

UNIVERZITA KARLOVA

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

**Stigmatizace osob s bipolární poruchou ve společnosti
Stigmatization of people with bipolar disorder in society**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

MUDr. Jiřina Ondrušová, Ph.D.

Autor:

Annamária Bihariová

Praha 2021

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí své práce MUDr, Jiřině Ondrušové, Ph.D. za podporu při studiu a také svému příteli za to, že mi byl vždy oporou.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Stigmatizace osob s bipolární poruchou ve společnosti“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

Annamária Bihariová

Anotace

Tato bakalářská práce je zaměřena na stigmatizaci osob s bipolární poruchou ve společnosti. Popisuje vznik a průběh nemoci a rovněž uchopuje stigmatizace jako fenomén dnešní společnosti, která pacienty s bipolární poruchou nebo jinou psychickou nemocí vnímá odlišně, častokrát k nim přistupuje jako k problému. Jsou zde zmíněny dopady sociální izolace, příčiny stigmatizace a problémy v začleňování do společnosti. Práce se zabývá také možnostmi péče o klienty s bipolární. Praktická část je věnována kazuistikám osob s bipolární poruchou, která přináší i návrhy řešení jejich konkrétní životní situace v možnostech sociální práce.

Annotation

This bachelor work is focused on the stigmatization of people with bipolar disorder in society. It describes the origin and course of the disease and also grasps stigmatization as a phenomenon in today's society, which perceives patients with bipolar disorder or other mental illness differently, often approaching them as a problem. The effects of social isolation, the causes of stigmatization and problems in integration into society are mentioned here. The work also deals with the possibilities of caring for clients with bipolar disorder. The practical part is devoted to the case reports of people with bipolar disorder, which also brings suggestions for solving their specific life situation in the possibilities of social work.

Klíčová slova

Stigmatizace, bipolární porucha, mánie, deprese, sociální služby, komunitní péče

Keywords

Stigmatization, bipolar disorder, mania, depression, social services, community care

Obsah

Obsah	5
Seznam zkratek.....	6
Úvod.....	7
1. Bipolární afektivní porucha.....	8
1.1.Příčiny a rozvoj onemocnění.....	9
1.2.Typy bipolární poruchy a její projevy v běžném životě.....	11
1.3.Zhoršení kvality života jako důsledek nemoci.....	13
1.3.1. Důležitost sociálního zázemí pacienta.....	14
1.3.2. Varovné signály suicidálního ohrožení nemocného.....	15
1.4.Kombinace farmakologické léčby a psychoterapie.....	17
2. Stigma a stigmatizace.....	19
2.1.Postoje a předsudky majority – nálepkování.....	21
2.1.1. Stigmatizace v médiích.....	23
2.1.2. Stigmatizace zdravotnickým personálem.....	25
2.2.Dopady stigmatizace.....	27
2.2.1. Sociální distanc.....	28
2.3.Psychoedukace.....	29
3. Systém péče o klienty s bipolární poruchou.....	31
3.1.Přístup sociálního pracovníka ke klientovi s BAP.....	33
3.1.1. Potřebné kompetence sociálních pracovníků.....	34
3.2.Záchranná síť pro osoby s bipolární afektivní poruchou.....	35
3.2.1. Program sociální rehabilitace.....	37
3.2.2. Služby poskytované osobám s bipolární poruchou.....	39
3.2.3. Organizace spojené s léčbou bipolární afektivní poruchy.....	40
4. Kazuistiky.....	42
4.1.Kazuistika – Karolína.....	43
4.2.Kazuistika – Jan.....	45
4.3.Kazuistika – Milan.....	49
4.4.Shrnutí.....	50
4.5.Diskuse.....	53
Závěr.....	55
Seznam použité literatury.....	57

Seznam zkratk

BP	Bipolární porucha
BAP	Bipolární afektivní porucha
WHO	World Health Organization
o.p.s.	Obecně prospěšná společnost
z.s.	zapsaný spolek
z.ú.	zapsaný ústav
o.s.	občanské sdružení

Úvod

Tématem mé bakalářské práce je Stigmatizace osob s bipolární poruchou ve společnosti. Duševním onemocněním trpí nemálo lidí v naší společnosti. Mnohdy se však stává, že přiznání nemoci ve svém okolí je pro nemocného více traumatizována zkušenost než samotné přijetí onemocnění. Příčinou tohoto ostychu jsou stále přetrvávající předsudky ve společnosti vůči duševně nemocným. Za stigmatizací stojí většinou nepochopení, nedostatek tolerance a představa, že nemocní představují jakousi hrozbu. Důsledky sociální izolace mají však velmi negativní dopady pro nemocného, snížení kvality života pro něj i pro jeho rodinu. Proto by mělo být zájmem celé společnosti tyto předsudky odstranit nebo minimalizovat.

Na toto téma jsem se zaměřila, protože se domnívám, že je potřeba přinést osvětu této nemoci a přiblížit laické veřejnosti problémy osob trpící bipolární poruchou. Důležitost vnímám i z toho hlediska, že jejich nemoc je často skrytá za rychlou změnou nálady, střídáním smutku až deprese s nekontrolovatelným výbuchem emocí, myšlenek, a to někdy i z minuty na minutu.

Mým hlavním cílem je poukázat na stigmatizaci člověka s bipolární poruchou v různých situacích každodenního života. Míru vlivu na rodinný či pracovní život. Míra stigmatizace osob se projevuje ve zdravotnictví, v rodině, v pracovním kolektivu či v partnerských vztazích. Mým záměrem je nastínit možnosti pomoci sociálního pracovníka. Záměrem práce je přispět také k osvětě a větší informovanost čtenáře.

V poslední části práce se budu věnovat třem kazuistikám, které přinesou vhled do problémů klienta s bipolární afektivní poruchou. V této kapitole také předložím možný návrh řešení jejich situace.

1. BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHA

Bipolární porucha je velmi těžké psychické onemocnění, jenž bylo v minulosti označováno jako maniodepresivní psychóza.¹ V současnosti existuje několik možností léčby bipolární poruchy, vyléčení se z této nemoci je však mizivě ne-li nulové. Pacientům tak přináší celoživotní břemeno v podobě nekontrolovatelných změn nálad, jednání s pocitem obrovské euforie, jindy se ocitají v hluboké depresi, mají sebevražedné tendence, trápí se. Důsledky BP poruchy ovlivňují nejen samotného pacienta, ale i jeho rodinu, partnera, děti či blízké okolí.

Paní profesorka Látalová zdůrazňuje, že pokud člověk onemocní BP, stává se celoživotně znevýhodněn. Během života pacienta se mohou jednotlivé epizody projevovat různým způsobem, pokaždé jinak. BP přirovnává k jízdě na horské dráze.²

Doubek mluví o BP jako „o závažném, biologicky podmíněném, duševním onemocnění, které je uspokojivě léčitelné, ale které svým průběhem hluboko zasahuje do života pacienta a také do života jeho rodiny, přátel a blízkých. Nemoc svým průběhem často zásadně a dlouhodobě mění vztahy pacienta s okolím.“³ Rovněž uvádí, že základní charakteristikou BP jsou výkyvy nálad, které mohou být více či méně výrazné, výkyvy myšlení, chování, tělesné aktivity, spánku.⁴

„BP se vyznačuje střídáním manických a depresivních epizod, respektive stavem remise. Přítomna může být i epizoda smíšená, která je charakterizována smíšenými, nebo rychle se střídajícími hypomanickými, manickými a depresivními stavy.“⁵

¹ Termín se užíval od poloviny minulého století – seskupoval patologie náladových stavů s cyklickým vývojem a zahrnoval formu bipolární a unipolární (bez manické fáze, ale s opakovanými depresemi.) Tyto dva aspekty dnes tvoří dvě různé podstaty. Maniodepresivní psychóza byla tedy oddělena od opakovaných depresí a stala se z ní bipolární porucha. Definice se rozšířila s použitím důkazů z oblasti genetiky, vývojové psychologie a klinických důkazů. - GAY, Christian. *Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy*. Praha: Portál, 2010. Rádcí pro zdraví, str. 28.

² LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada), str. 13.

³ DOUBEK, Pavel. *Průvodce bipolární poruchou: pro pacienty, jejich rodinné příslušníky a blízké*. Praha: Maxdorf, 2013, str. 8.

⁴ Tamtéž, str. 8.

⁵ LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada), str. 21.

Bipolární porucha vzniká obvykle před 30. rokem věku, průměrný věk pro počátek onemocnění je 21 let. Četnost BP se uvádí v rozmezí 0,5 až 1,5 %.⁶

Každý člověk prožívá věci, jenž jej v životě potkají, někdy více či méně příjemné, události ovlivňující jeho chování, myšlení skrze svou výjimečnou osobnost – individualitu. Člověk, který ztratí schopnost ovlivnit svůj život, rozhodovat se, ztratí zároveň svou duševní rovnováhu. Někdo se z této krize vrátí zpátky do duševní stability, obohaten o zkušenost, jiný ji prožívá mnohem intenzivněji, hlouběji. Může jej zcela pohltnout, člověk ztrácí nad sebou kontrolu a vůli cokoliv změnit k lepšímu.

První příznaky nemoci bývají často skryty. Odhalení bipolární afektivní poruchy je i pro odborníka nesnadný úkol. Stanovení diagnózy trvá průměrně osm let. Během tohoto období může pacient vystřídat čtyři až pět lékařů. Ke stanovení diagnózy může přispět pouze vývoj nemoci. Počáteční znaky jsou velmi různorodé a nedají se okamžitě rozeznat jako projevy BP. Může jít o skryté, slabé náznaky, které se mohou ukrývat pod maskou krizí v období dospívání nebo v neadekvátních reakcích na události. Prvním příznakem nemoci může být rozchod, rozvod, autonehoda, propuštění z práce.⁷

1.1. Příčiny a rozvoj onemocnění

Látalová uvádí, že pro vznik BAP je nutný vrozený předpoklad a součinnost stresu. „*Biologicky podmíněný předpoklad způsobuje buď nadměrnou, nebo nedostatečnou produkci neuromediátorů⁸ v mozku nebo způsobuje nízkou nebo nadměrnou senzitivitu receptorů. Případně se tyto dispozice mohou kombinovat. Při překročení tolerovaného výkyvu může vést k poruše nálady – bipolární afektivní epizodě.*“⁹ Genetické predispozice se nemusí v průběhu života vůbec projevit. Předpokladem pro vznik nemoci se stávají v případě, že nastane situace, která způsobí jejich aktivizaci. Jde o vliv životní události nebo stresujícího zážitku. Vznik BP tedy předpokládá kombinaci různých biologických a sociálních vlivů. Člověk s nadměrnou citlivostí a zvýšenou zranitelností nemusí bipolární poruchou

⁶ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál, 2012, str. 371.

⁷ GAY, Christian. *Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy*. Praha: Portál, 2010. Rádcí pro zdraví, str. 17.

⁸ molekuly umožňující směrovaný přenos nervového signálu přes chemickou synapsi

⁹ LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada), str. 64.

onemocnět, záleží na okolnostech v jeho životě. „*Kombinace specifické – vrozené zvýšené zranitelnosti a negativních životních událostí může vést ke snížení adaptace na stres s postupnému rozvoji biochemických změn v mozku, které vyústí do deprese či mánie.*“¹⁰

Když jeden z rodičů trpí BAP, má jejich potomek 24% riziko onemocnět. Jestliže BAP trpí oba rodiče, je toto riziko 55 %.¹¹

V případě, že jsou emoce velmi intenzivní, jsou nekontrolovatelné, síla těchto emocí trvá neobvykle dlouho, stávají se zničující nejen pro člověka samotného, ale i pro jeho rodinu a nejbližší okolí. Jedná se o zážitky z minulosti, smutek ze ztráty partnera, citová deprivace, sexuální agrese v dětství, problémy v partnerských vztazích, profesní problémy, finanční potíže, opakovaný stres – pracovní přetížení, nedostatek spánku. Častokrát dochází k ignorování přirozeného životního rytmu. Bolestné zážitky, zátěžové situace mohou odstartovat depresivní nebo manické epizody.¹²

Christian Guy zmiňuje, že v manické fázi bývá pacient nejohroženější. Ničeho se nebojí, vše je pro něj dosažitelné a téměř na dosah. Mluví o bezuzdné nevázanosti. Příčinou vzniku může být i mimořádně pozitivní událost, jako je svatba, narození dítěte, povýšení v práci. Dochází k nerozpoznaným excesům, bez varování, kdy se pacient stává obětí svého onemocnění.¹³

Popudlivost, která je průvodním jevem BP, bývá často zdrojem konfliktů. Tyto neshody se stávají velkým problémem nejen pro samotného pacienta, ale i pro jeho rodinu, přátele a kolegy. Podněty způsobující konflikt a agresi jsou různé. Pacient má dojem, že mu nikdo nerozumí, s nikým nemůže najít společnou řeč, cítí se být ohrožen. Mnohdy má dojem, že je omezováno jeho svobodné jednání a rozhodování a neustále musí stát před překážkami a bojem se spravedlností. Pacient vnímá okolí jako zástup nepřátel, kterým musí čelit, a tak prosazuje svá práva velmi ostrou kritikou vůči ostatním. Mezi další symptomy BP patří hyperaktivita – prodloužený den. Častokrát vstanou brzy ráno, vzbudí ostatní členy rodiny, dožadují se společnosti, mají tendenci plánovat „velké věci“. Vrhnou se do uklízení,

¹⁰ PRAŠKO, Ján. *Bipolární afektivní porucha: příručka pro nemocné a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf, 2004, str. 33.

¹¹ LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada), str. 67.

¹² GAY, Christian. *Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy*. Praha: Portál, 2010. Rádci pro zdraví, str. 41.

¹³ Tamtéž, str. 17.

přerovnávání, stěhování nábytku. Tyto činnosti mohou propuknout i uprostřed noci, jednak proto, že ukládání ke spánku odkládají na pozdější dobu – na úkor spánku chtějí prodloužit denní činnosti. V manické epizodě se mohou objevit také blouznivé představy, někdy i mystického charakteru, anebo stíhomam. Zdrojem konfliktů je i přehnané utrácení, které se v mánii velmi často vyskytuje. Pacient nemá zábrany, nevidí problém koupit cokoli, byť je koupě nevýhodná, nebo je v jeho situaci škrtem přes rozpočet. U bipolární poruchy existují i případy příležitostné závislosti na alkoholu nebo nadměrné konzumace cigaret. Dalším znakem bipolární poruchy jsou nestabilní a bouřlivé partnerské vztahy nebo bezuzdné sexuální aktivity. Je běžné, že u pacientů s BP se vyskytují sebevražedné tendence v období deprese. Typické pro toto období je i omezení denních aktivit, pesimistický pohled na svět, odmítání kontaktů s okolím, sociální izolace, výčitky, přerušování oblíbených činností, změna potřeby spánku.¹⁴

„Podle údajů WHO patří bipolární porucha mezi deset nejdražších nemocí s nejhroššími následky. Úmrtnost postižených osob je dvakrát až třikrát vyšší než celkový průměr úmrtnosti populace. U pacientů s bipolární poruchou je mnohem vyšší riziko sebevraždy – u neléčených pacientů se zvyšuje na deset až patnáct procent.“¹⁵

Rodina, partneři nebo i okolí pacienta považují příznaky manické epizody za schválnost. Jeho jednání označují jako negativní povahový rys, který nelze příliš ovlivňovat. Nemocní jsou obviňováni z toho, že BP jen odhalí pravou tvář jejich osobnosti. Pro jejich partnera a okolí je toto odhalení nepřijatelné, což se se neslučuje s pravdou ani v malé míře. BP má manické i depresivní příznaky, které se dají správnou léčbou stabilizovat tak, že se výkyvy v náladě minimalizují nebo nejsou patrné vůbec.¹⁶

1.2. Typy bipolární poruchy a její projevy v běžném životě

BP se obvykle projevují v dospívání. Není však snadné v tomto období věku určit správnou diagnózu. Příčinou je, že se symptomy zaměňují s projevy dočasné krize, které je pro období dospívání charakteristické. Na základě střídání hypomanických,

¹⁴ Tamtéž, str. 20-25.

¹⁵ Tamtéž, str. 27.

¹⁶ DOUBEK, Pavel. *Průvodce bipolární poruchou: pro pacienty, jejich rodinné příslušníky a blízké*. Praha: Maxdorf, 2013, str. 14.

manických nebo depresivních epizod rozdělujeme bipolární poruchu do třech typů: bipolární porucha I (BP I), bipolární porucha II (BP II), bipolární porucha (BP III).¹⁷

- **Bipolární porucha I (BP I)** – typické se střídáním manických a depresivních epizod s obdobími úplné remise. Diagnóza se určuje hlavně v manické epizodě.
- **Bipolární porucha II (BP II)** – pacient nejdříve upadne do deprese, která se následně změní v hypomanickou epizodu. Chybí zde rozvinuté manické epizody, plně vyjádřená mánie se u pacienta nevyskytuje.
- **Bipolární porucha III (BP III)** – depresivní stavy jsou střídané manickými epizodami. Mánie je však důsledkem léčby antidepresivy (nebo s jinými látkami s účinkem na náladu).¹⁸

Bipolární stavy nemocnému přináší mnoho krušných chvil. Těžce prožívá vypjaté situace, ať už se jedná o depresi nebo fázi mánie. Je to zkouška nejen pro něj, ale rovněž pro rodinu a blízké. Každodenní činnost může vést nejistotě a možnému konfliktu se sebou samým, ale i s okolím. V této podkapitole se zaměřím na to, jakým způsobem se projevuje manická a depresivní epizoda v běžném životě pacienta.

▪ **Mánie**

Základním znakem mánie je porucha nálady. Typická je nálada povznesená, podrážděná nebo expanzivní. Tento stav může trvat minimálně týden.¹⁹

Manická epizoda se projevuje třemi způsoby: **přehnané změny nálady**, **zrychlené myšlení** a **hyperaktivita**. Pacient v této fázi je euforický, veselý, cítí se výborně, duševně i fyzicky. Nemá pocit, že by byl nemocný, pokud by mu to někdo naznačil, může reagovat podrážděně. Dle Látalové, většinou se ohrazují tím, že je to jejich skutečná povaha, nepotřebují žádnou léčbu. K odpočinku pacientům stačí pouze málo hodin, mají sníženou potřebu jídla a tekutin. V každém směru se cítí spokojení a úspěšní. Mohou být hypersexuální, mají tendenci k promiskuitě. Pacienti dělají nepromyšlená rozhodnutí, nemají společenské zábrany, často se mohou stát pro své okolí až nesnesitelnými. Mánie vede často k hospitalizaci.

¹⁷ Tamtéž, str. 11.

¹⁸ DOUBEK, Pavel. *Průvodce bipolární poruchou: pro pacienty, jejich rodinné příslušníky a blízké*. Praha: Maxdorf, 2013, str. 11.

¹⁹ LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada), str. 21.

Dalším znakem manického stavu je zrychlené myšlení. Příznačným pro mánii je logorea – chorobná povídavost nebo přival slov. Nemocní je schopen mluvit několik hodin bez přestávky, často střídá nejrůznější témata, může oslovovat neznámé osoby. V některých případech může logorea vést k takzvanému slovnímu salátu, což je důsledek velmi zrychleného myšlení – myšlenkového trysku. Pacientův projev je nesrozumitelný.²⁰

Popis zrychleného myšlení přiblížím následující citací: „*Tzv. trysk myšlenek je podřízen vlivu vnějších okolností. Pacientovy nálady vybuchují. Proplétají se navzájem a navzájem se zaměňují. Pacient přijímá všechny informace z vnějšku jako citlivá sonda a začleňuje je do svého slovního projevu. Tato roztěkanost přetrvává a ovlivňuje jeho zrychlené myšlení.*“²¹

Třetím charakteristickým znakem mánie je hyperaktivita. Člověk nemá představu o čase, nevnímá den a noc. Pacienti nemusí spát celé dny, únavu si nepřipouští.

▪ **Hypománie**

Patří mezi lehčí stupeň afektivní poruchy. Hypománie má totožné znaky jako manický stav, avšak s tím rozdílem, že projevy jsou slabší s menší intenzitou. Pokud příznaky trvají alespoň 4 dny lze u pacienta diagnostikovat hypomanický stav. Protože manické příznaky nejsou tak viditelné, lze ji zaměnit za relaps. Aby nedošlo k chybě, je proto velmi důležité pracovat nejen s pacientem, ale i s jeho blízkými. Pohled rodiny na to, jak se u nemocného projevují jeho změny nálady, je nedílnou součástí při stanovení správné diagnózy.²²

▪ **Deprese**

Pacienti nacházející se v této fázi nemoci ztrácejí energii, kterou měli v mánii. Dostanou se do útlumu, prožívají hluboký smutek, pocitu zmaru a vlastní bezvýznamnosti. Prožitky jsou velmi individuální, mnohé se však pohybují na existenciální úrovni. Proto je více než nutné s nemocnými komunikovat s porozuměním, tolerancí a trpělivostí.

Látalová charakterizuje depresivní epizodu ztrátou životní energie, neschopností se rozhodnout, pomalostí myšlení a přesvědčením, že nic nemá cenu.

²⁰ Tamtéž, str. 21-23.

²¹ GAY, Christian. *Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy*. Praha: Portál, 2010. Rádcí pro zdraví, str. 34.

²² Tamtéž, str. 36-37.

Objevují se pocity zoufalství, ztrácí schopnost najít v něčem radost, těšit se z maličkostí. Činnosti, které mu dříve přinášeli potěšení, stávají se lhostejnými. Nenacházejí klid ani v spánku, který je přerušovaný, krátký a celkově nekvalitní. Naopak přes den mohou být pacienti až nadměrně pociťovat únavu a přespat celý den. Běžně se objevují pocity sebeobviňování a pocity nicotnosti. Hlavní úvahou během depresivní epizody je ukončení života, jako jediného možného východiska z utrpení. Sebevražda je největší hrozbou bipolární afektivní poruchy.²³

Jak jsem již zmínila deprese ovlivňuje celou řadu činností nemocného, je to hluboký zásah do každodenního života pacienta. Celkový duševní neklid se často promítá do tělesných příznaků, které jsou důsledkem imitace fyzické nemoci.

„Biologické pochody v organizmu jsou velmi úzce spjaty s naší náladou. Centra v mozku jsou odpovědná za prožívání nálady, jsou spojena s centry pro regulaci hormonů a vegetativního systému. Proto při změnách nálady dochází často k pestrému obrazu tělesných potíží. Objevuje se únavnost, nevykonnost, napětí nebo slabost ve svalch, bolesti břicha, páteře, nespavost, snížená nebo zvýšená chuť k jídlu, hubnutí, pocení, zácpa, zhoršuje se zapamatovat si i vybavnost paměti, závratě, bušení srdce.“²⁴

1.3. Zhoršení kvality života jako důsledek nemoci

Bipolární porucha představuje pro pacienty významné omezení v profesním i partnerském životě. Vše závisí od typu BB, od klinických projevů v depresivní fázi. Je však jisté, že průběh nemoci je velmi těžký a v mnoho případů může vést až k částečné nebo celkové invaliditě nemocného.

Christian Gay uvádí některé výsledky evropské studie – EMBLEM. Ve čtrnácti zemích u 3 500 pacientů zjistila, že pouhých 42 % osob s BAP má partnera, 75 % trpí negativními reakcemi v rámci svého profesního postavení a dvě třetiny z nich si stěžují na zhoršenou kvalitu života. Dopady na profesní život partnera jsou markantní, jen 40 % mají stálou práci, 60 % pacientů musí čelit nezaměstnanosti, 32 % případů pozoruje snížení příjmů.²⁵

²³ LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada), str. 28.

²⁴ PRAŠKO, Ján. *Bipolární afektivní porucha: příručka pro nemocné a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf, 2004, str. 28.

²⁵ GAY, Christian. *Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy*. Praha: Portál, 2010. Rádci pro zdraví, str. 45-46.

Je proto důležité, aby tyto dopady měly na pacienta co nejmenší vliv. Klíčem ke správné a zdárné léčbě a zároveň zastavení nebo omezení rozvoje negativních důsledků, je včasné rozpoznání příznaků BB. V opačném případě dochází k destabilizaci pacienta, ocitá se v sociální izolaci, jednotlivé epizody mají častokrát závažnější průběh. V kritické situaci může nemocný reagovat výrazně odlišným způsobem, dopouští se trestných činů, nebo ventiluje napětí sexuální agresí.

1.3.1. Důležitost sociálního zázemí pacienta

Každá duševní porucha přináší pocit nejistoty a obavu, jak na nemoc bude reagovat partner, rodina, blízcí a přátelé. Onemocnění ovlivní vztahy podstatným způsobem. Je nutné, aby rodina nemocnému naslouchala a brala v potaz skutečnost, že výkyvy nálad nejsou odrazem jeho charakteru, nebo jeho vztahu k partneru či členům rodiny, ale zrcadlem jeho nemoci. Nemůže za ně.

Je těžké neztratit naději a motivaci nemocného podporovat a pomáhat mu ve chvíli, kdy se epizody střídají, kdy je nejen pacient pohlcen emocemi, smutkem, vztekem, pocitem viny či nepochopením.

Ve společnosti převládá názor, že za duševní chorobu si může člověk sám. Rozvoj duševní nestability, která vede k nemoci samotné, může ovlivnit mnoho faktorů. Jak jsem výše zmínila, důsledky je vidět v různých sférách, jedna věc ovlivňuje druhou. Nemocní nejsou schopni ovlivnit řetězovou reakci důsledků, dominový efekt je někdy i nevyhnutnou realitou.

Když se projeví duševní onemocnění u blízké osoby, je zpočátku vnímáno jako rodinná tragédie. Rodina pacienta se cítí v nové situaci zmateně, neví, co podniknout. Nevidí řešení a zároveň vnímají, že se s touto skutečností nemohou svěřit přátelům, kolegům. Obávají se odsouzení a určité degradace jejich společenského postavení. Postupně prochází jednotlivými stadii vyrovnání s nemocí:

- popření nemoci,
- pocity viny,
- zármutek,
- přijetí nemoci.

Jak dále zmiňuje Doubek, z důvodu epizodického průběhu BP může rodina pacienta těmito stadii procházet v době krizí a relapsů opakovaně.²⁶

Pro rodinu nemocného je velmi důležitá informovanost. Jakým způsobem pomoci v těžkých, hlubokých depresích a jak se chovat k nemocnému ve fázi mánie.

Častou reakcí na chování blízkých osob s BP je agresivita. Ne vždy partner reaguje se soucitem a s empatií. I on podlehne emocím, návalům vzteku, lítosti. Důvody k agresivnímu chování je možné najít utrpení, nedorozumění. Blízkou osobu situace paralyzuje a už nemůže dál. Tato agresivita však nemusí být jednoznačně namířena proti nemocnému. Partner se cítí vyčerpaný, bez sil, vystresovaný. Jsou známé případy, kde se partneři pacientů pokusili o sebevraždu. Agresivita je i způsob, jak uvolnit napětí ve chvíli, kdy už partner nevidí jinou možnost, jak se zbavit únavy, strachu, pocitu bezmoci. Pokud partner ztrácí schopnost věci zvládat, může být agresivita předzvěstí deprese.²⁷

Jaký postoj zaujmout k onemocnění partnera nebo blízké osoby? Jak reagovat v kritických fázích? Jaká slova jsou vhodná, a která naopak ublíží? Neexistuje univerzální – správné jednání, které by se dalo použít pro jakoukoliv epizodu. Těžkosti jsou pestré, u každého individuální a často se mění. Následující citace zmiňuje několik zásad při soužití a komunikaci s pacientem:

- k nemocnému se chováme přirozeně, je nežádoucí chovat se k němu jako k bláznovi, je potřeba brát zřetel na to, že pacient neztrácí inteligenci, citlivost nebo schopnost se vcítit do druhých,
- podporovat nemocného v léčbě a užívání léků,
- schopnost získané informace správně vyhodnotit se zmenšuje, často velmi omezena,
- na přehnanou péči mohou reagovat nedůvěrou, vztahovačností, obranným vyhýbáním,
- nemocným dodává jistotu přímé a přesné chování, uznání, souhlas a podpora,
- respektovat potřebu nemocného na osobní prostor, potřebu klidu a samoty,
- pokud je chování nemocného sociálně příliš rušivé a změnu chování nelze dosáhnout domluvou, může to znamenat zhoršení zdravotního stavu, nutná konzultace s lékařem,

²⁶ DOUBEK, Pavel. *Průvodce bipolární poruchou: pro pacienty, jejich rodinné příslušníky a blízké*. Praha: Maxdorf, 2013, str.42.

²⁷ GAY, Christian. *Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy*. Praha: Portál, 2010. Rádcí pro zdraví, str.58.

- nadměrné množství podnětů, hluk, výrazné emoce vedou nemocného k emoční nestabilitě, zmatku. Důvodem je, že tyto informace není schopen rychle a správně zpracovat,
- v případě, že se objeví jakékoliv výroky o sebevraždě, nenechávat nemocného samotného, konzultovat s lékařem,
- včasné rozpoznání varovných příznaků nastupující epizody funguje jako příprava na kritickou situaci, lze tak přejít možným konfliktům a negativním dopadům,
- pokud se v průběhu epizody objeví výčitky, nadávky, hrubé chování, příčinou je onemocnění. I když je to pro partnera či blízkou osobu velmi těžké a zraňující, je důležité nebrat tyto projevy nemoci osobně.²⁸

1.3.2. Varovné signály suicidálního ohrožení nemocného

Bipolární porucha je vleklé a dlouhodobé onemocnění. Život s BAP, uvědomění si svého handicapu, jenž se projevuje v těch na prvních pohled nejsnazších každodenních činnostech – v lidské komunikaci, ve vztazích, je těžký životní úkol. Jedním z příznaků BAP jsou suicidální myšlenky. Riziko sebevražedného pokusu je v tomto případě mnohem vyšší než u běžné zdravé populace.

Sebevražda je symptomem řady duševních poruch. Lze říci, bez ohledu na diagnózu, že základním předpokladem pro přání ukončit život je beznaděj. Riziko je vysoké hlavně v prvním roce stanovení diagnózy, a to zejména u mladých pacientů. Bankovská Motlová mluví o suicidální ideaci, což jsou úvahy, plány, impulsy, touha zemřít. Může nebo nemusí obsahovat plánování a promyšlení samotného aktu sebevraždy. U BB je frekvence suicidální ideace vysoká, přičemž riziko je značné během smíšených epizod.²⁹

Pacient trpící BB vnímá suicidální akt jako jediné možné východisko z beznadějně situace. Hledá únik z pocitů způsobujících trýzeň a velkou psychickou bolest, která prochází celou jeho osobností. Látalová také udává statistiku spáchání sebevraždy u BB. Riziko u pacientu je až 15krát vyšší než u zdravé populace, asi

²⁸ DOUBEK, Pavel. *Průvodce bipolární poruchou: pro pacienty, jejich rodinné příslušníky a blízké*. Praha: Maxdorf, 2013, str.44.

²⁹ BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a František KOUKOLÍK. *Citový mozek: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, c2006, str. 320.

50 % pacientů si prožije během života aspoň jedním sebevražedným pokusem a až 15 % BB pacientů zemře sebevraždou.³⁰

Život pacienta s BAP ovlivňuje několik rizikových faktorů. Jejich působení a kombinace běžně vede k rozhodnutí skončit se životem. Stav paniky, rozchod, ztráta zaměstnání, domova, zázemí.

Každý náznak sebevražedných tendencí je třeba brát velmi vážně. Náznaky mohou být přímé i nepřímé, častokrát skryté. Mezi skryté náznaky patří například nezájem na jinak oblíbené věci. Nemocný nevyhledává mezilidský kontakt, straní se, v ničem nenachází štěstí a radost. Tyto znaky můžeme považovat za spouštěče sebevražedného jednání, a jednak za volání o pomoc. Doubek dále vyjadřuje názor, že není možné vždy zachránit pacienta před dokonanou sebevraždou. Hrozba suicidálního jednání se objevuje, když nemocný otevřeně hovoří o smrti, rád by zemřel, plánuje. Zajímá se o to, co udělat před smrtí (poslední vůle, rozdává věci).³¹

Látalová a Praško zmiňují faktory, které mohou predikovat sebevražedné jednání. Mimo jiné se zaměřují na vlivy negativních životních událostí v dětství. Různé formy zneužívání (fyzické, psychické, sexuální) mají pravděpodobně vliv na neurochemické mechanismy a sekundárně na chování v dospělosti. Představují výsledky studií, které ukazují, že pacienti s BAP, kteří trpěli zneužíváním, šikanou, traumatem, mají horší průběh onemocnění, jednotlivé fáze hůře zvládají a často se u nich vyskytují psychotické příznaky. Autoři mluví také o dalším častém jevu, který významně působí na spouštěče suicidálního jednání, přidruženém tělesném onemocnění. Studie rodin potvrdily, že somatické onemocnění zhoršuje průběh BAP, negativně ovlivňuje aktuálně probíhající epizodu, prodlužuje nástup remise, zhoršuje celkovou kvalitu života a přispívá tak k předčasnému ukončení života. Pacient vidí východisko pouze v aktu sebevraždy. 55 % bipolárních pacientů, kteří zároveň trpí chronickým somatickým onemocněním, zažívají horší průběh své nemoci, trpí těžšími fázemi s rychlými cykly a častěji páchají sebevraždy než pacienti s BAP somaticky zdraví.³²

³⁰ LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada), str. 36.

³¹ DOUBEK, Pavel. *Průvodce bipolární poruchou: pro pacienty, jejich rodinné příslušníky a blízké*. Praha: Maxdorf, 2013, str.61.

³² LÁTALOVÁ, Klára a Ján PRAŠKO. Bipolární afektivní porucha a suicidalita. *Česká a Slovenská psychiatrie*. Praha: Galén, 2009, **105**(3), 129-134.

1.4. Kombinace farmakologické léčby a psychoterapie

Hlavní léčebnou metodou pacienta s BAP je léčba farmakologická. Příznaky vyskytující se v průběhu lze zmírnit thymoregulátory nebo normothymiky. Nejpoužívanější je lithium, který stabilizuje náladu a zároveň úspěšně předchází suicidálním tendencím. Při manických záchvatech se užívá olanzapin, k prevenci depresivních i manických stavů se podává lék lamotrigin, quetiapin, clozapin a jiné.³³

Látalová zdůrazňuje, že psychoterapie má podstatný význam v prevenci epizod. Pacienta, který je pod neustálým tlakem negativních vlivů životních událostí posiluje, zvyšuje účinek psychofarmak, zlepšuje kvalitu a prodlužuje délku remisí. Kombinace léků a psychoterapie celkově pomáhá k lepším léčebným výsledkům. Psychoterapie je léčbou doplňkovou, podpůrnou, snižuje závažnost manických a depresivních epizod. Zároveň zlepšuje rodinné prostředí, vede pacienta k systematizaci. Základním cílem psychoterapie je edukace. Aby i tato léčba byla úspěšná, měl by lékař svého pacienta informovat o podstatě jeho nemoci, o průběhu a léčbě, naučit pacienta rozeznat časné příznaky nemoci. Prvním krokem lékaře je ověření, že pacient sám sebe vnímá, jako psychicky nemocného, přijal skutečnost svého onemocnění.

Mezi moderní psychoterapeutické přístupy patří:

- **individuální kognitivně-behaviorální terapie** – cílem je edukovat pacienta o nemoci a léčbě, cvičení dovednosti zvládat vliv psychosociálních stresorů, sledování příznaků BP, nácvik technik snižujících úzkost, plánování aktivit k potlačení depresivních tendencí,
- **interpersonální terapie sociálních rytmů** – trénuje pacienty, aby dokázali sledovat a částečně ovlivnit své cykly spánku a bdění, dodržování pravidelného režimu každodenních aktivit,
- **terapie zaměřená na rodinu** – cílem je zlepšení fungování v rodině, efektivnější komunikace, nácvik systematického řešení problémů, akceptace nemoci, rozpoznání spouštěčů pro vznik epizod v rodině,
- **skupinová psychoedukace** – alternativa rodinné terapie, základem je lepší akceptace své nemoci ve skupině, často považovanou za stigmatizující. Pacient se obeznámí se zkušenostmi ostatních.

³³ GAY, Christian. *Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy*. Praha: Portál, 2010. Rádcí pro zdraví, str.47.

Ve všech výše uvedených přístupech je zahrnuta určitá dovednost, která pomáhá pacientům zlepšit jejich společenské fungování, neztratit zaměstnání, předejít neshodám a problémům v rodině. Zlepšují pacientovy osobní vztahy, cvičí komunikační dovednosti a aktivně přistupovat k problémům.³⁴

³⁴ LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada), str. 183.

2. STIGMA A STIGMATIZACE

Psychické zdatnosti se ve společnosti připisuje důraz od počátku historie lidstva. Jedním z antických ideálů ve starověkém Řecku byla harmonie těla a ducha – *kalokagathia*, vyváženost fyzické a duševní dokonalosti. Jak je známo z minulosti, lidé s duševní nemocí byli často izolováni a na okraji společnosti. Pro majoritu představovali hrozbu, neměli pochopení k této odlišnosti, co přispělo k tomu, že předsudky a negativní postoje k psychicky nemocnému člověku přetrvaly. Nevole navázat sociální kontakt s lidmi s duševním onemocněním trvá dodnes. majoritní společnost se spíše kloní k možnosti se od lidí s tímto handicapem sociálně distancovat než na jejich problém nahlížet s pochopením. Postoj společnosti k problematice duševního zdraví zastává podstatnou úlohu při začleňování nemocného do pracovního i společenského života.

Ocisková a Praško v této souvislosti zmiňují stereotyp obrazu a duševně nemocným, který v sobě nese představu, že duševně nemocný musí být primárně blázen. Uvedený stereotyp autoři definují jako určitá očekávání na nezvyklé chování, nekontrolovatelnost. Ve společnosti převládá názor, že duševně nemocný je s velkou pravděpodobností nebezpečný a má sklony k násilnému jednání. Tyto očekávání vytváří iluzi o nebezpečnosti pacienta. Veřejnost proto sklouzne k názoru, že je potřeba zachovat výrazný odstup od těchto jedinců. Pacient se stává izolovaným i se svými problémy.³⁵

Na prolomení stigmatizace ve společnosti vůči duševním chorobám se zaměřila nestátní nezisková organizace Lomikámen, z.ú., která poskytuje sociální služby lidem s duševním onemocněním, cíleně na obnovu sociálních a pracovních dovedností. Službu poskytuje ambulantně i terénně. Realizuje sociální rehabilitaci a tréninkovou kavárnu. Jedním z cílů organizace je i usilovat o prevenci a osvětu duševních nemocí.

Webový portál stopstigma, kterého provozovatelem je Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, informuje o duševních problémech, snaží se zvýšit povědomí u veřejnosti i mezi profesionály, snižuje stigmatizaci a nálepkování. Pro nemocné funguje jako nástroj destigmatizace, jako podpora při zvládání obtíží své nemoci.

I přesto, že se možnosti léčby v průběhu let zlepšily, pacientům a jejich rodinám je poskytnuta sociální podpora, různé rehabilitační programy, tak se můžeme setkat

³⁵ OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada), str. 28.

s pacienty, kteří se bojí hovořit o svých problémech. Obávají se reakce nejbližších i širšího okolí, pronásleduje je pocit studu, sebeobviňování a ztráta vlastního sebepojetí.

Pojem stigma můžeme vnímat jako určitou stopu či znamení. Sociolog Eving Goffmann analyzuje stigma, které definuje jako nežádoucí odlišnost. Poukazuje na to, že ten, kdo je nositelem stigmatu, je ve společnosti chápán za někoho méněcenného, dokonce méně než člověkem. Důsledkem jsou různé formy diskriminace vůči stigmatizovanému, racionalizace nebezpečí, jež představuje. Majorita vytváří teorii stigmatu a člověk se stigmatem se stává její obětí, čímž se dostává na okraj společnosti.³⁶

„Stigmatizace osob s psychickou poruchou v sobě nese předpoklad o jejich morální slabosti, nebezpečnosti, kontaminaci a vině. Tyto postoje se opakují ve stereotypech, kterými jsou lidé s psychickou poruchou hodnoceni ve společnosti, v médiích a které odrážejí postoje k nim.“³⁷

Ocisková a kolektiv v článku uvádí, že studie doteď prokázaly souvislost kvality života nemocného se stigmatizací. Stigmatizace je sociálně psychologický proces, který ovlivňuje sebepojetí pacientů a vede je k sociální izolaci konče sociální fóbií vůči většinové společnosti. Ocisková dále definuje tři základní faktory, které se podílí na procesu stigmatizace:

- a) **neznalost** – chybí dostatečná informovanost o duševních nemocích,
- b) **předsudky** – negativní postoje,
- c) **diskriminace** – chování, které narušuje nebo omezuje práva a uplatnění pacienta.

Jak již bylo řečeno stigma ovlivňuje osobní i profesní život jedince. V této souvislosti dále hovoří o působení stigmatu na třech úrovních:

- **veřejná** – projevy stigmatizace ve společnosti, jak se projevuje v médiích, v kultuře, v postojích a zvycích,
- **strukturální (institucionální)** – projevy stigmatizace na úřadech, v zaměstnání, v organizacích,
- **osobní** – jak pacient hodnotí sám sebe.³⁸

³⁶ GOFFMAN, Erving. *Stigma: poznámky k problému zvládnutí narušené identity*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. Most (Sociologické nakladatelství), str. 13.

³⁷ OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada), str. 22.

³⁸ OCISKOVÁ, Marie, Ján PRAŠKO, Kristýna VRBOVÁ, et al. *Stigmatizace a sebestigmatizace u pacientů se schizofrenií. Česká a slovenská psychiatrie*. Praha: Galén, 2014, 110(5), 250-258.

Sociální stigma, vymezuje také Vágnerová, není skutečnou vlastní člověka, ale je mu sociálně přisouzeno. „*Vyplývá z určitého pojetí normality ve smyslu představy žádoucího standardu chování i vnějšího vzhledu.*“³⁹

Cesta k vyrovnání se s duševní nemocí je pro pacienta a jeho rodinu velmi náročná. Stigmatizace vede k diskriminaci a zároveň přispívá k tomu, že pacienta se dostane do začarovaného kruhu. Odezvou je pak tzv. druhotné onemocnění, které vzniká v důsledku stigmatizace, říkáme jí značkovací nebo nálepkovací reakce.

2.1. Postoje a předsudky majority – nálepkování

Obecně lze říci, že rodina je hodnocena dle toho, zda plní očekávání společnosti resp. její členové. Jak jsem zmínila, člověk s psychickou nemocí je většinou považován za potenciálně násilného a nebezpečného člověka, potažmo celá jeho rodina s sebou nese označení riziková rodina.

*„V některých kulturách také platí, že pokud onemocní někdo ze členů rodiny duševní nemocí, hanba padá na celou rodinu. To pak rodinu vede k utajování příznaků psychické poruchy u svého příbuzného.“*⁴⁰

Pacient musí čelit různým negativním podnětům, pod jejich tíhou dochází k tzv. selfstigmatizaci, kdy se diagnostikovaný člověk cítí méněcenný, má pocit, že si s nikým nerozumí a do tohoto světa nepatří. Mahrová také upozorňuje, že pacient pod vlivem „nálepky“ mění obraz o sobě samém. Díky nepochopení okolí se utvrzuje stigmatu a racionalizuje vše, co k němu vede.⁴¹

Častokrát jsou lidé s BAP i jinou psychickou nemocí označováni za blázny, jsou terčem posměchu, vtipů, a to jak v pracovním i domácím prostředí.

Pacient může být označen jako „magor, „psychouš“, feťák“. Mnohdy slyší také „Neblázni!“, „Nejsi na hlavu?“, „Ty jsi blázen?“. Ve společnosti panuje přesvědčení, že psychické nemoci nejsou pravé nemoci. Pacient si nemoc vymýšlí a měl by být odpovědný za své chování a odmítnout roli nemocného. Příliš svoji nemoc zveličuje, proto je třeba být k nim tvrdý. Setkat se můžeme i s názorem, že chce vzbudit i druhých lítost, na svoji nemoc se vylouvá a vyhýbá se odpovědnosti. Pro majoritu jsou to důkazy o tom, že je nutné mít psychicky nemocné pod

³⁹ VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014, str. 183.

⁴⁰ OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada), str. 37.

⁴¹ MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada), str. 129.

kontrolou a izolovaných. Proces označování pacienta za nebezpečného jedince, který vede ke ztrátě sociální role pacienta ve společnosti, má čtyři základní složky:

1. **značkování** – labelling: stojí na počátku procesu stigmatizace, etiketizace osobních charakteristik, jež jsou považovány za podstatnou odlišnost v komparaci se společenskou normou,
2. **stereotypie** – spojena s nepřijatelnými osobnostními znaky nebo projevy chování,
3. **separace** – rozlišení na „my“ a „oni“,
4. **ztráta pozice a diskriminace** – stigmatizováni jsou vyloučeni ze společnosti, nahlíženo s despektem a pohrdáním.⁴²

Samotná stigmatizace pacienta s duševní poruchou může mít větší negativní dosah než diagnostikovaná psychická nemoc. Vliv stigmatizace se projevuje ve vztazích v rodině, ve vzdělání, ve zdravotní péči, což se může odzrcadlit v celkovém přijetí diagnózy. Pacient si prochází hněvem, frustrací, nenávisí vůči ostatním lidem. Tyto emoční reakce mnohdy nemají přímou souvislost s prožíváním jednotlivých epizod BAP, jsou reakcí na stigmatizaci.

Komenda zdůrazňuje, že ten, kdo byl veřejností stigmatizován se bude velmi těžko zbavovat své nálepky. Ve společnosti totiž dominuje názor, že pokud je člověk označen nějakým negativním přívlastkem, tak mu toto označení zůstává, i když mu reálně již nenáleží.⁴³

Praško předkládá názor, že na psychopatologii se největší měrou podílí právě stigmatizace. Lidé, kteří trpí psychickými potížemi nevyhledávají odbornou pomoc, a to zejména z důvodu převládajícího stereotypu „psychiatrického pacienta“. Proto se např. lidé s hlubokou depresí dostávají k odbornému lékaři pozdě. Neurotické, úzkostné poruchy a poruchy nálady doprovázejí somatické nebo vegetativní projevy jako závratě, dušnost, nechut' k jídlu nebo hypertenze. Pro řadu pacientů představují tyto projevy jasnou příčinu jejich těžkostí, čímž se vyhnou nálepce duševně nemocného.⁴⁴

⁴² OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada), str. 25.

⁴³ KOMENDA, Antonín. *Sociální deviace: historická východiska a základní teoretické přístupy*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1999, str. 216.

⁴⁴ PRAŠKO, Ján. *Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010, str. 82.

2.1.1. Stigmatizace v médiích

Stigmatizace duševně nemocných velmi výrazně přispívá ke špatným výsledkům v léčbě pacienta a zároveň ztěžuje jeho reintegraci do společnosti. Největším přispěvatelem k stereotypizaci lidí s BAP jsou média, která patří k nejdůležitějším zdrojům informací o psychických poruchách pro veřejnost. Média jako hromadný sdělovací prostředek mají velkou moc ovlivnit názory, utvářet postoje společnosti, zároveň tedy i upevňovat předsudky a mýty o duševních onemocněních, které směřují k stigmatizaci pacientů.

Média všech kategorií mohou pozitivně či negativně ovlivnit život člověka, který se nachází, díky své diagnóze, v těžké životní situaci. Problémem jsou články nebo reportáže týkající se trestních činů. Pokud spáchá trestní násilný čin psychicky nemocná osoba, důraz je kladen spíše na nemoc, rovněž na spojitost mezi onemocněním a trestním činem než na samotnou tragédii. Díky médiím se tak zavádějí nepravdivé informace, čímž společnost přiděluje pacientům negativní nálepkou a potřebu jejich izolace od společnosti. Spojitost mezi duševní nemocí a odsouzeníhodným činem neexistuje.

Studie prokazují souvislost mezi negativní mediální představou osob s psychickou nemocí a negativním postojem společnosti. Ocisková uvádí, prezentace nemocných v médiích je natolik stigmatizující, že má přímý negativní vliv na pacienty i na sociální politiku. Zkreslují reálnou situaci, čímž výrazně přispívají k udržení stigma. Lidé s psychickými poruchami jsou v médiích líčeni jako nebezpečné osoby. I když se téma duševní nemoci vyskytuje v médiích často, popis je v mnohých případech zkreslený a zdůrazňuje viditelné odlišnosti a bizarní rysy. Dále autorka dodává, že je důležité snažit se masmédiu využít k prezentaci vyváženějšího obrazu psychiatrických onemocnění. Je nutné hledat kvalitní informace v odborné literatuře a také dát prostor samotným pacientům.⁴⁵

Národní ústav duševního zdraví v rámci projektu Destigmatizace vytvořil MediaGuide, jehož cílem je poskytnout novinářům, redaktorům, editorům, reportérům materiál jasně a přehledně poskytuje návod, jak citlivě, a hlavně

⁴⁵ OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebstigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada), str. 33.

zodpovědně přistupovat a pracovat s informacemi o psychicky nemocných lidech a těžkostech.⁴⁶

2.1.2. Stigmatizace zdravotnickým personálem

Každý pacient vnímá svůj problém velmi osobně, utrpení prožívá celou duší a tělem. Ve chvíli, kdy se odhodlá ke kroku svůj problém pojmenovat a řešit, navštíví odborníka, věří, že on bude ten, kdo je pochopí a pomůže.

Úloha odborníků je velmi důležitá, proto jejich názor ovlivňuje postoje společnosti. Je nutné podotknout, že je pro pacienta, klienta velmi podstatná zpětná vazba od lékaře či sociálního pracovníka.

Pro pacienta je velmi stigmatizující pocit lítosti a přehnaný soucit, stejně tak banalizace a odmítání jeho potíží. Je obtížně od svého lékaře slyšet věty jako, „vy to moc prožíváte, „život jde dál“, „netrapte se tím, obraťte list“. Pacient je ve všech ohledech jak tělesně, tak duševně před zdravotníkem absolutně odhalen. Odborník může postupem času přehlížet určité věci, ztrácí úctu k pacientovi, nereaguje na jeho nevyřknuté prosby, zaměřuje se pouze na diagnózu, příčiny nemoci se odsouvají do pozadí.⁴⁷ Takové jednání zdravotníka vede ke špatné léčbě pacienta a podněcuje rozvoj sebestigmatizace.

Lékař může, byť nevědomě, podnítit u pacienta sebestigmatizaci, a to nevhodným a neadekvátním pojmenováním jeho psychické situace. V případě, že použije slovo „trpět“ ve větě např.: „Budete trpět bludy po zbytek života, pokud se nebudete léčit.“ Pro pacienta je stigmatizující slyšet slovo „trpět“ ve spojení se svojí diagnózou, a navíc, že utrpení jej bude provázet po zbytek života. Podobný problém při vyjadřování lékaře nastínil Vácha a dodává, že slovo „trpět“ vyvolává u pacienta dojem, jako by bylo předem rozhodnuto o tom, co má prožívat. Není to lékař, kdo rozhoduje, jestli pacient trpí, ale pacient sám.⁴⁸

Dle názoru Ociskové, nemají psychiatři a psychologové tendenci stigmatizovat pacienty s BAP. U nemocných je brán zřetel zejména na střídající se příznaky samotné poruchy, které mohou markantním způsobem ovlivnit léčbu

⁴⁶ *MEDIAGUIDE: Informace, data a příběhy na jednom místě.* Národní ústav duševního zdraví. Klecany, 2018. Dostupné také z: <https://narovinu.org/wp-content/uploads/2020/03/mediag.4.3..pdf>

⁴⁷ VÁCHA, Marek Orko, Radana KÖNIGOVÁ a Miloš MAUER. *Základy moderní lékařské etiky.* Praha: Portál, 2012, str. 66.

⁴⁸ VÁCHA, Marek Orko, Radana KÖNIGOVÁ a Miloš MAUER. *Základy moderní lékařské etiky.* Praha: Portál, 2012, str. 67.

pacienta s BAP a koneckonců i jeho život. Tato odpovědnost v léčbě není vlastní, dle autorky, somatickým lékařům. Nedostatek porozumění a úcty vůči pacientovi vidí v nedostatku vzdělání. Chybí přesah u konkrétní somatické specializace do psychiatrie a schopnost porozumět duševní nemoci. Což je nutnou příčinou, že se pacient s BAP nedočká adekvátní a tím plynoucí kvalitní léčby. Pacienta s duševní nemocí mnohdy netíží pouze psychická nerovnováha, ale doprovází jej často i jiná onemocnění, která s touto duševní poruchou nemusí mít souvislost.⁴⁹ Jak Kutnohorská, tak i Höschl upozorňují, že „na nemocné s duševními chorobami je nutné pohlížet stejně jako na jakékoliv jiné nemocné, je potřeba je léčit a zaručit jim stejný přístup k péči jako u všech ostatních pacientů.“⁵⁰ Dle Höschla se stigmatizace duševně nemocných projevuje v celém zdravotnickém systému. Psychiatrická nálepka provází nemocného i v ordinaci některých řadových lékařů. Těžká deprese, úzkosti, schizofrenie nebo bipolární afektivní porucha se stává pro lékaře důvodem, aby na pacienta nahlíželi, jako na „simulanta“, a nešli do hloubky jeho somatického problému. Höschl popisuje převládající názory u lékařů, které se mnohdy totožné se stanovisky laické veřejnosti. „Kdyby ho vyhnali na pole, kde by pořádně pracoval, bylo by po depresi. S takovými názory se setkáváme stále, i když je dnes není dost dobře možné deklarovat veřejně. I přesto cítíte, že si to řada kolegů v duchu myslí.“⁵¹

Ocisková zároveň klade důraz na fakt, že určitým způsobem mohou stigmatizovat pacienty s BP i psychiatři. V případě, že se u duševně nemocného objevuje pouze mírná depresivní epizoda, tak je BP často zaměňována za neurotickou reakci, tedy depresi, která nemá biologický základ. V důsledku toho je na pacienta kladen tlak, aby se „vzchopil“ a „nepoddával se tomu“. Postoj lékaře je shodný se stanoviskem laické veřejnosti. U pacienta s BP může být problém s nevhodně zvolenou medikací. V jiných případech by bylo efektivnější i žádoucí, aby psychiatr psychofarmaka postupně zaměnil, jak ale míní autorka, lékař často sklouzne ke stigmatizaci u pacientů, kteří neodpovídají na jimi předepsané léky. Ocisková tvrdí, citují: „Mají tendenci to přičítat poruše osobnosti, s jejíž

⁴⁹ OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada), str. 84.

⁵⁰ KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada), str. 145.

⁵¹ JANÍČEK, Jeroným. *Cyril Höschl: kde bydlí lidské duše*. Praha: Portál, 2004, str. 161.

*diagnostikou si nedělají starosti a automaticky jí podle povrchních známek přisuzují.*⁵²

2.2. Dopady stigmatizace

Člověk, který onemocní BP, nemusí její příznaky zprvu rozeznat. To, že není něco v pořádku, vnímá, souvislost s duševním onemocněním, ale nevidí. Nepohodu bere spíše jako reakci na špatnou situaci nebo nepříjemnou událost.

Duševně nemocní lidé jsou společností téměř vykazováni k sociální izolaci. Protože jejich reakce na různé situace nejsou předvídatelné, lidé se jich bojí, považují je za neschopné fungovat ve většinové společnosti. Východiskem pro tuto skupinu lidí je pro mnohé dlouhodobá ústavní péče. Díky těmto předsudkům jsou pacienti s duševní nemocí stigmatizováni. Největší míra dopadu nemoci padá přitom na pacienta samotného. Pro většinu pacientů s BP diagnóza znamená ztrátu sociální role, ale i ztrátu svojí role v rodině, např. muž již není schopen finančně zabezpečit rodinu. Prožívají těžký proces, jak se vyrovnat s nemocí a hledají optimální řešení pro svou novou situaci.

Jak uvádí Ocisková, jakmile bipolární pacient své stigma začne vnímat, projeví se pokles jeho sociálního fungování a taktéž se zhorší fungování v zaměstnání. Čím je vyšší míra vnímaného stigmatu, tím je nižší stupeň zvládnutí své dosavadní role v rodině, v práci. Tento dopad stigmatizace a sebepojetí člověka s BP může vést ke studu a diskriminaci. Přijetí nemoci se oddálí, naopak může dojít k popření a vytěsnění samotné nemoci. I přesto pacient své obtíže vnímá, ale hledá spíše somatické příčiny. Autorka popisuje tyto reakce jako obranný mechanismus vůči strachu ze stigmatizace, kdy nemocný i jeho rodina čekají až problémy odezní nebo hledají pomoc v alternativních formách léčby – léčitel, dovolená, bylinky. Pacienti, kteří se odhodlali k vyhledání pomoci a podrobili se léčbě, také často trpí sebestigmatizací, což negativně ovlivňuje jeho léčbu a komunikaci s lékařem. Příčina často tkví právě v zažitých stereotypch ve společnosti. Psychofarmaka mohou být považována za drogy, které mění osobnost člověka, psychoterapie je označována laiky jako vymývání mozku. Ocisková uvádí názor, že depresivní člověk se vyléčí odpočinkem, dobrým jídlem nebo sexem.⁵³

⁵² OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada), str. 85.

⁵³ OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada), str. 83.

Ve společnosti se objevují, a to velmi často, různé předsudky, mýty, iracionální postoje vůči psychicky nemocným, zkreslené a mnohdy přehnané představy o možnostech léčby těchto chorob, a v neposlední řadě o nutnosti hospitalizace nemocných. Důsledkem těchto jednání je diskriminace lidí s duševní poruchou, nálepkování. V konečném důsledku vede k sebestigmatizaci, kdy se člověk s BAP bojí přiznat rodině nebo blízkým či kolegům v zaměstnání, že za jeho nepřiměřenou a přehnanou reakcí na situaci či událost nestojí jeho „pokřivený charakter“, ale nemoc. Díky tomu nevyhledá odbornou pomoc včas a nezačne s léčbou.

2.2.1. Sociální distanc

Každá nemoc, jak psychická nebo fyzická, představuje pro člověka i jeho okolí problém a zátěž. Ten, jenž stigmatizaci trpí a prožívá ji ve všech sférách svého rodinného i pracovního života, utíká od společnosti a izoluje se. Právě odcizení od společnosti, absence interpersonálních vztahů vede k pocitům zmaru, beznaděje, osamělosti. Nemocný se cítí ohrožen společností, a to i díky předsudkům, jež v ní převládají. Úzkost, strach z lidí a z komunikace s nimi jsou důvody proč člověk s BAP zůstává sám se svojí nemocí. Sociální izolaci autorka ilustruje na podkladě slovenské studie z roku 2009. Respondenti popisují, že se jim druzí vyhýbají, ignorují je a pomlouvají. Více než polovina respondentů byla single, jedna třetina rozvedená, nemají dobré vztahy v zaměstnání. Většina z nich by chtěla žít ve spokojeném partnerském vztahu a mít rodinu, jsou však přesvědčení, že jejich onemocnění jim to nedovoluje, a tak se uzavírají do sebe.⁵⁴

Vágnerová chápe stigmatizaci jako důsledek iracionálního jednání společnosti. Stigma bylo postiženému člověku sociálně prisouzeno. Vyplývá z obecně platné normy, která je, dle většiny, žádoucí a platná. Stigmatizace tak mění roli pacienta s BAP, jeho sociální status, často i jeho identitu, což může přispět k rozhodnutí ukončit svůj život.⁵⁵

⁵⁴ OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada), str. 40.

⁵⁵ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál, 2012, str. 190.

2.3. Psychoedukace

Jak jsem již popsala v přecházejících kapitolách, stigmatizace a následná sebestigmatizace má hluboké dopady na člověka ve všech sférách jeho života. Z tohoto hlediska je velmi důležitým prvkem v rámci psychoterapeutických intervencí samotná psychoedukace nemocného včetně rodiny.

Psychoedukace vychází z předpokladu, že pokud pacient, který získá dostatek informací o své diagnóze, bude moci se lépe vyrovnat s nemocí, porozumí nemoci jako takové a její léčbě, čímž se může snížit stres v rodině i zaměstnání. V konečném důsledku má psychoedukace výrazný podíl na poklesu sebestigmatizujících sklonů. Ocisková zdůrazňuje důležitost psychoedukačních programů. Mezi největší přínosy řadí odstranění mýtů o užívání léků uvědomění si varovných příznaků relapsu, vysvětlení příčin poruchy, zvládnání problémového chování, vyhledávání pomoci. Psychoedukační přístup pomáhá zlepšit komunikaci a zvyšuje pravděpodobnost, že pacient bude v léčbě spolupracovat s lékařem.⁵⁶

Christian Guy definuje psychoedukace jako „terapeutické vzdělávání“, kdy teoretické a praktické vzdělávání formuje pacienta s cílem začlenit jej do zpět do společnosti.⁵⁷

Známé jsou individuální, skupinové, rodinné Psychoedukační přístupy. Dle Ociskové výhoda skupinové psychoedukace je podpora mezi členy skupiny. Pacient lépe přijímá BAP přes porozumění ostatních, uvědomuje si podobnost s ostatními, což má významný vliv na ujasnění si skutečnosti, že se nemusí své nemoci nějakým způsobem bát, cítit se méněcenným nebo horším člověkem v porovnání se zdravými lidmi. Vzájemná interakce mezi členy skupiny, podpora a podobnost výrazným způsobem ovlivňuje sebepojetí nemocného. Ocisková zdůrazňuje dílčí pozitivní antistigmatizační efekt, jako výsledek skupinové psychoedukace.⁵⁸ Naproti tomu Christian Gay vyzdvihuje spíše individuální psychoedukační přístup. Skupinovou psychoedukace nezavrhuje, ale podotýká, že *„...je nutno brát v úvahu pacientovy osobnostní znaky a vývojové rysy jeho choroby. Proto je nutné provést předběžnou konzultaci, aby bylo možné – společně*

⁵⁶ OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada), str. 96.

⁵⁷ GUY, Christian. *Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy*. Praha: Portál, 2010. Rádci pro zdraví, str.120.

⁵⁸ OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada), str. 96.

s pacientem – upřesnit cíle a sestavit homogenní skupinu, kde nebudou příliš psychorigidní nebo antisociální osobnosti, které by mohli negativně působit na rozvoj skupiny.“⁵⁹

Ocisková poukázala na studie, při kterých se zjistilo, že pacienti propuštění z hospitalizace s diagnózou BAP se museli potýkat s velkou mírou kritiky, nepochopením, nepřijetím a nepřátelstvím ze strany rodiny. Pro rodiny, jenž nemají informace a vědomosti o nemoci svého člena rodiny, je velmi těžké přijmout jeho nemoc a reagovat na jeho výkyvy v chování. Nevědí, jaký postoj zaujmout ve chvíli, kdy se dostaví projevy mánie nebo deprese. Obzvláště těžké je to v rodině, kde panuje celková emoční nestabilita a obviňování, kdo z rodiny je viníkem vzniku BAP v rodině.

Mezi základní etapy rodinného psychoedukačního přístupu patří:

- informace o BAP,
- informace o léčbě, její pochopení, identifikace spouštěčů epizod, rozpoznání stresorů v rodině a řešení jejich minimalizace až odstranění,
- zaměření na konkrétní potřeby jednotlivých členů.⁶⁰

Každý člověk, u kterého se BAP projeví potřebuje znát a popsat, co se v něm odehrává, a to nejen po emocionální stránce, ale i té odborné. Potřebuje překonat a pochopit nemoc, která tak hluboko a výrazně ovlivňuje jeho psychiku, chování k sobě samému i ke svým nejbližším. Gay uvádí doporučení Světové zdravotnické organizace, která už přes dvacet let prosazuje vzdělávání pacientů a mluví o nepřetržitém procesu, kterého „...cílem je pomoci pacientova jeho blízkým porozumět nemoci i její léčbě, spolupracovat se zdravotníky, žít co nejzdravěji a udržovat nebo zlepšovat kvalitu života.“⁶¹

⁵⁹ GAY, Christian. *Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy*. Praha: Portál, 2010. Rádci pro zdraví, str.122.

⁶⁰ OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada), str. 97.

⁶¹ GAY, Christian. *Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy*. Praha: Portál, 2010. Rádci pro zdraví, str.120.

3. SYSTÉM SOCIÁLNÍ PÉČE O KLIENTY S BIPOLÁRNÍ PORUCHOU

Nedílnou součástí v péči o klienty s BAP jsou sociální pracovníci. Jsou to právě oni, kteří mnohdy stojí na počátku léčby klientů – Centrum krizové intervence, Linka důvěry. Probstová zdůrazňuje: „*Kvalifikovaná práce sociálního pracovníka je v multidisciplinárním týmu nejen nezastupitelná, ale v některých fázích je pro život člověka se závažným duševním onemocněním primární.*“⁶²

Matoušek definuje sociální práci jako společenskovednou disciplínu, která zasahuje i do praktické činnosti, kdy sociální pracovník pomáhá jednotlivcům, rodinám, skupinám nebo celým komunitám začlenit se do společnosti, dosáhnout způsobilost k sociálnímu uplatnění. „*Cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů.*“⁶³

Pozice sociálního pracovníka je definována zákonem č. 108/2006 Sb., sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů takto: „*Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.*“⁶⁴

V současné době probíhá v České republice reforma psychiatrické péče, kterou zajišťuje Ministerstvo zdravotnictví ČR. Změna v pojetí a praxi v péči o duševní zdraví je představena v dokumentu s názvem Strategie reformy psychiatrické péče. Tento dokument byl přijat 8. října 2013 s realizací od roku 2014 do roku 2023. Vznik dokumentu MZČR argumentuje skutečností, že psychiatrická péče v ČR nebyla od počátku 90. let 20. století žádným způsobem reformována a byla dlouhodobě podfinancována. Dokument byl vytvořen v souladu s evropskými a národními dokumenty, jež doporučují podpořit rozvoj komunitní péče, zvýšit roli

⁶² PROBSTOVÁ, Václava. Sociální práce s duševně nemocnými: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi. MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005, str. 133.

⁶³ MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2008, str. 200.

⁶⁴ zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Dostupný na: https://ppropo.mpsv.cz/zakon_108_2006.

primární péče a všeobecných nemocnic, transformovat psychiatrické nemocnice a podporovat vzdělávání odborných pracovníků. Záměrem celé Strategie reformy psychiatrické péče je naplňovat lidská práva duševně nemocných ve všech životních sférách. Mezi cíle Strategie patří: zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou, omezit stigmatizaci pacientů s duševní chorobou a psychiatrie obecně, zvýšit spokojenost pacientů a jejich rodin s péčí, zvýšit její efektivitu včasnou diagnostikou nemoci, zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování klientů do společnosti – zlepšení podmínek pro bydlení, zaměstnání i vzdělávání, zlepšit propojení mezi zdravotními, sociálními službami a celkově psychiatrickou péčí více humanizovat.⁶⁵

Psychiatrické centrum Praha vydalo v roce 2013, ve spolupráci s Petrem Winklerem a jeho kolektivem, publikaci, která se věnuje systémům psychiatrické péče v evropských zemích, zkušenostmi s reformními procesy a komparací jednotlivých systémů. Zmiňuje, že reforma systému péče o duševní zdraví musí být založena na etice, evidenci a zkušenostech. Vždy je zapotřebí, aby veškeré reformní kroky, deinstitucionalizace a přesun péče do komunity, byly ve shodě s lidskými právy. Dále zdůrazňuje, že základem v systému péče o duševní zdraví je personál. Vzdělávání pro personál primární péče, tedy často sociální pracovníky, je nedostatečné, což může vést k neodhalení psychického problému klienta a k použití nesprávné metodě léčby. Za důležitou součást systému péče o duševní zdraví je osvěta a prevence. Cílem je chránit, podporovat a udržovat emoční a sociální pohodu, vytvoření podmínek pro psycho – fyziologický rozvoj. Celý proces musí fungovat při zachování respektu ku kultuře, rovnosti, sociální spravedlnosti a osobní důstojnosti. Dle zprávy Evropské komise by tato prevence a osvěta měla probíhat v rámci těchto konkrétních míst, jimi jsou: domov, škola, pracoviště, ordinace praktického lékaře, ordinace specializovaných lékařů a specializovaná lékařská zařízení, zařízení pro seniory, kostely, kluby, rekreační zařízení a internet. Z údajů, se kterými autoři pracují, vyplývá, že nejvíce je prevence a osvěta propagována ve školách a na internetu. Na ostatních místech jsou programy prevence dostupné ne více než ze 20 %. Winkler uvádí příklad, kdy ve Spojením království existuje mnohem větší počet organizací, které kromě odborné činnosti

⁶⁵ STRATEGIE REFORMY PSYCHIATRICKÉ PÉČE. *Reforma psychiatrie* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013 [cit. 2021-7-13]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Strategie%20reformy%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De.pdf>

využívají dostupné informační technologie tak, aby každý den oslovily desítky tisíc lidí. Naopak v ČR tyto aktivity fungují mnohem skromněji, a to v rámci vzácných projektů jako například stopstigma.cz. Jedním z důvodů, proč je psychiatrická péče u nás tak zanedbaná, je důsledek komunistického režimu. Nedostatečné vzdělání v oblasti psychiatrie je způsobeno tím, že sociální problémy byly prezentovány jako prvek kapitalismu a s vývojem socialismu se ztratí. V ČR je tedy systém psychiatrické péče nejvíce podobný zemím bývalého Sovětského svazu a Balkánu, který je charakteristický výraznou podfinancovaností a koncentrací péče v psychiatrických nemocnicích. V závěru dodává, že reformovat celou oblast psychiatrie, je potřeba na všech úrovních. Zcela určitě nejde o jednorázový zásah, ale dlouhodobý dynamický proces.⁶⁶

3.1. Přístup sociálního pracovníka ke klientovi s BAP

Vztah sociálního pracovníka a klienta musí být založen na vzájemné důvěře. Proto sociální pracovníci jako pomáhající skupina sdílí společné hodnoty, pravidla – etický kodex, kterým klienta chrání.

Matoušek uvádí, že Společnost sociálních pracovníků v ČR vznikla v roce 1990 a etický kodex vydala v roce 1995.⁶⁷

Kopřiva popisuje, jak je moc v pomáhajících profesích důležitá. Pracovníkovo uvědomění si, že svým jednáním a rozhodováním zasahuje do života klienta, že určitým způsobem ovlivňuje a působí na něj, čímž ovlivňuje možnosti a způsob poskytování pomoci. Zdůrazňuje, že mocenský systém vede k oboustranné manipulaci. Dále uvádí jednotlivé typy moci, která může způsobovat výše zmíněnou manipulaci. Dle Kopřivy moc pomáhajícího pracovníka může být: nevlídná, neomalená – lékař při vstupu do ordinace pacienta nepozdraví, krutá nebo laskavá. Tyto projevy mají za následek to, že ten, kdo potřebuje pomoc se stáhne a sociálního pracovníka nebo lékaře již nenavštíví, přijmou pasivní roli uctivého klienta nebo se sevrou nepřátelstvím a křivdou, čímž se pomáhající profese

⁶⁶ WINKLER, Petr. *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení* [online]. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2013 [cit. 2021-7-13]. ISBN 978-80-87142-21-9.

Dostupné z: https://www.nudz.cz/files/common/reforma_systemu_psychiat_pece.pdf

⁶⁷ MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003, str. 41.

naprosto vzdálí svému cíli. „Klient je to jisté míry bezmocný už tím, že něco potřebuje. Pracovník je to jisté míry mocný už tím, že pomáhá.“⁶⁸

Probstová zdůrazňuje, že práce s duševně nemocným má dlouhodobý charakter. Pracovník by měl schopnost, dle úspěšnosti klienta, průběžně měnit jeho cíle. Jak Winkler, tak i Probstová klade důraz na kvalitu systému zdravotní a sociální péče, způsob financování služeb. Sociální pracovník se s klientem s BAP může setkat v institucích, v léčebných komunitách, v krizových centrech, v zařízeních podpory práce a bydlení apod. Úspěšnost sociálního pracovníka, dle Probstové, při komunikaci s klientem s duševně nemocným zaručuje vytvoření vztahu založeném na vzájemném respektu a partnerství, zároveň se sociální pracovník stává jakousi spojkou mezi nemocným a okolím. Sociální pracovník si také uvědomuje skutečnost, že je potřeba ke každému klientovi přistupovat individuálně, neboť se liší typem duševního onemocnění, prostředím, zázemím, vzděláním, zkušenostmi. Dále je nutné, aby pracovník vycházel z potřeb klienta, chápe a podporuje úzdravy i readaptaci – přijetí sebe, významu a smyslu života a podporuje sociální integraci, což znamená změnu postoje majority, kteří jsou zahlcení předsudky vůči lidem s duševním onemocněním.⁶⁹

3.1.1. **Potřebné kompetence sociálních pracovníků**

Havrdová chápe kompetence sociálního pracovníka profesionální role. Sociální pracovník by měl mít odborné znalosti, měl by mít schopnost reflexe a umět citlivě aplikovat hodnoty sociální práce. Uvádí soustavu kompetencí, která obsahuje šest oblastí profesionální role pracovníka. Tyto role se vzájemně prolínají. Při sestavování těchto kompetencí Havrdová vycházela z ekologického pojetí sociální práce, jenž je založeno na předpokladu, že sociální služby se podílí na eko-systému cele společnosti. Do soustavy patří schopnost účinně rozvíjet komunikaci, schopnost umět správně vymezit oblast a plán spolupráce, tedy porozumět potřebám a možnostem klienta a jeho rodiny. Do soustavy také zahrnuje podporu a pomoc k soběstačnosti klienta, což znamená schopnost

⁶⁸ KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 1997, str. 40.

⁶⁹ PROBSTOVÁ, Václava. Sociální práce s duševně nemocnými: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi. MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005, str. 135-136.

rozeznat silné stránky klienta. Další kompetencí je zasahovat a poskytovat služby, pracovník by měl mít znalost o tom, jak správně využít systému služeb ve prospěch klienta, ale i jak je přijmout a ukončit. Neméně důležitou kompetencí je přispívat k práci organizace a profesně růst.⁷⁰

Abychom mohli s klientem s bipolární afektivní poruchou dobře pracovat a svojí prací mu pomoci nežli ublížit, je potřeba si osvojit základní znalosti o symptomech duševních nemocí. Důležitým předpokladem je znalost standardů zdravotní a sociální péče a řádu organizace, ve které pracuje. Kompetentním sociálním pracovníkem je ten, kdo dle Probstové umí získat informace o klientovi a jeho okolí a zároveň je zpracuje tak, že vytvoří pro klienta nejvhodnější intervenci. Následně hodnotí výsledky a ví, kdy je vhodné s klientem ukončit spolupráci. Dobrý sociální pracovník umí vést s klientem empatický a citlivý rozhovor, aktivně naslouchá, pozoruje a vnímá verbální i neverbální projevy klienta i jeho nejbližších. Je samozřejmostí, že se umí pohybovat v oblasti systému sociálního zabezpečení, legislativy a sociální politiky, zároveň bere na vědomí hodnoty, potřeby klienta vzhledem k jeho sociálnímu a kulturnímu zázemí. Aby se klient vyhnul „syndromu otáčivých dveří“ – četnost krátkodobých hospitalizací, Probstová podtrhuje důležitost schopnosti sociálního pracovníka v zajištění plynulého přechodu z lůžkového zařízení do domácího prostředí. Pomáhající musí zajistit návaznou péči a zabezpečit vhodné podmínky proto, aby se mohl vrátit do pracovního procesu, měl zajištěné bydlení, zprostředkovává dávky a služby sociálního zabezpečení. Pracovník by si měl klást za cíl i obnovení nebo rozšíření sociální sítě pro klienta, nácvik běžných dovedností pro život, čímž pomáhá při budování sociálních vztahů a zvyšuje odolnost klienta při řešení krizových situací a konfliktů. *„Práce sociálního pracovníka pomáhá budovat most, po kterém se klient může vrátit z instituce zpět do domácího prostředí.“*⁷¹

3.2. Záchraná síť pro osoby s bipolární afektivní poruchou

Člověk s bipolární afektivní poruchou se velmi často a lehce dostane do konfliktu s členem rodiny, v zaměstnání nebo se zcela cizím člověkem na ulici.

⁷⁰ HAVRDOVÁ, Zuzana. *Kompetence v praxi sociální práce: metodická příručka pro učitele a supervizory v sociální práci*. Praha: Osmium, 1999, str. 45-46.

⁷¹ PROBSTOVÁ, Václava. *Sociální práce s duševně nemocnými: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005, str. 137.

Řeší aktuální krizi, konflikt, ztrátu sebekontroly, problémy s financemi, s bydlením. Ztratí podporu rodiny, přátel, přijde o střechu nad hlavou, dostane se do dluhové pasti. Neví kudy ven, nevidí východisko. Pokládá si jednu otázku za druhou. Jak se vymanit z této bezvýchodné situace, jak to přežít. Nemocní často podlehnou situaci, nechají se strhnout vlastním zmarem a začnou se projevovat sebevražedné tendence. Někteří z nich jsou úspěšní a svůj život vlastním rozhodnutím skončí.

Pacienti nacházející se v akutní krizové situaci můžou vyhledat pomoc Krizovém centru. Vodáčková vysvětluje krizovou intervenci jako okamžitý zásah krizového pracovníka, má preventivní charakter a trvá pouze po dobu klientova krizového stavu, tedy končí ve chvíli, kdy je klient situaci konstruktivně řešit, což se týká rovněž telefonické krizové intervence. S klientem je potřeba jednat opatrně, být trpělivý a zároveň předvídatelný.⁷²

Významnou úlohu v životě člověka s BAP hraje podpora v rodině, zázemí domácího prostředí. Jak jsem již popsala výše, právě bydlení se stává hlavním problémem v životě nemocného. Jakým způsobem si udrží základní životní potřebu, když ztratil finanční jistoty a podporu v rodině.

Do reformy psychiatrické péče patří také projekt deinstitucionalizace – přechod od ústavní péče k péči v přirozeném prostředí klienta. V rámci tohoto projektu vytvořila v roce 2015 Liga práv analýzu, která dokládá, že lidé s duševním onemocněním jsou jednou z nejvíce vyloučených skupin v naší společnosti. V analýze autoři popisují, že hlavním důvodem, proč se psychiatrická léčba zcela institucionalizovala, je nedostupné bydlení a podpora bydlení, jež jsou příčinou, proč lidé s duševním onemocněním zůstávají v zařízeních s dlouhodobou péčí, i když jejich zdravotní stav již dovoluje ambulantní léčbu. Lidé se nemají kam vrátit, přišli o bydlení, mají dluhy na nájemném nebo je rodina odmítá přijmout zpět.⁷³

Mahrová klade důraz na potřebu samostatného bydlení pro klienty, kteří se vracejí z léčby v psychiatrickém zařízení. Je důležité, aby pokračovali v léčbě, ale také je potřeba integrace zpět do společnosti. Přístup ke klientům by měl být však zcela individuální. Pro někoho je žádoucí bydlení v komunitě – komunitní

⁷² VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence: [krize v životě člověka: formy krizové pomoci a služeb]*. Praha: Portál, 2002, str. 60-61.

⁷³ *Nedobrovolná hospitalizace psychiatrických pacientů v ČR*. [Praha]: Liga lidských práv, 2015, str. 47-49.

bydlení, jiný by upřednostnil vlastní bydlení s podporou asistentů, kteří by k němu docházeli.⁷⁴

Za primární záchranou síť pro lidi s bipolární poruchou, kteří se ocitnou v těžké akutní krizi, považují důležitou existenci krizových center, kde nemocný dostane jakousi „první pomoc“. Za nezbytnou potřebu dále považují naplnění základní životní potřeby – bydlení, podporované bydlení, kde se člověk s BAP bude cítit bezpečně a bude jej motivovat v léčbě, obnovení interpersonálních vztahů, k návratu do zaměstnání a znovunabytí celkové životní pohody.

3.2.1. Program sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace je definována zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhláškou č. 505/2009 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Poskytuje se ve formě terénních, ambulantních nebo pobytových služeb. Je to soubor specifických činností, které vedou k samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti klienta, a to rozvíjením jeho schopností a dovedností, nácvikem výkonu běžných, pro život nezbytných činností.

Sociální rehabilitace obsahuje tyto základní činnosti:

- nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, nácvik soběstačnosti vedoucí k začlenění do společnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- vzdělávací, aktivizační, výchovné,
- pomoc při uplatňování práv a osobních záležitostí.

Sociální rehabilitace poskytovaná formou pobytové služby zabezpečuje také ubytování, stravu a pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu.⁷⁵

Vachková chápe rehabilitační programy jako poslání, pomáhat lidem, zvyšovat úspěšnost jejich fungování a být v prostředí, které si sami vyberou spokojeni a šťastní. Za základní princip rehabilitace považuje orientaci na klienta, aktivní účast klienta, možnost výběru, zaměření se na výsledek a umožnění růstu. Základní komponenty rehabilitačního procesu jsou vyšetření, plánování a intervence. Programy jsou rozděleny podle toho, v jaké oblasti působí.: bydlení,

⁷⁴ MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada), str. 130.

⁷⁵ zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Dostupný na: https://ppropo.mpsv.cz/zakon_108_2006.

práce, vzdělávání, svépomoc, sociální síť. Zdůrazňuje, že programy v oblasti bydlení by měly být v souladu s přáním klientů, žít v co nejpřirozenějším prostředí. Jako příklad uvádí Domy na půl cesty, které poskytují přechodné i dlouhodobé skupinové bydlení.⁷⁶ Naproti tomu Probstová vyjadřuje jistou obavu z podobných forem chráněného bydlení. Argumentuje tím, že mohou představovat návrat k instituci tzv. mini instituci, kde trvale žijí duševně nemocní pacienti. „*S lidmi se pohybuje jako s figurkami na šachovnici, které nemají vliv na místo svého bydlení a strukturu svých denních aktivit, programy jsou spojeny s velkým tlakem na čas.*“⁷⁷ Dle mé osobní zkušenosti s lidmi s duševními potížemi jsem toho názoru, že potřeba chráněného bydlení je zcela určitě vhodná pro klienty, kteří jsou schopni žít v komunitě, ve skupině lidí, s nimiž se dokáží sžít a přizpůsobit se. Probstová vidí jako nejlepší volnu skupinového bydlení u mladých lidí, u kterých nemoc propukla v mladém věku. Komplexní péče včetně podpory bydlení je pro ně rozhodujícím momentem při budování si svého zázemí. Skupinové bydlení se zdá být dobrým řešením i z toho důvodu, že mladí lidé v tomto věku vyhledávají spíše tento typ bydlení. Probstová tento přístup považuje za velmi efektivní, protože spojuje dynamický – psychoterapeutický model s rehabilitačním modelem.⁷⁸

Velmi podstatnou pomocí pro klienta je získat zpět pracovní uplatnění. Program chráněných dílen může být pokládán za dočasnou alternativu. Velké popularitě se těší tréninkové resocializační kavárny. Mahrová uvádí, že nejlépe splňují základní podmínky práce jako takové, a to její smysluplnost. Za přirozenou integraci zdravých lidí a lidí s duševní nemocí autorka považuje přechodné a podporované zaměstnání. Je dostupné na trhu práce v běžných firmách. Pomoc najít vyhovující zaměstnání a udržet se v pracovním procesu umožňuje v rámci rehabilitačního programu vzdělávací kurz přípravy na zaměstnání – Job klub. Autorka sděluje, že výrazným pozitivem podporovaného zaměstnání je, že se klient může kdykoliv obrátit na svého sociálního pracovníka, terapeuta či asistenta. Pracovník mu pomůže, jak na komunikaci se zaměstnavatelem, řešit případné

⁷⁶ VACHKOVÁ, Lenka. Sociální a rehabilitační programy pro duševně nemocné. *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: Solen, 2008, 9(3), 130-133.

⁷⁷ PROBSTOVÁ, Václava. Sociální práce s duševně nemocnými: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi. MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005, str. 146.

⁷⁸ Tamtéž, str. 147.

absence, nezvládání pracovního rytmu.⁷⁹ Rozvoj rehabilitačních programů a jejich úspěšnost, je ovlivněn rozvojem poznatků v psychologii, sociální práci, v péči o nemocné celkově. Mám zato, že míra sebestigmatizace u pacientů hraje významnou roli v tom, zdali se budou chtít účastnit rehabilitačních programů.

3.2.2. Sociální služby poskytované osobám s bipolární poruchou

Pro člověka, který trpí bipolární poruchou je velmi obtížné svěřit se svou nemocí. Vyhledat pomoc a sdělit své problémy je nesnadný úkol.

První kontakt může proběhnout v krizových centrech, nízkoprahových zařízeních, centrech denních služeb, sociálních poradnách, terapeutických komunitách. Terénní pracovníci aktivně vyhledávají lidi s psychickými problémy a nabízejí různé služby a pomoc. Mahrová klade důraz na znalost základních informací sociálního pracovníka, které klientovi a jeho rodině může poskytnout. Nejčastěji pracovník doporučí ambulanci nebo kontaktní centrum. Je potřeba dodat klientovi odvalu a naději. Nemocnému velmi pomůže, když ví, že ho někdo chápe a rozumí mu. Jak uvádí Mahrová, už jen toto zjištění přináší klientovi úlevu. Mezistupněm mezi ambulantní péčí a hospitalizací je stacionární péče. Kombinuje pobyt klienta v zařízení s odbornou péčí, a přitom klient neztrácí kontakt s rodinou se svým domácím prostředím. I když se tato varianta jeví jako ideální, problém je v dostupnosti. V případě, že není jiného východiska než hospitalizace, poskytne se klientovi pobytová péče – dlouhý pobyt v zařízení s nepřetržitým provozem. Tímto zařízením může být psychiatrická nemocnice, psychiatrické oddělení v nemocnici, psychiatrická klinika. Sociální pracovník je členem multidisciplinárního týmu. Věnují se podpoře sociálních návyků u klientů, obnovují jejich sociální dovednosti. Protože není možné, aby se pacient hned po propuštění vrátil zpět do běžného života, sociální pracovník jej připraví na doléčovací péči, vše s přihlédnutím na potřeby klienta a jeho možnosti.⁸⁰

Důležitou službou pro klienty s BAP je poskytnutí sociálního poradenství. Matoušek rozděluje poradenství na základní sociální poradenství a na odborné. Základní sociální poradenství poskytuje informace o nárocích, službách a množnostech, které klient potřebuje znát k vyřešení obtížné životní situace.

⁷⁹ MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada), str. 132.

⁸⁰ Tamtéž, str. 46.

Odborné sociální poradenství, dle Matouška, poskytuje přímou pomoc lidem, je zaměřena na konkrétní problém a nabízí praktické řešení nelehké situace. Součástí odborného poradenství je i terapeutická činnost.⁸¹

Pacienti s dlouhodobými duševními obtížemi, kteří se nemohou vzhledem ke svému handicapu aktivně podílet na financování domácnosti, mají možnost požádat o dávky pomoci v hmotné nouzi – příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení nebo o mimořádnou okamžitou pomoc.

Dalším východiskem ze situace je přiznání invalidního důchodu, plného nebo částečného. Jak uvádí Janoušková z NÚDZ, duševně onemocnění představuje nejrychleji rostoucí příčinu pro získání invalidního důchodu v ČR. Duševní choroba se podílí na celkovém počtu udělených invalidních důchodů přibližně dvaceti procenty.⁸²

3.2.3. Organizace spojené s léčbou bipolární afektivní poruchy

V České republice jsou různé sociální služby, rehabilitační programy uskutečňovány ve většině případů neziskovými organizacemi.

ANIMA VIVA z.s., založena v roce 2002 rodiči a pečovateli osob s duševním onemocněním. Jsou registrovanými uživateli sociálních služeb působících v Moravskoslezském kraji. Poskytují odborné sociální poradenství a sociální rehabilitaci v Opavě.⁸³

BONA o.p.s., poskytuje přes dvacet let odbornou pomoc lidem s duševním onemocněním i jejich blízkým. Zaměřují se na poradenství, mají široký záběr chráněných dílen, vlastní značku JEDNA BEDNA.⁸⁴

⁸¹ MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003, str. 84.

⁸² JANOUŠKOVÁ, Miroslava, Petr WINKLER a Kázmér LADISLAV. Vývoj nově přiznaných invalidních důchodů z důvodu duševních a fyzických onemocnění v ČR v letech 2001 až 2011. *Psychiatrie*. Praha: Tigis, 2014, **18**(4), 161-165.

⁸³ *Animaviva* [online]. Opava: ANIMA VIVA, 2018 [cit. 2021-7-15]. Dostupné z: <https://www.animaviva.cz/>

⁸⁴ *BONA* [online]. Praha: BONA, 2018 [cit. 2021-7-15]. Dostupné z: <https://www.bona-ops.cz/jak-pomahame>

CEDR je organizace působící v Pardubicích a v Ústí nad Orlicí. Pomáhá klientům s duševním onemocněním prostřednictvím ambulantních sociálních služeb, zároveň vytváří pracovní místa v chráněných dílnách.⁸⁵

Česká společnost pro duševní zdraví se sídlem v Praze je organizace, která poskytuje sociální poradenství, nabízí podpůrné setkávání ve skupině, nabízí aktivity pro volný čas, čímž chtějí postupně odstraňovat dopady duševního onemocnění na klienty. Poskytují také aktivity pro širokou veřejnost, pořádají přednášky, výstavy, koncerty.⁸⁶

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, nezisková organizace založena v roce 1995. Podporují rozvoj komunitní péče pro lidi s duševním onemocněním, iniciují a realizují změny, kterých cílem je přesun péče do komunity.⁸⁷

Fokus Praha, z.ú., tato organizace pomáhá více než třicet let, nabízí komplexní péči v neústavních podmínkách. Aktivně se podílí na reformě péče o duševní zdraví. V jednotlivých centrech poskytují sociální a zdravotní služby. Vzdělávacími projekty chtějí odbourat mýty a předsudky o duševních chorobách ve společnosti, také se zabývají sociálním podnikáním.⁸⁸

Green Doors je nestátní nezisková organizace, která pomáhá lidem s duševním onemocněním na cestě zpět do zaměstnání, zároveň spolupracují se zaměstnavateli a přispívají k destigmatizaci duševního onemocnění. Mají několik tréninkových kaváren, kde se snaží boryt předsudky vůči nemocným.⁸⁹

⁸⁵ *Cedrops* [online]. Pardubice: CEDR Pardubice, 2021 [cit. 2021-7-15]. Dostupné z: <https://cedrops.cz/kdo-jsme/>

⁸⁶ *Csdz* [online]. Praha: Česká společnost pro duševní zdraví, 2015 [cit. 2021-7-15]. Dostupné z: <https://www.csdz.cz/programy-a-zajmove-aktivity/>

⁸⁷ *Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví* [online]. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2021 [cit. 2021-7-15]. Dostupné z: <https://www.cmhcd.cz/centrum/co-delame/>

⁸⁸ *Fokus Praha* [online]. Praha: Fokus Praha, z.ú., 2021 [cit. 2021-7-15]. Dostupné z: <https://www.fokus-praha.cz/o-nas>

⁸⁹ *Green doors* [online]. Praha: Green Doors z.ú., 2020 [cit. 2021-7-15]. Dostupné z: <https://www.greendoors.cz/cs/homepage/>

Klinika ESET, poskytují krizovou intervenci v Krizovém centru RIAPS, poskytují také ambulantní péči, chráněné bydlení, léčebné pobyty, rodinné terapie, individuální nebo docházkové psychoterapie, Věnují se psychoterapeutickému programu v denních stacionářích za podpory sociálních pracovníků.⁹⁰

SYMPATHEA, o.p.s., celonárodní organizace příbuzných duševně nemocných, která vznikla v roce 2003 v Praze. Spolupracují s organizacemi odborníků a uživatelů psychiatrických služeb při tvorbě a přijetí zákonů o sociální pomoci a o duševním zdraví. Zúčastnili se již několika destigmatizačních projektů.⁹¹

⁹⁰ *Klinika eset* [online]. Praha: ESET, Psychoterapeutická a psychosomatická klinika, 2020 [cit. 2021-7-15]. Dostupné z: <https://www.klinikaeset.cz/v-cem-vam-pomuzeme/>

⁹¹ *Sympathea* [online]. Praha: SYMPATHEA, o.p.s, 2019 [cit. 2021-7-15]. Dostupné z: <http://www.sympathea.cz/>

4. KAZUISTIKY

Ve své bakalářské práci jsem se věnovala třem kazuistikám. Metodu kazuistiky jsem si vybrala jako jednu nejvhodnějších forem vědeckého poznání reality. Cílem této metody je zobecnění informací získaných systematickou analýzou.⁹² Informace jsem získala prostřednictvím rozhovoru s lidmi z mého blízkého okolí. V rámci dodržení ochrany osobních údajů jsem pozměnila jednotlivá jména a lokace jejich narození, abych předešla k možného odhalení jejich totožnosti. Ostatní údaje a projevy onemocnění jsou autentické. Cílem těchto kazuistik je komparace, souvislost a vzájemná propojenost analýz, hledání možností řešení a intervencí, a nakonec i prohloubení znalostí o BAP.

4.1. Kazuistika – Karolína

První kazuistika pojednává o vysokoškolsky vzdělané mladé ženě, která dlouhé roky o své nemoci nevěděla. Neuměla své problémy popsat a řešit je. Před pěti lety se odhodlala navštívit ordinaci psychiatra, který ji diagnostikoval BAP.

Osobní údaje

- Jméno: Karolína
- Věk: 35
- Vzdělání: vysokoškolské
- Rodinný stav: svobodná
- Zaměstnání: fyzioterapeutka

Rodinná anamnéza

Karolína pochází z Prahy, narodila se do rodiny lékaře a učitelky. Sourozence nemá. Rodiče se rozvedli, když Karolíně bylo dvacet let. Po rozvodu rodičů bydlela s přítelem. Vystudovala fyzioterapii a již pátým rokem pracuje jako rehabilitační sestra v pobytovém zařízení. Karolíniny rodiče prodali společný dům, pořídili si samostatné byty, kam se přestěhovali. Karolína má s oběma rodiči dobrý vztahy, snaží se je navštěvovat a udržovat dobré vztahy i nadále. Momentálně žije s přítelem v pronajatém bytě v Praze.

⁹²HUČÍK, Ján a Alena HUČÍKOVÁ. *Kazuistika v sociálnej práci*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2009, str. 14.

Osobní anamnéza

Karolína pochází z rodiny, kde si přáli pouze jednou dítě, proto nemá žádné sourozence. Od narození bydlela s rodiči v domě na okraji Prahy. Jak říká, dětství měla bohaté na zážitky, nic ji nechybělo. S rodiči trávila mnoho času a vždy s nimi měla hezký a láskyplný vztah. Jak otec i matka byli oddaní svému povolání, ale i přesto věnovali veškerý svůj volný čas dceři. Karolína jako malé dítě byla klidná, zvědavá, neměla problémy ve škole. Tam byla premiantkou třídy a dá se říct, že byla i oblíbená mezi vrstevníky. Období puberty nijak zvlášť neprožívala, věnovala se studiu a svým koníčkům. Mezi její mimoškolní aktivity patřily kurzy řečtiny, francouzštiny a také ji bavil florbal.

Problémy se objevily zhruba po roce od rozvodu rodičů. I když Karolína byla v tomto období již dospělá, cítila se vina za vzájemné odcizení rodičů. Tento pocit si nevěděla racionálně vysvětlit, říkala si, že to tak samozřejmě není, ale i přesto vinu cítila. Rodiče mají po rozvodu dobrý vztah, rozvod byl jejich společným rozhodnutím, necítili se již v manželství naplnění. Karolínu ujišťovali, že na jejich lásce k ní se nic nemění, a že vždy budou pro ni oporou a jistotou. Po několika měsících od rozvodu, začala mít Karolína problémy ve škole. Studiu se již tolik nevěnovala, čas trávila většinou s kamarády. Studium několikrát prodlužovala a vše řešila na poslední chvíli. Nechodila na brigády jako předtím a spoléhala se na dotace od rodičů. Věděla, že se změnila, že její laxní přístup ke všemu ji jednou dožene. Častěji se u ní začali objevovat deprese, kdy nemohla vstát z postele, měla tendence ukončit svůj život, jelikož to viděla jako jediné možné východisko. Problémy ve škole vystřídalý narušené vztahy s přáteli. Karolína nebyla už ta veselá, bezproblémová dívka, jak ji všichni znali. Nepřišla na domluvenou schůzku, neomluvila se, nehleděla na peníze, na to, zdali bude mít na nájem, spoléhala se na rodiče, což bylo předmětem hádek s přítelem i s kamarády. Přešla si pěti rozchody v průběhu roku a půl. Deprese odezněly někdy velmi rychle, ze dne na den i z hodiny na hodinu se Karolína cítila lépe a nic ji netížilo. To byly dny, kdy neustále někomu volala a chtěla se potkávat s kamarády, nakupovat, navštěvovala rodiče a bylo jí celkově dobře. Toto střídání nálad ji velmi vyčerpávalo, byla nešťastná z toho, že si neudrží partnerský vztah, vinu opět nacházela v sobě samé. V období deprese, kdy už nevěděla, co si má sama se sebou počít, zavolala mamince. Po rozhovoru s ní a s otcem se rozhodla vyhledat odbornou pomoc a navštívit

psychiatrickou ambulanci. Deset let trvalo, než se Karolína odhodlala k tomu kroku. Momentálně má přítele, jsou spolu tři roky a plánují společnou budoucnost. Karolína je vyrovnaná s tím, že již do konce života bude užívat psychofarmaka a navštěvovat psychiatra.

Nynější stav

Karolína má diagnostikovanou bipolární afektivní poruchu s velkými výkyvy nálad mezi epizodami. Nejdelší stav remise trval šest měsíců. Léčí se ambulantně. V období deprese čerpá v práci dovolenou, má obavy, aby byla schopna v pracovním prostředí fungovat. O své nemoci v zaměstnání dosud nikomu neřekla a je pevně rozhodnutá, že to nikdy neudělá. U Karolíny se před časem objevil serotoninový syndrom. Momentálně prochází těžkým obdobím, kdy společně s lékařem hledají vhodnou medikaci.

Prognostická úvaha

Karolínin zdravotní stav je stabilizovaný, se svou nemocí je navenek srovnaná, má dobré rodinné zázemí a oporu partnera. Vzhledem k tomu, že její nemoc provázejí hluboké deprese, její stav se může zhoršovat, což může mít dopad na její zaměstnání.

Návrh případné intervence

Karolína se dosud neúčastnila žádné cílené psychoterapie. Pouze návštěva psychiatra a zaléčení farmaky. Psychoterapií by mohla pomoci lépe se vyrovnat s nemocí, zároveň přijít na to, proč nechce, aby zaměstnavatel věděl o její nemoci. Cítí se stigmatizována? Bojí se, že by kolegové k nim změnili přístup? Setkání s lidmi s tentýž onemocněním prostřednictvím různých organizací by také mohlo přispět ke snadnějšímu průběhu onemocnění.

4.2. Kazuistika – Jan

Druhá kazuistika se zaměřuje na muže ve středním věku, původním povoláním je učitel ZŠ. Své psychické problémy pojmenoval ve čtyřiceti pěti letech po odchodu od manželky a následné hospitalizaci v psychiatrické nemocnici, kde mu byla diagnostikována bipolární afektivní porucha spojená s agorafobií s hraniční poruchou osobnosti.

Osobní údaje

- Jméno: Jan
- Věk: 55
- Vzdělání: vysokoškolské
- Rodinný stav: ženatý
- Zaměstnání: účetní

Rodinná anamnéza

Jan se narodil v malé obci na východě Slovenska. Jeho otec byl řezbář, matka byla v domácnosti. Má tři starší bratry. Jan měl od dětství problémový vztah s otcem, kterého přáním bylo, aby Jan pokračoval v jeho povolání a převzal dílnu, jelikož ani jeden z jeho starších synů neměl potřebný talent k tomuto řemeslu. Jan s otcem souhlasil málokdy, a i v tomto případě byl proti. Naopak, chtěl se postavit na vlastní nohy, chtěl studovat a vidět svět. Nechtěl celý život strávit doma u něčeho, co již jeho otec vybudoval. Chtěl začít od píky a osamostatnit se, na rozdíl od jeho bratří. Ti zůstali v rodné vesnici a věnují se jiným řemeslům. Jan chtěl studovat a vidět svět. V rodině panovaly přísná pravidla, otec působil v rodině velmi tvrdou rukou. Matka Jana všemu přihlížela, nikdy otcí neprotiřečila, naopak za každé okolnosti souhlasila s otcem. Na rozdíl od něj však působila klidným dojmem. Byl přijat na Pedagogickou fakultu v Praze, vystudoval zde matematiku a zeměpis a později se stal učitelem na ZŠ. Jan je nyní odloučením od manželky, mají dvě dcery. Jan requalifikoval na účetního.

Osobní anamnéza

Jan pocházel z rodiny, kde měl otec hlavní slovo, byl přísný na sebe i své okolí. Protože Jan měl na různé věci vlastní názor, často se s otcem hádal. Když byl Jan malý, otec jej trestal pohlavkem nebo musel klečat v koutě dlouhé hodiny. Ve škole měl výborný prospěch, byl velmi zvědavý, rád trávil čas v přírodě a četl knihy. Na otcovu pevnou ruku zpětně nahlíží jako na něco, co jej zocelilo, a i navzdory všem si šel za svým. Nebyl úzkostný, nehledal u otce útěchu, dokonce ani u matky. I když jeho vzpomínky na ni nejsou negativní. Říká, že ji velmi miloval, bohužel, jejich vztah však nebyl nikdy tak důvěrný a blízký, jaký znal od svých vrstevníků. Má za to, že to bylo zapříčiněné otcem. Proto nerozuměl tomu, když otec chtěl, aby

převzal jeho dílnu. Jan odjel studovat a s otcem se už nikdy nesetkal. V průběhu studia Jan nepřišel nikdy domů na prázdniny. Našel si brigádu a zůstal do začátku nového školního roku. Janův otec zemřel na infarkt, matka žila ještě několik let. Během studií poznal svou současnou manželku. Narodily se jim dvě dcery. Jan nepociťoval nějak zvlášť změny ve svém chování. Manželka je upozorňovala na jeho občasné výbuchy hněvu, který ale nepovažovali za důležité. Způsobovaly je maličkosti, a nakonec rychle odezněly. K dětem se Jan vždy choval hezky, chtěl být otcem, ale zároveň i kamarádem. Má pocit, že se mu to i dařilo naplňovat.

Janova manželka rovněž učila na ZŠ, nebyli však zaměstnání v téže škole. Tuto možnost jednohlasně vyloučili již na počátku vztahu. Problémy se začaly objevovat, když měla Janova manželka zdravotní problémy, musela podstoupit operaci a její zdravotní potíže se vleky. Jan pocíťoval větší stres, úzkosti a neustálý tlak. Jan upadal do depresí, uvědomoval si, že nesmí polevit, jinak nebude rodině oporou, zradí je a zklame. Když se manželčin stav asi po půl roce zlepšil, nastoupila do práce. Janovy deprese odezněly, zdálo se, že je vše v pořádku, rodina je šťastná a spokojená. U Jana se postupně projevovalo velikášství. Myslel, že všechno zvládne sám, manželce navrhoval, že nemusí pracovat, že rodinu uživí sám, děti zapsal do kroužků, aniž by s nimi cokoli konzultoval, manželku i děti zahrnoval dárky, měl rozepsané tři knihy. Jak říká, cítil se tak dobře všem nejraději snesl modré z nebe, pokud by to bylo možné. Jeho chování působilo divně někdy až trapně. Tento stav trval obvykle několik dní. Z těchto euforických stavů často přešel do hluboké deprese, kdy nebyl schopen vstát do práce, byl unaven, ztratil zájem o všechno, co předtím, nebo koho předtím, měl rád. Objevily se i myšlenky na suicidium. Podobné střídání období trvalo několik let až Janova manželka vyhledala odbornou pomoc. Odvezla jej do RIAPSu, kde mu doporučili okamžitou hospitalizaci. Několik měsíců byl hospitalizován v psychiatrické nemocnici. Byla mu diagnostikována BAP, porucha osobnosti a agorafobie.

Nynější stav

Jan navštěvuje pravidelně svého psychiatra, také má za sebou několik opakovaných sezení u psychoterapeuta. S manželkou žili několik let odděleně, jejich vztah byl i přesto, dá se říct, harmonický. Pomáhali si, byli v kontaktu, nijak se neodcizili. Jan již nechtěl učit a rekvalifikoval se na účetního. Od své první hospitalizace před deseti lety, nebyl dosud v péči pobytového zařízení. V současné

době se nachází ve stavu remise. V období pandemie se manželé k době vrátili a zkouší spolu znovu žít. Jan donedávna pracoval také jako číšník v tréninkové kavárně.

Prognostická úvaha:

Zdá se, že Jan udělal v rámci svého onemocnění velký progres, s nemocí se vyrovnal a žije s ní. Relaps by mohl přijít v případě, že by znovunalezený bližší vztah s manželkou nedopadl dobře.

Návrh případné intervence:

Jan přistoupil ke své nemoci zodpovědně, využívá téměř všech dostupných prostředků, jak žít plnohodnotný život s bipolární afektivní poruchou. Navrhla bych psychoterapii současně s manželkou i dětmi. Rodinná terapie spolu s psychoedukačním programem by jim mohla pomoci v tom, jak porozumět jeden druhému, jak se zachovat v kritických situacích.

4.3. Kazuistika – Milan

Třetí kazuistika poskytuje vhled do života mladého muže, který je od svého dětství vystavován psychickému teroru a nespravedlnosti. O tom, že trpí bipolární afektivní poruchou se dozvěděl zhruba před šestnácti lety, kdy byl sám nucen vyhledat odbornou pomoc. Postupem času se k diagnóze přidružily další, jako agorafobie, emoční porucha spánku doprovázená nepravidelnými spánkovými děsy.

Osobní údaje

- Jméno: Milan
- Věk: 42
- Vzdělání: středoškolské s maturitou
- Rodinný stav: svobodný
- Zaměstnání: IT technik

Rodinná anamnéza

Milan pochází z Moravy, je nejstarší ze třech sourozenců. Otec je elektrikář, matka zdravotní sestra. Rodiče se rozvedli, když mu bylo pět let. Vyrůstal otčímem a dvěma nevlastními bratry. S rodiči měl velmi problémové a složité vztahy. Pamatuje si, že biologický otec se choval často despoticky, matku několikrát fyzicky napadl. Matka se ve vztahu s novým mužem změnila. Upřednostňovala děti, které měla s otčímem Milana. K Milanovi se chovala lhostejně a celkově zanedbávala péči o něj.

Osobní anamnéza

Zhruba od pěti let žil s otčímem. Po narození nevlastních bratrů začal pociťovat, že se k němu matka chová jinak. Neobejme, nepohládí, neřekne vlídné slovo, a dokonce jej málokdy osloví jménem. Několikrát za den mu připomene, jak moc je podobný svému otci. Milan začíná být úzkostný, hledá si svůj vlastní svět. Nachází jej v knížkách a ve sportu. Uznává, že otčím se pokoušel najít si k němu cestu a mít s ním bližší vztah, matka tomu však vždy zabránila. Milan se chtěl, navzdory všemu, matce zalíbit, prožíval ale vždy velký strach z toho, že ho odmítne. V osmnácti letech Milana vyhodila matka z domu a přiměla blízkou rodinu, aby mu neposkytli přístřeší. Několik měsíců žil na ulici až mu úřady poskytli startovací byt.

Po několika letech se s matkou setkal. Zeptal se jí, jaký byl důvod k tomu, aby se k němu takto zachovala, proč ho neměla ráda, čím se provinil. Na Milanovo očekávané zjištění mu neřekla nic racionálního. Netušila totiž, proč to udělala. Milan od té doby není s matkou v kontaktu ani s nikým z rodiny, přerušil veškerý kontakt a odstěhoval se z kraje, kde vyrůstal.

Již třináctým rokem pracuje jako I. T. technik v Brně. Měl období, kdy vyhledával nezávazný sex. S ženami často manipuloval. Potřeboval, aby mu byly naprosto oddané. Partnerky střídal, byl nepředvídatelný. Cítil potřebu milovat se i několikrát denně. Následovalo období, kdy se na ženy ani nepodíval. Po práci vyrazil na kolo a vrátil se až po večer, někdy se domů nevrátil vůbec a jel rovnou do práce. Měl problémy se spánkem, jednoduše se mu nechtělo spát. Sportem trávil hodně času a vše mu podřizoval. Například, aby si mohl koupit to nejlepší kolo, klidně utratil všechny úspory. Z těchto nespoutaných stavů, spadl rovnou do deprese. Byl úzkostný, chybělo mu rodinné zázemí, kladl si za vinu nezáměrem rodiny.

Suicidální myšlenky jej provázely neustále. V jednu chvíli měl obrovskou zlost na všechny kolem, na celý svět, měl pocit, že mu nikdo nerozumí. Často přicházel do konfliktu s cizími lidmi na veřejnosti. V depresivní fázi měl také problém usnout, ale teď opačný, chtěl se vyspat, ale nemohl, nešlo to. Pronásledovaly ho různé myšlenky, někdy měl pocit, že slyší cizí hlasy. Odbornou pomoc vyhledal po tom, co jej stav v hluboké depresi přiměl udělat sám sobě. Způsobil si několik hlubokých tržných ran na ramenou a na stehnech. Byl hospitalizovaný v psychiatrické nemocnici, po dvou týdnech podepsal reverz. Vadil mu přísný režim a chybějící osobní přístup k pacientovi. Nezvládal to. Byla mu diagnostikována bipolární afektivní porucha, agorafobie a emoční porucha spánku.

Nynější stav

Milan je již zaléčen, navštěvuje pravidelně ordinaci lékaře. Již sedmým rokem má přítelkyni, se kterou žije v malém domku u Brna. Plánují rodinu, Milan má však obavy, aby nepřenesl genetické predispozice dítěti. Život v malé vesnici v těsné blízkosti lesa mu pomáhá lépe zvládat své onemocnění. V období deprese ví, že je naprosto nepoužitelný, straní se okolí, přátel i partnerky. Přátelé nevědí o tom, že má dlouhodobé psychické problémy, bojí se, že na něj nahlíželi jako na postiženého, nebo dokonce nebezpečného.

Prognostická úvaha

Navzdory tomu, že se Milanovi daří v pracovním životě i partnerském, není zcela vyrovnaný se svou nemocí. Má tendence se obviňovat a obavy z toho, že pokud by svému okolí řekl, že za jeho, někdy divným, chováním je nemoc, mohl by ztratit kredit. Mám za to, že Milanova prognóza léčby je dobrá, má zázemí, které dosud neměl, dobrou práci i přátelé.

Návrh případné intervence

Jak jsem již naznačila, klient by mohl vše dobře zvládnout a založit rodinu. Chybí však zkušenost se psychoterapií, psychoedukačním programem. Odporučila bych proto vyhledání psychoterapeuta a zaměření na odbourání bariér vůči založení rodiny, s tím související vztah k rodině, kterou měl a k rodině, jako takové. Psychoedukační program by byl vhodnou volbou, jak onemocnění porozumět a

předejít stresorům vyvolávající deprese, což by pomohl v destigmatizaci vnímání BAP.

4.4. Shrnutí

V následující části své bakalářské práce se budu věnovat shrnuté předkládaných kazuistik. Zaměřila jsem se na hledání odlišností a jejich vzájemnou propojenost.

V první kazuistice má Karolína velkou podporu rodiny, což je velmi důležité, pokud člověk prožívá opakovaně těžká životní období. Má partnera, který její nemoc chápe a pomáhá jí překonávat překážky a úskalí BAP. Potíže se u ní začaly projevovat po rozvodu rodičů, jenž byl spouštěčem. Od té doby byla úzkostnější, ztratila zájem o všechno, co jí do té doby dělalo radost. Z této epizody se dostala přesmykem do fáze mánie, kdy překypovala optimizmem, vše bylo krásné, lehké a snad dosažitelné. Důvodem proč odbornou pomoc nevyhledala dříve, než po deseti letech byl strach a obavy, že zklame rodiče a blízké okolí. Myslela si, že se stane terčem předsudků a bude považována za blázna a nesvéprávnou osobu. Z toho hlediska je velmi podstatné přistoupit k nemoci zodpovědně i v rámci psychoedukace, která pomůže rodinám duševně nemocných se orientovat v nemoci blízkého a získají větší vhled do jeho nemoci.

Ve druhé kazuistice se opět ukazuje, jak důležité je pro nemocného člověka zázemí milující rodiny. Jan je velmi silná a již vyrovnaná osobnost, i navzdory tomu, že neměl dobré vztahy s otcem a potažmo i s matkou, silné sebezapření mu pomohlo postavit se na vlastní nohy, začít od začátku a vybudovat si pevné zázemí ve své vlastní rodině. I když měli s manželkou krizi, nejspíš si každý musel projít přijetím dané skutečnosti po svém, našli k sobě opět cestu a snaží se být jeden pro druhého oporou. Jan využívá odbornou pomoc psychiatrie, užívá psychofarmaka, rekvalifikoval se, využívá sociální služby, setkává se s lidmi s podobnými duševními problémy. Říká, že stigmatizaci tak výrazně nepocítuje jako kdysi. Byli doby, kdy se nechtěl s nemocí nikomu svěřit, Obzvláště obtížné byly návštěvy u lékaře, s jinou odborností než psychiatrickou. Stávalo se, že somatická nemoc nebyla na první pohled patrná, lékař usoudil, že je pouze v jeho hlavě. Tyto nepříjemné zkušenosti s lékaři měl v době, kdy řešil problémy se zády.

Třetí kazuistika ukázala, jak moc je důležitý vliv sociálního a rodinného prostředí na vývoj dítěte a jeho pozdější zařazení do společnosti. Milan neměl

podporu rodiny od dětství, našel až ve středním věku po dlouhém hledání u přítelkyně. Milan se stal terčem matky, která si na něj vybíjela svoji zlost a vztek. Chtěla, aby věděl, že ho nemá ráda a proč. U Milana tím způsobila nedůvěru k ženám, nedůvěru k rodinnému životu. Sociálně se izoloval. Milan je nyní na dobré cestě. Má podporu přítelkyně. Ovšem je v něm velmi zakořeněný pocit viny a zároveň smutno. Nepřátelství pramenící v rodině jej pronásledují do dospělosti.

Všechny tyto kazuistiky mne utvrdili v názoru, že léčba bipolární poruchy je obtížná a velmi náročná, jak pro samotného pacienta, a jednak jeho rodinu, což se ukázalo ve všech třech případech. Sociální služby využil pouze Jan. Karolína a Milan, dá se říct, čekali do poslední chvíle a navštívili rovnou lékařskou ordinaci. Jistotou podobnost vidím v době propuknutí choroby. Stresorem byly problémy v rodině a spouštěčem pak nečekaná událost. Jan a Milan měli nelehké dětství. Milan byl matkou psychicky týrán, zde se negativně podepsal i nezáměr otce.

4.5. Diskuze

Klienti v těchto kazuistikách přistoupili na možnost léčby různým způsobem a za odlišných okolností. Společným bylo přesvědčení, že jim nikdo nerozumí, za nemoc se stydí, obviňují se a stahují do izolace. Pociťují stigmatizaci u lékařů, v médiích, což je jeden z podstatných důvodů k oddalování řešení svého psychického stavu. Mýty a předsudky jsou natolik pevně zakotvené ve společnosti, že pouze pomyšlení na to, že by někdo z blízkých věděl o jejich nemoci, je sužující.

Z kazuistik je patrné, že role sociálního pracovníka při léčbě a terapii klienta s BAP hraje malou roli. Z rozhovorů s lidmi s podobnými problémy jsem zjistila, že informace o nabízených sociálních službách zná jen velmi malá část z nich. Většina se spoléhá pouze na medikaci od lékaře.

V České republice působí několik neziskových organizací věnující se duševně nemocným a jejich rodinám. Pomáhají v znovu nabytí sebevědomí a reintegrace do společnosti. Mám za to, že nevyhledání těchto služeb a nezáměr potkávat se i s lidmi, kteří mají stejné nebo podobné potíže, tkví v sebestigmatizaci a odmítavým postojem společnosti. Proto je nutné, aby se široká veřejnost, školy a média zabývaly destigmatizací a osvětou. Důležitá je informovanost, tolerance a respekt k odlišnosti.

Závěr

V této bakalářské práci jsem se zabývala stigmatizací osob s bipolární poruchou ve společnosti. Mým cílem bylo poukázat na etické hledisko stereotypních postojů a iracionálních představ společnosti vůči člověku trpícímu bipolární afektivní poruchou. Na podkladě kazuistik jsem se snažila nastínit příčiny nemoci, její projevy a míru sebestigmatizace klientů. Dle shrnutí si myslím, že jsem cíl práce naplnila.

Práce je rozdělena na čtyři kapitoly, několik podkapitol a oddílů.

V první kapitole jsem představila nemoc jako takovou, její vznik, příčiny a projevy v běžném životě. V další části jsem se věnovala důležitosti sociálního a rodinného zázemí klienta při léčbě a poukázala jsem na zhoršení kvality života promítající se do profesní sféry, sociální a osobní. Popsala jsem, jakými emocemi člověk s bipolární poruchou v jednotlivých fázích prochází, co prožívá. Důležitou součástí kapitoly je popis varovných příznaků na možné suicidium klientů. V průběhu depresivní epizody se mohou dostat do hluboké deprese, v této chvíli se často objevují sebevražedné tendence. Dále jsem se věnovala možnostem farmakologické léčby v kombinaci s psychoterapií.

Ve druhé kapitole jsem se věnovala stigmatizaci bipolární poruchy ve společnosti jako ohrožující nemoci pro veřejnost. V jednotlivých podkapitolách a oddílech je popsán problém skálopevně zakořeněných předsudků, mýtu, nepravd, které se šíří napříč generacemi o lidem s duševní nemocí. Stigmatizace se projevuje v médiích, ve zdravotnictví, což působí nemalé potíže nemocným lidem. Pokud by se někomu svěřili, bojí se reakce a odsouzení.

Ve třetí kapitole jsem představila systém péče o duševně nemocné, kterou Česká republika nabízí. Momentálně probíhá reforma psychiatrické péče, jelikož byla v nevyhovujícím stavu, zatížená stereotypem a představou, že farmaka a hospitalizace vše vyřeší. Dále jsem také představila organizace zabývající se pomocí duševně nemocným.

V poslední čtvrté kapitole jsem prostřednictvím kazuistik poukázala na stále přetrvávající odmítavý postoj ve společnosti vůči psychicky nemocným lidem a na chybějící osvětu a informovanost o sociálních službách.

Domnívám se, že informovanost veřejnosti a deinstitucionalizace psychiatrické péče by přinesla lepší výsledky v péči o klienty. Je potřeba, aby

psychiatři lékaři zapojili do léčby o nemocného také sociální pracovníky a nabídli jejich služby svým pacientům.

Seznam použité literatury

- DOUBEK, Pavel. *Průvodce bipolární poruchou: pro pacienty, jejich rodinné příslušníky a blízké*. Praha: Maxdorf, c2011. ISBN 978-80-73452650.
- BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a František KOUKOLÍK. *Citový mozek: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, c2006. ISBN 80-7262-408-3.
- GAY, Christian. *Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy*. Praha: Portál, 2010. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-668-1.
- GOFFMAN, Erving. *Stigma: poznámky k problému zvládnutí narušené identity*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. Most (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-86429-21-0.
- HAVRDOVÁ, Zuzana. *Kompetence v praxi sociální práce: metodická příručka pro učitele a supervizory v sociální práci*. Praha: Osmium, 1999. ISBN 80-902081-8-5.
- HUČÍK, Ján a Alena HUČÍKOVÁ. *Kazuistika v sociálnej práci*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2009. 9788089271665.
- JANÍČEK, Jeroným. *Cyril Höschl: kde bydlí lidské duše*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-954-2.
- JANOUSHKOVÁ, Miroslava, Petr WINKLER a Kázmér LADISLAV. Vývoj nově přiznaných invalidních důchodů z důvodu duševních a fyzických onemocnění v ČR v letech 2001 až 2011. *Psychiatrie*. Praha: Tigis, 2014, **18**(4), 161-165. ISSN 1211-7579.
- KOMENDA, Antonín. *Sociální deviace: historická východiska a základní teoretické přístupy*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1999. ISBN 80-244-0019-7.
- KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese. 2., rozš. a přeprac. vyd.* Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-150-9.
- KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2069-2.
- MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.

- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1154-9.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.
- LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3125-4.
- LÁTALOVÁ, Klára a Ján PRAŠKO. Bipolární afektivní porucha a suicidalita. *Česká a Slovenská psychiatrie*. Praha: Galén, 2009, **105**(3), 129-134. ISSN 1212-0383.
- OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5199-3.
- PRAŠKO, Ján. *Bipolární afektivní porucha: příručka pro nemocné a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-002-x.
- PRAŠKO, Ján. *Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2365-4.
- PROBSTOVÁ, Václava. Sociální práce s duševně nemocnými: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi. MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- VÁCHA, Marek Orko, Radana KÖNIGOVÁ a Miloš MAUER. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-7367-780-0.
- VACHKOVÁ, Lenka. Sociální a rehabilitační programy pro duševně nemocné. *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: Solen, 2008, **9**(3), 130-133. ISSN 1213-0508.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
- VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 80-7367-342-8.

Elektrinočné zdroje

Cedrops [online]. Pardubice: CEDR Pardubice, 2021 [cit. 2021-7-15]. Dostupné z: <https://cedrops.cz/kdo-jsme/>

Csdz [online]. Praha: Česká společnost pro duševní zdraví, 2015 [cit. 2021-7-15]. Dostupné z: <https://www.csdz.cz/programy-a-zajmove-aktivity/>

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví [online]. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2021 [cit. 2021-7-15]. Dostupné z: <https://www.cmhd.cz/centrum/co-delame/>

Fokus Praha [online]. Praha: Fokus Praha, z.ú., 2021 [cit. 2021-7-15]. Dostupné z: <https://www.fokus-praha.cz/o-nas>

Green doors [online]. Praha: Green Doors z.ú., 2020 [cit. 2021-7-15]. Dostupné z: <https://www.greendoors.cz/cs/homepage/>

Klinika eset [online]. Praha: ESET, Psychoterapeutická a psychosomatická klinika, 2020 [cit. 2021-7-15]. Dostupné z: <https://www.klinikaeset.cz/v-cem-vam-pomuzeme/>

Sympathea [online]. Praha: SYMPATHEA, o.p.s, 2019 [cit. 2021-7-15]. Dostupné z: <http://www.sympathea.cz/>

Animaviva [online]. Opava: ANIMA VIVA, 2018 [cit. 2021-7-15]. Dostupné z: <https://www.animaviva.cz/>

BONA [online]. Praha: BONA, 2018 [cit. 2021-7-15]. Dostupné z: <https://www.bona-ops.cz/jak-pomahame>

MEDIAGUIDE: Informace, data a příběhy na jednom místě. Národní ústav duševního zdraví. Klecany, 2018. Dostupné také z: <https://narovinu.org/wp-content/uploads/2020/03/mediag.4.3..pdf>

STRATEGIE REFORMY PSYCHIATRICKÉ PÉČE. *Reforma psychiatrie* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013 [cit. 2021-7-13]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Strategie%20reformy%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8D.pdf>

zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Dostupný na: https://ppropo.mpsv.cz/zakon_108_2006.