Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Katedra psychologie

Bakalářská práce

Bipolární afektivní porucha její projevy a doprovodné nemoci

Vedoucí práce: PhDr. Ing. Marie Lhotová, Ph.D.

Autor práce: Alice Kotková

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Ročník: 3.

2015

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 30. 04. 2015 .....

Alice Kotková

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí bakalářské práce paní PhDr. Ing. Marii Lhotové, PhD. za cenné rady, připomínky a pochopení.

OBSAH

Úvod **5**

1. Afektivní poruchy 7
1.1 Členění dle MKN-10 8
1.2 Léčba afektivních poruch 9
2. Bipolární afektivní porucha **9**
2.1 Příznaky 12
2.2 Diagnostika 12
2.3 Etiopatogeneze 13
2.4 Léčba 14
2.4.1 Ambulantní léčba 16
2.4.2 Kognitivně-behaviorální terapie 16
2.5 Invalidita 18
3. Manická epizoda **19**
3.1 Psychosociální dopady 20
3.2 Příklad z praxe 21
4. Depresivní epizoda **22**
4.1 Psychosociální dopady 24
4.2 Příklad z praxe 24
5. Bipolární porucha a její dopady **26**
5.1 Rodina a partnerské vztahy 26
5.2 Očekávání od rodiny a blízkých 27
5.3 Práceschopnost 27
6. Komorbidita **28**
6.1 Sociální fobie 29
6.1.1 Příznaky 30
6.1.2 Léčba 30
6.1.3 Příklad z praxe 31
6.1.4 Dopady sociální fobie 31
6.2 Zneužívání návykových látek 32

Závěr **34**

Použitá literatura **35**

Abstrakt **37**

Abstract **38**

Úvod

Každý z nás si utváří svůj obraz o jednotlivých nemocech psychického původu. Jedni dávají na své vlastní uvážení a jiní zase dávají přednost pověrám, mýtům a stigmatu. Celá společnost tak utváří dohromady různá stigmatizující tvrzení a předsudky, které u nich bývají mnohdy nevyvratitelné a nadále kolují společností. Dalo by se říci, že jakékoli duševní onemocnění považujeme za společenské stigma. I když je člověk lucidní, přesto na něj společnost nazírá jako na blázna či retardovaného, který jim chce ublížit.

Čím je toto způsobeno, neinformovaností, nepochopením nebo snad nezájmem o druhé? Ať už to či ono, mívá to neblahé dopady na veřejnost a na samotného nemocného. Od okolí se mu dostává vyhýbavému chování, separace, nepochopení, odstupu, projevům strachu nebo naopak upřeným pohledům. Nemocný na to povětšinou reaguje izolací od společnosti. Chce tak předejít „zírajícím pohledům“, kterým se mu dostává od okolí. Do jisté míry se za svou nemoc stydí, bojí se o ní mluvit, svěřit se svému okolí. Stud mu mnohdy zabrání ve vyhledání odborné pomoci. Bojí se, že bude viděn při příchodu či odchodu z ordinace, kde by se mu dostalo adekvátní léčby. Nemocný nevnímá vlastní hodnotu a cenu sebe samého. Podléhá vlastnímu kritickému sebehodnocení a jednání společnosti ho v tom ještě více umocňuje. A tak ho nemoc pohlcuje čím dál tím více, nastávají hlubší deprese, dostaví se úzkost. Tyto neléčené projevy mohou vyústit v suicidální jednání nebo přechodu do chronifikace.

Ze svého pozorování při psaní této práce, jsem si nemohla nevšimnout toho, že ve většině případů je to právě starší až postarší generace, tzv. „ stará škola“, která odmítá duševní onemocnění. Jejich argumentace ale zdaleka nebývají silné. Častokrát se obrací na minulost, kde dle jejich tvrzení, žádné duševní onemocnění nebyly. Dále míní, že za takovéto nemoci se lidé jen schovávají, aby mohli omluvit své chování a povahové vlastnosti, rysy.

Člověk žije v hektickém světě, který je plný různé psychosociální zátěže. Větší zátěž můžeme připisovat vysokým či přehnaným nárokům, které jsou na člověka dnes kladeny. Člověk pak vysoké nároky dále klade i sám na sebe a své potomstvo, což může značně ovlivnit psychický vývoj dítěte. Dalším faktorem je soutěživost mezi lidmi. Jedná se o takový fenomén, mít více než ti druzí, být lepší než oni. Neustále se snaží jeden druhého předehnat, aby byl na pomyslném žebříčku co

nejvýše. K faktorům bych ještě zmínila stres a shon, ve kterém se člověk denně nachází. Lidé by si měli uvědomit přítomnost duševních onemocnění ve společnosti a přijmout je jako takové, protože je zaznamenáván čím dál tím větší vzestup těchto onemocnění.

Důvodem psaní této práce byla a je má zkušenost s bipolární afektivní poruchou v rodině. Setkala jsem se s mnoha reakcemi na tuto poruchu nejen v rodině, ale i v blízkém okolí. Reakce byly jak pozitivní, tak negativní. Co člověk, to jiná reakce. Při mé přítomnosti v průběhu léčby jsem si povšimla, jak málokdo ví, co je to například deprese, jaké jsou její projevy a drtivé dopady, které nastávají u těžkých depresivních stavů. Každý druhý člověk řekne, že zažil depresi, ale většinou se jedná o lehčí formu deprese, která nevyžaduje tak náročnou léčbu. Vybaví si své pocity, které měl při depresi a jeho úsudkem může být, že se to dá snadno překonat. Ale depresivní stavy u některých onemocnění bývají zcela odlišné. Toto zjištění o nevědomosti mne také vedlo k napsání této práce.

V první kapitole charakterizuji afektivní poruchy, kam spadá bipolární porucha. Dále se budu věnovat samotné bipolární afektivní poruše jako takové. Její depresivní a manické epizodě, kde jsem uvedla příklady z praxe a také dopadům nemoci. V další kapitole jsem uvedla komorbiditu bipolární poruchy, kde jsem vyzdvihla sociální fobii jako jednu z nemocí, která bipolární poruchu často doprovází. Do práce jsem zahrnula i zneužívání návykových látek, které se v poslední době u nemocných objevuje stále častěji.

1. Afektivní poruchy

Porušení duševní rovnováhy je běžnou odpovědí na nečekanou událost či stresové vypětí, jež se stává běžnou situací našeho života. Při duševních onemocněních člověk ztrácí životní perspektivu a vnímá sám sebe jako méně hodnotného člověka. Těmito nemocemi ale člověk neklesá na své ceně. Poruchy nálady můžeme brát jako jakousi obranu či varovné znamení, kterým nám náš organismus dává najevo něco v nepořádku. Avšak u poruch nálady dochází k ne zcela adekvátní odpovědi na události nebo stresové situace, jež by se nám dostala od zdravého člověka. Nálada neodpovídá reálné situaci. Poruchy nálady sužují čím dál větší procento populace. Není proto divu, že patří k nejčastějším duševním poruchám.

Pod afektivní poruchy řadíme širokou škálu emocí od těch negativních až po ty pozitivní, jejichž defektem bývá intenzita, nepřiměřenost, neovladatelnost emocí, rozmanitost, délka emočního projevu a jejich nestabilita **(3).** Mimo vlivů na psychiku (ztráta motivace, zhoršená adaptace, modifikace emocí, sociální neúspěch), tak mají tyto poruchy vliv i na fyziologii organismu (pokles/vzestup celkové aktivity organismu).

Afektivní poruchy se vyznačují změnou afektivity či nálady. Dochází k cyklování depresivních a manických epizod. Typickými příznaky mohou být například: sebeobviňování, nerozhodnost, ztráta emoční aktivity, nesoustředěnost, suicidální tendence, změna libida, vlastní bezcennost, ranní pesimismus a pesimistické vyhlídky do budoucnosti **(16)**. Příznaky se ukazují v různých časových intervalech od několika dnů až po měsíce.

Tyto poruchy nebývají ovlivněny signifikantně dědičností, avšak podle dosavadních výzkumů genetika z 20% zvyšuje rozvoj poruch nálady. Genetické predispozice nejsou tedy startujícím faktorem v rozvoji poruch. Významným činitelem v rozvoji nemocí bývá prostředí, ve kterém žijeme a náš vlastní život. Mezi faktory ovlivňující vzestup nemoci můžeme řadit například chronický stres, vyčerpání, trauma, špatná adaptace, rané ztráty, odejmutí tělového schématu, přerušení sociálních vazeb, transplantace a mnoho dalších faktorů. Lze říci, že velký vliv má psychologická zátěž, dále vývojové a biologické faktory **(16).**

Afektivní poruchy jsou uvedeny v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10)

v řazení F30-F39. Všechny nemoci uvedené v této kapitole spojuje již zmíněná patologická nálada a ultrarapidní cyklování manických a depresivních epizod, suicidální tendence a narušení spánkového rytmu **(1).** Délka trvání jednotlivých fází nemoci, a nemoci jako takové, je individuální. U afektivních poruch dochází až k dystymii (dlouhodobému poklesu nálady) a ke cyklotymii (krátkodobému poklesu nálady).

1.1 Členění dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10):

Pro lepší orientaci a také diagnostiku afektivních poruch, odborníci využívají jejich členění dle Mezinárodní klasifikace nemocí **(15).** Na tvorbě této klasifikace se podíleli odborníci na mezinárodní úrovni. Klasifikace je tak využívána i Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Jak jsem již uvedla výše, zaujímají toto zařazení:

F3O-F39

F30 Manická epizoda

F31 Bipolární afektivní porucha

F32 Depresivní epizoda

F33 Rekurentní depresivní epizoda

F34 Trvalé poruchy nálady

F38 Jiné poruchy nálady

F39 Nespecifikované poruchy nálady **(14).**

U klasifikace nemocí, se především hledí na polaritu, délku, intenzitu a příčinu. Příčiny mohou být primární (kde se jedná přímo o afektivní poruchu), sekundární (organická porucha CNS či abúzus látek, které nepříznivě ovlivňují psychiku člověka, jeho sociální chování, ovládací či rozpoznávací schopnosti) **(5).** Poruchy dále dělíme na bipolární typ (cyklování depresivních a manických epizod) a unipolární typ (kde bývá přítomna pouze jedna z fází, manická či depresivní) **(3).**

1.2 Léčba afektivních poruch

I přes značný pokrok v lékařské vědě, je léčba zatím symptomatická, odstraňuje symptomy nemoci. Léčba si klade za cíl zredukovat symptomy, usměrnit psychické projevy a umožnit tak plnohodnotný život.

Fišar rozděluje léčbu na 3 etapy, a to akutní, pokračovací a udržovací. Akutní léčba trvá v rozmezí několika týdnů a má za úkol utišit akutní příznaky. Pokračovací fáze zamezuje relapsu. V pokračovací fázi, jež trvá několik měsíců, se nemocnému nastavená léčba může několikrát změnit. Poslední profylaktická etapa má předejít recidivě **(16)**. Aby léčba byla komplexní, doporučuje se využití psychoterapie, která má podpůrnou a preventivní funkci. Nabízejí se i další možnosti léčby a to například fototerapie, spánková deprivace či elektrokonvulzivní terapie.

2. Bipolární afektivní porucha

Bipolární afektivní porucha je závažné, vleklé duševní onemocnění, které může přejít až do chronifikace (10-20% nemocných) **(1).** Onemocnění bývá rekurentní, to znamená, že postižený musí očekávat jeho návrat. Z tohoto onemocnění se často stává záležitost celé rodiny, nesužuje jen pacienta samotného.

Typickými příznaky jsou radikální změny nálad. Střídání nálad zapříčiňují biochemické reakce v organismu. U deprese to je úbytek noradrenalinu a serotoninu, u mánie tomu bývá naopak **(3).** Bipolární afektivní porucha má vliv jak na sociální postavení ve společnosti, tak na zdravotní stav. U značné části nemocných (až 34%) se projevují neuspokojující sociální vztahy s okolím a byl shledán úbytek kognitivních funkcí a to zejména pozornost, psychomotorické těžkosti, defekt paměti **(1).** Okolí často nechápe co se děje a reaguje negativně. Jeden den se jim zdá jejich blízký naprosto v pořádku a druhý den jakoby úplně otočil.

Ve starších publikacích je možné se setkat s označením cyklofrenie, maniomelancholie či maniodepresivní psychóza. Bipolární porucha byla také prezentována pod názvem maniodepresivní psychóza, ale tento termín není zcela

výstižný. Dle výzkumů nejde u bipolární poruchy o psychózu, ale o poruchu nálady. Z těchto výsledků se ustálil název bipolární afektivní porucha, který se doposud užívá.

Prevalence bipolární afektivní poruchy je zhruba 1-2% populace, byl zaznamenán mírný vzestup **(1).** Novější výzkumy uvádí až 5%. Onemocnění postihuje každého bez rozdílu pohlaví, sociálního statutu, rasy či věku. Látalová ve své knize připisuje začátek nemoci ke dvacátému roku věku. Nebývá to však pravidlem. První příznaky se mohou objevit již v dospívání, ale nástup bipolární poruchy se objevuje až v daleko pozdějším věku. Následuje většinou po silné psychické traumatizaci. Toto onemocnění se tudíž může projevit kdykoliv. Rozvoj nemoci v pozdějším věku může být zapříčiněn potlačením nemoci. Nikdo si nechce připustit, že by se právě u něj rozvinula duševní nemoc.

Během bipolární poruchy se střídají 4 fáze, jež se rozlišují dle intenzity a přispívají k diagnostice: depresivní, manická, smíšená nebo hypomanická **(1).**

U bipolární poruchy dochází k periodickým změnám nálady, také lze říci k ultrarapidnímu cyklování depresivní či manické epizody **(1).** Tyto dvě epizody dále doplňuje i již zmíněné tzv. smíšené období, kde se epizody polarizují. Nálada přechází do opačných protipólů několikrát během jednoho dne. Epizody se různě střídají, jejich pořadí není předem určeno. Proto s jistotou nemůžeme u pacienta trpícího bipolární poruchou předem předvídat, která z epizod se u něj právě projeví. Proto je to pro blízké okolí nepochopitelné. Jeden den se chová tak a druhý zase jinak. Epizody ovlivňuje psychické rozpoložení a okolí, které na nemocného působí. Mimo těchto tří epizod, dále pozorujeme období remise, tzv. bezpříznakové období, kdy pacient nevykazuje žádné známky onemocnění **(1)**. Jednotlivé epizody nejsou časově omezené, jsou variabilní, osobité a rekurentní. Můžeme mluvit o měsících, především u depresivní epizody, manické trvají povětšinou týdny, zřídka kdy se známky epizody odkryjí na několik hodin. S přesností proto délku epizod určit nelze, jedná se pouze o odhady. Každý z nemocných je osobitý a odpovídá tomu i průběh celé nemoci. Nenajdou se dva totožné typy lidí sužující se touto nemocí, u kterých by byla stejná délka a intenzita jednotlivých fází. Avšak u neléčených epizod se intenzita a délka může znásobit, nastane i rok trvající jedna epizoda. Nelze ani říci, kolikrát za průběh nemoci se jednotlivé epizody obmění. Mnoho autorů uvádí větší výskyt depresivních epizod u žen. Ženy krizové situace

vnímají daleko emotivněji než muži.

Období remise se stává též variabilní, trvá i měsíce. Setkáme se i s případy, kdy pacient nejeví známky nemoci několik let **(1).** O to je to nepochopitelnější pro jeho okolí, jež nemá žádné informace o nemoci. Nemá ani žádný důvod informace o nemoci shánět. Jeho blízký se mu zdá naprosto v pořádku. Studie uvádí, že období remise u 17% nemocných je až pět let. V tomto období se psychika dostává do stavu normalizace, nastává euthymie a nemocný je schopný realistického myšlení.

Hypomanická fáze se vyznačuje energičností, aktivností. Nemocný má nadnesenou náladu a panuje u něj dobré rozpoložení. Na rozdíl od manické epizody, kterou popíši dále, je hypomanická fáze povětšinou dobře snášena a paralelní ve vztahu k manické epizodě **(1).** Zaznamenáván bývá o něco lehčí průběh s mírnějšími dopady, než je tomu u manické epizody.

Odeznívání fází vede u pacientů ke zlepšení stávajícího stavu, stabilizaci emocí, ale odeznívání působí i negativně. A tak se nemocný jeví svému okolí jako zcela zdraví.

Porucha pozornosti byla nejvíce zaznamenána u pacientů v depresivní epizodě. Je to pochopitelné. V depresivní fázi nemocný podléhá pesimistickému myšlení a kolem sebe vidí jen negaci, nastává kritické sebehodnocení a následné sociální selhání. Mentální pochody bývají často zpomaleny **(1).** Kdežto v mánii bývá spíše družný.

Bipolární afektivní poruchu ovlivňuje mnoho aspektů. Jedná se například o mimořádně pozitivní události, čímž může být sňatek, zamilování, narození dítěte, finanční zisk, kariérní úspěchy. Těmi negativními jsou například finanční starosti, úraz, rozchod, úmrtí, rozvod, ztráta zaměstnání.

Typy BAP

U bipolární afektivní poruchy se rozlišují dva typy. Jedná se o bipolární poruchu I. a II. Bipolární porucha I. je typická pro depresi a přinejmenším jednou manickou epizodou. Kdežto druhý typ, považován za lehčí formu nemoci, se vyznačuje též depresivní epizodou a dále minimálně jednou hypomanickou. U tohoto typu chybí projevy typické pro manickou epizodu. Toto rozdělení se v nynější době používá z praktických důvodů, není v MKN-10 **(1).**

2.1 Příznaky BAP

Příznaky mohou narušit sociální vztahy a vazby s okolím vůbec, ohrožují i celou rodinu a znemožňují běžný plnohodnotný život. Mnohdy dochází k úplnému přerušení vztahů a komunikace jak s rodinou, tak i s okolím. Ze strany blízkých přátel může jít o stud, který pociťují za nemocného při jeho projevech a vystupování na veřejnosti. Nedovedou si jeho chování vysvětlit, zpočátku nevědí, že projevy chování ovládá bipolární porucha, přisuzují to jeho povahovým vlastnostem, tím dochází k narušení dokonce i přerušení vztahů. Okolí i rodina tak může ztratit zájem o nemocného. Ztráta zájmu nastává i díky neinformovanosti, nepřijetí nemoci okolím, zavržením či neochotou spolupráce při léčbě. Pacient tím přichází o oporu a mnohdy dochází k osamocení či izolaci.

Projevy jsou v jednotlivých fázích velmi odlišné, především u manické a depresivní epizody si všímáme opačných protipólů. Například žoviálnost versus nemluvnost, družnost versus izolace, vyčerpání versus energičnost.

2.2 Diagnostika

Bipolární porucha není patrná z krevního obrazu ani z vyšetření mozku. Není viditelná. Proto samotná diagnostika bohužel trvá delší dobu i několik let, během kterých pacient vystřídá několik lékařů, než se odkryje pravá tvář nemoci. Diagnostice předchází důkladné psychiatrické vyšetření doplněné o informace jak od pacienta, tak mohou významně přispět rodinní příslušníci i osoby, trávící s pacientem více času.

Lze říci, že u bipolární afektivní poruchy nejde jen o jednu poruchu nálady, ale o soubor několika nemocí na sebe navazujících, přičemž každá z nich má odlišné charakteristické faktory a žádá svou specifickou léčbu **(4).** Leckdy tímto dochází k nesprávnému a zdlouhavému určení nemoci. Například depresivní příznaky mohou být připisovány dystymii či periodické depresivní poruše **(1)**. Další přítěží pro správnou diagnostiku bývá ignorace či potlačení nemoci a pacientova samoléčba.

I pacientovo otálení a odkládání nemoc komplikuje. Když nemocný zpozoruje, že „není ve své kůži“, měl by navštívit odborníky. Dá se tak předejít plnému

rozvoji epizod a zabránění příznaků epizod. Také se tím zamezí dopady, které mohou epizody zapříčinit.

2.3 Etiopatogeneze

Povětšinou se nejedná jen o jednu příčinu, ale soubor několika faktorů umožňujících příchod nemoci, nelze tedy s přesností říci, co zapříčinilo bipolární afektivní poruchu. Příčiny mohou být bio-psycho-sociálního charakteru.

Z výzkumů je však patrné, že rodina a lidé v úzkém kontaktu se eminentně podílejí na rozvoji nemoci. Okolí, v němž člověk vyrůstá, se projevuje na formování jeho osobnosti. Tudíž i výchova v rodině je jednou ze složek participující na disharmonickém vývoji. Nemocného ohrožuje ,,vykolejení, odklon, ze své dráhy", jak v negativním slova smyslu, tak i v tom pozitivním. Riskantními se pro něj stávají stresové situace a vypětí, od lehčích forem až po ty závažné. Některá ze situací se nám může zdát zcela banální, ale pro člověka s bipolární afektivní poruchou se malé a časté změny v prostředí, ve kterém žije, stávají stresujícími, prohlubují a umocňují toto onemocnění **(11)**.

Za stresující situace můžeme považovat:

negativní: úmrtí, nezaměstnanost, rozpad vztahu, šikana, invalidita, spánková deprivace, nadměrné užívání psychoaktivních látek a alkoholu, ztráta sociálního statutu, hektický způsob života,

pozitivní: výhra většího finančního obnosu, dosažení životního, úspěchu, manželství, potomek.

Dalším významným faktorem, hrající roli v příčinném kontextu, jsou poporodní komplikace a prenatální vývoj dítěte, kde dochází k formování a rozvoji mozku, CNS.

Ze značné části je onemocnění dědičné. Potomek nemocného získá vrozené dispozice, které se spojením stresujících faktorů a prostředím, ovlivňují aktivitu nervových buněk, které se zodpovídají za projev emocí **(1)**. V prenatálním vývoji nelze zjistit, jak velké budou předpoklady pro bipolární poruchu. Exprese nemoci se tak dostaví při hraniční zátěži, tudíž po několika letech. Riziko dědičnosti u

jednoho rodiče trpícího poruchou činí 24%, u obou je však riziko vyšší a to 55-60% **(1).** Jsou doložené případy, kde se nemoc u potomka rodiče/ů s bipolární poruchou neobjevila. Domnívám se, že až tak velkou roli dědičnost nemá. Záleží na životním stylu jedince, prostředí v němž žije a psychické traumatizaci. Tyto faktory připraví nemoci snadnější nástup. Tudíž pro graviditu bipolární porucha není překážkou.

2.4 Léčba

Léčba bipolární afektivní poruchy musí být svěřena výhradně do rukou odborníků (psychiatr, terapeut). Tzv. samoléčba má negativní dopady na psychický i fyzický stav nemocného a končí i suicidálním jednáním. Převážně dochází k hospitalizaci nemocného, po níž následuje ambulantní léčba a prevence formou svépomocných skupin.

Cíle léčby:

- stabilizace
- zmírnění, utlumení příznaků
- zamezení recidivě, relapsu
- zabránit komplikací **(1).**

Pro tuto nemoc je důležitá i její preventivní léčba. Jak ukazují řady studií, je znám lepší účinek na stav nemocného při permanentním užívání medikamentů, než při opakovaném přerušení jejich podávání. Při akutních stavech a preventivní léčbě či udržení stabilizovaného stavu, bývá nejčastějším způsobem léčby farmakoterapie. Ta na rozdíl od psychoterapie mívá rychlejší nástup. Dle Látalové, lze farmakoterapii rozdělit podle způsobu využití:

1. **antidepresiva:** nedoporučuje se dlouhodobé podávání, především po zlepšení stavu depresivních epizod,
2. **hypnotika:** indikace při poruchách nespavosti k potřebě navození fyziologického spánku,
3. **antipsychotika:** povětšinou u manických epizod, slouží k útlumu, celkovému zklidnění,

4. **stabilizátory nálady:** redukce nálady, užívání bývá dlouhodobé, podpora prevence.

U medikace je nutno počítat s nežádoucími vedlejšími účinky léků. Můžeme očekávat ospalost, apatii, ztuhlost, napětí, poruchy menstruace. Některé z medikamentů výrazně podporují chuť k jídlu, tak se dá očekávat váhový příbytek. Vedlejší účinky často u nemocného zapříčiní experimentování s léčbou, její vysazení, zvýšení nebo naopak snížení předepsané dávky, což negativně ovlivňuje průběh léčby.

Farmakoterapii doplňuje psychoterapie, kde je hojně využívána kognitivně behaviorální terapie **(1)**. Dále využití psychoedukace, kde se nemocnému dostává informací o nemoci a pozitivně působí na vztahy mezi nemocným a jeho rodinou. Psychoedukace se snaží, aby nemocný pochopil podstatu nemoci. Na což volně navazuje rodinná terapie, v níž bývá přímo zapojená celá rodina, pokud jeví zájem a chce se podílet na léčbě. S psychoterapií se začíná tehdy, odezní-li akutní příznaky a pacient je stabilizován a schopný spolupráce **(2).**

Dalším způsobem léčby, ač ne tak hojně využívaným, je elektrokonvulzivní terapie **(2)**. Lidově řečeno „elektrošoky“. Indikována bývá při těžkých (akutních) stavech, ke kterým dochází jak i v depresivní, tak i v manické epizodě. Používá se za celkové anestezie. Avšak u této terapie je nutností souhlas a informovanost rodiny. Terapie bývá velmi účinná, ale s nežádoucími účinky, které nejsou dlouhodobého charakteru.

Nežádoucí účinky elektrokonvulzivní terapie:

- defekty paměti
- bolesti svalů, hlavy
- nevolnost, zvracení
- dezorientace
- agitovanost.

Nastane-li výrazné zhoršení stavu nemocného, kdy by mohl být nebezpečný jak sobě, tak svému okolí, je nutná hospitalizace. Jak jsem již zmínila, ta bývá na psychiatrickém oddělení či v psychiatrické léčebně.

2.4.1 Ambulantní léčba

Nemocný by měl navázat na kontinuální péči. Tu mu nabízejí různá komunitní centra, centra pro duševně nemocné, krizová centra a mnoho dalších.

Ambulantní léčba je zaměřena na zvyšování kvalit života, na adaptaci s nemocí ve společnosti, uplatnění a pracovní realizaci, rozvoj, soběstačnost a podporu. Tyto centra nabízejí sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatnění práv, zprostředkování kontaktu se společností. Uživatel těchto služeb má také možnost využití fakultativních služeb. Jedná se o poradenství a terénní práce, například doprovody k lékařům, na úřady.

Příklady nabízených služeb:

- relaxační cvičení, kulturní a společenské akce, psychoterapie, arteterapie, canisterapie, pobyty v přírodě, mozkový jogging, různé dílny (keramická, textilní), práce na PC, přednášky, besedy, nácvik přípravy jídel, výuka cizího jazyka.

V těchto centrech preferují individuální přístup k uživateli, kde se zajímají o klientův aktuální životní stav a situaci. Respektují práva a potřeby uživatele služeb rozhodovat o jeho osobě. Ke každému je přistupováno rovnocenně bez rozdílu. Vzdělaní odborníci se snaží zužitkovat celou podpůrnou sociální síť klienta. Zařízení jsou vázaná mlčenlivostí a služby jsou bez finanční úhrady.

2.4.2 Kognitivně-behaviorální terapie

Jednou z terapií, která se používá u bipolární poruchy, je kognitivně-behaviorální terapie.

Kognitivně-behaviorální terapie je vhodná pro nemocného, který stojí o spolupráci, aktivně se podílí na léčbě, chce s terapeutem a celým kolektivem skupiny společně zapracovat na změně situace, jež ho sužuje a zamezuje mu plnohodnotný život. Vymětal ve své publikaci zmiňuje důležitost vztahu mezi terapeutem a klientem. Na počátku samotné terapie, terapeut klienta seznámí se záměrem léčby a srozumitelně ho zasvětí do metod léčby **(10)**. Společně stanoví body (cíle) léčby, jejichž se budou snažit docílit **(10).** V behaviorální psychoterapii

se neklade důraz na minulost, prioritou je přítomnost a především budoucnost.

U mnoha lidí díky nemoci zcela chybí základní sociální dovednosti. Kvůli anticipačním úzkostem, třesu, návalům, se vyhýbali kontaktu s lidmi, a tím u nich došlo ke ztrátě dovedností, které se běžně používají v interpersonálních situacích **(9)**. Raději tráví volný čas samostatně, aby odvrátili již zmíněné projevy.

V terapii se realizuje jednoduchá demonstrace příkladů, do nichž se člověk během dne dostává. Začíná se od těch nejjednodušších a postupně se jejich náročnost zvyšuje.

Příklady demonstrací:

- oslovení jiné, cizí osoby
- udržení očního kontaktu
- veřejné vystupování
- rozhovor (jeho začátek, vedení, uzavření, vstup do něj)
- požádání (o pomoc, o lístek, o laskavost)
- vyjádření ne/libých pocitů

Do nácviku těchto situací (scének), se zapojuje celá terapeutická skupina. Od klienta se očekává kladná spolupráce. Terapeut dále pracuje na tom, aby u klienta nedocházelo k chybám v myšlení **(10).** Logické chyby v myšlení zapříčiňuje špatné si vyložení situace, na povrch se derou negativní myšlenky a následují projevy sociální fobie (nízké sebehodnocení, úzkost, strach,…).

Stádia léčebného procesu KBT

Beitman vyzdvihl čtyři základní stádia, které se užívají v průběhu kognitivně-behaviorální terapie:

1. zaangažování do terapie
2. analýza vzorců
3. změna
4. ukončení terapie **(14).**

Zapojení a motivace jsou prvotními znaky prvního stádia terapie. Dalším krokem v terapii je navázání vztahu mezi klientem a terapeutem, kde by terapeut měl být nekritický, kongruentní v chování, empatický a především naslouchat klientovi, dát mu dostatek času k vyjádření jeho myšlenek. Terapeut a klient mohou společnými silami vypracovat úmluvu, ať už písemnou či ústní, určí si cíle a terapeut dále edukuje o léčbě **(14).**

U analýzy vzorců se terapeut soustředí na pojmenování problému a následnému přizpůsobení se terapii, ve které se ke zjištění problémů využívají běžné metody (hraní rolí, rozhovor, experimenty) **(14).**

Délka kognitivně-behaviorální terapie je individuální. Může se jednat o několik týdnů, ale i měsíců. Terapie není časově omezená. Terapeut zhodnotí klientovu situaci, zda si nový vzorec pro život dostatečně osvojil a zda je schopen se jím řídit v životě naplno. Na ukončení terapie se společně dohodnou.

2.5 Invalidita

Průzkumy uvádějí, že každý pátý žadatel o invalidní důchod trpí duševním onemocněním. Do výzkumu byly zahrnuty afektivní poruchy, schizofrenie, poruchy psychického vývoje a emocí, mentální retardace **(18)**. Česká správa sociálního zabezpečení uvádí až 21 procentní zastoupení duševních poruch ve všech vyplacených invalidních důchodech. Duševní poruchy jsou jednou z nejrychleji rostoucích příčin pro přidělení invalidního důchodu.

Ministerstvo práce a sociálních věcí člení invalidní důchod následovně. Jestli-že klesne práceschopnost o 35 procent z důvodu nepříznivého zdravotního stavu, jde o invaliditu prvního stupně. U druhého stupně je snížená pracovní schopnost o 50 procent a u třetího stupně o 70 procent.

Podání žádosti předchází odborné lékařské vyšetření. Posudkoví lékaři vychází z doložené zprávy. K přidělení invalidního důchodu je také nutné mít splněnou potřebnou dobu pojištění. Po dobu mé praxe mezi duševně nemocnými jsem zjistila, že velkou roli při přiznání invalidního důchodu hraje počet hospitalizací nemocného. Podle mého úsudku má nemocný, který nebyl hospitalizován malou

šanci na přiznání invalidního důchodu. U bipolární poruchy se většinou jedná o třetí stupeň invalidity.

3. Manická epizoda

Manická epizoda bývá na rozdíl od depresivní epizody kratší, povětšinou se projevuje po nějaké psychosociální, traumatizující zátěži. U stavu mánie můžeme zpozorovat hlasitou, překotnou mluvu, logorheu, bizardní projevy v chování **(1)**. Postižený mívá neúměrnou náladu dané situaci, která se může proměnit až v agresi, frustraci při negativních ohlasech. Negativní ohlasy nastávají při nabídnutí léčby. Člověk se v nemocném často nevyzná, jedna myšlenka střídá druhou. Často chce sdělit vše najednou, a tudíž přeskakuje z jednoho tématu na druhé, je to jakýsi myšlenkový proud. Jeho výklad je tak pro nás nejasný, nesrozumitelný, nepochopitelný, bez konce a často se nemocný vůbec nedostane ke sdělení podstatných informací a mnohdy vůbec dotyčný neví, co chtěl sdělit. V manické epizodě se chová nepředvídatelně. Svým jednáním napáchá „společenské škody“, které se mu tak ale nejeví a považuje své jednání za úspěšné. Vystupování bývá sebevědomé, vyhledává společnost, nerad tráví svůj čas někde osamocen, chce se podělit s ostatními o své nápady **(1)**. Zpozorujeme také nepokoj, neklid, roztržitost, bouřlivost, riskantní a nezodpovědné chování, vzrušení, stoupá jeho sexuální aktivita, je popudlivý. Všimnout si můžeme různého chichotání. Projevuje se hyperaktivita, chvilku nevydrží posedět (neustálý pohyb, klepání nohou) **(1).** Tvrdí, že konečně našel/poznal sám sebe, jaký doopravdy je. Srší energií, vymýšlí jednu aktivitu za druhou, některé se nám mohou jevit jako riskantní. Navzdory tomu jeho spotřeba spánku rapidně klesá. Naopak stoupá spotřeba cigaret, konzumace alkoholu, plánování, realizace nahodilých nápadů. Ztrácí veškeré zábrany, cítí se neomezený, nezastavitelný a může dojít k experimentování s psychoaktivními látkami nebo k jejich užívání. Bývá indiferentní vůči lidem, kteří nabízejí pomoc.

Mánii také můžou doprovázet různé psychotické příznaky. Přítomnost bludů či

halucinace, které jsou souhlasné i nesouhlasné s jeho stávající náladou **(1).**

Vzhled nemocného:

- netypický
- výrazné až přehnané líčení
- oblečení spíše výrazné barvy
- optimistický (neustálý úsměv na rtech)

3.1 Psychosociální dopady mánie

Jak jsem již zmiňovala, ve stavu mánie mívá nemocný mnoho nápadů a usiluje o jejich realizaci a uchyluje se k nesmyslnému podnikání. I když se mu ostatní snaží jeho podnikání rozmluvit, není to platné. V tu chvíli je jeho vidina zisku silnější. Toto bývá jedním z důvodů konfliktu, ke kterým dochází mezi nemocným a jeho okolím. Podnikání a realizace potupných nápadů nedopadá dobře, častokrát vede k zadlužení. Následuje rozprodávání majetku, cenností, půjčování si od všech možných dostupných zdrojů. Mnohdy jsou půjčky pochybné s nebývale vysokým úrokem. Ocitnutí se v takto závažné finanční situace může vést i ke gamblerství, abúzu alkoholu či psychoaktivních látek, suicidalitě, krádežím či podvodům.

Aniž by si to uvědomil, dostává se do rozporu se zákonem. I přesto, že je bipolární afektivní porucha klasifikovanou nemocí dle Mezinárodní klasifikace nemocí, náš právní řád k tomuto nepřihlíží a nemocnému uděluje stejný trest jako každému jinému. Šance na zohlednění bývá u zbavení svéprávnosti, i poté je však malá pravděpodobnost úspěchu. Záleží na posudku od lékaře, ale ani tím nebývá vyhráno. Většina smluv je velmi dobře právně ošetřena. U nebankovních půjček smlouvu doplňuje notářské ověření. Pro zmatení žadatele o půjčku smlouvy píší zdlouhavé až na několik desítek stránek. Nemocný v manické fázi, kdy je roztržitý a nesoustředěný, smlouvu ani nečte, neudrží pozornost. Usiluje o neomezenost, které do jisté míry díky financím dosáhne. Nemocný velmi často utrácí velké finanční částky, bojuje o přízeň od okolí, a tak se uchyluje k jejich hoštění, nakupování dárků. Okolí většinou bývá v tomto směru velmi tolerantní a nechává

se nadále hostit. K tomuto jednání se povětšinou uchyluje, když je na pokraji krize.

Rodina často nerozumí a neví, proč se takto chová. Dochází tak k odmítnutí až zavrhnutí, rozvodům, rozchodům, hádkám. Někteří jsou naopak empatičtí, mají zájem mu pomoci a aktivně se podílejí na léčení. Reakce členů rodiny a okolí jsou rozmanité. Především je důležitá informovanost, spolupráce a zapojení rodiny do léčebného procesu **(7).**

3.2 Příklad z praxe

Výpověď člena rodiny, kde byla diagnostikována BAP (manická epizoda). Doslovný přepis bez vatových frází (př.:ehm, hm, noo).

„Mamka za sebou měla nevydařené období. Byla smutná, jedinkrát se neusmála, byla na nemocénské a vyhýbala se společnosti co to šlo. A tak, když se začala znovu pohybovat mezi lidmi, měla jsem z toho dost. Po chvilce jsem si všimla, že začala nakupovat úplně nepotřebné věci, pro ni zbytečné a navíc to byly hrozné kýče, což u ní nebývalo zvykem. Byt měla nový, moderně zařízený a všude dávala ty křičící věci. Bylo to dost neobvyklé. Tvrdila, že jí to dělá radost, tak jsem tomu nějak zvlášť nevěnovala pozornost. Ani ve snu by mě nenapadla, že už tehdy se u mamky začala projevovat bipolární afektivní porucha. Po chvilce byl ale byt plný zbytečných věcí, to už mi přišlo podivné. Mamka nikdy takhle zbytečně nerozhazovala, spíše šetřila. Omlouvala to tím, že si dlouhou dobu nic nekoupila a co s penězi na účtu. To zlomové období přišlo až po měsíci, kdy jela za svou maminkou, ta ale z důvodu nemoci svého manžela nebyla v dobrém psychickém rozpoložení. Babička zjistila, že mamka nadměrně užívá léky. Došlo ke konfliktu. Mamce přestalo jet auto, tak neváhala a místo zajištění opravy, jela domu taxíkem (120 km). Druhý den šla a koupila si jiné auto. U mamky v bytě jsem našla spoustu prázdných platíček od léků na spaní, když jsem na ni uhodili, přestala s námi úplně komunikovat. V hlavě se jí rodil plán na úžasné podnikání a nikoho z nás nepotřebovala ani nechtěla vidět. Brala si jednu půjčku za druhou, o kterých jsme nikdo nevěděli. Když jí už nikdo neposkytl půjčku, začala prodávat své věci, např.: foťák, DVD přehrávač, lyže…V jednu chvíli měla zase peněz plno. Nakonec jsme zjistili, že si půjčila 250.000kč a ručila bytem, ale podepsala, že vrátí do 3 měsíců

1.000.000. Což bylo nereálné. Firma využila situace a mamka najednou přišla úplně o vše. Právně tato poslední půjčka byla nenapadnutelná. Člověk, který by normálně uvažoval, tak by tohle v životě nepodepsal. Nyní je maminka po dlouhodobé hospitalizace v psychiatrické léčebně a ambulantně navštěvuje psychiatra. Pobírá plný invalidní důchod, na který má ale z části uvalenou exekuci a splácí své dluhy a ještě dlouho bude. Do teď nevím, za co vlastně mamka dohromady utratila 500.000Kč. Když se ohlédnu zpětně, tak známky BAP byly u mamky daleko dříve, než jsme si toho všimli a vůbec všechno se odehrálo v hrozně krátkou dobu.“

4. Depresivní epizoda

Mnoho autorů uvádí, že startérem bývá, též jako u mánie, psychosociální zátěž. Precipitorem této epizody se může stát nečekaná životní situace, která člověku bez varování vstoupí do života. Pod nečekanými životními událostmi si můžeme představit např.: ztráta blízké osoby, ztráta majetku, tíživá finanční situace, nezaměstnanost, invalidita, špatné vztahy s okolím, rozvod. Především záleží na povahových vlastnostech jedince, která ze situací či životních zkoušek je pro něj neúnosná a podléhá krizi, z níž nenachází východisko.

Projevy bývají opačné, než u mánie. Studie uvádí, že depresivní epizoda bývá znatelnější než manická. Projevuje se pasivita, pesimismus, anhédonie, agitovanost, úzkostlivost **(1).** Většinu svého času tráví o samotě, vyhýbají se komunikaci a kontaktu s lidmi vůbec. Mají sníženou schopnost pro rozhodování, na otázky povětšinou odpovídá slovy typu:„Nevím. Je mi to jedno“. Řeč bývá pomalá, tichá s dlouhými prodlevami mezi odpověďmi. Postižený jedná v banálních situacích přehnaně netypicky, aniž by on sám věděl proč. U nemocného nastávají pochybnosti vůči vztahu k okolí **(1).** Podléhá vlastnímu kritickému sebehodnocení, nastává beznaděj, výčitky, pociťuje ponížení. Toto všechno může vystupňovat až k suicidálním myšlenkám, bludům, obviňování, paranoidnímu myšlení. Suicidální tendence kulminují, když se nám zdá nemocný už bez příznaků. Může tak být nebezpečný jak sám sobě, tak i svému okolí. Dominuje hypobulie. Nastává bezdůvodný pláč, za který pociťuje stud. Nedokáže popsat svůj stav, ráno

nemocnému bývá hůře, kdyžto večer o něco lépe. Špatně přijímá negativní informace. Poruchy spánkového rytmy. Chuť k jídlu bývá spíše snížená. Nemocný je bez energie a mohou nastat i poruchy paměti. Může nastat psychomotorická retardace.

Vzhled nemocného:

- netypický
- vypadá neupraveně, nedbale
- bez líčení
- oblečení spíše tmavé barvy (šedá, černá)
- smutný výraz v obličeji

Každý člověk je jedinečný, a tak na situace, události, které se mu staví do cesty reaguje jinak. Špaténková ve své knize uvádí fáze přizpůsobení se nastalé události:

- šok
- popření (nepřiznání, nesmíření)
- hněv (hledání odpovědné osoby, obviňování)
- akceptace (vyrovnání se, nové vyhlídky, budoucnost)

Deprese se odvíjí ze vztahů mezi lidmi **(7)**. Příčiny deprese můžeme hledat už v raném věku. V jakkoli nefunkční rodině, kde se dítě upíná na rodiče, vede proti nim jakýsi boj, jsou na dítě kladeny velké nároky. Toto může zapříčinit, že si dítě nedokáže osvojit přirozené emoční reakce na dané situace **(7)**. I brzká ztráta ovlivní pozdější vývoj deprese. Proto se původ deprese hledá v daleké minulosti, protože i toto může být příčinou začátku bipolární afektivní poruchy. Všechny tyto faktory spolu korelují.

Samotné okolí průběh depresivní fáze nějak neusnadňuje. Na nemocného vyvíjí nátlak. Požadují, aby se co nejdříve vzchopil, utěšují ho, nabízejí různé aktivity, monitorují, povzbuzují, litují **(6)**. Nemocný se jim snaží zavděčit a mnohdy tím nátlakem upadá do ještě hlubších depresí. Deprese není jako bolest hlavy, která sama odezní, když není léčena, přechází snadno do chronifikace.

4.1 Psychosociální dopady deprese

Dá se říci, že lidé kvůli depresi a jejím projevům, přichází o plnohodnotný život. Můžou za to projevy deprese, které vedou k vyhýbavému chování, ztrátě motivace a vůbec nechuť k jakýmkoli aktivitám. Nemocný tak raději zůstává doma, kde se cítí bezpečněji. Ač se to zdá nemožné, není schopen běžných a potřebných úkonů (například běžný nákup). Ale i pro něj potřebnější věci jako různé pochůzky, docházka do práce. Zaměstnavatel ani úředníci neuznávají omluvu typu: „Nebyla jsem schopna/ý přijít, protože trpím depresemi.“ Ač nemocný bez léčby tyto stavy těžko ovlivní, i přesto nese následky: ztráta příjmu, ztráta zaměstnání, izolace, sociální důsledky a celkové zhoršení stavu z výčitek následků.

4.2 Příklad z praxe

Výpověď člena rodiny, kde byla diagnostikována BAP (depresivní epizoda). Doslovný přepis bez vatových frází (př.:ehm, hm, noo).

„Co já si pamatuji, tak maminka trpěla depresemi 13 let před tím, než jí byla diagnostikovaná bipolární afektivní porucha. Nevím, jestli to byl úplný počátek nebo jsem to tehdy poprvé zaznamenala já. Deprese začaly, když starší sestra měla problémy na SŠ škole (záškoláctví, propadala z předmětů, falšovala vysvědčení). Sestře bylo v tu chvíli 18 let a po hádce s otcem, se sbalila a odešla z domova a začala žít svůj vlastní život. Po jejím odchodu následovalo obviňování mezi rodiči, kdo za to všechno může, za její odchod a vůbec neúspěch. Pamatuji si, že se mamka za sestru i styděla, nechtěla o tom s nikým mluvit. Poprvé jsem viděla, jak vypadá deprese. Mamka vyhledala odbornou pomoc, docházela ambulantně k psychiatrovi. Ten se ale po čase přestěhoval do areálu nemocnice, kde mamka pracovala, a tak než aby ji nikdo viděl, že chodí k psychiatrovi, přestala ho navštěvovat. Styděla se, i za to, že na svoje problémy nestačí sama. Po čase se vše tak nějak samo uklidnilo, mamka na tom byla lépe, ale trápilo ji, že se sestrou nejsou v kontaktu. Po pár letech se rodiče rozvedli, mamka se odstěhovala a našla si byt. Zařídila si byt a našla si přítele. Zdálo se být vše v pořádku. Všimla jsem si, že pořád užívá nějaké léky, ale tvrdila, že jsou na žaludek. Po pár letech se rozešla s přítelem. Začala se hodně vyhýbat lidem, nechodila vůbec do větších marketů, tvrdila, že jich v práci

potkává dost. Pracovala jako zdravotní sestra. V práci byla pořád pod neustálým tlakem. Jeden z doktorů byl na sestry hrubý, ponižoval je před pacienty a tak všichni chodili do práce se strachem. Po rozchodu s přítelem mamka ztratila veškeré iluze, nic ji nebavilo, vůbec nikam nechodila jen do práce a zpátky. Deprese se prohlubovaly. Léky užívala pořád, tvrdila, že začala chodit k psychiatrovi. V šatní skříni jsem našla igelitovou tašku do půlky plnou prázdných platíček od léku na spaní a na uklidnění. Prázdné obaly byly snad všude. V práci měla úraz, tak byla doma. Viděla jsem, jak se hrozně její psychický stav zhoršil. Doma byl nepořádek, který mamka nesnášela. Po měsíci jsem zjistila, že mamka dala v práci výpověď, nevěděla jsem ani proč. Šla na první schůzku na úřad práce, ale na další už nechodila, tudíž ji vyškrtli. To jsem se dozvěděla také až po delší době. V práci dostala výpověď, kvůli tomu, že se ztrácely léky na uklidnění. Mamka se pak přiznala, že k žádnému psychiatrovi nedochází. Takže bylo jasné odkud ty prášky má. Viděla jsem, že si vzala i 5 brufenů najednou, byla závislá. Na úřad práce ji zpátky nezapsali a tvrdili, že nemá nárok na žádnou dávku. Mamce nebyla práce schopná a peníze docházely. Musela jsem všechno oběhávat za ní, protože mamka prostě nemohla. Byla umístěna na psychiatrii a pak následovala psychiatrická léčebna, kde jsem se dozvěděla, že chtěla spáchat několikrát sebevraždu. Boj s úřady trval pořád, mamka byla na psychiatrii a nemohla si nic vyřídit sama a já se setkala s neochotou a nepochopení ze strany úředníků. Bylo to pro mě jedno z nejtěžších období, byla jsem na všechno sama. Rodina ze strany mamky ji plně zavrhla a odsoudila, že je prý feťačka. Těžký pro mě byl mamky návrat z léčebny, kde byla půl roku. Hledání bytu a vše kolem toho, do toho škola. Už uplynul rok a přijde mi, že se s bipolární afektivní poruchou pořád učím žít, i když jí netrpím já. Rodina tuto nemoc pořád nepochopila a ani se nesnaží navázat s mamkou kontakt. Podle babičky je to celé výmysl, že se mamka za nemoc schovává, že je to feťačka. Mamka dochází ambulantně k psychiatrovi, ale její sociální fóbie ji pronásleduje pořád“.

5. Bipolární afektivní poruch a její dopady

Jak jsem již zmiňovala, bipolární afektivní porucha je onemocnění heterogenní, a tudíž léčba bývá náročná. Nejen pro nemocného, ale i pro celou jeho rodinu a blízké osoby, které mají zájem se na léčbě podílet. Není výjimkou ztráta majetku celé rodiny. V lepším případě dochází k vyčerpání financí z bankovního účtu.

Jakékoli duševní onemocnění má mnohé nevýhody. Na rozdíl od fyzického onemocnění není tak snadno viditelné, není předvídatelná a je mnohdy stigmatizováno. Rodina na nemoc reaguje různými způsoby. Může to být popřením, kdy neporozumí celkové situaci. Rodina je zahlcena informacemi a nemocí vůbec. Nemoc v nich evokuje spousty emocí. Například zlost, vztek, agrese, popření, smutek, obviňování, hněv, izolace, zármutek.

Jak jsem již zmínila, bipolární porucha je nemocí dlouhotrvající. Tudíž se nejedná pouze o psychickou zátěž, ale i sociální a finanční, kde se jedná například o úhrady za léčbu.

5.1 Rodina a partnerské vztahy

Velkým přínosem pro nemocného je podpora, která se mu dostává od rodiny. Pocit, že na tu nevyzpytatelnou nemoc není zcela sám a má někoho, o koho se může opřít. I přes jeho chování, kterým se během projevů nemoci prezentoval a přes škody, které za nemoci napáchal (př. finanční ztráty), na něj rodina nezanevřela.

Zprvu mohou blízcí vykazovat známky odmítnutí a nepochopení. Ale i rodina potřebuje čas, aby se s poruchou vyrovnala a pochopila její podstatu **(7).**

Nemocí se komplikuje žití po boku nemocného. To má za důsledek rozvraty rodin, rozchody, rozvody. A to mnohdy dříve, než je nemocnému diagnostikována bipolární afektivní porucha. Nechápou, jak se nemocný mohl tak nejednou změnit a jeho chování je úplně jiné než před lety. Přitom příznaky bipolární poruchy mohly být patrné již dříve, ale příznaky mohly odeznít a po letech se vrátily v mnohem silnější podobě **(7)**. Průzkumy uvádějí, že jen čtvrtina nemocných má to štěstí a žije s partnerem a necelou polovinu nemocných potkal rozvod/rozchod. Člověk nesmí ztrácet naději a snažit se o pochopení. Začátky bývají nesnadné. Rodina si však

musí dávat pozor i na přehnanou péči a zachovat si reálný náhled na situaci. Rodina si zprvu zvyká při zhoršení stavu na chování nemocného, ale postupem času si projevy poruchy osvojí a i přístup k nim **(7).** Chovají se tak zcela přirozeně.

Při podílení se na léčbě, by člověk neměl zapomínat především sám na sebe. Musí se starat o svou psychohygienu a neupouštět od svých zájmů a aktivit, které do doby před nemocí člena rodiny či blízkého, provozoval. Mohlo by se to podepsat i na jeho psychice.

5.2 Očekávání od rodiny a blízkých

Nejen nemocný sám, ale i přístup rodiny a blízkých ovlivňuje průběh léčby. Ať už negativně či pozitivně. Špatný vliv na léčbu má odmítnutí, zavržení a nezájem o nemocného. Ten pak propadá daleko větším úzkostem a je paralyzován.

Očekávání:

- empatie
- nehodnotící přístup
- pochopení
- trpělivost
- tolerance
- povzbuzení
- účast na léčbě
- komunikace s nemocným
- dohled
- do jisté míry péče

5.3 Práceschopnost

Stává se, že postižený přichází o zaměstnání z důvodu dlouhodobého odchodu na „nemocenskou“, nebo už není schopen se do stávající práce vrátit. Bipolární porucha snižuje práceschopnost. Kvůli náročnosti léčby a stavu nemocného povětšinou nemocný přechází do invalidity, jejíž stupeň se určuje podle závažnosti

nemoci. Je nucen si zažádat o invalidní důchod.

Statistiky uvádí, že u pouhých 40-ti procent nemocných bipolární afektivní poruchou, dochází k návratu do zaměstnání. Někteří jsou schopni zaměstnání se zkráceným pracovním úvazkem.

Do zaměstnání můžeme dále přiřadit i studie. Látalová zmiňuje nástup poruchy kolem dvacátého roku věku. Tudíž porucha zasahuje do vzdělání nemocného a jeho studie komplikuje. Při manických epizodách mohou být jeho výstupy zmatené, bez konce. Při myšlenkovém proudu dojde k odchýlení od tématu a při zásahu může začít jednat slovní agresí. Nemocný sám je roztržitý, nesoustředěný, netrpělivý.

U depresivních epizod, to zavání nezájmem, lhostejností. Nemocný nemusí chtít navázat komunikovat. Zjevné mohou být i jeho časté absence.

Důsledky mohou narušit vztah jak mezi nemocným a kantory, tak i mezi studenty. Existuje i možnost, že dojde nejen ke slovním potyčkám mezi studenty. Podle mého úsudku k tomuto dochází zejména při manické, hypomanické či smíšené epizodě. V depresivní fázi bývají spíše zdrženlivý a do ničeho se nevrhají po hlavě. V nejkrajnějších případech může nastat i vyloučení nemocného ze studií, kde chování kantoři připisují drzosti či záškoláctví.

6. Komorbidita BAP

Komorbidita u bipolární poruchy není opomíjené téma a není považována za výjimku. O komorbiditě v psychiatrické medicíně mluvíme tehdy, vyskytuje-li se u člověka více psychotických onemocnění naráz **(1).** Vyskytuje-li se u člověka více nemocí naráz, dá se říci, že jedna druhé ,,zaclání“ v jejím odkrytí. Komorbidita má tudíž vliv na celkový průběh nemoci, čímž negativně ovlivňuje diagnostiku a zabraňuje vhodnému a včasnému nastavení léčebného procesu.

Látalová uvádí až 60% pacientů, kteří se potýkají s více než jedním onemocněním mimo bipolární poruchy, jsou jimi například posttraumatické stresové poruchy, hraniční poruchy osobnosti, nadměrné užívání alkoholu a psychoaktivních látek včetně léků, neurotické poruchy. Dále je to výskyt i fyzických nemocí, například problémy s nadváhou, poruchy příjmu potravy

(anorexie, bulimie), výskyt diabetu mellitu, spánkové poruchy, srdeční nemoci **(1).**

Bipolární poruchu často doplňují neurotické poruchy. Pro tyto poruchy jsou typickými znaky úzkost, neodpovídající reakce na stres, poruchy spánku, strach z objektů, strach ze situací, somatické příznaky (př.: bolest hlavy) **(17).** Mezi neurotické poruchy jsou řazeny například úzkostné poruchy, obsedantně-kompulzivní poruchy, reakce na stres. Za zmínku stojí sociální fobie, jež jako doprovodné onemocnění, postihuje až 40% nemocných **(1).**

6.1 Sociální fobie

Každý z nás má jistě někdy problém s některými úkony na veřejnosti. Rozdíl je v projevech. Zdravý člověk se lehce zpotí, znervózní před svým výstupem, kdyžto nemocný sociální fobií pociťuje úzkost, nauzeu, nadměrné pocení, třes **(9).** Mnohdy ani nedojde k jeho výstupu, protože není schopný ze sebe vydat ani hlásku. Vznik této fobie bývá nejčastěji v období mezi 14 – 20 rokem **(9).** Většinou fobie propukne po psychosociální zátěži, nějaké negativní zkušenosti ve vztahu k veřejnosti. Zvláštností je, že častěji tímto onemocněním bývají zasaženy ženy **(12).**

Toto neurotické onemocnění, podle nejnovějších studií má až 15-ti procentní zastoupení v populaci. Sociální fobie omezuje člověka v mnoha směrech, jak v plnohodnotném životě, tak postupu v kariéře, studiu, navázaní partnerského vztahu. Přichází o běžné radosti života, ne však vlastní vinou.

Je to silná a intenzivní obava z hodnocení, posuzování druhými lidmi, ale i strach z veřejného vystupování, psaní na veřejnosti, telefonování. Nemocný trpí utkvělou představou o kritice od okolí. Domnívá se, že středem pozornosti je jen on, všechna pozornost se upíná jen na něj. Pociťuje ve společnosti jiných lidí napětí, chce být ostatními viděn v tom nejlepším obraze, ale bojí se opaku, následuje izolace, vyhýbání se styku s veřejností či běžným situacím **(2).**

Fobie se vyznačuje anticipační úzkostí **(16).** Aby nemocní nepodporovali úzkost a nelibé pocity, straní se společnosti a mnohdy hledají útěchu v alkoholu nebo v psychoaktivních látkách. Domnívají se, že jim například požití alkoholu dodá odvahu, odhodlání při komunikaci s okolím.

Preferují pobyt doma, mohou nastat potíže v zaměstnání, nezvou si návštěvy, sami se návštěv neúčastní, problémy s nakupováním (dávají přednost malým obchodům před supermarkety).

U sociální fobie se též objevují suicidální myšlenky, proto je nezbytná léčba.

6.1.1 Příznaky

Fyzické: nauzea, návaly horka, nadměrné pocení, tlukot srdce, sucho v ústech, třes, zrychlené dýchání, ztuhlost/ochabnutí svalstva, zrudnutí, zvracení, potřeba nebo strach z močení, potíže s dechem,

Emoce: beznaděj, bezmoc, obavy, úzkost, nelibost, výčitky, hněv, panika, mrzutost, lítost

Myšlenky: Smějí se mi! Všichni se dívají! Co budu dělat, když….! Rychle odtud! Nesnáší mě! Zkazím to! Raději budu mlčet!

6.1.2 Léčba

Léčba sociální fobie má několik variant. Léčit lze pomocí farmakoterapie nebo psychoterapie **(9)**. Oba dva způsoby léčby se kombinují a navzájem prolínají. U každého jedince bývá zvolen individuální léčebný postup. Studie ukazují, že léčba formou psychoterapie bývá efektivnější a trvalejší. Nemocného lépe připraví na situace jemu nepříjemné. Nevýhodou psychoterapie je její časová náročnost. U léčby bývá stěžejní diferenciální diagnóza, předchází záměně příznaků za jiné onemocnění **(10).** Léčba pomocí farmakoterapie má rychlejší nástup, avšak se nedoporučuje její dlouhodobé trvaní z důvodů možnosti závislosti na medikaci. Léčba, stejně tak jako u bipolární poruchy, je nemocnému tzv. „šita na míru“. Každý potřebuje individuální léčbu, která bude adekvátní pro jeho stávající stav.

6.1.3 Příklad z praxe

Výpověď člena rodiny, kde byla diagnostikována BAP s doprovodnou nemocí (sociální fobie). Doslovný přepis bez vatových frází (př.:ehm, hm, noo).

„Moje teta žila běžný společenský život. Bydlíme poblíž, takže jsme za ní jezdili na návštěvy poměrně často asi dvakrát do měsíce. Teta pracovala v reklamní agentuře, kde byla pořád ve styku s lidmi. Každý den za ní docházeli spousty lidí a navíc měla na starosti ještě 15 zaměstnanců. Pracovala 5 dní v týdnu, denně 8 hodin. Práci si ale neustále brala domu, kvůli nárůstu zakázek. Neměla tak čas na nic jiného než na práci. Úplně vypustila ze svýho života koníčky a aktivity, který dělala. Přišlo mi, že po odchodu jejich dvou dětí z domu, se ještě víc ponořila do práce. Trvalo to několik let. Po jedné návštěvě, když jsem jí viděla, mi bylo jasné, že něco není v pořádku. Vzala si dovolenou, jen ležela doma a nic nedělala a nikomu neotvírala. Přestala o sebe úplně dbát. Byl to celkem nezvyk, když pořád chodila nalíčená, hezky oblékaná, upravená. Najednou to byl úplný opak. Po tří týdenní dovolený si vzala další. Z práce ji volali, navštěvovali doma, ale ona nebrala telefony ani neotvírala dveře. Když jsme za ní přijeli, tak nám nikdo neotevřel, tak jsme mysleli, že není doma. Takhle se nám to stalo ještě několikrát. Až se s námi spojila její blízká kamarádka. Po snad hodinovém zvonění otevřela. Všude byl nepořádek, lednice úplně prázdná, teta taky vypadala hrozně. Po rozhovoru s ní, jsme se všichni společně domluvili, že ji odvezeme na psychiatrii. Přiznala se, že vůbec nemůže vidět lidi a už vůbec ne s nimi mluvit, že to prostě nejde. Velké markety vyměnila za malý, ale ani tam už nemohla chodit. Říkala, že je ji z toho všeho na zvracení. Po pobytu na psychiatrii jí určili bipolární poruchu zároveň se sociální fobií. Po psychiatrii následovala ještě léčebna, kde byla skoro půl roku. Do práce se už naplno nevrátila, pobírá invalidní důchod a částečně vypomáhá v práci, kde dříve pracovala“.

6.1.4 Dopady sociální fobie

Dopady u sociální fobie bývají v celku totožné jako u bipolární poruchy. Neléčení fobie ji ještě více prohlubuje a nemoc tak nadále získává na síle. Nemocný se izoluje a přichází, jak jsem již zmínila, o plnohodnotný život.

Značně ovlivněná bývá ta práce, která vyžaduje neustálý kontakt s lidmi. Nemocný se cítí nesvůj i při pouhém pohybu mezi pracovníky nemusí ani docházet ke komunikaci. Leckomu se to může zdát úsměvné. Ale člověk zasažený touto fobií se například nepůjde ani najíst mezi své kolegy, léč má hlad a raději bude celý den bez občerstvení. Co se týká studií, tak většinou nemají navazující pokračování. I když nemocný překypuje inteligencí, nemoc mu znemožňuje pokračovat dále ve studiu.

Na rodině začíná být postižený závislý. Rodina je pro něho jediná společnost, ve které se cítí dobře. Ve společnosti rodiny povětšinou nepociťuje projevy nemoci, jelikož je na ni zvyklý. Nemocný by vzhledem ke svému věku mohl začít žít svůj vlastní život, ale nechce se stát zcela osamělým.

Snadno vznikají i závislosti jak na alkoholu, tak na psychoaktivních látkách. Člověk si dá tzv. „na kuráž“, aby mohl na veřejnost či před výstupem. Tato dávka alkoholu se tak může stát pravidlem a nemocný ji tak užívá i preventivně. Otupění alkoholem zabraňuje těm nepříjemným pocitů, jež ho ovládají ve společnosti. Požívat alkohol může i v zaměstnání, kde hrozí riziko úrazu.

V každém případě dopady mohou být fatální a ohrožují samotného nemocného, proto by neměl zůstávat bez léčby, aby se předešlo například suicidálním krokům.

6.2 Zneužívání návykových látek

Mnozí autoři si stále více pokládají otázku, zda nemoc psychického charakteru zvyšuje pravděpodobnost geneze závislosti na psychoaktivních látkách či alkoholu.

Dalším problémem, jak už jsem zmínila, je zneužívání návykových látek či jejich experimentování. Dalo by se usoudit, že je to jakýsi útěk od nemocí, útlum, obrana před projevujícími se příznaky, které pacienta sužují a mohou vést k suicidálnímu jednání. Chtějí alespoň na chvilku utéci od nemoci, v tu chvíli se požití alkoholu či psychoaktivní látky pro ně jeví jako schůdné řešení. Pomoc se dostaví jen na okamžik v porovnání s délkou nemoci, ale nemocný pocítí alespoň na chvilku úlevu a zmírnění příznaků, které pro něj bývají neúnosné. Avšak si tímto jednáním pacient s bipolární poruchou v sobě může rozvinout závislost, která též nebývá snadno léčitelná. Užívání alkoholu a psychoaktivních látek podrývá nastavenou léčbu, a proto klesá její účinek.

Abúzus alkoholu je více zaznamenáván v depresivní a smíšené fázi. Kdežto pro manické stavy bývá typičtější požití marihuany, kokainové drogy či požití halucinogenů. Tyto látky zvyšují tempo, potlačují únavu, což je pro manický stav v danou chvíli přínosem.

Zneužívání těchto látek můžeme přidružovat k tzv. „samoléčitelským praktikám“. Avšak jejich konzumace neusnadňuje léčbu, ba naopak oddaluje období remise. Nemocný častokrát popírá užívání psychoaktivních látek a nesvěří se ani svému ošetřujícímu lékaři, že by kdy užil psychoaktivní látku či alkohol. Užívání alkoholu v kombinaci s léky může vyvolat nejen somatické potíže.

Látalová ve své knize uvádí studii, která zaznamenává až u 50% nemocných s bipolární poruchou jako komorbiditu zneužívání návykových látek. Kde je mimo jiné i zahrnuto experimentování s léky.

Závěr

Poruchy nálady tu byly, jsou a budou. To, že těmto poruchám v posledních letech je věnována větší pozornost, považuji za přínos. Nejen pro jejich léčbu, ale i pro celou společnost. Veřejnost by se měla naučit žít s tímto druhem onemocnění. Je to především naše společnost, která se postarala o jejich rozvoj svým způsobem žití. Proto by je neměla potlačovat a vyvracet, ale naučit se jejich akceptace.

V bakalářské práci jsem se snažila vysvětlit podstatu afektivních poruch a především bipolární afektivní poruchy. Tato nemoc není vyléčitelná, ale léčitelná. Proto jsem nastínila možnosti léčby a důležitosti podpory. Musíme si uvědomit, že tato porucha je poruchou nálad, které doprovází spousta emocí. Ať už potlačením nebo samoléčbou mnohokrát dochází k rozvoji dalších doprovodných nemocí, které jsem v práci uvedla. Věřím, že jsem v práci vystihla to podstatné o bipolární afektivní poruše a nastínila její různé možné podoby.

Ze své vlastní zkušeností vím, jak bývá nelehké žití s bipolární poruchou. Nesmíme zastavit svůj vlastní život a věnovat se pouze pomoci. Vidina typu, čím více budu s nemocným, tím více pomůžu, není pravdivá. Nemocný si zaslouží pomocnou ruku, ale nesmíme se tím nechat zcela pohltit. Chce to nemocného nasměrovat, pomalu popostrkávat a přenechat mu zodpovědnost na sobě. Převzetí zodpovědnosti za nemocného akorát zapříčiní jeho horší adaptaci do budoucna Lehko se dávají takovéto rady. Když nám jde o uzdravení blízké osoby, jsme schopni pro něj udělat maximum. Proto by pomáhající člověk měl myslet i sám na sebe.

Myslím si, že do budoucna by bylo určitě přínosem zlepšení informovanosti celé veřejnosti. Život nám nebo i mi sami si klademe do cesty různé překážky, situace, ke kterým se musíme postavit čelem a najít schůdné řešení. Jsou to situace, které nás do značné míry omezují, a my musíme zapracovat na realizaci nápravy, abychom se nepřipravili o plnohodnotný život.

Psaní této práce mi umožnilo pochopit jádro afektivních poruch. Doufám, že tato práce bude, tak jako pro mě, nápomocna zájemcům o tuto problematiku.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Knihy a monografické publikace

1. LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 247 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4731-254.

2. VYMĚTAL, Jan. *Speciální psychoterapie. 2*., přeprac. a dopl. vyd., V nakl. Grada vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 396 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 978-802-4713-151.

3. MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetřovatelská péče.* 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 352 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 80-247-1151-6.

4. OREL, Miroslav, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychopatologie.* Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 263 s. Psyché. ISBN 978-802-4737-379.

5. ZVOLSKÝ, Petr, Jiří RABOCH a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrie. 1*. vyd. Praha: Galén, c2001, xxvii, 622 s. Psyché. ISBN 80-246-0390-X.

6. ŠPATENKOVÁ, Naděžda, Jiří RABOCH a Mira BABIAKOVÁ. *Krize: psychologický a sociologický fenomén.* Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 129 s. Psyché. ISBN 80-247-0888-4.

7. GAY, Christian, Jiří RABOCH a Mira BABIAKOVÁ. *Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy.* Vyd. 1. Překlad Hana Holubkovová. Praha: Portál, 2010, 135 s. Rádci pro zdraví. ISBN 978-807-3676-681.

8. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009, 774 s. ISBN 978-807-3675-691.

9. PRAŠKO, Ján, Jana VYSKOČILOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Sociální fobie a její léčba: příručka pro lidi se sociální fobií.* 1. vyd. Praha: Galén, c2008, 64 s. ISBN 978-80-7262-580-2.

10. VYMĚTAL, Jan, Jana VYSKOČILOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Úvod do psychoterapie: příručka pro lidi se sociální fobií.* 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010, 287 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4726-670.

11. VLČEK, Jiří, Daniela FIALOVÁ a Magda VYTŘÍSALOVÁ. *Klinická farmacie. 1.* vyd. Praha: Grada, 2010-2014, 2 sv. (368; 255 s.). Sestra. ISBN 978-80-247-4532-92.

12. MAHROVÁ, Gabriela, Martina VENGLÁŘOVÁ a Magda VYTŘÍSALOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 168 s. Sestra. ISBN 978-802-4721-385.

13. VÁGNEROVÁ M., *Psychopatologie pro pomáhající profese.* Praha: Portál 1999. ISBN 80-7178-214-9.

14. PRAŠKO Ján a kol. *Poruchy osobnosti.* 1. vyd. Praha : Portál, 2003, 360 s. ISBN 80-7178-737-X.

16. FIŠAR, Zdeněk. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie. 2.*, přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2009, 383 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2737-0.

17. PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 295 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.

Elektronické zdroje

15. © ÚZIS ČR. ÚZIS [online]. Praha, 2010-2014 [cit. 2014-04-30]. Dostupné z: http://uzis.cz/

18. [online]. [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/cs/

Abstrakt

KOTKOVÁ, A. *Bipolární afektivní porucha její projevy a doprovodné nemoci.* České Budějovice 2014. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta, Katedra psychologie. Vedoucí práce: PhDr. Ing. Marie Lhotová, Ph.D.

Klíčová slova: afektivní porucha, etiopatogeneze, chronifikace, remise, úzkost, krize komorbidita, agitovanost, psychosociální, poruchy osobnosti, apatičnost, sociální fobie, behaviorální terapie.

Práce pojednává o afektivních poruchách, kam mimo jiných patří bipolární afektivní porucha, které se věnuji v převážné části práce. Kapitola o bipolární afekt.poruše popisuje její příznaky v jednotlivých epizodách. Pozornost je zaměřena i na etiopatogenezi. V závěru práce se zaměřuji na doprovodné nemoci a jejich léčbu, jenž bipolární poruchu doplňují.

Abstract

Title: Bipolar disorder and its symptoms accompanying the disease

Key words: affective disorder, ethiopathogenesis, chronification, remission, anxienty, crisis, comorbidity, agitation, psychosocial, personality disonders, mopyness, social phobia, behavioral therapy.

Bachelor thesis explains the mood disorder, where is subsumed also bipolar disorder which is the objective of a main part of my thesis. The chapter about bipolar disorder describes the symptoms in particular episodes of the illness. The focus is also on an etiopathogenesis. In conclusion I focused on the assosiation with the other medical conditions and it ´s treatment.