

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2019-2021

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Květa Cinglová

**Vzdělávání studentů s hraniční a bipolární poruchou
osobnosti**

Praha 2021

Vedoucí diplomové práce:

doc. PaedDr. Eva Šotolová, Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

MASTER COMBINED (PART TIME) STUDIES

2019-2021

DIPLOMA THESIS

Květa Cinglová

**Education of students with borderline and bipolar
personality disorder**

Prague 2021

The Diploma Thesis Work Supervisor:

doc. PaedDr. Eva Šotolová, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 21. 2. 2021

Jméno autorky: Květa Cinglová

Poděkování

Ráda bych velmi poděkovala paní docentce doc. PhDr. Evě Šotolové, Ph.D. za vedení této diplomové práce, cenné rady a vstřícný a milý přístup. Opomenout ale nelze ani všechny ty, kteří se do práce ochotně zapojili a stali se tak nedílnou součástí praktické části této práce.

Anotace

Hlavním tématem této diplomové práce je vzdělávání studentů s poruchou osobnosti. V práci se pokoušíme upozornit na problematiku poruch osobnosti v souvislosti s vyšším vzděláváním u dospělých klientů, kteří trpí hraniční či bipolární poruchou osobnosti. Řešíme otázky, které mají za úkol odkrýt problematiku a stigmatizaci psychických onemocnění. Z několika okruhů otázek, které jsou návodné a otevřené, se také pokoušíme zjistit, s jakými úskalími se musí studenti s psychickými poruchami denně setkávat na cestě k započetí či k ukončení svého dalšího vzdělávání. Všechny tyto otázky jsou vytvořeny autorkou práce a následně zpracovány na základě rozhovorů s jednotlivými respondenty, studenty s hraniční či bipolární poruchou osobnosti. V samotném závěru práce se snažíme nastínit možnosti podporovaného vzdělávání a činnost center pro studenty se specifickými potřebami, konkrétně se zaměřením na práci se studenty s psychickým onemocněním.

Klíčová slova:

vzdělávání, dospělí studenti, bipolární porucha osobnosti, hraniční porucha osobnosti, podporované vzdělávání, poruchy osobnosti

Annotation

The main topic of this diploma thesis is the education of students with personality disorders. We want to highlight problematics of personality disorder in context of higher education of adult clients, who suffer from borderline disorder or personality disorder. We answer the questions, that should uncover problematics and stigmatization of mental illness. From several areas of questions, which are guided and opened, we also try to find difficulties, that students suffering with psychical disorders have to daily overcome on their way to start or finish their next education. All of these questions have been created by the author of this thesis and the outcome is based on the interviews with individual respondents – students with borderline or bipolar personality disorder. At the end of this thesis, we try to suggest some possibilities of supported education and activities of centers for students with specific needs, especially those suffering mental illness.

Keywords:

adult students, education, bipolar personality disorder, borderline personality disorder, personality disorders, supported education

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 VZDĚLÁVÁNÍ DOSPĚLÝCH.....	12
1.1 Dospělost a její vymezení	12
1.2 Vzdělávání dospělých – vymezení	13
1.3 Specifika vzdělávání dospělých.....	14
1.3.1 Formy vzdělávání.....	15
1.3.2 Motivace ve vzdělávání dospělých	16
1.4 Motivace a problémy s motivací ve vzdělávání dospělých	18
1.4.1 Vzdělávání dospělých a jejich postoje	18
1.4.2 Ekonomické/ finanční hledisko.....	19
2 VZDĚLÁVÁNÍ STUDENTŮ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	20
2.1 Mýty a fakta o studentech s duševním onemocněním.	20
3 PORUCHY OSOBNOSTI.....	23
3.1 Psychoanalytické teorie	23
3.2 Analytické teorie.....	24
3.3 Transakční teorie /analýza	24
3.4 Porucha osobnosti	25
3.5 Projevy poruchy osobnosti.....	25
3.6 Odlišnosti u lidí s poruchou osobnosti, společenské normy	26
4 HRANIČNÍ PORUCHA OSOBNOSTI.....	27
4.1 Charakteristické rysy hraniční poruchy osobnosti.....	29
4.2 Příčiny vzniku hraniční poruchy osobnosti	31
4.2.1 Rodinné prostředí.....	31
4.3 Typické projevy v chování a myšlení u klientů s HPO	32
4.3.1 Agresivita.....	32
4.3.2 Pocity prázdnoty	32
4.3.3 Suicidalita	33
4.3.4 Sebepoškozování.....	33
4.4 Přidružené diagnózy – komorbidita a závislost	34
4.4.1 Komorbidita	34
4.4.2 Závislost.....	34

4.5	Interpersonální vztahy lidí s hraniční poruchou osobnosti	35
4.5.1	Partnerské vztahy	36
5	BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHA	38
5.1	Charakteristika bipolární afektivní poruchy	38
5.2	Vznik a průběh BAP	39
5.3	Klinický obraz.....	40
5.3.1	Mánie	40
5.3.2	Hypománie.....	41
5.3.3	Deprese	41
5.3.4	Smíšená epizoda.....	42
6	VZDĚLAVATELNOST A UPLATNITELNOST KLIENTŮ S HRANIČNÍ A BIPOLÁRNÍ PORUCHOU OSOBNOSTI	43
6.1	Vzdělávání a zaměstnání	43
6.1.1	Vzdělávání	43
6.1.2	Zaměstnání	44
6.2	Stigma	44
7	METODOLOGIE VÝZKUMU	46
7.1	Výzkumné metody	46
7.1.1	Kvalitativní výzkum.....	46
7.1.2	NARATIVNÍ VÝZKUM.....	47
7.1.3	Kódování jako proces analýzy dat v kvalitativní analýze	48
	PRAKTICKÁ ČÁST	50
8	VÝZKUM A OTÁZKY K VÝZKUMU.....	50
8.1	CÍL VÝZKUMU.....	50
8.2	ETIKA VÝZKUMU	50
8.2.1	Otázky k rozhovorům.....	50
8.3	Pravidla k rozhovoru.....	51
8.4	Okruhy otázek k narativnímu rozhovoru	52
9	ROZHOVORY K VÝZKUMU.....	54
9.1	ROZHOVOR 1	54
9.2	ROZHOVOR 2	57

9.3	ROZHOVOR 3	60
9.4	ROZHOVOR 4	63
9.5	ROZHOVOR 5	65
10	ZÁVĚREČNÉ ŠETŘENÍ VÝPOVĚDÍ A KÓDOVÁNÍ.....	67
11	NÁVRHY K PODPOROVANÉMU VZDĚLÁVÁNÍ A PRÁCI SE STUDENTY S DUŠEVNÍMI PORUCHAMI.....	68
11.1	Podporované vzdělávání	70
11.1.1	INKLUZIVNÍ VZDĚLÁVÁNÍ.....	71
11.1.2	Recovery/Proces zotavení se z duševní nemoci.	71
11.1.3	Psychosociální rehabilitace.....	72
11.1.4	Poslání a principy podporovaného vzdělávání	72
11.2	Duševní onemocnění a s Ním spojená omezení ve vzdělávání	72
11.3	Překážky ve studiu	73
11.3.1	Bariéry spojené s osobními faktory	73
11.3.2	Bariéry spojené se vzdělávacím prostředím	74
11.3.3	Bariéry spojené se sociálním prostředím	75
12	CENTRA PRO STUDENTY SE SPECIFICKÝMI POTŘEBAMI.....	76
	ZÁVĚR	77
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	78
	SEZNAM ZKRATEK	81
	SEZNAM PŘÍLOH.....	82

ÚVOD

V této diplomové práci se budeme zabývat problematikou poruch osobnosti s ohledem na vzdělávání. Téma bylo zvoleno z toho důvodu, že se autorka dlouhodobě zajímá o poruchy osobnosti a přimělo jí k tomu především přátelství s množstvím lidí, kteří nějakou z poruch zmíněných v této práci trpí. A protože nejčastěji diagnostikovanými poruchami osobnosti jsou právě hraniční a bipolárně afektivní porucha, bylo zvoleno toto téma.

Vzdělávání je důležitou součástí našich životů, kdo je nevzdělaný, nemá příliš šancí se někde uplatnit, kdo má ale nějaké problémy, ať už zdravotní nebo duševní, nemá moc možnost výběru, mnohdy to, zda dostuduje nebo získá dobré zaměstnání nemůže s ohledem na svůj stav ani ovlivnit.

V autorčině okolí se vyskytuje velké množství lidí s duševní poruchou a většina z nich má zájem o studium a směřuje právě touto cestou. Problémem je však právě to, že na této cestě musí lidé překonávat spoustu překážek, což je pro zdravého člověka s běžnou frustrační tolerancí jednoznačně v pořádku, někdy ho to posouvá a učí ho to novým věcem.

Lidé s duševním onemocněním mají ale daleko nižší frustrační toleranci, trpí stresem, depresi, úzkostmi, stigmatizací, dokáže je vykolejit maličkost a vzhledem k tomu, že v dnešní době se vyžaduje ve vzdělávání i v zaměstnání také velká osobnostní odolnost, často se setkávají s nepochopením, díky kterému pak ještě více selhávají. Neznamená to ale, že takoví lidé nemají dostatek inteligence ke studiu, naopak, mnoho lidí s duševními poruchami jsou lidé nadprůměrně inteligentní, a právě vysoká inteligence může být rovněž jedním z faktorů, díky kterým se snáze rozvine duševní porucha. Nepochopení a stigmatizace lidí s duševními poruchami je tak markantní, že tyto lidé většinou zůstávají zavření doma a pobírají důchod nebo hazardují se svým zdravím, protože se snaží vše překonávat i přes své onemocnění, což může vést k vyhoření nebo dokonce až k suicidálním pokusům.

V dnešní době se snaží společnost dbát na individualitu člověka, již na základní škole se setkáváme s individuálními vzdělávacími plány většinou z důvodu poruch učení, ale

poruchy osobnosti obvykle bývají diagnostikovány ve vyšším věku, v dospělosti, aby byly opravdu průkazné a na to už málokdo myslí. Pro dospělého člověka je pak těžší přiznat, že potřebuje pomoc a individuální přístup, protože porucha osobnosti z něj rozhodně nedělá někoho, kdo je neschopný a nevzdělavatelný. Pojďme tedy společně přispět k destigmatizaci takových poruch, pojdme se pokusit přijít na to, jak přistupovat k takovým lidem, aby se mohli vzdělávat, a především, aby vzdělávání bylo v co nejvyšší možné míře klidné a podporující, nikoliv frustrační a stresující.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VZDĚLÁVÁNÍ DOSPĚLÝCH

Abychom mohli vůbec začít s tím, co je to vzdělávání dospělých a jaký vliv na dospělého člověka má, musíme si nejprve vymezit pojem dospělost. Vzdělávání je totiž v každém věku jiné a rozdílné. Dospělý člověk, který se vzdělávat chce, má více motivace. Děti často berou vzdělávání jako povinnost či nutné zlo, dospělý se však již rozhoduje svobodně, zda se vzdělávat chce či ne.

1.1 DOSPĚLOST A JEJÍ VYMEZENÍ

Dospělost nelze vymezit úplně přesně danou definicí. Je to z toho důvodu, že na dospělost se lze dívat z více hledisek na základě různých vědních disciplín. Například z právního hlediska dospělost znamená získání práv a povinností, dle sociologie je dospělý ten, kdo převzal nové sociální role, z hlediska biologického se řídíme fyzickou zralostí, pedagogika nám zase určuje dospělého jako vychovatele, tedy někoho, kdo se dokáže postarat o potomky a psychologie pak vyzdvihuje charakter, schopnost stabilizace různých forem chování, ale také myšlení.

Co se týče vzdělávání dospělých jeví se nám jako celkem vhodné hledisko toto věkové členění (Hartl, 1999):

- a) období 16 až 23let – **rané mládí** – jedinec dosáhl emoční nezávislosti, rozvoj etického systému, volba profese
- b) období 23 až 35 let – **raná dospělost** – přijetí občanské odpovědnosti, nástup do zaměstnání
- c) období 35 až 45 let – **přechod do středního věku** – přizpůsobení měnícím se časovým perspektivám, revize profesních plánů
- d) období 45 až 57 let – **střední dospělost** – společenské aktivity zralého občana, dosažení profesní kariéry nebo přechod na jinou profesi
- e) období 57 až 65 let – **přechod do pozdní dospělosti** – příprava na odchod do důchodu

- f) období - 65 a více let – **pozdní dospělost** – přizpůsobení se odchodu do důchodu, udržení osobní integrity

Člověk se může vzdělávat po celou dobu svého života. V dospělém věku však už učení nevnímá jen jako přípravu pro život, ale vzdělávání je součástí procesu jeho života a navazuje na socializaci a individualizaci každého z nás. Z tohoto důvodu začaly vznikat termíny jako je celoživotní vzdělávání, andragogika – vzdělávání dospělých či třeba gerontagogika – vzdělávání seniorů, která je součástí andragogiky. Tyto pojmy se pokusíme vysvětlit v následujících kapitolách.

1.2 VZDĚLÁVÁNÍ DOSPĚLÝCH – VYMEZENÍ

Skalka ve své knize *Základy pedagogiky dospělých* (1989) vymezuje vzdělávání dospělých jako proces cílevědomého a systematického osvojení lidských zkušeností, vědomostí, poznatků, návyků a schopností, které je dospělý poté schopen využít jak v pracovní, tak i v sociální sféře svého života. S postupem let se samozřejmě náhled na vzdělávání dospělých výrazně změnil, ale to, co jsme výše zmínili, zůstává. Přidávají se však další faktory, na které navážeme.

Od vzdělávání dospělých se očekává především přínos pro stabilizaci a rozvoj společnosti (Beneš, 2009). Zároveň však může být i výborným vyplněním volného času, např. při již výše zmíněném vzdělávání seniorů.

Dospělí se vzdělávají především proto, aby byli kvalifikovaní či kvalifikovanější. Výhodou je, že dospělý člověk se vzdělává dobrovolně ze svého vlastního uvážení, docházka není povinná a nikdo ho nenutí, aby ve studiu pokračoval. Především jde o zprostředkování vědění – tedy o funkci kvalifikační, o zprostředkování nových znalostí, schopností či dovedností a lépe se uplatnit v pracovním a sociálním životě. Dle míry vzdělání lze také vidět jistou hierarchii pozic v sociální oblasti. Kvalifikace, certifikáty, praxe a zkušenosti mohou dotyčnému zajistit lepší pracovní místo i lepší sociální postavení.

Vzdělávání dospělých v České republice má dlouholetou tradici a po léta procházelo hned několika zásadními změnami. Rozšířily se možnosti toho, co lze studovat a vzniklo velké množství nových oborů a vzdělávacích příležitostí, které zajišťují jakousi svobodu

ve volbě. Termín vzdělávání dospělých tak pokryje širokou oblast vzdělávacích procesů, institucí a programů či podpůrných aktivit ve vzdělávání. (Průcha a kol., 2008).

Dospělí lidé vstupují do procesu vzdělávání jako jedinci, kteří jsou již sociálně zralí, vyspělí a zodpovědní za svá rozhodnutí. Takový člověk má již jasné hodnoty a postoje, získal většinou již také nějaké pracovní dovednosti a životní zkušenosti a má cíle, kterých chce dosáhnout. Nelze ale opomenout ani získané pracovní dovednosti, životní zkušenost, sociální zázemí, zdravotní stav a motivaci ke vzdělávání.

Možné důvody dospělých ke vstupu do procesu vzdělávání: (Beneš, 2009)

- a) studenti mají druhou šanci k získání vzdělání, pokud z nějakých důvodů studovat nemohli nebo studium nedokončili
- b) zvýšení kvalifikace a kompetencí – odborné vzdělání
- c) rozvíjení schopností a dovedností v pracovním i sociálním životě
- d) sociální péče
- e) všeobecný rozhled, individuální rozvoj v různých tématech
- f) zvýšení sociálních kompetencí

1.3 SPECIFIKA VZDĚLÁVÁNÍ DOSPĚLÝCH

Ve vzdělávání dospělých se může ale objevit i velké množství překážek. Je důležité respektovat individualitu vzdělávaného. Je potřeba, aby se jedinec aktivně účastnil procesu učení. Látka se daleko lépe zvládá, pokud navazuje na to, co vzdělávaný již zná a může tedy své znalosti rozvíjet, převádět je do praxe, aby bylo jasné, že znalosti k něčemu jsou a jedinec se je neučí zbytečně, rovněž je výhodná práce skupinová a týmová, také informovanost vzdělávaného o jeho postupu v učení, o dosažených úspěších. Může se ale objevit i období stagnace jedince a je potřeba s ním počítat. Dospělý člověk má ztížené podmínky ke vzdělávání i díky pracovnímu nasazení, rodinnému prostředí apod. (Hartl, 1999)

Na schopnosti učení působí hned několik faktorů – jsou jimi vůle k učení, uvědomělost, intelektuální kapacita, obtížnost dané látky a učení, vytrvalost u učení. (Mužík, 2005)

V souvislosti se specifiky vzdělávání dospělých je rovněž velmi důležité se zabývat produkty učení dospělých.

Prvním produktem jsou informace, což jsou všechna fakta, která jedinci potřebují ke své kvalifikaci. Druhým produktem jsou vědomosti, které si dospělý jedinec osvojuje do paměti a poté je využívá ke kvalifikovanému výkonu. Třetím produktem jsou dovednosti, tedy dispozice, pomocí nichž dospělí jedinci dokážou aplikovat informace a vědomosti v praxi. A posledním produktem jsou návyky, což jsou dovednosti, které má jedinec již zautomatizované a pomocí kterých dokáže provádět určité úkony rychle a bez rozmyslu. (Mužík, 2005)

Vzhledem k tomu, že nároky na dnešní společnost jsou vyšší a vyšší, stoupá také požadavek na rozvoj schopnosti učit se co nejdéle, třeba až do nejvyššího stáří, protože je prokázáno, že lidé, kteří se po celý život učí a vzdělávají, se dožívají vyššího věku. (Hartl, 2004)

Pro efektivní učení je důležité splnit tyto tři podmínky (Šerák 2009):

- **možnost se učit** – zde záleží na fyzických a sociálních aspektech života
- **chtít se učit** – záleží na vnitřní motivaci, bez níž je zcela nemožné se učit
- **umět se učit** – ovládnutí kvalitních a efektivních postupů učení

1.3.1 FORMY VZDĚLÁVÁNÍ

Vzdělávání dospělých zároveň probíhá rozdílně než běžné vzdělávání. Jsou využívány především formy večerní, dálkové, distanční a kombinované.

- **Večerní forma studia** – jak již vyplývá z názvu, studium probíhá většinou ve večerních či odpoledních hodinách, především po pracovní době (cca 18 hodin týdně)
- **Dálková forma studia** – samostudium a samostatné plnění dílčích úkolů, forma konzultací (cca 200 hodin za školní rok)
- **Distanční forma studia** – samostatné studium za pomoci, a to převážně prostřednictvím informačních technologií s individuálními konzultacemi
- **Kombinovaná forma studia** – střídání denního studia a některé z výše zmíněných forem (distanční, dálková atd.)

Vzdělávání dospělých má svá specifika i v oblasti hodnocení. Vzdělávající by měl věnovat více pozornosti průběžnému pozitivnímu hodnocení a vzdělávané by se měl snažit brát jako rovnocenné partnery vzhledem k tomu, že jsou to dospělí posluchači. Dospělí jedinci bývají k novým poznatkům kritičtí, zajímají se především o využitelnost a efektivitu daného vzdělávání v praktickém životě. Není tedy od věci propojovat teoretické poznatky s poznatky z pracovního života či s životními zkušenostmi a snažit se nechat studenty samostatně a svobodně myslet a jednat. Také by měl být kladen velký důraz na rozdíly v myšlení, vnímání a pozornosti.

1.3.2 MOTIVACE VE VZDĚLÁVÁNÍ DOSPĚLÝCH

Motivace je důležitou součástí všech aspektů života a všech osobností. Ve vzdělávání to samozřejmě platí také. Může být velmi proměnlivá, závisí velmi i na zájmech, postojích, hodnotách a zaměření dané osobnosti. Je nosným bodem k udržení aktivity do okamžiku, než jedinec dojde ke svému stanovenému cíli. Z odborných publikací víme, že lze rozlišit dva základní druhy motivace, kterými jsou motivace vnitřní a motivace vnější. Vnitřní motivace je to, co je součástí dané osobnosti, vychází tedy z nás samotných, a pokud jsme k nějaké činnosti my sami motivovaní, nalzáme v ní většinou potěšení a je pro nás činností příjemnou. Vnější motivaci míníme spíše tlak okolí, tedy v případě vzdělávání lze vnější motivaci brát například tak, že jedinci vstupují do vzdělávání, protože je to v dnešní době samozřejmě již téměř nutností, ale není to třeba tak úplně jejich osobní přání. (Rabušicová, 2008)

Dle Průchy a kol. (2008, s. 158) „*je motivace souhrn vnitřních i vnějších faktorů, které spouštějí lidské jednání, aktivují ho, dodávají mu energii, zaměřují toto jednání určitým směrem (snaha něčeho dosáhnout anebo něčemu se vyhnout), udržují ho v chodu, řídí jeho průběh i způsob dosahování výsledků, navozují hodnocení vlastního jednání a prožívání, vlastních úspěchů a neúspěchů, vztahů s okolím*“

Někteří autoři ale například popisují motivaci jako souhrnné označení pro motivy a je pro ně důležité, aby byl popsán motiv toho, co vede k nějaké aktivitě. (Říčan, 2007) Motiv je „*pohnutka, příčina činností či jednání člověka zaměřená na uspokojení určité potřeby. Motiv má cíl a směr, intenzitu a trvalost. Pramení z podnětů vnitřních, ať již vědomých, bezděčných či podvědomých, anebo vnějších.*“ (Hartl, 1999, s. 129)

Mladí lidé mají motivaci ke vzdělávání především z důvodu budoucího profesního uplatnění, starší lidé preferují motivace spojené s trávením volného času. Z hlediska věku lze tedy říci, že starší lidé jsou více orientovaní na uspokojování vyšších potřeb. (Beneš, 2008)

Existuje mnoho faktorů, které ovlivňují vzdělávání dospělých. Nikdy nejsme motivováni jen jedním faktorem, ale hned několika komplexními motivy, které se mohou měnit, vyvíjet a propojovat. M. Beneš (2008) uvádí jako typy motivů k účasti na vzdělávání například sociální kontakty, kdy se účastníci snaží navázat kontakt s druhými lidmi, přátelství, pracují v týmech či skupinách. Rovněž uvádí sociální podněty, kdy se účastníci snaží nalézt jakýsi prostor nezatížený každodenními stereotypy, tlaky a frustracemi z běžného života, profesní důvody související s rozvojem pracovní pozice, participaci na politickém životě - tedy možnost vidět názory druhých a debatovat o nich, zlepšit tak své schopnosti v této oblasti, vnější očekávání – následování požadavků zaměstnavatele, rodiny či přátel nebo kognitivní zájmy, které vycházejí z nás samotných, z našich hodnot a zájmů a pomáhají nám získávat nové znalosti a dovednosti.

Motivace je tedy takovou vnitřní silou, která aktivuje naše schopnosti směrem k dosažení daného cíle. Je ale důležité umět, chtít a moci, protože jedinci, kteří mají možnosti, tedy mohou, mají hodnoty a postoje, chtějí a mají dostatek znalostí a dovedností – umějí, bývají zpravidla těmi, kteří neustále dobrovolně svoje vzdělání doplňují a rozšiřují svoji kvalifikaci. Naopak ti jedinci, kteří tato kritéria nesplňují a tzv. nemohou, neumějí, ale chtěli by, bývají lidé vzdělaní, protože jejich motivací je především pocíťování nedostatku určitých znalostí a dovedností. Třetí skupinou vzdělávaných jsou lidé, kteří nemohou a nechtějí – mají určitě znalosti a dovednosti, ale nemají žádnou motivaci a nedovedou se učit.

Motivaci může ovlivňovat také společenská úroveň, úroveň organizace a úroveň jednotlivce. Společenskou úrovní jsou myšleny postoje a uznávané hodnoty společnosti, to, jak společnost vnímá vzdělávání a jakou hodnotu mu přikládá, jak jsou vzdělaní lidé společností oceňováni.

Na úrovni organizace řešíme celkový záměr a strategii daných organizací, jaké jsou v nich podmínky pro vzdělávání, zda jsou součástí organizační kultury, jak oceňují a hodnotí.

U jednotlivce se opíráme o pozitivní zkušenosti ve vzdělávání, ty jsou totiž klíčovou motivací, dotýčný se totiž chce dále vzdělávat, protože jeho zkušenosti byly příjemné a jsou rovněž základem pro úspěšné celoživotní vzdělávání.

Celoživotně vzdělávat by se měli všichni ti, kteří si chtějí udržovat či zvýšit svou životní úroveň, protože věci se rychle mění a je potřeba tyto změny zvládat, reflektovat je a přizpůsobovat se jim. Každý jedinec by měl být schopný vynaložit úsilí k tomu, aby byl úspěšný, záleží to však opravdu a jen na každém z nás a nelze opomenout, že naše populace není celoživotnímu vzdělávání příliš nakloněna. (Kalous, 2006)

1.4 MOTIVACE A PROBLÉMY S MOTIVACÍ VE VZDĚLÁVÁNÍ DOSPĚLÝCH

Problémů s motivací může samozřejmě nastat velké množství. Základní problémy se zde pokusíme nastínit, ale zaměříme se především na problémy související s duševními poruchami. Půjde nám zde především o postoje, ekonomické podmínky a organizační možnosti. Co se postojů týče, máme zde názory, že vzdělání, které člověk absolvuje ve škole, bude dostačujícím vzděláním pro celý život.

1.4.1 VZDĚLÁVÁNÍ DOSPĚLÝCH A JEJICH POSTOJE

Dospělí často mívají pocit, že absolvováním nějakého oboru končí veškeré vzdělávání a bude jim tedy stačit po zbytek života. Velmi často se stává, že kvůli tomuto postoji a demotivaci, kvůli tomu, že započítí nového studia vyžaduje překonání mnohých překážek, které se studiem souvisí, lidé odradí sami sebe ještě před tím, než se vůbec pro další vzdělávání rozhodnou. Lze to chápat i tak, že každý dospělý člověk má i nějaké sociální postavení a případné neúspěchy ve studiu, které mohou potkat vlivem pracovní a třeba také rodinné vytíženosti každého, mohou mít dle daného jedince na takové postavení velký vliv. Je to jakási ztráta své vydobyté pozice, která nikdy není příjemná.

1.4.2 EKONOMICKÉ/ FINANČNÍ HLEDISKO

Dalším důležitým hlediskem je samozřejmě také hledisko finanční, tedy ekonomické. Vzdělání je velmi drahá záležitost a zároveň úspěšný konec není zaručen, vzdělávání a absolvování některého oboru je záležitostí několika let. Nelze se tedy divit, že ekonomické hledisko má vliv na rozhodování ohledně studia. Většinu aktivit si studenti v celoživotním vzdělávání hradí sami, což je velká nevýhoda, protože pokud by stát byl jakýmsi garantem celoživotního vzdělávání a nebylo by finančně náročné, rozhodlo by se pro něj určitě daleko více lidí.

2 VZDĚLÁVÁNÍ STUDENTŮ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Co se týče vzdělávání lidí s duševními poruchami, je to případ ještě daleko zapleklitější. Tito lidé potřebují jakousi flexibilitu, potřebují mít možnosti si vybrat, jak jednotlivé části studia a úkony budou plnit. V podstatě nikdy nemohou plánovat a předpokládat, že se situace vyvine směrem, který si zadali, protože duševní porucha může velmi narušovat systém práce, může zasahovat do nálady a schopnosti něco dělat.

Pokud není člověku fyzicky dobře, vezme si volno, snaží se vyléčit, pokud člověku není dobře psychicky, měl by situaci řešit obdobným způsobem, což je bohužel mnohdy opomínáno, protože duševní poruchy jsou stále jistým stigmatem a mnoho lidí je nebere jako nemoc, kterou je rovněž potřeba léčit. Je proto důležité, aby bylo k takovým lidem přistupováno individuálně, aby měli různé možnosti. Většina lidí s duševní poruchou oplývá nadprůměrným intelektem, což je také jeden z faktorů, které mnohdy částečně stojí za rozvinutím duševní poruchy – inteligentní lidé daleko více o všem přemýšlí.

2.1 MÝTY A FAKTA O STUDENTECH S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.

Z tzv. toolkitu podporovaného vzdělávání se dozvídáme o různých mýtech, které ve společnosti přežívají a snažíme se je vyvracet nezpochybnitelnými fakty. Těchto mýtů je celkem devět a velmi úzce souvisí právě se stigmatem duševních onemocnění ve společnosti.

Mýtus a fakt č.1

O lidech s duševním onemocněním se říká, že zcela jistě nebudou schopni zvládat studia na vysoké škole právě kvůli vysokým nárokům. Toto ale vyvrací fakt, že s podporou a přizpůsobením studia jejich individuálním potřebám, jsou schopni studia zvládnout a být v nich úspěšní, mnohdy i s nadprůměrnými výsledky.

Mýtus a fakt č.2

Lidé, kteří trpí duševním onemocněním, mají údajně narušovat prostředí akademické půdy. Faktem ale je, že klienti s duševním onemocněním nenaruší toto prostředí víc než ostatní studenti se specifickými potřebami.

Mýtus a fakt č.3

O lidech s duševním onemocněním se rovněž říká, že nemají zájem ani motivaci se vzdělávat. Když však jedinci s duševním onemocněním dostanou příležitost studovat a mají dostatečnou podporu, reagují převážně pozitivně a studium zvládají.

Mýtus a fakt č.4

Psychicky nemocní nezvládají stres, který na ně vyšší vzdělávání klade. Toto také není úplně tak pravda. Studentům může pomoci proces recovery, o kterém se v práci ještě více zmiňujeme na s. 71 v kapitole „Návrhy k podporovanému vzdělávání“. Tento proces jim pomůže se adaptovat na stres, který si sami určí a mají zároveň možnosti naučit se stres snižovat.

Mýtus a fakt č.5

Lidé často používají slovní spojení „rovné příležitosti“ a spojují ho s vysvětlením, že tyto rovné příležitosti znamenají, že by měl být rovný přístup ke všem, a tedy se všemi zacházeno stejným způsobem. Faktem ale je, že rovné příležitosti uznávají, že jsou lidé z mnohých důvodů znevýhodněni a potřebují individuální podporu, a pracují s tímto faktem tak, aby každý znevýhodněný mohl využít svůj potenciál.

Mýtus a fakt č. 6

Studenti s psychickými onemocněními bývají až moc nároční na čas, mají příliš komplikované potřeby, které nelze podpořit a zajistit tak individuální přístup v prostředí vyššího vzdělávání. Opět musíme vyvrátit tento mýtus, studenti bývají s dostatečnou podporou opravdu ke studiu namotivováni a mohou si vést dobře. Často se dokonce stává, že když se vyskytne nějaký problém a nikdo si s ním neví rady, tyto studenti už mohli na

takový problém narazit, protože o věcech hodně přemýšlí, a tak snáze mohou přijít s možnostmi řešení a různými alternativami.

Mýtus a fakt č.7

Pro studenty s duševním onemocněním není vhodné studium psychologie, sociální práce či medicíny. Vzhledem k tomu, že mají studenti s duševním onemocněním stejné právo na vzdělání jako ostatní studenti, nelze na to takto nahlížet. Mnohdy mají schopnosti a dovednosti, se kterými se do takových studií mohou klidně pustit. V mnoha případech jsou dokonce výrazně empatictější a na podobných místech a v podobných profesích nakonec skončí.

Mýtus a fakt č.8

Studenti s duševním onemocněním potřebují mimořádný přístup a mimořádné vybavení, což je časově náročné a takový speciální čas ze strany zaměstnanců školy je nemyslitelnou věcí. Není však možné toto takto zobecnit. Někteří studenti sice vyžadují speciální vybavení či čas zaměstnanců, ale jiní třeba ani nic takového nevyžadují. Potřeby mohou být jen okrajové, a tedy nezatíží zaměstnance více než jiní studenti se specifickými potřebami.

Mýtus a fakt č.9

Studentům s duševním onemocněním bude lépe, když budou studovat dálkově či externě. Toto může být pravdou, ale nemusí. Opět se opíráme o fakt, že studenti potřebují individuální podporu, která ale znamená, že každý je jiný, ne to, že každý student s hraniční poruchou je stejný jako další student se stejnou poruchou, jak k tomu mnohdy přistupují zaměstnanci škol. Dálková studia mohou mít i výhody, někteří studenti s duševním onemocněním dávají takovému studiu přednost, někteří ale dávají přednost studiu prezenčnímu, protože jim chybí sociální interakce, o kterou stojí. Je to osobní individuální volba, která by měla být dozajista zohledněna dle osobnostních podmínek a preferencí. Flexibilita v podobě dálkového nebo externího studia může některým vyhovovat více, některým méně. Proto stále platí, že je důležité vnímat potřeby daného jedince a přizpůsobovat je vhodně na míru jeho osobnosti. (Toolkit podporovaného vzdělávání, online, 2000)

3 PORUCHY OSOBNOSTI

Z hlediska psychologie naši osobnost tvoří prožívání, ve kterém je důležité naše ego, tedy “já” a naše identita. Osobnost by měla být považována za pojem, který nelze definovat přímo, protože teorií osobnosti je velké množství. Důležitá je určitě psychoanalytická teorie Sigmunda Freuda, Berneho transakční teorie osobnosti nebo třeba Jung a jeho teorie analytická neboli komplexní.

3.1 PSYCHOANALYTICKÉ TEORIE

Freud rozděluje psychiku na vědomí, podvědomí a nevědomí, jejichž hnacím motorem je energie pudů, kterou jinak můžeme chápat jako energii, která má povahu libida. V pozdějších verzích psychoanalytických teorií Freud rozeznává také id, ego a superego.

Id utváří ego, je to jednání pomocí pudů. Ego je podložené realitou a tím, co skutečně v životě děláme, v jakém sociálním prostředí se pohybujeme a na něm je postaveno superego, které je tzv. naším svědomím a utváří ideální svět na podkladech a požadavcích ega. Pomocí ega zároveň zvládáme obranné mechanismy, které nám pomáhají řešit konflikty mezi všemi těmito složkami na úrovni id, ego, superego.

Pokud ale člověk trpí poruchou osobnosti, mají nezdravé obranné mechanismy, a proto dochází na úrovni těchto tří složek – id, ego, superego ke konfliktům. Známými nezdravými reakcemi jsou například vytěšňování, projekce, sublimace nebo přesunutí. Tyto obranné mechanismy můžeme vidět i v teoriích dcery Sigmunda Freuda, Anny Freudové. Za Freudovy pokračovatele můžeme považovat třeba Eriksona, který se zasadil o vznik neopsychoanalytické koncepce, kdy rozdělil věk člověka na devět období, kde v každém z nich musí osobnost řešit určitý problém. Pokud k vyřešení problému ale nedojde, je velmi znesnadněno řešení dalších psychosociálních krizí. (Höschl a kol., 2007)

3.2 ANALYTICKÉ TEORIE

Jedním z nejvýraznějších Freudových následovníků je Carl Gustav Jung, který přišel se svou komplexní analytickou psychologií. Rozeznával u každého člověka vědomou složku, kterou ovlivňuje složka nevědomá. Nevědomí však rozdělil na nevědomí osobní a nevědomí kolektivní. Osobní bylo ovlivněno zážitky, které dotyčný člověk prožil, a rovněž komplexy vzniklémi na základě těchto osobních zážitků.

Kolektivním nevědomím míníme obsah společný lidstvu jako takovému archetypy – ty dále rozděluje dle pohlaví na anima a animus. Každému přisuzuje archetypy opačného pohlaví, tedy anima mužům a animus ženám. Dalšími archetypy, se kterými Jung pracoval bylo zlo a nepřijatelné chování a jednání, které společnost odsuzuje. Nejvýznamnějším archetypem je však archetyp self neboli já.

Jung rozdělil rovněž člověka na určité typy, nám velmi dobře známé – extroverty a introverty. Toto rozdělení považuje za celkovou psychickou energii člověka.

Jedince otevřené společnosti, aktivní, vnímající realitu, známe jako extrovertní. Introvertní jedinci jsou dle Junga zaměřeni více na svůj vnitřní svět a pocity. Rozlišuje ale rovněž funkce, díky kterým člověk může získat informace, tyto funkce jsou cítění a vnímání. Typy člověka se mohou i prolínat, někteří introverti mohou v nevědomí být extrovertními jedinci a takové chování se může projevit třeba ve snech. Pokud si člověk uvědomuje i své nevědomí, lze ho nazývat člověkem silně intuitivním. (Höschl, 2007)

3.3 TRANSAKČNÍ TEORIE /ANALÝZA

Transakční analýza je psychologická teorie, která zahrnuje všechny prvky psychiky. Typická pro ni je teorie osobnosti a životního scénáře, práce s úrovní rodič – dítě. Inspiraci nalézá ve Freudově pojetí osobnosti. Všechny tyto prvky se objevují v raných fázích života každého jedince a provází ho celým životem. Transakční analýza je komplexním vhledem do života každého člověka a pracuje na základě individuálních zkušeností.

Nejsrozumitelněji podanou transakční teorií osobnosti, je Berneho transakční teorie, která vznikla z teorie psychoanalytické. Berne se samozřejmě rovněž, jako většina analytiků, inspiruje Freudem a jeho stavy ega.

3.4 PORUCHA OSOBNOSTI

Poruchy osobnosti se vyznačují jistými vzorci chování, které mohou vznikat v dětském věku, adolescenci, ale i zkušenostmi v rané dospělosti. Tyto vzorce chování nazýváme jako maladaptivní a považujeme je za chování, které se liší od běžných způsobů, na které jsme zvyklí, vnímáme je tedy jako nepřijatelné. Člověk, který trpí poruchou osobnosti však chování, které společnost může považovat za extrémní, vnímá jako přijatelné a nesnaží se ho nijak měnit, protože je zkrátka jeho nedílnou součástí. Většinou si tento problém ani neuvědomuje.

3.5 PROJEVY PORUCHY OSOBNOSTI

Poruchy osobnosti (dále jako PO) se projevují odlišnostmi v temperamentu, charakteru apod., tím pádem jsou i snadno čitelné pro společnost. Jak již bylo výše zmíněno, tyto vzorce chování považujeme za maladaptivní a jsou v člověku hluboce zakořeněné a přetrvávající. Typické jsou stereotypní reakce v osobních a sociálních vztazích, které mohou tyto vztahy výrazně narušovat.

Poruchy osobnosti bychom měli vidět jako komplexní systém tzv. bio – psycho – socio – spirituální systém, tedy jako poruchy organismu, mysli, prostředí a duše, protože při nich dochází k narušení rovnováhy těchto výše zmíněných složek. (Höschl, 2007).

Diagnostika se v posledních letech opravdu velmi změnila, což vede ke značným obtížím v určování diagnóz a ke kontroverzím. V posledních letech se setkáváme hlavně se dvěma zdroji těchto kontroverzí – nezkušení psychiatři a absolventi s nedostatkem praxe, kteří sice jsou odborníky s dlouholetou praxí, ale zažili dobu, kdy poruchy osobnosti bývaly nazývány psychopatií a od jedinců s poruchami osobnosti se předem očekávalo, že jejich léčba nemůže být úspěšná, a že takoví lidé nebudou spolupracovat. Čím více lidí s poruchami osobnosti přibývá, tím větší pozornost se

věnuje moderní diagnostice a pohled terapeutů, psychologů i psychiatrů se pomalu mění optimističtějším směrem (Praško, 2009).

3.6 ODLIŠNOSTI U LIDÍ S PORUCHOU OSOBNOSTI, SPOLEČENSKÉ NORMY

To, jak se odlišuje chování lidí s PO od společenských norem definuje Mezinárodní klasifikace nemocí (dále už jen MKN - 10).

Základní oblasti, ve kterých se odlišnosti v chování mohou vyskytovat jsou: (Praško, 2003, s. 18)

- a) poznávání, tj. způsoby vnímání a interpretace věcí, lidí a událostí; formování přístupů k sobě a ostatním a představ o sobě a ostatních;*
- b) emotivita (rozsah, intenzita, a přiměřenost emočního vznětu a odpovědi);*
- c) ovládání svých impulzů a uspokojování potřeb;*
- d) způsob chování k ostatním a zvládání interpersonálních situací*

Lidé s poruchami osobnosti prožívají díky svým nezdravým vzorcům chování různé nepříjemné situace, mají problémy se adaptovat ve společnosti, cítí často stres a úzkost a mají rovněž problémy s naplňováním svých cílů a ambicí. Všechny tyto odlišnosti jsou viditelné již v dospívání, což může mít zásadní vliv i na vzdělání, protože jedinci s PO často nezapadnou do kolektivu, často mění školy či studované obory nebo vzdělání nedokončí i přes to, že jejich znalosti, vědomosti a zkušenosti by jim za jiných okolností umožnily studium dokončit. Tito lidé jsou často ovládáni negativními impulzy v oblastech uspokojování svých potřeb, ale také v oblasti interpersonálních vztahů. Ačkoliv dnes již víme, že PO je nemoc, jsou stále odborníci, kteří PO označují jako stav. Jak již bylo výše zmíněno, často se setkáváme u odborníků i jiného zdravotnického personálu s označením psychopatie.

4 HRANIČNÍ PORUCHA OSOBNOSTI

Hraniční porucha osobnosti (dále jen HPO) je jednou z nejznámějších a nejčastěji diagnostikovaných poruch osobnosti. O tomto onemocnění jsou však psychologům, terapeutům i sociálním pracovníkům předávány pouze základní informace, které se týkají pouze těch nejhorších projevů tohoto onemocnění s čímž souvisí i to, že všichni tito pracovníci hovoří o této poruše jako o jedné z nejnáročnějších. Ne vždy to ale musí být tak, že člověk s HPO musí nutně mít všechny extrémní projevy, a proto je důležité ke každému klientovi přistupovat individuálně.

Často se tedy stává, že pracovníci v sociálních službách nezískají potřebný vhled do života a světa takových klientů, a pokud se s takto duševně nemocným setkají, tak je hned napadá, že by si měli dát pozor, protože spolupráce s hraničářem bude problémová a očekává se impulsivita, agresivita a nevyrovnanost. I díky tomu vznikají tak velká stigmata v léčbě duševního onemocnění. Tato diplomová práce má za cíl snížit stigma a zároveň navrhnout možnosti podporovaného vzdělávání lidí s duševní poruchou osobnosti. Pojďme si tedy přiblížit, co všechno může být součástí HPO.

Svět “hraničářů” není jen černobílý, jak se často uvádí v různých studiích. Je to svět, kdy sice tito lidé mají tendenci dívat se na svá trápení pouze ze dvou hledisek, což je snadno popisováno právě příměrem – černá /bílá a nic víc, ale pokud k člověku s HPO od začátku budeme přistupovat komplexněji, dozvíme se, že jeho svět je daleko barvitější a se správnou léčbou může být i velmi kvalitní. Lepší porozumění těmto lidem může vést ke zvýšení efektivity práce na obou stranách, ale rovněž i ke zvýšení motivace k práci na obou stranách – jak na straně klienta, tak na straně terapeuta.

Při dlouhodobém pozorování klientů s HPO bylo vypořádáno, že toto onemocnění má podklady v dětství a vzniká většinou díky nedostatečné péči a emoční nestálosti v rodině. Abychom takovým klientům porozuměli, je důležité se zaměřit na to, co se v klientovi odehrává a zaměřovat se především na způsoby výchovy v rodině, jak je rodinou přijímán a v jakém prostředí vyrůstal. Toto jsou hlavní faktory, které mají na rozvoj poruch osobnosti největší podíl.

Hraniční porucha osobnosti zasahuje do života mladých lidí hlavně ze sociálního hlediska, protože tito lidé mají problém se zařadit mezi vrstevníky, porucha jim rovněž brání ve studiu, práci a v partnerských vztazích. Pokud se o diagnóze dozvídají až ve středním věku, obvykle se projevuje tzv. smyčka neboli bludný kruh, kdy je při rozhovorech s klienty jasné, že do té doby neměli ujasněné, kým jsou, jaké mají cíle, co chtějí, jaké jsou opravdu jejich pocity a názory, a které jsou převzaté od jiných lidí.

Klienti s HPO vyhledají většinou pomoc až v té největší krizi, kdy mají pocit, že došlo ke ztrátě jednoho ze smyslů jejich života - např. při ztrátě někoho blízkého, při rozvodovém řízení nebo když dostanou výpověď v zaměstnání. K psychologovi nebo psychiatrovi se dostanou většinou až po neúspěšných pokusech o sebevraždu, v období depresivních epizod, po psychotických příhodách či při abúzu návykových látek. K HPO jsou často přidružené ještě jiné problémy, čemuž věnujeme kapitolu o komorbiditě. Často se proto stává, že je hraniční porucha rozpoznána až pozdě nebo je zaměňována s jinými poruchami (například s bipolární poruchou) a je velmi složité určit tuto diagnózu správně.

Každý člověk má své potřeby. Tou nejzákladnější je potřeba být tvor sociální, tedy žít ve společnosti a navazovat přátelské a partnerské vztahy. Navazování vztahů je ale pro člověka s HPO velmi obtížná záležitost. Klienti často díky svému černobílému vidění nedokážou rozpoznat, jací lidé jsou. Jejich vztahy bývají velmi náročné, nestabilní a nevyrovnané, protože bývají velmi extrémní v projevech, ale zároveň snadno manipulovatelní, anebo naopak oni mohou být těmi, kteří se svým partnerem manipulují, odstrkují ho a jsou k němu chladní a odtažití. Je tedy jasné, že takové vztahy nemohou dlouho přežít. Přátelské vazby jsou také velmi složitá záležitost, protože hraničáři zkrátka nějakou dobu vidí člověka jako naprosto dokonalého a bezchybného, ale pokud udělá chybu, byť sebemenší, jsou schopni ho zavrhnout a nedají mu šanci situaci napravit. Zároveň ale hraničáři mají ohromný strach ze samoty a popisují prázdnotu, stále si proto hledají nové partnery a nové přátele a dost často k sobě přitahují právě lidi s podobným charakterem a osobností. Nejprve je jejich partner ideální a dokonalý, ale zčistajasna se může stát, že tento názor změní a dotyčného úplně vyřadí ze svého života, a to vše opravdu třeba i bez zjevných příčin.

Z toho všeho vyplývá i stále dokola zmiňovaná stigmatizace, protože ještě stále i ve zdravotnictví převládají názory, že hraniční porucha osobnosti není nemoc, nýbrž stav.

Při práci s klienty s HPO je proto důležité, aby byl dotyčný terapeut dostatečně edukovaný o správných terapeutických přístupech a měl povědomí o pozitivních i negativních, které práce s klientem s touto poruchou bude přinášet. Pokud se terapeut orientuje v této problematice, pomůže mu to velmi v komunikaci s klienty a postupně zjistí, jaké reakce jsou nejvhodnější např. v případě náhlého hněvu, sebedestruktivního či manipulativního chování a dalších výkyvů pro HPO typických.

4.1 CHARAKTERISTICKÉ RYSY HRANIČNÍ PORUCHY OSOBNOSTI

HPO je charakteristická pro svou celkovou nestabilitu. U takto postižených je narušen faktor kognitivní, behaviorální, interpersonální, ale především emocionální. Mezi její projevy tedy patří emoční nestálost, labilita, nízká frustrační tolerance, zkreslený pohled na sebevímání, vztahové konflikty a obecné narušení sociálních vztahů. (Höschl a kol., 2007).

Pro HPO jsou typické změny nálad z minuty na minutu, nestálost, pocity absolutního štěstí či zmaru bez výrazných podnětů, impulzivita, agresivita a úzkostné a depresivní epizody. Hraničáři sami sebe vnímají jako někoho výjimečného. Na druhé straně však převládají pochybnosti o sobě a pocity méněcennosti. Emoční nestálost nabourává interpersonální vztahy, protože absolutní oddanost k sebe samému se během chvilky může proměnit v nenávisť k sebe samému (Atkinson, 2003) a jedinec zažívá chronické pocity prázdna. Pojem HPO vychází z několika forem chování, mezi něž patří například neurotické rysy a epizody psychózy. Právě z toho důvodu je potřeba, aby byl klient správně diagnostikován, protože tato porucha potřebuje jiný přístup a jiné terapeutické intervence než ostatní poruchy osobnosti. Klíčovou roli poté hraje i přístup sociálního pracovníka, psychologa, terapeuta či psychiatra. Jako příklad můžeme udat klienty s neurózou, pro něž musíme zvolit odlišný přístup než pro klienty s HPO neurotického typu, pokud by se tak totiž nestalo, mohli bychom klientům s HPO velmi uškodit. Stejně tak by mohl být fatální psychoanalytický přístup terapie hraniční poruchy osobnosti pro klienty s rozvinutou psychózou. Již Sigmund Freud zmiňoval, že neurotické poruchy mají své počátky v oidipální fázi vývoje, kdežto rané poruchy vznikají ve fázi preoidipální (Röhr, 2012). Kernberg ve své diferenciací diagnostice stanovuje, že lidé s HPO

neurotického typu mají svou identitu integrovanou a jejich obrannými mechanismy jsou intelektualizace a represe, tedy neztrácejí pojem o realitě, kdežto klienti s HPO psychotického typu využívají jako obranný mechanismus difúzi a fragmentaci, tedy primitivní mechanismy – štěpení, projektivní identifikaci, popření, apod. Klienti s HPO jsou schopni dobře odlišit své afekty chování, intrapsychické jevy a myšlenky – reagují realisticky, v souladu s obvyklými společenskými normami a dokážou se oprostít od svých primitivních obranných mechanismů. (Kernberg in Boleloucký, 1993)

Typickou charakteristikou HPO je rovněž nenaplněná emoční potřeba bezpodmínečné lásky a nedospělé ego. Společně to přináší chaos v emočním prožívání, v oddělování dobrého a špatného – klienti si nepřipouštějí, že v dobrém může být něco špatného a ve špatném něco dobrého, což jsou, jak jsme již výše zmínili, typické primitivní obranné mechanismy. Klienti mají narušenou identitu, neví, kým jsou, mnohdy jsou považováni za agresivní, ale ve většině případů se jedná o autoagresi, která je vede k sebepoškozování, jímž si ulevují od náhlých úzkostných a depresivních vztahů či jak sami uvádějí, bolestivého prázdna. Lidé s HPO velmi špatně snášejí kritiku a odmítnutí, protože jejich osobnostní naprogramování jim neustále říká „nejsem dostatečně dobrý“, nebo „jsem nedostatečný“ – což vede k častým suicidálním pokusům.

Emoce u HPO jsou silně narušeny, jedinci sami někdy neví, jak se vlastně mají cítit. V různých situacích reagují extrémním či neadekvátním způsobem. A to, nad čím běžná populace mávne rukou, je dokáže rozzuřit a dostat do afektu, a naopak to, co jiné vyvede z míry, k tomu jsou hraničáři chladní. Afekty, negativní myšlenky a úzkostné pocity se městnají a pak následuje výbuch i při nepatrném podnětu zvenčí. Hraničáři si většinou uvědomí neadekvátnost svých reakcí, ale obvykle už bývá pozdě a následuje pocit viny. Přirovnat bychom je mohli k papiňáku, který vybuchne, když páru nevyпустíme postupně. Městnání těchto negativních pocitů si klienti přináší již z dětství, kdy jim jakékoliv takové pocity byly primárním pečovatelem znevažovány, zlehčovány a odsunovány do pozadí.

4.2 PŘÍČINY VZNIKU HRANIČNÍ PORUCHY OSOBNOSTI

Doposud odborníci nepřinesli dostatečné studie, které by zkoumaly projevy dětí, u nichž se rozvíjí HPO, příčiny vzniku HPO tedy nemůžeme jednoznačně určit. Velmi pravděpodobné však je, že na vzniku HPO se podílí celá řada faktorů. Mluvíme o multifaktoriálních příčinách, které můžeme hledat v genetice, rodině a okolním prostředí. Nemůžeme vyloučit ani zátěže v průběhu těhotenství. Těhotná matka může mít onemocnění, úraz, může zažívat stres – všechny tyto faktory působí na vývoj mozku dítěte a mohou být zdrojem vzniku PO. Stejně tak může vznik PO ovlivnit vliv rodinného prostředí v raném dětství, protože toto prostředí je jedním ze základních a nejdůležitějších k utváření životních postojů (Praško, 2017).

4.2.1 RODINNÉ PROSTŘEDÍ

Hraniční poruchu osobnosti zajímavě popisuje H. P. Röhr ve své knize *Hraniční porucha osobnosti: vznik poruchy, průběh a možnosti jejího překonání*, na příběhu bratří Grimmů s názvem *Janježek*. Poukazuje zde na příčiny vzniku poruchy a rovněž dává možnosti, jak se z ní vymanit. Dle Röhra začíná HPO dramatem rodičů, což se přenáší na dítě, které pak také zažívá drama. Prožitá dramata v rodině se odrážejí v životě každého člověka a generace si je předávají jako dědictví, které má velmi silný vliv především na první roky života dítěte a může ovlivnit, zda se z jedince vyvine silná a zdravá osobnost. Proto se HPO řadí mezi rané poruchy (Röhr, 2012). Největší vliv na vznik HPO má primární pečovatelský vliv. Primární pečovatelský se o dítě stará ve fázi vývoje od 3 do 6 měsíců (Röhr, 2012), což vyvrací Kernberg, který tvrdí, že tato fáze trvá od 4 měsíce do 1 roku (Kernberg in Bolelucky, 1993). Na druhé straně se odborníci baví o období 16 až 30 měsíců, kdy dochází k separačně-individuačnímu procesu, což je období, kdy dítě zkoumá svět kolem sebe, ale stále má ochranu v podobě bezpečné náruče matky. Pokud je mu bezpečná náruč matky odepřena, nebo je dítě příliš trestáno, pak nemůže získat pocit vlastní autonomie (Praško, 2014). Margaret Mahlerová tuto fázi nazývá znovu přiblížením. Jeff Young naproti tomu sestavil schéma složek pro zdravý psychický vývoj dítěte, kterými jsou např. vztahy, ve kterých je jistota a bezpečí, které jsou stabilní a zajišťují vřelou péči a přijetí – v takovém případě dochází k rozvoji vlastní identity, autonomie dítěte a svobody emočních projevů – dítě je hravé a spontánní, má reálné

hranice a sebekontrolu. Pokud složky důležité pro zdravý psychický vývoj dítěte nefungují, nebo chybí, dochází k rozvoji HPO. Většina klientů s HPO vyrostla v prostředí, které bylo velmi konfliktní, byli fyzicky i duševně zanedbáváni, opuštěni, jejich emoční projevy nebyly pochopeny, jejich výchova bývala restriktivní a tvrdá, nebo byli naopak extrémně rozmazlováni. Praško ve své studii zabývající se výzkumem příčin vzniku HPO dokumentuje rovněž vysokou míru zneužívání sexuálního, emočního i fyzického (2017).

4.3 TYPICKÉ PROJEVY V CHOVÁNÍ A MYŠLENÍ U KLIENTŮ S HPO

4.3.1 AGRESIVITA

U jedinců s HPO jsou specifické impulsivní rysy a výbuchy hněvu.

Psychoterapeut Heinz – Peter Röhr vykládá charakteristické rysy HPO na pohádce bratří Grimmů Janježek. Ve výše zmíněné pohádce Janježek můžeme vidět agresivitu v podobě ježčích bodlin. Lidé s HPO občas neovládají své impulzy a může tedy docházet k silným výbuchům hněvu. Rovněž nesnáší kritiku, protože dotyčným v takových situacích automaticky připadá, že je nikdo nemá rád nebo že nestojí za nic. Agresivita je často ale reakcí na afekty, je tedy reaktivní nikoliv cíleně mířená a plánovaná za účelem něčeho dosáhnout. Ve většině případů jde o hněv, který se nějakou dobu hromadí, a poté se projeví ve formě afektu a agrese a je potřeba ho vybit. Nutno říct, že ve většině případů převládá autoagrese – člověk je agresivní sám k sobě a řeší situace ublížením sám sobě. (Praško, 2017)

Autoagresí nemíníme pouze notoricky známé sebepoškozování typu např. řezání žiletkou, ale řadí se sem i zneužívání návykových látek, potíže s jídlem – poruchy příjmu potravy nebo promiskuitní chování. Myslíme tím tedy, že hraničáři směřují své “ostny” (dle výkladu pohádky Janaježka) směrem k sobě, je to tedy vždycky o tom, jak sami se sebou zacházejí, v tomto případě lze mluvit o autoagresi.

4.3.2 POCITY PRÁZDNOTY

Klienti s HPO často popisují svoje pocity jako “prázdnost”. Takové pocity přicházejí v situacích osamocení, tedy v situaci, je počet sociálních kontaktů nedostatečný, protože

hraničáři neumějí využívat své vnitřní zdroje. Prázdnotu nelze srovnávat s pocity osamocení, takové pocity totiž prožívají i lidé zdraví. Samota je plná emocí, protože člověk touží po jiném člověku, objektu nebo po nějaké situaci narušující od pocitů prázdnoty. (Boleloucký a kol., 1993) Prázdnota je charakteristická tím, že je to stav bez emocí, který ale klade několik zásadních otázek, např. otázky typu kým jsem, proč jsem se narodil či otázky o smyslu života a bytí. Lidé s hraniční poruchou tuto prázdnotu popisují také jako “černou díru”, často se ale vyskytují i popisy jako temnota, chlad, nebo to, že si člověk připadá jako emočně mrtvý nebo jako robot, který nevnímá své tělo.

4.3.3 SUICIDALITA

Pacienti s HPO se často dostanou až k psychiatrovi po sebevražedných pokusech. O sebevraždu se pokusí 45 % – 85 % pacientů. Okolí vnímá často tyto pokusy jako demonstrativní nebo nedůležité, ale jakýkoliv takový pokus bychom měli vnímat jako vážný a zároveň i jako volání o pomoc, rozhodně ho nebrat na lehkou váhu. Asi 10 % klientů se podaří dokončit tento čin a ukončit svůj život. Hraničáři jednájí afektovaně, zkratkovitě a impulzivně, což ovlivňuje z velké části i pokusy o suicidium. Když k nim totiž přijdou myšlenky na ukončení života, dokážou v tomto činu začít hledat pozitiva. Suicidium dle klientů s HPO vyřeší jejich bolest, uleví okolí, které se chvíli bude se ztrátou vyrovnávat, ale už se dál nebude muset dívat na to, jak se dotyčný trápí.

Nejvíce jsou pokusy o sebevraždu ohroženi adolescenti a mladí dospělí, lidé, kteří jsou v začátcích své terapie nebo lidé závislí na návykových látkách.

4.3.4 SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

Sebepoškozování má různé podoby. Nejčastěji se uvádí používání ostrých předmětů, pálení cigaretou, vytrhávání vlasů, mlácení do zdi s cílem způsobit si zlomeniny, to vše s cílem ulevit myšlenkám, uvolnit napětí a bolest. Paradoxní je, že i když si klienti způsobí bolest, uvolní toto napětí a úzkost oslabuje, ale nakonec přicházejí pocity viny. Klienti jen zřídka navštíví lékaře k ošetření svých ran, mnohdy se mohou tedy proměnit, např. zlomeniny, až ve vleklé zdravotní obtíže. Stejně tak u řezných ran, které mnohdy potřebují sešít, nevyužijí klienti tuto možnost. Jejich tělo většinou bývá pokryto jizvami, nejčastěji na ruku i nohu.

4.4 PŘIDRUŽENÉ DIAGNÓZY – KOMORBIDITA A ZÁVISLOST

4.4.1 KOMORBIDITA

Častou první diagnózou lidí s hraniční poruchou osobnosti při návštěvě psychiatra bývá deprese, bipolární porucha, generalizovaná úzkostná porucha nebo třeba posttraumatický stresový syndrom. Vzhledem k tomu, že klienti s HPO mají někdy krátké psychotické epizody, může být diagnostikována rovněž krátká psychotická porucha, či mohou být přidruženým problémem závislosti na návykových látkách, ale také např. poruchy příjmu potravy, především pak bulimie. Dle některých odborníků 85 % klientů trpí ještě nějakou přidruženou psychickou poruchou. (Praško, 2017)

4.4.2 ZÁVISLOST

V této kapitole nelze opomenout chronickou závislost na vztazích, již trpí mnoho klientů s HPO, a protože se jedná zcela jistě o závislost, je zde zařazena, více se jí však budeme věnovat v následující kapitole o interpersonálních vztazích. Rovněž v této kapitole ale nelze opomenout závislost na návykových látkách či rozvinutí jiných typů závislostí (např. gambling či závislost na sexu, poruchy příjmu potravy – především již výše zmíněná bulimie). Problematiku závislostí jako takových si můžeme ukázat třeba na příkladu poruch příjmu potravy.

Bulimie je v podstatě záchvatovité přejídání, které je následováno vynuceným zvracením. Odborníci často uvádí poruchy příjmu potravy jako jednu z hlavních komorbidit hraniční poruchy osobnosti. Například Papežová ve své knize Spektrum poruch příjmu potravy (2010) uvádí, že klienti s HPO nejsou schopni ovládat své náhlé impulsy, a proto dochází k takovému jednání. Zároveň chorobně touží po vysněném štíhlém těle. Další autor uvádí, že za vznik tohoto onemocnění může hned několik faktorů – jsou jimi např. problémy v rodině, velké životní změny, které klient neustojí, sexuální zneužívání, či špatné zážitky. (Krch 2008) Bulimie, jak už bylo výše zmíněno, je jedna z forem sebepoškozování, protože vede k uspokojení, uklidnění a naplnění, po něčem, co v jejich očích bude dostatečné, což nikdy ze svého okolí nezažili. Touží po bezpodmínečné lásce, kterou jim v takové chvíli nahrazuje hlad. (Röhr, 2013). Jídlo a přejídání je zrcadlením pokřivených vztahů a lásky, která lidem s HPO nebyla poskytnuta

ze strany rodičů. Jde o formu lásky, která vyžaduje absolutní oddanost a potlačování emocí, které je ale někdy potřeba při přehlčení vybit. Proto je jasné, že když dochází při záchvatovitém přejídání k přesycení, jediné uvolnění, které může pomoci od nepříjemných stavů úzkosti, je zvracení, po kterém ale přicházejí pocity viny, pohrdání svou osobou a úzkost znovu narůstá, což vede k neustálému koloběhu tohoto onemocnění a klienti se nemohou vymanit ze své závislosti. Léčba poruch příjmu potravy je velmi obtížná, protože jídlo je základní lidská potřeba, a tak tělo dostává zabrat. Některé klientky uváděly, že přejedení přináší pocity naplnění a následné zvracení pocit uvolnění. Popsaly rovněž i pocity viny a ukotvení v důvodech pro sebenenávist.

4.5 INTERPERSONÁLNÍ VZTAHY LIDÍ S HRANIČNÍ PORUCHOU OSOBNOSTI

Každý člověk potřebuje vztahy, k tomu je velmi dobré, pokud je jedinec schopný socializace. Klienti s HPO jsou však emočně nevyzrálí a z toho důvodu u nich může docházet k rozštěpení osobnosti, tedy rozdělování všeho v životě na dobré a zlé, kdy nejsou schopni uvažovat ani chvíli nad tím, že by mohlo být něco mezi tím. Pro jedince s HPO je typické, jak už bylo zmíněno, že nic mezi dobrým a zlým neexistuje. To stejné platí i v oblasti interpersonálních vztahů, chvíli si totiž svého partnera či kohokoliv z přátel extrémně idealizují, ale vzápětí devalvuji.

Vztahy klientů s HPO jsou tedy poměrně absurdní, plné zvrátů, protože svého partnera chvíli bezmezně milují, ale pokud jim dá sebemenší impuls k nenávisti, mohou ho během chvíle zařadit na černou listinu svých vztahů, což pro protějšek znamená jediné – nenávist. Klienti s hraniční poruchou používají ve svých vztazích především primitivní idealizace partnera. Jejich vztahy jsou velmi intenzivní, skoro až extrémní, velmi nespokojené, divoké, nevyzpytatelné a nestabilní. Klienti nemají na společnost kolem sebe realistický pohled, pokud si člověka zidealizují, stanou se na něm závislí, dochází k primitivním identifikacím, což znamená, že na druhé lidi promítají své pocity, a poté se k němu začnou chovat chladně a odstrčí ho (Röhr, 2012). I drobné podněty ze strany partnera, rodičů či třeba terapeuta mohou být tím, co způsobí absolutní obrat z oddanosti až k opovržení těmito osobami. Jejich vztahy bývají chaotické, což zrcadlí vztah k sobě samému, hraničáři si totiž připadají bezcenní a obrazejí svou zlost a nenávist i k sobě,

zároveň mají strach z toho, čeho jsou vůči sobě schopni a žijí v neustálé nejistotě z toho, čeho mohou být schopní. (Röhr, 2012)

Vztahy jsou ale samozřejmě i pro jedince s HPO důležité, protože zmírňují jejich pocit prázdnoty. Stává se pak ale, že neustále navazují vztahy nové. Mezi hraničáři jsou ale i samotáři, kteří se samoty obávají, protože si jí spojují s pocitem, že pro nikoho nejsou tak dostateční, aby s nimi trávil čas, což se takovým lidem vybavuje především z období dětství. Většina hraničářů v dětství svoje emoce raději neprojevovala, protože odezvou jim bylo odmítnutí či trest a následná samota. (Praško, 2021) Klienti ale mívají ze samoty velký strach, a proto často vyrážejí do společnosti, kde se však potýkají s úzkostmi, které vznikají z pocitů, že budou někým ve společnosti odmítnuti. V takových chvílích situaci mnohdy řeší například pitím alkoholu nebo užitím drog, aby se jejich obava a úzkost z odmítnutí zmírnila a oni se dokázali bavit tak jako ostatní.

Hraničáři také mohou být velmi intenzivní vztahy ke zvířatům, mohou je dokonce až upřednostnit před sebou a jinými lidmi. Z lidí jsou totiž zklamaní a ze sebe taky, tato zklamání vedou k tomu, že zvířata jsou pro ně jediným protějškem, který je nikdy nezklame a zároveň od něj dostanou bezpodmínečnou lásku, která jim v dětství chyběla. (Röhr, 2012)

Lidé s hraniční poruchou osobnosti jsou často zařazováni mezi ty, jež se neumí vcítit do druhých, což je velký paradox, protože ve většině případů tomu bývá naopak. Tito lidé totiž mívají velmi vyvinutý smysl vcítění se, jsou až přehnaně empatictí k jiným lidem, ale k sobě být nedokážou. Často bývají až hypersenzibilní, takže například z toho, jak se druhý člověk tváří, vycítí, jaké je jeho momentální rozpoložení a dokážou se situaci a komunikaci přizpůsobit. Občas mívají až spasitelský komplex a jejich sebeobět' je často za hranou, protože všichni kolem jsou důležitější než klient sám. I z toho důvodu hraničáři často pracují v pomáhajících profesích, kde svou empatii až hypersenzibilitu mohou naplno využít.

4.5.1 PARTNERSKÉ VZTAHY

Hraniční klienti mají jednu velkou touhu. Tou je vztah, ve kterém se budou cítit bezpečně, na druhé straně však trpí extrémním strachem z odmítnutí a jejich dělení na

dobré a zlé a na černou a bílou, jim nikdy bezpečný a stabilní vztah zkrátka nemůže umožnit. Partneři jedinců s HPO procházejí doslova peklem, protože bývají atakováni extrémními výkyvy nálad, žárlivými scénami, násilím, impulsivitou a afektem, ale také intenzivním ujišťováním o bezmezné lásce až za hrob, po němž může klidně během pár minut nastat obrat k výhrůžkám sebevraždou.

Samozřejmě i ve vztazích partnerských dochází k idealizaci partnera, což přináší často zklamání. Jak už bylo výše zmíněno, idealizace partnera bývá velmi primitivní a nereálná. Například u rozvodových řízení mívají hraniční klienti velmi extrémní projevy a dramatické výstupy. Setrvávají často ve vztazích s lidmi povahově podobnými a pohybují se tedy v bludném kruhu. Co je jasně prokázáno, je fakt, že pokud se ale klient s HPO octne ve spokojeném partnerském svazku a získá zázemí a stabilitu, pocit lásky, dojde ke stabilizaci onemocnění hraniční poruchy osobnosti.

5 BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHA

5.1 CHARAKTERISTIKA BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY

V případě bipolární afektivní poruchy (dále jen BAP) mluvíme o složitějším psychiatrickém onemocnění, které charakterizují měnící se epizody nálad. Tyto epizody nálad mívají různou intenzitu a nazýváme je mániemi, depresemi a smíšenými stavy. (Praško, 2017). I z toho důvodu se tato diagnóza dříve označovala jako maniodepresivní psychóza.

BAP postihuje přibližně dva lidi ze sta. Je to vážné duševní onemocnění, které může postihnout ženy i muže bez ohledu na rasu, vzdělání i sociální statut. Toto onemocnění začíná většinou kolem dvacátého roku věku, ale ke správnému a léčbě mnohdy dochází až o několik let později. U jedinců s BAP se tedy v průběhu života vyskytují různá období s poruchami nálad, ale také mezidobí, která jsou obvykle bezpříznaková.

Dříve se BAP považovala za onemocnění, které je nevyléčitelné a jehož prognóza je velmi vážná. Lidé s touto poruchou žijí více v depresivních stavech než těch manických. Pokud se u nich objeví oba tyto stavy ve stejném období, jedná se o smíšené epizody. (Češková 2017). V období depresí je narušena úroveň aktivity klientů tak, že energie i nálada jsou na velmi nízké úrovni a klienti v tomto období popisují své stavy jako „hluboké propady“. V období mánie je naopak aktivita, nálada i energie klienta značně zvýšená, avšak tyto manické fáze trvají mnohem kratší dobu než fáze depresivní.

Opakování těchto fází se může počtem lišit a někteří klienti mívají více fází manických než depresivních a někteří naopak. Není tedy výjimečným stavem, že cykly střídání jednotlivých epizod se nedají přesně odhadnout, ale můžeme s jistotou říci, že začátky jednotlivých bipolárních epizod podmiňují různé faktory, například stresové situace či složité životní zážitky (Raboch, 2012). V poslední době odborníci na BAP nahlíží jako na onemocnění, které může ovlivňovat celý tělesný systém člověka – může se tedy projevit v systému imunitním, hormonálním, a dalších, ale také může narušovat kognitivní či sociální schopnosti klientů (Raboch, 2012). Nadpoloviční většina klientů s BAP má potíže při vykonávání každodenních činností, protože trpí stavy extrémních a nepochopitelných výkyvů nálad, které nemusí být výhradně manické či depresivní, ale

mohou být také smíšené. Toto onemocnění má negativní vliv i na blízké okolí klientů. Ovlivněna je tedy nejen kvalita života klienta, ale také kvalita života jeho okolí a rodiny, protože se často stává, že klienti s BAP mají za sebou suicidální pokusy, potíže se sebekontrolou či problémy se zákonem. Jednu třetinu klientů trpících problémy s BAP mohou rovněž postihnout změny osobnosti, problémy psychosociální, nebo potíže s abúzem návykových látek. Podle toho, jak jsou manické epizody závažné, můžeme rozlišit BAP na dva typy. Tyto typy však momentálně nezaznamenává současná česká Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10), zaznamenat je můžeme v klasifikaci, kterou používají USA. Jedná se o bipolární poruchu prvního typu a bipolární poruchu druhého typu. (Látalová, 2010). První typ je charakteristický tím, že se alespoň jednou za život objeví manická či smíšená epizoda a zbytek jsou epizody depresivní. Co se týče druhého typu, jeho charakteristikou jsou především depresivní fáze střídající se s hypománií, již míníme mírnější manickou epizodu. (Látalová, 2010). Na přelomu 18. a 19. století se mluvilo rovněž o sezónních afektivních poruchách, souvisejících s ročními obdobími, kdy typické bylo, že deprese se vyskytovaly na podzim a v zimě a v ostatních ročních obdobích se vyskytovaly hypománie či mánie (Praško, 2008). Výskyty těchto sezónních afektivních poruch jsou častější u žen a obvykle se objeví kolem čtyřicátého roku života. (Praško, 2012). Účinnou terapií sezónních afektivních poruch se ukázaly být fototerapie, což znamená, že se ráno využívá k nastartování dne intenzivní světlo. (Praško 2012)

5.2 VZNIK A PRŮBĚH BAP

Bipolární porucha může vznikat na základě genetických vloh, v kombinaci s vnějšími vlivy, stresory a zkušenostmi z různých životních situací. (Novák, 2008). Jednotlivé epizody mohou vznikat v případech, kdy na genetické predispozice klientů zapůsobí silné stresové faktory a klienti trpí nízkou frustrační tolerancí, jsou nadměrně citliví a zranitelní. V takových chvílích stačí ke spuštění epizody sebemenší podněty. Pokud genetická predispozice není vysoká, klienti obvykle snesou větší míru stresových zátěží. (Doubek, 2011). Různé události a stresory, které tedy nazýváme spouštěči, nejsou však příčinou vzniku těchto epizod, ale rozhodují o jejich začátku a průběhu. (Novák, 2008). První projevy BAP se u většiny jedinců objevují mezi patnáctým až třicátým rokem života, ale jak již bylo výše zmíněno, nejčastěji je to právě kolem dvacátého roku života. Nelze však říci, že by tomu tak bylo u všech klientů, protože začátek první epizody může

být individuální, stejně tak, jako nikdy nelze s jistotou určit, zda první epizoda bude depresivní, manická či hypomanická. Můžeme se jen domnívat a vycházet z odborných zdrojů a říci tedy, že tedy běžnější je první epizoda ve formě depresivní (Látalová, 2010). Ženy mívají častěji depresivní stavy, muži častěji stavy manické. Obvyklé je, že většina klientů prožije několik epizod depresivních a až poté se objeví epizoda manická. Jednotlivé epizody mohou trvat od 4 měsíců do jednoho roku. Pokud se během jednoho roku objeví minimálně čtyři epizody, je pak léčba a jakákoliv stabilizace klienta daleko obtížnější, takovým klientům se říká cykléři. Toto označení se používá z toho důvodu, že je velmi obtížné nalézt rovnováhu mezi stabilizační a antidepresivní léčbou. (Látalová, 2010). V této souvislosti se objevuje rovněž pojem cyklotymie, nebo také cyklotymní porucha, pro níž je charakteristické, že výkyvy nálad jsou chronické, především s projevy hypománie, ale nejsou tak závažné a intenzivní, aby splnily kritéria pro diagnózu bipolární poruchy. Jak tvrdí psychiatr Ladislav Hosák (2015), u nemocných se typicky střídají nepravidelné a nepředvídatelné stavy a nálady v trvání několika dnů až týdnů, ale může se objevovat i období zcela normálních nálad.

5.3 KLINICKÝ OBRAZ

5.3.1 MÁNIE

K příznakům bipolární afektivní poruchy patří stavy mánie, které se obvykle střídají s depresí, což ale není pravidlem. Jak již bylo výše zmíněno, v případě BAP se mohou objevovat stavy manické, depresivní či smíšené epizody (Novák, 2016). Mánie se vyznačují výrazně dobrou náladou, která není pro daného člověka úplně obvyklá, jeho nálada je povznesená a takový člověk má pocit, že může dokázat všechno, co si zamane, mánie se většinou projevuje v různé míře intenzity a trvá alespoň jeden týden. (Herman, 2004) Během mánie hrozí nemocným téměř stejné nebezpečí jako v období deprese, charakteristická je pro toto období totiž ztráta sebekontroly, uvolnění zábrán, ztráta strachu. Klienti v manickém stavu mají mnoho energie, málo spí, jsou přehlceni myšlenkami, horší se jejich soustředění, jsou velmi roztěkaní, navazují nové sociální vztahy a vypadají optimisticky a sebevědomě. (Akrmanová, Marková 2014) Také se setkáváme s roztržitostí, lehkomyšlností, s vymyšlením nerealistických cílů a povrchních nápadů, které jsou v takové chvíli pro klienty naprosto realistické. Jsou schopni se

nadchnout pro tvorbu velkolepých věcí či projektů, mohou ale snáze proniknout k závislostem - např. ke gamblingu a začít se zadlužovat. (Praško, 2012) Typické je také rozvinutí mnoha aktivit, které ale vzápětí nejsou schopni dokončit, protože dojde k přehlčení dalšími nápady a myšlenkami. Maničtí klienti jsou rovněž hovornější, ztrácí sociální zábrany, bývají neklidní a často promiskuitní. Pro klienty bývají tyto stavy příjemné, cítí se výborně po psychické i fyzické stránce, a pokud jim někdo naznačí, že jejich chování je přehnané, nepřiměřené či extrémní a měli by vyhledat lékařskou pomoc, mohou velmi snadno přejít k agresivnímu jednání a popírání tohoto faktu. (Látalová, 2010)

Nemocní si nepřipouští, že něco není v pořádku, protože absolutně ztrácí jakýkoliv vhled do svého stavu. Často pak odmítají léčbu, protože si neuvědomují, že jejich chování způsobuje jejich nemoc. Průběh manických epizod je ale individuální, u některých jedinců může probíhat nepříjemně, negativně, mohou být vnitřně napjatí a podráždění. U některých klientů může mít o něco mírnější průběh. Manické stavy jsou ale vždy vážné stavy vyžadující odbornou pomoc. (Látalová, 2010).

5.3.2 HYPOMÁNIE

Hypománie je jedna z epizod poruchy nálady, je podobná mánii, ale není tolik závažná, protože při ní většinou nedojde ke zhoršení všech funkcí, neobjevují se příznaky psychotické a není ani nutné klienta hospitalizovat. Pro klienta je tato forma epizody asi nejpríjemnější, ale bohužel může často vyústit v depresi či naopak mánii, takže ji nelze opomíjet. Hypomanický klient pocítuje také, stejně jako u mánii, vysokou aktivitu, neklid, je více výřečný a společenský, ale také bývá roztržitý a má problémy se soustředěním a nepotřebuje tolik spát. Hypománie bývá pouze krátkodobou epizodou v rámci několika dní. (Látalová, 2010).

5.3.3 DEPRESE

O kvalitě života bipolárních klientů rozhoduje především délka doby strávené v depresi. U bipolární poruchy depresivní epizody převažují, což je asi třikrát více času než v epizodách manických či hypomanických. Téměř polovina života klientů s BAP obnáší prožívání depresivních fází. (Raboch, 2012)

Deprese při bipolární poruše se liší od depresivních poruch. Deprese se dělí na tři základní formy podle toho, jak intenzivní její projevy jsou – na mírnou depresi, střední a těžkou formu deprese. (Češková, 2006)

Pokud je klient ve fázi deprese, je u něj daleko větší riziko sebepoškozování a sebevražedného chování. Mohou ho však ohrozit i jiné zdravotní komplikace např. v důsledku toho, že omezí příjem potravy a tekutin, nebo má vyšší spotřebu návykových látek. U depresí jsou patrné poklesy nálady, pesimistické založení, nízké sebevědomí a sebeobviňování, vyčítání si různých věcí. Kognitivní procesy jsou zpomalené, zhoršuje se paměť, soustředění a lidé ztrácí zájem o své zájmy a uzavírají se do sebe. (Látalová, 2010).

5.3.4 SMÍŠENÁ EPIZODA

V průběhu smíšené epizody se objevuje deprese i mánie. Jak už z názvu vyplývá, tyto epizody se mísí, prolínají, objevují zároveň, ale vždy jedna z nich převažuje nad tou druhou. Tyto epizody se střídají poměrně rychle. Smíšenou epizodou však můžeme mínit i stav, kdy klient přechází z fáze deprese do fáze mánie nebo naopak. (Látalová, 2010). U klientů se smíšenou epizodou se objevují typické příznaky – zrychlenost, výřečnost, ale ve stejné chvíli klidně také podrážděnost a špatná nálada či deprese. Objevit se tedy může zároveň úzkost i nabuzení. Tento stav je velmi špatně rozpoznatelný a velmi často je i špatně diagnostikován.

6 VZDĚLAVATELNOST A UPLATNITELNOST KLIENTŮ S HRANIČNÍ A BIPOLÁRNÍ PORUCHOU OSOBNOSTI

Lidé, kteří jsou dlouhodobě duševně nemocní mohou mít různá psychická omezení. Fyzicky většinou omezení nebývají, takže je možné jim svěřit jakoukoliv manuální práci, problémy ale nastávají v psychické oblasti. Vzhledem k tomu, že tyto dvě poruchy bývají často zaměňovány, je jasné, že se v mnohém shodují, ačkoliv v nich, jak již bylo výše zmíněno, jsou patrné rozdíly. Lidé s hraniční poruchou osobnosti se nedokážou dlouhodobě soustředit na nějakou činnost, omezení se dají najít i v percepční oblasti. Dlouhodobá paměť bývá obvykle v pořádku, není nijak poškozená, ale vlivem poruchy občas dochází k problémům s pamětí krátkodobou. I z toho důvodu je mnohdy velmi složité si pamatovat delší seznam úkolů. Dalším faktorem, který může omezovat práci i studium je problém s motivací či sklony k vyhýbání se lidem. Dlouhodobě duševně nemocní lidé mohou trpět ochuzením řeči a nedostatkem myšlenek. Často mívají i psychosomatické obtíže, mezi které bychom měli zařadit především únavu, která samozřejmě do velké míry ovlivňuje jejich schopnosti, protože jsou zkrátka tak unavení, že nejsou schopni práce. Tuto zvýšenou únavu může však způsobovat i předepsaná farmakoterapie, protože ta často funguje na bázi tlumení. I proto často klienti s poruchami osobnosti působí pasivněji než osoby bez zdravotního omezení.

Opačným případem jsou poté osoby s bipolární poruchou nacházející se ve fázi mánie. Projevují se jako hyperaktivní děti, mohou působit aktivněji než ostatní lidé, ale jejich aktivita, která může být až extrémní, může vést ke zhoršení soustředění na pracovní či studijní činnosti. Zároveň u klientů s BAP často dochází ke změnám nálad, které poté vedou ke stresu a úzkosti.

6.1 VZDĚLÁVÁNÍ A ZAMĚSTNÁNÍ

6.1.1 VZDĚLÁVÁNÍ

Obě poruchy, kterými se zabýváme v této práci mohou přinášet postiženým lidem ve vzdělávání velké problémy. Studenti s poruchou osobnosti se často nezačlení do kolektivu, bývají obětmi šikany nebo na sebe naopak upozorňují, aby byli co nejvíce středem pozornosti. Když se již do něčeho pustí, snaží se být ve všem nejlepší, aby se

vyhnuli kritice. Často však mají ve své anamnéze uvedeno, že mají problémy s koncentrací, s pozorností, s učením i chováním, což může způsobovat obtíže již na základní škole. (Praško, 2017) Právě na základní škole se nejčastěji stanou obětí šikany, protože svou specifičností a jinakostí z kolektivu vyčnívají. Ve starším školním věku se jejich problémy prohlubují, což působí další a další problémy. Tyto problémy často vedou ke střídání různých oborů či škol a studenti často nedokončí studium, přestože by to se svým intelektem mohli hravě zvládnout.

6.1.2 ZAMĚSTNÁNÍ

Lidé s poruchami osobnosti, jak již bylo u jednotlivých PO popsáno, mají tendenci myslet spíše na ostatní lidi. Sami sebe dost často vynechávají a rovněž na úkor sebe sama pomáhají ostatním. Často je tedy můžeme vidět při práci v pomáhajících profesích, v organizacích, které se zaměřují na životní prostředí a jeho ochranu. Často také pracují jako dobrovolníci v různých typech zařízení, kde pomáhají potřebným. (Praško, 2017)

Práce je pro klienty s hraniční poruchou velmi důležitá, potřebují v ní vynikat, vyčnívat z kolektivu, být nejlepšími, aby si vysloužili pochvalu, které se jim nikdy moc nedostávalo. V podstatě si tak dokazují, zda jsou dost dobří, což ale málokdy mění jejich postoj k sobě samým a jejich pohrdání sebe samými. Svou práci většinou dělají velmi dobře a svědomitě, pokud zrovna nepřijde psychický problém. Nejhorší jsou pro hraničáře chvíle dovolených a svátků, kdy tráví čas mimo svůj pracovní scénář, obvykle třeba i sami se svými myšlenkami. Proto si často práci nosí i domů. (Röhr, 2012)

Pokud nemají pozitivní zpětnou vazbu či nové podněty k učení, může mít jejich výkonnost v práci velké výkyvy. Tyto výkyvy vznikají především se zvýšením míry frustrace. Práci mohou často měnit z důvodu konfliktů s některými kolegy či třeba v důsledku hospitalizací nebo právě zvýšené míry frustrace a pocitu nedostatečnosti.

6.2 STIGMA

Stigma je předsudek či stereotypní vzorec chování. Stigmata často vznikají především z nedostatečných znalostí, což vede právě k výše zmíněnému stereotypu. U duševních onemocnění jsou tato stigmata ohromná, klienti s psychickými onemocněními bývají nejstigmatizovanější skupinou napříč společností. Bývají odsuzováni nejen běžnou

veřejností, ale mnohdy právě i pracovníky ve zdravotnictví, sociálních službách či terapeuty, kteří mnohdy klienty s HPO a BAP berou jako „prokletí“ své profese.

Stigmatizace duševních poruch má své kořeny již v dobách minulých, kdy lidé měli vůči psychickým onemocněním předsudky, protože jim nerozuměli a možná se jich i obávali. Na klienty to ale může působit velmi špatně, protože jejich duševní stav je narušený a stigma jim nepomáhá v náhledu na sebe samé a zvyšuje tak jejich utrpení, protože jsou neustále lidmi zvenčí negativně hodnoceni.

Hraniční klienty okolí vnímá jako „narušené charakterově“ a většinou je pojmenovává jako psychopaty či slaboduché. Občas od okolí klienti slychají i to, že je potřeba je převychovat. Se stigmatem se bohužel nesetkávají jen v okolí, ale i v sociálních zařízeních a ve zdravotnictví. Pro klienty s hraniční poruchou je toto stigma neskutečně složitou věcí, protože jsou ve většině případů extrémně vnímaví až hypersenzibilní a může to jejich stav ještě více poškodit. Toto stigma má vliv i na hledání vhodného odborníka k práci s takovým klientem, protože je jen málo těch, kteří jsou ochotni s hraničáři pracovat, protože je to podle nich věc složitá až nemožná a rovnou k ní zaujímají odmítavý postoj. (Praško, 2017)

7 METODOLOGIE VÝZKUMU

7.1 VÝZKUMNÉ METODY

7.1.1 KVALITATIVNÍ VÝZKUM

Pro tuto práci jsme zvolili kvalitativní výzkum, a to hned z několika prostých důvodů. Kvalitativní výzkumy jsou vhodné pro zodpovězení hlavních výzkumných otázek, a dle mnohých autorů jsou vhodným přístupem ve chvílích, kdy potřebujeme zjistit postoje a názory osob, jež byly účastníky určitých procesů. Tento výzkum může zodpovědět i otázky, které se zabývají hlubšími prožitky a pocity daných jedinců. (Bryman, 2001) Zaměřit se v něm lze také na sociální a interpersonální faktory, ale to má svá určitá pravidla. Abychom porozuměli těmto dvěma kontextům – sociálnímu a interpersonálnímu, je potřeba, abychom se snažili dopátrat významů, které respondenti výzkumu přiřkládají svému chování a jednání. (Taylor 1993).

Součástí kvalitativního výzkumu je zakotvená teorie, která výzkumníkovi dává určitou svobodu a možnost být kreativní při získávání potřebných poznatků a při formulaci otázek vhodných k výzkumnému procesu. Základní podstata kvalitativního výzkumu je sběr dat, v nichž zkoumáme konkrétní jevy, z nichž se snažíme získat co největší množství podstatných informací. V tomto výzkumu je velmi důležité, aby výzkumník posbíral co možná nejvíce dat, z nichž se poté snaží vybrat určité jevy a pravidelnosti, které se v něm vyskytují. (Švaříček, Šed'ová, 2007)

Kvalitativní výzkum je také výzkumem otevřeným, to znamená, že osoba, která výzkum provádí, často zjišťuje určité věci a souvislosti až v průběhu výzkumu a nelze tedy předem předpokládat, jaké závěry nakonec z výzkumu vzejdou a co vše výzkumník zjistí. Výzkumníci i respondenti výzkumu jsou zároveň přímými účastníky celého výzkumu.

Hendl (2005) tvrdí, že neexistují nezávislí účastníci výzkumů. Miovský (2006) zase podotýká, že důležitým faktorem, který povede k úspěšnému výzkumu, je určitý vztah s účastníky výzkumu. Výzkumníci jsou rovněž lidé, mají své osobní zkušenosti a minulost, a tak se občas může stát, že se objeví předsudky nebo ne příliš vhodné reakce,

čemuž by se ale výzkumníci měli vyvarovat, protože i věda má svá omezení a práva a dozvědět se něco a objevit nové by nemělo být povýšeno nad práva lidská, tedy nemělo by dojít během výzkumu k jakémukoliv omezení či poškození účastníků nebo k tomu, že by něco dělali proti své vůli. (Miovský, 2006)

7.1.2 NARATIVNÍ VÝZKUM

Narativní výzkum je součástí případových studií, které vždy zkoumají konkrétní případy a výzkumníci se z nich pak snaží vyvodit nějaké závěry. Podrobně zkoumají určité jevy a pokouší se rozklíčovat zkoumaný případ a porozumět mu. Každý prvek, který výzkumník vyzkoumá, by měl být součástí nějakého celku. Případová studie je studií komplexní a měla by pomoci rozkrýt a vysvětlit podstatu zkoumaných jevů, a tak i celého případu. Jak již bylo výše zmíněno, jde o sběr dat a zdrojů, které povedou k rozklíčování případu, z čehož vyplývá, že potřebujeme sebrat poměrně velký vzorek informací a dat, aby byly závěry interpretovány co nejpřesněji. Tento výzkum je tedy velmi náročný časově. Nejvyužívanějšími technikami kvalitativního výzkumu jsou rozhovory, pozorování a analyzování dokumentů. (Švaříček, Šed'ová, 2007)

Metoda rozhovoru, narativního výzkumu se soustředí především na životní zkušenosti a jejich významy pro jednotlivé účastníky výzkumu. Jejich příběhy jsou hlavním výzkumným materiálem, ale také cílem výzkumu. Příběhy respondentů, se kterými se osobně setkáváme jsou následně důležité při interpretaci, mohou se v nich objevovat události z minulosti a zároveň každý interpretuje svůj život jiným, specifickým způsobem, aby dal najevo svou identitu a odpovědnost za tvorbu svého života. Vzniká tedy síť hlubších příběhů, které se týkají celého života respondentů. Každý jedinec si sám určí, co do příběhu zakomponovat chce, a co by rád z rozhovoru vyloučil, jak svůj příběh bude řadit a které významy bude jednotlivým událostem přisuzovat. (Čermák, 2002)

Každé vyprávění je zasazeno do kontextu nějaké situace, je tedy důležité tento kontext vnímat, protože ztvárňuje životy účastníků. Výpovědi o životech jednotlivých respondentů nejsou úplnou osobní anamnézou daných jedinců, ale jsou spíše „literárním dílem“, které svádí k tomu, aby respondenti zaplňovali své vyprávění i věcmi mimo dané otázky a vyplnili ho tak různými dalšími zápletkami, postavami a vším, co je v danou chvíli napadne. Tato vyprávění mohou vést k balancování mezi minulostí, přítomností a

budoucností. Je tedy jasné, že touto formou výzkumu nezískáváme standardní výsledky a nevykládáme jim jednu určitou pravdu o realitě daných lidí, nemůžeme ani přesně určit, které interpretace jsou správné, a které ne. Výzkumník by měl uchopit a zvýraznit ty struktury výzkumu, které se mu zdají nejpodstatnější.

Rozhovory jsou svobodnější verzí výzkumu a umožní nám tak vidět různorodost lidských životů, přání a příběhů. Jedinci jsou v příbězích hlavními postavami, které se pohybují v tomto prostoru a v tomto čase. Vyprávějí své dějové linky, zápletky a souvislosti a my z nich můžeme vyvozovat různé aspekty, které mohou pomoci náš výzkum ukotvit a dotvořit. Všichni vyprávějící je možné vidět v průběhu výzkumu jako osoby, které jsou schopné výpovědi a reflexe. Narativní výzkum nám ale rovněž umožňuje vidět jedince v aktu dialogického procesu (Chrz, 2004).

Abychom dosáhli kvalitního výsledku průzkumu, je důležité zkoumat i validitu průzkumu a zjištění určitých informací. Pro kvalitativní výzkum je takové psychosociální sezení dokumentem, který je validní, protože zjišťuje podrobnější informace o daném klientovi a charakteristiky jeho zázemí. Avšak výzkum může být ovlivněn z hlediska reliability a to tak, že výzkumník může subjektivně vnímat některé informace, i přesto, že se snaží klientovi naslouchat a své poznámky vyhodnocovat objektivně. Každý takový výzkum je tedy do určité míry zatížen i subjektivitou výzkumníka.

7.1.3 KÓDOVÁNÍ JAKO PROCES ANALÝZY DAT V KVALITATIVNÍ ANALÝZE

Kódování je jedna z fází výzkumu, která spadá rovněž do kvalitativního výzkumu a zakotvené teorie. Výzkumníci nejprve sbírají a shromažďují veškerá data například formou souvislého textu, tedy v našem případě například přepisem nahraného rozhovoru a na základě těchto nasbíraných dat se pokouší rozkrývat určité části sdělení tak, aby mu mohly být přiřazeny kódy. To se výzkumník snaží udělat tím způsobem, že si text pročítá a jednotlivým jeho částem přiřadí nějaký kód. Kódy může přiřazovat slovům, větám i celým úsekům. Tyto kódy by měly zobecnit sdělení a pospojovat dohromady to, co mají všechny výpovědi společné.

Dle Strausse a Corbinové rozlišujeme tři základní způsoby kódování, jsou jimi otevřené kódování, axiální kódování a selektivní kódování. Všechny tři typy spolu úzce

souvisí. V otevřeném kódování se snažíme uchopit text a analyzovat ho, všímáme si jednotlivých témat a snažíme se jim přiřadit kódy. Pokud se tedy bavíme např. v této práci o tom, jakou léčbu klienti využívají, můžeme přiřadit této tematice například kód s názvem léčba. Otevřené kódování nám tedy ukazuje obecný tematický kontext. Při kódování axiálním se výzkumník snaží dopátrat toho, zda jednotlivé kódy nelze sloučit do určitých kategorií, které by bylo možné propojit – vzniká fenomén. Selektivní kódování využijeme v samotném závěru výzkumu. Vychází z kódování axiálního, které nám rozkrývá různé podkategorie textu, z nichž v selektivním stanovujeme ty nejdůležitější a hlavní kategorie, které mají být hlavním tématem a cílem teorie, která má z práce vyplynout.

PRAKTICKÁ ČÁST

8 VÝZKUM A OTÁZKY K VÝZKUMU

8.1 CÍL VÝZKUMU

Cílem tohoto výzkumu je poukázat na problematiku duševních onemocnění v závislosti na vzdělávání. Rádi bychom pomocí této práce upozornili, že většina studentů vyššího vzdělávání je intelektuálně nad běžným průměrem populace a je tedy schopna se s podporou a správným přístupem zapojit do vyššího vzdělávání a zdárně toto vzdělání i ukončit, mnohdy i s nadprůměrnými výsledky. Druhým cílem je upozornit na to, že v České republice je informací o této problematice jen velmi málo a je tedy potřeba podnikat určité kroky, aby se tato problematika rozšířila široké veřejnosti a pomohla tak zároveň i s destigmatizací duševních onemocnění. Třetím cílem je upozornit na to, že i přes vznik manuálu pro práci se studenty s psychickým onemocněním stejně zaměstnanci vysokých škol nemají přehled o tom, co je možné studentům doporučit či jak s nimi jednat. Sami studenti ve většině případů rovněž vůbec netuší, že podporované vzdělávání a výše zmíněná centra mohou využít.

8.2 ETIKA VÝZKUMU

Účastníci rozhovorů byli předem seznámeni s průběhem rozhovoru. Bylo jasné definováno, že otázky, které jim budou předloženy jsou návodné a otevřené a lze je tedy libovolně rozvést. Respondenti byli rovněž seznámeni s tím, že celý proces rozhovorů je anonymní a nikde se neobjeví žádné informace, které by mohly vést k identifikaci daného jedince, veškerá jména i místa jsou v práci záměrně pozměněna, objevují se pouze křestní jména – rovněž změněná + věk. Také byli ujistěni, že využití rozhovory nebudou sloužit k žádnému jinému účelu než k sepsání této diplomové práce.

8.2.1 OTÁZKY K ROZHOVORŮM

Návodné otázky k výzkumu byly vytvořeny předem, ale následně poupraveny na základě rozhovorů s klienty. Klienti si sami určili, jakým způsobem své povídání povedou. Žádný z klientů nevyužil písemnou formu, všichni uváděli, že je pro ně lepší a

jednodušší si o problematice popovídat. Všechny rozhovory byly poměrně příjemné, velmi otevřené a probíhaly v klidu a bezpečí, i když jsme se v nich dostávali k nepříjemným věcem, zkušenostem a událostem a všechny proběhly formou narativního rozhovoru. Klienti poté uváděli, že to byl příjemný rozhovor, a připadalo jim skvělé, že se někdo snaží tuto problematiku řešit. Byli obecně velmi otevření a milí a ochotní. Jediné mínus bych viděla v domluvě s klienty na termínu rozhovoru, což samozřejmě souvisí s jejich onemocněním. Téměř všichni klienti měnili termíny rozhovorů hned několikrát, ať už z důvodů, že se necítili dobře, byli unavení nebo se jim do rozhovoru zrovna příliš nechtělo. Autorka práce se tedy snažila potřeby všech respondentů zohlednit a maximálně se přizpůsobit každému z nich. Respondentům byla před rozhovorem zaslána pravidla, o kterých se mohli s autorkou domlouvat v případě, že s něčím nesouhlasili.

8.3 PRAVIDLA K ROZHOVORU

- Odpovědi mohou být stručné, ale můžete je i libovolně rozvádět do delších úseků, pokud se vám do toho bude chtít.
- Pokud se necítíte na řešení kterékoliv z otázek, nechcete se o tématu rozprávět, máte právo odmítnout a otázku můžete vynechat. Stejně tak, kdyby se vás osobně nějaká otázka příliš netýkala, nemusíte odpovídat.
- Otázky jsou návodné, lze je opravdu libovolně rozvádět, jak chcete.
- Otázky by měly být zodpovězeny formou rozhovoru – telefonicky, videohovorem, osobně – tedy na základě vašeho vyprávění.
- Pokud by s touto formou nebo s čímkoliv dalším ohledně našeho rozhovoru byl problém, lze se dohodnout individuálně dle vašich požadavků například na sepsání vašich odpovědí – tedy na písemné formě.
- Lze také kdykoliv od rozhovoru odstoupit, nedokončit ho bez udání jakéhokoliv důvodu.
- Všechny rozhovory jsou anonymní, slouží pouze k účelům této diplomové práce, nikde se neobjeví vaše jméno ani žádná informace, podle které by vás bylo možné identifikovat.

8.4 OKRUHY OTÁZEK K NARATIVNÍMU ROZHOVORU

Okruh otázek č. 1 - život s poruchou

- Jak byste zhodnotili svůj život s hraniční poruchou osobnosti / bipolární poruchou osobnosti?
- Považujete svůj život za kvalitní?
- Měnili byste s někým, kdo poruchu nemá?

Okruh otázek č.2 - zvládání svého onemocnění

- Myslíte, že svou poruchu zvládáte obecně dobře nebo by to dle Vašeho uvážení šlo ještě lépe
- Myslíte si opak? A to, že nezvládáte vůbec?

Okruh otázek č 3. - diagnóza

- Od kdy víte, že máte danou poruchu?
- Jak jste se cítili, když vám diagnóza byla určena?
- Ulevilo se vám, že víte, na co se zaměřit?
- Nebo se vám naopak přitížilo?

Okruh otázek č. 4 - léčba

- Chodíte na terapie?
- Berete léky?
- Řešíte svůj stav ještě jinými způsoby? (mindfulness, hypnóza, jóga, formy expresivní terapie)
- Co vám pomáhá?

Okruh otázek č. 5 - studium a práce

- Lze podle vás s poruchou zvládnout náročná vysokoškolská studia, zvládáte je?
- Lze zvládat práci?
- Případně – lze zvládat práci i studia?

- Pokud zvládáte – co je pro vás nejtěžší, v čem je pro člověka s poruchou osobnosti složitější studium?
- Pokud nezvládáte nebo jste nezvládli, považujete to za prohru / je vám to jedno? Jaké to pro vás je? Máte ještě chuť se znovu do něčeho takového pouštět?
- Jaká úskalí podle vás celkově přináší poruchy osobnosti při náročném studiu či pracovním nasazení?

Okruh otázek č. 6 - závěrečné otázky, doplnění

- Doporučili byste něco?
- Je něco, co byste chtěli k tomu všemu dodat? Komentář, zmínka, dodatek?
- Jsou nějaké informace, které by podle vás neměly v takové práci chybět?

9 ROZHOVORY K VÝZKUMU

Okruhy otázek jsou značeny čísly 1–6 (viz s. 52-53), stejně tak jsou značeny jednotlivé odstavce daných výpovědí, zabývající se vždy konkrétním okruhem otázek.

9.1 ROZHOVOR 1

Dana - 28 let – Hraniční porucha osobnosti

1. *Upřímně, život byl těžší, když jsem nevěděla, co mi je a nechápala jsem, proč se cítím tak či onak a proč se nějak chovám. Od té doby, co znám diagnózu (skoro 11 let), tak se hodně věcí změnilo. Jasně, že na začátku se v tom člověk stejně plácá a moc neví co se sebou, ale já bych se třeba asi pochválila za to, jak se mi teď daří. Ať už díky terapii, nebo sobě samé, zvládám regulovat emoční výbuchy, přestala jsem se tolik dívat jen do sebe a kopat do okolního světa, to je věc, která je podle mě hodně důležitá, podívat se na sebe zvenčí a pozorovat situaci a lidi v okolí, třeba jak oni by mě mohli vnímat a jaké pocity mají oni. Taky uvědomění, že prostě nejsem jediná na světě, že jsou i jiné diagnózy, a že to nezmizí a prostě se s tím musím naučit žít. Pokouším se přestat obviňovat rodiče, protože jsem měla vždycky potřebu na někoho ukázat, jakože “ty za to můžeš, podívej se, co jsi mi způsobila”. Na to, že mi doktor řekl, že s mojí diagnózou nejspíš budu neustále nespokojená všude a se vším, budu měnit často práci, budou se mi těžko dodržovat termíny, budu měnit partnery, a celkově prostě budu mít problém u čehokoliv vydržet, tak si myslím, že se mi daří dobře zatím. Na vztazích se snažím pracovat, práci mám stálou, tu školu jednou dodělám.*

2. *Občas mám tendence pokládat si tu “Proč já?” otázku, ale vlastně už nějak moc neřeším, co mi je. Snažím se od toho odpoutat. Dřív jsem totiž byla “chodící diagnóza” a všechno jsem si zdůvodňovala že to jako nejde, protože mě nikdo nechápe a nikdo neví, jak to mám těžký. No ale poslední dobou se mi daří být Já, a jo jasně no, mám diagnózu a kdo ne. Snažím se jít do všeho s tím, že to zkusím a že to půjde a ne že “to ne, to já nemůžu, já mám diagnózu”.*

3. *Vím to cca 10 let. Po pokusu o sebevraždu v 17 letech pár měsíců nevěděli, co se mnou, ale nakonec se dobrali k hraniční poruše osobnosti. Jak říkám, mně se spíš ulevilo,*

protože to moje nesnesitelné “utrpení” dostalo konečně nějakou nálepkou a já si mohla říct, že dobře, tak a co teď, jaký je řešení, co se dá dělat, aby mi nebylo tak hrozně.

4. Byla jsem v těch 17 letech hospitalizovaná s jedním přerušením cca 5 měsíců, ale nemůžu říct, že by mi v nemocnici nějak pomohli. Po nemocnici jsem docházela na terapie asi 4 roky, ale bohužel, tam se prakticky celou dobu řešilo, jak mám zvládat chování mých rodičů, aby mi z toho nehráblo. Potom jsem terapii vynechala a vrátila jsem se k ní až teď, po 6 letech. K psychiatrovi docházím více méně pravidelně od těch 17 let a neměnila bych ho za nic na světě. Měla jsem období, kdy jsem se cítila, jakože fajn a řekla jsem si, že prášky už nepotřebuju a najednou je vysadila (velice chytré, že) no a přišel strašný propad, tak jsem se po pár měsících vrátila k doktorovi, že mi jako vůbec není dobře. Takový úžasný nápad jsem měla dvakrát, ale prostě už jsem si pak řekla, že prášky brát budu, že sice jako necítím každodenní nějakou změnu, jakože by mě to nakoplo, dodalo energii, to vůbec, ale prostě mi to udržuje nějakou hladinku stability. K tomu teda mám prášky na úzkosti, protože se jednou za čas prostě vrátí nějaké horší období a jsem úzkostnější. Jednou jsem byla na regresní terapii, to bylo také zajímavé, trochu jsem si urovnala můj vztah a pohled na rodiče.

Jinak jako třeba jógu jsem taky zkoušela, občas se k ní vrátím, ale úplně pravidelně jí nedělám. Je ale fakt, že stačí kolikrát ranní pozdrav slunci a ten den hned začne jinak. Když mám ten svůj “záchvat motivace” tak jsem zvládala chodit dvakrát denně na hodinové procházky k nám do polí se psem, to bylo fajn. Teď je ale venku zima a fakt se mi nikam nechce.

5. No tak já jsem VŠ nedodělala, ale mám teď takové choutky pustit se do toho znova. Pro mě je na tom nejtěžší ten závazek na 3 roky a já vím, že mám “záchvaty motivace” a pak ta depresivnější období, takže prostě nevím, jak se budu cítit za rok a jestli to zase nevzdám. Doufám ale, že to půjde, protože budu studovat, protože já chci, a ne protože se to ode mě prostě očekávalo po tom gymplu.

V práci jsem na plný úvazek už skoro 3 roky, žádný problém jsem neměla. Mě moje práce baví a asi dost pomáhá i to, že máme dobrou kolektiv. Je bohužel pravda, že když jsem měla horší období, tak mě teda v práci viděli mít pár panických záchvatů, ale všechno se pak uklidnilo a bylo to dobré.

6. Tu VŠ za prohru považuju, ale vlastně se z toho nijak nehrouším. Víím, že papír neznamená všechno a vzhledem k tomu, co jsem studovala a viděla jsem, kdo ten diplom z mých kolegů získal, bych se asi i styděla mít ho taky a vůbec by mi to nepřipadalo jako něco chvályhodného. Trochu nezvládám nespravedlnost světa a protekce, ale s tím se prostě člověk musí naučit žít. Studium, kterému bych se teď chtěla věnovat, bude stejně jen pro ten “papír”, ale už mám v sobě urovnané, že ty nespravedlnosti budu muset nějak zkousnout, protože ten “papír” se mi prostě bude jednou hodit, a musím se prostě jen víc soustředit na sebe a svoje úspěchy, protože to samozřejmě půjde mým “hraničním” tempem, a nesrovnávat se s ostatními. Podle mě je také těžké se z toho všeho neposrat, když je toho na člověka najednou víc, práce, škola, znova úkoly a seminárky a zkoušky, doma fungovat, budovat nějaký vztah, nezapomínat na přátele a rodinu. Člověk by si pak chtěl sednout a odpočinout si, ale ta hlava pořád jede, “nemáš tohle, nestihla jsi tamto, proč sedíš, nic nestíháš” a nejhorší je, když se to zvrhne do “Tak si sed’, stejně nikdy nic nedokážeš, nemáš na to, jsi slabá” ... Mně většinou stačí na jeden den úplně vypnout, jen ležet, pospávat si, číst si, koukat na seriál, zahrát si karty s dědou a další den zas můžu makat.

Nejen práce a škola jsou závazky, ale i ty vztahy dokážou potrápít, I když se daří v těch ostatních rovinách. Mě se třeba nepodařilo zlepšit a upevnit vztahy s rodiči a sestrou, prostě už to bylo v jednu chvíli tak neúnosné, že jsem si řekla, že se nenechám dál ničit a prostě jsem je odstříhla. Musím říct, že když se člověk smíří s tím, že se prostě někdo občas zeptá nebo zatváří divně na to že “ty se jako nebavíš s rodičema?”, tak je mi vlastně líp. Ty hranice je těžké nastavit, když má člověk potřebu, aby ho měl někdo rád a ta láska od rodičů by měla být taková ta čistá, nepodmíněná, přirozená. Ovšem když vám někdo řekne, že litují toho, že jste se narodili, tak to potom prostě nemá cenu.

Co se týče partnerských vztahů, je strašně těžké, než se člověk dopracuje k tomu, že když partner udělá jednu nějakou chybu, neznamená to, že je celý špatný a měla bych se s ním okamžitě rozejít. Takové to černobílé vidění světa. Taky samozřejmě záleží na tom, co je to za “chybu”. To je taky otázka, nad kterou jsem občas přemýšlela – jak by se asi zachoval “zdravý” člověk, co bych měla udělat já a proč to cítím všechno tak radikálně. Taky otázka, proč prostě moje emoce nejsou to “normální” a ostatní lidi se nepovažují za citově chladný.

9.2 ROZHOVOR 2

Kateřina - 30 let – hraniční porucha osobnosti

1. Můj život s hraniční poruchou osobnosti je jedna velká horská dráha. Nejsm si jistá, jak to jinak říct, strašně mě štve, že je to takový stigma všechno kolem těch poruch osobnosti a duševních poruch a všeho takhle, ale co s tím jako mám dělat. Vždycky jsem byla premiantka třídy, na základce i gymplu, hraniční porucha se mi rozjela až na vysoký, kdy ty nároky na mě byly tak vysoký, že to prostě nešlo. Jasně, je tam spousta věcí, který to ovlivnily, z dětství, z partnerských vztahů, sociálních vazeb, ale kdybych mohla třeba studovat víc volnějc – jako teď, kdy je to distančně, to mi hrozně vyhovuje, taky proto to dodělávám – myslím, že by se to tak nerozvinulo. Svůj život ale považuju za docela kvalitní, ale je to taky z toho důvodu, že už to teď mam dost vyřešený, protože na sobě fakt dlouho pracuju. A zvládám studium i práci na plný úvazek, ale něco takovýho bych si před pár lety nedokázala ani představit. Měla jsem práci asi na úvazek 0,3 – flexibilní, podle sebe a do toho studovala prezenčně a úplně mě to položilo. S nikým bych neměnila, protože tahle porucha, když teda nežijete jen tou poruchou, má jistý výhody. Ohromný prožitky. Všechno cítíte stokrát silněji než ostatní. Je skvělý cítit to štěstí tak, až se vám rozlejí po těle takovej ten opojnej pocit z toho dobrýho. Prostě si to umíte emočně neuvěřitelně užít, nepopsatelně, toho bych se vzdát nechtěla. Druhá strana mince je, že tak jak cítíte ty hezký pocity, tak cítíte i ty špatný no, to je prostě potom fakt taková emoční bouře, že je potřeba se hodně kontrolovat, protože to se prostě člověk opravdu zabít chce, než cítit několikanásobnou vnitřní bolest.

2. Vím to asi od třiadvaceti. Vždycky jsem byla trošku jiná, řekla bych, že emočně labilnější než ostatní. Ale dalo se to. Měla sem hodně prožitků, ale vždycky zvládnutelných, protože jsem měla docela úspěchy. Ale 23 let už je taková ta faktická dospělost, takový to, kdy byste od těch osmnácti za těch pět let do třiadvaceti měli být opravdu ti samostatní dospělí, pracovat na plnej nebo studovat nebo, což je teď fakt móda, dělat a zvládat obojí najednou, a ještě se přetřhnout v dalších aktivitách, protože čím víc, tím líp, že jo. Když mi ale diagnózu určili, byla to obrovská úleva. Najednou to někdo pojmenoval, najednou to začalo dávat smysl všechny ty střípky a taky to prostě najednou

bylo řešitelný, i když děsný stigma. Takže za mě rozhodně velká úleva a spousta možností, jak s tím naložit.

3. Terapie, za mě jednoznačně terapie. Léky nezabíraly. Přišlo mi, že mě úplně sundávají inteligenčně i fyzicky. Nebyla jsem ničeho schopná, nechtěla jsem být úplně mimo. Terapie mi pomohla hodně. Zkusila jsem nejdřív dialekticko – behaviorální individuální terapii, pak nějaké skupinovky s dalšíma hraničářema, to bylo dobrý, ale blbý bylo, že tam pak vznikaj takový divný přátelství, ze kterých nejde vybědnout ven a to prostě nechcete, obklopit se jen hraničářema, to je pak strašně složitý pro každého, protože my hraničáři oplýváme docela silnou empatií ve většině případů a nejsme schopní nepomocť druhým, tak si představte, že prostě máte na krku v podstatě sebe a dalších deset lidí a oni to ale cítí obdobně, jste ve smyčce, kde si prostě snažíte pomáhat, ale vždycky, vždycky prostě někdo z té skupiny je v háji a táhne dolů ty, co jsou stabilní. Ne nadarmo se říká hraniční poruše i emočně nestabilní. Stačí zlomek vteřiny a stabilita je fuč. Kromě těch terapií mi pomáhá i muzikoterapie a arteterapie, je to super únik od myšlenek, člověk se soustředí na něco jinýho. Jógu a hypnózu jsem nikdy nezkoušela, asi ani nechci, to mě nějak nenaplňuje přesvědčením, že by to k něčemu vedlo, ale třeba za čas budu chtít, co já vím. Stejně jsem to měla s mindfulness a teď na něj nedám dopustit. Největší problém mi dělalo právě to ukotvení v přítomnosti, tady a teď. Neuměla jsem nekoukat dopředu. Strašně mi vadilo, že nevím, co bude. Ale tahle doba, která je tu teď, ta si to přímo vyžaduje, protože by se z toho člověk opravdu pomátl, kdyby nebyl pouze tady a teď. Za to jsem vděčná a vůbec nezávidím lidem, který skočili do koronavirových opatření po hlavě, že teď nevědí, co se sebou. Pro mě je to paradoxně snazší, protože jsem se do nepříjemných situací se svojí nemocí dostávala často, takže vím, co si k sobě dovolit.

4. Tak to už jsem říkala, že jo. Asi může, ale musí mít hodně podpory, flexibility, zároveň ale i nějaký sebeorganizace a sebereflexe. Máme tendenci se dost přeceňovat, ne že bychom to nedokázali intelektově, ale spíš fyzicky a psychicky se dokážeme hrozně rychle vyčerpat, a pak upadneme do depresí a úzkostí. To je, řekla bych, typický pro všechny hraničáře prostě. Já jsem třeba vystřídala 4 vysoký školy. Teď nakonec dokončuji jednu, která je s prominutím k mému intelektu úplně trapná, protože já si myslím, že nejsem hloupá, ale nezvládla jsem studium na prestižní univerzitě kvůli nárokům a svojí

nízké frustrační toleranci, což jako můj problém je a pracuju s ním, ale taky za to vlastně nemůžu tak úplně. Neustálá změna oborů, škol, to je takový začarovaný kruh. Ted' už zvládám i práci na plný úvazek, ale ta práce mě dost naplňuje a v podstatě mi hodně dává a drží mě nad vodou, takže nemůžu říct, že bych se tím nějak výrazně vyčerpávala. Ale i ta snadná vysoká škola mě vyčerpává, protože to chce nějaký time management, neprokrastinovat, nějakou sebeorganizaci, aby člověk šel na ty zkoušky, napsal ty práce, přečetl ty knihy, prostě splnil ty studijní povinnosti v nějakých termínech, a to je strašně složitý. Dáte si cíl, ale pak najednou třeba tři dny nemůžete nic dělat, protože vám není psychicky dobře a víte, že pokud to uděláte na sílu, tak končíte a vypnete se ještě tak na další měsíc, protože přijde obří propad, který si prostě tělo naordinuje samo, protože už vás zná a ví, že když to neudělá, povede to jediné k sebestrukci.

5. Je pro mě složité to, že se na nás nebere ohled. Dneska máte prostě možnosti k individuálnímu vzdělávání, ať máte tělesné postižení, různá zdravotní omezení, poruchy učení nebo chování, psychické problémy, ale hraniční porucha není jen běžný psychický problém, oni operují s tím, že psychický problém, ale když jsem si žádala o individuál kvůli psychické poruše, bylo mi to zamítnuto s odůvodněním, že nemám vážnou nemoc ani nejsem těhotná, a tedy nemůže být vyhověno. Tak co to je. Existují prý nějaká centra pro lidi jako jsem já, ale vždycky když o tom něco chci najít, nacházím jen nějakou pomoc pro různě postižené lidi, ale nikdy moc ne pro nás psycho lidi. Navíc je to takové stigma, že většinou vám lidi jen řeknou, že když máte psychické obtíže, bude pro vás studium náročné, ale proč by mělo, pokud mi na to dostačuje mozek a budu mít nějakou podporu či individuální možnosti, jak studium dokončit, tak přece se mi bude studovat líp, ne?

Chtěla bych k tomu jen říct, že největším problémem je neznalost a stigma. Ale nejen u běžných lidí, to je nejhorší, ale i u psychologů, pedagogů, sociálních pracovníků. Duševní nemoc, porucha, je sprosté slovo, hned si pod tím každý představuje schizofrenii a něco s čím se nedá pracovat, lidi hned vidí vraždy a krev a výbuchy agrese a iracionální jednání a já nevím co všechno. Jsou absolutně nepoučení v tomhle ohledu, přitom lidí s psychickými poruchami přibývá proboha, tak by se sakra v tomhle ohledu mělo zapracovat trochu víc, ne? Je potřeba ohromná destigmatizace v tomhle ohledu. Proto si říkám, že každá takováhle práce, co někdo píše, je prostě dalším dobrým krokem k tomu, aby se to stalo. A nebudeme si lhát, ale většinou mají duševní poruchy právě celkem chytrý

lidi, protože hodně o věcech přemýšlí. Hlupák nepřemýšlí o ničem, vždyť ten ani neví, že hlupák je.

9.3 ROZHOVOR 3

Milan - 29 let – BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHA

1. Já mám ADHD a bipolární poruchu, jsem homosexuál, takže jsem dost weird, prý to spolu všechno dost souvisí. Bipolární porucha je podle mé psychiatricky důsledkem toho mého zrychleného života. Neměnil bych ale život asi s nikým, není to vždycky jen negativní, ale dost záleží na tom, v jakých se vyskytuju situacích a jaký život v tu danou dobu právě pro mě je.

2. Rozjelo se mi to v prváku na vysoký, studoval jsem jadernou fyziku, měl jsem z toho ale hrozný nervy, nedokázal jsem si udělat nějaký time management, udělal jsem tím pádem asi jen jednu zkoušku, na zbytek mi nezbyla kapacita, a pak nervy, bylo to dost vysilující a stresující, byl jsem z toho hodně unavený. Nakonec jsem se zakousl a další rok to všechno dodělal, dokonce jsem dosáhl na prospěchové stipendium. V té době u mě převažovala hypománie, málo jsem spal, hodně intenzivně a hodně dlouho jsem se učil, měl jsem hodně sil a obří výdrž. Jak mi to začalo dost dobře jít, dostal jsem dokonce práci ve fyzikálním ústavu. Další rok jsem ale měl zase střídavě mánie, a pak deprese, tím se studium prodlužovalo stále víc, měl jsem velký potíže se soustředěním, čím víc věcí jsem dělal, tím míň jsem se na to dokázal už pak soustředit a z toho sem byl hodně v depresi. Na konci druháku mě pak hospitalizovali, byl to můj třetí rok na vejšce, ale pořád jsem byl v tom druháku. Hospitalizovali mě do Psychiatrické nemocnice v Bohnicích, protože jsem věděl, že jsem fakt v háji. Došlo mi to na laboratorních praktikách ve čtvrtém semestru, měl jsem hrozný záseky, prostě jsem se díval na papír, absolutně nevnímal a chvílema mi problesklo takový to – do háje, já to vůbec nevnímám, jde mi to jedním uchem tam a druhým ven. Pak jsem se dostal do takovýho stavu, že jsem si řekl, že to prostě musím řešit, protože nejsem už schopný napsat si třeba alespoň čárku čehokoliv. Kontaktoval jsem psycholožku, ta mě poslala k psychiatrovi a ten mi nejprve sdělil, že mám akutní psychózu. Nějakou dobu jsem docházel na terapie, přehodnotili moji poruchu a tvrdili, že je schizoafektivní, ale na konec se z toho vyklubala bipolární porucha, protože jsem neměl žádné psychotické stavy – ty špatně hozené diagnózy byly fakt úmor, proto mě

rediagnostikovali, protože nezabíraly žádné léky a tak, takže až potom jsem vlastně věděl přesně. V Bohnicích jsem strávil měsíc, chtěl jsem to, nastavili mi tam medikaci na tu schizoafektivní poruchu, v tu chvíli jsem řešil i invalidní důchod, protože mi všude psali tuhle diagnózu, ale nic nepomáhalo, nebyl jsem ničeho schopný, bral jsem léky, antidepressiva, ty měly velkej vliv na moje soustředění. Bral jsem stratteru, bupropion a sertralin.

Když jsem se to dozvěděl, co mám za poruchu, tak se mi ulevilo, protože jsem si sám říkal, že to není normální a myslel jsem si, že mám schizofrenii, takže v tu chvíli, co jsem se diagnózu dozvěděl, se mi ulevilo, protože to mělo jméno a řešení, ale ta léčba byla pro mě fakt otrěsná, protože jsem si dost zakládal na tom, jak vypadám a po těch lécích, antipsychotikách, bral jsem 30 mg olanzapinu, jsem ztloustl z 80 kg na 110, což mé psychice nepřidalo.

3. Pak to bylo tak na střídačku pořád. Chvilí dobrý, chvilí špatný, ale nic, co by se nedalo zvládnout. Ukončil jsem ale studia na jaderce, protože jsem stále prodlužoval studium a neměl jsem pak na placení toho delšího studia. Pak jsem šel na VOŠ na zdrávku, abych jako aspoň nějaký vzdělání měl, ale můj stav se prostě zhoršoval už pak nezávisle na nějakém stresu ze školy a asi tři roky po Bohnicích jsem se ale pokusil o sebevraždu - 10. prosince 2016. Snědl jsem 2 balení Rivotrilu, balení Olanzapinu a vypil na to pěkněj nátrěsk vodky. Neumřel jsem, dodnes, nechápu, jak je to možný. Pamatuju si, jak jsem to do sebe všechno natlačil a šel si lehnout k Honzovi do postele. Asi to pro něj musel pak bejt velkej šok, když mě nemohl probudit, ale já vlastně moc nevím, co se dělo. Pamatuju si ještě to, že se mi asi celou tu dobu, kdy jsem byl v bezvědomí zdály nějaký sny, takže mi to spíš přišlo, jako když jen tvrdě spím. Pak jsem strávil 5 dní v psychiatrické léčebně v Kosmonosech.

Nějaký čas jsem strávil i ve Fakultní nemocnici Ostrava Poruba na psychiatrickém oddělení, psychiatrička tam byla dost zoufalá z toho, že se stav nemění, anebo se zhoršuje.

4. Dost mi pomohlo vstoupit do komunity židovské obce a učit se všechny ty nové věci. Moji předkové mají židovské kořeny, lákalo mě to, je to taková forma terapie. Učím se hebrejsky, aramejsky, jidiš, studuju talmud.

Židi nejsou homofobní, nikoho neodsuzují, hodně mi vyhovuje šabat, protože se tak musím naučit odpočívat, učím se i meditovat, protože vím, že nejde udržovat mozek v neustálém procesu, já totiž neumím vypnout, narážím na ty limity, nikdy nejsem odpočatej, a teď se to právě učím a když se to prý naučím, nemusím ani brát moc medikaci, což mě drží nad vodou, protože co si budeme nalhávat, ta medikace vás dost utlumí. Ta židovská obec má podobné názory a smýšlení, je to sice taková sociální bublina, ale alespoň mě to drží nad vodou, není to totiž žádný honikruh, kdy se člověk zblázní ze všech nároků, které na něj někdo má, je to pohodička.

Vloni jsem si opět podal přihlášku, protože se můj stav zlepšil, pak jsem měl ale docela velký shitstorm v rodině – úmrtí, což bych dál nepitval asi, ale na základě toho jsem to opět ukončil, nedal bych to, chystám se na novou přihlášku v březnu a hodlám k tomu konečně využít centrum pro studenty se speciálními potřebami. Nabídlí mi to na VŠ Báňská, chtěl bych na Fakultu elektrotechnického inženýrství, obor Biomedicínská technologie, což je taková kombinace IT a medicíny. Cílem není nějaký extrémní budování kariéry, chci si jen rozšířit obzory, živím se teď jako programátor, ale rád bych měl někdy šanci něco změnit, titul je důležitý, protože to pomůže lépe sehnat práci.

5. Práci a školu jde zvládnout, je to ale o vhodném nastavení – mohou pomoci asi právě ta centra, o kterých jsem mluvil, ale nikdo o nich asi neví, což nechápu. Já to teď třeba mám tak, že mám tu práci hodně flexibilní, což mi vyhovuje, takže když se mi chce pracovat v jednu ráno, tak pracuju, když ne tak ne, flexibilita je důležitá.

Taky jsem asi hroznej případ, já totiž v životě potřebuju někoho, kdo mě tím životem provede, vidím to na sobě, naštěstí mám přítele, který to dělá. Pokud hodně pracuju, tak se ani nenajím a byl bych schopen pracovat do bezvědomí, to je potřeba vnímat, člověk jinak zanedbává běžný život jako placení složenek, zapomíná na běžné věci – pokud bych byl sám, bylo by to hrozně moc těžké, takoví lidé jako já, když jsou sami, podle mě končej bez domova či na drogách, čehož je zářným příkladem můj brácha.

Je vždycky dobré mít kolem sebe vybudovanou záchrannou síť lidí – člověk by měl mít svoji velkou sociální zodpovědnost – mně spousta lidí pomohla a já se snažím to posílat dál, což ve světě dost chybí, lidi nekoukají kolem sebe, nepodají si pomocnou ruku, je to frustrující, před čtrnácti dny jsem pozval bezdomovce na oběd, vyvolalo to ve mně

obrovsky pozitivní pocit, až na omdlení, pán byl rád, já byl rád, je to neskutečně emoční a podpurný. Lidi by takové věci měli dělat.

6. Doporučení?

Učit se organizaci času, najít si práci s vyšší tolerancí a podporou, to stejné ve škole. Nesnažit se přizpůsobit a být jako ostatní, naučit se se svou poruchou žít, přijmout to a akceptovat to.

9.4 ROZHOVOR 4

Anna - 23 let – Hraniční porucha osobnosti

1. *Nezvládám to. Můj život je úplně na nic. Měnila bych s každým normálním člověkem na tomhle světě, protože mě to nebaví. Neustále se mi mění nálady a nejsem schopná se koncentrovat, jsem často mimo, mam potíže se soustředit, mam afekty a výbuchy vzteku a agrese a strašně mi to v životě překáží. Pro lidi jsem přítěž, protože potřebuji, aby všechno bylo podle mě, jsem protivná a nepříjemná a nic mě nebaví a u ničeho dlouho nevydržím, na tom prostě není nic dobrého.*

2. *Dozvěděla jsem se to asi před rokem. Do té doby sem sice věděla, že něco není úplně ok, a že jsem jiná, ale nevadilo mi to, celkem mi to vyhovovalo, nikdy jsem nechtěla být jako ostatní, odmalička jsem se chovala jinak a dělala jsem si, co jsem chtěla. Ani vlastně pořádně nevím, co je moje diagnóza, někdo tvrdí že bipolární porucha, někdo že hraniční, jiní zas, že mám i nějaké přidružené poruchy. Chtějí mě rediagnostikovat, protože si nejsou jistí, kam zapadám lépe, každopádně léky беру na hraniční poruchu a zabírají, tak tím je to daný, ale ono se to prý dost prolíná tyhle dvě věci. Málokdy se prý trefěj na první dobrou a záměna mezi těmi dvěma poruchami osobnosti je prý hodně častá. Jsme prostě mimoni všichni, hraničáři i bipoláři. A asi se mi dost přitížilo, protože teď mam potvrzený, že jsem totální mimoň. Prášky mě tlumí, nemám takový afekty, ale jsem nepoužitelná, život mám dost nekvalitní prostě, chodím do práce a spím, když chci dělat něco jinýho, tak to nedělám, protože prostě nemam kapacitu. A další věc je, že nechodím na žádnou pravidelnou terapii. Teď mě nedávno pustili z léčebny a chodím sice k psychiatrice, ale nebaví mě chodit na terapie, takže konzultace s psychiatrickou a prášky musí stačit.*

Nebaví mě pořád to řešit, připadá mi, že se všechno točí jen kolem té poruchy, demotivuje mě to. Nemam zájem o tom mluvit a litovat se.

3.No, nejdřív mi dávali Rivotril v léčebně, pak Lamotrix na doma, než se dohodli, že to změňj, protože nemam bipolárku, ale asi teda tu hraniční poruchu, takže ted' mi dávají Citalopram a Aripiprazol. To zabírá no. Nic jinýho nezkouším, jednou se mě pokoušela psychiatricka přemluvit k tý technice mindfulness, tak jsem to šla zkusit, ale je to trapný, nikam to nevede, nechápu to a nechci to dělat, připadám si pak jako ještě větší blázen, není v tom nic rozumnýho, a tak. A hypnóza? To si můžu vzít nějaký drogy a bude to stejný. Jóga mi připadá taky dost směšná.

4. Nelze, studovala jsem biologii na Univerzitě Karlově a už na konci prváku jsem to radši vzdala. Nedala jsem to prostě psychicky, moc nároků, moc času, moc frustrace všude kolem, nebavilo mě to. Pak jsem chvílku kvůli práci studovala pedagogickou vošku, ale ta mě taky nebavila, vykašlala jsem se na to. Ted' jsem to zkusila znovu, dala jsem si jen obor pedagogika, a ještě k tomu dálkově, že jako jak jsem nezvládla ty prezenční studia, tak to zkusím na dálku, ale do toho padla korona prostě a já se pokusila o sebevraždu a celý je to ted' takový zamotaný prostě. Proto jsem byla v tý léčebně, že jo. Protože jsem prostě neměla důvod žít už, ale nakonec jsem asi nějak prozřela nebo co a sama si zavolala pomoc, jenže ted' si za to nadávám, mohl bejt už klid. Pracuju jen na poloviční úvazek, žiju, jak se dá, pomáhá mi rodina, ale nic kvalitního to teda fakt není, není prostě o co stát. Vztahy žádný radši nemám, nevydrží mi, měla jsem pár holek i kluků, nic neklapalo, takže podporu snad radši nikde nehledám, nemá to dobrý konce.

5. Hele prohra je asi to, že jsem se narodila, nezvládám vlastně fakt nic. Jsem ráda, když ráno vstanu, a to je všechno, to je prostě jedinej úspěch. Pak si to odmakam v práci a pak spim nebo koukám na televizi. Nedělám nic záslužnýho, jen kopu kolem sebe a přemýšlím, koho obvinít ze svých problémů. Protože já si to nevybrala. Ty školy mi jsou jedno, nezajímá mě to, nepotřebuju to. Chtěla bych se cítit potřebně, ale nejsem schopná se sebou něco dělat. Studovat znovu rozhodně nepůjdu, zažívat znovu ty věci a ty nároky, nikdo vás tam nechápe, je to bublina chytráků, kterým když řeknete, že máte hraniční poruchu, tak se strachy podělají a budete pro mě absolutní přítěž. Necítím žádnou podporu ani potřebu v tom, abych studovala. Zaprvé by to zas bylo všechno jen na mně, což nechápu, protože postižení mají taky nějaký individuální přístupy prostě, nebo jinak

nemocní lidé, jestli víte, co myslím, ale duševně nemocní studovat nemůžou, protože na to nemaj. A já na to kašlu, nemam ambice to nějak měnit a snažit se o nějaký učení těch lidí, že i tohle je nemoc. Ale to zas bude trvat roky, než se něco pohne a to mi, když přežiju, bude milion let a nebudu mít už ani chuť na cokoliv, natož nějaký cíle. Doporučuju prostě všem lidem s poruchama osobnosti, ať se smíří s tím, že jejich život, práce a studium, bude jen přežívání.

9.5 ROZHOVOR 5

Adam – 21 let – Bipolární porucha osobnosti

1. Bipolární afektivní poruchu mám diagnostikovanou od osmnácti, zhruba od věku 15 let jsem ale tušil, že je něco špatně, takže spíš přelom základky a střední školy. Nepomohlo tomu ani to, že jsem homosexuál, to jste pak středem pozornosti a dost často i takovou tou obětí všech posměváčků. Nejvíc se to asi spustilo po úmrtí strýce a dědy. Moje rodina vůbec nic netušila, první, kdo o mé bipolárce věděl, byli kamarádi. Počkal jsem si na dospělost, takže do osmnácti, a pak jsem si došel k psychologovi. Věděl jsem, že mi něco je, psycholog si nebyl jistý, jakou diagnózu vlastně mám, takže jsem chvíli docházel na terapie a po nějaké době mi diagnostikovali bipolární poruchu. Dost se mi pak ulevilo, snažil jsem se to přijmout, jak to je, ale ty špatný stavy se dost prohlubovaly, tak jsem hledal něco, co by mě z toho dokázalo dostat. Nakonec jsem si našel psaní a zjistil jsem, že mám docela spisovatelské vlohy, vypsát se z toho hodně pomáhalo. Je to pro mě taková forma terapie.

Ta porucha mi obecně někde ubrala a někde přidala. Je to se mnou ale složitý, jak na houpačce, rozlišuju věci často na dobrý a špatný a nějak nejsem schopnej cokoliv vpáčit mezi to. S nikým bych ale neměnil, má to svá pro i proti.

2. Beru přírodní léky, antidepressiva neberu, protože mě hodně ovlivňují, mám však na takovou záchranu, kdyby náhodou, napsaný Xanax, ale nevyužívám ho. Chodím na pravidelné terapie, dlouhé procházky a hodně píšu, jak už jsem říkal. Píšu hodně romány a novely, moje postavy jsou dost psychologické, už jsem napsal i drama, všechno to ale zatím nechávám v šuplíku a říkám si, že až přijde ten správný čas, třeba s tím vyjdu ven, kdo ví. Z těch dalších možností jsem zkoušel jógu, nebavilo mě to. Nikdy mě třeba

nenapadlo nechat se hospitalizovat, jsem trochu proti tomu, to mi psychiatricka nabízela, já jsem prostě řekl, že to teda ne, že prostě nebudu někde měsíc zavřenej.

3. Hlásil jsem se na vysokou školu, že to jako vyzkouším, na učitelství – Český jazyk a dějepis na Pedagogické fakultě UK, dostal jsem se a teď tu školu studuju no. Někdy je to dost složitý, ani ne v tom, že bych to jako nezvládal, i když je pravda, že prostě občas mám takové stavy, kdy se mi nic nechce no, ale zatím musím zaklepat, že je to vlastně docela v pohodě oproti jiným lidem, kteří mají nějaké takové problémy, a které znám. Mým problémem je spíš to, že jsem dost naivní a hodnej, což ty lidi strašně často vycítí, a pak mě hrozně využívají, což mě teda dost táhne dolů. Občas jsem z toho fakt špatnej. Taky pracuju, dělám průvodce na zámku, kde je daleko lepší prostředí než v tý škole, tam jsem spokojenej. Taky jsem dost workoholik, takže nemám moc volna, což je samozřejmě riziko, protože se mi kdykoliv můžou zase objevit deprese. Já tedy za sebe musím říct, že mě práce a škola docela vlastně drží nad vodou, protože mám pak aspoň pocit, že něco dělám a jsem užitečnej. Někdy bych ale pomoc ve studiu třeba i docela ocenil. Třeba individuálnější plnění věcí a tak.

4. Naposledy jsem měl špatný stav minulý rok v zimním semestru, protože jsem potkal jednoho kluka a ten vztah dopadl dost nešťastně, dolehlo to na mě tak, že jsem fakt jen ležel, obrovský výkon pro mě tehdy byl jít si postavit vodu na čaj. Tak ob tejdén jsem měl tyhle stavy hrozný.

Je to se mnou prostě dost složitý, hodně plánuju, potřebuji i detaily, jsem pak zklamanej z osobních proher, pokud něco nevyjde, má to fakt docela dopad, protože jsem dost sebekritický, mám na sebe vysoký nároky, taky jsem velkej perfekcionista a chtěl bych být pořád dokonalý. S tím perfekcionismem otravuji život i ostatním lidem.

Naštěstí všichni, co vědí, že mám BAP, to chápou, zvládají to. Dost věcí teda lituju, třeba když jsem si ubližoval, těch kostlivců ve skříni mám hodně, trápí to pak i to okolí no. Ale svůj život mám docela rád.

10 ZÁVĚREČNÉ ŠETŘENÍ VÝPOVĚDÍ A KÓDOVÁNÍ

Hraniční i bipolární klienti jsou velmi specifictí lidé, kteří potřebují velkou míru podpory nejen ve studiu, o kterém je tato práce především, ale také v oblasti sociální, interpersonální a dalších. Všimnout si můžeme i společných rysů těchto dvou poruch, které bývají často zaměňovány, i když jejich průběh je odlišný. Zmínit bychom měli i problematiku sebepoškozování, které nemusí být vždy doprovodným jevem těchto poruch, ale ve většině případů ulevuje od úzkostí, negativních myšlenek, zmírňuje myšlenky na pokus o sebevraždu a sebeobviňování.

Z pěti výpovědí našich respondentů vyplývá, že studium je pro všechny náročné především z toho důvodu, že nemají dostatek podpory a flexibility. Psychické onemocnění většinu respondentů ovlivňuje na úrovni energie, motivace a sebedůvěry. U obou poruch osobnosti jasně vyplývá, že problémem jsou rovněž potíže s koncentrací, soustředěním, s plánováním času, a to především na základě toho, že nikdy nelze předvídat stavy, ve kterých nebude možné vstát z postele a odejít do školy či do práce, kde se po klientech chtějí výkony jako po lidech bez onemocnění.

Z hlediska kódování společných faktorů všech výpovědí nelze opomenout:

- nevyhraněnou sexuální orientaci
- jednoznačnou úlevu při odkrytí diagnózy
- rozvoj nemoci kolem 20. roku života
- vysoký intelekt
- vstřícnost a ochota
- empatie
- motivace ke studiu s určitou podporou
- chuť pomoci s destigmatizací duševních onemocnění
- spokojenost se životem i přes negativní zkušenosti
- extrémní emoce – prožívání radosti
- extrémní emoce – prožívání smutku
- perfekcionismus a vysoké nároky na sebe samé
- časté hospitalizace
- terapie
- farmakoterapie a medikace

11 NÁVRHY K PODPOROVANÉMU VZDĚLÁVÁNÍ A PRÁCI SE STUDENTY S DUŠEVNÍMI PORUCHAMI

V roce 2013 vznikla rešerše, která měla být vzhledem do podporovaného vzdělávání studentů s psychickými obtížemi. Tato rešerše dokazuje, že často výskytu duševních poruch u studentů ve vyšším vzdělávání je markantní a velmi opomíjená. A ačkoliv od roku 2015 existuje i Manuál pro práci se studenty s psychickými obtížemi, který by měl být využíván napříč centry pro studenty se specifickými potřebami, je jasné, že je stále mezi studenty, ale i pedagogy na středních, vyšších odborných a vysokých školách jen málo informací k této problematice. Stále se setkáváme se stigmatem, což vyplynulo i z rozhovorů s respondenty. Rešerše k podporovanému vzdělávání se snaží odkrýt data z čtyř zemí – České republiky, Portugalska, Norska a Nizozemska. Co se České republiky a Portugalska týče, je tato rešerše zpracována na základě různých dat právě kvůli nedostatku informací a z těchto dat jsou vytvořeny odhady.

Česká republika: Poslední desítky let přinesly spoustu změn. Stoupl počet psychiatrických ambulantních služeb cca o 60 %. Odhady vypovídají, že například střední školu předčasně ukončí 200 až 300 studentů, z nichž velká většina přestává studovat právě z důvodu problémů s duševním zdravím. Studenti s psychickými obtížemi jsou schopni ve studiu pokračovat někdy po změně dané školy či oboru nebo s možností opakování ročníku. V postsekundárním vzdělávání je míra předčasného ukončení vzdělávání ale ještě daleko vyšší, mnoho studentů začíná studovat vysoké školy a brzy je ukončuje. (Ministerstvo práce a 12 sociálních věcí České republiky, 2014).

Portugalsko: Portugalsko zase uvádí, že v roce 2013 nastoupilo do vyššího vzdělávání asi 371 tisíc studentů. Correiaová, Nunesová, Barrosová a Penasová (2010) ve své studii uvádí, že z 352 oslovených studentů cca 12 % z nich ve vyšším vzdělávání užilo nějaký druh psychofarmak. Pokud by se tato procentní čas odhadovala na obecné studentské populaci v Portugalsku, odpovídalo by to poměrně velkému procentuálnímu počtu studentů vyššího vzdělávání, kteří užívají psychofarmaka, a tak se s největší pravděpodobností potýkají s nějakým psychickým onemocněním.

Norsko: Norové svůj výzkum v této oblasti započaly již v roce 2010. Šlo o Průzkum zdraví a spokojenosti studentů. Této studii se zúčastnilo na 23 tisíc z celkového počtu 100 tisíc studentů. Výsledky výzkumu jednoznačně prokázaly, že studenti často uvádějí vysokou míru symptomů psychických problémů než zbytek populace. Asi 14 % uvedlo, že se setkávají u sebe se závažnějšími psychickými problémy a 22 % uvedlo, že příčina jejich psychických obtíží souvisí s emočním a duševním zdravím, ale rovněž s kapacitou pro plnění všech povinností kladených na studenty vyššího vzdělávání. Třetina studentů, která uvedla závažné problémy s duševním zdravím vyhledala psychiatrickou pomoc. Organizace, která tento průzkum prováděla (TNS Gallop), odhadovala, že asi 9 % studentů potřebuje podporu duševního zdraví, ale té se jim bohužel nedostává. Pokud vynecháme studenty, kteří vyhledali sami odbornou pomoc, vychází nám v konečném součtu asi 13 % těch, kteří zažívají závažné problémy v psychické oblasti.

Nizozemsko: V letech 2012 – 2013 studovalo v Nizozemku na univerzitách téměř 663 tisíc studentů. Podle nizozemských průzkumů se přibližně 6 procent studentů vyššího vzdělávání potýkalo s psychickými obtížemi a s obtížemi v oblasti duševního zdraví. Asi polovina těchto studentů je svými psychickými obtížemi během studia vysoké školy výrazně omezena. Znamená to tedy, že zhruba 22 tisíc studentů v Nizozemsku zažívá takové potíže. Tito studenti jsou samozřejmě ohroženi předčasným ukončením studia, z něhož mohou vzejít další psychické obtíže – riziko izolace studentů, problematika se začleněním, zvýšená kriminalita, nezaměstnanost.

Nizozemsko a Norsko jsou před námi v tomto ohledu hodně napřed. U nás v České republice je informací na toto téma dostupných jen velmi málo, což je velmi závažné. Norové a Nizozemci se na duševní zdraví svých studentů zaměřují daleko více než my – Česká republika a Portugalsko. Celkový počet studentů, kteří se potýkají s psychickými obtížemi během svých studií je cca 13 %. Aby mohlo být zajištěno, že studenti s psychickými obtížemi budou mít do budoucna větší šance na úspěšné dokončení studií, mělo by se jim dostat podpory.

11.1 PODPOROVANÉ VZDĚLÁVÁNÍ

Duševní onemocnění nejčastěji přicházejí mezi 17. – 25. rokem života. Je to přesně ta doba, kdy mladí dospělí studenti dokončují střední vzdělání a nastupují do vyššího vzdělávání či jiného odborného vzdělávání k prohloubení své kvalifikace. Lidé, kteří trpí duševním onemocněním jsou však velmi znevýhodněni, protože pro mnoho z nich jsou možnosti vzdělávání v podstatě nedostupné. Často se snaží získat vyšší vzdělání a intelekt jim na to dostačuje, ale často nejsou kvůli svému onemocnění a třeba i léčbě, kterou podstupují, schopni studium dokončit. V jejich životě se objevují překážky v podobě stigmatizace a nedostatečných znalostí pedagogů, ale někdy i odborníků.

Skupiny studentů s různými postiženími – tělesným, sluchovým, zrakovým, specifickými poruchami učení, mají na vysokých školách možnosti využít poradenských služeb, lidé s duševním onemocněním jsou sice zhruba od roku 2015 do těchto poradenských služeb v rámci center pro studenty se specifickými poruchami zahrnuti, ale nepracuje se s nimi, tato centra jim nebývají doporučena, studenti o nich nevědí a když už je na taková centra někdo odkáže, bývají v nich lidé, kteří vědí, jak pracovat s poruchami učení, chování, ale nevědí si rady s touto specifickou skupinou lidí s psychickým onemocněním.

Projekt ImpulSE, který vznikl právě na podporu Podporovaného vzdělávání se snaží přispět ke zlepšení přístupu k mladým dospělým studentům v evropských zemích. Snaží se vyvinout služby podporovaného vzdělávání (PV) – tzv. Toolkit.

Podporované vzdělávání je definováno jako vzdělávání, které podporuje studenta individuálně v oblastech praktické podpory, poradenství a pomáhá studentům s psychickými obtížemi dokončit studium. Cílem tohoto projektu byla spolupráce napříč národy evropských zemí. Tyto cíle byly formovány s ohledem na Všeobecnou deklaraci lidských práv, inkluzivní vzdělávání, proces recovery, tedy proces zotavování se z duševní nemoci a s ohledem na psychosociální rehabilitaci.

Definice lidských práv dle OSN zní: *„práva náležící všem lidským bytostem bez ohledu na státní příslušnost, místo pobytu, pohlaví, národní nebo etnický původ, barvu pleti, náboženské vyznání, jazyk a jakýkoli jiný status. Všichni máme stejný nárok na*

lidská práva bez diskriminace. Tato práva jsou vzájemně propojená, provázaná a nedělitelná.“ Předpokladem základních lidských práv je svoboda a nezávislost daného jedince v projevu své existence či činnosti, ve vytváření vlastních hodnot, které nezasahují do lidských práv ostatních lidí. Služby podporovaného vzdělávání by měly být taktéž vykonávány plně v souladu s touto deklarací. V naší problematice nelze opomenout právo na vzdělání, z čehož vyplývá, že toto právo by mělo být stejně přístupné všem, kteří svými schopnostmi a dovednostmi mohou tyto činnosti dokázat.

11.1.1 INKLUZIVNÍ VZDĚLÁVÁNÍ

Inkluzivní vzdělávání nám říká, že by se všichni studenti měli vzdělávat společně, bez ohledu na své odlišnosti. Tuto směrnici poprvé zveřejnila OSN v roce 1993 a určila tak směrnici o rovných příležitostech lidí s postižením, kdy má být zaručena rovnoprávnost ve vzdělávání pro děti, mládež i dospělé s postižením ve školském prostředí. Inkluzivní vzdělávání zaručující tyto principy rovnoprávnosti by mělo všechny osoby v procesu (tj. pedagogy, studenty i rodinné příslušníky) spojit v jeden tým. Školská prostředí by měla uspokojit tyto rozdílné potřeby všech svých studentů, umožnit jim přístup ke vzdělávání a vyvinout podpůrný systém. Tyto postupy by měly pomoci překonat bariéry, které se studentům staví při vzdělávání do cesty. Do inkluze tedy řadíme studenty s postižením, studenty různých národností a různých kultur, studenty z rozdílného prostředí a rodinného zázemí, studenty s různými zájmy, studenty jako individuality. S ohledem na tuto práci nelze opomenout to, co je ještě i v dnešní době zdárně opomíjeno, a to jsou právě studenti s psychickým onemocněním, kteří také potřebují individualizovanou podporu.

11.1.2 RECOVERY/PROCES ZOTAVENÍ SE Z DUŠEVNÍ NEMOCI.

Zotavení se z duševní nemoci obnáší vytvoření nového smyslu života v souvislosti s překonáváním následků jeho duševního onemocnění. Jedinci v procesu zotavení pracují se svými cíli, snaží se změnit své postoje a hodnoty a učí se, jak žít uspokojivý a prospěšný život i se svým psychickým onemocněním. Klienti se v tomto procesu snaží oprostít od zaměření na svoji nemoc, nevěnovat jí tolik pozornosti a jak sami někdy uvádějí „nebýt chodící diagnózou.“ V podporovaném vzdělávání by tento proces měl být orientovaný především pomocí se vzdělávacím plánem, time-managementem, plněním menších cílů a učením se, že není špatné dopouštět se chyb. Důležitým faktorem je také

pěstování cílevědomosti a posilování frustrační tolerance, aby klienti neměli takový strach ze selhání.

11.1.3 PSYCHOSOCIÁLNÍ REHABILITACE

Psychosociální rehabilitace je podporou ke zotavení, k plnému začlenění do společnosti a ke zlepšení kvality života lidí s psychickým onemocněním. Veškeré služby psychosociálních rehabilitací by měly být utvářené na míru dané osobě, a tedy individualizované. Měly by být nápomocny rozvoji dovedností. Součástí psychosociální rehabilitace je právě podporované vzdělávání, ve kterém se klient a terapeut soustředí společně na oblasti učení, ale rovněž terapeut působí jako poradce a opora pro jedince s duševním onemocněním při dosahování jeho cílů ve vzdělávání.

11.1.4 POSLÁNÍ A PRINCIPY PODPOROVANÉHO VZDĚLÁVÁNÍ

Posláním konceptu podporovaného vzdělávání je pomoc mladým dospělým lidem, studentům s duševním onemocněním, ve výběru správného oboru a udržení vzdělávacích cílů dle vlastních preferencí těchto jedinců. Hlavními principy je zlepšování výsledků ve vzdělávání, naděje na dokončení cílů, sebeurčení, což můžeme minit jako zaměření, na vlastní rozhodování studentů, a na přijímání veškeré zodpovědnosti za studijní proces. Každý student se aktivně podílí na všech oblastech podporovaného vzdělávání, určuje kritéria úspěchu a hodnotí svoje pokroky v plnění nastavených cílů. Důležitým principem je také rovný a spravedlivý přístup pro všechny studenty. Dalším neopomenutelným aspektem je propojení služeb péče o duševní zdraví v tomto podporovaném vzdělávání.

11.2 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ A S NÍM SPOJENÁ OMEZENÍ VE VZDĚLÁVÁNÍ

Z různých výzkumů vyplývá, že se asi šest procent studentů ve vyšším vzdělávání potýká s nějakým problémem v oblasti duševního zdraví. Většinu těchto studentů jejich psychické problémy výrazně ve studiu omezují a ovlivňují tak jejich studijní výsledky. Z výzkumu rovněž vyplývá, že klienti s duševním onemocněním jsou intelektově nad průměrem běžné populace, učí se více, ale zároveň dostávají horší známky a získávají méně potřebných kreditů než studenti, kteří netrpí psychickými problémy.

U této skupiny lidí je rovněž značně zvýšené riziko, že své studium předčasně ukončí. Je to především z toho důvodu, že v případě zhoršení jejich psychického stavu, v důsledku například hraniční či bipolární poruchy, přichází potíže se soustředěním, pamětí, pozorností, motivací, sebeorganizací a plánováním. Mnohé studie rovněž ukázaly, že velké množství lidí s duševním onemocněním by studovalo velmi rádo, ale zároveň by si přály mít větší podporu ve studiu. V rešerši z roku 2013 o podporovaném vzdělávání se objevují mimo jiné i potřeby studentů s psychickým onemocněním, které si popíšeme v následujících kapitolách.

11.3 PŘEKÁŽKY VE STUDIU

11.3.1 BARIÉRY SPOJENÉ S OSOBNÍMI FAKTORY

V České republice, Portugalsku, Norsku i v Nizozemí zmiňovali uchazeči o studium a studenti jako jedny z hlavních bariér spojené s osobními faktory nedostatek sebeúcty, sebedůvěry, sebevědomí a strach ze stigmatizace. Klienti často uváděli, že jim často vytanou na mysl otázky typu: „Jsem schopný to dokázat? Mám na to? Zvládnou to?“ Odborníci stále poukazují na fakt, že lidí s duševními onemocněními jsou přesvědčeni o tom, že to prostě nedokážou. Většinou mají již předchozí negativní zkušenosti se školní docházkou, a to již z dob studia na základní škole. Tyto negativní zkušenosti jim rovněž brání v rozhodnutí se znovu do vzdělávání vrátit.

Další bariérou spojenou s osobními faktory je sebestigmatizace. Sebestigmatizace je situace, kdy lidé uvěří negativní stereotypům, které o nich mohou šířit lidé z jejich okolí, nebo které existují z dob minulosti a začnou se podle nich chovat. Jako příklad můžeme uvést, že tito lidé například uvěří tomu, že nejsou inteligentní a raději sami vzdělávání nadobro opouští. Jako další bariéru uvádějí to, že výběr oboru je velmi široký a oni vlastně nevědí co chtějí. Občas se mohou vyskytovat i finanční problémy. "

U klientů s psychickým onemocněním je také typický velký strach z neúspěchu, který snižuje možnost, že si takový jedinec vůbec podá přihlášku ke studiu. Klienti často uvádějí, že když už studují, tak jim ve vzdělávání zabraňuje problém s udržením koncentrace, což je přímý důsledek jejich duševního onemocnění a stěžují si například na

to, že klidně mohou číst jednu stránku více než stokrát, ale ve skutečnosti si z ní stejně nic nepamatují, což je velmi frustrující.

Dalším faktorem je únava, kdy studenty s duševním onemocněním vyčerpává i cestování z místa bydliště do školy a zpět a nejsou pak schopni se na přednáškách soustředit, protože mají velmi málo energie. Další bariérou jsou také vedlejší účinky farmakoterapie, někteří studenti uvádí, že když berou léky, zhoršuje se jejich studijní prospěch, protože je medikace zpomaluje a mají potíže například při čtení a vnímání přednášek. Všechny tyto překážky byly zmíněny ve všech čtyřech výše zmíněných zemích. Asi ve třech z těchto zemí studenti uváděli také neschopnost plánování a organizace svého času, přitom si ale uvědomují, že organizace je velmi důležitá. Mnoho z nich také ví, jak se to dělá, ale nedokážou ji přizpůsobit dané situaci.

11.3.2 BARIÉRY SPOJENÉ SE VZDĚLÁVACÍM PROSTŘEDÍM

Největším problémem v nastoupení a udržení studia studenti viděli v nedostatku podpory ze strany školy, což zmiňovali ve všech čtyřech zemích. Dalším neopomenutelným faktorem je skutečnost, že vysoké školy i přes to, že nabízejí kombinované formy studia, nenabízejí ale dálkových oborů dostatek, což znamená, že si studenti musí vybrat z dálkových oborů třeba i některý, který je nebude příliš zajímat, protože v důsledku svého psychického onemocnění a s ohledem na jejich individuální potřeby nejsou schopni ve většině případů studovat prezenční studium. Na většině vysokých škol studenti ani zaměstnanci školy nevědí, že existují nějaké podpůrné služby i přesto, že každá fakulta je víceméně povinna takového specializovaného zaměstnance mít. Dalším problémem je, že pokud jsou nějaké informace k této problematice dostupné, jsou často velmi nejasné. Další faktickou bariérou, která brání studentům do studia nastoupit a byla zmíněna ve všech čtyřech zemích je bariéra, kdy měli uchazeči o studium potíže při podávání přihlášky, protože je nikdo nepodpořil při vyplňování složitých přihlášek, formulářů ale také při provedení platby.

S problémy se studenti také potýkají u přijímacích zkoušek, jako příklad uvádíme právě Českou republiku, kdy bývá většinou jen jedna možnost skládat přijímací zkoušku, a průběh zkoušky nebývá nijak zvláště přizpůsobený potřebám jednotlivých uchazečů s psychickými onemocněními. Pokud už při univerzitě nějaké centrum pro studenty se

specifickými potřebami existuje, bývá většinou komunikace mezi centrem a univerzitou velmi vágní, či spolu tyto dvě instituce nekomunikují, nebo si dokonce často odporují.

Poslední velkou a neopomenutelnou bariérou je neflexibilní struktura školského systému na vysokých školách. Systém na vysokých školách bývá pevně daný, uzavřený, neumožňuje alternativní hodnocení a studenti často uvádějí, že je „zkostnatělý“ a „nevlídný“. Školy rovněž nepovolují individuální studijní postupy, nezohledňují pomalejší tempo, které odpovídá studentovým pomalejším možnostem. Studenti také uvádí, že cítí ze strany zaměstnanců školy nedostatek pochopení a empatie. Jeden student z České republiky uvedl: „Když jsem jim chtěl vysvětlit své problémy, pořádat je o pomoci a podporu, nikdo mě neposlouchal.“

Všichni respondenti také uváděli, že pedagogové někdy myslí, že vědí, jak přistupovat k lidem s různými onemocněními, protože s nimi pracovali již dříve, ale v důsledku toho pak mají sklony k ignoraci veškerých rozdílů mezi lidmi, kteří mají stejné onemocnění, a tak už jejich individualitu nezohledňují a chovají se k nim stejně jako k těm, se kterými se už setkali. Všechny tyto bariéry mohou vést ke špatnému začlenění do univerzitního kolektivu.

11.3.3 BARIÉRY SPOJENÉ SE SOCIÁLNÍM PROSTŘEDÍM

Studenti se špatným rodinným zázemím, či žijící v nepodnětném sociálním prostředí, nemají žádnou podporu v rodinných příslušnících. Sociální prostředí také ovlivňuje jejich sebeúctu, která je pro studium velmi důležitá. Studenty mohou někdy před studium odrazovat jejich rodiče z důvodu podceňování, nebo je naopak mohou do studia nutit z opačného důvodů, tedy přeceňování. Ani jeden ze zmíněných postupů není v oblasti duševního zdraví vítaný, protože student by si měl sám určit, jakým směrem by se měl vydat a jaké jsou jeho možnosti. (Toolkit podporovaného vzdělávání, [online], 2013)

12 CENTRA PRO STUDENTY SE SPECIFICKÝMI POTŘEBAMI

Při téměř každé univerzitě jsou dnes k dispozici centra pro studenty se specifickými potřebami, k nimž patří i studenti s psychickým onemocněním. Tato centra však nejsou lidmi s psychickým onemocněním využívána. Hlavním problémem však je, že mezi zaměstnanci těchto center jsou sice odborníci specializující se například na tělesné, sluchové či zrakové postižení nebo specifické poruchy učení či chování, ale málokdy se v takových centrech vyskytují i odborníci pro péči o osoby s psychickým onemocněním. Psychologů, psychiatrů i psychoterapeutů je u nás značný nedostatek, tedy je jasné, že působení v takových centrech je komplikovanější. I díky tomu nejspíš nebývají tato centra psychicky nemocným nabídnuta a jsou jim neznámá. Všichni respondenti v této práci až na jednoho shodně uváděli, že žádnou podporu nemají a rádi by ji měli, mnohdy tato centra vůbec neznají. Otázkou je, zda o tom, že do specifických potřeb spadají i psychická onemocnění vědí zaměstnanci jednotlivých fakult pod velkými univerzitami, což by mělo dle našeho názoru být samozřejmostí.

Právě z tohoto důvodu je důležité, aby se studenti o této podpoře dozvíдали, aby věděli, že mají nějaké možnosti. Začít je však potřeba právě edukováním zaměstnanců jednotlivých fakult, protože komunikace se studenty s psychickým onemocněním je velmi specifickou záležitostí a nelze s nimi jednat jako s každým jiným studentem, který má nějaké speciální potřeby.

Komunikace by měla být bezpečná, s ohledem na daného člověka, nejen v případech, kterým odborník rozumí, ale v případech, kdy si není jistý. Lidé, kteří nevědí, jak pracovat s takovými lidmi by měli předat studenta někomu kompetentnějšímu, někomu, kdo mu dokáže pomoci, podpoří ho a vytvoří bezpečné prostředí pro práci.

Seznam center pro studenty se specifickými potřebami naleznete v příloze této práce.

ZÁVĚR

V závěru této práce bychom rádi podotkli, že měla za hlavní cíl upozornit na problematiku duševních onemocnění v závislosti na vzdělávání a na nedostatečnou edukaci pracovníků ve vzdělávání. Jak z práce vyplývá, tato problematika je tedy nedostatečně uchopena jak odborníky ve vzdělávání, tak i legislativně.

Při univerzitách sice vznikají různé manuály a příručky pro práci s lidmi se specifickými potřebami, je zde i snaha o podporované vzdělávání v teoretických rovinách, ale v praxi je tato podpora naprosto nedostatečná. Vzhledem ke zvyšování počtu osob s psychickým onemocněním v naší společnosti je tato informace velmi povážlivá.

Upozornili jsme také na to, že většina studentů s hraniční a bipolární poruchou osobnosti má motivaci a chuť ke studiu, ale necítí dostatečnou podporu právě ze stran univerzit a fakult, a proto buď volí brzký ústup ze vzdělávání nebo se do něho raději ani nepouští. Rovněž je patrné, že tito lidé intelektově na studium ve vyšším vzdělávání dostačují a s potřebnou podporou mohou mít nadprůměrné výsledky.

V České republice je bohužel informací o této problematice opravdu velmi málo a je tedy potřeba podnikat určité kroky kupředu v rozvoji této problematiky tak, aby byla podpora studentů s poruchou osobnosti opravdu dostatečná, a hlavně mezi studenty a zaměstnanci ve vzdělávání rozšířena informace o její existenci.

Důležitým faktorem k šíření informací o podporovaném vzdělávání a centrech pro studenty se specifickými potřebami i z hlediska psychických onemocnění je edukace všech zúčastněných osob, zmírnění nebo v ideálním případě vymýcení stigmatizace duševních onemocnění.

Pokud tato práce bude nápomocnou alespoň jednotlivcům v tom, kam se obrátit v případě, že mají psychické obtíže a studují, budou naše cíle alespoň částečně úspěšné.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

- ATKINSON, Rita L. *Psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN ,80-7178-640-3.
- BENEŠ, M. *Andragogika – teoretické základy*. 2. vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 2003. 216 s. ISBN 80-86432-23-8.
- BENEŠ, M. *Andragogika*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 136 s. ISBN 978-80-247-2580-2.
- BOLELOUCKÝ, Zdeněk. *Hraniční stavy v psychiatrii*. Praha: Grada, 1993. ISBN 80-7169-029-5.
- ČERMÁK, I.: *Myslet narativně: kvalitativní výzkum „On the road“*. In: Čermák, I., Miovský, M. (eds.): *Kvalitativní výzkum ve vědách o člověku na prahu třetího tisíciletí*. Brno, Psychologický ústav akademie věd ČR 2002.
- HARTL, P. *Kompendium pedagogické psychologie dospělých*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999. 231 s. ISBN 80-7184-841-7.
- HARTL, P. *Stručný psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 310 s. ISBN 80-7178-803-1.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008, 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4. HENDL, J. *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. 3. vyd. Praha: Portál, 2009. 696 s. ISBN 978-80-7367-482-3.
- HÖSCHL Cyril, LIBIGER Jan, ŠVESTKA Jaromír/ editoři. *Psychiatrie*, Praha : Tigis, 2004, 883 s., ISBN 809-00-1307-4.
- CHRZ, V.: *Možnosti narativního přístupu v psychologickém výzkumu*. Praha, Psychologický ústav AVČR 2007, ISBN 978-80-86174-11-2
- KALOUS, J., VESELÝ, A. *Vzdělávací politika České republiky v globálním kontextu*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 181 s. ISBN 80-246-1261-5
- KERNBERG, Otto F. *Normální a patologická láska: pohled současné psychoanalýzy*. Vyd. 2. Přeložil Ivo MÜLLER. Praha: Portál, 2011. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-7367-892-0.

MUŽÍK, J. *Andragogická didaktika*. 1. vyd. Praha: Codex Bohemia, 1998. 272 s. ISBN 80-85963-52-3.

MUŽÍK, J. *Didaktika profesního vzdělávání dospělých*. 1. vyd. Plzeň: Fraus, 2005. 202 stran. ISBN 80-7238-220.

LÁTALOVÁ, K., *Bipolární afektivní porucha*. (Vyd. 1., 247 s.) Praha: Grada. 2010 ISBN: 978-80-247-3125-4

MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 80-247-1362-4.

PLAMÍNEK, J. *Vzdělávání dospělých*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 320 s. ISBN 978-80-247-3235-0.

PRAŠKO, Ján. *Poruchy osobnosti* 2.vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN978-80-7367-558-5.

PRŮCHA, J, WALTEROVÁ, E, M, Jiří. *Pedagogický slovník*. 6.vyd, Praha: Portál, 2009. 400 s. ISBN 978-80-7367-647-6.

RABOCH, J., & Pavlovský, P., *Psychiatrie*. (Vyd. 1., 466 s.) Praha: Karolinum. 2012,

RABUŠICOVÁ, *Učíme se po celý život? O vzdělávání dospělých v České republice*. Brno: Masarykova Univerzita, 2008.

RÖHR, Heinz-Peter. *Hraniční porucha osobnosti: vznik poruchy, průběh a možnosti jejího překonání*. Vyd. 3. Přeložil Antonín KONEČNÝ. Praha: Portál, 2012. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0311-7.

RÖHR, Heinz-Peter. *Nedostatečný pocit vlastní hodnoty: sebedestruktivní vnitřní programy a jejich překonávání*. Praha: Portál, 2013. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0354-4.

SKALKA, J. a kolektiv. *Základy pedagogiky dospělých*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1989. 258 s. ISBN 80-04-21636-6.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

VÁGNEROVÁ, M., 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, s. r. o. ISBN 978-80-7367-414-4.

Zahraniční zdroje:

BRYMAN, A., *Social research methods*, London: Oxford university press., 2001

KERNBERG, Otto F. *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. New York: Basic Books, c1989. ISBN 0465066437.

THE SUPPORTED EDUCATION *Program Manual* (2004), The Supported Education Community Action Group, University of Michigan School of Social Work.

Seznam použitých internetových zdrojů

MANUÁL PODPORY STUDENTŮ S PSYCHICKÝM ONEMOCNĚNÍM NA VYSOKÉ ŠKOLE [online]. [cit. 12.1.2021] Dostupné z: https://alfons.vutbr.cz/wp-content/files/Manul_-PSY.pdf

TOOLKIT PODPOROVANÉHO VZDĚLÁVÁNÍ [online]. [online]. [cit. 25.1..2021] Dostupné z: <http://www.supportededucation.eu/wp-content/uploads/2015/09/Czech-Supported-Education-toolkit.pdf>

ÚZIS ČR: *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. [cit. 16.2. 2021]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci#publikace>

SEZNAM ZKRATEK

HPO – Hraniční porucha osobnosti

BAP – Bipolární afektivní porucha osobnosti

MKN – 10 – Mezinárodní klasifikace nemocí

PO – porucha osobnosti

OSN – Organizace spojených národů

PV – podporované vzdělávání

PNB – Psychiatrická nemocnice Bohnice

FN – Fakultní nemocnice

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Seznam center pro studenty se specifickými potřebami

VYSOKOŠKOLSKÁ CENTRA PODPORY PRO UCHAZEČE A STUDENTY SE SPECIFICKÝMI POTŘEBAMI

- Akademická poradna APUPA, Univerzita Pardubice
- Akademická poradna, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
- Akademická poradna a centrum podpory, Technická univerzita v Liberci
- Centrum podpory studentů se specifickými potřebami, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
- Centrum podpory studentů se specifickými potřebami, Univerzita Palackého v Olomouci
- Centrum pro studenty se specifickými potřebami, Slezská univerzita v Opavě
- ELSA – Středisko pro podporu studentů se specifickými potřebami, ČVUT v Praze
- Informačně poradenské centrum, Vysoká škola technická a ekonomická v Českých Budějovicích
- Informační a poradenské centrum, Západočeská univerzita v Plzni
- Kancelář pro studenty se speciálními potřebami, Univerzita Karlova v Praze
- Carolina – středisko digitalizace studijních zdrojů, Univerzita Karlova v Praze
- Poradenské centrum Přes bloky, VUT v Brně
- Poradenské středisko pro studenty se speciálními potřebami, Česká zemědělská univerzita v Praze
- Pyramida – centrum podpory studentů se specifickými potřebami, Ostravská univerzita v Ostravě
- Slunečnice FEI – centrum pro studenty se specifickými nároky, Fakulta elektroniky a informatiky na Vysoké škole báňské – TU v Ostravě
- Slunečnice – centrum pro studenty se specifickými nároky, Ekonomická fakulta Vysoké školy báňské – TU v Ostravě
- Středisko handicapovaných studentů, Vysoká škola ekonomická v Praze
- Teiresiás – středisko pro pomoc studentům se specifickými nároky, Masarykova univerzita v Brně
- Univerzitní centrum podpory pro studenty se specifickými vzdělávacími potřebami, UJEP v Ústí nad Labem

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Květa Cinglová

Obor: Andragogika

Forma studia: kombinované

Název práce: Vzdělávání studentů s hraniční a bipolární poruchou osobnosti

Rok: 2021

Počet stran textu bez příloh: 68

Celkový počet stran příloh: 1

Počet titulů českých použitých zdrojů: 26

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 3

Počet internetových zdrojů: 3

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Eva Šotolová, Ph.D