Liga za duševné zdravie



AKO HOVORIŤ O DUŠEVNOM ZDRAVÍ

Sprievodca témou pre umelecké vysoké školy

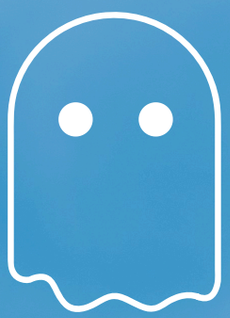
Príručka k workshopu pre Vysokú školu múzických umení

Úvod

Duševné zdravie je prirodzenou súčasťou života každého človeka. Napriek tomu sa s ním v spoločenskom, kutúrnom a mediálnom prostredí stále spája množstvo nepresností a predsudkov. Kým telesné ochorenia dokážeme vnímať ako vonkajšiu okolnosť, duševné poruchy často zamieňame s osobnosťou samotného človeka. Jazyk, ktorým o nich hovoríme, tak môže nevedomky prispievať k stigmatizácii a k obmedzeniu ľudí, ktorí sa s výzvami v oblasti duševného zdravia stretávajú.

Cieľom workshopu **Ako hovoriť o duševnom zdraví** je otvoriť túto tému v prostredí umeleckej školy – tam, kde sa duševné prežívanie, zraniteľnosť či extrémne emócie prirodzene stávajú súčasťou umeleckého jazyka. Umenie má schopnosť pomenúvať veci, ktoré sa v bežnej komunikácii často obchádzajú, no práve preto je dôležité vedieť, ako o duševnom zdraví hovoriť presne, citlivo a v súlade s realitou.

Workshop vznikol v spolupráci Ligy za duševné zdravie a Vysokej školy múzických umení v rámci projektu Sme prívetiví s cieľom prispieť k väčšej porozumenosti, odbornej korektnosti a kultivovanému jazyku, ktorý môže pomáhať – nie zraňovať.



MÝTY A PRAVDY O DUŠEVNOM ZDRAVÍ

MÝTY A PRAVDY O DUŠEVNOM ZDRAVÍ



Mýtus: Z duševného ochorenia sa nemožno uzdraviť

Pravda: Z duševného ochorenia sa dá zotaviť

Dlhodobé štúdie ukazujú, že vďaka správnej pomoci vykazuje väčšina ľudí s duševným ochorením skutočné zlepšenie a dokáže viesť kvalitný a produktívny život. Ak dostanú adekvátnu starostlivosť, chodia bežne do školy či do práce, zakladajú si rodiny a vychovávajú deti. Zásadnú úlohu v tomto smere zohráva ochota a vôľa vyhľadať včas odbornú pomoc, ale aj sociálne zázemie a podpora zo strany rodiny či priateľov.



Mýtus: Ľudia s duševným ochorením majú sklony k násilnému správaniu

Pravda: Duševné ochorenia neznamenajú agresivitu

Ľudia s duševným ochorením nemajú väčšie sklony k násiliu ako zvyšok populácie. Tento mýtus je často podporovaný médiami a môže viesť k strachu z nálepky „nebezpečného agresora" a následnej neochote vyhľadať pomoc. V skutočnosti je to naopak. Kvôli svojej krehkosti a zraniteľnosti sa jedinci s duševným ochorením častejšie stávajú obeťami násilných činov, prípadne môžu ublížiť sami sebe.



Mýtus: Duševné ochorenia majú jednoznačný pôvod

Pravda: Duševné ochorenia nemajú jednoznačnú príčinu

Súčasné výskumy ukazujú, že príčinou duševného ochorenia nie je iba genetická predispozícia či chemicko-biologická nerovnováha. Duševné ochorenia nie sú ani prejavom určitých nedostatkov v charaktere či osobnej slabosti. Sú spôsobené genetickými, biologickými a sociálnymi faktormi, ako aj vplyvmi spojenými so životným prostredím. Vplyv môže mať tiež prenatálne pôsobenie užívania návykových látok, zneužívania, týrania a iných traumatizujúcich zážitkov.



Mýtus: Ľudia s duševným ochorením sú menej inteligentní

Pravda: Duševné ochorenia sa nevyhýbajú ani vysoko inteligentným ľuďom

Rozloženie intelektových schopností je medzi osobami s duševným ochorením rovnaké, ako u zdravej populácie. Nájdeme teda medzi nimi jednotlivcov s podpriemernou, priemernou aj nadpriemernou inteligenciou. Duševné ochorenie inteligenciu rozhodne neznižuje, môže však dočasne viesť k tomu, že ju človek s psychickými ťažkosťami nie je schopný naplno využiť, klesá jeho výkonnosť alebo si horšie pamätá určité fakty.



Mýtus: To, že má človek duševné ochorenie, sa dá spoznať

Pravda: Duševné ochorenie nemusí byť na človeku vôbec vidieť

Nie každé duševné ochorenie je možné rozpoznať podľa vzhľadu. Veľká časť ľudí žije s duševným ochorením bez toho, aby to ich okolie vedelo. Mnohí ľudia svoju diagnózu či ťažkosti pred ostatnými skrývajú, pretože sa boja ich reakcie.



Mýtus: Človek s duševným ochorením nemôže pracovať

Pravda: Aj ľudia s duševným ochorením môžu pracovať a pracujú

Duševné ochorenie prináša rôzne obmedzenia a znevýhodnenia, ale väčšina ľudí ich dokáže prekonať a pracovať môže a chce. Zamestnanie prispieva k procesu zotavenia a je tiež skvelou príležitosťou, ako sa zapojiť do spoločnosti.

Mýtus: Duševné ochorenia sa netýkajú detí a mladistvých

Pravda: Aj deti môžu mať duševné ochorenia

V skutočnosti sa s duševnými problémami stretáva každé piate dieťa či mladistvý. Zároveň až 70 % duševných ochorení prejavujúcich sa v dospelosti má svoje počiatky v čase detstva a dospievania. Podstatné však je, že takmer u 80 % osôb ktoré v tomto období vyhľadajú pomoc, dochádza k výraznému zlepšeniu.

Mýtus: Duševné ochorenie je v mnohých prípadoch len výhovorka, aby človek získal výhody alebo úľavy zo štúdia či z práce.

Pravda: Ľudia so skúsenosťou s duševným ochorením sa často stretávajú s diskrimináciou

Stigmatizácia a diskriminácia osôb s duševným ochorením v spoločnosti stále pretrváva. Podľa výsledkov výskumu realizovaného NÚDZ v roku 2017 v Čechách sa s nejakou formou diskriminácie (priatelia, zdravotná starostlivosť, vzdelávanie, zamestnanie atď.) stretlo takmer 85 % respondentov. Ukázalo sa tiež, že iba 20 % ľudí by bolo ochotných prijať za spolupracovníka človeka s duševným ochorením. Na porovnanie, vo Veľkej Británii je toto číslo výrazne vyššie a dosahuje až 68 %.

Mýtus: Keď človek prizná svoj problém, ľudia si budú myslieť, že je nesvojprávny a bude hospitalizovaný

Pravda: Hospitalizácia vo väčšine prípadov zhoršeného duševného zdravia nie je potrebná

Väčšina osôb s duševným ochorením nepotrebuje hospitalizáciu. Tá sa využíva najmä v situácii, kedy sa jedinec nachádza v ohrození života, ak môže byť nebezpečný pre svoje okolie, prípadne sa k nej pristupuje po dohode s lekárom, keď je potrebné zmeniť liečbu, vykonať komplexnejšiu diagnostiku, prípadne sa človek s duševným ochorením cíti veľmi zle. Aj v prípade, keď k hospitalizácii dôjde, však môže ísť len o niekoľko týždňov či dní trvajúci pobyt. Hlavným cieľom je danému človeku v čo najkratšom čase pomôcť, aby sa mu uľavilo.

Mýtus: Marihuana a alkohol nepredstavujú zdravotné riziko.

Pravda: Obe látky môžu prispieť k rozvoju alebo zhoršeniu duševných ťažkostí.

U ľudí s predispozíciou na rozvoj závažných ochorení, ako je napríklad schizofrénia, môže užívanie marihuany s nepomerne vysokým obsahom THC oproti CBD prispieť k prepuknutiu ochorenia. Podobnú úlohu spúšťača problémov v oblasti duševného zdravia môže mať aj namerné užívanie alkoholu.

Mýtus: Ľudia s duševným ochorením sú nepríčetní

Pravda: Aj človek s duševným ochorením dokáže jasne vnímať realitu

To, že človek zažije duševné ochorenie, neznamená, že je mimo realitu, a už vôbec nie, že sa v danom stave nachádza navždy. Narušenie kontaktu s realitou sa vyskytuje iba pri niektorých duševných ochoreniach a spravidla ide o prechodný stav /napr. akútny stav psychózy/.

Mýtus: Existujú psychotickí a nepsychotickí ľudia

Pravda: Psychotické ochorenia nemajú jasné hranice

Verejnosť i niektorí odborníci majú niekedy tendenciu vnímať psychózu ako kategóriu – buď psychotik ste, alebo nie ste. V skutočnosti však ľudia nie sú iba depresívni alebo iba šťastní. Podobu depresie rozlišujeme – od miernych, jednoduchých melancholií až po hlbokú, ochromujúcu depresiu. A podobne sa prejavujú i psychotické príznaky, ktoré majú takisto rozdielnu intenzitu a závažnosť.

„Stigma duševného ochorenia spočíva v predsudkoch voči ľuďom s duševným ochorením založených na strachu či neznalosti. V mnohých prípadoch sú im prisudzované záporné alebo neakceptovateľné vlastnosti. Stigmatizáciu považujeme za jednu z hlavných príčin, prečo sa ľudia efektívne nestarajú o svoje duševné zdravie a nevyhľadávajú včas odbornú pomoc.“ – riaditeľ českého Národného ústavu duševného zdravia PhDr. Peter Winkler, Ph.D. (rozhovor pre TV JOJ)

„Psychiatria je stále démonizovanou a tabuizovanou témou. Možnosti liečby duševných porúch boli dlho veľmi obmedzené a vlastne až v polovici minulého storočia došlo k obratu. Liečba pacientov s duševnými poruchami (pokiaľ o zmysluplnej liečbe vôbec môžeme hovoriť, často išlo skôr o opatrovateľskú ako o liečebnú starostlivosť) bola dlho realizovaná v psychiatrických liečebniach mimo miest a bežný občan vôbec netušil, čo sa deje za ich múrmi. Takže predstava, že ide o šialených a nevyspytateľných ľudí, má aj svoj historický základ. Až objav nových liekov, ktoré dokázali ovplyvniť príznaky najzávažnejších duševných porúch, umožnil revolučnú zmenu v prístupe k psychiatrickým pacientom.” – MUDr. Ludvik Nábělek, PhD., prednosta II. psychiatrickej kliniky SZU a FNsP F. D. Roosevelta v Banskej Bystrici (rozhovor pre Bystricoviny)

„Vieme, koľko ľudí sa lieči v systéme psychiatrickej starostlivosti, teda v ambulanciách a nemocniciach, ale to je len vrchol ľadovca. Medzi nami je veľa ľudí, ktorí majú príznaky rôznych duševných porúch, ale nevyužívajú žiadnu formu pomoci. Nemusí to byť len psychiatrická, máme tu aj iné možnosti – psychológiu, psychoterapiu, krízové linky či poradne. Nevieme, aký je celkový výskyt duševných porúch.“ – prof. MUDr. Alexandra Bražinová, PhD., MPH (rozhovor pre Denník N)



Až 73 % opýtaných vníma pretrvávanie pocitov hanby spojených s duševnými poruchami, z toho cca polovica intenzívne.



Na Slovensku je v porovnaní so zahraničím veľký počet neliečených duševných porúch. Nelieči sa až 81 % ľudí závislých od alkoholu, 67 % ľudí s depresiami a 84 % ľudí s úzkostnými poruchami.

Počas pandémie ochorenia Covid-19 malo 19 % respondentov na Slovensku príznaky úzkostných porúch a 25 % respondentov príznaky depresívnych porúch (prieskum bol robený v júli 2021)



10 % Slovákov má/malo niekedy v živote lekárom diagnostikovanú duševnú poruchu



Na psychiatrických oddeleniach lôžkových zdravotníckych zariadení bolo v roku 2021 pre duševné poruchy a poruchy správania uskutočnených 37 482 hospitalizácií (68,9/10 000 obyvateľov). Z celkového počtu hospitalizácií bola takmer 1/3 pacientov hospitalizovaná vôbec prvýkrát v živote.

V roku 2021 bolo na Slovensku vyšetrených 377 200 ľudí v psychiatrických ambulanciách v priebehu jedného roka, čo predstavuje nárast o 3,5 % oproti predchádzajúcemu roku

Agresívni, introvertní, zmätení. A tiež vystrašení, výbušní alebo nepredvídateľní. To sú vlastnosti, ktoré si študentstvo stredných zdravotných škôl spájajú s ľuďmi s duševným ochorením. Takmer 34 % respondentiek a respondentov by potom vzťahovalo fyzické symptómy, na ktoré by sa človek s duševným ochorením sťažoval – napríklad bolesť na hrudi – automaticky k jeho duševnému ochoreniu.

Na toto alarmujúce stereotypné vnímanie u ľudí, ktorí sa jedného dňa budú starať o zdravie ľudí, upozornil projekt Mindset vedcov z českého Národného ústavu duševného zdravia. „Pri počiatočnom mapovaní postojov sa ukázalo, že štvrtina študentov vníma ľudí s duševnou chorobou ako agresívnych. Celkovo 42 % opýtaných považuje ľudí s duševným ochorením skôr za nebezpečných. Zároveň 45 % respondentov by nikdy nepriznalo svojim priateľom akékoľvek vlastné duševné ochorenie a 60 % by to nepriznalo kolegom. Budúci profesionálni zdravotníci aj v dôsledku stereotypného pohľadu na problematiku nechcú pracovať v oblasti duševného zdravia – iba 15 % zvažuje prácu v psychiatrickej liečebni“, hovorí spoluautorka štúdie, výskumníčka Miroslava Janoušková.

Pri zdravotníckom personále môžu mať takéto stereotypy aj závažné dôsledky. Napríklad, ak obvodný lekár vie, že jeho pacient má diagnostikované duševné ochorenie, môže jeho stav vnímať odlišne a zanedbať jeho starostlivosť. V krajnom prípade môže takéto zanedbanie skončiť aj smrťou.

[1] BRAŽINOVÁ A, HAŠtO J, LeVAV I, PAtHARe S. MeNtAL HeALtH CARe GAP: tHe CASe Of tHe SLOVAk RePuBLIC. AdM POLICy MeNt HeALtH. 2019 NOV;46(6):753-759.HttPS://PuBMed.NCBI.NLM.NIH.GOV/31256291/

[2] kRÁĽOVÁ M, BRAŽINOVÁ A, SIVčOVÁ V, IzÁkOVÁ L. MeNtAL HeALtH Of tHe SLOVAk POPuLAtION duRING COVId-19 PANdeMIC: A CROSS-SeCtIONAL SuRVey. WORLd J CLIN CASeS. 2022;10(25):8880-92.

[3] SIVčOVÁ V, NOVÁkOVÁ d, kRÁĽOVÁ M, IzÁkOVÁ Ľ, BRAŽINOVÁ A. NAJčASteJŠIe duŠeVNé PORuCHy LIečeNé V PSyCHIAtRICkýCH AMBuLANCIÁCH V SLOVeNSkeJ RePuBLIke V OBdOBí 2017-2021. LekÁRSky OBzOR 1/2023.



JAZYK A STIGMATIZÁCIA

JAZYK A STIGMATIZÁCIA

Dôležitú úlohu pri snahe poskytovať kvalitné a zodpovedné informácie na tému duševného zdravia zohráva predovšetkým správny výber slov. Tie môžu mať veľkú moc a nevhodným používaním stigmatizáciu ešte viac prehlbujú. Naopak, presné vyjadrenia, rešpektujúci prístup a adekvátne formulácie môžu výrazne prispieť k pochopeniu ľudí s duševným ochorením a problematiky ako celku.

1.

Duševné ochorenie je len jedným z aspektov života človeka, preto používajte slovné spojenia, ktoré kladú vždy na prvé miesto jednotlivca a až potom jeho problémy. Ide o tzv. **„people first" princíp**, ktorý sa snaží poukazovať na to, že každá osoba je jedinečnou ľudskou bytosťou a nie „chodiacou diagnózou", ktorá by dokázala úplne definovať, aký človek v skutočnosti je.

Marta je schizofrenička.

Marta sa vyrovnáva so schizofréniou.
Marte bola diagnostikovaná schizofrénia.
Marta má diagnostikovanú schizofréniu.

Namiesto termínu duševná porucha použite pojem duševné ochorenie.

2.

Duševné ochorenie je široký pojem, ktorý zahŕňa množstvo jednotlivých druhov s častokrát úplne odlišnými prejavmi. Preto je lepšie vždy priamo spomenúť konkrétny typ ochorenia, v ideálnom prípade ho i krátko predstaviť čitateľom /divákom, poslucháčom/ a špecifikovať ťažkosti daného človeka. Tým zároveň poukážete aj na skutočnosť, že každé duševné ochorenie je odstupňované a jeho prejavy sa líšia od človeka ku človeku.

Je duševne chorý.

Bola mu diagnostikovaná depresia. Prejavuje sa u neho tým, že...

3.

Pokiaľ konkrétne duševné ochorenie nepoznáte, je možné použiť formuláciu „má skúsenosť s duševným ochorením" alebo „má duševné ochorenie".

4.

Akékoľvek **hanlivé alebo urážlivé výrazy by mali byť úplne vylúčené**. Prispievajú k negatívnemu postoju prostredia k ľuďom s duševným ochorením a dokonca ich samých môže takéto vykreslenie odrádzať od prípadnej liečby. Pokiaľ je výraz pre text kľúčový a nemožno ho vynechať, mal by sa použiť ako citácia.

narkoman, feťák, alkoholik
blázon, pomätenec, choromyseľný, šialený, slabomyseľný, narušený
blázinec
pacient - pokiaľ je použité ironicky

užívateľ drog, človek so závislosťou od drog/alkoholu
človek s duševným ochorením
psychiatrická nemocnica/zariadenie
klient, užívateľ psychiatrickej starostlivosti, pacient (bez irónie)

5.

Nepoužívajte ani slovné spojenia, ktoré môžu celkovo podporovať negatívny pohľad na kvalitu života osôb s duševným ochorením. **Dajte prednosť neutrálnym termínom.**

Peter trpí depresiou.
Jana je postihnutá úzkostnou poruchou.

Peter má depresiu/má skúsenosť s depresiou/prekonáva depresiu.
Jane bola diagnostikovaná úzkostná porucha.

6.

V niektorých prípadoch **dochádza k nevhodnému používaniu pojmu „schizofrénia" či „schizofrenický", a to v iných, než psychiatrických súvislostiach.** Ide o závažné duševné ochorenie, ktoré sa prejavuje rôznymi symptómami, preto je akékoľvek zovšeobecňovanie daného pojmu, prípadne jeho používanie ako metafory, nevhodné. Podobné je to aj s používaním výrazov „psychotický", „bipolárny" či „anorektický". Ich použitiu sa dá jednoducho vyhnúť priamym opisom.

schizofrenické počasie
schizofrenické myšlienky

rýchlo sa meniace/nestále počasie
rozpoltené/protichodné myšlienky

7.

Vyhnite sa tiež používaniu výrazu „maniak". Evokuje síce osobu s mániou, ale medzi odborníkmi sa tento výraz nepoužíva. Navyše spravidla vyvoláva negatívne konotácie, preto je nepochybne vhodnejšie označenie „človek s mániou" alebo „človek v mánii/v manickom stave".

8.

Pri používaní pojmov „psychóza" a „psychopatia" buďte obozretní a dajte si pozor na ich zámenu. **Psychóza** je typ duševnej poruchy, ktorá vedie k výrazným zmenám v osobnosti a prežívaní, pričom u jedinca môže dôjsť i k strate kontaktu s realitou. Ide o o stav, ktorý je liečiteľný a liečba môže v niektorých prípadoch viesť až k úplnému uzdraveniu. **Psychopat** je človek s poruchou osobnosti. Medzi laickou verejnosťou je daný termín často spájaný s násilným správaním, no v skutočnosti sa tieto prejavy týkajú len malej časti osôb. Odborná verejnosť už v súčasnosti termín „psychopat" či „psychopatia" nepoužíva, preto je vhodné vyhnúť sa mu i v umeleckej praxi. Namiesto toho, ak sa dá, uprednostnite termín „človek s poruchou osobnosti" a „porucha osobnosti".

9.

Hovorové výrazy ako napr. „tabletky šťastia" alebo „cvokár" môžu pôsobiť dehonestujúcim dojmom a takisto napríklad znižovať odhodlanie osôb s duševným ochorením vyhľadať pomoc. Pokúste sa im preto vyhnúť.

PORAZTE DEPRESIU JEDLOM

(Zdroj: cas.sk)

Názov článku pôsobí zľahčujúcim dojmom a môže tak vyvolávať pocit, že depresia nie je nijako závažné ochorenie. Aj keď článok obsahuje vysvetlenie, že depresia sa jedlom vyliečiť nedá a ide len o neškodný návod na podporu duševnej pohody, vyznenie titulku je priveľmi senzáciechtivé a zjednodušujúce.

SVET V RUKÁCH PSYCHOPATOV. ANI ŠTÁTNIKOM SA NEVYHÝBAJÚ DUŠEVNÉ OCHORENIA

(Zdroj: hnonline.sk)

Nielen v rámci titulku, ale i v texte sa opakovane objavuje označenie „psychopat“, ktoré sa už v súčasnosti nepoužíva.

TRPÍTE DEPRESIAMI? O PÁR ROKOV MÔŽU ÚPLNE ZMIZNÚŤ: PSYCHIATRI HOVORIA O ZÁZRAČNOM LIEKU

(Zdroj: cas.sk)

Slovné spojenie „trpieť depresiami“ podporuje negatívny náhľad na duševné ochorenia. A hoci je duševné ochorenie často spojené so skutočným, dlhotrvajúcim utrpením, je vhodné podporovať naratív, že so správne podchyteným duševným ochorením sa dá plnohodnotne žiť.

LEKÁR: LIEČENÝ A NELIEČENÝ SCHIZOFRENIK, ROZDIEL JE OBROVSKÝ

(Zdroj: pluska.sk.)

Napriek tomu, že ide o článok zameraný na osvetu a v článku sa už miestami správne uvádza pojem „človek s diagnostikovanou schizofréniou“, v titulku nie je rešpektovaný tzv. „people fi rst“ princíp.

MARKIZÁČKA, KTORÁ SKONČILA NA PSYCHIATRII: ZNÍŽILI JEJ DÁVKY LIEKOV... NIE SOM VYŠINUTÁ!

(zdroj: topky.sk)

Napriek tomu, že článok sa snaží o destigmatizáciu problému úzkostnej poruchy, nie je vhodné používať výraz „skončiť na psychiatrii“, ktorý vyvoláva dojem, že ide o definitívne štádium či nenávratné umiestnenie danej osoby.

VÝSTAVA PRÁC PACIENTOV PSYCHIATRIE

Unikátnu výstavu výtvarných prác pacientov pezinskej Psychiatrickej nemocnice Philippa Pinela v sobotu otvorili v Galérii insitného umenia v Pezinku, ktorú prevádzkuje Slovenská národná galéria. „Je to užitočná a príjemná metóda liečby psychických porúch, ktorá poukazuje na nevšednú originalitu v duši pacientov." Vyzdvihol, že takýto projekt na profesionálnej úrovni sa dotiahol do konca vôbec prvý raz na Slovensku.

(Zdroj: bratislava.sme.sk)

Označenie psychiatrického zariadenia i jeho klientov je vhodné.

RICHARD MÜLLER PREHOVORIL O SVOJICH ŤAŽKÝCH STAVOCH A DEPRESIÁCH: EŠTE STÁLE NEMÁM VYHRATÉ

Asi nikomu neuniklo, že jeden z našich najznámejších spevákov Richard Müller (58) v minulosti bojoval s psychickou chorobou a depresiami. Jeho stav je síce už desať rokov stabilizovaný, no spevák ešte vyhraté nemá. Hudobník otvorene prezradil, ako je na tom teraz. „Mojím najväčším bojom v živote bola moja choroba. Neviem, či vôbec budem môcť niekedy povedať, že som vyhral, pretože stále nemám celkom vyhraté, ale azda už je to najhoršie za mnou," prezradil Müller v rozhovore pre týždenník Téma. Spevák zápasil s ťažkými stavmi, keď ho prepadla i bipolárna afektívna porucha „Táto choroba nie je chorobou jedného človeka, ale celej rodiny, a tak sa k nej musíme všetci postaviť. Je to celoživotná diagnóza, ale človek s ňou dokáže relatívne pokojne žiť, ak k nej pristupuje zodpovedne," hovorí speváková partnerka Vanda Wolfová.

(Zdroj: pluska.sk)

Článok je krátky a vecný, prevažuje realistický pohľad na ochorenie a jeho liečbu. Zmienená je aj možnosť zotavenia a vedenia „normálneho" života popri diagnóze.

ŠTYRI DNI ŽÚROVALA A CHCELI PO NEJ VYHLÁSIŤ PÁTRANIE. ROMANA A ĎALŠIE DVE SLOVENKY PREZRADILI, AKÝ JE ŽIVOT S BIPOLÁRNOU PORUCHOU

„Bipolárna porucha. Má ju Kanye West, Mariah Carey, Mel Gibson, Richard Müller a mnohí ďalší. Ľudia s bipolárnou poruchou sa dokážu ocitnúť na druhej strane republiky, nespať niekoľko dní a cítia sa nezničiteľní. Z tohto stavu často padajú na úplné dno. Nedokážu vstať z postele, bojujú so samovražednými myšlienkami a celé dni spia. Môže to znieť desivo, no s bipolárnou poruchou sa dá viesť normálny život. V spolupráci so zdravotnou poisťovňou Dôvera sme hovorili s tromi ženami, ktoré ti rozpovedia svoj príbeh o živote s bipolárnou poruchou."

(Zdroj: refresher.sk)

Označenie „bipolárna porucha" správne nahradilo zastaralé „mániodepresia". Človek alebo život s bipolárnou poruchou je rešpektujúcejšie pomenovanie, ako napr. „maniak", „manický".

ZHRNUTIE: JAZYK A STIGMATIZÁCIA

„People first princíp“:	Marta je schizofrenička Marta sa vyrovnáva so schizofréniou Marte bola diagnostikovaná schizofrénia Marta má diagnostikovanú schizofréniu
Dôraz na konkrétnosť:	Je duševne chorý Bola mu diagnostikovaná depresia. Prejavuje sa u neho tým, že...
Formulácia pri neznalosti typu duševného ochorenia:	Karol má skúsenosť s duševným ochorením Karol má duševné ochorenie
Urážlivé a hanlivé výrazy:	narkoman, feťák, alkoholik užívateľ drog, človek so závislosťou od drog/alkoholu blázon, pomätenec, choromyseľný, šialený, slabomyseľný, narušený človek s duševným ochorením blázinec psychiatrická nemocnica/zariadenie/liečebňa chovanec pacient, klient, užívateľ psychiatrickej starostlivosti
Negatívny pohľad na život ľudí s duševným ochorením:	Peter trpí depresiou Peter má depresiu/má skúsenosť s depresiou/prekonáva depresiu Jana je postihnutá úzkostnou poruchou Jane bola diagnostikovaná úzkostná porucha
Nevhodné použitie pojmu „schizofrenický“:	schizofrenické počasie rýchlo sa meniace/nestále počasie schizofrenické myšlienky rozpoltené/protichodné myšlienky
Označenie pre osobu s mániou:	maniak človek s mániou/človek v mánii/v manickom stave
Pojmy „psychopatia“ a „psychopat“:	psychopatia porucha osobnosti psychopat človek s poruchou osobnosti
Dehonestujúce a zľahčujúce označenia:	cvokár psychiater tabletky šťastia lieky, medikácia, antidepresíva, antipsychotiká...



„Pocity z titulkov ako „Vraždiaci schizofrenik“ sú hnev, že je to nálepka, ktorú nikdy nikto neoverí, strach, aby niekomu neprišlo na um vytvoriť register duševne chorých (a že tu táto myšlienka zaznela), obava z toho, aby sa moja choroba nezhoršila a ja som niekomu neublížila... Stotožníte sa s presvedčením, že môžete byť nebezpečná, čo vôbec nie je pozitívna emócia, prehĺbi sa vám sebastigma, čo znamená, že sa opäť cítite menejcenná, sebavedomie klesne takmer na nulu, nevážite si seba samú. A nie som jediná, kto to takto vníma. V menšej miere sa to dotýka aj mojich najbližších, ktorí mi držia palce – a tí sú na autorov takýchto titulkov naozaj nahnevaní.“

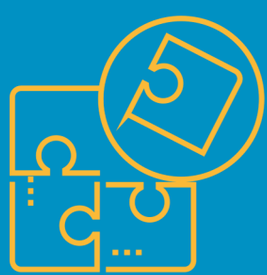
– Dana H. (skúsenosť so schizofréniou)



9,3 % lekárov

z prieskumu je presvedčených, že jednou z hlavných príčin duševného ochorenia je nedostatok sebadisciplíny a slabá vôľa

26,4 % ľudí



by sa prestalo priateliť s niekým, u koho by sa objavilo duševné ochorenie

Neprekážalo by mi s ľuďmi s duševným ochorením



...žiť
18 %



...pracovať
25 %



...bývať v susedstve
31 %



...priateliť sa
34 %

[4] prieskum projektu Mindset, NÚDZ a INRES, 2014, všeobecná populácia, online, N = 1 797



ODPORÚČANIA, AKO REFLEKTOVAŤ DUŠEVNÉ (NE)ZDRAVIE V TVORBE

ODPORÚČANIA, AKO REFLEKTOVAŤ DUŠEVNÉ (NE)ZDRAVIE V TVORBE

1. **Zvážte, či je duševné ochorenie pre príbeh dôležité a či je nutné ho vôbec spomínať.** Ochorenie sa totiž často vyvíja a diagnóza z minulosti nemusí byť pre súčasnosť relevantná. Je tiež rozdiel, či mal človek napr. miernu úzkosť, alebo išlo o dlhodobú hospitalizáciu z dôvodu ťažkej psychózy.

2. Keď opisujete konkrétne duševné ochorenie alebo jeho symptómy, snažte sa byť čo najpresnejší. Hľadajte kvalitné informácie v odbornej literatúre a poraďte sa s expertmi na danú problematiku. Odborníci vám môžu poskytnúť presné a aktuálne údaje, ponúknuť dôležitý kontext, a zabrániť tak ďalšiemu šíreniu rôznych mýtov a poloprávd. Zároveň však nezabúdajte dať priestor i ľuďom so skúsenosťou s duševným ochorením – práve ich autentické zážitky a opis situácie môžu byť veľmi cenné.

4. Nepovažujte celkové správanie človeka s duševným ochorením za príznak jeho choroby. Mnohé z jeho prejavov sa totiž vyskytujú aj u drvivej väčšiny zdravých osôb.

5. Zvážte, či spomeniete duševné ochorenie priamo v názve diela a ako z neho bude vyznievať. Vyhnite sa preto prehnanej dramatizácii, ktorá by mohla podporovať stigmatizáciu.

6. Upozorňujte na možnosti pomoci. Pridávajte napríklad do bulletinu alebo tlačovej správy k dielu konkrétne kontakty (telefónne čísla, webové stránky atď.) nielen pre osoby, ktoré sa o duševných ochoreniach chcú dozvedieť viac, ale aj pre tých, čo sami hľadajú pomoc. Zoznam nájdete na konci tejto príručky alebo na webe www.dusevnezdravie.sk

7. Vyvážte negatívny pohľad pozitívnymi príbehmi. Môžete tým dodať nádej ľuďom, ktorí majú podobné ťažkosti, a tiež poopraviť pohľad verejnosti na danú problematiku.

8.

Ani pozitívne vykresľovanie duševných ochorení by však nemalo byť prehnané. Preto buďte na druhej strane opatrní s priveľkou heroizáciou a opisovaním osôb s duševným ochorením ako výnimočných a statočných. Môže tým nepriamo vzniknúť dojem, že ide o niečo úplne neobvyklé. Je preto vhodný realistický opis, s akými problémami sa v dôsledku duševného ochorenia stretávajú.

9.

Ak je to možné, skúste podporiť naratív, že duševné ochorenia síce môžu byť vážne, ale mnohým sa dá predchádzať. Môžete zmieniť potenciálne vplyvy na rozvoj duševných ochorení (prostredie, sociálne faktory, násilie, trauma, závislosť a pod.) a tiež upozorňovať na dôležité znaky a symptómy. V tomto prípade je ale nutné jasne odlíšiť závažný stav vyžadujúci odbornú pomoc od napríklad občasných problémov so spánkom či krátkodobého smútku.

NÁSILIE vs DUŠEVNÉ OCHORENIE

1.

Ak popisujete udalosť, v ktorej sa objavuje násilie a zároveň duševné ochorenie, nedávajte ihneď medzi tieto dve témy znamienko rovná sa. Zďaleka nie vždy spolu totiž súvisia. Kľúčové je opýtať sa sám seba (prípadne i odborníkov), či je duševný stav človeka pre príbeh dôležitý. Ak nie, nie je dôvod spomínať ho, častokrát majú na čine (vražde, násilí a pod.) výraznejší podiel iné okolnosti, napr. chudoba, nezamestnanosť, alkohol, dlhy alebo rôzne frustrácie.

2.

To, že je čin ťažko pochopiteľný, nemusí znamenať, že páchateľ nebol duševne zdravý. Nemožno rozporovať, že medzi osobami s duševným ochorením sa môžu vyskytnúť jedinci s násilným správaním, ide však o ojedinelé prípady (Rueve & Welton, 2008).

ZHRNUTIE: ODPORÚČANIE, AKO HOVORIŤ O DUŠEVNOM ZDRAVÍ

Relevantnosť	Zvážte, či je duševné ochorenie pre príbeh dôležité a je potrebné ho spomínať. Diagnóza nadobudnutá v minulosti nemusí byť pre súčasnosť podstatná. Keď do diela vkladáte informácie o duševnom ochorení, snažte sa opísať konkrétne príznaky a konzultovať s odborníkmi.
Presnosť a konkrétnosť	Buďte skeptickí k zaužívaným stereotypom o duševných ochoreniach. Využite autentické skúsenosti a citácie osôb s duševným ochorením.
Citlivé pomenovania duševného stavu	Človek s duševným ochorením môže viesť plnohodnotný život. Nie každý sa cíti "chorý". Zvážte, či môže "duševnú chorobu" nahradiť termín "výzva/skúsenosť s problémom v oblasti duševného zdravia".
Senzáciechtivosť a dramatizácia	Zamyslite sa, či je nutné spomínať duševné ochorenie priamo v nadpise diela a ako bude vyznievať. Nevykresľujte všetko zvláštne správanie človeka za príznak jeho choroby.
Pozitívne príklady	Zvážte používať aj príbehy osôb, ktoré vďaka vhodnej liečbe či vlastným úsilím dokázali svoj stav zvládnuť a žiť plnohodnotný život. Opatrne však s prílišnou heroizáciou a zobrazovaním ľudí s duševnými ochoreniami ako výnimočných hrdinov.
Dôraz na prevenciu, skoré zachytenie a intervenciu	Podporte naratív, že duševné ochorenia môžu byť vážne, no dá sa im častokrát predchádzať. Informujte verejnosť o ďalších súvisiacich oblastiach (napr. nové lieky, formy terapie)- napríklad v bulletine k predstaveniu, PR správe k filmu a pod.
Upozornenie na možnosti pomoci	Uvádzajte kontakty na konkrétne organizácie, odborníkov, krízové centrá a pod - napríklad v bulletine k predstaveniu, PR správe k filmu a pod.
Duševné ochorenie a násilie	Nedávajte automaticky medzi tieto dve oblasti znamienko rovná sa – to, že je čin ťažko pochopiteľný, neznamená, že páchateľ má skúsenosť s duševným ochorením.
Vyhnite sa škodlivým mýtom	Pokiaľ zamýšľate vo svojej tvorbe hovoriť o duševnom zdraví, dbajte, aby ste tak robili v súlade s aktuálnymi poznatkami a informáciami.



TÉMA SAMOVRAŽDY V UMENÍ A TVORBE

TÉMA SAMOVRAŽDY V UMENÍ A TVORBE

Výskumy ukazujú, že nevhodné a necitlivé spracovanie témy samovrážd v populárnych filmoch, knihách či v médiách môže viesť k zvýšeniu pravdepodobnosti, že niekto z publika tento čin napodobní. Cieľom je teda takéto dôsledky minimalizovať a nájsť rovnováhu medzi umeleckým zámerom a zodpovedným spracovaním témy. Správny prístup tvorcov a tvorkýň môže vo svojom dôsledku nielen prispieť k vyvráteniu mnohých mýtov o samovraždách, ale tiež vyvolať verejnú diskusiu a podporiť preventívne aktivity.

1. Zvážte, či je samovražda v diele skutočne **nevyhnutná**. Ak má byť súčasťou príbehu, mala by mať jasnú funkciu v celkovej výpovedi – nie slúžiť len ako dramatický efekt alebo záver bez kontextu.

2. Pracujte s **odborným kontextom**. Konzultácia s odborníkmi / odborníčkami na duševné zdravie (napr. psychológia, psychiatria, liečebná pedagogika) môže pomôcť zobraziť situáciu realisticky a bez zbytočných stereotypov.

3. Ak môžete, **neopisujte podrobne spôsob**, miesto ani okolnosti samovraždy a už vôbec nepomenovávajte spôsob ako príjemný či bezbolestný. Detailné alebo vizuálne konkrétne scény môžu u zraniteľných ľudí pôsobiť ako návod či spúšťač. Ak je to možné, naznačte udalosť nepriamo – prostredníctvom atmosféry, dialógu alebo následku.

4. Vyhnite sa **romantizácii, heroizácii** a zjednodušovaniu príčin. Samovražda nie je výsledkom jednej udalosti alebo emócie, ale zložitej siete faktorov. Postava, ktorá si siahne na život, by nemala byť vykreslená ako hrdina, spasiteľ ani ako jediný vinník.

5. Zachovajte **rešpekt** k pozostalým a k ľuďom so skúsenosťou duševnej krízy. Vyhnite sa scénam, ktoré by mohli vzbudzovať pocit, že samovražda je spôsob, ako upútať pozornosť, potrestať okolie alebo dosiahnuť uznanie.

6. Zvážte **dopad na účinkujúcich**. Práca s ťažkými témami môže byť psychicky náročná – najmä pre tých, ktorí majú osobnú skúsenosť so stratou alebo psychickým ochorením. Je vhodné hovoriť o hraniciach, možných spúšťačoch a o tom, ako sa po skúškach alebo natáčaní uvoľniť.

7. Poskytnite publiku **nádej** a širší kontext. Dielo môže ukázať, že pomoc existuje – či už cez vedľajšiu postavu, dialóg, alebo záverečné informácie. Možno pridať aj odkazy na pomoc, napríklad Linka dôvery Nezábudka: 0800 800 566.

8 Nezabúdajte na následnú **diskusiu alebo reflexiu**. Ak dielo pracuje so silným materiálom, je vhodné umožniť po projekcii alebo predstavení krátku diskusiu s publikom, kde sa téma zasadí do širšieho rámca.

9. Buďte opatrní pri zobrazovaní samovrážd **známych osobností**. V týchto prípadoch je riziko napodobnenia obzvlášť vysoké. Vyhnite sa akýmkoľvek špekuláciám o motívoch či idealizácii ich rozhodnutia.

10. Pamätajte, že umenie má veľkú moc, s ktorou prichádza aj **zodpovednosť.** Tvorivá sloboda nie je v rozpore s rešpektom k ľudskej dôstojnosti. Umenie môže pomenúvať bolesť, no zároveň otvárať priestor pre porozumenie a nádej.

11. Pojem samovražda má sám osebe **výrazne negatívne konotácie** a tak môže silne emocionálne zapôsobiť a dodať textu/dielu neželaný, dramatický výraz. Vždy, keď môžete, nahraďte ho neutrálnejšími formuláciami, napr. „ukončenie vlastného života“, „siahnutie si na život“, “dobrovoľný odchod zo života” a pod.

12. Slovné spojenie „spáchať samovraždu“ má v sebe zakódované spojenie so „spáchaním“ trestného činu, či hriechu. Zosnulého človeka by sme mali vnímať ako **obeť, nie páchateľa** samovraždy. Napriek tomu, že ide o ustálené slovné spojenie, je vhodné sa od tejto konotácie odkláňať, napríklad uviesť „zomrel v dôsledku samovraždy“, prípadne použiť iné, v našom jazyku zatiaľ bežnejšie alternatívy.

Známe prípady

Pri tvorbe, ktorá sa dotýka samovrážd známych ľudí, je potrebná mimoriadna opatrnosť. Umelecké spracovanie takýchto príbehov má silný spoločenský dosah a môže ovplyvniť vnímanie verejnosti. Vyhnite sa **idealizácii, heroizácii** alebo vytváraniu dojmu, že samovražda bola výrazom odvahy, autenticity či umeleckého gestá. Nepodávajte špekulatívne vysvetlenia ani nezužujte príčiny na jediný dôvod. Umelecké dielo môže skúmať utrpenie, ale nemalo by ho romantizovať.

Deti, mladiství a mladé publikum

Zobrazovanie samovrážd mladých ľudí si vyžaduje ešte väčšiu mieru zodpovednosti. Dospievajúci sú voči takýmto obsahom mimoriadne citliví – téma môže v nich vyvolať **neistotu, úzkosť alebo nápodobu správania**. Ak dielo s touto skupinou pracuje, je dôležité:

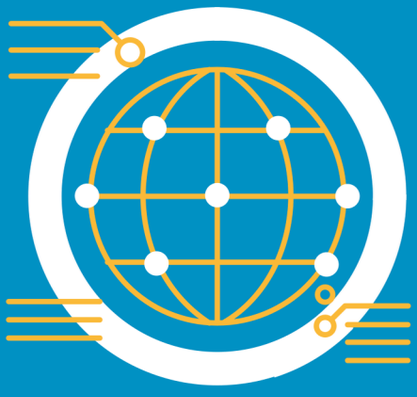
- vyhnúť sa priamym alebo vizuálne šokujúcim zobrazeniam,
- poskytnúť kontext, ktorý dáva zmysel a ponúka nádej,
- umožniť následnú diskusiu alebo kontakt s odborníkom / odborníčkou,
- rešpektovať dôstojnosť zosnulých aj ich blízkych.



Štatistiky – Slovensko 4



- V Slovenskej republike prišlo v roku 2021 k zmene klesajúceho trendu a medziročne vzrástol počet dokonaných samovrážd.
- Bolo zaznamenaných 548 samovrážd (10,1/100 000 obyvateľov), čo je o 59 viac ako v predchádzajúcom roku a predstavuje to nárast o 12,1 %.
- Vzhľadom na pohlavie mali výraznú prevahu samovraždy mužov (81,9 %) nad samovraždami žien (18,1 %) (G 1). Muži na Slovensku dokončia svoj život samovraždou šesťkrát častejšie ako ženy. Najvyššiu úmrtnosť na samovraždu majú najstarší muži, to je populačná skupina v najvyššom riziku.
- V roku 2021 bolo nahlásených 660 samovražedných pokusov (12,1/100 000 obyvateľov), čo je o 4 nahlásené pokusy viac ako v predchádzajúcom roku.



Svet

- Každý rok si vezme život 800 000 osôb (2 190 ľudí denne, tzn. 1 človek každých 40 sekúnd).
- Podľa údajov WHO z roku 2012 je z krajín strednej a východnej Európy najväčšia miera samovrážd v Litve, Maďarsku, Bielorusku a Poľsku.
- Samovražda tvorí 1,5 % príčin úmrtia globálne.
- Ide o druhú najčastejšiu príčinu úmrtí vo vekovej skupine 15 – 29 rokov.
- U dievčat vo vekovej skupine 15 – 19 rokov ide potom o najčastejší dôvod úmrtia vôbec.
- Počet samovrážd v štádiu pokusu nemožno presne zistiť, WHO však odhaduje, že na jednu samovraždu pripadá približne 20 pokusov vziať si život.

Suicidológovia, teda vedci, ktorí sa profesionálne zaoberajú štúdiom samovrážd, sú si **dobre vedomí rozdielu vo vnímaní duševných a telesných chorôb**. Pokiaľ je totiž príčinou úmrtia choroba tela, nebýva ťažké toto jednoznačne zistiť. Žiadnym postupom lekárskej vedy ale nie je doposiaľ možné odhaliť, aký bol stav duševného zdravia človeka pred samovraždou. S tým cieľom vznikla **metóda psychologickej autopsie**, ktorá je založená na hĺbkových rozhovoroch so svedkami činu a pozostalými obeťami samovraždy. Desiatky a neskôr stovky štúdií osudov ľudí, ktorí si siahli na život, konzistentne ukazujú, že 90 % z nich má alebo niekedy malo nejaké duševné ochorenie, poruchu osobnosti alebo závislosť, oproti 27 % v ostatnej populácii. **Približne 60 % ľudí, ktorí si siahli na život, sa vyrovnáva s depresívnou poruchou alebo bipolárnou afektívnou poruchou a z nich iba približne jedna tretina podstupuje nejakú formu liečby.**

[5] Bražinová A, Moravanský N, Gulis G, Škodáček I.: Suicide rate trends in the Slovak Republic in 1993-2015. nt J Soc Psychiatry. 2017 Mar;63(2):161-168. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28114844/

[6] J T O Cavanagh 1 , A J Carson, M Sharpe, S M Lawrie: Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12701661/

Wertherov efekt

O tom, akú silu a vplyv môže mať umenie na počet samovrážd, svedčí tzv. Wertherov efekt. Jeho názov je odvodený z Goetheho knihy „Utrpenie mladého Werthera“, v ktorej sa hlavný hrdina kvôli nenaplnenej láske nakoniec zastrelí. Román vyšiel v roku 1774, pričom po jeho uvedení sa v niektorých európskych krajinách začal náhle počet samovrážd zvyšovať. Príbeh teda zafungoval ako určitá **inšpirácia, ktorú sa časť jedincov rozhodla napodobniť.** Niektorí sa pred svojou samovraždou dokonca obliekli ako Werther, po nájdení mali v ruke knihu alebo zvolili rovnakú metódu zabitia ako on.

Termín Wertherov efekt prvýkrát použil roku 1979 **David P. Phillips** práve na opis **súvislosti medzi publicitou venovanou samovraždám a ich výskytom medzi príjemcami.** Nasledovalo množstvo ďalších štúdií s rôznymi výsledkami, ale zhodu začala medzinárodná odborná komunita nachádzať až v deväťdesiatych rokoch spolu s uplatnením kvalitnejších štatistických metód. V roku 2000 potom **uznala vážnosť nebezpečenstva Wertherovho efektu aj Svetová zdravotnícka organizácia**.

Z výsledkov výskumov a ich vzájomného porovnávania vieme, že nebezpečenstvo Wertherovho efektu je **najväčšie v prípadoch aktuálnych samovrážd skutočných osôb,** čo predstavuje výzvu práve pre novinárov. Kľúčové sa zdá byť **množstvo mediálnych výstupov o samovražde v danom časovom úseku**, keď zopár článkov nepredstavuje nebezpečenstvo, ale pokiaľ téma zaujme značnú časť mediálneho trhu, úmerne s tým rastie riziko a následne aj intenzita prejavov.

Spoločensky **mimoriadne silný Wertherov efekt býva, ak je obeťou samovraždy niekto, kto je známou osobnosťou** (napr. športovec, herec alebo spevák).

Napokon, Wertherov efekt neohrozuje všetkých rovnako. **V nebezpečenstve sa ocitajú predovšetkým dlhodobo suicidálne osoby**, ktoré na samovraždu často myslia vplyvom viac či menej výrazných problémov s duševným zdravím. Verejná pozornosť venovaná téme a atmosféra vypätých emócií má preukázateľnú silu motivovať týchto ľudí k tragickému rozhodnutiu vziať si život.

Papageno efekt

Za zmienku stojí tiež opačný – Papageno efekt, pomenovaný **Thomasom Niederkrotenhalerom** a jeho rakúskymi kolegami po postave z Mozartovej Čarovnej flauty. Ide o **typ textu alebo diela, ktoré po svojom publikovaní preukázateľne znižuje samovražednosť.** Napríklad v súvislosti s tým, že poukazuje na alternatívne spôsoby riešenia vážnych problémov. Ako v prípade Papagena, ide o príbeh suicidálnej osoby, ktorá zvažuje dobrovoľný odchod. Príbeh hovorí o tom, za akých okolností si to rozmyslí a rozhodne sa žiť.

SAMOVRAŽDY V UMELECKEJ TVORBE

Význam činu a jeho vplyv na dielo	Zvážte, či je samovražda v diele nutným vyústením deja, alebo ju možno obísť náznakom či celkom vynechať.
	Spôsob spracovania témy podľa možnosti odborne konzultujte.
Opis metódy a lokality	Detailne neopisujte, kde a ako k samovražde došlo.
	Metódy nepomenovávaje ako rýchle a „bezbolestné" ani ako „nové a netradičné".
	Oblasti s vyššou koncentráciou samovrážd rozhodne nenazývajte ako „obľúbenými miestami samovrahov" a pod.
Zjednodušovanie	Samovražda takmer nikdy nemá iba jednu príčinu, preto opatrne s prílišným zjednodušovaním motivácie človeka.
Vhodnosť vizuálneho spracovania	Vyhnite sa sugestívnym vizuálnym prvkom evokujúcim samovraždu.
	Vyhnite sa extrémne dramatickému vykresľovaniu smútku pozostalých (u niektorých suicidálnych osôb môžu vyvolať pocit, že ide o vhodný spôsob, ako získať pozornosť, ktorej sa im v živote nedostáva.
Špecifické prípady	U samovrážd známych osôb je riziko napodobňovania výrazne vyššie – vyhnite sa preto akejkoľvek heroizácii daného činu.
	Väčšia opatrnosť je potrebná aj pri samovraždách detí a mladistvých.
Upozornenie na možnosti pomoci	Snažte sa do svojich výstupov (bulletin, PR správa) pripájať dôležité kontakty (linky dôvery, krízové centrá a ďalšie) a ukázať tak, že nájsť podporu a pomoc je možné.
Šírenie osvety	Pokúste sa ponúknuť aj príbehy osôb, ktoré dokázali prekonať svoje samovražedné myšlienky.
	Ak je to možné, do diela vložte aj o motívy napr. o varovných príznakoch alebo mýtoch týkajúcich sa samovrážd.
Vlastné psychické zdravie	Práca na téme samovrážd môže byť veľmi náročná, dbajte teda najmä na svoju vlastnú duševnú pohodu.
Vzťahovanie k ne/úspechu	Úspešne spáchať samovraždu. Neúspešne sa pokúsiť o samovraždu.
	Vziať si život/ukončiť život. Ne/dokonať samovraždu.
Dramatizácia	Samovražda, ako jediné východisko zo zlej životnej situácie..
	Samovražda ako smrť, ktorej sa dalo predísť.



PRÁCA S OBRAZOVÝM MATERIÁLOM

PRÁCA S ILUSTRAČNÝMI FOTOGRAFIAMI A OBRAZOVÝM MATERIÁLOM

Silu vizuálnej stránky rozhodne netreba podceňovať. Zároveň tiež platí, že hoci je konečný výstup kvalitný, vyvážený a citlivo spracovaný, nevhodne zvolená fotografia napr. na plagáte či v bulletine môže vo výsledku jeho celkovú úroveň výrazne znížiť.



Vyhnite sa stereotypnému zobrazovaniu osôb s duševným ochorením. Ak môžete, nepreferujte vzhľad zmätených, zúfalých, strapatých, izolovaných či hrozivo vyzerajúcich jedincov.



Medzi najčastejšie ilustrácie duševného ochorenia patria tie, na ktorých sú zachytené zrútené osoby s hlavou v dlaniach (sediace na podlahe, v temnom kúte, na rozostlanej posteli). Spravidla **vzbudzujú pocity bezmocnosti a zúfalstva**, preto ak je to možné, odporúčame ich nahradiť inými alternatívami.



Pokiaľ používate príbeh konkrétneho človeka s duševným ochorením, **vždy by ste mali získať jeho súhlas** a zároveň ho oboznámiť s tým, kde a ako bude jeho príbeh rozpovedaný.



Premýšľajte aj o tom, nakoľko j**e vizuál odkazujúci k duševnému ochoreniu** pre propagáciu diela podstatný.



Ak hovoríte o samovražde, a je možné sa vyhnúť **popisu konkrétnej metódy**, urobte to. U niektorých citlivejších jedincov by totiž mohli zafungovať v negatívnom zmysle ako inšpirácia. Podobné pravidlo platí aj pri zobrazovaní niekoho, kto sa seba-poškodzuje.



Zvážte, či je **potrebné príbeh o duševnom ochorení sprevádzať motívom hospitalizácie**. Značná časť osôb s duševným ochorením nikdy hospitalizovaná nebola ani nebude. Podobným príkladom je užívanie liekov, a to vzhľadom na to, že mnoho jedincov v skutočnosti medikovaných vôbec nie je.



V prípade, že plánujete použiť fotografiu alebo záber konkrétnej osoby, ktorá však nechce prezradiť svoju identitu, je **možné využiť rôzne formy anonymizácie** – napr. fotenie či natáčanie zozadu, proti svetlu, pixelizácia a pod.



Majte na pamäti, že filmy ako napr. „Psycho“, „Osvietenie“ alebo „Prelet nad kukučím hniezdom“ majú niekoľko desiatok rokov. **Hoci ide o veľmi oceňované filmy, v mnohých ohľadoch už nekorešpondujú s realitou a môžu podporovať stereotypné vnímanie osôb s duševným ochorením.**



Ak je to možné, ponúknite divákom aj **pozitívny obraz osôb s duševným ochorením** a zachyťte ich napr. v každodenných situáciách. Od zdravých jedincov sa v zásade nijako nelíšia a zvolené zobrazovacie prostriedky môžu navyše výrazne ovplyvniť to, ako bude publikum výsledný výstup vnímať.



Buďte pri zobrazovaní **duševných ochorení kreatívni**. Nepoužívajte nutne to, čo vám pri vyslovení sloveného spojenia „duševné ochorenie“ spravidla vyvstane v mysli ako prvé, ale zamyslite sa a zvoľte iné formy, ktoré nepodporujú škodlivé stereotypy.



INFORMÁCIE O DUŠEVNÝCH OCHORENIACH

Schizofrénia

Schizofrénia je duševné ochorenie patriace do skupiny psychotických ochorení, čo znamená, že jedinec môže strácať kontakt s realitou, môže mať problém rozoznať, čo je skutočnosť a čo nie, môže mať ťažkosti jasne myslieť a tiež komunikovať. Toto duševné ochorenie sa môže pre- javovať poruchami myslenia (bludy), poruchami vnímania (halucinácie) a v rôznej miere zmenami správania.

Ako vzniká?

Schizofrénia súvisí so štrukturálnymi a funkčnými abnormalitami v mozgu, čo vedie k tomu, že oblasti, ktoré zodpovedajú za myslenie, vnímanie a správanie, nepracujú správne. Na vzniku choroby sa **podieľa niekoľko neurochemických dráh s nervovými prenášačmi (dopamín, sérotonín), ktoré majú na starosti prenos nervového signálu, pričom počas choroby sú ich hladiny zásadne narušené.** Zasiahnuté sú najmä mozgové štruktúry ako limbický systém (riadi emócie), talamus (koordinujúci odchádzajúce správy) a mozgová kôra (zodpovedná za riešenie problémov a komplexné myslenie). Na rozvoji schizofrénie môže mať určitý podiel genetika, ale aj nepriaznivé životné okolnosti. Riziko vzniku ochorenia sa tiež zvyšuje v súvis- losti s rôznymi komplikáciami a chorobami počas tehotenstva, poškodením mozgu plodu v maternici či pôrodnou traumou.

Kto môže ochorieť na schizofréniu?

Choroba môže postretnúť kohokoľvek. Objavuje sa najčastejšie medzi **18. a 30. rokom života**, môže sa však rozvinúť aj u dospievajúcich už okolo **15. roku veku**. Postihuje **jedného človeka zo sto.**

Príznaky a prejavy

Diagnostika schizofrénie je pomerne náročná, keďže **vývoj ochorenia môže byť veľmi postupný** a s mnohými nejednoznačnými príznakmi. Medzi tie, ktoré môžu prejavom choroby predchádzať, je možné zaradiť napr. **tendenciu uzatvárať sa pred okolím, problémy s osobnou hygienou, výraznú vzťahovačnosť, emočnú plochosť, nesústrede- nosť, pocity prenasledovania, bizarné nápady,** ale aj **zvýšené užívanie návykových látok.**

Pokiaľ sa už choroba naplno rozvinie, môže človek začať trpieť **bludmi, čo sú mylné presvedčenia, ktoré nemožno danému človeku vyvrátiť** (napr. osoba je presvedčená, že ju v dopravnom prostriedku všetci sledujú, prípadne že patrí medzi vyvolených, ktorí majú na svete zvláštne poslanie). Rovnako sa môžu vyskytnúť aj **halucinácie, pri ktorých človek vníma určité podnety skreslene.** Časté bývajú halucinácie sluchové – ide o hlasy, ktoré môžu komentovať správanie človeka, alebo mu niečo nariaďovať. Vyskytnúť sa však môžu aj halucinácie zrakové, dotykové a ďalšie. Rovnako môže mať jedinec pocit, že mu niekto kradne myšlienky, prípadne mu ich naopak do mozgu vkladá. Objavujú sa **poruchy motoriky, nepokoj, ale aj výrazná pasivita**. Ďalej úzkosti, poruchy spánku a v niektorých prípadoch celková dezorganizácia.

Možnosti liečby

Výsledky výskumov ukazujú, že takmer **40 % ľudí sa po prvej epizóde ochorenia uzdraví, ďalšia časť zažíva obdobie, kedy sa choroba vracia, a ďalšia časť má symptómy ochorenia trvalo** (Lally et al., 2017). Vývoj množstva liekov a psychosociálnej terapie podstatne zlepšili prognózy pre pacientov so schizofréniou. Novšie antipsychotiká môžu pomáhať regulovať príznaky choroby a pritom spôsobujú menej stigmatizujúcich vedľajších účinkov.

LIEČBA SCHIZOFRÉNIE MÁ TRI ZÁKLADNÉ ZLOŽKY:

1) **Lieky** na zmiernenie príznakov a prevenciu recidívy
2) **Osveta a psychosociálna intervencia** s cieľom pomôcť pacientom a ich rodinám riešiť vzniknuté problémy, zvládať stres, vyrovnať sa s chorobou a jej komplikáciami a pomáhať predchádzaniu recidívy
3) **Psychosociálna rehabilitácia** s cieľom pomôcť pacientom znovu sa integrovať do komunity a znovu začať pracovať na svojom vzdelaní alebo fungovať v práci

Výskumy ďalej ukazujú, že služby včasných detekcií a včasných intervencií umožňujú znižovať rozvoj ochorení u vysokorizikových skupín obyvateľstva, tzn. že **účinná prevencia je do určitej miery možná.**

Problémy, ktoré pacienti so schizofréniou v živote zažívajú, sú **sociálne, osobné, klinické a niekedy politické (napríklad diskriminácia).** Pretože dosah schizofrénie je pociťovaný v toľkých oblastiach života, musí účinná liečba riešiť mnoho problémov vrátane skorého rozpoznania recidívy, predchádzania recidívam, zlepšenia náhľadu a znášania liečby, psychologickej osvety, rodinného života, starostlivosti v komunite, sociálnych zručností, postupov na vyrovnanie sa s problémami a rehabilitácie (mujmindset.cz; cmhcd.cz).

„Väčšina mojich kamarátov o mojej chorobe vie a nebojí sa ma, ale aj tak, keď mám niekomu povedať, že som chorá, tak nepoviem, že mám paranoidnú schizofréniu, ale že mám halucinácie. Ľudia to nejako viac akceptujú a halucinácií sa neboja až tak veľmi, ako diagnózy paranoidnej schizofrénie. Podobný problém mám s depresiou. Okolie si často myslí, že je to len módny výstrelok a že táto choroba v skutočnosti ani neexistuje."

– Zuzana U. (skúsenosť so schizofréniou a depresiou)

Bipolárna afektívna porucha

Bipolárnu afektívnu poruchu, predtým označovanú ako maniodepresívna psychóza, charakterizujú patologické výkyvy nálad. U človeka s týmto ochorením sa striedajú stavy mánie (pocity výnimočnosti, nadmerné množstvo energie, dobrá nálada) so stavmi depresie (skleslosť, strata energie, pocity menejcennosti). Tieto premeny môžu prebiehať v rámci niekoľkých dní, ba aj hodín.

Ako vzniká?

Bipolárna afektívna porucha nemá jednoznačne známu príčinu. Na jej vzniku sa z veľkej časti podieľa **genetika, ale aj biochemické a hormonálne zmeny a kombinácia vplyvov vonkajšieho prostredia.** Určitý podiel na rozvoji ochorenia môžu mať aj závažné životné udalosti alebo užívanie drog vrátane alkoholu.

Kto môže na bipolárnu afektívnu poruchu ochorieť?

Aj toto ochorenie môže postihnúť kohokoľvek. Spravidla sa **začína rozvíjať počas dospievania a v skorej dospelosti,** ale k rozpoznaniu môže dôjsť až o niekoľko rokov neskôr. Postihuje **jedného až dvoch ľudí zo sto.**

Príznaky a prejavy

Vplyvom bipolárnej afektívnej poruchy **dochádza k periodickým zmenám nálad**. Objaviť sa môžu nasledujúce epizódy, ktoré sa prejavujú nižšie spomínanými príznakmi:

DEPRESIA: skleslá nálada, pokles energie a aktivity, pesimistické videnie sveta, nízke sebahodnotenie a sebavedomie, pocity viny, nesústredenosť, poruchy spánku, znížená chuť do jedla, myšlienky na smrť

MÁNIA: neprimerane veselá nálada, nepochopiteľne zvýšená energia a aktivita, vysoké sebavedomie a sebahodnotenie, sklony k velikášstvu, výrečnosť, preceňovanie vlastných schopností, strata sociálnych zábran, nadmerná sexuálna aktivita, neúmerné riskovanie a míňanie peňazí

HYPOMÁNIA: miernejší prejav mánie, pri ktorom príznaky nie sú také výrazné, prípadne sa prejavujú iba niektoré z nich – ide o stav, ktorý nemusí tak výrazne zasiahnuť život človeka, ale v budúcnosti môže do mánie ľahko skĺznuť

ZMIEŠANÁ EPIZÓDA: veľmi komplikovaný a rizikový stav najmä kvôli tomu, že sa mánia a depresia objavujú naraz alebo sa počas dňa striedajú – riziko samovraždy je v tomto prípade dosť vysoké, v priebehu ochorenia ju dokoná jeden človek z piatich

Možnosti liečby

V liečbe bipolárnej afektívnej poruchy majú **nezastupiteľné miesto lieky,** ktoré možno rozdeliť do celkovo troch skupín:

STABILIZÁTORY: zabraňujú patologickým výkyvom nálad

ANTIDEPRESÍVA: liečia príznaky depresívnych epizód – nemali by však byť nasadzované samostatne, ale vždy v kombinácii so stabilizátormi nálady, inak by po preliečení depresie hrozil prešmyk do nezvládnuteľnej mánie

ANTIPSYCHOTIKÁ: v niektorých prípadoch majú rovnako stabilizačný vplyv na náladu a tiež dokážu pacientov so zhoršeným kontaktom s realitou lepšie ukotviť

Po stabilizácii akútneho stavu bipolárnej afektívnej poruchy pomocou liekov je možné **podporne využiť aj psychoterapiu**. Psychoterapia sa všeobecne uplatňuje až po odznení akútnych príznakov, kedy je pacient už schopný sa na komunikáciu s terapeutom plne sústrediť.

Pojem psychoterapia predstavuje mnoho **verbálnych i neverbálnych techník a postupov, ktoré sa líšia vo svojom bezprostrednom, strednodobom alebo dlhodobom cieli.** Psychoterapia zahŕňa určitú formu učenia, pri ktorom dochádza k stretnutiu s expertom – psychoterapeutom.

Jej hlavnou výhodou je, **že ju nesprevádzajú nežiaduce účinky, aké mávajú psychofarmaká či iné biologické spôsoby liečby.** V niektorých prípadoch môže byť tiež efektívna tam, kde doterajšia farmakologická liečba zlyhala, a existuje aj teoretická možnosť jej využitia na zníženie rizika relapsov a recidív (pacient sa lepšie vyrovnáva so svojimi ťažkosťami).

K jej nevýhodám patrí najmä to, že ju **nemožno samostatne aplikovať pri stredne ťažkých, ťažkých alebo psychotických depresiách a mániách**. Metóda je veľmi **časovo náročná** a môže byť pre pacienta aj výrazne **finančne nákladná.** Faktom tiež zostáva, že terapeutický proces ovplyvňuje množstvo faktorov a účinok je závislý okrem iného od osobnosti terapeuta a od ochoty pacienta spolupracovať.

Liečebný efekt sa väčšinou dostavuje neskôr (po 6 – 8 týždňoch) ako pri farmakoterapii (po 4 – 6 týždňoch), ale býva **trvalejšieho charakteru.**

Psychoterapia bipolárnej poruchy je v prvej etape predovšetkým **zameraná na pochopenie ochorenia** pacient včas na ne reagovať, tým lepšie sú jeho vyhliadky do budúcnosti (mujmindset.cz; cmhcd.cz – Anders, Španiel, Novák).

„Vďaka mojej diagnóze som si uvedomila, aká je ľudská duša krehká, že sa život dokáže behom pár dní obrátiť o stoosemdesiat stupňov s celoživotnými následkami. Choroba mi dala určitý nadhľad. Neriešim zbytočnosti a nenechávam si kaziť náladu drobnosťami, ktoré sa nedajú ovplyvniť. Tešia ma aj všedné okamihy, ktoré by sa dali pokladať za samozrejmosť.“

– Zita A. (skúsenosť s bipolárnou afektívnou poruchou s psychotickými príznakmi)

Depresia

Depresia je ochorenie, pri ktorom je narušená funkcia mozgu zodpovedná za kontrolu nálady. Ide o patologický smútok, ktorý už nie je iba bežnou reakciou na nepríjemné udalosti, ale úplne človeka pohltí. Ten vidí svet a dianie okolo seba oveľa negatívnejšie, než v skutočnosti je, a nie je schopný svoj stav ovplyvniť či zmeniť. Vplyv to má samozrejme nielen na daného človeka, ale aj na jeho okolie, blízke osoby, štúdium či zamestnanie.

Ako vzniká?

Depresia vzniká vplyvom niekoľkých faktorov, pričom zásadné je narušenie oblastí mozgu, ktoré kontrolujú emócie. V týchto oblastiach pôsobia tzv. **nervové prenášače (sérotonín, noradrenalín, dopamín), látky zodpovedné za prenos signálu v mozgu, ktorých hladiny sú pri depresii narušené**. Ďalej dochádza k zmene vylučovania hormónu melatonínu, ktorý riadi rytmus spánok-bdenie. Na vzniku depresie sa tiež podieľa **genetická predispozícia**, teda pokiaľ sa depresia vyskytla u príbuzných, môže byť daný človek náchylnejší na vznik tejto choroby. Spravidla však k spusteniu prispeje určitý **silný faktor z vonkajšieho prostredia, napríklad stres** (strata milovanej osoby, strata zamestnania atď.).

Kto môže ochorieť na depresiu?

S depresiou sa môže počas svojho života stretnúť ktokoľvek. Často sa prejaví už **v dospievaní alebo ranej dospelosti.** Aspoň raz za život sa vyskytne **u každého piateho človeka.**

Príznaky a prejavy

Depresia sa môže podľa závažnosti prejaviť ako **mierna, stredne ťažká a ťažká**. Kľúčové je rozpoznať najčastejšie príznaky choroby, ktoré väčšinou trvajú **aspoň 14 dní.** Môže ísť o **neustále smutnú náladu, pokles sebavedomia, neprimerané výčitky, neschopnosť prežívať radosť, nesústredenosť, nerozhodnosť, celkové spomalenie či naopak napätie a nepokoj, extrémnu únavu, problémy so spánkom** (nedostatok či nadmiera), **zníženú alebo zvýšenú chuť do jedla** a objaviť sa môžu aj **samovražedné myšlienky.**

Možnosti liečby

Depresia je liečiteľná a pri včasnom podchytení môže byť liečba skutočne život zachraňujúca. Vo väčšine prípadov sa nezaobíde bez **špecializovaných liekov** (antidepresív), ktoré ovplyvňujú hladiny už spomínaných nervových prenášačov. Nástup účinku liekov trvá spravidla 14 dní. Zo skúseností je známe, že po ich použití na liečbu depresie je vhodné užívať ich minimálne ďalších šesť mesiacov, kým bude telo znovu schopné samo regulovať hladiny jednotlivých prenášačov.

Po stabilizácii akútneho stavu je možné tiež podporne využiť **psychoterapiu**. Tá je vhodná najmä z dlhodobého pohľadu na ochorenie a jej cieľom je predovšetkým naučiť človeka žiť tak, aby sa mu depresie nevracali (mujmindset.cz).

„Depresia. Je to choroba. Dá sa liečiť aj tá, ktorá je odolná voči liekom. Ide o chemickú nerovnováhu látok v mozgu, teda za ňu človek nemôže a nedá sa len tak ovládnuť silou vôle. Za seba hovorím: depresia mi vzala všetko, ale liečba mi vrátila oveľa viac. Začalo to pocitmi neistoty a zbytočnosti. Stratila som zmysel bytia a chuť do života. Prestala som behať, čítať, hrať na gitaru, maľovať. Jednoducho mi to prestalo dávať zmysel. Prepadla som sebapoškodzovaniu, pocitom viny, menejcennosti. Izolovala som sa od tých, ktorým na mne záležalo, ale aj od tých, ktorým nie.“

– Iva J. (skúsenosť s depresiou a panickou poruchou)

Neurotické poruchy – úzkosti

Ide o skupinu duševných ochorení, pri ktorých prevažuje nadmerný a opakujúci sa pocit úzkosti sprevádzaný silnými telesnými príznakmi. Táto úzkosť je často vyvolaná určitými dobre definovanými situáciami alebo objektmi mimo človeka, ktoré bežne nie sú nebezpečné. Prejaviť sa môže v náhlych záchvatoch alebo na človeka pôsobí trvalo. Tieto poruchy môžu zásadne ovplyvniť kvalitu života chorého, obmedzujú ho v zamestnaní a majú vplyv na jeho vzťahy aj prežívanie voľného času.

Ako vznikajú?

Príčiny vzniku sú rôzne. Niektorí ľudia majú k rozvinutiu úzkosti **vrodené dispozície**. Pokiaľ sa pridá **dlhodobý stres, záťažové životné situácie, konflikty v rodine či najrôznejšie traumatické vplyvy** (šikanovanie, zneužívanie a pod.), môže k rozvoju úzkostnej poruchy s veľkou pravdepodobnosťou dôjsť.

U koho sa môže neurotická porucha rozvinúť?

Porucha môže postihnúť kohokoľvek. Počiatky sa spravidla datujú v detstve, najčastejšie sa však **plne prejavia medzi 25. – 40. rokom života.** Súbor neurotických porúch je považovaný za neinfekčnú epidémiu 21. storočia. Podľa štatistík sa s nimi stretáva **štvrtina celej populácie.**

Príznaky a prejavy

Základným prejavom je **úzkosť**, čo je nepríjemne vnímaný subjektívny pocit spojený s pocitmi strachu a ohrozenia. Mierne obavy a úzkosti prežíva každý z nás, ale problém nastáva vtedy, ak sa úzkosť objavuje často, trvá neprimerane dlho a obmedzuje človeka v bežných aktivitách. Úzkosť je často sprevádzaná telesnými príznakmi ako **búšenie srdca, bolesť na hrudi, dýchavičnosť, pocit na vracanie, hnačka, závraty, pocit „guče v krku“, návaly tepla, potenie atď.**

Úzkostné poruchy je možné rozdeliť do niekoľkých skupín:

FÓBIA: patrí sem úzkosť a strach z určitých objektov a situácií (napr. arachnofóbia – strach z pavúkov), strach z medziľudského kontaktu a verejného zosmiešnenia (sociálna fóbia) atď.

PANICKÁ PORUCHA: náhly, prudký nástup úzkosti, sprevádzaný telesnými prejavmi (búšenie srdca, tras, dýchavičnosť), po odznení človek často žije v strachu, kedy sa panika opäť dostaví

GENERALIZOVANÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA: úzkosť nie je taká úporná ako pri panickej poruche, ale stále je zjavná

ZMIEŠANÁ ÚZKOSTNE-DEPRESÍVNA PORUCHA: úzkosť nie je taká hlboká ako pri panickej poruche a depresia tiež nedosahuje hĺbku depresívneho ochorenia

OBSEDANTNO-KOMPULZÍVNA PORUCHA: u človeka sa objavujú nutkavé myšlienky (obsesie), nutkavé konanie (kompulzia) či oba varianty – myšlienky sú spravidla protikladné voči tým, ktoré si jedinec praje, pričom nutkavé konanie obvykle slúži ako ochrana pred úzkosťou pri týchto myšlienkach

REAKCIA NA STRES A PORUCHY PRISPÔSOBENIA: veľmi bežné stavy, vznikajú následkom akút- neho stresu alebo pokračujúcej traumy (napr. strata blízkej osoby, rozchod, konflikty v rodine, narodenie dieťaťa)

DISOCIATÍVNE PORUCHY: vyskytujú sa vo vypätých stresových situáciách a u ľudí, ktorí majú veľmi krehkú osobnostnú štruktúru – patrí sem napr. strata pamäti na udalosti, stupor (človek je nehybný, ale nie je v bezvedomí) či ochrnutie končatín bez neurologického či iného nálezu

SOMATOFORMNÉ PORUCHY: prejavom sú hlavne telesné príznaky, ale žiadne klinické vyšetrenie nepreukáže organický pôvod (napríklad človek má bolesti v určitých častiach tela, žiadne medicínske vyšetrenie na to však nemá vysvetlenie)

INÉ NEUROTICKÉ PORUCHY: príkladom môže byť neurasténia, človek je pri nej nadmieru unavený, oslabený, nie je schopný sa uvoľniť, je podráždený, má narušený spánok, bolesti na hrudi atď.

Možnosti liečby

Neurotické poruchy možno liečiť **psychoterapeuticky** (individuálna, skupinová, rodinná alebo kognitívne behaviorálna terapia), ako aj **farmakoterapeuticky** (antidepresíva alebo anxiolytiká). Psychofarmaká spravidla pôsobia skôr. Psychoterapia je náročnejšia, jej výsledok je však trvalejší. Pri ťažších úzkostných poruchách je však optimálna kombinácia oboch prístupov.

Cieľom liečby neurotických porúch je návrat postihnutého z neslobodného sveta neurotických príznakov do plnohodnotného, slobodného prežívania reality. Bezprostredným cieľom je **zmierniť alebo odstrániť príznaky poruchy a zmenené správanie.** Ďalej potom pomôcť postihnutému zmeniť životnú situáciu, ak je neurotickou poruchou postihnutá alebo s ňou súvisí. Z dlhodobého hľadiska je cieľom **zabrániť novému vzniku príznakov, ale aj druhotným negatívnym dôsledkom,** ako je zneužívanie alkoholu, liekov na upokojenie alebo na spanie či iných návykových látok. Dôležité je tiež **predísť depresii, ktorá často neurotické poruchy komplikuje** (mujmindset.cz; cmhcd.cz).

„Nakoniec úzkosti vygradovali k panickým záchvatom. Je to stav, keď je človek pri vedomí. Trvajú niekoľko minút, počas záchvatu sa mi zvieral hrudník, triasla som sa, búšilo mi srdce. Hlavne som sa všetkého strašne bála. Myslela som, že každú chvíľu zomriem. Nešlo to zastaviť. Prichádzal iba jeden za mesiac. Nikomu som to nepovedala, hanbila som sa za to. Teraz nechápem prečo."

– Iva J. (skúsenosť s depresiou a panickou poruchou)

„Môj prvý panický atak prebehol pri zápase v stolnom tenise, čo samo o sebe nie je nijako stresujúca záležitosť. Ako som ale neskôr zistil, panike je celkom jedno, čo práve robíš. Každá moja panika sa prejavuje stavom tzv. depersonalizácie, skrátka mám pocit, ako keby som nebol vo vlastnom tele. A pretože to je panická porucha, tak mám obrovské návaly strachu zo smrti, z toho, že som sa asi zbláznil, že toto nikdy neprejde, nebudem môcť fungovať ako normálny človek, som magor, ktorý patrí do blázinca. Toto sa potom opakuje tak trikrát týždenne. Jediné moje šťastie bolo, že som mal okolo seba ľudí, ktorí to nebrali tak, že som sa zbláznil, ale tak, že to je niečo, čo za pár týždňov prejde."

– Cyril N. (skúsenosť s panickou poruchou)

Duálna diagnóza

Ide o súbeh dvoch duševných ochorení u jedného človeka. Tento pojem definuje ľudí, ktorí za prítomnosti svojej psychiatrickej diagnózy ešte zneužívajú alebo sú priamo závislí od návykových látok. V poslednom čase sa lekári čoraz častejšie stretávajú najmä s pacientmi s diagnózou schizofrénie užívajúcimi pervitín alebo marihuanu. Pacienti to vysvetľujú tým, že sú im psychotické zážitky (napríklad, že počujú hlasy, ktoré im niečo prikazujú) veľmi nepríjemné a že ich pomocou drog ale- bo alkoholu dokážu utlmiť. Snaha unikať k návykovým látkam však z dlhodobého hľadiska značne komplikuje ich stav a prognózu ochorenia. Častým javom je tiež zneužívanie alkoholu na uvoľnenie pri úzkostných poruchách alebo depresii. Z dlhodobého hľadiska je tu vysoké riziko vybudovania si závislosti. Sám alkohol navyše úzkosť a depresiu prehlbuje.

Možnosti liečby

Primárne je nutné vydržať **abstinovať od návykových látok** vrátane alkoholu. Je vhodné vyhľadať odbornú pomoc, ktorá sa na túto problematiku špecializuje, a to práve preto, že okrem samotnej abstinencie je potrebné **adekvátne liečiť práve duševné ochorenie**. Vzhľadom na to, že často ide o už vybudovanú závislosť od návykovej látky, je liečba behom na dlhú trať (mujmindset.cz).

ODKAZY NA LINKY POMOCI:

- Linka dôvery Nezábudka: **0800 800 566** NONSTOP
- Linka dôvery Nezábudka pre ľudí z Ukrajiny: **0800 222 450** 9:00 - 21:00 🇺🇦
- Mailová poradňa Linky Nezábudka: www.linkanezabudka.sk
- Linka psychosociálnej prvej pomoci /MODRÝ ANJEL: **0940 454 555** NONSTOP
- Linka nádeje: **055/644 1155**

- Linka pomoci obetiam násilia: **0850 111 321** NONSTOP, linka@pomocobetiam.sk
- Linka pre ženy zažívajúce násilie: **0800 212 212** NONSTOP, linkaprezeny@ivpr.gov.sk
- Chuť ŽIŤ / linka pomoci pri poruchách príjmu potravy: 0800 221 080, PO - PI 10:00 – 18:00
- In Poradňa / Iniciatíva Inakosť: +421 948 144 313, pO 16:00 - 18:00, inakost@inakost.sk,

Pre deti - o deťoch

- Linka detskej istoty: **116 111** NONSTOP, www.ldi.sk
- Linka detskej dôvery: 0907 401 749 odkazy@linkadeti.sk, www.linkadeti.sk
- Krízová linka pomoci / IPcko: **0800 500 333** NONSTOP, www.krizovalinkapomoci.sk, poradna@ipcko.sk
- Viac ako nick: online chatová poradňa: pomoc@viacakonick.gov.sk www.viacakonick.gov.sk
- Linka Ústredia práce, sociálnych vecí a rodiny: 0800 191 222, zanedbávanie starostlivosti
- VÚDPaP PORADŇA pre rodičov a pedagogický personál: 0911 969 725, 8:00 - 18:00
- Sociálno-právna poradňa OHĽADOM DETÍ: 0800 500 500 štvrtok a sobota 13:30-19:30
- Rodičovská poradňa Linky detskej istoty: 0800 500 500 streda 13:30-19:30
- VÚDPaP PORADŇA pre rodičov: 0910 234 860 potrebujem-poradit@vudpap.sk
- Ochráň ma - INTERNETOVÁ BEZPEČNOSŤ DETÍ, ochranma@ochranma.sk



Tento materiál je určený výhradne **účastníkom a účastníčkam workshopu “Ako hovoriť o duševnom zdraví”**, ktorý pre Vysokú školu múzických umení realizuje Liga za duševné zdravie v rámci projektu Sme prívetiví. Nesmie sa zverejňovať ani poskytovať tretím osobám bez vedomia Ligy za duševné zdravie.

Materiál vychádza z príručky Ako hovoriť o duševnom zdraví - sprievodca témou nielen pre médiá, ktorý vyšiel v roku 2022 v spolupráci Ligy za duševné zdravie s Národním ústavem duševního zdraví v Čechách. Všetky informácie, infografiky a texty podliehajú autorskému zákonu a nesmú byť ďalej verejne rozširované.

Český dokument
Slovenská lokalizovaná verzia

Liga za duševné zdravie
Podporme sa spolu

VYSOKÁ ŠKOLA MÚZICKÝCH UMENÍ
Spolufinancovaný Európskou úniou
PROGRAM SLOVENSKO
MINISTERSTVO ŠKOLSTVA, VÝSKUMU, VÝVOJA A MLÁDEŽE SLOVENSKEJ REPUBLIKY

Liga za duševné zdravie

VŠMU
VYSOKÁ ŠKOLA MÚZICKÝCH UMENÍ

© 2025