

Vliv bipolární afektivní poruchy na funkce rodiny

Kamila Botková

Bakalářská práce
2021



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Kamila Botková
Osobní číslo:	H18062
Studijní program:	B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor:	Sociální pedagogika
Forma studia:	Prezenční
Téma práce:	Vliv bipolární afektivní poruchy na funkce rodiny

Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti rodinného prostředí, bipolární poruchy a deprese.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvalitativního výzkumu formou rozhovoru.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **Tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- GILBERT, Guy, 2018. Rodina: poklad naší doby. Přeložil Jaroslava FEJKOVÁ. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1330-7.
LÁTALOVÁ, Klára, 2010. Bipolární afektivní porucha. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3125-4.
MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ, 2008. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.
ŠVARČÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2014. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
VESELÁ, Renata, 2005. Rodina a rodinné právo: historie, současnost a perspektivy. 2. vyd. Praha: Eurolex Bohemia. ISBN 80-86432-93-9.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Lucie Blašítková, Ph.D.**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **27. ledna 2021**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2021**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



doc. Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

Ve Zlíně dne 27. ledna 2021

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 1.4.2020

¹⁾ Zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování vědeckých prací

²⁾ Vysoká škola nepřijímá k zveřejnění disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlášení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výtisky, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vádného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybnějšího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 má účinnost od 1. 1. 2000.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo učit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělků jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k větší výdělků dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce pojednává o vlivu duševní poruchy zvané bipolární afektivní porucha na funkce rodiny. Teoretická část obsahuje dvě stěžejní kapitoly, které vychází z názvu bakalářské práce – rodina a duševní onemocnění. Praktická část se zabývá kvalitativním výzkumem, kdy bylo cílem zjistit, jak byly ovlivněny funkce rodiny onemocněním jejího člena bipolární afektivní poruchou. Na tuto problematiku je využit polo-strukturovaný rozhovor s respondentkami, které trpí bipolární afektivní poruchou. Provedeným výzkumem za pomoci otevřeného kódování bylo zjištěno, že samotná porucha ovlivňuje rodinu ve všech jejích funkcích, avšak v momentě správné léčby je tento vliv eliminován na minimum. Nicméně přidružené duševní či jiné zdravotní komplikace eliminaci značně komplikuje. Na základě tohoto šetření je navrženo efektivní řešení, jak s onemocněním bojovat společně jako rodina. Doporučení pro praxi se mohou lišit v souvislosti trvalého pobytu respondentek, komplexně ale v doporučení nalezneme pro každou respondentku vhodné možnosti.

Klíčová slova: rodina, funkce rodiny, rodinné terapie, bipolární afektivní porucha, mánie, deprese, duševní onemocnění.

ABSTRACT

This bachelor thesis focuses on mental disease called bipolar affective disorder (BAD) and examines its impact to family function. Theoretical part of the work consists of two main chapters where the impact of the bipolar affective disorder to family function is studied. Practical part of the thesis focuses on a quantitative research. The research goal was to define how the family function is affected by the family member with such a disease. This problematic is covered by semi-structured interview with respondents diagnosed by BAD. Conclusion of the research (confirmed by verified encoding) shows that the bipolar affective disorder affects the family function in all aspects. When proper treatment is applied the final influence can be reduced to minimum. Unfortunately accompanying mental or health diseases greatly complicate the final elimination. Based on the conclusion, the effective solution is outlined. Recommendations for the practice may vary depending on the respondent's permanent residence and other factors but the most suitable option can be found for each case.

Keywords: family, family function, family therapy, bipolar affective disorder (BAD), mania, depression, mental disorder.

Tímto bych chtěla poděkovat své vedoucí práce Mgr. Lucii Blašíkové, Ph.D. za její vstřícné jednání, pozitivní přístup a cenné rady nejen v průběhu psaní práce, ale také v průběhu studia. Dále děkuji všem respondentkám, které se na práci podílely, za jejich čas, důvěru a ochotu v této nelehké době. A v neposlední řadě děkuji své matce, díky které bych neměla možnost studovat vysokou školu a být tím, kým jsem teď.

„Chcete-li s někým účinně jednat, ovlivnit někoho, musíte mu nejprve porozumět.“

Stephen Covey

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 RODINA.....	12
1.1 PROSTŘEDÍ RODINY	12
1.2 FUNKCE RODINY.....	14
1.3 PORUCHY RODINNÝCH FUNKCÍ.....	15
1.4 RODINA A DUŠEVNÍ NEMOC	17
2 BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHA	19
2.1 EPIZODY.....	21
2.2 LÉČBA.....	24
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	27
3 DESIGN VÝZKUMU.....	28
3.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	28
3.2 CÍLE A OTÁZKY VÝZKUMU	28
3.3 VÝBĚR VÝZKUMNÉHO SOUBORU	29
3.4 VÝZKUMNÁ TECHNIKA	31
3.5 METODA SBĚRU DAT	31
4 ANALÝZA DAT.....	34
4.1 PŘÍBĚH TEREZY.....	34
4.2 PŘÍBĚH KATEŘINY.....	35
4.3 PŘÍBĚH HANY.....	36
4.4 PŘÍBĚH SABINY	37
4.5 KATEGORIE VLIVU FUNKCÍ.....	38
5 INTERPRETACE DAT.....	44
6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	47
ZÁVĚR	48
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	49
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	51
SEZNAM OBRÁZKŮ	52
SEZNAM TABULEK.....	53
SEZNAM PŘÍLOH.....	54

ÚVOD

V bakalářské práci jsem se rozhodla pro téma vlivu bipolární afektivní poruchy na funkce rodiny. K výběru tématu mě inspirovala rodinná přítelkyně, která se s bipolární afektivní poruchou potýká již několik let a díky tomuto onemocnění a dalším přidruženým chorobám, které ji ve velké měřítku ovlivnily pochopitelně duševní rovnováhu a především její rodinné funkce, manželství, výchovu dvou synů a společenský život.

Hlavním cílem je zjistit, zda tato porucha jakkoli ovlivňuje fungování rodiny s členem trpícím bipolární afektivní poruchou. Dílčími cíli je vliv poruchy na samostatné funkce. Ve výzkumu jsem se také zaměřila na důvod, proč a za jakých podmínek u respondentek bipolární afektivní porucha propukla.

Respondenty jsem se snažila najít v pomoci psychiatrických zařízení, nízkoprahových center či terapeutických center, ale kvůli GDPR mi pracovníci těchto zařízení nesměli poskytnout jakékoli informace, proto jsem se rozhodla využít možností sociálních zařízení jako je Facebook a Instagram, kde jsem kontaktovala různé osoby, které se ve svých příspěvcích zmiňovali o svých psychických potížích. Oslovila jsem přes dvacet potenciálních respondentů, kdy mi valná většina odmítla spolupráci, nebo se neshodovali po krátké anamnéze s podmínkami pro tento výzkum.

Práce je rozdělena na dvě části. První část je teoretická, kde se zabývám pojmem rodina, jejími druhy a funkcemi, manželstvím, rodinným prostředím a také problematikou rodiny s členem, který trpí duševním onemocněním. Těmto pojmům se věnuji z důvodu, protože mohou odhalit, z jakého důvodu propukla u člena rodiny bipolární afektivní porucha. V další podkapitole představím možnosti rodinných či jiných terapií, které se pro léčbu duševních onemocnění využívají. Nadále v druhé části objasňuji duševní onemocnění a to zejména bipolární afektivní poruchu, typy této nemoci a způsoby, jakými se může nemoc vyvíjet. Na závěr teoretické části se zaměřím i na duševní onemocnění, které může být přidruženo k této poruše, či z kterých může bipolární afektivní porucha vzejít.

V praktické části bakalářské práce budu pomocí polo-strukturovaných rozhovorů u respondentek trpící bipolární afektivní poruchou zjišťovat, jakým způsobem ovlivňuje toto onemocnění celkové fungování rodiny, za jakých okolností nemoc vznikla a proč se rozhodli začít s léčebným procesem. Rozhovor budu realizovat při osobním setkání, či s pomocí sociálních sítí a možností videohovorů, kdy si rozhovory se souhlasem respondentek budu nahrávat na diktafon a poté pomocí otevřeného kódování provádět analýzu získaných dat.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 RODINA

Kapitola se zaměřuje na termín rodiny a její formy, její funkce dle Blahoslava Krause a především na problematiku těchto funkcí, možné ohrožení fungování rodiny jako celku a v neposlední řadě popisuje rodinu s duševně nemocným členem.

„Rodina zajišťuje mnoho činností – zabezpečuje své členy hmotně, pečuje o zdraví, výživu a kulturní návyky svých členů, vytváří specifické socializační a výchovné prostředí pro děti, předává jim kulturní dědictví, vštěpuje jim morální postoje, ovlivňuje je, usměrňuje, chrání a podporuje. Rodina plní určité role i ve vztahu ke společnosti – je to především reprodukce obyvatelstva, a to jak reprodukce biologická, tak i kulturní.“ (Poláčková et al, 2011, s. 79)

Každý z nás si pod definicí pojmu rodina představí něco jiného. Stejně tak každý z nás odchází od rodiny, vstříc vlastní budoucnosti, s jinými znalostmi a jinými návyky. Můžeme se také setkat s faktem, že někteří z nás považují za samozřejmost něco jiného, než považujeme my sami. Podstata tohoto pojmu v dnešní společnosti se velmi liší od dob minulých, zůstává pouze otázka, zda je to špatně či nikoliv. Avšak pod tímto pojmem si většina představí rodinu složenou z manželského heterosexuálního páru, který s přibývajícím věkem svou rodinu rozšiřuje o přibývajícím potomstvo a také je považována za základní společenskou jednotku, kdy může vykazovat malé rozdíly v příbuzenstvu. (Langmaier, Krejčířová, 2006, s. 183)

„Nejdůležitější skupina a instituce, která je základním článkem sociální struktury i základní ekonomickou jednotkou a jejími hlavními funkcemi je reprodukce trvání lidského biologického druhu a výchova, respektive socializace potomstva, ale i přenos kulturních vzorců a zachování kontinuity kulturního vývoje.“, jak popisuje Petrusek et al (1996, heslo rodina, s. 1154) ve velkém sociologickém slovníku.

1.1 Prostředí rodiny

Mezi charakteristické znaky současné rodiny patří složitá a dlouhodobá demokratizace, její členové se často dostávají do jisté izolovanosti a přibývá ve velkém měřítku dezintegrace, kdy se rodina stále méně střetává pohromadě z důvodu sdělení si svých zážitků a potřebou promluvit si o strastech a radostech každodenního života. (Kraus, 2008, s. 84) Za tento nový styl života se připisuje značné časové zaneprázdnění a zatížení rodičů pracovními povinnostmi. Takže můžeme ve velkém měřítku pozorovat atomizaci života v rodině, která je chápána tak, že dítě je díky zaneprázdněnosti rodičů odkázáno samo na sebe a nezbyvá

mu nic jiného než radit si s každodenními úkony po svém. Pro lepší představivost Sobotková (2007, s. 154) představila několik statistik o tomto trendu 20. a 21. století, odkládat mateřství do období, kdy je matka ve středním věku. „... v šedesátých letech průměrný věk při narození prvního dítěte byl 24 let. V devadesátých letech je to u vdancých již 29,1 roku a 10% připadá na matky starší 35 let.“ Mezi nejčastější odložení mateřství se dokládá studium žen na vysokých školách, kdy díky vyššímu věku mají ženy méně potomků, než tomu bylo v minulosti, často tyto ženy zůstávají díky vyššímu věku dobrovolně bezdětné, jedná se zde o 19%, kdy u žen s nižším vzděláním jde pouze o 5%. Mezi důvody odkládání mateřství tedy řadíme kariérní růst matky, finanční znevýhodnění, omezení osobní svobody ve smyslu 24 hodinové péče o dítě a dopad na manželský vztah a volnost v něm, kdy se uvádí, že narození prvního dítěte má převážně negativní vliv na emociální stav páru, kdy je žena více labilní a ztrácí sexuální apetit z důvodů psychické i fyzické vyčerpanosti. (Sobotková, 2007, s. 157) A v neposlední řadě je nutno podotknout zvýšený počet osob žijících v pouze jednočlenné domácnosti a díky větší rozvodovosti také počet osamělých žen starajících se o své děti, tzv.: matek samoživitelek. (Kraus, 2008, s. 85)

Rodičovství samozřejmě není jen o stresu a psychické a finanční nerovnosti, přináší také mnoho přínosů, které ve své knize představila Sobotková (2007, s. 158) do pěti kapitol. Rozvoj vztahů, kdy nám zplození dítěte přináší do vztahu zcela nový a radostný náboj a dodává novou dimenzi ve vztahu k partnerovi, kdy se tomu rozumí tak, že žena vidí svého muže v nové roli – jako otce. Naopak muž vidí svou ženu v roli matky. Rodičovství otevírá nový směr i v naplňování nových přátelství a celkové socializaci do skupiny s dalšími rodinami, které mají také malé děti (většinou zhruba ve stejném věku).

Kraus (2008, s. 80) rodinné prostředí rozdělil na **nukleární rodinu**, kde je tvořena pouze dětmi a rodiči. Pokud nukleární rodinu obohatíme o rodinné příbuzenstvo, mluvíme již o **rodině rozšířené** neboli velké. Dále rozdělujeme rodinu podle doby, kdy v ní setrváváme. Pokud se jedná o rodinu, do které se daný člen narodil, jde o **rodinu orientační**. Ale v momentě, kdy se mluvíme o rodině, do které se člen přiženil/přivdal či jej sám zakládá, mluvíme o **rodině prokreační**.

„Z hlediska průběhu socializace má zásadní význam, do jaké míry se daří rodině vypořádat s funkcemi, které má plnit. Hovoříme proto o rodině **funkční** (všechny své funkce plní přiměřeně), **dysfunkční** (některé funkce nejsou plněny dostatečně, celkový život rodiny není zásadně ohrožen) a **afunkční** (rodina nezvládá své základní funkce)“ (Kraus, 2008, s. 80)

1.2 Funkce rodiny

Jedním ze základních funkcí rodiny je zajišťování určitých základních funkcí s ohledem na členy domácnosti a jejich potřebami. Základní funkce dělí Langmaier a Krejčířiková (2006, s. 183) na reprodukční, hospodářskou, emocionální a socializační funkci. Toto rozdělení se v globálu od jiných autorů moc neliší, ale můžeme se setkat s rozdílným pojmenováním Krause (2008, s. 81), kdy je rozděluje takto:

a) Biologickoreprodukční funkce

Základní jednotkou pořád zůstává rodina a její reprodukce, čili plození nové a nové generace. Ale přesto, že se podstata této funkce nikterak nezměnila, současným trendem zůstává, že je dítě spíše překážkou v kariérním růstu a celkové potřebě seberozvoje každého jedince. Převážně proto pozorujeme v posledních několika letech úbytek dětí a stále ve více a více rodinách se vyskytují pouze jedináčci, nebo žije manželský pár bez jakéhokoliv budoucího cíle zplodit dítě. Ženy v dnešní společnosti rodí děti v pozdějším věku, než bylo dříve zvykem a i díky většímu věku se vyskytují větší procenta problémových a rizikových těhotenství. (Kraus, 2008, s. 81)

b) Emocionální funkce

Do této funkce spadá převážně emoční stav člena rodiny, který je široce ovlivňován postoji ostatních členů rodiny, tedy rodina poskytuje jakési emoční uspokojení, u kterého nesmíme zapomínat na relaxaci, rekreaci a zábavu. Do aktivit tohoto typu by se měli začleňovat všichni členové domácnosti. „*Jak rodina plní tuto funkci, se projeví například v tom, do jaké míry tráví všichni členové rodiny pohromadě svůj volný čas, jakým zájmovým činnostem se věnují, jakým způsobem tráví dovolené apod.*“ (Kraus, 2008, s. 81)

c) Socializačně-výchovná funkce

Rodina své děti vede k sociálnímu životu a uvádí je již od raného dětství do lidské společnosti, kde se učí základním způsobům společenského chování a také se zde učí kulturním zvyklostem a tradicím dané společnosti. (Langmaier, Krejčířiková, 2006, s. 183) Rodina je také první skupinou, kde se dítě učí přizpůsobovat životu a společnosti, kdy primárním úkolem této funkce je připravit děti a mladistvé na „odlet z hnízda a postavení se na vlastní nohy“, kdy se zde myslí vstup do praktického života. (Kraus, 2008, s. 82)

d) Sociálně-ekonomická funkce

Každá rodina má povinnost poskytovat dítěti finanční zabezpečení a také předávat naučené zvyky ohledně hospodaření a vedení domácnosti, kdy tyto zvyky se mohou v různých společnostech dosti lišit. „*Rodina je chápána jako významný prvek v rozvoji ekonomického systému společnosti.*“ V této funkci jsou rodiče povinni zajišťovat životní potřeby od biologických přes hygienické až k zdravotním a nejen u dětí, ale všech členů rodiny. Od roku 1990 je rodina opět více pověřována v této funkci než tomu bylo v minulosti, tudíž je rodič povinen obstarat dítěti možnosti důchodového a nemocenského pojištění, povinné preventivní prohlídky, očkování apod. (Kraus, 2008, s. 82) Funkce od sebe nemůžeme oddělit jednu od druhé, jejich správné fungování závisí na sobě a jejich prolínání na sobě souvisí a díky správné struktuře každé z nich vzniká funkční rodina. Pokud dojde k poškození jen jedné z nich, nastává problém a rodina se může stát disfunkční.

1.3 Poruchy rodinných funkcí

Pokud rodina nespĺňuje buď jednu s funkcí nebo jen nedokonale plní její funkce, mluvíme o rodině problémové nebo dysfunkční, kdy tyto definice nemusí být vždy jednotné, jak tvrdí Lamgmaier a Krejčířová (2006, s. 184). Nároky a požadavky na rodinu v dnešní společnosti stále vzrůstají. Důsledkem je, že své funkce plní jen nedostatečně. Na druhé straně současná rodina posílila význam rodiny jako útočiště před veřejným světem, rodinné prostředí se více než dříve stává protiváhou veřejného prostoru. Zejména v sociálně slabém prostředí rodina často vystupuje jako jediný opěrný bod, kam se její členové, především děti, mohou uchýlit. Je tedy stále nenahraditelnou institucí. „*Nároky a požadavky na rodinu v dnešní rozpadající se industriální společnosti stále vzrůstají. Důsledkem je, že své funkce plní jen nedostatečně.*“ (Kraus, 2008, s. 81)

„*Příčin poruch rodiny se zřetelem k dítěti je velké množství a jsou nejrůznějšího charakteru. Pramení z chyb v jednotlivých člancích systému jednotlivců – rodina – společnost a v jejich vzájemné interakci. Důsledky se pak promítají do všech složek tohoto systému. Poruchy mohou být vázány na jednu, několik či všechny čtyři základní funkce rodiny.*“ (Dunovský, 1986, s. 13)

Dunovský (1986, s. 13-17) popisuje poruchy funkcí takto:

Porucha biologickoreprodukční funkce přichází v momentě, kdy se v rodině z nějakých důvodů děti nerodí nebo se děti rodí s nějakými fyzickými, psychickými či duševními

nedostatky. Mezi nejhlavnější příčinu této poruchy autor udává nezodpovědné rození dětí do velmi nepříznivých podmínek, nebo se může jednat o rodiče, jejichž zdravotní stav z nějakého důvodu není způsobilý a neumožňuje tuto funkci zastávat. Může jednat o manželský pár, který nemůže nebo nechce mít děti například díky prioritám vedoucím ke kariéernímu nikoliv rodinnému životu. Tato funkce je v přímém vztahu s funkcí sociálně-ekonomickou, tedy jejím standardu, který se snižuje počtem přibývajících nově narozených dětí. Další důležitý faktor poruchy této funkce je chvíle, kdy se děti rodí postiženy, kdy přináší do rodiny řadu vážných problémů společně s narušením fungování rodiny jako celku. **Porucha emocionální funkce** je velmi významnou poruchou mezi všemi a proto jakákoliv sebemenší porucha ovlivňuje všechny ostatní funkce. Mezitím, co náročnost na emocionální stránku v rodině stoupá, spousta procesů a vlivů plynoucích ze změn v rodině i společnosti brání celkovému rozvoji všech hodnot týkající se této funkce. Poruchy emocionálního fungování jsou nepopíratelně zdrojem velké většiny rodinných problémů a poruch. Pro jejich bližší pochopení je nutno spolupracovat s psychology a psychiatry. K ohrožení této funkce také dochází ve chvíli, kdy se rodiče přestanou starat o vyrovnanou a spořádanou rodinnou atmosférou a dochází zde k rozchodu či rozvodu rodičů, nedostatečnému zájmu rodičů nebo ke konečnému sociálnímu osíření ba dokonce týrání a zneužívání dítěte.

Porucha socializačně-výchovná funkce se ve vztahu k dítěti jeví jako nejdůležitější. V péči o dítě a zájmu o něj Dunovský vytvořil tabulku základního dělení poruch této funkce:

- **Rodiče se nemohou starat o dítě**, která pojednává o možných důvodech, jako jsou války, přírodní katastrofy či uměle znečištěné prostředí, hladomor a epidemie a v neposlední řadě nezaměstnanost. Může se zde také projevit problém velkého počtu dětí s nemožností kvalitně se o ně postarat.
- **Rodiče se nedovedou starat o dítě** především z důvodu nedostatku v rodinném systému a v rodičích samotných. Jde tedy o momenty, kdy rodič není schopen zabezpečit svoje dítě natolik, aby dosáhlo přiměřenému vývoji a uspokojilo své základní životní potřeby. Dalším důvodem může být nevyzrálost a nízký věk rodičů, kteří nejsou schopni vypořádat se s každodenními povinnostmi k dítěti a jeho výchově. *"Zvláštním problémem vázaným k posledním dvěma situacím je porušená struktura a stabilita rodiny z nejrůznějších příčin a nejrůznějšího charakteru."*
- **Rodiče se nechtějí starat o dítě**, tato poslední kategorie poruch pojednává o situacích, kdy se rodič či oba rodiče o dítě nechtějí starat díky poruchám osobnosti ať pro jejich maladaptaci, disharmonii a různých psychicky patologických jevů, které

jim zabraňují plnit jejich rodičovské role v plné míře, která je od nich dětmi očekávaná.

Porucha sociálně-ekonomická funkce pramení z důvodu, že se jeden či oba rodiče nechtějí nebo z nějakého důvodu nemohou zapojit do pracovního procesu a tím pádem nemohou zabezpečit svoji rodinu ani sebe potřebnými prostředky k životu, jako jsou například pravidelná zdravá strava nebo kvalitní bydlení. V této funkci je nejzřetelnější vidina závislosti rodiny a jejích život na společenském systému. Toto selhání se u nás projevuje zřídka a je převážně podmíněno patologickými rysy osobnosti, jako jsou například mentální retardace rodičů, alkoholismus, příživnictví či psychická anomálie. Zvláštní skupinu tvoří rodina, kde se vyskytuje větší množství dětí a kde se nachází velmi nízký příjem na každého jednoho člena rodiny. *„Neschopnost rodičů zabezpečovat ekonomickou funkci rodiny, způsobovaná nemocí, invaliditou či stářím, je řešena v rámci soustavy sociálního zabezpečení, která je v socialistické společnosti na velmi vysoké úrovni.“*

1.4 Rodina a duševní nemoc

Dle Matouška (2003, s. 120) je převážná většina psychických onemocnění nejasná, víme pouze to, že na vzniku těchto chorob se podílejí i dědičné predispozice a vlivné je i prostředí, kde nemocný člen žije. Pokud se jedná již o dospělého člena rodiny a ne vychovávané dítě, může mít význam na toto onemocnění i rodina, do níž se pacient narodil a kde vyrůstal. *„Má-li být rodina stabilní, je nutné, aby její členové byli psychicky v pořádku“*, proto platí pravidlo, že je stabilní rodina základem pro duševní zdraví všech členů. Ve 20. století se hledaly způsoby, jak ovlivnit duševní nemoci různými psychologickými přístupy a prostředky. Teorie se začaly promítat do praxe a v padesátých letech psychologové začali psát a vydávat literaturu, jejichž smyslem bylo psychiatrii uvést jako komunikační teorii, kdy ve středu pozornosti byla převážně schizofrenie. *„Systémový výzkum rodinné interakce, jehož ortodoxní jádro začalo v nedávné době nazývat svůj přístup systematickým, přinesl mnoho plodných pojmů, umožňujících nově popisovat a pochopit, co se děje v rodinách s psychicky nemocnými.“* Pokud se v rodině komunikuje nenormálním způsobem, může to znamenat přítomnost nenormálního člena a to i v případě, kdy je v rámci výzkumného projektu psychicky nemocný člen zaměněn za zdravou osobu. Tyto zaběhnuté normy působení jedince nebo skupiny na jiného člena rodiny mají vysokou přetrvávající hodnotu. Oproti těmto případům, se mohou nacházet prvky nenormální komunikace i v rodinách, kde

se nevyskytuje nemocný člen. Když se vrátíme k jedinci s duševní poruchou, v moment kdy tato nemoc propukne ve velkém, je typická reakce rodiny takzvaná dvoufázová nálepková reakce, kdy v prvotní fázi rodina znásobí svůj kontakt s postiženým a snaží se všemi různými prostředky nemocnému pomoci a zvrátit příznaky nemoci neboli „normalizovat“ jeho chování. Jestliže se toto nepovede nebo pokud nemocný svým chováním výrazně ohrožuje standartní funkce a hodnoty rodiny, rodina s ním naopak začne kontakt minimalizovat, popřípadě jej svěří do péče odborníkům nebo jej převezou do psychiatrické léčebny. Provedený výzkum prokázal, že je pro nemocného i jeho rodinu příznivější, když se považuje vznik poruchy jako následek zvenčí působících faktorů, kam můžeme zařadit ztrátu milované osoby, neřešitelné konflikty či pracovní přetížení, které vedlo k úplnému syndromu vyhoření. V tomto případě rodina stále neztratila zájem o kontakt s nemocným, naopak se velmi ochotně snaží člena podpořit a pomoci vyřešit psychické potíže. Pokud dojde k tomu, že si rodina začne uvědomovat propuknutí pacientova stavu kvůli výrazu vnitřních procesů probíhajících v jeho hlavě, bez návaznosti na situaci, ve které se vyskytuje, popřípadě jako důsledek jeho povahových vlastností, pak dojde k tomu, že je rodinou odmítán a rodina nadále nemá zájem o jeho léčbu psychického stavu, což v této návaznosti opravdu ovlivňuje naději na uzdravení člena rodiny. Tyto reakce rodiny nemají na psychické onemocnění ani typ poruchy, která člena postihla žádný vliv – pouze na možnosti uzdravení či případné rekonvalescence.

V kapitole se rozvíjel termín rodiny a jejím fungováním, díky čemuž jsme se dostali hlouběji do problematiky týkající se tématu práce, která pojednává o vlivu bipolární afektivní poruchy na funkce rodiny. Další kapitola rozebere bipolární afektivní poruchu do hloubky a zaměří se také na její léčbu, která přispívá k správnému fungování rodiny a celkové psychické pohody všech jejích členů.

2 BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHA

Kapitola pojednává o pojmu bipolární afektivní porucha a jejím rozdělení na dva typy – bipolární afektivní porucha I a bipolární afektivní porucha II. Dále se zmiňuje o epizodách provádějících toto onemocnění, možné remisi a jejím způsobu léčby. V závěru kapitola upřesňuje vybranou léčbu.

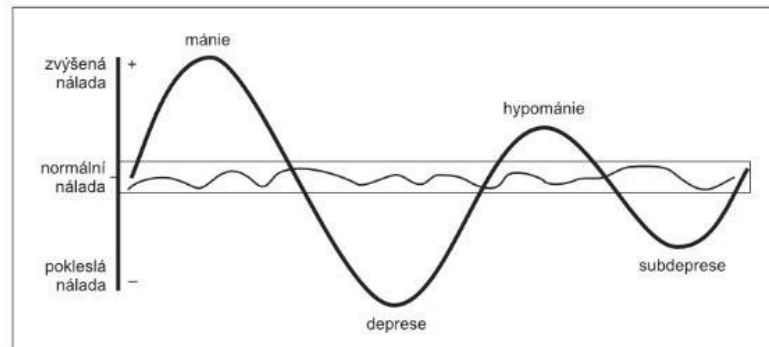
„Problém začíná tam, kde se úzkost či strach objevují příliš často, trvají příliš dlouho a jejich intenzita je vzhledem k situaci, která je spustila, příliš velká nebo se objevují v nepřiměřených situacích. V těchto případech zpravidla negativně zasahují do života jedince.“ (Praško, 2005, s. 11)

Bipolární afektivní porucha byla v minulosti také dosti vystihujícím názvem, který můžeme zaslechnout nebo objevit i v nynější literatuře – maniodepresivní porucha neboli psychóza. Jak již zmiňuje Novák (2016, s. 247) technicky jde o jakési střídání mánie a deprese. V mánické chvíli může jít také o hypománii a v opačném případě nalezneme depresi, která se v mírnější formě nazývá subdeprese. Toto opakování nemusí být vždy shodné, ba naopak může dojít třeba k jedné mánické epizodě ku třem i čtyřem depresivním a příště zase jedna ku jedné. Látalová (2010, s. 14) tuto chorobu charakterizuje stejně tak jak pro ženy, tak i pro muže. Pokud se ptáme na širší spektrum onemocnění. Do tohoto spektra tedy řadíme poruchy, které nesplňují podmínky „velkých a čistých“ epizod i přes to, že se jedná o – na první pohled – abnormální výkyvy nálad. Patří do nich tzv.: hypománie, hyperhymní osobnost, subdeprese a smíšené stavy. Díky těmto obohacím se bipolární afektivní porucha rozděluje na dva typy – bipolární afektivní poruchu prvního typu (BAP I) a bipolární afektivní poruchu druhého typu (BAP II), toto rozdělení je vedeno v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch (DSM.IV), nikoliv v mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN.10).

Porucha	Manické a smíšené epizody	Hypomanické epizody	Depresivní epizody
Bipolární porucha I	Přítomnost je podmínkou	Přítomnost je možná	Přítomnost je možná
Bipolární porucha II	Nevyskytuje se	Přítomnost je podmínkou	Přítomnost je podmínkou

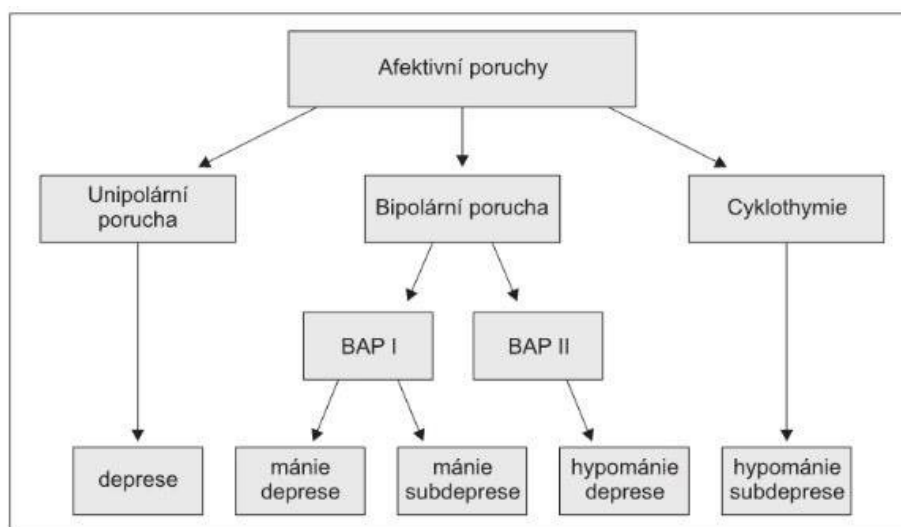
Obrázek 1: Poruchy bipolárního spektra dle DMS.IV (Látalová, 2010, s. 14)

Podle Látalové se tato porucha vyjadřuje zejména střídáním manických a depresivních epizod, kdy se mohou tyto episody také prolínat nebo rychle střídát a dochází k tzv. epizodě smíšené. Čas od času se tato porucha přirovnává životu na houpačce. Dříve se také o tomto onemocnění mínilo, že je poměrně vzácné dobrou prognózou, pro které bylo velmi charakteristické časté střídání dobrých a špatných nálad neboli manických a depresivních epizod. (Látalová, 2010, s. 13)



Obrázek 2: Schématické znázornění cyklování nálady u BAP (Látalová. 2010, s. 21)

Smíšenou epizodu můžeme chápat jako určitý stav, který vzniká v době, kdy dochází k přechodu nálad neboli k přesmyku z jedné fáze do druhé. (Látalová. 2010, s. 35) „Pokud člověk onemocní bipolární afektivní poruchou, znamená to pro něj většinou dlouhodobé břemeno, jehož tíži pociťuje někdy méně, jindy více, ale v podstatě je celoživotně znevýhodněn.“ (Látalová, 2010, s. 13)



Obrázek 3: Koncepce členění okruhu bipolárního spektra v rámci afektivních poruch (Látalová, 2010, s. 20)

V minulosti jsme se mohli setkat s mnoha dalšími názvy jako například cyklofrenie, mani melancholie nebo nejčastější název – mani depresivní psychóza. Pro tuto poruchu je charakteristické, že se u nemocného prokázala alespoň jedna afektivní epizoda bez ohledu na to, jestli manická nebo depresivní. (Dušek, 2010, s. 236)

Bipolární afektivní porucha I neboli prvního typu je popisována depresivními epizodami, kdy postižený prožije plně vyjádřenou manickou epizodou, kdy tento druh nemoci je velmi podobný až identický k dříve popisované mani depresivní psychóze. Toto rozdělení bipolární afektivní poruchy není přímo veden v současné klasifikaci psychických poruch (MKN-10, 1996), která se v České republice používá, ale můžeme se s tímto rozdělením setkat v klasifikaci Spojených států amerických (DSM-IV), avšak toto rozdělení má velký dopad na léčbu i odhad průběhu nemoci. Látalová (2010, s. 42) také popisuje bipolární afektivní poruchu II (druhého typu) jako onemocnění, které představuje opakování depresivních epizod, kdy postižený prožije plně vyjádřenou hypománickou epizodu a v celkové době trvání této nemoci zde není přítomna žádná plně vyjádřená manická epizoda. Tudíž tento typ bipolární afektivní poruchy můžeme považovat za klidnější a mírnější podobu této poruchy. Dále je vědeckými poznatky dokázáno, že tyto dva typy jsou v mnoha ohledech rozlišné jak svým průběhem, tak i léčbou.

2.1 Epizody

Podkapitola se soustředí na rozdělení terminologie epizod manických, depresivních a smíšených či jejich abstinenci (remise), v době aktivity bipolární afektivní poruchy u nemocného.

Hypománie

Jak již zmiňoval Novák (2016, s. 231) je „hypo“ přeloženo z řečtiny jako „dole“, kdy tento fakt ukazuje, že jde o mírnější a snesitelnější formu manické příhody. Tato hypománie může samovolně přejít neboli přesmyknout do méně přijatelné formy mánie, ale pokud mánie přejde do hypománie, mnohdy tento jev považujeme mylně za vyléčení. Ovšem hranice mezi těmito příhodami nemusí být vždy a jasně vytyčená.

„Hypománie bývá naznačena již v dětství, výraznější je obvykle mezi 20. a 30. rokem. Dotyčný srší energií, svoji náladu nijak nesleduje, leč cítí se povzneseně nad běžnými strážněmi, obvykle báječně. Má oprávněný pocit značné fyzické nebo psychické výkonnosti a tento stav předpokládá i u druhých.“ Dotyčný dokáže fungovat na princip rčení „vyhodili ho dveřmi, vlezl tam oknem.“ Což si můžeme vysvětlovat jako jev, kdy tato osoba vyžaduje

minimální spánek, kterou nedoprovází ospalost a únava a také se u něj mohou vyskytovat známky zvýšené sexuální potřeby. Dalším účinkem hypománie může být vysoká hovornost a dotyčný tak působí jako vyhraněný extrovert, který jde naproti novým výzvám, které se jiným lidem mohou zdát problematické. (Novák, 2016, s. 232)

Mánie

Jde o mnohonásobně (pro lepší přesnost můžeme označovat trojnásobně mnohdy i více) zvýšenou intenzitu hypománie. Nicméně nic pro člověka procházejícího mánickou fází není nemožné. V tento moment srší energií, nekontroluje zcela své činy hlavně v případech, kdy byl vyveden z míry svým – za normálních okolností – pomalým tempem. Také může být hrubý až slovně agresivní, sociální zvyklosti a normy již převážně nedodržuje a potřeba spánku se již skoro vytratila. Pokud jsme se u pojmu hypománie bavili o zvýšeném sexuálním apetitu, v této fázi je jeho chtíč synonymem výroku „sexuální predátor“. Tato fáze v neposlední řadě ovlivňuje i vzhled „postiženého“, kdy je pro něj typický takzvaný živý výraz a mimika obličeje. „*Objeví se i ruměnc, rozhodně ne proto, že by se dotyčný styděl...*“ konstatuje Novák (2016, s. 234). Dalším klasickým symptomem jsou výrazněji lesklejší oči, kdy mohou být zornice více rozšířené, mají výraznější hlas a pulz i dýchání se jeví dost zvýšeně. „*Jisté je, že mánie, respektive pro ni typické formy a životosprávy, může vést k totálnímu fyzickému vyčerpání, potažmo i ke zhroucení.*“

Novák (2006, s. 235) tvrdí, že pro klasickou mánií je typická dobrá nálada, ale v dalších čtyřech typech, které rozdělil je tomu jinak: **Rezonantní mánie** je tedy spojována se zlostnou náladou a slovním napadáním a podrážděným nadáváním. Od klasické mánie se liší tím, že je postižený stále v útočící pozici, oproti takzvaného „emočního odstřelovače“, kdy jen číhá a zaútočí pouze občas. **Paranoidní mánií** spojujeme se vztahovačností až chronickou podezíravostí, kdy se i tento typ neslučuje s klasickými příznaky mánie. Dotyčný v tomto typu nepotřebuje spát více než dvě hodiny denně, tudíž můžeme tuto epizodu brát jako stále trvající, kdy maniak jedná přesně, jak mu zákony choroby přikazují. Dále je tu **invertorní mánie**, která je spojována s obrovskou vynalézavostí, kdy Novák tento jev popisuje jako stav, kdy maniak řeší zásadní objevy přepisující dějiny vesmíru do tří dnů, neboli na počkání. Poslední, **religiózní mánie** je stav, kdy je maniak pohlcen náboženskými představami. Tento typ mánie vzniká hlavně u lidí, kteří se i v minulosti (tedy v době, kdy nebyli diagnostikováni BAP) potýkali s duševními a psychickými potížemi, samozřejmě tato

teorie není pravidlem. „*Poměr takto postižených dam k mužům je 10 : 7. dle některých pramenů je stav častější u křesťanů než u židů a muslimů, u nichž se objevuje jen ojediněle.*“ K této poruše nepřičítáme halucinace či bludy, tyto epizody začínají z pravidla náhle, ale mohou přetrvávat nejméně čtyři dny a výjimečně se protáhnout až na několik týdnů či měsíců. „*Zatímco mánie představuje trvale nadnesenou náladu s řadou dalších výrazných příznaků a těžkým psychosociálním dopadem, hypománie odpovídá mírnější manické epizodě bez závažnějších psychosociálních konvencí*“ (Látalová, 2010, s. 27)

Deprese

Tato fáze představuje chorobné a velmi často také dlouhodobé snížení sebevědomí a sebedůvěry, který je doprovázen pocitem beznaděje a sklíčenosti, také se zde může projevat tzv.: naučená bezmocnost s úbytkem osobního snažení. Daný ztratí své cíle a zájmy a jakékoliv snahy o zvýšení nálady nebo poskytování pozitivních informací jej nezajímá a nelze jakkoliv tuto náladu odklonit. Obvykle nedochází pouze k zanedbávání a odhazování pracovní náplně na druhou kolej, ale i k ztrátě předchozích zájmů. Velmi často se zde objevují sebevražedné tendence, který si dotyčný ani nemusí zcela ovědomovat, patologicky smutná nálada, skleslost, snížení životního elánu, ztráta zájmů, zvýšená únava, pesimismus, neprožívání radosti, apatie, pocity viny, sebeobviňování nebo také nerozhodnost, nejistota, poruchy soustředění, poruchy pozornosti a pocity bezvýchodnosti. Dále dochází k fyziologickým změnám, jako je například změny chuti k jídlu, poruchy spánku, zploštěná mimika, zpomalené psychomotorické tempo, pomalé pohyby, tichý monotónní hlas bledá až šedá kůže. Výraz tváře je dlouhodobě smutný a může být i bez výrazu. (Novák, 2016, s. 241)

Základním příznakem je teda špatná nálada, která by měla trvat minimálně dva týdny, kdy její hloubka může být jak subjektivní, tak objektivní. Při středním nebo těžkém průběhu deprese se můžeme setkat s tím, že nemocný není schopen chodit do práce nebo do školy, zkrátka plnit povinnosti a dokončit, co začali. Postupem času přicházejí o svou sebedůvěru a můžeme zde spatřit výčitky a pocity viny. Pokud se v této epizodě začnou vyskytovat jakékoliv bludy, jedná se o depresivní obsah. „*Dvě třetiny pacientů přemýšlí o sebevraždě, 10-15% pacientů se o ni pokusí. Doprovodným symptomem je až u 80% pacientů úzkost.*“ (Látalová, 2010, s. 31)

Dále se můžeme setkat u pacientů trpící bipolární afektivní poruchou mírnější a lépe zvladatelnou formou deprese, tato forma byla pojmenována dle Látalové jako **Subdeprese** (2010, s. 23).

Smíšená epizoda

Tuto epizodu chápeme jako určitý stav, který vzniká při přechodu neboli přesmyku z jedné fáze do druhé nebo také jako stav, kdy se spojí jednotlivé komponenty nálad, myšlení při nich a počínání. Můžeme zde tedy vidět, jak příznaky depresivní epizody, tak manické. Ovšem aby se jednalo o smíšenou epizodu, musí tyto příznaky převládat u dotyčného v průběhu alespoň dvou týdnů. Pro laiky nebo začínající terapeutů může být rozpoznání této epizody velmi obtížné a to z důvodu, že manické příznaky mohou být maskovány například bagatelizací problémů, neochotou při spolupráci či rezonancí a asociálními projevy. Proto mohou tyto symptomy být často přičteny k jiným poruchám osobnosti, které jsou zde nepřítomné, ale stav daného nasvědčuje opak. (Látalová, 2010, s. 34)

Remise

Dle Látalové (2010, s. 37) je remise považována za období bez příznaků či období, ve kterém nejsou splňovány podmínky pro mánickou, depresivní či smíšenou epizodu. U postiženého tedy pozorujeme emoční stabilitu, náladu přiměřenou situacím, ve kterých se nachází – čili schopnost přiměřeně reagovat a setrvat ve výkonu při kterém soustavně pracuje a zvládá bez problému navazovat mezilidské vztahy. Toto období nemá vyhraněnou délku, jelikož každý pacient trpící bipolární afektivní poruchou přetrvává v tomto období různě dlouho. Může nastat i takové období, kdy pacient bude v remisi i několik let.

2.2 Léčba

U každého pacienta, který trpí bipolární afektivní poruchou je potřeba, abychom mu léčbu ušili na míru, což znamená, že musíme využít všechny znalosti ohledně BAP a všech znalostí ohledně pacienta – tedy anamnézu farmakologickou, psychopatologii a jiné vedlejší účinky a snášenlivost farmak. Léčba by také měla být agresivní ve smyslu, abychom co nejdříve u pacienta dosáhli remise a tím zabránili možnému relapsu a rekurenci. Kučerová a Česká (2006, s. 219) zjistily, že bipolární afektivní porucha je velmi často léčena především polyfarmakoterapií, kdy mezi hlavní nedostatky této terapie považují za škodlivé užívání

návykových látek. Nadále tvrdí, že postoje příbuzných a rodinných příslušníků mají velký vliv na prognózu postiženého člena BAP. Velkým přínosem pro zlepšení klientova psychického stavu je tedy edukace rodinných příslušníků, kdy docházíme k zájmu o psychosociální intervenci, které je bezpochyby nedílnou součástí léčby člověka postihnutého bipolární afektivní poruchou. U mírnější formy BAP mohou postačit k léčbě nemocného stabilizátory nálady (tymoprofilaktika), kdy jako nejstarší preparát považujeme lithium a antiepileptika. Léčba formou psychoterapie je další důležitou součástí léčby. Kučerová (2006, s. 219) uvedla a rozdělila nejpraktikovanější léčby:

Manželská terapie, kterou indukujeme převážně u deprese z důvodu, že neutěšený konflikt či špatné klima rodinného prostředí dopadá velkou vahou na pozadí rozvoje deprese a přetrvává i po přechodu depresivní epizody do remise či manické nálady a podílejí se na rekurenci povahy nemocného. Cílem **interpersonální psychoterapie** je objasnit pacientovi jeho problémy a začít pracovat na jejich řešení, vypořádat se s izolací v sociálních kruzích a především s vleklým a dlouho trvajícím stresem zapříčiněným nemocí. Terapeut současně s klientem zjišťují povahovou příčinu mezilidských problémů a pokouší se jejich nápravu. Naproti této psychoterapie se vyskytuje také **krátká dynamická terapie**, kdy se terapeut společně se svým klientem snaží přijít na důvod a řešení problémů a konfliktů založených na osobnosti nemocného a situacích, ve kterých se vyskytuje, díky čemuž můžeme dojít k sekundárnímu cíli a to zlepšení deprese. **Rogerovská terapie** se snaží zejména o vytvoření empatického vztahu klienta s terapeutem, kdy je cíl, v němž se klient začne svobodně a beze strachu svěřovat o svých problémech a pocitech z každodenního života. Předpokládáme také, že vztah mezi terapeutem a klientem a takzvaným „nastavováním zrcadla“ působí terapeuticky a tím pádem je aplikovatelné u depresivní epizody a celkové léčbě u pacienta trpícího BAP. **Psychoedukace** patří neodmyslitelně mezi k léčbě afektivních poruch, do které spadá právě i bipolární afektivní porucha. Cílem této léčby je, aby klient opustil od pocitu viny a svojí neschopnosti a pochopil, že deprese je onemocnění a je to stav, který se dá léčit. Terapeut se snaží snížit beznaděj u pacienta a mimo jiné snížit pravděpodobnost sebevraždy díky vybudování důvěry.

Další možností je **logoterapie**, „*Franklova logoterapie pomáhá depresivním pacientům hledat a nacházet vlastní životní smysl.*“ (Kučerová a Česká, 2006, s. 221)

V neposlední řadě je léčbou bipolární afektivní poruchy proslulá **kognitivně-behaviorální terapie**, kdy je terapie je rozdělena na 12 skupinových setkání, je dopředu naplánovaný program, kdy se v obsahu nachází edukace o bipolární afektivní poruše, kognitivní

rekonstrukce, nácvik kognitivních dovedností, stupňovitá expozice „in vivo“, dále sem můžeme začlenit nácvik aplikované relaxace a řešení problémů v životě. Mezi hlavní úkoly této terapie je domácí cvičení a jejím cílem je dle Praška (2005, s. 297):

- Vytvořit terapeutický vztah
- Edukace pacienta a blízkých osob
- Stanovit přiměřené cíle, kontrakt o nich a způsobech jejich dosahování
- Zmírnit příznaky úzkosti
- Postupně odstranit vyhýbavé chování
- V případě problémů v životě jejich systematické řešení
- Rehabilitace
- Udržování dosaženého pokroku a prevence relapsu

Kapitola byla zaměřena na bipolární afektivní poruchu v návaznosti na předchozí kapitolu, která se věnovala nejen termínu rodina, ale i jejím funkcím a poruchám, které mohou mít velký vliv na průběh a potencionální možnost vyléčení člena rodiny.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 DESIGN VÝZKUMU

Praktická část bakalářské práce vychází z informací, které jsou popsány v teoretické části práce. Navazuje tak na poznatky z literatury a zaměřuje se na výzkum, který se zabývá lidmi s bipolární afektivní poruchou. Herman vysvětluje, že „Skutečnost, že někdo blízký onemocněl duševní poruchou, vnímají příbuzní zpočátku jako rodinnou tragédii. Cítí se zmateni, nejsou schopni cokoli podniknout. Jsou přesvědčeni, že neexistuje žádná pomoc ani řešení.“ A z tohoto důvodu jsem si také vybrala výzkumný problém, jako je tento, snaha o zviditelnění již velmi vyspělé léčby bipolárně afektivní poruchy je nejen pro mne důležitá a může pomoci nejednomu rodiči či příteli „postiženého“. V našem výzkumu se zaměřujeme na jedince s diagnostikovaným onemocněním bipolární afektivní poruchou, jak jedinec vnímá sebe samotného a zda umí rozpoznat stavy spojené s tímto onemocněním a zda je dokáže po uvědomění ovládnout či zjemnit. V neposlední řadě se výzkum zabývá ovlivněním fungování rodiny s jedincem s bipolární poruchou a naopak. Výzkum osvětlí také léčebné postupy tohoto onemocnění a možnou odbornou pomoc pro rodinné příslušníky. Před zahájením samotného výzkumu je vždy třeba nejprve stanovit výzkumný problém, formulovat cíle a výzkumné otázky, které chceme výzkumem zodpovědět.

3.1 Výzkumný problém

Výzkumný problém této práce je vliv bipolární afektivní poruchy, v minulosti nazývané také maniodepresivní psychóza, na funkci rodiny. Pro daný výzkumný problém jsem se rozhodla především proto, že se v mém blízkém okolí vyskytuje nejedna rodina široce ovlivněna duševním onemocněním jednoho či více členů rodiny. Nejvíce mě zaujal vliv právě této poruchy, jelikož ve chvíli, kdy je neléčena, dokáže naprosto poškodit funkci rodiny.

3.2 Cíle a otázky výzkumu

Na počátku výzkumného šetření jsme si stanovili cíle výzkumu a výzkumné otázky, ty nám pomohly s nasměrováním výzkumu.

Hlavní cíl:

Zjistit jak byly ovlivněny funkce rodiny onemocněním jejího člena bipolární afektivní poruchou.

Dílčí cíle:

1. Identifikovat zvrátové momenty, které ovlivnili funkce rodiny.
2. Popsat vliv onemocnění člena BAP na biologicko-reprodukční funkci.
3. Popsat projevy onemocnění člena rodiny BAP na emocionální funkci rodiny.
4. Zjistit dopad BAP na ekonomicko-zabezpečovací funkci rodiny.
5. Popsat vliv onemocnění člena BAP socializačně-výchovnou funkci rodiny.

Z výzkumných cílů dále vychází výzkumné otázky:

Hlavní otázka:

Jak byly ovlivněny funkce rodiny onemocněním jejího člena bipolární afektivní poruchou?

Dílčí otázky:

1. Které krizové momenty ovlivnili fungování rodiny?
2. Jak se projevilo onemocnění člena rodiny BAP na biologicko-reprodukční funkci rodiny?
3. Jak ovlivnilo onemocnění člena rodiny BAP emocionální funkci rodiny?
4. Jaký dopad měla BAP na ekonomicko-zabezpečovací funkci rodiny?
5. Jakým způsobem ovlivnilo onemocnění člena BAP socializačně-výchovnou funkci rodiny?

3.3 Výběr výzkumného souboru

Ve výzkumném souboru jsem se zaměřila na rodiny, které museli odpovídat určitým kritériím:

- Výskyt bipolární afektivní poruchy alespoň u jednoho člena rodiny (rodič/dítě)
- Nemocný se léčí minimálně 2 roky u psychologa či psychiatra (hospitalizace výhodou)
- Nemocný již dosáhl plnoletosti
- Nemocný žije v disfunkční či neúplné rodině

Jméno	Věk	Člen	Diagnóza
Tereza	34	Matka, manželka	Schizoafektivní porucha
Kateřina	21	Dcera	Bipolární afektivní porucha
Hana	52	Svobodná matka	Bipolární afektivní porucha
Sabina	29	Dcera	Atypická bipolární afektivní porucha

Tabulka 1: základní údaje o respondentech

Mým původním záměrem bylo uskutečnit rozhovor jak s nemocnými, tak s rodinnými příslušníky, ale jen jediný respondent byl ochotný kontaktovat i svou rodinu s kterou již nežije. S velkou lítostí jsem se dozvěděla, než k tomuto rozhovoru došlo, že respondentův stav se značně zhoršil a i přes odbornou pomoc lékařů, se rozhodl vzít si život a darovat své orgány jiným lidem, jak zmínil ve své poslední vůli. Rodina paní Hany, Sabiny ani Katky si nepřáli být ve výzkumu jakkoliv detailněji popisováni. Respondentka Tereza žije i s rodinou v Německu, proto by byl rozhovor s matkou Terezy velmi náročný z důvodu neznalostí moderních technologií a sociálních sítí.

Hlavním faktorem v kritériích je léčba v posledních 2 letech, kdy se domnívám, že je zde velký prostor pro výzkum důležité události a můžeme zde lépe pozorovat průběh onemocnění, ovlivnění rodinných vztahů nemocí a její léčbu. Jako předmět zkoumání jsem si zvolila plnění základních funkcí rodiny a jejich ovlivňováním postupem léčby „nemocného“ člena rodiny a také zjistit které momenty rodinu rozdělovali nejvíce.

„Jestliže má rybář k dispozici několik sítí a v každé z nich je několik velkých děr, pak je lepší, když rybář poškozené sítě navzájem překryje a použije tak jednu síť, kterou získá lepší úlovek než použitím jednotlivých sítí odděleně.“ (Hendl 2005, str. 62)

Za ojedinělé vlastnosti této práce považuji, že všichni „nemocní“ respondenti měli stejnou diagnózu i když se ke každé z nich postupem let připojovaly jiné onemocnění, dominantní poruchou byla u všech respondentek bipolární afektivní porucha. Léčba v každém z případů byla zcela jiná a nefunkčnost rodin se také neshodovaly. Rozpad z počátku zcela fungující rodiny zapříčinily pokaždé jiné faktory. Napříč těmto okolnostem se výzkum musel odehrávat zcela individuálně a v prostředí zvoleném respondentů.

3.4 Výzkumná technika

Po uvedení bližších informací o výzkumu jsem si s respondenty domluvila termín a místo setkání za účelem poskytnutí interview neboli rozhovoru. Rozhovor vždy probíhal v naprostém soukromí a bez přítomnosti třetí osoby.

Místo si zvolil každý dotazovaný sám z důvodu, abychom mohli realizovat rozhovor s naprostou otevřeností a beze strachu respondentů, že by se měly dostat choulostivé informace o jejich osobních problémech na veřejnost. Paní Hana si vybrala procházku lesem blízko jejího domu, zato respondentka Tereza díky současné pandemii souhlasila pouze s telefonickým rozhovorem, díky faktu, že pobývá trvalým pobytem v Německu. Posléze souhlasila i s video-hovorem přes sociální síť. S poslední respondentkou jsme se domluvily na osobní schůzce, kdy byla slečna Sabina velmi přátelská a pozvala mě k sobě domů i za účelem zlepšit psychické rozpoložení respondentky.

Účastnice výzkumu bez jakýchkoliv výhrad souhlasily se zvukovým záznamem celého rozhovoru, který trval od 50 do 120 minut. Výhodou polo-strukturovaného rozhovoru je, že můžeme mimo hlavní a dílčí otázky, které máme předem připraveny, klást též doplňující otázky, které následně zapracuje do výzkumu a dosáhnout tak větší přesnosti a výtěžnosti rozhovoru. Zvukový soubor jsem nahrávala na diktafon v mobilním telefonu a poté jej přepsala do elektronické podoby Microsoft Word.

Se získanými daty jsem pracovala v neupravené formě a to za účelem autentičnosti rozhovoru. V přímých citacích rozhovoru se tedy mohou vyskytovat nespisovná slova, slang či vulgarismy.

3.5 Metoda sběru dat

V případě kvalitativního výzkumu lze využít mnoho způsobů získávání potřebných dat. Při výzkumu byla využita metoda **polo-strukturovaného hloubkového rozhovoru**.

Hlavní otázky pro rozhovor s lidmi s bipolární afektivní poruchou:

1. Jak dlouho se již léčíte s bipolární afektivní poruchou?
2. Jakým způsobem jste získával/a informace o tomto druhu afektivní poruchy?
3. Navazují na BAP další psychická onemocnění?
4. Mohu znát okolnosti, za jakých nemoc vznikla?
5. Kdy jste naposledy docházel/a k vašemu terapeutovi?

6. Kdy jste prodělal/a poslední léčbu?
7. Jakým způsobem Vás ovlivňuje fakt, že duševní onemocnění mohou a často jsou dědičná?
8. Jakým způsobem se promítlo duševní onemocnění do výchovného působení?
9. Co Vám porucha a její diagnostikování vzala a co Vám naopak dala do života?
10. Jaké dopady má BAP na finanční situaci Vaší rodiny?
11. Ovlivňuje toto duševní onemocnění Vaše uplatnění na pracovním trhu?
12. Jak ovlivnila tato duševní nemoc vztahy v širší rodině?
13. Jak ovlivňovala BAP Vaši fyzickou a psychickou kondici jako neléčená?
 - Jak ovlivňuje BAP tyto kondice v době zaléčení?
14. Jak se promítá tato duševní nemoc do rodinného klimatu Vaší rodiny?
15. Jak je spojena BAP s volným časem vyhrazeným pro relaxování?
16. Jak ovlivnilo Vaše duševní onemocnění kulturní vyžití Vaší rodiny? (např. cestování, vstup do kina, účast v divadle)
17. Jaký má vliv BAP na Vaše vztahy s přáteli a známými?
18. Proč si se rozhodl/a navštívit psychologa/psychiatra a začít s léčebným procesem?

Všechny participující osoby byly obeznámeni a ubezpečeny o zachování jejich anonymity a dodržení GDPR procesů. Pro závěrečnou analýzu jsem tedy použila smyšlené jména, aby bylo zabráněno možnosti jejich identifikace. Před začátkem všech rozhovorů jsem postupovala, jak doporučuje Švaříček & Šed'ová (2007, s. 163), že je vhodné: „*dotázat se na participaci k výzkumu, na povolení zaznamenávat, poté zapnout diktafon a obě otázky položit znovu. Takto zůstane badateli zaznamenán souhlas jedince s účastí na daném výzkumu*“.

Metoda hloubkového rozhovoru se neskládá pouze z rozhovoru a jeho přepisu, ale jde o proces, který se skládá z výběru metody, přípravy rozhovoru, průběhu samotného dotazování, přepisu rozhovoru, reflexe rozhovoru, analýzy dat a psaní závěrečné výzkumné zprávy. (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 160).

V rámci kvalitativního konceptu šetření je jako design výzkumu zvoleno **otevřené kódování**. „*Otevřené kódování je technika, která byla vyvinuta v rámci analytického aparátu zakotvené teorie, avšak díky své jednoduchosti a zároveň účinnosti je používána a použitelná ve velmi široké škále kvalitativních projektů. Kódování obecně představuje operace, pomocí nichž jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a složeny novým způsobem. Při otevřeném kódování je text jako sekvence rozbit na jednotky, těmto jednotkám jsou přidělena jména a s takto nově pojmenovanými (označenými) fragmenty textu potom výzkumník dále pracuje.*“ (Švaříček a Šedřová, 2007, s. 42)

V této studii se jedná o záměrný výběr, kdy jedině tak můžeme zjistit, zda zkoumané fenomény mají ty charakteristiky, které pro správnost výzkumu potřebujeme.ý“ *V dalším kroku je třeba rozhodnout se o tom, co vše zahrnuje a co již nezahrnuje naše výzkumná jednotka – náš zkoumaný fenomén, který bychom rádi studovali. Zároveň se rozhodujeme o podobě vzorku a charakteru sbíraných dat.*“ (Yin, 2009, s. 23)

4 ANALÝZA DAT

V této kapitole se dozvídáme velkou část rodinné a zdravotní anamnézy všech respondentek v příbězích o jejich životě a o tom, jak jim diagnostikování bipolární afektivní poruchy kompletně převrátilo život vzhůru nohama.

4.1 Příběh Terezy

Rodinná anamnéza

Tereza se narodila se do rodiny jako první neplánované dítě, díky čemu nebyla natolik opečovávaná jako její mladší sourozenci. *„Největší zlom v mém životě bylo ale asi to, že jsem se v deseti letech ocitla v nemocnici na infekčním uzavřeném oddělení s toxoplazmózou, která má vliv na funkci dopaminu v mozku a permanentně ten parazit poškozuje ten mozek. A čas od času je toho dopaminu v té hlavě prostě moc a začla jsem mít problémy, kázeňský přestupky... prostě mi po té toxoplazmóze seplo a začla jsem zlobit a už jsem nebyla takovej premiant třídy.“* Vzpomíná Tereza. V tento moment žije respondentka na území Německa, kde bydlí se svým přítelem a náctiletým synem.

Zdravotní anamnéza

Postupem času se u Terezy objevovaly příznaky bipolární afektivní poruchy, kdy již prodělávala fáze mánie a deprese. *„Ale moje maminka nechtěla slyšet nic o tom, že bych byla psychicky chorá...“* stěžuje si respondentka. V momentě, kdy si Tereza začala všechny tyto stavy uvědomovat a žádala o pomoc autoritu, nebyly její prosby vyslyšeny a tak začala být velmi problémové dítě, experimentovat s lehkými drogami a požívat alkohol na veřejnosti. *„No a kolem 17týho roku se k tomu začli přidružovat i psychotický problémy jakoby, protože já mám schizoafektivní poruchu, kdy mám příznaky i maniodeprese (bipolární afektivní poruchy) i schizofrenie...“* svěřuje se.

„Já jsem naopak ty návykové látky začla brát, abych to všechno potlačila... když jsem si zahulila, tak prostě ty hlasy přestaly, takže ty příznaky ustoupily. A když mě matka nechtěla vzít k psychiatrovi, tak jsem to prostě řešila po svém.“ V momentě, kdy respondentka dosáhla plnoletosti, začala docházet k psychiatrovi z vlastní iniciativy, kde jí byla poprvé diagnostikována bipolární afektivní porucha (v té době ještě pod pojmem maniodepresivní

psychóza) a postupně se k této diagnóze přidala také schizofrenie, kdy se tato kombinaci nazývá schizoafektivní porucha. V návaznosti na toto onemocnění byla respondentce zjištěna také OCD (obsedantně kompulzivní porucha). Tereza nyní ve svých třiceti-čtyř letech žije v Německu se svým synem, který trpí poruchou pozornosti ADHD a současným přítelem, kdy v domácnosti vládne tříjazyčná domluva – němčinou, angličtinou a rodnou češtinou a navzdory všem svým diagnostikovaným poruchám a svému komplikovanému stavu se snaží udržet na trhu práce, kdy využila jednu ze svých poruch, konkrétně obsedantně kompulzivní poruchu a zřídila si podnikání na bázi úklidové agentury, kdy si smí dovolit několikadenní pauzu díky propuknutí některé z epizod bipolární afektivní poruchy.

4.2 Příběh Kateřiny

Rodinná anamnéza

Kateřina pochází z rozvedené rodiny spolu se svými dvěma nevlastními sourozenci. Respondentce byla diagnostikována bipolární afektivní porucha necelý rok po tom, co byla po násilném sporu s matkou vystěhována z domova od své matky a nevlastního otce a měla v rukou svůj další osud... „*V létě jsem tady a tam pracovala u jedny paní a já jsem se pohádala, až porvala se svou mámou... Bylo to fakt hrozný, takovýho rapla jsem snad nikdy neměla, ale tak mlátila se mnou puberta, žejo. A tak mě vyrazila z baráku a mě právě volala tadle šéfová jestli jim nemůžu přijít pomoci obsluhovat svatbu. A tak jsem šla osm kilometrů pěšky do té práce s rozřezanýma nohama s rostrhanýma kraťasema celá od krve a tak jsem došla do té práce a tak jsem jim řekla, že nejsem na tu práci oblečená a tak jsem se tam umyla a byla jsem celá špinavá, rozmazaná řasenka a tak jsem obsluhovala svatbu.*“

Mezi hlavní koníčky této respondentky patřil chov koní, který má také vystudovaný na střední odborné škole, ale díky diagnostikování bipolární poruchy Katka nezvládala každodenní stres a velkou zodpovědnost vůči životu těchto zvířat, proto se rozhodla koně rozprodat a najít si méně fyzicky náročnou práci, jak se svěřila při rozhovoru:

„*Je pravda, že už nemůžu dělat fyzicky těžký věci... třeba té stáji se vyhýbám, protože nevím, s čím se vzbudím a kdo se pak o ty zvířata postará. Prostě zodpovědnou práci mít nemůžu, já jsem dost workoholik a to je má náplň života a dost se v tom vyžívám a jsem strašnej puntičkář, takže to mě dost pomáhá, ale fyzická práce mě neláká a ta práce recepční mě vyhovuje, že maximálně oběhnu ty pokoje, postarám se o zákazníky nebo pomůžu na baru, ale že bych šla kydat hnůj... tak to ne ten nátlak nebo tak mě prostě ničí. Protože mě to*

nedělá už dobře. “ I přes všechny komplikace díky BAP se respondentka snaží žít svůj život, tak jak si ho naplánovala již v dětství, kdy si našla skvělou práci vedoucí funkce v hotelu, má svůj byt i auto, stará se o své „dítě“ (čtyřletého psa) a snaží se v rámci možností žít plnohodnotný sociální život, kde ji momentálně pouze brzdí pandemická opatření a nouzový stav.

Zdravotní anamnéza

Katka trpí bipolární afektivní poruchou nejméně dlouho dobu ze všech respondentek, to ale neznamená, že je její průběh díky kratšímu časovému úseku klidnější a lépe zvladatelný.

„Jakoby ale měla jsem spolubydlící, ale ta když se mi moje stavy zhoršily a ona dojela kolikrát z práce domů a viděla mě klečet před ledničkou v křečích a ubrečenou, když jsem jí ani nedokázala říct, co mi je a často jsem byla i ovíněná, protože jsem měla strašnou chuť na víno a nešlo to kontrolovat...“

Když už Katka věděla, že se její stavy vymykají kontrole a nejsou zcela běžnými „depkami“ adolescentů, rozhodla se zajít ke svému praktickému lékaři a požádat o odbornou pomoc, kdy dostala na předpis antidepresiva pro podezření z depresí. Respondentce ale tyto léky nezabíraly a postupem času je i přes zákaz přestala užívat a v momentě, kdy tuto skutečnost ošetřující lékař zjistil, poslal tedy Katku na psychiatrické vyšetření. Katka tedy trpí bipolární afektivní poruchou od svých 19 let, kdy jí byla poprvé diagnostikována. Důležitým faktem ale zůstává, že respondentka pociťovala změny ve svém psychickém zdraví již rok před navštívením terapeuta.

„Jakoby netrpím žádnou další poruchou, ale já mám typ 2, takže já jakoby nemám mánií, ale hypománií, takže nejsem takovej cvok v podstatě!“ směje se.

4.3 Příběh Hany

Rodinná anamnéza

Příběh respondentky Hany začíná již v raném dětství, kdy velmi soupeřila s autoritou svého otce až do pubescence, kdy začala utíkat z domu na zábavy a různé kulturní akce, kde se seznámila se svým partnerem Vaškem, díky kterému se jejich vztah s otcem posunul značně dopředu a Hana již nebyla tak vystrašená z každého kontaktu.

„Když jsem se vdávala, tak mě bylo necelých 19 a už jsem byla ve čtvrtém měsíci těhotenství...“ směje se. Postupně se od respondentky dozvídáme, že první dítě – Pavel, bylo

neplánované. Ale po chvíli, kdy pan Vašek zjistil těhotenství respondentky, okamžitě ji požádal o ruku a po několika zkouškách bydlet s jedněmi nebo druhými rodiči usoudili, že začnou stavět svůj vlastní domov. „*Do té doby já jsem byla ale úplně zdravá! Až teda na neaké ty alergie no. Ale já si myslím, že se mě to skládalo jako postupně nebo něco...*“

V tento moment žije respondentka v rodinném domě, který s exmanželem před 30 lety postavili a její mladší syn plánuje rekonstrukci a po vyřešení rodinných sporů, které přetrvávali několik let, se snaží svoji matku oba synové podporovat a pomáhají jí s vyřízením invalidního důchodu.

Zdravotní anamnéza

Hana trpí bipolární afektivní poruchou již 7 let, ke které se postupně přidávaly ostatní onemocnění vlivem BAP, jako například díky nesprávně nastaveným stravovacím návykům a častou neschopností vyjít z domu díky depresím a udržet si stálou práci, si Hana vypěstovala diabetes mellitus druhého typu. Mezi další onemocnění patří například panická depresivní porucha, periodická depresivní porucha a další jako astmata a alergie.

„*Jako první co se mě stalo... my jsme byli na zabijačce a esi už to tělo – a to sem čtla, že už se to aj nekemu stalo – naráz udělalo strašně zle. Špatně. Jakoby neaký strach úplně ve mně, že umřu a naráz jsem skoro vůbec neslyšela a přestala jsem vidět... ted' studený pot, jak kdybych měla odejít nebo něco. A tak jsme jeli na pohotovost a tam na mě narvali kde co, abych prostě jim dala pokoj... a pak mě můj doktor řekl, že sa nedíví, že po tem, co do mě všecko psychli, že se mě ta psychóza nebo jako ta bipolárka rozjela. A od té doby mě to prostě jede no...*“ Vzpomíná respondentka.

V tento moment žije respondentka v rodinném domě, který s exmanželem před 30 lety postavili a její mladší syn plánuje rekonstrukci a po vyřešení rodinných sporů, které přetrvávali několik let, se snaží svoji matku oba synové podporovat a pomáhají jí s vyřízením invalidního důchodu.

4.4 Příběh Sabiny

Rodinná anamnéza

Poslední respondentka je dvaceti-devítiletá žena Sabina, která pochází z neúplné rodiny, kdy se její rodiče rozvedli dva roky po jejím narození, a zůstala ve výchově matky, kdy se v jejich rodině můžeme setkat s mnohými duševními chorobami jako je například obsedantně

kompulzivní porucha, úzkostné poruchy nebo Aspergerův syndrom a poruchu ADD. V této rodině se můžeme také setkat se sebevražednými tendencemi ze strany matky a jejích prarodičů. Sabina v tento moment žije se svojí partnerkou, dochází pravidelně na drogové terapie i normální psychoterapie, kdy tady ty problémy a sebedestrukce řeší a již 3 měsíce je znovu „čistá“.

Zdravotní anamnéza

Respondentka se léčí s bipolární afektivní rodinou přes deset let, kdy nepravidelně užívá léky, díky chvílím, kdy je tzv.: bezpříznaková. Jejím spouštěčem je dlouhodobý stres

„Tenkrát jsem vlastně měla úraz a ležela jsem izolovaná devět měsíců a rozjelo mi to sedmi měsíční depresivní epizodu a od té doby se teda léčím pořád a jsem na lécích každý den.“

Svěřuje se. *„U mě byla potom přidružená závislost na perniku (pervitinu) a já jsem během té doby ty léky brala a nebrala. A díky tomu mě to hodilo do psychotické depresivní epizody a směřovala jsem jakoby k té sebevraždě několik měsíců a já... jsem o tom nevěděla. Psala jsem si do deníku, že se zabiju a vůbec jsem si to neuvědomovala... a k tomu mě to citově oploštilo a nic jsem necejtila.“* Když si Sabina uvědomila, co dělá, okamžitě zkontaktovala svoji terapeutku a po krátké pauze se její stav přesmykl do středně těžké manické epizody, kterou respondentka prodělala za několik let poprvé. Tato nelehká fáze v její léčbě ji usměrnila v tom, aby léky brala opravdu pravidelně a v čas s žádnou možností vysazení.

Za dobu, kdy byla Sabině tato porucha diagnostikována, se k ní přidružilo ještě několik dalších přímých i nepřímých onemocnění jako hraniční porucha osobností na kterou se váže porucha příjmu potravy – atypická mentální anorexie (eating disorder not otherwise specified), sebedestruktivní chování, závislost na sebepoškozování a také závislost na pervitinu, kdy aktivně užívala pervitin přes 9 let. *„Já jsem se s tím snažila přestat už tak tři roky, ale hodně mě vytréstala ta psychotická depresivní epizoda, právě když jsem se chtěla zabít a nevěděla jsem o tom a nebyť těch drog, tak jsem normální a beru je, jak mám...“*

4.5 Kategorie vlivu funkcí

Podkapitola pojednává o ovlivňování funkcí rodin všech respondentek, kdy je rozdělena do čtyř kategorií v kterých nalezneme několik kódů a citace nejdůležitějších odpovědí respondentek o událostech, které ovlivnily jejich rodinný život i léčbu poruchy.

4.5.1 Vliv BAP na biologickoreprodukční funkci – „Jsem bi!“

Kódy: Diagnostikování a dědičnost

Když jsem položila respondentkám otázky týkající se dědičnosti duševních onemocnění, sešla jsem se většinou s jednotvárnými odpověďmi jako u respondentky Sabiny „*Já právě kvůli té bipolárce a té hraničce... víš co, já nechci ty geny úplně předávat dál... já bych si nepřála, aby moje dítě prošlo tím, čím jsem prošla já...*“

Z toho můžeme vyjít s výsledkem, že jakékoliv duševní onemocnění má vliv na biologickoreprodukční funkci, ať už se jedná o bipolární afektivní poruchu či jiné geneticky dědičné onemocnění. Přesto respondentka, které již matka je, se touto otázkou moc nezaobírala, možná i díky faktu, že Hana o svých problémech v době těhotenství ještě nevěděla. „*Já když jsem otěhotněla, tak jsem jako nevěděla, že nějakou takovou nemoc budu mít, takže jsem se tím netrápila... Kdybych to věděla, tak bych si asi rozmýšlela, jestli si to dítě nechám. Ale jako myslím si, že kluci jsou zdraví... tak snad jim to zůstane!*“

Zato Tereza o svých poruchách věděla, ale přesto se rozhodla dítě donosit. Jediné, co se snažila omezit, byla léčba prostřednictvím jakýchkoliv léků. Ale v momentě kdy zjistila, že je těhotná, navíc byla již několik let utlumená a považuje toto období za hypománii, která se protáhla z měsíců na roky. „*Můj syn má ADHD, ale jinak se u něj žádná jiná porucha nevyskytuje... Hlavně mám pocit, že u nás to jde hlavně přes koleno tady ty poruchy, protože je to vždy od prarodičů a tak...*“ (Tereza)

V každé rodině se můžeme setkat s duševním onemocněním, i když se ne vždy jedná o bipolární afektivní poruchu. Pokud ano, jedná se většinou o genetické předávání alespoň přes jednu generaci. „*Já si myslím, že bratr mojí babičky měl maniodepresi (bipolární afektivní poruchu), protože on byl taky takovej manicky depresivní, když o něm babi mluví... Že taky lítal všude a byl pro každou srandu, strašnej šoumen a pak třeba dva měsíce strávil zavřenej v bytě a vůbec nevycházel, jo. A v tý době se tohle prostě s doktorama neřešilo. Byl prostě taková černá ovce rodiny, ale já si myslím, že měl prostě bipolárku určitě.*“ (Tereza)

Pokud se zaměříme na respondentky, které ještě nezaložily rodinu, setkáme se převážně s názorem, jaký má slečna Kateřina: „*No ale jako pozor! Co se týče chlapů, tak nejsem schopná žádnému chlapovi dát šanci na vztah už jen kvůli tomu, že by se mnou musel žít a zvládat mě tak já ani nemám ty děti kvůli tomu, že nevím, jestli bych je zvládla proto to ani nějak neplánuju. Ale jinak nemám nějak v plánu budovat rodinu, protože nevím, co dál bude.*“

4.5.2 Vliv BAP na emocionální funkci – „Láska, to je oč tu běží!“

Kódy: Širší rodina a vztahy

Pokud se ptáme na vztahy v širší rodině, respondentka Sabina povídá:

„Jo s taková ta vedlejší rodina... tak tu nemám... Měla jsem jen babu a dědu, ale ti umřeli. A mám teda ještě strejdu a ten má OCD, ale jakoby s tou rodinou se nevidáme, takže vlastně ti k tomu nemám co říct...“ za to Kateřina se svěřuje s myšlenkou, že nechce do svých problému zatahovat ještě širší rodinu a vlastně „cizí“ lidi do svého soukromí. *„V mojí širší rodině to nikdo neví, a jestli jim to neřekne máma, tak já nemám potřebu jim to říkat. My se vidáme tak jednou za rok a ani se moc neznáme... jenom víme, jak se jmenujem a tak nemám důvod jim to říkat.“* Poslední respondentka se velmi trápí nejen se vztahy v širší rodině, ale i v té primární. Její synové jí neodpouští žádnou nevolnost a musí vše zvládat jako naprosto zdravá matka a možná i líp. *„Nevím, mě to ovlivnilo. Já jsem ze začátku enom ležela a byla jsem úplně neschopná. Mozek chtěl, ale tělo odmítalo. Takže mě musela babka a ségry pomáhat... Ale teď třeba od svých děcek to dostávám sežrat, že jsem byla mimo.“* (Hana)

Kódy: Kondice, relaxování a volnočasové aktivity

Část týkající se volného času a relaxování je pro respondentky velmi problematická a nelze vždy plánovat dopředu. Tyto ženy tvrdí, že v tomhle ohledu záleží velmi na momentálním psychickém rozpoložení a stavu, ve kterém se bipolární afektivní porucha nachází. Pokud hovoříme o aktivitách v průběhu nezaléčené nemoci, setkáváme se s negativními vzpomínkami. *„[...] já jsem v podstatě brala léky v takových dávkách, že jsem třeba ráno ani nevstala do školy vůbec, pak jsem to musela dohnat tím, že jsem brala ten perník, protože ten jako jediný mě nakopnul a jinak jsem byla schopná třeba prospat celý den.“* (Sabina) *„[...]a fyzicky, já jsem v té době měla i... já jsem vážila 44 kilo a to jsem zrovna měla tu poruchu příjmu potravy. A to jde jakoby tak ruku k ruce vždycky jako no...“*

„A já když mám deprese, tak jen ležím v posteli a brečím... [...] Já vždycky říkám, že je to stav, kdy moje duše krvácí... Je to jen bolest, bolest, bolest a utrpení“ (Tereza)

Kateřina mluví o stavech v depresích: *„Byla jsem takový ten party typ, jela jsem i takovej ten černej humor, čemuž se teď i divím i vyhýbám, ale to jde asi věkem nevím. [...] Jsem líněj kus hovna. [...] Dřív jsem cvičila a teď udělám dřep maximálně pro spadlej vajgl, takže ve fyzice mě to ovlivnilo hodně.“* V druhém případě, kdy je porucha zaléčena nebo se respondentky nachází v remisi či hypomanické/manické epizodě, hovoří o své kondici a

touze po relaxování naprosto jinak. „V tý mánii mám strašnou disciplínu, co se týče cvičení a tím taky relaxuju, to fakt drtím šíleným způsobem, a jak mám prostě víc toho dopaminu a jak jsem naspídaná, tak mám tendence jakoby být pedant na tohle no...“ (Tereza)

„[...] když je mně dobře, tak máš aj chuť jít na tu procházku, na to kolo... Nebo si vezmu foťák a něco si vyfotím, ale to je těžko prostě.“ (Hana)

4.5.3 Vliv BAP na socializačně-výchovnou funkci – „Internet vládne světem!“

Kódy: informace a terapie

Tři ze čtyř respondentek nezávazně na sobě potvrdily, že většinu informací o bipolární afektivní poruše získávaly pomocí internetových zdrojů a literatury dostupné na něm, jak před samotným diagnostikováním, tak v průběhu léčby.

„ Informace... no třeba na internetu nebo tak.“ (Hana)

„No... začala jsem si googlit deprese... a pak postupně, když jsem začínala mít takový ty živý stavy, tak jsem naopak začla hledat ty jiný stavy a ten google to prostě ukázal, že jo.“ (Kateřina)

„...já jsem věděla, že existuje nějaká maniodepresivní psychóza a začala jsem sama hledat psychiatricku s tím, že jsem jí řekla, že mám podezření na tudletu poruchu, protože jsem to sledovala delší dobu a všechny příznaky jakože seděly.“ (Sabina) Poslední, nejdéle diagnostikovaná respondentka si ovšem musela poradit bez internetových diskuzí a obrátit se na zdroje dostupné v knihovně „Akorát jsem chodila do knihoven a zkoušela číst knížky o psychologii a zkoušet hledat ty svoje příznaky. Nebo co se mi děje. Prostě dřív, když mi ty příznaky začínaly, když mi bylo nějakých těch 13 let dejme tomu, tak jsem neměla přístup k tomu internetu. V tý době to nešlo jakoby nějak hledat a vlastně jsem se dozvěděla o těchhle jakoby psychických poruchách ve škole.“ (Tereza)

V moment, kdy jsem se zajímala o léčbu, tak všechny respondentky potvrdily, že dochází pravidelně ke svému terapeutovi, respondentka Sabina vysvětluje, proč má více jak jednoho psychologa: „Já mám tři terapeuty... jednu psycholožku v Praze, se kterou teda komunikuju po Skypu skrz Covid, ale je to normální psychoterapeutka, která dělá KBT (kognitivně behaviorální terapie) a potom mám tady dva terapeuty, jako kteří jsou na mě dva teda a řeší tu moji drogovou závislost a tak jako.“ Pokud se ovšem zajímám o hospitalizaci v léčebnách, má zkušenost s pobytem pouze 50% respondentek. „Jako hospitalizaci? V roce 2018 v lednu

nebo v únoru. A měla jsem je všechny dobrovolné a moje psychiatricka na mě oceňuje to, že já poznám, kdy na sobě v čas poznám, že na mě ty epizody jdou.“ (Sabina)

„No... ježiš, kdy to bylo. Myslím od listopadu do dubna minulého roku. [...] Ale řekla bych, že se mně ulevilo. Mně to vždycky pomůže.“ (Hana)

Kód: Výchova

Když jsem se začala zajímat o určité změny v klimatu rodiny, každá z respondentek měla naprosto rozdílný názor a zkušenosti, co se týče změn ve výchově v době diagnostikování bipolární afektivní poruchy. Ve výchovném působení se u dvou respondentek, které již matky jsou, velmi odráží, jestli jsou momentálně pod vlivem mánie či deprese. *„Někdy je to těžký, protože ty moje stavy někdy... já když mám jako někdy hodně rozjetou mánii, tak nemám takovou trpělivost a dokážu se vytočit a ztratit jakoby kontrolu.* (Tereza)

Jestliže se zaměříme na reakce rodinných příslušníků – převážně rodičů, skoro všechny respondentky vyjadřují stejné závěry. *„Když jsem se začla léčit, tak z toho byla mamka docela špatná... protože věděla, že se pokouším o sebevraždy a tak... a to ji prostě strašně děsilo.*“ (Sabina)

„Moje máma je od doby, co jsem diagnostikovaná, hodnější a už teď chápe, že věci co jsem dřív dělala... žee jsem to nebyla já, ale ta nemoc.“ (Tereza)

4.5.4 Vliv BAP na socializačně-ekonomickou funkci – „Jedna, dvě půjčka jde...“

Kódy: Práce a finance

Dopad na finanční situace v domácnosti má bipolární afektivní porucha opravdu velký pokud se zaměřujeme na uplatnění na pracovním trhu, vesměs každá respondentka již není schopná vykonávat fyzicky náročnou práci a je zde také problém zaujatosti potencionálních zaměstnavatelů, kdy respondentkám ve většině firem a podniků díky diagnóze BAP nedají ani jen šanci ukázat své kvality alespoň v tříměsíční zkušební době. *„Vzalo mi to šanci na nějaké normální zaměstnání... protože když to mám v těch papírech, tak né každý ten doktor, který dělá vstupní prohlídky, tak ne vždycky se jim to prostě může líbit no...“* (Sabina)

Po dlouholetých zkušenostech si přece jen našly respondentky způsob, jak být výdělečně činné. *„Nikdo mě nechce zaměstnat, když jsem v invalidním důchodu, všichni říkaj, že je to složitý to papírování a že si mám najít chráněný místo nějaký, takže ani na pracáku mě*

nechtěj, protože mě nikdo nechceš zaměstnat, takže jsem ráda, že jsem si začala dělat to uklízení na sebe.“ (Tereza)

Pokud se zaměříme na výdaje spojené s léčbou, jsou zcela mizivé, protože každé respondentce antidepresiva i antipsychotika proplácí pojišťovna. *„Bipolárka nato nemá žádné vliv, protože já prášky neplatím jako maximálně za cestu k psychiatrice a zpátky, ale nějak mě to neovlivňuje finančně. Jako stres je velkej spouštěč všeho no. Ale já když mám ty svoje stavy tak hrozně naopak ušetřím, protože nikam nechodím ani nikam nejdu. Ale zajít to může kamkoliv.*“ (Kateřina)

Dvě ze čtyř respondentek již pobírají invalidní důchod *„Já jsem si vybírala takové ty méně stresové práce, ale já díky té hraničce mám i problémy s kolektivem, takže pokaždé když dojdu do nové práce, tak mám v sobě takovou tu paranoiu a já ještě ve zkušebce končím na dvou psychických nemocenských a pak podávám výpověď a končím v blázinci... Takže mám invalidní důchod teďka na hlavu.*“ (Sabina) ... a třetí, paní Hana si o důchod v tento moment žádá. *„Včera jsme se zrovna hádali, protože dostávám nadané za to, že nedostatečně přispívám, tak se snažím si vyřídit ten invalidní důchod na hlavu, abych mohla dat aj víc jak enom na inkaso.*“

Není to ovšem jen o možnostech jak a kde si vydělat, ale vesměs každou respondentku trápí fakt, že v moment, kdy se dostanou do manické fáze, jsou nezvladatelné. *„... co se týče financí, tak jsem jen párkrát šla a vzala si půjčku, ale jinak jsem jen jednou šla a v tý mánii, jsem myslela, že proskočím oknem... a šla jsem peníze utratit na automaty, protože jsem měla jako pocit, že vyhraju, juhů! Ale jako jinak utrácím jen za kosmetiku a hadry (oblečení). Já to jako někdy dělám i když cítím, že se schyluje k depce, tak jdu a něco si koupím, abych ten dopamin nějak vyrovнала... Zato v depresivní epizodě neutrácím vůbec právé, takže je to docela ekonomický.* (smích)“ (Sabina)

V dalším případě se jedná o chvílky, kdy bezmyšlenkovitě investují. *„V jedné mánii jsem dostala úplně jako super nápad, jak rychle zbohatnout a nainvestovala jsem 375 tisíc do bitcoinů, ale né soukromě, ale u nějaký firmy... a chvílku se mi to vracelo, ale pak jsem tam přidala peníze a od té doby se mi neozvali. Takže jsem svoji rodinu ochudila o víc jak čtvrt mega no... Takže teď zas šetříme.*“ (Tereza)

5 INTERPRETACE DAT

V této kapitole se podíváme do problematiky rodin v níž žije člen s bipolární afektivní poruchou. Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jaký má bipolární afektivní porucha vliv na funkce rodiny, které byly rozděleny v teoretické části na biologicko-reprodukční, ekonomicko-zabezpečovací, emoční či kulturně psychologickou funkci a socializačně výchovnou funkci.

1. Výzkumná otázka: Které krizové momenty ovlivnili fungování rodiny?

Z předem nachystaných otázek k polo-strukturovanému rozhovoru s respondentkami jsem zde přiřadila otázky č. 4 a 9.

Výsledky výzkumu ukazují, že všechny respondentky pocítovaly změny své duševní pohody nepopíratelně po dlouhodobé absenci spánku a nadměrným nepřetržitým stresem trvajícím více než několik týdnů díky čemuž se začaly objevovat známky bipolární afektivní poruchy. Polovina respondentek se snažila příznaky bipolární afektivní poruchy a jejím přidruženým onemocněním učinit přítrž pomocí užívání návykových látek – alkoholu, marihuany a pervitinu. Dalším důležitým faktorem v jejich rodinném životě byl zvrátový moment, kdy se alespoň jednou snažila každá z respondentek léčit pomocí vlastního uvažování a v návaznosti svých pocitů medikaci vysazovaly podle, poté se po pár měsících pocitu vyléčení přišly na řadu depresivní epizody a u dvou ze čtyř respondentek k opakovaným pokusům o sebevraždu a následném hospitalizování v psychiatrické léčebně.

2. Výzkumná otázka: Jak se projevilo onemocnění člena rodiny BAP na biologickoreprodukční funkci rodiny?

Z předem nachystaných otázek k polo-strukturovanému rozhovoru s respondentkami jsem zde přiřadila otázky č. 3, 7 a 13.

Výsledky výzkumu ukázali, že 50% respondentek, které jsou momentálně bezdětné, nemají u dlouhodobého hlediska potřebu ani plán počít a vychovávat potomky z důvodu možnosti dědičnosti bipolární afektivní poruchy a také jejich přidružených onemocnění jako jsou poruchy příjmu potravy, obsedantně kompulzivní porucha, hraniční porucha pozornosti anebo úzkostné poruchy. Další respondentka zplodila děti v období před propuknutím BAP, tudíž se necítí ohrožena dědičností, ale v momentě, kdy by měla porodit dítě již

s diagnostikovanou chorobou, rozmýšlela by si volbu interrupce. V tento moment se ani u jednoho ze synů neprokazují žádné známky příznaků bipolární afektivní poruchy či jiného duševního onemocnění. Poslední respondentka otěhotněla v době, kdy již věděla o svých psychických potížích, ale díky správné léčbě se ocitla v několikaleté remisi, proto se rozhodla, že je bezpečné zplodit syna, kterému bylo po čase diagnostikováno ADHD.

3. Výzkumná otázka: Jak ovlivnilo onemocnění člena rodiny BAP emocionální funkci rodiny?

Z předem nachystaných otázek k polo-strukturovanému rozhovoru s respondentkami jsem zde přiřadila otázky č. 5, 6, 15, 16 a 17.

Výsledky šetření ukázaly fakt, že BAP má znepokojivě velký vliv na emocionální funkci rodiny ve chvíli, kdy nejsou respondentky žádným způsobem léčeny nebo se snaží o pocitovou léčbu, kdy si myslí, že nad svými epizodami již mají kontrolu. Jak již bylo více zmíněno, tyto ženy trpící bipolární afektivní poruchou následně končí hospitalizovány v psychiatrických léčebnách. Také se zde ukázalo, že respondentky ovlivňuje BAP částečnou měrou i jako zaléčená v době remise z důvodu vědomí respondentek, že se mohou epizody vrátit a nastat i v těch nejméně vhodných chvílích jako je například nástup do nové práce, setkání s přáteli či výchova dítěte, kdy je zde jasné, že BAP ovlivňuje byť jen minimálně všechny funkce rodiny a její klima. Proto díky častým změnám nálad i v době zaléčení jsou respondentky emočně nestabilní a ztrácejí sociální kontakty a vytvářejí svým neovladatelným chováním „dusno“ v kruhu rodinném, kdy tento fakt díky zrcadlení ovládá opět jejich emoční stabilitu. Respondentky se svěřily, že se motají v kruzích z kterých nejde ven a tím pádem ztrácejí chuť do života.

4. Výzkumná otázka: Jaký dopad měla BAP na sociálně-ekonomickou funkci rodiny?

Z předem nachystaných otázek k polo-strukturovanému rozhovoru s respondentkami jsem zde přiřadila otázky č. 10 a 11.

Z šetření jsme došli k závěru, že BAP má nedílnou spoluúcast na procentuálně velké nezaměstnanosti lidí s touto diagnostikovanou poruchou. Díky výpovědím respondentek tedy můžeme usoudit, že je velmi obtížné si s touto diagnózou najít práci, kde bude jejich

zdravotní stav akceptován. Díky střídajícím se epizodám je zde riziko nedochvilnosti či úplné absence na pracovní pozici, proto je zde doporučována varianta vyřízení invalidního důchodu, kterou ale ne každý diagnostikovaný využije a dostává se na úkor svých zdravotních problémů do velmi tíživé finanční situace. Výsledky výzkumu také ukazují, že v době manické epizody nejsou respondentky schopné uvažovat racionálně a hospodařit s penězi, kdy se dostávají do situací, kdy neefektivně investují své úspory či propadají možnosti vzít si úvěr i když je zde nepřiměřený úrok. Respondentky bojují se společným problémem, kdy v depresivních epizodách, které trvají čas od času i několik měsíců sice ušetří na nepotřebných výdajích, které nastávají v rámci manické epizody, ale zato nejsou schopny dodržovat svůj stanovený stereotypní harmonogram a docházet pravidelně do zaměstnání. A v momentě, kdy jde například o subdepresivní epizody a dotýčná se na pracovní místo dostaví, dojde na řadu nátlak ze strany vedení a potřeba splňovat stanovené pracovní normy a respondentky propadají do hrubší formy této nemoci – depresivní epizody.

5. Výzkumná otázka: Jakým způsobem ovlivnilo onemocnění člena BAP socializačně-výchovnou funkci rodiny?

Z předem nachystaných otázek k polo-strukturovanému rozhovoru s respondentkami jsem zde přiřadila otázky č. 8, 12 a 14.

Výsledky ukázaly velký vliv bipolární afektivní poruchy na socializačně-výchovnou funkci z důvodu, kdy respondentky prochází depresivní epizodou, nemají dostatečnou sílu pro výchovu či případné nastavování mantinelů pro dítě a jeho správný psychický rozvoj. Je zde také ohrožena nauka socializace a celkového začleňování do společensko-kulturního žití z důvodu neschopnosti postižených touto nemocí vstát z postele, natož najít sílu fungovat v domácnosti i mimo ni. Stejně tak ovlivňuje toto onemocnění sebezvoje a možnost plnit celoživotní plány a cíle respondentek. Všechny respondentky se shodují na tom, že onemocnění touto poruchou jim obrátil život vzhůru nohama a již nechtějí anebo nemohou pracovat na věcech a vztazích (včetně výchovy dětí) jako v době, kdy je nesužovala bipolární afektivní porucha.

Výsledky výzkumu ukázaly, že respondentky trpící bipolární afektivní poruchou, s kterými byl prováděn polo-strukturovaný rozhovor, trpí příznaky nejen BAP I ale i BAP II, které korespondují s charakteristickými prvky teoretické části práce.

6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda má bipolární afektivní porucha vliv na funkce rodiny. Výsledky výzkumného šetření prokázaly obrovský vliv bipolární poruchy zejména na sociálně-ekonomickou a emocionální funkci. V dalších dvou funkcích, konkrétně v biologickoreprodukční a socializačně-výchovné tento vliv nebyl tak dominantní.

Bylo by vhodné, aby se klientky držely svých nastavených krátkodobých cílů a pokud je to jen trochu možné, vyhýbaly se stresovým situacím, které jsou z dlouhodobého hlediska považovány u všech respondentek za spouštěcí mechanismy depresivních epizod. Respondentky, které jsou závislé na návykových látkách, dostaly doporučení vyhledat odpornou pomoc u psychologa se zájmem docházet na „drogové terapie“, nebo usilovaly na zapsání a nástupu do protidrogové léčebny.

Každé respondentce bylo doporučeno za pomoci jejich terapeutů vyhledat skupinové či rodinné terapie v jejich místě bydliště, kde by měly možnost pravidelně docházet a tedy minimalizovat sociální odloučení a podpořit resocializaci, která je u každé z žen nutná, jelikož docházelo postupným zhoršováním psychického stavu a k přetrhání sociálních vazeb – díky čemuž by došlo k částečnému zvrácení vlivu bipolární afektivní poruchy na socializačně-výchovnou a emocionální neboli kulturně psychologickou funkci.

Dále bych navrhla, aby se respondentky, které ještě nepobírají invalidní důchod nebo si o něj stále nezažádaly, tak aby učinily co nejdříve z hlediska minimalizování vlivu BAP na ekonomicko-zabezpečovací funkci.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se zabývala tématem vlivu bipolární afektivní poruchy na funkcích rodiny. Za cíl výzkumu jsem si stanovila zjistit, jaké funkce rodin jsou při postihnutí BAP nejvíce ohroženy. Svou prací jsem se snažila pohlédnout do různých rodin, kde se nachází člen s diagnostikovanou bipolární afektivní poruchou, abych hlouběji a lépe porozuměla této problematice a mohla dané informace a zážitky předat dál s myšlenkou, že pomohou někomu, kdo si prochází podobnými stavy jako respondentky této práce a usnadní jim možné laidské diagnostikování sebe samu a budou moci s těmito informacemi pracovat dál. Zároveň jsem na základě výpovědí na výzkumné otázky zjistila, že vliv bipolární afektivní poruchy je velmi obtížný určit. Dle mého názoru se podařilo cíl vytyčit společně s výzkumnými otázkami.

Z výzkumu se dá dále vyčíst, že bipolární afektivní porucha má pravděpodobně obrovský vliv na funkce rodiny. Podle výsledků má BAP vliv primárně na ekonomicko-zabezpečovací a na emocionální či kulturně psychologickou funkci, sekundárně na biologicko-reprodukční a socializačně výchovnou funkci. Je zde také fakt, že porucha jako taková neovlivňuje tyto funkce stabilně stejnou mírou, ale záleží na momentálním celkovém psychickém rozpoložení „handicapovaného“ člena rodiny. Pokud je člen ve fázi depresivní či mánické, je zde vliv této poruchy mnohem vyšší než při prožívání hypománie či subdeprese.

Dle mého názoru funkce rodiny neovlivňuje pouze bipolární afektivní porucha, ale také další přidružující se psychické onemocnění či celkové klima a duševní pohoda ostatních členů rodiny.

Práce obohatila mé dosavadní poznání z pohledu teoretického převážně v problematice duševních onemocnění konkrétněji bipolární afektivní poruchy a z pohledu praktického mi přinesla nové navázané přátelství se zpočátku naprosto cizími ženami a možnost být této problematice stále nablízku a oporou všem respondentkám.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

DUNOVSKÝ, Jiří. *Dítě a poruchy rodiny*. Praha: Avicenum, 1986. Hálkova sbírka pediatrických prací (Avicenum).

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1620-6.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005.

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

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

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.

LÁTALOVÁ, Klára, 2010. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3125-4.

MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-86429-19-9.

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

PETRUSEK, Miloslav, Hana MAŘÍKOVÁ a Alena VODÁKOVÁ. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-311-3.

PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-997-6.

SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-250-8.

SVOBODA, Mojmir, Eva ČEŠKOVÁ a Hana KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0976-8.

ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.

VESELÁ, Renata, 2005. *Rodina a rodinné právo: historie, současnost a perspektivy*. 2. vyd. Praha: Eurolex Bohemia. ISBN 80-86432-93-9.

YIN, R. K. *Case Study Research. Design and Methods*. 4th ed. London: Sage Publications, 2009.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

BAP	Bipolární afektivní porucha
BAP I	první typ bipolární afektivní poruchy
BAP II	druhý typ bipolární afektivní poruchy
Ednos	Eating disorder not otherwise specified
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Poruchy bipolárního spektra dle DMS.IV	19
Obrázek 2: Schématické znázornění cyklování nálady u BAP.....	20
Obrázek 3: Koncepce členění okruhu bipolárního spektra v rámci afektivních poruch.....	20

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: základní údaje o respondentech	30
-------------------------------------------------	----

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha: Rozhovor s Kateřinou

PŘÍLOHA: ROZHOVOR S KATEŘINOU

PŘÍBĚH KATEŘINY

1. Jak dlouho se již léčíte s bipolární afektivní poruchou?

„No... jakoby dva roky, ale před tím jsem o tom už rok věděla, nebo tak nějak jsem doufala, že to přece jen bude jen nějaký divný období a že se internet plete, ale jakoby nakonec jsem byla docela zklamaná, když jsem za ní teda došla a ona mi řekla, že ji fakt mám... jako tu bipolárku.“

2. Jakým jste získával/a informace o tomto druhu afektivní poruchy?

informace
„No... začala jsem si googlit deprese... a pak postupně, když jsem začínala mít takový ty živý stavy, tak jsem naopak začla hledat ty jiný stavy a ten google to prostě ukázal, že jo. A tak jsem si začala zjišťovat nějaký dokumenty a tak. Takže na googlu vlastně.“

3. Navazují na BAP další psychická onemocnění?

diagnóza
„Žádné... Teda zatím žádné a snad ani nebudou, ale já jsem jakoby dost optimista, takže si myslím, že bych to mohla zvládnout bez další diagnózy. Jakoby netrpím žádnou další poruchou, ale já mám typ 2, takže já jakoby nemám mánii, ale hypománii, což je ten slabší příběh tý mánie, takže nejsem tak šílená! (smích)“

4. Mohu znát okolnosti, za jakých nemoc vznikla?

„V létě jsem tady a tam pracovala u jedny paní a já jsem se pohádala, až porvala se svou mámou... Bylo to fakt hrozný, takovýho rapla jsem snad nikdy neměla, ale tak mlátila se mnou puberta, žejo. A bylo to kvůli mému psovi a já jsem na něj dost háklivá, ale začalo to ze dne na den a tak mě vyrazila z baráku a mě právě volala tadle šéfová jestli jim nemůžu přijít pomoc obsuhovat svatbu. A tak jsem šla osm kilometrů pěšky do té práce s rozřezanýma nohama s rostrhanýma kraťasema celá od krve a tak jsem došla do té práce a tak jsem jim řekla, že nejsem na tu práci oblečená a tak jsem se tam umyla a byla jsem celá špinavá, rozmazaná řasenka a tak jsem obsluhovala svatbu. Domluvili jsme se, že mě tam nechá bydlet dočasně a já jí tam budu pomáhat. Takže já jsem měla ještě jinou práci a tak se to celé nakupilo a řešila jsem do toho bydlení a práci a psa a bylo toho na mě prostě moc. A fena byla na barfu a řešila jsem mrazák, a jestli se mnou může bydlet i pes a s patnácti

tisícema na měsíc to nebylo lehké a když to zkrátím... to byl třičtvrtě roku v neustálém stresu s dvěma hodinama spánku prostě fakt to bylo na pleti na vlasech, které mě vypadávaly a mně to nedocházelo a ten stres to všechno spustil. A když jsem se vrátila z toho Švýcarska a až teprve, když jsem se vrátila do klidu tak to bylo všechno v pořádku... mamka v pohodě, táta v pohodě, otčím byl rád, že mě vidí, pes byl rád, že mě vidí... a psa jsem měla u sebe, nechali mě tam bydlet a všechno tohle... a tak jsem si našla novou práci v hotelu kde, když se dalo všechno do klidu tak se mě to všechno znovu spustilo. Takže já vlastně nevím, snažila jsem se tomu vyhýbat, vyhýbala jsem se chlastu a drogám protože se do toho lehce spadne. A počítala jsem každou korunu, abych se nezadlužila a tak... A nakonec jsem skončila s bipolárkou!“

Drogas

5. Kdy jste naposledy docházel/a k Vašemu terapeutovi?

„Nooo, 9. 3. jsem byla naposledy u svého psychologa a vlastně předtím jsem chodila ke svému praktikovi a měla jsem nasazený antidepressiva a sama jsem si je vysadila a říkala jsem, že ne, že je furt beru a tak mě kontroloval a pak říkal, že je beru nějak dlouho a že mně ještě nedošly a že nechci další předpis a tak jsem šla ke své psychiatrice a to už se vědělo to s tou bipolárkou. Já jsem vlastní kouč a léčím se vlastně sama.“

léčba

6. Kdy jste prodělal/a poslední léčbu?

„No... já ještě žádnou neprodělala a nemyslím si, že to v momentální chvíli potřebuju“

hospitalizace

7. Jakým způsobem Vás ovlivňuje fakt, že duševní onemocnění mohou a často jsou dědičná?

Jak mě to ovlivňuje? No nějak neovlivňuje... ono takhle, můj starší brácha je trochu na palici, protože on hulí dost dlouho... od 13-ti let a u těch kluků se vyvíjejí o dost dýl, že jo... A ono jak hodně a často hulí tak i on má bipolárku a poruchu pozornosti a on není takovej charakter a od něj celej život mám takovej odstrašující případ a to mě vlastně ovlivňuje k té správné cestě. Jinak jako nějak mě to neovlivňuje. No, ale jako pozor! Co se týče chlapů, tak nejsem schopná žádnému chlapovi dát šanci na vztah už jen kvůli tomu, že by se mnou musel žít a zvládat mě tak já ani nemám ty děti kvůli tomu, že nevím, jestli bych je zvládla proto to ani nějak neplánuju. Ale jinak nemám nějak v plánu budovat rodinu, protože nevím, co dál bude. Ty hele před rokem se mně narodila neteř a tak mně začali tiktat biologický hodiny, ale já jsem taková hodně na zvířata moje dítě je pes, ale svou neteř miluju, ale nejsem úplně

Dědičnost

Dědičnost

zdraví

mateřskej tip. Pusinku tomu dám, obejmu jí, sním po tom ožužlanej rohlík, ale to je všechno.“

8. Jakým způsobem se promítlo duševní onemocnění do výchovného působení?

Vždy „No tak u mámy to je takové, že se tomu spíš vyhejbá, když o tom začnu mluvit, tak se tomu vyhejbá a myslím si, že jí to nějak ubližuje, nejspíš vidí jen, že to není v pořádku, a i když jsme měly nějaké neshody. A můj táta je takovej bezcitnej a dělá, že tě chápe, vyslechne si to, ale neřeší to. Nejvíc to prožívá můj otcím. Protože jak mám ty léky tak nesmím pít a on si taky dá panáčka, on má rád mysliveckou, nebo co to je a tak abstinuje se mnou no. No mně říkají krtečku, já jsem takovej krteček a vždycky má krteček problémy tak je má i on. Nejvíc to prožívá ten otcím, jinak to jako neřeší, ale co mě teda trochu mrzí, tak já bydlím sama v bytě a už jsem nabízela, že mamce nechám klíče, protože bydlím 4km ode mě a tak jsem jí nabízela náhradní klíče, kdyby náhodou, protože já sama nevím, jak daleko to může zajít. A trochu mě na tom mrzí, že třeba když jsem 4 dny off-line a mám leteckej režim a nikdo se mě nedovolá a tak mám třeba patnáct zmeškaných hovorů od táty, patnáct zmeškaných hovorů od mámy, zprávy na messengeru jestli třeba žiju, tak nikoho nenapadne přijet a zaklepat jestli tam jsem, jestli jsem v pohodě a sami od sebe nezavolaj, jestli jsem v pohodě. Ví, čím si procházím, ale nezajímají se extrémně. Jako nevádí mi to, protože jsem ráda, že je od toho můžu odtlačit, ale na druhou stranu jsem na to sama, protože kámoši furt teď nemůžu, potom a tak prostě a furt je to takové že mám furt u sebe víc odmítání než přijímání u těch lidí, co ví, že mám bipolárku a to je můj častej spouštěč těch mých depek, když jsem na to sama, ale dělá mě to silnějším, protože jsem na to sama.“

Přítele

Přítele!

Vždy

9. Co Vám porucha a její diagnostikování vzala a co naopak dala do života?

„No tak vzala mi to právě já, protože já jsem byla takové to střeštíprdo... já jsem schopná fakt skákat po tom plotě.“ Katka ukázala na plot před námi.

Vždy!
cas „Byla jsem takový ten party typ, jela jsem i takovej ten černej humor, čemuž se teď i dívím i vyhýbám, ale to jde asi většinou nevím... fakt jsem byla hodně optimistická a o to mě víc zasáhla ta změna jo, že najednou takovej boom! Byla jsem taková odtaživá a opatrnější a vzalo mě to mé pravé já, takovou tu šiblost, a že mám všechno na párku a nazdar a už taková nejsem a o to víc mě to mrzí, protože jsem to byla já a ostatní mě měli takhle rádi, protože jsem byla taková hvězda... neřešila jsem něco jako styl, vzala jsem si tepláky, culík a já jsem to neřešila, byla jsem já ten „king“ a i tak jsem získala nějakou tu pozornost a teď jsem

taková ustálená, snažím se nějak vypadat elegantně a to mi vzalo, ale dalo mi to tu sílu s něčím bojovat a mám nějaký cíl. Nějakej závěr, i když vím, že to nebude jako dřív, ale lidi se mění, že jo... ale určitě se z toho chci dostat úplně! Jako ne úplně, že bych neměla žádný depky, ale že bych mohla vysadit ty prášky postupně a sžít se s tím a pomáhat těm lidem a proto jsem si založila taky profil na IG, kterej úplně ještě nefunguje, ale to přijde a pomáhat lidem, co jsou na tom třeba hůř než já, takže to využívám pro dobrou věc a tak mám ten účet a vymýšlím témata a využívám to na dobrej směr.“

10. Jaké dopady má BAP na finanční situaci Vaší rodiny?

Finance

„Bipolárka nato nemá žádnej vliv, protože já prášky neplatím jako maximálně za cestu k psychiatři a zpátky, ale nějak mě to neovlivňuje finančně. Jako stres je velkej spouštěč všeho no. Ale já když mám ty svoje stavy tak hrozně naopak ušetřím, protože nikam nechodím ani nikam nejdu. Ale zajít to může kamkoliv.“

Finance

11. Ovlivňuje toto duševní onemocnění Vaše uplatnění na pracovním trhu?

trh práce

„Je pravda, že už nemůžu dělat fyzicky těžký věci... třeba té stáji se vyhýbám, protože nevím, s čím se vzbudím a kdo se pak o ty zvířata postará. Prostě zodpovědnou práci mít nemůžu, já jsem dost workoholik a to je má náplň života a dost se v tom vyžívám a jsem strašnej puntičkář, takže to mě dost pomáhá, ale fyzická práce mě neláká a ta práce recepční mně vyhovuje, že maximálně oběhnu ty pokoje, postarám se o zákazníky nebo pomůžu na baru, ale že bych šla kydat hnůj... tak to ne ten nátlak nebo tak mě prostě ničí. Protože mně to nedělá dobře.“

12. Jak ovlivnila tato duševní nemoc vztahy v širší rodině?

širší rodina

„V mojí širší rodině to nikdo neví, a jestli jim to neřekne máma, tak já nemám potřebu jim to říkat. My se vidáme tak jednou za rok a ani se moc neznáme... jenom víme, jak se jmenujem a tak nemám důvod jim to říkat.“

13. Jak ovlivňovala BAP Vaši fyzickou a psychickou kondici jako neléčená?

kondice

„To teda ovlivnilo neskutečně, protože jsem líněj kus hovna. Ale jako myslím si, že na to dolehla ta doba „covid“... že se mně prostě nic nechce a je to takové, že se nutím jít zaběhat

Kondice

jo, že se půjdu třeba projít a nejdu, protože tam už to znám a je to furt stejný a mám takovou nechuť něco dělat. Dřív jsem cvičila a teď udělám dřep maximálně pro spadlej vajgl, takže ve fyzice mě to ovlivnilo hodně. Tam bych asi zařadila taky tu lenost, protože je taky v hlavě a no jsem obezřetnější, stydlivější už nejsem tak spontánní... rozmyslím si, dost si rozmyslím, co udělám, třeba jako kupovat kabát. Ale jinak asi tak...“

„Řeknu jednu věc a to je, že mám rozházený hormony a to je prostě hrozně těžký, protože v tom hrajou dost velkou roli hormony a řeknu to na plnou hubu a jsem často nadržena jako často jo. Takže mám kamaráda s výhodama dlouhou dobu se kterým to táhnu tak půl roku a stejně jsou teď zavřené okresy, tak je to takový, že už to nějak nevnímám. Ale je to asi jako s kouřením první čas je nejhorší a pak na to zapomeněš třeba dva tři tejdny a dost to se mnou mlátí a nemůžu ho vidět ani dýchat a to nemám ani krámy, prostě mně vadí a pak mám ten zlom, kdy bych ho nejradši sežrala, ale jinak vztah ne... já toho člověka do toho nechci nutit nebo tlačit v tomhle ohledu nejsem jako sobecká.“

„...Musel by mně on dát jasně najevo, že to on zvládá, ale jinak jako nechci do toho nikoho tahat. Jako ono je jako hodně kluků, co mně dávají najevo, že to není nic strašného, ale mně furt vrtá hlavou to, že ok já se mu najednou otevřu a že mu to srdce jako dám a že mu dovolím se mnou být a já si dovolím ho víc milovat nebo toto, ale furt mě to ničí, že to třeba nakonec se mnou nevydrží, protože nakonec v podstatě neví, do čeho jde. Já mu třeba řeknu, že mám bipolárku dobrý a on řekne, že mám bipolárku dobrý, ale vlastně neví, do čeho jde. Takže jako takhle.“

Kondice

• Jak ovlivňuje BAP tyto kondice v době zaléčení?

„Pocituju to, že nemám depky a necejtím to na sobě, že by měly přijít... ale měla jsem mánii, ta teda přišla po první dávce prášků, ale ještě nevím důvod pocítovat změny... protože tydle prášky беру chvílička a někdy na tebe začnou pořádně působit i po měsících nebo si na ně zvykneš a nepůsobí vůbec, tak uvidíme.“

Kondice

14. Jak se promítá tato duševní nemoc do rodinného klimatu Vaší rodiny?

„Jakoby jelikož nebydlím díky tomu původnímu incidentu s mámou, tak nějak nemůžu moc posuzovat, protože máme teď vztahy jakoby dobrý, ale myslím, že kdybych se vrátila domů, tak by asi určitě zhoustla atmosféra... Jakoby ale měla jsem spolubydlící, ale ta když se mi moje stavy zhoršily a ona dojela kolikrát z práce domů a viděla mě klečet před ledničkou v křechách a ubrečenou, když jsem jí ani nedokázala říct, co mi je a často jsem byla i ovíněná,

Kondice

protože jsem měla strašnou chuť na víno a nešlo to kontrolovat... tak za nějaký čas se prostě odstěhovala radši zpátky k rodičům. Takže jakoby to klima to ovlivňuje hodně no... "

15. Jak je spojena BAP s volným časem vyhrazeným pro relaxování?

relax
+
volný
čas

„No... tak to změny jsou a docela brutální, protože abych si šla udělat třeba nehty, masku nebo obočí a tak, na to spíš seru, než abych se tím uklidňovala. Naštěstí to jako neovlivňuje moji hygienickou stránku, právě naopak jsem taková, že všechno špatný ze sebe musím smýt, jo... ať se jedná o čištění zubů o osprchování nebo mytí vlasů tak to v pohodě, ale taková ta péče o sebe, relax a todlenc, tak na to dost prdím.“ relax

16. Jak ovlivnilo Vaše duševní onemocnění kulturní vyžití Vaší rodiny? (např. cestování, vstup do kina, účast v divadle)

Volný
čas

Volný
čas

„Hmmm... tak to ovlivnilo jako dost! Zaprvý, jak říkám, tak mi skončila spontánnost, pokud teda jako nemám máni vyloženě a navíc na mě teď jako každé prdí, takže podniknout sama nic nejdu. Ale to mě ovlivnilo dost, protože já kvůli tomu nemůžu plánovat dopředu, takže jako jet si tady na víkend někam je dost riskantní už skrz to, že emmm... já tady v pátek jsem v pohodě a v sobotu a neděli už můžu bejt v prdeli, to prostě nikam nejdu jo, mám nízký sebevědomí a prostě nutím se. Tyvole, vylez z tý postele a jít mezi cizí lidi ven, cizí prostředí, to mě jako ovlivnilo dost, takže nějaký výlety a dovolený to je tady pasé už jo... nebo jít tady na vodu na pár dní, to je hrozný risk prostě. Nevím, s čím se probudím. Taký skrz to nemůžu jako plánovat hodně dopředu! Dneska mám tebe, zítra jdu pomoci tátovi a už jsou to plány dopředu a já si pak furt vsugerovávám, že zejtra prostě musím bejt v pohodě toto motto... a vstanu dřív a nachystám se a je to v pohodě, ale mít to tak třeba celý týden, tak já si myslím, že jako vůbec... já jít na týden na dovolenou, tak já jsem schopná ty peníze proležet v dečkách v tmavým pokojí na hotelu. Takže v tomhle mě to ovlivnilo jako dost!“

17. Jaký má vliv BAP na Vaše vztahy s přáteli a známými?

Přátelé

„no... žádný. Prostě furt nemají čas... takhle! Já si myslím, že jim to je jedno. Oni neví, co to vlastně je, o co de. Jo... oni fakt pokud se mnou nežijou 24/7, tak to prostě nepoznají, to se neví. A když jim to řeknu, tak si z toho nevyvodí to, co by měli. Řeknou ti, že je to mrzí a je to i milý, ale že by sami se nad tím jako zamysleli, co by to pro mě mohlo být, tak to né.“

Přítel

Přijde mi, že se mi spíš vyhýbaj a já jim to vlastně ani nemám za zlý... je to asi jako děsí, že neví, jak se ke mně maj chovat, jo. Že, aby to třeba nepříhoršili nebo tak.“

18. Proč si se rozhodl/a navštívit psychologa/psychiatra a začít s léčebným procesem?

Diagnóza

„No protože jsem doufala, že mě to hodí zpět do pohody. Zase zpátky do toho mýho pravýho já, ale to jsem stejně postupně zjišťovala, že taková už budu celý život, ale ono to bylo takhle: já i když jsem zjistila, že mám pravděpodobně teda tu bipolárku, tak jsem se s tím sama už snažila vyrovnat, jako že už celý život nebudu, co to bejvalo a co bych chtěla být jo... a že už to nikdy nebudu já. Tak i přes to jsem tam chtěla mít tu jistotu, že je tam fakt někde ta naděje, že to jsou jenom obyčejný depky nebo prostě si stačí jen promluvit, že to prostě třeba jen přejde... no a nakonec, když mi řekla, že to teda ta bipolárka nakonec je, tak stejně přišel ten pocit zase se s tím smířovat a vědět, že je to skutečnost a že už s tím prostě musím žít...“