen nechtěla vracet. Tak jako tak jsem se raději dopodrobna nevyptával, aby se při rozhovoru Marie cítila pokud možno co nejvíce bezpečně. Podle toho, jak o nich mluvila, se mi však zdá zřejmé, že to pro ni byla velmi těžká, bolestná a nelehká období.

„Vlastně nejsilnější zážitek byl deprese, to jsem měla i pokus o sebevraždu, no a na to konto jsem skončila na tý sedmadvacítce a měla jsem takovou jako hodně psycho, psycho deprese s psychadelickéjma příznakama... už jsem měla jako bludy, už jsem myslela, že mě prostě odvezou někam na Nuselák a tam mě shodí dolů, že si nezasloužím žít a takovýdle věci. To už bylo jako úplně mimo realitu no. Prostě strašně jsem chtěla umřít jako prostě neprobrudit se už druhéj den.“

Ke konci rozhovoru si Marie ještě vzpomněla, že vlastně jednu ataku v posledních devíti letech měla. Popisuje jí jako hypománii a dle mého názoru se zdá, že v tu chvíli byla i celkem užitečná a že si jí dokonce užila. Ani Marie nevnímá, že by tato poslední ataka jakkoliv negativně ovlivnila její schopnost pečovat o vlastní dceru a že naopak byla i docela nápomocná.

„Já jsem měla vlastně ještě ataku, tu jsem měla po porodu. To jsem měla mánii, takovou hypománii, to je vlastně taková lehčí mánie, kdy jsem nemohla hodně spát a byla jsem právě taková nadnesená a jakože to miminko mi prostě dávalo spoustu energie, takže to jsem měla vlastně takovou poslední ataku, po porodu před těma dvěma lety... to nebylo špatný. Já jsem vlastně jezdila s kočárem okolo přehrady tady, sbírala jsem čtyřlístky, rozdávala jsem je prostě lidem žejjo. Byla jsem prostě taková trošku, trošičku mimo realitu, ale jako nezasahovalo mi to do toho mateřství nijak, to ne.“

Posledních devět let však Marie nevnímá, že by jí schizoafektivní porucha jakkoliv negativně zasahovala do života a žije jako úplně normální člověk.

“...vlastně ty ataky už nemám. Bylo to daný tou medikací, že nastavili dobře medikaci. Takže teď jsem prostě devět let na práškách dobrejch a jsem úplně v pohodě jako kdyby mi nic nebylo. Ani ty prášky nemají žádný vedlejší účinky, takže jsem v pohodě.”

3.8.2.2 Podporu jsem měla u kamarádů

V rozhovoru se Marie často zmiňovala o svých přátelích. Vnímám, že pro ni byli v průběhu života obrovskou oporou a že bez nich by možná ani nebyla tam, kde je teď. Tento dojem nabývám a kvůli tomu, jak vděčně a srdečně o nich Marie mluví.

„...podporu jsem měla u kamarádů, tak ty za mnou stály. Já jsem u nich bydlela po těch atakách, oni mě vozili do těch nemocnic a tak... psychicky mi pomáhají určitě jako. Vedu s nima telefonní rozhovory a to jsou moji přátelé z kolejí vlastně vysokoškolských a do dneška se přátelíme a jsou to takový silný pouta, právě protože mi pomáhali v těch nejtěžších chvílích.“

Naopak o svém otci se Marie v podstatě vůbec nezmínila. Pouze podotkla to, že už není naživu a dál o něm mluvila. Je možné, že to pro ni bylo moc bolestivé téma, ale z kontextu mám dojem, že umřel, když byla ještě malá, a proto k němu neměla vytvořené nějak významnější pouto. Zato o své matce se Marie v rozhovoru párkrát zmínila a zdá se, že vztah mezi nimi se patrně nedá nazvat vřelým. Myslím si, že matka měla na Marii v průběhu života velmi negativní vliv a že když bylo Marii nejhůř, tak jí matka neposkytovala zdaleka takovou podporu, jakou by opravdu potřebovala. Matka má však podle Mariiných slov hraniční poruchu osobnosti, což dává Marii možnost mít nad situací větší nadhled.

„Já jsem měla jenom mámu. Táta mi umřel a matka prostě je narcistická a má jako rozvinutou poruchu osobnosti narcistickou, takže od ní jsem měla jako jenom psychický týrání, dá se defacto dá se říct jo. Ona mě sice navštěvovala v těch nemocnicích, ale prostě vyčítá mi, že jsem nemocná jo. Ale to už je zase jiná kapitola, to jsou narcisti, to je prostě...“

Další významnou osobou v Mariině životě je její manžel, se kterým se seznámila při jedné ze svých hospitalizací. Manžel má totiž bipolární poruchu, což je vlastně velmi zjednodušeně řečeno schizoafektivní porucha bez schizofrenických příznaků. To jim z mého pohledu dává jedinečnou šanci se opravdu chápat a rozumět náladám, pocitům a stavům toho druhého. Manžel se však často velmi unaví v práci a to se mi zdá, že Marii trochu mrzí, protože pak nemá tolik energie na doma.

„No jelikož tomu rozumím, tak třeba často na něm poznám ty příznaky, kdy už to na něj de žejo a tak, takže nemám s tím problém. Prostě chápu jako ty jeho pocity, chápu ty jeho emoce, chápu,

že pro něj prostě ty mánie znamenají jako vyloženě zbavit se těch okovů, toho přemejšlení, tý společnosti žejo

„On má teda bipolárku a dělá ještě peer konzulatanta...Jenže vlastně se vyčerpá celkem v tý práci, takže na doma už mu toho moc nezbejvá. Takže mě jako pomáhá sice, ale no je to jako jeho mínus no, že prostě je vyčerpanej z tý práce a už mu jako moc energie na doma nezbyde. Ale jinak jako pomáhá, je hodnej.“

S výchovou dcery pomáhá Marii kromě jejího manžela ještě tchýně, ale nebylo to tak od začátku, protože tchýně měla kolem doby Mariina těhotenství řadu vlastních potíží, a proto se nezvládala na výchově podílet či Marii jinak pomoci.

„Jako hlídá malou, hlídá tchýně o víkendu vždycky ze soboty na neděli, to máme dobrý, ale vlastně začátky toho mateřství byly fakt těžký, protože tchýně měla nemocný koleno. Musela se starat o svoji matku, která byla po mrtvici, jo. Takže já jsem jako to těhotenství nebo ty začátky toho mateřství byly pro mě těžký dost. Nikdo nám nepomáhal no.“

3.8.2.3 Nejhorší období v životě

Kromě schizoafektivní poruchy se Marie potýká posledních deset let ještě s úzkostmi, až panickými atakami. Ty jí poměrně velkou měrou omezují v životě a ve finále se zdají být v posledních letech větším problémem než schizoafektivní porucha.

„...jenom trpím úzkostma deset let už. To mě jako dost obtěžuje no, to je takovej můj handicap no. Nemůžu třeba řídit auto vůbec, protože mám ty úzkosti a většinou si беру rivotril, to je vlastně benzoiazepam.“

Není si jistá, do jaké míry, nebo zda vůbec tyto úzkosti nějak souvisí se schizoafektivní poruchou. Jako příčinu vnímá spíše svoji matku a to, jak se k ní celý život chovala. Z toho, co mi Marie řekla, mám dojem, že jí ani tolik nezáleží na tom, odkud úzkosti pramení, ale spíše jí záleží na tom, aby se jich konečně dokázala zbavit. Přijde mi, že jí velmi frustrují a že jí podstatně komplikují život.

„Já myslím, že to souvisí a taky jako matka. Já mám narcistickou matku se kterou se teďka vůbec nebavím už rok, protože už to bylo jako neúnosný. A taky i tou její výchovou no, tou prostě, těma zásahama do toho máho života no psychickýho a vůbec celkově no, takže myslím, že to souvisí i s tím no. Zkoušela jsem kde co, ale nepomáhá mi nic.“

Své úzkosti popisuje následovně:

“To je handicap no, to je jako hodně obtěžující. To mám třeba dvakrát do tejdne a... Noo mívám negativní myšlenky a... asi ty negativní myšlenky no. Úplně se paralyzuju vlastně, že ani se nemůžu starat o malou ani nic, musí nastoupit manžel a starat se o ní no a já jsem úplně vyřízená. Tak než si vezmu ten prášek, ten mi zabere tak do půl hodiny, ale hodí mě jako mimo funkční období.“

Úzkosti Marii provázali s době těhotenství a když mi řekla, co přesně se jí dělo, zatajil se mi dech a přemýšlel jsem, jak nepředstavitelné utrpení to muselo být. Ještě k tomu v té době neměla své nejbližší u sebe, a tak se s tím vším musela vypořádat v podstatě sama.

„Já jsem měla vlastně hodně silný ty úzkosti jo, až panický ataky, že potratím. Prostě jako rychlejší tep, prostě dýchání prostě strašně špatný jo, zrychlený dýchání, prostě měla jsem utkvělou představu, že hned teďka prostě tady potratím. Jo bylo to fakt jako hrozný no. Můj přítel měl tehdy právě ataku, takže byl na psychiatrii a nejlepší kamarádka byla taky na psychiatrii a já jsem bydlela u tchýně s babičkou, která mi prostě jako moc psychicky nepomáhala no. To bylo takový moje nejhorší období v životě.“

Z toho, jak Marie mluví o období těhotenství, usuzuji, že to pro ni musely být opravdu temné a bolestné časy. Vnímám, jak moc jí zřejmě chyběl někdo, kdo by jí obejmul, podpořil a snažil se jí uklidnit, že jí žádný potrat nehrozí. Myslím, že se cítila hrozně osamocená a bezradná a že si prošla opravdu možná nejtěžšími životními chvílemi, a přitom v tu chvíli v jejím okolí nebyl nikdo, na koho se mohla obrátit.

Jak jsem se od Marie dozvěděl, tak v těhotenství nemůžete brát benzodiazepiny, což přirozeně celou situaci jen zhoršovalo. Napadá mě, že když je člověk zvyklý řešit úzkosti prášky, což chci zdůraznit, že neoznačuji za špatné, jak by mohlo vyznít, tak nemá tak dobře naučené alternativní cesty ke zvládnání úzkosti, a proto jejich vysazení může způsobit potíže, se kterými si člověk neví rady, jako například v situaci, ve které se ocitla Marie.

„A vlastně nemohla jsem brát ty benzáky, nemohla jsem brát ten rivotril, protože prostě jsem byla těhotná žejo. Takže jsem to řešila nějakým dýcháním a nic mi nepomáhalo, takový ty silný slabší neuroly a tyhle ty vůbec nepomáhalo.“

3.8.2.4 Laskavější výchova

Marie si je vědoma, že dispozice k jejímu a manželovu onemocnění se mohou geneticky předávat. Zajímala se však o epigenetiku a věří, že když budou dítě vychovávat správným způsobem, tak minimalizují šance na to, aby se u dítěte taková porucha rozvinula. Marie to

nazývá laskavější výchovou, která má dítě ochránit od zbytečného stresu a má mu dodávat zdravou sebedůvěru. Vnímám těžkost této situace, protože i když Marie věří, že taková výchova opravdu minimalizuje šance na rozvinutí takové poruchy, tak podle mého názoru je těžké opravdu zabránit tomu, aby nikdy neužila psychoaktivní látku, či se vystavila nějakému nadměrnému stresu. Je pravidlem, že čím je dítě starší, tím na něj mají rodiče menší vliv, a proto si myslím, že ani tento přístup nemůže zaručit to, jaký člověk Mariina dcera bude a co všechno si bude muset prožít. Také mě napadá, že pokud budou svou dceru až moc chránit před stresem a pokud nebude zvyklá řešit konflikty, je možné, že o to více zranitelnější pak bude v jiném prostředí. Jsem však toho mínění, že i přesto je takový přístup dobrou promyšlenou volbou. Ale i o tom, že se nedá předejít všemu, se Marie v rozhovoru zmínila.

„No ale ta epigenetika jako tvrdí, že záleží strašně na prostředí, ve kterém ten člověk jako vyrůstá. A ty geny se prostě při dobré výchově a při tom laskavém přístupu k tomu člověku, že nemá žádný trauma, třeba v dětství a tak, tak že se ty geny nespouštěj. Takže my se snažíme prostě o takovou laskavější výchovu, aby to dítě jako vyrůstalo v příjemném prostředí a nemělo žádný spouštěče ty nemoci jo. Samozřejmě že jí jako nemůžeme uchránit od nějakýho spouštěče, v nějakým prostě emočním prožívání nebo nějakým zamilování nebo jo, to hodně spouští tyhle věci no.“

„Já si právě myslím, že na základě ty správný výchovy, nebo ty laskavější výchovy, než jsme třeba měli my, tak si myslím, že by to mělo bejt jako v pohodě no. Samozřejmě nemůžeme jí ochránit od všeho, ale budeme se co nejvíc snažit prostě jí jako nějak, nějak jako dokázat jí prostě dobře vychovat, aby byla připravená, sebevědomá hlavně a jo, aby nehrozila nějaká ataka.“

Laskavý přístup k výchově své dcery, který se Marie snaží nastavit, však naráží na úskalí toho, že dcera je poměrně svérázné dítě. To podle mého názoru staví Marii do nelehké situace. Už tak je známo, že na správnou výchovu není žádný přesný univerzální návod a co teprve na výchovu dítěte, které může zdědit psychické onemocnění, čemuž se právě Marie s manželem snaží zabránit. Což mě přivádí na myšlenku, že musí být těžké se rozhodovat mezi tím, jestli dítě zkrotit a přitvrdit ve výchově, nebo jestli pokračovat v mírné výchově, díky které pak dítě nemusí mít tak pevně nastavené hranice, díky čemuž pak může přijít do konfliktu s jinými autoritami či vrstevníky a nepěkně se spálit. Zdá se mi však, že celou situaci bere s nadhledem a že si jinak ve výchově svého dítěte věří.

„...máme jako dost temperamentní dítě, který je absolutně jiný, než oba rodiče, jsme my. Takže to bude jako zásadní jako otázka jí nějak zkrotit. No, ona je prostě hodně umíněná a hodně temperamentní takže v tom jako vnímám tu složitost toho rodičovství a jinak jako si myslím, že by problém bejt nemohl, nebo nemusel.“

Čeho si na Marii všímám, tak je dle mého názoru velmi dobrá sebereflexe a kritické uvažování. Vnímám, že nad výchovou opravdu přemýšlí a že se snaží vychovat dítě, jak nejlépe umí a snaží se brát v potaz všechny možné okolnosti. Nebála se ani sdělit to, co by podle svého názoru měla na výchově zlepšit.

„Noo hmm je určitě co zlepšovat žejo. Nemám u toho mojeho dítěte takovou autoritu, jak bych si přála mít. Těžko jí zvládám právě protože je taková jako hodně prudká a hodně tvrdohlavá. Ale jinak si myslím, že jako v pohodě.“

Když vidím, jak Marie mluví o výchově své dcery, působí to na mě, že má milující rodiče, kteří jsou ochotni dát své dceři tolik lásky, kolik jen potřebuje a že mají výchovu opravdu promyšlenou a že k ní přistupují velmi zodpovědně. Proto mě mrzí, že lidé kolem Marie nebyli úplně pro to, aby si s manželem nějaké dítě dělali. Důvodem podle Marie byla dědičnost jejich onemocnění.

„...samozřejmě jako i okolí bylo celkem proti, abysme měli potomka, protože tam bylo riziko, že to dítě to jakoby geneticky, že to přeneseme na to dítě tu psychickou nemoc. Ale je to asi 40 % jako možností...“

K zamyšlení bych rád poznamenal, že co se týče běžných lidských dědičných somatických onemocnění, tak jsem v životě nezaslechl, že by někdo přemýšlel, zda je moudré, aby měl člověk s takovým onemocněním děti. Avšak už mnohokrát jsem slyšel názor, že lidi se schizofrenií by si děti dělat neměli. Já osobně si myslím, že je to zejména hlubokou neznalostí samotného onemocnění, protože po tom co jsem slyšel, jak matky které trpí nějakou schizofrenickou poruchou, mluví o výchově svých dětí, jako právě třeba Marie, jsem toho názoru, že schizofrenik může být stejně dobrý rodič jako každý jiný a že přivést na svět dalšího schizofrenika není něco, čeho by se lidé měli bát.

3.8.2.5 Poselství

Na závěr bych rád ještě sdílel jednu myšlenku, kterou Marie v rozhovoru zmínila. Přejde jí velice důležitá destigmatizace schizofrenie, protože on ní lidé mívají velmi mylné představy.

„...myslím, že ta osvěta je potřeba jo. Že lidi maj... že jsme jako dost stigmatizovaný jako společností a vlastně není za co se stydět. Je to nemoc... duševní nemoc je prostě jako cukrovka, akorát že se to léčí jinak. Prostě je to nemoc žejo, že prostě člověk má nějaký handicap žejo. Když máte cukrovku, musíte brát inzulín. Když máte duševní nemoc, tak musíte brát psychofarmaka žejo.“

3.8.3 Monika

Monika je žena ve středním věku a vychovává společně se svým partnerem Radkem tři děti. Nejmladšímu je pět let, prostřednímu deset let a nejstaršímu dvanáct let. Má diagnostikovanou schizoafektivní poruchu, se kterou se léčí již přes osm let. V době rozhovoru si Monika procházela těžkým obdobím zejména kvůli konfliktům s partnerem a byla teprve tři roky po poslední atace. Hodně vyprávěla o tom, co se děje teď v poslední době a všiml jsem si, že je uprostřed velmi těžké situace a že se pořád srovnává se svou poslední atakou. Myslím si, že právě z toho důvodu nezabíhala příliš hluboko do témat, o kterých jsme mluvili. I přesto mám pocit, že jsem se dozvěděl velmi silný, syrový příběh, který má hodně co nabídnout. Sama ke konci rozhovoru reflektovala to, že pro ni není lehké sdílet svůj životní příběh, zejména co se týče její poruchy.

„Třeba k tomu časem dojdu někdy, až se toho tak nebudu bát nebo, nebo nevím, třeba mě k tomu život dostane ještě ještě nějak blíž jako povídat o svým příběhu o svým... ale zatím je to jako živý strašně a...“

3.8.3.1 Manipulace a domácí násilí

Největší téma celého rozhovoru byl Moničin partner. I přesto, že spolu mají tři děti, pořád nejsou manželé. Jako důvod toho, proč nejsou po tak dlouhé době soužití v manželském svazku, uvedla Monika partnerovu vypočítavost. Bez partnerových financí by se v životě těžko obešla, čehož se podle Moničiných slov nebojí partner využívat ve svůj prospěch.

“To není manžel, my nejsme vzitý, on vždycky řešil soukromě majetek, abych já se nedostala, potažmo kdybysme se rozcházel k majetku. O to to je jako těžší, že já jsem na něm finančně závislá a on to moc dobře ví, že.“

Už jednou v minulosti Monika chtěla svého partnera opustit, ale to se jí nakonec nepodařilo. V době rozhovoru však hodlala manžela nadobro opustit a celý proces dotáhnout do konce. Důvodem byl silný negativní vliv partnera na celou rodinu, ale zejména na Moniku samotnou. Podle toho, co mi Monika v rozhovoru pověděla, je její partner velmi manipulativní,

opakovaně se na ní dopouštěl psychického i fyzického násilí a často na ní křičí, klidně i před dětmi. Velmi si všímám toho, jak velké břímě si Monika nese. Jasně vnímá negativní vliv svého partnera na ni a na její děti, přesto však s sebou proces opuštění nese nesčetné množství překážek, ze kterých se mi raněné city jeví jako ta nejmenší. Musí řešit to, aby děti byly finančně zabezpečené, což je pro ni samotnou velmi těžké zaručit. Dále musí myslet na psychické zdraví svých dětí a v této situaci se mi jeví hned několik rizikových faktorů. Například táhání se o děti u soudu nebo strach z manželovi manipulace jejich dětí, které nejsou dost staré na to, aby se jim byly schopné úspěšně bránit.

„On například když já jsem se s ním nechtěla, tak došlo pak i k domácímu násilí, že jako psychickému, byla jsem i na policii a třeba když jsem se s ním nechtěla bavit, protože je manipulativní a když prostě ty rozhovory já jsem chtěla ukončit, šla jsem si lehnout, tak on vzal kelímek s vodou a polil mě. Takže to jako začalo chodit, začalo to jít i do toho fyzickýho násilí, takže jsem už ho chtěla opustit jednou a teď prostě už to je definitivní... On na mě řve doma před dětma a když jsem jí to řekla, že na mě řve zase...“

Monika si za svůj život prošla dvěma atakami, při kterých skončila pokaždé na šest týdnů v psychiatrické léčebně na hospitalizaci a poznamenala, že jí tam manžel s dětmi úplně často nenavštěvoval, což prožívala poměrně traumaticky. Zvláště při druhé hospitalizaci, kdy bylo nejmladšímu dítěti dva a půl roku a Monika ho v té době ještě kojila, což se mi jeví jako hlavní důvod, proč bylo odloučení od svých dětí ještě těžší než při první hospitalizaci. Když Monika o tomto tématu mluvila, vnímal jsem, že odloučení od jejího nejmenšího dítěte pro ni bylo nesmírně náročné.

„...pak se vám samozřejmě po nich stýská, že musíte být hospitalizovaný, že jste bez nich a třeba partner mě s nima moc nenavštěvoval... Z toho důvodu, že měl hodně práce, že měl hodně starosti o děti a nevyužíval každodenní návštěvy, ani třeba jednou za týden mě nenavštívil s nima. Takže pak jsme se viděli jednou za čtrnáct dní na víkend, takže pro mě to bylo hodně jako těžký a zvlášť po tý druhý psychóze, kdy malýmu bylo dva a půl a já jsem ho ještě kojila a došla jsem do stavu psychózy. A já jsem přestala teda kojit a po tom malým se mi strašně jako, to byl stesk ještě o to větší to bylo jako. Je to i určitý druh traumatu, když to tak jako řeknu, jako opustit ty děti a prostě nebýt s nimi.“

V poslední době si však Monika začala všimnout toho, že má partner čím dál negativnější vliv na jejich děti. Děti nejsou ještě seznámeny s nemocí jejich matky, což v tomto věku považují za úplně adekvátní rozhodnutí. Monika však tvrdila, že kvůli tomu, že chce manžela

opustit, začal zneužívat jejího onemocnění ve svůj prospěch ve smyslu získání dětí na svoji stranu. Monika si myslí, že ještě nic nevyzradil, ale cítí, že se k tomu schyluje.

M: „...takže jako diagnózu mojí neví, pokud' on ten můj partner toho zneužívá samozřejmě, když jdu od něj, žejo tak jako, bohužel jako no...“

T: „Takže jim to nějak jako, tomu nejstaršímu to nějak provalil nebo jako?“

M: „Zatím, zatím myslím, že ne, ale myslím, že se k tomu schyluje, že bude na tohle konto jako říkat, že maminka je taková a onaká, že je špatná prostě...“

Monika se také podělila o to, že si všímá, že partner páchá psychické násilí i na jejich synovi.

„...začíná zase psychický násilí doma opět jako docela nátlakový a bohužel to dělá i synovi...“

Jako další z partnerových diskutabilních počinání uvádí Monika to, že jí stále dokola opouštěl a zase se vracel zpátky, což jí velmi stresovalo a vyčerpávalo. K tomu mě napadá, že se divím, že s takovým člověkem vydržela tak dlouho. Měla k tomu ovšem své důvody, včetně výše zmíněného finančního zabezpečení a určité rodinné soudržnosti o níž budu psát v jedné z dalších podkapitol. Přijde mi to, jako být uvězněn v hluboké jámě, ve které vám váš věznitel dává jídlo a pití, bez kterého nemůžete žít, ale zároveň vás odmítá pustit ven a pořád dokola odchází a vrací se zpátky, aby se ujistil, že v té jámě pořád ještě jste.

„A navíc mě opouštěl tak, že odešel, vrátil se a asi tohle zopakoval dvacetkrát, takže to by neustál nikdo a ještě on je strašně manipulativní člověk...“

3.8.3.2 Stres

Stres je téma, o kterém Monika v rozhovoru často mluvila a které se proplétá celým jejím příběhem. A právě přemíra stresu bylo to, co spustilo Monice první i druhou psychotickou ataku. Hlavní příčina toho, proč se tolik stresovala, byl podle ní její partner.

„Já jsem měla první psychózu, když tomu nejstaršímu bylo pět let a dceři byly tři, tak to jsem měla první psychózu, byla jsem na mateřský a já jsem asi takovej netypickej vzorek, protože já jsem měla stres z mého partnera, otce dětí...ta psychóza se mi zopakovala 2020 podruhé a zase to bylo ze stresu s ním.“

Co jsem z rozhovoru pochopil, tak před první atakou Monika vůbec netušila, že by se jí mohlo stát něco, jako právě psychotická ataka. Nevěděla, že na to má genetické předpoklady, ani že se může spustit velkým stresem, tudíž ji ataka zastihla úplně nepřípravenou.

„...ten stres, to já jsem měla doma a tím, že jsem se nedokázala vyrovnat s tím, s tou nadmírou stresu, tak jsem se zhroutila prostě, došlo to až k psychóze. Protože jsem nevěděla, netušila, jak se s tím pracuje, nevěděla jsem vůbec, co to je psychóza, nevěděla jsem vůbec, co to jsou takovýhle věci a nebránila jsem se dřív, až to došlo do takovýhle stádia.“

Monika vnímá, že stres je ohrožující nejen pro ni, protože by mohl způsobit další ataku, ale také pro celou rodinu a že je tedy třeba se od původce všeho toho stresu, tedy jejího partnera, odpojit. Myslím si, že to muselo být ohromně těžké rozhodnutí a těší mě, že k němu Monika došla, protože dle jejího vyprávění mám dojem, že stále dokola doufala, že se změní a že si jí jednou vezme a že dlouho věřila, že ze všeho nejdůležitější je držet rodinu pohromadě ať se děje, co se děje.

„A teď ho opouštím, protože napotřetí nechci dojít do toho stavu, kam jsem došla. Už prostě to mateřství, rodina, partnerství, prostě už je níž než ten můj duševní stav a než moje zdraví osobní prostě. Jo, vždycky jsem to měla tak, že aby byla rodina pohromadě, aby děti měly tátu a mámu, aby to prostě fungovalo, tak bylo prostě výš a já jsem si nebránila to svoje osobní, to svoje osobní já bohužel.“

„...teď jsme zase začali řešit to, že se po mě vozí a začíná zase psychický násilí doma opět jako docela nátlakový a bohužel to dělá i synovi a já jsem si uvědomila, že prostě už to nemůžu držet tu rodinu u sebe, že to prostě nejde.“

3.8.3.3 Kde jsou moje děti?

Připadá mi, že v Moničině příběhu je velmi patrné to, jak těžká pro ni byla izolace od vlastních dětí. Ačkoliv se o tom zběžně zmiňuji již v první podkapitole, rád bych začal tím, jak obtížné pro Moniku bylo odloučení od jejího dvouapůlletého syna, kterého v tu dobu ještě kojila. Dokonce tuto zkušenost popisuje jako traumatickou.

„...takže pro mě to bylo hodně jako těžký a zvlášť po tý druhý psychóze, kdy malýmu bylo dva a půl a já jsem ho ještě kojila a došla jsem do stavu psychózy. A já jsem přestala teda kojit a po tom malým se mi strašně jako, to byl stesk ještě o to větší to bylo jako. Je to i určitý druh traumatu, když to tak jako řeknu, jako opustit ty děti a prostě nebýt s nimi.“

Monika vyprávěla o tom, jak při první hospitalizaci nevěděla, kde je a co se vlastně děje a také neměla ponětí o tom, kde jsou její děti a jestli jsou v pořádku, což dle mého názoru muselo být pro ni jako pro matku nesmírně náročné.

„...doktorka... já si to pamatuju do teď, když si sedla vedle mě a ptala se mě: „Někdo vám ublížil? Něco se vám stalo?“. A já jsem říkala: “Kde jsou moje děti kde?“, protože jsem vůbec nevěděla, jak jsem se tam ocitla, co se se mnou děje.“

Kromě hospitalizací, při kterých se příliš nevidala s dětmi, je Monika toho názoru, že ji nemoc v mateřství nijak neovlivňuje. Přijde mi, že si připadá jako matka, která své děti nadevše miluje a že ji mimo ataky její nemoc nijak nehandicapuje v úspěšném zvládnání její mateřské role.

„...já se každodenně o ně starám, já nejsem taková ta matka, že bysme je měli ve střídavý péči nebo něco takovýho, fungovali jsme jako rodina prostě. Když člověk nemá psychózu tak normálně s nimi funguje a normálně s nimi žije tak jako.“

Když jsem se Moniky ptal na to, jak nahlíží na vztah se svými dětmi, odpověděla následovně:

„Já myslím, že jsou ty vztahy vynikající, že mě mají rády a zase já je mám ráda, dávám jim najevo lásku, objímám je, aby měli prostě všechno, snažím se.“

To, že se Monika rozchází se svým partnerem, přináší nepříjemnou situaci. Hovořila o tom, že její partner je odhodlán k tomu o děti bojovat, na což, jak je známo, vždy doplácí nejvíce právě ty děti. Znovu připomněla manipulativní stránku svého partnera, která by podle Moniky mohla celou rozchodovou situaci ještě více znepríjemnit a zkomplikovat. Všimám si však toho, že nachází uklidnění ve slovech její dcery, která tvrdí, že by děti měly být s matkou.

„Akorát teď to bude složitý, tím že se rozcházíme, nebo jdeme od sebe, tak Radek tím, jak je manipulativní, tak mi dělá problémy s dětma. Jo, že se snaží je dostat na svojí stranu. A zneužívá k tomu i ten můj stav. Jakože, takže nevím, co bude no, ale třeba moje dcera mi říkala, že děti patří k mamince jako no.“

3.8.3.4 Dál od toho jsem silnější

Všimám si toho, že Monika má ze své poruchy poměrně velký respekt. Přijde mi, že má pocit, že když se bude svou poruchou moc zaobírat, tak tím spíše přijde další ataka. Mám dojem, že právě z další ataky má docela velký strach, a to zejména kvůli situaci se svým

partnerem. Napadá mě, že jeden z důvodů toho, proč se chce tak moc vyhnout další atace je ten, že nechce nechat partnera s dětmi samotného zaprvé kvůli jeho vlivu na ně a zadruhé kvůli tomu, že má strach, že by je opět neměla možnost vídat, ani zdaleka tolik, jak by si přála a potřebovala.

„Přijde mi, že když se tomu jako ne vyhýbám, ale když jsem od toho dál, tak jsem silnější. A já jsem se vrátila do té reality, jako kde jsem byla, jako zpátky do práce, zpátky jako do toho běžného života no a ten mě jako naplňuje a tak nějak jako se nechci vracet k tomu předtím.“

Mám dojem, že jako hlavní stavební kámen procesu zotavování se z ataky vnímá Monika navrácení se do běžného života a známého prostředí. Zmiňuje, že s tím jí pomáhal zejména její otec, který se jí v období jejích atak hodně věnoval a myslím si, že to byl právě on, kdo jí poskytl největší podporu a velmi jí tak usnadnil návrat zpět do reality.

„A můj tatka mě dostal z té první psychózy, protože já jsem byla hospitalizovaná v Jihlavě, nebyla jsem tady v Praze a on byl na Vysočině, tak tam za mnou každé den jezdil, každé den si se mnou povídal, vraceli jsme se do minulosti, do dětství, vraceli jsme se prostě do přítomnosti, řešili jsme i to, co bude dál a prostě na víkendy si mě bral jako k sobě a a prostě mě stavěl jo.“

„A no tatka mě tam stavěl na nohy, takže jeho podpora, ta byla stoprocentní a byla i při té druhé hospitalizaci, kdy jsem byla v NUDZU a tam mi volal denodenně.“

Přijde mi, že v ukotvení se v realitě Monice velmi pomáhal kontakt si lidmi, kteří řeší běžné problémy a žijí úplně normální život.

„...tím, že se dostanete k lidem, který jsou v té realitě, který jako řeší ty normální věci ze života nebo to, tak se vám vrací do toho života líp. Nejsou to terapie já nevím s psychologem, nejsou to doktoři, nejsou to ani tak prášky, i když to má taky svoje samozřejmě nějaké vliv prášky, ale je to hodně o lidech, o tom jaký máte okolí a nebo teda pro mě alespoň. Je to o tom prostě, jak se k vám lidi chovají a jak se snaží, protože v té, během té hospitalizace jste mimo tu realitu, jste v nějakém chráněném prostředí a nejste v tom životě jakoby jo normálním. Kdežto když chodíte do práce a to, tak jste, potkáváte normálně lidi, bavíte se s nima a oni vás do toho společenství, do té normálnosti, nebo jak to mám říct, zase vytáhnou no, z toho.“

Myslím si, že jeden z důvodů, proč se Monika cítí lépe, když je od své poruchy dál, je to, že v ní zkušenost z hospitalizací zanechala poměrně traumatickou zkušenost. Z toho, co mi říkala, mi přijde zřejmé, že se v prostředí, kde byla hospitalizovaná necítila dobře, z čehož viní

zejména neosobní přístup a nezohledněné sociální rozdíly mezi pacienty. Všímám si toho, že má pochopení pro to, že to tak jednoduše funguje a že asi jiná cesta není, což však nemění nic na to, jak se při hospitalizaci cítila. Mám dojem, že by velmi ocenila to, kdyby měly ošetřující osoby větší zájem na jejím reálném životě a na tom, co jí při hospitalizaci chybí místo toho, aby se pořád dokola zabíraly její poruchou.

„Když srovnám třeba Jihlavu a NUDZ, tak Jihlava je taková sto let za opicema, nebo jak to mám říct. Ten NUDZ je jako úplně na jiný úrovni. Ale je to pořád strašně neosobní, je to člověk z toho má svým způsobem strach, jako když se dostane do takovýho prostředí, protože potkává různé lidi, s různějma příběhama a pokud je člověk slušnej, jako třeba já, tak jako poznáte tam lidi jako drogově závislý nebo jako ještě sociální případy, nebo prostě jako... já jsem z toho měla někdy svým způsobem trauma taky takový. Jakože jsem si to musela prožít, tuhleto hospitalizaci no. Ale nějak se člověk s tím vyrovná jo.“

„...řešili mě jako pacienta a jestli nějakou podporu nebo jestli vidám nebo nevidám děti, to nikoho nezajímá vůbec. Jestli mám možnost, nebo nemám možnost...“

„Právěže jak jsem říkala, že to bylo neosobní všechny ty, obě ty hospitalizace a všechny ty služby nebo tak to bylo neosobní strašně a děláte tam na těch... Vždycky dopoledne se řeší nějaká aktivita, tak třeba nezohlední to, jak jste na tom prostě, jde se vyrábět něco, nezohlední váš věk, nezohlední vaše povolání, nezohlední nic jako, ale asi to nejde taky řešit jinak nebo nevim.“

3.8.4 Andrea

Mou poslední respondentkou byla Andrea. Pracuje na manažerské pozici v gastronomickém průmyslu, ačkoliv dříve bývala vědkyně v oblasti experimentální botaniky. Žije se svým manželem a dvěma dětmi, synem Patrikem a osvojenou dcerou Amálií. Synovi jsou čtyři roky, dceři osm let. Dceru si osvojila, protože její biologická maminka předčasně umřela na těžkou nemoc, a tak jí zůstal jen tatínek, kterého si posléze Andrea vzala. Má diagnostikovanou schizoafektivní poruchu a za svůj život si prošla dvěma atakami. Působí na mě dojemem aktivní, odhodlané a velmi inteligentní ženy.

3.8.4.1 Pod tlakem

Andrea přisuzuje příčinu spuštění první ataky tomu, že byla pod velkým tlakem, který už byl na ní příliš a úplně ji složil. A není se čemu divit. Z Andrey mám dojem, že by nejraději dělala a zvládla úplně cokoliv, co jí napadne a že má tendenci dávat přednost splnění svých

cílů před vlastním duševním zdravím. V jednom životním období se jí však nakupilo obrovské množství různých tlaků, které jí zjednodušeně řečeno přetlačily.

„Já jsem se zhroutila. Já jsem vlastně pracovala jako vědkyně. Byla jsem v práci od osmi do osmi. Předtím jsem se rozešla s partnerem, pak jsem tak nějak hodně pařila, pak jsme odjeli na silvestra na hory, tam jsem taky hodně pařila, málo spala. Do toho mě čekalo zkouškový na doktorském studiu na přírodovědě, no a prvního ledna mi umřela babička, tak to se mnou šlehlo.“

K druhé psychóze došlo podle mého názoru působením několika různých okolností. Andrea se zmínila o tom, že úplně přestala brát medikaci, a to po domluvě se svým psychiatrem, jelikož situace vypadala tak, že další ataka už nehrozí a že by tak Andrea mohla dál žít bez toho, aniž by musela brát antipsychotika. Dalším důvodem, který bych označil jako spouštěč, byl opět psychický tlak, který Andrea prožívala. Rodná babička malé Amálky, které budu věnovat jednu celou podkapitulu, se totiž pravidelně soudí s Andreou a jejím manželem o to, aby jí dostala do péče ona a nebojí se k tomu použít lži a manipulaci, což na Andreu pochopitelně působilo velmi negativně a došlo to až do okamžiku, kdy byl psychický tlak pro Andreu takřka nesnesitelný. Přijde mi, že Andrea je velmi citlivá žena a mám dojem, že si myslí, že je opravdu dobrá matka a že pro ni tudíž muselo být velmi těžké slýchat osočování a shazování kvality její péče o osvojenou dceru.

„Pak jsem byla podruhý hospitalizovaná a to už bylo že vlastně jsem nebrala tehdy léky, protože to vypadalo, že jsem v pořádku, ale ta druhá epizoda, to bylo potom, to bylo synovi kolik, tomu byl necelej rok.“

„Tam byl problém s tím, že já mám vlastně osvojenou holčičku a její rodná babička se s náma soudí a vlastně jsem se o sobě dozvíдалa na tom soudu věci, který nebyly pravda, ale byly mi předsouvaný, že pravda to je. A na mě to strašně jako psychicky působilo, tak jsem se vlastně asi takhle zhroutila a...“

Na Andree je vidět, že o věcech opravdu přemýšlí a sama to i v rozhovoru zmínila. Přijde mi, že chápe, co jí přibližně dostalo do psychotických atak a že si uvědomuje, že to z části možná byl její hektický styl života. Po jedné atace, nejsem si jistý, po které, ale z kontextu usuzuji, že po té první, se Andrea po rozhodla změnit kurz, kterým se ubíral její dosavadní život a přenastavila si určité hodnoty a priority. Zdá se mi, že jí opravdu záleží na tom, aby byla schopná žít aktivní život, ale přitom nechce riskovat příchod další ataky.

„Ona přišla ta epizoda, pak jsem přehodnotila svůj život, že nechci za třináct a půl jako měsíčně, plus stipendium, jsem se vyšplhala na nějakých jako devatenáct. Ta věda je strašně podhodnocená. Takže teď dělám práci, která není tak náročná. Nepotřebuju zapojovat svůj vědecký mozek, takže mám čas na víc jako věci okolo, že nemám tak náročnou práci.“

3.8.4.2 Mě ta diagnóza neomezuje

Všímám si, že Andrea bere svou nemoc i diagnózu s nadhledem a zdá se mi, že ji nebere jako přítěž. Mám taky dojem, že je Andrea opravdu odhodlaná žít normální život a fungovat na sto procent a že si ale zároveň uvědomuje, že musí být opatrná a že se nesmí úplně přetížít. Z mého pohledu si nejsem jistý, zda si toho na sebe opět nenakládá moc, ale doufám, že Andrein úsudek je v tomto případě lepší, než ten můj a že se do další ataky opravdu nedostane. Z toho, co mi pověděla, mi však přijde, že si všímá, že se možná až zbytečně moc zaneprazdňuje.

„...já vlastně mám pocit, že mě ta diagnóza neomezuje, jako teď beru ještě prášky trošku na depresi, že jsem měla nějakou usměvavou depresi, ale to bylo teď z rozpoložení, protože to jsme měli náročnější období, ale teď jsem na tom psychicky dobře, pracovat můžu taky, teď nastoupím na plnej. Nevím, já ten mozek asi zaměstnávám možná až moc, takže spíš ho mám přetíženej bych tak řekla. Protože já se neustále zajímám o věci kolem sebe, co se děje a vesmír a nový poznatky, černý díry a všechno. A snažím se psát knížku takže, fantasy, takže já pořád o něčem přemejšlím a možná až moc a potom se právě takhle zatočím do vrtule a odletím si do jinýho vesmíru no... v myšlenkách.“

Přijde mi, že je Andrea velmi sebevědomá ohledně toho, že pro ni není nijak nebezpečné ani rizikové chodit naplno do práce a že se nijak nebojí další ataky. Zdá se mi, že důvěřuje své medikaci a že kdyby přišlo na nejhorší, tak už dokáže přicházející ataku rozpoznat a že věří, že by jí její neblíží řekli, že jim něco nepříjde v pořádku a že by ji nenechali na holičkách. Vnímám, že se Andrea nechce nechat svojí nemocí omezovat, avšak mám dojem, že neschopnost odpočívat a odříkat si námahu je právě to, co dostalo Andreu do první ataky.

„Já teď dost věřím tomu, že když papám ty prášečky, tak že to nepříjde hmm. Takže už si myslím, že ty prvotní příznaky rozeznám já nebo můj muž nebo prostě okolí. Že už vědí, že když už se začnu švihát na tu špatnou stranu řekněme, tak že to okolí to rozpozná velice brzo, kdybych já v tu chvíli neměla, jak to říct... čistý úsudek.“

„Ona tady sice je a všichni s tím tak jako žijeme, ale já jsem spíš nastavením optimista, takže já i pracuju. Teď vlastně jsem na tříčtvrtečním úvazku a syn se mi dostane od září do školky, takže nastoupím na plnej, což teoreticky bych měla mít nárok na ten invalidní důchod třetího stupně, ale na to se necejtím... protože to bych mohla pracovat snad jen na třicet procent, takže bych měla mít ten nula sedmičkovej, ten trojkovej, ale hlava mi funguje dobře, takže nevidím v tom problém.“

3.8.4.3 Stínová tchýně

Mnohokrát v rozhovoru si Andrea stěžovala na svojí, jak ona nazývá „stínovou tchýni“, říkejme jí třeba Alžběta, což je matka zemřelé Amálčiny. Výše jsem psal o tom, jak Andrea přidává sama sobě víc a víc zátěže, což může být v její situaci nebezpečné. Zdá se mi však, že taková zátěž vůbec nemůže konkurovat zátěži, kterou do Andreina života přináší její stínová tchýně. Vnímám obrovskou frustraci, kterou Andrea prožívá kvůli tomu, že s takovou ženou musí vůbec jednat a že musí řešit všechny problémy, které jí Alžběta způsobuje.

„...nemoc a její babička si usmyslela, že to nejlepší pro Amálku bude, když jí do péče dostane ona, takže vlastně chtěla střídavou péči s partnerem, takže se soudili. A vlastně pro případ, jako kdyby se něco stalo s mužem, tak to bych úplně šlela, kdyby se Amálka vlastně dostala jí do rukou.“

Je patrné, že Andrea nesouhlasí s Alžbětinými postoji a hodnotami a že se jí nelíbí, jaký má babička vliv na Amálku. Má na Alžbětu poměrně vyhraněný názor, který mi však přijde opodstatněný. Rád bych sdílel pár úryvků toho, kde Andrea popisovala, co jí na Alžbětě a jejím vlivu na její osvojenou dceru nejvíce vadí.

„...maminka Amálky maminky, tak to je toxickej narcis, kterej kope kolem sebe a vlastně si odřezává všechny lidi a je přesvědčená, že to dělá správně jenom ona a my všichni bereme prášky a jenom ona je letadlo.“

„Pokud to neděláme přesně jak si to přeje ona. Takže jakýkoliv jiný výstupy, špatně. Takže jsem se smířila s tím, že všechno dělám špatně, tak si to dělám alespoň příjemným způsobem, ale trval to, trvalo no.“

„...ona chtěla vlastně Amálku furt a kdykoliv a pořád a tím, že jí dává jakoby pohled na ten svět. My jsme třeba doma vůbec nepoužívali slovo škaredý... Amálka se vždycky od ní vrátí a všechno je vlastně škaredý.“

Přijde mi, že situace se stínovou tchýní byla a je pro Andreu velmi náročná a zatěžující a že pro ni bylo opravdu těžké pochopit, proč se Alžběta chová, tak jak se chová a nebrat si věci, které říká, tolik osobně. Z Andrey mám pocit, že je velice upřímný člověk a že ráda řeší věci napřímo, tak jak jsou, proto jí i podle mého názoru tolik rozhodily dle Andreina lživá tvrzení, která Alžběta prezentovala u soudu. Myslím, že to vnímala jako velkou nespravedlnost už jen proto, že si myslí, že je pro svou dceru opravdu dobrou matkou a že jí předává do světa ty správné a zdravé hodnoty, což je podle ní opak toho, co jí předává její babička.

3.8.4.4 Amálka

Vím, že na tomto světě existuje mnoho lidí, kteří nemají dobrý vztah k dětem z jiných manželství a kteří je neberou jako vlastní. Andrea je dle mého názoru úplně přesný opak. Všímám si, jak hrozně moc Andree záleží na tom, aby byla Amálce dobrou matkou a s jak obrovskou vervou se snaží zalepit díru, která zůstala v Amálčině životě po smrti její biologické matky.

„Ona Amálka je skvělá holčička. Ona je hodně empatická. A já myslím, že ona to cítí tím srdíčkem dobře, že jako maminku měla, ta už umřela, že jsem tady já, že jsem prostě její maminka, že to tak je. Ona samozřejmě ví, že nejsem její...“

Už v předchozí podkapitole jsem se krátce zmínil o střetu hodnot mezi Alžbětou a Andreou, ale v této podkapitole bych to rád více rozvedl. Z rozhovoru se mi zdá zřejmé, že Andrea nesouhlasí s hodnotami a názory, které babička předává Amálce.

„Takže se snažíme napravovat to, aby viděla ten svět těma krásnejma očima, že není prostě chudinka celoživotní, že sice nemá maminku, ale že já jsem prostě tady a máma je ten, kdo se stará, ne ten, kdo je biologickéj.“

„Babička je prostě rasista a nenávisťnej xenofóbní člověk, takže tam jako zažehluju, co se dá no.“

Andrea dává velký důraz na to, aby se Amálka necítila jako oběť, která nemá maminku, protože ta biologická jí umřela. Situaci chápu tak, že Andrea nechce, aby se Amálka litovala a neustále myslela na to, že jí její rodná maminka umřela, ale zároveň nedělá, že se to nestalo a je připravena Amálku kdykoliv vyslechnout. Amáliina babička má však podle Andrey odlišný názor a ukazuje to i svými činy. Když jsem v rozhovoru slyšel, co prý babička svojí vnučce dělala, nevěřicně jsem kroutil hlavou.

„Ona měla zálibu jí prostě pokaždý, když se viděli jednou za ten měsíc vzít na hřbitov a to nám jako nepřišlo úplně dobrý, že vlastně ona jí podsouvala, že ona je ta chudinka bez maminky, což prostě není pravda.“

3.8.4.5 Večerní chvílky psychologie

Rád bych zmínil i to, jak Andrea popisuje to, jakým způsobem přistupují se svým manželem k sebepoznávání svých dětí a jak celou tuto stránku výchovy vnímá, protože pokud to tak opravdu je, tak myslím, že může jít příkladem mnohým rodičům.

„A v tomhleto směru s dětma spíš se snažíme mluvit o těch pocitech, zpracovávat ty emoce. Máme i takový emoční kartičky a vlastně vést ty děti k tomu, že když mají nějaký problém, že se s tím dá něco dělat, řešit hned a víc takový to well-being“

Myslím, že i tu je velmi dobře vidět to, jak moc se Andrea snaží být dobrou matkou a to, že o věcech ohledně výchovy svých dětí opravdu přemýšlí a dává do ní mnoho úsilí. Také reflektovala to, že jsou s manželem zatížení poměrně hektickými životy, a tak nemají na děti tolik času, kolik by si třeba představovali. Jsem však toho názoru, že i taková reflexe ukazuje to, že má Andrea opravdu zájem o to, dát svým dětem, co nejvíce může.

„...taky jsme semletý samozřejmě tempem dnešního světa, ale taky se snažíme najít chvílky, protože prostě to duševní zdraví je důležitý, tak se je snažíme hýčkat.“

„...žejo přijdeme ze školy, udělat úkoly, udělat večeri a já pracuju a teď tohleto všechno no a pak večer není každéj den čas na to, abychom se krásně všichni namasírovali a pošimrali na zádičkách a... Pak máme já tomu říkám naše večerní chvílky psychologie, protože dcera vždycky, když je právě jako večer a má už spinkat a je těch devět hodin, tak se vytasí s nějakým těžkým psychologickým tématem: „Jako mami, já se nemám ráda.“ Já říkám tak to jo, tak to v půl desátý je úplně perfektní řešit, ale nehážu to prostě pod tu no... Snažíme se to zpracovat a nebo si říct, že zítra si o tom povíme víc. V tomhleto směru myslím, že oba s mužem to máme dobře nastavený, že se snažíme ty děti vlastně zpracovávat vlastně ty pocity a emoce a vlastně vědět co se sebou. Že, když se někdy vztekám, tak je to v pořádku, tak to prostě je. Že ty potlačovaný emoce jsou horší, než ty projevený.“

V rozhovoru zmínila Andrea i návštěvu psychologa, jehož navštívila společně se svojí dcerou a manželem. Všiml jsem si, že byla připravená slyšet, že není dobrá matka a že dělá spoustu věcí špatně. I zde mi přijde patrný její perfekcionismus a tendence dělat věci tak, jak nejlépe umí. Mám však dojem, že i její sebereflexe toho, jak dobře zvládá roli matky, není

vůbec nezdravá, i když mi přijde, že má tendenci se podceňovat. Zároveň si však myslím, že je hrdá na to, jak vychovává své děti, ale uvědomuje si, že má nějaké nedostatky a zdá se být ochotná na nich pracovat. V rozhovoru jsem si všiml a Andrea to i o sobě zmínila, že má tendenci poměrně často používat sarkasmus, a proto si myslím, že poslední věta první z následujících citací byla pronesena spíše v humorném duchu.

„I u psychologa byla, tak jsme si říkali: „Tak teď pojd'te do nás, co děláme jako rodiče špatně.“ A paní psycholožka: „Nic.“ A já říkám: „Jak nic? Vždyť já se třeba rozkřičím strašně a už jsem rozčilená a trpím a nejsem...“, „No t je v pořádku, to to dítě ví, na čem je. Že prostě jako nemáte nervy ze železa.“ Takže jako jsme byli pochválený i od psychologů. Jsme čekali, že dostaneme do těla, co děláme špatně jako rodiče. Tak asi to teda špatně neděláme, úplně špatně.“

“my jsme byli v šoku, jsme říkali ale ne, to přece musí jako něco. Jsme... ječíme, jsme takový ohnivý povahy. A paní psycholožka, že nee, to je lepší, než takový to pětidenní ticho a dusno.“

3.8.4.6 Spoustu milujících lidí

Podle mého názoru to, jak dobře se Andrea srovnává se svojí nemocí, není zapříčiněno pouze tím, že je sama o sobě silná osobnost, ale zejména tím, jaké lidi má kolem sebe a jakou podporu od nich dostává. V průběhu rozhovoru sama velmi hezky mluvila o celé svojí rodině a o tom, jak jí v nouzi neváhali pomoci. Z toho, jak o své rodině Andrea mluví, usuzuji, že v ní má opravdovou důvěru a že věří, že se na ní může spolehnout, díky čemuž se může cítit bezpečněji, protože ví, že i kdyby náhodou přišla nějaká další ataka, nebo cokoliv jiného, tak se může spolehnout na to, že jí rodina pomůže.

„Ježiši, to pomáhali úplně všichni. Moje ségra, mamča, partnerova maminka, to je moje druhá maminka, to mám taky velký štěstí na tchýni a opravdu kdo mohl. Jeho sestra určitě tady taky. No kdo mohl tak pomohl a moje sestřenky taky nabízely kdykoliv pomoc, to opravdu to musím říct, že máme opravdu v tý rodině krásný vztahy, že tady se podporujeme a že když někdo potřebuje, tak se mu pomáhá, takže myslím, že v tomhleto směru bych řekla, že je to takový jako uklimbávající, když řeknu že vlastně víme, že i když se někomu tane něco strašného, tak ta rodina drží při sobě.“

Co Andrea hodně v rozhovoru vytyčuje, je vztah s jejím manželem. Připadá mi, že si ho opravdu váží a že cítí, že se na něj může spolehnout a že jí bude vždy podporovat.

„No já myslím, že to mi vyšlo v životě asi úplně nejlíp (směje se). To mám fakt kliku... Jo já mám citlivého vnímavého pečujícího muže.“

Ještě bych rád uvedl krásný příklad toho, jak Andreina rodina nahlíží na její onemocnění, protože si myslím, že takový postoj je právě jeden z důvodů, proč si Andrea nedělá se svojí nemocí velkou hlavu.

„Tak ne, já jsem věděla, že jsem vždycky tak trochu magor, takže úplně v pohodě. Moje okolí mě takovou taky zná. Oni mě jenom chytli, my jsme celá rodina, my máme černej humor a sarkasmus, my to takhle jedeme všichni. Akorát se mi všichni smějou a říkají: „Na tebe jedinou přišli.“

3.8.4.7 Peklo v hlavě

Peklo v hlavě. Tak Andrea popisuje to, jak se cítila při první atace. Jak jsem už psal, první ataka se Andree spustila pravděpodobně kvůli velkému stresu a přetížení. Podle toho, jak popisuje své stavy při této atace, si myslím, že opravdu hodně trpěla a že si takovým menším peklem v podstatě prošla. Sama formu svých bludů připisuje vlastní představivosti.

„...já mám ohromnou představivost, takže já jsem si vlastně procházela, jak bych to řekla... peklem ve svojí hlavě a pokání a snažila jsem se odčinit hříchy za celý lidstvo a měla jsem pocit, že já když se sama jakoby obětuju, nechci říct obětuju, protože já jsem neměla sebevražedný myšlenky, ale že jsem jako měla pocit, že spasím svět no. A že si musím projít to peklo, takže já vlastně ve snech jsem měla šílený démonický prožitky.“

První ataku měla Andrea ještě před dětmi. Při té druhé však byl synovi rok a dceru měla osvojenou teprve krátce. Právě kvůli psychickému ze strany stínové tchýně, si Andrea myslí, že došla až do ataky, plus ještě v tu dobu nebrala medikaci po domluvě s jejím doktorem. Při druhé atace však ztratila na nějakou dobu paměť a musela podstoupit léčbu elektrošoky. Z rozhovoru usuzuji, že ztráta paměti udělala Andree v hlavě velký nepořádek a že jí způsobila mnoho problémů a trápení. Popisuje i jednu situaci, ze které mě mrazí krev v žilách.

„...já si až pamatuju, když jsem se vzbudila potom v těch Bohnicích. Jednou se pamatuju, že jsem se vzbudila, když jsem šla na ty elektrošoky, ale to jsem vůbec nevěděla, kde jsem, co se se mnou děje. To jsem si dokonce myslela, že mi jdou transplantovat srdce, protože jsem tam viděla mladou holčinu, která byla strašně bledá, tak jsem si říkala: „Aha tak jo, tak mám vlastně nedokážu se pohnout, tak asi jako mi funguje jenom mozek nic jinýho, no tak mi jdou vzít srdce a určitě ho dají tady slečně.“ Takže jsem měla takový hezký myšlenky.“

Co Andrea identifikuje jako problém je to, že za ní při hospitalizaci nikdo nemohl z důvodu covidu. Myslím si, že zrovna v jejím případě to muselo být opravdu těžké, protože se očividně dostala daleko pryč od reality a že kdyby měla možnost vidět své příbuzné a nejbližší, tak by se jí do reality pravděpodobně vracelo o hodně lépe. Další z důvodů, proč jsem toho názoru, že izolace od svých blízkých v léčebně měla negativní dopad na Andreu, je ten, že jí podle všeho bylo opravdu mizerně a vidět alespoň svého manžela či děti by pro ni bylo pravděpodobně velmi ulevující a uklidňující.

„No to byl právě průšvih, protože já jsem se vypla úplně. Já jsem ztratila paměť. Já jsem si nepamatovala, že sem se vdala a vlastně jsem si myslela, že se jako pořád jmenuju svým rodným jménem, takže já jsem úplně ztratila paměť a vlastně dávali mi elektrošoky tehdy v Bohnicích a pak jsem se přesunula do NUDZu, když už to bylo lepší, ale v těch Bohnicích byly ty elektrošoky a já myslím, že jsem až po čtrnácti dnech přišla k sobě, jakoby ke svému vědomí. Takže jsem si pomalu vlastně najížděla a byl problém, že hmm to bylo náročný, protože byl zovna covid a vlastně za mnou nemohl vůbec nikdo, takže to byla úplně totální izolace.“

3.9 Analýza společných témat

Už při přepisování a analýze rozhovorů mě samovolně napadala společná témata některých respondentek. Je možné, že to bylo z části způsobené povahou scénáře rozhovoru, který by mohl být méně direktivní, avšak některá společná témata se vynořovala úplně samovolně, bez toho, abych na ně přivedl řeč. Po zpracování všech jednotlivých analýz, jsem však ještě provedl analýzu všech analýz dohromady a vyšla mi z toho čtyři témata, která mi přijdou důležitá zmínit a která byla společná všem respondentkám.

3.9.1 Nespokojenost s psychiatrickými službami

Téma, které se objevovalo v každém rozhovoru, byla určitá nespokojenost s psychiatrickými službami, zvláště co se týče psychiatrických léčebe. Je známo, že psychiatrické služby v České republice nejsou úplně takové, jaké by měly být a že je na nich mnoho co zlepšovat. To, co však respondentkám nejvíce vadilo, byl neosobní přístup a nevhodné chování sestřiček v psychiatrických léčebnách. Většina respondentek zmínila, že rozumí tomu, proč je systém v psychiatrických léčebnách takový, jaký je a že někdy asi musí být přísné, aby vše probíhalo tak, jak má. Na druhou stranu většina respondentek také uvedla, že si z hospitalizací odnesly traumatickou zkušenost, či zkušenost blízkou traumatické. Marie se také zmiňovala o tom, že by bylo třeba zlepšit podporu pro samotné psychoticky nemocné

matky, které se při atakách či dekompenzacích nemohou řádně starat o dítě. Navrhovala druh sociální služby, která by stála na tom, že by si člověk mohl zaplatit sociálního pracovníka, který by pomáhal s výchovou dítěte v jeho domácím prostředí. Také jsem si všiml, že psychiatričtí pracovníci měly podle výpovědí respondentek jen malý zájem na tom, jak jim porucha komplikuje výchovu jejich dětí, či zda s nimi mají dostatečný kontakt při hospitalizacích.

3.9.2 V podstatě normální život

Snad každá z respondentek se zmínila, že žije v podstatě normální život, a to zejména díky medikaci. Musí si akorát dávat pozor na to, aby se zbytečně nepřetížily, či nestresovaly, aby tak neriskovaly vznik další ataky. Všechny respondentky i přes nárok na invalidní důchod však chodí do práce, pokud zrovna nejsou na mateřské dovolené a tvrdí, že je nemoc nijak zvlášť neomezuje. Jediné, kdy nemoc významně vstupuje do jejich života, je v případě psychotické ataky, která běžně končí hospitalizací. Avšak ani hospitalizace pro respondentky většinou nepředstavují žádný fatální problém. Sice vnímají hospitalizaci jako náročný, někdy až traumatizující proces, zato většina z nich se umí zaopatřit tak, aby bylo o jejich děti i domácnost dobře postaráno.

3.9.3 Sebevědomí ohledně výchovy

S pohledem na výchovu dětí a schopnosti být dobrou matkou to mají respondentky podobně jako s pohledem na běžný život. Připadá jim, že dávají dětem to, co potřebují, že je zahrnují láskou a že jsou opravdu dobrými matkami, zároveň jsem si však všiml, že ani sebekritika jim nechybí a že vnímají, že by mohly něco zlepšit. Podle mého názoru však toto sebevědomí ohledně schopnosti být dobrou matkou není vůbec neopodstatněné. Sice do jednotlivých domácností nevidím, ale všiml jsem si, že nad výchovou svých dětí opravdu přemýšlí a že jim opravdu záleží na tom, aby jejich děti byly co nejspokojenější a že o nich mluví velmi láskyplně.

3.9.4 Významný vliv okolí

Téma, kterého jsem si v rozhovorech často všiml je téma okolí, a to ve smyslu okolí lidí, které má dotyčný člověk vedle sebe. Zejména Andrea a Marie, ale i Pavla hovoří o tom, jak moc důležitá je pro ně podpora jejich okolí a že jen díky lidem, kteří jim vždycky ochotně pomohou, ať už je to rodina nebo přátelé, zvládají mateřství v pořádku a mohou si být jisté, že v případě ataky či dekompenzace jim někdo v blízkých pomůže a postará se o jejich děti. Naopak Monika sice dostává podporu od svých kolegů v práci a od svého otce, ale zato manžel

jí velkou měrou komplikuje to, jak se vypořádává se svojí životní situací, a dokonce ho identifikuje jako příčinu svých atak. Pavla se zase zmiňuje o tom, že má podporující rodinu, avšak její stínová tchýně ji přináší do života spoustu stres a také ji identifikuje jako jednu z hlavních příčin své druhé ataky. Na těchto příkladech myslím, že lze dobře vidět, jak velký vliv má na respondentky jejich okolí, ať už v oblasti zvládnání mateřských povinností, nebo z hlediska úspěšné léčby poruchy.

4 Diskuze

Když jsem hledal informace o dané problematice a četl výzkumy ohledně vlivu schizofrenie či jiných psychotických poruch na matky a mateřství, dozvěděl jsem se určité informace. Za dobu mého studia ať už ve škole nebo z učebnic, jsem se také něco dozvěděl a utvořil jsem si o těchto poruchách nějaký obrázek. Ve škole jsem se však naučil spíše druhy, příznaky, učebnicový průběh atd. Ve studiích jsem zase četl spíše o závislostech, problémech s medikací, problémech s emocemi, ale trochu už i nějakých problémech z běžného života psychotických pacientů. Z toho se mi v hlavě vytvořila určitá představa, jak asi takový život matky schizofreničky vypadá a že to nejspíše bude život plný chaosu a ne příliš kvalitní a zdravé výchovy. Nemohl jsem však být dále od pravdy. Zjistil jsem totiž, že respondentky, které se přihlásily na můj výzkum, žijí úplně normální život a že ani jednu z nich nemoc v žádném případě nedefinuje, ačkoliv v nějakých případech představuje větší nebo menší problém. Oslovilo mě, jak moc měly naplánovanou výchovu a s jakou zodpovědností k ní přistupovaly. Žádné drogy, neplánované těhotenství, život na hraně, nic takového. Setkal jsem se pouze s milujícími matkami, které své těhotenství a výchovu pečlivě naplánovaly a které svou poruchu výborně zvládají a mohly by jít příkladem i mnoha psychicky zdravým matkám.

Zpětně si všímám, že jsem při rozhovorech udělal spoustu chyb. Že jsem někdy šel málo do hloubky, že jsem se někdy bál více doptávat a že některé mé otázky byly více direktivní, než měly být. Vzhledem k tomu, že je to poprvé, co jsem něco podobného dělal, si uvědomuji, že je lidské, abych chyboval a že možná nebylo od věci se nepouštět rozebírání témat, o kterých jsem si myslel, že by mohly respondentky nějakým způsobem zranit či poškodit.

Co mi však přišlo na práci nejvíce obtížné, byla interpretace života jednotlivce na základě jednoho rozhovoru. Myslím, že se mi podařilo v respondentech vzbudit důvěru a vytvořit bezpečné prostředí k hloubkovému rozhovoru, avšak vnímám to, že neexistence dlouhodobějšího vztahu a omezení zisku informací na jeden rozhovor se podepsaly na kvalitě získaných dat a na kvalitě jejich interpretace. Jako další překážku v tomto ohledu vnímám nedostatečnou zkušenost, jak v dané problematice, tak ve výzkumných rozhovorech. Po těchto čtyřech rozhovorech si však myslím, že se zkušenostmi, které mám dnes, by rozhovory vypadaly pravděpodobně o hodně lépe a by pro mě bylo jednodušší vychytávat podstatné informace.

Z důvodu mnoha podstatných témat v rozhovorech, která mi přišla důležitá zmínit pro pochopení celých příběhů, přesahuje práce o několik normostran zadaný rozsah.

5 Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo porozumět zkušenostem matek s psychotickou poruchou, zejména co se týče mateřství.

Teoretická část práce obsahuje tři části, z toho dvě zaměřené přímo na některé psychotické poruchy a rozebírá jejich příznaky, průběh a vlivy na jedince a třetí část je věnována běžným problémům matek s psychotickou poruchou, zejména v oblasti těhotenství, rodičovství a medikace. První dvě části jsou zaměřené zejména na to, jaké příznaky má člověk s takovou nemocí bez vlivu medikace. V částech práce, kde respondentky popisují, jak prožívaly psychotické ataky, lze najít určité podobnosti. Je ovšem třeba podotknout, že ve zmírněném stavu pod vlivem medikace vypadají zmíněné poruchy velmi rozdílně. Ve třetí části je zmíněno hodně problémů ohledně změny psychického stavu v těhotenství a po porodu a také se v ní píše o přerušení medikace v těhotenství a následcích tím způsobených. Všechna témata zmíněná v předchozí větě se alespoň jednou objevila v rozhovorech, tedy alespoň z části souhlasí s teoretickými daty. Podle výpovědí respondentek si však nemyslím, že by kvůli jejich onemocnění strádal well-being jejich dětí. Ostatní témata se v rozhovorech nevyskytovala.

Výzkumná část práce je zaměřena na žitou zkušenost psychotických matek a obsahuje informace ze čtyř polostrukturovaných rozhovorů zpracovaných podle Interpretativní fenomenologické analýzy. Výzkumný vzorek obsahuje čtyři ženy, matky mezi 35 až 55 lety. Hlavní témata otázek v rozhovorech se týkala toho, jak respondentky vnímají mateřství, jak se podle jejich pohledu vztahují ke svým dětem a jak si myslí, že jim jejich porucha zasahuje či nezasahuje do mateřství. Z analýzy vykryštovalo několik témat pro každou z respondentek a ze závěrečné analýzy všech analýz vyšla čtyři témata, která se týkala běžného života, psychiatrických služeb, pohledu na výchovu a vlivu okolí.

Myslím si, že bakalářská práce splnila svůj cíl a že se mi opravdu podařilo zachytit, prozkoumat a popsat žitou zkušenost psychotických matek. Ocenil bych, kdyby psychotické poruchy podléhaly menší stigmatizaci, jelikož respondentky v této studii jsou dle mého názoru inspirativními matkami, které své děti vychovávají podle svého nejlepšího vědomí a svědomí a necítí se, že by je jejich diagnóza nějak omezovala v tom být dobrou matkou.

6 Seznam použitých informačních zdrojů

- Casiano, M.E., & Hawkins, D.R. (1987). Major mental illness and childbearing: A role for the consultation-liaison psychiatrist in obstetrics. *Psychiatric Clinics of North America*, 10:35-51.
- Corrigan, P.W., & Green, M.F. (1993) Schizophrenic patients' sensitivity to social cues: The role of abstraction. *American Journal of Psychiatry*, 150:589-594.
- Koutná Kostínková, J., Čermák I. (2013). Interpretativní fenomenologická analýza. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2013. s. 9-43. ISBN 978-80-210-6382-2.
- McNeil, T.F. (1987). A prospective study of postpartum psychoses in a high-risk group: 2. Relationships to demographic and psychiatric history characteristics. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 75:35-43.
- McNeil, T.F., Kaij, L., & Malmquist-Larsson, A. (1983). Pregnant women with nonorganic psychosis: Life situation and experience of pregnancy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 68:445-457,.
- McNeil, T.F., Kaij, L., & Malmquist-Larsson, A. (1984). Women with nonorganic psychosis: Pregnancy's effect on mental health during pregnancy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 70:140-148.
- Miller, L. J. (1997). Sexuality, reproduction, and family planning in women with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 23(4), 623–635.
- Montgomery, P., Tompkins, C., Forchuk, C., & French, S. (2006). Keeping close: mothering with serious mental illness. *Journal of advanced nursing*, 54(1), 20–28.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03785.x>
- Mowbray C., Oyserman D., Bybee D., & MacFarlane P. (2002) Parenting of mothers with a serious mental illness: differential effects of diagnosis, clinical history, and other mental health variables. *Social Work Research* 26(4), 225–240.
- Nolen-Hoeksema, S., Frederickson, B. L., Loftus, G.R., Wagenaar, W.A. (2012). *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda* (3. opr. vyd., H. Antonínová, překl.). Praha: Portál. (Originál byl publikován v roce 2009 s názvem *Atkinson & Hilgard's Introduction to Psychology*)

Orel et al. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada.

Silverman, M. M. (1989). Children of psychiatrically ill parents: A prevention perspective. *Hospital and Community Psychiatry*, 40:1257-1264.

Smith, J. A., & Shinebourne, P. (2012). Interpretative phenomenological analysis. In H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf, & K. J. Sher (Eds.), *APA handbook of research methods in psychology, Vol. 2. Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological* (pp. 73–82). American Psychological Association.

Stewart, D.E., & Robinson, G.E. (1993). Psychotropic drugs and electroconvulsive therapy during pregnancy and lactation. In: Stewart, D.E., and Stotland, N.L., eds. *Psychological Aspects of Women's Health Care: The Interface Between Psychiatry and Obstetrics and Gynecology*. Washington, DC: American Psychiatric Press. pp. 71-95.

Szymanski, S.R., Cannon, T.D., Gallacher, E, Erwin, R.J., & Gur, R.E. (1996). Course of treatment response in first-episode and chronic schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 153:519-525.

Walker, E., & Emory, E. (1983). Infants at risk for psychopathology: Offspring of schizophrenic parents. *Child Development*, 54:1269-1285.

**Posudek vedoucího bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta|: Jiří Hausmann

Obor studia: psychologie

Název práce: Rodičovství z pohledu matky trpící schizofrenií

Vedoucí práce: Mgr. Johana Růžičková, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 55

Počet stránek příloh:

Počet titulů v seznamu literatury: 16

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Soutěž¹ ano?

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		2		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

			3	
--	--	--	---	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

Metody práce

Soutěž¹ ano?

Vhodnost a úroveň použitých metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

--	--	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Soutěž¹ ano?

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

--	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

		2		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		2		
--	--	---	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

¹ Soutěž o nejlepší diplomovou práci. Zaškrtněte, pokud práci doporučujete na základě kvalit v dané oblasti hodnocení.

Návaznost kapitol a subkapitol

2

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

2

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

2

V diskusi zmiňujete, že jste si vědom toho, že jste se na některé věci dostatečně nedoptával. Konstatujete, že pakliže byste rozhovory vedl nyní, pravděpodobně by dopadly podstatně lépe. Můžete uvést některé konkrétní body v rozhovorech, kde by mohla větší zkušenost pomoci?

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Celkové hodnocení práce (*klady, nedostatky; v případě doporučení do soutěže o nejlepší DP uveďte nadprůměrné charakteristiky práce v souladu s Vámi výše označeným kritériem formální úrovně, obsahové reprezentativnosti, metodologie a přínosnosti práce pro teorii či praxi*):

Autor zvolil poutavé a důležité téma, totiž rodičovství matek s psychotickým onemocněním schizofrenního okruhu. Práce je rozdělena do dvou částí – teoretické a výzkumné, silnější část tvoří rozhodně referované výzkumné šetření.

Autora zajímala rodičovská zkušenost matek s diagnostikovanou schizofrenií, s nimiž vedl hloubkové polostrukturované rozhovory. Autor poměrně slušně zvládl samotnou metodologii výzkumu, jasně a přehledně popsal, jak postupoval. Neopomenul zmínit reflexi vlastního předporozumění a etické aspekty výzkumu. Samotné vedení rozhovorů mohlo být důkladnější, nacházíme v nich místa, u kterých by se zkušenější badatel více pozastavil, doptal se. Otázkou je, zda se jedná více o autorovu nezkušenost, či ostych spojený s danou diagnózou. Výsledky analýzy tak podle mě nemusí vždy plně odpovídat realitě, domnívám se, že rodičovství s touto diagnózou přináší více těžkostí, než je zde zmiňováno. Je ovšem věcí diskuse, jde-li o jistý sebeobraz, které si ženy-matky snaží udržovat, nebo výsledek menší schopnosti badatele dostat se v rozhovoru k hlubším obsahům. Autor sám si je ovšem této skutečnosti vědom, jak uvádí v diskusi. Nicméně i tak přináší šetření určitý pohled pod pokličku často opomíjené problematiky i zajímavé podněty k dalšímu zkoumání. O něco slabší je teoretická část práce, myslím, že je na ní patrný jistý časový stres autora. Základní přehled sice podává, ale především kapitoly týkající se samotného rodičovství mohly být jistě obsáhlejší. Počet zdrojů je poměrně nízký.

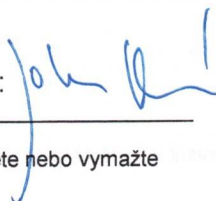
I po formální stránce má práce své nedostatky, objevují se chyby v interpunkci, shodě podnětu s přísudkem a některé stylistické neobratnosti. Práci doporučuji k obhajobě s hodnocením velmi dobře.

Doporučuji do soutěže o nejlepší diplomovou práci*

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: velmi dobře

Datum, podpis:



* nehodící se škrtněte nebo vymažte

**Posudek oponenta bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Jiří Hausmann
 Obor studia: Psychologie
 Název práce: Rodičovství z pohledu matky trpící schizofrenickou poruchou
 Oponent práce: PhDr. Magdalena Koťová, PhD.

Technické parametry práce:

Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh): není uvedeno

Přímé citace: není uvedeno

Ostatní text: není uvedeno

Celkový počet znaků: není uvedeno

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Oborová přílehavost tématu

	X	X		
--	---	---	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		X	X	
--	--	---	---	--

Formální zpracování

Soutěž¹ ano?

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

			X	
--	--	--	---	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		X	X	
--	--	---	---	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

			X	
--	--	--	---	--

Metody práce

Soutěž¹ ano?

Vhodnost a úroveň použitých metod

	X	X		
--	---	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	X	X		
--	---	---	--	--

Využití praktických zkušeností

	X			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Soutěž¹ ano?

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

X				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

			X	
--	--	--	---	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		X		
--	--	---	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

¹ Soutěž o nejlepší diplomovou práci. Zaškrtněte, pokud práci doporučujete na základě kvalit v dané oblasti hodnocení.

Návaznost kapitol a subkapitol

		X		
--	--	---	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		X	X	
--	--	---	---	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

X				
---	--	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Proč autor použil metodu IPA?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky; v případě doporučení do soutěže o nejlepší DP uveďte nadprůměrné charakteristiky práce v souladu s Vámi výše označeným kritériem formální úrovně, obsahové reprezentativnosti, metodologie a přínosnosti práce pro teorii či praxi):

Velmi oceňuji volbu tématu práce, zejména empirickou část práce jsem přečetla se zájmem, má jistý potenciál, nicméně celkově mám k textu práce výhrady.

Významnější výhrady:

V rámci zpracování teorie se vyskytují hlubší strukturální nekonzistence a nejasnosti – například není zcela jasně definováno, co je schizofrenie a co jsou psychotické poruchy, měla jsem dojem, že jsou dané termíny používány nesystematicky. Postrádám zmínku o pozitivních a negativních příznacích. Zpracování teorie na mne působilo jako příliš stručné a torzní.

Např. u subkapitoly 2.3.1 nerozumím poslednímu odstavci – jaký je jeho význam...

Teorie by dle mého názoru měla být propracovanější, hlubší a bylo by vhodné čerpat z více zdrojů (některé kapitoly jsou nepřiměřeně jednoduché, není ani jasné, jakého přesně období se týkají – „poporodní období“). V citacích se vyskytují chyby. Některé subkapitoly jsou čerpány pouze z jednoho zdroje, to by se dít nemělo.

Některé úvahy a kritické komentáře k teoriím jsou diskutabilní a působí na mne (zde jde o můj subjektivní dojem) – nepoučeně - například úvahy o tom, zda má dítě být s matkou trpící psychotickým onemocněním či ne. Autor vcelku velmi sympaticky a skromně poukazuje v textu na několika místech na svou malou zkušenost s tématem, nicméně se lze domnívat, že po třetím ročníku studia psychologie by bylo vhodné pokusit se o hlubší a erudovanější pojetí tématu – například toho, jaké všechny aspekty mohou hrát roli u tak složité otázky, jako je odebrání dítěte z péče matky. Lze se domnívat, že je vhodné téma nastudovat do větší hloubky.

U teoretické části práce postrádám nějaké závěrečné shrnutí a kritický komentář autora.

V rámci používání jazyka – vyskytují se chyby v Y/II, v interpunkci, slovosledu... Jazyk je místy příliš hovorový („opravdu pořádně přezkoumal“), doporučila bych jazyk práce zkultivovat. Doporučila bych používat slovní spojení „matky s psychotickou poruchou“ namísto „psychotické matky“ – v celé práci, ne jen místy.

V rámci empirické části mám jednu zásadnější výtku:

Zdá se, že původní záměr výběru participantek nebyl naplněn, bylo by proto vhodné dát si práci s tím, přeformulovat název práce a také cíle práce, nikoli pouze konstatovat, že jsou ve výsledku zkoumány příběhy jiných participantek (vzhledem k různorodosti vzorku participantek bych doporučila například zabývat se mateřstvím u žen s dlouhodobým duševním onemocněním). Zdá se mi, že v empirické části práce jsou pojednávány jako stejné ataky v rámci – zřejmě – manické fáze a ataky psychotické. Vzhledem k tématu bych uvítala informace o tom, jaký je věk participantek, kdy měly první ataku a jak dlouho se léčí. Uvítala bych informace o tom, jak byl vytvářen scénář rozhovoru. Verbatim rozhovoru chybí v přílohách, jde o zásadnější pochybení. V rámci diskuse nejsou pojednány limity práce, například ve vztahu k velikosti vzorku, nejsou pojednány limity zobecnění poznatků. Lze si také klást otázku po tom, jak byly participantky diagnostikovány, u tzv. schizoafektivní poruchy je diagnostika zajímavá – často sem spadají lidé s nejasnými potížemi...

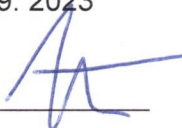
I přes uvedené výtky doporučuji práci k obhajobě a přeji autorovi mnoho štěstí.

Doporučuji do soutěže o nejlepší diplomovou práci*

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: dobře

Datum, podpis: 8.9. 2023



* nehodící se škrtněte nebo vymažte