

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra sociální práce

Bakalářská práce

Juliana Hámová

Deprese a její vliv na sociální vztahy
Depression and its effect on social relationships

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Olze Hávránkové, Ph.D. za cenné rady a trpělivost během psaní této práce. Ráda bych také poděkovala PhDr. Evě Dragomirecké, Ph.D. za konzultaci.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci psala samostatně a že jsem řádně citovala všechny prameny a literaturu. Tato práce nesloužila v rámci jiného vysokoškolského studia a k získání jiného titulu.

V Praze 17.5.2021

Juliana Hámová

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá vlivem deprese na sociální vztahy. Je zaměřena na vztahy rodinné, partnerské a pracovní. V teoretické části popisuje základní druhy depresí a pracuje s odbornou literaturou. V druhé, praktické části pomocí polostrukturovaných rozhovorů s devíti respondenty otevírá bakalářská práce problematiku stigmatizace lidí s duševním onemocněním a jejich ukotvení ve společnosti. Cílem kvalitativního výzkumu bylo zjistit, jaký vliv má duševní onemocnění na sociální vztahy. V závěru výzkumu jsou použity dva rozhovory se sociálními pracovníci ze dvou center duševního zdraví. Tyto rozhovory pak dávají náhled na duševní onemocnění a práci s nimi z pohledu sociální práce.

Abstract

The bachelor thesis deals with the influence of depression on social relationships. It focuses on family, partnership and work relationships. The theoretical part describes the basic types of depression and works with professional literature. In the second, practical part, the bachelor thesis opens the issue of stigmatization of people with mental illness and their position in society using semi-structured interviews. The aim of the qualitative research was to find out what effect mental illness has on social relationships. Interviews with social workers from two mental health centers are used at the end of the research. These interviews give an insight into mental illness and working with mental illness from the perspective of social work.

Klíčová slova:

Deprese, sociální vztahy, sociální začlenění, duševní zdraví, duševní poruchy

Key words:

Depression, social relationship, social integration, mental health, psychic disorder

Obsah

1. Úvod	7
2. Deprese	8
2.1 Velká depresivní porucha	8
1.2 - Dystymie	10
2.2 Bipolární afektivní porucha	11
2.3 Depresivní epizoda	13
2.4 Manická epizoda	13
2.5 Hypomanická epizoda	15
2.6 Smíšená epizoda	16
2.7 Sezónní afektivní porucha	17
3. RODINA V DEPRESI	18
3.1 Definice rodiny	18
3.2 Rodinné a vztahy a deprese	19
3.3 Pomoc ze strany rodiny	20
3.4 Informovanost	20
3.5 Snižování nároků	21
3.6 Komunikace v rámci rodiny	22
4. Partnerství, zaměstnání a psychické onemocnění	25
4.1 Změna chování	25
4.2 Kritika	26
4.3 Snižování nároku	26
4.4 Pracovní vztahy a deprese	27
4.5 Rizikové faktory	27
4.6 Narušení vztahu na pracovišti	29
4.7 Pomoc ze strany zaměstnavatele a pracovního prostředí	29
5. Praktická část – výzkum	30
5.1 Výzkumné cíle a otázky	30

5.2	Metodologie výzkumu	30
5.3	Výzkumný soubor	31
5.4	Sběr dat respondentů	31
5.5	Počátek nemoci	32
5.6	Správná diagnóza	34
5.7	Přístup rodiny k nemoci	36
5.8	Vliv nemoci na rodinné vztahy	37
5.9	Vliv na partnerské vztahy.....	39
5.10	Informovanost blízkých.....	40
5.11	Vliv na pracovní a školní vztahy	42
5.12	Diskriminace.....	46
5.13	Neznalost pomoci	47
5.14	Podpora lidí s duševním onemocněním.....	48
5.15	Osvěta	49
5.16	Rozhovor č. 1.....	51
5.17	Zaměstnávání duševně nemocných	53
5.18	Rozhovor č. 2.....	54
5.19	Limity výzkumu	57
5.20	Závěr výzkumného šetření	57
6.	Závěr.....	59
7.	Seznam použité literatury	60
8.	Příloha: Struktura rozhovoru s respondenty	64

1. Úvod

Problematika dopadu deprese u člověka na rodinné, partnerské a pracovní vztahy je stále často opomíjeným tématem. Depresivní poruchu doprovází řada dalších problémů, které mohou vést až k rozpadu těchto vztahů a vazeb, a mohou vyústit až v sebevraždu. Jak lze vidět ze statistiky Českého statistického úřadu: *V období 2014–2018 byla sebevražednost u obou pohlaví nejvyšší ve věku 50–54 let, přičemž míra úmrtnosti dosáhla u mužů úrovně 2,1 a u žen 0,5 sebevražd na 100 tisíc obyvatel.*¹ Tento věk je pro mnoho lidí stále věkem produktivním jak v práci, tak rodinném a partnerském životě.

Správným pojmenováním deprese a problémů okolo ní můžeme pomoci nastínit vzhled do problematiky sociálních vztahů těchto jedinců a najít možnost pomoci. Důležitost informovanosti o duševních nemocech je neméně důležitá pro sociální práci. Dobře informovaný sociální pracovník může lépe pochopit problematiku sociální práce s rodinou, ale i v zaměstnání. V teoretické části bakalářské práce proto vymezuji prostor pro depresi jako takovou.

Praktická a výzkumná část vznikla díky ochotné spolupráci respondentů s tímto onemocněním. Jejich zkušenosti a pohled otevírají další škálu možností řešení psychických problémů. Na základě rozhovorů s respondenty jsem provedla kvalitativní výzkum, který se zabývá dopadem psychického onemocnění na jedince. Ve výsledcích výzkumu pak hledám možnosti ukotvení těchto lidí ve společnosti.

¹Sebevraždy, Český statistický úřad, 2021, Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/sebevrazdy_zaj

2. Deprese

Deprese je *doslovně stlačenosť, hovorově je nazývána depkou, chorobný smutek, duš. stav charakterizující pocity smutku, skleslosti, vnitřního napětí.*² Depresivních onemocnění je široká škála a léčí se rozličným způsobem. Depresivní poruchy mají vysoké procento sebevraždy a správná diagnostika tohoto onemocnění pomáhá jedinci určit problém a dále s ním nakládat a pracovat. V této práci jsou popsány čtyři nejčastější druhy deprese dle doktora Jana Praška.

2.1 Velká depresivní porucha

Jak již bylo zmíněno, rozlišit smutek a depresivní onemocnění není jednoduché. Pokud se jedinec zacyklí v koloběhu smutku, může upadat do apatického depresivního stavu. Deprese může přicházet plíživě. Důležité je poznamenat, že deprese není pouze nespokojenost a chvilkové neštěstí. Neléčení deprese je velmi nebezpečné a mívá těžké dopady na jedince i jeho okolí.

Symptomy deprese mohou být psychické, i somatické. U somatických projevů často dochází k záměně s jiným onemocněním a jedinec tak skončí v kolotoči vyšetření a péči lékařů, kteří mnohdy neví, co si s dotyčným počít. Takový člověk si pak může myslet, že trpí nevyléčitelnou chorobou a jeho stav se horší. Somatické příznaky se prolínají s psychickými, člověk bývá ze svého stavu úzkostný, bojí se, že má nějakou nevyléčitelnou nemoc. Nejsou neobvyklé ani myšlenky na smrt. K tomu se mohou začít přidávat další somatické příznaky, které jsou způsobeny stresem ze stále se zhoršujícího stavu a jedinec se tak točí v bludném kruhu vyšetření.

Základní symptomy dělíme na:

Psychické:

zhoršení soustředění

Snížení zájmů a aktivit

neschopnost se radovat

únava a nevykonnost

nezájem o sex

² HARTL, Pavel, Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník. Třetí, aktualizované vydání.* Praha: Portál, 2015, str. 105., ISBN 978-80-262-0873-0.

beznaděj, marnost
neschopnost odpočinku

Somatické

bolesti hlavy
bolesti zad
zažívací potíže
bušení srdce
sucho v ústech
nespavost i ospalost
změny chuti k jídlu, hmotnosti³

Praško doplňuje další tělesné příznaky, kterými můžou být:

Závratě
Poruchy menstruace
Pocit nedostatku dechu⁴

Deprese ve své těžké fázi ovlivňuje všechny aspekty života. Promítá se do běžného dne a není možné ji jen tak hodit za hlavu. Dotyčný není schopen skoro žádné aktivity. Uzavírá se do sebe, nechce s nikým mluvit, běžné denní činnosti jsou pro něj nepředstavitelně náročné. Nemůže se k ničemu přemoci a když ano, je to pro něj složité a vysilující. Ráno se budí úzkostný a unavený, večer se mu hůře usíná a přes den se rychle unaví. Může se jednat o kombinaci všech symptomů, nebo pouze o některé z nich.

Deprese se horší nejvíce ráno. Je zřetelná psychomotorická retardace a agitovanost. Je ztráta chuti k jídlu, hubnutí a ztráta libida. Podle počtu a tíže příznaků je možno fázi hodnotit jako mírnou, střední nebo těžkou.⁵

³ JANŮ, Luboš, Sylva RACKOVÁ. In: Med. Pro Praxi 2007; 1: 24–27, [online], Olomouc: Solen [cit. 20.3.2021], SSN 1803-5310, Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/01/06.pdf>

⁴ PRAŠKO, Ján. *Co je to deprese a jak se léčí: příručka pro pacienty*. Vyd. 2. Praha: Triton, 2007. str. 5., ISBN 978-80-7387-065-2.

⁵ 3 ÚZIS ČR. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* [online]. ©2021. [cit. 2021-5-18]. Dostupné z: <https://old.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

Ve stručném průvodci pro pacienty Praško dále označuje depresivní lidi za méně aktivní a poukazuje na snížené psychické tempo. Tito lidé nejsou schopni práce a během dne mnohdy nic neudělají. Jejich den tak sestává z posedávání a čas nemohou trávit aktivně. Ztrácí svoje zájmy, koníčky a sociální život. Za příklad pasivních aktivit, ke kterým se postižený depresí ubírá, Praško uvádí sledování televize, či polehávání.⁶

„Depresivní epizoda je charakterizována nejenom smutnou náladou, ale také je u deprese charakteristický nedostatek energie, pesimistické myšlenky, špatné výhledy do budoucna, které vedou až někdy k myšlenkám na to radši se zabít. Člověk v depresi leží v posteli, nešťastně se převaluje a hlavou mu jde spousta černých myšlenek“⁷

Problémy mohou nastávat i v péči o děti a v partnerských vztazích. Právě vztahy s našimi nejbližšími jsou nejvíce poznamenávány nemocí a blízcí lidé tím velmi trpí.

1.2 - Dystymie

Dystymie patří mezi lehčí průběhy deprese, avšak předpokládá se její delší průběh. *Celoživotní prevalence dystymie, chronické mírné deprese, se pohybuje mezi 3–6 %. Dystymie je méně závažná než depresivní porucha, nepochybně však negativně ovlivňuje kvalitu života a sociální fungování.*⁸

Mezinárodní klasifikace nemocí klasifikuje dystymii takto:

*Chronické zhoršení nálady trvající alespoň několik let, které ale není natolik těžké nebo jednotlivé periody nejsou dostatečně dlouhé, aby opravňovaly k diagnóze těžké, středně těžké nebo lehké formy periodické depresivní poruchy.*⁹

Dotyčný sice stále zvládá každodenní úkony a běžný život, to ho ale velmi vyčerpává a jakákoliv činnost ho stojí psychické vypětí a přemáhání. Za problematické lze považovat to, že dystymie nebývá často správně diagnostikována. Hlavním spouštěčem může být stres a většinou touto poruchou trpí ženy.

⁶ PRAŠKO, ref. 4, str. 5

⁷ Záhady duše [dokumentární film], režie Marie RYCHLÍKOVÁ, Česká republika, 2011

⁸ ČEŠKOVÁ, Eva. In: Čes. a slov. Psychiat., 103, 2007, No. 2, str. 73-79 [online] Praha: Česká lékařská společnost J. E Purkyně. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/?vstup=ano>

⁹ ÚZIS ČR. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů [online]. ©2021. [cit. 2021-5-18]. <<https://old.uzis.cz/cz/mkn/index.html>>.

Asi 2-4% lidí trpí depresivními obtížemi, které jsou méně intenzivní a nesplňují kritéria depresivní epizody, ale za to jsou dlouhodobé (mají trvat většinu času, po dobu minimálně dvou let). Dystymie začíná obvykle nenápadně, v mladém věku a její průběh je chronický.¹⁰

Dle lékařky Libigerové, se dříve považovala dystymie za poruchu vývoje osobnosti, chronickou neurotickou nebo charakterovou depresi. Změna přišla na začátku 80. let, kdy byla dystymie zařazena mezi trvalé afektivní poruchy, ale stále je zde úzká souvislost s poruchami osobnosti. Libigerová mluví o vzájemné vysoké komorbiditě s ostatními poruchami.¹¹

Obvykle začíná pozvolně, plíživě. Nejčastěji se první příznaky objevují v rané dospělosti. Má chronický průběh. U dětí často stojí za nezdarem v učení a v mezilidských vztazích. U dětí a dospívajících je obvyklá podrážděnost a vznětlivost, nízké sebevědomí, pesimistické ladění, někdy výstřednost. Před začátkem rozvoje bývá postižený vystaven většímu stresu nebo životní události. Kolísání mezi lehkou depresí a obdobím poměrně normální nálady je velmi variabilní.¹²

Praško považuje za jednu z hlavních charakteristik dystymie neschopnost cítit opravdovou radost. Dodává, že dochází k úbytku příjemných aktivit a že lidé trpící tímto závažným typem deprese mohou zažívat i další epizody depresivní poruchy.¹³

2.2 Bipolární afektivní porucha

Bipolární – dvoupólový, ležící nebo pohybující se na ose mezi dvěma krajnostmi. Oscilující mezi dvěma extrémy např. na škále ryhlý-pomalý, dobrý-špatný, manický-depresivní.¹⁴

Mezinárodní klasifikace nemocí charakterizuje bipolární afektivní poruchu takto: *Porucha je charakterizovaná dvěma nebo více fázemi, při nichž je nálada a úroveň aktivity pacienta významně narušena. Tato porucha tkví v tom, že za určitých okolností je patrná*

¹⁰ RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ, Dana JANOTOVÁ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 5. vyd. Praha: Triton, 2012, str. 103., ISBN 978-80-7387-582-4.

¹¹ LIBIGEROVÁ, Eva. *Dystymie - diagnostika a léčba*. In: *Psychiatr. pro Praxi*; 2006; 2: 90–93, [online] Olomouc: Solen [cit. 15.2.2021], ISSN 1803-5373, dostupné z: https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/02/10.pdf?fbclid=IwAR1pBOQRaiqBOMpJiI2NaApt9iisG9R4E689zc75Sp9ErWA_bPqTqcJyc

¹² PRAŠKO, Ján, Erik HĚRMAN, Jiří HOVORKA. *Psychiatr. pro Praxi*, 2002; 6: 265-270, [online] Olomouc: Solen [cit. 15.2.2021], ISSN 1803-5272, dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2002/06/05.pdf>

¹³ PRAŠKO, ref. 4, str. 32-33

¹⁴ HARTL, ref. 2, str. 78

zvýšená nálada, energie a aktivita (hypomanie anebo manie), jindy zhoršení nálady a snížení aktivity a energie (deprese). Pacient trpící pouze opakovanými atakami manie nebo hypomanie, se zařazuje jako bipolární.¹⁵

Bipolární afektivní porucha (dříve známá jako maniodepresivní psychóza) patří k těžkým formám psychických onemocnění a objevuje se u jednoho až dvou lidí ze sta. Nejčastěji se projeví kolem 20. roku věku. U pacienta se střídají depresivní epizody, epizody smíšené a epizody manické a jedná se o dědičné onemocnění.

Pokud bipolární poruchou trpí jeden z rodičů, je pravděpodobnost, že bipolární poruchou bude trpět některé z jeho dětí, kolem 5 % (například v případě schizofrenie je tato pravděpodobnost vyšší, kolem 13 %). Pokud bipolární poruchou trpí oba rodiče, je tato pravděpodobnost asi 30 %.¹⁶

Bipolární afektivní porucha není vyléčitelná, jedná se o onemocnění vleklé a k jeho zvládnutí je zapotřebí užívat po zbytek života správnou medikaci. Problematické je skloubení bipolární afektivní poruchy se sociálními vztahy. Složitě je to především kvůli měnícím se stavům, které bývají mnohdy pro okolí těžko pochopitelné.

Fáze se objevují v různé frekvenci, od několika za život až po pravidelné cyklování např. dvakrát do roka. Individuální je rovněž poměr mezi počtem depresivních a manických fází.¹⁷

Matoušek ve Slovníku sociální práce také potvrzuje, že se jedná o dědičnou chorobu a mezi hlavní příznaky řadí hyperaktivitu, velikášství, rozjařenost a naopak stavy depresivní.¹⁸

Látalová v úvodu své knihy *Bipolární afektivní porucha* popisuje toto onemocnění jako břemeno na celý život, které dotyčný pociťuje někdy méně, někdy více, ale znevýhodněn je celoživotně. Není to dlouho, co byla tato nemoc vnímána jako vzácné onemocnění a lékaři se

¹⁵ ÚZIS ČR. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* [online]. ©2021. [cit. 2021-5-18]. <<https://old.uzis.cz/cz/mkn/index.html>>.

¹⁶ HERMAN, Erik. Ján, PRAŠKO, Pavel, DOUBEK, Jiří, HOVORKA. *Bipolární porucha a její léčba*. Praha: MAXDORF, 2004, str. 17., ISBN 80-7345-051-8.

¹⁷ PRAŠKO, ref. 4, str. 35

¹⁸ MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2016 str. 32., ISBN 978-80-262-1154-9.

mylně domnívali, že mezi atakami je jedinec naprosto zdravý. Látalová proto poukazuje na důležitost moderního pojetí bipolární afektivní poruchy.¹⁹

Praško v knize *Deprese a jak ji zvládat* tvrdí, že se nemoc vyskytuje asi u 10% osob, které trpí depresemi, a onemocní jí jeden člověk ze sta. Ke zvrátům a výkyvům z deprese do mánie a naopak může dojít i ze dne na den, avšak pravděpodobněji jsou přechody postupné.²⁰

2.3 Depresivní epizoda

Depresivní epizoda se při bipolární afektivní poruše projevuje stejně, jako deprese u jiných těchto onemocnění. Znamená to, že dotyčný vykazuje většinu příznaků těžší deprese. *Cítí se opuštěný, smutný, vyčerpaný, unavený, neuspokojený, nešťastný atp. Zdá se mu, že mu lidé kolem nerozumějí.*²¹

Aktér dokumentu České televize *Záhady duše* vysvětluje průběh depresivní epizody: „*To pak je všechno problém. To je problém vstát a jít se nasnídat do menzy, kde vám to jídlo připravějí všechno. To je problém prostě jít se na něco zeptat, cokoliv vyřešit. Člověk by si lehnul, když si lehne, tak je mu hůř, když něco dělá, tak je mu taky špatně.*“²²

V tomto stavu si člověk může připadat bezradný ve všech oblastech svého života. V pracovních, rodinných i partnerských vztazích. V této fázi může dojít k chybné záměně depresivní epizody bipolární afektivní poruchy za depresi.

2.4 Manická epizoda

Mnoho lidí se mylně domnívá, že manická epizoda je opakem deprese, a chybně ji tak považují za příjemnou, až radostnou. V manické fázi sice může být dotyčný nadnesenější či veselejší, ale spíše převládá roztěkanost a nesoustředěnost. Lidé se v této fázi nejsou schopni soustředit, bývají útoční a snadno navazují kontakty, mívají nelogické a spontánní nápady, které je mohou až existenčně ohrozit. Také mohou mít tendence ke změnám, utrácení úspor a bývají náladoví. Látalová o stavu mánie hovoří takto: *Mohou provádět ekonomické transakce, nákupy či prodeje, které jim připadají velmi výhodné, ačkoli objektivně jsou ztrátové. Provádějí*

¹⁹ LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010, str.13., ISBN 978-80-247-3125-4

²⁰ PRAŠKO, ref. 4, str. 33

²¹ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat depresi*. 3. aktualizované, rozšířené vydání. Praha: Grada, 2013. str 13., ISBN 978-80-247-8641-4.

²² *Záhady duše* [dokumentární film], ref. 7

*nepromyšlené činy, jednají ukvapeně, impulzivně, sociálně neomaleně.*²³ Nemocný necítí fyzické problémy a rapidně se u něj snižuje potřeba spánku.

*Souborný název pro komplex symptomů schizoafektivních psychóz, projevující se změnami nálad, euforičností, mnohmluvností, hovorností až žvanivostí, vychloubačností, přehnanou sebedůvěrou, nadměrnou podnikavostí, přebytkem energie, nadměrnou aktivitou, malou potřebou spánku, nedokončováním činností, přelétáváním od jedné ke druhé, zvýšenou motorikou, hlučností, zvýšenou dráždivostí, nepodrobivostí, nezodpovědností, chováním spíše hostilním než radostným.*²⁴

*Často díky neschopnosti odhadnout své schopnosti nemocný jedná bez vědomí možných následků a dostává se tak do nepříznivých sociálních situací. Nadnesená nálada bývá nezvykle dobrá, nepřirozeně vstřícná. Jestliže se nemocnému odporuje, může se nálada měnit na zlostnou a hněvivou. Porucha nálady může vést k bizarnímu oblékání, líčení. Chování je dotěrné a naléhavé.*²⁵

Manická epizoda může jednoduše přejít do fáze psychotické, tzv. psychózy, kdy jedinec nezřídka trpí bludy, absurdními představami a stíhomamem. Tyto projevy postihují zhruba 1/3 nemocných. V této fázi může být nemocný nebezpečný sám sobě, a proto je vhodná hospitalizace a nasazení medikace.

Dokumentární film České televize *Maniodepresivní psychóza* z cyklu *Diagnóza*, mapuje těžkosti života s bipolární afektivní poruchou.

Aktérka dokumentu Zora o své manické epizodě hovoří takto: „*Jsem měla hnusnou halucinaci tady, že jsem šla v noci na záchod a tam v tom koutě, jak je lednička, tak tam na mě číhalo zlo, jako... Zařvala jsem, vylítla jsem a to už tu byl Jirka a on jako co se děje a já jsem mu říkala, že tam je zlo a že se ho strašně bojím a on ať mu to jdu ukázat a to už se to zlo plazilo v předsíni.*“²⁶

²³ LÁTALOVÁ, ref. 19, str. 13

²⁴ HARTL, ref. 2, str. 300

²⁵ MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008, str. 77., ISBN 978-80-247-2138-5.

²⁶ Maniodepresivní psychóza [dokumentární film] Režie a scénář Slobodanka RADUN. Česká republika, 2002

2.5 Hypomanická epizoda

Pro hypománii je charakteristická trvale mírně nadnesená nebo povznesená nálada, provázená nárůstem energie a aktivity. Pacienti zřetelně prožívají pocit dobré pohody a fyzické duševní výkonnosti.²⁷ Látalová a Herman se shodují, že hypomanická epizoda by měla trvat minimálně čtyři dny a měly by u ní být přítomny minimálně 3 z následujících příznaků narušujících běžný život jedince:

- 1) *zvýšená aktivita nebo tělesný neklid*
- 2) *zvýšená hovornost*
- 3) *roztržitost nebo narušená koncentrace*
- 4) *snížená potřeba spánku*
- 5) *zvýšená sexuální energie*
- 6) *mírně nadměrné utrácení nebo jiné formy lehkomyšlného nebo nezodpovědného chování*
- 7) *zvýšená sociabilita nebo přílišná familiárnost²⁸*

Ač to může znít až ironicky, hypománie může dle Hermana přinášet určitá pozitiva a ukazuje i světlou stránku bipolární poruchy:

- 1) *více energie*
- 2) *menší potřeba spánku*
- 3) *zvýšená kreativita, více pracovních a životních nápadů, plánů*
- 4) *zvýšená pracovní, sociální a případně umělecká aktivita*
- 5) *pocity štěstí, méně studu, lepší sebevědomí, schopnost humoru.²⁹*

Za stinnou stránku hypománie pak Herman považuje:

- 1) *zvýšené požívání kofeinu, cigaret a alkoholu, drog*
- 2) *rizikové řízení*
- 3) *větší podrážděnost*
- 4) *netrpělivost*
- 5) *rizikové sexuální chování³⁰*

²⁷ LÁTALOVÁ, ref. 19, str. 26

²⁸ HERMAN, Erik. Ján, PRAŠKO, Pavel, DOUBEK, Jiří, HOVORKA. *Bipolární porucha a její léčba*. Praha: MAXDORF, 2004, str. 11., ISBN 80-7345-051-8.

²⁹ Ibid.

³⁰ Ibid.

2.6 Smíšená epizoda

Smíšená epizoda je stavem, kdy se u pacienta rychle střídají stavy depresivní epizody a manické epizody. Problémem bývá právě určení tohoto stavu, jelikož jedinec vykazuje známky obou epizod. Jedinec může velmi rychle přejít z mánie do deprese a naopak. Projevy jsou stejné jako u deprese a mánie, jenom se v rychlém sledu mění. U smíšené epizody bývá přítomna i úzkost. Člověk v této epizodě má největší sklony k sebevražednému jednání. *Projevy smíšené epizody významně handicapují postiženého, zpravidla není schopen pracovně ani sociálně fungovat, okolí mu nerozumí, často dochází ke konfliktům a k suicidálním rozladám. Obraz smíšené epizody může mást, protože vedle sebe běží příznaky hypománie nebo mánie a deprese zároveň nebo v krátké časové souslednosti. Pacient může mít zřetelně zvýšené psychomotorické tempo, je rezonantní, dostává se snadno do konfliktů, zároveň vykazuje pesimistické postoje, nemá chuť žít, ztratil radost z každodenních aktivit.*³¹

Smíšená epizoda je nejkomplicovanější epizodou bipolární afektivní poruchy, neboť je pro lékaře a okolí těžce uchopitelná. To znamená, že je těžké její správné určení právě kvůli rychle měnícím se stavům pacienta.

³¹ LÁTALOVÁ, Klára, Ján PRAŠKO, Radim KUBÍNEK, Erik HERMAN, Pavel DOUBEK. Psychiatr. pro Praxi 2009; 10 (5): 209–215 [online] Olomouc: Solen [cit. 15.3.2021], Dostupné z: https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200905-0003_Smisena_epizoda_u_bipolarni_afektivni_poruchy_a_jeji_lecba.php, ISSN 1803-5272

2.7 Sezónní afektivní porucha

Je všeobecně známo, že roční období má velký vliv na psychiku člověka. U citlivých jedinců může docházet k sezónní afektivní poruše. Nemoc se vyskytuje v souvislosti se změnou ročního období. V zimě u takových lidí dochází k depresím, spavosti, únavě a apatii. Na rozdíl od jiných onemocnění ovšem tyto problémy mizí s příchodem jara, kdy ale mohou být vystřídány hypománií. Proto bývá tato porucha mnohdy přirovnávána k zvířecí hibernaci, tedy zimnímu spánku některých zvířat. Stejně jako u nich, dochází u tohoto člověka ke zvýšení chuti k jídlu.

Sezónní afektivní porucha je typickou manifestací sezónnosti u člověka. Je charakterizována rekurentními depresivními epizodami, po kterých následuje remise v určitém ročním období.³²

Tato porucha se projevuje nejvíce na podzim s příchodem temnějšího a nevlídného počasí. Právě snížení slunečního záření může mít negativní dopad na psychické zdraví jedince a bývá spouštěčem tohoto onemocnění. Sezónní afektivní porucha se vyznačuje také tím, že přichází každý rok ve stejný čas, měsíc, ve stejném ročním období. Sezónnost je pro ni tedy klíčová. Tato porucha může mít, stejně jako ostatní poruchy, lehčí i těžší formy a nejsou výjimkou ani sebevražedné sklony. Vzhledem k vlivu počasí a denního světla na tuto poruchu se v psychiatrii léčí sezónní afektivní porucha jasným světlem. Této léčbě se říká fototerapie. Pacienti tuto formu léčby dobře snášejí a je považována za účinnou. (vlastní předklad)³³

³² PRAŠKO, Jan, Martin BRUNOVSKÝ, Lucie ZÁVĚŠICKÁ, Pavel DOUBEK. Psychiatr. pro Praxi 2009; 2008; 9 (2): 72–76 [online] Olomouc: Solen [cit. 22.3.2021], Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/02/04.pdf> ISSN 1803-5272

³³ LURIE, J. Stephen, Barbara GAWINSKI, Deborah PIERCE, Sally J. ROUSSEAU, *University of Rochester School of Medicine and Dentistry, Rochester, New York*, 2006 Nov 1;74(9):1521-1524., Dostupné z: <https://www.aafp.org/afp/2006/1101/p1521.html>

3. RODINA V DEPRESI

3.1 Definice rodiny

Definovat rodinu není jednoduché. Záleží totiž na tom, jestli ji chceme definovat sociologickým či psychologickým pohledem, nebo z pohledu sociální práce. Rodina patří mezi malé skupiny, které definuje přímá interakce a to, že k sobě patří. Lidé v této skupině na sebe navzájem mají přímý vliv a jejich činy se navzájem ovlivňují. Ať je definice rodiny jakákoliv a v dnešní společnosti mnohdy neukotvená, rodina by měla být místem, kde člověk nalézá pochopení a bezpečí a kam se může vracet.

Dunovský považuje rodinu za skupinu nejdůležitější, jelikož je nejvýznamnější součástí společenské mikrostruktury a provází člověka ve všech fázích života a alespoň nějak se ho dotýká. Rodina je primární společenskou skupinou.³⁴

Giddens ve své knize *Sociologie* definuje rodinu takto: *Rodina představuje skupinu osob přímo spjatých příbuzenskými vztahy, jejíž dospělí členové jsou odpovědní za výchovu dětí.*³⁵

Hartl ve své definici rodiny klade důraz na vzájemnost a pomoc: *Rodina je společenská skupina spojená manželstvím nebo pokrevními vztahy a odpovědností a vzájemnou pomocí.*³⁶

Ve Slovníku sociální práce Matoušek definuje užší rodinné vztahy: *V užším, tradičnějším pojetí skupina lidí spojená pouty pokrevního příbuzenství nebo právních svazků (sňatek, adopce).*³⁷

*Dá se vlastně říci, že všechny rodiny jsou komponované: to my je komponujeme, skládáme a tvoříme. Naše rodina je tvořena námi.*³⁸

*Definovat ji přesně je velmi obtížné, ne-li nemožné. Existuje totiž mnoho jejich podob, variant i způsobů soužití v prostoru, času a formě. Proto je také v této souvislosti možno hledat jen ty nejdůležitější znaky, které by rodinu charakterizovaly.*³⁹

³⁴ DUNOVSKÝ, Jiří. *Sociální pediatrie: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 1999, str. 91., ISBN 80-7169-254-9

³⁵ GIDDENS, Anthony. *Sociologie*. Praha: Argo, 1999. Str. 156., ISBN 8072031244.

³⁶ HARTL, ref. 2, str. 512

³⁷ MATOUŠEK, ref. 18, str. 177

³⁸ NOVOTNÁ, Kateřina, Iva KYSELÁ. *Moje děti, tvoje děti, naše šťastná rodina*. Praha: Grada, 2019, str. 43., ISBN 978-80-247-2891-9.

³⁹ DUNOVSKÝ, ref. 34, str. 91

3.2 Rodinné a vztahy a deprese

Je přirozené, že má duševní onemocnění nepříliš pozitivní dopad na sociální vztahy. Problematika duševního onemocnění a rodinných vztahů bývá často opomíjena. Fungující rodina, která bývá nemocnému mnohdy nejbližší, nemocí velmi strádá. Členové rodiny a domácnosti někdy neví, jak dotyčnému pomoci a zjištění, že jejich blízký trpí psychickým onemocněním pro ně bývá šokem.

Vzhledem k tomu, že rodina bývá nejbližším pečujícím, je pro ni starost o nemocného o to těžší.

Rodina znejistí. Život s někým, kdo trpí psychiatrickou poruchou, způsobuje ostatním členům rodiny specifické problémy, které nikdy předtím nezažili, a pokud je řeší spontánně tak, jak jsou zvyklí, výsledný efekt je špatný.⁴⁰

Rodina ani nemocný si v začátku onemocnění nemusí umět vysvětlit, co se s ním děje a proč je najednou takový. Dle Vágnerové nemusí být v jeho životě dostatek důvodů pro tak zásadní změnu prožívání, protože určité problémy má každý člověk. Proto bývá i pro rodinu těžké poznat depresivní stavy.⁴¹

Dle Matouška reaguje rodina na probíhající duševní onemocnění svého blízkého v etapách, které ale nejsou jasně ohraničeny. *Začínají šokem a pokračují přes popírání, hledání dostupných forem pomoci až k přijetí nemocného v nové roli, resp. k omezení kontaktu s nemocným.⁴²*

Reakce na změny chování blízké osoby mohou být různé. Psychiatřička Soukupová v dokumentu *Rodina a Já, Žiju s depresí* poukazuje na problém nevědomosti rodiny, jak správně reagovat. Může docházet k výčitkám směrem k postiženému, ale i k sobě sama.⁴³

⁴⁰ PĚČ, Ondřej, Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, str. 200., ISBN 978-80-7387-253-3.

⁴¹ VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. str. 261., ISBN 978-80-262-0696-5.

⁴² MATOUŠEK, Oldřich a Hana PAZLAROVÁ. *Podpora rodiny: manuál pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014, str. 132., ISBN 978-80-262-0697-2.

⁴³ *Rodina a já, Žiju s depresí* [Dokumentární film], scénář Marie KOMÁRKOVÁ, Česká republika, 2010 dostupné z: <https://www.ceskatelevize.cz/porady/1128654162-rodina-a-ja/210572230640006-ziju-s-depresi/video/>

Vlídna reakce a podpora je přitom pro člověka s duševním onemocněním v počátku to nejdůležitější, i když pro okolí není lehká. Dle Křivohlavého je důležité si uvědomit, že poskytování této pomoci není snadné a nejedná se pouze o napomenutí typu „Vzchop se“, či „Neber to tak tragicky“. ⁴⁴

Pro mnoho rodin se jedná o novou situaci, ve které předtím nikdy nebyly a prochází si jí prvně. Je tedy přirozené, že blízké okolí správně reagovat neumí na jedince správně reagovat.

Sociální vztahy s rodinou a blízkými mohou být výrazně narušeny z důvodu nabourání atmosféry v rodině a doma. Dle Vágnerové působí depresivní člověk tísnivě, může iritovat okolí. Pokud rodina neví, že jde o projevy choroby, dochází z jejich strany k nepochopení. Pacient v nich může i stimulovat hostilitu a dráždit je svým nezájmem, stesky a pesimismem. ⁴⁵

Dynamika reakce rodiny na vážnou duševní nemoc byla popsána jako dvoufázová reakce. Po počátečním zvýšení zájmů a péče, jejichž cílem je „normalizace“ chování nemocného, zesiluje tendence k vyhýbavému chování členů rodiny i jejich ochota k předání nemocného do péče léčebny nebo do jiného zařízení. ⁴⁶

3.3 Pomoc ze strany rodiny

Rodina a partner bývají pro mnohé jedinými lidmi, kterým jedinec věří a jsou mu nejbliž. I proto, že je to často domácnost sdílená s blízkými příbuznými či partnerem, kde nemocný prožívá své útrapy a strasti, jsou pro něj tito blízcí v cestě nemocí stěžejní.

Z hledání podrobných informací pro pomoc blízkým nemocného vyplývá, že příruček, jak pomoci svému rodinnému příslušníkovi stále není mnoho. Nedostatek materiálů a informovanosti můžeme při pomoci blízkému považovat za značný problém.

3.4 Informovanost

Pro rodinu a partnera je informovanost jedním z nejdůležitějších předpokladů pomoci bližnímu. Co nejširší obeznámení s konkrétní nemocí, kterou jedinec trpí, s jejím průběhem, důsledky, vyhlídkami a příčinou.

Pěč dále zmiňuje i důležitost informovanosti o ošetřování. Pro blízké je důležité vědět, jak bude probíhat léčba, jaký by mohla mít průběh a jaké má blízká osoba vyhlídka. ⁴⁷ Čím víc toho rodina či partner o nemoci ví, tím lépe se do nemocného vcítí a pochopí ho. V pochopení

⁴⁴ KŘIVOHLAVÝ, ref. 21, str. 92

⁴⁵ VÁGNEROVÁ, ref. 41, str. 371

⁴⁶ MATOUŠEK, ref. 42, str. 133.

⁴⁷ PĚČ, ref. 40, str. 204-205

a vcítění se do depresivního člověka může hrát velkou roli povaha. Pro lidi extrovertnější, s chutí jít informacím naproti, může být jednodušší nemoc přijmout; pro osoby uzavřenější je přirozené, že se tomu tak nestane hned a některým členům rodiny může toto pochopení trvat déle.

3.5 Snižování nároků

Další možností, jak pomoci blízkému může být snižování nároků. Narušený je i chod domácnosti, obzvlášť, pokud ho zastával ten člen rodiny, který toho najednou není schopen. „Je potřeba vždycky hodně snížit nároky na toho člověka, který se trápí s depresí, protože on skutečně nemůže v tu chvíli. To není, že by byl líný, že by nechtěl, ale on nemá sílu.“⁴⁸ Rodina nemocného, která vidí, že jedinec běžné domácí úkony nezvládá, může pomoci převzetím zodpovědnosti, a tak blízkému odlehčit od povinností, které může dělat i někdo jiný.

Pro duševně nemocného člověka je velmi těžké přijmout svou neschopnost cokoliv dělat, což může prohlubovat jeho špatné psychické rozpoložení a je tedy lepší dávat jedinci menší, jednodušší úkoly v domácnosti.

8 bodů pomáhání:

Křivohlavý ve své příručce pro pacienty s depresí a jejich blízké píše o osmi nejdůležitějších bodech, kterými by se může pomáhající řídit tak, aby jedinci pomohl co nejefektivněji.

Vstřícnost

Otevřenost

Aktivita

Ochota

Opravdovost

Úcta

Odstup

*Znalosti*⁴⁹

Prvním podstatným bodem, je vstřícnost vykročit směrem pomáhajícího a nebát se otevřít. Aktivitou je myšleno mnohdy pouze naslouchání a vyslechnutí jedince. Vyslechnutí je

⁴⁸ Rodina a já, Žiju s depresí, ref. 43

⁴⁹ KŘIVOHLAVÝ, ref. 21., str. 92-93

pro nemocného velmi důležité, a právě to může v mnoha chvílích nejvíce pomoci. Zmíněna je zde i ochota upozadit sám sebe a upřednostnit problémy dotyčného namísto svých. I přes blízkost, která je pro pomáhání důležitá, je v neposlední řadě nutná určitá forma odstupů a zdravého přístupu.⁵⁰

I přes to, že vztah v rodině a vztah mezi klientem a sociálním pracovníkem je odlišný, v přístupu k pomáhání v sociální práci můžeme nalézt mnoho bodů, které lze aplikovat v praxi i v rodinných vztazích. V knize *Psychiatrie pro sociální pracovníky* Probstová nastiňuje možnosti, jakými lze přistupovat ke klientovi. Na dotyčného by měl mít pomáhající dostatek času a měla by být projevena náklonnost a účast. Probstová, stejně jako Křivohlavý, zmiňuje větší aktivitu, kterou je myšlena iniciativa ve vedení rozhovoru a doptávání se. Dalším podstatným bodem je umět vysvětlit věci srozumitelně,⁵¹ avšak nehovořit s jedincem jako s malým dítětem.⁵² S tím souvisí i Křivohlavého zmiňovaný bod úcty a respektu.⁵³

3.6 Komunikace v rámci rodiny

Komunikace má vždy stránku obsahovou a stránku vztahovou. Dle Matouška člověk při komunikaci definuje sám sebe a očekává její opěťování.⁵⁴

*Komunikace v psychologii znamená především přenos myšlenek, emocí, postojů a jednání od jedné osoby k druhé.*⁵⁵

Komunikace v rodině je jednou ze stěžejních interakcí uvnitř této malé skupiny. Tato komunikace bývá neformální a přímá.

*Sociální komunikace je neplánovaná, často se odehrává při neplánovaných setkáních a zpravidla probíhá v ležérním tempu. Obvykle uspokojuje obě zúčastněné strany. Komunikace, resp. jednotlivé komunikační akty, jsou držiteli vztahu a zároveň indikátory jeho kvality.*⁵⁶

⁵⁰ Ibid.

⁵¹ KNEZOVIĆ, Renata, Rebeka, RALBOVSKÁ. *Komunikace pro pomáhající profese*. Praha: Evropské vzdělávací centrum, Praha, 2009, str. 26., ISBN 978-80-87386-03-3

⁵² PROBSTOVÁ, Václava, Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014, str. 87., ISBN 978-80-262-0731-3.

⁵³ KŘIVOHLAVÝ, ref. 21. Str. 92-93

⁵⁴ MATOUŠEK, ref. 34, str. 85

⁵⁵ HARTL, Pavel, Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál, 2015. str. 265., ISBN 978-80-262-0873-0.

⁵⁶ MATOUŠEK, ref. 9, str. 65

Je to právě správná komunikace, která pomáhá k lepšímu zvládnutí psychiatrické poruchy v rodině. Pěč považuje v komunikaci v rodině za důležité:

- 1) sdělování svých pocitů
- 2) akceptování rozdílů
- 3) předcházení obviňování se
- 4) smát se⁵⁷

Komunikace ze strany rodiny směrem k pacientovi trpícímu duševním onemocněním by se dala považovat za klíčovou. Rodina si často neuvědomuje, že důvodem, proč pacient nejde jejich pomoci naproti, není nezáměr, ale právě ona duševní nemoc, kterou je sužován. *Deformace vztahů v rodině bývá spojena s nepochopením příčiny problémů, s hledáním zavinění na straně nemocného i v jednáních ostatních.*⁵⁸

Pro pacienta trpícího depresivním onemocněním je mnohdy těžké o svých pocitech mluvit a vyjadřovat je. Svěřit se se svými problémy a pocity rodinným příslušníkům může být pro tyto osoby těžší, než o nepříjemných stavech mluvit s někým cizím. Knezovič v knize *Komunikace pro pomáhající profese* zmiňuje důležitost empatického a kongruentního přístupu:

*Při komunikaci je třeba vytvořit pocit důvěry, která by klienta/pacienta uspokojovala, zbavovala nejistoty, úzkosti a strachu. Psychické porozumění čili naladění na stejnou frekvenci, tedy stejnou vlnovou délku s klientem/pacientem je předpokladem hlubokého pochopení, lidského zájmu a tolerance.*⁵⁹

Tento přístup pomáhajících profesí je aplikovatelný v určité míře i na osoby blízké. Právě empatie a snaha o naladění se na dotyčného vytváří pocit důvěry a stability vztahu. Pro depresivního člověka je pak jednodušší se otevřít a nalézt v rodině důvěru, pocit bezpečí, zázemí, a lépe reaguje na citovou podporu, kterou se rodina snaží poskytnout.

⁵⁷ PĚČ, ref. 40, str. 205

⁵⁸ VÁGNEROVÁ, ref. 41, str. 373

⁵⁹ KNEZOVIC, ref. 18, str. 24

Citová podpora je dle Praška pro nemocného velmi důležitá. Depresivní člověk může mít větší potřebu a touhu po přijetí, než zdravý jedinec. V oné citové podpoře jsou zahrnuty tři body, kterými je dle něj dobré se řídit:

- 1) Laskavost
- 2) Trpělivost
- 3) Porozumění⁶⁰

Pokud se jedinec cítí milován a podporován, je větší pravděpodobnost, že se svým blízkým svěří. Křivohlavý považuje sdělování svých emocí až za ozdravný proces a proto je důležité, aby osoba v depresi dostala možnost své emoce vyjádřit a ventilovat. Dát průchod pocitům pomůže pochopit oběma stranám celkovou situaci, a to nejen emocionální, ale i kognitivní.⁶¹

⁶⁰ PRAŠKO, Ján. *Co je to deprese a jak se léčí: příručka pro pacienty*. Vyd. 2. Praha: Triton, 2007. str.15., ISBN 978-80-7387-065-2.

⁶¹ KŘIVOHLAVÝ, ref. 21, str. 111-112.

4. Partnerství, zaměstnání a psychické onemocnění

*Partner – Sdružený společnými zájmy, sdílející společný život, např. manželský.*⁶²

Partneři jsou obzvláště v dospělém životě stejně blízcí, jako rodinní příslušníci a mnohdy jsou pro druhou polovičku rodinou. Dopad psychické poruchy na partnerské vztahy může být až destruktivní. Nátlak na partnera řešit problémy není vždy únosný a snesitelný a není proto neobvyklé, že se takto nemocným lidem vztahy často rozpadají.

4.1 Změna chování

Zdravý vztah s partnerem bývá pro osoby trpící určitou formou depresí těžší než pro lidi zdravé. Partner často nedokáže přijmout chování nemocného a neví, jak se k němu správně postavit, ani co od druhého čekat. Jedinec trpící duševním onemocněním zase mnohdy očekává, že se budou jeho nejbližší chovat přesně podle jeho představ a požaduje bezmeznou pomoc a empatii. Toho nebývají partneři těchto osob mnohdy schopni, obzvláště pokud se s onemocněním setkali poprvé.

V depresi se může jednat o apatii ze strany nemocného vůči vztahu k partnerovi, která brání jakémukoliv dalšímu budování a prohlubování. Nemocný jedinec nemá tendenci se ve vztahu snažit, či dělat kroky směrem k vytváření blízkého a intimního prostředí. Také se často nemůže svému milovanému otevřít.

Pro partnera je frustrující i pokles libida jedince. Dle Praška je čtvrtým bodem v příznacích deprese a mánie právě ztráta chuti na sexuální aktivity,⁶³ která bývá pro mnoho párů více než důležitá. Druhá polovička si může připadat neuspokojena a hledat chybu v sobě. Partner zjišťuje, kam se sexuální libido vytratilo a může si připadat neatraktivní. Tento problém má tendenci vznikat zvláště ve vztahu, kde před nemocí fungoval sexuální život normálně a aktivně.

Praško v knize *Deprese a jak ji zvládat* nastiňuje také problém vztahové závislosti. U depresivních lidí je pravděpodobnější vztahová závislost, než u lidí zdravých a mají větší tendenci lpět na hodnocení okolí.⁶⁴ Bývá to právě partner, který toto lpění nejvíce odnáší. S tím souvisí i ztráta koníčků a jakýchkoliv zájmových aktivit, které do vztahu vnáší tzv. nový vítr.

⁶² HARTL, ref. 2, str. 400

⁶³ PRAŠKO, ref. 4, str. 7

⁶⁴ PRAŠKO, Ján, Hana PRAŠKOVÁ. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. Rádcí pro zdraví., str. 80 ISBN 978-80-262-0859-4.

Pacient se mnohdy upíná na partnera a zároveň ztrácí svoje zájmy. To je problematické pro vztahovou pohodu a správnou dynamiku vztahu.

Pro partnera člověka procházejícího duševním onemocněním může být tato změna velmi těžká a může mít tendenci svého partnera povzbuzovat, či kritizovat za jeho neschopnost. Zde může ovšem narazit na problém přehnaných reakcí. *K depresi patří nadměrná potřeba povzbuzování a oceňování a špatné snášení kritiky, chladu či odmítnutí.*⁶⁵ Partner mnohdy neví, jak má reagovat a dochází mu trpělivost. Do toho se v takovém vztahu nemálokdy cítí svázán a dušen. Může mít pocit, že nesmí volně projevit svůj názor, že špatně reaguje na podněty ze strany druhého.

4.2 Kritika

Ojedinelá nebývá ani nepřiměřená kritika ze strany partnera směrem k nemocnému. Jsou to právě blízcí, kteří se mnohdy snaží nemocného jedince nevhodně povzbudit, hledat mu nové zájmové aktivity a snažit se ho odklonit od smutku a apatie.

*Projevování kritiky a angažovanosti jsou přirozené odpovědi na stresovou situaci. Navíc pacienti, kteří jsou psychoticky náchylní, jsou přecitlivělí na stres, a to včetně stresu, který je způsoben kritickými poznámkami členů rodiny.*⁶⁶

Tato angažovanost, i když je myšlena dobře, může, aniž by to pomáhající tušili, nemocnému ublížit a vyvolat v něm výčitky svědomí. Výčitky svědomí z neaktivity a nedodržení plánu, který partner očekává se dále promítají do vztahu mezi oběma, jelikož jednomu připadá, že jeho aktivita je nedocenená a druhého tíží, že nemá sílu plnit jeho očekávání.

4.3 Snižování nároku

Dle psychiatricky Stopkové je pro osobu postiženou depresí také těžké partnerovi odpovídat na běžné otázky. Tito lidé mohou vypadat i jako intoxikovaní, až tak bývají jejich reakce utlumené a je na ně potřeba diametrálně snížit nároky.⁶⁷

Přehnané a nezvyklé reakce takového člověka mohou být také důvodem rozpadu blízkého vztahu. Přítel ženy s bipolární afektivní poruchou popisuje v dokumentu České televize *Diagnóza své pocity takto: Je to nezvyk. Jste zvyklý, zvyklá na charakter, který se chová*

⁶⁵ Ibid.

⁶⁶ PĚČ, Ondřej, Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, str. 204., ISBN 978-80-7387-253-3.

⁶⁷ *Rodina a já, Žiju s depresí* [Dokumentární film], scénář Marie KOMÁRKOVÁ, Česká republika, 2010, Dostupné z: <https://www.ceskatelevize.cz/porady/1128654162-rodina-a-ja/210572230640006-ziju-s-depresi/>

standardně ve standardních situacích. Teď na různé podněty reaguje jinak. Je potřeba si uvědomit, že s tou pravou osobou, nemá ta nemocná zas tak příliš společného.

Z tohoto důvodu může být úleva uvědomit si, že z takového člověka mluví právě nemoc a jeho stav není standardní. Jak již bylo zmíněno, proto je vhodné, aby si partner a pomáhající partner udržel určitou formu odstupů. Pro partnera je taková situace nová a pokud se setkal s onemocněním zcela poprvé, může si připadat ztracen. Určitou výhodou tedy mají lidé, kteří se již s duševním onemocněním setkali v minulosti a mohou s ním lépe pracovat ve vztahu k milované osobě.

4.4 Pracovní vztahy a deprese

Jedním z velkých problémů, který se v rámci širších sociálních vztahů může dostavit, je výpadek pracovní činnosti, která mnohdy znamená pro nemocného jediný zdroj obživy. Vzhledem k problémům, které nemoc provázejí a kterými nemocný prochází, může snížení aktivity a neschopnost vykonávat práci na takové úrovni, jako byl zaměstnavatel zvyklý, vyústit až ke ztrátě práce. Problematika a téma ztráty zaměstnání důsledkem duševního onemocnění je velmi křehké jak pro zaměstnavatele a kolegy, tak pro osobu, která se s nemocí potýká.

Na depresivní osoby může zaměstnavatel či nadřízený pohlížet jako na lidi neschopné, nezodpovědné, či líné. Zaměstnavatel, který nemá o problému svého zaměstnance a kolegy žádné ponětí, může nabýt pocitu, že jedince práce nebaví, nemá o ni zájem a jednoduše, aniž by věděl, čím si kolega prochází, ho tak stigmatizovat a odsunout v práci na druhou kolej. Depresivní onemocnění může být jednoduše zaměnitelné za lenost, či nezájem, na povrch může působit podobně a není jednoduché ho rozeznat.

4.5 Rizikové faktory

Dle webu *pro Bezpečnost a ochranu zdraví při práci* se může jednat na pracovišti o tyto faktory, které mohou vykazovat, že jedinec trpí psychickou nepohodou na pracovišti:

- *Výrazné snížení pracovního výkonu;*
- *časté nedodržování termínů;*
- *pomalejší práce než obvykle;*
- *omluvy za nedodělanou práci;*
- *častá nemocnost;*
- *výrazná apatie, neschopnost se soustředit;*

- *častý pomatený pohled a nevnímání okolí;*
- *snížená zainteresovanost na práci*
- *neochota k součinnosti se spolupracovníky.*⁶⁸

Všechny zde zmíněné body mohou působit bez předchozího obeznámení se s problematikou na okolí negativně. Stav depresivního jedince na pracovišti ovšem lze porovnat i se stavy depresivního člověka v běžném životě. Toto chování může vycházet také z:

- *Sníženého zájmu o život*
- *Podstatně nižší životní energie*
- *Nespavosti nebo naopak zvýšená spavost*
- *Sníženého sebevědomí*

Právě tyto příznaky mohou souviset s výše zmíněnými, které jsou ovšem na první pohled viditelné, na rozdíl od příznaků původních, ze kterých snížení výkonnosti vyplývá. Za problematické lze považovat právě neinformovanost ve firmách a nevědomost, jak s takovým člověkem pracovat.

Neschopnost vykonávat práci na plný výkon a dodržovat termíny může negativně ovlivnit celý chod pracoviště a to obzvláště pokud není jasné, proč ke snížení pracovního výkonu dochází. Důvodem nedodržení termínu, či odcházení od rozdělané práce může být špatná koncentrace a soustředění, které jsou nedobrym psychickým stavem velmi narušené. Z vnějšího pohledu okolí může jedinec působit jako roztěkaný a citlivý, pomatený, věci hůře chápe a má zhoršené vnímání okolí.

Na pracovní vztahy může mít onemocnění dopad obzvláště v případě, že se lidé vídají v zaměstnání každý den a v práci fungují určité vnitřní vztahy. Ve větších firmách je možné, že si zaměstnavatel, či nadřízený problémů zaměstnance dokonce nevšimne.

⁶⁸ Odborový portál pro BOZP, 2005 [online]. Praha: Deprese, skrytá nemoc na pracovišti [Cit. 16.4.2021]. Dostupné z: <https://www.bozpinfo.cz/deprese-skryta-nemoc-na-pracovisti#:~:text=Nemocn%C3%AD%20d%C4%9Bln%C3%ADci%20maj%C3%AD%20%C4%8Dastou%20pracovn%C3%AD,mohou%20upadnout%20do%20z%C3%A1va%C5%BEen%C4%9Bj%C5%A1%C3%AD%20deprese.>

4.6 Narušení vztahu na pracovišti

Dle Vágnerové mohou vztahy na pracovišti narušit právě pacienti v mánii, kteří chtějí dělat nezřízené kroky a je vhodné jim v jejich jednání zabránit,⁶⁹ jelikož jejich jednání může mít trvalé následky. Tyto afektivní poruchy mohou vést k narušení sociálních vztahů a mají negativní dopad na celé pracoviště.

Nevědomost zaměstnavatelů o psychických problémech kolegů může být nebezpečná z důvodu rychle se zhoršujícího stavu nemocného jedince. Zaměstnavatel, který nemá ponětí o tom, co se kolegovi děje na něj nejen nemůže brát ohled, ale také může začít být na depresivního vysazený.

Nemocný v takových případech ztrácí důvěru a nepřipadá si v práci bezpečně. Praško zmiňuje mylné domněnky se, že se postižený může silou vůle takzvaně „dát dohromady“. Většina lidí trpících depresí se o takové věci snaží a tímto přístupem mu lze v práci pouze uškodit. Obzvláště v zaměstnání pak může být deprese přirovnána k neschopnosti a mentální méněcennosti.

Deprese, podobně jako cukrovka, poruchy štítné žlázy, nebo žaludeční vředy je nemoc, která odezní až po léčbě. Deprese nevede k poklesu inteligence nebo rozumových schopností.⁷⁰

4.7 Pomoc ze strany zaměstnavatele a pracovního prostředí

I přes to, že problematika vztahů na pracovišti není jednoduchá ani u lidí zdravých, existují způsoby, jak zlepšit povědomí o nejčastějších duševních poruchách v zaměstnání. Nadřízený i kolegové mohou být s problematikou obeznámeni, a tím pomoci duševně nemocnému na jeho cestě k uzdravení.

⁶⁹ VÁGNEROVÁ, ref. 41, str. 373

⁷⁰ PRAŠKO, ref. 64, str. 26.

5. Praktická část – výzkum

5.1 Výzkumné cíle a otázky

Hlavním cílem tohoto výzkumu bylo zjištění vlivu depresivních onemocnění na jedince a vlivu depresivních duševních poruch v rámci blízkých sociálních vztahů. Výzkum dále zkoumá možnosti zlepšení povědomí o těchto onemocněních a ve výsledku hledá možnosti podpory pro tyto jedince a jejich blízké okolí. Výzkumná otázka tedy zní: *Jakým způsobem ovlivňuje depresivní onemocnění sociální vztahy jedince?*

5.2 Metodologie výzkumu

Pro tuto bakalářskou práci byla zvolena možnost kvalitativního výzkumu, kde je využívána možnost výzkumníka jako nástroje a preferována jsou data, která mají možnost vyprávění, nikoliv čísel.⁷¹

Za jisté výhody kvalitativního výzkumu lze považovat upřímné sdělení a větší možnost projevu, která u kvantitativního nebývá vzhledem k počtu respondentů možná. Pomocí kvalitativního výzkumu lze zařadit subjekt do určité kategorie a nelze ho měřit na číselné stupnici.⁷²

V rámci metodologie byla zvolena metoda polostrukturovaných rozhovorů. Tato forma rozhovoru napomáhá k větší otevřenosti respondentů. Dle Hendla vyžaduje vedení rozhovoru dovednost koncentrace, interpersonální porozumění a disciplínu. Dále by měl být kladen důraz na pořadí otázek, které by měly být velmi dobře promyšlené.⁷³

Polostrukturovaný rozhovor nabízí respondentovi možnost více se otevřít, vyjádřit konkrétní myšlenky, a pomáhá k přesnějšímu pochopení problematiky. Mým cílem bylo mluvit s respondenty otevřeně, snažila jsem se o vytvoření uvolněné atmosféry a navození důvěry, proto jsem při seznámení s dotyčným navrhla v komunikaci tykání.

Vzhledem ke koronavirové pandemii jsem kombinovala techniku telefonických rozhovorů s rozhovory face to face. V rámci hovorů prováděných on-line bylo důležité využití

⁷¹ MATOUŠEK, ref. 18, str. 93

⁷² HARTL, ref. 2, str. 284

⁷³ HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, str. 166., ISBN 80-7367-040-2.

webkamery, díky níž jsem s respondenty mohla být v podobném kontaktu, jako při vedení rozhovoru naživo.

V rámci polostrukturovaného rozhovoru se několikrát rozhovor odklonil jiným směrem, než byly otázky pokládány, avšak tato skutečnost nenarušila průběh výzkumu. Získané informace navíc považuji za smysluplné a jsou pro tento výzkum přínosem.

5.3 Výzkumný soubor

Cílem bylo najít 9 jedinců s depresivním onemocněním, kteří by se chtěli podělit své zkušenosti s běžným fungováním v sociálním životě. Neméně důležitá byla zkušenost vlivu nemoci respondentů na jejich rodinné a partnerské vazby.

V rámci koronavirových omezení a pandemie jsem musela změnit techniku výběru. V původním plánu bylo vzorek deseti respondentů oslovit pomocí inzerátu v psychiatrických nemocnicích, či neziskových organizacích které pomáhají těmto lidem a jejich blízkým. Vzhledem k uzavření přístupu do těchto institucí jsem musela zvolit jinou metodu výběru. Respondenty jsem oslovila převážně na sociální síti Facebook a dále přes mé širší okolí.

Respondenty jsem z poloviny oslovila mezi svými známými a druhou polovinu vyhledala přes přátele a sociální sítě. I přes počáteční strach z neadekvátnosti výzkumu mohu říct, že si nejsem vědoma ovlivnění výzkumu z mé strany, ani ze strany respondenta a skutečnost, že jsem některé z nich znala osobně dopomohla k nastolení důvěrnější atmosféry.

Pro rozhovory jsem vybírala osoby od 22 let, s neomezenou horní věkovou hranicí, a snažila jsem se z nich vytvořit smysluplný vzorek. Výzkumný soubor tvořilo 9 osob ve věku mezi 22-65 lety. Uzavření krajů v době pandemie mělo bohužel dopad na výzkumný vzorek a zastoupení respondentů tvoří pouze tak vzorek z Prahy.

Abych výzkum ukotvila triangulací, oslovila jsem v jeho rámci ještě dva sociální pracovníky pracující v oblasti psychosociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním a vedla s nimi nestrukturovaný rozhovor. Přepis všech rozhovorů je k nahlédnutí v přílohách.

5.4 Sběr dat respondentů

Data jsem sbírala pomocí nahrávání rozhovorů při rozhovoru na Facebook messengeru, či při nahrávání hovorů pomocí diktafonu v mobilním telefonu při metodě face to face. Facebooková platforma také byla místem, kde jsem většinu respondentů poprvé kontaktovala a upřesnila si s nimi, jak bude rozhovor probíhat a zdali je pro ně tato forma přijatelná. Všichni

oslovení byli velmi vstřícní a nápomocní. Osloveným jsem dopředu zaslala otázky, které si mohli nejdříve pročíst, aby ukotvili své myšlenky a sdělení. Důvodem zaslání otázek předem byla také určitá forma ostýchavosti z jejich strany, které jsem chtěla při rozhovorech předejít.

Výhodou rozhovoru přes Facebook messenger považuji jednodušší domluvu s respondenty a možnost doptání se. Dotazovaní měli více času na připravený rozhovor. Neměli pocit, že jsou obírání o čas a byli ochotni se případně znovu propojit, což by bylo v případě osobních schůzek složitější. Naopak nevýhodou je kratší čas rozhovoru, dotazovaní chtěli často přímo odpovídat na položené dotazy a nechtěli se vychýlit, což mohlo u některých provedených hovorů vyznít stroze.

Dotazovaným bylo položeno 16 otázek, avšak některé jejich myšlenky vyšly napovrch spontánně, na jiné odpovídali respondenti naopak vyhýbavě.

Při analýze dat jsem zvolila doslovné přepsání polostrukturovaných rozhovorů a tím jsem získala od respondentů přímé informace, které nebyly nijak zavádějící. Jediným zásahem, který jsem se při přepisu rozhodla udělat, bylo smazání citlivých informací, jako jsou jména a jména lékařů a institucí kde byli dotyční léčení, místa zaměstnání, jmen zaměstnavatelů a další. Tyto informace byly z rozhovoru zcela odstraněny kvůli ochraně osobních údajů respondentů a okolí.

5.5 Počátek nemoci

Pohled dotazovaných na to, kdy u nich nastala první depresivní fáze se lišil. Většina z nich odpovídala, že se s psychickou nepohodou potýkali již v dětském či pubertálním věku, ovšem ne vždy je napadlo, že by mohlo jít o duševní onemocnění.

“Tyjo, to je hrozně dávno, když mi bylo devět třeba. Jakože v hlubokým dětství. Já měl dlouhou historii s psychózou, to možná ještě bylo před tou depresí. Ale celý moje teen years jako od 12... Asi až do dvaceti jsem měl těžkou depresi.” (Respondent B)

Z výpovědí mladších respondentů je patrné, že se jejich špatným duševním stavem v dětství zabývali rodiče, u starších respondentů tomu tak nebylo. Z toho může vyplývat i nevhodné řešení problémů. Respondent E si sice je jistý, že u něj bipolární afektivní porucha propukla v dětství, uvědomil si to ale až v pozdějším věku, v těžké životní situaci.

„No... Bipolárku mám zjevně od svých pěti let, ale uvědomil jsem si jí až po rozvodu, kterej jsem měl v roce 2014. Takže kolem roku 2014 spojený s velkejma depresema mi došlo, že tam něco nebude v pořádku a začal jsem navštěvovat psychiatra.“ (Respondent E)

U dvou respondentů starších 40 let je patrné, že se považovali pouze za citlivější povahy, o nemoci nevěděli a mysleli si, že je jejich sensitivita a výkyvy normální.

„Na gymnáziu jsem spíš vnímal, že jsem založenější individuálně a nebyl jsem tou typickou součástí kolektivu. A neuvědomuju si že... Jako ano, nechtělo se mi do školy, ale spíš jsem byl jako přemýšlivější a tvořivější, takže jsem to nevyhodnocoval jako deprese.“ (Respondent G)

Podobný pohled jako respondent G má i respondent E. Tomu jeho přílišná sensitivita nepřišla po většinu života nijak zvláštní. Forma přístupu k duševnímu rozpoložení může být podobná i z důvodu podobného věku respondentů.

„Já jsem si hlavně vůbec nemyslel, že mám nějakou duševní poruchu. Myslel jsem si, že změny nálad má každý člověk a období deprese a zbytečného štěstí nebo anarchie mají všichni.“ (Respondent E)

Z výpovědí těchto dvou dotazovaných vyplynulo, že si nemoc pouze neuvědomili. Naopak zcela odmítavý postoj zaujala jako jediná respondentka F, která i přes nátlak okolí odmítala přijmout fakt, že s ní není něco v pořádku.

„No tak snažili se všichni mi naznačit, že jsem nemocná, ale já jsem to vůbec nechtěla brát, že jsem nemocná, jakože jsem v té manické fázi. Já si toho nebyla ani vědomá a nepřipouštěla jsem si to...“ (Respondent F)

Z jejího vyprávění je zjevné, že o svých problémech tušila, ale zarytě je řešit odmítala a po co nejdéle dobu se odmítala s nemocí konfrontovat.

Sedm respondentů uvedlo že jejich psychické problémy začaly na základní, nebo střední škole.

„No už asi v 11 letech, ale to jsem neměla prášky. Pak jsem měla léky až v roce 2015.“ (Respondent C)

Dva z nich začali řešit i přes zjevnou duševní nepohodu, se kterou se potýkali od dětství, či v pubertě, svá trápení až ve chvíli, kdy končili své středoškolské vzdělání, či nastupovali na vysokou školu, kdy byla situace neúnosná.

„Poprvé ve 13 letech, to ale nebylo léčený. Ve 20, když jsem šel na vysokou školu, a to bylo hodně hrozný, to jsem šel do léčby a měl jsem štěstí na velký kapacitu, naštěstí.“

(Respondent D)

„Myslím, že to bylo někdy na konci základky už, pak se to nějak táhlo, ale nikdo to neřešil... Spíš já řešila neexistující problémy, jak se ti to mele v hlavě a čím víc se to mele, tím je to horší. Někdy až po čtvrtáku jsem to začala řešit.“ (Respondent A)

„No já jsem jakoby se necejttil dobře už nějaký měsíce a všechno bylo v pohodě ale, ale když jsem začal přemýšlet, jak se jako zabít, tak jsem si řekl, že to není v pohodě, a tak jsem si vzal ubra na Karlák a oni mě tam hospitalizovali.“ (Respondent CH)

Tázaný CH dodává, že ho nenapadlo špatné rozpoložení řešit dřív, než vyústilo v hospitalizaci.

„Já předtím žádnou pomoc nevyhledával teda. Takže až když to došlo do toho stádia...“ (Respondent CH)

Z výpovědí této části respondentů je patrné zpětné uvědomování si již dřívějších psychických strastí. I přes to, že se s určitou formou duševního neklidu potýkali již dříve, svou situaci mnohdy neřešili. Jedním z důvodů může být nízký věk. Je také zjevné, že situaci nepovažovali za problematickou ani rodiče respondentů a jedinci začali pracovat se svými problémy, až když si je sami začali uvědomovat a také se sami rozhodli pro ně najít řešení.

5.6 Správná diagnóza

Jak bylo zmíněno v teoretické části, správná diagnóza je důležitá hlavně pro lepší přístup k nemoci a možnost s duševním problémem lépe pracovat. Napomáhá na cestě k uzdravení, či stabilizování psychického stavu. S vleklým hledáním příčiny a chybnou diagnózou se potýkali tři respondenti.

„Jo, rozhodně jsem se potýkala s jinejma diagnózama. Já chodila k psychologovi a ta diagnóza se stále měnila.“ (Respondent C)

„No nejdřív mi říkali, že jsem schizoidní disgrafik a nějaký takový nesmysl. Takže to diagnostikovaný nebylo a byl tam problém s tím že... Byl to klasickéj problém, že v okamžiku, kdy ten problém člověk má, tak je ve stavu, že prostě není schopen nikam zajít a v okamžiku kdy je v pohodě, tak nemá důvod nikam zajít.“ (Respondent G)

Respondentka A si přišla při prvním sezení zahlcená informacemi a kritizuje svého prvního terapeuta za nejasnou diagnózu.

„Já pak začala chodit ke dvěma terapeutům. A ten první je docela známej a prostě mě to děsně děsilo, že mu mám něco vyprávět. A tenhle pro mě nebyl určitě dobrej jako první, no... Protože on do mě navalil všechny diagnózy a já vlastně pak nevěděla co mi opravdu je, on řekl, že to je deprese, bipolárka a úzkostná porucha a vůbec mi to nepomohlo.“ (Respondent A)

Respondent E sice potvrzuje, že mu nakonec v pozdějším věku správná diagnóza určená byla, do té doby byl ale hospitalizovaný na psychiatrii s diagnózou histriónský syndrom.

„Předtím jsem byl na psychiatrii jednou na víkend. To mi stanovili histriónský syndrom, ale neměl jsme žádný prášky ani tak.“ (Respondent E)

4 z 9 dotazovaných naopak s přesným určením a pojmenováním svého duševního stavu problém nemělo a ve chvíli, kdy ho začali řešit, se jim dostalo správného označení.

„Správně asi byla. Otázka, co je včas. Já začal chodit na terapii v 16 a bylo mi to diagnostikováno okamžitě vlastně. Ale kdybych tam začal chodit dřív, tak by to asi pomohlo, no. Byl jsem medikovaněj až poslední dobou, předtím ne.“ (Respondent B)

„A rodiče mně dali různý vyšetření běžný, který jsou, když je člověk na neschopence. To bylo tehdy ve Spálený a hned jsem se dostal na psychiatrii a tam to šlo velmi rychle.“ (Respondent D)

„Já jsem byla hospitalizovaná v roce 2005 dva měsíce a myslím si, že první jsme to zkoušeli jako nějakým způsobem ne že vyhnat, ale něco s tím udělat, a to nešlo. Takže potom jsem už dobrovolně chtěla jít na psychiatrii si lehnout. A už to bylo teda hluboká deprese. Tohle mi řekli že to je tahle diagnóza, nic víc.“ (Respondent H)

„Já si myslím, že jako to bylo diagnostikováno na první dobrou, protože já jsem to s žádným doktorem neřešil a poprvé jsem to řešil, až když si mě tam pak nechali a rovnou mi dali diagnózu.“ (Respondent CH)

5.7 Přístup rodiny k nemoci

Při odpovědi na otázku, jaký měla rodina přístup k nemocnému a jestli se mu dostalo ze strany rodiny a partnerů podpory, se respondenti v odpovědích rozcházeli, nebo si nebyli jistí. U respondentů, kteří žili v jedné domácnosti s rodiči byla zjevná iniciativa ze strany rodiny. Rodina se snažila dotyčnému pomoci alespoň nějakým způsobem, i když ne vždy dokázala jedince pochopit.

„Jo. Rozhodně, ano. Chtěli mi pomoci, ale asi né úplně vždycky to chápali... To bylo těžší...“ (Respondent C)

„Jo, tak rodina mi platí dodnes terapii... On je to jeden z nejlepších českých terapeutů. Do jistý míry jo, do jistý míry ne. Je tam ta materiální podpora, jakože mám pocit, že chápali tu depresi, nějak se mi snažili někdy pomoci, ale nevěděli co dělat nebo tak.“ (Respondent B)

„Rodina to věděla, i teta mi říkala, že pracuje v nějaký firmě a že má známý, že se mi snažili doporučit nějakýho rodinnýho psychiatra, ale v principu byla snaha mi s tím nějak pomoci. Od těch vět – tak si někde zajdi až po to, že mi dali na něj číslo. Jo, rodina se s tím potýká, jak moc tomu věřili, nebo nevěřili, nebo rodina, jak se s tím potýká, to těžko říct...“ (Respondent G)

Výzkum dále ukázal, že ne zcela empatický postoj zaujaly rodiny respondentů starších 45 let. Duševní onemocnění u svého blízkého buď nepřijali vůbec, či ho pouze akceptovali bez tendence jedinci pomoci.

„Problém byl, že rodiče mi nevěřili, že bych něco takového mohl mít. Táta na mě byl pyšnej, že jsem se dostal na práva a měl jsem dobrou maturitu a máma, ta dokonce došla do takového stavu, že to chtěla lámat silou. Pro všechno žijící příbuzenstvo vydala embargo mlčet, takže ty příbuzný o tom nevěděli vůbec.“ (Respondent D)

„Rodiče tím, že jsou starší generace, tak se pořád o duševních chorobách nemluví. A je to takový tabu, o kterým jsme se bavili párkrát jenom s maminkou, ale spíš cítím, že je jí z toho smutno a trapně, než aby se do toho dokázala nějak vcítit.“ (Respondent E)

Respondentka H pak uvádí, že se jí podpory dostalo hlavně ze strany tehdy již dospělé dcery, která se o ni v těžkých chvílích starala. Její matka pak naopak hospitalizaci a následnou léčbu považovala za její selhání a podporou jí nebyla.

„No, ze strany dcery. Syn byl ve velmi problematickém období. To jsem moc... Tam jsem nějakou velkou podporu nezaznamenala, ale zaznamenala jsem u dcery, která se o mě starala celý ten rok minimálně. Zajišťovala výrobu v dílně, starala se o bráchu a vlastně o všechno. Takže dcera... Maminka, ta to vůbec nechápala, od té jsem neměla žádnou podporu. Myslím, že si to nechtěla ani připustit, že... prostě nerozuměla tomu, proč se tak chovám. Maminka to brala jako selhání toho člověka. Ona měla pocit, že jsem selhala.“ (Respondent H)

5.8 Vliv nemoci na rodinné vztahy

Při dotazování, jaký vliv měla a má nemoc na rodinné vztahy, se všichni respondenti museli déle zamyslet. Bylo zjevné, že nevědí, co odpovědět, a že se rodině se svými problémy mnohdy tolik nesvěřují. Velký vliv neměla nemoc ani na respondenty žijící s rodiči.

„Mezi rodinou a mnou? Podle mě asi spíš ne, spíš bych ocenil, kdyby mě nějak podpořili. Víc. Asi trochu jo... Ale my jsme měli dobrý vztah mezi sebou navzájem.“ (Respondent B)

„Já myslím, že moc ne. Asi nijak. Podle mě jako jsem se setkal s největším pochopením, co tu mohlo být.“ (Respondent CH)

Nemoc dle respondenta D přispěla k vlastní emancipaci z rodiny a brzkému odstěhování se od rodiny.

Já jsem byl jedináček, neměl jsem tendence být v mama hotelu, tehdy to ani nešlo, já tehdy dělal hudbu a žil jsem takovej běžnej život a spíš alternativy než mainstream... A takže jako já v tý rodině nechtěl nijak otálet, ale tu emancipaci z tý rodiny to ovlivnilo, máma nebyla nadšená. (Respondent D)

I když respondentka A tvrdí, že diagnóza na rodinu vliv neměla, přístup rodiny nehodnotí pozitivně.

„Já to můžu říct, že mně to ovlivnilo partnerskej, ale v rodině... Tam nic neřešej, tam se ovlivňujou svejma diagnózama navzájem, ale neuměj to řešit.“ (Respondent A)

Dva respondenti sice uvedli, že rodinné vztahy ovlivněny nemocí byly, ale ne vždy si byli jisti, jakým způsobem.

„Hele asi. Se ségrama to bylo dobrý, ale co se týče vztahů s mámou, s tátou ten byl jako komplikovanej už sám o sobě, takže jestli to pomohlo v komunikaci, nebo uškodilo, to nedokážu posoudit.“ (Respondent G)

„Asi určitě, ale nevím, jestli ti řeknu jak. Myslím, že jsme se naučili z pozitivního pohledu víc o sebe zajímat, ale necejtím se úplně... že prostě mají o mě obavy a nemyslím si, že mě považujou za dospělýho. Některý věci viděj, že nezvládám.“ (Respondent E)

Stejně jako dotazovaný E cítí obavy ze strany rodiny i další dvě respondentky.

„Určitě. Určitě to ovlivnilo vztahy v rodině, protože se o mě hrozně báli. Že se nedokážu o sebe postarat a fungovat normálně.“ (Respondent C)

„Děti jsou ostražití. Dcera je doted'ka prostě hodně vcitěná. Když něco je, tak se vcítí a respektuje to. Syn taky.“ (Respondent H)

5.9 Vliv na partnerské vztahy

Větší vliv duševního onemocnění na partnerské vztahy výzkumu potvrdil u šesti respondentů. Tím výzkum otevírá problematiku duševně nemocných lidí a jejich problémy v partnerských vztazích. U všech respondentů až na jednoho se potvrdil alespoň malý vliv nemoci na partnera.

„Museli jsme se naučit s tím nějak žít. Ne jako – mám nějakou diagnózu a tady si sednu a ty to vyřešíš, ale spíš tak, že spolu na tom můžeme pracovat. Já jsem měla určitěj stav a musela jsem mu říct: hele v tomhle stavu mám před sebou úplný černo. A prosím, potřebuju, když mě třeba pevně chytneš a nepustíš mě.“ (Respondent A)

„Rozhodně. Protože většina partnerů absolutně nechápala, proč se mi tohle zrovna děje. A chtěli vědět důvod a já důvod neměla. Nebo důvod měla, ale byla to deprese. Ten pohled partnera na mě byl hodně negativní.“ (Respondent C)

„Určitě ano... ovlivnilo to určitě rozpad manželství. To, čím eskaloval konec manželství, tak to bylo jednání v době mánie.“ (Respondent E)

„Manžela jsem opustila. On věděl, že jsem asi v té manické fázi a on se snažil okolí do toho zapojit, aby se mnou mluvili a dali mě dohromady a vrátil mě zpátky domů, a pak jsem šla k lékaři.“ (Respondent F)

Respondentka H má jako jediná pocit, že nefungující partnerský vztah byl hlavním spouštěčem onemocnění.

„Myslím, že spíš naopak, že tu nemoc spustil ten špatný vztah. Moje paní doktorka mi říkala, že z 99 % za to mohlo moje manželství, ať už je to z jeho strany, nebo z mé. Protože ona ho taky znala a léčila... Docházel k ní na sezení a viděla, s kým žiju.“ (Respondent H)

Dva z devíti respondentů poukazují na problém si při jejich duševním rozpoložení vztah najít a onemocnění považují v tomto případě za omezující. Tento fakt bývá často opomíjený a

pro lidi s duševním onemocněním svým způsobem stigmatizující. Z obou respondentů je cítit, že největším problémem je schopnost se otevřít a strach z nepochopení.

„Teď si myslím, že určitě. Kdybych vybalil na partnerku teď, že žiju určitým způsobem a třeba navštěvuji psychiatra a třeba díky tomu se nechci hnát do rizikovýho cestování, nebo vydělávání peněz na výkon, tak si troufnu říct, že se proměnilo to, že myslím, že to je problém a kvůli těmhle okolnostem se ten kredit snížil. Jak mi dřív nevadilo mít partnerku kdykoliv, tak jak teď mají lidi v hlavě povědomí o těch nemocech. Ne, že by se ti smáli, že jsi psychiatrickej pacient, ale nemusíš pro ně bejt v tu chvíli objekt pro soužití.“ (Respondent D)

„Spíš to ovlivnilo moji schopnost najít si partnera, protože když trpíš takhle závažným duševním onemocněním, tak to musíš nějak jako ... Procházíš složitým procesem v otevírání se tomu druhému, kterej je jako bolestnej a druhak je dlouhodobej. A po nějaký době, když ti to hodněkrát za sebou nevyjde, tě začne štvát, že to děláš znovu a znovu. Což snižuje moji tendenci se o nějaký vztahy vůbec snažit.“ (Respondent B)

5.10 Informovanost blízkých

Na otázku, zdali jsou rodiny a blízcí dobře informovaní o přístupech k duševně nemocnému jedinci, neodpověděl ani jeden dotazovaný kladně. Jejich neznalost problematiky se projevovala neempatickým jednáním, nebo ignorací. Z výzkumu vyplývá, že zásadním problémem ve vztazích s blízkými lidmi je pro postižené nemocí nevědomost, jak se k dotyčnému chovat.

„Třeba někdy nevědí, jak se chovat... Já jsem třeba v háji, chci ležet v posteli celej den se zataženejma závěsama a rodiče přijdou s dobrým úmyslem, ať jdu na procházku, jestli nechci dělat něco... A jakože je to dobrej úmysl, ale úplně se to míjí účinkem a je to otravný.“ (Respondent CH)

„Vůbec ne. Myslím si, že vzhledem k tomu, kolik těch duševních onemocněních je a teď i s kovidem a s lockdownem jsem četl, že je těch nemocí čím dál víc. Já si myslím, že vzhledem k tomu, kolik těch lidí je a jak je to častý, je totálně mizivý povědomí o těch nemocech a o tom, jak s těma lidma pracovat a chovat se k nim“ (Respondent E)

„Určitě ne. Vůbec nemají prakticky žádný informace. Moje rodina si myslí, že to přeháním a že mám konkrétní výmluvu, proč nedělat věci do školy nebo něco.“

(Respondent B)

„No to záleží, jak tu informaci přijmou, protože u mě to vědí, ale je jim to jedno, takže to nebude nevědomím.“ (Respondent A)

„Tenkrát všichni byli zmatení. Já jsem se v průběhu roku zeptala syna, jak viděl svoji pubertu, tak říkal: Mami, já měl mámu v blázinci a musel jsem se sám o sebe postarat.“

(Respondent H)

„Bylo by dobrý ty lidi nějak informovat, aby na nás nekoukali, jakože jsme zvláštní. A taky aby si nemysleli, že nemůžu vést normální život. Protože ty úrovně těch depresí jsou individuální.“

(Respondent B)

Respondent CH jako jediný nastínil jednodušší řešení pro práci s rodinou a blízkými. Z jeho pohledu by mohl dobře posloužit leták, který by např. při návštěvě lékaře, psychologa či terapeuta nemocný dostal a mohl dál předat rodině. V tomto letáku/brožuře by si jedinec mohl také vyplnit, jak si přeje, aby se k němu jeho blízcí chovali a co by měli respektovat.

„Třeba teď mě napadlo, kdyby mi v tý nemocnici dali nějakou letáček, kterej bych mohl dát těm lidem v tý rodině. Když jsou ty lidi v háji, tak prostě chtěj bejt třeba sami, nechtějí být rušení a já bych si tam zaškrtnl co mám já, jak já to chci, aby věděli, jak se mnou jednat v tý situaci. Kdyby tam byl výčet toho, co ty lidi prožívaj v těch stavech, co z toho platí třeba na mě, že by tam byla rovnou komunikace z tý nemocnice s rodinou.“ (Respondent CH)

Leták, který navrhuje k používání jeden z dotazovaných, bývá dle respondentky F používán pouze pro podchycení měnícího se stavu jedince.

„Já třeba když jsem byla nemocná, tak jsem zaškrtovala možnost, komu předávat ty informace o té léčbě a jak se chovám a jak má postupovat můj nejbližší, kdyby zjistil, že mám tu mainckou fázi, nebo kdyby zjistil, že se začínám chovat jinak.“ (Respondent F)

5.11 Vliv na pracovní a školní vztahy

Při otázce, jak nemoc ovlivnila povolání či studium, se odpovědi respondentů lišily. I když všichni respondenti nastínili, že jejich onemocnění ovlivňuje, či v předchozí době ovlivňovalo celý jejich život, respondenti rozdělovali problémy na práci a školu. Čtyři z devíti respondentů si myslí, že onemocnění větší vliv na jejich práci má.

„Určitě ovlivnilo a myslím si, že jsem vzhledem k tomu, jak jsem se choval, aniž jsem o tom věděl, tak to ovlivnilo moje chování, takže jsem nechápal dosahy svého jednání. S vědomím té diagnózy mi ty věci docházej a přišel jsem o dost práce.“ (Respondent E)

„Byl jsem mnohdy nesoustředěnej, často jsem měnil zaměstnání, nebo dokonce způsoby vydělávání peněz.“ (Respondent D)

„To si myslím, že má vliv pořád. I v tom smyslu, že já mám nějakou setrvačnost. Zvykl jsem si na to. Mám historicky zkušenost, že z období, kdy ta deprese byla intenzivní jsem se prostě uzavřel do sebe a nezvedal jsem telefony a nekomunikoval jsem a ve finále nějaký fáze uzavřenosti, kdy jako nekomunikuju s okolím.“ (Respondent G)

Problémy měli dva studující respondenti i v rámci školy.

„No jasně, úplně nejvíc. Kromě toho, že mám deprese, tak mám taky ADHD, takže jsem neschopnej se na cokoliv soustředit. A tenhle semestr mám deprese a asi mě vyhoděj ze školy za tenhle semestr. Jestli se s nima nedomluví.“ (Respondent B)

„Jak jsem byl hospitalizovaný v prváku, tak jsem nemohl dva týdny dělat věci do školy, nemohl jsem pořádně nic dělat, dostal jsem se do skluzu a pak to doháněl.“ (Respondent CH)

Z výzkumu dále vyplynulo, že někteří duševně nemocní lidé mají tendenci svou nemoc skrývat. Tři respondenti potvrdili, že o jejich onemocnění zaměstnavatel neví. Ve dvou z těchto výpovědí šlo o skrývání nemoci ze strachu stigmatizace. Lze tedy soudit, že pro některé je duševní onemocnění stále stigmatem a pro osoby trpící duševním onemocněním je toto téma velmi citlivé.

„Práci asi úplně ne, protože s tím umím líp pracovat a umím nějaký věci skrejt v kritických situacích.“ (Respondent C)

„V žádném případě. Já si myslím, že by mě nepřijali vůbec a vlastně když nastupuješ do té práce, tak musíš mít tu vstupní prohlídku, ale nikdo se mě na to neptal, jestli nemám něco takovýho a nikde nemám ani uvedeno, že to беру. Já poprosila doktorku, aby mi to tam nepsala. Protože bych tu práci podle mě nedostala.“ (Respondent F)

Respondenti, kteří odpověděli, že v práci o jejich onemocnění věděli, byli čtyři. Přístup zaměstnavatele působil z jejich výpovědí vcelku neutrálně. Respondentka A poukazuje na problematiku časového tlaku na pracovišti a nemožnost problém řešit.

„Jo, to věděl, ale on by ten šéf měl pochopení, ale co s tím? Já nemůžu zastavit celý štáb. Já dělala asistentku, různé přenosy atd. My jsme byli kamarádi, já mu to neřekla naplno, ale věděl, že něco je blbě, ale nemohl s tím nic udělat, já musela kvůli tomu odejít. Mě to tak vyčerpalo, takže jsem už nemohla.“ (Respondent A)

U dalších tří dotazovaných problém se sdělením zaměstnavateli nebyl.

„No, když šlo o vážnou práci, tak jsem to ohlásil. Samozřejmě v drtivém počtu případů i v 90. letech, kdy se to tolik nenosilo jsem to dopředu ohlásil, protože se může stát, že budu unavený, nebo nebudu tak výkonný. Ale nějak jsem to nevykřikoval v práci.“ (Respondent D)

„Jakože nikdo se mě pracovní neptal, ale není to něco, co tajím, takže když na to přijde řeč, tak v rámci nějaký přátelský konverzace jsem to řekl, takže to věděl, ale asi to bylo docela jedno.“ (Respondent CH)

Respondent E jako jediný považuje přístup obou svých zaměstnavatelů za vstřícný.
„Oba o tom ví. Měl jsem podporu velkou z obou stran.“ (Respondent E)

Na otázku, zdali jsou zaměstnavatelé a školní systém dobře informováni o problematice duševních onemocnění a o přístupu k těmto lidem, se respondenti v odpovědích rozcházel. Jejich odpovědi otevírají problematiku neinformovanosti společnosti o duševních chorobách a neschopnosti zaměstnavatelů s nimi pracovat. Tři z devíti respondentů nedokázali odpovědět vůbec, nebo v té době zaměstnáni, či ve škole nebyli.

Dle respondenta G záleží na tom, v jakém duchu je firma vedena a přístup zaměstnavatele je individuální.

„To je individuální. Myslím, že jsou firmy, který nejsou prostě pro každého. A podle mě jsou vzdělaný a uvědomujou si to, ale záleží, kam půjdeš. Blbý jsou firmy, kde jsou prostě všichni konkurence.“ (Respondent G)

I přes to, že má respondent E dobrou zkušenost ze svého stávajícího zaměstnání, nepřipadá mu, že by informovanost o této problematice byla dostačující. Svého zaměstnavatele ale v tomto ohledu cení. Vyloženě negativní pohled na situaci ve firmách, i když ne z přímé zkušenosti měl respondent B.

„Určitě by pomohlo, kdyby tam byla vstřícnost a obeznámení hlubší. Že by věděl ten zaměstnavatel, že mám teď depresivní epizodu a nemůže ode mě třeba očekávat nějaký věci. Kdyby věděl, že mám tu depresi a potřebuju jiné přístup, tak by to nebylo tak, že na to kašlu, protože je mi to jedno. Proto já si moc vážím toho (název instituce neuveden z důvodu ochrany soukromí, pozn. red.) a ty firmy kde pracuju a zvláště ty firmy, protože cítím tu podporu, že mi řeknou ať třeba práci posílám po kouskách. Pak mě třeba pochválej, že se mi to povedlo, a i za porci práce, která by měla být dvakrát až třikrát větší, tak ale i za to, co někdo dokáže ocenit, toho si hodně vážím. To beru jako ohromně důležitý.“ (Respondent E)

„Jakože osobní zkušenost s tím nemám, ale jsme si tím téměř jistí, že to bude špatný. Podle mě to bude ještě horší než běžně lidí.“ (Respondent B)

Dva respondenti považovali nestresující prostředí a podporu v práci za důležitou součást podpory od zaměstnavatelů i kolegů. Pro tyto dva dotazované byl největším problémem v zaměstnání právě stres, který přichází z myšlenek, co všechno se může sesypat, jestliže přijde např. depresivní epizoda. Úzkost může být paralyzující a znemožní tak jedinci schopnost výkonu alespoň nějaké práce. Oba také zdůraznili možnost pracovat dle svého tempa, bez časového tlaku.

„Ze svých zkušeností vím, že když mám depresi, tak se mi hodně těžko pracuje, jestli vůbec. A rovnou vím, že udělám nějakou průser, což mě ještě omezí v tom fungování. A když cejtím tu podporu, že věděj jak na tom jste a snažej se mě podpořit, tak to je ohromná vzpruha. To je fakt ohromně důležitý. Mít ten back up. A kolegyně má třeba právě muže, co měl diagnózu jako mám já a tak si tím prošla a dost vytuší, jak mi je.“ (Respondent E)

„Tady tím, že jsem na půl úvazek a jsme domluvený velkoryse, tak tím, že jsme nějak domluvení, a nebo se mi nechce, tak není žádný problém a nekatalyzuje se ten stres. Problém je, že ty máš nějakou rutinu, kterou musíš, nehleď na to, jestli máš nebo nemáš nějaký stres, ale já tohle nemám. Já tady mám nějaký záchytný body, že třeba vím, že nejpozději za dva dny bych měl jít do práce, protože jsme domluvený, takže se můžu vykoupat v těch únavách, melancholiích... A nikdo to nevyhodnocuje jako špatný.“ (Respondent G)

Pozitivně, či směrem ke zlepšení hodnotili situaci respondenti CH a D.

„V mojí bublině jsou s tím lidí úplně v pohodě. Mám pocit, že to většinou dávají, že nemají pocit, že je to kuriozita. Dneska je podle mě běžný, že si to lidí netajej, není to pro ně šokující.“ (Respondent CH)

„Těch případů je víc mnohem a i to, že si o tom můžeme takhle povídat, tak ta osvěta a ty věci kolem jsou daleko líp přístupný, včetně sociálním sítím, Facebooku. To je o sto procent.“ (Respondent D)

5.12 Diskriminace

Ani jeden z respondentů nevěděl, že by se setkal s posměšky, či diskriminací. Všichni respondenti označovali reakce na své onemocnění za spíše pozitivní, nebo žádné. Dva dotazovaní například uvedli, že se setkali spíše s pozitivními reakcemi.

„Já jsem dost otevřený, spíš mi pár lidí říkalo, že kvůli tomu, jak jsem o tom já otevřený, tak jsou oni taky a tak jsem se naučil o tom víc mluvit. Spíš pozitivní reakce. Já nikdy žádnou práci pořádně neměl, já se žívím psáním, takže k tomu nedochází a ve škole se o tom moc neví. Možná někdy četli nějaký lidí můj blog, kde jsou o tom nějaký články.“ (Respondent B)

„Absolutně si toho nejsem vědomý, spíš bych řekl, že člověk si nějak vybírá přátele a samozřejmě, že sem tam si někdo rejpně, ale je to v dobrým, spíš naopak.“ (Respondent G)

Ze dvou odpovědí vyplynulo, že je pro respondenty jednodušší onemocnění skrývat, nebo je to naučil čas, či negativní zkušenost. Z těchto odpovědí byl cítit strach z reakce okolí.

„Asi jsem se spíš naučila to nikomu neříkat, kromě svých blízkých.“ (Respondent C)

„On o tom nikdy nikdo nevěděl, já jsem nepracovala, když jsem byla nemocná a když jsem se vrátila do normálu, tak jsem začala pracovat a byla jsem jako teď, v té remisi.“

(Respondent F)

5.13 Neznalost pomoci

Výzkum ukázal, že z devíti respondentů znal sociální služby pro lidi s duševním onemocněním pouze jeden respondent. Ostatní účastníci výzkumu buď nevěděli, že služby existují, či často netušili, co pojem sociální služba znamená. Odpovídali tedy stroze a někteří rovnou zaujímali negativní postoj.

„No vůbec nebyla. A ani si ale nemyslím, že by měla být.“ (Respondent A)

„Chodím k psychologovi na individuální terapie, jinak ne.“ (Respondent CH)

„Ne, vůbec... Nikdy.“ (Respondent E)

„Hele jako... Ne, nikdy. Ale já jsem nepotřeboval žádný sociální služby.“

(Respondent G)

„Asi nebyla. Jakože já jsem chodil na tu terapii, ale žádný služby ne.“ (Respondent H)

Z dalších odpovědí vyplývá neznalost pojmu sociální služba a je vidět, že na ni respondenti mají zkreslený pohled. Jelikož jsem v rámci výzkumu považovala za důležité nastínit i problematiku neznalosti pojmů a služeb, v jejich odpovědích jsem je neovlivňovala a pojmy nevysvětlovala. Ze třech výpovědí vyllynulo, že služby sociálního pracovníka v komunikaci s rodinou a nemocným využili tři respondenti.

„Jo. Byla mi nabídnuta takováhle pomoc, ale spíš formou toho, že bych začala chodit do jiný školy... Nevím úplně kam přesně, nějaká montessori a měla bych tam nějakou jinou výuku...“ (Respondent C)

„No vlastně jo. No manžel se mnou potom byl u terapeuta. Manžel byl u toho, ale ten psychiatr, nebo psycholog, já ani nevím, co on byl, tak si s manželem nesedli nějak a já pak nechtěla, aby někam třeba on chodil se mnou a tak.“ (Respondent F)

„Jo. Já zažil tu rodinnou terapii. Ono to tehdy nebylo nijak zapotřebí a pan docent si mě nechal jako svého pacienta k pravidelnejm terapiím, a to dělá doted.“ (Respondent D)

5.14 Podpora lidí s duševním onemocněním

Podpora osob s duševním onemocněním a jejich by měla být rozšířenější, dle všech devíti respondentů. Zmiňovaná byla špatná dostupnost psychologických a psychiatrických služeb, které mají mnohdy dlouhou dobu čekací dobu, či jsou finančně nedostupné. Problematiku nedostupnosti pomoci zmiňují tři respondenti.

„Takhle: není úplně snadný si najít terapeuta. To by bylo dobrý řešit. To je fakt problém, ale celkově toho státu.“ (Respondent CH)

„Lepší poradna, lidi, který by se tím fakt zabývali a nebrali za to peníze. Jsou tady dobrý lidi, ale všechno je placený.“ (Respondent F)

„Možná trochu problematický je dojít k tomu psychologovi, terapeutovi. Jak najít toho člověka, který za něco stojí. A taky nemáš třeba litr na hodinu chodit k nějakýmu.“ (Respondent A)

5.15 Osvěta

Výzkum ukázal, že nejdůležitějším aspektem v pomoci duševně nemocným a jejich blízkým byla osvěta. Detabuizaci tématu duševního zdraví považovali dotazovaní za stěžejní pro změnu ve společnosti. Psychická onemocnění byla přirovnávána k různým tělesným znevýhodněním, která jsou dle respondentů pro okolí přijatelnější, než smíření se s psychiatrickým onemocněním.

„Nechovat se k tomu odlišně než k šedému zákalu, problému s hybností. Mělo by se to brát jako nemoc, a tak k tomu přistupovat.“ (Respondent E)

„Já si myslím, že nejvíc, co chybí, je nějaká osvěta... V okamžiku, kdy uvidíš někoho, že má infarkt a všichni budou vědět, jak se dělá masáž srdce, tak nemusíš čekat na příjezd doktora, protože ten člověk to nemusí přežít. Když lidi budou vědět stejně o těhletech problémech a lidi to budou vědět, tak se potom stane přesně to, že ho čapnou za ruku a pomůžou mu. Kdyby tohleto bylo celospolečenský, tak myslím, že se to vyřeší přirozeně.“ (Respondent G)

„Dneska si i člověk, co s vozíčkářem nemá zkušenost, tak i ten si dokáže uvědomit i vybavit, že pokud je někde neexistence bezbariérového přístupu, že to ty lidi ohromně omezuje, takže kdyby se obecně začalo o duševních chorobách víc mluvit. Lidi by byli víc informovaný, tak by pochopili, že lidi, co maj bolavou duši, tak je to prostě nemoc. Když máš zlomenou ruku, tak po něm nemůžeme chtít, aby prostě zvedal bedny.“ (Respondent E)

„Já myslím, že tady nejvíc chybí osvěta a prevence, která se k tomu pojí. Ale to Česko jako země je na tom ještě dobře, ale hodně lidí nás pořád vnímá jako vydědence na okraji společnosti, že jo. Ty deprese nejsou zase tak vzácný, ale jako lidi, co mají třeba závažnější psychózu, o tom nemůžou mluvit, protože by se veřejně odepsali.“ (Respondent B)

Z dalších odpovědí vychází najevo, že stejně jako osvěta, je důležitá empatie a ochota problém řešit.

„Podle mě by byla nejdůležitější ta empatie. Když se jedná o třeba o vztah s člověkem, kterej nám je blížkej, kterej má deprese momentálně. Takže by bylo dobrý být empatický no.“
(Respondent C)

S osvětou by se dle respondentů mělo začít již na základní, či střední škole a seznámení s problematikou by mělo být součástí běžně dostupného vzdělání. Dotazovaní v této části rozhovoru přinášeli podněty pro zlepšení a navrhovali způsoby a možnosti osvěty.

„Myslím, že by třeba určitý povědomí o psychických poruchách mohlo být součástí základního vzdělání. Na základce a určitě na gymnáziích.“ (Respondent E)

„Tahle osvěta by měla začít ve školách. To, co dělají média, tak ty by měly informovat. Stejně jako lidi učíme, že nemáme kopat lidi do sádry, když jdou po ulici, tak by bylo dobrý udělat to samý s duševníma poruchama. Naučit se víc přijímat ty lidi, co jsou jako nemocný a jako lidsky se chovat líp.“ (Respondent B)

Buď nepřehledné, či hůře dostupné a povrchní informace považují za problém dva respondenti.

„Asi nějaká ta brožura, kterou by člověk třeba dostal, když je hospitalizovanej, nebo když chodí někam ambulantně, že by jim to celý nemusel sám vysvětlovat. A taky by ty lidi nemuseli informace hledat sami, často nepodložený a nesprávný. Tohle by byla brožura podložená lékaři a vytvořená lidmi, co tomu rozumí.“ (Respondent CH)

„Asi zmíním, co se týká těch dostupných věcí na internetu. Že je všechno braný jenom z vrchu. Že je to děsně po povrchu, ale tak jako nálada celý společnosti. Všichni maj názor na všechno a zároveň nikdo na nic.“ (Respondent A)

„My jsme na školách mívali třeba besedy a některý ty besedy byly docela zajímavý. Takže se člověk mohl zeptat člověka na konkrétní věc.“ (Respondent G)

„Třeba využívat komunikaci se zaléčenějma lidma, třeba využívat nějaký workshopy k tomu, aby lidi, kteří mají v rodině nějaký problém mohli přes mediátora, psychologa, nebo terapeuta mluvit s lidma, kteří mají něco podobnýho za sebou.“ (Respondent D)

5.16 Rozhovor č. 1

Právě prací s lidmi, kteří si prošli podobnou životní situací, se zabývá Centru pro rozvoj péče o duševní zdraví v rámci projektů s peer rodinnými příslušníky. Přímo s klienty nepracuje, jedná se o zastřešující organizaci, poskytující vzdělávání, která podporuje další organizace formou projektů. Slouží klientům starším 18 let a i když jsou v rozhovoru mnohdy zmiňovány děti, může se jednat o jakéhokoliv rodinného příslušníka či partnera. Nejčastěji zapojené bývaly matky, dcery či sestry. Projekt není ohraničen diagnózou. Práci s rodinou a další projekty Centra přiblížila projektová manažerka Markéta Hulmáková, která pro tuto práci poskytla rozhovor.

Výzkum ukázal, že Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví spolupracuje již dlouhodobě s organizacemi, které hájí zájmy rodinných příslušníků a pracuje s rodinou jako celkem. S rodinou se projekt snaží spolupracovat od začátku propuknutí nemoci a provázet nemocného a jeho blízké na jejich cestě.

„Většinou jsou ti rodinní příslušníci v tom velice bezradní, hlavně na začátku, když přijdou první ataky, tak nevědí, co mají dělat, nebo smířit se s tím, že jejich dítě, nebo příbuzný je nějakým způsobem nemocný. Je to pro ně velký šok, velká změna. A lékaři se s nimi úplně nebaví, jak by si představovali. Nedostanou od lékařů dostatečné informace o tom onemocnění, co oni můžou udělat.“

Do projektů jsou zahrnováni právě peer pracovníci, kteří fungují v rodině jako někdo, kdo má již s danou problematikou zkušenost.

„Někteří rodiče jsou takoví skeptičtější, přepadení tou nemocí a nemají ty informace, že ty sociální služby jsou v okolí v tom reigonu, nevědí, co všechno očekávat. Nevědí třeba, kam si dojít na úřad požádat o příspěvky. A ti peer pečovatelé fungují jako přemostění mezi téma rodina a téma sociálníma službama“.

Peer pracovníci mají dle Hulmákové výhodu, že mohou poradit ostatním, jelikož si prošli podobnou zkušeností, ovšem s tím rozdílem, že téma již mají zpracované.

„Oni jsou takovou nadějí pro ty rodiče, že to jde zvládnout. Jsou nadějí pro ty, kteří onemocněli duševním onemocněním, že se dá do jisté míry zotavit, že se to dá zvládnout, že se i s tím onemocněním dá fungovat.“

Ze strany rodin pak funguje na peer rodinného příslušníka lepší napojení, jelikož žijí stejnou zkušenost. Hulmáková také vyzdvihuje lidštější komunikaci s klienty. Peer pracovník dokáže věci lépe vysvětlit a tím vzbuzuje v klientech důvěru.

„Dokáží ty informace vysvětlit těm příslušníkům tak jako lidsky, aby to pochopili. Někdy ti sociální pracovníci, nebo možná ti lékaři mluví možná jiným jazykem, ale když k nim někdo přijde a řekne: Já jsem si to taky prožil... Tak to daleko líp vnímají.“

Mnohé z organizací, se kterými Centrum spolupracuje na zmiňovaných projektech, mají své rodičovské skupiny. Jedná se buď o svépomocné rodičovské skupiny, nebo o skupiny, které zakládala daná organizace. Dle Hulmákové se dobře osvědčila spolupráce mezi peer rodinným příslušníkem a sociálními službami. I když se projekt osvědčil, zavedení pozice Peer rodinného příslušníka je v organizacích novinkou.

„Měli jsme finance na to podpořit organizace, aby zavedly novou pozici. Pozice peer rodinného příslušníka dosud v organizacích nebyla. Začal s tím Focus Mladá Boleslav ve své Karlovarské pobočce.“

Pozitivní vliv má peer rodinný příslušník na vytvoření důvěrné půdy a pomáhá rodičům či blízkým se v začátcích více otevřít. Dobře funguje právě zmíněné sdílení zkušeností i mnohdy bližší věk směrem ke klientům.

„Když přijde ten terénní tým do té rodiny, kde by potřebovali pracovat s tím klientem a kdy zároveň chtějí pracovat s těma dětma, tak když tam přijde mladá sociální pracovnice, tak ta maminka je taková rezervovanější. Když s sebou mají tu peer maminku a je podobnějšího věku k těm rodičům a má ty podobné zkušenosti, tak na to ti rodiče slyšej a potom už daleko lépe spolupracují s tou organizací a ten jejich potom se může posouvat“

V podpůrných skupinách si pak rodinní příslušníci vyměňují své zkušenosti, podporují se navzájem a sdílí, čím procházejí. Pomoci si navzájem mohou i v orientaci v sociálních službách a úřadech. Podpora funguje dobře i ve sdílení zkušenosti s hospitalizací, kdy klientům peerové předávají své rady a otevřeně s nimi mluví.

„Ty rodinné skupiny při těch sociálních službách, tak tam je třeba ten peer rodinný příslušník, tam si ti rodiče sdílejí, čím procházejí. Můžou se podpořit, poradit si kam se obrátili na jaký úřad, sociální dávky a co jim třeba pomohlo, když měl ten příbuzný ataku a byl hospitalizován. Tak si třeba ti příslušníci, nebo příbuzní mezi sebou řekli, že ta hospitalizace trvá měsíc až tři, co se s ním dělo v té léčebně. Protože ti příbuzní se cítili bezradně, když byl ten příbuzný hospitalizovaný a ti lékaři neměli úplně tak jako čas se o tom s nima bavit.“

5.17 Zaměstnávání duševně nemocných

Projekty pomáhají klientům i v oblasti zaměstnávání. Klientům projektu nabízí podporu, snaží se jim pomoci při nalezení vhodné pracovní pozice a funguje v komunikaci mezi zaměstnavatelem a duševně nemocným jedincem. Hulmáková zmiňuje, že klienti touží po normálním zaměstnání, ovšem je třeba na ně alespoň v začátcích snižovat nároky.

„Také funguje sociální pracovník, který obchází organizace a vysvětluje jim, že jsou klienti schizofrenní, nebo s depresí a že touží po normálním zaměstnání, ale že potřebují trochu specifitější podmínky. Může se stát, že nebudou schopni pracovat osm hodin denně, ale že by mohli docházet na tři, čtyři, pak šest hodin. Že ze začátku u toho mají podporu, že je třeba ten sociální pracovník doprovodí na ten pohovor, promluví s tím zaměstnavatelem. A když se ten klient okoukává a nabývá své sebehodnoty a sebevědomí, tak může postupně pracovat čtyři, pak šest hodin a když mu ta organizace vyjde vstříc a sedne mu to, tak jsou tam právě ti sociální pracovníci a snaží se jim zajistit to normální zaměstnávání, které by jim vyhovovalo, kde by se cítili plnohodnotně.“

Z vyprávění projektové manažerky centra bylo zjištěno, že projekty, kterými se centrum zabývá, podporují nejen duševně nemocné jedince, ale je pro ně důležitá především práce s rodinou a blízkými. Projekty usnadňují pochopení situace pro okolí nemocného, kterým je s pomocí peer rodinných pracovníků běžné fungování a vypořádání se s psychickou poruchou v rodině.

Sociální pracovníci v projektech s duševně nemocnými nezapomínají ani na zaměstnání klientů a považují ho za důležité v rámci začlenění těchto jedinců do běžného života, avšak jsou si vědomi, že právě běžný život může psychická porucha ztížit. Snaží se tak klientům pomoci v hledání zaměstnání a provázet je touto cestou až do úplného osamostatnění.

5.18 Rozhovor č. 2

Druhý rozhovor probíhal ve Fokusu Praha. Tato organizace pracuje s lidmi s duševním onemocněním již přes 30 let. Zabývá se prací s rodinou, ale také podporou v zaměstnání. Rozhovor poskytla klíčová pracovnice Centra duševního zdraví pro Prahu 9, magistra Nela Beranová.

Tým podpory zaměstnávání je ve Fokusu velmi důležitý a od roku 2003 se snaží zaměstnávat lidi s duševním onemocněním na otevřeném trhu práce. Nejedná se tedy o chráněné místo či dílnu, ale rovnocenné pracovní pozice.

„To pracovní prostředí může být vlastně úplně běžný, ale jde spíš o vztah zaměstnace k zaměstnavateli a opačně. Je to vlastně na tý vztahový rodině a na tý podpurný síti v zaměstnání. Když se tomu člověku zhorší stav, tak aby věděl, co a jak může dělat a na koho se obrátit.“

Stejně jako Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, i ve Fokusu od roku 2018 využívají podporu IPS. V překladu Metoda individuálního umístění a podpora má za cíl najít duševně nemocnému jedinci na otevřeném trhu práce zaměstnání, které si nadále udrží. Metoda vychází z vnitřní motivace. To znamená, že u této metody je nejdůležitější iniciativa „chtít pracovat“ ze strany duševně nemocného. Tato metoda původně vznikla pro klienty s mentálním postižením, byla ale upravena pro konkrétní cílovou skupinu lidí s duševním onemocněním.

„Stačí, když ten člověk řekne, že opravdu chce pracovat. Že opravdu chce vykonávat nějakou práci, za kterou chce dostat peníze. To znamená, že vlastně opravdu ze sebe vydá nějaký maximum, který v sobě má a bude činit nějaký činnosti, který můžou být zaplacený.“

Opravdový zájem o práci je pro fungování metody IPS stěžejní. Dle Beranové si klienti mnohdy pletou zájem o zaměstnání s vyplněním volného času. Z vnitřní motivace pro práci totiž vyplývá i zlepšování se v kvalitaci.

„Takhle to vysvětluju proto, protože často člověk přijde, že chce pracovat, ale plete si to nebo z toho vyleze, že potřebuje náplň volného času a vlastně tam nemá nějakou vnitřní motivaci v tom, že by fakt chtěl pracovat. I nějakým způsobem postupovat v tý práci, třeba si zlepšovat kvalifikaci. I postupovat vejš a vejš, třeba se stát vedoucím někoho. To je ten rozdíl.“

Rodina bývá nápomocná v podpoře při hledání zaměstnání a následném výkonu práce. Důležité je najít klientovy silné stránky, na kterých se pak dále může rozvíjet a získat plnohodnotné zaměstnání.

Problematický je dle Beranové strach klientů informovat zaměstnavatele o duševním onemocnění. Mnohdy odmítají, aby zaměstnavatel tuto skutečnost věděl. Mnozí klienti se setkávají s celospolečenskou stigmatizací.

„Spíš se setkávají s tím, že když vlastně udělají ten coming out, tak se k nim zaměstnavatel začne chovat buď příliš jako pečujícím způsobem, což taky není dobrý, protože ten člověk s duševním onemocněním potom jakmile se vytvoří měkoučký pelíšek a péče, tak je to pro něj pohodlný a ten člověk tam nemá motůrek k tomu, aby to změnil a pak třeba už miň pracuje.“

Nevhodný přístup zaměstnavatele může vygradovat až k nepříjemnému rozpadu pracovních vztahů.

„Zaměstnavatel pak také sám neví, je z toho nešťastnej. Vzniká spousta nedorozumění a končí to nepříjemným odchodem z té práce.“

„No, a nebo si řeknou „Jé, člověk s duševním onemocněním. Pomoc! Všechny nás tu povraždí.“ To přeháním, ale ty média to tak podávají někdy. Ale prostě se hodně pracuje s tím stigmatem a s tím tabu. To tabu ti lidé v sobě mají, protože se setkávají obzvlášť v té práci, kde to je nejčastější.“

Vnímání vztahu zaměstnance a zaměstnavatele je pro duševně nemocné složitější, než pro člověka zdravého. Největší úskalí vidí Beranová právě v nedorozuměních. K nedorozuměním často dochází ze strany zaměstnance, který může mít v hlavě zmatek způsobený duševním onemocněním a věci si přebírá po svém. Ke stejnému problému dochází také v rodinách.

„Dochází k nedorozuměním, že ta komunikace je narušená tím, jak ten člověk má v hlavě galimatyáš, slyší každý druhý slovo...“

„Ta nemoc zasahuje nejvíc právě v té vztahové oblasti. To se týká i rodiny. A vzniká spousta maličkých nedorozumění, kterým ten člověk vůbec nerozumí, co se děje.“

Člověku s duševním onemocněním může trvat déle, než se zapracuje. S tím mu pomáhá pracovní konzultant. Fokus se zaměřuje i na stranu zaměstnavatele. Edukace zaměstnavatelů a firem probíhá destigmatizačním způsobem. Většinou se jedná o velké zahraniční korporace, které si vyžádají vzdělávací kurz.

„Aby si uvědomili, že se to může týkat každého z nás.“

Pokud se jedná o větší firmu, spolupráce začíná kontaktováním zaměstnance personálního oddělení, se kterým se Fokus baví o duševním onemocnění obecně. Dále se přechází ke komunikaci s manažery firmy. Pokud se jedná o menší firmu, Fokus přechází přímo k jednání s majitelem firmy.

V komunikaci mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem funguje ve Fokusu pracovní konzultant. Ten se může účastnit schůzek těchto dvou subjektů. Pracovní konzultant figuruje v tomto vztahu jako mediátor a ulehčuje oběma stranám komunikaci.

„Je to o domluvě. O tom, z čeho ten zaměstnavatel může trošičku slevit. Snižovat nároky, ale zároveň to nesmí být nízko. Jde o hledání puzzlíků.“

„Třeba jsme měli člověka, který potřeboval častější přestávky. Potřeboval se po hodině vyvětrat venku. V té práci byly ty píchačky – přišel jsem, odešel jsem. Tak to museli vědět i vrátní. A že když jde na přestávku ven, tak se nemusí odpírávat.“

Dle Beranové má IPS 69% úspěšnost a důležité není jenom práci nalézt, ale hlavně si ji udržet. Metoda podporovaného zaměstnání je 40%. Podporované zaměstnání je totiž postaveno na postupném učení a zkoušení si činností. To může zaměstnance demotivovat v práci zůstat.

„To podporované zaměstnávání je postavené na tom, že se nejdřív naučíte běžné pracovní návyky, ránní vstávání, vyplňování si dovolené.“

„Když člověk chodí do práce si pořád něco zkoušet, i když za to něco málo dostává, ale pořád je to jakoby zkouška, nějaký trénink. Tak tomu člověk nedá tolik, jako když už ví, že nastoupil, že o něj ten zaměstnavatel stojí. Pak tam ten člověk setrvá a bude se snažit v té práci zůstat.“

Metoda IPS fungující na principu vnitřní motivace a průběžném učení má tedy úspěch o 20% větší.

„Najdeme práci, kterou chcete a potom se dává ta podpora a potom se v průběhu člověk učí, tak to udržení tam je úspěšnější. Je to podobný princip jako Housing first.“

Zaměstnavatelé se při první komunikaci s Fokusem často duševního onemocnění zaleknou. Pracovníci Fokusu pak začnou pracovat na destigmatizační osvětě.

„Ze zaměstnavatele potom často vyjde najevo, že jeho děda byl třeba schizofrenik, a nebo, že sám bere antidepressiva.“

Při práci s rodinou se dle Beranové nejlépe osvědčuje metoda *otevřeného dialogu*. Tento skandinávský model při komunikaci v rodině pomáhá rozklíčovat rodinné trable. Každý člen rodiny problémy v rodině prožívá jinak a může dojít k oddálení.

„Vzniká taková bariéra a ty lidi nedokážou hledat zpátky cestu k sobě samýmu. Otevřený dialog je o tom, že jim poskytneme prostor setkat se. Může to být u nich doma, ale i v neutrálním prostředí. Pracuje se s emocema a s tady a teď. A když opadá bariéra, můžou se dostat k řešení problému. Vychází to trochu ze systematické rodinné terapie. Je to takový otvírák. Hlídá se, aby každý dostal svůj čas a prostor.“

5.19 Limity výzkumu

I přes širší věkovou škálu respondentů nebylo možné uskutečnit rozhovory s respondenty z různých krajů v České republice. Jedná se o vzorek převážně pražského prostředí a je pravděpodobné, že by výsledek výzkumu mohl být jiný, pokud by se jednalo o širší populaci napříč Českou republikou.

5.20 Závěr výzkumného šetření

Odpovědi respondentů ukázaly, jak malé je povědomí o problematice duševních onemocnění ke vztahu s okolím. Výzkumná otázka byla zodpovězena v širším rozsahu. Důležitou roli při jejím zodpovídání sehrály dva rozhovory s pracovníci dvou organizací pro pomoc duševně nemocným a podporu duševního zdraví.

Vliv depresí na sociální vztahy zaznamenalo všech devět respondentů. I přes to, že někteří neviděli ve své nemoci velká omezení, z jejich výpovědí vyplynulo, že největším problémem je neinformovanost ze strany rodiny a zaměstnavatelů. Za problematickou považovali respondenti komunikaci s blízkými, ale i se zaměstnavatelem.

Překvapující byla neznalost sociálních služeb. Respondenti nevěděli, co sociální služby jsou a jak fungují. Kromě jednoho z nich jim ani žádná služba nabídnuta nebyla. Při této otázce odpovídali všichni dotazovaná zmateně. Mnohdy zaměňovali tyto služby s psychiatrií, či psychologii.

Část respondentů mluvila o důležitosti osvěty, kterou zmiňovaly i obě pracovnice z Centra pro duševní zdraví a Fokusu. Z výzkumu vyplynulo, že stigmatizace duševních

onemocnění je stále velká, avšak iniciativa organizací pro duševní zdraví dává těmto jedincům naději na plnohodnotný život.

Oba rozhovory s pracovníci CDZ a Fokusu ukázaly, jak stěžejní je pro sociální život nemocného právě pomoc sociálních služeb. Sociální práce ve vztahu zaměstnanec a zaměstnavatel pomocí IPS metody se z hlediska obou rozhovorů osvědčila a její úspěšnost je zjevná.

6. Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala problematikou vlivu duševního onemocnění na sociální vztahy. Zaměřovala jsem se na tři oblasti: rodinu, partnerství a zaměstnání. V první části jsem vycházela z informací z odborné literatury, ale i ze dvou dokumentů, ve kterých vystupují kvalifikovaní odborníci. Ve druhé kapitole jsme popsala čtyři základní druhy depresí podle Praška.

Jedná se o velkou depresivní poruchu, dystýmií, bipolární afektivní poruchu a sezónní afektivní poruchu. Podrobněji je dále popisována bipolární afektivní porucha, která má více fází, a tak je důležité ji správně specifikovat a její fáze správně rozdělit.

Problematika přijetí duševní nemoci blízkého a následná pomoc ze strany rodiny je popsána v druhé kapitole. Ta začíná definicí rodiny a pokračuje vlivem depresí na rodinné vztahy.

Neméně důležité je informovanost o duševním onemocnění ze strany rodiny. Od komunikace v rámci rodinných vztahů se bakalářská práce dále posouvá k možnostem pomoci rodině. Třetí kapitola se zaměřuje nejen na partnerské vztahy, ale i na vztahy v zaměstnání.

Hlavním výzkumným cílem bylo zjistit, jaký vliv má depresivní onemocnění na běžný život jedince. Výzkum mapuje problematiku komunikace a špatné informovanosti nejen okolí duševně nemocných, ale i samotných respondentů.

Výpovědi respondentů nastínily možnosti řešení problémů v rámci rodinných, partnerských a pracovních vztahů. Z výzkumu vyplynulo, že problematika duševních onemocnění je v mnoha oblastech života nemocného stále tabu a ovlivňuje život jedince ve všech sférách běžného fungování.

Dodatkové rozhovory s dvěma pracovníci CDZ ukázaly pozitivní vývoj v sociální práci s rodinou a zaměstnavateli. Obě zaměstnankyně poukázovaly na metodu IPS, kterou považovaly za úspěšnou.

Při psaní této bakalářské práce jsem se do hlouběji ponořila do problematiky duševního zdraví ve vztahu k okolí. Práce přináší nejen poznatky pro možnost zlepšení života duševně nemocných osob, ale slouží také pro lepší pochopení ze strany zaměstnavatele, blízkých a sociální práce s duševně nemocnými.

7. Seznam použité literatury

ČEŠKOVÁ, Eva. In: Čes. a slov. Psychiat., 2007, No. 2, [online] Praha: Česká lékařská společnost J. E Purkyně. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/?vstup=ano>

DUNOVSKÝ, Jiří. Sociální pediatrie: vybrané kapitoly. Praha: Psyché (Grada), 1999., ISBN 80-7169-254-9

GIDDENS, Anthony. Sociologie. Praha: Argo, 1999., ISBN 8072031244

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. Psychologický slovník. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál, 2015., ISBN 978-80-262-0873-0

HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál, 2005., ISBN 80-7367-040-2

HERMAN, Erik. Ján, PRAŠKO, Pavel, DOUBEK, Jiří, HOVORKA. Bipolární porucha a její léčba. Praha: MAXDORF, 2004., ISBN 80-7345-051-8

HOSKOVCOVÁ, Simona, Psychosociální intervence. Praha: Nakladatelství Karolinum, 1. vydání, 2009., ISBN 978-80-246-1626-1

JANŮ, Luboš, Sylva RACKOVÁ. In: Med. Pro Praxi 2007; 1: 24–27, [online], Olomouc: Solen., ISSN 1803-5310, dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/01/06.pdf>

KNEZOVIC, Renata, Rebeka, RALBOVSKÁ. Komunikace pro pomáhající profese. Praha: Evropské vzdělávací centrum s.r.o., vydání 1, Praha, 2009., ISBN 978-80-87386-03-3

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak zvládat depresi. 3. aktualizované, rozšířené vydání. Grada Publishing, a. s., 2013., ISBN 978-80-247-8641-4

LÁTALOVÁ, Klára. Bipolární afektivní porucha. 1. vydání. Grada Publishing a.s., 2010., ISBN 978-80-247-3125

LÁTALOVÁ, Klára, Ján PRAŠKO, Radim KUBÍNEK, Erik HERMAN, Pavel DOUBEK. Psychiatr. pro Praxi 2009; 10 (5): 209–215 [online] Olomouc: Solen., ISSN 1803-5272 dostupné z: https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200905-0003_Smisena_epizoda_u_bipolarni_afektivni_poruchy_a_jeji_lecba.php >.

LIBIGEROVÁ, Eva. Dystymie - diagnostika a léčba. In: Psychiatr. pro Praxi; 2006; 2: 90–93, [online] Olomouc: Solen., ISSN 1803-5373, dostupné z: https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/02/10.pdf?fbclid=IwAR1pBOQRaiqBomPJiII2NaApt9iisG9R4E689zc75Sp9ErWA_bPqTqcJyc

MATOUŠEK, Oldřich. Slovník sociální práce. Vydání druhé. Praha: Portál, 2008., ISBN 978-80-7367-3680

MATOUŠEK, Oldřich a Hana PAZLAROVÁ. Podpora rodiny: manuál pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2014., ISBN 978-80-262-0697-2.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008., ISBN 978-80-247-2138-5.

Maniodepresivní psychóza [dokumentární film] Režie a scénář Slobodanka RADUN. Česká republika, 2002. Dostupné z: <https://www.ceskatelevize.cz/porady/1095946610-diagnoza/37-maniodepresivni-psychoza/>

NOVOTNÁ, Kateřina, Iva KYSELÁ. Moje děti, tvoje děti, naše šťastná rodina. Praha: Grada, 2019., ISBN 978-80-247-2891-9.

Odborový portál pro BOZP, 2005 [online]. Praha: Deprese, skrytá nemoc na pracovišti, Dostupné z: <https://www.bozpinfo.cz/deprese-skryta-nemoc-na-pracovisti#:~:text=Nemocn%C3%AD%20d%C4%9Bln%C3%ADci%20maj%C3%AD%20%C4%8Dastou%20pracovn%C3%AD,mohou%20upadnout%20do%20z%C3%A1va%C5%BE n%C4%9Bj%C5%A1%C3%AD%20deprese.>

PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče. Praha: Triton, 2009., ISBN 978-80-7387-253-3.

PRAŠKO, Ján. Co je to deprese a jak se léčí: příručka pro pacienty. Vyd. 2. Praha: Triton, 2007., ISBN 978-80-7387-065-2.

PRAŠKO, Jan, Martin BRUNOVSKÝ, Lucie ZÁVĚŠICKÁ, Pavel DOUBEK. Psychiatr. pro Praxi 2009; 2008; 9 (2): 72–76 [online] Olomouc: Solen., ISSN 1803-5272, Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/02/04.pdf>

PRAŠKO, Ján, Erik HERMAN, Jiří HOVORKA. Psychiatr. pro Praxi, 2002; 6: 265-270, [online] Olomouc: Solen., ISSN 1803-5272, Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2002/06/05.pdf>

PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. Rádcí pro zdraví., ISBN 978-80-262-0859-4.

PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly. Praha: Portál, 2014., ISBN 978-80-262-0731-3.

RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. Psychiatrie: minimum pro praxi. 5. vyd. Praha: Triton, 2012., ISBN 978-80-7387-582-4.

Rodina a já, Žiju s depresí [Dokumentární film], scénář Marie KOMÁRKOVÁ, Česká republika, 2010, Dostupné z: <https://www.ceskatelevize.cz/porady/1128654162-rodina-a-ja/210572230640006-ziju-s-depresi/>

Sebevraždy, Český statistický úřad, dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/sebevrazdy_zaj

STEPHEN J. LURIE, M.D., PH.D., BARBARA GAWINSKI, PH.D., DEBORAH PIERCE, M.D., M.P.H., and SALLY J. ROUSSEAU, M.S.W., University of Rochester School of Medicine and Dentistry, Rochester, New York. Am Fam Physician. 2006 Nov 1;74(9):1521-1524., Dostupné z: <https://www.aafp.org/afp/2006/1101/p1521.html>

ÚZIS ČR. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů [online]. Dostupné z: <https://old.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

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

Záhady duše [dokumentární film], režie Marie RYCHLÍKOVÁ, Česká republika, 2011. Dostupné z: <https://www.ceskatelevize.cz/porady/10214731958-zahady-duse/>

Příloha: Struktura rozhovorů s respondenty:

Příloha: Struktura rozhovorů s respondenty:

Příloha: Struktura rozhovorů s respondenty:

Příloha: Struktura rozhovorů s respondenty:

8. Příloha: Struktura rozhovoru s respondenty

- 1) Kolik Vám je let?
- 2) Jste studentkou/studentem, nebo pracujete? Jaké je Vaše povolání?
- 3) Jaký je Váš rodinný stav? Bydlíte sama/sám?
- 4) Kdy u Vás nemoc propukla?
- 5) Byla u Vás nemoc diagnostikována správně a včas, nebo jste se potýkal/a se špatnou diagnózou, nebo vleklým hledáním příčiny psychické nepohody?
- 6) Jak ovlivnila nemoc vaše rodinné vztahy?
- 7) Pokud máte partnera, jaký vliv mělo vaše onemocnění na partnerský vztah?
- 8) Byla Vám nabídnuta možnost nějaké sociální služby? Jaká?
- 9) Jak ovlivnilo Vaše onemocnění Vaše povolání a Vaši práci, nebo školu?
- 10) Ví váš zaměstnavatel o Vašem onemocnění? Pokud ano, jak reagoval?

- 11) Byla nějaká situace, kdy jste si připadal/a diskriminován/a kvůli svému onemocnění?
Byl/a jste někdy terčem posměchu, narážek v zaměstnání (ve škole, ve společnosti atd.)
- 12) Co podle Vás v psychosociálních službách chybí?
- 13) Myslíte si, že má rodina dostatek informací o psychickém onemocnění a o přístupech k psychicky nemocnému?
- 14) Myslíte si, že jsou zaměstnavatelé a kolegové dobře informováni o přístupech k psychicky nemocnému? Co by se dalo změnit?
- 15) Co by se dalo změnit v přístupech k lidem s duševním onemocněním v sociálních vztazích?
- 16) Jak by měla být společnost o této problematice informovaná?
- 17) Je něco, na co jsem se zapomněla zeptat? Co byste chtěl/a ještě dodat?