

**UNIVERZITA KARLOVA**

**HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA**

**Bipolární afektivní porucha v kontextu sociální práce se zaměřením  
na studii AKTIBIPO 400**

**Bipolar affective disorder in social work, with a focus  
on the AKTIBIPO 400 study**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

PaedDr., Mgr. Hana Žáčková

Autor:

Kristýna Kolářová

Praha 2019

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat vedoucí své bakalářské práce PaedDr. Mgr. Haně Žáčkové za výborné rady při vedení této práce. Také bych ráda poděkovala celé mojí rodině a sestře Veronice.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Bipolární afektivní porucha v kontextu sociální práce se zaměřením na studii AKTIBIPO 400“ 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: 10.7. 2019

Jméno autora: Kristýna Kolářová

## **Anotace**

Tato bakalářská práce zaměřuje na využití náramku AKTIBIPO 400 pro budoucí pacienty, kteří trpí BAP. Také se zaměřuje na možnost sociální péče pro lidi s BAP. Práce popisuje, jak bipolární porucha vzniká, jak probíhá, a jak s touto nemocí pracovat. Práce obsahuje i jak se bipolární porucha léčí, a jak k ní přistupují sociální pracovníci. V praktické části jsou uvedeny kazuistiky, které zkoumají vliv BAP na člověka a uvedeny jsou i návrhy řešení jejich konkrétních situací.

## **Annotation**

The following thesis is focusing on a usage of the bracelet AKTIBIPO 400 for future BAD patients. It also concentrates on a possible social care for people suffering from this disorder. There is described the cause of bipolar affective disorder, the progress of it and how to work with it. The treatment and approach of social workers is also included. The history of cases, that are looking into the influence of BAD on a human being, are presented in the practical part, as well as potential solutions of their concrete situations.

## **Klíčová slova**

bipolární porucha, mánie, deprese, sociální pomoc, sociální služby, léčba

## **Keywords**

bipolar disorder, mania, depression, social help, social services, therapy

## Obsah

Úvod.....	7
1. Bipolární afektivní porucha .....	8
1.1. Příčiny bipolární afektivní poruchy .....	9
1.2. Fáze bipolární poruchy.....	9
1.2.1. Mánie .....	9
1.2.2. Hypománie.....	11
1.2.3. Deprese .....	11
1.2.4. Bipolarita a monopolarita .....	12
1.2.5. Zátěžové situace.....	13
1.3. Průběh bipolární afektivní poruchy.....	13
1.3.1. Nástup onemocnění.....	14
1.4. Různé typy bipolární poruchy .....	14
1.4.1. Bipolární porucha I .....	14
1.4.2. Bipolární porucha typu II.....	17
1.5. Suicidalita u bipolární afektivní poruchy .....	17
1.6. Léčebné možnosti.....	20
1.6.1. Medikace.....	21
1.7. Příbuzní pacienta.....	22
1.7.1. Terapeutické skupiny pro příbuzné.....	23
2. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním .....	24
2.1. Sociální pracovníci a jejich vzdělání.....	24
2.2. Metody sociální práce s klientem.....	24
3. Role sociálních pracovníků v reformě péče o duševně nemocné .....	25
4. Studie AKTIBIPO 400.....	27
4.1. MINDAX.ME .....	27
5. Kazuistiky .....	30
5.1. Kazuistika č. 1 .....	30
5.2. Kazuistika č. 2 .....	34
5.3. Kazuistika č. 3 .....	35
5.4. Kazuistika č. 4.....	37
5.5. Kazuistika č. 5 .....	38
5.6. Analýza kazuistik a shrnutí výsledků.....	40
5.7. Diskuze.....	41
Závěr .....	43
Seznam použité literatury .....	45
Seznam použitých elektronických zdrojů .....	46
Přílohy.....	47

## **Seznam zkratk**

ADHD Attention Deficit Hyperactivity Disorder

BAD Bipolar affective disorder

BAP Bipolární afektivní porucha

ČR Česká republika

ID Invalidní důchod

WHO World Health Organization

## Úvod

Bipolární porucha (dále jen BAP) je onemocnění, které postihuje až 60 milionů lidí po celém světě.

V České republice je častější, nežli cukrovka prvního typu. Je proto zapotřebí šířit osvětu o psychických onemocněních. Bipolární porucha je tedy velice závažná nemoc, která postihuje člověka celoživotně. Zasahuje negativně do každého aspektu pacientova života.

Toto téma jsem zvolila, protože jsem se při praxích setkala s lidmi, kteří bipolární poruchou trpí, a také proto, že se porucha vyskytla v mém blízkém rodinném okolí. Mám tedy s BAP zkušenosti jako blízký rodinný člen. Vidím, jak tato zákeřná porucha mění člověka, jak mu mění znenadání nálady a jak je pro člověka trpícího touto poruchou těžší život. Na toto onemocnění se snažím dívat z pohledu sociální pracovníce, a díky odborné literatuře mohu porovnávat, jak se projevy nemoci shodují s realitou.

Hlavním cílem práce je přiblížit poruchu BAP a možnosti, jak se dá ovlivnit a jak s ní pracovat z hlediska medicínského – vědci z Národního ústavu duševního zdraví v Klecanech vyvíjí náramek AKTIBIPO 400 který pomůže v budoucnosti mnoha lidem. Chci ale zjistit, jaké jsou možnosti sociální pomoci osobám s BAP a zda je tyto osoby využívají.

V závěru se proto v práci objevují i kazuistiky osob, kteří BAP trpí. V těchto kazuistikách srovnávám jednotlivé případy, a zkoumám dopady BAP na průběh života. Také zkoumám, zda se lidé snažili vyhledat sociální pomoc, či zda mají pouze léčebný náramek.

# 1. Bipolární afektivní porucha

*„Nemůžete i tak snadno představit, co takový člověk prožívá, a vždycky chápat, proč se tak divně chová. Já věřím, že se dost trápí, ale dost často trpí spíš ti kolem. (manželka nemocného bipolární afektivní poruchou“ (Marie Vágnerová, 2012, str. 369)*

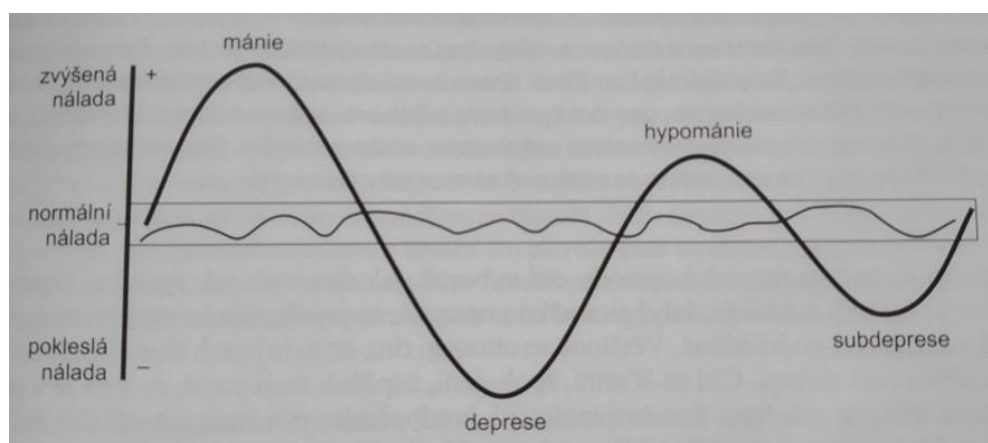
Bipolární afektivní porucha byla dříve označována jako maniodepresivní psychóza. Oba dva názvy naznačují, že se jedná o změny nálad, které jdou z jednoho pólu na druhý.

Tato porucha se vyskytuje u jednoho ze sta lidí. Je to velice závažné celoživotní onemocnění, které lze řešit jedině dlouhodobou medikamentózní léčbou. Toto onemocnění je velmi individuální, u každého člověka probíhá jinak. Nejčastěji se ale projevuje jako střídání nálad- deprese a mánie, mezi tím je takzvané klidové období. Deprese je dlouhotrvající stav, který se projevuje jako pokles nálad, neschopností prožívat radost.

Oproti tomu mánie je stav, při kterém je člověk ve velmi dobré náladě, v euforii, může trpět až halucinacemi. (Látalová, 2010, s. 27)

Toto onemocnění má na člověka i na jeho rodinu a blízké okolí klíčový vliv. V současné době se bipolární porucha rozlišuje na bipolární poruchu typu I a typu II. Typ I je charakteristický depresemi a silnými mániemi. Typ II je charakteristický depresemi a hypomanickými příhodami. (Látalová, 2010, s. 42)

**Obrázek číslo 1** (Schematické znázornění cyklování nálad u bipolární afektivní poruchy)



*Bipolární afektivní porucha – Klára Látalová, str. 21*



Když pacient trpí bipolární poruchou, střídá se mu nálada z mánie do deprese a naopak. Někdy se ale změna nálad taková, že pacient trpí depresí a hypománií. Hypománie je lehčí forma mánie a neohrožuje tolik pacienta jako mánie. (Vágnerová, 2012, str. 369)

## **1.1. Příčiny bipolární afektivní poruchy**

Příčiny této nemoci jsou dosud neznámé. Jedná se o propojení genetických vlivů a dědičnosti a prostředí, ve kterém člověk vyrůstá. I když víme, že se jedná o spojení dědičnosti a genetických vlivů, dodnes neexistují žádné testy, které by odhalily konečnou diagnózu. Onemocnění se projevuje okolo dvacátého roku života a je typické skupinou příznaků, které se objevují najednou v jednom časovém období. Jde o poruchu, která se u člověka objeví změnou nálad a změnou aktivity budoucího pacienta. Nálada se jednou mění z veselé, rozchovavé, a radostné na úplný opak, kdy se budoucí pacient schovává před svým okolím v bytě, natož pak není schopný někomu zavolat. Tyto stavy spouštějí takzvané spouštěče. (Mentzos, 2005, str. 65)

Jedná se o radostnou, nebo naopak smutnou nebo stresující událost. Může to být nový vztah, sňatek. Může se jednat o ukončení studia, začátek zkuškového období. Nebo se jedná například autonehodu, ztrátu partnera, nebo o úmrtí v rodině. U tohoto posledního příkladu – úmrtí v rodině, by pacient předpokládal, že se dostane do depresivní fáze.

Tato porucha se ale naopak může projevit tak, že se člověk dostane do manické fáze. (Gay, 2010, s. 41)

Je pravděpodobnější, že člověk onemocní bipolární poruchou, když v jeho rodině trpí blízká osoba depresí.

## **1.2. Fáze bipolární poruchy**

V následujících kapitolách konkrétněji uvádím jednotlivé fáze poruchy.

### **1.2.1. Mánie**

Pacient se během mánie cítí velice dobře, často mluví tak rychle, že mu není ani rozumět. Má pocit, že pro něj není nic nemožné, většinou má plnou hlavu nápadů, které ale nejsou reálné. V praxi jsem se setkala s tím, že moje známá Marie měla při silné manické fázi pocit, že se z ní stane pěvecká hvězda, také trpěla halucinacemi. (Látalová, 2010, s. 22)

Pacienti mají plno energie, mají pocit, že musí být stále v pohybu. Pacient při této fázi

nemá pocit, že by byl nějak nemocný. Na okolí reaguje nepřiměřeně, někdy až podrážděně.

*„Připadají si atraktivní, neodolatelní, výkonní. Jejich řeč je většinou hlasitá, zrychlená, myšlení překotné, chování postrádá společenský odstup. Jsou velmi družní, mají zvýšenou potřebu společenských kontaktů, rádi komentují, chlubí se, chvástají, nabízejí množství povrchních nápadů. Jejich pozornost je roztěkaná.“* (Látalová, 2010, s. 22)

Tato mánie se projevuje přehnanými změnami nálad, osobnost se projevuje euforicky, či podrážděně. Dále je tato mánie spojená s fyzickou a psychickou hyperaktivitou.

Laická veřejnost takto projevující se osobu označuje zuřivou, či šílenou, nebo něčím posedlou. Osoby projevující se takovýmto chováním lépe akceptují, pokud se o nich hovoří, že trpí změny nálad, než aby se používal termín mánie či maniodepresivní psychóza. Toto souvisí s větší emotivní vnímavostí těchto osobností. Podle typických příznaků se dá zjistit, zda se jedná o mánii nebo o hypománii. (Gay, 2010, s. 32)

Projevy hypománie připomínají klidnější průběh mánie. I přesto, že je hypománie klidnější, pokud se včas nerozpozná, může významně ovlivnit pacientův život. Když má pacient mánii, jde to na něm velice jednoduše poznat. Má typické chování i vzhled. Je veselý, má pocit že vše zvládne, že mu nic nestojí v cestě.

Často nosí výrazné barevné oblečení, dokonce si vlasy nabarví na zářivé barvy. Velice jednoduše se seznamuje s lidmi ve svém okolí, je upovídaný, jenže toto později vidí jeho okolí jako nežádoucí, až nepříjemné. (Vágnerová, 2012, str. 383)

Když výše uvedená slečna měla silnou mánii, tak dvě a půl hodin v kuse mluvila, jakoby bez nádechu. Její babička na ní byla našťvaná, a řekla jí, ať raději mlčí. Nálada pacienta se ale často mění z radosti do smutku. Tyto nálady a pocity jsou v mánii silně znásobené. Pacient si myslí, že je všehoschopný, že vše, co si usmyslí, zvládne. Lidé trpící touto poruchou mají v mánii nesrozumitelnou řeč. Mluví tak rychle, že to jeho okolí až nestíhá sledovat. (Gay, 2010, s. 34)

Dále je pro pacienty typické zrychlené myšlení. Mají velice roztěkané myšlení, všechny informace, které z vnějšku přijímá, jsou zaneseny do jeho slovního projevu. Pacient často telefonuje, mluví s každým, se kterým přijde do styku. Tito lidé jsou neustále vzrušení, nedokážou sedět v klidu ani minutu. Například v čekárně doktora chvíli čtou časopis, chvíli si s někým povídají. Pamatuji si, že když měla známá silnou mánii, a bylo ji nutné převézt sanitkou do psychiatrické kliniky, byla nadšená z toho, že sanitka houká a bliká.

Další znak mánie je hyperaktivita. Spánek se postupně mění, zkracuje se. Pacient nepotřebuje tak dlouho spát, stačí mu jen pár hodin denně, později necítí únavu ani tehdy, když nespí vůbec. (Gay, 2010, s. 34)

### **1.2.2. Hypománie**

Hypománie je typická trvalou, mírně nadnesenou náladou, doprovázená zvýšenou aktivitou. Pacienti se cítí velice dobře, jsou upovídaní, mají zvýšené libido a sníženou potřebu spánku. Na rozdíl od mánie není hypománie doprovázena bludy či halucinacemi.

Stav hypománie není tak závažný, aby ohrozil denní činnosti, nebo pacienta dovedl do sociální izolace. Tato fáze má rychlý vzestup, měla by trvat aspoň čtyři dny. Postupně do týdne odstoupí, jen výjimečně trvá déle. Hypomanické stavy mohou jak předcházet mánii, tak i depresi, nebo se vykytují po těchto fázích. (Látalová, 2010, s. 39)

### **1.2.3. Deprese**

S depresivní fází se spojují tyto tři příznaky:

1. Veliký smutek, ztracení zájmu o jakoukoliv činnost, také jsou to sebevražedné myšlenky.
2. Myšlení je zpomalené.
3. Zpomalená je i motorika. (Gay, 2010, s. 38)

Pacient nemá chuť cokoliv dělat, cítí se úplně beznadějně. Jeho stav se mu projevuje jak v chování, tak i ve tváři.

Když Marie byla na střední škole, měla půlroční depresi (uvedeno výše). Tvářila se opravdu hrozně sklíčeně, často si jí kamarádky nebo vyučující zastavovali, proč se tváří tak, jak se tváří. Snažili se jí pomoci, ale jí pomohl jen čas, až deprese odstoupila.

Typická je ztráta zájmu, a schopnost radovat se. Pacient se podceňuje, má pocit, že je k ničemu, nedokáže i představit pozitivní budoucnost. Často se tyto pocity spojí, a pacient může mít pocity úzkosti, občas i myšlenky na sebevraždu. Duševní funkce se postupně zhoršují, je to viditelné na zpomaleném myšlení, pohybech, a chudém slovníku. Pacient se uzavírá do sebe, velice často nemluví, což jeho sebepodceňování ještě umocňuje. Další typický znakem deprese je utlumená motorika a motivace. (Vágnerová, 2012, str. 374)

Chůze je těžká a namáhavá, omezen je pohyb i mimika. Pacient se schovává často doma, často se uchyluje na lůžko, cítí se vyčerpaný. Nejjednodušší činnosti jsou pro něj problém, jako například obléknout se, nebo si vyčistit zuby. Pokud je ale schopen tyto činnosti dělat, tak jen s vysokým úsilím. Někdy se k tomuto všemu přidá ještě somatická porucha, například neukojitelný hlad, ztráta chuti k jídlu. Pacient má často problémy se spánkem. V noci se mnohokrát probouzí, nebo nemůže večer usnout. To hlavní riziko ale u deprese jsou sebevražedné sklony a myšlenky. (Gay, 2010, s. 38)

Obrázek číslo 2. Kresba mladé pacientky ve věku mladé dospělosti.

V kresbě je vyjádřen pocit definitivní ztráty všeho pozitivního. Všechno je mrtvé smutné, už nic nezbylo.



*Psychologie pro pomáhající profese, Marie Vágnerová, 2012, str. 389*

#### **1.2.4. Bipolarita a monopolarita**

Představme si, že máme dva pacienty. První za svůj život zažil bipolární poruchu, tedy trpí mániemi i depresemi. Zato druhý pacient zažívá jen deprese, tím pádem zažívá monopolární depresi. Otázkou je, proč někteří pacienti trpí bipolaritou a proč druzí trpí

monopolaritou. Odpovědí na tuto otázku je několikatero, včetně různých hypotéz. Existují různé statistiky, které naznačují, že monopolarita předchází dalším problémům, jako je například bulimie. (Mentzos, 2005, str. 85)

### 1.2.5. Zátěžové situace

Různé zátěže mohou vést k narušení rovnováhy na úrovni psychiky. Občas jen částečně, nebo dočasně, toto vede k změně chování a prožívání. Zátěžové situace mají pro začátek a vývoj psychické poruchy různý význam. Zátěžové situace se mohou dělit na různé druhy zátěží. Mezi ně patří například frustrace, konflikt, deprivace, stres, trauma, deprivace. Stres neboli napětí, nebo zátěž, jako první použil jako označení těžké zátěžové situace kanadský endokrinolog Selye. Stres je podle něj „*Sumou všech adaptačních reakcí biologického systému, které byly spuštěny nespecifickou noxou. Termín stres má v současnosti mnohem širší použití, označuje se jím i například zátěžová situace nebo stav individua. Z psychologického hlediska lze stres chápat jako stav nadměrného zatížení či ohrožení.*“ (Selye, sec. in Vágnerová, 2012, s. 50)

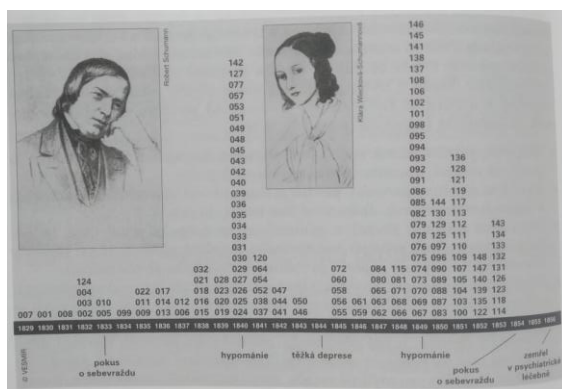
Míra odolnosti vůči zátěžím, jako je například stres, záleží na genetice, na dosažené vývojové úrovni, celkovém stavu pacienta, i na jeho zkušenostech. (Vágnerová, 2012, str. 48)

## 1.3. Průběh bipolární afektivní poruchy

Bipolární porucha je velice těžká porucha, která má u každého člověka různý průběh, také ale i různé projevy.

Obrázek číslo 3. Průběh bipolární afektivní poruchy u Roberta Schumanna.

*Psychoopatologie pro pomáhající profese, Marie Vágnerová, 2012, str. 388*



Bipolárně afektivní porucha většinou zasahuje do života pacienta celý jeho život. Charakterizuje jí opakující se změny nálady a její výkyvy.

### **1.3.1. Nástup onemocnění**

Nástup bipolární poruchy se obvykle objeví v adolescenci a časně dospělosti, ve věku mezi patnácti až třiceti lety. Průměrný věk pro první fázi bipolární poruchy je dvacet jedna let. U Marie se bipolární porucha projevila okolo dvacátého roku. U jednovaječných dvojčat je na přibližně devadesát procent jisté, že bude mít dvojče stejnou nebo velmi podobnou poruchu. (Látalová, 2010, s. 55)

O rok později se u ní bipolární porucha projevila silnou depresivní fází, na kterou od lékařky dostala antidepresiva. Často se ale bipolární porucha diagnostikuje špatně, protože si lékař myslí, že se jedná u unipolární poruchu – tedy jen o deprese. Když ale dostala antidepresiva, měla na ně nepřiměřenou reakci, tím pádem se začalo mluvit o bipolární afektivní poruše. Další antidepresiva jí způsobila silnou manickou fázi.

*„První epizoda bipolární poruchy může být manická, hypomanická, smíšená nebo depresivní. Muži trpí častěji iniciální manickou epizodou než ženy, nicméně u obou pohlaví je častější první epizoda depresivní. Většinou nemocný prožije jednu nebo více depresivních epizod bipolární poruchy, než se objeví epizoda hypo/manická.“* (Látalová, 2010, str. 55)

U mužů se objevují manické i depresivní fáze, u žen se objevuje více depresivních fází. Ženy dominují v rychlejší střídání depresivních a manických fází.

## **1.4. Různé typy bipolární poruchy**

Bipolární afektivní porucha se obvykle dostaví v období dospívání. Přibližně polovině pacientů je pod osmnáct let. Je velmi důležité zavčas určit správnou diagnózu, může se totiž stát, že je BAP diagnostikována jako krize, typická pro toto věkové období. (Gay, 2010, s. 29)

### **1.4.1. Bipolární porucha I**

Manické fáze se často střídají s depresivními. Správná diagnóza se určuje nejlépe v manické fázi.

Na tomto místě bych uvedla příklad z mé praxe.

## Příběh Anny

*„Narodila jsem se v sedmdesátých letech minulého století v krajském městě do „doktorské“ rodiny. Mám mladšího bratra. Doma bylo běžné domácí násilí, jak vůči matce, tak i mně. Otec má BAP, ale jako doktor se za tuto nemoc samozřejmě styděl, tudíž se oficiálně neléčil. Používal tzv. samoléčbu, což znamená, že v době častých mánií stavěl domy, měl jich celkem 7 a v době depresí si sám naordinoval kodein, lehl si do ložnice, a odtud třeba i několik dní nevyšel. Býval velmi agresivní. Moji rodiče se rozvedli v mých 10ti letech, a to, až po mém naléhání na matku. Již jako dítě jsem byla jiná. Byla jsem velmi nervózní a koktala jsem tak, že jsem se ani nemohla představit, taky jsem málo spala. Matka do mě ládovala antidepresiva, ale nikdy mi nevysvětlila, co to je nebo proč mi je dává. Snažila jsem se dělat vše tak, jak se ode mě očekávalo. Výborně jsem se učila, navštěvovala kroužky a snažila se excelovat ve sportu. Po základní škole jsem šla automaticky na gympl. Dále jsem se dobře učila, ale přišla na mě puberta, kterou má matka vůbec nezvládla, tudíž mezi námi začaly velké rozbroje.*

*Matka vždy upřednostňovala vzdělání před vším jiným. Já ale chtěla chodit ven s kamarádkami, bavít se a „honit“ kluky. V té době mi matka opět přidala antidepresiva, a opět bez vysvětlení. Moje budoucnost byla jasná, měla jsem být doktorkou. V posledním roce na gymnplu se ve mně něco zlomilo a já měla jediné přání, a to dostat se z „područí“ matky. Rozhodla jsem se, že na žádnou vysokou nepůjdu a že půjdu hned do práce, abych se mohla osamostatnit. Matka z toho byla šilená a donutila mě jít studovat alespoň VOŠ, což jsem s přehledem zvládla. Dále matka naplánovala, že nastoupím na místní hygienickou stanici jako hygienik. To se nestalo a já nakonec na matčín popud odjela do Británie dělat au-pair a učit se anglicky. Bylo to sice peklo, ale vydržela jsem tam rok, udělala si FCE a našla si chlapce z Prahy, ke kterému jsem se po návratu nastěhovala. Nedělalo to ale dobrotu, protože on bydlel se svými rodiči a jaksi jim zapomněl říct, že tam s nimi budu bydlet i já. Vzhledem k tomu že jsem si v Británii udělala FCE (postupně pak i ACE), tak jsem se rozhodla si najít práci v nějaké zahraniční firmě. Mojí první prací tedy bylo místo asistentky generálního ředitele jedné americké banky. Moc se mi ale v bankovním prostředí nelíbilo, tak jsem si asi za rok a půl našla práci jako personalistka v jedné mezinárodní korporaci.*

*Ve firmě se mi moc líbilo, tak jsem tak pracovala 11 let. Když se na to všechno dívám zpětně, tak si uvědomuji, že právě v této době cca kolem roku 1999 se moje nemoc rozjela naplno. Kariéra byla tak výborně rozjetá, že jsem dostala nabídku na práci na ředitelství ve Švýcarsku. Práci jsem přijala a sama se přestěhovala do Švýcarska.*

*Po profesní stránce to bylo to nejlepší, co mě mohlo potkat. Měla jsem na starosti celosvětový tým o 20 lidech, cestovala jsem po celém světě a neustále se vzdělávala v oblasti HR IT, která zůstala mojí doménou. Stala jsem se workoholikem.*

*Po stránce lidské to bylo přesně naopak. Hodně jsem trpěla samotou a lety do zahraničí mě vyčerpávaly. Jedna moje kamarádka, co mě byla navštívit, mě přirovnala k „ptáčkovi ve zlaté kleci“. V té době mi začalo být opravdu zle. Nevěděla jsem, co s tím, tak jsem si našla českého psychologa, ke kterému jsem docházela. Bylo to na nic. Po 3 letech jsem se vrátila domů a začala hledat pomoc. Najednou mi matka řekla, že otec má BAP a že to asi mám po něm a snažila se mi všemožně vyjít vstříc a najít doktora (v té chvíli jsem si uvědomila, že to věděla celou dobu, ale styděla se za mě). Já o to ale vůbec nestála, protože jsem již nechtěla, aby o mně matka cokoliv věděla. Hledala jsem opravdu dlouho, než jsem potkala svého doktora, který mě v roce 2008 stanovil diagnózu BAP. Jeden doktor se mě třeba zeptal, kolik beru peněz. Když jsem mu sdělila částku, tak mě vyhodil s tím, že s takovými penězi nemůžu mít problém.*

*V roce 2003 přišla první větší deprese. V roce 2005, 2008 a 2011 mě navštívily velké mánie. Při každé z nich jsem byla na neschopence cca 3 měsíce a v roce 2011 jsem byla i hospitalizovaná. V té době jsem již měla svého partnera, dnes již manžela a otce mé dcerky a pracovala jsem v americké IT korporaci. V roce 2012 jsem otěhotněla a v únoru 2013 se mi ve 41 narodila dcerka. Do té doby jsem byla workoholik. V práci jsem trávila celé dny a přišlo mi to normální. Pro ilustraci, pracovala jsem až do porodu a do práce jsem, sice na zkrácený úvazek, šla ihned po zákonné lhůtě (tuším, že za 17t). Situaci jsem alespoň trochu zvládala, samozřejmě mi byl velkou oporou můj muž. Později v roce 2013 zemřela moje matka na následky rakoviny. S bratrem jsem si nikdy moc nerozuměla, ale po smrti matky jsem se s ním přestala stýkat úplně, protože mě vzal na hůl při vyrovnání dědictví.*

*Moje reakce na smrt matky, byla opět ohromná mánie. Po této mánii byl chvíli klid, ale v létě 2016 mě navštívila taková deprese, jakou jsem ještě nikdy nezažila. Po 4 měsících neschopenky mi můj doktor navrhl, zda bych nechtěla jít do invalidního důchodu. Já to na místě odmítla. Později jsem o tom přemýšlela a rozhodla se, že to asi bude nejlepší řešení. Na práci na tak vysoké úrovni jsem již opravdu neměla. Deprese mě úplně rozložila. Přestal mi normálně fungovat mozek, byla jsem dezorientovaná, prostě úplně mimo.*

*V dubnu 2017 mi byl přiznán invalidní důchod III stupně. V červenci téhož roku jsem skončila v práci. Od té doby jsem doma. Měla jsem dlouhé období smíšené epizody. Teď se již od*



*Vánoc potýkám s depresí a nejde se mi jí zbavit. Jsem z toho unavená... V květnu mě čeká „revize důchodu“. Docela se bojím, protože si nedovedu představit, jak bych pracovala.“*

#### **1.4.2. Bipolární porucha typu II**

*„Je představována opakovanými depresivními epizodami a alespoň jednou epizodou hypomanickou, v průběhu celé nemoci není přítomna plně vyjádřená manická epizoda. Tato porucha nepředstavuje pouze mírnější podobu bipolární poruchy, ale současné poznatky svědčí o tom, že je v mnohém odlišná od bipolární poruchy typu I svým průběhem i reakcí na léčbu.“* (Látalová, 2010, s. 42). Zde se jedná o hypománii. Je to méně patrná fáze než mánie. Bipolární porucha druhého typu se nejprve začíná projevovat jako problémy s depresí.

*„Ačkoliv je BAP II všeobecně chápána jako mírnější, její důsledky jsou však ve srovnání s BAP I horší. Ve srovnání s BAP I prodělávají nemocní více epizod, mají vyšší míru suicidality, funkčního postižení a komorbiditu s jinou psychickou poruchou.“* (Látalová, 2010, s. 43)

Ze své praxe uvádím příběh slečny Elišky pro bližší porozumění konkrétnímu pochopení projevům bipolární poruchy typu II.

*„Začalo to nejspíš ve 14, kdy jsem byla po dobu tří let znásilňována a mlácena. Můj rádoby přítel mi vyhrožoval, nesměla jsem a nikým ven, jen u něj. Hodně mě podezřívával a zakazoval. Doma jsem nic neřekla a v 15 se psychicky zhroutila. Od té doby přišla léčba na psychiatrii, strach jít mezi lidi, ani do školy nešlo, všude jsem chodila s mamkou. Odmaturovala jsem, a našla si přítele, taky staršího, všechno bylo v pohodě a tak jsem začala pomalu léky vysazovat. Když jsme spolu byli třetím rokem, zjistila jsem, že mě celou dobu podvádí. Stav se po rozchodu zhoršil a jsem zpět, kde jsem teď. Po rozchodu se u mě střídaly období. Kdy jsem v pohodě, zvládám fungovat, ráda si zpívám, mám chuť do života. A pak období kdy jsem v úzkosti, mám stejné stavy jako v těch 15 a jsem jen doma. To mě teď donutilo přerušit VOŠ. A jsem třetím měsícem doma. Dostávám různé léky a čeká se, co zabere. Co mi tyhle stavy vzaly? Asi přátele. Většina neví jak se chovat když mám takové stavy a radši dají ruce pryč. Nejbližší mi jsou rodiče a starší sestra.“*

#### **1.5. Suicidalita u bipolární afektivní poruchy**

Lékaři jsou si vědomi, že u pacientů, kteří trpí depresemi, nebo se zhoršuje jejich stav po mánií, je riziko sebevraždy. To také platí pro pacienty, kteří mají klidové období mezi mánií a depresí. Když o těchto myšlenkách ví rodina pacienta, dělá si starosti, a pokouší se to řešit

s lékařem. Rodina by v tomto případě měla být ostražitá. Na příbuzné by ale neměla být zodpovědnost přenášena. Bohužel, k sebevražedným myšlenkám a činům dochází tehdy, kdy to nikdo neočekává, nejčastěji k ránu, kdy je tlak deprese na pacienta největší. (Gay, 2010, s. 107)

Své obranné mechanismy už pacient při sebevražedné atace nedokáže sestavit. Má velké problémy, hodně trpí, a je zranitelný, i když to pro jeho okolí není rozpoznatelné.

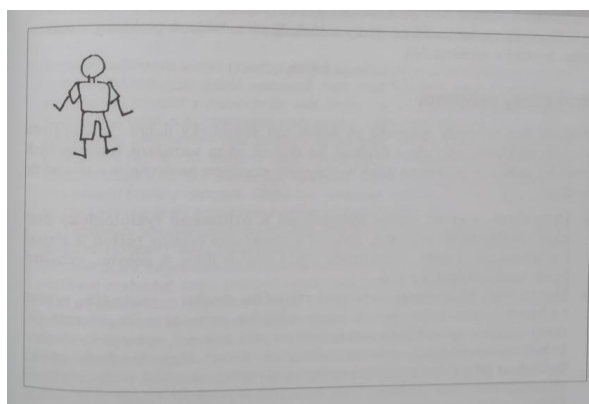
Je ale velice těžké rozpoznat prvotní příznaky sebevražedné ataky. Jen velmi málo pacientů před pokusem o sebevraždu navštívilo svého psychiatra nebo praktického lékaře.

Ten si ale nevšiml varovných příznaků, a nepomohl pacientovi. Předpovědět riziko sebevraždy je těžké, a návštěva doktora tento problém nevyřeší. Hlavní svědci ataky jsou jednoznačně pacientovi blízcí a jeho rodina. Když mají štěstí, a rozpoznají blízcí se problémy, je nutné, aby co nejdříve informovali ošetřujícího lékaře. (Látalová, 2010, str. 85)

Důležitým znakem jsou slovní nebo písemné projevy, které poukazují na sebevraždu.

Záměry tohoto typu se musí brát vážně. Pravda je, že ne vždy skončí myšlenky na sebevraždu sebevraždou, ale spousta sebevražd předstihují tyto myšlenky. Dalším alarmujícím znakem je to, zda se pacient už někdy pokusil zabít, dále pak také to, zda má pacient špatné stavy a pocity (pocity viny, úzkosti, sebepoškozování, pocity pochybení). Dalším znakem, kterému bychom měli věnovat pozornost, jsou poruchy osobnosti nebo hraniční poruchy osobnosti. Dále pak zda se u pacienta objeví sebepoškozování, agrese, impulzivnost, závislost na návykových látkách, nebo třeba náhlý útěk. Riziko sebevraždy se zvyšuje i u izolace pacienta, nebo když je v rodině pacienta konfliktní prostředí. (Gay, 2010, s. 108)

Obrázek číslo 4. Kresba depresivního adolescentního pacienta, v níž je zřejmé celkové ochuzení projevu.



*Psychopatologie pro pomáhající profese, Marie Vágnerová, 2012, str. 381*

Zde uvádím příběh z mé praxe, pro lepší pochopení.

Příběh Terezy

*„Jmenuji se Tereza a je mi 21 let a BAP mi byla diagnostikována v lednu 2018. Dětsví jsem měla bezproblémové, byla jsem šťastné dítě, neměla jsem žádné problémy. I když naši rodiče nebyli spolu, s oběma jsem měla hezký vztah. Prvotní problémy jsem začala pozorovat "v pubertě". Prošla jsem si šikanou, otec mne začal ponižovat a shazovat, nikdo mi nerozuměl, neměla jsem kamarádky a cítila jsem, že nezapadám. Díky neustálým otcovým narážkám, jsem měla nulové sebevědomí. Přišla jsem si bezcenná, ztracená, ošklivá a hloupá.*

*Začala jsem problémy řešit cigaretami a sebepoškozováním, kterého si všimli doma a vyhrožovali hospitalizací, ke které nakonec nedošlo. Matka mne pod záminkou zlepšení rodinných vztahů vytáhla za psychologku a do teď jí to mám za zlé, protože jsem záhy prokoukla tuhle lest a zlobila se na matčinu neupřímnost. K psychologce jsem nezískala důvěru a nebyla k ní upřímná. Všichni mi celou dobu říkali, že z toho vyrostu, že tyhle problémy má každý teenager, že jsem jen další ovce ze stáda. Jak to na člověka jde, že všech stran, začne tomu i on sám věřit. Tak nějak jsem přežívala, prožívala první lásky a zklamání a pořád jsem si uvnitř sama sebe přišla jiná, nezapadající do tohoto světa.*

*Úplně z kopce to začalo jit v druhém ročníku na střední. Začala jsem mít úzkosti, žila v neustálém strachu. Často jsem díky slabé imunitě marodila a tím to všechno bylo jen horší. Díky stresu jsem marodila čím dál víc a byla jsem nucena přerušit 4. ročník střední školy.*

*Po znovu nastoupení vše vypadalo v pořádku, našla jsem si přítele, ve škole prospívala. Jenže mé chování se změnilo. Začala jsem mít úzkosti, neustálý strach, že o přítele přijdu, věčně jsem brečela a stal se ze mne uzlíček nervů. A pak to všechno začalo. Vlivem události se mi zhroutil svět ve velmi krátkém časovém úseku. Rozchod, problémy v rodině, úmrtí v rodině, vyhazov z práce. Úplně jsem se sesypala. Přestala jsem jíst, pit, mluvit - koktala jsem, měla jsem o sebe nulový zájem, nemohla jsem spát. Měla jsem tak silnou úzkost, že jsem myslela, že se udusím. Nic jsem nezvládala. Začala jsem své problémy řešit alkoholem. Začala jsem být extrémně agresivní, plná nenávisti a vzteku, chvílemi jsem se málem rvala i s lidmi, kteří se nechovali správně. Byla jsem paranoidní, že na mne každý kouká, že každý pozná co mi je, cítila jsem na sobě pohledy ostatních. Bylo to beznadějně. 3 týdny jsem byla v depresi. Pak dva tři dny nádherná nálada, jako by se to všechno nedělo, i když to bylo spíš kombinaci alkoholu a neuroly. Takhle to trvalo přes 3 měsíce, kdy jsem si řekla, že se sebou musím něco dělat.*

*Objednat se k psychiatrovi bylo těžké, ale dojít tam bylo skoro nemožné. Po delší konverzaci jsme s lékařem došli k mojí diagnóze. Co se týká mého života za poslední rok, tak léky pořád nemám vychytané, ale jsem schopná alespoň trochu fungovat. Přestala jsem se litovat. Tohle všechno беру jako zkušenost. Bipolární porucha mi hodně vzala, ale i hodně dala...*

*Zjistila jsem, na koho se dá spolehnout, poznala nové lidi, podívala se do stacionáře, zlepšil se mi vztah s babičkou, vyzkoušela jsem si, že sport je lék na duši a zjistila, že i přes to zlý jsem relativně silná natolik, že hospitalizace nebyla nutná, protože při pomýšlení na zavření bůhví kde mne chytá panika. Často jsem v době zla myslela na sebevraždu, ale nikdy jsem nenašla sílu a odvahu to udělat. Občas na ni myslím i teď, jen jsem na to prostě slabá.*

*Co mi bipolární porucha vzala? Nemám dodělanou střední a nevím jak dál. Plno práci dělat nemohu, protože na to nejsem psychicky dost silná. Vyhodila jsem "z okna" dost peněz při maniích za zbytečnosti, když sem utrácela, mnohdy si i udělala ostudu. Když je klid po bouři a mám mezi období, je vše takové nijaké. Je příjemné nebýt úzkostná a agresivní, neklepat neustále nohama, nebřčet. Snažím se prostě jen přežít den a jít spát. Přijdu si jak robot co jen plní nějaké zadání, nic víc. Když to jde, snažím se jít do práce, vydělat si na nájem protože vím, že zas přijde období, kdy bude hůř, a já nebudu schopná do práce dojít. Je těžké mít život jako na houpačce, ale doufám, že se mi podaří najít rovnováhu jak v léčích, tak v životě abych byla schopna žít alespoň trochu spokojený život a jednou i třeba mít děti, pokud se najde někdo, kdo by chtěl mít traskavou směs. “*

## **1.6. Léčebné možnosti**

Léčebných možností je více, skládají se ale většinou z léků, biologické léčby a psychoterapie. Léky, které se nazývají thymoregulátory, nebo normothymika, jsou schopné zmírnit příznaky bipolární poruchy. Nejpoužívanější lékem je lithium, které je často předepisován jako první lék, který zabrání projevům při manické fázi. Olanzapin je novější lék, který také dobře funguje. Ze zkušeností z praxe ale vím, že po Olanzapinu se bohužel dost přibírá na váze. V USA a ve většině území v Evropě se proti manickým a depresivním fázím a jejich recidivě používá lék Lamotrigin. Lamotrigin je stabilizátor nálady, který v kombinaci s dalšími léky opravdu funguje. Proti manickým fázím také dobře zabírají tyto léky: vápníkové inhibitory, Quentapin, Aripiprazol, Clonazepam. Aripiprazol nezapříčiňuje tloustnutí, a bere se většinou ráno. Když má pacient unipolární poruchu, dlouhodobě se léčí antidepresivy.

Biologická léčba se dělá pomocí elektrokonvulzivní terapie. Pacient je v celkové anestezii a jsou mu dávány elektrošoky. (Gay, 2010, s. 47)

Psychoterapie je jedna z dalších možností, jak léčit manické a depresivní fáze. Když se propojí farmakologická léčba s psychoterapií, je to účinnější než samotná léčba prášky. Psychoterapie se doporučuje v tom případě, pokud došlo kvůli poruše ke změně osobnosti.

Dnes jsou různé druhy psychoterapie – dynamická, interpersonální, behaviorální.

V určitých případech je dobré chodit na rodinnou terapii, nebo pro partnera pacienta zařídit psychologickou pomoc. Existují také psychoedukační prostředky, které jsou cílené na pacienta i jeho rodinu. Konkrétně se jedná o individuální nebo skupinové sezení, při kterých se rodina pacienta informuje, jak se chovat při různých potížích, které mohou nastat. (Látalová, 2010, str. 185)

*„Společným základem všech psychoterapií zaměřených na bipolární afektivní poruchu je psychoedukace a monitorování varovných příznaků. Výsledky studií ukázaly, že efektivita jednotlivých terapeutických přístupů se odvíjí od typu epizody, které chceme zabránit.“*  
(Látalová, 2010, s. 193)

### **1.6.1. Medikace**

Představme si situaci, kdy se pacient rozhodne brát na svoje duševní onemocnění léky. Je to správné rozhodnutí, léky na bipolární poruchu bere Marie už přes dva roky a opravdu vidí zlepšení nebo ustálení bipolární poruchy. Je velice těžké najít správné medikamenty. Který z léků mi bude vyhovovat a který bude mít co nejméně vedlejších účinků? Terapeut nebo psycholog na tuto otázku odpoví stejně jako jiní odborníci, odpověď je: „*Netuším.*“

Tato odpověď pacienta rozhodně neuklidní, naopak pacient začne mít pochyby. Jednoduchá odpověď totiž neexistuje. Neexistuje jednoduchý postup, který by určil, co je pro jakého pacienta vhodné. Pacientovi tedy nezbyvá nic jiného, než účinnost léků vyzkoušet. Jsou ale faktory, které mohou ovlivnit výběr léků. Na začátek bych uvedla, že to jsou vlastnosti konkrétního medikamentu. K dispozici jsou účinné látky, které ovlivňují serotoninový systém. Statistiky ukazují, že se účinné látky neliší, co to se ale liší, jsou vedlejší účinky. Mnoho léků způsobuje problémy se spánkem, jiné mají negativní vliv na játra nebo ledviny, u dalších pacientů se mohou objevit zažívací problémy nebo nevolnost. Pacient není odkázán jen na to, co mu o medikamentu řekne doktor. Jsou tu ještě příbalové informace. Pacient z těchto informací může být radostný, nebo naopak smutný. V příbalových informacích se pacient dočte

mnoho informací, jako jsou například i vedlejší účinky. Farmaceutické firmy jsou povinny napsat do příbalových informací napsat všechny možné nežádoucí účinky. O příbalovém letáčku je potřeba vědět, že se v ní nachází vedlejší účinky, které se zjistily při výzkumu. Pacienti si tak přečtou například to, že lék může způsobit trombózu, nepřečtou si ale však, v jakém poměru se tento jev vyskytuje. Proto klidně lék rovnou odmítnou.

Jak tedy tyto informace má pacient chápat? Primárně si má pacient uvědomit, k čemu se lék používá. Poté může zvážit riziko vedlejších účinků v porovnání s tím, že by se omezily příznaky nemoci. Dále by měl pacient věnovat pozornost vedlejším účinkům, které jsou nejpravděpodobnější. Při rozhovoru s lékařem si pacient uvědomí možné účinky medikamentů vůči jeho osobě. Je zapotřebí vložit důvěru doktorovi, lékům i osudu, zda zrovna u tohoto pacienta se vyskytne nějaký vedlejší účinek.

Velice důležitý je také ovlivnění léků mezi sebou. Léky se navzájem ovlivňují, mohou zvýšit či snížit účinek jiného léku. Toto je důvod, proč je dobré říci doktorovi, které léky již pacient užívá. Lékař se ptá, zda se u pacienta nevyskytly nějaké vedlejší účinky již v předchozí době. Také se ptá na prodělaná a i současná onemocnění. Toto je důležité pro stanovení určité zdravotní anamnézy, která pomáhá snížit rizika interakce léků. Dále je také velice důležité, jaké má pacient symptomatický profil. Tak mi lékař nepředepíše lék, který je sice antimanický, ale který podporuje nespavost.

Poté, když pacient ví, že lék zabral tak, jak měl, je tu další otázka. Zda se po zlepšení situace může lék vysadit, nebo zda pokračovat v léčbě. Mnoho vědeckých studií naznačuje, že po přestání užívání léků jako jsou antidepresiva a antipsychotika do jednoho roku, je návrat těchto stavů více než pravděpodobný. U bipolárních poruch je doporučeno užívat léky déle než jeden rok, ba co více, celý život, je to totiž celoživotní onemocnění. (Haug, 2017, str. 203)

*„Příznaky, kterými trpí lidé s psychickými poruchami, postihují většinou takové věci jako city, vnitřní energie, schopnost rozhodovat, případně i schopnost hodnotit. Porucha je tedy v nitru mé osobnosti, v její podstatě. Léky mají ovlivnit příznaky jejího onemocnění – zasáhnou tedy také to, co mou osobnost utváří, nezmění ji? Nezměním se? Z těchto důvodů je otázka, kterou pacienti často kladou, než se rozhodnout léky užívat, pochopitelná. „Budu potom stejná jako dřív?“ Upřímná odpověď zní: „Ne, nebudete stejná jako dřív.““ (Haug, 2017, str. 205)*

## **1.7. Příbuzní pacienta**

Existovaly doby, kdy se na rodinu pacienta hledělo spíše jako na rušivý element. Dnes je tomu ale naštěstí jinak. Dnešní rodina pacienta se může na léčbě s dovolením pacienta podílet. Také s dnešní rodinou pacienta jedná s důstojností. Vedou k tomu určité dva důvody. Primárné je rodina pacienta důležitá pro následnou péči po propuštění z ústavní péče, jde ale také o nejbližší osoby pacienta, ke kterým má pacient největší důvěru. Dále pak mohou při začátku léčby pomoci informacemi o pacientovi. Další důvod je takový, že i příbuzní jsou velice zasaženi nemocí pacienta. V jednom příkladu z praxe to bylo jasně vidět v manické fázi, kdy se pacientka budila brzy ráno rodinu, aby jim mohla tři hodiny v kuse povídat. (Haug, 2017, str. 124)

### **1.7.1. Terapeutické skupiny pro příbuzné**

Pro většinu příbuzných je nápomocné, že se mohou sejít s lidmi, kteří se ocitli v podobné situaci jako oni. Nárůst terapeutických skupin pro příbuzné stoupá již několik let. V těchto skupinách se scházejí lidé, co mají podobné problémy, které se týkají jejich blízkého, který má například duševní onemocnění. Už jen díky tomu, že rodina ví, že není sama, je velice odlehčující. Dále lze čerpat informace díky ostatním rodinám v terapeutické skupině. (Látalová, 2010, str. 185)

Jiná rodina mohla mít stejný nebo podobný problém. Tyto skupiny jen málokdy vede profesionál. Na druhou stranu, když je v skupině odborník, může to být výhoda. Odborník ví více o vedlejších účincích medikamentů. Naopak když vede skupinu neprofesionál, může se ve skupině řešit, jaký doktor je lepší, či sdílet svoje negativní zkušenosti s klinikami a úřady. Tyto skupiny nemají jednoho vůdce, je to spíše na principu sobě rovných lidí. (Haug, 2017, str. 126)

## **2. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním**

Cílem sociální práce je poskytnutí sociálních služek jednotlivci, rodině, skupině a komunitě. Pomocí klientům vyrovnat se se svými problémy je účel těchto služeb. Sociální práce také vede dialog mezi společnostmi a tím, co chce klient. Cílem sociální služby je pak podpora fungování klienta v jeho sociální situaci. (Mahrová, Vengléřová, 2008, str. 9)

### **2.1. Sociální pracovníci a jejich vzdělání**

Po roce 1989 bylo vzdělávání v sociální práci velice změněno. Nejvíce se mění univerzitní vzdělávání sociálních pracovníků. *„Počátkem devadesátých let byl vypracován minimální standard pro vzdělávání v sociální práci, který uvádí, že absolvent studia musí mít takové teoretické znalosti, z psychologie, sociologie, práva, sociální politiky, teorie a metod sociální práce, metodologie výzkumu a zároveň takové komunikační a psychosociálně-terapeutické dovednosti a organizační schopnosti, aby byl způsobilý k výkonu individuální nebo skupinové práce s klientem, aby ve svém regionu dokázal provádět komunitní sociální práci a aby se mohl věnovat výzkumné činnosti. Vysokoškolské vzdělání je rovněž optimální, pokud sociální práce pracuje s klienty s duševními onemocněními, nutné jsou alespoň základní znalosti z oboru psychologie, a psychopatologie.“* (Tomeš, 1997, str. 84)

### **2.2. Metody sociální práce s klientem**

Počátky sociální práce s jednotlivcem se objevují v USA. Zakladatelka je slavná Mary Richmondová. Začala se zajímat o sociální vztahy jedince a na potřebu studia klientova sociálního prostředí. *„Za hlavní metody sociální práce považovala intervenci do klientova prostředí (tzv. nepřímou metodu) a rozvoj pevného vztahu se sociálním pracovníkem, který vede klienta k aktivitám a rozhodnutí (přímá metoda).“* (Chytil, Mahrová, 2008, str. 19)

Sociální práce s jednotlivcem začíná používat termínů, jako jsou: Sociální diagnóza, anamnéza, terapie. Sociální pracovník má roli experta. Diagnostický přístup (Freudovský přístup) je základem sociální práce zaměřené hlavně na klientovu minulost. (Chytil, Mahrová, 2008, str. 19)



### 3. Role sociálních pracovníků v reformě péče o duševně nemocné

Zdravotní sestry nebo sociální pracovníci? Kdo by měl pracovat v terénních týmech pro duševně nemocné? Tyto otázky jsou velmi důležité a jsou spojeny s reformou psychiatrické péče.

*„Když na podzim 2013 podepsal tehdejší ministr zdravotnictví Martin Holcát „Strategii reformy psychiatrické péče“, nebylo to velké překvapení. Tento dokument vznikl už od roku 2012 a souvisejících diskusí se účastnily desítky lidí. Schválení strategie bylo nutným předpokladem pro pozdější čerpání finančních prostředků z fondů EU a je možné, že kdyby tento motiv chyběl, dodnes by žádná strategie podepsaná ministrem nevznikla.*

*Při procházení tohoto dokumentu může čtenář nabýt dojmu, že strategie v tomto případě znamená, že vše poroste. S určitou dávkou cynismu by se dalo říct, že každá zájmová skupina poskytovatelů si přijde na své: psychiatrické léčebny zůstanou zachovány, jen se do budoucna mírně zmenší jejich kapacita, přibudou nová psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic a navýšen také bude počet psychiatrických ambulancí. Kromě toho mají vzniknout i nové služby. Především se jedná o centra duševního zdraví (CDZ), jejichž úkolem bude poskytovat péči v přirozeném prostředí pacientů, snižovat potřebu hospitalizací a pomoci při zapojování do komunity.“ (Pavel Říčan, 2015)*

Jádro služby by mělo být disciplinární tým, který se skládá a psychiatra, psychologa, zdravotních sester, kterých je stejně jako sociálních pracovníků devět. Tento tým by měl zajistit terénní práce, poté denní centrum, také krizová lůžka. Tyto podobné multidisciplinární týmy působí i v Holandsku, Velké Británii, nebo v Itálii.

V Holandsku se v současné době snaží o dokončení sítě FACT týmů. Jedná se o jednu z různých forem case managementu. Tento model péče je zaveden tak rychle, že se zatím nedá ověřit jeho účinnost.

*„Složení FACT týmu je následující: 1 psychiatr, 1 psycholog, 7 case managerů –(z toho 6 psychiatrických sester a jeden sociální pracovník), specialista na zaměstnávání a peer konzultant (to je člověk s vlastní zkušeností s duševní nemocí). Tým je tedy přibližně 11-ti členný a působí v oblasti o velikosti asi poloviny okresu (50 000 obyvatel).“ (Pavel Říčan, 2015)*

V ČR je tým podobný tomu v holandském FACTu. Ale oproti FACTu je v ČR více pracovníků v sociálních službách.

V multidisciplinárních týmech mají sociální pracovníci a psychiatrické sestry roli case managerů. Jejich cílem je pravidelný kontakt s klienty a jejich okolí a pracují pomocí psychiatrické rehabilitace. Obě dvě profese mají své výhody. Sestry zvládají rychleji posuzovat zdravotní stav klienta, zatímco sociální pracovníci umí lépe posoudit sociální situaci. *„Cílem služeb již nemá být klienta jen zbavit všech symptomů nebo mu zvenčí naplánovat komplexní rehabilitační proceduru. Pomáhající pracovník se stává průvodcem na cestě k zotavení člověka, který se potýká nejen s příznaky nemoci, ale i se stigmatizací a diskriminací skoro na každém kroku. Souběžně s rozpoznáváním procesu zotavení se stále více prosazuje zapojování peer specialistů do poskytování profesionálních služeb.“* (Pavel Říčan, 2015)

Tyto multidisciplinární týmy jsou správnou perspektivní cestou, která vede ke změně v péči o duševně nemocné. Sociální pracovníci mají 25 let zkušeností s poskytováním terénních služeb. Jsou tu tedy dvě výzvy pro sociální pracovníky. Jde o prokázání flexibility a naučení spolupráce se zdravotníky. (Pavel Říčan, 2015)

## 4. Studie AKTIBIPO 400

*„Studie AKTIBIPO 400 vznikla pod záštitou Národního ústavu duševního zdraví v Klecanech u Prahy. Toto výzkumně-klinické pracoviště se soustředí zejména na faktory vzniku a rozvoje duševních onemocnění prostřednictvím nejmodernějších technologií. Studie je vedena MUDr. Filipem Španielem, Ph.D., který se specializuje na léčbu a diagnostiku psychiatrických onemocnění, a to především afektivních a psychotických poruch.“ (Soňa Sikorová, 2018)*

Vědci z České republiky z NUDZ hledají dobrovolníky do studie AKTIBIPO 400. Tato studie se zaměřuje na BAP. Díky systému Minpax.me, který je velice moderní, v budoucnu bude možné zavčas předpovědět zhoršený stav pacienta a tak i zabránit hospitalizaci pacienta.

BAP dnes celosvětově trpí až 60 milionů lidí. V ČR k roku 2018 trpí BAP přes 100 tisíc lidí. Což je více, než pacientů trpících cukrovkou 1. typu.

*„Nejnovější poznatky ukazují, že na projevy onemocnění a znovu vzplanutí manických nebo depresivních epizod (tzv. relaps) mají vliv procesy, které se v těle člověka opakují jednou za 24 hodin, tzv. cirkadiánní rytmy, které můžeme na venek pozorovat jako střídání fáze bdění a spánku. Sledováním těchto rytmů a identifikací obecných i individuálních odchylek by bylo možné v budoucnu včas předpovědět blížící se zhoršení stavu, které může u některých pacientů skončit i hospitalizací v psychiatrické nemocnici až na dobu několika měsíců,“ popisuje MUDr. Filip Španiel, Ph.D. z Národního ústavu duševního zdraví. „(Soňa Sikorová, 2018)*

Odchytky, které jsou důležité, pacient jako takový sám neodhalí, a proto je zde technologie Mindpax.me, vyvinutý díky společnosti Mindpax. Je to náramek, který kontroluje spánkovou aktivitu a pohyb během dne. Tyto informace odesílá do aplikace v mobilu. Vědci se snaží najít spolehlivý algoritmus, který díky zachyceným výkyvům od normálu včas upozorní na blížící se mánii nebo depresi.

Zapojení do studie je pro pacienty zcela zdarma, prakticky to ani pacienta nezatěžuje. Studie trvá 18 měsíců. Do studie se plánuje přijmutí ještě 300 dobrovolníků. (Soňa Sikorová, 2018)

### 4.1.MINDAX.ME

System MINDPAX.ME je technologie pro sběr a analýzu dat.



Obrázek č. .... Ukázka jak náramek a celý proces studie probíhá



Náramek je přenosný přístroj, který shromažďuje určitá data, které přijímá od pacienta. Je ergonomický, malý, a voděodolný například do vany, takže pro pacienta není přítěží.

*„Mobilní aplikace nahrává data z náramku. Provádí také vizualizaci informací o fyzické kondici, tělesné aktivitě a spánku.“ (mindpax.me, 2018)*



*„Všechno začíná jednoduchým náramkem, který uživatel stále nosí na zápěstí. Náramek vypadá jako typický fitness náramek a měří tělesnou aktivitu a spánek jedince. Uživatel si do svého telefonu nainstaluje bezplatnou aplikaci, do které jsou přes Bluetooth přenášena data z*

*náramku. Uživatel má pak možnost pravidelně kontrolovat svůj spánek a aktivitu. Všechny údaje shromážděné mobilní aplikací jsou zakódovány a odesílány na server, kde jsou vyhodnocovány. Uživatel si pak vybere, s kým chce své údaje na webovém portálu sdílet.*

*Hlavní rozdíl je ve způsobu zacházení s údaji. Fitness náramky / aplikace seskupují surová data do dobře známých fitness parametrů, jako je počet kroků, spálené kalorie nebo doby spánku, a ostatní data jsou odstraněna. Analýza údajů systémem Mindpax jde mnohem dál. Pracujeme s primárními daty, hledáme dlouhodobé trendy a návaznosti na zdravotní stav jedince a jeho vývoj a stejně tak fitness parametry. S narůstajícím objemem dat se algoritmy systému Mindpax uživatelsky upravují pro každého jedince a jsou schopny zjistit odchylky od normálního stavu.“ (mindpax.me, 2018)*

## 5. Kazuistiky

Pro splnění mého cíle jsem si vybrala jako metodu kazistiku. Jedná se o lidi, kteří náramek již používají, nebo mají zkušenost se sociální pomocí v rámci BAP. Hlavě jsem se zaměřila na informace o možnostech sociální práce – zda jim byla poskytnuta nebo nabídnuta, případně jaké formy a metody sociální práce byly použity.

„Kazuistika je výzkumná metoda, která zahrnuje podrobné zkoumání daného předmětu.“

„Případové studie mohou být vytvořeny metodou formálního výzkumu. Tyto případové studie se pravděpodobně objeví ve formálních výzkumných prostorách, jako jsou časopisy a odborné konference, spíše než populární díla. Výsledný soubor „výzkumu případových studií“ má dlouhodobě významné místo v mnoha disciplínách a profesích, od psychologie, antropologie, sociologie a politické vědy až po vzdělávání, klinickou vědu, sociální práci a správní vědu.

Při zkoumání případové studie může být zkoumaným případem jedinec, organizace, událost nebo akce existující v určitém čase a místě. Například klinická věda vytvořila jak dobře známé případové studie jednotlivců, tak i případové studie klinických praktik.“  
(*en.wikipedia.org*)

Ve své bakalářské práci jsem zpracovala kazuistiky formou analýzy. K níže napsaným informacím jsem se dostala díky ochotě lidí s BAP, kteří nosí náramek Mindpax.me, a kteří se již setkali se sociální prací. Informace o těchto osobách jsou lehce pozměněné v rámci ochrany osobních údajů. Cílem analýzy je doplnění poznatků od pacientů s BAP. Nejen o fungování náramku a jejich nemoci, ale i o možnostech sociální práce.

### 5.1. Kazuistika č. 1

#### Osobní údaje:

Jméno: Pavla Svobodová

Věk: 37 let

Rodinný stav: vdaná

Vzdělání: vyšší odborné

### **Osobní anamnéza:**

Pavla se narodila jsem se do úplné rodiny, má jednu sestru. Má ji ráda, respektuje jí, ale bohužel jsou obě tak odlišné, že nedokážou moc dlouho být spolu a užívat si volného času.

Vyrůstala v domě s rodiči a prarodiči, soužití bylo hodně komplikované. Stále hádky, konflikty, ale jako dítěti jí to nepřišlo až tak vážné. Byla kreativní a často vymýšlela aktivity pro obě sestry. Maminka se věnovala spíše domácnosti a někdy jí její hry nepřišly jako vhodná zábava. Často byly bity. Maminka byla i hysterická. Otec byl spíše pasivní. Přicházel domů unavený a moc se do rodinného života nezapojoval. Aspoň si nevzpomíná na žádné zážitky s ním. Krom toho že jim oběma střídavě před spánkem četl pohádky. Maminka se s nimi aspoň učila.

Základní škola pro ni začala v 7 letech. Pamatuje si, že nedokázala popsat obrázky určitých situací a celé léto vyplňovala knížky s úkoly. Ale nevadilo jí to. Učení jí nedělalo moc potíže. Sice byla pomalá, při psaní musela držet diktovaný text dlouho v paměti, než se jí jej podařilo dopsat a nikdy nechápala zadání úkolů v matematice a podobných předmětech. Na hodiny se připravovala a měla i do 9. třídy vyznamenání. Výborně jí šly jazyky a hudební výchova. Hrála na kytaru v ZUŠ, navštěvovala Skaut u nich ve městě. V osmé třídě se rodiče rozvedli a sestry dojížděly často od babičky. Prožívala úzkosti, hůř se jí spalo a zhoršil se jí prospěch. Během rozvodu přestala mluvit, ve škole ani neřekla, že devátou třídu dokončí jinde. V létě se s mamkou přestěhovaly do domu k jejímu příteli. Poté udělala přijímací zkoušky na gymnázium- chtěla být učitelka. Nešly jí ovšem předměty vyžadující logické myšlení. V pololetí druhého ročníku nastoupila na zdravotnickou školu. Tam se jí moc nechtělo. Radši by se věnovala pedagogice, což jí rodiče neumožnili. Navíc už bylo i po talentových zkouškách. Školu dokončila maturitou, i když během studia měla průměrný prospěch. Později nastoupila na vyšší zdravotnickou školu, a zakončila ji absolutoriem.

### **Rodinná anamnéza:**

Brzy se naučila žít sama, nebýt na nikoho vázaná. S matkou si nikdy moc blízké nebyly, není schopná udržovat hlubší city. Nebyla jí oporou, ani se moc nezajímala, co Pavla prožívá. Stále ji srovnávala s otcem.

Ani s otcem nemá nějaký hlubší vztah, vzhledem tomu, že se jí po rozvodu, když za ním sestry jezdily, pokusil zneužít. Není s ním příliš v kontaktu.

Více se tedy setkává s matkou, trochu se sblížily.

V rodině matky se cítí dobře. U rodičů otce se nic nezměnilo. Neustálé konflikty, proto tam také nerada jezdí.

**Aktuální stav:**

Trpí BAP. Nově jí byla zjištěna i ADHD.

Léky užívá, cítí se unavená, teď už mění denní režim a pracuje na sobě, tak je jí lépe.

Léčí se ještě s hypotyreózou.

V psychiatrické péči je od 15 let. Tehdy se sestra odstěhovala k otci a byl na ní vyvíjen nadměrný tlak ze strany matky a otčímá. I když nesouhlasila, vzali ji samotnou na dovolenou do Chorvatska, kde se zhroutila.

Celé to období vnímá negativně. S lékařkou i psychologem sice spolupracovala, ale nohy jí podrážděla matka s otčímem, kteří se tomu, co se od lékařky dozvěděli, posmívali. Vadilo jí neustálé probírání jejího zdravotního stavu matkou s kamarádkami. Nikdo se na její názor neptal. S rodiči nikdo neřešil, jak s ní jednat, co by situaci zlepšilo. Ani v lékařce neměla důvěru, takže o zneužívání věděl až psychiatr pro dospělé.

Nyní je na rodičovské dovolené, má tříletou dceru. Je to náročné. Depresivní fáze má ovšem minimální, spíš výkyvy nálad a hypomanie. Má ID II.

V zaměstnání se jí dlouho nedařilo. Dopomohl tomu i směnný systém ve zdravotnictví. Poté byl docela problém najít si práci, která by jí vyhovovala. Nakonec odešla na několik let do Rakouska jako pečovatelka. Byli to náročné, ke konci to už nezvládala a došlo k syndromu vyhoření, zhroucení. Lékař jí doporučil zažádat o invalidní důchod.

Poté byla na několika brigádách, nikde s ní nebyli spokojeni.

Po roce na ÚP neplánovaně otěhotněla.

Náramek AKTIBIPO 400 nemá. Nějaký čas spolupracovala s organizací FOKUS.

Teď je na rodičovské dovolené, ale vystudovanou má vyšší zdravotnickou školu. Bohužel ve směnném provozu se jí poprvé spustila mánie, proto nakonec odešla jako pečovatelka k agentuře v Rakousku. Tam se uplatnila na 5 let, ale vzhledem k náročnosti práce u posledního klienta a nemožnosti odpočinku skončila na nemocenské. Lékař jí doporučil zažádat o ID.

Věří, že se vše spraví a bude schopná si udělat masérský kurz. Do zdravotnictví se již vracet nechce, a ani nemůže.



O náramku si myslí, že je dobrou metodou určení relapsu a prevencí těchto stavů. Už je na pacientovi, jestli informací z něj využije, nebo ne.

Líto je jí, že ne všichni jsou schopni svůj život uzpůsobit, aby k relapsům nedocházelo.

Mnohdy ale ani snaha klientů nestačí. Záleží i na vlivech zvenčí.

Ale jako metoda určení pravděpodobnosti relapsu jí náramek přijde vynikající.

Ve Fokusu jsem byla tehdy, když se tehdy ocitla v nouzi, nebyla schopná sepsat životopis, už vůbec se vypravit na pracovní pohovor.

Ve Fokusu s ní sepsali formality, byla jí přidělena sociální pracovnice, která ji měla doprovodit k firmě, kde měla jít na pohovor.

Bohužel paní v den pohovoru onemocněla, tak sebrala odvahu a vyrazila sama.

Její spolupráce tím skončila. Byli jí řečeno, že už pomoc nepotřebuje. Což ji mrzelo, byla spousta věcí, které potřebovala řešit. Jezdila tak aspoň na kurz do vzdálenějšího Fokusu, spíš jako zpestření období, kdy byla vedena na úřadu práce.

Myslí si, že spouště lidem pomohou. Ale zase vidí, že pokud člověk je něčeho nakonec sám schopen, bere se věc jako vyřešena a už se ničím dalším nezaobírají.

Věří, že spouště lidem už Fokus pomohl a doufá, že to není pravidlem- pokud někdo něčeho sám dosáhne, brát ho, jako soběstačného, vyléčeného.

### **Prognóza:**

Nejasná. U toho druhu onemocnění nejde nic předpovídat. Vše záleží na zlepšení situace.

### **Návrhy řešení z hlediska sociální práce:**

Pavla by potřebovala novu získat důvěru v pomáhající organizace jako je například Focus. Je dobře, že se Pavla po rodičovské dovolené bude snažit vrátit do normálního režimu dne, snažit se o masérský kurz. Myslím si, že by bylo vhodné, aby našla psychologickou pomoc a aby na psychologii docházela pravidelně. Navrhuji, aby navštěvovala ambulantně psychologa.

## 5.2. Kazuistika č. 2

### **Osobní údaje:**

Jméno: Petr Dlouhý

Věk: 28

Rodinný stav: svobodný

Vzdělání: vyučen

### **Osobní anamnéza:**

Narodil se do úplné rodiny. Má dva mladší sourozence. Sestra 16 let, bratr 26 let. Dětství prožil s bratrem. Od mala měl výkyvy nálad a problémy s chováním ve škole. Vše se vystupňovalo v pubertě. Chodil do školy ZŠ Vrchlického.

### **Rodinná anamnéza:**

Než se přišlo na to, že je nemocný, vztahy byly špatné. Po anamnéze se vše zlepšilo. S rodiči má velmi blízký vztah a se širší rodinou také. Maminka je zdravotní sestra a tatínek strojař.

### **Zdravotní anamnéza:**

Má BAP od narození. Bohužel se na to přišlo až v pozdním stádiu a to má značný dopad. Léky užívá denně už asi 6 let. V současnosti je stabilizovaný a jen občas propadá náladou dolů. Ale dá se s tím normálně žít. Po léčích přibral 40 kilo. Fyzička pokulhává, ale cítí se zdravý.

### **Aktuální stav:**

Chodí na plný úvazek do zaměstnání. Navštěvuje odborníky a snaží se BAP blíže porozumět. Náramek má již půl toku. Dochází do poradny sociální péče Fokus v Děčíně a je spokojený. Náramek moc nevnímá. Bere to tak, že to časem někomu pomůže. Občas se koukne na graf spánku. Trpí nespavostí, bez léků neusne a spánek mu obecně chybí. Na grafech je vidět souvislost mezi náladou a spánkem. Podle jeho názoru je to přímo úměrné. Myslí si, že až bude studie u konce, bude to mít pozitivní vliv na uživatele. Ve Fokusu byl celkem 5x. Je spokojený s přístupem. Je pro něj zajímavé dozvědět se informace i z jiného úhlu pohledu. Probíral to mockrát s psychiatrickou ale ve Fokusu je to prý takové více lidské. Jediné co ho trápí je, že se dodnes s nemocí vnitřně nesmířil. Trápí ho, že to má vliv na jeho blízké a ničí mu to vztahy.

### **Prognóza:**

Nejasná. I když je Petrův stav stabilizovaný medikamenty, vše se může rychle změnit příchodem mánie či deprese.

### **Návrhy řešení:**

Myslím si, že pro Petra by bylo vhodné navštívit Fokus vícekrát i v takovém případě, kdy nebude vědět, jak se s poruchou smířit. Nebo aby si Petr našel psychologa, který se konkrétně zaměřuje na BAP, a který by mohl Petrovi pomoci s jeho největším problémem. Také bych panu Petrovi doporučila, aby s pomocí Fokusu našel podpůrnou skupinu, která se nachází blízko jeho bydliště. Tam by mohl docházet a vidět, že i ostatní lidé, co trpí BAP, jsou na tom stejně.

## **5.3. Kazuistika č. 3**

### **Osobní údaje:**

Jméno: Ester Nováková

Věk: 23

Rodinný stav: svobodná

Vzdělání: Střední škola s maturitou

### **Osobní anamnéza:**

Vystudovala – společně s její sestrou Kristýnou Základní školu na Praze 3, poté každá studovala jiné gymnázium. Rozhodla se pro přírodovědný směr, zatímco její dvojče výtvarný směr. Poté studovala ČVUT Fakultu biomedicínského inženýrství – obor Fyzioterapie, který ale bohužel nedostudovala a ukončila studium po 2 a půl letech. Následně půl roku pracovala jako recepční v DDM a nastoupila na ČZU.

### **Rodinná anamnéza:**

Její rodina se skládá ze čtyř sester, rodičů a jedné babičky z matčiny strany. Nejstarší sestra Bára je nevlastí z otcovy strany, má dvě děti a je rozvedená. Sestra Tereza, které je 29 let, je těhotná a nedávno se vdala. Poslední sestra je její jednovaječné dvojče Kristýna, která studuje Sociální práci na univerzitě Karlově. Její matka se jmenuje Zuzana a je jí 57 let. Nyní pracuje jako vedoucí kanceláře v business škole. Mají spolu dobrý vztah, i když svá tajemství říká hlavně sestře Tereze, u které ví, že udrží jazyk za zuby. Otec se jmenuje Tomáš a je mu 72 let. Je to inženýr a většinu svého života pracoval u O2.

Nyní pracuje jako správce objektu v DDM. S babičkou má velmi dobrý vztah a nebojí se ji nic říct.

S rodiči bydlí v podnájmu na Žižkově, ale nebylo tomu tak vždy, při nástupu na první vysokou školu bydlela u babičky na Zahradním městě.

Od roku 2016 pobírá invalidní důchod 3. stupně. Jako malá se dělila o svůj pokoj s její sestrou Kristýnou a maminkou Zuzanou. Nikdy neměla vlastní pokoj, a když si jen představí mít vlastní pokoj, neláká jí to, zvykla si na ruch.

### **Zdravotní anamnéza:**

Před třemi roky jí byla diagnostikována bipolární afektivní porucha. Nemoc se projevovala postupně, ale gradovala velmi rychle. Sháněla si spoustu brigád, utrácela mnoho peněz například za šperky a naivně důvěřovala všem ve svém okolí. Také nechtěla ztrácet čas jídlem a spánkem, a tak spala 2 hodiny denně a skoro vůbec nejedla, toto období trvalo asi dva týdny s jídlem, a málo spánku měla asi poslední týden. Rodiče jí přesvědčili, aby s nimi zašla na RIAPS na ambulanci, pouze pro prášky na spaní. Tam jí ale převezli na psychickou ambulanci na Karlov, kde strávila tři týdny, poté dva týdny na smíšeném oddělení. Dále navštěvovala stacionář po 2 měsíce. Poté přišla deprese cca na 5 měsíců. Ta se projevovala sníženým sebevědomím, nerada chodila mezi lidi a vůbec nerada jezdila MHD, kde se na ní většina lidí mračila a ona si tento dojem přejímala, a myslela si, že jsem špatný člověk.

### **Aktuální stav:**

Od doby hospitalizace brala různé léky, ale až s příchodem jejího psychiatra, který jí ustálil léky, se stav začal zlepšovat. Nyní může říci, že je skoro dva roky bez výrazného výkyvu nálady.

Náramek má už skoro rok, a je s ním spokojená. I když ho už několikrát musela vyměnit, díky rozbitému ciferníku. Metoda Mindpax.me jí přijde velice zajímavá, protože v sobě slučuje nejen statistické údaje o aktivitě a spánku, ale také subjektivní náladu.

V rámci léčení BAP se setkala s Focusem. Také využila arteterapie na Břevnově, která se jí líbila, ale ji musela přerušit kvůli studiu. Arteterapie jí připomínala skupinové sezení ze stacionáře, kde si našla mnoho přátel, a toho si hodně vážila. Využila služeb psychologa, bohužel se ale nedostala do hloubky problémů, a tak odešla. Tuto službu obstojně nahradil Focus. Také za dob studia na ČVUT využila logopedie, kam docházela dva roky. Na začátku nemoci jsem byla hospitalizována po dobu pěti týdnů, a docházela na

denní stacionář. Na stacionář docházela dva měsíce. V průběhu hospitalizace se dozvěděla o možnosti navštěvování Fokusu, a to jí bylo nejvíce ku prospěchu. Na začátku hospitalizace jí lékaři ale dali špatné léky, a tím pádem ji hodně utlumili. Nebyla schopná moc mluvit a ani se hýbat. Také se jí nelíbilo neřešení špatné situace s pacientkou kleptomankou. Hospitalizace jí nakonec ale pomohla, a bez ní by to asi nezvládla.

#### **Prognóza:**

Nejasná, Ester byla hospitalizována, dva roky se jí nálada nevychýlila. Vzhledem k onemocnění je ale prognóza nejasná.

#### **Návrhy řešení:**

Jako pomoc slečně bych doporučila nadále navštěvovat psychiatra, také pokračovat ve spolupráci s organizací Fokus, která nahrazuje psychologickou pomoc. Dále bych doporučila stacionární léčbu, aby se hlídaly možné výkyvy nálad. Na stacionáři je dobrá pravidelnost a rozmanitost- arteterapie, muzikoterapie, relaxace, stolní hry a procházky.

### **5.4. Kazuistika č. 4**

#### **Osobní údaje:**

Jméno: Michal Petr

Věk: 42

Rodinný stav: rozvedený

#### **Osobní anamnéza:**

BAP má diagnostikovanou od 13 let, kdy jsem se odmítal léčit, i rodiče byli proti léčení. Je z rozvedené rodiny. BAP mám údajně z vystavování extrémního stresu z dětství.

#### **Rodinná anamnéza:**

Otec je třikrát léčený alkoholik. Nikdy léčení nedokončil. Matka byla jako pokojská, a na hotelu se zamykala s hosty na pokojích. Otec byl psychopat a sociopat. Kdyby přestal pít, určitě by byli se objevily další diagnózy. Doma pana Michala bil, hlavně psychicky týral. Se sestrou pán vidí jednou ročně. Otce ale neviděl 15 let.

#### **Zdravotní anamnéza:**

Do 38 let byl bez léků. Potom ataka na všechno mánie, deprese, psychózy. V nemocnici před měsícem naposledy po čtvrté.

#### **Aktuální stav:**

Momentálně léky Depakin 1000mg;Tiscerin 50mg,Deren 600mg. Pobírám ID 2. stupně.

Zatím chodí do práce a snažím se zvládat celé směny. Jinak příčinu nemoci vkládá do dětství. Otec se před nimi trávil, podřezával si žíly. Strkal matce hlavu do trouby a pouštěl ji plyn. Trvalo to celé léta. Žena po roce v depresích od Michala utekla. Žije sám. Děti jezdí pravidelně jednou za 14 dnů na víkend. Matka žije ve vedlejším vchodu. Několikrát se zadlužili. Pochoval syna, který ještě neměl 5 let. Dvakrát pan Michal musel prodat střechu nad hlavou kvůli dluhům.

Jeho názor na nemocnice se dost liší. V Kroměříži se mu nelíbilo. V Brně v Černovicích je to lepší. Pavilony jsou spravené, lékaři řeší věci na rovinu. V Brně mají hifi, což oceňuje, protože člověk má spoustu času. Nyní je v domácím léčení. Chtěl by za měsíc nastoupit do zaměstnání. V práci doma stráví max. 4 hodiny. Jinak léčba a spokojenost je vždy lékař od lékaře. Primáři vědí více. Osobně není spokojený s ambulantní péčí, ale nemá kam přejít.

#### **Prognóza:**

Nejistá, vzhledem k průběhu onemocnění. A množství vnitřních a vnějších faktorů, které mají na průběh nemoci vliv.

#### **Návrh řešení:**

Myslím si, že bude nutné pravidelně docházet za ošetřujícím psychiatrem, který by navrhl optimální léčbu. A který bude sledovat proměnlivý stav pacienta, a dle aktuální situace mu upraví medikaci.

### **5.5. Kazuistika č. 5**

#### **Osobní údaje:**

Jméno: Petra Chudá

Věk: 30

Rodinný stav: svobodná

Vzdělání: vysokoškolské magisterské – Právo a právní věda

#### **Osobní anamnéza:**

Dětství probíhalo naprosto normálně (žádná velká traumata). Jen výchova byla ve spartánském duchu. Vojenská disciplína, tvrdá práce a tlak na výkon. Sestra zvládala výchovu v pořádku, na Petru byla příliš tvrdá a málo citlivá. Petra chodila na základní školu do matematické třídy – třída s rozšířenou výukou přírodovědných předmětů. Poté na gymnázium, následně vysoká škola (právo).

Vztah se sestrou je v pořádku. Žádné konflikty nemá. Úplně si nerozumí ve způsobu a chápání života, ale navzájem se podporují.

### **Rodinná anamnéza**

Má velmi dobrý vztah s matkou – je to ochránářský typ, velmi empatická, klidná, citlivá.

Mám komplikovaný vztah s otcem – neumí vyjadřovat svoje pocity (pozitivní), neumí říct, že mě má rád. Otec pracuje jako stavbař, a maminka dělá architektku.

Ostatní příbuzenstvo - pozitivní vztah.

### **Zdravotní anamnéza:**

BAP má diagnostikovanou od května 2016, předtím léčena na úzkostlivě depresivní poruchu. Užívá 200 mg Lamictalu denně. Po fyzické stránce – prodělala myokartritidu (zánět srdce), opakované záněty močových cest, mykózy, angíny (odebrány mandle únor 2019). Celkově oslabená imunity, nízká fyzická.

### **Aktuální stav:**

Do 5/2019 na plný úvazek firemní právník. Nyní na poloviční úvazek jako peer konzultant. Nemoc ještě nedokázala plně přijmout, prodělala jednu máni, jinak deprese. Obává se relapsu. Žije podle harmonogramu, tzn., dodržuji přísně režim např. spánek. ID beru.

Náramek má již od března 2018, tzn. právě končí působení ve studii.

Náramek zpočátku vnímala velmi pozitivně, myslela si, že jí budou třeba volat, když bude spát málo. Aby se jí zeptali, jestli se něco neděje. Zpočátku sledovala spánek pořád, ale nakonec zjistila, že když spí 8 h denně, tak aplikace je vlastně k ničemu. Jen měla dobrý pocit z toho, že třeba do budoucna budou schopni na základě těch dat u dalších lidí včasně zakročit a vyhnout se hospitalizaci. Ona v něm teď velký přínos pro sebe neshledává. Měsíční dotazování přes telefon, které probíhá cca 40 min, jí nevádí, ale vadí jí, že po celou dobu jí nebyly a nebudou poskytnuty žádné údaje. To znamená žádná zpětná vazba. Občas jen sledovala, že spala hodně nebo málo a zamýšlela se nad tím, zda se něco

neděje. Možná by to mohlo pomoci udržet nadhled, protože si myslí, že člověk například v mánii ho ztratí a nevěří tomu, že se něco děje, a tohle jsou objektivní nezpochybnitelná fakta.

S žádnou sociální péčí jsem se nesetkala.

### **Prognóza:**

U této nemoci opět nejasná.

### **Návrh řešení:**

Paní Petra se prozatím s žádnou sociální péčí nesetkala. Bojí se ale relapsu. V tomto případě bych paní Petře doporučila svépomocnou skupinu, kde se často lidé s BAP baví o projevech a začátcích BAP.

## **5.6. Analýza kazuistik a shrnutí výsledků**

Ve všech kazuistikách bylo naznačeno, že se pacienti setkali se sociální službou jen okrajově, nebo využívají ambulantní služby. Často klienti zmiňují organizaci Focus.

Pavla z první kazuistiky trpí BAP a byla jí zjištěna i ADHD. Určit ADHD po diagnóze BAP je většinou velmi složité, protože jsou BAP a ADHD velmi úzce spojeni. Pavla pobírá invalidní důchod druhého stupně. U této diagnózy je to časté. Když se snažila zapojit do pracovního procesu, zkolabovala z toho. Pro její zdravotní stav je dobře, že raději pracovní proces opustila. Náramek AKTIBIPO 400 nemá, myslí si ale, že je to užitečný nástroj k včasnému určení blížící se mánie nebo deprese. Na Focus se obrátila tehdy, když potřebovala pomoc, kdy situaci sama nezvládala.

Pan Petr z druhé kazuistiky měl špatné vztahy v rodině, dokud se nepřišlo na to, že je nemocný. Také jako paní Pavla z první kazuistiky již má zkušenosti s Focusem. Focus pravidelně navštěvuje a je s organizací spokojený. Náramek pan Petr nosí už pár měsíců a nijak mu nepřekáží v každodenním životě. Myslí si, že až bude studie hotová, pomůže to lidem, kteří náramek budou nosit. Pan Petr má pocit, že se s nemocí vnitřně nesmířil. Bohužel z mé praxe vím, že se tento problém týká mnoho lidí.

Slečna Ester z třetí kazuistiky byla přes měsíc hospitalizovaná na psychiatrické klinice. Pobyt se jí tam zpočátku nelíbil, doktoři jí dávali léky, které špatně snášela. Na psychiatrické klinice nakonec strávila pět týdnů. Musela přerušit studium na vysoké škole a zažádala si jako paní Pavla z první kazuistiky o invalidní důchod. Dostala nejvyšší stupeň.



Díky návštěvám ambulantního psychiatra se cítí lépe. Náramek AKTIBIPO 400 nosí už několik měsíců a je s ním spokojená. Jen jí vadí, že se náramek musí posílat zpět kvůli nedobité baterce. V rámci Focusu využila služeb arteterapie, kde se jí dařilo. Také navštěvovala denní stacionář.

Pan Michal ze čtvrté kazuistiky má psychické problémy už od třinácti let. BAP se u něj rozvinuta hlavně z psychického stresu v dětství. Hospitalizován byl celkem čtyřikrát. V nemocnici se mu líbí, oceňuje upřímnost primářů. Není spokojený s ambulantní péčí, ale neví, kam by mohl přejít.

Paní Petra z páté kazuistiky se nikdy se sociální službou nesetkala. Stejně jako pan Petr z druhé kazuistiky, nedokázala plně přijmout svoji nemoc. Náramek nosí už delší dobu, a je s ním spokojená.

Možnosti využití v rámci Focusu jsou různorodé. Focus pomáhá lidem s duševním onemocněním, a nabízí jim širokou nabídku služeb. Focus nabízí jak krizová centra, tak i sociální služby, jako je například denní sanatorium. Také existují komunitní týmy.

Náramek bude do budoucna sloužit jako prevence hospitalizace pacientů s BAP. Zavčas upozorní na blížící se mánii nebo depresi. Lidé, kteří ho nosí, jsou s ním spokojeni, a oceňují pravidelný přínos informací v rámci Mindpax.me systému. Náramkem je jistě velkým přínosem pro budoucnost pacientů s BAP.

## **5.7. Diskuze**

Z kazuistik vyplývá, že sociální pomoc byla buďto v rámci organizace Fokus, nebo byli pacienti hospitalizováni. Následná péče ale po hospitalizaci byla téměř nulová. Očekávala jsem, že bude větší zájem ze strany doktorů a pomocných organizací o pacienty. Moje očekávání tedy splněna nebyla. Pomoc ať už v podobě pomáhajících organizací, nebo podpůrných skupin je velice důležitá, avšak pacienty z kazuistik není využívána. Myslím si, že v tom určitou roli hraje i informovanost ze strany pacientů. Z mé praxe vidím, že pacienti po hospitalizaci dostanou jen radu, aby si našli obvodního psychiatra a aby za ním ambulantně docházeli. To je do nebe volající problém.

Další problém je v tom, že se pacient už se sociální pomocí v rámci BAP setkal, nebyl ale spokojený, takže nemá zájem o další pokrčování. Jedna klientka hledala dobrého psychologa několik let, buďto si s doktorem nevyhovovala osobností, nebo pro ní nabízená

pomoc byla moc drahá. Jde tedy o velké úsilí vynaložené při hledání konkrétní pomoci. A to ani nemluvím o tom, že na dobrého doktora se čeká v řádu měsíců.

V literatuře se píše, že pro pacienta trpícího BAP je důležitý dobrý psychiatr. Také je výborná podpora rodiny. Jak má ale podporu získat někdo, kdo rodinu nemá, nebo se svojí rodinou nevychází dobře? V praxi jsem se setkala s případem, kdy se po objevení BAP rodina obrátila k pacientovi zády.

V literatuře se setkáváme s příběhy, které jsou ukázkové. BAP nastoupí obvykle okolo dvacátého roku života a deprese a mánie se postupně střídají. Díky správné medikaci se obvykle nemoc ustálí. Ve své praxi jsem se ale setkala s takovými pacienty, kterým se mánie a deprese střídají během několika hodin. Jak pak tyto pacienti mají čerpat pomoc z literatury, když se tam o jejich případech nepíše?

Na druhou stranu ale musím uznat, že vznikají nové a nové příručky pro pacienty s BAP, a že jsou kvalitnější. Také náramek AKTIBIPO 400 se systémem Mindpax.me je úžasný posun kupředu.

Tato práce zkoumá sociální pomoc lidem, kteří trpí BAP. Při svých praxích jsem zjistila, že pokud se pacient rozhodne nemoc léčit a přijmout ji jako část sebe, je na dobré, zato velmi zdlouhavé cestě.

Sociální pracovníci se pokouší vcítit do pacienta a pochopit tak jeho potřeby. V organizaci Fokus to evidentně funguje dobře. Pacienti BAP to nemají v životě jednoduché, už jen díky tomu, že jejich nemoc není na první pohled vidět.

## **Závěr**

Hlavním cílem práce bylo přiblížit poruchu BAP a možnosti, jak se dá ovlivnit a jak s ní pracovat z hlediska medicínského. Chtěla jsem také zjistit, jaké jsou možnosti sociální pomoci osobám s BAP a zda je tyto osoby využívají.

Záměrem této práce bylo ukázat, jak tato nemoc probíhá, jak se projevuje, a jaký je její dopad na pacienta.

Práci jsem rozdělila do pěti kapitol, které mají svoje podkapitoly.

První kapitola se věnuje bipolární afektivní poruše. Zkoumá její fáze, depresi i máni. Také se tato kapitola věnuje hypománii, což je lehčí verze mánie. Tato kapitola zkoumá rozdíl mezi bipolaritou a monopolaritou což je deprese. Také zkoumá zátěžové situace, tzv. spouštěče, kteří BAP spouštějí. Dále je v první kapitole zmíněno, jaký má BAP průběh. Jak onemocnění nastupuje, jaké jsou typy bipolární poruchy. V další podkapitole se píše, jak úzce souvisí BAP se suicidalitou. Také se zkoumají léčebné možnosti různá medikace. Dále se v podkapitole zkoumá vliv příbuzných na pacienta, a také se píše o terapeutických skupinách pro příbuzné.

Druhá kapitola se věnuje sociální práci s lidmi s duševním onemocněním. V další podkapitole se zkoumá, zda jsou sociální pracovníci řádně vzdělaní pro práci s takovými pacienty. Na konci této kapitoly se zkoumají metody sociální práce s klientem.

Třetí kapitola se zabývá rolí sociálních pracovníků d reformě o duševně nemocné.

Další kapitola zkoumá náramek AKTIBIPO 400, o kterém se píše i v následujících kazuistikách.

V poslední kapitole této práce jsem díky kazuistikám poukázala na nedostatečné poskytnutí sociální pomoci pacientům, kteří trpí BAP.

V příloze ukazují ukázky výtvarného tvoření, které vzniklo, když pacienti měli máni či depresi.

Myslím si, že cíl mé práce byl splněn. I když jsem bohužel zjistila, že sociální pomoc těmto lidem je více než nedostatečná. Myslím si, že je zapotřebí více bojovat se stigmatizací duševních nemocí, kam patří i BAP. Například bych založila školení pro psychiatry, aby věděli, kam pacienty odkazovat.

Bipolární porucha je také celoživotní onemocnění, které trápí přibližně 100 000 lidí v ČR. Sociální pomoc těmto lidem je velmi důležitá, avšak je v této zemi stále nedostačující.

## Seznam použité literatury

DOUBEK, Pavel. *Průvodce bipolární poruchou: pro pacienty, jejich rodinné příslušníky a blízké*. Praha: Maxdorf, 2013. ISBN 978-80-7345-368-8.

GAY, Christian. *Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy*. Praha: Portál, 2010. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-7367-668-1.

HAUG, Achim. *Malá kniha o duši: průvodce na cesty naší psychou a jejími nemocemi*. Přeložil Magdalena ŠTULCOVÁ. V Praze: Paseka, 2019. ISBN 9788074329869.

LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 9788024731254.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 9788024721385.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 9788073678180.

MENTZOS, Stavros. *Dynamika duševní nemoci*. Praha: Portál, 2005. Spektrum (Portál). ISBN 8071789925.

NOVÁK, Tomáš a Hana LÁSKOVÁ. *Peklo v duši: deprese a mánie*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5851-0.

PRAŠKO, Ján. *Bipolární afektivní porucha: příručka pro nemocné a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-002-x.

PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 9788026207313.

TOMEŠ, Igor. *Vzdělávací standardy v sociální práci*. Praha: Sociopress, 1997. Sešity pro sociální politiku (Socioklub). ISBN 80-902260-3-5.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál, 2012. ISBN 9788026202257.

## **Seznam použitých elektronických zdrojů**

<http://socialninovinky.cz/novinky-v-socialni-oblasti/509-role->

[http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2018/03/ZNPL\\_09\\_magazinA\\_N6.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2018/03/ZNPL_09_magazinA_N6.pdf)

## Přílohy

Příloha číslo 1. (Pacientka procházela depresí)



Příloha číslo 2. (Pacientka procházela mánii)



Příloha číslo 3 (Pacientka procházela mánií)

Slunce v srdci

